

Pourquoi une telle situation ?

Une convention est négociée entre les chirurgiens-dentistes, leur syndicat, l'assurance maladie (UNICAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et l'Organisme National qui regroupe l'ensemble des complémentaires santé. De temps en temps, une réunion a lieu où l'on essaye de s'entendre sur les termes de cette convention. Si vous la signer comme 95% des chirurgiens-dentistes en France, vous êtes tenus d'appliquer à la virgule près, au centime près le tarif de la convention. **C'est ce que l'on appelle le tarif de responsabilité, tarif auquel la sécurité sociale prend en charge intégralement le remboursement (base de remboursement).**

Pendant longtemps ces tarifs n'ont pas changé, alors que le coût de la vie et l'inflation ont augmenté. Donc plus le temps passait, moins ces traitements étaient rentables pour les praticiens.

Or le plus étonnant est que les chirurgiens-dentistes acceptent de perdre de l'argent sur des soins qui occupent près de 60% de la demande (détartrage, carie, extraction...). L'essentiel de ce que vous réalisez se fait à perte, mais vous arrivez quand même à vous faire une marge sur les soins qui eux sont à honoraires libres, c'est-à-dire non limités par la convention (soins prothétiques, soins parodontaux, implants, éclaircissement, une partie des soins esthétiques...).

Cette situation entraîne des dérives ! Parfois, même de façon inconsciente, vous allez préférer faire plus de soins où vous vous faites de la marge que ceux régulés par la convention. **Cela peut aller jusqu'à un sur-traitement massif des patients et un non-respect du gradient thérapeutique.** Le traitement était certes efficace mais mutilant, là où des solutions beaucoup moins invasives auraient été mieux.

Cas n°5 : ANALYSER LE CAS CLINIQUE ET IDENTIFIER LA FAMILLE DE PATHOLOGIE DENTAIRE A LAQUELLE ELLE APPARTIENT.



Ce document est une photographie intra-buccale du bloc incisivo-canin. On voit les dents 21, 11, 12 et une parties des incisives mandibulaires.

Le parodonte paraît simple, normal, de nature épaisse et de qualité.

On a des dents d'un patient qui ne semble pas très vieux, car on voit qu'il y a encore des reliefs de surface. En micro-anatomie, on observe effectivement des sillons, des bosses. On ne distingue pas à cette distance de périkyaties* mais il en a peut-être encore un peu.

C'est l'extériorisation à la surface de l'émail **des stries de Retzius, traits que l'on retrouve dans la structure de l'émail et qui sont en rapport avec l'orientation de la sécrétion des améloblastes. Leur déplacement génère une striation lorsqu'on étudie la dent en coupe.*

Ce patient devait avoir une trentaine d'année. Chez un patient jeune, globalement ces stries sont visibles. Plus la dent va vieillir, plus la dent va être usée par la mastication, l'érosion. De plus chez les patients âgés on a des dents très brillantes et très lisses, alors que chez les patients jeunes elles sont plus mates. Dans ce cas clinique là, ça brille tout de même ce qui laisse penser qu'il y a une certaine consommation de boisson acide.

On voit des fêlures verticales et pigmentées dans le 1/3 cervical. En réalité il y en a une qui descend jusqu'au bord libre. Il est probable que ces dents aient déjà subies un choc avant la fracture car on y observe une coloration. En effet des fêlures pigmentées confirment que le choc a eu lieu il y a déjà quelques années.

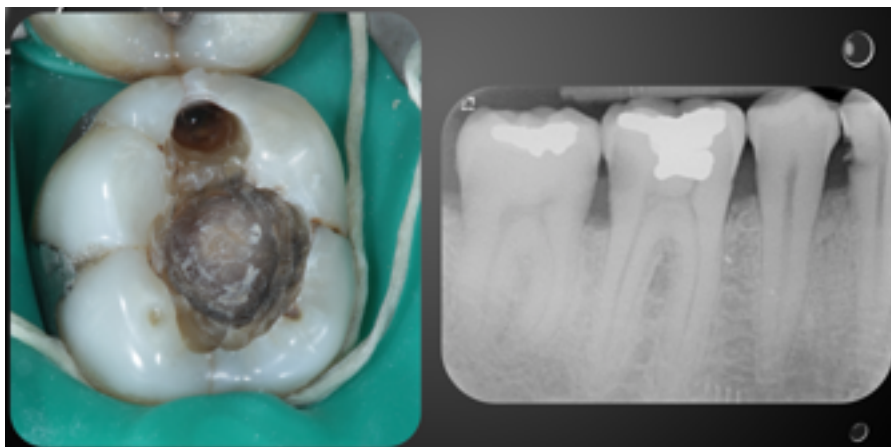
La partie blanchâtre peut être apparue pendant une période à l'adolescence du patient où il a eu une mauvaise hygiène ; d'où cette carie d'émail. Après l'hygiène s'est améliorée, la gencive a migré apicalement avec l'éruption passive qui intervient au cours de l'adolescence. Cela peut être aussi dû au MIH, fluorose.

Ici, la partie brune peut être la conséquence d'un tartre pigmenté, parce que le patient fume, boit du thé (très pigmenté) ou du café.

On a une fracture pénétrante, mais à vérifier avant de confirmer avec une photo en vue occlusale pour voir si une corne de la pulpe a été touchée. **C'est une fracture de type 3 amélo-dentinaire pénétrante.**

EXERCICE 2

Cas n°10 : UN AMALGAME A ÉTÉ DÉPOSÉ, IDENTIFIER ET CLASSIFIER LA LÉSION CARIEUSE. ANALYSER DE MANIÈRE CRITIQUE L'ANCIENNE CAVITÉ DE CLASSE 1.



Ce document est une photographie intra-buccale vue en face occlusale, accompagnée d'une radiographie rétro-alvéolaire (3 dents visibles). La dent qui nous intéresse est visible c'est la 46 (1^{ère} molaire mandibulaire droite).

Sur le cliché rétro-alvéolaire nous voyons l'amalgame posé pour une réparation antérieure. Après suspicion à l'examen visuel d'une nouvelle carie en vue distale, le chirurgien-dentiste a réalisé la radiographie sur laquelle on retrouve effectivement la tâche noire en distale de la

46. Sur la photographie nous voyons que l'amalgame a été retiré pour traiter la récurrence de la lésion carieuse secondaire.

On y observe une lésion carieuse : **SISTA 2** (face distale). **3** (stade très avancé sans toucher la pulpe).

Le principal problème, mis à part la lésion carieuse, est **la forme de la cavité faite lors de la première restauration (pour la pose de l'amalgame)**. En effet le fond n'est pas plat et la cavité ne présente pas de contre dépouille.

Ici, nous sommes sur une classe 1 de Black. Les contre-dépouilles **doivent être en vestibulaire et en lingual**. Car les faces vestibulaire et lingual ont une **épaisseur** plus grande !

En faisant une contre-dépouille en mésial alors que cette face est déjà en contre dépouille naturellement, vous faites une contre dépouille contre une contre dépouille et il y a des risques que cela se fende.

Donc c'est TOUJOURS le même raisonnement pour faire la cavité : **fond plat parallèle à la face occlusale et contre dépouille en faces vestibulaire et linguale**.

Professeur : si je voulais obturer cette cavité avec de nouveau un amalgame, quelle aurait été sa forme dans la classification de Black ? **Une grande classe 2**.

Principe de la grande classe 2 :

Les contre-dépouilles sont vestibulaires et linguales pour assurer la rétention.

On doit empêcher l'amalgame de se déplacer dans le sens mésio-distal également. Ici pas besoin de s'inquiéter le trajet mésio-distal est sinueux (petites courbures, pas rectangulaire). Donc il n'y aura pas de glissement.

Attention aux bords de cavité en biseau (oblique et non en angle droit). Bien se mettre dans le sens des prismes pour éviter le phénomène d'effritement et le mauvais vieillissement de l'interface amalgame-émail.

Plusieurs hauteurs sont possibles. La cavité peut être en étage du moment que le fond est plat et que cela forme des angles droits.

Un angle vif va potentiellement former l'amorce des fêlures et donc créer une usure prématurée avec une fracture sur le long terme. On biseaute, quel que soit le matériau utilisé pour obturer la cavité !!

3 principes à retenir pour réaliser une cavité :

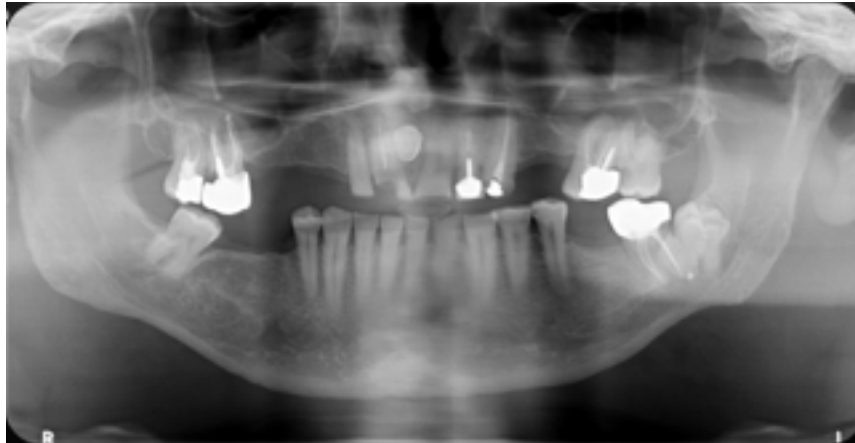
 **Rétention** : facteur physique qui va faire que le matériau ne peut pas sortir de la cavité => **contre dépouille**.

 **Stabilisation** : on ne doit pas avoir de cavité sphérique => **forme géométrique avec des angles + fond plat**. Mais attention **pas d'angle vif** à l'intérieur d'une cavité, toujours angle droit.

 **Sustentation** : forces qui vont s'opposer à l'enfoncement de l'amalgame. Si le fond de la cavité n'est pas parallèle à la face occlusale, l'amalgame ne sera pas « collé » dans la cavité. Imaginons que cela forme un toboggan vers la face vestibulaire, et bien à chaque cycle de mastication l'amalgame va s'enfoncer vers la face vestibulaire. Des fêlures risquent d'apparaître voire des fractures. => **fond plat et parallèle à la face occlusale**

Cf. pdf « Cavités amalgame » sur moodle

Cas n°11 : ANALYSER LE CAS CLINIQUE, IDENTIFIER LA LESION CARIEUSE ET LA CLASSIFIER EN ARGUMENTANT. COMMENT ALLEZ-VOUS POSER LA DIGUE = LE CHAMP OPÉRATOIRE ?



Voici un panoramique. Le patient a plusieurs secteurs édentés, il a des couronnes, des traitements endodontiques. Il a une dent surnuméraire qui ne gêne pas (à surveiller).

Le problème se trouve au niveau des prémolaires : **il a des caries**. Une petite carie en distal de la 34 qui est une **SISTA 2.1 (1/3 externe de la dentine)**. En face mésiale de la 35 on a **une atteinte un peu plus importante au 1/3 moyen de la dentine**.

Pour les traiter on doit **poser le champ opératoire**.

Plusieurs problématiques :

- 🦷 Traitement de cariology ou endodontique sur la **face occlusale d'une dent** : on passe uniquement sur la face occlusale. Donc on pose la digue de manière **unitaire**. On met le crampon sur la dent intéressée et on la traite directement.
- 🦷 Traitement de cariology ou endodontique sur une **face proximale d'une dent** : on ne peut **pas poser la digue en unitaire**. Pour les caries proximales, on met toujours **une matrice**. Si vous ne mettez pas de matrice, quand vous tassez votre matériau il va couler dans l'espace inter-dentaire (s'échapper). Souvent c'est une bande métallique. Dans ce cas-là, il faut mettre la digue sur 2 dents.

Une digue violette est utilisée pour les patients allergiques au latex.