

Avant-Propos

F. Flageul

Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale

« Aujourd'hui, ce qui est parfait retarde »

Paul Valéry

Mauvaises pensées

Éclectisme, certes, pour répondre aux critères d'un numéro varia, mais orienté pour satisfaire aux souhaits, divers, des lecteurs, c'est ce à quoi veut répondre ce numéro.

S'appuyer sur la recherche fondamentale pour développer une recherche clinique sans cesse actualisée permet une pratique clinique efficace et reproductible par tous. Elle nécessite une collaboration interdisciplinaire désormais intégrée dans les processus de traitement.

Les auteurs en témoignent dans ces pages.

Marc Bert contribue à la connaissance de la gencive péri-implantaire à travers l'étude de son anatomie, sa physiologie et son évolution. Après un rappel concis et précis de la biologie du parodonte et de l'histologie du sillon gingivo-implantaire, il montre sa ressemblance avec l'attache épithélio-conjonctive de la dent. Il illustre le maintien de la qualité des tissus autour de l'implant et même leur amélioration dans le temps, avec possibilité de renforcement de la gencive kératinisée ou sa création, à condition que l'hygiène

soit bonne. Ce qui n'est pas le cas des implants employés pour stabiliser les prothèses amovibles.

Pour Fabienne et Frank Pourrat, le laser diode est insuffisamment utilisé par les orthodontistes. Ils en proposent l'usage d'une part pour embellir le sourire par une micro-chirurgie d'aménagement des tissus mous et d'autre part pour augmenter la stabilité des corrections de malpositions en luttant contre les récédives.

C'est par l'intermédiaire d'un arbre décisionnel complet que le praticien peut évaluer les possibilités de gingivectomies qui contribueront à l'esthétique des tissus mous.

Quant à la prévention de la récédive, celle des rotations est assurée par une fibrotomie circonférentielle de la dent et celle de la réouverture d'espaces d'extraction par l'éviction de la gencive inter-dentaire, toujours à l'aide du laser.

Hélène Gil rappelle combien l'apport du kinésithérapeute est primordial dans le diagnostic et le traitement des douleurs et des troubles dysfonctionnels de l'appareil manducateur.

Elle s'attache à remettre en cause l'étiologie purement occlusale des troubles temporo-mandibulaires et insiste sur l'importance de la dysharmonie muscu-

laire et du stress dans l'apparition de la douleur, les facteurs psycho-sociaux étant également à prendre en compte.

Le traitement, global, comportemental, associe la rééducation linguale selon la méthode Fournier au Training Autogène de Schultz.

Seule la combinaison de rééducation et de relaxation donne au patient les moyens de gérer ses tensions profondes.

Jean-Louis Raymond propose une approche systémique du traitement des classes II sévères en palliant la difficulté de leur correction par l'emploi de surélévations antérieures fixées (SEAF). Elles permettent, avec la collaboration du patient, de corriger l'anomalie anatomique (surplomb et supraclusion) tout en installant de nouveaux cycles de mastication qui vont contribuer à pérenniser le résultat obtenu. La correction morphologique obtenue est stable à long terme car la forme tridimensionnelle des arcades, et notamment leur orientation spatiale, est compatible avec une mastication physiologique efficace qu'il est possible d'assimiler à un dispositif naturel de contention.

Un cas clinique de gestion de l'inclusion horizontale de deux incisives maxillaires est proposé par Hamza Ben Aissa et ses collaborateurs.

Les auteurs insistent sur la nécessité de traiter ces inclusions le plus précocement possible en raison

du préjudice esthétique qu'elles provoquent et du rôle de ces dents antérieures dans le guidage de l'occlusion.

Ils soulignent les difficultés du diagnostic, facilité par l'usage du cone-beam, et du traitement qui allie la levée d'éventuels obstacles, la création de l'espace nécessaire et un suivi thérapeutique rigoureux.

Une autre proposition clinique, celle de Chloé Bernard Granger. Elle privilégie la chirurgie en une phase pour traiter l'insuffisance maxillaire d'un patient adulte présentant un schéma de classe III hyperdivergent. Un multi-attache lingual associé à un disjoncteur FKS® a permis une expansion fiable et simple techniquement.

Classiquement, la disjonction est réalisée dans un premier temps opératoire. Il est cependant possible de gérer les trois sens en un seul temps. Le disjoncteur lingual présenté dans cette étude constitue une avancée conséquente pour le traitement et la gestion des cas chirurgicaux traités par orthodontie linguale. Le caractère déterminant de sa stabilité semble être l'occlusion obtenue immédiatement après la chirurgie.

Nos remerciements vont aussi à Hélène Guiral-Desnoës, qui gère la revue de presse avec acuité, en complétant ses analyses par des remarques personnelles incitant à une fructueuse discussion.

Très bonne lecture !