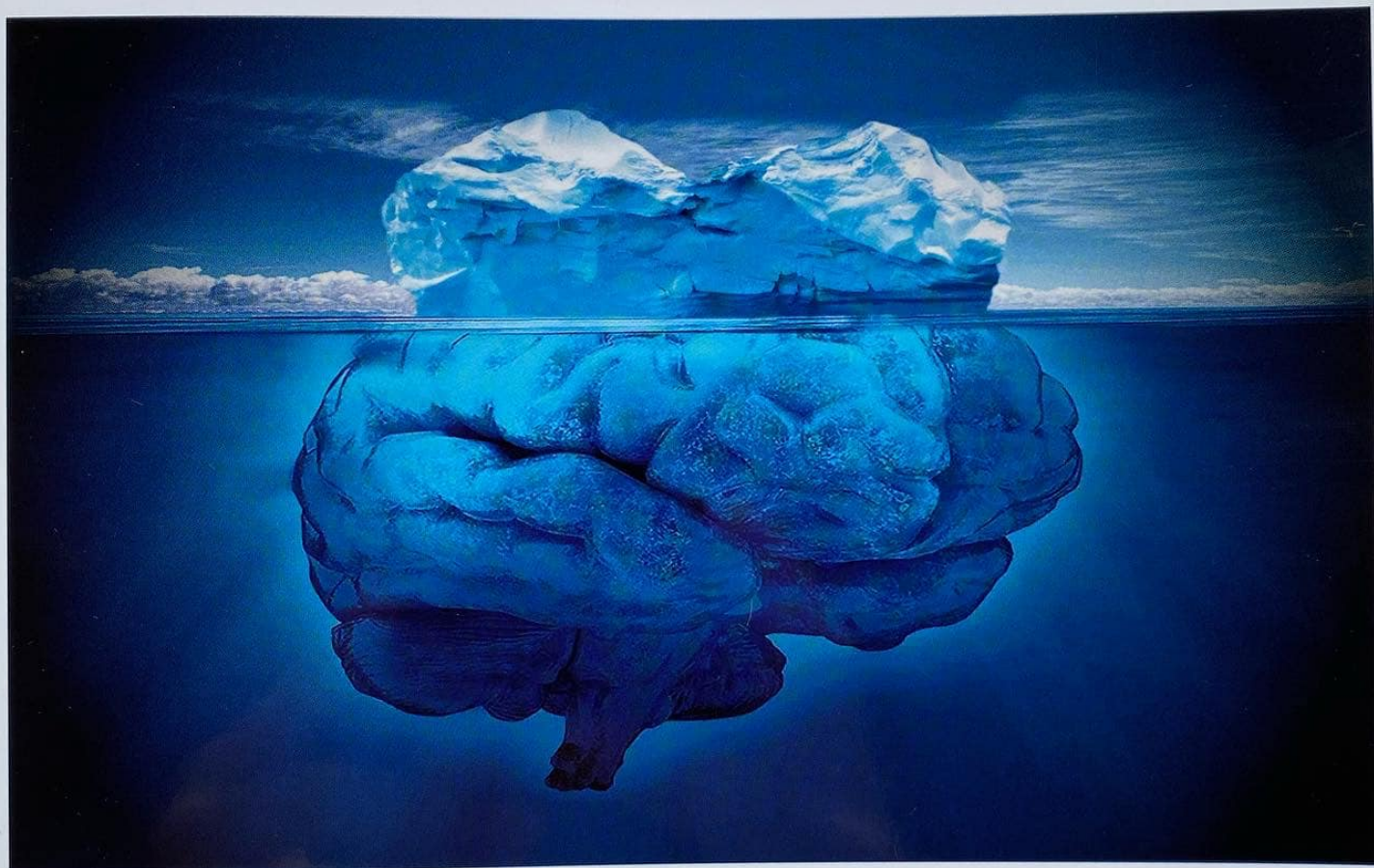




La revue thématique

Réalités Cliniques

Éditorial : **La face cachée de l'occlusion**



Occlusion en 2020 : consensus et controverses

coordonné par
Emmanuel d'Incau et **Jean-François Lалуque**

1^{er} lauréat 2019



Du rose, du blanc, mais surtout de la prophylaxie : améliorer le sourire de manière raisonnée

Pierre Layan

Fonction ?

Mathieu Régis

Fonction ?

Madame F. est suivie au cabinet pour la réhabilitation de deux dents postérieures. Elle se confie rapidement sur l'aspect disgracieux de son bridge (**fig. 1**).

Lors de l'examen clinique, nous notons une ligne de sourire haute qui laisse apparaître une cicatrice, séquelle d'opérations reconstructrices d'une fente naso-palatine dans l'enfance, ainsi qu'une concavité liée à l'effondrement des tissus mous non soutenus au niveau de l'incisive latérale gauche absente. Nous observons un « trou noir » qui passe de part et d'autre de la muqueuse vestibulo-palatine, au niveau de cette fente (**fig. 2**). Nous notons également la présence de résines composites sur 11, 12 et 13.

L'hygiène bucco-dentaire est insuffisante, avec une gencive inflammatoire, et la présence de lichen plan qui sera surveillé. Dans un premier temps, un enseignement de l'hygiène est prodigué, avec l'apprentissage du passage de brossettes interdentaires.

Le plan de traitement consiste à effectuer une greffe de tissu conjonctif ainsi que la réfection du bridge et trois facettes en céramique sur 11, 12 et 13. Notre première action est d'effectuer la dépose de l'ancien bridge, afin de le remplacer par un bridge provisoire de laboratoire.

Le rose

Un tissu conjonctif est prélevé au niveau palatin des première et deuxième molaires supérieures droites par technique de mono incision en trappe. Cette zone de prélèvement possède un tissu de meilleure qualité, davantage fibreux et plus épais. Cette zone présente en revanche un danger dû au passage de l'artère palatine en regard. Il faut donc rester superficiel dans notre prélèvement. (**fig. 3**) [1,2].

Le site est préparé grâce aux lames de bistouri 15C, le greffon est glissé puis suturé avec du mono-filament prolène 6-0. Les berges de la fente

Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt.



Fig. 1 - Vue extrabuccale du sourire de la patiente manque d'intégration esthétique du bridge secteur 2, cicatrice externe et interne séquelles d'une chirurgie correctrice d'une fente naso-palatine.



Fig. 2 - Vue intrabuccale de la situation préopératoire.

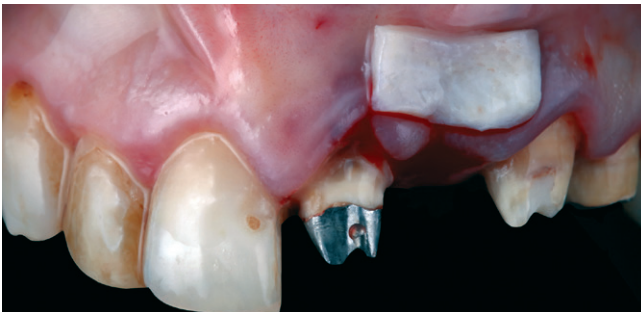


Fig. 3 - Greffe de tissu conjonctif, prélèvement épithélio-conjonctif désépithélialisé sur table puis inséré entre les deux plans vestibulo-palatins de la muqueuse.

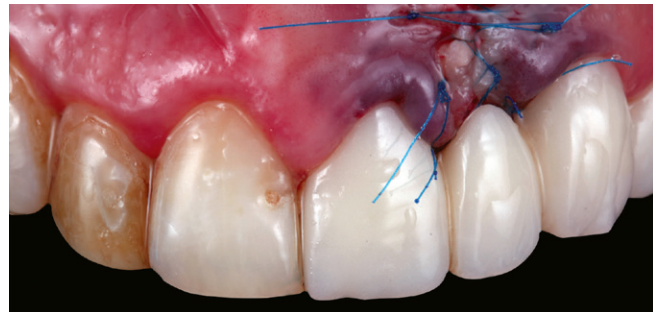


Fig. 4 - Suture du greffon, puis désépithélisation minutieuse et rapprochement des berges de la fente.

sont ensuite désépithélialisées puis rapprochées grâce à des sutures doubles points en O et Matelassier (**fig. 4**) [1].

Le bridge provisoire de laboratoire est repositionné et modifié à la base de notre inter de bridge en 22, afin d'obtenir un pontique ovoïde et une cicatrisation des tissus mous autour.

Les conseils postopératoires sont donnés, puis nous laissons la cicatrisation et maturation des tissus se faire pendant six semaines [2].

Le blanc

Comme nous désirons uniquement corriger la forme de 11, 12 et 13 et non leur teinte, et que leur substrat est bon, nous pouvons réaliser des préparations *a minima* [3].

Les facettes seront en disilicate de lithium stratifiées et le bridge 21-(22)-23-24 aura une armature zircone (**fig. 5**).

Les dents dites miroirs sont les plus difficiles à appréhender pour le prothésiste, surtout lorsqu'on doit travailler sur différents substrats, différents matériaux et différentes épaisseurs.

Le patient, et l'œil humain en général, comparent une dent à sa controlatérale. C'est là où réside toute la difficulté, surtout lorsqu'il s'agit de la réfection de deux centrales : la dent controlatérale est, dans ce cas aussi, la dent adjacente. Nous décidons, avec le laboratoire de prothèses,



Fig. 5 - Six facettes : trois seront collées sur le bridge 21-(22)-23 et trois sur 11, 12, 13.



Fig. 6 - Essayage du bridge céramique pour validation de teinte par rapport aux teintes des substrats des dents miroirs controlatérales.



Fig. 7 - Mise en place des six facettes.



Fig. 9 - Résultat intrabuccal final. Noter la bonne intégration colorimétrique 11/21.



Fig. 8 - Calibration des brossettes interdentaires correspondant aux embrasures et apprentissage des gestes d'hygiène indispensables à une maintenance correcte.



Fig. 10 - Vue extrabuccale du sourire de la patiente.

de réaliser un bridge avec teinte et taille à l'identique des dents contrôlées préparées (**fig. 6**). Nous réaliserons donc six facettes de même épaisseur et collées avec la même colle composite, ici le GC universal injectable. Trois facettes seront collées sur dents naturelles 13, 12 et 11, trois autres facettes seront collées sur le bridge 21-22-23 (la 24 sera montée directement sur bridge avec stratification classique cuite sur le bridge) (**fig. 7**) [4].

L'armature en zircone de notre bridge accueille un liner d'accroche. Une couche de cire est ensuite appliquée sur l'ensemble de l'armature, de manière à reproduire les formes et les volumes de préparations adjacentes. La cire est ensuite convertie en céramique vitreuse par technique de surpressée, avec l'utilisation d'un lingot zirpress HT A2. Cette technique assure une teinte et un substrat reproduit avec précision. Ainsi, nous pouvons coller des facettes avec chape en disilicate sur le bridge céramique.

Après essayage et validation par la patiente, nous collons les trois facettes sur dents naturelles sous champ opératoire, *in situ*; les trois

facettes qui doivent être collées sur le bridge le seront, mais à l'extérieur de la cavité buccale (**fig. 8**).

Potentialité rose/blanc : la prophylaxie

Quels que soient nos techniques et nos efforts pour aboutir à un résultat esthétique, nos réalisations ne pourront être pérennes que par un effort constant et de nouvelles habitudes d'hygiène bucco-dentaire de nos patients (**fig. 9**). Il est donc *de facto* primordial de jouer ce rôle de « paro-conscientiseur » et de délivrer ce message, clé de réussite de nos traitements, auprès de chacun de nos patients [5].

Chaque victoire a un prix, le prix n'étant non pas la somme déposée à son praticien en échange de son traitement mais bien la volonté de pérenniser ce qui vient d'être transformé et qu'il appartient désormais au patient de « choyer » par de petits gestes quotidiens (**fig. 10**).

Correspondance : dr.layan.pierre@gmail.com

Bibliographie

1. Zucchelli G. Chirurgie esthétique mucogingivale. Quintessence international; 2014, 820 p.
2. Zühr O, Hürzeler M. Plastic-esthetic periodontal and implant surgery: a microsurgical approach. Quintessence international; 2013, 870 p.
3. Clavijo V. Reproducing optical properties of anterior teeth after ultra conservative preparation. J Esthet Restor Dent. 2016;28:267-76.
4. Koubi S. Facettes en céramique : 20 recettes pour réussir. Quintessence; 2019, 684 p.
5. Poklepovic T, Worthington HV, Johnson TM, Sambunjak D, Imai P, Clarkson JE et al. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 18;(12):CD009857.