

SP

STRATEGIE
PROTHETIQUE

Thérapeutique cabinet - laboratoire

1^{re} ÉDITION
DU GRAND PRIX EN
PROJET PROTHÉTIQUE

PUBLICATION
DES 3 LAURÉATS

→ p. 56



*Tout céramique :
du diagnostic au collage*



Prenons le virage ensemble

Ca y est, nous y sommes... 2019, une nouvelle année, et quelle année ! Comme tous les ans, de bonnes résolutions sont prises. On se dit que cette fois, c'est sûr, nous allons nous simplifier la vie, changer certaines mauvaises habitudes ; d'aucuns arrêtent de fumer, se (re)mettent au sport, d'autres travaillent moins... ou plus ! Mais cette année, certains changements nous sont imposés et arrivent à l'issue du premier trimestre, précisément le 1^{er} avril. Alors cette fois, c'est sûr, nous allons réellement devoir les entreprendre ces mutations : évoluer dans nos pratiques, nous adapter à ces nouveaux plafonnements d'honoraires, à une probable campagne de dénigrement et de suspicion de la part de certains médias.

Cependant, tout n'est pas noir car les progrès, ces dernières années, sont considérables, grâce au numérique qui s'invite à chaque étape dans nos cabinets et dans nos laboratoires. Compte tenu des avancées technologiques de l'industrie, nous pouvons atteindre une reproductibilité, mais aussi une rentabilité sans faire de concession sur la qualité. En somme, gagner en efficacité. C'est avant tout un changement de paradigme, de manière de concevoir nos métiers.

Le voilà, le vrai challenge : nous adapter à l'évolution de nos professions en ne faisant de concessions ni sur la passion qui nous anime, ni sur la qualité des traitements que nous réalisons ensemble.

Le slogan du dernier congrès de l'ADF était « soigner, l'engagement qui nous unit ». Alors soignons nos patients avec le souci du meilleur traitement, gardons intacts notre enthousiasme et notre unité. Chirurgiens-dentistes et prothésistes doivent avancer ensemble, trouver des solutions pour concilier les intérêts de chacun. Telle la limitation de vitesse à 80 km/h sur les routes, les règles changent mais pas le plaisir de conduire ni l'engouement pour l'industrie automobile. Un véritable virage s'annonce en 2019. Osons le négocier, en affichant entre nous une véritable cohésion.

Bonne année et bonne route à tous !

Maxime HELFER
Rédacteur en chef

*Toute l'équipe de Stratégie Prothétique
vous souhaite une année 2019
pleine d'énergie fantastique !*



Maxime Helfer
Jean-Paul Louis
Jean-Marie Cheylan
Philippe Pisseloup
Hervé Maréchal
Jérémy Perrin
Frédéric Chevalley
Sophie Nithart-Garde

Ont participé à ce numéro



Pascal Augé
Prothésiste dentaire
Toulouse



Jean-Philippe Claret
Chirurgien-dentiste
Saint-Paul de la Réunion



Ghislain Cosson
Prothésiste dentaire
Morainvilliers



Romain Elie
Chirurgien-dentiste
Rouen



Ghislain Goaziou
Prothésiste dentaire
Morainvilliers



Nicolas Laferté
Prothésiste dentaire
Saint-Brieuc



Julien Lambert
Prothésiste dentaire
Rennes



Jean Lecerf
Chirurgien-dentiste
Rennes



Stéphane Martin
Chirurgien-dentiste
Rennes



Florence Michel
Prothésiste dentaire
Grémonville



Olivier Moulin
Prothésiste dentaire
Saint-Genis-Laval



Florian Nadal
Chirurgien-dentiste
Foix



Hervé Plard
Chirurgien-dentiste
Rennes



Antoine Rohart
Prothésiste dentaire
Saint-Denis de la Réunion



Louis Toussaint
Chirurgien-dentiste
Paris

Chirurgiens-dentistes et prothésistes, ensemble



REVUE DE FORMATION
EXCLUSIVEMENT
SUR ABONNEMENT

Sommaire

1 **Éditorial**

Prenons le virage ensemble
Maxime HELFER

8 **Hommage**

Histoire d'un duo
Olivier MOULIN

11 **Cas clinique**

Traitement d'une usure avancée par réhabilitation bimaxillaire fixe globale

Florian NADAL, Pascal AUGÉ

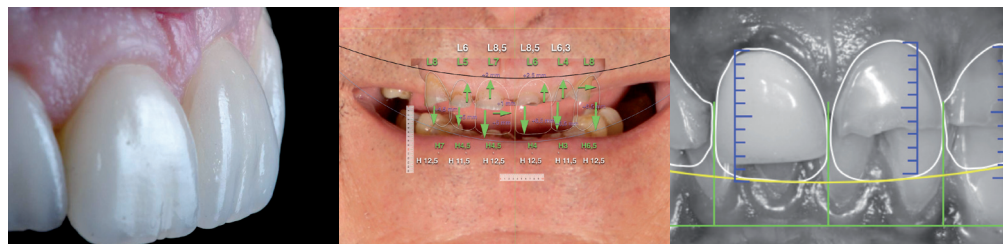
Comment planifier le traitement d'un cas complexe faisant appel à diverses thérapeutiques en omnipratique ? Comment gérer une augmentation de dimension verticale majeure dans un cas d'usure en respectant l'analyse esthétique virtuelle ? Comment combiner dentisterie additive et implantologie ?

19 **Cas clinique**

Érosions dentaires : stratégie et étapes de réhabilitation prothétique

Jean-Philippe CLARET, Antoine ROHART

Comment prendre en charge une érosion et une usure globales et importantes ? Quels matériaux utiliser ? Quelles techniques et quelles séquences opératoires peut-on mettre en place ?





27 ■ Cas clinique

Facette et pilier zircone : apport du collage en prothèse implantaire

Louis TOUSSAINT, Ghislain COSSON, Ghislain GOAZIOU

Quelles peuvent-être les répercussions d'un mauvais positionnement implantaire sur le plan prothétique ? Quelle stratégie prothétique adopter pour compenser un contexte implantaire défavorable ? Comment effectuer un collage efficace sur un pilier en zircone ?

35 ■ Cas clinique

Restaurations collées : zircone vs disilicate de lithium

Nicolas LAFERTÉ, Jean LECERF, Jérémie PERRIN, Hervé PLARD

Quel matériau pour les bridges à une ailette ? Comment optimiser les préparations d'un bridge cantilever ? Pourquoi doit-on coller et non sceller ? Quelles sont les propriétés mécanique et optique du disilicate de lithium ?

41 ■ Cas clinique

Fermeture de diastèmes antérieurs à l'aide de chips en céramique

Jérémie PERRIN, Stéphane MARTIN, Julien LAMBERT, Hervé PLARD

Qu'est-ce qu'une chips en céramique ? Comment et pourquoi prévisualiser le résultat esthétique ? Quel est le protocole de mise en œuvre des chips ?

49 ■ Cas clinique

Optimisation de l'intégration de restaurations céramiques par l'utilisation des colles colorées

Florence MICHEL, Romain ELIE

Quel est l'impact de l'utilisation de matériaux différents lors de la réhabilitation d'un sourire ? Comment corriger les différences de luminosité entre des restaurations céramiques ? Quelles sont les limites des colles colorées ?

56 ■ 1^{er} Grand Prix Projet prothétique

Publication des cas cliniques des trois lauréats

70 ■ Industrie

71 ■ Abonnez-vous



le programme p. 54

DPC

Répond aux critères qualité d'un document issu de la presse scientifique professionnelle (voir site de la HAS : Document de travail)
Indexée à l'ICMJE



Prix du numéro : 35 €
Ancien n° accréditation RS 07752709-367/319

Éditeur : L'Information Dentaire SAS
Siège Social: 44, rue de Prony - CS 80105 - 75017 Paris
Société détenue à 100% par la SAS PHILI@ MEDICAL EDITIONS
Représentant légal et Directrice des publications : Madame Claudie Damour-Terrasson
Tél : 01 56 26 50 00 - Fax : 01 56 26 50 01

id
PRESSE EDITION MEDIA

Mail : info@information-dentaire.fr - Internet : www.information-dentaire.fr
N° de commission paritaire : 0119 T 81063 • ISSN : 1631-7319 • Dépot légal : à parution
Imprimé en France, Imprimerie 43, rue Ettore Bugatti 87280 Limoges

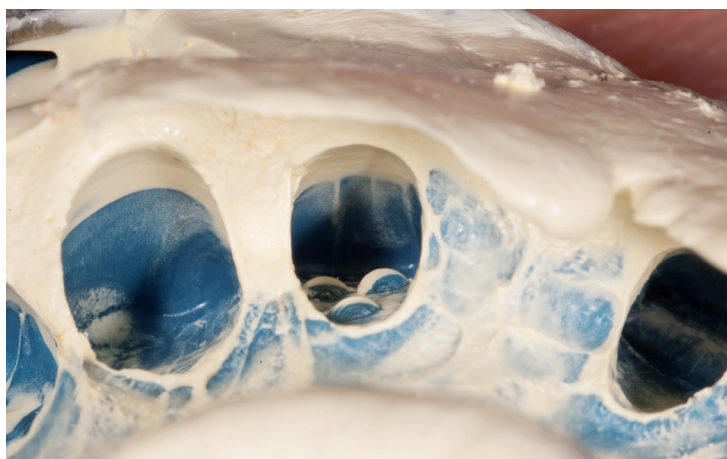
Restaurations collées : zircone vs disilicate de lithium

N. LAFERTÉ

Prothésiste dentaire

J. LECERF, J. PERRIN, H. PLARD

Docteurs en chirurgie dentaire



Quel matériau pour les bridges à une ailette ?

Comment optimiser les préparations d'un bridge cantilever ?

Pourquoi doit-on coller et non sceller ?

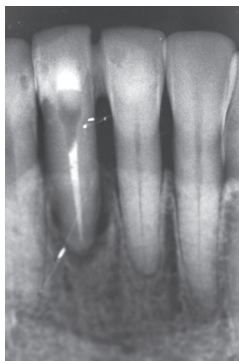
Quelles sont les propriétés mécaniques et optiques du disilicate de lithium ?

Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt.

Le cas clinique présenté dans cet article traite de la gestion d'un édentement mandibulaire dans le secteur antérieur, survenu après un accident de la voie publique ayant entraîné une aggravation d'une lésion parodontale existante (*fig. 1*). Cette pathologie a nécessité l'extraction de la dent qui avait été traitée huit ans auparavant par une attelle-bridge en zircone, compte tenu de l'impossibilité médicale de mettre en place un implant (*fig. 2*).

EXAMEN CLINIQUE

La patiente est venue consulter à la suite du descellement de la pièce zircone qui, agissant comme une attelle de contention, subissait des contraintes de torsion importantes. Malgré plusieurs tentatives



1



2



3



4

1. Radiographie initiale mettant en évidence les lésions endoparodontales au niveau de 41 qui indiquent l'extraction de la dent.
2. Situation clinique après extraction de 41.
3. Traitement de l'édentement au niveau de 41.
4. Attelle en zircono usée.

infructueuses de remise en place (*fig. 3*), nous avons proposé à la patiente, compte tenu des rapports occlusaux favorables, de réaliser un bridge cantilever en disilicate de lithium (IPS e.max, Ivoclar Vivadent) plus apte au collage [1]. Cette thérapeutique est un choix biologique et biomécanique séduisant, validé par la littérature scientifiquement [2].

DISCUSSION

À l'époque de la réalisation de l'attelle, le choix du matériau se faisait entre le métal et la zircono. Les inconvénients majeurs de ces deux matériaux résident dans la complexité du protocole de collage [3] d'une part, et dans le manque de fiabilité à long terme de ce dernier, d'autre part (*fig. 4*).

S'ajoutent à cela des difficultés de repositionnement en cas d'échec du collage initial.

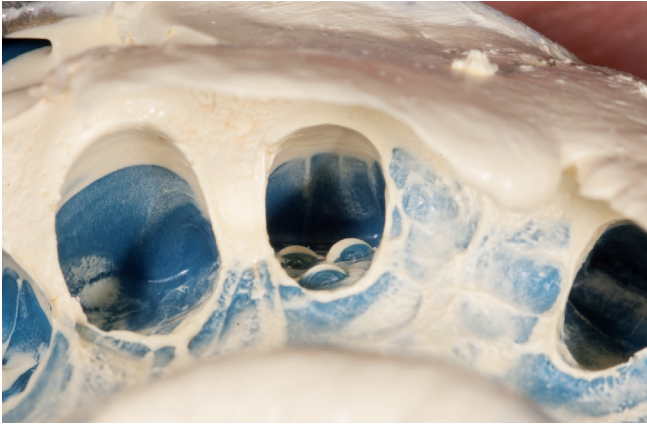
Par ailleurs, il n'est pas rare de constater des désolidarisations partielles à l'origine de caries sous les éléments décollés. De plus, ces techniques nécessitent de réaliser des préparations peu respectueuses de l'intégrité tissulaire. Toutefois, la solution esthétique du bridge « zircono » constituait une alternative au bridge à ailette en métal [4].

Aujourd'hui, le disilicate de lithium est un matériau qui présente une phase vitreuse améliorant considérablement l'aptitude au collage et optimisant la résistance mécanique de la pièce. Il possède également des propriétés optiques remarquables.

Ces raisons, nous ont amenés à proposer à notre patiente un bridge cantilever, moins soumis aux contraintes mécaniques, plus adapté aux techniques de collage et présentant des qualités esthétiques indéniables.

PHASE CLINIQUE N° 1

Pour obtenir une bonne intégration esthétique de l'élément intermédiaire, il est nécessaire de sculpter le profil de la gencive en réalisant une gingivoplastie de forme ovoïde à la fraise boule. Ce geste permet d'aligner les collets, de recréer des papilles interdentaires et de donner l'illusion que la prothèse émerge de la gencive comme le fait une dent naturelle. Nous préparons la dent de manière minimalement invasive. Notons qu'il faut malgré tout laisser suffisamment de place sur les faces linguales [5].



5



6

Le design de la préparation est le suivant :

- épaulement au niveau de la zone cervicale (constitue l'assise de la réhabilitation prothétique) ;
- épaulement de 0,5 mm avant le bord libre (permet de cacher le joint de colle) ;
- boîte distale permettant de majorer le diamètre de connexion ;
- un macro-puit en distal assurant une bonne stabilité de la réhabilitation prothétique et facilitant la phase clinique de collage.

Nous réalisons l'empreinte des paramètres cliniques par la technique dite du « double mélange » – un temps – deux viscosités (Honigum-MixStar Putty et Honigum Pro-Light Scan, DMG). Un fil de déflection (Ultrapack, Ultradent) est préalablement inséré dans le sulcus au niveau lingual pour faciliter la lecture de la limite cervicale de la préparation [6].

Une fois l'empreinte réalisée (*fig. 5*), les paramètres esthétiques sont renseignés : relevé de couleur à l'aide de teintiers [7], prise de photographies intrabuccales [8] puis communication au laboratoire (*fig. 6*). L'étape clinique s'achève par la rédaction du bon de commande du « dispositif médical ». Sur ce document devront figurer le type de travail demandé, les matériaux à utiliser et les spécificités de la réalisation prothétique.



7

PHASE LABORATOIRE N° 1

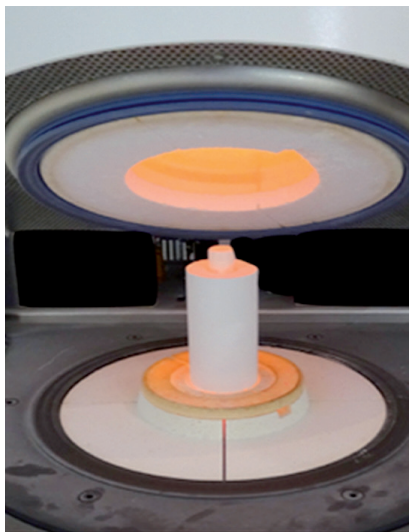
Dès réception de l'empreinte et après confection du modèle de travail (*fig. 7*), une céraplastie prospective est réalisée sur le plâtre pour obtenir une compression suffisante de l'élément en extension.

Ensuite, nous réalisons une cire de diagnostic avec la technique modelage P.K. Thomas. Nous prenons une clé avec un matériau élastomère silicone de basse viscosité (Hydrorise catalyst + base et Hydrorise Light Body, Zhermack) afin de reproduire tous les détails de la macro-sculpture. Le modèle, la proposition esthétique ainsi que la clé sont envoyés au cabinet pour valider le projet prothétique.

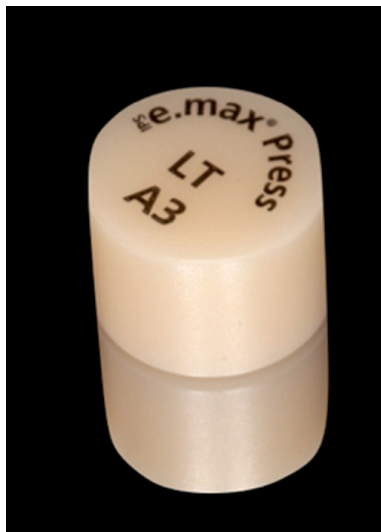
5. Empreinte par la technique double mélange (Honigum-MixStar Putty et Honigum Pro-Light Scan, DMG).

6. Choix de la teinte.

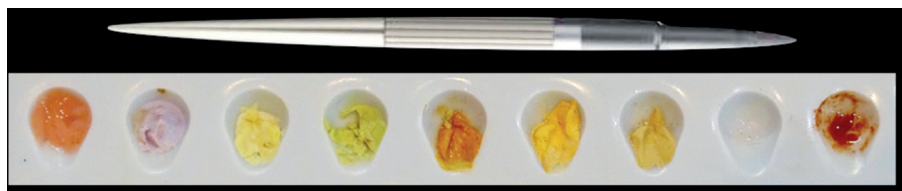
7. Modèle positif et visualisation des éléments accessoires de rétention et de stabilisation.



8



9



10

8. Technique de cire perdue et céramique pressée.

9. Choix du lingotin en disilicate de lithium (Ivoclar Vivadent).

10. Stratification et maquillage de l'élément prothétique.

PHASE CLINIQUE N° 2

À l'aide du guide en silicone, un mock-up en résine (Luxatemp Star, DMG) est confectionné au cabinet.

Cette technique présente deux avantages :

- elle permet au patient de visualiser et de donner son accord au projet esthétique ;
- elle permet au praticien de valider la pertinence de la proposition thérapeutique.

Lors de cette séance clinique, le praticien contrôle les épaisseurs de matériau afin de garantir la pérennité de la restauration. Seront également contrôlés les rapports d'occlusion en statique (RC et OIM) et en dynamique (propulsion et latéralités), afin d'éviter toute surcharge occlusale sur cette reconstruction [9].

PHASE LABORATOIRE N° 2

Dès le retour des modèles au laboratoire, nous réalisons une réduction vestibulaire du wax-up à l'aide d'une clé en silicone.

La maquette est ensuite placée dans un cylindre puis mise en revêtement. Après un cycle de chauffe à 900°C (technique de cire perdue, *fig. 8*), nous positionnons le cylindre dans le four de pressée avec un lingotin céramique de teinte choisie en fonction des paramètres cliniques. Nous arrêtons notre choix de matériau sur un lingotin *Low Translucency* (IPS e.max Press LT, Ivoclar Vivadent) pour ses propriétés de résistance à la flexion et pour ses qualités optiques (*fig. 9*) [10].

Après « pressée » de la céramique, déchargement, réglages et ajustages de l'infrastructure, la céramique cosmétique (IPS e.max Ceram, Ivoclar Vivadent) est stratifiée sur l'infrastructure (*fig. 10*).

Dès lors que le travail nous apporte satisfaction, nous procédons à l'étape de finition. En raison d'une différence de température de glaçage, nous portons une attention particulière aux différences de brillance entre la céramique cosmétique et les zones de l'armature non recouvertes.

Un polissage mécanique est nécessaire pour obtenir une finition satisfaisante de l'ensemble. Enfin, nous contrôlons les fonctions, la couleur et l'état de surface (*fig. 11*).

La littérature décrit un diamètre de connexion « idéal » de 16 mm² [10]. Or, dans la réalité, il est souvent complexe d'obtenir cet idéal, surtout au maxillaire. Toutefois, la connexion doit être la plus large possible et adaptée à l'occlusion du patient. Dans le cas clinique présenté, nous choisissons de venir légèrement imbriquer la partie mésiale de la prothèse sur la face distale de 31 pour gagner en stabilité (*fig. 12, 13*).

L'épaisseur de l'attelle doit également être relativement importante (*fig. 14, 15*), mais nous devons tenir compte des rapports d'occlusion en OIM et en propulsion ; ce qui n'est pas la préoccupation principale dans ce cas clinique, puisque l'édentement à traiter est mandibulaire.

PHASE CLINIQUE N° 3

La validation préalable du projet esthétique facilite les étapes cliniques d'assemblage de la pièce prothétique. Après



11



12



13



14



15



16

contrôle de la qualité d'ajustage de la pièce prothétique et validation esthétique par la patiente, un champ opératoire est mis en place (*fig. 16*) et la prothèse est collée (*fig. 17*).

Dans cette situation clinique, la digue peut être mise en place sur l'intégralité du secteur incisivo-canin mandibulaire, ce qui va faciliter le contrôle des points de contact. Une fois cette étape réalisée, l'intrados prothétique est préparé par sablage à l'alumine puis traité chimiquement (Monobond Etch & Prime, Ivoclar Vivadent), ce qui autorise le mordançage et la silanisation du matériau céramique en une seule étape. L'emploi de cette spécialité permet de réduire le nombre de manipulations et donc de minorer le temps opératoire lors du protocole de collage [11].

La préparation des tissus dentaires s'effectue ici de manière « classique », puisque la préparation préalable de la dent réalisée *a minima* ne se fait qu'au détriment de l'émail : application d'acide orthophosphorique pendant trente secondes, suivie d'un rinçage soigneux et d'un séchage sans déshydratation.



17

11. Résultat final : visualisation des propriétés optiques de la pièce.

12, 13. Les différentes vues du bridge cantilever sur le modèle positif.

14, 15. Contrôle de l'épaisseur de l'ailette et du diamètre de la connexion.

16. Mise en place du champ opératoire et conditionnement de la surface amélaire de 42.

17. Situation clinique finale après collage. Colle Variolink Esthetic DC, teinte « neutral » (Ivoclar Vivadent).

Auto-évaluation



1. Un bridge cantilever à une ailette est aussi performant qu'un bridge à deux ailettes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. On peut prescrire un bridge cantilever dans tous les cas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les propriétés du disilicate de lithium sont idéales pour ces reconstructions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La durabilité du dispositif dépend uniquement du diamètre des connexions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Un protocole de collage rigoureux est nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'adhésif utilisé (EE-Bond, Tokuyama) a été associé au composite de collage à double polymérisation (PermaCem 2.0, DMG).

Les avantages du bridge cantilever en vitrocéramique sont : une hygiène facilitée par passage d'un fil de soie dentaire sous l'élément en extension ; un collage parfaitement maîtrisé ; pas de décollement, ce qui évite l'apparition de caries au niveau des ailettes ; une préparation d'une seule dent, et donc le respect de la philosophie de la dentisterie « minimalement invasive » ; une absence de contention ; une esthétique majorée par l'absence d'ailettes et de métal.

CONCLUSION

Ce type de thérapeutique prothétique représente une alternative élégante, et une avancée tant sur le plan médical que technologique et esthétique, comparativement aux bridges métalliques et aux zircons à ailettes.

La préparation minimalement invasive de la dent conserve la dent pulpée, ce qui est un gage de pérennité. Le bridge cantilever permet de respecter le gradient thérapeutique et ainsi de reporter dans le temps une solution implantaire. Le traitement mis en œuvre répond entièrement aux attentes de la patiente en termes de tenue et d'esthétique. Cette technique apporte au praticien une grande sérénité car les protocoles, qu'il s'agisse des étapes de laboratoire ou des étapes de collage, sont actuellement parfaitement codifiés [12].

Retenons ainsi que : la pérennité de ce dispositif repose pour l'essentiel sur le respect strict du protocole de collage. La résistance mécanique du disilicate de lithium est grandement augmentée grâce à ce procédé. La dent et la prothèse ne font plus qu'un ; le diamètre de la connexion entre l'élément en extension et l'ailette doit être le plus large possible ; il faut soulager la prothèse en minorant au maximum les contraintes occlusales.

Bibliographie

1. Attal JP, Tirlat G. Le cantilever une nouvelle géométrie pour les bridges collés : revue de la littérature. *Réal Clin.* 2015;26(1):25-34.
2. Cortasse B. Traitement des agénésies des incisives latérales : implants ou bridge collé cantilever ? *Cah Proth.* 2017 Sep;179:8-15.
3. Bottino M, Valandro L, Scotti R, Buso L. Effect of surface treatments on the resin bond to zirconium-based ceramic. *Int J Prothodont* 2005;18(1):60-5.
4. Ngo N, Benbelaid R. Contention confort et fonction. *Réal Clin.* 2004;15(2):171-80.
5. Tirlat G, Attal JP. Les bridges cantilever en vitrocéramique renforcée au disilicate de lithium. Raison du choix et mise en œuvre. *Réal Clin.* 2015;26(1):35-46.
6. Plard H, Ravalec X, Perrin J. Comment optimiser les empreintes « conventionnelles » en prothèse fixée ? *Strat Proth.* 2018 Sep.1(4):287-98.
7. ADF, Commission des dispositifs médicaux. Prise de teintes : des techniques conventionnelles aux techniques électroniques. Paris : ADF ; 2010, 72 p (coll. Dossiers de l'ADF).
8. Leclerc J, Plard H. La photographie en odontologie. Des bases fondamentales à la clinique : objectifs, matériels et conseils pratiques. Malakoff : CdP; 2018, 95 p (coll. Guide clinique).
9. Drossart M, Bonichon A. Restauration adhésive en céramo-céramique cantilever. *Strat Proth.* 2017;17(1):8-11.
10. Tirlat G, Attal JP. Agénésie des incisives latérales. Apport contemporain des bridges collés cantilever en vitrocéramique renforcée au disilicate de lithium. *Inf Dent Mag.* 2015 Été.80-9.
11. Kern M. Fifteen-years survival of anterior all-ceramic cantilever resin-bonded fixed dental prostheses. *J Dent.* 2017 Jan;56:133-5.
12. Crescenzo H, Crescenzo D. Nouvelle technique de mise en œuvre pour la céramique pressée (CPC). *QRIPD,* 2/2014, 114-24.

COORDONNÉES DES AUTEURS :

Nicolas LAFERTÉ - LDL Céramique, 11 Rue Houvenagle, 22000 Saint-Brieuc - Email: lafertenicolas@gmail.com
Jean LECERF (ancien MCU-PH à l'UFR odontologie de Rennes) - 25, rue Jouallan, 22000 Saint-Brieuc
Jérémie PERRIN (ancien AHU, praticien attaché, sous-section prothèses), Hervé PLARD (ancien AHU, praticien attaché, sous-section prothèses) - CHU de Rennes-Hôpital Pontchaillou, Pôle odontologie et chirurgie buccale, 2, rue Henri Le Guilloux, 35000 Rennes

SOUS L'ÉGIDE DE L'INFORMATION DENTAIRE* AVEC



STÉPHANE CAZIER



VIANNEY DESCROIX



OLIVIER ETIENNE



CAROLINE FOUQUE



PATRICE MARGOSSIAN



PATRICK ROUAS



STÉPHANE SIMON



GIL TIRLET

JOURNÉE **id** DEPUIS 1919

100^e ANNIVERSAIRE

UN ÉVÉNEMENT UNIQUE, SCIENTIFIQUE ET INTERACTIF

À LA MAISON DE LA CHIMIE

MODÉRATEURS : MICHEL BARTALA, MICHÈLE RENERS

COMITÉ SCIENTIFIQUE : FRÉDÉRIQUE D'ARBONNEAU, VIANNEY DESCROIX,
GÉRARD DUMINIL, JEAN-CHRISTOPHE FRICAIN, PHILIPPE KHAYAT, STÉPHANE SIMON

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE id : MICHEL POMPIGNOLI

id Club
PRIVILÈGES

➤ PRIX ABONNÉS **id** : 200 €
AU LIEU DE 280 €

RENSEIGNEMENTS & INSCRIPTION

BARBARA ARCOLIN AU 01 56 26 50 15

BARCOLIN@INFORMATION-DENTAIRE.FR

WWW.INFORMATION-DENTAIRE.FR/ID100ANS



MAISON de la CHIMIE

28 BIS RUE SAINT-DOMINIQUE 75007 PARIS

JEUDI
27
JUIN
2019

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

ACTUALITÉS SUR LA CFAO DIRECTE ET ESTHÉTIQUE

■ STÉPHANE CAZIER

L'utilisation de la CFAO directe pour la réalisation de nos restaurations est désormais une technologie reconnue. En effet, elle apporte un bénéfice thérapeutique croissant, aussi bien dans l'évolution de ses applications cliniques que dans sa qualité. Nous décrivons les étapes clés de la conception numérique et la manipulation des matériaux usinables. Protocoles validés cliniquement, ils permettent également de réaliser au cabinet des restaurations dans le secteur antérieur. Enfin, cette présentation précisera les indications et limites du système, dans l'optique de l'intégrer pour la restauration du soin et de l'harmonisation du sourire de nos patients.

L'HYPNOSE DANS LE SOIN : UNE MÉTHODE POUR NE RIEN FAIRE ET LAISSER FAIRE

■ VIANNEY DESCROIX

L'hypnose est d'abord un vécu, une expérience, un mouvement qui se vit dans le corps. Ensuite, l'hypnose est un état, une modification de la conscience qui active ou réactive un inconscient. Enfin, l'hypnose peut être parfois une méthode dans le soin pour rencontrer l'autre et lui permettre de vivre autrement. Nous montrerons qu'au-delà du spectacle, la technique de l'hypnose, de la communication à la transe, permet une autre forme de soin en médecine bucco-dentaire.

LE PROJET ESTHÉTIQUE EN PROTHÈSE : OUTIL MODERNE DE COMMUNICATION !

■ OLIVIER ETIENNE

L'approche numérique du projet esthétique offre une nouvelle forme de communication rapide, interactive et décisive dans nos plans de traitement :

- avec le patient par des méthodes simples de modification d'images photographiques,
- avec le prothésiste, par la concrétisation du projet virtuel en projet réel grâce au wax-up, et au mock-up.

Ces techniques, jusque-là bidimensionnelles, évoluent rapidement vers de véritables projets tridimensionnels alliant capture du visage et conception assistée par ordinateur.

LA PARODONTIE, AU CŒUR DE L'ODONTOLOGIE

■ CAROLINE FOUQUE

Un parodonte sain est un prérequis au succès de tous nos traitements, qu'ils soient restaurateurs, prothétiques, implantaires ou encore orthodontiques. Aucun ne peut s'envisager sans cet écrin puissant et harmonieux. Notre mission est de veiller sur la santé du parodonte, le soigner, le renforcer, l'embellir, voire, aujourd'hui, lui offrir une nouvelle vie. C'est pour tout cela, et bien plus encore, que la parodontie est au cœur de l'odontologie.

RESTAURATION ESTHÉTIQUE IMPLANTAIRE : L'INNOVATION AU SERVICE DE LA BIOLOGIE

■ PATRICE MARGOSSIAN

La restauration prothétique du secteur antérieur maxillaire représente un défi esthétique majeur. Le traitement esthétique est fondé sur la création de dents aux proportions agréables et leur intégration harmonieuse avec la gencive, les lèvres et le visage du patient. Bien que faisant appel à des thérapeutiques et des approches différentes, ces objectifs sont communs à tous les types de supports, qu'ils soient dentaires ou implantaires. Toutefois, les restaurations implantaires nécessitent une mise en œuvre très spécifique, tant chirurgicale que prothétique.

Cette présentation a pour objectif la description de protocoles standardisés, fiables et reproductibles qui utilisent les dernières avancées technologiques et chirurgicales permettant d'assurer une parfaite intégration esthétique et fonctionnelle des restaurations antérieures implantaires.

NOM DE CODE M.I.H. : LES CLÉS D'UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE

■ PATRICK ROUAS

Les hypominéralisations molaires-incisives (MIH) sont des anomalies de structure amélaire fréquemment rencontrées nécessitant une intervention précoce et adaptée. Nous identifierons les éléments clés de cette anomalie pour mieux comprendre les stratégies thérapeutiques, l'objectif étant une prise en charge efficace.

COIFFAGE, PULPOTOMIE OU TRAITEMENT CANALAIRE : À CHAQUE SITUATION SON TRAITEMENT

■ STÉPHANE SIMON

La conservation de la vitalité pulpaire a le vent en poupe, et elle revient de loin ! Plus que les progrès technologiques souvent avancés, c'est surtout un changement de la mentalité de la profession qui est à l'origine de ce « coming back ». Mais comme souvent, « avoir le choix » s'associe à la confusion. « Dans quel cas faire un coiffage, une pulpotomie au lieu d'un traitement canalaire ? » Les choses sont peut-être moins compliquées qu'elles n'y paraissent. Au cours de cette présentation, nous aborderons les éléments qui participent à cette confusion afin de les transformer en arguments de décision.

COLLER AUJOURD'HUI : UNE "EVIDENCE" CLINIQUE

■ GIL TIRLET

L'adhésion, actrice principale de la dentisterie biomimétique, nous permet de plus en plus de répondre, en tant que praticiens contemporains, à des impératifs impérieux, tant sur le plan biologique, biomécanique, que fonctionnel et esthétique. De nouveaux tableaux cliniques, comme ceux relevant de situations d'usures érosives et attritives, nécessitent plus que jamais de maîtriser parfaitement les stratégies adhésives les plus récentes. Nous évaluerons, dans le cadre de cette conférence, à l'aide de toute une série de situations cliniques délicates, jusqu'à quel point nous pouvons aller dans la mise en œuvre clinique actuelle de ce mode d'assemblage. Mais jusqu'où... ?