

Images cliniques

Couronnes antérieures en résine pour les patients aux besoins particuliers

Dr Charlie Inga, DDS

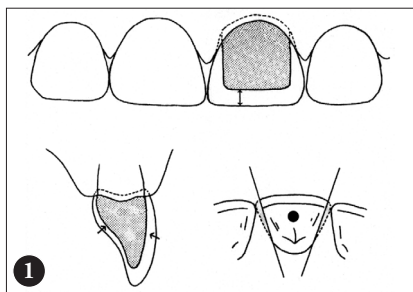
La mise en place de couronnes esthétiques en résine sur les dents antérieures est pratiquée depuis de nombreuses années en dentisterie pédiatrique mais, malheureusement, elle l'est beaucoup moins chez les patients ayant des besoins particuliers. Cet article expose le cas d'un tel patient chez qui des couronnes antérieures en résine ont été mises en place, en expliquant les étapes à suivre pour obtenir de belles restaurations esthétiques et durables.

Les restaurations coronaires complètes sur des incisives primaires carieuses sont indiquées lorsque la carie touche de multiples surfaces; il y a atteinte du bord incisif; il y a décalcification cervicale importante; une pulpotomie est indiquée; et les caries sont de faible importance mais l'hygiène buccodentaire du patient laisse beaucoup à désirer de sorte que le risque de caries est élevé. Dans certains cas, des incisives permanentes ont aussi été restaurées avec succès et des résultats esthétiques ont été obtenus, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir des empreintes ou des

modèles de laboratoire ou de faire un suivi pour l'insertion de couronnes ou de facettes.

Dans notre clinique, les restaurations dentaires majeures chez les patients aux besoins particuliers sont pratiquées sous anesthésie générale, ces conditions étant optimales pour la mise en place de couronnes en résine sur les dents antérieures. Ces restaurations ont aussi été réalisées sans anesthésie, chez des patients qui collaboraient bien.

Les couronnes antérieures en résine offrent une solution de choix intéressante pour bon nombre de cliniciens, mais elles sont très exigeantes sur le plan de la technique. Ainsi, la contamination de la dent par le sang ou la salive nuira à la liaison et empêchera l'adhésion de la restauration, qui ne résistera pas. D'où l'importance d'isoler complètement la dent à l'aide d'une digue, pour créer un milieu de liaison idéal et obtenir des restaurations durables. Les étapes cliniques et les photographies qui suivent visent à servir de guide pour la restauration des dents antérieures par des couronnes en résine.



1 Préparation en vue de la mise en place d'une couronne antérieure en résine. La quantité de structure de la dent à enlever varie en fonction de chaque dent et de l'étendue de la carie.



2 Un enfant de 5 ans souffrant d'un retard du développement nécessitait une réhabilitation dentaire majeure sous anesthésie générale, y compris des restaurations antérieures. Sa mère ne voulait pas de couronnes en acier inoxydable sur les dents antérieures.



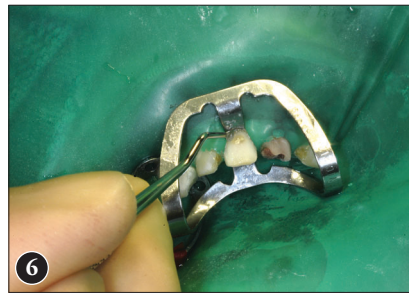
3 Le choix de la couleur doit se faire avant d'isoler la dent. Il faut aussi noter la largeur de la dent, afin de pouvoir choisir une couronne de forme appropriée.



4 Le quadrant est isolé à l'aide d'une digue aux plus petits trous possible, laquelle est retournée autour de la dent à réparer, ainsi que d'un clamp Ivory 212 placé sur la dent 51.



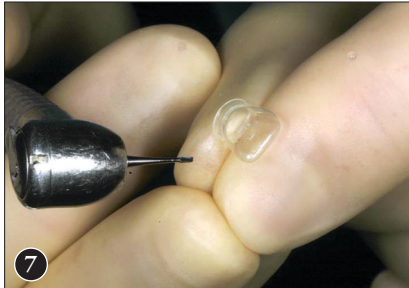
5 Élimination de la structure de la dent (voir la Boîte 1).



6 La carie est enlevée au moyen de fraises rondes et de curettes à carie. La pulpotomie ou la protection pulpaire est pratiquée à ce stade.

Boîte 1 Élimination de la structure de la dent

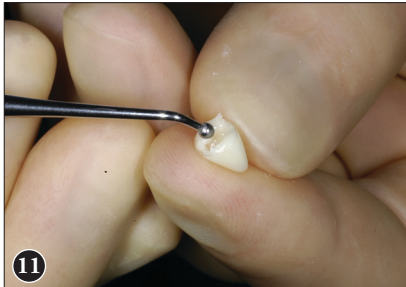
La face incisive est réduite de 1,5 à 2,0 mm à l'aide d'une fraise diamantée conique. Sur la surface faciale, la réduction se fait d'abord en biseau au bord gingival puis, à mesure qu'on progresse vers le bord incisif, on travaille progressivement plus en profondeur, jusqu'à 0,5 à 1,0 mm. La face linguale est réduite d'environ 0,5 mm avec une fraise diamantée en forme de ballon de football. Enfin, les zones interproximales sont réduites d'environ 0,5 à 1,0 mm avec une fraise diamantée conique et sont parallèles l'une à l'autre. La ligne de finition recommandée est un biseau qui devrait se terminer au milieu de la crevasse gingivale. Tous les angles sont arrondis.



Forme de la couronne préalablement choisie de manière à reproduire le plus fidèlement possible la largeur mésiodistale recherchée de la dent. À partir de la face linguale, un évent est mis en place dans la région du cingulum avec une fraise ou un explorateur pointu, pour laisser l'air s'échapper et éviter ainsi la formation de porosités dans la résine composite. L'évent favorise également une bonne mise en place de la couronne, ce qui est très important lorsque plusieurs couronnes sont prévues (évite la permutation des surfaces faciale et linguale).

L'excès gingival est enlevé avec des ciseaux courbes ou des ciseaux à bouts fins. On est maintenant prêt à vérifier la forme de la couronne sur la dent.

La forme de la couronne doit se prolonger jusqu'à environ 0,5 à 1,0 mm sous la ligne de finition et sa hauteur doit correspondre à la longueur du bord incisif, afin de conférer à la dent une apparence naturelle. Si la dent est un peu trop longue, elle pourra être corrigée durant la finition du composite. L'ajustement le plus important est celui de la face gingivale. La forme de la couronne doit être taillée à la longueur cervicale appropriée et doit être bien ajustée, sans être trop serrée.



Préparation de la structure de la dent en vue de l'application du composite. Mordançage de la dent et application de l'agent de liaison.

La couronne est remplie environ aux deux tiers de résine composite. Pour éviter la formation de vides ou de poches d'air, bien tasser la résine dans tous les coins de la couronne.

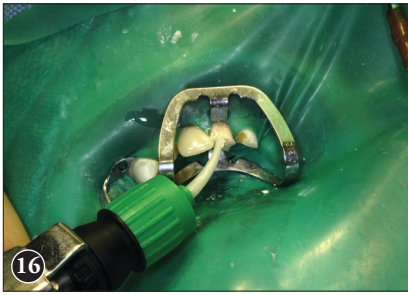
La forme remplie de résine composite est placée sur la dent, en vérifiant qu'elle s'ajuste bien autour du rebord gingival. L'excédent de matériau doit s'écouler depuis le rebord gingival et l'évent. La couronne est ensuite maintenue en place et l'excédent est enlevé.



Le matériau composite est polymérisé conformément aux instructions du fabricant, en plaçant la source lumineuse sur les faces linguale, faciale et incisive

Le clamp Ivory 212 est déplacé sur la dent 61. La dent est préparée, et la pulpotomie est commencée.

La chambre pulpaire est remplie d'une pâte d'oxyde de zinc eugéno, qui interfère avec la polymérisation du composite si laissé sur la préparation.



16 Mise en place et durcissement d'un fond protecteur en verre ionomère Fuji (GC Amercia, Alsip, Ill.). Le fond protecteur peut être mordancé avec la préparation pour favoriser la liaison de la couronne en composite à la dent.



17 La forme remplie de composite est mise en place et polymérisée, en suivant les étapes précitées.



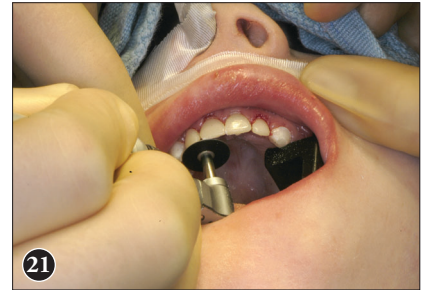
18 Les dents antérieures ont été polymérisées et sont prêtes pour la finition. Il faut maintenant retirer les couronnes préfabriquées en résine qui ont servi de formes; on utilise pour ce faire des disques abrasifs sur les évents sur la face linguale, ce qui amincit la couronne préfabriquée.



19 Le matériau est fendu avec soin avec un instrument, pour faciliter le retrait de la couronne préfabriquée.



20 La forme de la couronne préfabriquée qui a servi de forme est retirée.



21 Après avoir retiré les couronnes préfabriquées, l'occlusion et le contour sont corrigés au besoin avec des fraises à finir et des disques abrasifs. Il n'est pas nécessaire de polir la surface faciale de la restauration. On obtient une très belle finition lorsque la polymérisation du composite se fait en contact avec la couronne préfabriquée.



22 Il reste à vérifier l'ajustement marginal. Les excès peuvent être enlevés avec une fraise à finir pour composite.



23 La restauration des dents antérieures donne un résultat esthétique, qui plaît à la fois aux parents et à l'enfant.



24 Lors de la visite de suivi après 1 semaine, l'enfant va bien et se brosse bien les dents.

La dentisterie esthétique peut être pratiquée sur des patients aux besoins particuliers. Nous avons traité et suivi de nombreux patients qui souffraient de problèmes médicaux à l'Hôpital pour enfants Scottish Rite du Texas, où plus de 130 couronnes en résine ont été mises en place sur des dents antérieures au cours des 4 dernières années. Ces couronnes sont aussi belles aujourd'hui qu'elles ne l'étaient au moment de leur application. Avec l'amélioration du sourire de leur enfant, les parents sont plus portés à insister sur l'hygiène buccodentaire et ont une attitude plus positive à l'égard de la santé buccodentaire de leur enfant. ♦



Le Dr Charlie Inga est directeur adjoint à l'Hôpital pour enfants Scottish Rite du Texas et professeur adjoint au Département de dentisterie pédiatrique au Centre des sciences de la santé de l'Université A&M du Texas/ Collège de médecine dentaire Baylor, Dallas (Texas). Il n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Écrire au : Dr Charlie Inga, 2222 Welborn St, Dallas, TX 75219. Courriel : cinga@tsrh.org.

La séance du Dr Inga, intitulée «Anterior resin crowns in special needs patients» fait partie de l'événement Lunch & Learn prévu le jeudi 26 août.