

COMMUNICATION

Prise en charge des agénésies dentaires multiples de l'adulte : de l'orthodontie à la prothèse implantaire.

Le Toux G.

Pratique privée, Polyclinique du littoral, 58 rue Lafayette, 22000, Saint-Brieuc, FRANCE

Les agénésies multiples de l'adulte non traitées pendant l'enfance, engendrent un déficit de croissance maxillo-mandibulaire nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. Le développement des maxillaires évolue vers une classe 2 squelettique avec des compensations dentoalvéolaires. La classe 2 associée aux agénésies dentaires, diminue la hauteur de l'étage inférieur de la face conduisant à un profil face courte (Vribe et al., 2013). L'analyse architecturale crânio-faciale est la première étape du diagnostic. Elle révèle un raccourcissement du ramus et du corps mandibulaire, une orientation vers l'arrière du bord postérieur du ramus et un recul du menton. L'examen clinique objective une supraclusion sévère et une malocclusion de classe 2. L'adaptation dento-alvéolaire conduit à de nombreuses versions et égressions dentaires sur leurs bases osseuses. La mise en propulsion permet de visualiser la perte de dimension verticale, l'inversion de la courbe de Spee et la compensation verticale qu'il faudrait obtenir. L'examen radiographique s'appuie dans un premier temps sur l'orthopantomogramme qui confirme les agénésies dentaires ainsi que les déficits osseux verticaux notamment importants au niveau sous sinusien. Le traitement débute par une préparation orthodontique dont l'objectif est la décompensation des arcades, le nivellement de la courbe de Spee. Le patient passe souvent d'une occlusion de classe 2 division 2 à une classe 2 division 1 (Vieira et Sanguino, 2013). Les modèles sont montés en articulateur, dents en normoposition, afin d'établir le plan de traitement prothétique. Dans la plupart des cas, le choix se porte sur une réhabilitation implanto-portée. Les agénésies dentaires agissent défavorablement sur la croissance alvéolaire. En effet, au maxillaire, l'os disponible est souvent réduit à 2 ou 3 millimètres dans le sens vertical sur les sites édentés (Jackson et Slavin, 2013). À

la mandibule, c'est dans le sens transversal que le déficit se produit. Une exploration par CBCT (Cone Beam) précise l'anatomie des sites opératoires. Nous réalisons une phase de chirurgie pré-implantaire : sinus lift et/ou greffe d'apposition. Après cicatrisation osseuse, les implants sont mis en place. Quand la période d'ostéointégration est terminée, les prothèses transitoires sont réalisées et un arc orthodontique chirurgical est mis en place. Les couronnes supra-implantaires sont confectionnées en fonction de l'occlusion finale en classe 1, et non de la classe 2 du patient. La chirurgie orthognathique est programmée rapidement afin de raccourcir la durée d'inconfort occlusal du patient. La chirurgie est conduite. Il s'agit le plus souvent d'une ostéotomie sagittale d'avancement mandibulaire qui est guidée par la préparation orthodontique et les prothèses implantaires (Joss et Joss-vassali, 2010). Dans les cas où le patient n'adhère pas à la chirurgie, les traitements orthodontiques et prothétiques s'orientent vers un compromis occlusal et esthétique propice à la récurrence (Thomas, 1995).

Nous rapportons 2 cas cliniques qui illustrent cette démarche thérapeutique, dont le but est fonctionnel et esthétique. Le premier est celui d'un homme de 30 ans qui a bénéficié de la totalité des traitements orthodontique, implantaire, prothétique et orthognathique. Le second est celui d'une femme de 28 ans qui n'a pas eu de chirurgie d'avancée mandibulaire.

Dans ces cas complexes, le chirurgien oral joue un rôle central, il est le coordinateur du plan de traitement en relation directe avec l'orthodontiste et l'omnipraticien.

LE TOUX Guy

guy.letoux@wanadoo.fr