

↓
FORMATION SOP

INLAYS-ONLAYS – 29 SEPTEMBRE 2010

Inlays-onlays : un état des lieux pratique pour une application immédiate au cabinet



F AUT-IL PRIVILÉGIER L'ESTHÉTIQUE AUX DÉPENS DE MATÉRIAUX tels que l'or ? L'adhésion est-elle toujours synonyme d'économie tissulaire ? Plus de 650 omnipraticiens ont assisté à la Journée consacrée aux inlays-onlays organisée par la SOP à la Maison de la chimie, le 29 septembre dernier, pour obtenir des réponses à ces questions.

Avec comme points de départ le diagnostic clinique et le type de cavité à traiter, cinq conférenciers ont détaillé les qualités biomécaniques ainsi que les avantages et les inconvénients de chacun des matériaux, au risque de faire voler en éclats certaines idées reçues concernant cette problématique... Au total, cette

Journée, dont on peut lire un résumé dans les pages suivantes ou, pour les membres de la SOP, visionner l'ensemble des conférences sur le site de la SOP (www.sop.asso.fr), aura permis de dresser un état des lieux précis sur la question. Elle aura aussi et surtout offert aux omnipraticiens les moyens d'opter pour la bonne solution thérapeutique en fonction du cas clinique à traiter. ■

Le compte rendu de la Journée « Inlays-onlays », pages suivantes, coordonné par Sandrine Dahan, a été réalisé grâce au concours d'Alice-Laure Weiss, Mathieu Goldberg, Béatrice Brucker et Guillaume Heller.



YVES SAMAMA

Culture cosmétique et or : reste-t-il des indications pour les inlays et onlays en or ?

LINLAY-ONLAY en or présente plusieurs avantages en comparaison de celui en céramique ou composite. Citons :

- l'étanchéité, laquelle dépend elle-même de la qualité du joint et du mode de finition (type brunissage) ;
- un avantage biomécanique : l'or permet en effet de limiter les conséquences des parafunctions ;
- la longévité ;
- la stabilité de l'occlusion.

En ce qui concerne l'esthétique, la perception est propre au patient et peut être modulée. La fonction du thérapeute nécessite

un travail de pédagogie de la part du praticien. L'inlay-onlay en or est indiqué en cas de susceptibilité à la carie importante, de parafunction et de non-visibilité de la lésion. Le métal sélectionné est de l'or de classe IV.

Concernant les préparations, l'adhésion permet de limiter les boîtes et les moyens de rétention secondaires. La séquence de préparation est classique (réduction occlusale, réduction de la cuspide d'appui, tranchée occlusale, boîtes, chanfreins proximaux et cervicaux, réunion des chanfreins). Les préparations pour inlays-onlays cosmétiques sont plus mutilantes. ■



Cas clinique: de l'état initial à la pose d'un bridge avec onlays moyens d'ancrage

DURÉE DE VIE

RESTAURATIONS DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

Composites >> 6 à 10 ans :
perte du point de contact
et de l'occlusion

Amalgames >> 15 à 20 ans
Onlays en or >> 30 à 40 ans

RESTAURATIONS DE DEUXIÈME GÉNÉRATION

Durée de vie plus courte

SPÉCIFICITÉ DES BIOMATÉRIAUX INLAIS-ONLAIS ADHÉSIFS : POURQUOI ? COMMENT ?

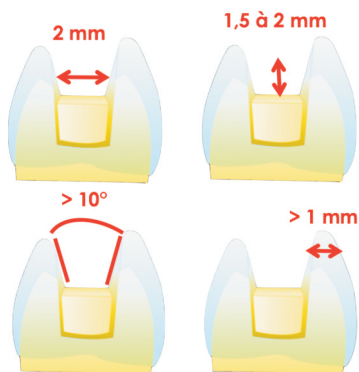
PAR SERGE BOUILLAGUET

L'indication de l'inlay-onlay est la restauration des dents vitales ou non, avec perte de substance étendue. La résistance mécanique de la dent diminue au fur et à mesure de son délabrement coronaire et radiculaire. Le but de l'adhésif est de former des brides résineuses qui pénètrent les tubuli (hybridation au niveau de la dentine intertubulaire). Le module d'élasticité des résines composites est comparable à celui de la dentine. Les risques liés à l'utilisation des résines composites sont liés aux contraintes exercées par la polymérisation (décollement immédiat ou différé, contraintes sur cuspides entraînant des fractures) ainsi qu'à l'usure de l'adhésif et de la résine (risque de fracture par fatigue).

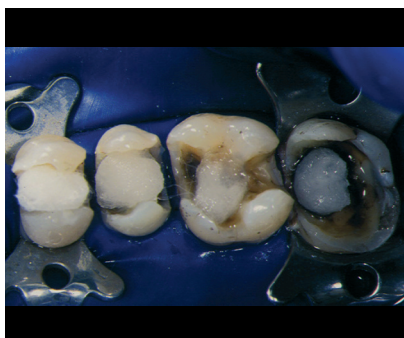


PASCAL
ZYMAN

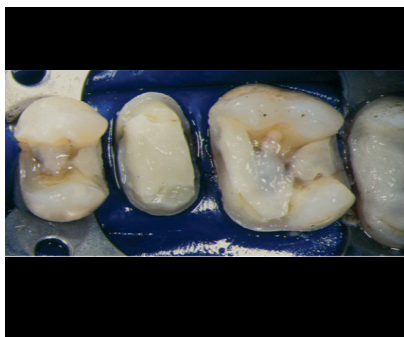
Les composites en technique directe et indirecte



Critères de préparation a minima



Désinfection dentinaire



Hybridation adhésive

LES PREMIERS COMPOSITES en technique indirecte (Mörmann 1982, Touati 1983), réalisés à l'aide de résines microchargées, ne furent pas un franc succès, du fait de leurs propriétés médiocres. En revanche, au vu des bons résultats obtenus avec les céramiques feldspathiques utilisées pour les facettes, celles-ci furent introduites pour les inlays-onlays postérieurs.

Cependant, le nombre de fractures des restaurations a amorcé un retour des praticiens vers le composite au vu des évolutions constantes du matériau avec le temps. Actuellement, le choix de ce matériau par rapport à la céramique apporte les bénéfices suivants :

- un meilleur comportement mécanique ;
- un coût plus faible ;
- la possibilité d'une réparation en bouche (à l'aide de composites de cabinet) ;
- une finition des bords plus aisée ;
- une fiabilité associée à une longévité comparable.

LES CRITÈRES DE LA DÉCISION CLINIQUE

Quels sont les critères décisionnels qui vont guider le praticien pour poser les indications ?

- Le volume de la cavité. En présence d'une petite perte de substance, une technique directe sera indiquée. Lorsque la cavité est moyenne, il faudra pondérer entre la préservation des structures dentaires et les impératifs biomécaniques. Face à une cavité importante (cavité profonde ou intéressant plus de la moitié du diamètre vestibulo-lingual), une restauration indirecte sera préférée.
- Le nombre de dents. Lorsque plusieurs dents doivent être restaurées, on préfé-

ra les traiter toutes en même temps grâce à la technique indirecte.

- La cavité MOD. Pour ces types de configuration de cavité, il semble plus aisé de réaliser une technique indirecte.

TECHNIQUE DIRECTE, TECHNIQUE INDIRECTE : AVANTAGES ET LIMITES

Les composites ont beaucoup évolué ces dernières décennies (du composite microchargé au nanohybride), non seulement en matière de propriétés mécaniques (diminution du stress de polymérisation...) mais également dans leur facilité de travail (choix de teinte, matériaux injectables, polissage...). De plus, la réalisation du point de contact est bien plus aisée avec le matériel actuel disponible (matrices métalliques fines et prégalbées, anneau écarteur...). Par conséquent, de nos jours, on peut espérer une longévité d'au moins 10 ans pour un composite direct inséré dans une petite cavité.

Cependant, il existe des limites à ces techniques directes, inhérentes aux propriétés intrinsèques du matériau, telles que :

- la contraction de polymérisation (qui peut entraîner la formation de fêlures dentaires) ;
- le taux de polymérisation ;
- la stabilité de forme ;
- les propriétés mécaniques ;
- l'absorption hydrique.

La technique indirecte permet alors de remédier efficacement à ces inconvénients en :

- permettant de limiter la contraction de polymérisation ;
- simplifiant la réalisation du point de contact ;

8 fac #+a%+ #-a%+&\$ e de #a face &cc#, *a#e
c&%+)6#a%+ #-3' a **e,) de c&##e.

De ' #, *, ce++e +ech% (, e' e)\$e+, %+)a-
-a # ' a) (, ad)a%+ e+ c&%*+ +, e, % ac+e
*&, \$ * 1 e%+e%+e d)ec+e.

De %&\$b)e, . */+4\$e* c&\$' &* +e*
de#ab&)a+&)e<*%+ d ** &% b#e*, \$a * ce
%+&#e+)a +e\$e%+* de' &*+ &#/\$3) *a-
+ &% (f&,) 1 chafe,) e) #, \$ 4)e;) (, ' e)-
\$e++e%+ d-a\$3# &)e) #e* ')&') 3+3*
\$3ca% (, e* (e% a, g\$e%+a%+ 1 #a f& * #e
+a, . de c&%-e)* &% de* \$&%&\$4)e* e+ #a
)3* *+a%ce 1 #-, *,)e).

l# e*+ \$' &)+a%+ d-3-a#, e) #a de%+ ' a)
, %e &b*e)-a+ &% c#% (, (e e+)ad &g)a-
' h (, e a-a%+ de)3a# *e), % %#a/-&%#a/.
Ce++e 3-a#, a+ &% ' e)\$e++a)d e+* \$e):
8#e ' a**3 de #a de%+ e+ #e' &+e%+ ef de d3-
fe%*e', # ' a) e. E% effe+, #a', # ' e d=, %e
de%+)e*+a,)3e' #, * e,) * f& *)3ag **a%+
\$& %* b e% 1, %e %&, -e#e ag)e** &% #
de- e% d)a f& &)* %+3)e**a%+ de +e\$' &-
) *e), 1 #a- de d=, % c \$e%+ -e)e) e &%&-
\$4)e' a) e. e\$' #e, a-a%+ de)3a# *e)
#- %#a/-&%#a/ ;

8<#a d *+a%ce de #a ca- +3 1 #a', # ' e ;

8<#a * +, a+ &% de* f, +,)e* # \$ +e*
\$a)g %a#e* ;

8#-3' a **e,) de* + ** , * e+ #a b &\$3ca-
(, e de #a de%+ ;

8<#&cc#, * &% e+ #e* ' a)af&%c+ &%* 3-e%-
+, e##e*.

La ')3' a) a+ &% de #a ca- +3 d& +)e** ec-
+e) ce) a+ %* c) +4)e* <de)3d, c+ &% \$ % -
\$a, ., +e#* (, e :

8<#-3' a **e,) &cc#, *a#e (%&+a\$ \$e%+ a,
% -ea, d, * ##&%) 3ga#e de 1,5 \$ \$ 1
2 \$ \$;

8<#a #a)ge,) de* *+h\$e* 3ga#e 1 2 \$ \$;

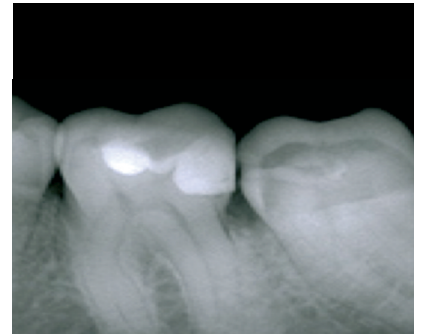
8<#-3' a **e,) de* ' a) &*)3* d, e##e 3ga#e
1 1 \$ \$;

8# a d3' &, ##e 3ga#e 1 107 ;

8# a f %+ &% &cc#, *a#e *a%* b *ea, e+
c&%g3' 3) ' h3) (, e')&. \$a#.

U% f&%d de ca- +3 a, c \$e%+ -e))e &%&-
\$4)e (\$e ##e,)e 3+a%ch3 +3 e+ b c&\$-
' a+ b #+3 (, e #e c&\$' &* +e #&)* (, e #a
de%+ %e e*+ *c#3)&+ (, e) e*+ \$ *e% ' #ace
a')4* d3* %fec+ &% de%+ %a) e.
L-h/b) da+ &% adh3* -e a')4* \$&)da%-
2age +&a# e*+)3a# *3e !, *+e a')4*
')3' a) a+ &% e+ ' e)\$e+ d-&b+e%)
#-3+a%ch3 +3 de%+ %a) e. U% 3#3\$e%+
')&- * &)e e% c&\$' &* +e (Re-&+e" LC9)
e*+)3a# *3 1 \$5\$e #a ca- +3 -a*e# %3e
a-a%+ d-5+e *ce#3 (c \$e%+ *a%* e, g3%&#).
A')4*)3a# *a+ &% de #a' 4ce')&+h3+ (, e,
ce##e-c e*+ e**a/3e (ada' +a+ &%
\$a)g %a#e+ ')&. \$a#e) ' , * a**e\$#3e
' a) c##age 1 #a de d=, %e c&##e d, a#e
a% ' &+e%+ ef adh3* f (c&\$' &* +e de c&#-
#age). A, ')3a#ab#e, #e +)a +e\$e%+ de #-
+)ad&* a,)a 3+3 effec+, 3 (*ab#age a#, \$ -
%e 50 : \$, * #a% *a+ &% , adh3* f %&%
' &#/\$3) *3) a * (, e ce#, de #a ca- +3
(a3)&' &#**e,) \$&)da%2age, f %e c&, che
adh3* -e' &#/\$3) *3e). A')4* ' &#/\$3) -
*a+ &% e+ ' &# **age de* \$a)ge*, #&cc#, -
* &% e*+ -3) f 3e. P&,) de*)a * &%*
e*+h3+ (, e*, \$a% ' , #a+ &% &, \$5\$e b &-
\$3ca% (, e*, #e*+ ')3f3)ab#e de %e ' a*
, + # *e) #e* c&##e* a-ec' &+e%+ ef adh3* f
(S, ' e) B&%d9) &, a, +&-adh3* -e*
(Re# /X9).

Le)e** ec+ de ce +/' e de ')&+&c&#e
' e)\$e+ d-&b+e%) de* +a, . de *, cc4*
\$' &)+a%+*, \$a * de* 3+, de* 1 #&%g
+e)\$e \$a% (, e%+ e% c&#)e.
A, +&a# , #e* ') %c' a, . fac+e,) *
de *, cc4* *e)&%+ # 3* 1 #a')3*e)-a+ &%
de* + ** , * de%+a) e* da%* #e) e** ec+ de*-
%d ca+ &%* (3- +e) #e c&\$' &* +e
che0 #e* ' a+ e%+* ' &# /ca) e, .,
' a)af&%c+ &%%e#*, g) &* f, \$e,) *;).





DAVID
GERDOLLE

Onlays : ce qu'il faut savoir

LES TECHNIQUES ADHÉSIVES offrent non seulement une économie tissulaire, mais également une bonne qualité esthétique. Cette approche bioesthétique est graduelle et non invasive : action chimique, micro-mécanique, plasties gingivales.

CONCEPTS ET PRINCIPES

Dans le cadre du respect de la biologie, il faut procéder au renforcement de la dent au lieu de délabrer. Puis, en l'absence de symptomatologie pulpaire, il convient de réaliser une hybridation dentinaire immédiate. La pose de la digue est un impératif absolu pour garantir l'isolation pulpaire immédiate vis-à-vis des bactéries. La qualité du collage est améliorée sur une dentine fraîchement taillée. On s'affranchit des problèmes liés à la temporisation puisqu'il n'est plus nécessaire de « coller » les provisoires.

On obtient également un meilleur confort du patient dans la mesure où les sensibilités postopératoires sont réduites, voire nulles. Les échecs sont moins nombreux (décollements, fractures.)

PARODONTE : CRÉER DES MARGES JUXTAGINGIVALES

Le but est de créer des limites nouvelles juxtagingivales ou légèrement supragingivales pour avoir une marge plus agréable à travailler lors de la réalisation de l'onlay. Lors de la première séance, les limites sont remontées grâce à de fines couches de composites de restauration.

TAILLES ET PRÉPARATIONS

La rétention est produite par la colle, non par la géométrie. Il ne faut pas conserver les parois d'épaisseur inférieure à 1,5 mm ni les parois fissurées. La tendance est au recouvrement cuspidien sur les dents dé-pulpées. Les tenons dentinaires sont utili-

sés pour soutenir le matériau de restauration lorsque l'on manque de rétention.

Check-list des préparations

- Marges franches : bords francs (90°) ou biseautés (45° maximum).
- Finition du bord d'émail à l'aide de fraises diamantées grain rouge.
- Situation supragingivale des marges.
- Profil d'émergence cervical divergent.
- Espace proximal libre avec la dent adjacente.
- Pas de contre-dépouille : rôle des substituts dentinaires et du recouvrement cuspidien.
- Épaisseur de réduction : entre 2 mm et 4 mm.

TECHNIQUES DE COLLAGE

Le plus simple est d'utiliser des composites de restauration photopolymérisables. La puissance de la lampe Led, d'au moins 800 mW/cm doit être contrôlée à l'aide d'un radiomètre. Le temps de polymérisation doit être supérieur à une minute par face, avec contrôle du dégagement de chaleur.

SÉQUENCE CLINIQUE

La séquence clinique se divise en sept étapes, décomposées comme suit :

- Mise en place de la digue, dépose de l'élément provisoire (Fermit®) et essai de la pièce prothétique.
 - Sablage : réactivation de la base de composite.
 - *Etching* de la marge d'émail.
- Pendant que le praticien prépare la cavité, l'assistante prépare simultanément l'onlay.
- Silane (1 min), séchage. La surface devient brillante.
 - *Bonding* : non polymérisé tout de suite.
 - Injection du composite de restauration

dans la cavité. Pour diminuer sa viscosité : réchauffement au préalable (Calset®, AdDent) et insertion assistée par des ultrasons (sans eau) à l'aide d'embouts spécifiques de type Luting tip® (EMS).

- Photopolymérisation longue, face par face.

AUTRES TECHNIQUES

D'autres techniques sont disponibles sur le marché :

- Les composites *dual* (Variolink®, Panavia®). Ces matériaux sont rassurants, mais nécessitent aussi d'être photopolymérisés à cœur.
- Les colles (Rely X®, MaxCem Elite®), dont la stabilité chromatique des joints n'est pas satisfaisante. Leur utilisation n'est donc pas conseillée.

LIMITES ET ÉCHECS

Les décollements sont peu fréquents. Lorsque le protocole est respecté, les échecs sont rares et réparables. De même, les fractures ne se produisent qu'exceptionnellement et proviennent souvent d'une erreur du praticien. Il semble que le composite résiste mieux que la céramique.

En guise de conclusion, on peut affirmer que, du point de vue des techniques, le traitement radiculaire n'est lié qu'à la symptomatologie pulpaire. Une approche biomécanique garantit un résultat biomécanique durable et une pérennité des résultats esthétiques. ■



CHRISTIAN MOUSSALLY

Indications et mise en œuvre de la CFAO pour les inlays-onlays en céramique

DANS LE CADRE DU CONCEPT de préservation tissulaire, les inlays et les onlays peuvent être considérés comme des thérapeutiques peu mutilantes par rapport aux couronnes périphériques, notamment en référence au gradient thérapeutique des D^s Attal et Tirllet qui permet de situer les techniques de restauration en fonction du délabrement qu'elles provoquent. Si la mutilation thérapeutique entraînée par une technique de restauration par stratification est de 5,5 %, elle est de 72 % pour une préparation périphérique de couronne céramique et de 27 % pour les inlays-onlays.

Le contexte actuel tend à privilégier les restaurations esthétiques. C'est par exemple le cas lors du remplacement de restaurations anciennes, pour lequel l'augmentation de la prévalence des caries ainsi que la nécessité de restaurations sans métal font privilégier les restaurations partielles en céramique. D'autant que ce type de restauration ne provoque pas d'interférences lors de certains examens radiologiques tels que les scanners et les IRM. Les études placent les restaurations partielles céramiques issues de la CFAO directe au même niveau de taux de survie que les inlays en or.

MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE DES SITUATIONS CLINIQUES

Une méthodologie peut être appliquée pour analyser chaque situation clinique. Celle-ci repose sur un examen :

- de la biologie ;
- de l'occlusion ;
- de la perte de substance ;
- de l'intégrité mécanique de la dent, adaptée aux contraintes de la CFAO et de l'utilisation de la céramique.

L'analyse biologique reprend l'histoire de la dent et sa vitalité pulpaire en indiquant

les techniques appropriées de thérapeutique pulpaire si nécessaire. L'analyse de l'occlusion statique permet d'anticiper et de maîtriser la problématique des limites de la restauration au niveau des points d'impact occlusaux. Il est préférable de mettre les contacts occlusaux sur la restauration plutôt que sur les parties de la dent restante.

En occlusion dynamique, la situation favorable est celle d'un guidage canin. En cas de fonction groupe, une équilibration préprothétique – allant jusqu'au recouvrement des cuspidés guides fragilisées par la restauration – est parfois nécessaire.

PERTE DE SUBSTANCE ET AMÉNAGEMENT PARODONTAL

L'analyse de la perte de substance revêt deux points importants :

- la situation des limites, qui doivent idéalement être juxta ou bien supragingivales. Si ce n'est pas le cas, il sera nécessaire d'effectuer un aménagement parodontal visant au respect de l'espace biologique. Les restaurations en céramique nécessitent des épaisseurs de tissu résiduel d'au moins 2 mm d'épaisseur ;
- la présence de fêlure oblique, lors de la préparation, une prise en charge par frettage ou bien une mise sous pression au moyen d'overlays.

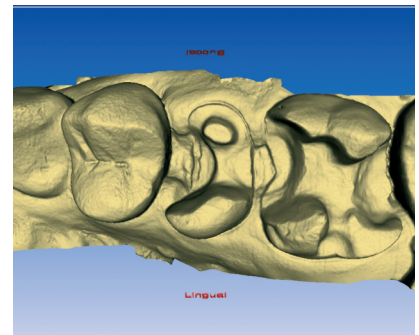
Les règles de préparation obéissent principalement aux contraintes de la confection d'une pièce insérée avec une dépouille de 6°. Cette confection est réalisée grâce à des fraises robotisées de 1,2 mm de diamètre dont les largeurs minimales de préparation périphérique ne devront être inférieures à ce diamètre. L'exigence de la conception par ordinateur exige le respect de dimensions pour chaque partie de la restauration. Des fabricants, tels que Komet, ont mis au point un kit de ●●●



Situation initiale



Empreinte optique



Maître modèle numérique



**CHRISTIAN
MOUSSALLY**



**Résultat final après collage des
deux onlays**

••• fraises pour les techniques de conception assistée par ordinateur reprenant les cotes à respecter et incluant des fraises de finitions (bagues rouges) indispensables pour la bonne lecture par la caméra lors de l'acquisition. D'autres accessoires peuvent être conseillés tels que les *fender wedges* – sortes de coins de bois surmontés d'une matrice métallique permettant de protéger les dents voisines. Dans le même objectif, des inserts soniques permettent de polir les préparations sur une de leur face alors que la face opposée est lisse (et donc non travaillante) et protège les dents avoisinantes. Enfin, des contre-angles alternatifs permettent la finition des surfaces proximales.

Un cas clinique de restauration d'une deuxième prémolaire maxillaire, sur laquelle repose un amalgame fracturé ayant entraîné une détérioration du point de contact avec les dents adjacentes, est présenté.

L'analyse de la situation, selon la méthodologie d'analyse précédemment décrite, a entraîné la réalisation d'une temporisation pulpaire ainsi que d'un aménagement chirurgical parodontal préprothétique.

LES ÉTAPES PARTICULIÈRES À LA CFAO

- Le principe de l'acquisition dans le cadre du système Cerec (Sirona) est l'utilisation d'une caméra reliée à un ordinateur dans lequel le logiciel de conception intègre l'ensemble des données acquises pour permettre la réalisation d'un modèle de travail.
- Une poudre de dioxyde de titane projetée sur les dents à enregistrer permet la réfection de la lumière de la caméra.
- La confection du modèle de travail repose sur le placement des différentes images bout à bout (recréant ainsi la partie de l'arcade que l'on souhaite restaurer). Sont ensuite superposées les informations issues d'un mordue d'occlusion.
- Un maître modèle apparaît alors sur lequel un *dye* est réalisé pour isoler la dent en question.
- Les limites de la préparation sont tracées à l'aide d'un algorithme de reconnaissance des arêtes. Cette étape est facilitée par la taille de limites précises et polies. L'axe d'insertion est ensuite défini.
- La modélisation de la future restauration est issue d'une base de données biogénériques issues des données du constructeur, des parties restantes de la dent et de la forme des dents voisines. La proposition du logiciel peut être modifiée avec un contrôle complet de la forme et des réglages des contacts proximaux et occlusaux (bien que l'occlusion ne nécessite que peu de retouche).
- Dans le cas clinique observé, un bloc d'Empress Cad est utilisé. Cette céramique est disponible en plusieurs teintes et en deux niveaux de translucidité. Le Cerec permet le travail par quadrant. Ainsi, pendant le temps de l'usinage d'une pièce (8 minutes), il est possible de concevoir la restauration de la molaire voisine.
- Les restaurations brutes d'usinage sont validées, maquillées, glacées, puis passées au four pendant 12 minutes environ.

LES PARTICULARITÉS DE L'ASSEMBLAGE DES PIÈCES EN CÉRAMIQUE CONÇUES PAR CFAO

Elles portent principalement sur la préparation de l'intrados de la pièce. L'intrados est mordancé à l'acide fluorhydrique à 5-9 % de 20 secondes à 1 minute (en fonction du type de céramique). Il est rincé à l'air et à l'eau, puis immergé dans une cuve à ultrasons pendant 3 minutes. Ensuite, on procède à un séchage minutieux, et du silane en fine couche est appliqué pendant au moins 1 minute, idéalement à proximité du four.

L'assemblage s'effectue comme pour tout collage sous digue. La surface dentaire est sablée, puis un système de composite de collage est utilisé avec un adhésif amélo-dentinaire nécessitant un mordantage suivi d'un rinçage. Les étapes suivantes de réglage, de polissage et de contrôle ne diffèrent par des autres restaurations collées.

AVANTAGES DE LA CFAO DIRECTE

Cette technique permet :

- l'absence de restauration provisoire ;
- une modélisation mathématique de la face occlusale ;
- une tomographie virtuelle ;
- la fiabilité du système ;
- la durée de l'intervention puisque la confection d'un inlay-onlay en CFAO directe va exiger de 45 à 90 minutes, ce qui est comparable à la réalisation de la même restauration selon une technique conventionnelle en deux séances. La CFAO directe permet également la réalisation de restaurations par quadrant, diminuant ainsi la durée de certaines étapes (deux inlays-onlays en 60 à 120 minutes) ;
- sur le plan esthétique, l'intégration des pièces céramiques se rapproche de celle des restaurations stratifiées réalisées par le prothésiste.

Dans cette discipline, les clés de la réussite reposent sur la méthodologie d'analyse et de conception ainsi que sur la maîtrise de l'assemblage. ■



■ **Damien Chaigneau**,
omnipraticien à Saint-Denis
de la Réunion (32 ans)

« DES PETITS DÉTAILS QUI FONT LA DIFFÉRENCE »

« Globalement, cette Journée était intéressante et sympathique. Obtenir des avis différents sur les techniques d'inlays-onlays montre que la discipline n'est pas figée. Pour moi, qui en suis au tout début de ma pratique des inlays-onlays, il était important de mettre à jour mes connaissances théoriques et de savoir ce qu'il faut faire et ne pas faire.

Par exemple, je constatais parfois une sensibilité postopératoire chez mes patients. Désormais, avec un mordantage et la pose de l'adhésif à la fin de la première séance, je pense que j'interviendrais avec plus de sécurité. Ce sont des petits détails qui font toute la différence. »



■ **Patricia Mansouraty-Fessmann**, omnipraticien
à Sucy-en-Brie (40 ans)

« UNE MÉTHODOLOGIE PRÉCISE »

« Je réalise des inlays-onlays depuis un certain nombre d'années mais, diplômée depuis près de 20 ans, je n'ai pas reçu d'enseignement spécifique sur cette technique lors de ma formation initiale. J'ai appris sur le tas.

Cette Journée m'a permis de clarifier les choses, de dégager une méthodologie précise et d'améliorer mon approche technique. Avec cette formation, j'ai appris, par exemple, à préparer systématiquement la dentine au moment de la taille afin de protéger la dent. Toutes les conférences étaient d'un très bon niveau. Même sur les inlays-onlays en or, pour lesquels j'avais un *a priori* négatif, j'ai trouvé la présentation de M. Samama captivante. »



■ **Jean-Raphaël Bertal**,
omnipraticien à Paris 1^{er}
(60 ans).

« UN GRAND BRAVO À MEYER FITOUSSI ! »

« Comme les autres Journées de la SOP, cette formation était très intéressante, notamment en raison de la qualité des conférenciers. Elle a répondu aux questions sur les matériaux que je me posais depuis quelques années en confirmant mon sentiment clinique. Les techniques anciennes ont fait leurs preuves et sont toujours d'actualité. Garder une approche classique, c'est parfois préférable pour obtenir le meilleur résultat.

Un grand bravo à Meyer Fitoussi dans son rôle de contradicteur qui pose aux conférenciers les questions qui nous brûlent les lèvres, mais que nous n'osons pas poser. »



■ **Marion Allain-Mottier**,
omnipraticien à Paris X^e
(31 ans)

« UN AVANT ET UN APRÈS »

« Je repars de cette Journée avec un sentiment très positif. Elle a permis d'aborder et de confronter des points de vue très différents. On ne nous assène pas des vérités, mais la diversité des approches permet de nourrir la réflexion. De retour au cabinet, il faut digérer tout cela...

Avant cette Journée, je ne me sentais pas forcément à l'aise. La formation m'a dynamisée pour essayer d'autres choses et sortir un peu de ma routine. Par exemple, cela m'a remotivée dans l'utilisation de matériaux comme les verres ionomères, que j'avais laissés de côté. Concrètement, dans mon approche des inlays-onlays, il y a eu un avant cette formation et il y aura un après. »