



Ivo Krejci



Serge Bouillaguet



Gérard Aboudharam



Gauthier Weisrock



Retour sur la Journée « Collez au composite! »

C'est à une Journée exclusivement consacrée aux composites que les praticiens étaient conviés le 15 octobre dernier. Le plateau de conférenciers pouvait, lui aussi, revendiquer une certaine exclusivité, certes plus binaire, puisqu'il réunissait des intervenants Genevois ou Marseillais; un Genevois d'origine marseillaise en la personne de Serge Bouillaguet faisant le lien entre les deux écoles. Quant à la salle, elle était composée d'un public exigeant de connaisseurs, si l'on en juge par les débats qui ont suivi les interventions.

C'était une conférence plus principale que clinique qu'a proposé **Ivo Krejci**, sur les interventions a

minima. Il a mis en avant une dimension préventive reposant sur un argumentaire qu'on qualifiera de philosophique et qui a captivé le public de la SOP. Hélas pour les Français que nous sommes, sa démonstration convoquait, entre autres, l'apport essentiel des hygiénistes...

Serge Bouillaguet a livré une intervention foisonnante, assise sur des données cliniques et scientifiques très sûres. On a apprécié, avec lui, de faire l'aller-retour de la clinique au fondamental et vice versa. D'autant qu'il a terminé son intervention en ouvrant sur de vraies perspectives, évoquant des travaux de recherche sur les sensibilités post-opératoires, dont les

résultats sont attendus sous peu. **Gérard Aboudharam**, derrière une intervention très classique sur les points de contact s'appuyant sur une iconographie remarquable, a dévoilé plusieurs choix transgressifs puisque l'on a pu apprécier les libertés qu'un homme de l'art, en vrai clinicien, peut parfois prendre avec la doxa.

Enfin, particulièrement appréciée, la conférence, très clinique, de **Gauthier Weisrock**, a proposé une démarche step by step sur les restaurations composites antérieures. Une intervention imprégnée de l'école Lorenzo Vanini, ce que certains regrettaient mais que la plupart, à l'inverse, ont applaudi...

Marc Roché

La micro-dentisterie par Ivo Krejci

La perte prématurée d'un organe dentaire et la mise en place d'un implant sont l'échec de la mise en place de technique de prévention et de thérapeutique micro-invasive. Dans le cadre de lésions de déminéralisation de l'organe dentaire, des techniques non invasives doivent être privilégiées à la place de technique dentaire utilisant le fraisage des tissus dentaires. Parmi les techniques non invasives actuellement disponibles permettant une reminéralisation des tissus dentaires, il existe l'utilisation de l'association de Peptide P11-4 (Curodont™ Repair), de technique de micro-abrasion ou d'érosion/infiltration (Icon™), d'application de gels fluorés (Tooth Mousse Plus™).



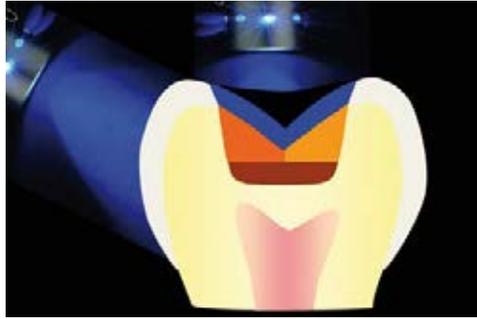
Restauration adhésive et conséquences pulpaire par Serge Bouillaguet

Avant la mise en place d'une restauration qui doit rétablir l'esthétique et la fonction de l'organe dentaire, il convient d'établir un diagnostic (clinique et radiographique) et de mettre en place des procédures cliniques visant à éliminer les facteurs irritatifs (chimiques, physiques, bactériens). Toutes les restaurations provoquent des



réactions défavorables (immédiates ou différées) au niveau du complexe pulpo-dentinaire et systémique. Afin de limiter ces réactions, il convient d'éviter les tailles excessives et mutilantes et de réaliser des préparations sous spray d'eau efficient. Après un fraisage, l'imprégnation de la plaie dentinaire à l'aide d'adhésif permet

de recréer une barrière étanche. Malheureusement, cette protection est souvent incomplète en raison d'erreurs de manipulations, de l'hydrophilie de certains adhésifs et d'une dégradation par hydrolyse des résines. Les résines composites ne sont



pas à l'origine de nécroses pulpaire si les matériaux sont bien sélectionnés et manipulés en respectant leur procédure d'utilisation. En revanche, les percolations bactériennes et pertes d'étanchéité sont à l'origine de nécroses pulpaire.

Restauration composite antérieure par Gauthier Weisrock

La réalisation d'un composite antérieur repose sur une succession de six étapes clés incontournables.

1. Le diagnostic esthétique est un préalable indispensable. Il comprend :

- Une analyse et un enregistrement de la forme et de la couleur à reproduire. Une attention particulière sera faite à la position des lignes de transition. L'utilisation de photographies et de filtres polarisants

permet une meilleure appréciation des caractéristiques optiques de l'organe dentaire à restaurer.

- Une détermination de la couleur : la teinte et la saturation de la dentine doivent être enregistrées dans la zone cervicale de la dent. Les caractéristiques de l'émail sont enregistrées au niveau des zones proximales ou du bord libre.

2. La préparation de la cavité est faite sous la forme d'une limite chanfreinée.

3. La pose d'un champ opératoire sera élargie de 13 à 23.

4. la stratification du composite se fait en quatre temps :

- Création d'un mur palatin en masse émail. Une clé en silicone réalisée à partir de l'ancienne restauration facilite cette réalisation. Cette clé peut également être confectionnée à partir d'une cire de diagnostic.

- Réalisation des lignes de transitions.

- Mise en place de la masse dentine.

- Mise en place de la masse émail n'excédant 0,5 mm d'épaisseur.

5. Finitions : réalisation de la macrogéographie et de la microgéographie.

6. Polissage.



Restaurations composites postérieures par Gérard Aboudharam

L'indication d'une restauration d'une cavité par technique directe constitue le premier point essentiel des restaurations postérieures. Cette indication est fonction de l'importance des tissus résiduels et des possibilités de matriçage avec les matrices sectorielles.



Le choix du système adhésif (système avec mordantage ou adhésifs automordançants) est fonction de la situation clinique. Même si une orientation des matériaux va vers une simplification des procédures, celle-ci ne doit pas se faire au détriment du problème biologique à résoudre.

Le matériau composite utilisé est fonction du volume cavitaire : les résines composites microhy-

brides nano-chargées sont largement utilisées en mono ou en opacités multiples. Cependant, les résines composites de faible viscosité « flow » utilisées en liner ou en base peuvent constituer un apport intéressant. Les résines « Bulk », bien que plutôt translucides, sont également intéressantes pour le remplissage des cavités profondes. Leur translucidité permet une polymérisation d'incrément de grande épaisseur. Une bonne utilisation du matériau couplé avec un système adhésif judicieusement choisi permet de redonner cohésion à la



dent et de prévenir les sensibilités postopératoires. Lors de la réalisation d'un composite postérieur, on essaie de ramener les cavités très complexes ou complexes à simple en réduisant progressivement le nombre de parois pour arriver au final à la reconstitution d'une face occlusale tout en tenant compte des impératifs de la photopolymérisation. Après le réglage de l'occlusion, toutes les zones périphériques de la cavité sont revues avec les différents instruments à polir : bandes abrasives pour les limites cervicales, disques abrasifs pour les zones proximales, fraises en pierre d'Arkansas et pointes siliconées pour les joints occlusaux et brochettes dont les poils sont enduits de carbure de silice pour la face occlusale.



ADHÉREZ
À LA SOP
ET ACCÉDEZ
AU **REPLAY**
DE CETTE
JOURNÉE



ET À + DE 100
REPLAYS
DE NOS
JOURNÉES
ACCESSIBLES
EN LIGNE
SUR
**www.sop.
asso.fr**



**Bulletin
cahier
central**



Les points clé de la conférence d'Ivo Krejci

- *Primum non nocere.*
- Mettre en place des techniques de prévention des lésions dentaires.
- Favoriser les thérapeutiques de régénération et de conservation des tissus dentaires à la place des techniques invasives.



Les points clé de la conférence de Serge Bouillaguet

- Toutes les restaurations provoquent des réactions défavorables.
- La protection pulpo-dentinaire, sauf cas exceptionnel, est rarement indiquée car elle réduit la surface de collage.
- L'imprégnation de la plaie dentinaire à l'aide d'adhésif permet de recréer une barrière étanche protectrice.



Les points clé de la conférence de Gauthier Weisrock

- Importance d'un diagnostic esthétique.
- Un champ opératoire de 13 à 23 permet le confort du praticien et du patient, et optimise le collage.
- La masse de composite émail placé en vestibulaire ne doit pas dépasser 0,5 mm d'épaisseur.



Les points clé de la conférence de Gérard Aboudharam

- Les restaurations composites en technique directe sont indiquées pour les restaurations intracoronaire de petite et moyenne étendue.
- Les matériaux composite de choix sont les résines composites microhybrides nano-chargées.
- Le champ opératoire permet le confort du praticien et du patient, et optimise le collage.
- Le polissage du joint assure la pérennité des restaurations en prévenant leur dégradation.