

# Images cliniques

Ce numéro du JADC marque le début d'une nouvelle chronique intitulée «Images cliniques», où l'on proposera une série d'essais illustrés consacrés à la médecine dentaire. Cette chronique fournira une description détaillée du traitement de divers problèmes cliniques qui se présentent dans l'exercice de la médecine dentaire. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien qui pourrait contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).

## La dentisterie de rajeunissement n'a pas d'âge

Eric VanGorder, BSc, DDS

Une femme de 80 ans s'est présentée à mon cabinet pour faire corriger un problème esthétique qu'elle avait depuis toujours et qui était dû au chevauchement et au surplomb marqués des dents dans le sextant antérieur supérieur. Même si elle avait toujours été ennuyée par ce problème, elle s'y était jusqu'à là résignée croyant qu'il s'agissait de pure vanité, mais voilà qu'elle souhaitait maintenant le faire corriger.

Diverses options lui ont été proposées pour corriger le désalignement des dents antérieures. Une consultation en

orthodontie a été faite, mais la durée du traitement orthodontique proposé n'était pas compatible aux attentes de la patiente. Elle a accepté que les dents 16 et 26, qui avaient déjà subi un traitement endodontique, soient restaurées et que le pont à cantilever défaillant (vieux de 50 ans!) sur les dents 22 et 23, de même que la couronne céramo-métallique à la dent 24, soient remplacés par une prothèse fixe à cantilever à 3 unités.

**Illustrations 1 à 6 :** Photos de diagnostic prises lors du premier examen, en janvier 2000. La patiente demandait que soit corrigé l'encombrement des dents dans le sextant antérieur supérieur.



Deux ans et demi plus tard, la patiente a exprimé à nouveau le souhait que soit amélioré l'esthétique de son sourire. Elle était disposée à ce que le résultat soit moindre que celui qui serait obtenu par un traitement orthodontique, préférant un traitement de plus courte durée.

Avec l'aide du technicien de laboratoire, des modèles ont été utilisés pour déterminer l'augmentation d'espace requis pour corriger les rotations, ainsi que le degré de réduction des dents exigé pour obtenir un profil d'émergence qui donnerait

un résultat esthétique optimal, sans nuire à l'état du parodonte. Il a été convenu que l'extraction de la dent 12 constituerait une première étape appropriée en préparation des modifications esthétiques à venir. Les résultats obtenus ont toutefois été négligeables et il a été déterminé que, ni des facettes directes en résine, ni des facettes de porcelaine, donneraient un résultat satisfaisant. Il a donc fallu remplacer la dent 12.

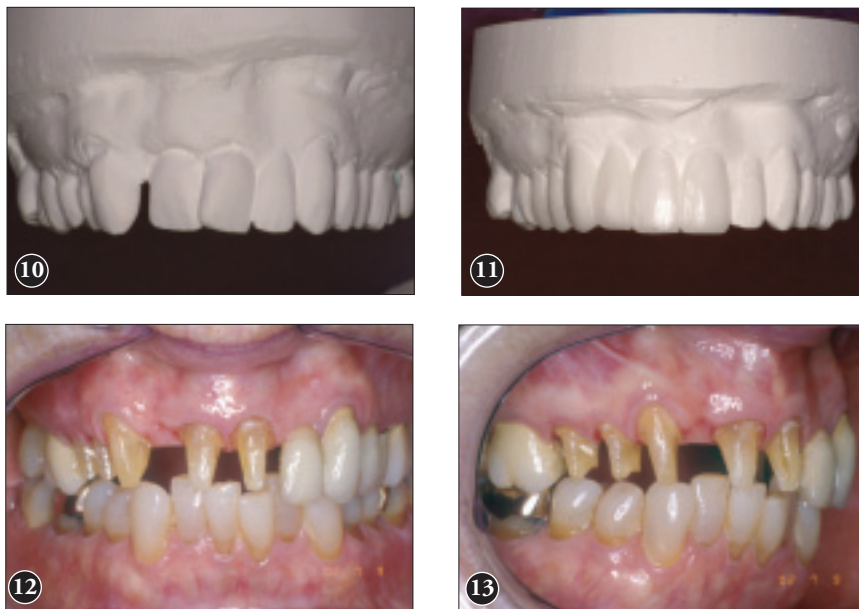
**Illustrations 7 à 9 :** Vue intra-buccale des tissus mous guéris, après extraction de la dent 12 (ill. 7). Les couronnes céramo-métalliques à la dent 16 (ill. 8) et à la dent 26, ainsi que la prothèse fixe à cantilever à 3 unités (ill. 9), avaient déjà été mises en place.



Les modèles d'étude ont été refaits et un modèle de diagnostic en cire a été soumis à l'approbation de la patiente. Le principal problème était alors de déterminer le degré de réduction en tenant compte des effets que cela pourrait avoir

sur la pulpe. La dégénérescence calcifiante du canal radiculaire, qui avait été causée par de vastes abrasions cervicales, a permis de procéder à une réduction coronaire des dents 11, 13, 14, 15 et 21 sans traitement de canal.

**Illustrations 10 à 13 :** Un modèle d'étude a été utilisé (ill. 10) pour préparer un modèle de diagnostic en cire (ill. 11), et la réduction coronaire a été pratiquée pour préparer les dents en vue des restaurations provisoires (ill. 12 et 13).



## Images cliniques

Les restaurations provisoires directes ont été réalisées à l'aide d'une coquille en acétate fabriquée sur une réplique solide du modèle en cire. La prise des empreintes finales a été retardée de plusieurs semaines, pour évaluer la réaction de la pulpe et obtenir la réaction de la patiente quant à l'esthétique

des restaurations provisoires. L'information recueillie a ensuite été communiquée au laboratoire et les restaurations finales ont été complétées. Les dents 14 et 15, qui présentaient une inclinaison linguale, ont été «replacées» en direction labiale à l'aide de couronnes céramométalliques individuelles.

**Illustrations 14 à 16 :** Une réplique solide du modèle de diagnostic en cire a été utilisée pour construire une chape en acétate (ill. 14). Les illustrations 15 et 16 présentent les vues intrabuccale et extrabuccale des restaurations provisoires.



**Illustrations 17 à 22 :** Examens de suivi de la patiente, en août 2002 (ill. 17 à 21) et juin 2003 (ill. 22).



Deux importantes leçons ont été tirées de ce cas : il est possible de corriger à l'aide d'une prothèse un problème occlusal qui, au départ, semblait nécessiter un traitement orthodontique et il ne faut jamais se baser sur l'apparence ou l'âge pour évaluer les demandes de traitement d'un patient.

*Remerciements : Je tiens à remercier les techniciens dentaires agréés de Ardent Laboratories pour leur aide dans le traitement de ce cas, ainsi que le Dr Ken Serota pour sa collaboration dans la préparation du manuscrit.*

*Le Dr VanGorder est un chirurgien dentiste qui exerce dans un cabinet privé à Mississauga (Ontario).*

*Les vues exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.*