

Traitement d'un édentement unitaire antérieur

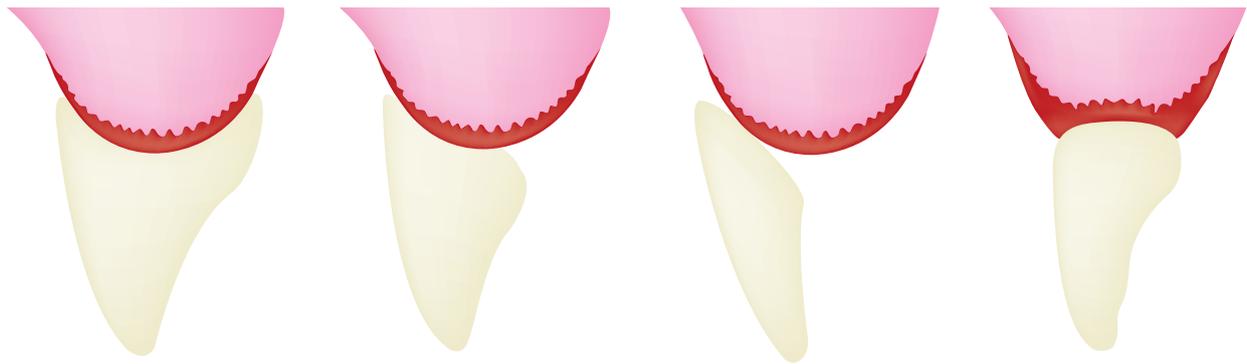
Le recours au bridge collé

Maxime Hollender, Antoine Oudin, Bénédicte Delis, Yves Allard

L'édentement antérieur est une situation clinique à laquelle le praticien est confronté régulièrement. Le traitement qui en résulte doit être en relation directe avec l'environnement dento-parodontal de l'édentement en question. Il existe de nos jours un large panel de solutions thérapeutiques en réponse à cette situation clinique, chacune d'elles ayant des avantages et des inconvénients. Nous retiendrons dans cet article l'une d'entre elles, le bridge collé, illustrée par un cas clinique. L'obtention d'un résultat esthétique satisfaisant passe par un protocole opératoire rigoureux dans lequel s'inscrit la gestion tissulaire par la prothèse de temporisation, en relation étroite avec le biotype parodontal présent.

Depuis quelques années, la dentisterie prothétique et restauratrice s'inscrit dans un schéma d'économie tissulaire maximale par l'intermédiaire de la dentisterie dite *a minima* [1]. Cette dernière est fondée sur une préservation maximale des tissus dentaires avec comme objectif ultime l'imitation du naturel pour une esthétique optimisée.

Classiquement, en présence d'un édentement unitaire antérieur, les solutions thérapeutiques sont le bridge traditionnel, l'implantologie, le bridge collé ou encore la prothèse amovible partielle. Les deux premières solutions sont considérées comme fiables dans la littérature avec un taux de survie respectif de 89,2 % [2] et 89,4 % [3] à dix ans. Cependant, le bridge traditionnel va à l'encontre de la dentisterie actuelle en raison du coût biologique important engendrée par la préparation dentaire (près de 70 % de substance coronaire éliminée). Quant à l'alternative implantaire, elle est parfois inenvisageable pour de multiples raisons telles que la radiothérapie, certains traitements médicamenteux ou encore le refus du patient de subir des thérapeutiques pré-implantaires plus



1. Forme du pontique (d'après [11]).

invasives [4]. Dès 1973 [5], la technique du bridge collé s'est montrée très intéressante en raison de son respect des tissus dentaires, entrant ainsi dans le cadre d'une dentisterie minimalement invasive et offrant un résultat esthétique satisfaisant. Le taux de survie est également conséquent avec selon l'étude de Pjetursson et al. [6], avec 87,7 % à cinq ans (préparation dentaire minimalement invasive de type Brabant [7]).

Indications

L'indication du bridge collé repose sur un certain nombre de paramètres dépendant de la nature de l'édentement, de la situation des dents adjacentes à ce dernier, de l'environnement parodontal ou encore de l'âge du patient [1].

En effet, il se réalise théoriquement chez les patients jeunes (principe de préservation tissulaire et de gradient thérapeutique [8]) présentant une bonne hygiène dentaire et dont la demande esthétique est modérée (le métal des ailettes peut être visible en fonction de la localisation du bridge sur l'arcade). Ce dernier point négatif semble désormais pouvoir être résolu avec l'avènement des bridges collés cantilever en céramique [9].

De plus, sa localisation de prédilection est maxillaire, dans une situation où la hauteur occlusale prothétiquement utilisable est supérieure à 7 mm.

Paramètres occlusaux

Par ailleurs, les contraintes occlusales se répartissent différemment sur l'arcade, ce qui influe sur le choix de la restauration prothétique finale, ainsi que sur son taux de survie à long terme. Plus précisément, les dents postérieures, associées à des forces occlusales de compression, seraient moins aptes à supporter une restauration par bridge collé que le maxillaire antérieur [1].

De même, la parafunction occlusale représente une contre-indication à ce type de restauration. Les patients qui présentent une occlusion de classe I canine et molaire sembleraient plus aptes à recevoir un bridge collé par rapport aux patients présentant une occlusion de classe II ou III [1].

D'autre part, la perte de la dent ne doit en aucun cas être le résultat d'un traumatisme occlusal, mais la conséquence d'un état de délabrement pouvant avoir, entre autres, une origine endodontique, parodontale ou traumatique.

Paramètres parodontaux

L'environnement parodontal de l'édentement doit également répondre à certaines règles.

L'épaisseur des tissus mous doit être égale à 5 mm environ, dont au moins 3 mm de gencive attachée [1, 10].

De même, en cas d'absence de la corticale vestibulaire, il est souvent nécessaire d'envisager de restaurer ce volume manquant par apport osseux et/ou greffe gingivale.

Le succès du traitement dépend aussi de façon importante d'une gestion tissulaire de qualité associée à une maîtrise de la forme du pontique du bridge.

En effet, comme énoncé précédemment, un résultat esthétique satisfaisant ne pourra être obtenu que sur un parodonte épais, apte à la prothèse.

Paramètres prothétiques

Les dents proximales recevant les ailettes palatines doivent être saines ou peu délabrées et présenter des racines plutôt longues et donc un rapport couronne clinique/racine clinique favorable.

En ce qui concerne la forme du pontique, la littérature [11] en décrit quatre (fig. 1) :

- intermédiaire de bridge dit « en selle » utilisé en prothèse amovible ;

- intermédiaire de bridge « modifié », plus étroit;
- intermédiaire de bridge n'établissant le contact que sur la partie vestibulaire de la crête édentée;
- intermédiaire de bridge ovoïde en situation sous-muqueuse.

Seul le dernier d'entre eux offre un résultat esthétique satisfaisant car il procure l'illusion de l'émergence d'une dent naturelle.

La profondeur de la partie la plus apicale du pontique ovoïde va dépendre de la proximité existante avec le niveau osseux et tissulaire sous-jacent.

Un niveau osseux « bas » nécessitera un pontique ovoïde très sous-gingival, tandis qu'un niveau « haut » ne l'imposera pas [10-12].

Cette détermination du niveau osseux se réalise à l'aide d'une sonde parodontale graduée.

En résumé et en fonction du cas clinique, le pontique se doit d'être dans une situation de 1 mm sous-gingival sur un site édenté et jusqu'à 3 mm sur un site postextractionnel (par rapport à la partie la plus cervicale du tissu mou).

Le pontique, dans la phase provisoire, nécessite un polissage à chaque visite de contrôle (tous les mois pendant trois mois), voire un rebasage à l'aide d'un composite fluide (base bisacrylique) ou d'une résine acrylate suivi d'un polissage soigné à l'aide de fraises de granulométrie décroissante.

L'objectif de cette manœuvre est double : conserver un tissu sain, c'est-à-dire non inflammatoire d'une part, et, d'autre part, maintenir au maximum le volume tissulaire.

Cas clinique

Une patiente âgée de 40 ans consulte pour le remplacement d'une restauration inesthétique sur la 12.

L'examen radiographique montre une volumineuse lésion apicale et une infiltration carieuse sous-prothétique indiquant l'extraction de cette dent (fig. 2 et 3).

La patiente a une demande esthétique élevée et refuse catégoriquement l'apport de l'implantologie.

Elle présente un biotype parodontal épais selon la classification de Siebert.

De plus, il est exclu dans cette situation d'envisager la solution du bridge traditionnel pour la raison énoncée précédemment (délabrement tissulaire conséquent).

La solution thérapeutique du bridge collé est alors indiquée.

Après dépose de l'ancienne couronne et l'extraction atraumatique de la 12, le bridge collé provisoire issu de l'empreinte primaire à l'alginate est placé immédiatement dans l'alvéole de manière à maintenir l'architecture tissulaire.

La morphologie du provisoire est de type ovoïde et il est en situation sous-gingivale sur environ 1,5 à 2 mm (fig. 4).

Les figures 5 à 13 illustrent la suite et la fin de la séquence thérapeutique.



2. Radiographie panoramique.



3. Radiographie rétro-alvéolaire mettant en évidence la lésion osseuse importante et la perte d'étanchéité coronaire associée au défaut d'ajustage cervical de la coiffe.



4

4. Bridge collé provisoire une semaine après l'extraction de la 12 (morphologie du pontique de type ovoïde).

Commentaires

Le cas clinique présenté a été mené selon les techniques de bridge collé dites conventionnelles décrites par Rochette dans les années 1970 puis par Livaditis en 1981.

L'avènement du collage, associé à l'évolution des céramiques vitreuses, permet aujourd'hui d'envisager une évolution dans les techniques de préparation dentaire et des matériaux dans ce type de reconstitution.

La dentisterie dite minimalement invasive fait désormais partie intégrante de notre pratique quotidienne. De nombreux auteurs ont décrit un changement dans les matériaux utilisés pour la conception des bridges collés. En effet, Kern, en 2005 [9], a abordé le taux de survie du bridge collé de type In-Ceram Alumine assemblé à l'aide



5a

5. Situation à 15 jours postextraction.
a. Le volume vestibulaire est maintenu.
b. Le remodelage tissulaire sur un biotype parodontal épais peut être observé.



b



6

6. Situation du parodonte 30 jours après l'extraction.



7

7. A 45 jours, un nouveau rebasage est effectué.

8. 3 mois plus tard, la situation tissulaire stable permet de réaliser l'empreinte du bridge collé d'usage. Une empreinte à l'alginat du bridge provisoire est faite, qui aidera le prothésiste dans la reproduction de la forme de ce dernier.

Les faces palatines sont préparées en respectant le principe de la dentisterie a minima, c'est-à-dire strictement amélaire.



8



9. Modèle issu de l'empreinte en double mélange.



10. Bridge d'usage sur le modèle en plâtre.



11. Bridge d'usage le jour du collage en vue vestibulaire. Notons que l'angle distal de la 22 a été restauré par un composite afin d'harmoniser le sourire et d'équilibrer les ratios hauteur/largeur.



12. En vue palatine.



13. 4 mois après la pose, les tissus sont stables et le résultat esthétique est satisfaisant.

de Panavia® (colle à potentiel d'adhésion). Deux types de cas ont été étudiés: ceux comprenant une seule ailette et ceux comprenant deux ailettes. Les résultats à cinq ans montrent un taux de survie supérieur dans les cas de bridge collé mono ailette (92,3 %) par rapport à ceux présentant deux ailettes (72,9 %).

De nos jours, l'utilisation de céramique vitreuse enrichie en disilicate de lithium de type e.max permet d'associer résistance mécanique, moindre mutilation et esthétique optimale.

Conclusion

Le succès d'une telle restauration est dépendant d'une gestion tissulaire et prothétique rigoureuse nécessitant un respect des protocoles et une connaissance stricte de l'environnement tissulaire.

Les visites de contrôle aboutissant à un rebasage/polissage sont d'une importance cruciale dans le résultat final. Par ailleurs, il est important de souligner l'importance de la collaboration praticien/prothésiste permettant une excellente transmission des informations et donc

un résultat prothétique esthétique reproductible. Cette communication est rendue possible grâce aux outils technologiques actuels tels que la photographie numérique, l'informatique et, de manière plus conventionnelle, les nombreuses empreintes (étude, des provisoires...).

Auteurs

Maxime Hollender

Ex Attaché

Pratique privée (Montauroux)

Antoine Oudin

Pratique privée (Cannes)

Bénédicte Delis

Pratique privée (Le Cannet)

Yves Allard

MCU-PH, Hôpital Saint Roch (Nice)

Les auteurs n'ont pas de liens d'intérêt.

Correspondance : maxhollender@hotmail.com

bibliographie

1. Lehmann N et al. Edentement unitaire: de l'observation clinique à la prise de décision thérapeutique (1re partie). *Rev Odont Stomat* 2006; 35 (1): 33-61.
2. Pjetursson BE, Bragger U, Lang NP, Zwahlen M. Comparison of survival and complication rates of tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs) and implant-supported FDPs and single crowns (SCs). *Clin Oral Implants Res* 2007; 18 (suppl 3): 97-113.
3. Jung RE et al. Systematic review of the survival rate and the incidence of biological, technical, and aesthetic complications of single crowns on implants reported in longitudinal studies with a mean follow-up of 5 years. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23 (suppl 6): 2-21.
4. Boemick W et al. Clinical comparison of metal ceramic resin-bonded fixed dental prostheses with a conventional and a mixed retainer design. *J Prosthet Dent* 2014; 3 (112): 473-480.
5. Rochette AL. Attachment of a splint to enamel of lower anterior teeth. *J Prosthet Dent* 1973; 30 (4 Pt 1): 418-423.
6. Pjetursson BE et al. A systematic review of the survival and complication rates of resin-bonded bridges after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res* 2008; 19 (2): 131-141.
7. Brabant A. Réaliser des bridges collés fiables en optimisant l'économie tissulaire et l'esthétique. *Réalités Cliniques* 2010; 21 (4): 311-320.
8. Tirlot G, Attal JP. Le gradient thérapeutique un concept médical pour les restaurations esthétiques. *Information dentaire* 2009; 91 (41/42): 2561-2568.
9. Kern M. Clinical long-term survival of two-retainer and single-retainer all-ceramic resin-bonded fixed partial dentures. *Quintessence Int* 2005; 36 (2): 141-147.
10. Hanisch O. Intérêt des intermédiaires de bridges ovoïdes intra-muqueux pour la réalisation de bridges esthétiques. *Stratégie prothétique* 2002; 3 (2): 183-189.
11. Dylina T. Contour determination for ovate pontics. *J Prosthet Dent* 1999; 2 (82): 136-142.
12. Kois J. Altering gingival levels: the restorative connection. Part 1: biologic variables. *J Esthetic Dent* 1994; 6 (1): 3-7.
13. Attal JP, Moatty F, Samama Y. Élément d'une dentisterie restauratrice raisonnée. *Réalité Clinique* 1995; 6 (1): 33-44.