

QUIZ

DE L'ÉTÉ

Et si vous mettiez à profit quelques heures de votre pause estivale pour vous poser et vérifier que, parmi la somme d'informations que l'Id vous a délivrée depuis 12 mois, vous en avez assimilé quelques-unes, beaucoup, voire toutes ?

Nous vous proposons de répondre à quelques questions en rapport avec cinq articles parus dans nos pages récemment.

Une fois ce test effectué, selon les résultats, vous pourrez vous replonger dans les différents numéros pour retrouver les informations qui vous auraient échappé ou renforcer les acquis mémorisés.

Bons quiz !

I. La dysesthésie occlusale	p. 24
II. Les lampes à photopolymériser	p. 27
III. Les thérapeutiques de vitalité pulpaire chez l'adulte	p. 30
IV. Restaurations composites antérieures	p. 33
V. Ostéoporose et santé bucco-dentaire	p. 36

I. La dysesthésie occlusale



D'APRÈS L'ARTICLE :
 Orthlieb JD, Raynaudy C, Mammadov E, Ré JP.
 « Que faire face au piège de la dysesthésie occlusale ? ».
 L'Information Dentaire 2026;108(6):14-25.

QCM 1

Quel élément constitue le principal obstacle à la prise en charge d'un patient atteint de dysesthésie occlusale ?

- A. L'absence de traitement médicamenteux spécifique.
- B. La difficulté d'obtenir l'acceptation du diagnostic par le patient.
- C. L'impossibilité de réaliser des examens complémentaires fiables.
- D. La faible efficacité des thérapies cognitivo-comportementales.

QCM 2

Face à un patient présentant une plainte ancienne d'inconfort occlusal sans anomalie clinique évidente, quelle attitude thérapeutique est la plus susceptible d'aggraver le trouble ?

- A. Mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire.
- B. Expliquer le mécanisme d'hypervigilance occlusale.
- C. Réaliser des ajustements occlusaux répétés pour rechercher un contact idéal.
- D. Encourager des exercices progressifs de réadaptation fonctionnelle.

QCM 3

Selon les données rapportées dans l'article, la dysesthésie occlusale est principalement liée :

- A. À une interprétation inadaptée des informations occlusales dans un contexte d'hypervigilance.
- B. À une perte des mécanorécepteurs parodontaux.

- C. À une diminution objectivable du seuil de discrimination occlusale.
- D. À une anomalie occlusale mineure systématiquement identifiable cliniquement.

QCM 4

Chez un patient atteint de dysesthésie occlusale, quel est l'objectif principal de l'utilisation temporaire d'une butée occlusale antérieure (BOA) ou postérieure (BOP) ?

- A. Obtenir une occlusion fonctionnelle définitive.
- B. Corriger les interférences occlusales responsables du trouble.
- C. Neutraliser temporairement les afférences occlusales afin de rompre le cercle vicieux de l'hypervigilance.
- D. Tester la validité du diagnostic avant une équilibration occlusale complète.

QCM 5

Parmi les propositions suivantes, laquelle correspond le mieux à la philosophie thérapeutique défendue par les auteurs ?

- A. La précision occlusale constitue la clé de la guérison.
- B. La correction progressive des contacts occlusaux permet généralement de faire disparaître les symptômes.
- C. Les traitements psychologiques ne sont indiqués qu'en cas d'échec des traitements dentaires.
- D. La prise en charge doit associer reconditionnement sensoriel, accompagnement cognitivo-comportemental et prudence dans les interventions occlusales.

Réponses

QCM 1 Réponse : B

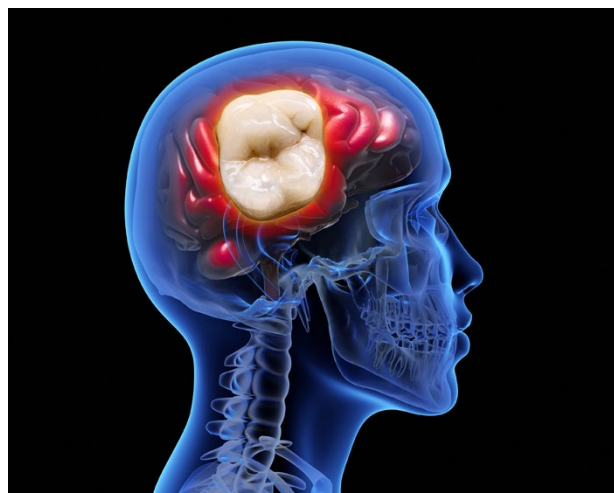
La dysesthésie occlusale est un trouble complexe dans lequel le patient est généralement convaincu de souffrir d'un problème purement occlusal. Or, les auteurs montrent que les données actuelles orientent davantage vers un trouble de l'interprétation des informations occlusales associé à un état d'hypervigilance et à des phénomènes de sensibilisation centrale. Le principal défi thérapeutique consiste donc à faire accepter au patient que le problème n'est pas uniquement situé au niveau des dents ou des contacts occlusaux. Cette adhésion est indispensable à la mise en place d'une prise en charge reposant sur le reconditionnement sensoriel, la thérapie cognitivo-comportementale et l'approche pluridisciplinaire. Sans acceptation du diagnostic, le risque est grand de voir le patient poursuivre une quête sans fin de l'occlusion parfaite (fig. 1).

QCM 2 Réponse : C

L'article insiste sur le caractère potentiellement délétère des corrections occlusales répétées. Chez le patient dysesthésique, chaque nouvelle intervention tend à renforcer l'attention portée aux contacts dentaires et entretient le sentiment qu'une anomalie occlusale reste à découvrir ou à corriger. Cette escalade thérapeutique alimente alors un véritable cercle vicieux : modification occlusale, hypervigilance accrue, augmentation de l'inconfort perçu, puis nouvelle demande de correction. Les auteurs illustrent cette dérive par des situations cliniques parfois dramatiques ayant conduit à des réhabilitations étendues, voire à la perte des dents, sans amélioration de la plainte initiale. L'équilibre occlusal parfait devient alors un objectif inaccessible qui participe à la chronicisation du trouble.

QCM 3 Réponse : A

Un point essentiel de l'article concerne le fait que les études disponibles ne mettent pas clairement en évidence une diminution objective du seuil de discrimination occlusale chez les patients atteints de dysesthésie occlusale. Le problème ne semble donc pas résider principalement dans la capacité à détecter un contact mais dans la manière dont ce contact est interprété par le



1. Dans l'occlusoconscience exacerbée, l'occlusion envahit le cerveau.

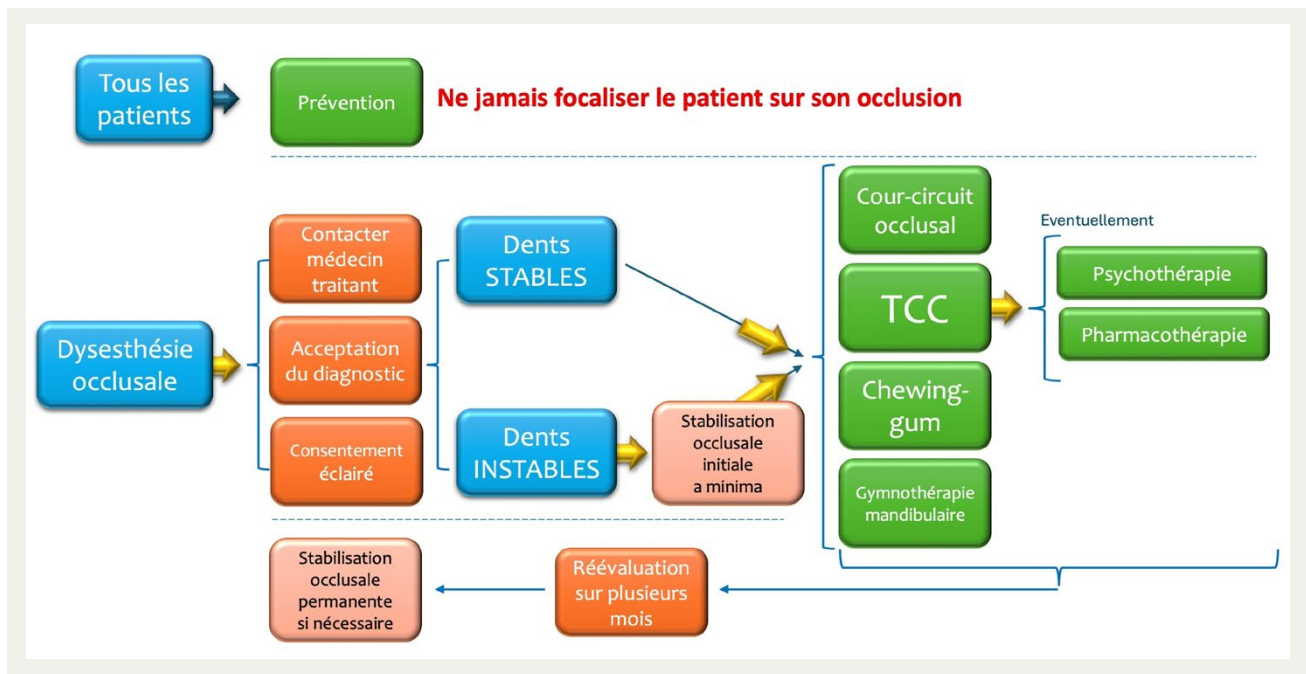
système nerveux central. L'hypervigilance occlusale, la neuroplasticité inadaptée, la sensibilisation centrale ainsi que les facteurs psycho-émotionnels contribuent à amplifier des signaux pourtant banals. Des sensations mineures peuvent ainsi être perçues comme anormales ou menaçantes. Cette compréhension physiopathologique explique pourquoi la simple correction mécanique de l'occlusion est généralement insuffisante pour résoudre le problème.

QCM4 Réponse : C

Contrairement à une idée fréquemment rencontrée, les dispositifs de type BOA (Butée Occlusale Antérieure) ou BOP (Butée Occlusale Postérieure) ne sont pas utilisés pour obtenir une occlusion idéale. Leur rôle est avant tout de « court-circuiter » temporairement les informations occlusales habituelles afin de réduire la focalisation du patient sur ses contacts dentaires. Les auteurs considèrent cette phase comme une étape de neutralisation sensorielle permettant de faciliter le reconditionnement cognitif et comportemental. Ces dispositifs doivent rester simples, réversibles et utilisés dans le cadre d'une stratégie globale associant information du patient, exercices fonctionnels et thérapie cognitivo-comportementale. Ils constituent donc un outil de transition et non une solution définitive (fig. 2).



2. Butée occlusale postérieure REHASPLINT® souvent très appréciée par les patients dysesthésiques (attention à vérifier que le dispositif recouvre les dents terminales pour éviter toute égression).



3. Algorithme de la prise en charge de la dysesthésie occlusale (BOA : Butée Occlusale Antérieure, BOP : Butée Occlusale Postérieure, TCC : Thérapie Cognitive-Comportementale).

QCM 5 Réponse : D

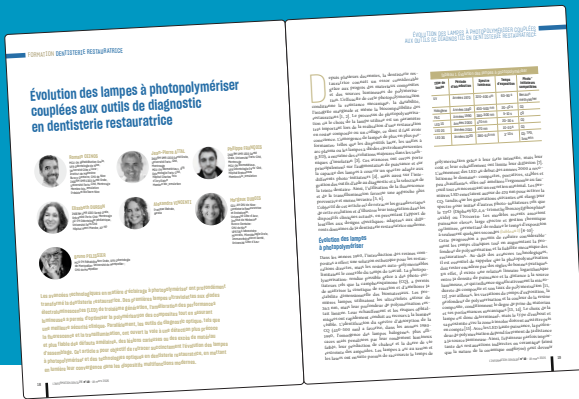
L'article défend clairement une approche biopsychosociale de la dysesthésie occlusale. Les auteurs considèrent que la recherche systématique d'une occlusion idéale est souvent contre-productive. La prise en charge repose au contraire sur plusieurs piliers complémentaires : une relation thérapeutique solide, l'acceptation progressive du diagnostic par le patient, la mise en place

éventuelle d'un dispositif de neutralisation occlusale, les exercices de rééducation fonctionnelle, la thérapie cognitive-comportementale et, dans certains cas, l'intervention du médecin traitant ou d'un psychologue. L'objectif n'est pas de modifier indéfiniment l'occlusion, mais de restaurer une tolérance normale aux contacts dentaires et de diminuer progressivement l'hypervigilance qui entretient le trouble (fig. 3).

II. Les lampes à photopolymériser



D'APRÈS L'ARTICLE :
Ceinos R, Attal JP, François P, Dursun E, Vincenti A, Dubois M, Pellissier B.
« Évolution des lampes à photopolymériser couplées aux outils de diagnostic en dentisterie restauratrice ». L'Information Dentaire 2026;108(10):18-27.



QCM 1

Selon l'article, quel facteur est susceptible de diminuer significativement la puissance lumineuse reçue par le composite lors de la photopolymérisation ?

- A. Un éloignement de la lampe par rapport à la surface à polymériser.
- B. L'utilisation d'une LED de troisième génération.
- C. L'emploi d'un photo-initiateur de type TPO.
- D. L'utilisation d'un mode de photopolymérisation poly-spectral.

QCM 2

Quel est l'avantage majeur des LED de troisième génération mis en avant dans l'article ?

- A. Elles permettent d'éliminer totalement les risques thermiques.
- B. Elles activent efficacement plusieurs photo-initiateurs grâce à leur spectre élargi.
- C. Elles rendent inutile le respect des temps d'exposition recommandés.
- D. Elles assurent un degré de conversion identique quel que soit le composite utilisé.

QCM 3

Quel est l'intérêt principal de la technique FIT (Fluorescence-Aided Identification Technique) lors de la dépose ou de la réfection d'une restauration ?

- A. Déterminer le degré de conversion du composite.
- B. Mesurer l'épaisseur résiduelle de dentine.

- C. Différencier visuellement les biomatériaux des tissus dentaires grâce à leur fluorescence.
- D. Détecter les défauts d'étanchéité de l'adhésif.

QCM 4

Concernant les technologies de transillumination, quelle affirmation est conforme aux données présentées dans l'article ?

- A. Elles permettent principalement de mesurer la dureté des composites.
- B. Elles sont destinées exclusivement au diagnostic des caries occlusales.
- C. Elles permettent notamment de mettre en évidence des fissures et des zones d'ombre internes sans recourir à un rayonnement ionisant.
- D. Elles remplacent aujourd'hui systématiquement les examens radiographiques.

QCM 5

Dans le cadre du No Finishing Concept, quel est l'intérêt principal de la lentille PointCure ?

- A. Faciliter le diagnostic des lésions proximales débutantes.
- B. Concentrer le faisceau lumineux pour fixer provisoirement une restauration indirecte avant l'élimination des excès de colle.
- C. Améliorer la sélection de la couleur dentaire sous lumière calibrée.
- D. Réaliser une photopolymérisation radiculaire profonde.

Réponses

QCM 1 Réponse : A

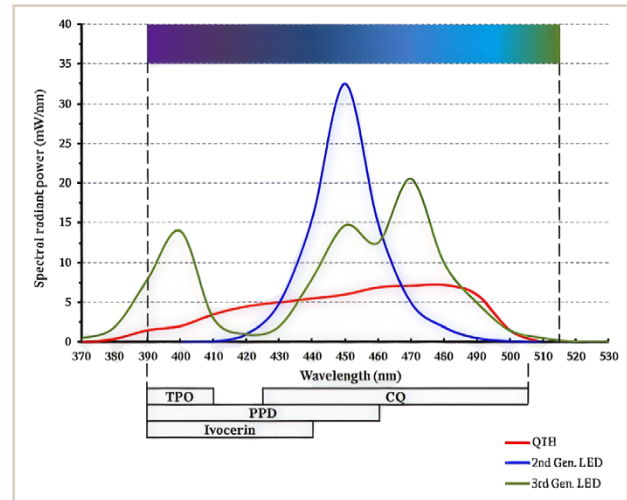
Les auteurs rappellent qu'il existe une relation directe entre la distance séparant la source lumineuse du matériau et l'énergie réellement reçue par celui-ci. Même avec une lampe moderne à haute puissance, l'éloignement de l'embout entraîne une diminution importante de l'intensité lumineuse atteignant le composite. Cette baisse d'énergie influence directement le degré de conversion des monomères, la microdureté du matériau et, à terme, ses propriétés mécaniques. Une polymérisation insuffisante peut favoriser l'usure prématurée, l'altération des propriétés physiques et la dégradation marginale de la restauration. Cette notion est particulièrement importante lors du collage de restaurations indirectes épaisses ou lorsque l'accès clinique rend difficile le positionnement optimal du guide lumineux. L'article souligne ainsi que la qualité de la photopolymérisation dépend autant de la technique opératoire que des performances intrinsèques de la lampe.

QCM 2 Réponse : B

L'évolution des lampes LED constitue l'un des points centraux de l'article. Les premières générations étaient essentiellement conçues pour activer la camphoroquinone, photo-initiateur historique des composites. Avec l'apparition de nouveaux photo-initiateurs tels que le TPO ou l'Ivocerin, les fabricants ont développé des LED capables d'émettre sur un spectre plus large. Les LED de troisième génération couvrent ainsi une plage d'émission allant approximativement de 380 à 515 nm, permettant l'activation simultanée de plusieurs systèmes photo-initiateurs. Cette polyvalence améliore le degré de conversion des composites modernes, notamment des matériaux esthétiques ou bulk-fill contenant des initiateurs multiples. Les auteurs soulignent cependant que cette évolution ne dispense pas le praticien de respecter les protocoles recommandés par les fabricants, ni de vérifier la compatibilité entre le matériau utilisé et la source lumineuse disponible au cabinet (*fig. 1*).

QCM 3 Réponse : C

La FIT repose sur l'exploitation des différences de fluorescence entre les tissus dentaires naturels et les biomatériaux restaurateurs. Sous une lumière adaptée, ces différences créent un contraste visuel permettant d'identifier précisément les limites entre la dent et le matériau. Cette propriété présente un intérêt clinique



1. Spectres d'émission (en mW/nm) des lampes de polymérisation halogènes à quartz-tungstène (QTH) et à diodes électroluminescentes (LED) de 2^e et 3^e générations. Les barres sous les graphiques indiquent la relation entre les photo-initiateurs et les spectres. CQ : camphoroquinone ; TPO : oxyde de diphenyl(2,4,6-triméthylbenzoyl) phosphine ; PPD : phénylpropanedione et Ivocerin.

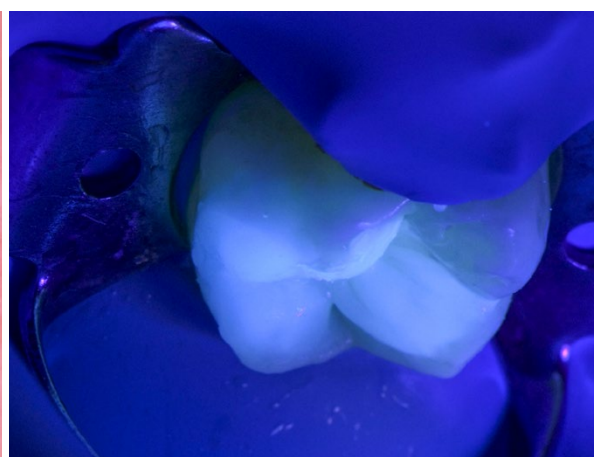
majeur lors de la dépose de restaurations anciennes, de l'élimination d'excès de composite ou du retrait des résidus de colle après dépose d'attaches orthodontiques. Les auteurs insistent sur le fait que cette technologie permet une approche plus conservatrice en limitant l'ablation inutile de tissus sains. Elle améliore également la rapidité des procédures et réduit le risque de laisser en place des fragments de matériaux difficilement visibles sous éclairage conventionnel. Cette approche s'inscrit pleinement dans les principes de dentisterie minimalement invasive actuellement privilégiés (*fig. 2 et 3*).

QCM4 Réponse : C

La transillumination consiste à faire traverser les tissus dentaires par un faisceau lumineux afin d'identifier les zones qui absorbent ou dévient la lumière. Cette technique permet notamment de détecter des fissures, des fêlures ou certaines lésions carieuses proximales qui créent des zones d'ombre caractéristiques. L'un de ses principaux avantages est l'absence totale de rayonnement ionisant. Les auteurs rappellent toutefois que ces dispositifs ne remplacent pas systématiquement les examens radiographiques mais viennent les compléter. Les systèmes les plus récents associent d'ailleurs



2. Mise en évidence de colle orthodontique en méthode FIT à l'aide de la lentille Translume couplée à la lumière noire.



3. Discrimination entre les tissus dentaires et la restauration directe postérieure en résine composite en méthode FIT à l'aide de la lentille Translume couplée à la lumière noire.

transillumination, fluorescence et acquisition numérique afin d'améliorer la précision diagnostique. Cette convergence technologique participe à l'évolution vers une dentisterie plus préventive et plus conservatrice, centrée sur le diagnostic précoce des lésions.

QCM 5 Réponse : B

L'article met en avant l'apparition de nouvelles lentilles spécifiques permettant d'adapter la géométrie du faisceau lumineux à certaines situations cliniques. La lentille PointCure concentre la lumière sur une surface très réduite. Cette focalisation permet d'obtenir une polymérisation ponctuelle initiale destinée à stabiliser une restauration indirecte avant l'élimination complète des excès de matériau d'assemblage. Cette approche est au cœur du concept dit de « No Finishing », qui vise à limiter les étapes de finition parfois délétères pour les limites restauratrices. Une fois les excès éliminés,

la polymérisation finale peut être réalisée de manière conventionnelle. Les auteurs illustrent ainsi l'évolution des lampes modernes qui ne sont plus seulement des outils de polymérisation mais deviennent de véritables plateformes multifonctions intégrant diagnostic, contrôle clinique et assistance opératoire (fig. 4).



4. La pièce prothétique est fixée en position par un point de photopolymérisation au centre de sa surface grâce à un collimateur de lumière Pointcure.

III. Les thérapeutiques de vitalité pulpaire chez l'adulte



D'APRÈS L'ARTICLE :

Gaudin A.

« Les thérapeutiques de vitalité pulpaire chez l'adulte : quelle place réelle dans notre exercice quotidien ? »

L'Information Dentaire 2026;108(20/21):16-22.



QCM 1

Concernant le curetage sélectif, quel est le facteur considéré comme déterminant pour le succès thérapeutique ?

- A. L'élimination complète de la dentine déminéralisée.
- B. La mise en place systématique d'un coffrage direct.
- C. La réduction de la charge bactérienne associée à une étanchéité coronaire durable.
- D. La réalisation systématique d'une pulpotomie partielle.

QCM 2

Lors d'un coffrage pulpaire direct, quel élément peropératoire doit conduire à reconsidérer l'indication de cette thérapeutique ?

- A. Une exposition pulpaire inférieure à 1 mm.
- B. Une hémorragie persistante au-delà de quelques minutes.
- C. L'utilisation d'un biomatériau bioactif.
- D. L'absence de lésion apicale radiologique.

QCM 3

Selon les données rapportées dans l'article, quel est le principal avantage biologique des thérapeutiques de vitalité pulpaire par rapport au traitement endodontique conventionnel ?

- A. Elles diminuent le risque de carie secondaire.
- B. Elles permettent une restauration coronaire plus simple.
- C. Elles préservent les fonctions sensorielles, immunitaires et nutritives de la pulpe.
- D. Elles empêchent toute apparition de douleurs postopératoires.

QCM 4

Concernant les oblitérations pulpaire canalaire observées après une thérapeutique de vitalité pulpaire, quelle affirmation est exacte ?

- A. Elles correspondent le plus souvent à une réponse réparatrice de la pulpe.
- B. Elles doivent être systématiquement considérées comme un échec thérapeutique.
- C. Elles conduisent systématiquement à une nécrose pulpaire.
- D. Elles contre-indiquent tout suivi clinique.

QCM 5

Quelle est la différence majeure soulignée entre les recommandations de l'European Society of Endodontology (ESE) et celles de l'American Association of Endodontists (AAE) ?

- A. L'AAE déconseille les pulpotomies sur dents permanentes matures.
- B. L'ESE rejette l'utilisation des biomatériaux à base de silicates de calcium.
- C. L'ESE privilégie une approche décisionnelle algorithmique tandis que l'AAE laisse davantage de place au jugement clinique et à l'évaluation peropératoire.
- D. L'AAE recommande systématiquement le traitement endodontique conventionnel en cas de pulpite symptomatique.

Réponses

QCM 1 Réponse : C

L'un des messages majeurs de l'article est la remise en question du paradigme historique consistant à éliminer systématiquement toute la dentine déminéralisée. Les données actuelles montrent que le succès du curetage sélectif dépend avant tout du contrôle de l'environnement bactérien. Laisser volontairement une fine couche de dentine affectée au voisinage de la pulpe n'est pas synonyme d'échec si la charge bactérienne est suffisamment réduite et si la restauration assure une étanchéité coronaire durable. Cette approche permet de diminuer fortement le risque d'exposition pulpaire iatrogène tout en conservant un excellent pronostic. Les études citées rapportent des taux de succès de 90 à 95 % à cinq ans, comparables voire supérieurs à ceux obtenus après excavation complète.

QCM 2 Réponse : B

Le contrôle de l'hémostase est présenté comme un véritable outil diagnostique peropératoire. Lorsque l'exposition pulpaire est limitée et que l'hémostase est obtenue rapidement, la probabilité de succès du coiffage pulpaire direct est élevée. En revanche, une hémorragie persistante traduit généralement une inflammation plus profonde et plus étendue du tissu pulpaire. Dans cette situation, le praticien doit envisager qu'une simple protection de la pulpe exposée soit insuffisante et réévaluer l'indication au profit d'une pulpotomie partielle ou complète. L'article souligne que la décision thérapeutique repose principalement sur la durée nécessaire à l'obtention de l'hémostase et sur l'aspect visuel sain du tissu pulpaire après la réalisation de la pulpotomie.

QCM 3 Réponse : C

La comparaison entre TVP (thérapeutique de vitalité pulpaire) et traitement endodontique conventionnel ne peut pas se limiter aux seuls taux de succès. L'article rappelle que la pulpe est un tissu vivant assurant des fonctions biologiques essentielles. Elle participe à la défense contre les agressions bactériennes, au maintien de la vascularisation dentinaire et à l'adaptation mécanique de la dent au cours du temps. Le traitement endodontique permet certes de traiter l'infection mais s'accompagne d'une perte irréversible de ces fonctions biologiques.

QCM 4 Réponse : A

Les oblitérations pulpaires sont souvent source d'inquiétude pour les praticiens. Pourtant, l'article souligne qu'elles traduisent généralement une activité réparatrice importante du tissu pulpaire. Elles résultent d'une stimulation biologique conduisant à la différenciation de cellules capables de produire de nouveaux tissus minéralisés. Elles sont particulièrement fréquentes chez les patients jeunes et après pulpotomie.

Dans la majorité des cas, ces oblitérations restent asymptomatiques et compatibles avec le maintien d'une pulpe vivante et fonctionnelle. Les études citées rapportent d'ailleurs moins de 5 % de nécrose chez les dents présentant une oblitération canalaire. Leur présence radiographique ne doit donc pas être assimilée à un échec thérapeutique (*fig. 1, 2, 3*).



1. Radiographie préopératoire : une lésion inflammatoire péri-apicale d'origine endodontique (LIPOE) est visible au niveau de la 12. Une thérapeutique de vitalité pulpaire a été réalisée une dizaine d'années auparavant et a échoué (nécrose pulpaire). La lumière canalinaire n'est pas identifiable sur la radiographie 2D. Une tentative de traitement endodontique a conduit à une perforation coronaire.



2. Radiographie de contrôle per-opératoire afin de valider la longueur de travail déterminée par le localisateur d'apex.



3. Radiographie postopératoire : on peut visualiser l'obturation radiculaire ainsi que l'obturation de la perforation coronaire.

QCM 5 Réponse : C

Les deux sociétés savantes convergent aujourd'hui sur les grands principes : préservation de la vitalité pulpaire, contrôle de l'infection, isolement rigoureux et utilisation de biomatériaux bioactifs. Les différences concernent davantage la manière d'appliquer ces principes en pratique. L'ESE privilégie une approche conservatrice, avec une excavation sélective visant à éviter l'exposition pulpaire dans les lésions carieuses profondes lorsque les signes cliniques restent compatibles avec une inflammation limitée. En cas

d'exposition, une pulpotomie partielle ou complète peut être réalisée.

L'AAE défend davantage l'élimination complète de la carie, quitte à exposer la pulpe, afin de pouvoir examiner directement le tissu pulpaire sous grossissement. La décision de poursuivre une thérapeutique de vitalité dépend alors surtout de l'aspect du tissu, de la possibilité d'obtenir l'hémostase et du contrôle du saignement.



Votre abonnement est essentiel à la vie de la revue

RENDEZ-VOUS PAGE 53

IV. Restaurations composites antérieures



D'APRÈS L'ARTICLE :

Camaleonte G, Mokhtari L, Klaas M, Ceinos R.
 « Comment échouer dans la réalisation des restaurations en résine composite dans le secteur antérieur »,
 [Première parution : Clinique 2025;46(454)].
 L'Information Dentaire 2026;108(1/2):22-28.

QCM 1

Quelle étape conditionne le plus directement la reproduction biomimétique d'une dent antérieure ?

- A. Le choix du système adhésif.
- B. L'analyse préalable des couleurs, volumes et textures.
- C. Le choix de la lampe à photopolymériser.
- D. Le polissage final.

QCM 2

Quelle erreur expose le plus directement à un échec du collage ?

- A. L'absence de photographie polarisée.
- B. Une épaisseur excessive de composite dentinaire.
- C. Une contamination salivaire du champ opératoire pendant la procédure adhésive.
- D. L'utilisation d'une clé en silicone transparente.

QCM 3

Pourquoi les auteurs recommandent-ils d'effectuer le relevé de couleur avant la pose de la digue ?

- A. Parce que la déshydratation provoquée par l'isolement modifie temporairement l'apparence optique de la dent.
- B. Parce que l'adhésif influence la saturation de l'émail.
- C. Parce que la lumière du scialytique modifie la teinte des composites.
- D. Parce que les dents deviennent plus translucides après mordantage.

QCM 4

Selon les auteurs, quelle épaisseur doit idéalement présenter la couche vestibulaire finale d'émail composite ?

- A. 0,2 mm.
- B. 0,5 mm.
- C. 1 mm.
- D. 1,5 mm.

QCM 5

Quelle affirmation concernant les finitions est-elle conforme au message principal de l'article ?

- A. Elles sont moins importantes que la phase de stratification.
- B. Elles servent essentiellement à améliorer l'esthétique immédiate.
- C. Leur durée devrait être inférieure à celle consacrée à la stratification.
- D. Elles conditionnent à la fois l'intégration esthétique et la pérennité clinique de la restauration.

RÉPONSES PAGE SUIVANTE >>>

Réponses

QCM 1 Réponse : B

Les auteurs insistent sur un point fondamental : la réussite d'une restauration antérieure commence bien avant la mise en place du premier incrément de composite. L'analyse photographique des couleurs, de la morphologie, des textures de surface et de la structure interne de la dent constitue le socle du projet restaurateur. Une observation approximative à l'œil nu expose à des erreurs de teinte, d'opalescence ou de volume qui deviennent ensuite difficiles à corriger. Les clichés standardisés, notamment en lumière polarisée, permettent d'identifier précisément les caractéristiques à reproduire pour obtenir une intégration naturelle de la restauration (fig. 1).



1. Ce cliché est le cliché de référence pour analyser et obtenir une cartographie précise des éléments à reproduire. On y distingue des éléments essentiels tels que l'opalescence, les teintes intensives et les caractérisations. Le matériel utilisé : appareil photographique hybride Nikon Z8, objectif macro 105 mm Nikkor Z, flashes déportés Godox MF12 et filtres polarisants Polar Eyes (Bio Emulation).

QCM 2 Réponse : C

L'isolation constitue l'un des piliers de la dentisterie adhésive moderne. Les auteurs rappellent qu'une contamination par la salive ou le sang au cours des étapes adhésives diminue fortement la qualité du collage et compromet la pérennité de la restauration. Une digue mal positionnée, insuffisamment étanche ou instable favorise ces contaminations et augmente le risque d'échec à moyen terme. L'efficacité des meilleurs systèmes adhésifs devient alors secondaire si les conditions opératoires ne sont pas maîtrisées.

QCM 3 Réponse : A

Sous digue, l'émail se déshydrate progressivement et devient plus opaque et plus clair. Cette modification optique peut tromper le praticien qui risque alors de choisir une masse composite excessivement claire. Après réhydratation, quelques jours plus tard, la restauration apparaît alors insuffisamment saturée et visuellement discordante. Les auteurs insistent donc sur la nécessité absolue d'effectuer le relevé de couleur avant toute isolation (fig. 2).

2. Il est toujours important de contrôler l'intégration optique des restaurations à distance de la séance de soins, afin de laisser aux dents le temps de se réhydrater.

a. Sur ce cliché, les restaurations en résine composite paraissent, en postopératoire immédiat, plus saturées que les dents qui les supportent. Ces dernières, déshydratées par le temps passé sous champ opératoire, apparaissent plus opaques et « blanches ».

b. Cette photo, prise quelques jours plus tard, montre une restauration bien intégrée.

c. À l'inverse, sur ce cliché, la restauration sur la 11 est très satisfaisante juste après le retrait de la digue, mais apparaîtra trop « claire » quelques jours plus tard, comme le montre la figure d.



QCM4 Réponse : B

L'épaisseur de la couche finale d'émail influence directement la translucidité de la restauration. Une couche trop épaisse entraîne l'apparition d'un aspect grisâtre et excessivement translucide. À l'inverse, une couche trop fine conduit à un résultat opaque et artificiel. La stratification moderne repose précisément sur la maîtrise de ces épaisseurs afin de reproduire les propriétés optiques naturelles de la dent.

QCM 5 Réponse : D

Les auteurs considèrent cette étape comme aussi importante que la stratification elle-même. Une restauration correctement stratifiée mais insuffisamment polie conservera des irrégularités de surface favorisant la rétention de plaque et les colorations secondaires. Les macro- et micro-textures participent également à l'intégration visuelle de la restauration. Un polissage

insuffisant compromet donc à la fois le résultat esthétique immédiat et la stabilité du résultat dans le temps (fig. 3).



3. Restauration dont le dégrossissage et le polissage ont été réalisés de manière hâtive, avec des surcontours évidents, une absence de brillance naturelle et la présence de colorations.

NOUVEAUTÉ

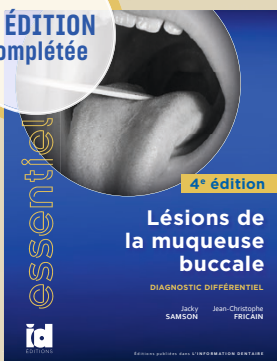
id
ÉDITIONS

LÉSIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Jacky SAMSON
Jean-Christophe FRICAÏN

4^e ÉDITION
complétée



LES AUTEURS LIVRENT 100 FICHES de diagnostic différentiel, classées par localisation, pour aider à mieux connaître et identifier les lésions de la muqueuse buccale, encore trop souvent systématiquement assimilées à des aphtes ou à une candidose. Leur objectif est de sensibiliser à la richesse et à l'importance de ces pathologies qui peuvent révéler une maladie systémique.

Ces fiches sont classées par localisation, en 6 chapitres :

- Gencive
- Joux/Vestibules
- Plancher buccal
- Langue
- Palais/Voile
- Lèvres

224 PAGES
45 €

Commandez en ligne
en scannant ce QR code



150 ouvrages de référence disponibles sur WWW.INFORMATION-DENTAIRE.FR

V. Ostéoporose et santé bucco-dentaire



D'APRÈS L'ARTICLE :
 Lejeune S, Lespessailles E.
« Ostéoporose et santé bucco-dentaire ».
 [Première publication dans La Lettre du Rhumatologue,
 Edimark, n° 513, juin 2025].
 L'Information Dentaire 2026;108(10):28-30.

QCM 1

Chez les patients traités pour une ostéoporose, quel est le risque d'ostéonécrose des mâchoires sous bisphosphonates oraux selon les données rapportées dans l'article ?

- A. 0,5 à 1 %.
- B. 0,02 à 0,05 %.
- C. 2 à 5 %.
- D. Plus de 10 %.

QCM 2

Quel événement précède le plus fréquemment l'apparition d'une ostéonécrose des mâchoires chez les patients sous inhibiteurs de la résorption osseuse ?

- A. La pose d'un implant.
- B. Un traitement endodontique.
- C. Une extraction dentaire.
- D. Un détartrage.

QCM 3

Parmi les facteurs suivants, lequel multiplie approximativement par deux le risque d'ostéonécrose des mâchoires ?

- A. Le tabagisme actif.
- B. Le sexe féminin.
- C. L'âge supérieur à 65 ans.
- D. Le port d'une prothèse amovible.

QCM 4

Quelle attitude est actuellement recommandée concernant l'arrêt des bisphosphonates oraux avant une intervention chirurgicale buccale ?

- A. Un arrêt systématique de trois mois.
- B. Un arrêt systématique de six mois.
- C. Un arrêt systématique uniquement avant les extractions.
- D. Aucun arrêt systématique n'est recommandé sur la base des données actuelles.

QCM 5

Quelle mesure est considérée comme la plus efficace pour prévenir la survenue d'une ostéonécrose des mâchoires ?

- A. La prescription systématique d'antibiotiques.
- B. Un suivi dentaire régulier associé à une bonne hygiène bucco-dentaire.
- C. L'arrêt annuel temporaire du traitement anti-résorbeur.
- D. La réalisation systématique d'un Cone Beam.

Réponses

QCM 1 Réponse : B

L'un des messages majeurs de cet article consiste à replacer le risque d'ostéonécrose dans sa juste perspective. Bien que cette complication soit potentiellement sévère, elle reste exceptionnelle chez les patients traités pour une ostéoporose. Les auteurs rappellent que le bénéfice anti-fracturaire des traitements antirésorbeurs est très largement supérieur au risque d'ostéonécrose. Une bonne information du patient permet d'éviter des interruptions injustifiées de traitement. Le risque existe mais demeure rare. La peur excessive de l'ostéonécrose ne doit pas conduire à priver les patients des bénéfices du traitement de l'ostéoporose (*tableau 1*).

Tableau 1. Facteurs de risque d'ostéonécrose de la mâchoire associés aux traitements par IRO

Facteurs locaux	Facteurs systémiques
<ul style="list-style-type: none"> · Mauvaise hygiène buccodentaire · Facteurs anatomiques de la cavité buccale · Chirurgie alvéolaire vulnérante (avulsion dentaire, implant) · Ulcération muqueuse sous prothèse dentaire amovible · Pathologie parodontale (gingivite non traitée, parodontite) 	<ul style="list-style-type: none"> · Tabagisme · Traitement par glucocorticoïdes · Diabète et autres morbidités (anémie, cancer, alcoolisme) · Traitements concomitants (antiangiogéniques, chimiothérapie, radiothérapie) · Durée du traitement par IRO · Âge élevé (> 65 ans) · Sexe féminin

QCM 2 Réponse : C

Les extractions dentaires constituent le principal facteur déclenchant identifié dans la littérature. Les auteurs rapportent qu'elles précèdent l'apparition de l'ostéonécrose dans plus de la moitié des cas. Cette donnée souligne l'importance de la prévention et du maintien d'un bon état bucco-dentaire afin de limiter autant que possible le recours aux avulsions chez ces patients. La meilleure prévention de l'ostéonécrose reste souvent d'éviter d'avoir à extraire une dent (*tableau 2*).

QCM 3 Réponse : A

Le tabagisme apparaît parmi les facteurs de risque systémiques les mieux identifiés. Son effet délétère sur la vascularisation tissulaire et la cicatrisation contribue

Tableau 2. Actes dentaires sous traitements par IRO

Actes réalisables	Actes à réaliser avec précaution
<ul style="list-style-type: none"> · Traitements des caries · Détartrage · Traitements parodontaux non chirurgicaux · Traitements prothétiques · Tout soin conservateur non vulnérant sans risque pour le tissu osseux 	<ul style="list-style-type: none"> · Pose d'implants (réalisable en fonction du type d'IRO et de la durée de prescription) · Extraction dentaire (seules les dents ayant un foyer infectieux actif ne pouvant répondre à un traitement conservateur sont avulsées)

probablement à expliquer cette augmentation du risque. Cette donnée constitue un argument supplémentaire pour encourager le sevrage tabagique chez les patients recevant des traitements anti-résorbeurs. Le tabac reste un facteur de risque modifiable sur lequel le praticien peut agir dans une démarche de prévention.

QCM 4 Réponse : D

Les auteurs rappellent qu'aucune preuve scientifique solide ne permet aujourd'hui de justifier un arrêt systématique des bisphosphonates avant un acte dentaire. Les recommandations américaines ne préconisent pas cette interruption de manière routinière. La décision doit être individualisée et discutée avec le médecin prescripteur lorsque la situation clinique le justifie. Le « drug holiday » systématique n'est pas validé scientifiquement chez les patients traités pour ostéoporose.

QCM 5 Réponse : B

La prévention constitue le véritable message pratique de l'article. Les auteurs soulignent que les consultations régulières chez le chirurgien-dentiste et l'éducation du patient sont les mesures les plus efficaces. La détection précoce des foyers infectieux et le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire permettent de réduire le recours aux actes chirurgicaux invasifs et donc le risque d'ostéonécrose. Le chirurgien-dentiste joue un rôle central dans la prévention des ostéonécroses liées aux traitements anti-résorbeurs.