ESTHETIQUE TRIBUNE

The World's Esthetic Newspaper · Édition Française

NOVEMBRE 2014 – VOL. 4, NO. 11 www.dental-tribune.fr

PAS À PAS

Le Componeer Class V est une coquille composite polymérisée, préfabriquée, radio-opaque et contenant une forte proportion de charges nano-hybrides. Nos praticiens testeurs nous adressent leurs cas cliniques. A vous de jouer !

▸ Page 38

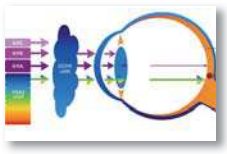
CAS CLINIQUE

L'expression du visage dépend autant du placement et de la forme des dents, qui déterminent la structure osseuse de la mâchoire, que de la plénitude des lèvres. La chirurgie dentaire esthétique à la portée de tous par le Dr Malmacher.

▸ Pages 40 | 41

BONNES PRATIQUES

La lumière bleu-violet est une des causes d'apparition de maladies des yeux comme la cataracte ou la DMLA. Les dentistes sont particulièrement exposés. Des verres produits par Essilor filtrent cette lumière nocive, essayez les.



▸ Pages 44 | 45

Témoignage du Vainqueur 2013 du Jules Allemand Trophy : The Chieti Experience

C'est un peu moins d'un an après ma victoire à la neuvième édition du Jules Allemand Trophy que je retourne dans la province des Abbruzes pour intégrer en compagnie de la polonaise Jana PETROVA (première ex-eco), le service d'odontologie restauratrice du professeur Camillio d'Arcangelo.

Arrivés sur place, Lucia du Laboratoire Micerium nous accueille avec un grand sourire, et après une bonne pizza nous nous installons dans l'appartement mis à notre disposition, en plein cœur de la cité balnéaire de Pescara.

Le lendemain c'est le Professeur Camillio d'Arcangelo qui nous reçoit. Après une brève visite des différents services et laboratoires, c'est parti pour deux semaines d'observation.

C'est le moment pour nous de peaufiner notre italien, de sympathiser avec les étudiants, de nous imprégner du fonctionnement et de voir quelques jolis cas traités par les meilleurs cliniciens du service.

Ensuite c'est à nous de jouer, sous l'œil attentif du Professeur et sous les yeux curieux de nos amis étudiants (qui nous mettent tout de même un peu la pression) nous traitons nos premiers cas. Au total le bilan de ces trois mois, dans « l'épicentre » de la dentisterie restauratrice adhésive italienne, est extrêmement positif. Pour résumer je retiendrai de cette expérience plusieurs choses :

- La gentillesse des Italiens à laquelle je ne m'attendais pas forcément en période pré-coupe du monde du football.
- Les cours auxquels j'ai pu assister, que ce soit au sein de la Faculté ou bien lors des congrès auxquels nous étions invités et qui m'ont rappelé l'importance de la recherche sans pour autant délaisser la clinique et le bon sens.
- Cette approche de traitement à minima et biomimétique qui colle aux demandes d'aujourd'hui comme aux exigences de demain.

bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

Pour cette expérience je remercie sincèrement toute l'équipe Micerium et Bisico sans qui ce concours n'existerait pas. Tout le département du Professeur d'Arcangelo qui en plus de sa gentillesse se bat sans relâche pour faire progresser les connaissances dans le monde fascinant de l'adhésion en odontologie. Et enfin toute la faculté d'odontologie de Marseille, étudiants et Professeurs, avec une attention toute particulière pour les Drs Edwige Toca et Christian Pignoly qui m'ont accompagné tout au long de cette belle aventure.

Alix DEVICTOR

Pour les inscriptions à l'édition 2015, contactez: sebastien.picavet@fip-group.fr

Jana Petrova et Alix Devictor

Photo (1) de gauche à droite : Pr Camillio d'Arcangelo, Jana Petrova, Alix Devictor

Photo (2) de gauche à droite : Dr Mirko Vadini, Pr Camillio d'Arcangelo, Dr Lorenzo Vanini, Dr Francesco de Angelis

Photo (3) de gauche à droite : Pr Camillio d'Arcangello, Alix Devictor, Dr Lorenzo Vanini, Dr Christian Pignoly

Photo (4) de gauche à droite : Alix Devictor, Dr Edwige Toca, Dr Christian Pignoly

COMPONEER quelle classe V!

Le Componeer Class V (Coltène) est une coquille composite polymérisée, préfabriquée, radio-opaque et contenant une forte proportion de charges nano-hybrides. Sa forme anatomique, qui est celle d'une fine coquille composite est disponible en différentes teintes (4) et formes. Nos praticiens testeurs nous adressent leurs cas cliniques. A vous de jouer !

Step by step

Pose de deux Componeer sur 32 et 42 chez un patient présentant de nombreuses érosions cervicales.*(Fig. 1)*

Les dents à traiter ainsi que les dents adjacentes sont nettoyées avec une brossette et une pâte à polir sans fluorure.

A l'aide du nuancier fourni dans le coffret, la teinte de la dentine puis de l'émail est sélectionnée avant d'en sécher la surface.

Mise en place de la digue.*(Fig. 2)*

L'émail est préparé avec un angle convexe en biseau d'environ 2mm de large.

La forme et la taille de la coquille préformée est choisie *(Figs. 3 et 4)* à l'aide du gabarit présent dans le coffret .Celle ci doit masquer toutes les zones lésées et préparées. L'utilisation d'un disque abrasif à rotation lente sans refroidissement à l'eau est le moyen le plus adapté afin de corriger la forme de la coquille pour une adaptation parfaite.

Le conditionnement de l'émail se fait grâce à de l'acide phosphorique > 30% pendant au moins 30s.

Le conditionnement de la dentine est réalisé avec le One Coat Self Etching Primer 1 pendant 20s en frottant avec la brossette jetable jaune.

Collage avec le One Coat Self Etching Bond 2 sur la dentine et l'émail pendant 20s en frottant avec la brossette jetable noire.

Polymérisez pendant 5s avec la lampe S.P.E.C.3 LED (Coltène) d'une puissance de 1600mW/cm². Pour garantir une photopolymérisation complète il est nécessaire d'utiliser le guide optique de 11 mm .

Activation de la coquille en appliquant une couche de One Coat Self-Etching Bond 2 (Coltène) sur la surface interne de la coquille à l'aide d'une nouvelle brossette jetable, puis sécher brièvement au jet d'air (ne pas photopolymériser)

Application du composite *(Figs. 5 et 10)* Synergy D6 (Coltène) dans la coquille à l'aide d'un instrument approprié, l'adapter à la forme de cette dernière. On installe également le composite sur les surfaces concaves de la dent de manière à éviter l'inclusion de bulles d'air.

Positionnez, alignez et mettez en place la coquille dans sa position définitive, grâce à l'auxiliaire de placement Puis éliminez les excès de matériau avant la **photopolymérisation**.

Meulage et polissage

Si l'auxiliaire de positionnement est toujours présent après la photopolymérisation, il est facile de le retirer en le cassant avec les précelles. L'auxiliaire de positionnement se casse à une distance suffisante de la surface de manière à maintenir la forme existante. Il est facile d'éliminer les résidus d'auxiliaire de positionnement sur la surface avec un disque à gros grain (par ex. SwissFlex). Pour l'élimination des excédents grossiers ou le façonnage des contours, il est possible d'utiliser une fine fraise flamme diamantée à gros grain. Pour la finition des bords, utiliser une fraise diamantée de finition de fine granulométrie (8 µm) et/ou des limes Proxoshape (Coltène). Il convient de procéder aux corrections avec des polissoirs en caoutchouc de silicone. Il est recommandé d'utiliser le polissoir cupule pour la finition cervicale et le polissoir conique pour le bord amélaire. Pour le polissage final, il est possible d'utiliser des brossettes imprégnées de carbure de silicium (de Diatech : Brushine (Coltène) par ex.) qui s'utilisent sans eau.

– Cas cliniques terminés *(Figs. 6, 8, 11)*

Cas clinique et photos, réalisés par le Dr Eric Robbiani, Chatillon

7

8

Cas clinique et photos, réalisés par le Dr Béatrice Sylvestre, Paris

1

2

3

4

5

6

Cas clinique et photos, réalisés par le Dr Carine Hayat, Paris

9

10

Lésion radiculaire de la 14 a été recouverte avec un Componeer et la 15 avec un composite fluide.

11

DU 26 AU 29 NOVEMBRE
CONGRÈS ADF 2014
EXPO INTERNATIONALE
PALAIS DES CONGRÈS PORTE MAILLOT PARIS
ADF-ASSO.FR
ADF comodent

STAND 1L18

nouveau
PSPIX

Le plus grand évènement de l'ADF est incroyablement petit !

LAISSEZ-VOUS SURPRENDRE PAR LE NOUVEAU PSPIX...

- Le scanner pour plaques au phosphore le plus petit du marché !
- Un prix raisonnable qui permet de le partager avec vos confrères ou d'équiper chaque salle d'examen du cabinet dentaire !
- Gagnez du temps avec le nouveau concept "Click & scan". Sélectionnez votre poste de travail depuis le grand écran tactile, insérez l'ERLM** et laisser le PSPIX faire le reste...

PSPIX®, système d'imagerie numérique par plaque au phosphore est un dispositif médical fabriqué et commercialisé par SOPRO.
Ce dispositif médical pour soins dentaires est réservé aux professionnels de santé et n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie.
Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice avant toute utilisation. Classe IIa / Organisme notifié : CE 0459 LNE-GMED.
Date de création : Octobre 2014. 1410DTIPM002

SOPRO a company of ACTEON Group • ZAC Athélia IV • Avenue des Genévriers • 13705 LA CIOTAT cedex • FRANCE
Tel +33 (0) 442 980 101 • Fax +33 (0) 442 717 690 • E-mail: info@sopro.acteongroup.com • www.acteongroup.com

IMAGING ACTEON

Une esthétique dentaire totale

Introduction

Pendant des années, les personnes enseignant la dentisterie esthétique se sont contentées d'aborder du bout des lèvres (sans jeu de mots) les zones orales et maxillo-faciales entourant les dents, tout comme l'importance des tissus mous extra-buccaux. J'aimerais remettre cette façon de penser en question et dire que nous, cliniciens et enseignants avons été dans l'erreur ces 30 dernières années. Les tissus mous de la face font partie intégrante de la dentisterie esthétique, et leur importance est égale, voire oserais-je, supérieure aux dents dans la formation d'un beau sourire. Il est possible que la ou le patient(e) ait de belles dents avec les nouvelles couronnes que vous avez posées et qu'il présente un excès gingival maxillaire (sourire gingival) ; est-ce là tout ce à quoi se résume la dentisterie esthétique ? Vous venez peut-être de poser et de restaurer 6 implants antérieurs, et votre patient(e) sort de votre cabinet avec un déficit volumétrique lippeux et des contours de lèvre radiaux. Est-ce que ça, c'est de la dentisterie esthétique ? Quel est l'intérêt de poser 20 facettes si les patients ne peuvent pas montrer leurs dents parce qu'ils ne peuvent pas soulever leur lèvre supérieure ?

Au cours des dernières années, avec la formation de milliers de dentistes à l'utilisation des produits injectables minimalement invasifs et non chirurgicaux, comme le Botox et autres produits de comblement cutané, à l'esthétique dentaire et à la thérapeutique dentaire (désordre temporo-mandibulaire, bruxisme, douleur myofaciale), le traitement a complètement bouleversé la dentisterie.

Cet article présente un cas qui fait apparaître clairement que les bons choix de technologie dentaire, de matériaux et de produits injectables dans les zones orales et maxillo-faciales contribuent directement à la dentisterie esthétique au niveau fonctionnel, au niveau des lignes de sourire, des lignes de lèvre et de la phonétique. Vous verrez que la totalité du traitement maxillo-facial intra-oral et extra-oral est intégralement et véritablement de la dentisterie esthétique et qu'avec la formation adéquate, il peut être assuré par tous les dentistes généralistes.

Étude de CAS

Il y a quelques années cette patiente a eu 2 couronnes 100 % céramique posées sur ses incisives centrales supérieures. Elle a eu également des facettes au niveau ses dents supérieures et inférieures *(Figure 1)*. Un jour, elle a senti que la couronne de son incisive centrale supérieure gauche (dent N° 21) présentait un jeu, et elle est venue au cabinet en se plaignant qu'elle avait une dent qui « branlait ». J'ai touché la dent, et c'était rien de le dire, elle branlait ! Après une radio, il fut tout de suite évident qu'elle présentait une fracture horizontale *(Figure 2)*. Toute restauration de cette dent étant de toute évidence inenvisageable, elle fut donc extraite et un implant de niveau osseux mis en place *(Figure 3)*. L'implant fut restauré avec une couronne Procera (Nobel Biocare), et la patiente put retrouver la stabilité très appréciée de cette dent. En revanche, elle apprécia beaucoup moins la création d'une papille interdentaire déficiente connue sous le nom de « triangles noirs » (*Figure 4*). Il s'agit de l'un des défis esthétiques les plus frustrants qui peut survenir avec tout type d'implant ou de procédure de pose de couronne ou de bridge. Une procédure innovante, testée pour la première fois par l'auteur de cet article et l'American Academy of Facial Esthetics (facialesthetics.org), consiste à utiliser des produits de comblement cutané (Juvederm Ultra XC) pour redonner son volume à la papille interdentaire afin d'éliminer les triangles noirs *(Figure 5)*.

De fil en aiguille

Après ce traitement initial, la patiente s'est intéressée au remplacement de ses couronnes et de ses facettes. Les points dont elle se plaignait sont présentés dans la *figure 6*. La nouvelle couronne sur l'incisive centrale supérieure gauche avait une tonalité légèrement plus sombre que les autres dents et, quand elle souriait complètement, elle ne montrait pas autant de dents qu'elle l'aurait voulu. Elle voulait aussi que ses dents soient plus blanches. Les facettes inférieures présentaient des fêlures qui s'accentuaient ces dernières années *(Figure 7)* et elle avait eu des soucis de décollement de facettes qui devaient être rescellées de temps en temps. Elle a déclaré « Mes dents inférieures ont un air tout raccourci. » Cette patiente présentait aussi une surocclusion très marquée (*Figure 8*).

Moi-même, tout comme toute personne disposant de la formation adéquate en esthétique orale et faciale, je peux vous apporter une nouvelle perspective sur ce qu'il faut rechercher dans ce type de cas, et comment l'état facial observé ici s'intègre dans son diagnostic et son traitement esthétique dentaire. *(Figure 6)* Regardez cette patiente au plus large de son sourire. Les corridors buccaux dans la région des P.M sont masqués, l'empêchant de déployer pleinement un sourire esthétique. Les professionnels dentaires étant généralement centrés sur la denture, la plupart des dentistes estiment dès le départ que la seule façon de corriger cette situation consiste à restaurer les prémolaires avec des couronnes ou des facettes pour corriger le déficit du corridor buccal. Chez cette patiente, et chez les personnes comme elle, il n'existe pas de solutions dentaires qui résoudraient ce problème esthétique. L'ajout de volume au milieu de son visage devrait aussi corriger la relation esthétique de sa lèvre supérieure et de ses dents. Dans un sourire complet, le bas de sa lèvre supérieure devrait chevaucher les marges gingivales de ses incisives centrales supérieures. Ceci devait être intégré dans notre plan de traitement car nous avons à la fois restauré ses dents et aussi corrigé son déficit volumétrique.

La *figure 9* montre le résultat avec utilisation du Botox et des produits de comblement cutané pour corriger l'activité musculaire ainsi que la perte volumétrique au milieu du visage. Ses zones zygomatiques sont maintenant bien soutenues et le volume est restauré. Son sourire et ses lignes de lèvre se présentent maintenant esthétiquement correctement. Ses plis naso géniens sont bien moins marqués, et sa lèvre supérieure a maintenant le soutien nécessaire pour produire un sourire plus large. Il est important dans la planification du traitement d'une patiente comme celle-ci d'avoir un plan bien pensé de coordination du traitement des tissus mous avec la dentisterie restauratrice.

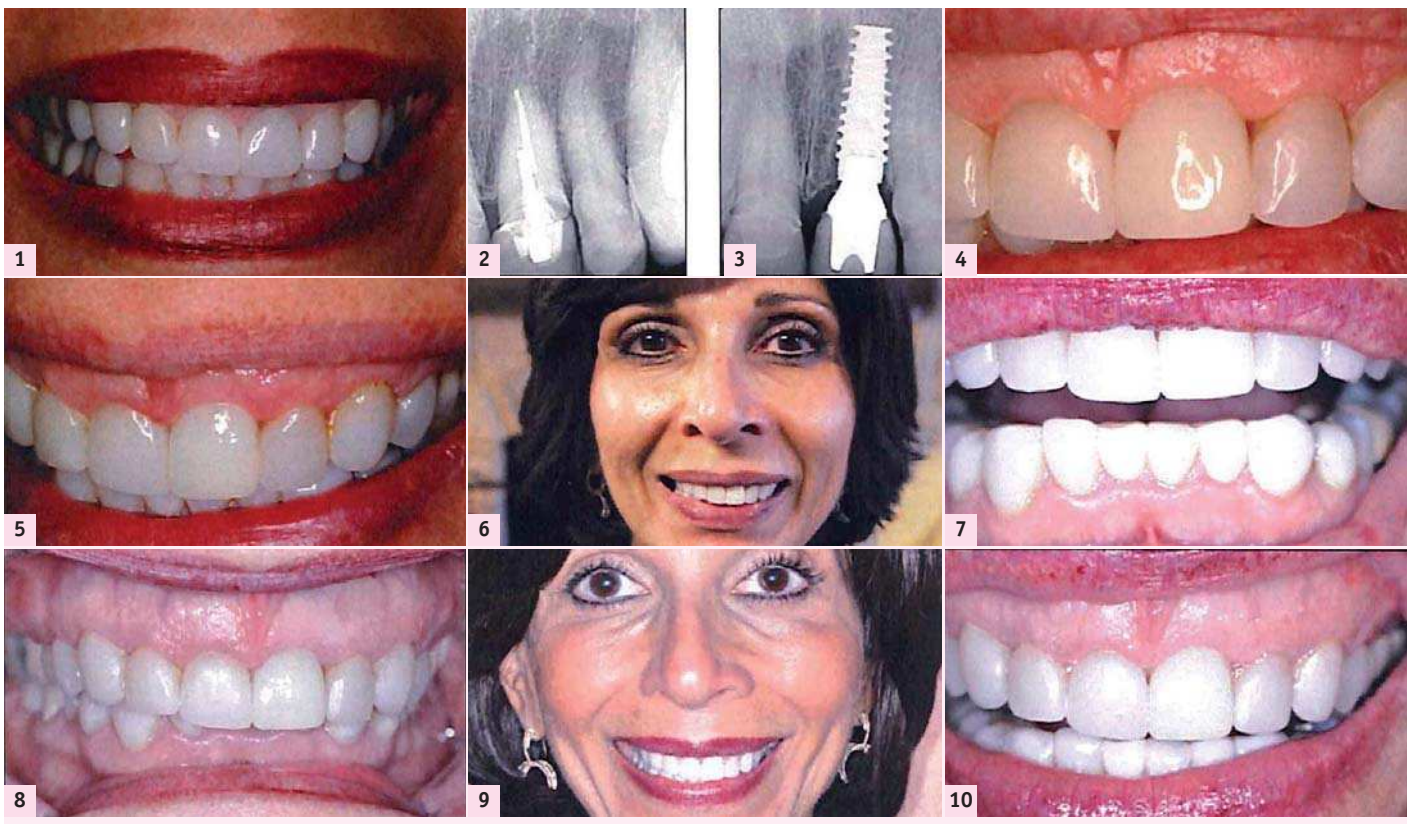


Fig. 1 : Le patient présente une couronne branlante sur l'incisive centrale gauche supérieure. – Fig. 2 : Fracture – Fig. 3: Implantplacé. – Fig. 4: Papille interdentaire déficiente (triangles noirs) résultat d'une chirurgie d'implant. – Fig. 5: Produits de comblement cutané utilisés pour restaurer le volume interdentaire et éliminer les triangles noirs. – Fig. 6: Le sourire est limité du fait du vieillissement facial. – Fig. 7: Une vue rapprochée fait apparaître de nombreuses fissures au niveau des facettes existantes faites de céramique à faible résistance. – Fig. 8: Le patient fait apparaître une surocclusion marquée. – Fig. 9: La patiente montre un sourire beaucoup plus large après la restitution de volume des joues et du visage inférieur avec des produits de comblement cutané. – Fig. 10: Les incisives centrales présentent des marges gingivales inégales.

Remonter le temps

On y passera tous. En général les gens commencent à perdre du collagène dermique et de la graisse faciale à partir de 40 ans environ, avec une accélération des changements vers 50 ans. Les zones orales et maxillo-faciales s'affaissent alors et pendent. Cette patiente en est un bon exemple, et cette forme de vieillissement facial se voit cliniquement chez elle en ce qu'elle montre moins ses dents supérieures et plus ses dents inférieures. Du fait de cette progression du vieillissement naturel, elle a perdu ses hautes pommettes et a aussi des sillons naso-géniens plus marqués ; tout cela contribue aussi à la perte de soutien de sa lèvre supérieure et à l'occultation visuelle de quelques-unes de ses dents, surtout dans les régions postérieures de sa bouche. Ce défi en dentisterie esthétique ne peut être résolu par la seule dentisterie restauratrice. Il faut nécessairement recourir au Botox et aux produits de comblement cutané, en plus des facettes, pour résoudre la combinaison des défis esthétiques faciaux et dentaires rencontrés.

Dans ce cas, 2,4 mL en tout d'un produit de comblement cutané à l'hydroxyapatite de calcium (Radiesse) ont été placés dans les zones zygomatiques gauche et droite, qui soutiennent les plis naso géniens ainsi que la lèvre supérieure.

Les plis naso géniens ont été traités avec en tout 1,9 ml de produit de comblement cutané à l'acide hyaluronique (Juvederm Ultra XC) pour leur redonner un remplissage et pour renforcer le soutien de la lèvre supérieure. Ce cas montre que le traitement de cette zone du milieu du visage concerne autant la dentisterie esthétique et thérapeutique que le traitement de la denture.

Quand on change le visage on change le sourire

Le changement des facettes peut maintenant être réalisé pour compléter la dentisterie esthétique. Cette patiente peut désormais montrer plus de dents et est prête à re-

cevoir les nouvelles facettes. Nous pouvons maintenant correctement relever les défis précédemment discutés. Un autre point qui commençait à inquiéter la patiente était le suivant : son incisive centrale supérieure gauche avait une ligne de collet plus haute que l'incisive centrale supérieure droite, car un implant avait été placé (*Figure 10*). Ce point délicat allait maintenant être intégré dans notre plan de traitement. Il a consisté à poser 10 nouvelles facettes sur les dents supérieures et 10 sur les dents inférieures. Les incisives centrales supérieures présentaient toutefois un problème particulier. La découpe d'une couronne Procera sur une dent avec un implant n'est pas vraiment ce qui amuse le plus un dentiste dans son cabinet. En fait, on risque de faire pas mal de dégâts au niveau de l'appui de l'implant, et c'est tout à fait déconseillé si on dispose d'autres options. Dans ce cas, nous avons opté pour la solution d'effectuer une liaison d'une facette en porcelaine sur les couronnes des incisives supérieures centrales existantes au lieu d'essayer de les retirer. Nous avons opté pour le système des facettes Cristal Veneers (AurumCeramics). Les facettes Cristal Veneers constituent la prochaine génération d'un système de facettes sans préparation ou à préparation minimale avec des facettes dont l'épaisseur peut être réduite à 0,3 mm, très robustes, présentant un aspect esthétique excellent. Les facettes Cristal Veneers peuvent être aussi épaisses que d'autres. Toutes les facettes précédentes ont été retirées des dents supérieures et inférieures, et des préparations les moins invasives possible ont été réalisées sur toutes les dents en fonction de l'historique de leur traitement. Ce cas devait présenter plusieurs épaisseurs sur chacune des facettes. La figure 11 montre le guide de préparation (AurumCeramics) ainsi que la préparation tout à fait minimale sur les deux couronnes des incisives centrales supérieures, qui fait que les facettes Cristal Veneers sur ces dents n'auront que 0,3 mm d'épaisseur alors que les facettes sur les incisives latérales auront quelque chose entre 2,5 mm et 3 mm d'épaisseur. Toutes les autres facettes présentaient des épaisseurs différentes, comme vous pouvez bien l'imaginer en regardant aussi les dents non préparées/tailles à minima des facettes des dents inférieures dans la *figure 12*.

Au moment du rendez-vous de préparation des facettes, on a traité les lignes gingivales des collets des incisives centrales supérieures. Un laser à tissus durs et mous (WaterLase iPlus [BIOLASE]) a été utilisé sur l'incisive centrale supérieure droite pour exécuter une gingivectomie, mais aussi une procédure d'allongement de la couronne à sulcus fermé pour que la hauteur gingivale corresponde à celle de l'incisive centrale supérieure gauche. La procédure d'allongement de la couronne est facile à réaliser avec la technologie et la formation adéquate. Elle peut être exécutée très précisémentet sans prendre de risques avec le WaterLaser iPlus. Du fait de la nature prévisible de cette procédure, nous avons pu prendre l'empreinte finale le même jour. Vous pouvez voir les dents après préparation ainsi qu'après la chirurgie d'allongement dans la *figure 13*. Du fait de l'aspect chirurgical, une temporisation précise est particulièrement cruciale pour s'assurer que la gencive puisse guérir correctement aux niveaux gingivaux établis. Un nouveau matériau temporaire, Dentocrown (Itena USA) a été utilisé en raison de sa stabilité, de son excellente adaptation gingivale et de ses caractéristiques autopolissantes qui favorisent une bonne santé gingivale (*Figure 14*). Le matériau temporaire s'est très bien comporté durant le temps nécessaire à la guérison et à la fabrication des facettes.

Le grand défi

Maintenant que les facettes ont été fabriquées et sont revenues du laboratoire, les véritables défis se profilent. Une anesthésie locale a été réalisée et les prothèses temporaires ont été retirées. La procédure d'allongement de la couronne au laser a bien fonctionné et la bonne santé de la gencive *(Figure 16)* vient de la précision du laser et du matériau temporaire unique utilisé dans ce cas.

La résolution de ce cas a demandé de relever toute une série de défis. Le premier d'entre eux consistait à pouvoir mordancer efficacement une série de surfaces dentaires dont l'émail, la dentine, le cément et la porcelaine en y réalisant des liaisons qui tiennent. La *figure 16* montre le mordançage à l'acide phosphorique sur toutes les surfaces d'émail, de dentine et de cément ; ainsi que le mordançage à l'acide fluorhydrique tamponné à 4 % PorcelainEtch (UltradentProducts) sur toutes les surfaces en porcelaine. L'efficacité des matériaux de mordançage utilisés peut être observée à la *figure 17*. Du silane a été appliqué en fine couche sur les surfaces en porcelaine, et Iperbond Ultra (Itena USA), un agent de liaison de nouvelle génération universel qui présente d'excellentes qualités de liaison avec toutes les surfaces dentaires et tous les substrats incluant entre autres un grand nombre de types de céramiques dont le zirconium, a été appliqué sur toutes les surfaces mordancées.

Toute personne ayant déjà posé des facettes présentant des épaisseurs différentes sait que le plus grand défi est d'essayer d'obtenir la même tonalité finale. La pose de ces facettes prend beaucoup de temps dans le cabinet, car le dentiste essaye d'utiliser des teintes de ciment de résine différentes pour obtenir une même couleur pour toutes les facettes. Personnellement, j'ai toujours pensé que ceci ne devrait pas être le problème du dentiste. Ce sont les laboratoires qui devraient en être responsables, à condition de disposer de l'expertise esthétique nécessaire, et de comprendre vraiment les céramiques qu'ils utilisent. La porcelaine Cristal Veneers, mise au point par AurumCeramics, donne aux laboratoires l'expertise esthétique permettant de comprendre les qualités optiques de la porcelaine ainsi que les différentes opacités qui jouent dans un cas de facettes aussi difficile que celui-ci. Ce cas est revenu à mon cabinet avec toutes les différentes épaisseurs de facettes de porcelaine (et parfois même avec différentes épaisseurs sur la même facette de porcelaine), et grâce à l'expertise de mon laboratoire dans la production de ces facettes, j'ai pu toutes les installer avec une seule tonalité de ciment. Le fait de pouvoir compter sur une équipe de laboratoire aussi talentueuse constitue un atout très important, et c'est là où le choix de votre laboratoire peut faire toute la différence en termes de facilité de prise de ciment, de gain de temps et de production d'un résultat esthétique dont vous-même et votre patient pouvez être fiers.

On a sélectionné la tonalité de facette 020 dans ce cas et utilisé le ciment correspondant. J'ai utilisé un ciment de facette de porcelaine photo-polymérisable (Nexus 3 [Kerr]) pour sa facilité d'utilisation, la stabilité des couleurs et sa texture remarquable permettant de l'installer sur tout type de facette, quelle que soit son épaisseur, ou sa minceur. La *figure 18* montre les facettes scellées posées. Les défis présentés ci-dessus ont été tous parfaitement relevés. Regardez la ligne gingivale de l'incisive centrale supérieure droite, qui correspond maintenant exactement à la ligne gingivale de l'incisive centrale supérieure gauche. N'oubliez pas que les facettes sur les incisives centrales ont environ 0,3 mm d'épaisseur et que l'épaisseur du reste des facettes est compris entre 1,0 et 3,5 mm. Vous remarquerez aussi que toutes ces facettes ont exactement la même tonalité. Il n'a absolument pas été nécessaire d'essayer d'utiliser des tons différents de ciment pour obtenir une tonalité correspondante finale, nous avons utilisé une seule teinte de ciment. Vous remarquerez aussi que les facettes inférieures redonnent maintenant la hauteur correcte aux dents, et qu'elles ne sont plus courtes et ratatinées, comme s'en plaignait la patiente auparavant.

Le fait de coller des facettes à des couronnes de porcelaine existantes implique l'utilisation de plusieurs agents et une approche bien ordonnée. (Je vous invite à vous rendre sur mon site Web commonsensedentistry.com pour une description détaillée des étapes de la technique de collage d'une facette de porcelaine à une couronne de porcelaine existante.)

La *figure 19* montre une patiente très heureuse qui a été traitée avec une réhabilitation esthétique faciale totale, qui a résolu tous ses soucis. Le résultat final de thérapeutique et d'esthétique dentaire est une combinaison de tous les traitements oraux et maxillo-faciaux à l'intérieur et à l'extérieur de la bouche. Ce qui est intéressant dans ce cas et dans des plans de traitement similaires qui incluent le Botox, des produits de comblement cutané et des matériaux dentaires, c'est que les traitements de comblement injectables sont beaucoup plus faciles à mettre en oeuvre avec une formation adéquate.

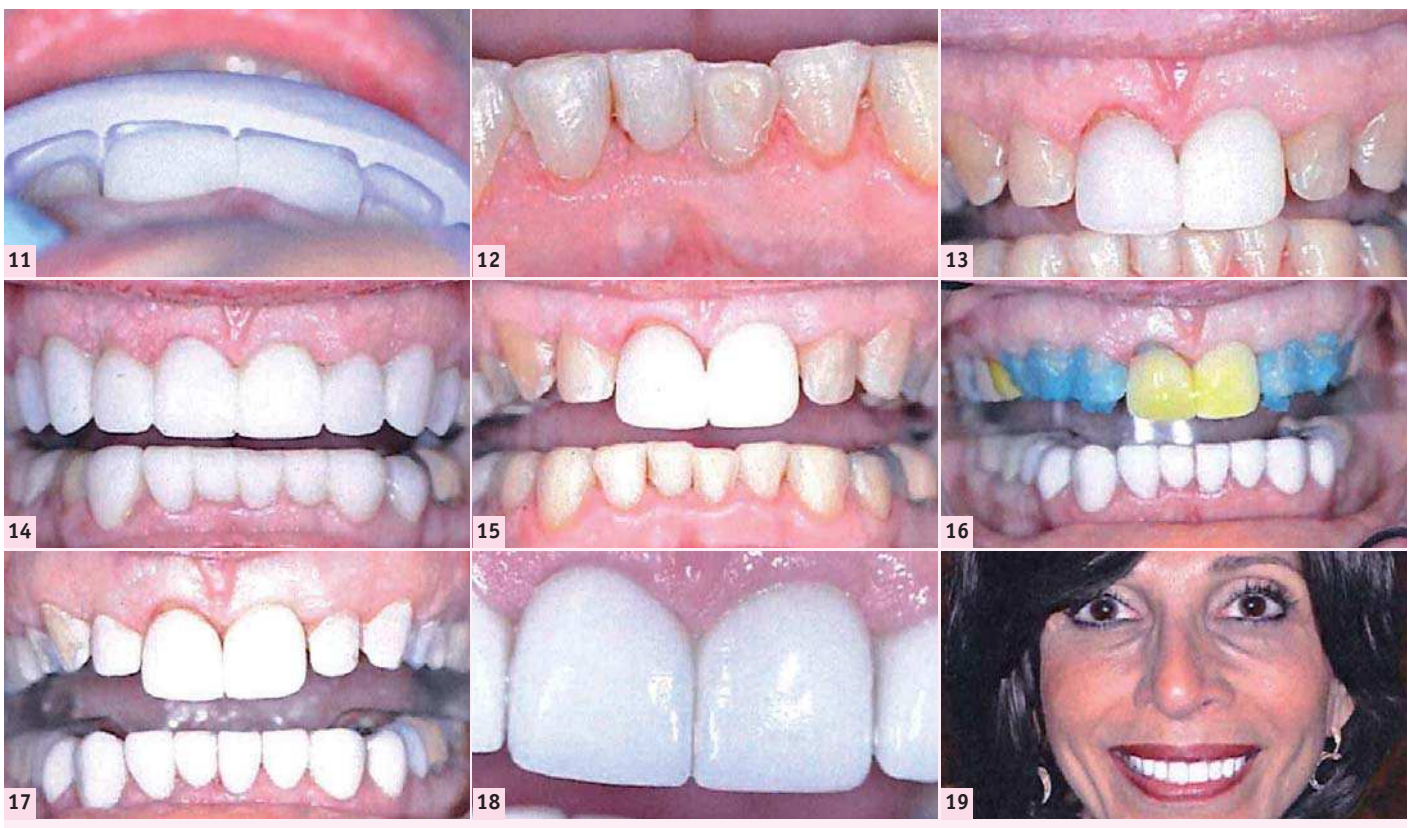


***Fig. 11:** Guide de préparation utilisé pour les préparations de facettes. – **Fig. 12:** Préparations de facettes minimales inférieures. – **Fig. 13:** Préparations de facettes et allongement précis de la couronne à sulcus fermé osseux au laser pour égaliser les marges gingivales (WaterLase iPlus [BIOLASE]). – **Fig. 14:** Temporisation de cas avec un matériau temporaire unique (Dentocrown [Itena USA]). – **Fig. 15:** Un état de santé gingival excellent après le retrait du matériau temporaire. – **Fig. 16:** Il faut impérativement savoir comment mordancer les différents substrats dentaires. – **Fig. 17:** Mordançage à l'acide correct, comme l'indique l'aspect "givré". – **Fig. 18:** Cristal Veneers en place (AurumCeramics). Vous remarquerez l'harmonie des collets sur les incisives centrales. – **Fig. 19:** Procédure esthétique faciale et dentaire totale complétée avec des facettes en porcelaine, du Botox et des produits de comblement cutané.*

Louis Malcmacher

Chirurgien-dentiste

Le docteur Malcmacher est président de l'American Academy Facial Esthetics.

AIR-N-GO PERIO

ACTEON - SATELEC ▸Stand 1L18

SUPRA et PERIO, c'est le double effet Beauté / Santé !

Innovant, à l'ergonomie inégalée, AIR-N-GO un aéropolisseur portatif à double fonction avec connexion directe à l'unit. Destiné au polissage SUPRA-gingival (Beauté) se transforme en en un système PERIO pour le traitement sous-gingival non chirurgical des parodontites et des péri-implantites (Santé). Il suffit d'assembler sur la même pièce à main le kit PERIO, constitué d'une buse PERIO ultra-fine, d'un réservoir vert PERIO et de la poudre à base de glycine naturelle AIR-N-GO « PERIO » offrant un spray puissant pour l'élimination des bactéries. L'embout, fin et angulé à 20°, permet un traitement de toutes les faces de la dent ou de l'implant sans changer d'instrument en se glissant dans les poches parodontales. En configuration sous-gingivale, s'utilise exclusivement, en complément de la thérapie initiale, avec la poudre AIR-N-GO « PERIO », afin de combattre les maladies parodontales sur les poches supérieures à 4 mm. En configuration supra-gingivale, la poudre AIR-N-GO « PERIO » s'utilise pour la prévention et la maintenance des parodontites et des péri-implantites. La faible abrasivité de cette poudre permet de préserver l'émail des dents et des zones anatomiques les plus fragiles.

Fil-Up

COLTENE ▸Stand 1L14

Un résultat parfait en une seule étape...

Ce composite radio-opaque, fluorescent et esthétique destiné à la restauration en une seule couche (bulk technique) convient pour les restaurations usuelles, comme pour le remplacement des amalgames et constitue une alternative aux ciments verres ionomères et autres compomères. Fill-Up procure les avantages des composites traditionnels tout en étant simple à manipuler. Grâce à sa double polymérisation, il peut être utilisé en couche d'épaisseur variable, jusqu'à 10 mm, sans nécessiter de technique de recouvrement supplémentaire, garantissant une polymérisation optimale, jusqu'aux zones les plus profondes de la restauration. La chémopolymérisation réduit les contraintes liées à la contraction de prise, réduisant par là-même le risque de micro-fractures ou de sensibilités post-opératoires. L'adhésif ParaBond utilisé conjointement permet d'obtenir une étanchéité marginale similaire à celle des composites conventionnels apportant ainsi une restauration fiable à long terme. Mis en forme avec des instruments rotatifs après 5 secondes de photopolymérisation, le matériau peut ensuite être poli pour un état de surface hautement brillant. Indications : classe I et II...

DENTAL TRIBUNE
DT STUDY CLUB
COURS | DISCUSSIONS| BLOGS | MENTORAT

VALO Colors

ULTRADENT ▸Stand 1M24

Une LED de toutes les couleurs

VALO est conçue pour une utilisation polyvalente en dentisterie restauratrice et pour le collage orthodontique. Maniable, légère et élancée, cette LED a un large spectre pour une utilisation universelle, y compris pour la polymérisation des matériaux spécifiques. Sa haute intensité lumineuse avec 3 modes de polymérisation : Standard, Xtra Power, Xtra Power Quadrant permet une photo-polymérisation fiable par exposition directe centrée sur la surface vestibulaire grâce à son large faisceau. En ortho le mode Xtra Power Quadrant permet de coller 5 brackets, en 5 cycles d'illumination, en une seule pression d'un bouton. La lampe va illuminer pendant 3 secondes avec une pause de 1,5 secondes entre chaque cycle de 3 secondes, indiquant le passage au bracket suivant sans avoir à presser le bouton de marche à chaque fois. La version classique, noire est en promo jusqu'à la fin de l'année. Choisissez votre couleur !

ACTIVA

PULPDENT / OPSYSE

Le futur de la dentisterie déjà en main ?

ACTIVA BioACTIVE-RESTAURATION est recommandé comme composite de comblement pour toute restauration de classe I à IV lorsque la pulpe n'est pas exposée. ACTIVA est hydrophile et se lie chimiquement à la dentine. Ses propriétés mimétiques procurent une restauration esthétique. ACTIVA est résistant aux impacts, étanche contre l'infiltration bactérienne, tout en éliminant les problèmes de sensibilité. Ses propriétés uniques permettent une libération et une recharge en ions fluor, calcium et phosphate en continu. Les produits ACTIVA combinent une résine bio-active ayant des propriétés d'absorption de chocs et un verre ionomère bio-actif ayant des propriétés physiques et chimiques semblables aux dents naturelles. Conditionnement : seringue 5ml/8g et 20 embouts (disponible en teinte A2, A3) avec pistolet distributeur. Idéal pour cavités de classe I, II, II et V.

OPSYSE

ADF 4L13

axiom® 2.8

Le choix incisif

L'implant étroit du Concept Axiom® idéal pour les espaces réduits en secteur antérieur **esthétique**.

- → **Flexibilité d'un implant « deux-pièces »** étroit Ø 2,8 mm.
- → **Connexion cône morse** parfaitement hermétique.
- → **Résistant et biocompatible** grâce au Titane Médical Grade V.
- → **Impaction calibrée** de la pièce prothétique définitive grâce au Safe Lock®.

serenity® Garantie Anthogyr | LIFETIME | Anthogyr Warranty | Anthogyr

Vidéo de démonstration

www.anthogyr.fr

Dispositifs médicaux à destination des professionnels de la médecine dentaire – Non remboursés par la Sécurité Sociale. Classe IIb. CE0459. LNE/G-MED. Fabricant : Anthogyr. Lire attentivement les instructions figurant dans les notices et manuels d'utilisation.

anthogyr

A global solution for **dental implantology**

Les bleus du dentiste !

La lumière joue un rôle essentiel dans notre vie. Elle nous permet de bien voir et, contribue à notre bien-être. Mais, c'est aussi une des causes d'apparition de maladies des yeux comme la cataracte ou la dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA).

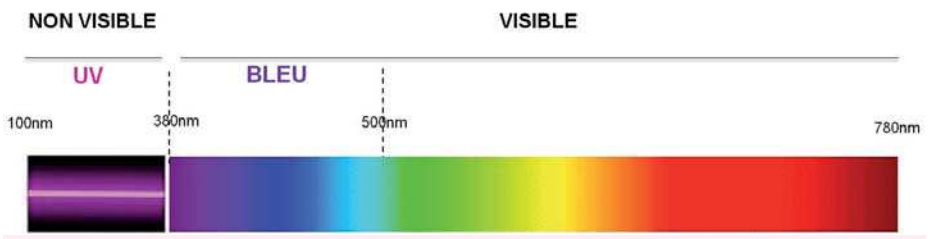


Fig. 1 : Ondes lumineuses visibles : on reconnaît les couleurs de l'arc-en-ciel (rouge, orange, jaune, vert, bleu, indigo, violet).

Cette lumière qui nous entoure

La lumière s'étend sur des longueurs d'onde de 100 à 780 nanomètres. La gamme des UV du spectre électromagnétique est comprise entre 100 et 380 nm *(Fig. 1)*. Cette plage est divisée en trois bandes spectrales :

- Les UVC compris entre 100 nm et 280 nm, totalement absorbés par l'atmosphère,
- Les UVB compris entre 280 nm et 315 nm,
- Les UVA compris entre 315 nm et 380 nm.

Le spectre de la lumière visible, aussi connu sous le nom de rayonnement optique, correspond à la section du spectre électromagnétique visible à l'œil humain. Il couvre les longueurs d'onde comprises entre 380 nm et 780 nm.

Les longueurs d'onde comprises entre 380 nm et 500 nm, constituent la lumière visible de Haute Energie (lumière HEV), communément appelée lumière bleue. De par sa haute énergie, elle peut provoquer et accélérer des réactions photochimiques puis des lésions cellulaires rétiniennes.

La lumière est essentielle

La lumière visible, dite « blanche » est essentielle pour la perception des couleurs, des contrastes et l'acuité visuelle. Elle est également indispensable pour réguler de nombreuses fonctions non-visuelles. *(Fig. 2)*

Ces tâches non-visuelles sont déclenchées par un troisième photorécepteur découvert en 2002, les cellules rétiniennes ganglionnaires intrinsèquement photosensibles, ipRGC. Ces cellules utilisent un pigment associé à de la mélanopsine. Ce pigment absorbe efficacement la lumière autour de 480 nm ± 15 nm, la bande spectrale chrono-biologique correspondant à lumière bleu-turquoise. Cette lumière bleu-turquoise est indispensable pour réguler de nombreuses fonctions non-visuelles, parmi lesquelles le cycle veille-sommeil, les fonctions cognitives, l'équilibre psychomoteur et hormonal, le réflexe pupillaire, la température interne. *(Fig. 3)*

Mais la lumière peut être nocive

Les propriétés absorbantes du segment antérieur de l'œil jouent un rôle important dans la détermination de l'exposition à la lumière de la rétine :

- Les rayonnements UV-C sont filtrés par la couche d'ozone.
- La cornée absorbe la majorité des UV-B. Le cristallin absorbe les UVB résiduels et la plupart des UVA.
- La proportion très faible des UVA atteignant la rétine diminue rapidement et fortement avec l'âge (elle n'est pas significative après 20 ans).

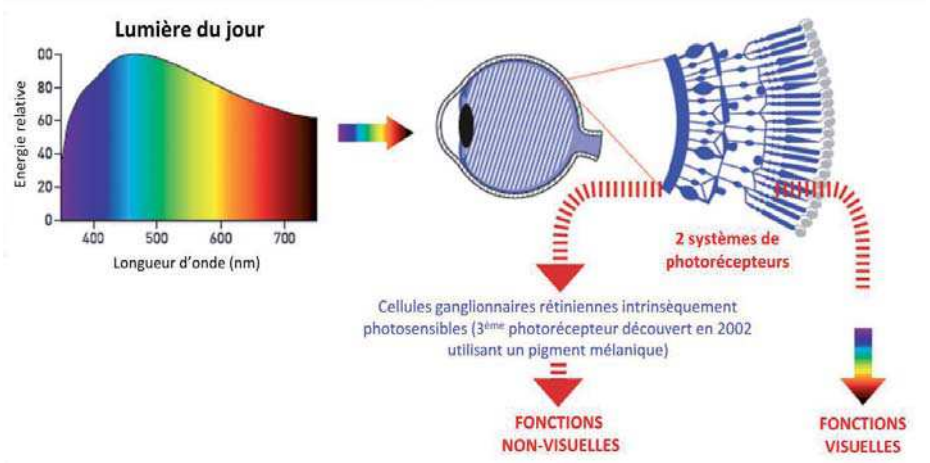


Fig. 2 : La lumière visible gère les fonctions visuelles et non-visuelles.

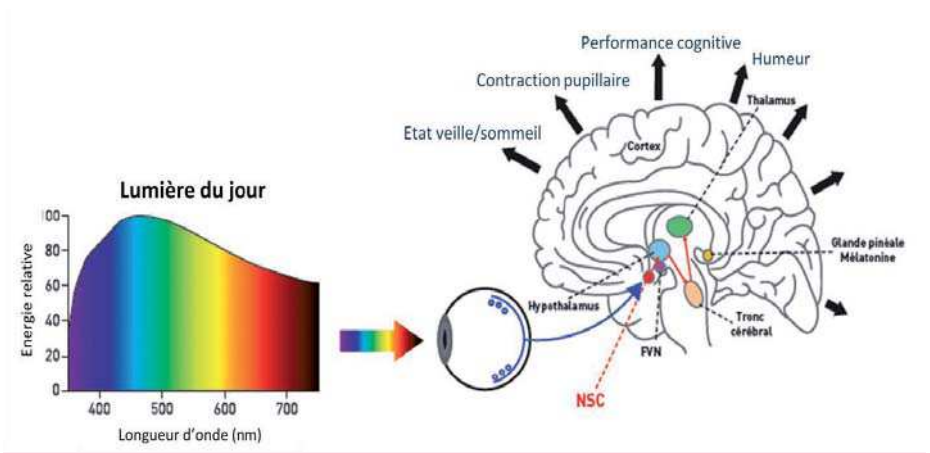


Fig. 3 : l'insuffisance de transmission de bleu turquoise entraîne une mauvaise synchronisation avec une dérégulation des fonctions biologiques non visuelles, troubles du sommeil, troubles gastro-intestinaux, dépression, anxiété....

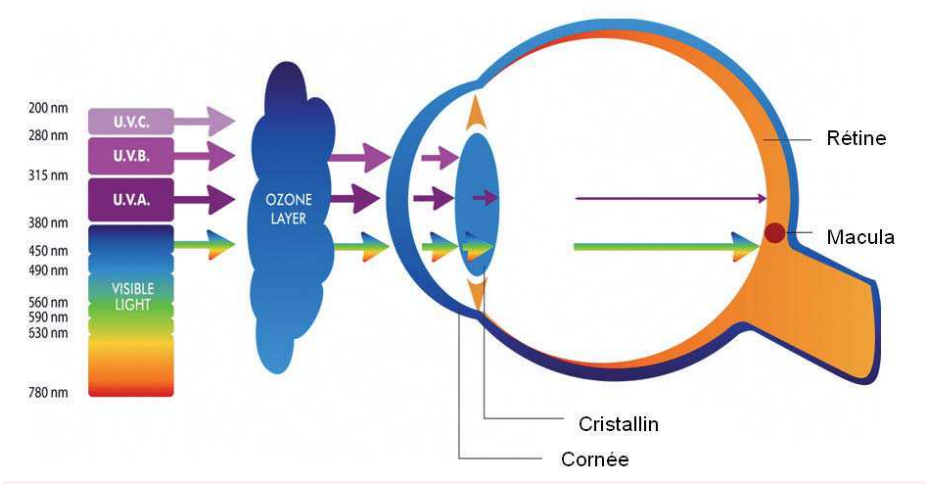


Fig. 4 : La lumière bleue et plus précisément la lumière bleu –violet est un des facteurs pouvant contribuer à l'apparition de la DMLA.

- Contrairement aux rayonnements UV, la lumière visible atteint la rétine dans de grandes proportions. La lumière de plus haute énergie atteignant la rétine est la lumière bleue. *(Fig. 4)*

De nouvelles recherches sur la lumière ont permis d'identifier que :

- La lumière bleu-turquoise est essentielle à notre bien-être.
- Les UV peuvent occasionner de graves problèmes oculaires.
- La lumière bleu-violet est nocive pour les cellules de la rétine et est ainsi un des facteurs de risque de la DMLA, avec l'âge, l'hérédité, le tabac et l'alimentation.

D'où vient cette lumière bleu-violet ?

Elle provient du soleil tout au long de l'année mais elle peut être aussi émise par les lampes fluo-compactes ou LEDs blanches froides des PC, Smartsphones, tablettes et système d'éclairage.

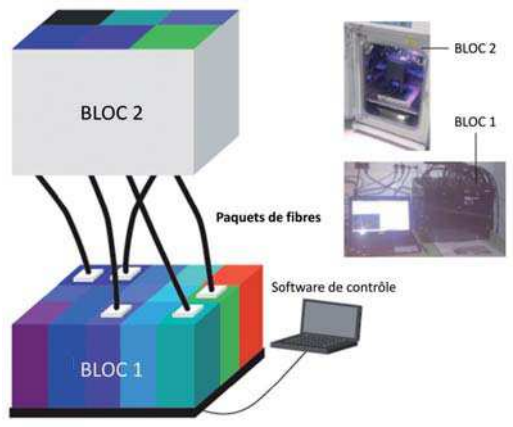


Fig. 5 : Le modèle photométrique est un système d'illumination fibré à LED qui permet de mesurer de manière rigoureuse le calcul de l'éclairement rétinien et développer un système spécifique d'illumination cellulaire.

Les chirurgiens-dentistes ont été identifiés comme une frange de la population à haut risque. Nous sommes donc tous de plus en plus exposés. Seule une démarche de prévention peut nous prémunir contre le risque de maladies des yeux. *(Figs. 6, 7 , 8)*

L'identification précise du spectre d'action toxique de la lumière bleue

Les études scientifiques sur la toxicité rétinienne de la lumière bleue sont nombreuses, néanmoins, elles ne permettent pas de caractériser la nocivité respective de chaque longueur d'onde du bleu, et ne tiennent pas compte des conditions réelles d'exposition rétinienne. Pour pallier ces limitations, il y a 4 ans, Essilor et l'Institut de la Vision ont engagé conjointement un programme de recherche pour identifier très précisément :

Le spectre d'action toxique de la lumière bleue sur un modèle in vitro de DMLA, dans des conditions physiologiques d'éclairement. Ces tests photo-biologiques sont une première dans le domaine de l'optique ophtalmique. *(Fig. 5)*

En conclusion

Le rôle délétère de la lumière bleu violet sur l'œil est insidieux, chronique, cumulé sur plusieurs années .Une protection est donc recommandée dès le plus jeune âge.

Pour la première fois en optique ophtalmique, l'efficacité protectrice d'un verre a été testée in vitro. Ces verres produits par Essilor sont photo protecteurs et photo -sélectifs. Ils filtrent la lumière bleu-violet nocive, protègent des UV tout en laissant passer la lumière bleu-turquoise essentielle, et en assurant une transparence optimale sans altération du rendu des couleurs.

Venez les tester sur le stand Lissac Opticien Paris St Placide 2L30.

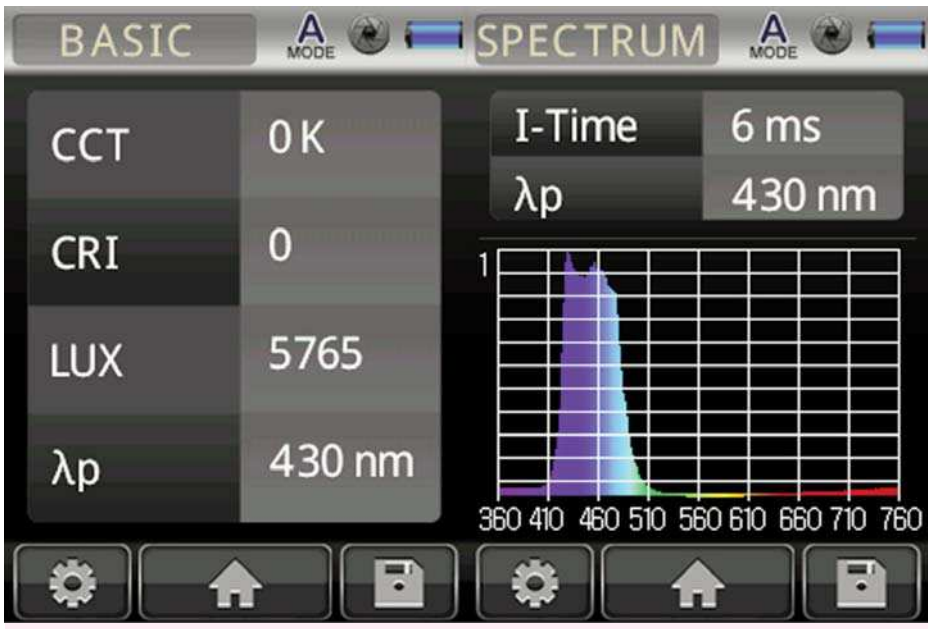


Fig. 6 : Spectre obtenu au niveau de la lampe à photopolymériser. On constate une très grande émission de « bleu ».La nécessité de porter des lunettes de protection ou de regarder à travers la visière est fondamentale.

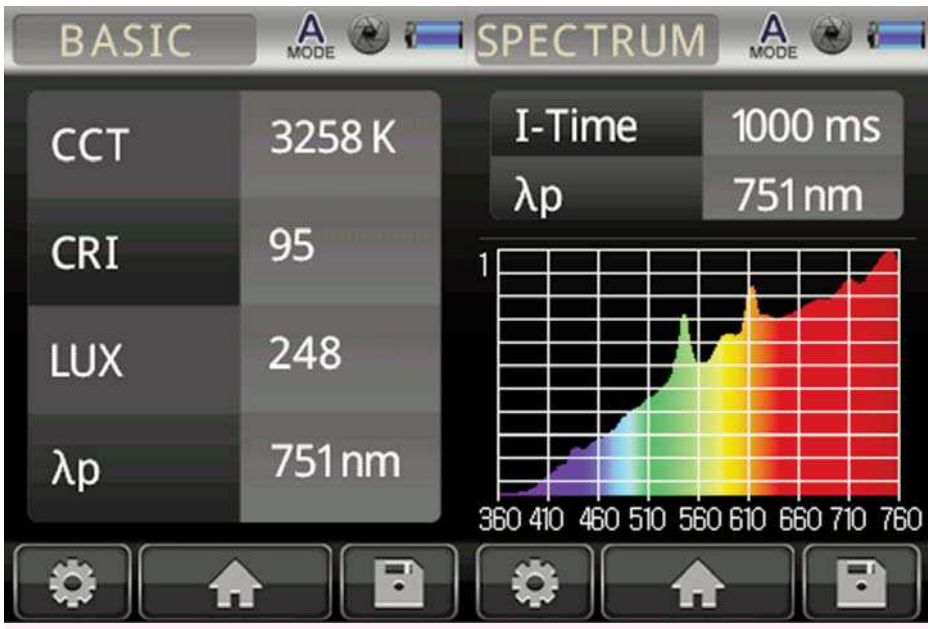


Fig. 7 : Spectre obtenu au niveau des instruments rotatifs

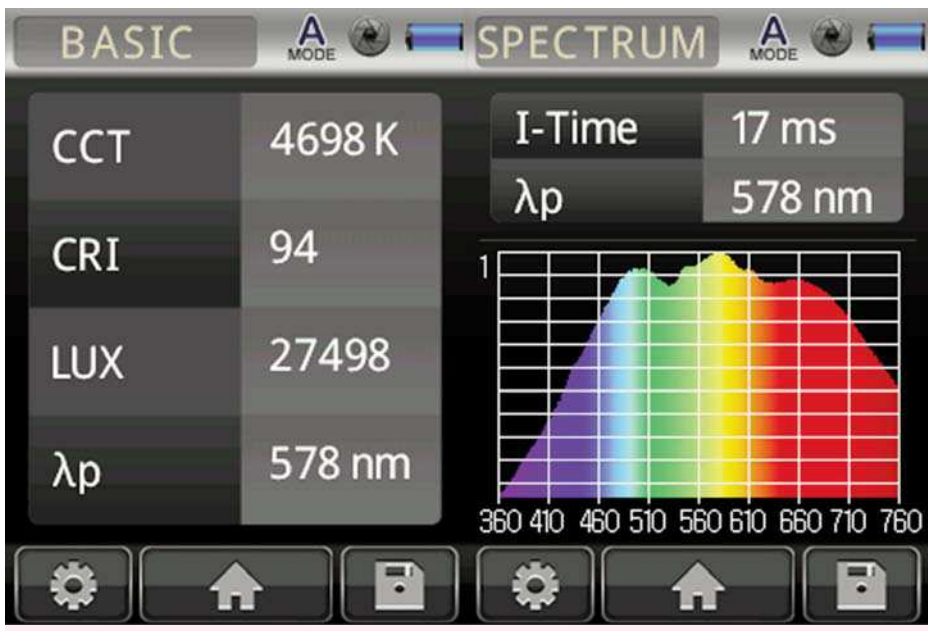


Fig. 8 : Spectre obtenu au niveau du scialityque

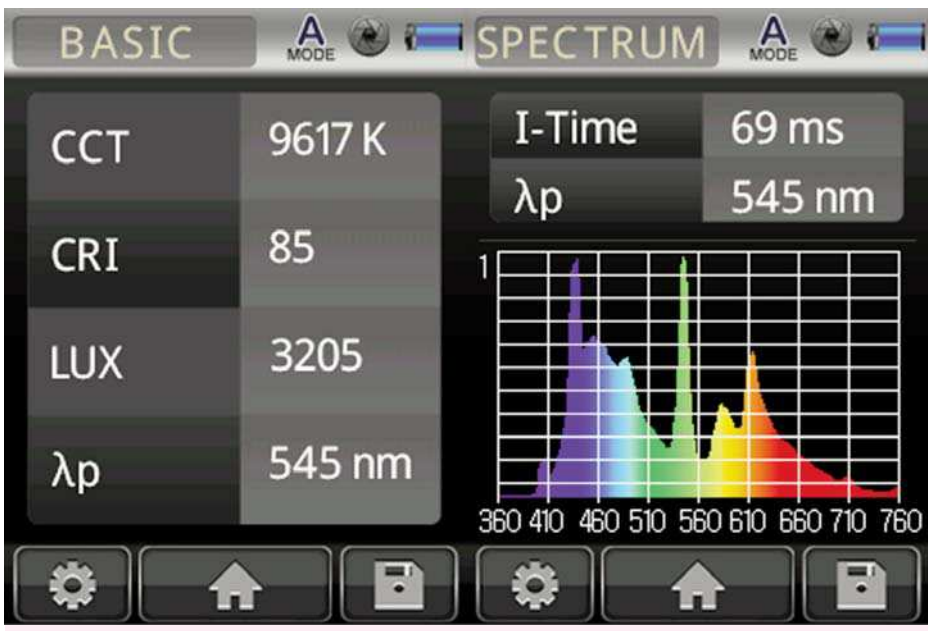


Fig. 9 : Spectre obtenu au niveau du plafonnier

LERECA®

« Equilibre est synonyme d'activité. »
Jean PIAGET

LERECA® a le plaisir de vous convier à une formation :

le 27 novembre 2014
à 20h00

Dont le thème sera :

« Maladies parodontales : approches complémentaires et micronutrition »

Cette formation sera animée par

Dr Florine BOUKHOBZA

- Chirurgien-Dentiste
- Membre Titulaire de l'Académie Nationale Chirurgie Dentaire
- Expert Judiciaire Cour d'Appel de Paris

Cette formation se déroulera autour d'un buffet dinatoire à :
« Espace La Cornaline »
69 rue Saint Lazare
75009 PARIS
Tél. : 06 07 99 81 84

Pour tous renseignements contactez nous par :

Tél : 01 48 69 18 43
Fax : 01 48 69 29 85
Email : contact@lereca.com

Participation à confirmer par courrier, par téléphone ou par fax auprès du laboratoire.