



7 AS ODONTOLOGIA

Bulletin n°4 du 21/09/2006

De nombreux confrères étaient en demande de conférences sur l'esthétique. C'est chose faite. Toujours au restaurant du Golf d'Illkirch, nous avons accueilli de nombreux participants, et cette soirée fût un véritable succès.

Apport de la photographie numérique à l'esthétique

Dr René SERFATY

Le protocole de photographie numérique, comportant un certain nombre de prises de vue (8 au total), permet de mettre en évidence une harmonie ou, le cas échéant, une dysharmonie globale dans le visage. A partir d'une photographie de face du sujet, un équilibre entre le regard et le sourire est recherché, principe de base d'une évaluation esthétique dento-faciale.

A partir de cette détermination, une analyse plus précise du sourire dans ses détails est conduite, par le biais de photographies de la bouche du sujet. Prises d'abord sans écarteurs, puis avec écarteurs et en gros plan, ces photos nous apportent une information précieuse sur la disposition, les proportions et la couleur de la composition dentaire, la forme, la position et la régularité des contours gingivaux.

L'ensemble de ces mesures fournit une « cartographie » du sourire permettant d'affiner le diagnostic en fonction de critères décisionnels objectifs et ainsi de programmer avec précision les différentes interventions, si une réhabilitation doit être décidée.

Enfin, la photographie numérique facilite grandement la communication avec le laboratoire de prothèse.

Les NORMES DU SOURIRE

Dr Ariel ABEHSERA

Depuis l'antiquité, l'Art essaie de dégager une vision esthétique de la nature. C'est ainsi que peu à peu ont commencé à émerger certains critères nommés « canons de la beauté ».

Partant du principe qu'esthétique ce qui est harmonieux, certains artistes mathématiciens et inventeurs (Léonard De Vinci fut leur précurseur), soucieux d'établir des règles, ont mis en évidence le fameux « Nombre d'Or », retrouvé à différents niveaux dans la nature en général, et reproduit dans les compositions artistiques en particulier. L'Art Dentaire ne fait pas exception à la règle, et les opérateurs soucieux d'esthétique bucco-dentaire, qu'ils soient omnipraticiens ou orthopédistes dento-faciaux, s'inspirent de critères semblables lors de la réhabilitation d'un sourire. Bien entendu, à ces critères purement artistiques sont additionnés des mesures statistiques dans différentes populations ethniques, études qui ont permis de mettre en évidence des profils différents en fonction des origines.

L'éclaircissement de la dent dépulpée

Dr Yankel AZRAN

Dyschromies acquises secondaires

(Atteinte pulpaire : nécrose et hémorragie pulpaire post-traumatique)

Iatrogènes

- Traitement endodontique incomplet (obturation canalaire incomplète, oubli d'un canal, débris de parenchyme pulpaire persistant au niveau de la chambre pulpaire)
- Hémostase mal contrôlée
- Emploi de biomatériaux à fort potentiel de diffusion et de coloration
 - ÷ Solution iodée
 - ÷ Anhydride arsénieux
 - ÷ Pâte d'obturation à base d'iodoforme, de phénol, de résorcine

Mauvaise qualité de la restauration en fin de traitement endodontique

- Percolation bactérienne
- Passage régulier d'agents chromogènes

CONTRE INDICATIONS RELATIVES

Dyschromie liées :

- aux pâtes d'obturation canalaire

- Résines phénoplastes, radio opacifiant
- Imprégnation de sels métalliques (amalgames)

Les dents à reconstitutions coronaires étendues

CONTRE INDICATIONS ABSOLUES

notamment pour les techniques utilisant du peroxyde d'hydrogène

- Dent ayant subi un traitement parodontal avec surfaçage et au parodonte fragile
- Etiologie de la dyschromie (hypoplasie et anomalie de l'émail)
- Schéma occlusal
- Présence de fêlures
- Dents permanentes des enfants et des jeunes adolescents
- Les dents temporaires
- Les dents traumatisées (luxation, expulsion, ingression...)
- Les dents présentant des phénomènes de résorption radiculaire externe et interne

Les pigments colorés sont-ils toujours en cause ?

- Fixation primaire ou acquise de pigments
- Origine structurale:
 - o Trouble du métabolisme phosphocalcique
 - o Tâches amélaire présentes avant le traitement (émail substrat inorganique)
- Les dyschromies induites par des pigments indélébiles et inorganiques (produits de corrosion, amalgame) seront réfractaires au blanchiment interne

L'agent oxydant n'agit que sur les pigments organiques

AGENTS OXYDANTS

Peroxyde d'hydrogène

- 100 ou 130 volumes (27,5 et 35 %)
- Caustique au-delà de 3% sur la peau et les muqueuses
- Soluté instable: renouvellement régulier
- Conservation:
 - ÷ un milieu réfrigéré
 - ÷ flacon ambré
 - ÷ pH entre 2.5 et 4 %

Perborate de sodium

- $3 \text{ NaBO}_3 + \text{H}_2\text{O} \perp 3 \text{ NaBO}_2 + \text{O}_2 + \text{H}_2\text{O}_2$
 $2 \text{ H}_2\text{O}_2 \perp 2 \text{ H}_2\text{O} + \text{O}_2$
- $2 \text{ NaBO}_3 + \text{H}_2\text{O}_2 \perp 2 \text{ NaBO}_2 + \text{O}_2 + \text{H}_2\text{O}_2$
 $2 \text{ H}_2\text{O}_2 \perp 2 \text{ H}_2\text{O} + \text{O}_2$

Peroxyde de carbamide (peroxyde d'urée)

- Urée et peroxyde d'hydrogène
- Utilisé à des concentrations de 10 à 35%
- Les 10% équivalent l'eau oxygénée à 3, 3% et l'eau oxygénée à 10 volumes

Condition clinique préalables

Obturation canalaire tridimensionnelle étanche

Techniques d'éclaircissement de la dent dépulées

- **Voie intra-coronaire**
 - ÷ Ambulatoire: perborate de sodium + eau
 - ÷ Immédiate au fauteuil: peroxyde d'hydrogène à 35%
 - ÷ Combinée
- **Voie externe**
 - ÷ Immédiate au fauteuil: peroxyde d'hydrogène 15 à 35%
 - ÷ Ambulatoire (gouttière): Peroxyde de carbamide 10 à 15 %
- ÷ **Traitement ambulatoire mixte**
 - ÷ Perborate de sodium + eau distillée
 - ÷ associé au traitement extemporané au peroxyde de carbamide à 35 %

Le peroxyde de carbamide accélère le blanchiment et le perborate de sodium en ambulatoire permet un résultat plus durable en retardant l'importance et l'apparition de la récidence

Technique efficace mais destinées au cas les plus rebelles mais n'est pas dépourvue de risques

COMPLICATIONS

- **Résorption Cervicale Externe**
- **Fractures Coronaires Secondaires**

