



Article analysé

· Qadeer S, Türp JC. Number of occlusal contacts during maximum intercuspation in dentate adults: a systematized review. *J Oral Rehabil* 2023;50(7):617-26.



Nombre de contacts occlusaux lors de l'intercuspation maximale chez les adultes dentés: une revue systématisée

André DARTHEZ

Collège National d'Occlusodontologie

La publication analysée a pour objectif de faire le point sur les contacts dento-dentaires entre les dents antagonistes des arcades dentaires en position d'intercuspation maximale, position pendant laquelle il existe un maximum de contacts, au travers d'une revue de littérature qui prend en compte les quatre dernières décennies.

Si, dans les années 1980, le rôle de l'occlusion, et en particulier la présence ou la recherche des contacts en intercuspation maximale, lors des divers actes de dentisterie restauratrice, d'orthodontie, de prothèse, de prise en charge de dysfonctionnements de l'appareil manducateur, semblait être une exigence, il paraissait intéressant, avec l'évolution des techniques et des pensées, de savoir si les recommandations d'antan avaient évolué avec le temps, ou restaient valables et d'actualité. Notons qu'après une recherche exhaustive sur différents moteurs de recherche tels Pubmed, Livivo et Ovid, 741 articles ont été

trouvés, mais seulement 18 retenus comme pertinents et respectant les critères d'inclusion.

Les moyens d'enregistrement des contacts allaient des papiers marqueurs avec des épaisseurs différentes aux moyens dits modernes comme les systèmes d'analyse occlusale numérique de type T-Scan en passant par les cires ou les feuilles Schimstock. Les résultats paraissent disparates au premier abord, allant de 11 à 79 contacts selon les auteurs et les études. Notons au passage que Ricketts, dans les années 70, sur une étude après traitement orthodontique, préconisait 50 contacts, soit 24 contacts par héli-arcade, les dents de sagesse n'étant pas présentes.

L'étude ne précise pas quel était le type d'organisation inter-arcade, soit une dent sur une dent ou une dent sur deux dents, ni si les dents étaient en contact léger ou très serré, sauf en ce qui concerne les études de Riise et Koos, et logiquement le nombre de contacts augmente avec la pression selon ces derniers.

De même, le problème de la symétrie des contacts est abordé par Riise, pour qui seulement 10 % des adultes présentent une symétrie de contacts droite/gauche. Hutzen, lui, trouve une certaine symétrie d'organisation droite/gauche, alors que Koos note une prédominance de contacts côté droit, ce qui paraît logique lorsque l'on sait que 80 % des sujets sont droitiers et ont un côté préférentiel droit. Cependant, pour McDevitt, l'asymétrie semble être la norme.

Les auteurs ont également étudié la localisation des contacts les plus forts. Pour Ehrlich, ces contacts se situent sur la première molaire maxillaire, au niveau des versants des cuspidés supports et non dans les fosses. Pour Lujan, Koriath, Garrido et Cartagena, ces zones de fort contact sont retrouvées au niveau des premières ou deuxièmes molaires.

Cette étude avait pour but d'évaluer le nombre moyen de contacts dans la position d'intercuspation maximale sur des populations d'adultes n'ayant pas

bénéficié d'un traitement d'orthodontie et présentant une denture complète. La variabilité des réponses apportées par les études retenues peut sans doute s'expliquer par la diversité des méthodes et matériaux employés pour enregistrer ces contacts, mais aussi par l'influence de la posture corporelle lors des enregistrements, non prise en compte dans toutes les études (Chapman Rj). Il est à noter que les papiers dits « à articuler » restent les moyens les plus fréquemment utilisés, et le problème de l'épaisseur idéale est encore discuté, les épaisseurs variant de 8 à 20 microns pour les rubans marqueurs, et 100 microns pour les sensors du T-Scan. Cependant, le nombre de contacts le plus élevé est obtenu avec des cires d'enregistrement.

Le nombre de contacts varie en fonction de la pression exercée (Riise, Ferrario), ce qui donne des informations importantes pour les réglages occlusaux par addition ou soustraction.

Il ressort de cette étude qu'il est encore difficile de donner une norme précise des contacts existants en intercuspitation, mais les contacts sont plus nombreux sur les molaires, surtout les premières, ce qui semble leur attribuer un rôle important lors de la mastication, ces contacts étant plus rares sur les prémolaires.

En conclusion, l'évolution des pratiques, en particulier avec l'implantologie, oblige, afin de minimiser les échecs, à reconsidérer l'occlusion et sa complexité avec grand intérêt.

Pour certains, la variabilité des contacts est le reflet de la diversité des moyens utilisés pour enregistrer les contacts.

Des études supplémentaires semblent nécessaires afin de focaliser l'objectif de réglage occlusal et, parmi les domaines à explorer figurent les conditions posturales normalisées d'enregistrement, les matériaux utilisés ainsi que les techniques, et il convient surtout d'approfondir la connaissance de la « variabilité biologique » (S Qadeer), difficile à mesurer actuellement!

L'appareil manducateur peut fonctionner avec un certain niveau de désorganisation, que certains appellent variabilité

PRESSE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Dr Philippe Léonard

Phagothérapie : une approche thérapeutique prometteuse

La phagothérapie s'appuie sur les capacités naturelles qu'ont certains virus, appelés bactériophages ou phages, à détruire des bactéries qu'ils ciblent spécifiquement. Elle fait aujourd'hui l'objet de divers essais thérapeutiques qui permettront notamment d'en préciser les indications et les modalités d'administration. Cette approche thérapeutique prometteuse (connue depuis maintenant plus d'un siècle!) pourrait être une solution de substitution aux antibiotiques lors de certaines infections communautaires banales et un traitement adjuvant potentiel des infections bactériennes sévères hospitalières. À suivre...

Pour en savoir plus: Ferry T et coll. *Approche clinique de la phagothérapie. La Lettre de l'infectiologue, mai-juin 2024;XXXIV(3):104-9.*

Poumon et pollution : soyons clairs

Il est désormais clairement établi que les particules fines et ultrafines issues de la pollution atmosphérique pénètrent profondément dans les poumons et génèrent des processus inflammatoires, notamment par le biais du stress oxydatif. Ces derniers exacerbent bon nombre d'affections des voies respiratoires comme l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et la fibrose pulmonaire, mais conduisent également au développement (chez des sujets initialement sains) de cancers du poumon.

Pour en savoir plus: Annesi-Maesano I. *Sport, pollution atmosphérique et poumons... La Lettre du pneumologue, mai-juin 2024;XXVII(3):100-1.*

Reconstruction mammaire : ce n'est pas un « luxe »!

Après une mastectomie, la reconstruction mammaire (immédiate ou différée, par implants, lambeaux ou greffe adipeuse) a longtemps été considérée comme un « luxe » (de la chirurgie à visée exclusivement esthétique). Aujourd'hui, tant aux yeux des médecins que des patientes, ce n'est plus le cas. Cette intervention fait partie intégrante des traitements du cancer du sein, dans la mesure notamment où elle ouvre la voie à une reconstruction tant physique que psychique.

Pour en savoir plus: Espié M et coll. *La reconstruction mammaire (dossier). La Lettre du sénologue, avril-mai-juin 2024:104.*

L'INTÉGRALITÉ DES ARTICLES COMMENTÉS DANS LA REVUE DE PRESSE MÉDICALE EST DISPONIBLE SUR DEMANDE: NDEVAUX@INFORMATION-DENTAIRE.FR

biologique, d'autres adaptation, et d'autres encore entropie, notion qui peut bien entendu expliquer la disparité des résultats enregistrés.

D'après Jean-Daniel Orthlieb (*Dysfonctionnements temporomandibulaires*), « l'apparition de DTM ne peut se comprendre que dans un modèle étiologique multifactoriel interagissant de manière complexe ».

Connaître cette dimension (désorganisation, adaptation), le niveau et la nature des

interactions, permettrait de savoir si nous sommes proches ou non du chaos ou de la dysfonction du système dans sa globalité. Cependant, l'existence d'interactions entre différents systèmes, et la non-linéarité des réponses ne nous permettraient pas à ce jour de savoir à quel niveau cette dernière se manifesterait (niveau psychologique, niveau postural, biologique, occlusal, etc.)!

Belles études en perspective.

EXERCICE PROFESSIONNEL

L'assurance maladie fait le point sur les nouveaux EBD

La CNAM diffuse sur Ameli.fr, à l'intention des praticiens, tout ce qu'il faut savoir à propos des nouveaux examens bucco-dentaires (EBD - « M'T dents tous les ans ! ») qui, à partir du 1^{er} avril 2025, seront proposés tous les ans aux jeunes de 3 à 24 ans (contre un examen tous les trois ans actuellement). Un « Guide de l'examen bucco-dentaire », conçu par le Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes (CNP-CD), compile tous les messages de prévention à dispenser aux patients en fonction des âges : encourager une alimentation équilibrée, anticiper les traumatismes dentaires et les problèmes ODF (ventilation, sommeil, etc.), aborder les addictions, particulièrement le tabac, ou encore rappeler l'intérêt de la vaccination HPV. Des fiches thématiques contiennent les recommandations à faire passer aux patients : brossage des dents, pouce, tétine, biberon, fluor et dentifrices, troubles de l'oralité, conduites addictives, alimentation, etc. (<https://t.ly/5dlp->). Une vidéo détaille le fonctionnement du téléservice « Examen bucco-dentaire » qui sera accessible sur amelipro et sur les logiciels métiers dès le 1^{er} avril. Il doit permettre de vérifier l'éligibilité du patient à l'EBD (le



patient a bien entre 3 et 24 ans et n'a pas déjà réalisé un EBD dans l'année civile) et de saisir les résultats de l'EBD (indice CAO, santé orale et besoins de soins). Ce téléservice alimentera « Mon espace santé » et une base de données permettant d'avoir un suivi épidémiologique des données de santé orale. Un document récapitule l'ensemble des actes et soins pris en charge dans ces EBD. L'examen sera revalorisé de 10 € avec de nouveaux codes de facturation. Les EBD et les soins de suite réalisés dans les 6 mois sont pris en charge à 60 % par l'assurance maladie (AMO) et 40 % par les complémentaires santé

(AMC) en tiers payant sans avance de frais (<https://t.ly/p8iG3>). « Un module de facilitation du tiers payant sur la part AMC est en cours de mise en place dans les logiciels métiers des chirurgiens-dentistes, précise la CNAM. Cet outil permettra aux chirurgiens-dentistes de vérifier en temps réel la validité des droits complémentaires du patient et d'obtenir une garantie de paiement. » Si le patient ne dispose pas d'une complémentaire santé couvrant les soins dentaires, l'EBD sera pris en charge à 100 % par l'AMO tout comme pour un assuré couvert par la complémentaire santé solidaire (CSS).

Violences conjugales : les fiches repères de l'URPS-CD-NA



L'Union régionale des professionnels de santé chirurgiens-dentistes (URPS-CD) de Nouvelle-Aquitaine propose deux fiches repères pour les praticiens concernant les violences conjugales et intrafamiliales. Elaborées à partir des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), elles rappellent les étapes clés d'une intervention médicale adaptée ainsi que les particularités de l'accueil et du suivi des patients au cabinet dentaire. Elles insistent sur les possibles signaux d'alerte : rendez-vous manqués à répétition, tenue vestimentaire particulière (foulard, manches longues...), prise d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques, attitude phobique ou figée, refus de soins, surdité unilatérale (coups sur l'oreille), troubles de l'ATM, descellement de prothèses antérieures à répétition ou encore fractures dentaires ou prothétiques.

À télécharger : <https://t.ly/6mSBo>