

Cas 0

Traitement des érosions dentaires avec des restaurations en résine

1. Domaines

A : Maladie générale avec effet sur le système masticateur

2. Dates du patient

Patient: Mme BZ
Date de naissance: 01.01.1983
Commencement du traitement: 25.09.2009
Fin du traitement: 21.12.2009
Réévaluation : 07.01.2011

3. Anamnèse

Mme BZ a été envoyée le 27 août 2009 par l'orthodontiste à la Clinique dentaire de l'université de Berne. Il a remarqué que la patiente souffrait d'une réduction visible sous forme d'érosions. Mme BZ travaille comme pharmacienne. Elle ne prend pas de médicaments et est en bonne santé - Mme BZ a remarqué elle-même les altérations de la forme des dents, mais n'en ressentait pas de gêne. Par contre elle craint quand même une progression des lésions.

4. Examen

4.1 Examen extra oral

L'examen extra oral est sans pathologie

4.2 Examen intra oral

- Dentition permanente, état après extraction des dents 18, 28; les dents 38 et 48 sont réténées (Fig. 1-5)
- Hygiène orale adéquate: un peu de décoloration et tartre surtout vers les incisives mandibulaires.
- Situation parodontale normale
- Dents sans carie, toutes les dents réagissent positivement au test de vitalité (Fig. 6)
- Restaurations en amalgame 36 et 46 classes V buccale (Fig. 7)
- Erosions avec exposition de la dentine sur les surface occlusales et buccales des dents mandibulaires et palatinales des dents maxillaires. Les érosions sont plus dominantes du côté droit.
- BEWE (Basic Erosive Wear Examination):

2	1	2	
3	1	2	11

4.3 Examen radiologique

Sur les radiographies bite-wing la réduction occlusale de l'émail est visiblement détectable (Fig. 8 et 9). Les deux restaurations classe V vers les dents 36 et 46 sont visibles dans les radiographies. Les dents 38 et 48 sont présentes mais ne peuvent pas être examinées dans les radiographies.



Fig. 1: Image frontale 27.8.2009

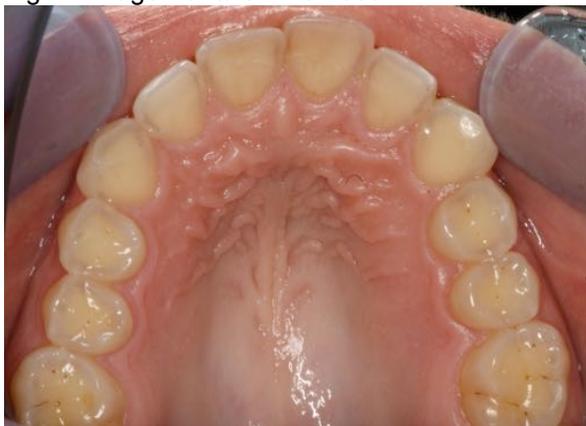


Fig. 2: Image occlusale de la maxille 27.8.2009



Fig. 3 Image occlusale de la mandibule 27.8.2009



Fig. 4: Situation vestibulaire droite 27.8.2009



Fig. 5: Situation vestibulaire gauche 27.8.2009

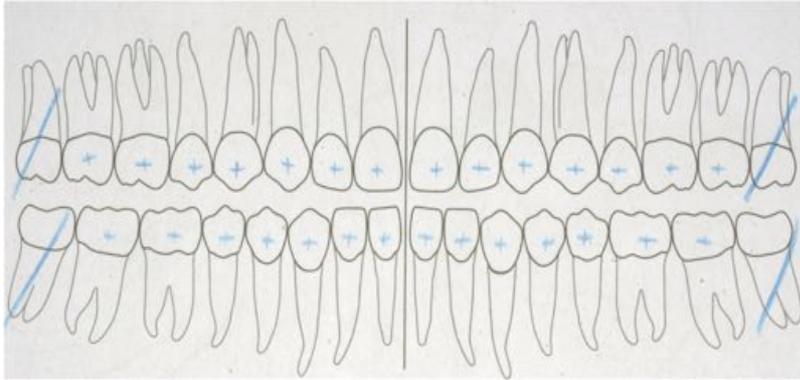


Fig. 6: Test de vitalité 29.8.2009

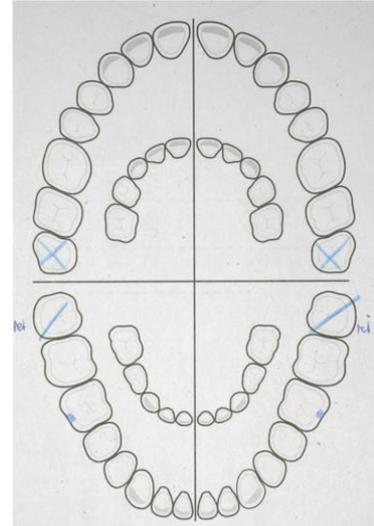


Fig. 7: Examen dentaire 27.8.2009

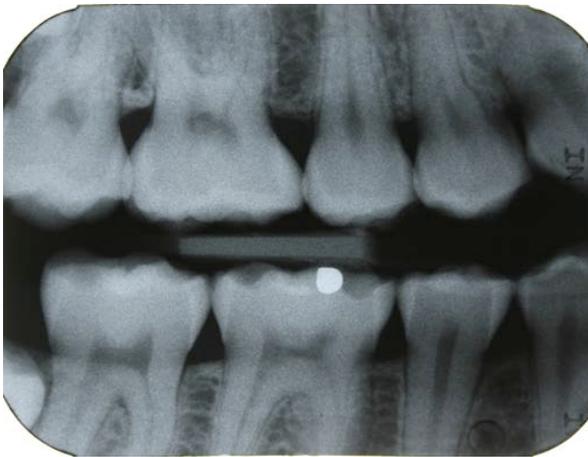


Fig. 8: Bitewing droite 27.8.2009

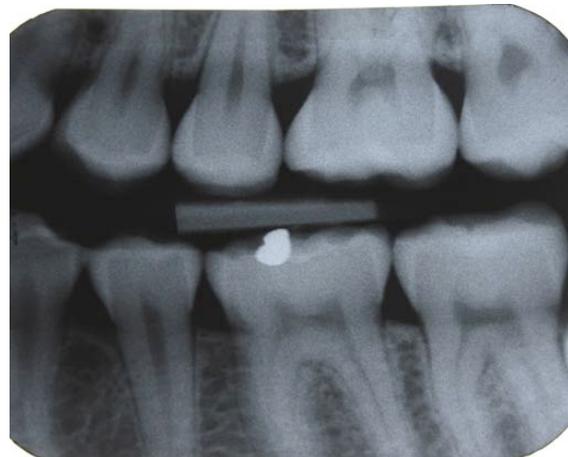


Fig. 9: Bitewing gauche 27.8.2009

4.4 Autres examens

Analyse salivaire

Salive non stimulée (mesure pendant 5 min):	0,4 ml/ minutes
Salive stimulée (mesure pendant 5 min):	0,8 ml/ minutes
Capacité de neutralisation (Dentobuff-Test):	moyen

Anamnèse de nutrition

L'anamnèse de nutrition ne donne pas d'informations concernant une raison exogène aux les lésions érosives. Les peu d'ingestion de produits acides est basé sur la consommation de fruits et de salade.

Dimanche, 4. octobre 2009

07.15 1 tasse de café au lait, 1 yaourt à l'orange, 1 morceau de tresse au beurre avec miel

Brosse à dents 2 min, Elmex rinçage fluoridique 30 sec

09.00 Emmi boisson au café

13.00 Soupe de courge, 1 morceau de gâteau alsacien, 1 verre de jus d'orange

17.00 Frappé aux fraises

20.00 Salade verte avec tranches de poulet

Brosse à dents 2 min, Rinçage fluoridique 30 sec

Lundi, 5. octobre 2009

08.00 1 verre au lait, 1 yaourt au poires et chocolat

Brosse à dent 2 min, Elmex rinçage fluoridique 30 sek

12.00 Gratin de pommes de terre et de courges, salade verte, fromage frais, 1 banane, 1 café au lait

Brosse à dent 2 min

17.00 1 pomme, 1 poire, 1 kiwi, 1 serré aux abricots, 1 latte macchiato

Brosse à dent 2 min

Mardi, 6. octobre 2009

06.30 1 yaourt (myrtilles), 1 morceau de tresse

Brosse à dents 2 min, rinçage fluoridique 30 sec

09.30 1 banane, 1 barre aux céréales

Rinçage fluoridique 30 sec

12.30 1 assiette aux pâtes au tomates, fromage frais, 1 tomate, 1 morceau de pain complet, 1 café au lait

Brosse à dents 1 min

17.30 1 yaourt (café), 1 farmer

Rinçage fluoridique 1 min

22.00 1 chocolat frais (2dl)

Brosse à dents 2 min

Mercredi, 7. octobre 2009

06.30 1 yaourt (myrtilles), 1 chocolat frais (2 dl)

Brosse à dents 2 min, Rinçage fluoridique 30 sec

10.00 1 banane

12.30 1 assiette de nouilles, carottes, burger au fromage, 1 café au lait

Brosse à dents 2 min

17.00 1 poire, qqes raisins, 1 yaourt (vanille)

Rinçage fluoridique 2 min

18.00 1 farmer

Brosse à dents 2 min

Table 1: Récapitulation de l'anamnèse de nutrition

jour	repas	Inputs				moyenne
		1	2	3	4	
sucre	principale	1	1	1	1	1
sucre	à part	2	0	3	2	1,75
acide	principale	2	4	0	2	2
acide	à part	0	0	0	0	0

5. Diagnostique

Erosions avec exposition de la dentine (étiologie endogène probable).

6. Discussion des alternatives thérapeutiques

6.1 Aspects systémique

Examen de l'étiologie des érosions (exogène ou endogène).

S'il y a un indice pour des érosions exogène, il faut consulter un spécialiste en gastroentérologie.

6.2 Phase hygiène

Motivation à une hygiène orale avec instruction de nettoyage interdentaire. Une phase hygiénique plus intensive n'est pas indiquée.

6.3 Phase restaurative

Protection d'une perte de substance dentaire par scellement de la dentine avec un adhésif ou application de restaurations en composite. Les méthodes de restauration plus invasives comme l'insertion de restaurations en céramique ne sont pas indiquées.

6.4 Phase de recall

Intervalle de recall 12 mois.

7. Historique du traitement

7.1 traitement

- 27.08.2009: première inspection, motivation et instruction concernant l'hygiène orale
- 09.10.2009: discussion du plan de traitement, évaluation de l'anamnèse nutrition, orientation spécialiste gastroentérologie (diagnose de soupçon: reflux silencieux)
- 07.12.2009: restaurations en résine composite 46-44 occlusal, et 46-44 buccal (Fig. 10-16)
- 09.12.2009: restaurations en résine composite 37-34 occlusal (Fig. 17-23), et 12-22 palatinal (Fig. 24,25)
- 21.12.2009: contrôle final (Fig. 26-32)



Fig. 10: restaurations en composite 4^{ème} quadrant



Fig. 11: restaurations en composite 4^{ème} quadrant



Fig. 12: restaurations en composite au 4^{ème} quadrant



Fig.13: restaurations en composite au 4^{ème} quadrant



Fig. 14: restaurations en composite au 4^{ème} quadrant



Fig. 15: restaurations en composite au 4^{ème} quadrant



Fig. 16: restaurations en composite au 4^{ème} quadrant



Fig. 17: restaurations en composite au 3^{eme} quadrant



Fig. 18: restaurations en composite au 3^{eme} quadrant



Fig. 19: restaurations en composite au 3^{eme} quadrant



Fig. 20: restaurations en composite au 3^{eme} quadrant



Fig. 21: restaurations en composite au 3^{eme} quadrant



Fig. 22: restaurations en composite au 3^{eme} quadrant



Fig. 23: restaurations en composite au 3^{ème} quadrant



Fig. 24: Situation initiale vers les incisives palatinales

Fig. 25: Scellement de la surface palatinale des incisives maxillaires

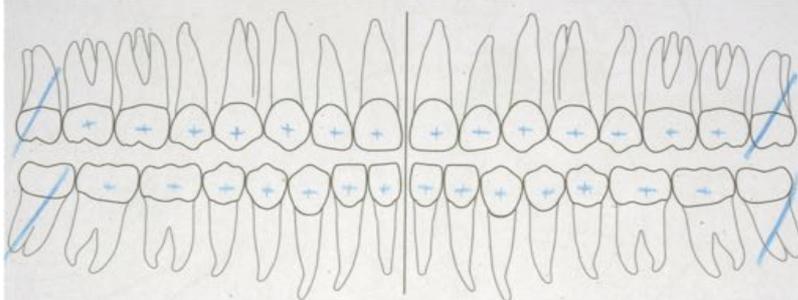


Fig. 26: contrôle final, test de vitalité

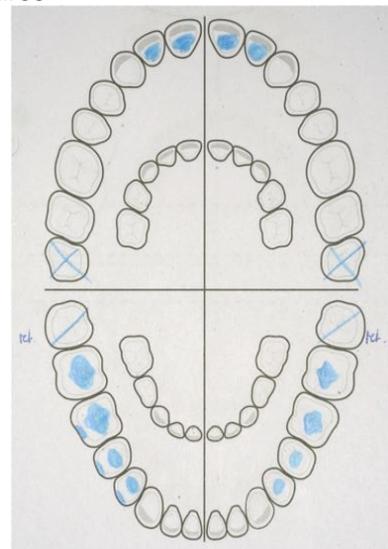


Fig. 27: contrôle final, examen dentaire



Fig. 28: contrôle final, vue frontale



Fig. 29: contrôle final, vue occlusale maxillaire



Fig. 30: contrôle final, vue occlusale mandibulaire



Fig. 31: contrôle final, vue latérale droite



Fig. 32: contrôle final, vue latéral gauche

7.2. Dépense du traitement

facturation

date	dent	chiffre	traitement	TP
27.08.09		4000	consultation	21.0
		4125	nettoyage	9.0
		4100	anamnèse prophylactique	9.0
		2x4050	radiographie	11.0
		2x4094	tests de vitalité	15.0
		2x4090	impressions	24.0
		2x4105	mesure salivaire	9.0
		Matériel	mesure salivaire	7.00
		Technique dentaire	modèles	47.75 CHF
	09.10.09		4100	anamnèse nutrition
07.12.09	47	4535	cm 1 surface	35.0
	46,45,44	6x4536	autre cm 1 surface	132.0
		4x4580	mordensature émail	22.0
		4x4581	conditionnements dentine	18.0
	4094	digue	6.5	
9.12.09	37	4535	cm 1 surface	35.0
	36	4536	autre cm 1 surface	22.0
	35,34,12-22	6x4582	scellement	51.0
		2x4580	mordensature émail	11.0
		8x4581	conditionnements dentine	36.0
	2x4094	digue	13.0	
21.12.09		4125	nettoyage	9.0
dépense de restauration (TPW 3.40 Fr.) 497.5 TP x 3.40 TPW				1'691.50 CHF
matériel, technique				54.75 CHF

Totale

1'746.25 CHF

7.3 Suivi médicale

07.01.2011

contrôle périodique: La patiente est sans douleurs. Le diagnose de soupçon „reflux“ a été confirmé par le spécialiste. La patiente prend du Nexium pour inhiber le fonctionnement de la pompe à protons pendant une année. Les restaurations en composite sont sans défauts (images 33-37). L'hygiène buccale s'est aggravée. Les décolorations sont surtout visibles au niveau des incisives. Les décolorations sont favorisées par le rinçage oral (Meridol). Les défauts érosifs sont stables. Le contrôle radiologique avec les bitewings est sans pathogenèse (images 38 et 39).
Intervalle des contrôles périodiques: 12 mois.



Fig. 33: vue vestibulaire pendant le contrôle



Fig. 34: vue occlusale maxillaire



Fig. 35: vue occlusale mandibulaire



Fig. 36: vue latérale droite



Fig. 37: vue latérale gauche



Fig. 38: Bitewing droite du 7.1.11

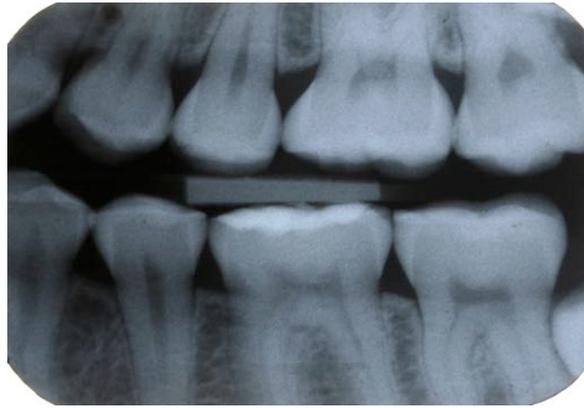


Fig. 39: Bitewing gauche du 7.1.11

8. évaluation critique

- Le diagnostic de soupçon (reflux) était correct. Ce sont surtout les différences du côté droit vers le côté gauche des défauts érosifs (position préférée pour dormir) qui ont souligné cette hypothèse. En plus la patiente a un BMI normal, pour cette raison une maladie de nutrition était improbable. La patiente a minutieusement rempli le questionnaire de nutrition. Le questionnaire n'a pas démontré que les érosions ont une étiologie exogène, puisqu' elle ne mangeait presque pas d'aliments acides.
- Il a été démontré qu'après une exposition de la dentine suite à l'érosion, il est nécessaire de faire un scellement pour protéger la substance dentaire (Sundaram et al. 2007). Sans scellement il y a une perte constante de la substance dentaire.
- Les restaurations de surface dentaires avec du composite sont considérées comme traitement invasif minimal. Bien que les défauts n'aient pas une origine bactérienne, la dentine devrait être préparée de manière minimale pour garantir une adhésion à long terme (Zimmerli et al. 2011). Vers les dents postérieures de la mâchoire il n'y a pas eu de traitement des défauts dus à l'érosion. L'idée étant que les défauts étaient seulement mineurs et que la dentine était seulement exposée sur une petite surface. Ces surfaces doivent être contrôlées régulièrement pendant les contrôles périodiques.
- Les restaurations occlusales des dents mandibulaires ont été placées de sorte que l'élévation de la morsure n'apporte pas trop longtemps d'inconfort pour la patiente. Les restaurations ont été placées sans aide, ce qui est très facile quand les défauts sont plutôt petits. En plus c'est la méthode la moins chère pour le patient. S'il y a des défauts plus grands il est possible d'utiliser des trays (d'après Schmidlin et al. 2009) ou des tampons (d'après Helbling et Ramseyer, Université de Berne).
- La collaboration avec le spécialiste gastroentérologue existe depuis plusieurs années. Normalement les patients prennent les médicaments pendant une année et après on essaie de diminuer le dosage. Les modèles en plâtre sont utiles pour suivre la situation pendant les contrôles périodiques et pour surveiller s'il y a un aggravement des lésions érosives. Si on détecte une progression, le patient est de nouveau envoyé vers le gastroentérologue pour un contrôle.
- La patiente est bien sensibilisée à l'érosion et se surveille bien. De plus elle supporte bien les médicaments.