

cosmetic

Le magazine international de l'esthétique dentaire

3²⁰¹² édition française

| **étude de cas**

Chirurgie esthétique
parodontale

| **spécial**

Dentisterie Cosmétique
Micro-Invasive

| **management**

La connectivité
dans le monde dentaire

«La **similitude**
de GrandioSO avec
la dent m'a
convaincu !»

Dr. H. Gräber

Profitez des
offres actuelles!*

PLUS PROCHE DE LA DENT

L'addition des caractéristiques physiques fait de Grandio®SO le matériau de restauration le plus proche de la dent au monde.** Cela signifie pour l'utilisateur des restaurations durables et fiables et, avant tout, des patients contents.

- Utilisation en antéro-postérieur pour les exigences les plus élevées
- Opacité naturelle pour un résultat similaire à la dent avec une seule teinte
- Teintier intelligent avec de nouvelles teintes ^{VC}A3.25 et ^{VC}A5
- Consistance souple, forte résistance à la lumière ambiante, polissage à reflets facile

* Vous trouverez toutes les propositions actuelles sur notre site www.voco.fr

** Commandez notre information scientifique.



Rendez-nous visite
ADF - Paris - Stand : 1L03
28.11.-01.12.2011

GrandioSO



Chers lecteurs,

« Économies » ! ...

Crise financière oblige, « Economies » est le mot branché du moment, et pour trouver ces économies, nous devons écouter, lire ou nous connecter... Bref ! nous informer.

En médecine et en chirurgie, l'économie est également la tendance, mais c'est, grâce aux progrès des sciences, d'**économie tissulaire** dont il est question aujourd'hui :

- _ Les chirurgiens digestifs utilisent beaucoup moins le bistouri qu'hier grâce aux techniques de coelioscopie, de coloscopie et autres rectoscopies, avec l'aide, parfois, de robots très précis.
- _ De nombreuses chirurgies à cœur ouvert ont été remplacées par des traitements utilisant des techniques interventionnelles par cathéter.
- _ La médecine esthétique, beaucoup moins invasive que la chirurgie esthétique, gagne du terrain...

En dentisterie, ces dernières décennies ont vu notre pratique changer de manière radicale :

- _ La prise de conscience de l'importance de la prévention et de l'hygiène et l'accumulation des connaissances en parodontologie nous permettent de préférer la curette au davier et ainsi d'être plus conservateurs des dents de nos patients.
- _ Les progrès de l'orthodontie permettent d'aligner les dents tout en conservant leur intégrité.
- _ Si, en praticiens responsables que nous sommes, nous jugeons l'extraction de la dent indiquée, les implants nous permettent de considérablement réduire les indications de bridges synonymes d'économie tissulaire des dents piliers.
- _ Mais la révolution, plus tranquille et silencieuse que celle de l'apparition des implants dentaires, c'est l'extraordinaire évolution de la dentisterie adhésive et des composites. Finies les préparations selon Black ; place aux micro-cavités, aux préparations minimalistes, inlays et onlays collés versus pulpectomie-couronne, bridges collés, facettes et composites lamellaires... plus on colle, moins on prépare et plus on économise les tissus de nos patients...

... Et pour trouver ces économies, nous devons écouter, lire ou nous connecter... Bref ! nous former.

Bien à vous,



Dr Claude Finelle
Comité de rédaction



Dr Claude Finelle
Comité de rédaction



| éditorial

- 03 Chers **lecteurs**
| Dr Claude Finelle

| étude de cas

- 06 Chirurgie esthétique parodontale : **augmentation pré-prothétique de la crête des tissus mous** (Partie I)
| Dr David L. Hoexter

| rapport clinique

- 10 Faire en sorte qu'une **facette unique** s'intègre si naturellement qu'elle soit **indélectable**
| Dr L. Emery Karst

| spécial

- 14 Dentisterie Cosmétique Micro-Invasive : **quand moins c'est plus !**
| Adrian U.J. Yap
- 22 Directives esthétiques pour **prothèses à l'allure naturelle**
| Björn Maier

- 32 Qu'est ce que **la beauté** ? – Partie 3
| Dr Léa Höfel

| management

- 26 **La connectivité** dans le monde **dentaire**
| Shane Hebel

| rapport de l'industrie

- 37 **Grandio®SO**, le composite pour les exigences les plus élevées

| meetings

- 38 IDS 2013: les organisateurs s'attendent à une exposition réussie

| rencontres

- 40 **Événements** Internationaux

| à propos de l'éditeur

- 41 | Directives de soumission
42 | l'ours



Crédit photo de couverture : SHOFU Dental





Tribune CME

Clinical Masters Program in Aesthetic and Restorative Dentistry

10-14 January 2013 and 24-27 April 2013 in Dubai, for a total 9 days



Didier Dietschi



Francesco Mangani



Panos Bazos

Session I: 10 - 14 January 2013 (5 days)

- Direct/Indirect composite Artistry in the Anterior Segment
- Direct/Indirect composite Artistry in the Posterior Segment
- Photography and shade analysis

Clinical Masters:

Didier Dietschi, Francesco Mangani, Panos Bazos



Mauro Fradeani



Urs Brodbeck

Session II: 24 - 27 April 2013 (4 days)

- Full coverage Anterior/Posterior Restoration
- Partial coverage Anterior/Posterior Restoration, Ceramic Restoration

Clinical Masters:

Mauro Fradeani, Urs Brodbeck

ADA CERP® | Continuing Education
Recognition Program

Tribune America LLC is the ADA CERP provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

Dubai, UAE

2 on location sessions with **live patient treatment**
and **hands on** in each session!
+ online live and recorded lectures, **online mentoring**



Full access to our online learning platform:
hours of premium video training and live webinars
collaborate with peers and faculty on **your cases**

Registration info

Course fee: € 8,900

Register by the end of October and you
will receive a complimentary iPad
preloaded with premium dental courses

Tribune CME

Tel.: +49-341-48474-302

email: info@tribunecme.com

www.TribuneCME.com



Discover the Master's secrets and Dubai's superlatives



Chirurgie esthétique parodontale : augmentation pré-prothétique de la crête des tissus mous (Partie I)

Auteur _ Dr David L. Hoexter, USA



Fig. 1 _ Vue labiale initiale de la zone édentée de la maxillaire N°21 avec une ailette.



Fig. 2 _ Vue labiale de la zone édentée de la maxillaire N°21.

_Les dentistes comprennent que les patients exigent des résultats esthétiques exceptionnels, ainsi que des résultats physiologiques supérieurs dans toutes les phases de la dentisterie d'aujourd'hui. Ainsi, les dentistes ont de nombreuses responsabilités puisqu'ils doivent être en mesure d'appliquer les technologies et techniques les plus récentes afin de répondre avec succès aux désirs esthétiques uniques de chaque patient. Un résultat esthétique réussi, nécessite de savoir comment créer la bonne illusion, ce qui est subjectif pour chaque individu. Cela peut être mesuré selon des standards objectifs et subjectifs. Alors, comment les praticiens peuvent-ils évaluer et réaliser ces objectifs ?

Pour commencer, il existe certaines caractéristiques objectives de base d'un parodonte sain, qui doivent être observées, respectées et maintenues. Un parodonte sain est essentiel pour réaliser et préserver l'esthétique restauratrice.

Un parodonte enflammé et rougeâtre attire immédiatement une attention négative sur la zone concernée. En revanche, une zone saine de la gencive rose agit comme un fond subtil, offrant aux dentistes beaucoup plus d'options restauratrices pour les dents.

De même, les couronnes en or exposées, les marges gingivales, les vestes porcelaines gingivales exposées ou les marges stratifiées attireront l'attention d'une manière négative. De plus, les couronnes placées sous les gencives, dans une zone enflammée, entraîneront certainement une récession et un modèle gingival irrégulier, ainsi que des patients non heureux des résultats.

Après avoir obtenu un parodonte sain, la couleur, la teinte, la forme, l'apparence symétrique et le choix personnel doivent être discutés. À ce stade, le défi de la dentisterie esthétique est le plus grand.

La première partie de cette série examine le rôle de la chirurgie parodontale pré-prothétique et esthétique, pour réaliser et maintenir un parodonte sain, et pour améliorer, esthétiquement parlant, la forme, la couleur et l'aspect.

Les cliniciens doivent s'efforcer d'obtenir un aspect d'une circulation symétrique saine. Les patients, par exemple, ne seront pas satisfaits d'avoir un pontique démesuré avec un bridge fixé, placé dans une vaste zone édentée et irrégulière. C'est inesthétique et retient les aliments et la plaque, ce qui entraîne une inflammation et une maladie paro-



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

dontale. Cela entraîne aussi parfois un problème phonétique. Ces patients seront déçus et frustrés des efforts d'hygiène nécessaires, et insatisfaits de l'illusion de santé et d'esthétique qu'ils souhaitaient obtenir. Par conséquent, la relation d'un pontique à l'appui sur les dents, doit être considérée d'une manière critique avant que les prothèses ne soient fabriquées.

En corrigeant la zone édentée esthétiquement et physiologiquement avec la chirurgie parodontale esthétique, un dentiste est en mesure de fabriquer une prothèse ayant une forme adaptée, qui améliore l'esthétique et la fonction.

Il est important de faire une évaluation avant de fabriquer les prothèses. Dans le passé, de grands pontiques étaient fabriqués pour combler les espaces créés par des crêtes édentées et des formes irrégulières entre les pivots. La possibilité de construire et de créer un bridge symétriquement har-

monieux qui se fond avec l'appui parodontal, est maintenant possible.

L'exemple suivant illustre un exemple de traitement d'un cas similaire, dont le résultat a été une apparence esthétique harmonieuse.

_Cas 1

Une femme de 25 ans s'est présentée au cabinet et était à la recherche d'une amélioration esthétique avec la pose d'un appareil non-amovible. Pendant des années, elle avait porté une ailette amovible pour son incisive centrale gauche supérieure (Fig. 1), qu'elle a perdue lors d'un accident alors qu'elle avait 15 ans (Fig. 2).

Après l'accident, son dentiste lui a suggéré (à cause de son jeune âge) d'éviter une attelle permanente et d'attendre que les pulpes des dents adjacentes mûrissent. Des années plus tard, elle

Fig. 3_Vue latérale montrant le creux de la concavité labiale.

Fig. 4_Vue du bord incisif occlusal montrant la crête labiale concave.

Fig. 5_Vue occlusale du contour du lambeau.

Fig. 6_Lambeau muco-gingival soulevé exposant un défaut labial osseux.

Fig. 7_Grefe de tissu conjonctif gingival posé dans la position correcte.

Fig. 8_La greffe gingivale est suturée au lambeau, est le lambeau est repositionné et suturé pour être stabilisé.



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9a



Fig. 9b

Fig. 9a_Vue latérale initiale de la zone creuse.

Fig. 9b_Augmentation de la crête guérie, vue latérale.

m'a été envoyée pour une chirurgie esthétique pré-prothétique, pour poser un appareil non amovible, esthétiquement beau et bien adapté physiologiquement.

Sans la chirurgie, le choix de l'appareil permanent aurait été un pontique volumineux ou un pontique de taille physiologiquement adaptée, qui aurait retenu les aliments et la plaque en raison du vide entre l'espace gingival du pontique et le reste de la crête édentée. Ce vide aurait alors créé un contraste sombre et inesthétique. Si le pontique avait été plus petit, il y aurait eu un espace entre le pontique et la crête édentée où les aliments et la plaque auraient également été retenus.

Si un appareil amovible avait été fabriqué, le praticien aurait peut-être obtenu une couleur

acrylique qui aurait ressemblé à la zone rose de la gencive, mais il aurait été visible. Si un crochet partiel avait été utilisé pour les prothèses amovibles, le crochet aurait été disgracieux. Un type d'attache partielle nécessite des couronnes pour être préparé sur les piliers restants, et le contraste de la dent de substitution aurait été détecté à côté des piliers adjacents. Les deux possibilités auraient été une substitution évidente contrastant avec les dents adjacentes.

Suite à la consultation, il a été décidé qu'il serait possible de corriger la forme et la hauteur de la crête en utilisant une combinaison de techniques de chirurgie parodontale, permettant ainsi au dentiste de poser une couronne physiologique. La crête édentée avait un creux labial et un bord incisif qui était concave (Figs. 3 & 4). Le tissu a dû être construit



Fig. 10



Fig. 11

Fig. 10_Vue buccale d'une zone maxillaire postérieure avec une dépression extrême.

Fig. 11_Vue occlusale du même défaut dans le postérieur sans prothèse provisoire.

Fig. 12_Vue buccale antérieure du même défaut.

Fig. 13_Augmentation de la crête du tissu terminée dans le postérieur avec un nouveau provisoire ; notez l'amélioration physiologique et esthétique.



Fig. 12



Fig. 13

sur l'incisive et la labiale, et un flux harmonieux de rose fixé de manière gingivale a dû être conservé.

Après une évaluation approfondie, une greffe de tissu conjonctif autogène a été posée sous-épithéliale lors d'une procédure chirurgicale pour obtenir une apparence symétrique. Après avoir anesthésié la patiente, le contour du lambeau et sa réflexion vers la labiale ont été finis (Figs. 5 & 6). Le site donneur du tissu conjonctif aurait pu être choisi de plusieurs zones. Dans ce cas particulier, la zone tubérositaire a été utilisée. Le tissu donneur a été désépithélialisé, et la zone édentée et déformée a été sculptée conformément à la forme désirée. Le contour du lambeau d'origine a été conçu pour éviter la récession sur les dents adjacentes et couvrir la greffe, afin d'éviter une chéloïde sur la crête. Pendant la guérison, une chéloïde aurait été d'une couleur différente, ce qui aurait nui à l'objectif de l'intégration harmonieuse de la couleur. Le contour du lambeau a ensuite été étendu de manière palatale pour inclure plus de tissu gingival attaché, évitant ainsi une chéloïde et retenant la greffe. Une fois que la greffe de tissu conjonctif libre et autogène se trouvait à l'endroit désiré, le lambeau a été repositionné et suturé pour être stabilisé (Fig. 7 & 8).

Dans ce cas, la patiente avait porté une ailette pendant des années pour remplacer une dent manquante. Après la chirurgie, j'ai réduit l'épaisseur de l'ailette existante afin que la greffe ait de la place pour pouvoir cicatriser.

Après une période post-opératoire sans incident, la patiente était guérie et a continué à maintenir une bonne hygiène dentaire. Le dentiste traitant avait le choix entre plusieurs techniques de restauration. Dans ce cas, une attelle fixe a été fabriquée avec un pontique acceptable (Figs. 9a & b).

Dans une procédure en une étape, nous avons évité la création d'une zone sombre de dépression labiale et/ou une marge crestale gingivale, concave et irrégulière. Un pontique inesthétique et long a été remplacé par un pontique d'aspect naturel, esthétiquement et physiologiquement acceptable, et la patiente était ravie.

_Cas 2

Le deuxième cas illustre l'utilisation de la même technique dans la zone maxillaire postérieure d'un patient. Après une extraction, un défaut incisif buccal extrême (Figs. 10 & 11), est représenté dans la zone maxillaire postérieure (Fig. 12). La technique d'augmentation de la crête du tissu mou a été utilisée. Un bridge temporaire montre la crête réparée, améliorant l'hygiène et l'apparence esthétique.

La prothèse finale dévoile une prothèse présente dans la cavité buccale du patient depuis 20 ans. Cela montre la longévité, ainsi que l'amélioration esthétique de la technique et sa capacité d'améliorer la prothèse. Une fois la prothèse finie, que le patient peut facilement entretenir, il est évident que les défauts inesthétiques et non physiologiques ont été corrigés avec succès (Figs. 13 & 14).

_Résumé

Dans ces présentations, des crêtes concaves creusées - un exemple dans la zone antérieure, et un autre dans la zone postérieure - ont été corrigées en ayant recours à des greffes de tissus mous. Les résultats ont éliminé les zones creusées, sombres, inesthétiques et où s'accumulent les aliments. Cette technique permet un traitement pré-prothétique, évitant ainsi les grands pontiques dont l'un des problèmes est de garder la zone sans plaque ou esthétiquement belle. Le dentiste aura ensuite un acquis pour créer la prothèse esthétique et physiologique.

Une communication permanente est nécessaire entre le parodontiste, le dentiste et le patient. Les techniques détaillées doivent être combinées avec des idées artistiques et de la patience.

Note de la rédaction : cet article est paru dans la version anglaise de cosmetic dentistry, numéro 4/2009.



Fig. 14

Fig. 14 Avec la prothèse finale en place.

_l'auteur

**cosmetic
dentistry**



Dr David L. Hoexter est professeur clinicien de parodontologie et d'implantologie à la Temple University à Philadelphie. Il est le directeur de l'International Academy for Dental Facial Esthetics, une organisation qui regroupe des médecins et dentistes de différents domaines en matière de recherche

et partage ses résultats avec les praticiens. Il donne des conférences partout dans le monde et a publié au niveau international. Il a obtenu 11 bourses de recherche y compris FACD, FICD et Pierre Fauchard. Il exerce à New York et est spécialisé en parodontologie, implantologie et chirurgie esthétique. Il peut être contacté à : 654 Madison Ave, New York, NY, 10065, USA ou drdavidlh@gmail.com.