

**Daniel Nebot**

MCU-PH (Paris Descartes), CDC (RC)

Aurore Guigon

CDP, Chef de service d'odontologie à l'HIA Bégin

Franck Denhez

CDC, Chef de service d'odontologie à l'HIA Percy

Vincent Vetter

CDC, Service d'odontologie à l'HIA Percy

Pierre Zimmermann

CDC, Service d'odontologie à l'HIA Percy

Henri FremontCD[®], Chef de service d'odontologie à l'hôpital des Invalides**Jean-Claude Tavernier**MCU-PH (Paris Descartes), CDC[®]

Les étudiants dans les hôpitaux militaires : une formation d'excellence depuis bientôt 15 ans

La formation des étudiants de 6^e année dans les services d'odontologie des hôpitaux militaires est une expérience originale et positive.

Il y a 14 ans, nous avons mis en place une collaboration entre l'université Paris Descartes et le Service de santé des armées. En effet, la faculté de chirurgie dentaire de Paris Descartes avait signé une convention avec la Direction régionale du Service de santé des armées de Saint-Germain-en-Laye, après accord de la Direction centrale (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Cette convention a permis à des étudiants de 6^e année en chirurgie dentaire (T1) d'effectuer leurs vacances hospitalières dans les services d'odontologie des hôpitaux militaires de la région parisienne (Hôpital d'instruction des armées Bégin, Hôpital d'instruction des armées Percy, Institut natio-



FIGURE 1 : Hôpital d'Instruction des Armées Bégin

nal des Invalides) (figures 1, 2, 3, 4, 5, 6). Chaque année une moyenne de dix étudiants de 6^e année effectue ces stages hospitaliers, et depuis le début de cette formation

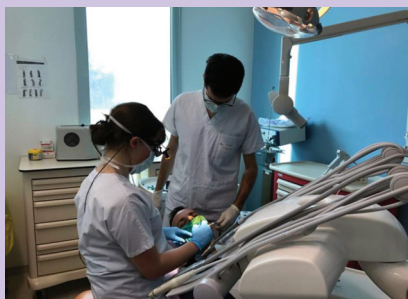


FIGURE 2 : Étudiants de l'HIA Begin en cours de soins



FIGURE 3 : Hôpital d'Instruction des Armées Percy



FIGURE 4 : Étudiante de l'HIA Percy en cours de soins



FIGURE 5 : Hôpital des Invalides

il y a 14 ans, 134 étudiants ont pu bénéficier de cette expérience originale, en comptant la promotion actuelle 2017-2018. Les effectifs sont de 83 filles et 51 garçons, soit un taux de 62 % pour le sexe féminin (figure 7). Parmi tous ces étudiants depuis 14 ans, la tranche d'âge moyenne est de 25 ans (58 %) (figure 8).

Dans le total de ces effectifs, il y avait aussi les étudiants qui faisaient leurs stages dans le service d'odontologie de l'hôpital du Val-de-Grâce qui a fermé il y a trois ans.

Il faut noter que tous ces étudiants de 6^e année effectuant ces stages hospitaliers doivent aussi suivre un enseignement militaire complémentaire à la faculté.

Objectifs de cette collaboration

- Diversifier le terrain de stage hospitalier pour les étudiants en chirurgie dentaire.
- Faire connaître à de jeunes stagiaires en formation les possibilités d'exercer dans le cadre militaire.
- Cette collaboration permet de renforcer la capacité de prise en charge des soins dentaires des patients des hôpitaux des armées.
- Enfin, cette démarche doit constituer un nouveau vivier de futurs officiers de réserve du Service de santé des armées.

Particularités de cette formation

Dans les services d'odontologie de ces hôpitaux militaires, les patients sont soignés par des praticiens, officiers d'active, des ESR (engagé spécial dans la réserve), et par les étudiants de 6^e année de la faculté de chirurgie dentaire de Paris-Descartes.

Les étudiants travaillent au fauteuil sous la responsabilité des chefs de service d'odontologie, et sous l'autorité des médecins-chefs des hôpitaux militaires. Les objectifs cliniques à atteindre par les étudiants de 6^e année sont définis par le coordonnateur de la faculté de chirurgie dentaire, qui est un enseignant et officier de réserve. Ces étudiants sont éva-



FIGURE 6 : Étudiants de l'Hôpital des Invalides en cours de soins

lués sur les mêmes critères que dans les services d'odontologie dépendant de la faculté de chirurgie dentaire. Certains services d'odontologie de ces hôpitaux militaires développent un exercice de haut niveau, dans différentes spécialités. Il faut noter en effet que l'exercice de certains praticiens s'oriente dans des disciplines majeures pour créer des pôles d'excellence. Ainsi, il nous a paru intéressant de présenter quelques cas cliniques des services d'odontologie de ces trois hôpitaux militaires, où les étudiants de 6^e année effectuent leur stage hospitalier.

Présentation de cas cliniques

1^{er} cas clinique

(CDP Aurore Guigon, Service d'odontologie de l'hôpital Bégin)

M. D. P., 55 ans, militaire dans la gendarmerie, vient en consultation. C'est un patient alcoolo-tabagique sans suivi odontologique, avec une hygiène bucco-dentaire pratiquement inexistante depuis plus de 30 ans. Ce patient nous a été adressé par son médecin d'unité car il n'arrivait plus à manger correctement.

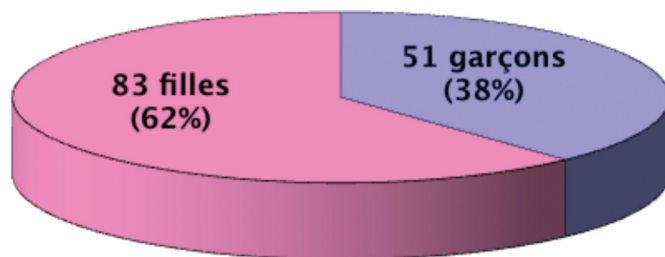


FIGURE 7 : Ratio filles-garçons



FIGURE 9 : État initial à la première consultation



FIGURE 10 : Examen radiologique



FIGURE 11 : Début de l'assainissement parodontal

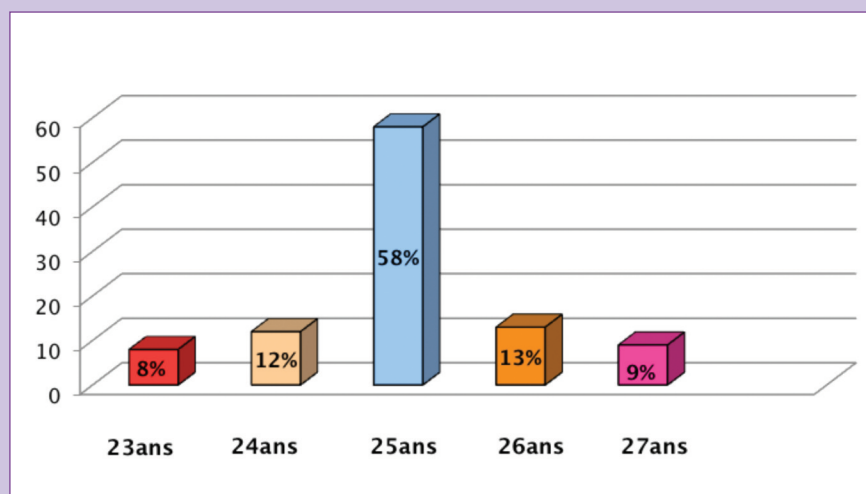


FIGURE 8 : Répartition de l'âge des étudiants

À l'examen clinique, nous retrouvons une grande mobilité de toutes les dents, une quantité très importante de tartre apparent et sous-gingival avec un décollement complet de l'attache épithélio-conjonctive sulculaire, associé à une gencive hypertrophique oedématisée et sanguinolente (figure 9).

À l'examen radiologique, nous constatons une parodontite généralisée en stade terminal associée à de nombreuses lésions actives endo-parodontales avec destruction osseuse importante et tissu de granulation au niveau de 13, 24, 34 et 37 (figure 10).

Le plan de traitement adopté est le suivant :

- Motivation à l'hygiène, dialogue avec le patient afin de le décomplexer et qu'il reprenne confiance en lui.

- Début d'assainissement parodontal à minima, associé à une contention mandibulaire, afin de limiter la charge bactérienne (figure 11).
- Puis extraction de toutes les dents maxillaires avec régularisation de crête.
- Extraction des dents mandibulaires, en conservant 36, 33, 43 et 47.
- Prothèses de transition, rebasées régulièrement pendant six mois.
- Puis réalisation d'une prothèse amovible complète maxillaire, et d'une prothèse amovible partielle mandibulaire, réalisées six mois après les extractions.

Le patient est en cours de traitement, et après cette prise en charge assez lourde, nous espérons qu'il puisse retrouver le sourire et reprendre du poids.

2^e cas clinique

(CDC Franck Denhez, CDC Vincent Vetter, CDC Pierre Zimmermann, Service d'odontologie de l'hôpital Percy)

Réhabilitation prothétique implanto-portée sur barre en titane usinée transvisée

Les réhabilitations dentaires en prothèse fixée, dans les édentements de grande étendue, sont rendues possibles grâce à l'implantologie qui compense le manque de dents naturelles supports.

La solution « une dent - un implant » peut rarement être une option thérapeutique rai-



FIGURE 12 : Clé de validation de l'empreinte en résine dure à inlay



FIGURE 13 : Empreinte et barre prothétique usinée



FIGURE 14 : Essayage de la barre implanto-portée transvissée en bouche



FIGURE 15 : Prothèse transvissée en place

sonnable et rationnelle, d'autant plus que le résultat esthétique est parfois peu satisfaisant, même si des augmentations de volume en tissus durs et mous sont réalisées. La prothèse partielle ou totale implanto-portée sur barre transvissée usinée constitue alors une approche thérapeutique intéressante. Outre le fait de nécessiter d'un nombre d'implant réduit, elle permet la réalisation d'une véritable prothèse gingivale, évitant ainsi l'aspect de dent longue et permettant de compenser, dans le cas de traumatisme alvéolo-dentaire sévère, les pertes de substances (jouant parfois même le rôle de conformateur endo-buccal).

La précision de l'empreinte est essentielle dans la réalisation de ce type de barre. Une validation par une clé en plâtre ou en résine dure à inlay permet le contrôle de la qualité de l'empreinte et la validation de celle-ci. L'empreinte est numérisée et la barre usinée en fonction des contraintes prothétiques guidées par un wax up.

Avant le montage des dents sur la barre, il est important de vérifier sa passivité par un essayage en bouche en réalisant un vissage alternatif au niveau de chaque extrémité. Une intimité de grande précision entre la barre à surface parfaitement lisse et la muqueuse buccale limite les risques de stagnation de plaque et de débris alimentaires. Ceci n'exclut pas le fait de sensibiliser tout particulièrement le patient sur la qualité de l'hygiène bucco-dentaire nécessaire afin de maintenir une excellente santé du parodonte péri-implantaire.

Cas clinique

Un patient est victime d'un traumatisme maxillo-facial avec perte des dents n° 12, 11, 21, 22, 23, 24 et 25, associée à un héli-Lefort I à gauche. Il existe une névralgie faciale résiduelle en rapport avec une lésion du V2, et la présence d'une zone gâchette ainsi qu'un déficit osseux alvéolaire. Cela nous amène à éviter l'implantation dans les secteurs de 23 à 25. Il est donc décidé de réaliser une barre en titane

implanto-portée transvissée avec extension de 23 à 25 (figures 12, 13, 14 et 15).

3^e cas clinique

(CD® Henri Fremont, Service d'odontologie de l'hôpital des Invalides)

M. B., 54 ans, en bonne santé générale, consulte, envoyé par son médecin traitant, pour une réhabilitation totale (figure 16). Le patient demande une solution thérapeutique fixe, tout au moins sur les dents antérieures. L'état dentaire initial présente une hygiène médiocre, un indice de plaque élevé ainsi qu'une parodontite chronique généralisée. Les dents suivantes, 15, 14, 13, 12, 11, 27, 44, 45, 47, 36 sont à l'état de racine. La 47 présente une restauration volumineuse sur dent cariée. Toutes les dents ainsi que les racines restantes présentent une mobilité physiologique normale. On note des lésions carieuses sur 21, 23, 16, 37.

La thérapeutique prothétique retenue est la suivante :

- Réalisation d'un bridge de 13 à 23 avec attachements extra-coronaires.
- Stellite maxillaire sur attachements pour remplacer les 14, 15, 24, 25, 27.
- Stellite mandibulaire remplaçant les 44 45 47 37.

Étapes cliniques

- 1- Motivation à l'hygiène orale.
- 2- Empreintes primaires puis secondaires à l'alginate.
- 3- Réalisation des prothèses transitoires amovibles immédiates.
- 4- Extraction de 44-45-47-37-27-22-11-14-15 et pose des prothèses transitoires maxillaire et mandibulaire (figure 17).
- 5- Empreintes pour réaliser le bridge provisoire de 13 à 23.
- 6- Pose du bridge provisoire avec élévation coronaire de 12 et 13.
- 7- Soins des lésions carieuses, traitement parodontal, traitements endodontiques (sur les 11-12-21-23).
- 8- Inlay-core sur 12 et 13, et composites sur 21 et 23.



FIGURE 16 : État initial



FIGURE 17 : Premier jeu de prothèses transitoires amovibles



FIGURE 18 : Trois mois après la pose des prothèses maxillaires

- 9- Empreinte du bridge d'usage antérieur.
- 10- Essai de l'armature du bridge.
- 11- Essai du bridge d'usage et empreinte secondaire à l'aide d'un polysulfure en emportant le bridge dans l'empreinte.
- 12- Essai de la plaque base métallique maxillaire.
- 13- Essai du montage de la PAP maxillaire sur cires.
- 14- Pose du bridge et de la prothèse amovible maxillaire (figure 18).

La prothèse mandibulaire sera effectuée dans un deuxième temps.

Conclusion

Depuis bientôt 15 ans, la formation des étudiants de 6^e année dans les services d'odontologie des hôpitaux militaires est une expérience originale et positive. Les cas cliniques présentés dans cet article, réalisés par plusieurs praticiens hospitaliers, en collaboration avec les stagiaires de 6^e année, illustrent la richesse de l'activité dans les services d'odontologie des trois hôpitaux militaires de la région parisienne. Chaque service a un plateau technique complet avec plusieurs cabinets

dentaires, souvent avec un laboratoire de prothèse, et sous la responsabilité d'un praticien hospitalier.

Les patients, aux pathologies diversifiées, bénéficient de soins de qualité, et permettent aux étudiants de 6^e année en chirurgie dentaire d'effectuer leurs stages hospitaliers dans de très bonnes conditions, en rencontrant un éventail de cas cliniques intéressants.

Enfin, cette mise en place des stages conforte les échanges entre le service de santé des armées et l'université Paris Descartes (figure 19). ■



FIGURE 19 : Promotion 2016-2017 des étudiants à la faculté de chirurgie dentaire, en juin 2017. On note avec les étudiants la présence du coordonnateur, du responsable réserve à la DCSSA de quelques enseignants, de quelques ESR et des chefs de service d'odontologie.

Bibliographie

1. Nebot D. Des étudiants de 6^e année dans les services d'odontologie des hôpitaux militaires. CDF, 2006 ; 1250/1251 : 144-152.
2. Nebot D, Benmansour A, Briche T, Denhez F, Joly G, Paraque A, Ponseel G, Roze-Pellat MA, Zimmerman P, Gourmet M. Les services d'odontologie des hôpitaux militaires de la région parisienne : À propos de quelques cas cliniques (suite). CDF, 2007 ; 1307 : 109-117.
3. Nebot D. Formation des chirurgiens-dentistes : une collaboration fructueuse. Actu Santé, 102 : 26, nov-déc 2007.
4. Nebot D. Stages des étudiants en chirurgie dentaire dans les hôpitaux militaires. Le point 4 ans après. CDF, 2009 ; 1384 : 33-42.
5. Nebot D. Présentation d'un dossier « Cas cliniques – hôpitaux militaires ». CDF, 2011 ; 1476 : 32.
6. Nebot D, Roze-Pellat MA, Brau JJ, Denhez F, Peniguel B. Stages des étudiants dans les hôpitaux militaires : Le point 10 ans après. CDF, 2014 ; 1634 : 43-48.