

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Édition Algérienne



PUBLIÉ EN ALGÉRIE

dz.dental-tribune.com

Juin 2021 | VOL. 1, N° 5



CLINIQUE

Traitement par érosion/infiltration des taches de l'émail

Le sourire est devenu de plus en plus important dans notre société du paraître.

► Page 04



CLINIQUE

Le sourire : une pensée subjective ou objective ?

Pendant plus de 19 siècles, les dents étaient absentes dans presque toutes les œuvres d'art.

► Page 08



CLINIQUE

Gestion de la douleur postopératoire

Des douleurs postopératoires apparaissent parfois, mettant ainsi à mal le bon déroulement de l'acte endodontique.

► Page 11

Le congrès de l'ADF 2021 aura bien lieu



« Souriez, on va se retrouver » C'est le slogan qu'a choisi l'Association dentaire française (ADF) pour donner rendez-vous à toute la profession dentaire, du mardi 23 au samedi 27 novembre 2021.

Événement de référence dans le domaine de l'odontologie, le congrès de l'ADF 2021 aura lieu, comme chaque année, au Palais des Congrès de Paris, Porte Maillot. Le programme scientifique débutera le mardi 23 novembre à 14 h et l'exposition internationale le mercredi 24 novembre à partir de 9 h.

Le congrès de l'ADF s'impose comme la plus importante manifestation européenne de formation continue.

Sa particularité est d'associer, dans le même temps et sur un même lieu, le Palais des Congrès de Paris, un programme scientifique proposant près d'une centaine de séances et une exposition d'envergure internationale répartie sur quatre niveaux, sur 22 000 m².

Orchestré par Dr Christian Moussally et son équipe d'experts aguerris, le programme scientifique sera centré sur l'omnipratique, reflet de la « vraie

vie » du praticien qui vient se former au congrès. Avec des formats de séances plus dynamiques, plus participatifs pour appliquer en cabinet de ville ce que vous aurez appris pendant cette semaine de congrès.



Toutes les séances sont aussi ouvertes aux assistantes dentaires mais nous leur réservons un programme dédié, adapté aux nouveaux enjeux de leur profession.

L'exposition, organisée conjointement avec le Comident, (association représentant les TPE, PME et ETI spécialisées dans la fabrication et la distribution de produits dentaires), accueillera 350 exposants du monde entier.

ÉDITO

A-t-on encore peur du dentiste ?

Je préfère accoucher que d'enlever une dent, je ne vous aime pas, j'ai la phobie du dentiste, j'ai été traumatisé étant enfant...

Que de fois nous avons entendu ces exclamations en forme d'aveu de la crainte des patients arrivant chez nous au cabinet dentaire.

Ces situations amènent très souvent les praticiens à une difficulté qui consiste à gagner ou regagner la confiance d'un patient méfiant ou traumatisé.

À la différence des autres spécialités médicales, c'est comme entamer une partie de football

avec un handicap de buts à remonter.

Mais des indices réels laissent à penser que des évolutions importantes de la perception du dentiste et de la profession en général ont eu lieu.

La technologie aidant, les moyens de communication et de diagnostic ont fait une irruption remarquable au sein des cabinets dentaires tels que les spots didactiques, caméras intraorales, tablettes tactiles.

Du point de vue logistique l'ergonomie des nouveaux équipements et petits équipements et leur miniaturisation a changé la perception précédente des grosses machines lourdes et hideuses.

Les notions de dentisterie esthétique, création de sourire, réhabilitation d'occlusion, allongement invisible des dents supplantent des termes crus comme arracher des dents, plombage, etc.

Il est évident qu'internet a été d'un grand apport dans la vulgarisation des nouveaux traitements ainsi que dans la communication et le marketing des cabinets dentaires. Il est à espérer que cette nouvelle perception arrive vers des cercles plus à même de refondre l'enseignement et de redonner au médecin-dentiste le rang qui est le sien dans la hiérarchie administrative et sociale...

Mais cela est déjà une autre histoire.



Dr Aziouez Ouahes
Directeur Dental Tribune Algérie
Ceo IDP

AD

JOIN OUR COMMUNITY



dti] Dental Tribune International

ACTU-EVENTS

Conférence de presse de l'IDS – la date de septembre est finalement confirmée

Dental Tribune International

COLOGNE, Allemagne : En préparation du Salon international d'odontologie (IDS) de septembre prochain, les organisateurs ont donné une conférence de presse pour informer les partenaires médiatiques internationaux de l'événement à venir. Mélange unique de formats analogiques et numériques, l'IDS 2021 sera un événement très spécial qui répondra aux exigences de cette période extraordinaire de la pandémie.

La modératrice Nadja Cleven a accueilli les journalistes qui ont suivi la retransmission en direct via YouTube. L'événement du 20 mai s'est déroulé sous la devise « Out of crisis management and into future orientation », devise qui sera utilisée lors de la 39^e édition de l'IDS, qui aura lieu du 22 au 25 septembre à Cologne. À l'heure actuelle, près de 850 exposants se sont inscrits à l'événement.

Nadja Cleven a ensuite cédé la parole à Mark Stephen Pace, président du conseil d'administration de l'Association de l'industrie dentaire allemande, qui a fait part de l'impatience de tous les participants pour la manifestation de l'automne. L'optimisme est de mise, notamment parce que « les développements se déroulent plutôt bien », « les mesures ont un effet et les incidences diminuent », et « les succès de la vaccination augmentent dans le monde entier ».

L'IDS 2021 ayant pour thème l'avenir de l'industrie dentaire pendant la pandémie, les organisateurs de la conférence de presse ont choisi d'inviter Corinna Mühlhausen à s'exprimer lors de la conférence de presse. Chercheuse de tendances et futurologue au Zukunftsinstitut de Francfort, elle a demandé à tous les membres de l'auditoire de « regarder l'avenir avec courage ». Elle s'est appuyée sur l'indice des valeurs actuelles pour expliquer que le thème de la santé occupe toujours la première place et s'impose également comme une tendance majeure au sein de la population. Les consommateurs sont plus disposés que jamais à se mettre en réseau, à prendre soin d'eux-mêmes, à consommer des produits pharmaceutiques adaptés à leur mode de vie, à inves-



De gauche à droite : Dr Marco Landi, Mark Stephen Pace, Nadja Cleven, Oliver Frese et Corinna Mühlhausen lors du point de presse européen du 20 mai 2021 (Photo : Koelnmesse).

tir dans des produits intelligents et à éviter les ingrédients et les plastiques nocifs. Le thème de la sécurité a été abordé lors d'une discussion sur les patients. Oliver Frese, directeur d'exploitation de Koelnmesse, a déclaré : « Les salons sont à nouveau autorisés et l'IDS aura lieu dans les conditions cadres données. Koelnmesse a élaboré un concept de sécurité au printemps 2020. [...] Les visiteurs sont donc en toute sécurité sur le site de l'événement et nous voulons ainsi assurer le succès des exposants. »

Internet ne peut pas tout remplacer

Le 39^e IDS sera un événement hybride, c'est-à-dire une combinaison d'événements sur place et de sections qui se dérouleront à distance. Selon le Dr Peter Engel, président de la Bundeszahnärztekammer (association dentaire allemande), et Dominik Kruchen, président de la Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (association des corporations de prothésistes dentaires allemands), ces concepts ont déjà donné lieu à de bonnes expériences. Selon eux, les chirurgiens-dentistes s'habituent assez rapidement aux nouveaux concepts en raison de leur affinité avec la technologie et de leur ouverture d'esprit. Néanmoins, « les gens veulent aussi se rencontrer en personne », a ajouté Dominik Kruchen.

MS Pace a réaffirmé l'importance de la numérisation et a relevé les progrès réalisés, mais a constaté un manque évident d'infrastructures pour aller de l'avant. Pour lui, il est essentiel de se rencontrer en présentiel. Il a déclaré : « Il est très important d'entretenir des liens. La partie la plus importante d'une entreprise réussie n'est pas possible sans réunion face à face. La numérisation nous aide à devenir plus efficaces, à améliorer la communication et à réduire les coûts, mais elle ne peut pas se substituer au présentiel. »

Le Dr Marco Landi, président du Conseil des dentistes européens, a abondé dans ce sens et a ensuite résumé en déclarant que le mois de septembre est le bon moment pour faire redécoller l'industrie dentaire en Europe.

Un optimisme sans limite qui n'est pas partagé par tous

Peu avant la fin de la conférence, MS Pace a répondu aux questions critiques des représentants des médias. Il a expliqué l'importance des raisons de la mise en œuvre de l'IDS, arguant qu'il est important pour la profession dentaire d'avoir accès aux innovations et de pouvoir en parler. À titre d'exemple, il a mentionné des sujets tels que l'intelligence artificielle, qui progresse malgré la pandémie, et qui doit être discutée. Bien que certains acteurs majeurs du secteur dentaire, dont Dentsply Sirona, ne participeront pas à l'IDS de cette année pour « diverses raisons », les organisateurs espèrent qu'un salon intéressant pourra être créé avec les entreprises qui se sont inscrites jusqu'à présent. D'autres questions restent également ouvertes. Il s'agit notamment de savoir combien de visiteurs seront finalement autorisés à se rendre sur le site de l'exposition à un moment donné et quelle preuve de test ou de vaccination devra être fournie pour être admis dans les halls de Koelnmesse. Ces questions dépendent toutefois des règlements des autorités compétentes et seront clarifiées au cours des quatre prochains mois avant le début du salon.

IMPRINT

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER:
Torsten R. Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER:
Claudia Duschek

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4847 4302 | Fax: +49 341 4847 4173
General requests: info@dental-tribune.com
Sales requests: mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. Dental Tribune is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2021 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' product news accurately but cannot assume responsibility for the validity of product claims or for typographical errors. The publisher also does not assume responsibility for product names, claims or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH.

DENTAL TRIBUNE
— The World's Dental Newspaper · Edition Algérie —

DIRECTEUR ALGÉRIE :
Dr Aziouez Ouahes

DESIGNER GRAPHIQUE :
Hachemi Messaoud-Nacer

DENTAL TRIBUNE ALGÉRIE est édité par eurl Innovation Development Project. Siège : Cité 768 lgts, local 2, bt 27, Soudania, Alger. Annexe : 3, rue Bahia Haïdour, BEO, Alger.

Tél : 0556 803 681 - 0554 724 550

SERVICE CLIENTS & PUBLICITÉ
Tél : 0697 333 611 - 0561 125 188

DÉPÔT LÉGAL :
Février 2019

ISSN
2478-0073

dentex ALGERIA 2021

Dentex : enfin de retour

La société Easyfairs Algérie a annoncé la tenue du tout premier salon régional Dentex Est à Constantine, à la salle Zénith du 18 au 19 juin 2021, ainsi que l'édition du Dentex d'Alger programmée du 7 au 9 octobre 2021 au CIC (Centre international des conférences) du Club des pins.

Initialement prévu en mars 2019 à Alger, le Dentex a été reporté à deux reprises pour finalement se tenir et permettre aux professionnels de l'art dentaire de se retrouver après la très longue parenthèse due aux restrictions sanitaires imposées par la pandémie de la Covid-19.

SUBSCRIBE NOW

DTI—international magazine subscriptions



dti Dental
Tribune
International



Read premium content at your leisure

Browse all specialty magazine titles and subscribe to your editions or e-papers using the above QR code or at

www.dental-tribune.com/shop



CLINIQUE

Traitement par érosion/infiltration des taches de l'émail : à propos d'un cas clinique de MIH

Mathieu Bons, activité libérale, Montpellier • Marion Taormina, PH centre hospitalier de Gueret • Aiping Huang, hôpital central de Karamay, département de stomatologie, Xinjiang, Chine • Dr Bruno Pelissier, MCU-PH, UFR d'odontologie de Montpellier

Les taches blanches ou brunes antérieures de l'émail posent un problème esthétique actuellement, car le sourire est devenu de plus en plus important dans notre société du paraître. La présence de taches peut être mal vécue par certaines personnes, mais, heureusement, le traitement par érosion/infiltration permet dans de nombreuses situations cliniques de leur redonner le sourire.

Il existe deux types de taches de l'émail : les atteintes pré-éruptives (fluorose, hypominéralisation traumatique, MIH) (Figs. 1, 2 et 3) et celles postéruptives (white spots; Fig. 4).

Pourquoi les taches de l'émail sont-elles si visibles? L'indice de réfraction de l'émail est modifié par la présence de porosités (air, eau) à l'intérieur; ceci est à l'origine des taches inesthétiques et blanches. C'est un phénomène optique et la lumière est déviée d'une façon différente de l'émail naturel; en effet, l'indice de réfraction de l'émail est de 1,62, celui de l'air 1,0 et celui de l'eau et fluides organiques 1,33. Les porosités dues à une fluorose légère apparaissent donc blanches en raison de leur faible indice de ré-

fraction. La lumière est diffractée dans toutes les directions et accentue l'aspect blanc et opaque des taches. Une fois, la lésion soignée avec le traitement d'érosion/infiltration, la lumière est renvoyée comme sur l'émail naturel; la tache est estompée et disparaît visuellement. Il existe de nombreuses techniques en dentisterie pour masquer les taches de l'émail, mais elles sont invasives pour la majorité, car elles nécessitent la préparation des dents de façon plus ou moins importante; dans le cadre du



Fig. 1 : Taches de fluorose (Dr Gabriel Dominici).



Fig. 2 : Taches et défauts de l'émail de MIH (Dr Matthieu Bons).



Fig. 3 : Tache traumatique de l'émail (Dr Kevin Bouchiha).



Fig. 4 : White spot (Dr Matthieu Bons).

Protocole classique d'érosion/infiltration simple (Fig. 5)

- 1) Les dents traitées doivent être toujours soigneusement nettoyées.
- 2) Mise en place du champ opératoire, en effet utilisation d'acide chlorhydrique à 15 % (Icon-Etch) pouvant provoquer des brûlures au niveau des muqueuses.
- 3) Application Icon-Etch pendant 2 minutes, puis rinçage à l'eau et séchage à l'air pendant 30 secondes pour ces 2 étapes.
- 4) Application Icon-Dry, pour évaluer le changement de teinte visible et voir l'atténuation de la tache en laissant agir 30 secondes (éteindre l'éclairage opératoire). S'il n'y a pas de changement visible de teinte, il faut revenir à l'étape 2. Normalement on peut répéter 3 à 4 fois les premières étapes.
- 5) Application de la résine Icon-Infiltrant pendant 3 minutes puis photopolymérisation pendant 40 secondes après avoir éliminé les excès de matériau. Il est indiqué de répéter l'infiltration pendant une minute, d'éliminer à nouveau les excès, puis photopolymériser pendant encore 40 secondes.
- 6) Après avoir retiré la digue, polissage soigneux à l'aide de disques et cupules.

Tableau 1 : Protocole classique d'érosion/infiltration simple.

CLINIQUE



Figs. 5 a-f : Traitement par érosion/infiltration d'un cas de fluorose simple (Dr Marion Taormina).

gradient thérapeutique, il est nécessaire de privilégier les traitements les plus conservateurs. Il existe donc cette technique préservant les tissus qui peut être proposée en première intention. Ce traitement est réalisé sans anesthésie, sans fraisage normalement sauf pour les lésions profondes et en un seul temps (Tableau 1). Cette technique consiste à injecter, au niveau des porosités de l'émail, une résine à très basse viscosité ayant un indice de réfraction proche de l'émail naturel. L'infiltrant présente un indice de réfraction semblable à celui de la substance dentaire saine et permet ainsi de compenser la différence dans la réfraction. L'aspect de la lésion infiltrée peut ainsi être adapté à l'émail environnant sain. L'infiltration par Icon est indiquée dans les cas de taches liées aux fluoroses, de caries débutantes, d'hypominéralisation traumatique, de MIH. L'effet de masque dépendra de la profondeur et de l'activité de la lésion. La MIH est un défaut qualitatif de la minéralisation de l'émail, d'origine systémique, d'au moins une première molaire permanente (PMP), associé ou non, selon la gravité de l'atteinte, à une hypominéralisation des

| Traitement possible des MIH | | | |
|-----------------------------|---|--|------------|
| MIH légère | Abstention ou élimination complète (JAD) | | MIH légère |
| MIH légère ou sévère | Éclaircissement (peroxyde de carbamide) | | |
| MIH sévère | Érosion/infiltration en profondeur si nécessaire et +/- composite | | MIH sévère |

Tableau 2 : Traitements possibles des MIH

incisives permanentes. Cliniquement, les dents présentent des colorations blanches ou brunes opaques sur une partie ou sur toute la surface de la dent. Cette atteinte peut être légère (émail blanc, opaque), modérée (coloration jaune, brune, surface crayeuse et effondrement post-éruptif de l'émail) ou sévère (atteintes associées à des pertes de substances importantes). Le succès ou l'échec des thérapeutiques sont directement liés à la localisation topographique de la lésion au sein de l'émail. Il est donc essentiel de connaître au préalable la topographie de ces lésions en vue d'adapter un protocole spécifique à chaque localisation topographique. Les MIH ont la particularité de débiter au niveau de la jonction amélo-dentinaire, donc en profondeur et non pas en subsurface sous l'émail de surface. Elles s'étendent dans l'épaisseur de l'émail en fonction de leur sévérité (Tableau 2). Les MIH légères (blanches) présentent donc une localisation interne non accessible par le protocole standard d'érosion décrit en introduction. La démarche thérapeutique consiste d'abord à l'exposition de la lésion. Le but de cette phase est d'éliminer l'émail sain qui recouvre la lésion pour atteindre le plafond de celle-ci et donc de transformer les lésions mixtes et profondes en lésions superficielles. Selon la profondeur de la lésion, des moyens chimiques ou en combinaison avec des moyens mécaniques seront mis en œuvre pour atteindre cet objectif. Une fois exposée, le comblement de la lésion par infiltration de résine pourra être entrepris.

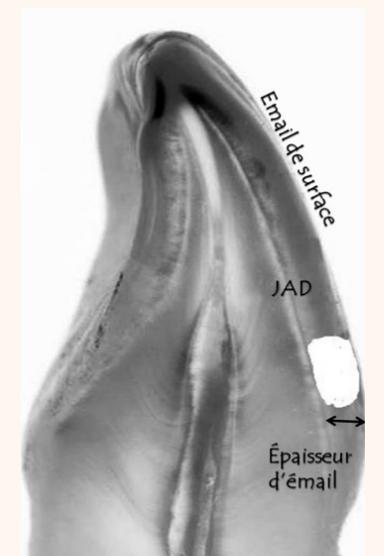


Fig. 6 : Tache MIH profonde avec une angulation fermée pouvant entraîner un liseré blanc si on n'élimine pas bien l'émail en périphérie.

Bien que l'infiltration permette de traiter en profondeur les hypominéralisations amélaire, elle peut néanmoins être incomplète. Cliniquement, l'infiltration incomplète se traduit par la persistance d'un effet de bord inesthétique facilement détectable en transillumination (Fig. 6).

CLINIQUE



Figs. 7 a-d : Situation initiale et taches antérieures de MIH (Dr Matthieu Bons).



Fig. 8 : Tache associée sur une molaire confirmant le diagnostic de MIH (Dr Matthieu Bons).



Fig. 9 : Cas initial après éclaircissement.



Fig. 10 : Pose du champ opératoire obligatoire pour le traitement d'érosion/infiltration.



Figs. 11 a-b : Vue après sablage pour atteindre la lésion et sableuse.

Cas clinique

Une jeune patiente de 19 ans consulte pour le traitement de taches blanches disgracieuses sur le bloc incisivo-canin supérieur (Fig. 7). Après avoir observé une hypominéralisation d'au moins une des 4 premières molaires permanentes, le diagnostic de lésions liées à une MIH est donc posé (Fig. 8). Ses dents sont peu lumineuses et assez saturées et un éclaircissement est proposé pour améliorer l'harmonie du visage (Fig. 9). Une infiltration en profondeur sera en plus nécessaire, car les lésions MIH débutent à la jonction émail-dentine. Pour infiltrer en profondeur la lésion, il faut absolument avoir accès au plafond de la lésion. Après pose du champ opératoire (Fig. 10), dans ce cas, cette étape a été réalisée par sablage (Fig. 11). Elle aurait pu aussi être réalisée par fraissage, mais cela élimine plus de tissus et donc s'inscrit moins dans le gradient thérapeutique.

À ce stade après le sablage, nous devons débiter par l'étape de l'érosion (HCl à 15 %, Icon Etch) (Figs. 12 et 13). Après rinçage de l'acide, une solution alcoolique (Icon Dry) est utilisée comme indicateur avant l'infiltration de résine. Si une modification des propriétés optiques a lieu lors du passage de l'alcool, c'est que nous avons atteint le plafond de la lésion, alors l'infiltration sera possible. Sinon, un nouveau cycle doit être réalisé normalement pour atteindre la lésion. L'émail hypominéralisé d'une tache blanche étant plus poreux que l'émail sain, en sondant avec un bistouri équipé d'une lame n° 12, on peut en apprécier la consistance et même décrocher des copeaux d'émail lésé en grattant légèrement ; cela permet de nous indiquer que le plafond de la lésion a été atteint et que la phase d'infiltration peut avoir lieu.

Cela évite de faire des cycles érosion/alcool à l'aveugle (Fig. 14), car tant que la surface est lisse, de l'émail sain recouvre la lésion et l'objectif n'est pas atteint. Ainsi, au fur et à mesure de la « mise à nu » de la surface de la lésion, tester la consistance de la zone affectée doit mettre en évidence une différence significa-



Fig. 12 : Produits de l'érosion/infiltration avec leurs embouts d'application : Icon DMG.

CLINIQUE



Fig. 13 : Érosion avec de l'acide hypochlorite à 15 %.



Fig. 14 : Grattage avec un scalpel entraînant l'apparition de copeaux et donc mise en évidence de l'accès direct à la lésion permettant l'infiltration tout en évitant inutilement de faire d'autres cycles d'acide.



Fig. 15 : Résultat immédiat avant l'infiltration; les concavités vestibulaires sur certaines dents seront ensuite comblées par des composites de teinte émail.



Fig. 16 : Après la réalisation de composites vestibulaires, finitions et polissage rigoureux après la dépose de la digue.



Figs. 17 a-d : Résultat final avec la disparition des taches.

tive par rapport au côté lisse et résistant de l'émail non lésé. Généralement, la partie centrale est plus facile d'accès. Une attention particulière doit être portée aux parties les plus périphériques de la lésion. Il faudra aussi prendre soin de ne pas trop gratter cette trame poreuse puisque le but est justement de la garder dans un souci d'économie tissulaire et de venir l'infiltrer avec de la résine. Pour ce cas clinique, trois cycles de sablage et d'érosion ont été nécessaires; le résultat obtenu

après application de l'alcool est alors correct (Fig. 15) et nous estimons que l'effet optique obtenu est réussi. L'infiltration est donc possible. En cas de léger doute sur cet effet optique, il vaut mieux compléter par un nouveau cycle de sablage/érosion, en sachant qu'il ne faudra jamais s'approcher à plus de 500 µm de la jonction émail-dentine. Après l'infiltration de la résine (Icon Infiltrant) est réalisée pendant trois minutes pour une bonne diffusion en profondeur

suivie d'une photopolymérisation complète et adaptée de 40 secondes. L'opacité a presque totalement disparu. Un composite dentine (Essentia, GC) est mis en place dans certaines concavités créées par le sablage et l'accès aux différentes lésions profondes. Ce composite est mis en place directement sur la résine sans interposition d'adhésif. Après une bonne finition et un polissage rigoureux (Fig. 16), à la fin de la séance, la tache n'est plus visible (Fig. 17). La patiente

est très contente du résultat obtenu en une séance qui se fait généralement sans anesthésie, car nous restons totalement dans l'émail. Nous avons montré qu'il était possible, dans le cas d'une MIH, d'obtenir un très bon résultat esthétique. Cette thérapeutique est ultra préservatrice et se limite à l'émail même si une très légère mutilation d'émail est nécessaire pour atteindre le plafond de la tache. Le fait de réaliser un composite en très fine

Lectures conseillées

1. J.P. Attal, M. Denis, A. Atlan, E. Vennat et G. Tirlet. L'infiltration en profondeur : un nouveau concept pour le masquage des taches blanches – partie I. *Inf Dent*, 2013; 19 : 74-79.
2. J.P. Attal, A. Atlan, M. Denis, E. Vennat et G. Tirlet. L'infiltration en profondeur : un nouveau concept pour le masquage des taches blanches : traitement d'une MIH sévère – partie III. *Inf Dent*, 2014; 18 : 20-24.
3. M. Clément et R. Noharet. L'érosion-infiltration au service de la préservation tissulaire. *Inf Dent*, 2013; 33 : 2-7.
4. M. Denis, A. Atlan, J.P. Attal. Érosion/infiltration : un nouveau traitement des taches blanches. *Les entretiens de Bichat*, 2012, p31-35.
5. M. Denis, A. Atlan, E. Vennat, G. Tirlet et J.P. Attal. L'infiltration en profondeur : un nouveau concept pour le masquage des taches blanches : traitement d'une fluorose sévère – partie II. *Inf Dent*, 2014; 5 : 18-23.
6. J.J. Lasfargues, E. Bonte, A. Guerrieri et L. Fezzani. Inhibition carieuse par infiltration résineuse. *Réalités cliniques*, 2011, Vol. 22, n°3 : pp.257-267.
7. M. Mistral, Y. Astie, G. Dominici et B. Pelissier. L'érosion/infiltration : à propos d'un cas clinique. Part.1. *CDF*, n°1722 : 29/09/16 : 39-42.
8. M. Mistral, Y. Astie, G. Dominici et B. Pelissier. L'érosion/infiltration : à propos d'un cas clinique. Part 2. *CDF*, n°1723 : 06/10/16 : 47-50.
9. S. Paris, W. Hopfenmuller, H. Meyer-Lueckel. Resin infiltration of caries lesions: an efficacy randomized trial. *J Dent Res*, 2010; 89(8): 823-826.
10. T. Tarridas, G. Dominici, E. Brugaud et B. Pelissier. Traitement des taches blanches par l'érosion-infiltration. *Clinic*, mai 2015 n°36 : 255-263.
11. G. Tirlet et JP Attal. L'érosion/infiltration : une nouvelle thérapeutique pour masquer les taches blanches. *Inf Dent*, 2011; 26 : 12-17.

couche ne doit pas nous inquiéter non plus, justement car nous restons dans l'émail, substrat sur lequel nous savons parfaitement coller. Cette technique d'érosion/infiltration en profondeur permet de traiter de plus en plus des situations jusqu'ici sans traitement efficace. Le recul clinique commence à être très intéressant et permet donc à ce traitement de trouver sa place en pratique quotidienne.

CLINIQUE

Le sourire : une pensée subjective ou objective ?

- Quel est le rôle du sourire dans le traitement restaurateur ?
- Quelles réformes esthétiques utiliser dans le diagnostic ?
- Quelles clés décisionnelles utiliser dans le traitement ?



Docteur Anouar Yagoub

DEMS en prothèse dentaire, université d'Oran, Algérie.
DU en implantologie orale et biomécanique, université de technologie de Troyes, France.
DU en implantologie et réhabilitation orale, New York University College of Dentistry, USA.

Il est intéressant de noter que pendant plus de 19 siècles les dents étaient absentes dans presque toutes les œuvres d'art, montrant des visages souriants qu'il s'agisse de statues, peintures ou fresques (Fig. 1). Le célèbre sourire de Mona Lisa, la Joconde de Léonard de Vinci, illustre parfaitement ce propos où l'on peut observer ses lèvres fermées (Fig. 2).

Ce n'est qu'avec l'arrivée de la photographie que la conception et la représentation du sourire vont évoluer avec l'apparition des belles dents blanches témoins du plaisir, de la joie de la séduction et de la jeunesse. Dans notre société actuelle, les dents sont omniprésentes dans la presse, la publicité, la télévision, ce qui donne au sourire une place très importante dans les relations sociales. « Un sourire esthétique est un facteur de réussite, d'estime de soi et de bonne santé ».

Une étude en neurosciences réalisée par O'Doherty indique que nous serons tous davantage à l'écoute de personnes vous semblant attrayantes.

L'apparence physique influe alors sur la contribution de la personnalité, les relations interpersonnelles et l'estime de soi. Abraham, observe en 1966 que le visage occupe la place la plus importante dans les critères physiques d'attractivité.

La bouche est citée en premier parmi les composantes du visage. On voit alors le rôle majeur du sourire sur l'attraction, l'attention à autrui et son pouvoir dans le message que l'on veut faire passer.

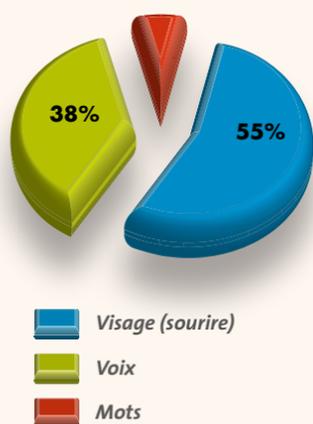
Le tableau suivant indique ce que le sexe opposé regarde d'abord.

| ♀ | ♂ |
|------------|------------|
| 1 Cerveau | 1 Yeux |
| 2 Yeux | 2 Sourire |
| 3 Sourire | 3 Physique |
| 4 Physique | 4 Cerveau |

Communication et sourire

Les dents ont un impact sur le visage qui lui-même a un impact sur le corps ; ce qui définit la personnalité de l'individu.

Alors le dentiste peut changer la personnalité du patient et cela se remarque sur l'aspect et le comportement physique de ses patients durant la durée de la réhabilitation esthétique. Le patient change à partir des provisoires et, lors du 1^{er} contrôle, on voit une personne totalement différente.



Règle de la communication 7, 38, 55 ou règle des 3V, Albert Mehrabian, 1967.



Fig. 1 : Le sourire sans dents apparentes de l'ange dans l'Extase de Thérèse de Bernini, 1652. Statue en marbre, église Santa Maria Della Victoria, Rome.

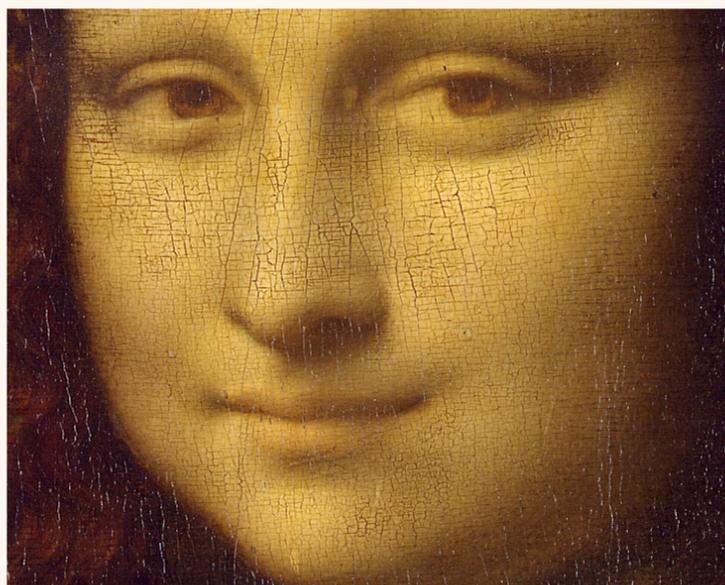


Fig. 2 : Le célèbre sourire de Mona Lisa, la Joconde de Léonard de Vinci, 1506, musée du Louvre, peintures italiennes, salle 6, Paris, France.

Alors le dentiste peut changer 55 % de la valeur de la communication, et peut même grignoter dans les 7 % de la voix.

En tant qu'experts du sourire, nous devons employer la pensée objective et nous baser sur des faits pour comprendre les demandes esthétiques de nos patients ; nous devons utiliser une méthodologie systématique et structurée pour nous assurer qu'aucune pierre n'est laissée de côté et, à travers les données que nous avons collectées, proposer un plan qui permettra non seulement de résoudre les problèmes esthétiques, mais aussi respecter les exigences fonctionnelles.

Introduction à l'analyse en trois étapes

« La beauté est dans l'œil de celui qui regarde », dit-on, et nous l'avons entendu dire depuis de nombreuses années.

Une personne peut aimer l'art de la Renaissance, par exemple, tandis qu'une autre favorise le post-modernisme, et ni l'une ni l'autre n'aurait tort. Cependant, tandis que la perception de la « beauté » est une expérience subjective (aromatisée par l'ethnicité, la culture et une liste interminable

d'autres facteurs), il y a certains facteurs universels qui transcendent cette subjectivité et nous fournissent des données factuelles objectives, critères de ce qui plaît à l'œil humain. Ces normes esthétiques fondamentales peuvent nous aider, en tant que cliniciens, à concevoir et à créer de la « beauté » dans un contexte quantitatif et scientifique et de manière prévisible.

Aujourd'hui, en partie à cause d'une convergence des tendances en matière de blanchiment des dents, les émissions de télévision et les entreprises d'hygiène bucco-dentaire dépensent des millions de dollars pour la publicité, le sourire s'est solidifié dans notre culture en tant que pièce maîtresse de l'image de la beauté globale. Il y a une demande plus forte que jamais pour des cours de dentisterie esthétique dirigée de qualité, qui représente un changement majeur par rapport à l'atmosphère qu'il y a à peine quelques générations.

Par le passé, on allait chez le dentiste pour un nettoyage ou alors pour résoudre un problème de douleur.

Aujourd'hui, les patients veulent une bouche propre sans sensation de douleur. De plus, ils recherchent, en général, des sourires rajeunis, améliorés ou complètement transformés.

En tant que dentistes on doit se rééquiper, se redéfinir et se réinventer pour ne pas être seulement des cliniciens compétents, mais des « experts du sourire ».

En termes simples, nous devons « réimaginer » qui nous sommes aujourd'hui.

En tant qu'experts du sourire, nous devons utiliser une pensée objective et basée sur des faits pour comprendre les exigences esthétiques de nos patients. Nous devons utiliser une approche méthodologique systématique et structurée pour nous assurer qu'aucune pierre n'est laissée en suspens et, à travers les données que nous recueillons, proposer un plan qui résoudra non seulement les problèmes esthétiques, mais respectera aussi les exigences fonctionnelles cruciales de nos patients et de leurs dents.

L'approche peut se décomposer en trois étapes : identifier le problème, visualiser la solution personnalisée (en trois dimensions)

CLINIQUE

et choisir la technique appropriée pour y arriver.

Historiquement, l'approche diagnostique a été de mener structure, fonction, biologie dans le contexte d'une vision esthétique idéale. Cela pourrait facilement se traduire par un résultat esthétique hors du commun et un patient malheureux.

Nous suggérons dans ce chapitre d'inverser l'approche : considérer d'abord l'aspect esthétique (qui est habituellement la préoccupation principale du patient) et ensuite l'étude de la structure-fonction-biologie dans le contexte d'une vision esthétique idéale.

En diagnostiquant les cas selon cette nouvelle séquence, nous nous mettons en position de réussir à répondre aux désirs de nos patients en optimisant la communication dès le premier jour (Figs. 3.1 et 3.2).

Ceci permet à notre patient d'avoir un aperçu de la solution que nous proposons et c'est alors l'occasion pour nous de recueillir des commentaires cruciaux, en écoutant attentivement l'avis du patient sur la couleur, la forme et la position de la dent proposée, évitant ainsi de futures erreurs de communication.

Astuce clinique

De nombreux échecs sont attribuables à une rupture de la communication entre la trinité essentielle : le patient, le dentiste et le

technicien, plutôt qu'à un problème de nature technique impliquant l'intervention des restaurations (Fig. 4).

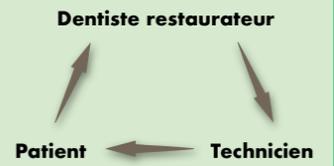


Fig. 4 : Ce triangle de communication permet une information fluide.

AD

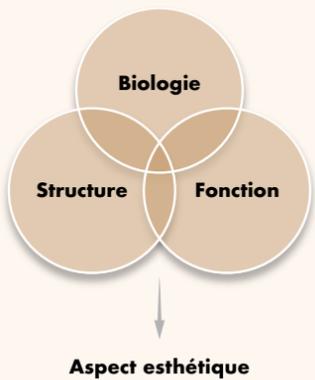


Fig. 3.1 : Approche traditionnelle.

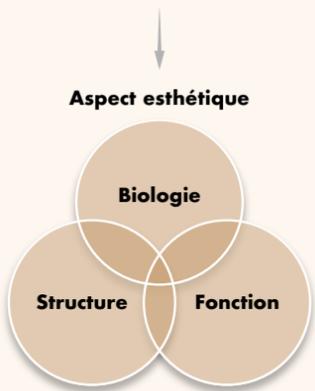


Fig. 3.2 : Nouvelle approche.

La deuxième étape de l'analyse consiste à effectuer un wax-up diagnostic sur les modèles montés, qui est guidé par l'information provenant du formulaire d'évaluation esthétique.

Cela nous permet de visualiser la forme de la dent, sa position et l'harmonie des tissus mous par rapport aux trois vues de l'esthétique faciale, dento-faciale et dentaire.

Une fois le wax-up diagnostic terminé, nous réalisons un « mock-up » dans la bouche du patient.



CROIXTURE

PROFESSIONAL MEDICAL COUTURE



NEW COLLECTION

EXPERIENCE OUR ENTIRE COLLECTION AT WWW.CROIXTURE.COM