



Catherine Galletti



Antony Atlan



Olivier Étienne



Alain Vanheusden



Retour sur la Journée « Délabrement minimal, pérennité maximale »

Une journée orientée sur la mise en pratique concrète d'une philosophie moderne et éclairée d'une odontologie qui privilégie résolument l'économie tissulaire et le biomimétisme. Des conférenciers clairs, rigoureux dans leur présentation autant que captivants. Des participants très attentifs et particulièrement réactifs si l'on en juge par le nombre de questions posées directement au micro, aux in-

tervenants. Voilà résumé en quelques mots l'état d'esprit qui a soufflé sur la Journée du 16 juin dernier intitulée « Délabrement minimal, pérennité maximale ». Une journée pensée, organisée et mise au point par Philippe Safar et Frédéric Raux, responsables scientifiques, et mise en musique par nos quatre conférenciers, **Antony Atlan, Olivier Étienne, Catherine Galletti** et **Alain Vanheusden**. Tous auront fait de cette formation une véri-

table réussite. Qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés. Rappelons que cette Journée, dont le lecteur aura un aperçu pages suivantes – les membres de la SOP, quant à eux, ont un accès à la vidéo complète de cette Journée sur www.sop.asso.fr –, va trouver son prolongement dès ce mois de janvier, le 19, à la Maison de la Chimie, avec une démonstration télévisée sur cette thématique abordée en juin.

Philippe Milcent

Abstract de l'intervention de Catherine Galletti

Apport chez l'adulte de l'orthodontie en pratique généraliste



1



2



3



4



1. Dans les cas de supraocclusion, qui peuvent notamment entraîner une attrition sévère des incisives maxillaires, un traitement orthodontique va éviter une aggravation ou autoriser une réhabilitation cosmétique ou prothétique du sourire. Il va impliquer une ou deux arcades et pourra durer de 6 à 18 mois. L'alignement des dents mettra à jour les défauts de bord associés à la malocclusion initiale. À partir du moment où les proportions et la forme générale de la dent ne sont pas atteintes, un recontourage amélaire plutôt qu'un maquillage cosmétique ou des facettes peut être proposé.

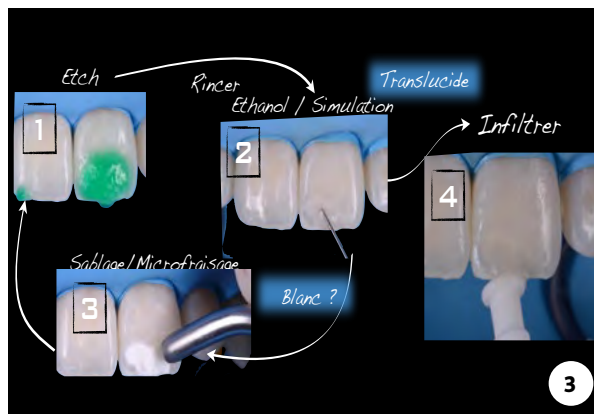
2. Comment effectuer le recontourage des dents de manière sûre et efficace, étant entendu qu'une fois l'acte effectué, le résultat sera irréversible ? L'utilisation d'un feutre noir indélébile permet de visualiser la proposition et de la faire valider par le patient. Ces marques vont se fondre à l'ouverture à l'obscurité de la cavité buccale. Une fois l'accord du patient obtenu, les bords seront retouchés à l'aide de fraises diamantées et de bandes diamantées abrasives de granulométrie décroissante.

3. La patiente présentait un effondrement des papilles. Une maladie parodontale agressive localisée aux incisives maxillaires a été diagnostiquée. La distance entre les points de contact et le sommet de la crête osseuse se retrouve ainsi augmentée (Tarnow parle d'absence de papille quand cette distance est supérieure à 5 mm). Le traitement nécessite ici un assainissement parodontal. Il sera suivi d'une maintenance et d'un traitement d'orthodontie réalisé en six mois et associé à un stripping dans le strict respect de l'anatomie de la dent. L'objectif visait à apicaliser en transformant le point en surface de contact pour favoriser la régénération de la papille.

4. Une jeune adulte avec un sourire « en biais », une microdentie relative, une langue qui pousse avec des espaces à la mandibule, un décalage antéro-postérieur de classe II asymétrique et une gencive fine. Plusieurs plans de traitement lui ont été proposés sans la convaincre : des facettes sur toutes les dents antérieures ou encore l'extraction d'une prémolaire mandibulaire avant chirurgie orthognathique d'avancée mandibulaire... Nous avons opté pour un compromis de traitement avec des objectifs individualisés dans un souci de délabrement minimum avec l'alignement des deux arcades et la réunion des espaces à la mandibule pour l'intégration prothétique d'une 5^e incisive mandibulaire *via* bridge collé. La pérennité du sourire a ensuite été assurée avec des contentions « à vie » type fil collé en lingual.

Abstract de l'intervention d'Anthony Atlan

Restaurations a minima des lésions d'hypominéralisation (lésions carieuses débutantes, fluorose, MIH...)



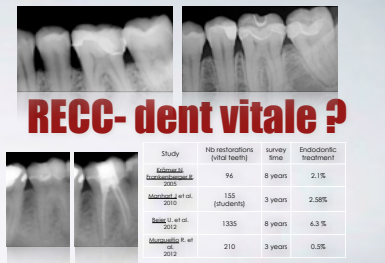
1. Un éclaircissement est pratiqué en première intention pour éliminer les colorations. L'éclaircissement préalable présente deux intérêts: - il diminue le contraste entre les taches et les zones saines; - il permet d'éliminer les colorations au sein des taches. Il n'a aucune action sur la coloration due à la diffusion du mercure autour des amalgames. Pour les colorations externes, le polissage ou l'aéropolisseur suffit.

2. Pour ces types de lésions, la micro-abrasion, la stratification par composite ou la pose de facettes impliquent un coût tissulaire plus important. La technique d'érosion-infiltration permet de combler les porosités présentes au sein de l'émail lésé, avec un minimum de dommage au niveau de l'émail. La technique d'érosion-infiltration présente: - un avantage biologique, en bloquant localement le processus carieux; - un avantage mécanique car elle renforce l'émail poreux; - une amélioration de l'aspect esthétique car elle rend à l'émail hypominéralisé un aspect translucide, et rend donc ces taches blanches invisibles.

3. Protocole: sous champ opératoire, application d'un gel d'acide chlorhydrique pour ouvrir les porosités de l'émail, puis rinçage abondant et séchage. Il faut ensuite appliquer une solution d'éthanol qui permet de simuler le résultat final, puis de déshydrater la lésion avant infiltration. Si la tache persiste lors de l'application de l'éthanol, cela signifie que les porosités ne sont pas accessibles. Il faut poursuivre l'élimination de l'émail superficiel, mécaniquement, avec une sableuse ou une microfraise. Il faut alors appliquer à nouveau l'acide, rincer et simuler le résultat à l'aide de l'éthanol. Il est possible de continuer le cycle tant que la tache n'apparaît pas à nouveau translucide avec l'éthanol. Lorsque la tache apparaît enfin translucide, il est alors possible d'infiltrer la lésion à l'aide de la résine. Un seul kit contenant tous les produits nécessaires est actuellement commercialisé.

Abstract de l'intervention d'Olivier Étienne

Techniques indirectes pour les restaurations partielles collées



Les 17 % d'échecs des traitements endodontiques, en rapport en particulier avec la complexité de l'anatomie de l'endodonte, incitent à conserver la vitalité pulpaire.

Les fractures des inlays ou des cuspides sont en rapport avec un non-respect des cotes des préparations. Règle que l'on peut nommer « règle des 2 mm ».



INLAYS - ONLAYS - OVERLAYS - VENEERLAYS

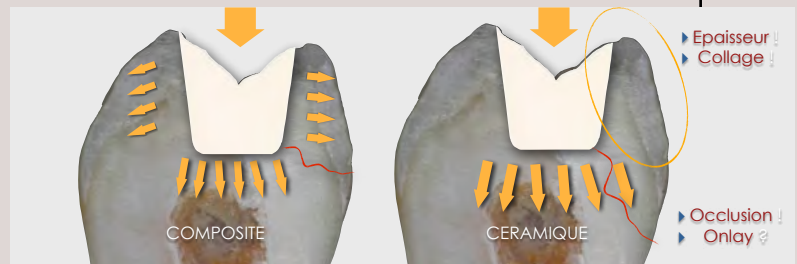
Volume perte tissulaire = Perte de Résistance

- ▶ Traitement endodontique: 6%
- ▶ Cavité occlusale: 20% (perte R)
- ▶ Cavité OM, OD (1 crête marg): 46 %
- ▶ Cavité MOD: 6.3%
- ▶ Cavité MOD + endo: 69%

J Endod. 1989 Nov;15(11):512-4.
Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures.
Reppel EB, Messer HH, Douglas WH.

La fracture cuspidienne, si elle doit avoir lieu, sera supra gingivale avec les inlays en composite, sous gingivale avec les céramiques. La question du recouvrement cuspidien doit être envisagée de façon rigoureuse.

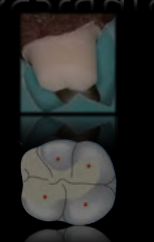
La perte de résistance de la dent n'est pas en rapport avec le traitement endodontique (6 %). La cavité occlusale et la perte de chaque crête représentent à chaque fois 20 % de perte de résistance.



Abstract de l'intervention d'Alain Vanheusden

Réhabilitations nécessitant une prise en charge globale du cas

Restaurations postérieures Préparation



Réduction tissulaire (exprimée en poids)	
Couronne	76 %
Pas d'Ancrage Corono-Radiculaire	
Overlay	67 %
Inlay MOD	22 %

1

Tooth structure removal associated with various preparation designs for posterior teeth
D. Eschler, A. Sorensen
J Perio Rest Dent 2002;22(3):241-249

1. La dentisterie moins invasive permet d'éviter une mutilation tissulaire uniquement nécessaire à l'obtention de rétention. Elle permet donc de diminuer notablement le recours aux ancrages corono-radiculaire, bien souvent à l'origine de fractures radiculaires. De plus, sur dents pulpées, les taux de complications pulpaire sont deux fois moins importants lorsque l'on a recours à des restaurations partielles et non périphériques.

D.V.O Augmentation

Safety of increasing vertical dimension of occlusion: a systematic review
ABDUO Jaafar
Quintessence Int. 2012 May;43(5):369-80.

↗ : 2 à 5 mm sans conséquences

Temps d'adaptation : 2 à 3 jours (2 semaines)

Période de validation (évaluation des conséquences)

Pistes collées ou restaurations fixes transitoires plus efficaces que les gouttières

Peu d'éléments objectifs : expertise clinique !!!

2

2. Dans les cas d'usure des faces occlusales (érosion, attrition liée au bruxisme, etc.), il convient de relever la dimension verticale d'occlusion (DVO) du patient. Cela peut être fait sans contre-indication dans la limite de 5 mm au pointeau de l'articulateur. Cette nouvelle DVO est alors testée pendant deux semaines par le patient grâce à une gouttière rigide en résine, ou de restaurations en résines collées sur les dents postérieures (« pistes » de composite réalisées au laboratoire et collées sur les anciennes restaurations).

Pertes tissulaires avancées 3-Step Technique

- Wax-up restaurant la morphologie des 2 arcades
- Auto-moulage (mock-up) des restaurations provisoires
- Restauration des dents postérieures par overlays
- Restauration des dents antérieures par facettes vestibulaires ou par la technique sandwich

3

Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition : the three-step technique. Part 1 / 2 / 3.
Vailati F, Bolsary U.
Eur J Esthet Dent 2008;3(1):30-44.
Eur J Esthet Dent 2008;3(2):128-146.
Eur J Esthet Dent 2008;3(3):236-257.

3. La technique de réhabilitation des arcades érodées des restaurations partielles collées est plus connue sous le nom de « 3-Step technique », décrite par Francesca Vailatti. Cette méthode consiste à réhabiliter provisoirement les secteurs postérieurs pour rehausser la DVO, puis réhabiliter le secteur antérieur avec cette nouvelle occlusion et un bon guidage antérieur. Enfin, on transforme les réhabilitations provisoires des secteurs postérieurs par des restaurations partielles collées en composite faits par CFAO ou en vitrocéramique.

DVO : évaluation initiale Gouttière

Épaisseur minimale : 0,5 mm



RPPC uni-maxillaire	0,5 mm / 1,5-2mm
RPPC bi-maxillaire	1 mm / 2-3mm

4

4. Si l'augmentation de DVO est inférieure à 2 mm au pointeau de l'articulateur, on ne pourra relever cette DVO qu'au bénéfice d'une arcade (maxillaire ou mandibulaire). En effet, une faible augmentation n'ouvre l'espace prothétique que de 0,5 mm au niveau des deuxième molaires. Il s'agit alors de l'épaisseur minimale pour réaliser une restauration en vitrocéramique. Au-delà de 3 mm d'augmentation, l'espace disponible est supérieur à 1 mm, on peut donc réaliser des restaurations sur les deux arcades.



**RETROUVEZ
L'INTÉGRALITÉ
DE LA
JOURNÉE
SUR
www.sop.asso.fr**



ADHÉREZ À LA SOP
ET ACCÉDEZ AU REPLAY
DE CETTE JOURNÉE
ET À + DE 100
REPLAYS DE
NOS JOURNÉES
ACCESSIBLES EN LIGNE

**Bulletin
cahier
central**



Les points clé de la conférence de Catherine Galletti

- Un recontourage amélaire peut, après alignement, être réalisé pour améliorer l'esthétique du sourire et ainsi économiser du tissu dentaire.
- La réalisation de maquettes est un temps fort du traitement pour prévisualiser le respect de certains paramètres et pour communiquer avec le patient.
- Dans les cas de régénération de papille suite à une perte osseuse, il est essentiel de traiter le parodonte en l'assainissant avant d'apicaliser le point de contact.
- Une contention à vie par fil métallique collé en lingual ou par le port de gouttière nocturne est un élément essentiel dans la stabilisation du résultat sur le long terme.



Les points clé de la conférence d'Anthony Atlan

- Toutes les taches blanches sont liées à une diminution locale de la concentration en minéraux, c'est-à-dire une hypominéralisation.
- Cette hypominéralisation peut avoir différentes étiologies (lésions carieuses débutantes, fluorose, trauma, MIH).
- L'émail hypominéralisé est plus poreux.
- Il est possible de renforcer l'émail et de masquer leur aspect blanc opaque grâce à un protocole d'érosion infiltration.



Les points clé de la conférence d'Olivier Étienne

- La résistance de la dent délabrée est intimement liée à la persistance ou non des crêtes marginales qui assurent un ceinturage continu d'émail ;
- En cas de perte des deux crêtes marginales, l'épaisseur des parois vestibulaire et palatine/linguale, la présence de fissures, ainsi que le contexte occlusal, orientent le choix vers une restauration de type inlay/onlay ou overlay ;
- La simplification de la forme de préparation passe par le collage d'un substitut dentinaire sous champ opératoire et à l'aide des adhésifs les plus efficaces sur le tissu dentaire : les MR3.



Les points clé de la conférence d'Alain Vanheusden

- La réduction tissulaire entraîne une perte de rigidité de la dent.
- Le taux de complications pulpaires à 10 ans est 2 fois supérieur après préparation de couronnes que de restaurations partielles collées.
- On peut augmenter la DVO dans la limite de 5 mm au pointeau de l'articulateur, sans conséquences pour le patient.
- La réhabilitation qui complète des cas d'abrasion sévère peut se faire par des restaurations partielles collées en céramique ou en composite, sans avoir recours aux préparations périphériques traditionnelles.