

Assemblage d'une restauration esthétique avec une colle composite photopolymérisable, G-CEM Veneer

Par le Dr Jacopo Mattiussi, Italie



Le **Dr Jacopo Mattiussi** a obtenu son doctorat en médecine et prothèse dentaire avec distinction à l'université de Gênes, Italie, en 2013.

Actuellement, il exerce dans plusieurs cabinets dentaires spécialisés en dentisterie conservatrice, prothétique et endodontique, et porte un intérêt particulier à la dentisterie esthétique et adhésive. Il est membre de l'académie italienne de dentisterie conservatrice (Accademia Italiana di Conservativa, AIC) et de la société italienne d'endodontie (Società Italiana di Endodonzia, SIE). En 2018, il a remporté le prix de la SIE dans la catégorie « Under 32 ». Il participe activement à diverses formations et conférences nationales et internationales pour GC Italie.

La restauration esthétique unitaire antérieure relève souvent du défi. De nombreux cas peuvent être améliorés, parfois résolus par un éclaircissement dentaire. Si la teinte n'est pas suffisamment éclaircie ou si des modifications supplémentaires de la forme ou de la texture sont requises, une restauration devient nécessaire. C'est la raison pour laquelle les facettes en céramique feldspathique deviennent de plus en plus populaires. Elles demeurent toutefois un choix de traitement délicat en raison de leur épaisseur limitée et de leur degré élevé de translucidité. L'obtention d'une concordance de teinte adéquate dépend donc également de la teinte du substrat et de la colle utilisée.

Une patiente âgée de 47 ans nous avait été adressée par un confrère. L'aspect esthétique de ses dents antérieures maxillaires la tracassait (Figure 1) et elle souhaitait une restauration.

La patiente a signalé un traumatisme de l'incisive centrale supérieure droite (dent 11), survenu environ dix ans plus tôt à la suite d'un incident domestique

et l'assombrissement de cette dent au fil des années.

L'examen clinique intra-oral a conclu à une hygiène bucco-dentaire satisfaisante, l'absence de caries et un bon état du parodonte. La dent 11 présentait une forte coloration (Figure 2), le plus vraisemblablement due au traumatisme survenu par le passé. Les tissus mous

entourant la dent étaient bien préservés et la forme dentaire était intacte.

On ne notait aucune sensibilité à la percussion et aucune lésion apicale n'était visible sur la radiographie. La dent 11 ne répondait pas au test de vitalité et la patiente a donc d'abord été adressée à un confrère aux fins d'un traitement endodontique.

Après le traitement endodontique, différentes possibilités de traitement ont été proposées à la patiente. Par ordre croissant du caractère invasif, elles consistaient en :

- 1) Technique dite du « walking bleach », ou technique ambulatoire d'éclaircissement interne de la dent dépulpée (premier choix).
- 2) Technique du « walking bleach » de la dent dépulpée + pose d'une facette (second choix).
- 3) Pose d'une facette (troisième choix).

La patiente a choisi l'éclaircissement par voie interne en raison de la mauvaise expérience vécue par son époux lors d'un éclaircissement dentaire réalisé par son dentiste précédent quelques années auparavant. Après avoir expliqué le caractère invasif croissant du traitement et le besoin d'éliminer du tissu dentaire dû à l'absence d'un éclaircissement antérieur, nous avons choisi de traiter le cas au moyen d'une facette en céramique feldspathique.

Un cordon rétracteur 3-0 a été délicatement inséré dans le sillon gingivo-dentaire sans anesthésie.

La dent a été isolée par une digue fendue afin d'obtenir une isolation ponctuelle tout en conservant le champ opératoire suffisamment lumineux, le contrôle visuel des tissus mous et l'absence d'une contrainte inutile sur les tissus gingivaux, au moins pendant la phase de préparation (Figure 3).



Figure 1-2 : Situation initiale. La dent 11 présente une forte coloration.

Dans la mesure où aucune modification de la forme dentaire n'était nécessaire, un mock-up n'a pas été préparé. Des rainures de guidage servant de repères de profondeur ont été préparées avec des fraises calibrées sur la face vestibulaire et le bord incisif (Figure 4), en fonction des trois plans d'inclinaison sagittale de l'incisive (cervical, central et incisif), le zénith gingival étant positionné légèrement en distal. Les rainures

vestibulaires avaient une profondeur de 1 mm afin de disposer d'un espace suffisant pour masquer la coloration. Le bord incisif a été creusé sur 1,5 mm. La ligne de finition cervicale ainsi que la ligne interproximale ont été préparées en chanfrein. Au niveau incisif, le bord interne a été arrondi pour prévenir les contraintes et terminé du côté lingual par une préparation nette en joint bout à bout (Figure 5-6).



Figure 3 : Le champ est isolé par la technique de la digue fendue.



Figure 4 : Rainures de guidage servant de repères de profondeur.



Figure 5-6 : Après une réduction suffisante, les angles internes sont arrondis et toute la préparation est terminée au moyen d'un ciseau à émail.

Assemblage d'une restauration esthétique avec une colle composite photopolymérisable, G-CEM Veneer



Figure 7 : Scellement dentinaire immédiat avec G-Premio Bond.



Figure 8 : Polymérisation finale après l'application de GC Gradia Air Barrier.



Figure 9 : Empreinte montrant la préparation en détail.

Avant la prise d'empreinte, la dentine exposée a été traitée (scellement dentinaire immédiat [IDS]) avec l'adhésif universel auto-mordant G-Premio Bond. GC Gradia Air Barrier a été appliqué avant la polymérisation finale (Figure 7-8). L'empreinte ayant été prise (Figure 9), une restauration provisoire en résine acrylique a été préparée à l'aide d'une clé en silicone et assemblée avec une goutte de ciment résine fluide après finition et polissage. L'empreinte a été envoyée au laboratoire dentaire de Donato D'urso aux fins de la fabrication de la facette en céramique feldspathique (Creation Veneering Ceramics, Creation Willi Geller).

Au cours de la visite suivante, la restauration provisoire a été retirée et la

surface dentaire légèrement lissée au moyen d'un détartré et polie avec une ponce pour éliminer les impuretés. Des pâtes d'essai appropriées (pâte d'essai G-CEM Veneer ; teinte transparente et teinte A2) ont été utilisées pour vérifier la teinte sur la dent encore hydratée, sans digue. Une colle composite esthétique photopolymérisable de teinte A2 (G-CEM Veneer) a été choisie pour l'assemblage. Les colles composites photopolymérisables sont appropriés aux cas esthétiques en raison de leur excellente stabilité de teinte et parce que l'épaisseur limitée de la facette permet une photopolymérisation correcte. La colle choisie pour ce cas est particulièrement facile à utiliser en raison de ses propriétés thixotropes et de son long temps de travail.

La dent a été isolée avec une digue en caoutchouc et des crampons pourvus d'une ailette de rétraction basse de sorte que le crampon pouvait être ajusté sans risque de lacération du tissu gingival (Figure 10). La dentine a été sablée (particules de sable silicaté de 30 µm) pour conférer une rugosité à la surface qui avait préalablement été traitée avec un IDS (Scellement dentinaire immédiat) (Figure 11). Ensuite, un agent de mordantage a été appliqué pendant 30 secondes (Figure 12) pour créer des microporosités dans l'émail et éliminer les impuretés résultant du sablage, laissant ainsi la surface propre et nette (Figure 13).



Figure 10 : Isolation au moyen d'une digue en caoutchouc avant l'assemblage.



Figure 11 : Sablage de la surface dentaire.



Figure 12 : Mordantage de la préparation.

Assemblage d'une restauration esthétique avec une colle composite photopolymérisable, G-CEM Veneer



Figure 13 : Préparation de la surface après mordantage.

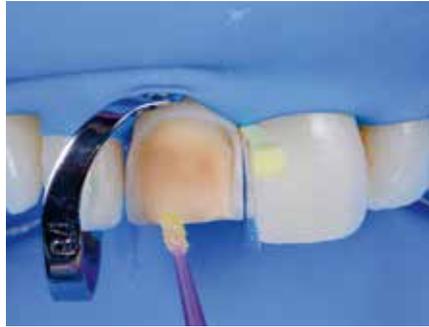


Figure 14 : Application de G-Premio Bond.

G-Premio Bond a ensuite été appliqué sur toute la surface dentaire, laissé au repos durant 10 secondes et séché à l'air sous une pression maximale pendant 5 secondes avant la photopolymérisation (Figure 14).

La facette en céramique feldspathique a été mordancée à l'acide fluorhydrique, rincée puis traitée à l'acide phosphorique pour éliminer les résidus et assurer l'obtention d'une surface propre après le rinçage. L'intrados de la facette a

ensuite été silanisé avec G-Multi PRIMER (Figure 15).



Figure 15 : a) Restauration avant le traitement



b) Application d'acide fluorhydrique



c) Rinçage de l'acide fluorhydrique



d) Application d'acide phosphorique pour nettoyer la surface



e) Rinçage de l'acide phosphorique



f) Application de G-Multi PRIMER

Assemblage d'une restauration esthétique avec une colle composite photopolymérisable, G-CEM Veneer

Le ciment a été appliqué dans l'intrados de la facette et celle-ci a été délicatement ajustée sur la dent. Les excès de ciment ont été soigneusement éliminés au moyen de micro-pinceaux. La polymérisation a été effectuée micro-pinceaux de façon à éviter les contraintes sur la céramique pendant les premiers stades de la polymérisation du de la colle composite composite (Figure 16). Un gel de glycérine a été appliqué avant la polymérisation finale. Les limites marginales ont été soigneusement nettoyées et lissées en éliminant les excès avec une lame de scalpel (Figure 17) et des pointes en téflon montées sur une pièce à main ultrasonique afin de ne pas endommager la céramique.

Au bout d'une semaine, la patiente est revenue pour une visite de contrôle. La concordance de teinte était excellente (Figure 18-19) et le traitement répondait parfaitement aux attentes de cette patiente.



Figure 16 : Photopolymérisation de G-CEM Veneer à travers la restauration.



Figure 17 : Finition des limites marginales au moyen d'une lame de scalpel.



Figure 18 : Résultat final, montrant l'excellente concordance de teinte.



Figure 19 : Photographie du sourire une semaine après le traitement.