

Une dentisterie *a minima*

Les patients nous demandent de plus en plus de traitement à visée esthétique. Bien que cela puisse se comprendre, il ne faut pas oublier que le pronostic à long terme de nos traitements dépend de nombreux facteurs. Explication.



Les critères de réussite de nos traitements sont nombreux :

- Stabilité occlusale.
- Réussite esthétique.
- Longévité du traitement.
- Traitement le moins invasif possible.
- Choix des matériaux de restauration.

Les traitements peuvent être rendus complexes car il faut faire coïncider ces différentes pièces du puzzle. Nous devons avant de commencer un traitement savoir précisément où nous allons l'amener et avec quelles grandes étapes. Nous ne pouvons pas gérer l'esthétique sans penser occlusion et inversement.

Les grandes étapes des réhabilitations étendues sont les suivantes :

- Trouver une position mandibulaire la plus physiologique possible.
- Réaliser une étude esthétique intégrant le visage du patient, son sourire, son parodonte et ses dents.
- Montage sur articulateur et fabrication d'un « Wax-Up ».
- Mise en bouche du « Mock-Up » pour validation esthétique et fonctionnelle.
- Préparation des dents si nécessaire.
- Collage de la réhabilitation d'usage.



Fig.1

Fig.1 : La situation clinique initiale du patient nous montre un sourire inversé, des dents usées et courtes. Le patient ne se plaint d'aucune douleur articulaire ou musculaire.

RÉFÉRENCES

1. OKESON J.-P. : « Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion (3rd ed.) » ; St.-Louis, MO : Mosby ; 1985. 2. COY R.-E. RÉHABILITATIONS GLOBALES, FLOCKEN J.-E., ADIB F. : « Musculoskeletal etiology and therapy of craniomandibular pain and dysfunction » ; Cranio Clin Int 1(2) : 163-173, 1991. 3. JANKELSON R.-R. : « Neuromuscular Dental Diagnosis and Treatment » ; Volume 1 (2nd ed.) ; Tokyo : Ishiyaku EuroAmerica ; 2005. 4. NAEIJE M., HANSSON T.-L. : « Short-term effect of the stabilization appliance on masticatory muscle activity in myogenous craniomandibular disorder patients » ; J Craniomand Disord Facial Oral Pain 5 : 245-250, 1991. 5. ORMIANER Z., GROSS M. : « A 2-year follow-up of mandibular posture following an increase in occlusal vertical dimension beyond the clinical rest position with fixed restorations » ; J Oral Rehab 11 : 877-883, 1998. 6. LIU Z.-J., YAMAGATA K., ITO G. : « Electromyographic examination of jaw muscles in relation to symptoms and occlusion of patients with TMJ disorders » ; J Oral Rehab 26 (1) : 33-47, 1999. 7. NEILL D.-J., HOWELL P. : « Computerized kinesiography in the study of mastication in dentate subjects » ; J Prosthet Dent 55 (5) : 629-638, 1986. 8. MONGINI F., TEPIA-VALENTA G., CONSERVA E. : « Habitual mastication in dysfunction : A computer-based analysis » ; J Prosthet Dent 1 : 484-494, 1989. 9. JANKELSON B. : « Three dimensional orthodontic diagnosis and treatment : a neuromuscular approach » ; J Clin Orthod 18 (9) : 627-636, 1984. 10. OW R.-K., CARLSSON G.-E., JEMT T. : « Craniomandibular disorders and masticatory mandibular movements » ; J Craniomand Disord Facial Oral Pain 2 (2) : 96-100, 1988. 11. MAGNE P., BELSER U. : « Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition : A Biomimetic Approach » ; Hanover Park, IL : Quintessence Pub. ; 2002.

LA PROCÉDURE À SUIVRE

La situation clinique initiale du patient nous montre un sourire inversé, des dents usées et courtes. Le patient ne se plaint d'aucune douleur articulaire ou musculaire ; (Fig.1).

Le patient présente d'anciennes restaurations, des facettes d'usure. Sa préoccupation principale est l'accélération

des usures ces derniers temps ; (Fig.2).

Il souhaite éviter que cela s'aggrave et si possible, réparer les dents antérieures maxillaires.

Le plan de traitement que nous lui proposons est le suivant :

- Recherche d'une nouvelle occlusion.
- Restauration du sourire.

Les étapes de traitement sont :

- Recherche de la nouvelle position mandibulaire.
- Étude esthétique pour connaître la position des bords libres des futures restaurations.
- Réalisation d'un « Mock-Up » pour valider l'esthétique et la fonction.
- Préparation des dents sur le

CV FLASH

Dr Cyril GAILLARD



- Praticien, co-fondateur GAD et Pdt CEO.
- DU réhabilitation chirurgicale maxillo-faciale.
- CES d'anatomie physiologie, de prothèses fixées, de prothèses amovibles.
- Post graduate du Las Vegas Institute en esthétique dentaire et dentisterie neuro musculaire.
- Diplômé de l'Univ. de Bordeaux II 1998,
- Nombreuses formations post-universitaires en France, en Europe, au Canada et aux USA.

M. Jérôme BELLAMY



- Céramista (Laboratoire Global Esthetics).

Nous décidons avec le patient de ne traiter que le maxillaire.



Fig.2



Fig.4

Fig.2 : Le patient présente d'anciennes restaurations, des facettes d'usure. Sa préoccupation principale est l'accélération des usures ces derniers temps.

Fig.3 : Nous cherchons à augmenter la dimension verticale car cela nous permettra de restaurer les dents antérieures maxillaires en les préparant à minima, voire absolument pas. Fig.4 : Il est préférable de déterminer en bouche l'augmentation de dimension verticale, puis de monter sur articulateur et non pas de monter sur articulateur en occlusion de convenance pour ensuite augmenter arbitrairement la tige incisive de 1, 2, 3 mm ou plus. Fig.5 : L'étude esthétique est réalisée à partir de photographie du visage. Nous cherchons dans un premier temps à positionner les bords libres des incisives centrales maxillaires.



Fig.3



Fig.5

« Mock-Up » pour une dentisterie à minima. On travaillera en double facettes pour les dents antérieures afin de mutiler les dents le moins possible et ne pas toucher au point de contact.

- Collage des éléments céramiques

postérieurs et antérieurs vestibulaire.

- Collage des facettes palatines en composite.

Nous décidons avec le patient de ne traiter que le maxillaire.

POINTS CLÉS

La recherche de la nouvelle occlusion doit intégrer les points clés suivants :

- Les muscles doivent être dans un état de relaxation maximum.
- Les articulations temporo-mandibulaires doivent être centrées.
- Les contacts dento-dentaires doivent permettre le centrage, le calage et le guidage.
- La position occlusale doit être reproductible. Pour nous aider,



Fig.6



Fig.7

Fig.6 : À l'aide d'une clé en silicone (tirée du « Wax-Up ») et de la résine pour provisoire, nous réalisons le « Mock-Up ». Aucune dent n'a été préparée, cette étape est complètement réversible. Fig.7 : Nous utilisons un Tens qui nous permet d'obtenir la plus grande relaxation musculaire afin de finaliser les ajustements occlusaux.

Fig.8 : Les préparations des dents se font directement sur le « Mock-Up afin de préparer les dents a minima. L'occlusion est enregistrée par secteur. Les empreintes sont prises.
Fig.9 : Nous passons à la réalisation des provisoires par auto-moulage à partir du « Wax-Up ».



Fig.8



Fig.9

nous utilisons le système K7 (électromyographie, kinésiographe).

Nous cherchons à augmenter la dimension verticale car cela nous permettra de restaurer les dents antérieures maxillaires en les préparant *a minima*, voire absolument pas ; (Fig.3).

L'enregistrement occlusal intrabuccal (intégrant l'augmentation de dimension verticale) est ensuite utilisé pour le montage sur articulateur.

Il est préférable de déterminer en bouche l'augmentation de dimension verticale, puis de monter sur articulateur

et non pas de monter sur articulateur en occlusion de convenance pour ensuite augmenter arbitrairement la tige incisive de 1, 2, 3 mm ou plus ; (Fig.4).

Nous demandons au laboratoire de prothèse (*Global Esthetics*) de fabriquer un « Wax-Up » intégrant les modifications

esthétiques et occlusales. Cette étape est primordiale, une attention toute particulière doit être portée. L'étude esthétique est réalisée à partir de photographie du visage. Nous cherchons dans un premier temps à positionner les bords libres des incisives centrales maxillaires ; (Fig.5).



Fig.10



Fig.11

Fig.10 : Nous effectuons le montage sur articulateur. Fig.11 : Nous réalisons des cires pour la fabrication des éléments céramiques (disilicate de Lithium). Les éléments sur les molaires et prémolaires sont pressés puis maquillés. Les éléments antérieurs sont stratifiés.

Fig.12 : Nous plaçons les facettes « Emax » stratifiées. Fig.13 : Le laboratoire réalise un « Wax-Up » au niveau du guide antérieur. Grâce à cette technique, nous préparons *a minima* les dents, les points de contact sont préservés. Fig.14 : Nous effectuons le collage des « Emax ».



À l'aide d'une clé en silicone (*tirée du « Wax-Up »*) et de la résine provisoire, nous réalisons le « *Mock-Up* ». Aucune dent n'a été préparée, cette étape est complètement réversible ; (Fig.6).

Par la photographie, la validation de l'esthétique est faite. Dans un même temps, l'occlusion est ajustée et testée pendant trois mois. Nous utilisons un « *Tens* » qui nous permet d'obtenir la plus grande relaxation musculaire afin de finaliser les ajustements occlusaux ; (Fig.7).

Les préparations des dents se font directement sur le « *Mock-Up* » afin de préparer les dents *a minima*. L'occlusion est enregistrée par secteur. Les empreintes sont prises ; (Fig.8).

Nous passons à la réalisation des provisoires par auto-moulage à partir du « *Wax-Up* » ; (Fig.9).

Nous effectuons le montage sur articulateur ; (Fig.10).

Nous réalisons des cires pour la fabrication des éléments céramiques (*disilicate de lithium*). Les éléments sur les molaires et prémolaires sont pressés puis maquillés. Les éléments antérieurs sont stratifiés. (*Laboratoire Global Esthetics*) ; (Fig.11).

Nous plaçons les facettes « *Emax* » stratifiées ; (Fig.12).

Le laboratoire réalise un « *Wax-Up* » au niveau du guide antérieur. Grâce à cette technique, nous préparons *a minima* les dents, les points de contact sont préservés ; (Fig.13).

Nous effectuons le collage des « *Emax* » ; (Fig.14). Après le collage, une empreinte du maxillaire est reprise pour la

réalisation des facettes palatines.

Nous passons à la fabrication du « *Mock-Up* » du guide antérieur (*le temps de la fabrication des facettes palatines*) ; (Fig.15).

Nous plaçons les facettes palatines en composite « *HRI Function* » (*Bisico*) ; (Fig.16).

Nous procédons au collage des facettes avec du composite « *HRI* » (*Bisico*) ; (Fig.17 et 18).

Vous pouvez observer le guide antérieur ; (Fig.19)...

et apprécier la situation finale ; (Fig.20).

POSITION MANDIBULAIRE ET ESTHÉTIQUE

Les réhabilitations globales ou étendues peuvent être simples si une réflexion préalable a été engagée. Nous devons combiner l'esthétique et la fonction tout en conservant la biologie. La dentisterie *a minima* doit être pour nous, cliniciens, une priorité. Cela est facilité par une

Ensuite, nous pouvons prendre en considération l'esthétique du futur sourire et faire le lien entre l'esthétique et la fonction.



Fig.15 : Nous passons à la fabrication du « *Mock-Up* » du guide antérieur (*le temps de la fabrication des facettes palatines*).



Fig.16 : Nous plaçons les facettes palatines en composite *HRI Function*.

Fig.17 et 18 : Nous procédons au collage des facettes avec du composite HRI.



Fig.17



Fig.18



Fig.19

modification de la position mandibulaire en augmentant la dimension verticale de la façon la plus physiologique possible et non pas arbitraire. Cette étape doit être la première de notre traitement. Ensuite, nous pouvons prendre en considération l'esthétique du futur sourire et faire le lien entre l'esthétique et la fonction. Le « *Mock-Up* » tiré du « *Wax-Up* » est une autre étape clé, cela permet de tester la

fonction et la nouvelle position mandibulaire, mais aussi l'esthétique.

Ensuite, il nous permet de réaliser notre dentisterie *a minima* en préparant les dents à travers. ■

Prothèse réalisée par Jérôme Bellamy Global Esthetic - Bordeaux.



Fig.20

Fig.19 : Vous pouvez observer le guide antérieur. Fig.20 : Situation finale.

