

FIG. 7



Brillantage à l'aide d'une meulette en feutrine

FIG. 8



Après finition et brillantage, les restaurations s'intègrent de façon satisfaisante

Un avantage important des restaurations en RC est la possibilité aisée de ré-intervenir si besoin lors des rdv de maintenance ou si des défauts apparaissent sans avoir besoin de refaire la restauration entièrement.

Conclusion

L'utilisation des composites est d'un usage quotidien et les résultats pourront varier grandement d'un cas à l'autre ou d'un praticien à l'autre.

La réussite des restaurations en RC du secteur antérieur repose sur une méthodologie et une chronologie précises et à respecter : du diagnostic pulpaire, en passant par l'observation attentive, la mise en place du champ opératoire, la préparation, la procédure d'adhésion, la stratification et les finitions et le polissage, chaque étape devra être effectuée consciencieusement si on désire confectionner des restaurations hautement esthétique en étant peu invasif et surtout de façon reproductible.

Bibliographie :

1. -Vanini L, Mangani F. Determination and communication of color using the five dimensions colors of teeth. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001; 13(1): 19-26
2. -Devoto W, Saracinelli M, Manauta J. Composite in Everyday Practice: How to Choose the Right Material and Simplify Application Techniques in the Anterior Teeth. *EJED* vol 5. Number 1. Spring 2010.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr



GROUPE

Airel Quetin

POUR UN ÉQUIPEMENT DENTAIRE ADAPTÉ

Le PACIFIC,

la nouvelle vision du confort, une nouvelle façon de travailler.

CONGRÈS ADF 2017
STAND 2L03



LE FAUTEUIL MONOCOQUE

Le fauteuil monocoque Pacific propose, pour vous, une ergonomie de travail optimale, et pour vos patients, un confort inégalé...
...Et il existe aussi en version ambidextre.



Plus d'informations sur www.airel-quetin.com

Airel Quetin - 917, Rue Marcel Paul • 94500 Champigny-sur-Marne
Tél : 01 48 82 22 22 • choisirfrancais@airel.com
Dispositif médical : Classe IIa - Organisme notifié : SNCH (0499) -
Fabricant : Airel, France / Mai 2017
Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation



Restaurations Esthétiques des dents postérieures: Approche Moderne

Adrien Lavenant
Aix en Provence

Introduction aux principes de Biomimétisme

La Biomimétique implique la reproduction ou la copie d'un modèle ou d'une référence. En ce qui concerne notre discipline la référence indiscutable est la dent naturelle intacte. Solidité et rigidité ne sont pas toujours synonymes de qualité dans la reconstitution des dents, il suffit pour s'en convaincre d'observer le nombre de fêlures et fractures que l'on observe lors de la dépose d'anciens amalgames (Fig. 1,2).

La souplesse est une qualité essentielle qui permet à une structure d'absorber l'énergie d'une force. La dentine est l'élément clé, mais elle a besoin d'être recouverte de sa coquille d'email pour que la dent absorbe l'énergie d'un choc. La dent naturelle est un équilibre entre rigidité, solidité et résilience.



successifs vont être réalisés par modelage au pinceau pour obtenir une anatomie occlusale qui s'intègre parfaitement aux structures résiduelles de la dent. Les sillons ainsi recréés par affrontement des apports de composites vont être maquillés (Fig. 6 et 7) pour améliorer l'intégration de la restauration, et pour permettre de faciliter le contrôle de l'usure du composite en amplifiant l'effet de profondeur.



La polymérisation finale est effectuée sous gel de glycérine pour permettre la polymérisation de la dernière couche de composite en anaérobie. Le résultat immédiat après dépose de la digue doit toujours paraître plus foncé que la dent (qui est déshydratée suite à une séance sous digue!!!). Le réglage de l'occlusion est minime car la restauration a été faite en fonction des structures résiduelles. Le résultat à 15 jours montre cette fois ci une parfaite intégration esthétique de la restauration (Fig. 8). Le résultat toujours excellent à 1 an post-op lors du contrôle de la patiente pendant son traitement orthodontique (Fig. 9).



Cas clinique 2 : anciennes restaurations défailtantes

Une patiente adulte (60 ans) se présente au cabinet avec des restaurations défectueuses sur 26-27 (Fig. 1). Le composite sur la 26 est infiltré et une carie du sillon en distal est présente, l'amalgame de la 27 est également infiltré et une carie du sillon distal est présente. Les deux restaurations sont débridées (Fig. 2).



Les colorations liées à l'amalgame sur les 26-27 sont souvent source d'erreurs dans le résultat final de la restauration, mais ce sont des tissus durs qu'il ne faut pas retirer pour préserver au maximum les structures saines de la dent. Il convient donc de les masquer à l'aide d'une masse opaque (Fig. 3). Ensuite seulement le composite dentine (ici une masse très saturée ce qui correspond aux cas de reconstruction chez l'adulte) peut être appliqué de manière à obtenir la concavité recherchée. Puis le composite email est mis en place toujours selon le principe des apports qui vont venir s'affronter pour reconstruire les cuspidés et créer les sillons simplement par affrontement (Fig. 4).



Les sillons sont ensuite maquillés (Fig. 5 et 6) pour améliorer l'intégration. Le résultat immédiat semble plus sombre que la dent ce qui est de bon augure à cause de la déshydratation liée à la digue (Fig. 7). L'intégration parfaite (Fig. 8) à 3 mois post-op lors d'un rendez-vous de contrôle de la patiente confirme la qualité et la réussite esthétique et fonctionnelle du traitement.



Cas clinique 3 : d'une restauration en technique indirecte par Vitrocéramique au disilicate de lithium (pressée)

Une patiente adulte (29 ans) se présente au cabinet avec une douleur sur la 25 (Fig. 1). L'examen radiographique (Fig. 2) nous permet de confirmer un manque d'étanchéité sous la résine composite de la 25 lié à une infiltration et une usure précoce des marges de la restauration (Fig. 3).



Les points d'occlusion sont marqués avant toute chose (Fig. 4) pour servir de guide au choix du type de préparation (recouvrement ou non, limites sous les points de contacts...) (Fig. 5 et 6).



Une bande de matrice est positionnée en mésial (Fig. 7 et 8) et va être emportée dans l'empreinte pour que le prothésiste puisse détourner l'empreinte sans risquer de toucher à la limite ou à la dent adjacente. En effet la limite en mésial vient recouvrir la crête marginale mais en préservant le point de contact. Il faut donc utiliser une petite astuce lors de l'installation du champ opératoire: un coin en plastique (Fig. 9) pour pouvoir mettre en place les teflons et le fil nécessaire au retrait des excès de colle lors de l'assemblage de la pièce en céramique (Fig. 10). Le rendu immédiat après dépose de la digue semble un peu plus sombre ce qui est normal vu que le reste de la dent est déshydratée (Fig. 11). Le contrôle à 1 an post-op permet de constater l'excellence du résultat et fonctionnel (Fig. 12). La radiographie de contrôle après le collage confirme l'intégration parfaite de la restauration (Fig. 13).





Conclusion

Les matériaux modernes de restauration des dents vivantes permettent de reproduire les différentes structures qui constituent la dent naturelle intacte, il suffit pour cela d'observer comment est constituée la dent du patient que l'on cherche à restaurer. Cette composition change au cours de la vie du patient et nous oblige à penser différemment nos reconstitutions, qu'elles soient réalisées en technique directe ou indirecte. Avoir des méthodes qui permettent d'essayer de copier la nature c'est ça la Biomimétique!

Bibliographie

1. Pujade JM, Zerbib C, Serre D : Céramiques dentaires. Encyclopédie Médico- Chirurgicale ; Odontologie ; 2003, 23-065-G-10
2. Sadoun M : Céramiques dentaires. Matériau céramique et procédé de mise en forme. Tech Dent 2000 ; 165/166 :13-17

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr



Nouvelles possibilités offertes pour les rattrapages d'axe en prothèse transvissée

Gérald Maille
Meyrargues

Tout projet implantaire est établi afin de répondre à la fois à des impératifs chirurgicaux et prothétiques. Il est ainsi acquis aujourd'hui que la mise en place d'implants doit être guidée par la prothèse : ce concept thérapeutique vise à élaborer un projet prothétique qui guide le positionnement des implants^{1,2}. Cependant, la situation clinique peut s'avérer défavorable au positionnement idéal des implants du fait de la résorption.

Grâce à l'évolution des technologies et aux techniques de CFAO^{3,4}, les industriels mettent à la disposition des praticiens et des laboratoires plusieurs solutions visant à faciliter les réhabilitations. On pourra d'abord utiliser les outils de planification implantaire assistée par ordinateur qui permettent en amont d'optimiser la position des implants par rapport à la future prothèse, tout en respectant les impératifs anatomique et chirurgicaux. Dans un deuxième temps, lors de la phase prothétique, on peut avoir recours à des piliers angulés et des puits d'accès angulés qui permettent de rattraper l'axe implantaire et ainsi favoriser l'insertion de la prothèse.

Ces dernières solutions sont souvent, à tort, considérées comme des outils de rattrapage permettant de corriger une erreur d'axe ou des contraintes esthétiques. Or, il nous semble intéressant de combiner de manière systématique une position optimale des implants, un faible encombrement de la connexion et une angulation du puits de vis, afin de préserver au maximum le volume de la reconstruction prothétique afin d'en assurer la pérennité.

L'intégration de ces différentes possibilités à la réflexion menant à l'élaboration du projet thérapeutique permet sans aucun doute d'optimiser le traitement.

Afin d'illustrer notre propos, nous avons

choisi de présenter deux situations cliniques : une réhabilitation mandibulaire complète transvissée sur six implants et une restauration d'un édentement terminal, transvissée sur quatre implants.

Dans les deux situations, un projet prothétique est réalisé puis validé en bouche. Un guide chirurgical, issu du projet, est utilisé pour la pose des implants (Axiom Régular, Anthogyr®).

Après ostéointégration et deuxième temps chirurgical, le praticien doit faire le choix des connexions. Bien que la position des implants ait été optimisée grâce à l'utilisation du guide chirurgical issu du projet prothétique, nous choisissons d'utiliser des connexions permettant d'utiliser un rattrapage d'axe sur mesure.

Ainsi, pour la réhabilitation complète, notre choix se porte sur l'utilisation d'une connexion inLink® à plat par verrou. Celle-ci a la particularité d'intégrer la vis dans son système de verrouillage, ce qui permet de réduire le volume du puits d'accès au seul passage d'un tournevis spécifique : il est alors possible d'obtenir un rattrapage d'axe sur mesure de 0° à 25°. (Fig. 1)

FIG. 1



Illustration de la connexion à plat par verrou

Concernant le bridge implantaire, nous utiliserons des piliers MUA associés à un puits d'accès angulé, dont le fût permet le passage d'une vis spécifique avec tête rotulienne (Vis

M1.4 Angled Axis) elle-même vissée à l'aide d'un ancillaire spécifique rotulien. Cette option permet là aussi un rattrapage d'axe sur mesure de 0° à 25° (Fig. 2 et 3).

FIG. 2



Illustration en coupe de la connexion angulée sur pilier MUA

FIG. 3



Vis M1.4 Angled Axis avec ancillaire rotulien

Après la mise en place de ces connexions, une empreinte est réalisée et un contrôle effectué à l'aide d'une clé de validation en plâtre.

La modélisation des infrastructures est ensuite réalisée par la technique du double scannage. Grâce au logiciel de CAO (Simecda®), on obtient une parfaite corrélation entre le projet thérapeutique et l'armature permettant ainsi d'assurer :

- le soutien de la partie cosmétique de manière homothétique⁵,
- une adaptation de la forme (en T ou L) de la barre au couloir prothétique⁶, au profil d'émergence des implants et aux tissus de soutien.

Le logiciel de CAO nous permet d'objectiver l'axe des implants et l'axe des connexions. On constate que si le choix s'était porté sur des piliers droits classiques, sans possibilité de rattrapage d'axe, les prothèses d'usage auraient largement pu être réalisées : on note cependant que les puits d'accès présentent un positionnement pouvant affaiblir les faces triturantes, le cosmétique ou encore se trouver en position peu favorable à la maintenance ou au rendu esthétique.

L'utilisation des connexions choisies ici nous permet de positionner l'émergence des puits

d'accès en fonction des considérations mécaniques, esthétiques et biologiques, mais surtout prothétique.

Ainsi, pour la réhabilitation complète, la position plus linguale des puits d'accès permet de préserver l'intégrité des faces occlusale et de renforcer la résistance mécanique du cosmétique (Fig. 4 A et B).

FIG. 4A

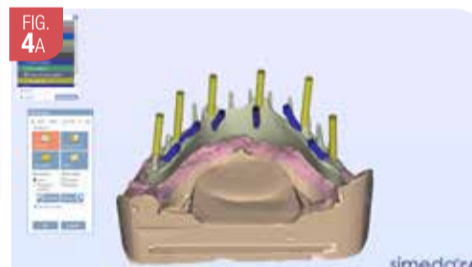


FIG. 4B

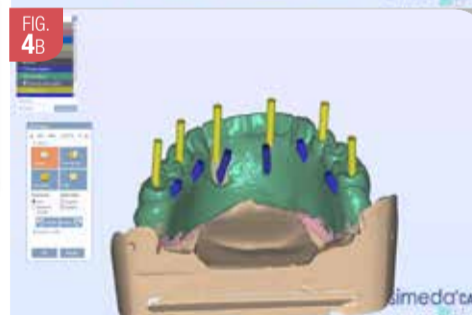


FIG. 4C

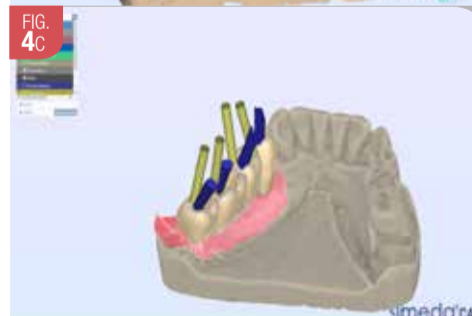
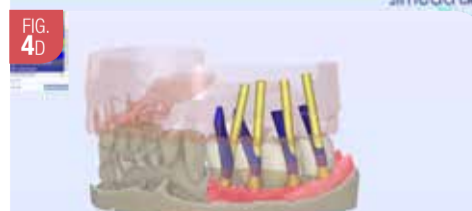


FIG. 4D



Conception CAD des armatures Simecda®: les puits de vissage en jaune et les axes implantaires en bleu montrent l'angulation qui peut être obtenue. Les puits d'accès se trouvent positionnés de manière à préserver l'intégrité des faces occlusales et la résistance mécanique de la restauration.