

RÉHABILITATION GLOBALE D'UN

AUTEUR

Marie CLÉMENT
Ancien AHU en prothèse,
Faculté d'Odontologie de
Lyon.
Exercice libéral à Lyon.

Philippe BUISSON
Laboratoire de prothèse à
Saint-Didier-au-Mont-d'Or.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent
n'avoir aucun lien
d'intérêts.

Référencement bibliographique

Clément M, Buisson P.
Réhabilitation
globale d'un cas
d'usure bi-maxillaire.
CLINIC 2024;45(437):\$\$\$-
\$\$\$.

SITUATION INITIALE

Le patient souffre d'une usure dentaire sévère et consulte pour améliorer son sourire. Il présente en effet des signes d'érosion très nets associés à une usure mécanique. Quelques sensibilités à la mastication le gênent également au quotidien. Il ne présente pas de désordres temporo-mandibulaires. Le patient a comme objectif de protéger ses dents durablement en les délabrant le moins possible et rétablir son sourire avec un résultat le plus naturel possible.

TRAITEMENT

Afin de répondre à la demande du patient, seule une réhabilitation bi-maxillaire était envisageable avec une

augmentation de la dimension verticale permettant de protéger les faces occlusales des dents postérieures et de rallonger les dents au niveau antérieur. Au niveau postérieur, des table-tops ou veneerlays ont permis de rester le plus conservateur possible. Au niveau antérieur mandibulaire, la réalisation de facettes compense la perte de substance. Enfin, au niveau antérieur maxillaire, il aurait été possible de réaliser un traitement via la *3 step technique* à l'aide de facettes palatines associées à des facettes vestibulaires mais, dans cette situation, avec cette faible hauteur et l'absence de contre-dépouille, la réalisation de « tacos en céramique » a été proposée au patient pour diminuer les interfaces et les coûts.



Figure 1

Situation initiale du sourire.

Figure 2

Situation initiale à l'échelle intra-buccale.

Figure 3

Au niveau occlusal, les sensibilités étaient présentes sur l'ensemble des plages dentinaires exposées.

CAS D'USURE BI-MAXILLAIRE

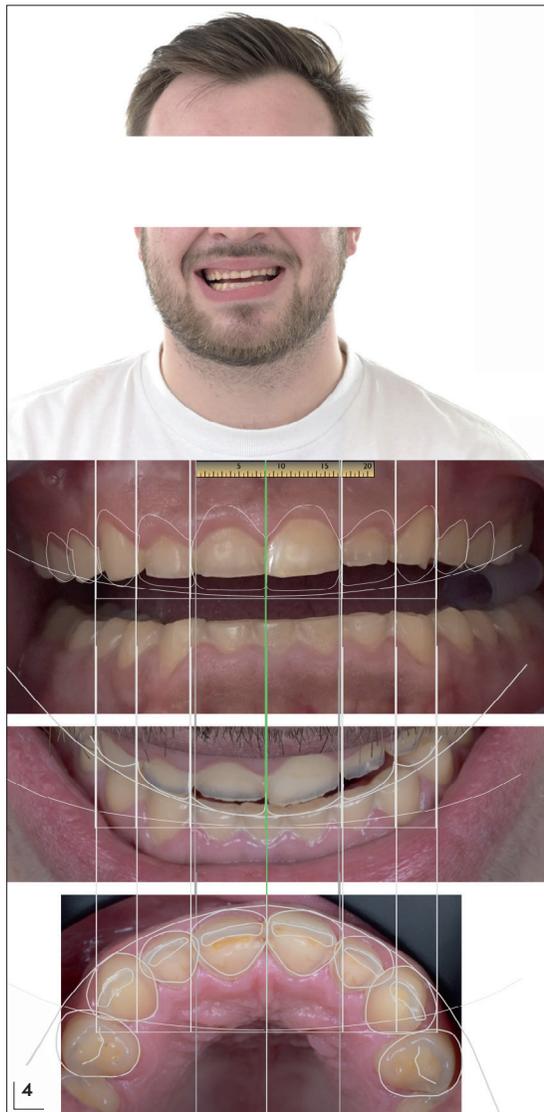


Figure 4
Ensuite, l'étape de validation esthétique et fonctionnelle est capitale pour la suite du traitement. À ce stade les gingivectomies sont réalisées selon le DSD.



Figure 5
Le maxillaire a été traité en premier lieu avec la conservation du projet collé provisoirement au niveau mandibulaire. La réalisation de ces « tacos en céramique » permet de conserver tout l'émail proximal afin de profiter d'un collage le plus optimal possible avec ces faibles hauteurs prothétiques. Vue des préparations juste avant le scellement dentinaire immédiat.



Figure 6
Les pièces en vitrocéramique (pressées maquillées en postérieur et stratifiées en antérieur) sont essayées (pâte Try-In Ena Cem UD1, Bisico) avant d'être préparées selon le protocole suivant : mordançage à l'acide fluorhydrique 20 secondes, rinçage long puis séchage, application du silane (Porcelain Primer, Bisico), attente 1 minute et séchage, application d'adhésif (bonding du All bond 2, MR3) au dernier moment (pour augmenter la mouillabilité).



Figure 7
Chaque dent est ici collée individuellement selon le protocole suivant : mise en place du champ opératoire (Hygenic Brinker Clamp B5 de 15 à 25 et Clamp 27N Hu-Friedy pour 16 et 26), microsablage (Aquacare oxyde d'alumine 50 microns), mordançage à l'acide orthophosphorique 30 secondes sur l'émail et 15 secondes sur les toutes petites plages dentinaires exposées au niveau postérieur qui n'ont pas eu de SDI, adhésif (All Bond 2, Bisico).

Figure 8
Le collage a été réalisé à l'aide de composite de restauration réchauffé UD1 (HRi Micerium, Bisico) pour les 12 éléments.



Figure 9
Les préparations mandibulaires sont réalisées, lors d'une séance suivante, toujours par rapport au projet final.



Figure 10
Une astuce consiste à utiliser une digue unitaire avec deux trous à partir des canines mais, afin de ne pas être gêné au niveau mésial, la digue est tractée et attachée au centre du cadre de chaque côté.



Figure 11
Résultat intrabuccal au moment du contrôle à 1 mois.

Figure 12
Résultat intrabuccal au niveau occlusal.

Figure 13
Une gouttière de protection occlusale nocturne est ici indispensable.



Figure 14
Situation finale à l'échelle du visage. Le patient est satisfait de son nouveau sourire.

