

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).

## QUESTION 1

Comment puis-je limiter le nombre des divers ciments dentaires disponibles dans mon cabinet et continuer de répondre à toutes les situations cliniques de la prosthodontie?

### Contexte

A mesure que s'élargit le répertoire d'un clinicien pour inclure diverses restaurations indirectes, celui-ci a tendance à accumuler un grand nombre de ciments dentaires différents en cabinet. Comme les matériaux prothétiques exigent chacun des agents de scellement particuliers, il survient des difficultés logistiques tant pour le dentiste que pour le personnel. Malheureusement, il n'existe toujours pas le ciment dentaire universel.

Il y a plusieurs types de ciments dentaires, chacun ayant des propriétés et des caractéristiques de maniement uniques; aucun produit n'est à lui seul idéal pour tous les types de restaurations. Un ciment dentaire doit servir de barrière contre la micro-infiltration microbienne, maintenir la dent et la restauration en place par une forme ou une autre d'attachement (mécanique, chimique ou une combinaison des deux), et sceller l'interface entre eux<sup>1</sup>. Le maniement d'un ciment est important, étant donné que les variations du ratio poudre-liquide peuvent influencer considérablement sur le temps de travail et le temps de prise, sur la consistance, l'écoulement

et le degré de solubilité, sur la résistance et l'épaisseur du film<sup>2</sup>. Dans le présent article, je traite et justifie le choix des ciments dentaires utilisés actuellement dans notre cabinet collectif de prosthodontie (tableau 1).

### Choix de ciments dentaires

#### Prosthodontie traditionnelle fixe

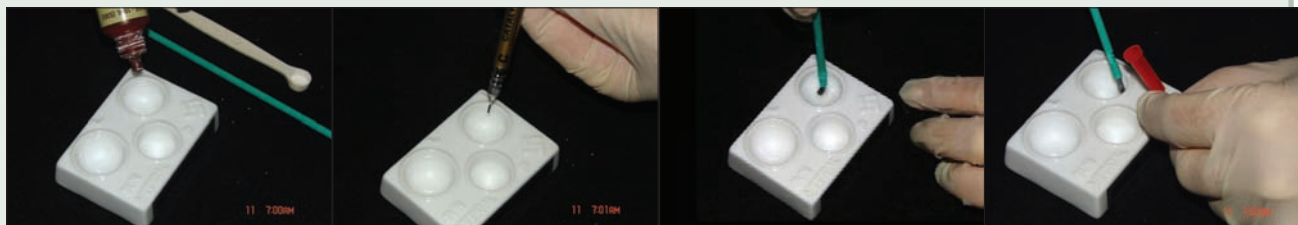
Les restaurations temporaires peuvent être cimentées avec de l'hydroxyde de calcium (Dycal, Dentsply International, York, Penn.), étant donné que ce matériau est facile à manier, aisé à se procurer et n'interfère pas avec le ciment permanent ni ne compromet son intégrité. On le place généralement sur les marges de la restauration provisoire, avant d'asseoir la restauration en place. La couronne ne doit pas être emplie de ciment, étant donné que cette opération peut conduire à des difficultés au moment du retrait. Ce ciment durcit rapidement, et l'excédent est facile à nettoyer.

Trois autres ciments sont nécessaires pour faire face à tous les aspects de la prosthodontie fixe. Le ciment C&B Metabond (Parkell, Edgewood, N.Y.) est le ciment de choix pour les métaux non précieux, comme les ponts liés à la résine et les tenons radiculaires liés dans les dents traitées par endodontie. Ce ciment est formulé avec du monomère méthacrylate de méthyle et des particules de charge en résine acrylique, et il est catalysé par le tributylborane. Il se lie à l'émail, à la dentine et au métal. L'emploi d'une seringue C-R (Centrix, Shelton, Conn.) réduit les vides dans le ciment et permet au clinicien de maîtriser le placement du ciment avec beaucoup d'aise (ill. 1 à 3). Ce ciment adhésif est d'une valeur inestimable pour les patients qui présentent un bris de porcelaine avec exposition du métal dans une restauration céramo-métallique. Le fait de masquer le métal exposé avec un ciment opaque C&B Metabond donne un excellent résultat esthétique lorsqu'une réparation de la porcelaine est indiquée.

Un ciment dentaire qui se révèle être une bête de somme pour la plupart des restaurations indirectes porte la marque Maxcem (Kerr Corp., Orange,

Tableau 1 Ciments utilisés pour différents types de restaurations

Type de restauration	Ciment dentaire
<b>Prosthodontie traditionnelle fixe</b>	
Restauration provisoire	Dycal
Tenon radiculaire coulé et pilier	C&B Metabond
Pont lié par résine	C&B Metabond
Inlay/onlay en métal/couronne toute en or Inlay, onlay et restauration de porcelaine	Maxcem
Couronne céramo-métallique	Maxcem
Facette de porcelaine	Nexus 3
<b>Prothèses implanto-portées</b>	
Pilier alumine	Maxcem
Pilier zirconia	Nexus 3
Pilier en titane ou alliage d'or	Improv



III. 1 : Mélange et chargement du ciment C&B Metabond dans un tube de seringue Centrix.



III. 2 : Seringue C-R.



III. 3 : Expression du ciment pour un tenon radulaire coulé et une restauration sur pilier.



III. 4 : Ciment Improv en excès pour une couronne céramo-métallique implanto-portée et cimentée sur un pilier en alliage d'or.

Calif.). Ce ciment auto-mordant et auto-adhésif est un ciment de type résine à double polymérisation qu'on distribue directement avec une seringue à mélange automatique. Une fois la restauration bien assise, le matériau excédentaire peut être photopolymérisé pendant plusieurs secondes pour permettre un nettoyage facile. Il est indiqué pour tous les inlays et onlays en métal et en céramique et les restaurations à couverture complète. Soit dit en passant, les patients n'ont signalé aucune sensibilité postopératoire lorsqu'on utilise le ciment Maxcem.

Le ciment de scellement de type résine Nexus 3 (Kerr) est idéal pour cimenter les facettes de porcelaine étant donné qu'il est offert selon diverses teintes et viscosités. Il peut être polymérisé à la lumière ou faire l'objet d'une double polymérisation.

#### Prothèses implanto-portées

Toutes les prothèses implanto-portées en céramique fixées à des piliers en zirconia ont besoin d'un ciment permanent qui est à la fois résistant et esthétique. Dans cette situation, on peut utiliser soit le Maxcem, soit le Nexus 3. Le ciment Improv (Nobel Biocare, Gothenburg, Suède) est un ciment universel en prosthodontie implantaire qui peut être utilisé pour les prothèses implanto-portées où la porcelaine est liée au métal et cimentée à des piliers en métal

faits sur mesure ou préfabriqués (titane, alliage d'or) (III. 4).

À mesure qu'évolue la technologie des biomatériaux dentaires, il se peut qu'un ciment dentaire universel voit le jour. D'ici là, la présente liste des 5 ciments dentaires promet de rationaliser les stocks dans un cabinet dentaire, tout en permettant au clinicien de continuer à utiliser à la fois des matériaux nouveaux et des matériaux traditionnels pour les prothèses. ➤

#### L'AUTEUR



Le Dr John P. Zarb est prosthodontiste chez Prosthodontic Associates et membre du personnel en tant que prosthodontiste à l'Université de Toronto et à l'Hôpital Mount Sinai, Toronto (Ontario). Courriel : [jzarb@buildyoursmile.com](mailto:jzarb@buildyoursmile.com).

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

#### Références

1. Diaz-Arnold AM, Vargas MA, Haselton DR. Current status of luting agents for fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent* 1999; 81(2):135-41.
2. Jones DW. Les ciments dentaires : une mise à jour. *J Can Dent Assoc* 1998; 64(8):569-70.

#### Lecture supplémentaire

Powers JM. Cements. In: Craig RG, Powers JM, editors. *Restorative dental materials*. St. Louis: Mosby; 2002. p. 593-634.

## QUESTION 2

## Quel attachement dois-je utiliser avec une prothèse partielle amovible ou une prothèse hybride?

### Contexte

Avant de choisir un attachement pour une prothèse partielle amovible ou une prothèse hybride, il faut tenir compte, entre autres, de l'ampleur de l'espace interocclusal disponible, de la taille et de l'état parodontal du pilier et de la capacité de l'attachement d'amortir les contraintes. D'autres facteurs, comme la rétention, la facilité d'utilisation et la durée de vie prévue de l'attachement, doivent aussi être considérés et constituent le principal objet du présent article. Les 2 attachements dentaires les plus couramment utilisés dans notre cabinet collectif de prosthodontie sont les attachements Bredent et Locator.

### Attachement avec une prothèse partielle amovible

Bredent (Senden, Allemagne) fabrique toutes sortes d'attachements adaptés à de nombreuses applications. L'un des principaux avantages de la gamme des attachements Bredent est la fiabilité de la rétention et la facilité d'utilisation. Le mécanisme de rétention pour ces attachements est fondé sur des composantes femelles en plastique (matrices de friction) qui s'insèrent dans les boîtiers métalliques dans la prothèse amovible. Ces matrices de friction sont codées en couleurs : vert pour la rétention par friction réduite, jaune pour la rétention par friction régulière et rouge pour la rétention par friction élevée. Les composantes de rétention en plastique peuvent facilement être retirées et remplacées en clinique par le dentiste. Quelques matrices peuvent être stockées à coût minime et remplacées au besoin.

La sélection d'une matrice de friction particulière dépend de la conception de la prothèse, du nombre de piliers et de la dextérité manuelle du patient.

### Cas 1

Le patient du cas 1 voulait une rétention meilleure et une prothèse partielle amovible plus esthétique. On a sélectionné l'attachement de type boule et douille Bredent Vario-Kugel-Snap Sagittal (VKS-SG). L'ill. 1 montre l'emploi de 4 mini-attachements Bredent VKS-SG. Les ill. 2 et 3 montrent la prothèse partielle amovible en place. En raison du nombre de piliers et de la capacité démontrée du patient à insérer et à retirer la prothèse partielle facilement, on a utilisé la matrice jaune (friction régulière).

### Attachement avec une prothèse hybride

L'attachement Locator (fabriqué par Zest Anchors, Inc., Escondido, Calif.) est un attachement couramment utilisé dans notre cabinet collectif de prosthodontie. Elle consiste en une composante femelle en métal qui est fixée à l'intérieur de la bouche et en une composante mâle en nylon ancrée dans un boîtier métallique à la base de la prothèse. Comme les attachements Bredent, les éléments de rétention mâles en nylon du système Locator sont codés en couleurs, selon le degré de rétention (bleu = 1,5 lb/3,3kg, rose = 3 lb/6,6 kg, transparent = 5 lb/11 kg). Un élément de rétention vert est utilisé pour les piliers de divers degrés d'angle (angle de 10° à 20°). Qui plus est, l'attachement Locator est doté d'une conception à alignement automatique, où la portion mâle s'emboîte en place dans la portion



III. 1 : Vue palatale de 4 mini-attachements Bredent Vario-Kugel-Snap.



III. 2 : Vue palatale de la prothèse partielle amovible retenue avec des attachements Bredent Vario-Kugel-Snap.



III. 3 : Vue frontale de la prothèse partielle amovible.



III. 4 : Instrument de pose de l'attachement Locator.



III. 5 : Attachement Locator à la racine de la dent 23.



III. 6 : Élément de rétention mâle bleu (1,5 lb) dans la prothèse partielle amovible

femelle. Les patients qui portent cet attachement trouvent très facile d'insérer leur prothèse et de la retirer.

Enfin, l'attachement Locator émerge très peu de la gencive, ce qui en fait un choix idéal lorsque l'espace inter-arcade est limité. Comme les matrices de friction de l'attachement Bredent, les éléments de rétention mâles de l'attachement Locator peuvent se remplacer facilement dans un délai et avec un effort minimaux à l'aide de l'instrument de pose Locator (ill. 4). L'instrument de pose incorpore en fait 3 instruments dans un seul mécanisme. La section courbée de l'instrument, pour le retrait de la portion mâle de l'attachement, comporte un crochet pour saisir et retirer l'insert de nylon hors du boîtier métallique permanent. La section médiane est l'instrument d'insertion mâle utilisé pour fixer une portion de remplacement dans le boîtier métallique. La troisième partie de l'instrument est l'instrument de pose du pilier à utiliser lorsqu'il y a un implant. En raison de sa capacité de rétention, de la facilité d'utilisation, d'entretien et de remplacement des composantes, l'attachement Locator a été notre choix pour les patients portant une prothèse hybride.

### Cas 2

Pour le cas 2, l'attachement Locator a été utilisé pour l'application d'une prothèse hybride sur des dents naturelles. La dent 23 a été traitée par endodontie et a été préparée pour recevoir l'attachement Locator, lequel a été cimenté avec le ciment de type résine adhésive C&B-Metabond (Parkell, Inc., Edgewood, N.Y.) (ill. 5). La composante mâle en nylon a ensuite été ancrée dans un boîtier métallique à la base de la prothèse (ill. 6). Dans cette situation, on a utilisé l'élément de rétention mâle bleu (1,5 lb).

### Conclusion

En raison de leur capacité de rétention, de leur facilité d'utilisation, de leur polyvalence et de leur durée de vie, les attachements de la gamme Bredent et l'attachement Locator constituent les produits de choix dans notre cabinet collectif de prosthodontie. ♦

### L'AUTEURE



La **Dre Effrat Habsha** est prosthodontiste chez Prosthodontic Associates, membre du personnel en tant que prosthodontiste à l'Hôpital Mount Sinai, et chargée de clinique en médecine dentaire à l'Université de Toronto, Toronto (Ontario). Courriel : [ehabsha@buildyoursmile.com](mailto:ehabsha@buildyoursmile.com).

## QUESTION 3

Mes patients se plaignent de fouflage alimentaire autour de restaurations implantaire uniques. Peut-on prendre en charge cette affection et comment peut-on la prévenir?

## Contexte

Il existe de nombreuses raisons au fouflage alimentaire, mais il peut survenir plus souvent autour des implants parce qu'ils sont différents des dents naturelles à beaucoup d'égards. Lorsqu'on extrait une dent naturelle, il y a souvent perte de la papille interproximale, qui peut être impossible à recréer avec une restauration implantaire. Un problème encore plus important est que les implants sains ne présentent aucune mobilité, tandis que les dents naturelles bougent à divers degrés en fonction de leur état parodontal et des forces qui y sont placées. Ce mouvement n'est pas très notable jusqu'à ce qu'un implant devienne un point de référence et que le mouvement des dents naturelles devienne évident (par rapport à un implant stationnaire). La différence de mouvement rend difficile à la fois le placement d'une restauration avec contact interproximal adéquat et l'entretien du contact. Pendant la période de rappel, lorsqu'on examine l'occlusion de même que les contacts interproximaux, les dents avoisinantes ont souvent bougé, ce qui cause une ouverture du contact (ill. 1, 2a et 2b).

L'ouverture du contact est associée au fouflage alimentaire dans les tissus mous et à la formation de caries sur les dents avoisinantes causées par un nettoyage inadéquat des débris interproximaux. À mesure que le contact s'ouvre davantage, la restauration des dents avoisinantes peut être nécessaire en raison de caries (ill. 3). Laissées à elles-mêmes, les caries peuvent conduire à la nécessité d'un traitement endodontique, voire de l'extraction.

## Prévention et traitement

La possibilité d'ouverture des contacts implantaire doit être envisagée pendant la planification du traitement. Il faut dire au patient que même si le taux de succès des implants est excellent, les couronnes qui sont placées sur les implants ont besoin d'entretien. Il faut aussi faire des efforts supplémentaires en raison de la différence de mouvement entre les dents implantées et les dents naturelles. Les contacts initiaux doivent être faits larges et plats avec une résistance solide au retrait de la soie. La prévention des dommages aux dents avoisinantes est essentielle et, aux visites de rappel, il faut non seulement examiner l'implant, mais aussi évaluer les dents adjacentes en cas d'atteinte carieuse.

Dès qu'un contact s'ouvre, un traitement est conçu pour le refermer. Si la restauration est cimentée en place sur le pilier d'un implant et ne peut être facilement retirée, il faut envisager d'utiliser une résine adhésive à la surface approximante de la dent avoisinante à condition que cette surface soit convenable pour la liaison (émail ou dentine). En présence de caries, il faut traiter. Si la dent avoisinante a été restaurée précédemment avec une couronne complète, il se peut qu'on doive remplacer cette restauration (ill. 4). Le contact est alors resserré, mais le patient doit être informé qu'il y a toujours une possibilité de mouvement et qu'il faudra peut-être traiter encore.

Si le patient ne veut pas qu'on arrange la dent avoisinante, on peut fermer le contact en préparant une cavité conservatrice par approche proximale à la surface de la couronne implantaire, mordancer



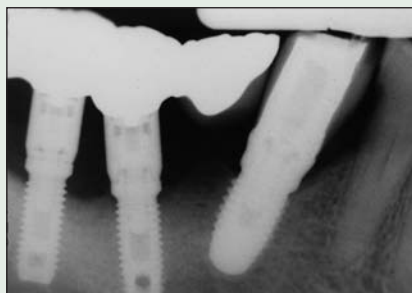
**III. 1 :** Le contact interproximal s'est ouvert entre la deuxième prémolaire et la première molaire en raison du mouvement mésial de la deuxième prémolaire.



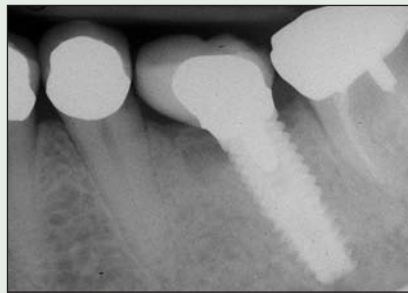
**III. 2a :** Radiographie d'une couronne implanto-portée au moment du placement de la couronne montrant un contact mésial acceptable.



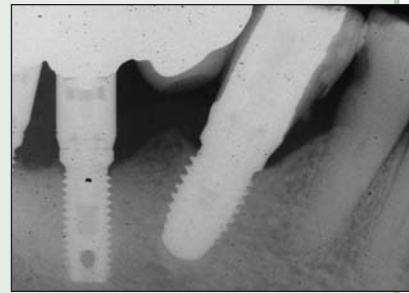
**III. 2b :** Radiographie d'une couronne implanto-portée à un rendez-vous de rappel au bout de 6 mois montrant un contact mésial ouvert.



**III. 3 :** Le contact mésial ouvert entre un implant (45) et la dent 44 a provoqué l'apparition d'une carie sur la surface distale de la dent 44.



**III. 4 :** Un contact mésial ouvert sur l'implant en position 36 a occasionné un cumul de débris et l'apparition d'une carie à la marge gingivale de la couronne de la dent 35. La couronne de la dent 35 a été remplacée.



**III. 5 :** Un contact ouvert a été restauré en coupant dans le matériau de restauration le long de la surface mésiale et en y liant un matériau supplémentaire. La lésion carieuse à la surface distale de la dent 44 doit maintenant être restaurée.



**III. 6 :** Les tentatives d'ajouter de la nouvelle porcelaine à une prothèse qui est restée longtemps en bouche causent souvent un échec catastrophique de la porcelaine existante. La porcelaine fracturée doit être retirée de la sous-structure en métal et remplacée.



**III. 7 :** Au lieu de la porcelaine, une résine composite polymérisée en laboratoire peut être appliquée sur le métal et servir de restauration finale. Dans l'avenir, le nouveau matériau pourra facilement être ajouté en bouche.

avec de l'acide fluorhydrique, silaniser la surface en céramique, puis fixer de la résine composite à cet endroit (**ill. 5**).

Ce traitement est facilité si la couronne placée sur l'implant est conçue pour être retirée en cas de nécessité. Cette opération peut être accomplie en créant une couronne transvissée ou une couronne cimentée à l'aide d'un ciment temporaire ou en utilisant des mécanismes de conception intégrés permettant un retrait facile. La couronne peut ensuite être retirée de la bouche et la porcelaine retirée de sa sous-structure et réappliquée en fonction d'une dimension interproximale supérieure. Remarque : La nouvelle porcelaine ne peut pas être ajoutée à l'ancienne porcelaine qui est restée en bouche pendant longtemps. Par conséquent, la porcelaine doit être remplacée. La planification à l'avance est utile, puisqu'on peut

alors concevoir la restauration définitive à partir d'un matériau facile à lier de sorte que les additions et les réparations futures seront mieux soutenues (**ill. 6 et 7**).

La dentisterie implantaire est un excellent moyen de remplacer des dents manquantes. Toutefois, en raison de la différence de mouvement entre les dents naturelles et les implants, il faut être vigilant pendant la phase d'entretien. ♦

#### L'AUTEUR



*Le Dr Izchak Barzilay est directeur de la Division de prosthodontie et de dentisterie restauratrice, Hôpital Mount Sinai, et professeur adjoint, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto (Ont.). Il exerce aussi dans un cabinet privé (Prosthodontic Associates) qui se spécialise dans la prosthodontie et la dentisterie implantaire à Toronto. Courriel : [ibarzilay@buildyoursmile.com](mailto:ibarzilay@buildyoursmile.com).*

## QUESTION 4

## Puis-je utiliser la couronne d'une dent extraite comme pontique pour une prothèse fixe?

## Contexte

L'utilisation de la couronne d'une dent extraite a été recommandée comme pontique provisoire, collé à l'aide d'une résine adhésive. Au départ, la résine composite de liaison était appliquée dans l'espace interproximal pour fixer temporairement la dent-pontique naturelle, jusqu'à ce qu'il y ait guérison. La dent était ensuite remplacée en utilisant une restauration plus classique. Dans les cas où une prothèse provisoire n'est pas disponible, l'utilisation de la couronne extraite offre une solution efficace et rapide. Avant de décider si ce traitement provisoire est indiqué, différents facteurs importants doivent toutefois être pris en considération, notamment l'état de la portion coronaire de la dent extraite, l'état des dents adjacentes (portions coronaire et parodontale) et la capacité de bien isoler la zone.

Pour une restauration plus durable, la prothèse collée classique (pont collé à la résine adhésive ou pont papillon) offre une option intéressante, du fait qu'elle requiert peu de préparation et qu'elle peut être réalisée relativement rapidement. Cependant, pour que ce type de restauration réussisse, il importe que la dent soit bien préparée, que la restauration offre une résistance mécanique adéquate, que les forces qui s'exercent sur la restauration finale soient maîtrisées et que de bonnes techniques de liaison soient utilisées durant la mise en place de la restauration. Grâce aux progrès réalisés dans les méthodes et les matériaux de liaison qui permettent aujourd'hui de lier ensemble des métaux, des céramiques et des résines composites à la structure de la dent, le collage à l'aide de la résine adhésive offre une solution qui est non seulement efficace, mais qui peut aussi être esthétique, durable et fonctionnelle. Le collage de la couronne d'une dent dans l'espace interproximal peut offrir une solution à court terme; à long terme, toutefois, il faut s'attendre à ce que le décollement et les fractures causent la défaillance de ce type de prothèse.

Cet article traite d'un cas où la couronne d'une dent naturelle a été collée aux dents adjacentes, comme restauration à long terme.

## Cas clinique

Une femme de 70 ans s'est présentée pour un traitement dentaire. Après une évaluation minutieuse de la dimension verticale, l'occlusion postérieure a été rétablie au moyen de restaurations céramo-métalliques classiques. Soucieuse de conserver l'aspect naturel de ses dents antérieures, la patiente a demandé s'il était possible de fabriquer une restauration linguale, préservant ainsi l'esthétique de la face buccale des dents antérieures. Une préparation minimale des faces linguales des dents antérieures a été faite, et des facettes linguales s'étendant jusqu'aux bords incisifs ont été fabriquées (Empress, Ivoclar, Schaan, Lichtenstein) puis fixées avec une résine composite de liaison à double polymérisation (Nexus II, Kerr Corporation, Orange, Calif.) (ill. 1).

Cependant, 3 ans après la mise en place de ces restaurations, la racine de l'incisive centrale supérieure droite s'est fracturée alors que la patiente croquait dans un grain de maïs soufflé (ill. 2). La racine a dû être extraite, et la dent devait être remplacée. La patiente voulait que la teinte et la texture de la nouvelle restauration s'harmonisent à la face buccale de la dentition originale (non restaurée). Il a donc été décidé d'utiliser la couronne naturelle recouverte d'une facette linguale comme pontique pour la restauration à long terme.



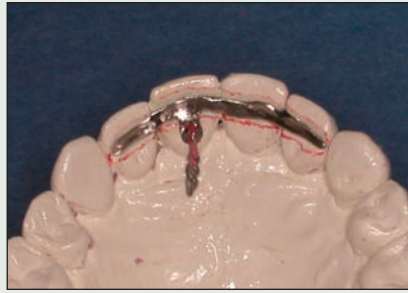
III. 1 : Vue buccale des extensions incisives des facettes linguales, mises en place pour maintenir la nouvelle dimension verticale.



III. 2 : Radiographie de la dent 11 montrant une fracture radulaire horizontale.



**III. 3 :** Vue occlusale des facettes linguales, avec préparation des sillons, lesquels sont plus profonds au niveau de la dent 11.



**III. 4 :** Le squelette métallique a été fabriqué de façon plus étroite que les contours des sillons.



**III. 5 :** Le squelette métallique recouvert de porcelaine, bien adapté aux contours, est prêt à être collé.



**III. 6 :** Dent 11 après son extraction, prête à recevoir la restauration.



**III. 7 :** La couronne extraite fixée au squelette métallique est prête à être collée aux dents-piliers.



**III. 8 :** La prothèse a été mise en place, et l'esthétique a été maintenue.

Un sillon a été pratiqué au niveau du cingulum des facettes linguales des dents antérieures supérieures. Une préparation plus profonde à l'intérieur de la dent fracturée a permis d'obtenir un positionnement précis de la couronne naturelle dans la future prothèse (ill. 3). Une empreinte en polyéther a été prise, et un squelette en métal non précieux a été fabriqué (Press Alloy, Swiss NF, Toronto, Ont.), ce squelette étant plus étroit que les contours de la préparation (ill. 4). Le squelette a été couvert d'une porcelaine opaque et ciré de telle sorte que les ailerons s'adaptent bien au sillon lingual, puis il a été pressé (SNF Press Ceram, Swiss NF) et fini (ill. 5). Le squelette céramo-métallique a été essayé en bouche et ajusté, puis il a été mordancé à l'acide fluorhydrique (Pulpdent Corp, Watertown, Mass.).

Après anesthésie de la zone de la dent 11, la couronne et la racine ont été extraites de manière atraumatique, et une bonne hémostase a été obtenue (ill. 6). De l'éthanol à 100 % a été appliqué sur la portion coronaire, et une résine composite adhésive a été insérée au niveau de la face inférieure de la couronne pour en sceller la cavité interne. La face linguale

de la couronne (facette de porcelaine) a ensuite été mordancée avec de l'acide fluorhydrique pendant 5 minutes. Enfin, le squelette céramo-métallique mordancé a été silanisé, tout comme la couronne, et les 2 unités ont été collées ensemble avec une résine composite adhésive à double polymérisation (Nexus II) (ill. 7).

Les dents antérieures ont ensuite été isolées avec une digue, et les faces linguales préparées ont été nettoyées avec de la pierre ponce, puis elles ont été rincées et asséchées. Les facettes linguales ont été mordancées à l'acide fluorhydrique, puis la nouvelle restauration ainsi que les facettes intra-buccales ont toutes deux été traitées avec du silane et collées avec la résine adhésive C&B Metabond (Parkell, Farmingdale, N.Y.). L'occlusion a été vérifiée, et la patiente a été informée des mesures d'hygiène buccale à suivre (ill. 8-10).

### Discussion

Cet article décrit l'utilisation d'une dent naturelle comme pontique dans une zone exigeante sur le plan esthétique. L'utilisation de la dent naturelle permet





III. 9 : Vue occlusale de la prothèse mise en place.



III. 10 : Radiographie périapicale antérieure, montrant la restauration en place.



III. 11 : Photographie de suivi prise 12 mois après le traitement et montrant une excellente guérison et une remarquable stabilité de la couleur.

de préserver l'esthétique générale et facilite l'obtention d'une forme et d'une teinte idéales. Bien que la préservation à long terme de la teinte soulève certaines inquiétudes, il convient de noter que l'hydratation de ce type de pontique ne diffère pas de celle d'une dent traitée par voie endodontique; la teinte ne devrait donc subir d'altération marquée (III. 11). Dans le cas présenté ici, le type de restauration qui avait précédemment été utilisé rendait difficile l'obtention d'un résultat esthétique; l'utilisation de la couronne extraite a toutefois permis de résoudre bon nombre de ces problèmes. Après l'extraction de la dent, la couronne a été façonnée de manière à créer un pontique ovoïde pour maintenir l'esthétique gingivale. Comme le parodonte des 2 dents-piliers était en bon état, une restauration fixe a été considérée comme une solution idéale.

Dans le cas présent, une structure de soutien métallique a permis de consolider la prothèse et d'accroître la durabilité de la restauration. La patiente voulait cependant réduire au minimum la quantité de

métal visible, une fois la restauration en place; ceci fut possible par la stratification de porcelaine sur le métal par pressage, pour obtenir un contour précis. On a choisi pour ce faire un métal non précieux, en raison de sa résistance en couche mince et de sa capacité de liaison chimique et mécanique.

En conclusion, il est possible d'utiliser les dents extraites comme pontiques, pour des restaurations de courte ou longue durée. La clé réside dans l'ajout d'une structure de soutien métallique, une préparation adéquate de la dent et la liaison de tous les matériaux dans un milieu isolé (digue). ♦

#### L'AUTEUR



Le **Dr Izchak Barzilay** est directeur de la Division de prosthodontie et de dentisterie restauratrice, Hôpital Mount Sinai, et professeur adjoint, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto (Ont.). Il exerce aussi dans un cabinet privé (Prosthodontic Associates) qui se spécialise dans la prosthodontie et la dentisterie implantaire à Toronto. Courriel: [ibarzilay@buildyoursmile.com](mailto:ibarzilay@buildyoursmile.com).