



Jean-Pierre Attal

Pour cet universitaire, les apports biologiques, fonctionnels, mécaniques et esthétiques de l'orthodontie en font une technique incontournable dans le traitement global des adultes.

Le challenge des prochaines années : la fusion entre la dentisterie restauratrice, la prothèse et l'orthodontie

Quelles sont les évolutions les plus marquantes de la dentisterie esthétique ces vingt dernières années ?

La dentisterie esthétique est en plein essor car elle se trouve au carrefour de quatre grandes évolutions de notre vie professionnelle :

- la demande esthétique de nos patients est de plus en plus forte, c'est un phénomène sociétal bien documenté (Simon et al, 2008 ; Akarslan et al, 2009) ;
- notre profession s'est trouvée de nouveaux concepts (préservation tissulaire, biomécanique, étanchéité...) très liés aux biomatériaux esthétiques et adhésifs. On parle d'ailleurs de plus en plus de biomimétique, voire de bio-émulation (Bazos et Magne, 2011) ;
- les évolutions fortes, justement, au niveau des céramiques, des composites

et des colles. D'autres avancées majeures (Van Noort, 2012) concernent la CFAO (Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur) qui donne accès à des nouveaux matériaux esthétiques (zircone par exemple) ;

- enfin, la notion même de preuve scientifique a changé. Aujourd'hui il n'est plus question d'envisager des traitements sans faire appel à « l'evidence based dentistry » (Seif et al, 2010). Là encore, l'esthétique tire son épingle du jeu car les évaluations cliniques de qualité en dentisterie esthétique deviennent pléthoriques.

Le terme dentisterie esthétique a-t-il vraiment un sens ?

L'expression « dentisterie esthétique » a été, par le passé, associée à des actes invasifs (Novy et Fuller, 2008). Il était en effet habituel de voir des traitements

invasifs, souvent très bien réalisés, avec 12 facettes ou des reconstructions complètes en céramique. Les choses ont considérablement évolué dans le sens de la préservation tissulaire mais l'expression a gardé, dans certains milieux professionnels, ce côté péjoratif.

De toutes les façons, l'expression n'est pas bonne. Lorsque nous réalisons une restauration dentaire, les impératifs que nous devons avoir en tête sont biologiques, fonctionnels, mécaniques et esthétiques. L'esthétique n'est donc qu'un des 4 éléments. Elle est "la cerise sur le gâteau" comme le dit le Pr Pascal Magne. Ainsi, on ne peut pas séparer la dentisterie esthétique du reste de la dentisterie. C'est pourquoi nous avons pris l'habitude, avec mon ami le Dr Gil Tirlet, de parler plutôt de dentisterie actuelle.

La demande esthétique des patients est-elle toujours en forte croissance ou a-t-on atteint un palier ? Peut-on quantifier et qualifier cette demande ?

Cette demande a été quantifiée plusieurs fois, et quelles que soient les études, elle est effectivement très forte (entre 30 % et 80 %, selon les études, des patients ont une demande esthétique). Malheureusement, les études sont difficilement superposables (les questions posées ne sont jamais les mêmes) et nous n'avons pas accès à deux études similaires sur deux dates différentes pour évaluer la croissance de cette demande.

On peut estimer toutefois qu'il y a près d'un patient sur deux qui présente une demande esthétique concernant son apparence dentaire.

Dans une étude (Samorodnitzky et al, 2007), 37,3 % des patients sont insatisfaits de leur apparence dentaire. La première cause de mécontentement pour 90 % d'entre eux concerne la couleur des dents ; la seconde impliquant l'alignement des dents. Chez le sénior, les choses s'inversent (Rignon Bret et al, 2007) car l'alignement dentaire devient le 1er souhait esthétique de cette tranche d'âge.

Qu'en déduisez-vous ?

L'importance très forte aujourd'hui de deux thérapeutiques : l'éclaircissement et l'orthodontie de l'adulte. Un praticien aujourd'hui qui ne ferait ni éclaircissement ni traitement d'orthodontie (par l'intermédiaire de son correspondant spécialiste) ne répondrait ni à la première ni à la seconde demande de la population !

Vous avez conceptualisé le « gradient thérapeutique ». Pouvez-vous nous rappeler ce que cela recouvre en matière d'esthétique ?

En fait le gradient thérapeutique (Tirlet et Attal, 2009) ne parle pas d'esthétique. Il parle surtout de préservation tissulaire donc de biologie. Cette expression "gradient thérapeutique", proposée initialement par Gil Tirlet, se traduit par une

Jean-Pierre Attal *BIO EXPRESS*



MCU-PH (Paris Descartes), discipline de Biomatériaux

Responsable du département Méthodologie et Ressources Scientifiques.

Responsable du pôle de Recherche Clinique de l'URB2i (EA 4462)

Co-fondateur avec le Dr Tirlet de Smile, groupe de recherche sur l'esthétique.

Pratique privée, Paris.

Mail : jean-pierre.attal@parisdescartes.fr

Blog : <http://jeanpierreattal.blogspot.fr>

simple illustration qui classe toutes les thérapeutiques actuelles (donc esthétiques) de la moins mutilante vers la plus mutilante. À cet égard, vous verrez que l'orthodontie est la première thérapeutique citée dans ce gradient.

Votre objectif de préservation tissulaire, fait donc de l'orthodontie une technique de premier choix ?

Oui ! C'est pour nous une découverte relativement récente (une dizaine d'années). Nous avons compris avec Gil que l'orthodontie pouvait simplifier grandement le traitement prothétique et lui donner un pronostic plus favorable. C'est évidemment le cas de l'ingression, grâce aux minivis, de la molaire maxillaire égressée face à un édentement.

C'est aussi le cas de la levée d'une supraclusie importante avant un traitement prothétique sur des dents maxillaires antérieures. Ainsi on envisage souvent un temps orthodontique préalable au traitement prothétique. Parfois même le traitement d'orthodontie (associé à un éclaircissement) peut éviter purement et simplement le traitement prothétique d'un patient qui consulte pour des facettes ! Au total, les apports biologiques, fonctionnels, mécaniques et esthétiques de l'orthodontie font que

nous la considérons comme une technique de premier choix.

Enfin, l'apparition des techniques linguales a permis (hors soucis financiers) à plus de patients d'accéder à ce temps orthodontique de traitement.

Le gradient thérapeutique est applicable à tous les âges. Or les traitements orthodontiques sont loin d'être toujours acceptés par les patients adultes pour des raisons de coût ou d'esthétique... La réussite d'un traitement d'orthodontie se joue sur la durée. Pourtant, les patients souhaitent un résultat rapide. Comment dépasser ces contradictions apparentes et proposer un traitement d'orthodontie dans le cadre d'une prise en charge esthétique ?

Notre expérience montre que lorsque nous sommes convaincus par le bien-fondé d'un traitement d'orthodontie, le patient suit le plus souvent. Mais les contraintes que vous évoquez existent bien évidemment. La seule règle que je me fixe est la suivante : si l'absence de traitement d'orthodontie entraîne des mutilations dentaires trop importantes et/ou un pronostic (fonction, mécanique...)

médiocre, j'explique au patient que, dans ces conditions, je ne me lancerai pas dans un traitement.

Pensez-vous que cette collaboration orthodontiste/praticien est assez développée ?

Pour l'enfant c'est probablement le cas, le praticien généraliste adresse fréquemment à son correspondant orthodontiste. Pour l'adulte, cette collaboration est très débutante. Plusieurs explications à cela. Je ne vais en retenir qu'une seule : nos deux mondes sont très séparés. Il existe beaucoup de congrès d'orthodontie pour les orthodontistes, beaucoup de congrès pour les dentistes. Nous ne nous rencontrons que très peu. Nous ne savons pas ce que les orthodontistes sont capables de faire. Les orthodontistes ne savent pas les possibilités de la dentisterie actuelle. Kujic (2008) parle d'une fusion entre la dentisterie restauratrice, la prothèse et l'orthodontie. C'est le challenge des prochaines années. Gil et moi formons nos étudiants et les dentistes à cet impératif depuis quelques années et nous commençons à organiser des sessions de formation à la dentisterie actuelle pour les orthodontistes. (*)

Quand (et comment) le praticien doit-il dire non au patient dont l'attente est manifestement disproportionnée ?

La demande esthétique est parfois pathologique. C'est la peur d'une dysmorphose ou dysmorphophobie. Dans un article que nous avons publié en 2005 (Decharriere et al. 2005), nous avons donné quelques clés de dépistage de cette pathologie. L'orthodontiste est très concerné car il peut avoir jusqu'à 7,5 % de patients atteints de cette pathologie dans sa clientèle adulte (Hepburn et Cunningham, 2006). Dans ces cas, il ne faut surtout pas traiter les patients. En cas de doute, il vaut mieux adresser chez un psychiatre.

NOUS COMMENÇONS À ORGANISER DES SESSIONS DE FORMATION À LA DENTISTERIE ACTUELLE POUR LES ORTHODONTISTES

La couleur des dents est la première cause de mécontentement des patients. Quelle est votre position vis-à-vis des bars à sourire aujourd'hui en fort développement ?

Le problème a été tranché par la directive de la commission européenne 2011/84/EU du 20 septembre 2011 (puis par des guidelines du 12 mai 2012) qui interdit en principe depuis le 18 novembre 2011 aux non professionnels les concentrations en peroxyde d'hydrogène supérieures à 0,1 %. Dans ces conditions, je vois mal comment les bars à sourire, dans leur forme actuelle, pourraient continuer de fonctionner. Je considère que l'éclaircissement dentaire concerne le seul professionnel de santé.

La nouvelle réglementation sur les produits de blanchiment fermant la porte aux concentrations au-delà de 6 % de peroxyde d'hydrogène présent ou libéré, aura-t-elle un impact important sur votre pratique ?

Cela fait plusieurs années que nous préconisons avec Gil Tirlet l'utilisation de peroxyde de carbamide à 10 % qui ne libère que 3,6 % de peroxyde d'hydrogène. Donc pas d'impact à ce niveau-là. En revanche, la directive interdit l'éclaircissement sur les patients de moins de 18 ans, ce qui me pose des problèmes dans certains cas sévères, notamment de fluorose ou de MIH, où l'éclaircissement apportait un bénéfice considérable.

Bibliographie

1. Akarslan ZZ, Sadik B, Erten H, Karabulut E. Indian J Dent Res 2009; 20: 195-200.
2. Bazos P, Magne P. Bio-emulation: biomimetically emulating nature utilizing a histo-anatomic approach structural analysis. Eur J Esthet Dent. 2011; 6 (1): 8-19.
3. Decharriere H, Tirlet G, Attal JP. Apprendre à diagnostiquer la peur d'une dysmorphose. Inf Dent. 2005; 40: 2523-2527.
4. Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006; 130 (5): 569-74.
5. Kuljic BL. Merging orthodontics and restorative dentistry : an integral part of esthetic dentistry. J Esthet Restor Dent. 2008 ; 20 (3): 155-163.
6. Novy BB, Fuller CE. The material science of minimally invasive esthetic restorations. Compend Contin Educ Dent. 2008; 29 (6): 338-346.
7. Rignon-Bret C, Fattouh J, Tchuendjo K, Tezenas du Montcel S, Jonas P. Demande esthétique des seniors. Inf Dent. 2007; 33: 1965-1968.
8. Samorodnitzky GR, Selly BG, Liran L. Patients' satisfaction with dental esthetics. JADA. 2007; 138 (6): 805-808.
9. Seif J, Vergnes JN, Attal JP. Définitions actuelles de l'Evidence-based dentistry. Inf Dent. 2010; 20 (92): 26-29.
10. Simon J, Tirlet G, Attal JP. Evaluation de la demande esthétique à la consultation externe du service d'Odontologie de l'hôpital Charles Foix à Ivry/Seine. Inf Dent. 2010; 31: 1677-1682.
11. Tirlet G, Attal JP. Le gradient thérapeutique: un concept médical pour les traitements esthétiques. Inf Dent. 2009; 41/42: 2561-2568.
12. Van Noort R. The futur of dental devices is digital. Dent Mater. 2012; 28(1): 3-12.

(*) La prochaine session aura lieu le 13 octobre 2013