

Exposé de cas écrit en parodontie – Modèle

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX: voici le cas d'un homme de 47 ans, de race blanche, mesurant 6 pi 1 po (1 m 85) et pesant 190 lb (86 kg). Il est marié et travaille comme technicien en systèmes de sécurité. Il fume un paquet de cigarettes par jour et boit 7 ou 8 bouteilles de bière par semaine. Les signes vitaux à la première consultation se présentent comme suit : pression artérielle : 114/74; fréquence cardiaque : 65/min, rythme régulier; respiration : 15/min. Le questionnaire sur les antécédents médicaux et l'anamnèse ne révèlent rien de particulier, et les résultats des examens sanguins usuels de laboratoire (hémogramme, formule leucocytaire, cholestérol) ainsi que l'examen d'urine sont dans les limites de la normale. Le patient lui-même se considère en très bonne santé et il appartient à la classe II de l'ASA.

EXAMEN EXTRA-BUCCAL: l'examen visuel et la palpation de la tête et du cou se sont révélés normaux : pas de cicatrices, pas d'adénopathie, teint clair. Il n'y a pas d'antécédents ou de signes cliniques de dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire ou de douleur myofaciale.

EXAMEN INTRA-BUCCAL : le patient est venu consulter surtout pour « mauvaise haleine ». Ses parents étaient tous deux édentés à l'âge de 50 ans. Il dit prendre soin régulièrement de ses dents : examen annuel, prophylaxie, traitements de restauration minimes. En 1996, il a suivi un traitement à la doxycycline et, un mois plus tard, a subi une opération à lambeau dans le sextant supérieur droit. Son hygiène bucco-dentaire comprend un brossage des dents deux fois par jour à l'aide d'une brosse à poils souples, brossage fait de façon non systématique, ainsi qu'un nettoyage occasionnel des dents à la soie dentaire; ce nettoyage est passé depuis peu à une fois par jour en raison de son problème de « mauvaise haleine ». Il fait usage quotidien d'un rince-bouche ordinaire et il a appris à se servir d'une brosse interproximale « Proxabrush ». Il a fait mention de serrement en occlusion. Les structures intra-buccales et oro-pharyngées semblent dans les limites de la normale. La salive est produite en quantité normale et a une consistance séreuse. On note la présence modérée de plaque, d'un peu de tartre et de dépôts dentaires.

RÉSULTATS CLINIQUES : selon l'indice modifié d'O'Leary mesuré à l'aide d'un agent révélateur, 44 % des surfaces sont exemptes de plaque. L'analyse de l'occlusion révèle une relation molaire bilatérale de classe II (Angle), accompagnée d'un surplomb vertical et d'un surplomb horizontal de 90 % et de 7 mm respectivement. La disclusion montre une fonction de groupe bilatérale, le côté balançant entrant en contact avec les troisièmes molaires. Il y a coïncidence de la relation centrée et de l'occlusion centrée, sans évidence de glissement . Les arcades mandibulaire et maxillaire ont une forme ovoïde, longue, amenuisée et présentent un diastème antérieur asymétrique.

On a noté une attrition occlusale légère et interproximale modérée dans la région postérieure. Les dents 21, 22, 23, 24 et 25 sont en légère rotation, et la face mésio-linguale de la cuspide linguale de la dent 24 présente une petite fracture. Un début de carie a été observé sur la surface mésiale de la dent 36. Pour ce qui est de la mobilité, les dents 15, 22, 25, 27 et 36 appartiennent à la classe I de Miller. Le test de vitalité s'est avéré positif pour toutes les dents, et les atteintes de furcation varient à l'exploration de degré I à III selon l'échelle de Glickman pour les molaires. Les gencives ont dans l'ensemble une coloration rose corail, sont fortement piquetées et

présentent un léger érythème marginal et une kératinisation minimale en position labiale par rapport à la 31 ainsi qu'en position buccale et linguale par rapport à la 38 et à la 48. La gencive en position distale par rapport à la 36 est plutôt bleuâtre et lisse, et un exsudat purulent peut être exprimé du sillon et des nombreuses voies de suppuration sur les faces labiale et linguale de la 22. Des voies de suppurations cicatrisées ont été observées sur la face buccale par rapport à la 16. La profondeur d'exploration varie de 1 mm à des distances dépassant les repères de la sonde parodontale et presque tous les sièges saignent après la manœuvre. Une légère récession est présente a été relevée partout dans la bouche, mais elle est un peu plus marquée dans la région antérieure.

RADIOGRAPHIES : les radiographies révèlent des racines longues, amenuisées ainsi qu'une dilacération des racines mésiales des troisièmes molaires mandibulaires. Les racines des dents 21 et 22 sont très rapprochées. Le rapport couronne/racine est généralement de 1/2, mais il atteint 4/1 pour la dent 22. Du tartre a été décelé sur les dents 25, 37, 35 et 47. La perte osseuse sur le plan horizontal varie de 5 à 30 %, mais les dents 16, 15, 22, 23, 27, 28, 37 et 46 sont plus touchées. La racine distale de la dent 36 est complètement entourée d'une importante zone de radiotransparence qui s'étend jusqu'à la racine mésiale de la dent 37. La lamina dura à la surface de la crête apparaît floue dans la région postérieure, tandis que la radiodensité septale est diminuée dans la région antérieure. Les images semblent indiquer une atteinte de furcation pour les dents 16, 26, 27 et 36, et des espaces légèrement élargis autour du ligament alvéolo-dentaire ont été observés aux dents 22, 25 et 36. D'après une radiographie panoramique prise en 1996, la destruction osseuse parodontale s'est produite surtout au cours des trois dernières années.

DIAGNOSTIC : compte tenu des renseignements donnés ci-dessus, un diagnostic de parodontite chronique, avancée et généralisée (ADA : type IV) de l'adulte a été posé. Une gingivite causée par la plaque dentaire, modérée et généralisée a également été diagnostiquée.

ÉTIOLOGIE : le principal facteur étiologique de la maladie parodontale est la présence de la plaque bactérienne et de ses sous-produits métaboliques. Parmi les facteurs propices secondaires, notons le tartre sous-gingival, les prédispositions génétiques et le tabagisme.

PRONOSTIC : le pronostic à court terme pour l'ensemble de la dentition est bon, mais celui à long terme est moyen. Compte tenu de la volonté du patient à respecter les consignes relatives aux soins dentaires à domicile et de la longueur relativement importante des racines, le pronostic général à long terme est bon avec la mise en œuvre du traitement. Voici le pronostic pour chacune des dents : sombre pour les dents 16, 22, 27 et 36; moyen : pour les dents 23 et 46; de bon à excellent pour les autres dents.

PLAN DE TRAITEMENT ET TRAITEMENT : le traitement vise à mettre un frein à l'évolution de la maladie et à redonner au patient une dentition confortable et fonctionnelle, en plus d'assurer un traitement minimal d'entretien par un spécialiste. Le patient n'a pas de préoccupation esthétique. Le volet général du traitement se limite à la surveillance régulière des signes vitaux et à des conseils sur l'abandon du tabagisme. Du métronidazole et de l'amoxicilline sont prescrits à raison de 500 mg, 3 fois par jour, pendant sept jours. Le patient a été dirigé vers un endodontiste pour le traitement des dents 16, 27 et 36; toutefois, les dents 26 et 46 ont également été traitées par erreur. La phase initiale du traitement comprend des consignes

relatives à l'hygiène bucco-dentaire et la surveillance, ainsi que le détartrage des quadrants et le surfaçage radiculaire sous anesthésie locale d'appoint. En attendant que le patient mette en pratique les consignes relatives aux soins dentaires à domicile, on a prévu une intervention chirurgicale pour donner accès à la surface des racines, réduire la profondeur des poches, accroître la hauteur de l'attache gingivale et faciliter l'hygiène bucco-dentaire. Voici le calendrier et la séquence des interventions : 1) 89 7 5 : régions 38 et 35 : rabattement d'un lambeau de pleine épaisseur sur les faces buccale et linguale, débridement, apicectomie distale et odontoplastie de la dent 36, surfaçage radiculaire, remodelage osseux, amincissement et mise en place apicale d'un lambeau; 2) 89 7 14 : régions 26 et 28 : lambeaux de pleine épaisseur sur les faces buccale et palatine, débridement, apicectomie vestibulo-distale et odontoplastie de la dent 27, surfaçage radiculaire jusqu'à la dent 22 inclusivement, remodelage osseux et mise en place apicale d'un lambeau. Une atteinte importante de furcation de 3e degré entre les racines restantes a donné lieu à un pronostic sans espoir pour la dent 27 et motivé l'extraction en cours d'intervention; 3) 89 8 1 : régions 45 et 47 : lambeaux de pleine épaisseur sur les faces buccale et palatale, débridement, apicectomie mésio-buccale et odontoplastie de la dent 16, surfaçage radiculaire jusqu'à la dent 12 inclusivement, remodelage osseux et mise en place apicale d'un lambeau. Toutes les interventions ont été pratiquées sous anesthésie locale et sédation consciente d'appoint par voie intraveineuse au moyen de midazolam et de fentanyl. Tous les sièges d'intervention ont été protégés par des sutures faites avec du fil de soie et des pansements parodontaux. Des analgésiques et un rince bouche à la chlorhexidine ont été prescrits pour les soins postopératoires. Le patient a été dirigé en prosthodontie pour le traitement des dents 16 et 36 ainsi que le remplacement de la dent 27.

ÉVALUATION DES RÉSULTATS : le patient a réussi à éliminer presque entièrement la plaque. Il a cessé de fumer et ne se plaint plus de la « mauvaise haleine ». Il n'utilise plus de rince- bouche. Tous les traitements endodontiques se sont avérés fructueux jusqu'à maintenant. Les tissus gingivaux présentent une apparence saine, relativement à la couleur, au contour ou à la consistance. La profondeur d'exploration a été réduite par une récession gingivale associée à une augmentation moyenne de l'attache clinique de 0,67 mm au maxillaire et de 0,88 mm à la mandibule, et ce, à tous les sièges. Toutes les explorations instrumentales, sauf trois, sont égales ou inférieures à 3 mm, et la manœuvre n'a donné lieu à aucun saignement ou à aucune suppuration. Les dents qui présentaient une certaine mobilité sont maintenant bien ancrées, et des attelles relient la dent 16 à la 15 ainsi que la dent 37 à la 36. Certaines atteintes de furcation ont diminué, tandis que d'autres ont complètement disparu. Tous les paramètres radiographiques semblent indiquer la présence d'un parodonte stable. L'hypersensibilité dentinaire n'existe presque plus. Le pronostic à long terme pour les dents 16 et 36 est bon, et celui des autres dents est passé à excellent. Compte tenu de la stabilité de la relation occlusale, le remplacement de la dent 27 n'est plus au programme et le patient ne désire pas d'alignement orthodontique des incisives maxillaires à des fins esthétiques.

PROGRAMME D'ENTRETIEN : il s'agit d'un processus continu de réévaluation et de traitement, qui comporte la surveillance de l'élimination de la plaque et du renforcement, l'examen des tissus durs et des tissus mous ainsi que le débridement des surfaces radiculaires sous-gingivales. Le patient est revu tous les trois ou quatre mois à cette fin, mais l'intervalle entre les visites pourrait être prolongé jusqu'à six mois compte tenu que le parodonte est stable et que la coopération du patient est remarquable en ce qui concerne les soins dentaires à domicile.