



Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
Société Suisse d'Odonto-stomatologie
Societa Svizzera di Odontologia e Stomatologia

SSO

Interdisziplinäre Fortbildungswoche
Semaine de formation complémentaire interdisciplinaire

IFW

Cas de parodontologie

présenté par Philippe Bardet et Urs Brägger

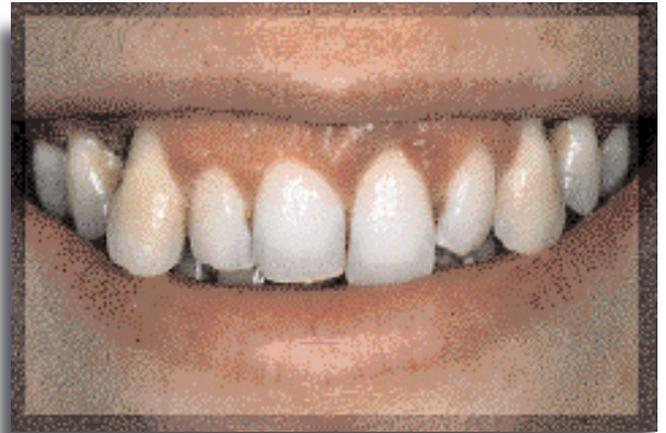


Fig. 1 Ligne du sourire

Assurance de la qualité/IFW 99

Cette série d'articles vise à préparer le lecteur, tout au long des mois à venir, à la semaine de formation interdisciplinaire proposée par la SSO, qui aura lieu du 31 mai au 4 juin 1999 à Bâle, sous l'appellation «Gestion de la qualité dans la médecine dentaire». Les différents articles traitent de cas qui reviennent sans cesse dans la pratique. Ils mettent en évidence les erreurs que nous avons nous-mêmes faites ou que nous observons auprès des patients qui nous consultent pour la première fois. Les conclusions, discussions et documents relatifs au traitement font l'objet d'une description précise; ils permettent ainsi au lecteur de se forger une opinion personnelle et de comparer ses idées sur la résolution de chaque cas aux suggestions émises par les auteurs.

IFW 99 a pour objectif de permettre aux membres de la SSO d'effectuer eux-mêmes, à l'avenir, un jugement critique de leur propre activité auprès des patients. Aujourd'hui, alors que des mesures de gestion de la qualité sont exigées de toutes parts et dans tous les domaines, les dentistes doivent assumer eux-mêmes toutes les responsabilités en matière d'assurance, d'amélioration et de gestion de la qualité de leur travail et devront rester à la hauteur de ces responsabilités à l'avenir. C'est uniquement de cette façon que nous parviendrons à affronter les mesures à caractère menaçant imposées par l'Etat dans ce domaine et à garantir la liberté de notre profession sur un point fondamental, la thérapie.

Afin de pouvoir mesurer la qualité, il nous faut une échelle d'évaluation. Celle-ci sera présentée, sous la forme de

normes standards, lors de IFW 99. Elle permettra à chaque dentiste, en tant qu'homme de l'art, d'évaluer son propre travail, de mettre en évidence ses forces, ses faiblesses et ses lacunes et d'en déduire les mesures nécessaires (ex: formation intensive et ciblée dans les domaines concernés). En d'autres termes, personne, ni la profession ni les centres de contrôle étatiques, ne doivent forcer le prestataire de services dentaires à réaliser sa formation continue conformément à certains critères professionnels spécifiques. Ce choix incombe exclusivement aux dentistes. Toutefois, il nous faut connaître les règles de conduite qui sont imposées aujourd'hui par la profession. C'est pourquoi nous sommes heureux de constater que tous les centres dentaires de Suisse et les différentes associations de la branche débattent des normes régissant la «médecine dentaire en Suisse en 1999» et cherchent à les améliorer. Ces débats ont lieu avant, pendant et après IFW 99. Ils contribuent à garantir et à promouvoir la qualité de l'activité des membres de la SSO. Les cas présentés dans cette série d'articles doivent donc servir de base à la discussion. Ils doivent permettre de trouver plus facilement un accord en matière de gestion de la qualité ou inciter le lecteur à prendre en considération et à adopter la solution apportée à de tels cas lors de l'apparition d'événements ou de la réalisation d'erreurs qui entraînent des conséquences négatives sur l'avenir de la denture du patient, alors qu'elles auraient pu être évitées.

Daniel Kempf
Président de la Commission
pour la formation complémentaire et continue SSO

Historique

M^{me} X. (née le 20. 11. 1969) est venue nous consulter à la polyclinique universitaire de Berne le 3 juillet 1996. La patiente se plaint de saignements de gencive, de mobilité et de déplacement dentaires ayant débuté trois ans auparavant.

Anamnèse

La patiente exprime deux vœux: l'assainissement de sa gencive, ainsi qu'une amélioration de l'esthétique; en particulier des deux canines supérieures et de l'incisive centrale gauche qui ont progressivement migré (fig. 1).

La patiente a été contrôlée et détartrée une fois par année depuis env. 20 ans par son dentiste. Le dernier contrôle et détartrage datent de novembre 1995. Les uniques bitewing faites durant cette période datent de novembre 1993 (Fig. 2).

M^{me} X. utilise une brosse à dent de dureté moyenne 3 fois par jour durant 1 à 2 minutes ainsi qu'une solution de rinçage Meridol.

Aucun problème n'est à signaler du point de vue de la santé générale. La patiente est non-fumeuse.

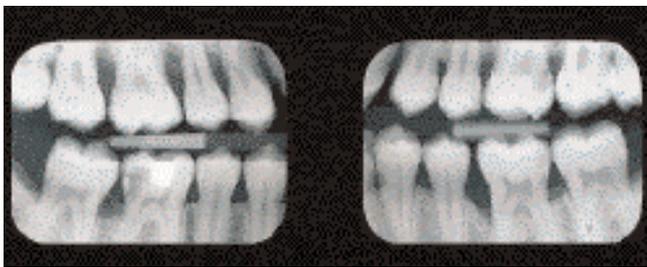


Fig. 2 Bitewing datant de novembre 1993



Fig. 3 et 4 Vue palatinale et linguale gauches



Fig. 5 Vue antérieure

Examens

Un status photographique, parodontal et radiographique a été entrepris; de même qu'un examen clinique avec test CO₂, des modèles d'études et un test microbiologique par sonde ADN. La patiente a demandé les anciennes radiographies à son dentiste.

Analyses et résultats

Extraoral: rien à signaler

Intraoral: La gencive présente l'aspect suivant: inflammation importante, oedémateux, de couleur rouge à violacée (fig. 3 et 4). Petit abcès vestibulaire marginal au niveau de la dent 21 (fig. 5). L'hygiène est moyenne avec peu de tartre, présence de nombreuses colorations (thé, meridol). Les canines supérieures sont en rotation et labioversées comportant un diastème important avec les premières prémolaires. L'incisive centrale gauche est élonguée.

Dentaire: Toutes les dents sont CO₂ positives. Carie ouverte sur la dent 16, caries secondaires sur les dents 26 et initiales 15, 14, 24, 25, 47, 46, 45, 37.

Fonction: Classe 1 neutre; contacts prématurés sur les dents 17, 16, 47, 46/24, 25, 34, 35. Parafonction: pression intermaxillaire lorsque la patiente est stressée.

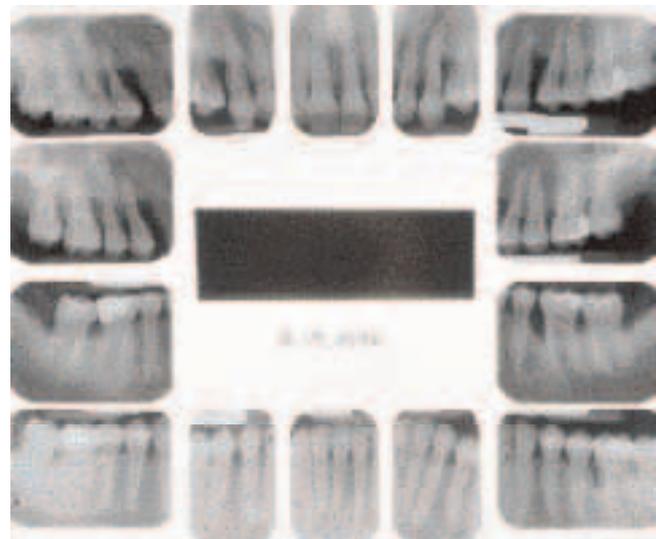


Fig. 6 Status radiologique de juillet 1996

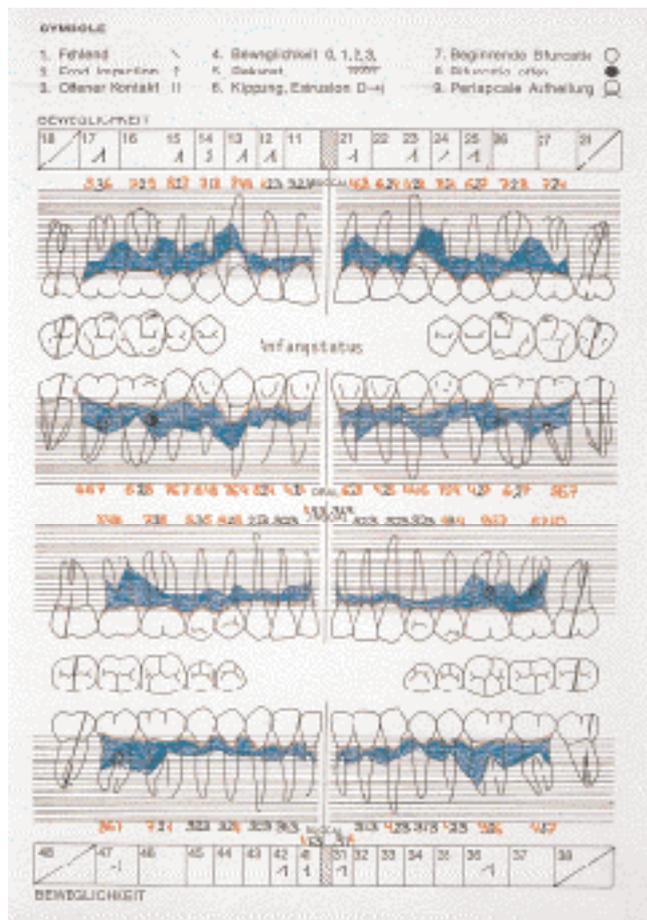


Fig. 7 Status parodontal initial

Microbiologique: Présence massive de *Actinobacillus* Ac.

Radiologique: (fig. 6) Confirmation des caries. Perte osseuse horizontale très importante surtout au niveau des segments postérieurs, combinée avec une perte verticale particulièrement prononcée au niveau des dents 36 et 23.

Parodontale: (fig. 7) Récession région 13, 23. Atteinte de furcations des molaires degré 1 à 2. Augmentation massive des valeurs au sondage allant jusqu'à 10–11 mm. Le saignement au sondage s'élève à 54%. L'indice de plaque à 63%.

Diagnostic

D'après l'âge de la patiente, de la perte d'attache parodontale avancée et du test microbiologique, il s'agit d'une «Early onset parodontitis» avec forte présomption d'une parodontite juvénile. L'absence de radiographies antérieures à 20 ans (âge de la patiente) ne nous permet pas d'affirmer une telle hypothèse.

Pronostic

Aucune dent ne peut être taxée de perdue, mais les prémolaires et molaires ainsi que les canines supérieures ont un pronostic réservé.

Discussion

La patiente a été dûment informée de son état dentaire et parodontal ainsi que du plan de traitement approprié. Elle a été immédiatement favorable à cette proposition. La patiente n'a pas souhaité que l'on prenne contact avec son dentiste pour l'informer de la situation.

Plan de traitement

1. Phase d'hygiène

Motivation, instruction.

Traitement conservateur des caries.

Curetages et lissages radiculaires des quatre quadrants.

Évaluation après huit semaines.

2. Phase chirurgicale

Opération à lambeau des quatre sextants combinée avec une régénération tissulaire guidée au niveau de la dent 36.

Administration d'antibiotique (Flagyl+amoxicilline).

Évaluation après 3 mois.

3. Phase corrective

Traitement orthodontique.

Correction de la position des dents 13, 21, 23.

4. Phase de recall

Au début tous les trois mois chez l'hygiéniste

Coût du traitement

La phase d'hygiène et chirurgicale s'élève à env. fr. 4 700.–

La phase corrective s'élève à env. fr. 2 500.–