



Retour sur la Journée « *L'étanchéité coronaire, clé de la pérennité de la dent* »

Imaginée puis mise en musique par Dominique Martin avec le groupe de travail de la SOP, la Journée du 13 octobre dernier a connu une belle affluence, signe que l'étanchéité coronaire associée, entre autres, à celle du collage, correspond à une vraie problématique, très concrète car très clinique, en pratique généraliste. Les participants à cette Journée ont donc répondu présents et, via leurs

questions directes ou écrites, ils ont aussi montré tout l'intérêt qu'ils ont porté aux interventions des conférenciers. Ce sont sur ces derniers, bien entendu, que reposait le succès de cette formation. Et le moins que l'on puisse dire est que, eux aussi, ont répondu présents ! Guillaume Jouanny a donné deux conférences avec des contenus très cliniques et une approche claire et concise. François Bronnec a su avec intelligence

faire l'interface entre le fondamental et le clinique. Maxime Drossart s'est placé quant à lui dans la droite ligne de l'économie tissulaire, montrant que l'on pouvait restaurer sans délabrer, en particulier grâce aux matériaux les plus récents. Enfin, Pascal de March a proposé une intervention exhaustive et très didactique. On pourra lire, page suivante, un aperçu de ces interventions.

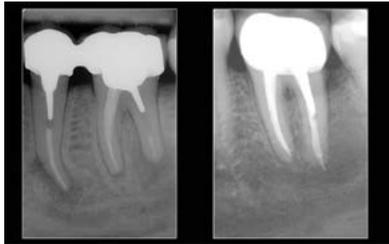
Gérard Mandel



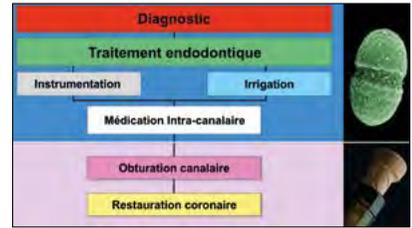
Aperçu des interventions de Guillaume Jouanny

Les traitements endodontiques de 1^{re} intention

Bien que les traitements endodontiques paraissent corrects l'historique provenant de l'interrogatoire des patients concernés fait ressortir que les traitements se sont déroulés en l'absence de champ opératoire et que plusieurs semaines se sont déroulées entre la fin du traitement radiculaire et la réalisation des éléments prothétiques.



Le succès d'un traitement endodontique dépend essentiellement du respect des différentes étapes du traitement depuis le diagnostic ayant abouti à la prise de décision puis du traitement canalaire comportant le cathétérisme, la mise en forme, le nettoyage, la désinfection puis l'obturation jusqu'à la phase essentielle d'obturation et de restauration coronaire.

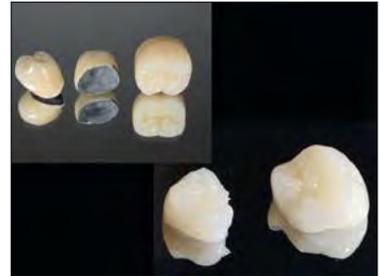


Digue et étanchéité

Toutes les techniques connues de restauration peuvent être employées. L'utilisation ou non de la digue peut avoir des conséquences. En effet des études ont montré que dans le cas où la digue est utilisée le taux de succès à long terme est de 93 % alors qu'en absence de digue ce taux tombe à 73 %. De même il est apparu que plus le volume de gutta est important plus le risque de percolation augmente. Enfin l'étanchéité est meilleure lorsque le tenon est posé dans la même séance que l'obturation canalaire.



L'étanchéité coronaire peut être obtenue par des moyens classiques : couronnes, inlays, onlays de recouvrement, endo-couronnes, etc. La pérennité des restaurations est cependant liée au volume résiduel des tissus dentaires et à la qualité du scellement, ou mieux, du collage de ces restaurations.



Aperçu de l'intervention de François Bronnec

Réaliser un traitement endodontique initial

La gestion de l'étanchéité débute par l'isolation de la dent à traiter. Dans le cas d'une effraction périphérique proximale de petit volume, celle-ci peut être obtenue par une remontée de marge, par la reconstitution d'une ou plusieurs parois proximales à l'aide d'une matrice et dans le cas d'une perte de substance coronaire complexe par l'utilisation d'une bague de cuivre ajustée ou d'une couronne métallique préformée.



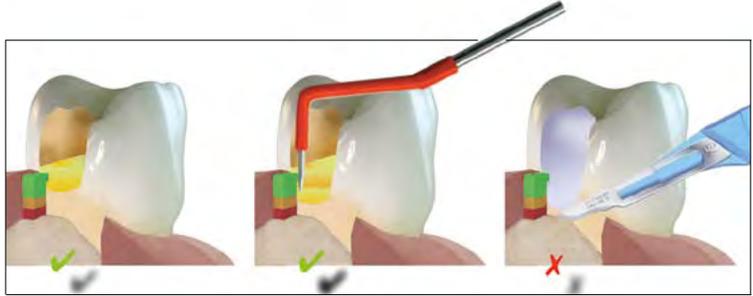
Il ne peut y avoir d'isolation sans utilisation systématique de la digue.





Aperçu de l'intervention de François Bronnec (suite)

La remontée de marge s'obtient la plupart du temps en présence d'une perte de substance supra ou juxta-gingivale par l'utilisation de CVI sous matrice. Dans le cas d'une limite de cavité sous gingivale, un remodelage gingival est nécessaire : soit par une gingivectomie effectuée à l'aide d'un bistouri électrique, soit par la réalisation d'une élévation proximale chirurgicale.



D'après O. Etienne

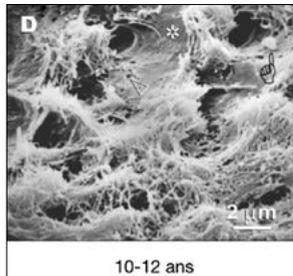
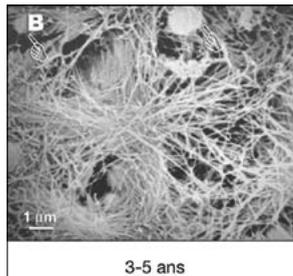
La recherche d'une étanchéité endodontique s'obtient par une condensation verticale à chaud. La fusée du ciment sous pression permet une obturation des canaux accessoires non accessibles aux instruments manuels ou mécaniques à notre disposition. Plus l'épaisseur du ciment est fine plus grande est l'étanchéité.



Aperçu de l'intervention de Maxime Drossart

Restauration de la dent dépulpée partiellement délabrée

L'étanchéité canalaire étant tributaire de la qualité de la restauration coronaire définitive et de la résistance des tissus résiduels, les modifications tissulaires observées en comparant l'évolution des structures dentaires après dévitalisation montrent que contrairement à ce que l'on pourrait penser, qu'il y a peu de transformation structurelle.



La différence de résistance observée sur une dent dévitalisée par rapport à une dent vitale tient essentiellement au volume de la partie cervicale résiduelle, l'accès, la mise en forme la désinfection et l'obturation des canaux aboutissant à une diminution des parois péricanalaies. La plupart du temps les fractures interviennent suite à la répétition de microchocs entraînant des microfêlures, causes essentielles des fractures sur des dents non nécessairement fortement délabrées.

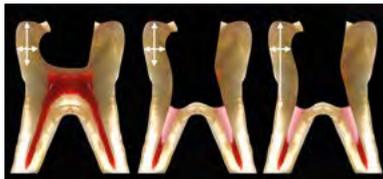




Aperçu de l'intervention de Maxime Drossart (suite)



La perte de résistance de la dent dépulpée est directement liée au volume des structures dentaires résiduelles à savoir: augmentation du bras de levier au niveau des parois et suppression du plafond pulpaire.



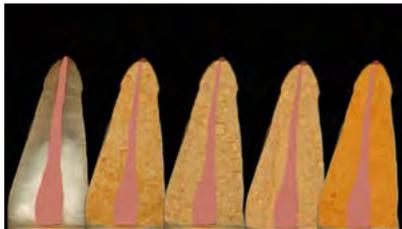
Pour assurer la pérennité de la dent, sa restauration nécessite alors un recouvrement total des structures dentaires résiduelles. Dans l'exemple ci-contre à l'obturation par amalgame d'argent a été remplacée par un inlay-onlay céramique (Emax® pressé) collé sur une base de CVI chargée en résine.



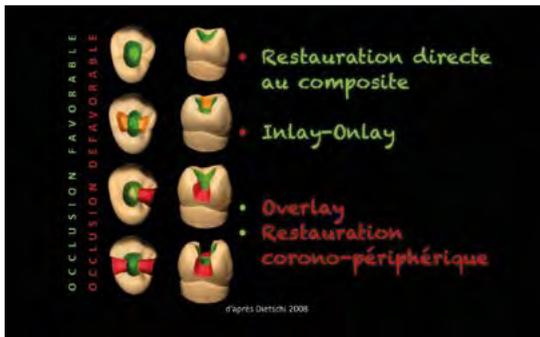
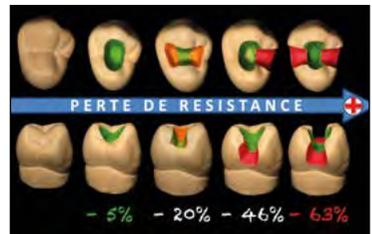
Aperçu de l'intervention de Pascal de March

Concepts et préceptes de la restauration de la dent dépulpée

Contrairement à de nombreuses idées reçues, la perte d'hydratation des dents dépulpées par rapport aux dents vitales n'est pas significative. De même leur dentine n'est pas non plus moins résistante.



Le principal facteur de fragilisation des dents dépulpées concerne le volume et la localisation de la perte de substance, surtout lorsque les crêtes marginales sont concernées, du fait de la rupture de l'effet de cerclage dentinaire.



Le choix du type de restauration le mieux adapté doit tenir compte du volume et la configuration des tissus résiduels qui déterminent le potentiel de résistance de la dent à opposer au contexte occlusal et à l'avenir fonctionnel de la dent. Dans un contexte occlusal favorable, les contraintes modérées autorisent des restaurations partielles collées directes (résines composites) tandis que les restaurations indirectes partielles ou corono-périphérique sont à envisager pour les plus fortes pertes de substances et dans un contexte occlusal défavorable.



Le seul rôle des ancrages radiculaires vise à augmenter la rétention des restaurations corono-radicaux. Leur forme doit être cylindro-conique à extrémité effilée pour limiter le risque de perforation latérale. Les tenons en céramique et en acier inoxydable doivent être proscrits à cause de leur extrême rigidité. Les tenons en Titane sont résistants et moins durs que les précédents tandis que les tenons fibrés qui ont un module d'élasticité proche de celui de la dentine peuvent aussi être collés au sein de la racine. Mais cette procédure de collage est très exigeante, difficile à contrôler et à maîtriser.