



Le Prof. Dr. Bas Loomans a obtenu son doctorat (PhD) en dentisterie restauratrice en 2007. En 2008, il a été chercheur invité au sein du groupe de recherche BIOMAT de la KU Leuven, l'université catholique néerlandophone de Louvain en Belgique. En 2021, il a été nommé professeur titulaire en Fonction orale et dentisterie restauratrice au centre médical de l'université Radboud de Nimègue, aux Pays-Bas, où il combine son activité de recherche avec l'enseignement supérieur et postdoctoral. Ses recherches portent principalement sur la prise en charge et le traitement de l'usure dentaire grave, les critères de diagnostic, le développement de matériaux dentaires intelligents, la recherche translationnelle, la neutralisation intraorale de l'acide gastrique et les processus de prise de décision reposant sur l'intelligence artificielle. Reconnu nationalement et internationalement comme un expert dans le domaine de la dentisterie adhésive et restauratrice, il a lancé et dirige le Radboud Tooth Wear Project (Projet Radboud sur l'usure des dents). En 2019, il a également reçu le prix international Steve Bayne Mid-Career Award décerné par le Dental Materials Group de l'IADR (International Association of Dental Research). Il est l'auteur de plus de 120 publications internationales et nationales et est (co-)auteur et rédacteur de plusieurs chapitres de livres. Outre son activité universitaire, il exerce un jour par semaine dans un cabinet dentaire général/référent à Nimègue. Dans le cadre de son travail, il s'intéresse principalement à la dentisterie reconstructive, tout en portant une attention particulière aux approches de traitement minimalement invasives. ResearchID: B-2910-2016; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6684-9723>

Prise en charge de l'usure dentaire : l'importance de la sensibilisation et du pragmatisme

Entretien avec le professeur
Prof. Dr. Bas Loomans, Pays-Bas

L'usure dentaire est un problème de plus en plus courant dans la dentisterie moderne et son traitement nécessite une approche réfléchie et centrée sur les patients. Nous nous sommes entretenus avec le professeur Bas Loomans, un expert renommé dans ce domaine, qui nous a fait part de son point de vue sur la prise en charge de l'usure dentaire par des stratégies pragmatiques où il privilégie le diagnostic, la prévention, les soins minimalement invasifs, le rapport coût-efficacité, l'apprentissage collaboratif et l'éducation des patients. Sa philosophie est centrée sur la sensibilisation des patients et des professionnels dentaires afin de les responsabiliser et les aider à prendre en main leur santé bucco-dentaire tout en veillant à ce que les traitements restent accessibles et durables.

Pourriez-vous commencer par résumer ce que votre expertise et votre expérience de ces 30 dernières années vous ont appris sur l'usure dentaire, ce que l'on en sait actuellement et comment la compréhension du problème a-t-elle évolué ?

Au cours des dernières décennies, notre compréhension de l'usure dentaire a beaucoup évolué. Bien que la prévalence de l'usure dentaire modérée à grave semble être en augmentation, nous devons rester prudents avec cette hypothèse. Ce qui a vraiment changé, c'est le niveau de sensibilisation des professionnels dentaires.

Les chirurgiens-dentistes d'aujourd'hui sont mieux formés pour reconnaître les premiers signes d'usure et comprendre leurs implications, alors qu'auparavant, ils la remarquaient, mais n'intervenaient qu'au moment où elle devenait un réel problème.

Un autre changement majeur est la philosophie des traitements. Avant, les procédures invasives comme les couronnes complètes étaient monnaie courante, même chez les jeunes patients. Maintenant, la recherche et l'expérience clinique nous ont appris que les approches minimalement invasives, en particulier l'utilisation de composites, peuvent être efficaces, même dans les cas graves. Ce changement de perspective reflète un mouvement plus large vers des soins plus pragmatiques pensés pour les patients, qui préservent la structure des dents et sont mieux adaptés aux besoins des jeunes.

Selon vous, quels sont les principaux facteurs à l'origine de l'usure dentaire ?

Il y a quinze ans, j'attribuais la cause de l'usure dentaire aux facteurs mécaniques, notamment le bruxisme, le serrage anormal des dents ou le mordillement d'objets. Dans le cadre de la prévention, nous ne pensions aussi qu'à ces facteurs et prescrivons souvent des gouttières de protection nocturne. Mais avec le temps, et surtout grâce aux conclusions de notre groupe du projet Radboud Tooth Wear sur le suivi à long terme, il s'avère que les facteurs chimiques jouent un rôle beaucoup plus important qu'on ne le pensait au départ.

L'usure dentaire est sous l'influence de processus mécaniques et chimiques, chacun ayant des sources intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs mécaniques intrinsèques sont notamment le serrage anormal des dents et le bruxisme, tandis que les facteurs extrinsèques correspondent à des habitudes telles que le mordillement de stylos ou le rongement des ongles. Sur le plan chimique, les facteurs intrinsèques sont le reflux gastro-œsophagien ou les vomissements, et les facteurs extrinsèques sont liés aux aliments et aux boissons acides.

Nous comprenons aujourd'hui que les forces mécaniques à elles seules ne causent que rarement une usure grave. L'exposition aux acides, d'origine interne ou externe, ramollit la surface des dents et les rend beaucoup plus vulnérables à l'usure mécanique. Dans la plupart des cas, l'acide est donc une composante essentielle du processus d'usure. La combinaison du ramollissement chimique et des contraintes mécaniques coïncident avec les schémas de nos observations cliniques.

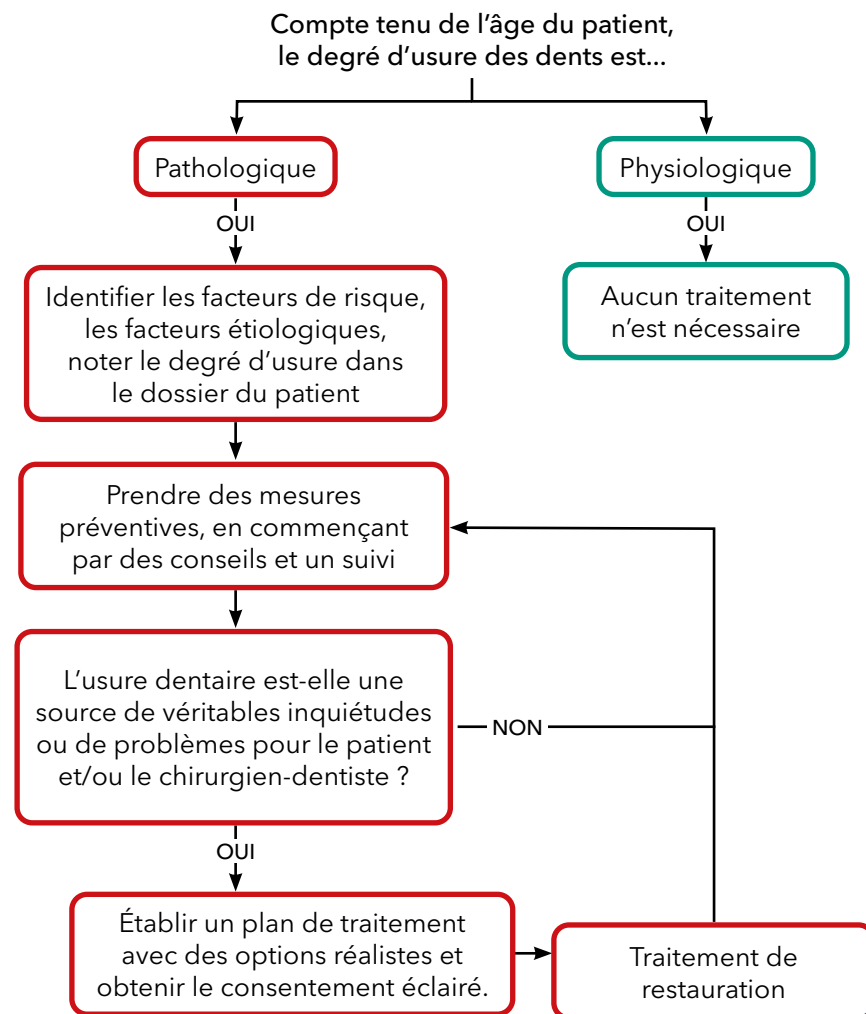


Fig. 1 : Organigramme des options de traitement de l'usure dentaire. European Tooth Wear Consensus Meeting, 27th of October, 2016

Si nous passons du niveau chirurgien-dentiste au niveau patient, diriez-vous que les patients eux-mêmes sont généralement conscients de l'usure de leurs dents, ou est-ce le praticien qui la diagnostique et les en informe ?

En général, la plupart des patients ne sont pas vraiment conscients de l'usure de leurs dents. D'après notre expérience, les nombreuses personnes orientées vers notre clinique par leur chirurgien-dentiste disent souvent qu'elles n'en comprennent pas trop la raison. Il leur a simplement dit de venir nous consulter, ce qui montre que la demande de traitement ne vient généralement pas du patient, mais des observations du chirurgien-dentiste.

Cela dit, lorsque l'usure devient extrême ou commence à nuire à l'esthétique, par exemple des colorations ou des lésions

visibles, certains patients commencent à s'inquiéter. La sensibilité peut également être un facteur déclenchant, mais étonnamment, la gravité de l'usure n'est pas toujours liée à la douleur. En fait, les patients qui présentent peu d'usure signalent parfois une douleur plus importante, surtout en cas d'érosion acide et d'exposition des tubulis dentinaires.

En fin de compte, l'un des rôles les plus importants du chirurgien-dentiste est d'éveiller les consciences. Il commence par détecter les signes d'usure, puis il explique au patient ce qu'il voit, ce que cela peut signifier et ce qui pourrait être la cause. Sans cet éveil des consciences, il est peu probable que les patients comprennent ou acceptent pleinement le besoin d'un suivi ou d'un traitement, et ils sont moins susceptibles d'y adhérer. L'éducation et la communication, tant au

niveau des étudiants que des professionnels diplômés, sont donc essentielles.

Et comment déterminez-vous s'il faut simplement surveiller l'usure des dents ou s'il est nécessaire de commencer un traitement de restauration ?

Un traitement de restauration n'est pas toujours nécessaire en présence d'une usure dentaire (**Fig. 1**), même dans les cas qui semblent à première vue graves. En l'absence de douleur, de problème esthétique et d'une demande concrète de traitement de la part du patient, l'approche recommandée consiste à commencer par un suivi. Cette recommandation transparaît également dans la déclaration de consensus européenne et les nouvelles directives néerlandaises sur le diagnostic et la prise en charge de l'usure dentaire.^{1,2}

Le suivi nous permet d'évaluer la progression au fil du temps (**Fig. 2**). Curieusement, de nombreux cas qui paraissent extrêmes restent stables pendant des années, parfois jusqu'à dix ans.³ Si l'usure progresse lentement et qu'elle ne pose aucun souci au patient, il n'est pas nécessaire d'intervenir. Toutefois, si le patient ressent des douleurs, s'il est mécontent de l'aspect esthétique ou s'il présente des problèmes fonctionnels, un traitement devient alors nécessaire.

La participation des patients est un élément essentiel. Les patients qui comprennent la pathologie et ses possibles conséquences sont plus portés à s'engager dans le processus de traitement et à en accepter les limitations.

Comment mettez-vous en œuvre des stratégies de prévention ?

Il est rarement possible de déterminer la cause exacte de l'usure, et c'est pourquoi j'évite d'adopter une approche trop intransigeante. Je m'efforce plutôt d'aider les patients à comprendre les facteurs susceptibles de contribuer à l'usure et je les encourage à réfléchir à leurs propres habitudes. J'ignore tout de leur train-train

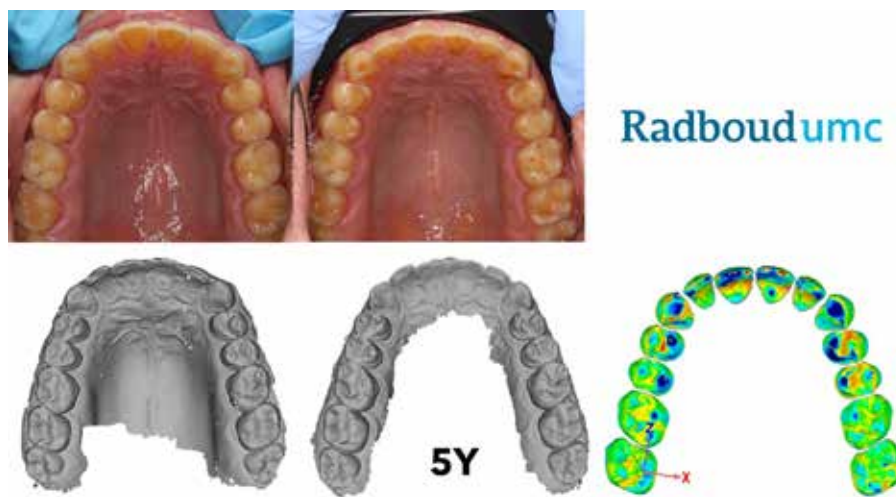


Fig. 2 : Suivi au moyen d'empreintes numériques. La soustraction des deux numérisations indique la progression de l'usure. Vert : aucune différence notable. Bleu : zones d'usure.

quotidien, mais si on attire l'attention sur certains comportements, comme l'alimentation, la technique de brossage ou les habitudes parafunctionnelles, les patients commencent souvent à reconnaître eux-mêmes certains schémas. Lorsqu'ils comprennent pourquoi quelque chose est important, ils sont beaucoup plus susceptibles de prendre la situation en main et d'apporter des changements utiles.

Mon approche consiste donc à informer, à conseiller et à donner de l'espace. Il faut laisser aux patients le temps d'absorber l'information, leur permettre d'y réfléchir et les aider à assumer leur propre santé bucco-dentaire. C'est là que commence la véritable prévention, pas simplement par des instructions, mais par la réflexion et la responsabilisation.

Comment abordez-vous le choix des matériaux lorsqu'un traitement de restauration est nécessaire ?

Lorsqu'un traitement de restauration est nécessaire, je privilégie les solutions minimalement invasives et je commence souvent par une restauration en composite direct. Effectuée selon le bon protocole, elle peut être très efficace et offre le double avantage d'être l'option la moins invasive et la plus économique. J'utilise généralement des composites hybrides, mais si le principal facteur à l'origine du problème est l'érosion chimique, un com-

posite injectable peut également convenir (**Fig. 3**). Toutefois, il ne faut pas oublier que les composites ont besoin d'une épaisseur suffisante pour conserver leur résistance mécanique.

Selon moi, la survie de la dent est plus importante que celle de la restauration, d'autant plus que beaucoup de nos patients sont relativement jeunes. Aucune restauration ne dure indéfiniment, pas même les restaurations indirectes, et il est donc essentiel de préserver autant que possible la structure naturelle des dents. Cela signifie également qu'il faut prévoir la suite : que restera-t-il comme options après cette intervention ?

Nous avons récemment publié une analyse systématique² qui compare les options de restauration directes et indirectes pour la prise en charge de l'usure dentaire. Même si les taux d'échec des restaurations indirectes sont plus faibles, les procédures qui y sont associées sont généralement plus invasives et le temps de travail plus long. De plus, en cas de défaillance de la restauration, les réparations sont souvent plus simples et plus conservatrices si l'on a utilisé des composites directs.

Finalement, je recherche des solutions pragmatiques qui conviennent à la majorité des patients. Compte tenu de l'âge relativement jeune de notre population



Fig. 3 : Traitement de restauration par un composite direct (technique de moulage par injection)

de patients, le coût est un facteur important qui ne peut être ignoré. C'est pourquoi les restaurations en composite direct sont souvent le premier choix. Elles concilient la réussite clinique, l'accessibilité du traitement pour le patient et la facilité d'entretien à long terme.

Quelle est l'importance d'effectuer une restauration adéquate de l'occlusion ?

Il existe deux courants de pensée : d'un côté, les « occlusionnistes », qui pensent que tout découle de l'occlusion, et de l'autre, les esprits plus pragmatiques, dont je fais partie. Bien que le soutien occlusal soit important, il n'existe aucune donnée solide indiquant que les contacts parfaits décrits dans les manuels, tels que la relation cuspidé-fosse ou la pente canine, garantissent de meilleurs résultats ou moins d'échecs.

Je recherche plutôt une occlusion

fonctionnelle et stable, tout en évitant le contact sur les zones faibles comme les crêtes marginales. Si le réglage de la pente canine est faisable, c'est très bien, mais si ce n'est pas le cas, la fonction de groupe est tout aussi efficace. En fin de compte, les dents ne sont pas toujours parfaitement alignées et il est nécessaire d'adapter les restaurations à la réalité du patient, et pas à un modèle idéalisé. La réussite d'un traitement ne consiste pas à atteindre la perfection, mais à comprendre et à respecter les besoins du patient, et surtout à y répondre.

Je vous remercie pour votre temps et votre opinion d'expert. Cet entretien sur les nuances de l'occlusion et de l'usure des dents a vraiment été très instructif.

Références

1. KIMO. (2025). Klinische praktijkrichtlijn: Gebitsslijtage van blijvende elementen – Screening, diagnostiek, monitoring, preventieve maatregelen en indicatie restauratieve behandeling. Consulté le 10 septembre 2025 sur <https://www.kimo.nl>
2. Loomans B, Opdam N, Attin T, Bartlett D, Edelhoff D, Frankenberger R, Benic G, Ramseyer S, Wetselaar P, Sterenborg B, Hickel R, Pallesen U, Mehta S, Banerji S, Lussi A, Wilson N. Severe Tooth Wear: European Consensus Statement on Management Guidelines. J Adhes Dent. 2017;19(2):111-119.
3. Bronkhorst H, Bronkhorst E, Kalaykova S, Pereira-Cenci T, Marie-Huysmans C, Loomans B. Inter- and intra-variability in tooth wear progression at surface-, tooth- and patient-level over a period of three years: A cohort study: Inter- and intra-variation in tooth wear progression. J Dent. 2023 Nov;138:104693.
4. Alani A, Mehta S, Koning I, Loomans B, Pereira-Cenci T. Restorative options for moderate and severe tooth wear: A systematic review. J Dent, 2025; 156:105711.