

Images cliniques

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet 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.

Approche transdisciplinaire à l'égard de la dentisterie de rajeunissement

Glenn S. McKay, DDS

La planification du traitement complet exige l'adoption d'une approche intégrée afin d'assurer une prise en charge intégrale. Malgré l'élargissement des services dentaires offerts, le clinicien doit continuer d'élaborer son plan de traitement en y intégrant les principes fondamentaux de l'endodontie, de la parodontie, de l'orthodontie et de la dentisterie restauratrice, afin de proposer un plan progressif qui donnera des résultats probants.

Le cas qui suit illustre comment l'intégration de la dentisterie de reconstruction, de l'endodontie, de la parodontie et des techniques de restauration peut donner lieu à des soins de qualité et à des résultats esthétiques optimaux. En respectant le principe fondamental de la reconstruction – qui veut que la «forme découle de la fonction» –, le praticien saura assurer l'harmonie et l'équilibre de l'occlusion et du sourire.

Présentation du cas

Une femme séduisante de 40 ans se présente à notre cabinet pour obtenir un deuxième avis au sujet du remplacement de ses couronnes et de son pont. Cette femme est une personnalité bien en vue dont la photographie paraît régulièrement dans diverses publications. Elle n'est pas satisfaite de la couleur de ses dents sur les photographies et du fait que les rebords des couronnes antérieures sont exposés (*ill. 1a et 1b*).



Illustration 1a : Photographie de diagnostic prise lors de l'examen clinique.



Illustration 1b : La patiente était consciente de la détérioration de l'état de ses dents, comme en témoignent l'exposition des rebords des couronnes et l'altération de la couleur des dents.

L'examen clinique, complété d'une série complète de radiographies de la bouche (*ill. 2a, 2b et 2c*) et de modèles d'étude montés sur articulateurs, révèle un plan occlusal supérieur incliné, une dentition fortement restaurée caractérisée par des couronnes céramo-métalliques mal agencées et de forme et de couleur inappropriées, une récession gingivale associée à des caries marginales, des carences muco-gingivales autour du pont dans le quadrant supérieur droit, ainsi que des dysharmonies occlusales assez générales mais surtout associées au pont.

Un parodontiste a été consulté, et un modèle en cire a été réalisé en laboratoire pour montrer à la patiente les résultats qu'elle pouvait réalistement espérer, compte tenu des contraintes de temps imposées par son horaire. On lui propose de procéder à un allongement chirurgical de couronne clinique pour corriger l'asymétrie des marges gingivales dans la région antérieure du maxillaire supérieur et d'utiliser des implants osseo-intégrés pour éviter la mise en place d'un pont de longue portée dans le quadrant supérieur droit. La patiente doit aussi consulter un endodontiste, car les traitements de canaux sur plusieurs dents sont de piètre qualité. On craint qu'une dégénérescence pulpaire ne se produise suite à la nouvelle préparation des dents, en particulier là où il y a caries gingivales. Les effets possibles du traitement proposé sur l'état de la pulpe sont expliqués à la patiente qui consent au traitement

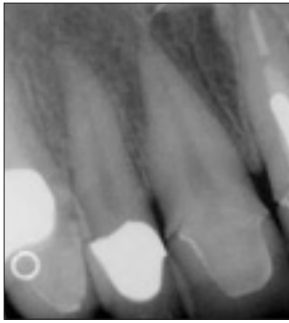


Illustration 2a : Radiographie des dents antérieures montrant des marges mal ajustées.



Illustration 2b : Radiographie montrant la perte d'os interproximal et l'impact sur l'embrasure.



Illustration 2c : Radiographie montrant des canaux radiculaires avec scellement apical déficient et mauvais ajustement du tenon radiculaire.



Illustration 3 : Un pont provisoire en acrylique, traité thermiquement et sous pression, a été fabriqué en laboratoire.



Illustration 4 : Après l'allongement chirurgical de couronne, on obtient une meilleure symétrie cervicale.



Illustration 5 : Le pont provisoire a été regarni avec de l'acrylique autopolymérisable. L'ajustement marginal et les embrasures sont maintenant plus harmonieux et rappellent davantage l'apparence naturelle.



Illustration 6 : Traitement de canal complété, réalisé avec de la gutta-percha thermoplastique, selon la technique coronapicale. La reconstitution sur tenon radiculaire montre une bonne adaptation aux canaux.



Illustration 7a : La technique d'augmentation a permis d'accroître sensiblement le volume de la crête gingivale, facilitant ainsi l'obtention d'un profil d'émergence idéal.



Illustration 7b : Des piliers de guérison ont été utilisés pour redonner un aspect naturel à l'architecture des gencives, en prévision de la mise en place de la prothèse finale implanto-portée.

endodontique préventif et à un nouveau traitement aux endroits jugés nécessaires.

Approche intégrée en matière de traitement

Le traitement par étapes est amorcé, se référant à des modèles de cire. Ces modèles servent à fabriquer un guide chirurgical en vue de l'allongement de couronne et à déterminer les paramètres pour la fabrication d'un pont provisoire en acrylique (ill. 3). Le parodontiste a remodelé les surfaces

gingivales inégales à l'aide d'un lambeau pleine épaisseur, avec ostéoplastie et ostectomie, pour accroître la longueur clinique de la couronne sans empiéter sur la largeur biologique (ill. 4).

Environ 6 semaines après la chirurgie, les couronnes et le pont existants ont été retirés, et un pont supérieur provisoire en acrylique a été adapté aux nouvelles préparations (ill. 5). Le traitement de canal et les reconstitutions sur tenons radiculaires (FRC Postec, Ivoclar Vivadent Inc., St. Catherines, Ont.) ont été complétés peu après (ill. 6).

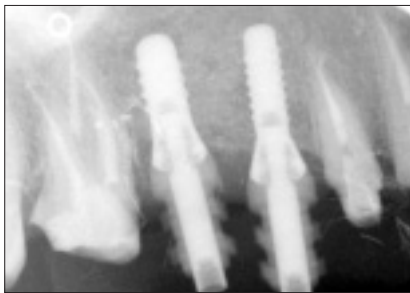


Illustration 7c : Radiographie montrant un bon ajustement des transferts aux implants.



Illustration 7d : Le squelette du pont repose avec précision sur les piliers.



Illustration 7e : Succès de l'osséo-intégration des implants et bon ajustement prothétique.



Illustration 8a : Photo prise au moment de l'insertion finale des couronnes.



Illustration 8b : Le clinicien exprime une seule insatisfaction, celle d'avoir été incapable de corriger la perte de la papille interdentaire entre les dents 11 et 21 – ceci ne pose toutefois pas problème à la patiente.

Le siège de l'implant, dans le quadrant supérieur droit, a été préparé à l'aide de greffes osseuses autogènes (Bio-Oss, Osteohealth Co., Shirley, NY) et d'une membrane de collagène résorbable (Bio-Gide, Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Suisse). Après une période de guérison de 6 mois, 2 implants dentaires (de forme radiculaire) ITI de Straumann (Straumann Canada Ltd, Burlington, Ont.) ont été mis en place à l'emplacement des dents manquantes 15 et 16. Des empreintes complètes de l'arcade supérieure (Virtual VPS, Ivoclar Vivadent Inc.) ont été prises une fois les implants bien intégrés et après maturation des tissus mous (ill. 7a à 7e).

Des couronnes antérieures toutes céramiques ont été fabriquées (Creation Translucent, Jensen Dental Products, North Haven, Conn.) selon une technique multicouche, pour reproduire les détails anatomiques et optimiser la translucidité. Les couronnes ont été fixées en place avec la résine-ciment Variolink II (Ivoclar Vivadent Inc.). Même si l'on n'a pas obtenu une symétrie bilatérale optimale, la patiente était extrêmement satisfaite du résultat final.

Il est toujours possible d'obtenir de bons résultats esthétiques

et fonctionnels, par une approche transdisciplinaire, une planification efficace du traitement et l'éducation du patient sur le traitement proposé et les résultats escomptés (ill. 8a et 8b). L'approche globale en matière de traitement se justifie par la perspective du maintien à long terme de la santé buccodentaire qui favorisera le mieux-être du patient. Il est de la responsabilité de tous les praticiens d'utiliser une approche systématique qui s'appuie sur les principes fondamentaux traditionnels, afin d'établir des bases solides qui faciliteront la planification du traitement. ➤

Remerciements : L'auteur est fortement reconnaissant aux techniciens du Quality Dental Laboratory de leurs efforts et au Dr Ken Serota de son aide dans la préparation de ce manuscrit.



Le Dr McKay exerce dans un cabinet privé à Mississauga (Ontario).

Écrire au : Dr Glenn McKay, 4141, ch. Dixie, Mississauga ON L4W 1V5. Courriel : rockwooddental@on.aibn.com.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.