



Romain Chéron



Anthony Atlan



## Retour sur la Journée TV « *La révolution restauratrice non invasive en direct* »

Cette journée aura largement rempli son principal objectif puisqu'il s'agissait de montrer, en direct télévisé, des interventions en dentisterie restauratrice avec ce que cela implique en termes de « vérité » des actes. L'autre propos de la SOP, plus spécifique encore, consistait à montrer une dentisterie qui autorise des traitements peu invasifs et privilégie la préservation des tissus de l'organe dentaire. C'est en effet ce qu'ont montré et démontré **Romain Chéron** et **Anthony Atlan**, les opérateurs talentueux qui étaient aux commandes de

ces séances. Romain Chéron a ouvert et clôturé cette Journée avec la restauration d'une dent dépulpée et la pose d'un overlay. L'empreinte a été confiée, au cours de la Journée, au prothésiste Asselin Bonichon qui a réalisé la pièce prothétique. Anthony Atlan est ensuite entré en scène pour réaliser le traitement d'une lésion d'hypominéralisation par une technique d'érosion/infiltration, puis a réalisé un traitement restaurateur de lésions cervicales non carieuses. Faut-il le répéter, tout l'intérêt du direct TV consiste à placer les opérateurs en situation réelle. Et, de

fait, on a pu observer la façon dont les intervenants ont surmonté les difficultés en pleine intervention, comme cette séquence qui s'est déroulée en direct avec un fil rétracteur récalcitrant avec lequel l'opérateur s'est débattu. Le diable se cache dans les détails, et c'est bien tous les détails qui nous ont été donnés de voir. Pendant que l'un des deux opérateurs était aux manettes, l'autre décrivait précisément les séquences de son confrère et répondait aux questions d'une salle littéralement captivée.

**Philippe Safar**



## Aperçu de la 1<sup>re</sup> intervention de Romain Chéron

Restauration d'une dent dépulpée par une restauration collée  
(restauration en technique directe, préparation en vue d'un overlay et prise d'empreinte)



1 - Radiographie et aspect clinique préopératoire.



2 - Après nettoyage, une bandelette de Téflon® a été mise en place en protection du plancher pulpaire avant mise en place d'un CVI (Fuji II LC®) sous matrice circulaire (Automatrix® Dentsply) en attente d'une reprise du traitement endodontique.



3 - Après reprise endodontique, dépose de l'ensemble du CVI périphérique. Son aspect est discernable après séchage. Un coin de bois protège la digue.



4 - État final après suppression des angles vifs et des parois trop minces par fraisage à l'aide d'une fraise bague rouge.



5 - Mise en place d'une matrice périphérique (Automatrix®) pour effectuer une relocalisation de marges.



6 - Après application d'un adhésif (Optibond FL® Kerr), une fine couche de Flow (moins d'1 mm) est placée avant le composite de reconstitution.



7 - Aspect final après taille et réalisation d'une encoche occlusale destinée à stabiliser la pièce prothétique lors de sa réalisation au laboratoire.



8 - Résultat après prise d'empreinte sectorielle en occlusion centrée au moyen de silicones en double mélange.



## Aperçu de la 1<sup>re</sup> intervention d'Anthony Atlan

Traitement d'une hypominéralisation (MIH) par infiltration en profondeur



1 - Après décontamination du champ opératoire à l'aide d'un aéropolisseur, l'utilisation d'une fraise micropoire permet d'éliminer progressivement l'émail de surface.



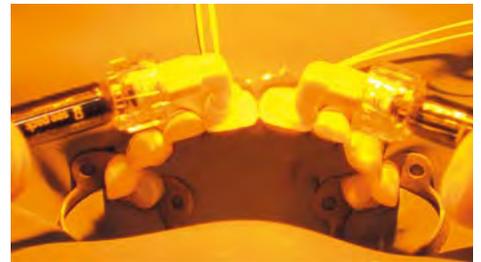
2 - Un gel d'acide chlorhydrique (ICON Etch®) est appliqué puis frotté sur la surface amélaire, au niveau des taches pendant 2 minutes. Il est ensuite abondamment rincé.



3 - Une solution d'éthanol (ICON Dry®) est ensuite appliquée. Elle permet de simuler le résultat final. Les zones qui persistent en blanc lors de cette étape peuvent être marquées avec une mine graphite. Elles sont ensuite éliminées mécaniquement à l'aide de la fraise micropoire.



4 - Les bords de la concavité créée par l'élimination de l'émail sont adoucis à l'aide d'une fraise bague rouge de gros diamètre. Une dernière application d'acide chlorhydrique est réalisée. L'accès aux porosités est vérifié à l'aide de la solution d'éthanol qui va déshydrater la lésion avant infiltration par la résine.



5 - Après déshydratation, une résine d'infiltration (ICON Infiltrant®) est appliquée par frottements pendant 3 minutes, photopolymérisée pendant 40 secondes. Une nouvelle application de résine est effectuée, puis photopolymérisée à son tour.



6 - Dans cette situation clinique, la lésion est située en profondeur. La concavité créée par l'érosion est donc profonde. Elle est restaurée par un seul apport de composite teinté émail, mis en place directement sur la résine d'infiltration. Le composite est photopolymérisé une première fois, puis une deuxième fois sous gel de glycérine.



7 - Le composite et la résine d'infiltration sont ensuite polis par l'utilisation successive de pointes silicones diamantées, de spirales (Roues spirales Sof-Lex™ 3M) puis de brosses imprégnées (Komet®).



8 - Vues cliniques avant et après traitement.



## Aperçu de la 2<sup>nd</sup> intervention d'Anthony Atlan

Traitement de lésions cervicales non carieuses



1 - Les lésions cervicales peuvent être isolées de différentes manières. Une lésion juxta- ou légèrement sous-gingivale, avec présence de gencive et un sulcus suffisant pourra être isolée par l'association d'un écarteur automatique (Optragate®), d'absorbants salivaires (Dry tips®), de Téflon® dans le sulcus et de composite autoadhésif dans les embrasures palatines. Le Téflon® doit être mis en place de la zone proximale distale à la zone proximale mésiale pour repousser les fluides sulculaires en palatin.



2 - La dentine est nettoyée à l'aide d'une fraise bague rouge. Un chanfrein est créé au niveau amélaire. De manière exceptionnelle, une effraction pulpaire était présente avant intervention. Elle a été gérée par la mise en place de ciment à base de silicate tricalcique (Totalfill®).



3 - Après mordantage à l'acide orthophosphorique au niveau de l'émail uniquement, un système adhésif automordant en 2 temps (Optibond XTR®) est utilisé. Une couche de composite flow est d'abord appliquée puis photopolymérisée. La restauration est terminée à l'aide de composite.



4 - Lorsque la lésion est largement sous gingivale, ou qu'il n'y a pas de gencive en cervical, une isolation par une digue latex est utilisée. Des clamps additionnels sont utilisés pour repousser la digue au-delà de la limite cervicale. L'accès au-delà des limites est primordial.



5 - L'étanchéité et l'accès en proximal sont améliorés par la mise en place de Téflon®.



6 - Après réalisation des biseaux et mordantage amélaire, le comblement de la lésion est effectué classiquement à l'aide d'un système adhésif mordantage rincage en 3 temps (Optibond FL®) et de composite, mis en forme à l'aide d'un pinceau. Un prépolissage est effectué à l'aide de pointes silicones diamantées.



7 - Puis par l'utilisation des disques de polissage et de glaçage spécifiques.



8 - On peut noter un aspect plus favorable de la gencive en postopératoire sur les dents isolées par une digue latex (14, 15) en comparaison avec celle isolée par un fil Téflon® (16).



## Aperçu de la 2<sup>nd</sup> intervention de Romain Chéron

Restauration d'une dent dépulpée : pose de l'overlay



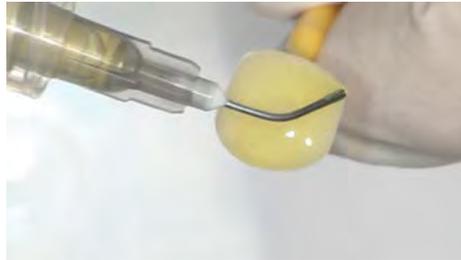
1 - Après avoir protégé les dents adjacentes par des matrices, un sablage à l'alumine 27 microns est effectué au niveau du moignon afin d'éliminer les pollutions de surface.



2 - Un essai préalable de l'overlay est alors réalisé pour juger de son adaptation périphérique, de son esthétique et des contacts proximaux.



3 - Un cordonnet de Téflon® hydrophobe est alors inséré pour parfaire l'isolation.



4 - On procède alors aux différents traitements de surface au niveau de l'intrados de l'overlay (Emax®) à l'aide d'acide fluorhydrique, puis silane.



5 - Après avoir isolé la 47 à l'aide de Téflon®, la surface du moignon de la 46 ainsi que la face distale de la 45 qui présente un composite sont mordancées par de l'acide phosphorique.



6 - Après pose de deux cordonnets mousse proximaux de type Superfloss®, l'overlay est inséré après enduction de composite conventionnel photopolymérisable réchauffé (G-aenial Anterior® de GC).



7 - Avant la photopolymérisation sectorielle (20 secondes par face et par angle), plus une polymérisation finale avec glycérine (15 secondes par face), l'utilisation d'un insert ultrasonore en caoutchouc permet de fluidifier le composite et d'assurer la bonne insertion « à fond » de la pièce.



8 - Après polymérisation, prise totale du composite de collage et vérification occlusale, l'utilisation d'inserts diamantés spécifiques Komet® sur une pièce à main Soniflex® permet éventuellement de parfaire le polissage en proximal.