

Voyage-congrès *Île Maurice 2013*

Formation continue et détente à l'île Maurice

« **A**vec le DPC, nous vivons une situation ubuesque qui consiste à appliquer à tous les professionnels de santé les mêmes procédures bureaucratiques. »

Sur fond de création annoncée d'une formation continue obligatoire à l'île Maurice, Meyer Fitoussi ne s'est pas fait prier, en ouverture des 12^{es} Journées dentaires mauriciennes, coorganisées par la SOP et le Mauritius Dental Association (MDA), pour dire tout le bien qu'il pensait du DPC français. Le message de la SOP, société très écoutée sur l'île pour son expertise et son engagement en matière de formation postuniversitaire, était des plus simple : une formation continue obligatoire, oui, mais basée sur une vraie dynamique incitative. Le nouveau président de la MDA, le D^r Santosh Cheekhooree, a quant à lui

déploré « l'absence de pôle de formation continue » à l'île Maurice et comptabilisé pas moins de dix pays vers lesquels les confrères mauriciens se déplaçaient pour suivre des formations. En pratique, a-t-il expliqué, l'événement de la SOP reste l'un des seuls rendez-vous de formation continue pour les confrères mauriciens. La preuve ? Un tiers des chirurgiens-dentistes de l'île (87 praticiens) était présent lors de ce congrès. On trouvera, pages suivantes, les résumés des conférences données dans le cadre de ce voyage-congrès, qui alliait le travail et la détente. Rappelons que ce voyage-congrès est désormais annuel et qu'il bénéficie des parrainages du ministère de la Santé mauricien, de l'ambassade de France et de l'Ordre des chirurgiens-dentistes mauricien. ✓



Le succès de notre voyage-congrès annuel à l'île Maurice ne se dément pas. Marquée cette année par une forte fréquentation de nos confrères mauriciens, cette 12^e édition a été l'illustration que l'on peut allier formation continue et détente. La salle de conférences affichait complet le matin... de même que les transats sur la plage et les sports nautiques l'après-midi ainsi que la piste de danse le soir. Prochaine édition : du 17 au 27 avril 2014.



Comprendre l'usure des dents

Richard Kaleka



Ces 30 dernières années, l'intérêt croissant des études sur la vulnérabilité des tissus dentaires à l'usure a mis en évidence plusieurs processus entraînant une destruction non carieuse des surfaces dentaires exposées. Trois étiologies sont possibles :

- L'attrition est une usure mécanique physiologique résultant des contacts dento-dentaires occlusaux et proximaux. Elle crée des surfaces d'usure ou « facettes » nettement délimitées et polies au niveau des surfaces triturantes et qui correspondent à des facettes sur l'arcade antagoniste. Cette usure peut être accentuée par une habitude parafunctionnelle comme le bruxisme.

- L'abrasion est une usure dentaire par friction causée par des contacts dynamiques impliquant des corps abrasifs. Elle découle d'un brossage agressif, de nettoyages interproximaux traumatiques ou d'habitudes professionnelles et se situe majoritairement dans le tiers cervical. L'usure du collet est liée à la moindre dureté des tissus radiculaires en présence de récession gingivale. L'usure par abrasion diffuse correspond à l'abrasivité des aliments ou de particules aéroportées (poussière, sable) dans certains environnements.

- L'érosion dentaire est la conséquence d'un processus chimique de dissolution de l'émail. L'exposition aux acides alimentaires s'est considérablement accrue dans les habitudes de la vie moderne. De plus, les désordres nutritionnels tels que l'anorexie ou les vomissements sont souvent cachés et les reflux gastro-œsophagiens restent souvent imperceptibles.

L'érosion dentaire peut se combiner aux mécanismes physiques affaiblissant la surface et la structure des tissus durs que sont l'attrition et l'abrasion. Dans la clinique, ces processus sont rarement univoques : ils peuvent se succéder sur de longues périodes ou se superposer simultanément, ce qui rend le diagnostic plus difficile.

Établir un diagnostic

Il est fréquent que le motif de consultation soit biaisé, le patient se plaignant d'une carie. Le premier signe clinique associé est généralement une hypersensibilité cervicale ou occlusale, manifestant un début d'exposition dentinaire. La dent sera traitée symptomatiquement en priorité.

Lors de l'interrogatoire et de l'entretien cliniques, le praticien devra s'enquérir des habitudes de vie quotidienne (hygiène buc-



Canines et prémolaires mandibulaires présentant des macromodifications : dénudations radiculaires avec lésions cervicales d'usure cunéiformes, morphologie cuspidienne écrêtée, perte d'émail en cupules, exposition dentinaire.



L'attrition génère des facettes nettes et polies qui se situent sur les tables occlusales et les versants cuspidiens sur les molaires et prémolaires. Elles ont des facettes antagonistes correspondantes.



Les facettes d'attrition peuvent se trouver très éloignées du bord libre sur les surfaces axiales des dents antérieures en cas de supraclusion.



Les lésions multiples situées asymétriquement par rapport à la médiane et la morphologie de l'émail vestibulaire bien conservée indiquent une abrasion par brossage.

cale, alimentation, pathologies et traitements sialoprives). L'observation des surfaces dentaires de l'ensemble des arcades avec des aides visuelles est indispensable, même en cas de lésion isolée. La clinique démontre la combinaison des mécanismes qu'il est désormais possible de décrypter dans la mesure où chaque processus crée un faciès d'usure spécifique sur les diverses surfaces dentaires. Au total, la compréhension des mécanismes étiologiques d'usure et l'expérience acquise par le praticien doivent permettre d'éta-

blir un diagnostic aussi précoce que possible. Grâce à ce diagnostic, des mesures de prévention pourront être mises en place : contrôle et modification des habitudes de vie et d'hygiène, utilisation de protocoles et de produits conservateurs de la dent, ou encore traitements précoces de pathologies digestives et de désordres alimentaires. Plus l'interception sera précoce et adaptée, meilleures seront les chances de conserver le patrimoine tissulaire dentaire des patients dans un état fonctionnel et esthétique optimal. ✓



La morphologie en cratère de la lésion d'usure sur la 14, laissant émerger le composite, et l'aspect « fondu » de l'émail évoquent une discrète composante érosive superposée.



On interprète trop souvent les usures occlusales comme le résultat exclusif du bruxisme. Ce cas démontre que les contacts sont punctiformes et que la plus grande partie de la face occlusale, dépourvue d'émail, est en dessous du plan occlusal encore fonctionnel. La parafonction pourrait dans ce cas être l'effet et non la cause.



Effets combinés de l'érosion de l'émail vestibulaire des dents antérieures maxillaires d'origine alimentaire et d'un brossage traumatique très fréquent.



Le diagnostic précoce et le contrôle des facteurs étiologiques transforment les lésions : l'hypersensibilité dentinaire est atténuée puis disparaît, et la gencive libre peut venir recouvrir la marge cervicale de la lésion.

Agénésie des incisives latérales, que faire ?

Catherine Galletti



L'agénésie d'incisives latérales pourra être lourde de conséquences sur le sourire.

La solution implantaire, qui s'apparente à l'ankylose, ne peut être systématisée alors qu'une croissance alvéolaire continue tardive existe.

Solution implantaire

La canine reste en place de canine et va jouer pleinement son rôle de fonction canine. Les dents adjacentes et l'esthétique du sourire sont préservées.

Comment évoluent les implants en place à long terme ?

Il existe une absence de prévisibilité. Les études à dix ans ont montré un risque de fonte de l'os vestibulaire qui peut se traduire par une couleur bleue de la gencive. Dans certains cas, le pilier pourra être visible avec le temps. De plus, une infraclusion progressive a été décrite, même chez l'adulte.

Recommandations

Il faudra attendre la fin de la croissance et reculer le plus possible la mise en place des implants. Un espace minimal destiné à conserver 1,5 mm de chaque côté de l'implant est recommandé, sous peine de perdre les papilles. Une contention fixe, qui pourra aller du simple fil orthodontique collé avec l'adjonction de dents prothétiques au bridge collé sans préparation des dents adjacentes, est conseillée. Le sourire

gingival ou les typologies en face longue pourront nous orienter vers une autre alternative (bridge collé ou fermeture des espaces lorsque cette solution est envisageable).

Solution biologique : fermeture des espaces

La canine prend la place de l'incisive latérale, et la première prémolaire celle de la canine. La première molaire se retrouve, de ce fait, dans la situation bien connue en orthodontie de la classe II thérapeutique. Malgré les idées reçues, les études ont montré que cette solution ne perturbait pas la fonction occlusale. Il n'y a pas plus de problème ATM.

Qu'en est-il du résultat esthétique ?

Différents paramètres rentrent en ligne de compte dans les études sur la perception du sourire. La couleur, la morphologie et la position verticale.

Recommandations

Il apparaît nettement que la couleur de la canine doit être semblable à celle de l'incisive centrale, avec un zénith gingival placé 0,5 mm plus bas. La longueur et la largeur de la canine devront être réduites. Sa pointe sera émoussée. Ainsi, les canines seront plus ou moins travaillées, souvent par réduction amélaire, parfois par ajout cosmétique (composite, facettes...). Cette solution sera privilégiée en fonction de la malocclusion initiale et de la forme des canines. ✓



Solution implantaire : situation initiale d'agénésie de 12 et 22 avec mésialisation de 23 et persistance de 52 et 63. La patiente, âgée de 35 ans, est en classe I. Elle ne découvre pas de gencive lors du sourire.



Solution implantaire : la présence d'espaces initiaux et le calage fonctionnel en place conduisent à un choix d'ouverture d'espaces. L'âge et la position du sourire de la patiente ont autorisé la mise en place d'implants dans le secteur esthétique (implants : D^r F. Cherel).



Solution biologique : situation initiale d'agénésie de 12. Il existe un encombrement antérieur, un décalage antéropostérieur de classe II à gauche et une déviation du milieu interincisif maxillaire du côté droit. Le sourire est de ce fait asymétrique. Les canines ont une couleur proche de celle des incisives centrales et une forme agréable.



Solution biologique : le schéma clinique, la forme et la couleur favorable des canines ont justifié l'extraction de 22 et la solution de fermeture des espaces. Le sourire après traitement d'orthodontie est harmonieux. Le milieu maxillaire a pu être recentré. Les canines ont été travaillées par soustraction. Leur diamètre a été réduit par *stripping* et leur pointe émoussée.

Utilisation du tissu conjonctif en chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire

Bernard Schweitz



Les récessions gingivales sont des défauts muco-gingivaux associant une diminution de la hauteur gingivale et une dénudation radiculaire. Elles se produisent dans la plupart des cas sur les faces vestibulaires chez des patients dont le parodonte est fin. Les objectifs de recouvrement radiculaire se réfèrent à la ligne amélo-cémentaire. En absence de lésions d'usure, un recouvrement à 100 % redonnera des proportions correctes aux couronnes cliniques, et supprimera les éventuelles sensibilités dentinaires. Mais, lorsque la ligne amélo-cémentaire a disparu en raison de l'abrasion par la brosse à dents, il est nécessaire d'évaluer correctement sa position d'origine, de reconstituer la perte amélaire au moyen d'un composite et de procéder ensuite au recouvrement radiculaire. Il semble aujourd'hui admis qu'en présence de tissus particulièrement fins l'adjonction de tissu conjonctif augmente la prévisibilité de recouvrement et assure la pérennité du résultat. De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites dans la littérature. Pour les récessions multiples, les deux techniques de référence actuelles sont la technique bilaminaire de G. Zucchelli et la tunnélisation de conjonctif initialement décrite par E. P. Allen.

Le rôle et l'importance de l'épaisseur de la muqueuse péri-implantaire restent encore mal connus aujourd'hui. Quelques études tendent à montrer que des tissus épais pourraient avoir un effet protecteur vis-à-vis des remaniements osseux marginaux et limiter le risque de récession dans le temps. Dans le secteur antérieur maxillaire, les légers défauts d'épaisseur de crête peuvent être gérés par l'adjonction de tissu conjonctif sans recourir à des reconstructions osseuses plus lourdes. Dans les secteurs postérieurs, les récessions de la muqueuse marginale sont fréquentes en présence de tissus fins et/ou non kératinisés. Le rôle des tissus kératinisés est controversé dans la littérature, mais la très grande majorité des auteurs s'accordent sur le fait que maintenir une hauteur minimale de muqueuse kératinisée est bénéfique à l'environnement implantaire. Une modification des tracés d'incision ménageant du tissu kératinisé en vestibulaire peut se faire au maxillaire, mais plus difficilement à la mandibule. Des greffes épithélio-conjonctives peuvent alors être indiquées. D'une manière générale, nous nous efforçons donc de maintenir un minimum de muqueuse kératinisée péri-implantaire, et de l'épaissir éventuellement avec un greffon conjonctif. ✓



Récessions gingivales multiples et sensibilité dentaire marquée sur 33. Les tissus sont très fins.



Un conjonctif a été tunnélisé selon la technique d'Azzi et Étienne afin de recouvrir intégralement les racines dénudées.



Racine résiduelle inexploitable pour une reconstruction prothétique. Les tissus kératinisés sont hauts mais fins, le sourire montre toute la hauteur des dents antérieures.



Une extraction/préservation par comblement et une greffe de tissu conjonctif enfoui lors du placement de l'implant ont permis d'optimiser le résultat esthétique en compensant la perte de volume postextractionnelle. Prothèse : D^r Éric Hazan.

Le traitement esthétique des dyschromies

René Serfaty



Les dyschromies dentaires peuvent être extrinsèques ou intrinsèques.

Les dyschromies extrinsèques sont causées par le dépôt de composés chromogènes sur la surface de l'émail et restent superficielles. Elles disparaissent avec un nettoyage prophylactique. Les dyschromies intrinsèques sont quant à elles attribuées soit à une modification de l'épaisseur des tissus durs de la dent, soit à l'incorporation de composés chromatiques dans l'émail et/ou la dentine. Elles peuvent survenir sur dents pulpées ou non et être accompagnées ou non

d'anomalies structurelles des tissus durs dentaires, comme des porosités au niveau de l'émail. De par l'impact social et donc la source de mal-être potentielle que les dyschromies dentaires peuvent induire, notre rôle de praticien est de pouvoir, dans la mesure du possible, y apporter des solutions esthétiques.

Une classification en trois groupes

Le traitement d'une dyschromie intrinsèque est fonction de l'étiologie. Cependant, diagnostiquer une dyschromie est difficile et,



Fluorose de stade 2 sans porosités sur 11 et 21.



Atténuation des dyschromies après éclaircissement.



Réalisation de micro-abrasion.



Résultat après micro-abrasion.

Les inlays esthétiques

Dans le secteur postérieur, l'utilisation de résines composites pour de larges restaurations pose un certain nombre de problèmes tels que la difficulté d'obtenir un point de contact satisfaisant et d'accéder aux limites proximales lors de la polymérisation ainsi que la gestion de la contraction de prise qui entraîne des contraintes importantes au niveau des joints restants, dans ce cas, la solution de choix.

Qu'elles soient en céramique ou en composite, elles assurent la préservation de l'état de surface, de la forme anatomique, de l'intégrité marginale et de l'occlusion, de même que la diminution des sensibilités postopératoires. Le taux de longévité des inlays/onlays en composite comparés :

1. aux inlays/onlays en céramique;
2. aux composites placés en méthode directe,

n'est actuellement pas clairement établi.



1. Situation pré-opératoire avec la présence d'amalgames de 17 ans d'âge.



2. Vue finale des 4 inlays en composite de laboratoire collés sur 34-35-36-37.

souvent, le doute persiste même pour les praticiens les plus agueris. Les classifications proposées sont trop académiques ou trop complexes. Ainsi, nous proposons une classification thérapeutique en trois groupes, selon deux critères que sont l'importance de la dyschromie et l'absence ou la présence de porosités.

Groupe 1 : Dyschromies légères ou modérées sans porosités

Dans ce groupe, nous trouvons les tétracyclines légères stades 1 et 2, les fluoroses sans porosités de stade 1 ou 2, les opacités, l'amélogénèse imparfaite légère, la dent dépulpée, les déminéralisations postorthodontiques...

Groupe 2 : Dyschromies légères ou modérées avec porosités

Ce groupe est représenté par la fluorose de stade 2 et l'amélogénèse imparfaite avec porosités.

Groupe 3 : Dyschromies importantes avec ou sans porosités

Il comprend les tétracyclines de stade 4, la fluorose de stade 3, la dentinogénèse imparfaite, la dent de Turner présentant des porosités ainsi que certaines formes sévères d'amélogénèse imparfaite.

Solutions thérapeutiques

Une suite logique et surtout progressive de traitements est proposée, allant d'une solution simple comme l'éclaircissement jusqu'aux solutions plus complexes telles que la facette en composite ou en céramique. Ainsi, pour le traitement du groupe 1, nous débuterons par un éclaircissement qui va atténuer la dyschromie, puis nous tenterons une micro-abrasion et, si le résultat

reste insuffisant, nous éliminerons le tissu coloré *a minima* à l'aide d'inserts à ultrasons diamantés afin d'y coller un composite de masse émail.

Le groupe 2 sera traité prioritairement par micro-abrasion afin de réduire les porosités puis, éventuellement, par macro-abrasion. Une infiltration résineuse pourra être utilisée dans les groupes 1 et 2 si les taches sont blanches, opaques, mais le résultat reste incertain.

Le groupe 3 sera traité prioritairement par un éclaircissement avant d'utiliser des composites ou des facettes.

La combinaison de ces différentes techniques est souvent nécessaire pour obtenir un résultat esthétique fiable, pérenne et économe en tissu. ✓



Résultat après élimination *a minima* des dyschromies.



Collage d'un composite de masse émail de luminosité équivalente à celle de l'émail.

La stratification antérieure simplifiée

La résine composite est le seul matériau pouvant restituer la forme, la couleur et la fonction de l'organe dentaire, en technique directe avec préservation tissulaire. Les propriétés de la dentine et de l'émail étant différentes, les résultats esthétiques obtenus avec une masse monotente en composite sont souvent insuffisants.

Cependant, l'expérience montre que ces techniques sont longues à mettre en œuvre et que l'effet esthétique obtenu n'est pas toujours reproductible car très « opérateur dépendant ». L'apparition sur le marché de nouvelles masses émail dont l'indice de réfraction se rapproche de celui de l'émail naturel permet de pallier cet inconvénient et de simplifier la technique de stratification qui devient moins « opérateur dépendante ». Ainsi, comme le montre le schéma ci-contre, il suffit de positionner en palatin une masse dentine qui ne reproduira pas le bord triturant. Ce dernier sera uniquement composé de masse émail.



Vue pré-opératoire.

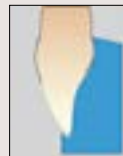


Schéma indiquant en bleu la clé supportant la masse dentine par rapport à la masse émail qui sera placée dans un deuxième temps et qui reproduira le bord triturant.



Vue postopératoire.

Atteintes des tissus péri-implantaires : prévenir, diagnostiquer, traiter

— Corinne Touboul – Patrick Missika —



Frénectomie et greffe conjonctive enfouie permettent d'améliorer l'environnement péri-implantaire et de prévenir le risque de péri-implantite.



La mucosite associe un saignement au sondage et une absence de perte osseuse.



La mucosite est généralement traitée par voie non chirurgicale avec des curettes spécifiques.



La péri-implantite associe saignement, voire suppuration, au sondage et perte osseuse.

Deux types d'atteintes inflammatoires des tissus péri-implantaires peuvent survenir :

- La mucosite : inflammation réversible de la muqueuse, sans perte osseuse ;
- La péri-implantite : inflammation des tissus mous associée à une perte osseuse.

La prévention

Elle est essentielle. Au premier rang des facteurs de risques arrivent l'hygiène bucco-dentaire, le passé de la maladie parodontale et le tabac. Viennent ensuite le diabète, l'alcool, le déficit en vitamine D, l'hypercholestérolémie, la génétique, les facteurs locaux iatrogènes (foyers infectieux, occlusion, profils d'émergence, présence de brides et de freins, tissus péri-implantaires trop fins, états de surface rugueux...) qui potentialisent la survenue de complications. Toutes les techniques de reconstructions osseuses et muqueuses permettront d'améliorer les conditions de résistance du péri-implant.

Le diagnostic

Il a lieu lors des visites de suivi et de maintenance prothétique à l'aide d'une sonde parodontale et de la radiographie (une radiographie de référence est prise le jour de la pose de la prothèse). Si aucune perte osseuse n'est associée

à une profondeur de sondage de 3 mm à 4 mm, nous sommes en présence d'une mucosite.

Une profondeur de sondage supérieure à 5 mm, associée à un saignement, voire une suppuration, et une perte osseuse sont les signes de la péri-implantite.

La prévalence des pathologies est en constante progression. Un patient sur cinq présente une péri-implantite après dix ans de fonction (Giovannoli et Renvert, 2012).

Les traitements

Le traitement de la mucosite est généralement non chirurgical. Le nettoyage est pratiqué avec des curettes spécifiques, un aéropolisseur, le laser, des irrigations d'eau oxygénée. Le patient est motivé (ou re-motivé) systématiquement.

Le traitement de la péri-implantite nécessite un accès à la surface des implants, donc une voie d'abord chirurgicale, afin de débrider, décontaminer, utiliser des procédures régénératives si le défaut osseux le permet.

Dans tous les cas les patients devront être inclus dans un programme rigoureux de maintenance, avec une réévaluation systématique pour contrôler la maîtrise de l'infection. Mais, *« dans plus de la moitié des cas, le traitement de la péri-implantite ne conduit pas à une guérison de l'infection et au succès à long terme »* (Marco Esposito). ✓

Les implants courts et les implants étroits

— Patrick Missika – Corinne Touboul —



Au cours des 20 dernières années, le développement de nouveaux composants chirurgicaux et prothétiques a permis d'optimiser le résultat fonctionnel et esthétique des implants.

Quand un traitement implantaire est planifié, la quantité et la qualité osseuse résiduelle, le type de prothèse, les impératifs esthétiques et les différents facteurs biomécaniques sont pris en considération pour le choix des dimensions optimales de l'implant : diamètre et longueur.

Le concept d'« *implant court* » est un sujet d'actualité. De nombreuses publications ont fait état de résultats variés selon la longueur des implants utilisés. La synthèse entre les éléments bibliographiques et les éléments cliniques disponibles doit nous permettre de faire le point sur ce sujet.

Les termes « *implants courts* » sont flous. Certains auteurs ont défini les implants courts comme inférieurs à 8 mm de longueur. D'autres considèrent que des implants sont dits « *courts* » jusqu'à 10 mm.

La plupart des grands systèmes actuellement sur le marché proposent des implants courts. (Bicon, Nobel Biocare, Alpha Bio, Straumann). La hauteur osseuse disponible est mesurée entre le sommet de la crête édentée et l'obstacle

anatomique sous-jacent : le sinus au maxillaire, le canal alvéolaire inférieur à la mandibule. À partir du moment où une indication de prothèse implanto-portée est posée, les implants courts peuvent être préconisés. Leur mise en place dans l'axe optimal dicté par la prothèse est facilitée du fait de leur faible longueur. Les limites de leurs indications sont davantage liées à l'augmentation du diamètre des implants courts. Se pose également la question du taux de survie de ces implants.

Les études cliniques sont difficiles à interpréter non seulement en raison de la définition de ce qu'est un implant court, mais aussi parce que la distinction n'est pas toujours faite entre implant court unitaire et implant court solidarisé ou non avec d'autres implants courts.

Les implants étroits ont un diamètre égal ou inférieur à 3,5 mm. La plupart des fabricants proposent ce type d'implants (Nobel Active 3.0, Anthogyr 2.7).

L'indication pour les implants de diamètre égal ou inférieur à 3 mm doit être réservée aux incisives mandibulaires et latérales supérieures.

Des études cliniques longitudinales sont nécessaires pour valider cliniquement ces nouveaux implants. ✓



Implant étroit.



Mise en place d'un implant étroit au niveau d'une incisive latérale.



Vis de couverture en place.



Implant court en situation sous-sinusienne.

Le tracé de châssis en PAP

Marc Roché



L'étape du diagnostic relève pleinement du rôle du chirurgien-dentiste car elle aidera à définir les nécessaires préparations de la cavité buccale (coronoplasties occlusales, prothèse fixe sur dents naturelles ou recours aux implants), dans le cadre d'un traitement qui est toujours global en PAP puisque l'arcade complète est concernée.

Le projet de tracé de châssis sera effectué précocement et réalisé sur papier en la présence du patient après un examen clinique complété par un bilan radiologique et la réalisation de modèles d'étude. C'est un idéal biomécanique qui pourra évoluer ensuite lorsqu'il sera confronté aux compléments d'informations donnés par l'analyse des modèles sur articulateur et sur parallélomètre. Si ce tracé est régi par le principe d'équilibre de la triade de Housset – rétention, sustentation et stabilisation –, la sustentation y joue un rôle primordial puisque, comme elle est assurée à la fois par un appui muqueux et des appuis dentaires, ces derniers induiront des axes de rotation. Il faudra dès lors concevoir un tracé qui contre-carre ces mouvements potentiels par des appuis stabilisants.

La méthodologie proposée, applicable tant au maxillaire qu'à la mandibule, est calquée sur le

maquettage mené au laboratoire à partir de préformes en cire. Les différents composants se déclinent en poutre maîtresse (PM barre linguale à la mandibule, cadre à deux entretoises au maxillaire), appuis muqueux (AM-les selles), appuis dentaires directs (les crochets-ADD) et indirects (appuis sur l'arc denté antérieur dans les cas d'édentement postérieur libre-ADI) ainsi que les connexions principales et secondaires (CP et CS). Ils se dessinent dans cette même chronologie, et le tracé s'achève en décidant, en fonction de critères cliniques, de la forme de la poutre maîtresse. À la mandibule, barre linguale (BL), BL et barre cingulo-coronaire ou bandeau. Au maxillaire, châssis à une ou à deux entretoises ou plaque pleine.

Les décolletages devront alors concerner au minimum deux dents pour éviter l'effet diapneusique et au maximum cinq dents pour des raisons de résistance mécanique. En revanche, leur étendue peut être modulée à la mandibule, et le bord supérieur de la barre linguale placée par rapport aux collets des incisives à une distance inférieure aux 5 mm qui font consensus pour les décolletages car la BL est espacée de 0,6 mm et ne contribue pas à la sustentation, contrairement à une plaque pleine maxillaire. ✓



Tracé prospectif.



Espace rétro-incisif (frein en position haute).



Mesure à la sonde parodontale de la hauteur.



Barre linguale associée à une barre cingulo-coronaire.

La couronne provisoire, temporaire ou transitoire

Marc Roché



Outre ses rôles classiques : esthétique, confort, protection pulpaire – rôles tous trois souvent liés à l'urgence – et maintien de la santé parodontale ou de l'espace prothétique – rôles en rapport avec la menée du traitement prothétique –, la couronne provisoire impliquée tout au long du traitement restaurateur permettra la sauvegarde de dents compromises. En cas d'urgence esthétique, après un choix de teinte et de forme parmi les dents en résine du commerce, une couronne transitoire aidera à communiquer avec le patient et le laboratoire pour concrétiser un projet validé.

Une dent est compromise du fait d'une importante perte de substance sous-gingivale et/ou de la présence d'une lésion inflammatoire périradiculaire d'origine endodontique (LIPOE). Celles-ci peuvent être en rapport avec des fêlures, des fractures coronaires, le processus carieux ou des piliers prothétiques aménagés dans le cadre de réfections anciennes. Lorsque, à ces difficultés, vient s'ajouter une anatomie radiculaire complexe, voire les conséquences d'interventions iatrogènes (fausse route, instrument fracturé...), une atteinte parodontale ou un rapport couronne clinique-racine défavorable, il faut

savoir procéder à l'avulsion ou prévenir que notre intervention ne sera qu'une tentative de conservation.

Pour conserver une dent compromise, la couronne transitoire servira, dès la première séance, à vérifier les possibilités de sertissage de la racine sur une hauteur de 2 mm de façon à obtenir un effet férule d'ordre mécanique et l'herméticité coronaire nécessaire au retraitement endodontique, tout en respectant un espace biologique de l'ordre de 3 mm.

La chronologie classique consiste à procéder au retraitement endodontique en ayant restauré quatre parois par une cavité d'accès trépanant la couronne transitoire dans un premier temps, puis à l'élongation corono-radiculaire dans un deuxième temps. En revanche, en l'absence d'urgence à intervenir sur l'endodonte, il sera préférable d'inverser l'ordre de ces étapes de façon à augmenter le délai de maturation des tissus avant la prise d'empreinte pour la prothèse d'usage, et mieux garantir la qualité de l'herméticité coronaire. Cette maturation, guidée par la couronne transitoire réadaptée à la nouvelle ligne de finition, demandera de six à sept semaines en cas de simple gingivectomie ou de lambeau repositionné apicalement et jusqu'à 24 semaines selon l'importance de l'ostéotomie. ✓



Situation trois semaines après l'élongation corono-radiculaire.



Réadaptation de la couronne transitoire à la résine fluide.



Tracé de la limite prothétique.



Trois semaines après l'intervention, la couronne transitoire réadaptée.

Deux séances de TP pour les confrères mauriciens

Lors de ces 12^{es} Journées à l'île Maurice, la SOP a proposé, à l'usage exclusif des confrères mauriciens, deux séances de travaux pratiques : «*La préparation périphérique*» (dirigée par Marc Roché) et «*La greffe de tissu conjonctif enfoui sur mâchoire animale*» (dirigée par Bernard Schweitz). L'expertise et la notoriété de la SOP, ajoutées au fait que les formations proposées sur place, à l'île Maurice, sont pour l'instant inexistantes, expliquent le succès d'affluence qu'a connu cette Journée de TP. ✓

