

Images cliniques

Le modèle diagnostique en cire : la clé du succès

Carol Waldman, DDS

Pour réussir, toute entreprise doit être guidée par l'atteinte d'un objectif précis. En dentisterie, cela signifie qu'il est essentiel, lors du traitement de patients devant subir des changements cosmétiques ou fonctionnels majeurs, de bien connaître les attentes du patient quant à l'apparence et aux fonctions finales de la restauration.

Le modèle diagnostique en cire peut, à lui seul, s'avérer l'outil le plus utile à cette fin, non seulement pour aider à déterminer l'apparence et le fonctionnement en bouche, mais aussi pour faciliter la communication avec le patient et l'exécution du traitement.

Dans mon cabinet, je m'assure d'avoir en main des enregistrements de données diagnostiques complètes, avant d'amorcer la planification d'un traitement. Je documente ensuite avec soin les attentes du patient. J'estime cependant que, de toutes les données diagnostiques obtenues du patient, ce sont les modèles montés sur articulateur et les photographies qui sont les plus essentiels à mon travail. Ensemble, ces photos et modèles me permettent en effet de reproduire, en 3 dimensions, la position idéale des dents et le schéma occlusal idéal, de même que la taille et la forme des dents dans le sourire restauré. À l'aide de modèles bien montés sur articulateur, je peux ensuite transmettre l'information au technicien, afin qu'il puisse reproduire ces changements en cire, directement sur un double des modèles diagnostiques montés sur articulateur.

Les directives données au technicien peuvent porter sur un ou l'ensemble des points suivants :

- la position du bord incisif des incisives centrales supérieures (surplomb vertical et surplomb horizontal)
- la longueur des incisives centrales
- l'inclinaison des dents supérieures à restaurer
- le degré d'élévation (s'il y a lieu) de la ligne gingivale (allongement de la couronne ou «soulèvement de la gencive»)
- la longueur relative des incisives latérales, des canines et des prémolaires
- l'inclinaison des incisives
- le schéma occlusal (fonction canine ou de groupe)
- la forme (ovale, carrée, triangulaire, etc.) des dents
- la correction du plan occlusal (illustrée le mieux à l'aide de photographies faciales et d'un enregistrement de l'occlusion avec une tige de référence horizontale)
- le degré d'augmentation de la dimension verticale, par l'ouverture de l'occlusion (au besoin).

Lors de la visite de consultation, le modèle diagnostique en cire, terminé et monté sur articulateur de façon professionnelle, est présenté au patient en lui laissant suffisamment de temps pour examiner les changements proposés. Nous invitons ensuite le patient à commenter les restaurations proposées et à indiquer si le modèle en cire traduit bien l'apparence qu'il recherche pour

ses dents. Bien des patients indiquent alors que les dents leur semblent trop carrées, trop rondes, trop longues ou trop courtes. Dans la mesure du possible, les ajustements sont apportés sur le modèle en cire sur-le-champ. Cependant, si les changements demandés sont trop nombreux pour être effectués en cabinet, on demande au patient de revenir pour une deuxième visite de consultation, où on lui présentera le modèle en cire, modifié conformément à ses demandes. Cette possibilité qui est offerte aux patients de participer à la prise de décisions leur donne l'assurance que leurs attentes seront satisfaites et élimine leur sentiment d'impuissance face au traitement ainsi que leur appréhension quant au résultat final. C'est par ailleurs durant cette visite de consultation que le patient décidera vraiment d'entreprendre le traitement, s'il a le sentiment que le dentiste tient vraiment compte de ses besoins. Il est crucial à ce stade-ci d'obtenir la participation et l'approbation du patient, pour éviter les réfections coûteuses.

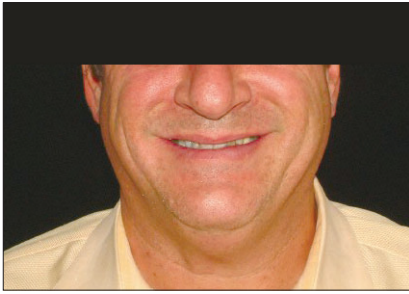
Le cas présenté ci-après illustre l'utilisation du modèle diagnostique en cire chez un patient qui désire non seulement améliorer sa santé buccodentaire, mais qui souhaite également que ses dents soient visibles lorsqu'il parle et qu'il sourit.

Après avoir discuté avec soin des objectifs et des attentes du patient, et examiné toutes les données diagnostiques, j'ai demandé à mon technicien de fabriquer selon mes instructions un modèle diagnostique en cire de toutes les dents supérieures, depuis les deuxièmes prémolaires vers l'avant. (On avait prévu que les molaires seraient extraites et remplacées par des implants.) Les **ill. 1** à **5** montrent l'état du patient avant le traitement et l'**ill. 6** présente le modèle diagnostique en cire.

Après avoir pleinement discuté avec le patient des objectifs et des coûts du traitement, ainsi que du calendrier proposé, et après lui avoir fait signer un formulaire de consentement éclairé, le premier rendez-vous pour la préparation des dents a été fixé.

Durant ce rendez-vous, le modèle diagnostique en cire s'est à nouveau révélé fort utile. Mon assistante a fabriqué une matrice à l'aide d'un matériau à empreinte à très haute viscosité (putty) et du modèle diagnostique en cire, matrice devant servir de guide à la création de restaurations provisoires (**ill. 7**). Les restaurations provisoires étaient une reproduction du modèle «testé» que le patient avait déjà approuvé. L'utilisation indirecte du modèle en cire pour la fabrication des restaurations provisoires a permis au patient de faire l'expérience directement des changements qui seraient apportés aux restaurations finales. Comme le montre l'**ill. 8**, le patient a pu faire l'essai de ses nouvelles dents et juger de leurs qualités esthétiques et fonctionnelles.

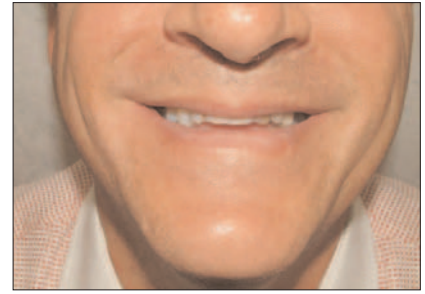
À ce stade du traitement, il est utile de proposer au patient de subir une série de tests d'élocution. Si le patient a de la difficulté à prononcer quelques sons, les restaurations provisoires devraient alors être ajustées en conséquence. Les restaurations provisoires ajustées serviront ensuite à créer les restaurations finales (**ill. 9**).



III. 1 : Dents non apparentes au repos et durant l'élocution normale.



III. 2 : Absence de soutien de la lèvre supérieure, due à une anomalie de classe III squelettique.



III. 3 : Ligne du sourire inverse où les dents postérieures semblent plus basses que les dents antérieures, dans le plan occlusal.



III. 4 : Occlusion en bout à bout et traumatisme dentaire, attribuables au schéma occlusal existant.



III. 5 : Vue occlusale montrant une forte usure des incisives antérieures et un pont à cantilever en remplacement de la dent 23 incluse.



III. 6 : Modèle diagnostique en cire.



III. 7 : Matrice en matériau à empreinte à très haute viscosité (putty) fabriquée à partir du modèle diagnostique en cire et ajustée en vue de la fabrication des restaurations provisoires.



III. 8 : Ligne du sourire améliorée avec dents apparentes après la mise en place des restaurations temporaires.



III. 9 : Sourire du patient une fois les restaurations finales en place.

Un des principaux avantages de cette technique pour la fabrication des restaurations provisoires de diagnostic est qu'elle offre la possibilité d'apporter les modifications désirées directement sur les restaurations provisoires. Il est possible, par exemple, de raccourcir ou d'allonger les restaurations provisoires dans le plan incisif. J'utilise un matériau composite à très faible viscosité, d'une teinte compatible avec l'acrylique des restaurations provisoires, qui s'incorpore facilement et qui adhère rapidement à ces dernières. Par le retrait ou l'ajout de matériau, le clinicien et le patient peuvent ensemble améliorer les restaurations provisoires de manière à obtenir la forme finale souhaitée.

Lorsque le patient et moi sommes satisfaits des propriétés esthétiques et fonctionnelles des restaurations provisoires, mon assistante prend une empreinte finale en alginate des dents de temporisation; cette empreinte est ensuite envoyée au laboratoire pour guider la fabrication des restaurations finales. Mon technicien utilise donc le modèle «testé» comme guide, pour la création des restaurations finales.

L'utilisation d'un modèle diagnostique en cire élimine les incertitudes liées à la fabrication des restaurations permanentes. Le fait de déterminer les paramètres idéaux des restaurations finales alors que les restaurations provisoires sont en bouche, non seulement apaise les inquiétudes du patient au sujet des restaurations finales, mais est aussi essentiel pour éviter les réfections coûteuses qui pourraient être nécessaires pour corriger certains éléments inacceptables pour le patient.

Aujourd'hui, les patients s'attendent, à juste titre, à obtenir ce qui se fait de mieux à toutes les étapes du traitement. Le modèle diagnostique en cire facilite l'atteinte de cet objectif et permet d'accroître au maximum la prévisibilité du résultat et la satisfaction du patient. ♦



La Dre Carol Waldman exerce dans un cabinet privé en réhabilitation dentaire et en dentisterie esthétique à Toronto (Ontario). Courriel : carol.cosmeticdentistry@rogers.com.