

ZOOM CLINIQUE

Page réalisée sous la direction éditoriale de Romain Jacq

La stratification esthétique au composite ou la création d'un sourire

Marine Chirouze, Marie Sevin, Anne-Margaux Collignon

Recréer un sourire pour faire sourire. Tel était le double objectif lorsque nous avons rencontré M^{me} A., patiente de 33 ans. Elle n'a qu'une seule demande : oser rire à nouveau, entièrement et sincèrement. Sa demande esthétique, loin de relever de la coquetterie, constitue en réalité une sollicitation cruciale pour sa vie en société.

M^{me} A., sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers ni médicaments, nous rapporte des épisodes anciens de reflux gastro-œsophagiens, dont elle a fini le traitement il y a longtemps. Aux questions délicates concernant l'anorexie et boulimie, elle répondra pudiquement ne pas se sentir concernée. M^{me} A. s'avoue parfois anxieuse, voire angoissée, signalant un bruxisme nocturne, supportant mal les gouttières. Elle est déjà suivie par un dentiste en ville qui nous adresse sa patiente pour la prise en charge de ses incisives centrales.

DÉCISION THÉRAPEUTIQUE

À l'examen clinique, nous observons un parodonte sain, des dents vitales. Leurs cuspidés occlusales sont cependant usées par l'attrition, et les faces linguales antérieures rongées par l'érosion, particulièrement dans le secteur maxillaire. En occlusion, la dimension verticale est conservée, mais il n'existe plus d'espace prothétique suffisant dans le secteur incisif.

Le diagnostic est une perte de substance des incisives centrales, due à des lésions d'usure chimique et mécanique, sans aucun problème infectieux, ni complication pulpaire.

Le plan de traitement sélectionné devra répondre à l'attente esthétique de la patiente tout en respectant le manque de place en palatin et prenant en compte ses possibilités financières.

M^{me} A. est « prête à tout » pour un résultat durable, mais présente des revenus modestes et un emploi du temps chargé. La décision thérapeutique s'appuiera ici sur le respect du « Gradient Thérapeutique » (Tirlet et Attal, L'information dentaire, 2009), selon ces différentes possibilités :

- Des stratifications directes au composite.
- Des facettes ou des couronnes périphériques.

Après discussion avec la patiente, notre choix s'est porté sur la stratification directe au composite dont les arguments en faveur sont les suivants :

- Faible préparation de la dent (technique additive, avec légère préparation);
- Une seule séance de soin, soin conservateur pris en charge par l'assurance maladie, solution pouvant demeurer provisoire en cas d'insatisfaction;
- Thérapeutique durable à moyen terme voire à long terme, nécessitant, dans le pire des cas, une réparation ou réfection du composite au bout de quelques années;
- Possibilité d'apprécier l'esthétisme du résultat par la réalisation d'un wax-up;
- Réalisation directe accessible pour le praticien et large choix de teinte.

M^{me} A. semble d'accord. Malgré un consentement éclairé et la confiance qu'elle nous offre, on devine qu'elle ne sait pas trop dans quoi elle s'engage, peinant à imaginer le résultat. Sa demande esthétique, associée à une indécision, nous a confortées dans le choix de la stratification.

PROCÉDURE DE RÉALISATION

La réalisation d'un wax-up permet d'appréhender la forme escomptée pour les futures restaurations et d'expliquer le traitement à notre patiente.

Après l'anesthésie, la digue est posée et M^{me} A. parvient à se détendre. Un biseau amélaire est réalisé.

La clé en silicone réalisée au préalable sur le wax-up permet de guider la réalisation du mur palatin. Celui-ci sera assez fin pour éviter la suroclusion, mais protège la dentine à nue, délabrée chimiquement. Après un protocole d'adhésion, couche par couche, l'épaisseur dentinaire et la coque amélaire (Essentia GC) sont recrées. Il ne s'agit pas d'obtenir une dent parfaite; ce seront aussi ses imperfections qui lui rendront son charme et son aspect naturel. Le polissage est achevé minutieusement, la digue est déposée et l'occlusion est contrôlée.



1 - Vue du sourire de M^{me} A. le jour de la première consultation. Les incisives centrales présentent deux types de lésions d'usure: attrition (bruxisme) et érosion (RGO, troubles alimentaires).



3 - Vue du sourire de M^{me} A. lors de la dépose de la digue, une fois le soin terminé. La gencive est oedématisée suite à la pose du champ opératoire à l'anesthésie et les dents nécessitent de se réhydrater.



2 - Vue du champ opératoire posé selon « la digue du sourire ». Création d'un mur palatin à l'aide d'une clé en silicone, reproduisant une coque amélaire.



4 - Vue du sourire de M^{me} A. à deux semaines post-op. L'état de surface a été repoli suite à la perte d'un éclat de composite. Toutes les photos ont été prises à la lumière du jour.

RÉSULTATS

M^{me} A. scrute pour la première fois son nouveau sourire dans le miroir de courtoisie et ne sait comment réagir. Le résultat immédiat est cliniquement satisfaisant mais la patiente n'arrive pas à l'exprimer; pour le moment, il lui faut s'y habituer, et réussir à « l'apprivoiser ».

Un rendez-vous à deux semaines postopératoires est fixé pour réévaluer la satisfaction que donne le soin à la patiente. Le bilan, ce jour-là, est sans appel. M^{me} A. arrive au service d'odontologie presque transformée. Un sourire vrai illumine son visage, elle s'est joliment coiffée et a retrouvé sa loquacité.

CONCLUSION

La stratification directe au composite donne une satisfaction immédiate, facile à réévaluer, permettant une réintervention. M^{me} A. le sait: ce soin ne durera pas éternellement, des risques d'échec peuvent être envisagés (fracture du composite, ternissement, récurrence de maladie érosive ou de bruxisme...) et une réintervention aura peut-être lieu dans quelques années, une thérapeutique de gradient supérieur, pourra même être envisagée. Cependant, pour l'instant, ce soin simple et relativement rapide a été validé par la balance bénéfice-risque et l'enveloppe financière de la patiente. ▀