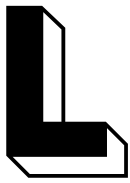


Importance de l'architecture esthétique en réhabilitation prothétique globale

La planification du projet thérapeutique permet, par une approche conservatrice, la réalisation de reconstructions globales complexes pérennes et biocompatibles.



Le cas clinique exposé ici est celui d'une patiente âgée de 64 ans présentant d'anciennes restaurations prothétiques fixées non étanches postérieures ainsi qu'un délaiement important des prémolaires maxillaires. On observe également une perte tissulaire alvéolaire importante sur le bloc incisivo-canin maxillaire. La demande de la patiente est fonctionnelle et esthétique (Fig.1, 7).

Projet et objectif thérapeutique

L'objectif thérapeutique est la restauration esthétique du sourire et de la fonction par une approche conservatrice [1,2,3] permettant également le renouvellement des artifices prothétiques anciens. Pour ce faire, le projet prothétique est donc celui d'une réhabilitation globale bucco-dentaire en redessinant l'architecture du sourire de la patiente permettant également le remplacement des anciennes restaurations prothétiques et le rétablissement des courbes de compensation fonctionnelle. Le choix thérapeutique réalisé est celui de facettes céramiques antérieures pour le bloc incisivo-canin maxillaire afin de rétablir l'esthétique, tout en restant de par les techniques de collage de céramique le moins invasif possible [1,3]. Pour le secteur postérieur, les anciennes couronnes céramo-métalliques sont remplacées par des couronnes céramo-céramiques et les prémolaires maxillaires reconstruites par *veneerlays* céramiques sur base de disilicate de lithium.

Le développement reproductible et guidé des phases cliniques et prothétiques.

Étapes thérapeutiques et plateaux techniques

La première étape du traitement est la réflexion et la planification du projet prothétique, car, en réhabilitation globale, il est extrêmement important de suivre un protocole permettant le développement reproductible et guidé des phases cliniques et prothétiques. Pour réaliser l'architecture du sourire de la patiente, le praticien effectue un tracé à la main directement sur une photographie, permettant l'obtention de formes personnalisées, sur mesure du patient, ne partant pas de cartes de formes pré-enregistrées (Fig.2). Le plan esthétique, les axes et les proportions dentaires sont corrigés et l'analyse esthétique est transmise au prothésiste qui réalisera à partir de ce guide précis personnalisé un *wax-up* en cire sur les modèles d'études (Fig.3).

Seule la réalisation de cette étape de traçage à la main directement sur photographies permet une caractérisation et une personnalisation optimale. Car l'ensemble des logiciels actuels d'analyse esthétique n'entraîne qu'une vision formatée et stéréotypée de l'esthétique dentaire. L'analyse esthétique du patient doit tenir compte de la forme préexistante dentaire tout en l'améliorant ainsi que de la forme du visage et de la psychologie du patient.

On réalise alors une validation clinique par la technique du *mock-up* en résine bis-acryl corrigé au composite *flow*. L'obtention du *mock-up* est réalisée par injection de la résine dans une gouttière de transfert (Fig.4). Cette étape importante permet de valider le projet esthétique et fonctionnel avec la patiente. Les tailles des éléments dentaires sont réalisées par des fraises à jauge d'épaisseur directement sur le *mock-up*, technique dite de pénétration contrôlée [2,4]. Les anciennes restaurations

AUTEUR

Dr Raphaël BOUDAS

- Chirurgien-dentiste
- DU esthétique du sourire



prothétiques sont déposées. Une empreinte globale silicone en *Wash* technique maxillaire et mandibulaire est effectuée ; on transmet les repères d'occlusion et de dimension verticale par la technique du calage

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Magne P, Belser U. Les restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures. Approche biomimétique. Paris: Quintessence Internationale, 2003.
- [2] Paris JC, Faucher AJ. Le guide esthétique. Comment réussir le sourire de vos patients. Paris : Quintessence International, 2004.
- [3] Tirlet G, Attal JP. Le gradient thérapeutique : un concept médical pour les traitements esthétiques. Inf Dent. 2009; 91(41-42): 2561-2568.
- [4] Gurel G. Predictable, precise, and repeatable tooth preparation for porcelaine laminate veneers. Pract Proced Aesthet Dent. 2003 Jan-Feb; 15(1):17-24;quiz 26.
- [5] Prise de teintes : des techniques conventionnelles aux techniques électroniques. Les dossiers de l'ADF 2010 Paris.
- [6] Serfaty R, Toledano Ch, Minoux M. Facettes et inlays-onlays. Les cahiers de Prothèse n°155, Sept 2011;72-82.
- [7] Koubi SA, Weisrock G, Couderc G, Laborde G, Margossian P, Tassery H. Le collage des céramiques à matrice de verre : quand méthode rime avec reproductibilité. Réalités Cliniques 2010; 21(3) : 209-217.



Fig.1 : Photographie intra-buccale initiale, vue frontale/OIM.



Fig.2 : Photographie de l'analyse esthétique réalisée manuellement par le praticien.



Fig.3 : Photographie du wax-up.



Fig.4 : Photographie du visage avec le *mock-up*, vue frontale.

occlusal unilatéral à l'aide d'un silicone d'occlusion rigide. Le calage occlusal est donc obtenu par la réalisation d'éléments provisoires en résine bis-acryl après correction de l'occlusion directement issue du projet prothétique, préfiguré par le *wax-up* initial (Fig.3). On obtient alors par la même technique, grâce à la gouttière thermoformée de transfert, ou une clé en silicone, et l'injection de résine bis-acryl la temporisation fonctionnelle et esthétique (Fig.5). Un essai des armatures ainsi que la prise de teinte sont effectués avant la finition des éléments céramiques prothétiques par le laboratoire [5].

L'utilisation du Ditramax, système d'enregistrement des axes crâniens du patient, permet également à cette étape de donner les informations complémentaires au prothésiste concernant les axes de symétrie, repère du plan de Camper, de l'axe horizontal bi-pupillaire et de l'axe sagittal médian. Une fois la stratification de céramique feldspathique cosmétique effectuée par le prothésiste, les éléments céramiques *venerlays* et facettes céramiques en disilicate de lithium renforcé sont collés sous digue par protocole de collage MR classique [6,7]. Les couronnes céramo-céramiques à armatures en oxyde de zirconium sont également scellées par un CVIMAR (Fig.6, 8).

Conclusion

La planification du projet thérapeutique et du plateau technique adapté permet, par une approche conservatrice [3] issue des derniers concepts de bioémulation [1], la réalisation de reconstructions globales complexes plus pérennes et biocompatibles. Cette complexité entraîne l'utilisation de techniques différentes entre les techniques scellées et collées nécessitant une attention toute particulière lors de l'élaboration du projet prothétique esthétique et fonctionnel. L'architecture du projet thérapeutique est donc importante afin de réaliser au mieux les différentes étapes cliniques et prothétiques. L'analyse esthétique et fonctionnelle initiale personnalisée permet notamment à l'association des résines bis-acryl de réaliser à la fois le transfert, la validation et la temporisation du projet thérapeutique tout en validant l'occlusodontie et la dimension verticale lors des étapes de temporisation et la communication des informations occlusales. #

Une approche conservatrice issue des derniers concepts de bioémulation.



Fig.5 : Photographie intra-buccale de la temporisation, vue frontale/OIM.



Fig.6 : Photographie intra-buccale, vue frontale après 12 mois de mise en fonction.



Fig.7 : Photographie initiale du visage de face.



Fig.8 : Photographie du visage de trois quarts après 12 mois de mise en fonction.