

Les restaurations partielles collées

Chapitre 6 : JP.Attal R.Cheron, C. Moussally

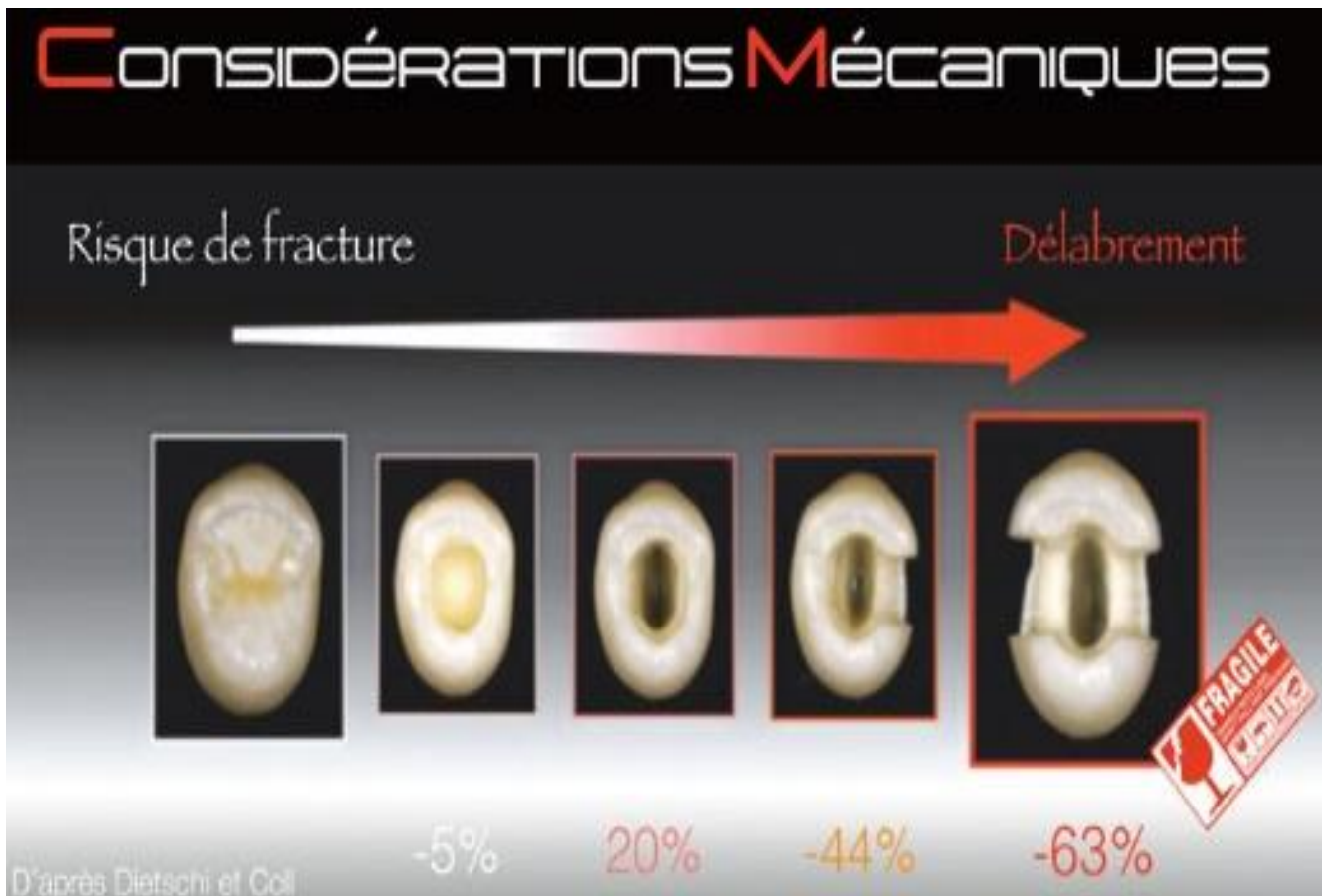


Encadré par : **Prof. A.ANDOH**
Realisé par : LAMOUALDA SAAD

Introduction

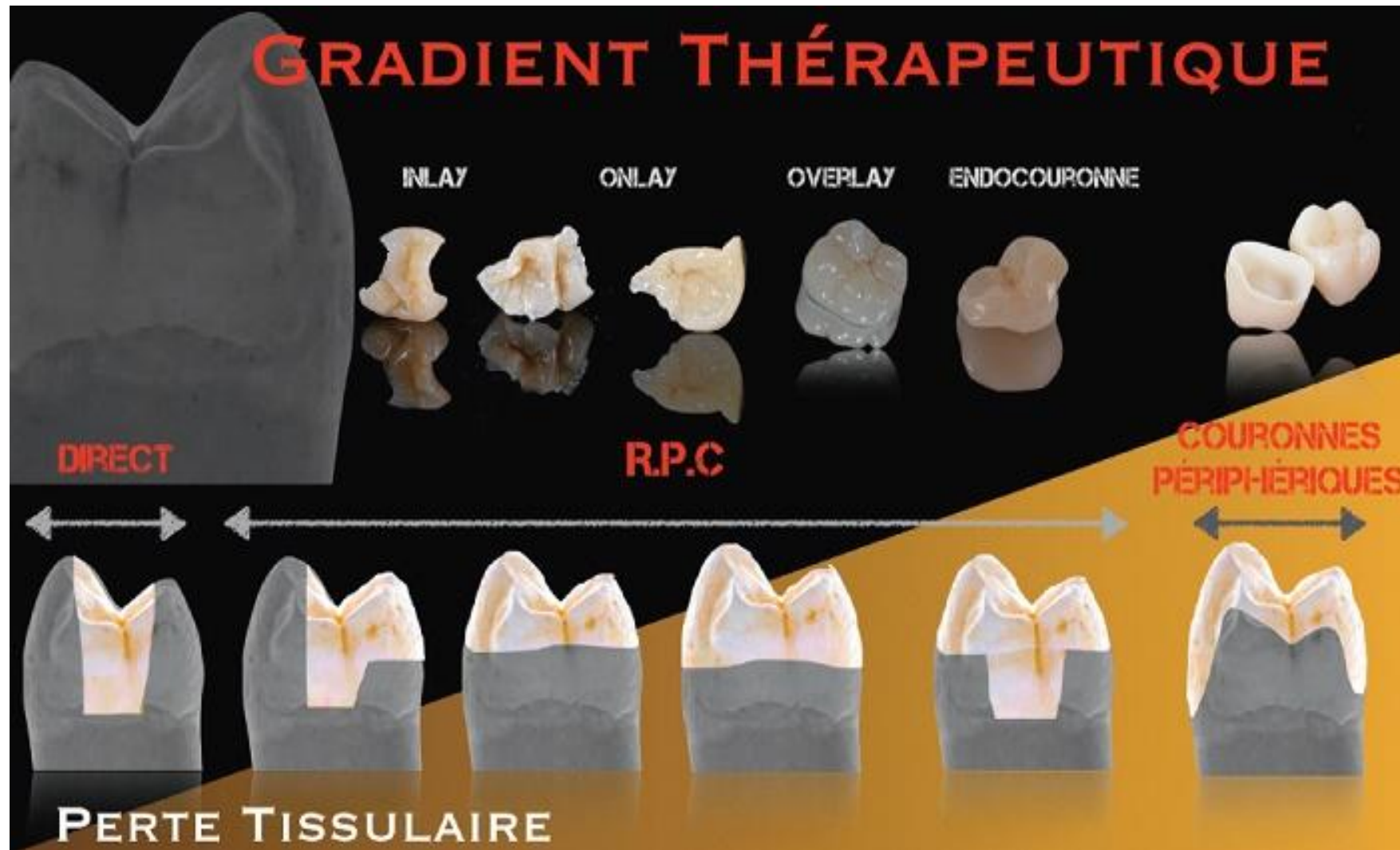
L'avènement des techniques adhésives au cours des dernières décennies nous a conduits à un réel changement de paradigme en dentisterie restauratrice et prothétique, nous poussant à une approche toujours plus conservatrice dans nos traitements.

- ❖ exemple de cas où le recours à une approche biologique par coiffage pulpaire direct à l'aide d'un ciment tricalcique (Biodentine, Septodont) combiné à une technique adhésive par onlay composite a permis, d'une part, la conservation de la vitalité pulpaire et une importante économie tissulaire, d'autre part.



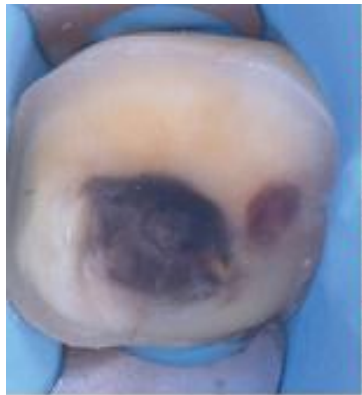
- ▶ le recours à des techniques adhésives permet de s'affranchir des principes mécanistes imposés pour la réalisation d'éléments prothétiques scellés pour lesquels la recherche d'un cerclage périphérique cervical conduit à une mutilation tissulaire importante (coronaire et radiculaire) et une agression parodontale, sans oublier la nécessité fréquente de réaliser des traitements endodontiques pré-prothétiques qui ne sont aucunement imposés par la situation biologique de la dent mais bien dans le seul but d'accroître la rétention coronaire en permettant la réalisation d'un ancrage radiculaire. On peut voir ici un des avantages majeurs de ces restaurations collées qui nous autorisent à repousser les limites de la conservation de la vitalité pulpaire.

- ❖ perte de résistance et risque de fracture augmentent avec le délabrement coronaire de la dent dépulpée.



- ▶ de nombreuses études rapportent que le caractère vital ou non de la dent n'est pas le facteur le plus important à prendre en compte et que malgré de légères modifications dans sa composition (ainsi qu'une faible déshydratation d'environ 9 %), la dentine d'une dent non vitale n'est pas intrinsèquement plus fragile. La perte de vitalité à la suite d'un traitement endodontique n'affecte que de manière limitée la résistance de la dent. En revanche, la résistance biomécanique est réduite proportionnellement à la perte de substance coronaire (combinaison de la lésion initiale/ancienne restauration et de la cavité d'accès)

- ❖ gradient thérapeutique décrit par ATTAL et TIRLET en secteur postérieur (bien qu'au départ décrit pour des restaurations en secteur esthétique) qui repose sur l'application pour une situation donnée de la technique la moins mutilante permettant l'obtention d'un résultat fonctionnel et esthétique



THÉRAPEUTIQUE
ADHÉSIVE

REPOUSSER LES LIMITES



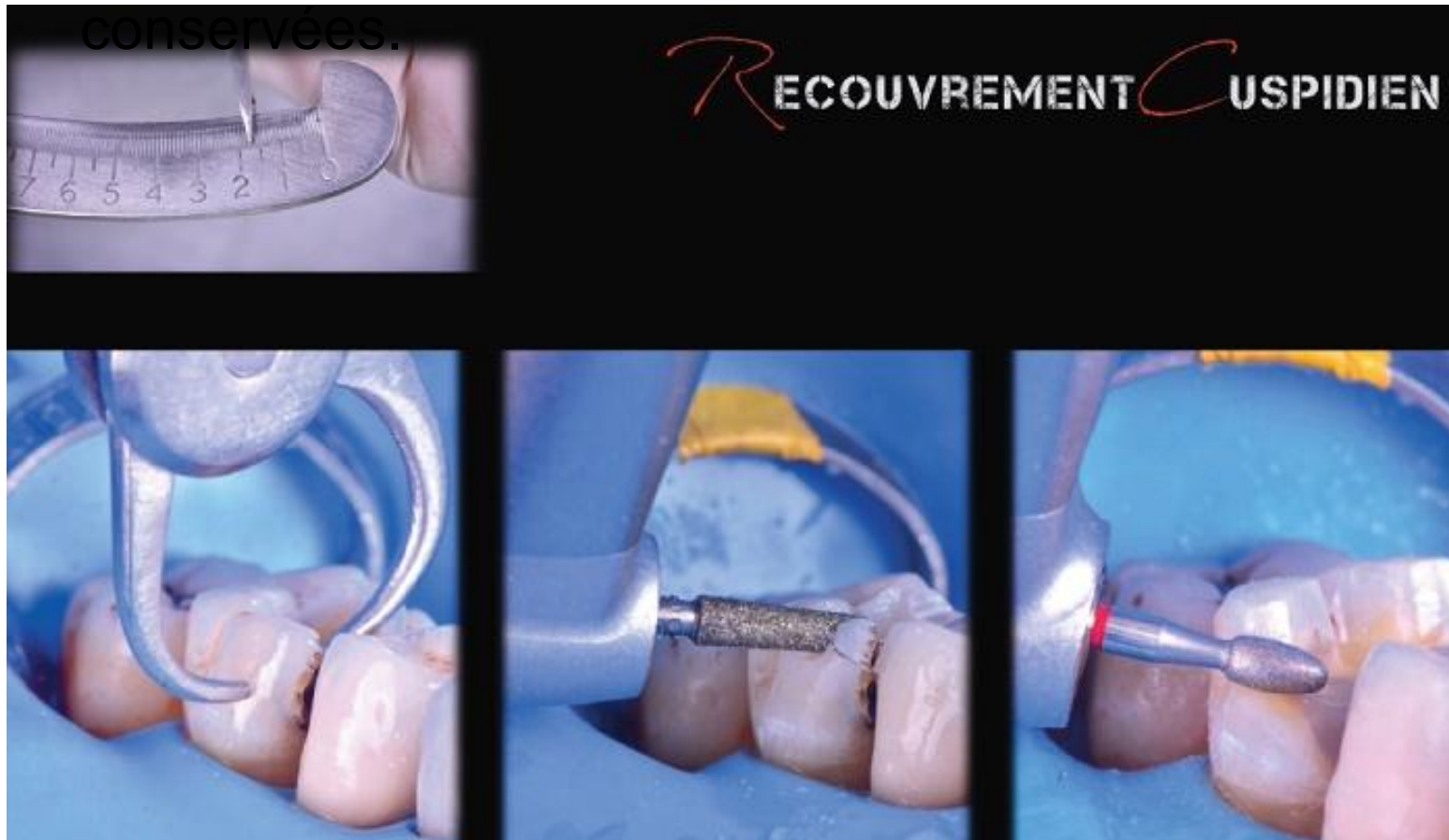
COIFFAGE

Conserver la vitalité...



- ▶ C'est dans ce contexte précis que le recours aux restaurations partielles collées prend tout son sens. La dent à restaurer est replacée au centre de nos propos ; c'est le délabrement qui va guider le clinicien vers telle préparation et tel matériau de restauration et non plus aboutir à une systématisation de notre traitement.

- ❖ Au moment de l'analyse des tissus résiduels, seules les parois et cuspides indemnes de cracks et épaisses d'au moins 1,5 à 2 mm pourront être considérées comme sûres et ainsi être conservées.



- ❖ exemple de recouvrement des cuspides linguales et conservation des cuspides vestibulaires sur une 1^{ère} molaire mandibulaire dans un contexte occlusal favorable



Cas clinique d'un onlay sur dent dépulpée

- ▶ Une patiente de 30 ans est adressée par un endodontiste référent suite à la réalisation par ce dernier de l'obturation d'une perforation ancienne du plancher pulpaire sur une 1^{ère} molaire maxillaire.

- ❖ situation initiale lors de la première consultation de la patiente .



- ▶ La seule solution thérapeutique exposée jusqu'alors à la patiente consistait en la réalisation d'une couronne périphérique associée à un ancrage radiculaire. Après évaluation des structures résiduelles et compte tenu du contexte initial de cette dent, le choix se porte sur la réalisation d'une thérapeutique adhésive sans recours à un tenon radiculaire.

- ❖ descriptif des étapes cliniques de la 1^{ère} séance avec de gauche à droite



- ▶ Après dépose des anciennes restaurations, une analyse de la cavité nous pousse à conserver les cuspides et crête marginale distale présentant des épaisseurs appropriées (environ 2 mm) mais conduit à réaliser le recouvrement des cuspides mésiales trop fines. Un scellement dentinaire immédiat est réalisé et va nous permettre un aménagement cavitaire grâce à un substitut dentinaire.

- ❖ exemple d'un nettoyage cavitaire adéquat et propice à une adhésion de bonne qualité.



- ▶ Un sablage (Al_2O_3 à 50 μm) et mordantage (acide orthophosphorique à 37 %) sont réalisés avant application d'un système adhésif MR3 (Optibond FL, Kerr) suivi après polymérisation de la mise en place d'une base en résine composite qui a pour but : d'obtenir une géométrie idéale de la préparation (suppression des contres dépouilles limitant le délabrement de tissu sain ; relocalisation des marges sous gingivales si nécessaire ; obtention d'une épaisseur correcte et uniforme pour le matériau de restauration) de dissiper les contraintes de polymérisation et créer une couche élastique jouant le rôle d'amortisseur de contraintes et d'assurer la protection de la couche hybride dentinaire de conduire à la réalisation de pièce prothétique plus fine avec des dimensions plus régulières, augmentant la transmission lumineuse pendant la polymérisation et facilitant l'emploi d'un composite photopolymérisable pour l'assemblage.

- ❖ Dans cette situation clinique, le matériau retenu avec le laboratoire est une vitrocéramique renforcée au disilicate de lithium mise en oeuvre par une technique de pressée (GC LiSi Press LT)



- ▶ La pièce prothétique sera essayée avant (adaptation marginale et point de contact) et après mise en place du champ opératoire. L'occlusion ne peut être contrôlée à cette étape. Il a été démontré que des contacts occlusaux avant collage pendant la phase d'essayage pouvaient engendrer des microfissures ou fractures de la céramique.

- ❖ la réalisation d'un épaulement au niveau de la cuspidé mésio-vestibulaire a permis d'intégrer esthétiquement la limite de la restauration au cours du sourire sans conduire à un délabrement inutile. En effet, la présence de fêlures nous indiquait d'englober cette cuspidé dans tous les cas.



Conclusion

- ▶ Dans de nombreux cas, les Restaurations Partielles Collées offrent une alternative de choix dans le traitement des dents non vitales. Le principe de préservation tissulaire s'applique donc aussi aux dents dépulpées et le recours à un ancrage corono-radriculaire (coulé ou foulé) et une couronne périphérique ne doit plus être systématique mais réservé uniquement aux situations de délabrements maximums, aux relations occlusales très défavorables et à d'anciennes dépulpations/restaurations où la qualité du substrat ne serait pas compatible à un collage de qualité.