

rencontre franco-marocaine de médecine dentaire au Palais Jamaï à Fès



La faculté de Médecine Dentaire de Rabat a organisé en collaboration avec l'Association d'Enseignement d'Odontologie et de Stomatologie une séance sur le thème : «Odontologie et Normes de qualité» pendant la journée du samedi 19 mai 2007 au Palais Jamaï à Fès. La vice-doyenne Sana Rida a ouvert la séance suivie de notre président Hubert Ouvrard, tous les deux ayant insisté sur les bonnes relations qui existent entre nos universités depuis maintenant un certain temps. Il faut préciser que la plupart des conférenciers marocains ont fait au moins une partie de leur cursus en France, ceci expliquant donc cela. Le Dr Salwa Berrada, présidente du comité scientifique, a défendu avec brio et conviction une odontologie de qualité. Car c'est, en effet, bien de cela qu'il s'agit à l'aube du XXI^e siècle. Dans une ère de «hard-discount» et de «prix cassés», montrer la voie de l'exigence qualitative paraît relever de la plus pure témérité. Et pourtant... Cela devait être rappelé car c'était plus que nécessaire en ces temps où l'on voit le souci du travail bien fait, du bel ouvrage, sacrifié sur l'autel de la productivité. Tout cela ne peut, à notre avis, que stériliser une profession par ailleurs prisonnière des réalités socio-économiques et politiques dont il n'est pas question de faire étalage ici dans une association savante, nos syndicats étant beaucoup plus à l'aise dans ce type d'exercice d'équilibre.

Christophe BONNEFOY
78, avenue Aristide Briand
92160 Antony



Le professeur A. Cherkaoui, agrégé de Parodontologie à la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat, a ouvert le bal sur le thème «la thérapeutique étiologique parodontale : quoi de neuf ?» et nous sommes heureux que cet honneur incombe à une dis-

cipline que nous avons eu le bonheur de présenter lors de notre séance du mois de mars sous la baguette magistrale de Jean Meyer. Après un bref rappel des mécanismes étiopathogéniques de la maladie parodontale où l'accent a été porté sur la réponse de l'hôte, anormalement exagérée ou diminuée, l'orateur a insisté sur le contrôle de plaque sus-gingival qui constitue la base de la thérapeutique comme chacun le sait. Le détartrage-surfacement radiculaire et la motivation du patient en sont les deux piliers. Cette phase doit être entreprise rapidement car le gros problème actuel réside dans le risque de translocations bactériennes entre sites traités et sites non traités. Pour cette raison, la thérapeutique en une seule étape devrait en théorie être également instituée lors de la phase chirurgicale ultérieure si nécessaire. Toutefois, ce type de traitement est lourd et pas toujours bien supporté par les patients et dans la pratique, comme toujours, il faudra faire au mieux, c'est-à-dire le plus rapidement possible. La chlorexidine joue ici un rôle important tant dans son utilisation en irrigation per-opératoire que lors de la phase de maintenance dans les semaines qui suivent (bains de bouche). Traiter et réévaluer, voilà les critères de qualité. Il s'agit donc de l'équation gagnante dans cette partie de bras de fer où, finalement,

rien n'est jamais gagné face à l'agresseur bactérien. Enfin, un aparté a été fait sur le laser, dans un souci louable d'exhaustivité, dont les progrès sont indéniables mais dont on ne sait toujours pas, dans l'état actuel des connaissances, s'il est un substitut ou un adjuvant dans la thérapeutique parodontale.



Les Dr M.M. Landru et M. Folliguet nous ont parlé de «l'odontologie pédiatrique au quotidien».

Le Dr Folliguet a fort opportunément rappelé la situation de la prévalence carieuse au Maroc où 50 % de la population a moins de 25 ans avec un indice CAO de 2.5. La prévention a effectivement dans ce pays du «pain sur la planche». Rappelons que les objectifs de l'OMS en 2015 sont d'obtenir un indice CAO au-dessous du seuil de 1.5 à 12 ans. Bien évidemment, l'introduction de substituts au glucose fait partie du programme de lutte contre la carie, qui est, faut-il le rappeler, la première pathologie en fréquence dans le monde. Ainsi, par exemple, la consommation de bonbons au sorbitol entraîne une diminution du risque carieux de l'ordre de 45 %. L'OMS conseille par ailleurs de ne pas dépasser le seuil de 10 kg par an et par personne. En effet, parmi les facteurs déclenchants, l'alimentation joue un rôle de premier plan et l'absence de fluor

constitue un facteur aggravant notable. Le gros problème de l'alimentation réside dans les (mauvaises) habitudes prises dès la petite enfance qui déterminent de façon très durable la façon de s'alimenter d'un individu. Le grignotage constitue, à ce titre, une véritable plaie exigeant le brossage des dents autant de fois que nécessaires. Le problème se complique encore, comme le souligne le Dr Landru, lorsqu'on met en évidence statistiquement et de façon significative, une augmentation des caries chez les milieux socio-économiques les plus défavorisés, ceux pour qui les prothèses dentaires sont les plus inatteignables... On observe ainsi dans un pays comme le Maroc que la malnutrition disparaît mais que le surpoids et même l'obésité augmentent, ces facteurs étant corrélés intimement au risque carieux. La réhabilitation globale en odontologie pédiatrique n'est pas toujours aisée et peut grossièrement se résumer ainsi : dents antérieures en composite et postérieures en coiffes pédodontiques. Face à un patient «saccharomane», la motivation constitue le moteur de la réussite et ne peut avoir de succès qu'en cas de totale coopération des parents.



Le Dr Patrick Fellus, spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale à l'Hôpital Robert Debré, a abordé la délicate question du «dépistage et des traitements précoces en orthodontie». En réalité, il s'est agi d'un véritable plaidoyer en faveur de l'ODF interceptive en

vingt points. Par souci d'objectivité, cinq points négatifs en défaveur de cette technique ont été soulevés : la raison majeure

en faveur du traitement précoce est que la plupart des dysmorphoses présentes en denture mixte ou définitive existent déjà en denture lactéale et n'ont aucune chance de s'améliorer spontanément avec la croissance des maxillaires. À partir de ce constat, on en déduit facilement en pratique que l'on peut, de ce fait, diminuer les cas, tant redoutés par nos petits patients, d'extractions ainsi que les risques de trauma en région incisivo-canine. Bien sûr, plus l'enfant est atteint de pathologies importantes comme le syndrome du premier arc branchial ou les plagiocéphalies inductrices d'asymétries faciales, plus le traitement se doit d'être entrepris précocement. L'essentiel est de redonner à la langue ses références afin d'éviter les pulsions linguales très déstabilisantes pour les tissus durs et en particulier les dents tout en favorisant l'évolution des dents de six ans en normocclusion. Notons que l'emploi de la tétine est favorisé par les pédiatres car elle diminue l'incidence de la mort subite des nourrissons mais induit une mauvaise position linguale. Les cinq raisons de ne pas commencer tôt sont beaucoup moins nombreuses mais malheureusement très présentes. On dénombre ainsi :

- 1) l'immaturation ;
- 2) le travail sur patient impossible ;
- 3) les dysmorphoses légères ;
- 4) la motivation des parents ;
- 5) l'entrée au cours préparatoire.

En conclusion, la position du conférencier est plus conceptuelle que technique. Le problème des rotations antérieures et postérieures n'étant pas génétique mais d'étiologie linguale par dysfonction postérieure, il est nécessaire de prendre en charge les enfants le plus précocement possible. Cela peut leur éviter toute sorte

de désagréments, des extractions dentaires programmées en passant par l'ablation des végétations et même les otites séreuses à répétition. Il est bon de rappeler les grands principes qui doivent être fermement établis mais la pratique se doit, comme d'habitude, de s'adapter au cas par cas.



Le Dr M. Sakout, professeur agrégé d'odontologie conservatrice à la faculté de Médecine Dentaire de Rabat, nous a parlé de «La qualité en endodontie, entre obligations et démarches». Il nous a rappelé fort opportunément en préambule que le pronostic

de la thérapeutique endodontique est bon dans plus de 90 % des cas. Il faut, bien entendu, respecter les principes de perméabilité canalaire et d'étanchéité de la cavité d'accès par reconstitution si nécessaire des 4 murs. Les objectifs biologiques consistent dans la réalisation d'un bon parage canalaire tout en respectant le péri-apex. Le conférencier a beaucoup insisté sur le fait qu'il n'était pas nécessaire ni même souhaitable d'obturer à l'apex radiologique comme on apprenait à le faire il y a encore quelques années. En réalité, la jonction cémento-dentinaire est située de 0,5 à 1 mm de l'apex radiologique. Au-delà, on obture le péri-apex. Il est certain que les instruments en Nickel-Titane (NiTi) ont permis l'obturation de dents courbes tout en respectant les trajectoires canalaires. Rappelons qu'entre deux séances, il convient de se méfier de l'efficacité des médications volatiles qui sont inactives au bout de 48 heures. Pour cette raison, il est préférable de réaliser

l'obturation tridimensionnelle du système pulpaire en une seule fois ; enfin les études cliniques rétrospectives montrent qu'une restauration canalaire doit être complétée le plus rapidement possible par une restauration coronaire afin d'éviter la réinfiltration bactérienne. L'auteur a conclu brièvement sur la reprise de traitement endodontique, un sujet que nous aborderons le jeudi 13 décembre avec Valérie Travert, endodontiste confirmée, et des conférenciers de renom pour parler d'un sujet qui fâche !

Le Dr Luc Chikhani, chef de service de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie à l'Hôpital Georges Pompidou, nous a parlé de l'«utilisation de la toxine botulique en Odonto-Stomatologie». En fait, trois produits sous la même forme galénique sont disponibles et développent les potentialités thérapeutiques des deux toxines A et B disponibles sur le marché à l'heure actuelle :

- Dysport et Botox pour le type A ;
- Neurobloc pour le type B.

La Dose Létale humaine se situe entre 7000 et 9000 Unités Létales Dysport. L'effet pathologique est bien connu puisque la toxine botulique bloque irréversiblement la libération de l'acétylcholine au niveau présynaptique de la plaque motrice. L'effet est extrêmement puissant puisqu'il provoque une paralysie du secteur atteint qui affecte à la fois les mouvements volontaires et les mouvements réflexes. Cela se traduit sur le plan clinique par une relaxation et une atrophie progressive des fibres musculaires striées.



Notons également que l'effet de la toxine se fait ressentir sur le système nerveux para-sympathique. La base de la thérapeutique proposée ici repose sur la constatation suivante : «la toxine botulique est d'autant plus efficace qu'elle est injectée dans un muscle hyperactif». Il est nécessaire toutefois de tempérer quelque peu le pouvoir de la toxine sur la motricité car ses effets à long terme s'estompent graduellement. L'apparente réversibilité de l'action neurotoxique provient en réalité d'une réponse axonale avec formation de nouvelles synapses.

Aucune allergie au peptide toxinique n'a été enregistrée depuis 1977, date de sa première utilisation. Toutefois sa toxicité fait peur et disposer de «l'habilitation à l'injection» est difficile et n'est réservée qu'à quelques rares équipes dont, à notre connaissance, une seule en odontostomatologie.

Les effets indésirables de la toxine consistent en une diffusion aux muscles des régions voisines, en particulier peauciers de la face, ainsi qu'en une hypotonie trop prononcée dans la région injectée. Il convient également de signaler une baisse d'action de la toxine lors d'injections ultérieures par réponse immune de type antigène-anticorps.

Toutes ces constatations sont basées sur une étude clinique menée d'avril 1994 à février 2007 sur une cohorte de 2550 patients à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière avec pour motif principal de la consultation des douleurs des Articulations Temporo-Mandibulaires évoluant depuis plusieurs années et non soulagées par des traitements conventionnels. Le signe le plus patent présenté par les malades soulagés par cette toxine est l'hyperostose angulo-mandibulaire. Les résultats de la méthode sont très impressionnants et

confirmés de façon éclatante par un test en double-aveugle : disparition des douleurs, augmentation moyenne de 8 mm d'ouverture buccale. Et même fonte musculaire avec disparition de l'hyperostose angulo-mandibulaire. En résumé, 90 % des patients se déclarent satisfaits du traitement entrepris. En effet, si l'efficacité clinique de la toxine n'est que de 4 mois tout au plus, la durée réelle d'action clinique est, quant à elle, beaucoup plus étendue puisque de l'ordre de 12 à 18 mois par déconditionnement des habitudes néfastes. Luc Chikhani et Jacques Dichamp, ce dernier n'ayant malheureusement pas pu être de la partie ce jour-là, ont maintenant une solide expérience et un bon recul clinique qui peuvent inciter nos confrères à leur adresser leurs cas «réfractaires», bruxomanes invétérés, casseurs de gouttières en tous genres allant jusqu'à rompre des barres de stellites ou des fixtures d'implants. Une seule adresse, la consultation de nos deux compères au service de stomatologie de l'Hôpital Européen Georges Pompidou.

Le Dr W. El Wady, chef du département d'Odontologie chirurgicale à la faculté de Médecine Dentaire de Rabat, a traité de la «chirurgie buccale et des facteurs de succès». Le succès thérapeutique est tout d'abord lié à la qualité de la démarche diagnos-

tique qui constitue l'acte essentiel initiateur de toute la chaîne de soins. Les examens exo et endo-buccaux sont tous deux importants pour bien cerner certaines pathologies comme le syndrome de Gorlin par exemple, grâce à la présence conju-



guée de kystes et de naevi. Le diagnostic ne doit évidemment pas se baser sur l'examen radiodiagnostique seul, même si certains examens constituent des «grands classiques» incontournables comme la radiographie panoramique dentaire ou le cliché rétroalvéolaire. Et le conférencier d'illustrer ses propos avec une iconographie tout à fait édifiante et exhaustive de fistules, d'épulis, de cellulites, d'abcès migrateurs de Schompret-Lhironnelle, etc. Le diagnostic différentiel entre un kyste péri-coronaire banal et une tumeur à cellules géantes ne peut être effectué que par la confrontation des données cliniques et radiologiques. Lorsque la conduite à tenir est décidée, il est nécessaire de transmettre les éléments de notre démarche clinique et thérapeutique au patient afin d'obtenir son consentement éclairé. Ce point n'est pas le plus simple mais essentiel dans le cas d'une démarche qualité. Bien sûr, cette recherche de qualité doit se retrouver tant du point de vue du plateau technique que du point de vue de la technique opératoire employée. Ce sont des éléments auxquels nous sommes confrontés quotidiennement dans notre pratique médicale et cela ne concerne pas uniquement notre spécialité odonto-stomatologique. Bien sûr, il n'existe pas de geste chirurgical efficace sans une asepsie stricte dont les principales règles sont bien connues de tous. Les grands principes chirurgicaux sont bien établis comme inciser à distance d'une lésion, respecter la papille interdentaire lors de la réalisation d'une incision de décharge mais surtout effectuer une résection osseuse *a minima*. Nous sommes satisfaits que le conférencier ait insisté sur ce dernier point précis qui nous tient particulièrement à cœur. Enfin la réalisation d'une suture jointive et étanche constitue

un gage de sécurité afin d'obtenir une cicatrisation complète et harmonieuse. Nous félicitons le Dr El Wady pour l'exhaustivité de sa conférence et le rappel des grands principes diagnostiques et thérapeutiques qui sont la clef de voûte des facteurs de succès tant pour le praticien que pour le patient.

Le Dr Marc Bert, que l'on ne présente plus et qui se trouve être mon bien-aimé rédacteur en chef des actualités odonto-stomatologiques (j'ai à lui faire accepter cette article pour publication), nous a parlé avec sa verve habituelle de la «gestion des complications en Implantologie». En préambule, il faut citer le taux de réussite à l'heure actuelle des implants dentaires ostéointégrés qui est de l'ordre de 95 %. Il s'agit donc maintenant d'une technique éprouvée pour autant non indolore pour le patient, surtout sur le plan financier. Toutefois, l'échec est statistiquement mesurable mais non prédictible individuellement. Et c'est là que l'expérience joue un rôle important et Marc Bert aime citer à ce sujet Oscar Wilde : «l'expérience est le nom que l'on donne à nos échecs». En fait, ces échecs deviennent prédictibles si, au cours de l'intervention, on découvre un os cortical de type I, c'est-à-dire qui ne saigne pas et qui se trouve donc insuffisamment vascularisé et oxygéné. Or la cicatrisation d'un os, avec coupes histologiques à l'appui, ne peut s'effectuer qu'en présence d'une vascularisation. Il est notable que l'os cortical cicatrise quatre fois plus lentement que l'os trabéculaire et se transforme volontiers en tissu fibreux,



inapte à retenir mécaniquement l'implant vis-à-vis des forces qui sont exercées sur lui. C'est ici que le protocole change en présence d'un tel os de type I, Marc Bert préconisant la stimulation endostée. Il s'agit de préparer le puits implantaire comme il se doit jusqu'au vissage de l'implant, mais la pose de celui-ci est reportée à une séance ultérieure, environ six semaines plus tard. Entre les deux gestes opératoires, une suture étanche doit être effectuée afin d'éviter tout risque infectieux. Il est nécessaire de savoir écouter le patient pour discerner la douleur du troisième jour qui est une douleur de nécrose osseuse et qui est le plus souvent, le signe d'un échec. Cette technique de stimulation endostée permet d'atteindre un taux de péri-implantite extrêmement bas. La prothèse de recouvrement est un exercice périlleux car elle favorise cette dernière pathologie même si l'on préconise de retirer les appareils amovibles supra-implantaires le soir pour favoriser l'oxygénation des tissus. On doit au conférencier cet aphorisme : «moins on fait de prothèse de recouvrement, mieux on se porte», mise en garde que je transmets et à laquelle j'adhère en connaissance de cause... Il est très instructif qu'un orateur de la trempe de Marc Bert ose parler de ses échecs et faire ainsi profiter toute l'assistance de son expérience, fruit d'une savante décortication de la logique des problèmes d'ostéointégration des implants dentaires rencontrés sur des milliers de cas.

Nous pensons qu'il faut mettre au courant d'emblée le patient du risque encouru et de la possibilité d'une intervention en deux temps distants de plusieurs semaines, cela ne pouvant que le mettre en confiance en lui montrant que même si des difficultés peuvent apparaître dans son cas, elles ne se matérialiseront pas

sous la forme d'un échec, cette épée de Damoclès toujours suspendue au-dessus de la tête de l'implantologiste.

Le Dr A. Abdedine, chef de département de Prothèse Adjointe à la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat, a traité avec brio d'un sujet qui nous tient particulièrement à cœur : «l'assurance qualité en prothèse». Ce n'était



pourtant pas évident d'intervenir en dernier, ni de passer «derrière» notre rédacteur en chef, Marc Bert, dont la longue carrière de conférencier n'est plus à mentionner. Cette recherche de la qualité en prothèse passe par la tétrade : planifier, mettre en œuvre, contrôler et rectifier. Bien sûr, tout cela ne peut se réaliser sans compétences, ni organisation, ni confiance du patient sans oublier le juste prix des efforts consentis et logiquement rétribués en conséquence. La non qualité coûte finalement cher à la société : au moins dix pour cent de plus. Elle peut se combattre par des formations mais ne nous cachons pas la réalité des choses... N'avons-nous jamais entendu ces petites phrases autour de nous : «on ne va pas m'apprendre mon métier» ou «je fais cela depuis toujours».

Alors la qualité va être affaire de compromis en fonction du rapport qualité-prix. L'harmonie des formes doit surtout servir à ce que la prothèse se fasse oublier, le mimétisme étant de rigueur en prothèse et le métamérisme, l'ennemi juré. Deux éléments sont impérativement à contrôler : la forme et la teinte. Si la forme est primordiale pour l'intégration parodonto-prothétique, elle est également importante pour

l'esthétique. Faut-il rappeler qu'une teinte vient du fond et se travaille en couches à partir de l'opaque à la manière des fameux glacis» utilisés par les maîtres anciens en technique de la peinture à l'huile ? Il y a donc incontestablement un travail artistique à accomplir qui n'est pas des plus faciles et aucun appareil comme l'«Easyshade» ne peut nous prémunir contre cette difficulté majeure. Enfin, la Relation Intermaxillaire doit être contrôlée dans les trois sens de l'espace lors de l'intercuspidation. D'autant que l'équilibre des forces occlusales joue un rôle fondamental dans la stabilité prothétique que les implants améliorent de façon remarquable. Par ailleurs, le conférencier a largement insisté sur la communication des documents préavulsionnels au laboratoire de prothèse car les modèles d'études peuvent seuls répondre à la constatation qu'aucune dent ne ressemble à ses propres dents. C'est notre président

Hubert Ouvrard qui a résumé à lui seul la conférence de notre orateur ainsi que celles de toute cette journée : «il n'y a qu'un seul bon travail en fonction des exigences du patient».

Nous remercions encore la faculté de Médecine Dentaire de Rabat pour son accueil, la présidente scientifique S. Berada pour l'affirmation de ses convictions et l'organisation de cette journée qui restera gravée dans les mémoires comme un moment fort de la vie de notre association.

Nous vous attendons toujours plus nombreux le jeudi 13 décembre. Pensez à consulter notre site sur <http://www.aeos-aos.eu/>. En assistant à nos conférences, nous vous remercions par avance pour votre soutien d'une odonto-stomatologie de qualité dans un monde en pleine mutation technologique.

