

L'Orthodontiste

Un regard vers le futur

■ **ÉDITORIAL**

**La haute saison
de l'orthodontie**

■ **TRIBUNE LIBRE**

**Existe-t-il un intérêt
à la présentation
de cas cliniques ?**

■ **CAS CLINIQUE**

**Concept d'approche
centrée sur le patient**

■ **PARTAGE D'EXPÉRIENCES**

**Discussion autour
d'un cas complexe
orthodontie-prothèse**

■ **NUMÉRIQUE**

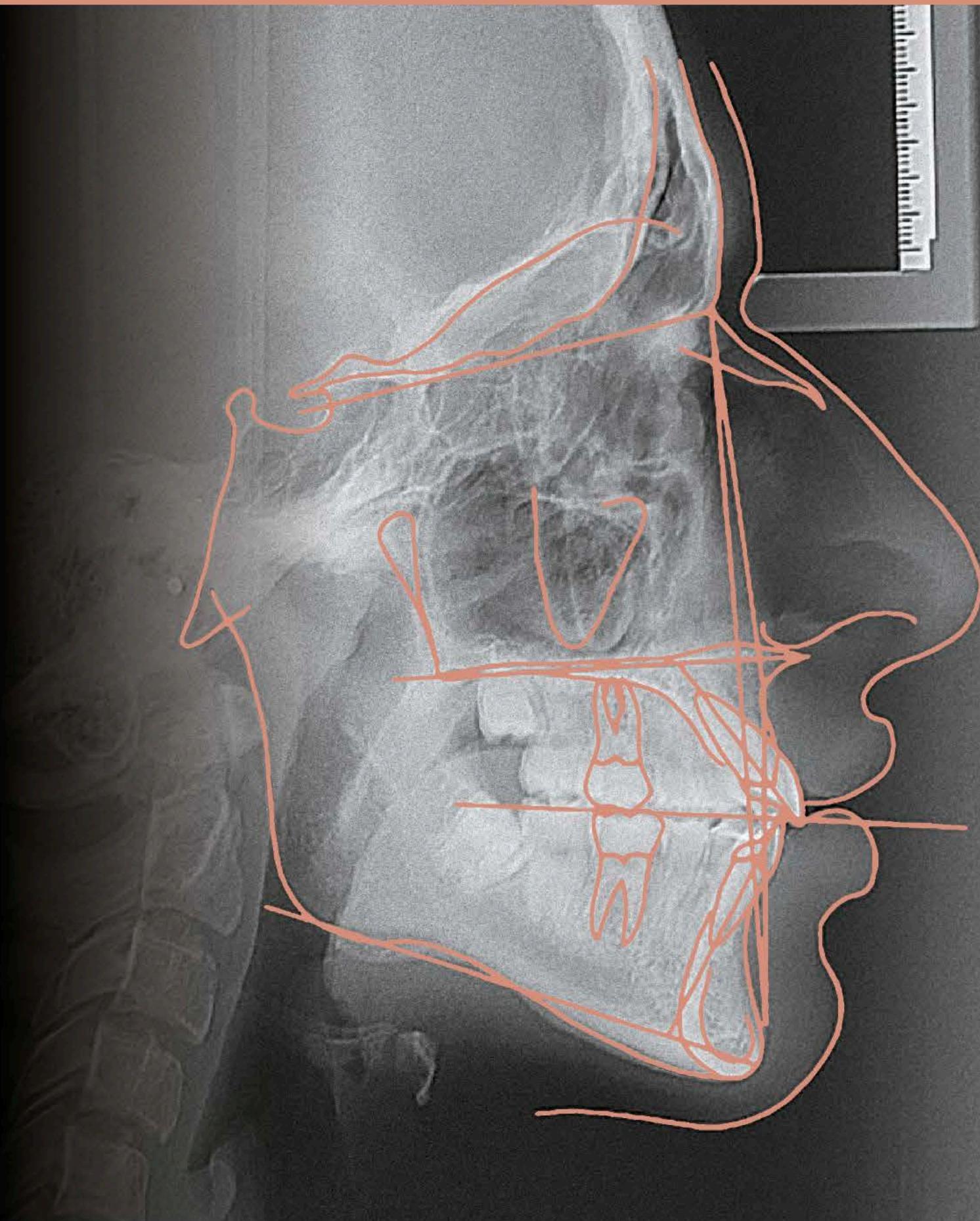
**Collage indirect
des attaches orthodontiques**

■ **MÉMOIRES DE DES**

Quatre résumés de mémoires

■ **FICHE PRATIQUE**

**Et si j'améliorais
mes photographies ?**



ÉDITORIAL

L'Orthodontiste

Un regard vers le futur

Directrice de la Publication :

Claudie Damour-Terrasson

Conseiller scientifique : Alain Lautrou

Rédactrice en chef : Marie-José Boileau

Comité de rédaction : Philippe Amat,

Sarah Chauty, Henri-Jean Falanga,

Emmanuel Frèrejouand, Laïla Hitmi,

Elvire Le Norcy, Philippe Mariani,

Christine Muller

Comité Scientifique :

en cours de constitution

Comité de lecture : parution annuelle

Fondatrice : Chantal Daly

Editeur : l'Information Dentaire SAS

Siège social : 44, rue de Prony - CS 80105

75017 Paris - Société détenue à 100% par la SAS

PHIL@ MEDICAL EDITIONS

Représentant légal et Directrice

des publications : Clémence Damour-Terrasson

Rédaction - Infographie - Création

Secrétaire de rédaction: Géraldine Choquart (50 03)

Premier rédacteur graphiste: David Dumand

Rédactrice graphiste: Émilie Trani

Rédacteur graphiste: Yannick Tiercy

Publicité - Edition - Multimédia

Directeur du développement commercial :

Sakina Zennache (50 09)

Responsable commercial: Natacha Cabaret (50 08)

Annonces professionnelles: Sabine Ikene (50 06),

pa@information-dentaire.fr

Abonnements, librairie: Solange Leroux (50 07),

abon@information-dentaire.fr

Directeur du développement numérique :

Max Unger, munger@information-dentaire.fr

N° de commission paritaire : 0719 T 81368

ISSN 1764-5654

Dépôt légal: à parution

Impression: Imprimatur, ZA Le Petit Bonnefond
87590 Saint-Just-le-Martel

© La reproduction même partielle des articles et illustrations est interdite.

Prix du numéro : 40 €

Tél 01 56 26 50 00 - Fax 01 56 26 50 01

E-mail : info@information-dentaire.fr



La haute saison de l'orthodontie

66

Novembre est, pour tout orthodontiste, synonyme de Journées de l'Orthodontie. Cette année encore, nous serons très nombreux à partager ces moments de formation et d'échanges professionnels et amicaux avec les conférenciers, avec nos partenaires et avec nos confrères et amis.

C'est aussi le temps de la remise du Grand Prix de l'Orthodontie, double concours de cas cliniques organisé par notre revue, en partenariat avec la société Ortho Plus. Nous vous invitons à venir nombreux assister à sa troisième édition, sur le stand de notre partenaire.

Mais pourquoi présenter des cas cliniques, exercice exigeant, long, difficile et, pour beaucoup, quelque peu entaché des souvenirs du stress des examens de fin de spécialité ? Emmanuel Frèrejouand répondra à cette question. Monter un cas est l'occasion d'un arrêt sur image dans notre exercice, un temps de réflexion a posteriori sur nos décisions thérapeutiques, leurs conséquences et leur réalisme. C'est ajouter une pierre à l'édifice de notre expérience.

C'est également le seul moyen de partager cette expérience, d'échanger avec nos confrères, et l'article de Christine Muller vous prouvera combien nos approches peuvent être différentes et enrichissantes. Il n'y a pas de solution unique; il convient de choisir la plus adaptée à notre patient, en respectant toutes ses spécificités.

Si la qualité de vos photographies vous semble insuffisante pour poser « un cas sur la table », l'article de Sarah Chauty vous aidera à identifier et corriger leurs défauts.

Notre spécialité évolue sans cesse; Pénélope Pichon et Anaïs Cavaré vous proposent, sur un même cas clinique, deux méthodes de collage indirect assisté par CFAO.

Enfin, notre revue s'enrichit d'une nouvelle rubrique que je vous laisse découvrir dans ce numéro, en page 51.

Je vous souhaite à toutes et à tous un excellent congrès et une très bonne lecture.

Marie-José Boileau
Rédactrice en chef



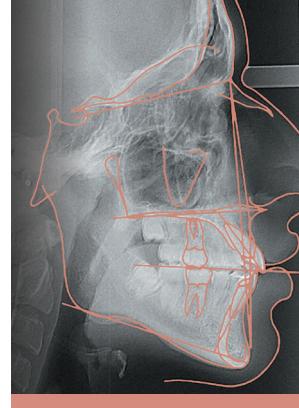
www.information-dentaire.fr

L'Orthodontiste

Un regard vers le futur

Novembre-décembre 2018

Vol. 7 n°5



AU SOMMAIRE...

■ ÉDITORIAL

La haute saison de l'orthodontie 1

par Marie-José Boileau

■ TRIBUNE LIBRE

Existe-t-il un intérêt à la présentation de cas cliniques ? 7

par Emmanuel Frèrejouand

■ ACTU 10

par Nicolas Fontenelle

■ REVUE DE PRESSE 18

par Elvire Le Norcy

■ CAS CLINIQUE

Concept d'approche centrée sur le patient 22

par Emmanuel Frèrejouand

■ PARTAGE D'EXPÉRIENCES – Premier retour

Discussion autour d'un cas complexe orthodontie-prothèse 34

par Michèle Muller

■ NUMÉRIQUE

Collage indirect des attaches orthodontiques assisté par ordinateur 40

par Pénélope Pichon et Anaïs Cavaré

■ MÉMOIRES DE DES

NOUVEAU

Quatre résumés de mémoires 51

par Frédéric Rafflenbeul, Maïlys Balteau, Leslie Ichbiah et Nicolas Philippides

■ FICHE PRATIQUE

Et si j'améliorais mes photographies ? 61

par Sarah Chauby

■ AGENDA 68

■ ABONNEMENT 71

■ ANNONCES 72



Votre abonnement
nous engage !

5 n°/AN
version papier
+ numérique



ont participé à ce numéro



Mailys Balteau
Interne DES3 ODF,
Strasbourg



Marie-José Boileau
Rédactrice en chef
PU-PH, Bordeaux



Anaïs Cavaré
Spécialiste qualifiée
en orthopédie
dento-faciale, Dax



Sarah Chauty
MCU-PH, Lyon
Exercice libéral,
Décines



Emmanuel
Frerejouand
Spécialiste qualifié
en orthopédie
dento-faciale, Poissy



Leslie Ichbiah
Interne DES3 ODF,
Lille



Elvire Le Norcy
MCU-PH, Paris V



Christine Muller
Spécialiste qualifiée
en orthopédie
dento-faciale, Paris



Nicolas Philippides
Interne DES3 ODF,
Strasbourg



Pénélope Pichon
Interne DES2 ODF,
Bordeaux



Frédéric Rafflenbeul
Interne DES3 ODF,
Strasbourg

Dans notre numéro de janvier-février 2018, nous avons inauguré la rubrique « Partage d'expériences ». L'idée est de réfléchir tous ensemble à une situation particulière et de partager notre expérience, afin que l'ensemble de la communauté en profite ! Voici la deuxième partie de ce cas clinique.

Nouvelle rubrique, premier retour

Discussion autour d'un cas complexe orthodontie-prothèse

Christine Muller

Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale

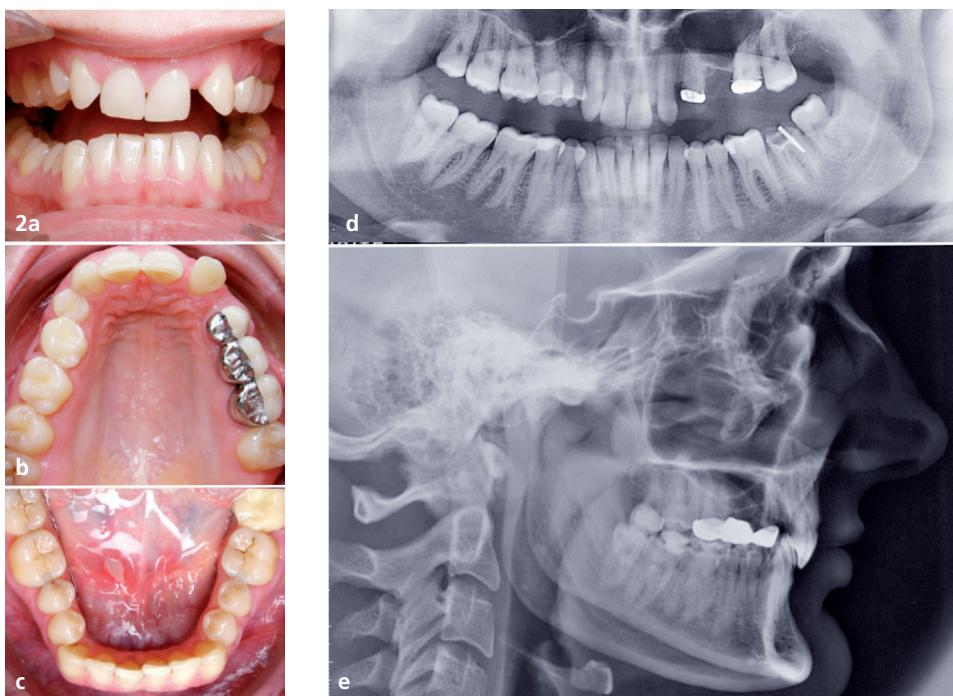
Ce premier cas présente l'intérêt de sa complexité. En effet, il entre dans la catégorie des agénésies multiples mais aussi dans la catégorie classe II 2, des cas asymétriques et la catégorie « adulte/cas pré-prothétique » (fig. 1, 2). Ce sont des cas où il est légitime de prendre plusieurs avis et, très souvent, les patients sont perdus car ils reçoivent parfois autant de propositions que d'orthodontistes consultés... c'est d'ailleurs ce que nous avons pu vérifier.

En effet, autant il y a un consensus sur le diagnostic de la malocclusion et la difficulté du cas, autant sur le plan de traitement, on compte vingt plans de traitement différents sur dix-neuf réponses ! Un

L'auteur ne déclare aucun lien d'intérêt.

grand merci aux praticiens qui ont répondu, et voici une rapide synthèse des réponses.

La moyenne de la difficulté du cas est de 8 sur 10, avec un consensus pour la question « avez-vous un pronostic pour le vieillissement de ces arcades dentaires en l'absence de soins ? » les réponses sont unanimes : Très défavorable, mauvais ou réservé. L'aggravation de la supraclusion et la dégradation de l'esthétique faciale sont les éléments les plus cités. Les diagnostics sont très uniformes : classe II 2, schéma squelettique hypodivergent, bilan dentaire incomplet, quatre agénésies 1512 22 25 ; certains complètent avec l'asymétrie dans le plan frontal ou mandibulaire.



*Fig. 1a-d - Vues exobuccales du visage de face et de profil.
Fig. 1e-g - Vues endobuccales en occlusion droite, de face et gauche.*

Fig. 1h-j - Vues endobuccales du sourire posé vue latérale gauche, face et droite.

Fig. 2a - Vue inter-arcade bouche ouverte.

Fig. 2b, c - Vues intra-arcades maxillaires et mandibulaires.

Fig. 2d, e - Cliché panoramique et téléradiographie de profil.

À la question « avez-vous déjà traité un cas identique ? », seules trois réponses sont positives. Les praticiens ont accepté de nous transmettre ces cas, mais nous n'en avons reçu que deux (le troisième est celui d'un jeune praticien qui ne l'a pas terminé). L'un des deux cas reçus est une classe III squelettique traitée sans chirurgie orthognathique et l'autre un cas de classe II 2 sévère sur un schéma squelettique classe II sévère. Dans les deux cas reçus, pas d'agénésie ni de temps prothétique associé.

Sur les vingt projets proposés, on note toutes les combinaisons possibles de plans de traitement: 70 % incluent de la chirurgie (avancée mandibulaire 40 % ou bimaxillaire 30 %), 30 % sans chirurgie orthognathique. Plus de la moitié des plans de traitement (55 %) conservent les canines en place de latérales.

40 % ouvrent les espaces, soit huit cas (trois projettent des implants, deux des bridges cantilever, deux des bridges collés, et le dernier une fibre et deux facettes). Un seul plan (soit 5 % des réponses) ouvre du côté gauche pour un bridge cantilever 22 et ferme du côté droit.

À noter, trois propositions d'extraction de 37 et mésialisation 38. Les projets ne détaillent pas toujours précisément les secteurs latéraux ; ce que nous pouvons dire, c'est que l'implant 15 est cité dans neuf cas, et 55 conservée dans deux propositions. Pour le secteur 2, quatre praticiens n'évoquent pas le bridge en place ; huit projets prévoient de le refaire, sept d'implanter 25, et un praticien propose d'implanter plus en mésial le site de 24 pour éviter le sinus.

Le pronostic temps annoncé au patient varie de dix-huit mois à trois ans. Dix praticiens annoncent une « contention permanente à vie », un praticien annonce dix ans, deux annoncent

deux années, six praticiens ne répondent pas. Aucun praticien ne détaille la transition entre le temps orthodontique et le temps prothétique.

Quand on s'intéresse à la difficulté du cas, le point mis en avant le plus fréquemment est la pluridisciplinarité, puis ce sont l'impact sur le profil, le coût et l'ancre antéro-postérieur.

La question sur le conseil à un jeune (« afin de prendre en charge de façon optimale ce type de cas, quel conseil donneriez-vous à un jeune praticien pour l'organisation de son cabinet (plateau technique personnel etc.) ? ») permet de détailler ce point de pluridisciplinarité, puisque tous les praticiens non étudiants (soit neuf personnes) souhaitent les conseiller sur ce point. Leurs remarques sont toutes, publiées mot à mot, afin que chacun en prenne note :

- « communication dentiste et chirurgien, diagnostic précis, regard sur le plan de traitement à chaque séance, photo régulièrement » ;
- « importance d'avoir des correspondants qui travaillent dans le même esprit » ;
- « planifier toutes les étapes avec chaque correspondant (calendrier) et les chiffrer » ;
- « être sûr de bien s'entourer » ;
- « avoir beaucoup de prudence de patience et de bons correspondants » ;
- « confirmer le projet par des consultations chirurgicales et prothétiques avant de commencer, ce qui nécessite une maquette validée par tous les intervenants ; cas déconseillé pour un début d'exercice (difficulté du nivellement, d'ancre par mini-vis, contention transitoire pendant le temps prothétique) » ;
- « rdv +++ pour le diagnostic et projet (écoute patient questions +++), gestion des courriers et téléphone avec les correspondants et, au besoin,



aide pour prendre rendez-vous; sortie du set up à chaque rendez-vous et photos impératives; si on est jeune praticien, bien se demander si on est en capacité de le prendre en charge (il ne faut pas que ce soit son premier cas de lingual »;

- « pour gagner du temps, ne pas laisser le patient dans la nature: c'est la secrétaire de l'orthodontiste qui prend les rendez-vous chez les confrères. Pluridisciplinarité = grande habitude de l'équipe à travailler ensemble »;

- « ne pas commencer son activité avec ce cas; avoir une relation avec les correspondants de qualité ».

Conclusion

Le nombre de projets différents nous invite à changer notre vision réductrice d'une option unique et idéale à opposer à des compromis peu satisfaisants. Notre profession est habituée à faire un diagnostic de malocclusion et peut-être un peu moins à y inclure l'état dentaire et prothétique qui seront les points essentiels pour le dialogue avec les autres intervenants de ce projet global. Dans notre cas, le dentiste souhaitera débattre de 55, de la longueur des racines et de sa conservation, de la pérennité du bridge secteur 2, de 37 de son traitement

Fig. 4 - Radiographies panoramique et téleradiographie.
Vue intrabuccale montrant le nivellement de l'arcade mandibulaire et vues occlusales supérieure et inférieure; fils de contention en place.

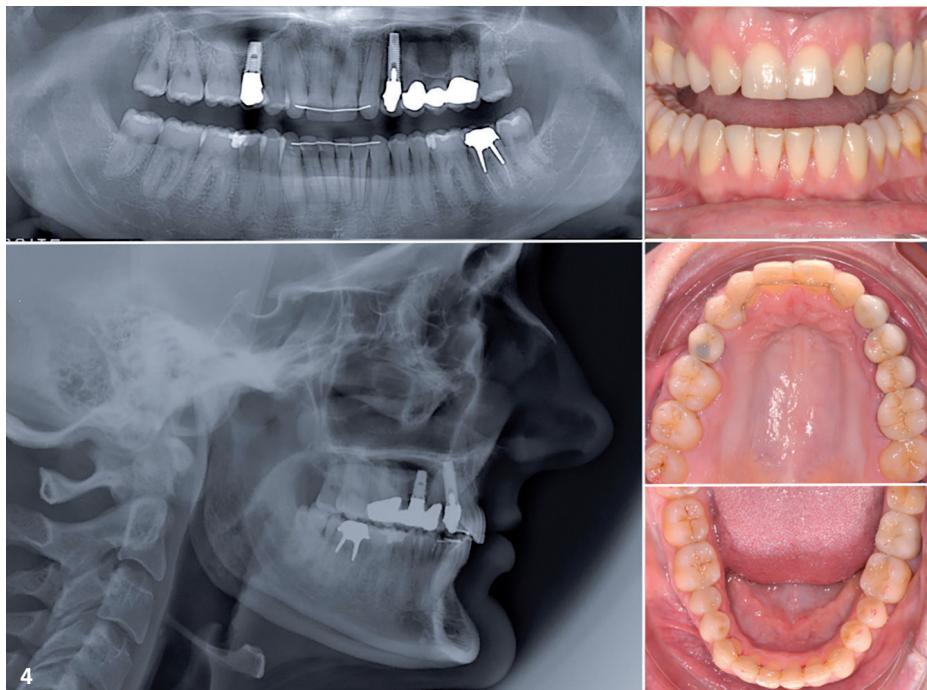


Fig. 5a - La vue de gauche montre l'arcade maxillaire au moment de la première consultation.
b - Début 2010, après la préparation initiale (bridge provisoire secteur 2; en noir, l'emplacement des deux futurs implants).
c - Jour de l'implantation des sites 15 et 13 pendant le temps orthodontique. Des caches sont collés sur 16 et 24 le jour de l'implantation.
d - Le matériel orthodontique est déposé et les couronnes sur implants sont en place.

endodontique et peut-être aussi de la restauration coronaire à réaliser (*fig. 3-7*). L'implantologue s'intéressera aux volumes osseux, à l'importance du sinus maxillaire gauche etc. Ces points doivent être inclus dans notre diagnostic. Pour ces cas, nous devons prendre l'habitude d'élargir notre diagnostic au-delà de la malocclusion et de le communiquer par écrit à toute l'équipe. Dans son éditorial « Create the vision », Kokich comparait

l'orthodontiste à l'architecte du projet global [1]. Tous les praticiens qui s'expriment sur l'organisation du cabinet pour la prise en charge de ce type de cas évoquent d'une manière ou d'une autre la pluridisciplinarité et le fait d'avoir « de bons correspondants ». C'est le point que nous retenons pour le prochain sujet de cette rubrique de partage d'expériences.



*Fig. 6a – Situation en 2009, lors de la première consultation.
b – Situation le jour des empreintes pour fabriquer le matériel orthodontique individualisé (début des coronoplasties 13 et 23).
c - Fin du projet. Les canines sont au contact des latérales.*

6



Fig. 7 - Patient à t+ quatre ans.

7

Bibliographie

- Kokich VG. Create the vision. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011 Dec; 140(6):751.