



Réhabilitation esthétique pluridisciplinaire, à propos d'un cas

Richard Massihi, Paris
Stefen Koubi, Marseille
Axel Azogui, Paris

Les usures dentaires sont des pertes de substances non carieuses dont les étiologies peuvent être multiples, voire combinées. Érosion et abrasion sont des phénomènes progressifs qui s'accompagnent généralement d'une égression compensatoire des dents atteintes ou de leur antagoniste laissant souvent peu de place pour leurs restaurations. D'autre part le sourire gingival peut avoir un impact sur le rendu esthétique du sourire de nos patients et ainsi créer un véritable complexe. Les étiologies sont tout aussi multiples et peuvent être d'origine dento-parodontale, alvéolaire, ou musculaire, mais il se peut bien également que la cause soit une association de différents facteurs. Le cas clinique présenté ici illustre une réhabilitation esthétique pluridisciplinaire du sourire d'une patiente qui présente des usures dans un contexte de sourire gingival.

Cas clinique

M^{me} C, 41 ans se présente à la consultation avec le désir d'améliorer l'esthétique de son sourire, en effet elle trouve ses dents trop petites et elle est gênée par les espaces qu'elle a entre les dents. La patiente ne présente pas de pathologie et ne consomme pas de tabac. Elle ne se plaint pas de douleur musculaire ni de claquements articulaires.

Examen clinique

L'examen de la face montre une harmonie de proportion au niveau des différents étages de la face, sans perte de dimension verticale (Fig. 1). Cependant, on note une asymétrie du visage marquée par une différence de hauteur du couple œil sourcils. Le sourire de face est composé d'une lèvre supérieure fine et une lèvre inférieure charnue, on note un sourire gingival assez marqué (classe I de Liebart) ainsi qu'un léger décalage vers la droite du milieu inter incisif. La ligne des bords libres des incisives maxillaires effleure le contour de la

lèvre inférieure ce qui indique que le bord libre est déjà bien situé dans le sourire. Au niveau intrabuccal, on observe un contrôle de plaque sensiblement à améliorer et un biotype parodontal épais (Fig. 2). On note une usure du bord libre et de la face palatine des incisives et canines maxillaires avec une compensation alvéolaire dont l'étiologie est probablement mécanique et chimique (boisson acide). Des anciennes restaurations en composite ont été placées pour remplacer une partie du bord libre usé. Les incisives, de forme triangulaire, assez courtes, présente des diastèmes liés à une dysharmonie dento-dentaire.



Au sourire, la patiente découvre largement les collets des dents maxillaires ainsi qu'un bandeau de gencive assez important.



À l'examen intra buccal on note la présence d'un biotype parodontal épais, légèrement inflammatoire dû à une accumulation de plaque. On note également des incisives maxillaires courtes qui présentent des anciennes restaurations en composite. On remarque la présence de diastèmes entre les incisives maxillaires ainsi qu'un encombrement au niveau des incisives mandibulaires. Des usures de type érosives sont présentes sur la face palatine des incisives et canines maxillaires, avec une destruction quasi complète de l'émail palatin.

Au niveau occlusal on observe une classe I d'angle molaire et canine une supracclusion de 2 mm et un surplomb de 1 mm. L'examen fonctionnel ne révèle pas de para fonction particulière ni de signe de bruxisme, cependant, on note un guidage non fonctionnel lié à des usures de composantes plutôt érosives.

Diagnostic

La patiente présente un sourire gingival mettant en avant une dysharmonie dent dentaire par insuffisance des dents maxillaire, associée à une usure de type érosive de la face linguale et du bord libres des incisives et canines maxillaires. Ces usures ayant entraîné une insuffisance dans le guidage antérieur en propulsion et diduction. Aucun retentissement fonctionnel n'ayant été encore ressenti au niveau des articulations temporo-mandibulaires.

Vailati et Belser ont décrit la classification ACE (Fig. 3) qui correspond aux niveaux d'usures liés aux érosions des dents antérieures maxillaires. Selon cette classification le cas présent est une classe IV qui correspond à une perte de l'émail palatin associé à une perte verticale du bord libre supérieure à 2 mm, tout en conservant de l'émail vestibulaire. La classification est aussi une classification orientée aussi la thérapeutique vers une réhabilitation

par facette palatine et facette vestibulaire. Cependant, dans le cas présent une égression des incisifs limite l'espace prothétique résiduel au niveau des faces palatines.

Objectifs du traitement

AMÉLIORER L'ESTHÉTIQUE DU SOURIRE DE LA PATIENTE

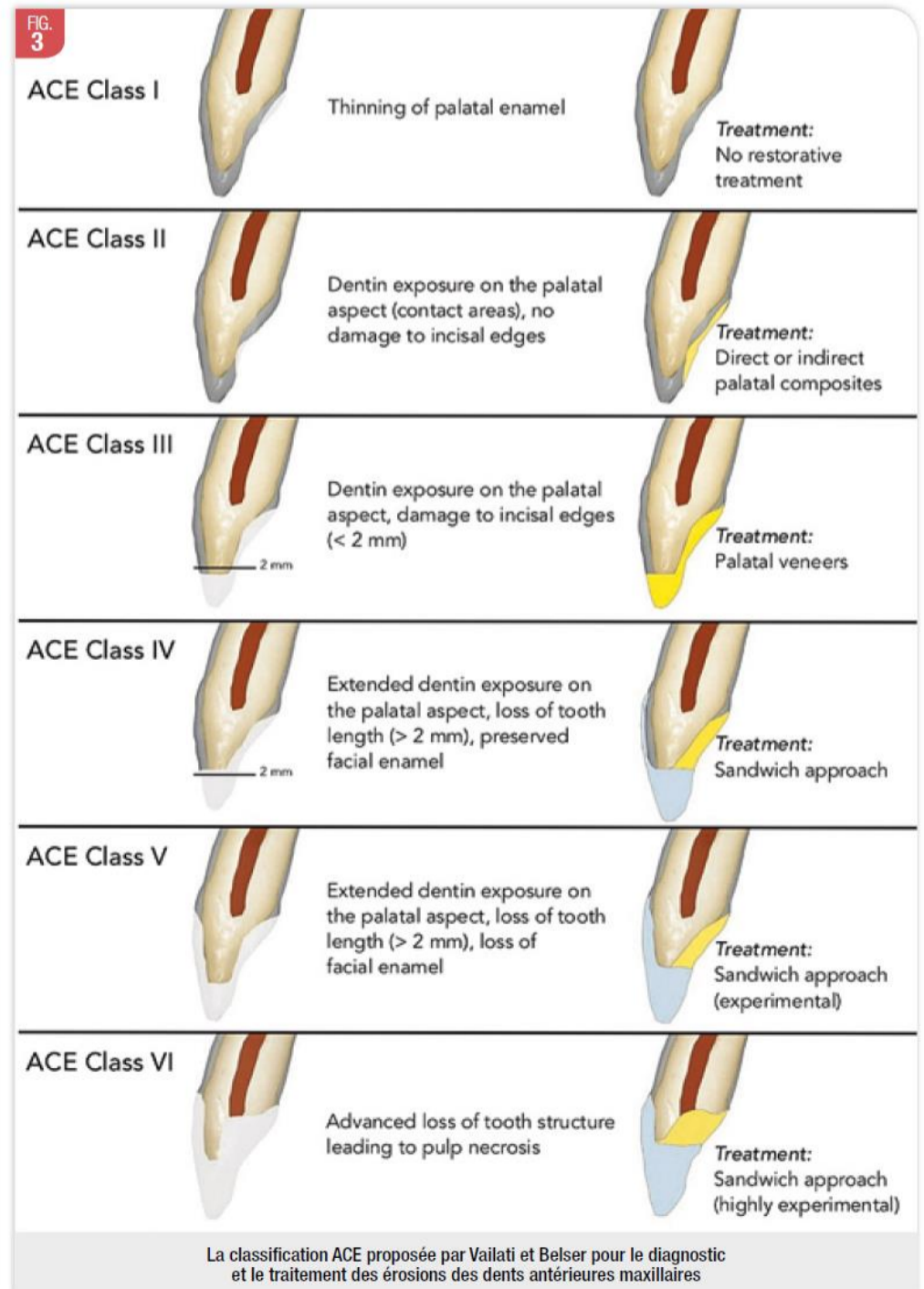
- En augmentant la luminosité des dents
- En diminuant la partie gingivale présente dans le sourire
- En améliorant les proportions des dents antérieures maxillaires

RÉTABLIR LA FONCTION

- En réalisant un guidage antérieur efficace
- Préserver les tissus dentaires atteints
- En créant de l'espace grâce à une approche orthodontique

PLAN DE TRAITEMENT

- Éclaircissement par voie externe
- Phase orthodontique de récupération d'espace prothétique
- Réhabilitation du guide antérieur par mise en place de facettes palatines
- Aménagement parodontal par gingivectomie
- Réhabilitation esthétique par facettes en céramiques



L'examen clinique extrabuccal à l'aide de clichés de face et profil met en avant une légère asymétrie faciale, la dimension verticale semble préservée et le soutien labial est correct.

L'éclaircissement par voie externe permet d'augmenter la luminosité globale des dents présentes dans le sourire. Celui-ci est réalisé en ambulatoire avec du peroxyde de carbamide à 10 % à la fréquence de 8h par jour pendant 3 semaines. Aucune sensibilité n'a été décrite pendant la durée du traitement (Fig. 4).



Éclaircissement par voie externe

Une phase orthodontique dont l'objectif est l'ingression et la vestibulo version des incisives maxillaires est réalisée à l'aide d'une plaque de Hawley avec un arc vestibulaire activé à l'aide de boucles distales. L'arc exerce alors une force douce sur des taquets en composites placés sur les faces vestibulaires des incisives maxillaires (Fig. 5). Après une durée de traitement de 5 mois, l'espace créé a été suffisant pour passer à la phase restauratrice.



Réaménagement de l'espace prothétique par un traitement orthodontique permettant la vestibulo version et l'ingression des incisives maxillaires.

La réhabilitation du guidage antérieur est réalisée concomitamment à la fin du traitement orthodontique afin d'éviter la récurrence. Les usures situées aux niveaux des faces pala-



Réalisations de facettes palatines concomitamment à la fin du traitement orthodontique pour éviter la récurrence et la perte de l'espace prothétique. Réalisation de préparations minimales servant uniquement à faciliter le repositionnement des pièces en Enamic (Vita). Un réglage fin du guidage antérieur est réalisé avec un papier d'occlusion de 40 microns.



Préparation pour facette et prise de couleur du substrat pour le technicien de laboratoire



Discussion

La patiente a désiré avoir un rendu naturel de son nouveau sourire, l'augmentation des proportions des incisives et canines a donc été réalisée avec mesures dans le but de conserver la forme triangulaire présente à l'origine. On note la parfaite intégration chromatique des restaurations antérieures par rapport aux dents simplement éclaircies en amont. Cela permet d'améliorer le sourire de façon globale tout en proposant un traitement minimalement invasif.

Le traitement aurait tout à fait pu être mené de manière beaucoup plus rapide en réalisant d'emblée une elongation coronaire avec soustraction osseuse, des préparations pour facettes plus mutilantes de 2^e prémolaire à 2^e prémolaire, mais ni le patient ni le praticien n'a été adhérent à cette philosophie. Le respect des tissus dento-parodontaux reste une des clés pour proposer à nos patients des restaurations durables et fonctionnelles.

Conclusion

La simplification des protocoles, la visualisation numérique du projet esthétique, et la pluridisciplinarité de nos approches nous permettent de proposer à nos patients des thérapeutiques plus simples moins invasives, et plus prédictibles, mais aussi plus dans l'air du temps.

Remerciements pour le Dr Jean Khoury, orthodontiste, pour la réalisation du traitement ODF, et M. Gérald Ubassy, prothésiste dentaire, pour la réalisation des facettes.

Bibliographie

1. Lussi A, Jaeggi T. L'érosion dentaire, diagnostic, évaluation du risque, prévention, traitement, Quintessence International. 2012.
2. Vailati F, Belser U. Full month adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition : 3 step technique part. Eur J Esthet Dent. 2008 Spring ; 3 (1) : 30-44.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr