

Réhabilitation prothétique d'une dentition atteinte d'érosions liées à une anorexie mentale/boulimie

Présentation d'un cas clinique

Mots-clés: érosion, boulimie, anorexie mentale, réhabilitation prothétique avec augmentation de la dimension verticale d'occlusion, couronnes en zircone

RENZO BASSETTI
NORBERT ENKLING
FRITZ-MARC FAHRLÄNDER
MARIO BASSETTI
REGINA MERICSKE-STERN

Clinique de prothèse dentaire,
Cliniques universitaires de médecine
dentaire de Berne

Correspondance

D^r méd. dent. R. Bassetti
Klinik für Zahnärztliche Prothetik
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern
Freiburgstrasse 7, 3010 Berne
Tél. +41 31 632 49 26
Fax +41 31 632 49 33

Traduction Thomas Vauthier



Image en haut: Les couronnes en zircone après scellement définitif (vue frontale)

Résumé En raison des localisations typiques des atteintes érosives des tissus dentaires durs chez les patients souffrant d'anorexie mentale/boulimie, le médecin-dentiste est souvent la première personne du corps médical à reconnaître cette affection générale (troubles du comportement alimentaire – TCA – de type anorexie mentale/boulimie). Du point de vue médico-dentaire, le but fondamental est la préservation des tissus dentaires encore présents et la prévention de pertes futures. Il convient toutefois de noter qu'un traitement dentaire restaurateur ne devrait être initié qu'après le traitement causal et la guérison de la maladie psychique fondamentale, afin d'as-

surer un pronostic à long terme aussi favorable que possible. Compte tenu de l'âge relativement jeune de la majorité des patients, il faut, lors du choix de la méthode de restauration, opter autant que possible pour des modalités thérapeutiques ménageant les tissus naturels, en particulier par le recours à la technique adhésive. La présente illustration d'un cas clinique documente de manière systématique les étapes de la réhabilitation fonctionnelle et esthétique d'une dentition atteinte par des processus érosifs, et met en évidence les facteurs de réussite essentiels d'un tel traitement.

Introduction

Les pertes de tissus dentaires durs sans l'implication de micro-organismes (érosion, abrasion et attrition) doivent être différenciées des pertes de substance dues à la carie. Les étiologies des érosions sont des processus chimiques (ECCLES 1979), mécaniques (LEVITCH ET COLL. 1994), des abrasions et des attritions par des contacts occlusaux physiologiques ou pathologiques lors de parafunctions (LUSSI & JAEGGI 2002). Dans bien des cas, il y a superposition de processus érosifs et abrasifs, comme les mesures d'hygiène buccodentaire, ce qui rend difficile ou impossible une attribution à un type de lésion précis (LUSSI ET COLL. 2005). Il faut en outre tenir compte du fait que l'attrition des dents ayant perdu de l'émail en raison d'érosions progresse plus rapidement que sur des dents non lésés par l'érosion.

Les étiologies des érosions peuvent être soit extrinsèques, comme la consommation fréquente d'aliments ou de boissons acides ou une exposition professionnelle à des acides (industrie de batteries et accumulateurs, dégustateurs professionnels de vins, etc.) (HOLLOWAY ET COLL. 1968; TEN BRUGGEN CATE 1968; LEVINE 1973; LINKOSALO & MARKKANEN 1985), soit intrinsèques, comme les régurgitations ou vomissements répétés lors de boulimie ou de certains troubles gastro-intestinaux chroniques, notamment le reflux gastro-œsophagien (JÄRVINEN ET COLL. 1988; MILOSEVIC & SLADE 1989; MEURMAN ET COLL. 1994; SCHEUTZEL 1996). Les érosions palatines et occlusales sont souvent associées aux étiologies intrinsèques, les érosions vestibulaires aux étiologies extrinsèques (LUSSI ET COLL. 2005; JÄRVINEN ET COLL. 1992). A noter toutefois qu'en cas de reflux gastro-œsophagien (RGO) par exemple, il est possible que les érosions touchent également les faces vestibulaires (notamment des dents mandibulaires), en raison de la position couchée durant la nuit.

Pour la description de la sévérité des érosions, il est utile de se référer à la classification de BARTLETT ET COLL. (2008) (tab. I). Le BEWE (*Basic Erosive Wear Examination*) est un système d'évaluation qui se fonde sur l'enregistrement de la surface avec la plus «mauvaise» valeur (la plus élevée) dans tous les sextants. La somme des valeurs des six sextants donne la valeur BEWE totale. Celle-ci est un outil utile lors de la définition de la thérapie adéquate.

La prévalence des troubles du comportement alimentaire (TCA) comme la boulimie et l'anorexie mentale, qui se manifestent typiquement à l'âge de l'adolescence ou de jeune adulte, se situe entre 0,5 et 5% dans les pays occidentaux industrialisés (COOPER ET COLL. 1987; SANTONASRASO ET COLL. 1996; STEINHAUSEN ET COLL. 1997). La répartition selon les sexes est de 1:10 (hommes/femmes) pour l'anorexie mentale et de 1:20 (hommes/femmes) pour la boulimie (HOEK & VAN HOECKEN 2003). Selon la classification ICD-10 des troubles psychiques, l'anorexie mentale (restriction alimentaire/amaigrissement) et la boulimie (consommation rapide de larges quantités de nourriture avec ou sans vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs et/

ou de diurétiques) font partie des troubles du comportement alimentaire (TCA). L'anorexie mentale est caractérisée par un comportement provoquant une perte volontaire de poids, avec refus de maintenir le poids du corps au-dessus du minimum requis, compte tenu de l'âge et de la taille. L'affection est associée à une psychopathologie spécifique avec une image déformée du corps qui consiste en une perception erronée, quasiment illusoire, d'être gros(se) même si le corps est décharné; l'idée dominante, quasi obsessionnelle, est une frayeur intense de prendre du poids qui ne diminue pas au fur et à mesure de l'amaigrissement. Les patients se fixant un seuil pondéral extrêmement bas, ils sont dans bien des cas en sous-poids marqué.

La boulimie par contre se caractérise par des crises de fringale avec consommation rapide de larges quantités de nourriture en un temps limité, avec des préoccupations excessives, voire obsessionnelles au sujet du poids corporel. Il en résulte un comportement marqué par des crises boulimiques et une compensation inappropriée et récurrente par des vomissements provoqués ou l'emploi abusif de laxatifs. Bien des caractéristiques psychiques de ce TCA sont similaires à celles de l'anorexie mentale, en particulier la préoccupation concernant le poids et la silhouette (DILLING & FREIBERGER 2008). Contrairement aux anorexiques, les patients boulimiques ne se font en général pas remarquer par un sous-poids. Parmi les symptômes oraux et péri-oraux on trouve les manifestations suivantes: des érosions dans la région des surfaces occlusales et linguales des dents antérieures supérieures (en particulier les incisives), un élargissement parfois douloureux de la parotide due à des troubles métaboliques, une oligosialie, des érythèmes des muqueuses palatines et pharyngées, et une rougeur et tuméfaction douloureuse des lèvres avec des desquamations et la formation de rhagades (ABRAMS & RUFF 1986). Parmi les autres symptômes, on peut observer d'une part des hypersensibilités dentaires, avec des douleurs lors de la consommation d'aliments chauds, froids ou acides; d'autre part, les patients atteints de TCA présentent plus souvent des récessions gingivales que ceux dans les groupes de contrôle (IMFELD & IMFELD 2005). Au vu de ces manifestations, le diagnostic de boulimie est souvent posé par le médecin-dentiste (LUSSI ET COLL. 2005). Du fait que les patients souffrant de TCA s'astreignent souvent à une hygiène buccodentaire mécanique intensive, la combinaison de processus d'érosion et d'abrasion ou d'attrition peut entraîner une perte encore plus marquée de substance dentaire dure (SCHWEITZER-HIRT ET COLL. 1978; JAEGGI & LUSSI 1999; EISENBURGER ET COLL. 2003; ATTIN ET COLL. 2004). Dans le cas extrême, le résultat de cette association délétère peut être une perte complète de la substance dentaire dure supra-gingivale, avec en conséquence un affaissement de la dimension verticale d'occlusion dans la zone de soutien, des problèmes de vitalité dentaire, des troubles de l'élocution (p. ex. zézaiement) et des atteintes esthétiques.

La présente illustration d'un cas clinique a pour but de documenter une variante thérapeutique possible et les étapes cliniques d'une réhabilitation esthétique et fonctionnelle d'une dentition atteinte d'érosions et d'abrasions.

Présentation de la patiente

Anamnèse

La patiente, âgée de 40 ans lors de l'examen initial, avait été adressée à la Clinique de prothèse dentaire de l'Université de Berne par son médecin-dentiste privé en vue d'un assainissement dentaire global. La patiente avait souffert dès l'âge de 16 ans d'une boulimie-anorexie mentale. Un traitement psychiatrique

Tab. I Critères pour la classification selon BEWE (*Basic Erosive Wear Examination*)

Valeur 0:	Aucune érosion
Valeur 1:	Début de disparition du relief de surface
Valeur 2*:	Lésion nette, destruction des tissus durs impliquant moins de 50% de la surface
Valeur 3*:	Lésion nette, destruction des tissus durs impliquant plus de 50% de la surface

* Aux valeurs 2 et 3, la dentine est souvent impliquée

de deux ans avait été achevé avec succès dès l'année 2000; il n'y avait pas eu de rechutes depuis lors.

L'objectif était le rétablissement de la fonction masticatrice et de l'esthétique par un traitement dentaire approprié. Celui-ci devait en outre supprimer les contraintes psychiques dues à la situation dentaire existante, caractérisées par des problèmes d'estime de soi, de désarroi et d'un sentiment de honte, afin de ne pas compromettre à la longue l'équilibre psychique. La patiente était de plus au bénéfice d'un certificat de son médecin de famille attestant qu'il n'y avait pas d'indices de reflux gastro-œsophagien. Sur le plan de la médecine générale, la patiente ne présentait aucun problème.

La patiente se plaignait de problèmes d'élocution (zézaïement), d'hypersensibilités au niveau des dents antérieures supérieures et d'un effritement continu de la substance dentaire dure. Elle relatait en outre la présence de bruxisme nocturne.

Résultats de l'examen initial

1. Status extraoral

L'examen extraoral ne laissait pas supposer de perte de dimension verticale d'occlusion. En position de repos, les dents antérieures supérieures n'étaient pas visibles. En revanche, lors du sourire, la patiente les découvrait complètement, en exposant en plus environ 1 mm de gencive («average gingival smile line») (PECK ET COLL. 1992). On observait alors une perte marquée de substance dentaire dure intéressant les dents antérieures supérieures, et de ce fait une ligne de sourire inversée (fig. 1). Ni les articulations temporo-mandibulaires, ni la musculature masticatoire ne présentaient de particularités.

2. Status intraoral

Hormis les récessions vestibulaires au niveau de toutes les dents postérieures (fig. 2 et 3), l'examen des muqueuses buccales ne révélait aucune particularité.

En revanche, les arcades dentaires présentaient des pertes de tissus durs de différents degrés selon les régions: dans le maxillaire supérieur, les surfaces palatines et occlusales étaient atteintes, les lésions devenant plus marquées de la région postérieure en direction antérieure. Dans le maxillaire inférieur, les érosions étaient modérées et se limitaient essentiellement aux surfaces occlusales (fig. 4, 5 et 6). Au niveau palatin, le long du bord marginal des couronnes dentaires, on observait toutefois une lamelle d'émail persistante, ce qui est typique, du fait que même des dépôts minimes de plaque sont susceptibles d'agir comme barrière de diffusion des acides (SCHWEITZER-HIRT ET COLL. 1978). D'autre part, le fluide sulculaire, avec une valeur pH de 7,5-8,0, entraîne une neutralisation des acides dans la région gingivale (STEPHEN ET COLL. 1980). Les indices d'O'Leary et de saignement au sondage (O'LEARY ET COLL. 1972; AINAMO & BAY 1975) témoignaient d'une bonne hygiène buccodentaire (IMFELD & IMFELD 2005). En outre, la 23 présentait une dyschromie.

Comme il fallait s'y attendre, l'examen dentaire ne révélait qu'un nombre réduit de lésions carieuses (SCHEUTZEL 1992), en l'occurrence une carie secondaire au niveau mésial de la 36. Toutes les dents, à l'exception de la 23, montraient des réactions positives au test de vitalité; les dents 14 à 24 montraient une réaction particulièrement rapide et prononcée au test à la neige carbonique. Les arcades dentaires étaient complètes, à l'exception de trois dents de sagesse, la 38 étant complètement incluse.

Le status parodontal a été relevé à l'aide des sondages habituels: les profondeurs maximales au sondage de ≤ 3 mm et un degré de mobilité de 0 de toutes les dents témoignaient d'une



Fig. 1 Vue extraorale (sourire)



Fig. 2 Récessions dans la région des dents postérieures à droite

situation parodontale clinique favorable (WILLERSHAUSEN ET COLL. 1990; KÜHNEL 1990; SCHEUTZEL 1992).

Le status radiologique ne révélait pas de radiotransparences apicales et mettait en évidence un traitement endodontique suffisant au niveau de la 23. On était frappé par la perte marquée de substance dentaire dure au niveau incisif des dents antérieures supérieures (fig. 7).

Diagnostic

1. Carie secondaire au niveau mésial de la 36
2. Bruxisme nocturne
3. Récessions gingivales au niveau de toutes les dents postérieures



Fig. 3 Récessions dans la région des dents postérieures à gauche



Fig. 4 Maxillaire supérieur: les surfaces palatines des 14 à 24 sont particulièrement atteintes par les érosions.



Fig. 5 Maxillaire inférieur: les érosions dans le maxillaire inférieur se limitent aux sommets des cuspides des molaires et des prémolaires.



Fig. 6 Vue frontale illustrant la perte de substance dentaire dure due aux érosions dans le segment antérieur du maxillaire supérieur.

5. Traitement endodontique suffisant de la 23 (avec dyschromie)
6. Combinaison de lésions d'érosion et d'attrition:
 - Maxillaire supérieur: faces occlusales et palatines (région des dents antérieures particulièrement atteinte) → sur les dents 13-22 présence d'une couche extrêmement réduite de dentine en regard de la pulpe (légèrement visible en transparence) → couronnes cliniques extrêmement courtes dans la région des dents antérieures du maxillaire supérieur.
 - Maxillaire inférieur: lésions de faces occlusales (sommets des cuspides)

Plan de traitement

1. Diagnostic approfondi à l'aide de modèles montés en articulateur et d'un mock-up
2. Instructions d'hygiène
3. Corrections du contour gingival par chirurgie parodontale (allongement des couronnes cliniques dans la région 13-23 et excision du frein labial entre 11 et 21)
4. Blanchiment interne de la 23
5. Réévaluation 1 (status parodontal)
6. Tentative de créer de la place dans la région des dents antérieures (surélévation de la DVO) à l'aide d'une gouttière occlusale (principe de Dahl) (DAHL ET COLL. 1975; BRIGGS ET COLL. 1997)
7. Réévaluation 2 (évaluation de la surélévation orthodontique de la DVO dans les segments postérieurs)
8. Le cas échéant, légère surélévation de la DVO dans les segments postérieurs à l'aide de reconstitutions directes en composite
9. Préparations grossières et confection de provisoires sur les dents antérieures supérieures
10. Réévaluation 3
11. Réhabilitation définitive conjointe par des couronnes entièrement céramiques et une attelle Michigan portée durant la nuit
12. Recall

Etapes du traitement

Diagnostic à l'aide de modèles montés en articulateur et d'un mock-up

Dans un premier temps, nous avons réalisé des modèles d'étude et un mock-up des dents antérieures du maxillaire supérieur. Par rapport à un wax-up, l'avantage du mock-up réside dans le fait que celui-ci peut être essayé directement dans la bouche du patient, permettant en outre de procéder, au fauteuil, à certaines modifications. L'épaisseur palatine du mock-up (0,5 mm) cor-

4. Pas de perte de dimension verticale d'occlusion en raison de la probable élongation compensatrice des dents antérieures supérieures

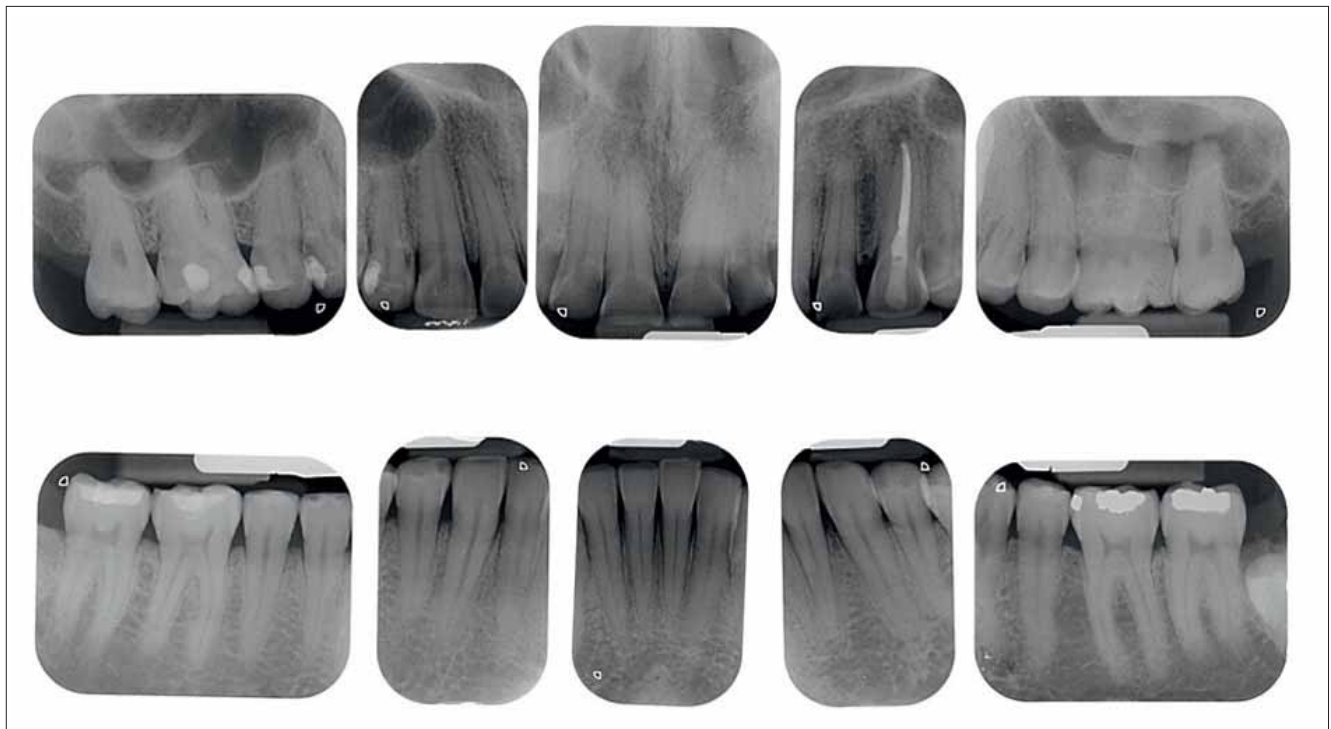


Fig. 7 Status par clichés apicaux: situation initiale illustrant la perte de substance dentaire dure due aux érosions dans le segment antérieur du maxillaire supérieur.



Fig. 8 Modèles d'étude en articulateur avec mock-up.



Fig. 10 Vue du sourire sans mock-up.



Fig. 9 Evaluation de la surélévation nécessaire de la DVO dans les segments postérieures en vue de la reconstruction des 13 à 24 par des couronnes céramo-céramiques.

respondait à l'épaisseur nécessaire pour un travail tout céramique dans la région des dents antérieures (fig. 8, 9, 10 et 11).

Lors de l'essai du mock-up en bouche, il était en outre possible d'évaluer le contour actuel et prospectif de la gencive. La



Fig. 11 Vue du sourire avec mock-up en place.

patientte présentait une asymétrie du feston gingival (fig. 12). D'après CHICHE ET COLL. (1994), il faudrait si possible viser une symétrie du contour gingival dans les zones antérieures, le canon étant d'assurer une localisation légèrement plus coronaire du bord marginal au niveau des incisives latérales par rapport aux incisives centrales et aux canines (CHU ET COLL. 2009). Notre mock-up tenant compte de cette exigence (fig. 13), il était



Fig. 12 Contour de la gencive marginale avant la chirurgie parodontale



Fig. 13 Illustration du contour gingival prospectif en fonction du mock-up

possible de l'utiliser en tant que référence lors de l'intervention de chirurgie parodontale (allongement des couronnes cliniques)

Instructions d'hygiène et excision du frein labial

La patiente était parfaitement au courant des relations entre l'acide gastrique et les pertes de substance dentaire dure; de plus, elle faisait preuve d'une hygiène buccodentaire de niveau élevé. Par conséquent, cette séance s'est limitée à l'enseignement de la technique de Stillman (pour éviter la progression des récessions) et du fil dentaire; avec un bref rappel des interactions des aliments acide avec les tissus dentaire durs. En tant que préparation à l'intervention de chirurgie parodontale, le frein labial entre les incisives centrales a été transposé en direction apicale à l'aide d'un laser au CO₂.

Corrections par chirurgie parodontale (allongement des couronnes cliniques) au niveau des 13 à 23

Afin d'assurer une surface de rétention plus large pour les futures couronnes céramo-céramiques sur les dents antérieures supérieures, il était indispensable de procéder à un allongement des couronnes cliniques des piliers. Par là même, l'intervention était destinée à rétablir l'harmonie esthétique de cette zone. Le mock-up réalisé pour le diagnostic servait de repère au cours de l'intervention, notamment pour la définition du bord marginal des futures couronnes (bord apical du mock-up) pour le respect d'une largeur biologique de 2 à 3 mm, garante de la stabilité à long terme du niveau osseux et des tissus mous (GARGIULO ET COLL. 1961; NEVINS & SKUROW 1984; BRÄGGER ET COLL. 1992). L'intervention comprenait l'ouverture d'un lambeau combiné d'épaisseur totale et partielle («split-full thickness buccal flap»), en d'autres termes un lambeau à épaisseur partielle dans la région vestibulaire des papilles et un lambeau à épaisseur totale dans les régions plus apicales (BESIMON 1999), et une discrète ostéotomie vestibulaire selon l'étendue du mock-up. L'allongement des couronnes cliniques s'est limité au bloc antérieur de 13 à 23, sans porter atteinte aux papilles



Fig. 14 Préparation du lambeau vestibulaire à épaisseur totale-partielle (split-full thickness buccal flap)



Fig. 15 Evaluation de la réduction osseuse nécessaire, le mock-up servant de référence



Fig. 16 Contrôle de la largeur biologique nouvellement créée en fonction du mock-up



Fig. 17 Lambeau repositionné apicalement à l'aide de sutures matelassées verticales

interdentaires. Le lambeau a été élevé sans incisions de décharge verticales. Une fois mobilisé, le volet muco-périosté a été transposé ensuite de 2–3 mm en direction apicale, avant d'être fixé au niveau des papilles par des sutures matelassées verticales (points de Blair-Donati) en fil Seralon® 5-0 (Serag-Wiessner, Naila, Allemagne), afin d'obtenir une stabilisation plus rapide des tissus marginaux (DEAS ET COLL. 2004). Suite à l'intervention chirurgicale, nous avons prescrit à la patiente des rinçages buccaux à la chlorhexidine 3×/j (meridol®perio 0,2%, GABA Suisse, Therwil) (fig. 14, 15, 16 et 17).

Blanchiment interne de la 23

Profitant de la phase de guérison parodontale dans la région antéro-supérieure, nous avons réalisé un blanchiment interne de la 23. Afin d'éviter une pénétration de l'agent de blanchiment (Opalescence® Endo®, Ultradent) en direction de l'espace parodontal ou du canal radiculaire, le matériau d'obturation endodontique a été recouvert au préalable d'une couche

étanche de matériau verre ionomère (Vitrebond™, 3M ESPE) (DE OLIVEIRA ET COLL. 2003).

Réévaluation 1

Après une phase de guérison de deux mois, nous avons réévalué le contour marginal de la gencive (fig. 18). Afin de créer une place intermaxillaire adéquate pour les futures couronnes unitaires sur les dents antérieures supérieures, nous avons décidé de tenter une surélévation de la DVO de 0,5 mm à l'aide d'une gouttière occlusale antérieure dans le maxillaire supérieur (principe de Dahl), en espérant créer une élévation des dents postérieures, respectivement une intrusion des dents antérieures (DAHL ET COLL. 1975; BRIGGS ET COLL. 1997) (fig. 19).

Réévaluation 2

La patiente ayant porté la gouttière pendant deux mois, nous n'avons pas observé de modifications significatives de la DVO (IMFELD & IMFELD 2005), et vu l'âge de 40 ans de la patiente, il fallait admettre que cette méthode mini-invasive ne permettrait pas d'obtenir le résultat escompté de l'élévation des dents postérieures. Du fait que les dents antérieures se trouvaient toujours en contact avec les antagonistes et qu'il y avait un risque de léser les pulpes lors de la préparation des dents 13-23, nous avons décidé de créer la place nécessaire de DVO antérieure à l'aide d'obturations directes en composite sur les dents latérales du maxillaire inférieur (IMFELD & IMFELD 2005).

Surélévation de la DVO dans les segments postérieurs à l'aide de reconstitutions directes en composite

Dans cette phase également, le mock-up réalisé pour le diagnostic servait de référence pour la DVO prospective. Les reconstitutions directes en composite (Tetric® EVO Ceram, Ivoclar Vivadent SA, Schaan, Liechtenstein) ont été réalisées au cours de deux séances à intervalle rapproché. A noter que l'émail superficiel n'a été que légèrement retouché (plastie de l'émail) (fig. 20).



Fig. 18 Contour gingival deux mois après chirurgie parodontale



Fig. 19 Gouttière occlusale à surélévation antérieure en bouche



Fig. 20 Reconstitutions en composite des 37, 36, 35, 44, 45, 46 et 47



Fig. 21 Situation immédiatement après la préparation des dents 14 à 24



Fig. 22 Situation avec les provisoires à long terme et la surélévation de la DVO de 0,5 mm

Préparations grossières et confection de provisoires sur les dents antérieures supérieures

Les 13, 12, 11, 21, 22, 23 et 24 ont été préparées pour des couronnes unitaires et la 14 pour une facette céramique palatine, sans ablation de substance dentaire dure; seule la concavité existante du côté palatin, due à l'érosion, a été légèrement déplacée en direction apicale pour créer un bord de préparation en forme de congé. Grâce à cette méthode, il a été possible de préserver la vitalité de toutes les dents antérieures, à l'exception de la 23 déjà traitée endodontiquement. Les provisoires en coquille d'œuf, confectionnées au préalable, ont été rebasées directement en bouche, puis adaptées et polies avant le scellement par un ciment provisoire (TempBond Clear, Kerr Hawe, Bioggio, Suisse) (fig. 21 et 22).

Réévaluation 3

La patiente s'est rapidement adaptée à la nouvelle dimension verticale, sans aucun trouble au niveau des articulations tem-

poro-mandibulaires ou de la musculature masticatrice. La patiente était très satisfaite de l'esthétique.

Réhabilitation définitive

L'empreinte définitive dans le maxillaire supérieur a été réalisée en Impregum Penta (3M ESPE, Seefeld, Allemagne) dans un porte-empreinte individuel, la rétraction gingivale étant assurée par l'application de la technique du double fil (CLOYD & PURI 1999; PERAKIS ET COLL. 2004). Les relations intermaxillaires ont été enregistrées à l'aide d'un morduc en cire (Moyco Beauty Pink, Moyco Industries, Philadelphia, USA). Pour l'enregistrement extraoral, nous avons utilisé un arc facial selon Gerber (Gerber Condylator Service, Zurich, Suisse) pour le transfert en articulateur de la ligne bipupillaire, en d'autres termes pour des raisons de symétrie (fig. 23).

En raison du bruxisme nocturne de la patiente, les couronnes définitives sur les 13 à 24 ont été confectionnées en zircone; et au vu de la place intermaxillaire restreinte (0,5 mm), les couronnes ont été fabriquées sans revêtement cosmétique, elles ont simplement été colorées. De cette manière, il a été possible de respecter sans problème une épaisseur de 0,5 mm du côté palatin. Les chapes en zircone ont été confectionnées par fraisage de blocs de zircone partiellement frittés (Metoxit AG Dental) à l'aide du système Zenotec (Wieland), avant le frittage sous pression (contraction de volume: 24–26%). Le revêtement cosmétique a été réalisé en céramique feldspathique (Creation, C+M, Biel-Bienne, Suisse) (fig. 24, 25). La reconstitution du défaut

palatin de la 14 a été assurée comme prévu par une facette en céramique (Empress II) (fig. 24).

Les couronnes en zircone sur les 13, 12, 11, 21, 22, 23 et 24 et la facette palatine sur la 14 ont été collées à l'aide de Panavia F2.0 TC (Kuraray Co, Japon) (fig. 26, 27 et 28) (KUNZELMANN ET



Fig. 24 Cuisson finale des couronnes en zircone 13–24 et de la facette palatine pour la 14



Fig. 25 Le travail définitif en articulateur

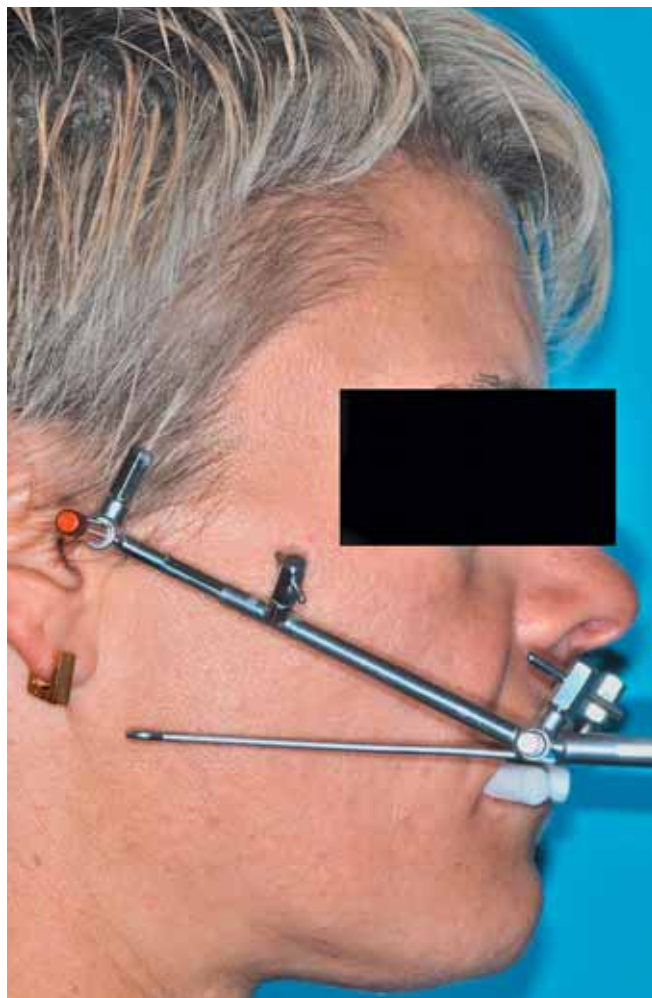


Fig. 23 Enregistrement extraoral par arc facial.



Fig. 26 Les couronnes en zircone après scellement définitif (vue frontale)



Fig. 27 Couronnes en zircone 13–24 et facette palatine pour la 14 après scellement définitif (vue occlusale)



Fig. 28 Vue extraorale (ligne du sourire)

COLL. 2006). Pour la suite, la patiente a été admise dans un programme de recall tous les six mois.

Discussion

L'action répétée et prolongée d'acides sur les tissus dentaires durs (émail, dentine) peut entraîner des destructions importantes des dents. Le degré des manifestations cliniques chez les patients souffrant de boulimie et d'anorexie mentale dépend d'une part de la fréquence et de la durée des épisodes de vomissement, ainsi que de la durée de la maladie elle-même (SCHEUTZEL 1996; STUDEN-PAVLOVICH & ELLIOTT 2001), et d'autre part du type et de l'intensité des mesures d'hygiène buccodentaire après les accès de vomissements (SCHWEITZER-HIRT ET COLL. 1978; JAEGLI & LUSSI 1999; EISENBURGER ET COLL. 2003; ATTIN ET COLL. 2004). En plus, l'attrition est renforcée par les contacts occlusaux normaux des dents.

Chez les patients boulimiques et anorexiques, les processus érosifs commencent typiquement sur les faces palatines des dents antérieures du maxillaire supérieur d'abord, localisation initialement non visible pour le patient. A ce propos, le médecin-dentiste joue un rôle «révélateur» important. Il est souvent la première personne du corps médical à dépister une boulimie. Plus le diagnostic est posé à un stade précoce, avec en conséquence des lésions moins importantes de la substance dentaire dure, et plus il y a la possibilité d'intervenir par des mesures exclusivement préventives (IMFELD 1996; IMFELD & IMFELD 2005) ou de recouvrir les lésions par des procédés adhésifs directs. En cas de perte de tissus dentaires durs à un stade plus avancé, il est dans bien des cas nécessaires de recourir à des mesures restauratrices relativement complexes. Il faudrait alors dans tous les cas que l'affection de base soit guérie avant la réhabilitation

dentaire définitive. En cas de pertes de substance dentaire dure dues à une anorexie mentale/boulimie, il ne doit plus y avoir d'épisodes répétés et réguliers de vomissements. Si ce n'est pas le cas, le succès à long terme de la thérapie dentaire est sérieusement remis en question (IMFELD & IMFELD 2005). Dans les cas de lésions dentaires en tant que conséquence d'une boulimie (Atlas LAMal de la SSO, article 18c, ch. 7), un traitement psychiatrique mené à bien au préalable est une condition indispensable pour la prise en charge des frais par l'assurance.

Lors de la planification de la thérapie dentaire définitive, il faut tenir compte de certains aspects importants: Y a-t-il une perte de dimension verticale d'occlusion? Quelle est la situation du point de vue de la place intermaxillaire? Quelle est la visibilité des dents antérieures supérieures et de la gencive en position de repos et lors du sourire? Quel est le contour de la gencive marginale? Combien de substance dentaire dure reste-t-il?

Dans le cas présent, il n'y avait pas de perte de DVO, du fait qu'au niveau des dents postérieures, seules de légères érosions des sommets des cuspidés étaient présentes. Par contre, la substance dentaire dure des dents antérieures supérieures était fortement atteinte et sur les faces palatines des 13-22, les pulpes n'étaient recouvertes que d'une mince couche de dentine résiduelle. Malgré cette situation, les dents antérieures se trouvaient pour ainsi dire en contact occlusal avec leurs antagonistes. Il est possible que les dents antérieures du maxillaire supérieur aient fait une élévation compensatrice. Dans le cas de notre patiente, il n'y avait pas de place suffisante pour des reconstitutions des dents antérieures. Une réduction incisive ou palatine des tissus dentaires durs lors de la préparation aurait inévitablement entraîné leur dévitalisation. En position de repos, les dents antérieures supérieures n'étaient pas visibles. Lors du sourire, la patiente découvrait le segment antérieur au point de mettre à nu les papilles interdentaires d'environ 1 mm. Le contour marginal de la gencive n'était pas symétrique, et le volume des tissus durs résiduels ne suffisait pas pour préparer des moignons de hauteur adéquate; pour cette raison, un allongement des couronnes cliniques était nécessaire. Profitant de cette intervention de chirurgie parodontale, il a été possible de corriger et d'harmoniser le feston gingival (CHICHE ET COLL. 1994; CHU ET COLL. 2009). Du fait que la patiente présentait une «average smile line» (PECK ET COLL. 1992), la position des papilles n'a pas été modifiée. Les faces occlusales des dents postérieures étant encore recouvertes d'émail, nous avons tenté de créer la surélévation nécessaire de la DVO par une méthode la moins invasive possible à l'aide d'une gouttière occlusale, selon le principe de Dahl; la patiente était tenue de porter la gouttière pendant 24 heures par jour (DAHL ET COLL. 1975; BRIGGS ET COLL. 1997). Malheureusement, cette modalité thérapeutique s'est soldée par un échec, probablement en raison de l'âge de la patiente; nous avons dès lors décidé de réaliser la surélévation de la DVO à l'aide de reconstitutions directes en composite sur les dents postérieures du maxillaire inférieur (IMFELD & IMFELD 2005; DIETSCHI 2008). Durant toutes les étapes du traitement, nous nous sommes efforcés d'éviter toute perte excessive de substance dentaire saine, en particulier pour ne pas être obligés de procéder à des dévitalisations des dents antérieures du maxillaire supérieur.

En raison de la hauteur réduite des moignons des piliers, les couronnes en zircone ont été collées à l'aide de Panavia F2.0 (Kuraray Co, Japon) (KUNZELMANN & KERN 2006); en effet, selon les indications du fabricant, ce produit serait susceptible de créer une liaison entre le ciment de scellement composite et la céramique oxydée via la formation de ponts de phosphate.

En tant que protection contre des lésions subséquentes par attrition, nous avons confectionné, au terme du traitement prothétique, une attelle Michigan que la patiente devait porter durant la nuit.

Cet exemple d'un cas clinique avait pour but de montrer qu'en respectant certains facteurs fondamentaux et une procédure systématique, il est possible de résoudre des problèmes médico-dentaires complexes de manière relativement simple et satisfaisante sur le plan esthétique.

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement l'équipe des techniciens dentistes Gino Ampellio et Manuel Althaus pour la collaboration agréable et la réalisation des couronnes en zircone esthétiquement parfaites. Ils remercient également Ferruccio Bassetti pour la relecture du manuscrit.

Bibliographie voir texte allemand, page 36.