

Difficile, mais pas impossible

Traitement d'une agénésie des incisives latérales maxillaires

Dr Jean M. Meyer et Gilles Philip, prothésiste dentaire, Marseille/France

Le traitement d'une agénésie des incisives latérales est classiquement réalisé par la pose de deux implants en lieu et place des dents manquantes. Cela n'est cependant possible que si la situation de départ est idéale. Les auteurs décrivent ici un concept thérapeutique pour une situation initiale moins favorable.

De nos jours, l'apparence physique est considérée comme un signe de réussite sociale. C'est ainsi que de plus en plus de patients nous demandent un sourire « parfait » et des dents d'un blanc éclatant. Cette tendance s'explique, entre autres, par les médias : le sourire irréprochable des belles gens s'étale à la Une des grands magazines et irradie la réussite.

Situation initiale

Ce patient nous consulte parce qu'il souhaite lui aussi avoir un sourire « parfait ». Sa situation initiale est pourtant rien moins qu'idéale. Le patient présente une



Fig. 1 Vue vestibulaire de la situation initiale



Fig. 2 Vue occlusale de la situation initiale

agénésie : ses incisives latérales ne se sont pas formées (Fig. 1). Ses dents sont en outre très colorées. Pour aggraver le tout, la dent 13 a pris la place de la 12 (Fig. 2). Le patient n'étant pas disposé à suivre un traitement à long terme, l'orthodontie n'est pas envisageable. En outre, même de cette manière, il serait difficile d'obtenir un résultat esthétique convaincant sans modifier les dents antérieures existantes.

Planification de la restauration

La phase de planification est une étape importante du traitement. Elle nous permet d'atteindre le résultat esthétique recherché à l'aide d'une définition précise des étapes de travail. Nous pouvons travailler dans l'anticipation, sans devoir réagir à la plupart des situations imprévues. Grâce à cette approche ciblée, nous pouvons éviter les compromis sur l'objectif du traitement.

Dans le cas décrit, le principal problème est le manque de place dans le premier quadrant. La dent 13 se trouve à la place de 12 (Fig. 2). Après une planification détaillée et une concertation avec le patient et le prothésiste, nous optons pour une réhabilitation par deux bridges et une couronne réalisés en vitrocéramique au disilicate de lithium (LS₂) IPS e.max®.

Lors de la préparation de 13, la zone distale de la limite cervicale sera aménagée en sous-gingival (Fig. 3). Le but est de réduire légèrement le volume du collet de la dent et de pouvoir incliner mésialement la préparation. La 14 a un volume d'émail important en mésial. Nous pouvons donc enlever un peu d'émail pour libérer de l'espace à ce niveau. Cette préparation réfléchie permettra de créer suffisamment de place dans le premier quadrant. On pourra aussi vestibuler légèrement les dents. La situation est inverse dans le deuxième quadrant : l'espace est trop important pour que l'on puisse intégrer une reconstruction esthétique de 22. Les incisives centrales sont droites et d'une belle

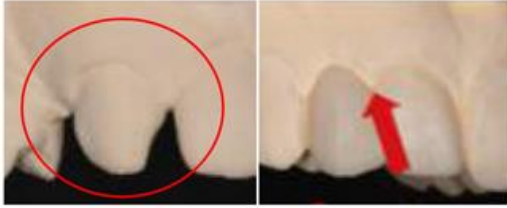


Fig. 3 Le wax-up est un bon moyen de « jouer » avec la situation sur le modèle. Dans le cas présent, la zone critique est le bord cervical de 13.



Fig. 4 La situation après blanchiment des dents

Fig. 5
La clé en silicone
utilisée pour
contrôler les
préparations



Fig. 6 Les moignons préparés avant la prise d'empreinte



Fig. 7 Le provisoire fabriqué en méthode directe



Fig. 8 Avant la pose de la restauration définitive

forme. Elles constituent une bonne base pour un résultat esthétique et harmonieux. La cire est réalisée sur la base de la planification. Les dents sont éclaircies avant d'être préparées (Fig. 4).

Approche clinique

Toutes les dents sont vitales, sauf 13, qu'il a fallu dépulper afin de la transformer en incisive latérale. Le canal radiculaire est comblé avec un tenon renforcé aux fibres de verre (FRC Postec® Plus), fixé avec le composite Variolink® II. Après mordançage et application d'un adhésif (Excite DSC®), le moignon est reconstitué avec un composite (MultiCore® Flow light), de la manière requise.

Des fils de rétraction (n° 000) sont mis en place pour protéger le parodonte marginal. La première dent à être préparée est celle qui présente un axe correct. Ce moignon préparé servira de guide pour les autres préparations. La cire de diagnostic est utilisée pour fabriquer trois clés en silicone. L'une de ces clés sera utilisée pour fabriquer en technique directe les provisoires, les deux autres sont coupées dans le sens sagit-

tal et vertical et serviront à vérifier la place disponible pour la réalisation des restaurations définitives (Fig. 5).

Les limites de préparation sont juxta-gingivales, sauf pour 13, dont la limite est légèrement sous-gingivale. Cela permet de remodeler la canine en incisive latérale et de faire de la place pour un inter de bridge d'un volume suffisant. Avant la prise d'empreinte, les tubulis dentinaires sont scellés avec un adhésif (Excite DSC) afin d'éviter les contaminations de la dentine et les douleurs postopératoires (Fig. 6). Après la prise d'empreinte, une nouvelle couche d'adhésif est appliquée sur les préparations, qui sont ensuite isolées avec de la glycérine.

Les restaurations temporaires sont réalisées à partir de la clé tirée du wax-up, avec le composite autopolymérisable Telio® CS C&B (Fig. 7). Sur dents vitales, il est conseillé de ne pas laisser le provisoire plus d'un mois en bouche. Même avec des provisoires parfaitement adaptés, il importe d'éviter toute contamination de la dentine. En cas de descellement, il convient de reprendre la préparation et d'appliquer à nouveau une couche d'adhésif Excite DSC.



Fig. 9 Le système céramique utilisé (IPS e.max) offre aux restaurations céramiques un aspect naturel.



Fig. 11 Grâce au système céramique IPS e.max, nous avons obtenu une solution esthétique malgré une situation de départ difficile.

Réalisation des prothèses

La solution prévue comprend deux bridges, de 14 à 12 et de 21 à 23, et une couronne sur 11, réalisés en céramique au disilicate de lithium IPS e.max Press. Nous avons souhaité réaliser des éléments stratifiés, à cet effet nous utilisons pour les armatures des lingotins IPS e.max Press LT (LT = Low Translucency) en teinte A1. Afin d'obtenir un résultat esthétique et une transition vestibulaire d'aspect naturel, les zones de connexion des éléments des bridges sont lingualées. Il ne faut en aucun cas sous-estimer l'importance de ces liaisons. La pérennité de la restauration ne doit pas être sacrifiée aux considérations esthétiques.

Assemblage

Après le retrait du provisoire, les moignons sont préparés de la manière adéquate (Fig. 8). Les qualités esthétiques, phonétiques et fonctionnelles des prothèses en céramique doivent impérativement être vérifiées lors de l'essayage.

Après le mordantage de l'intrados des prothèses à l'acide fluorhydrique et la silanisation avec du Mono-bond Plus, les restaurations peuvent être fixées avec le composite de collage à polymérisation dual Vario-link II transparent. On peut ainsi tirer le meilleur parti de la teinte des préparations sous-jacentes et obtenir



Fig. 10 Le sourire retrouvé du patient.

une adaptation naturelle. La translucidité des restaurations et du matériau de collage permet d'obtenir un résultat vivant (Fig. 9).

Nous avons choisi pour l'armature la céramique de pressée IPS e.max basse translucidité (LT = Low Translucency) et pour la stratification la céramique IPS e.max® Ceram en teinte A1, et avons ainsi pu donner au patient le sourire éclatant qu'il souhaitait (Fig. 10). IPS e.max® possède des propriétés biomimétiques offrant luminosité et naturel aux restaurations. Les photos du cas terminé montrent la parfaite intégration des prothèses (Fig. 11). ◻

Contact :

Dr Jean M. Meyer
314 avenue du Prado
F-13008 Marseille
meyersmileclinic@gmail.com

Gilles Philip
Laboratoire Philip
5 bd Onfroy
F-13008 Marseille
laboratoirephilip@yahoo.fr

