

Osons les facettes

Encore bon nombre de praticiens manquent de proposer ce que l'on considère certainement de plus performant dans le domaine des restaurations antérieures, à savoir les facettes. Exigeante, précise, rigoureuse, la technique n'est pourtant plus destinée à une élite mais repose aujourd'hui, plus que jamais, sur une démarche parfaitement établie et éprouvée (1).



Dr Romain DEMANGEAT

- Ancien attaché à la faculté de Strasbourg
- Responsable ONFOC Strasbourg

Indications, avantages et inconvénients

Employées à leurs débuts pour traiter divers types de colorations dentaires (2), les facettes se sont désormais plus largement étendues aux modifications de forme, de volume et de position également, et ce, tout en répondant au principe biomimétique (3).

La préservation tissulaire, l'excellente réponse parodontale et l'esthétique sont autant d'avantages. Pour inconvénients : la rigueur protocolaire et le coût pour le patient.

Choix de la céramique

La biomécanique repose essentiellement sur le collage. Ainsi le choix doit préférentiellement se porter sur des céramiques aptes au collage. Par définition, les zircons et céramiques alumineuses ne comportent pas de phase vitreuse et ne sont ainsi pas attaquables à l'acide fluorhydrique. Les zircons sont donc peu aptes au collage. Les céramiques alumineuses (type InCeram ou Procéra Alumina) nécessitent un traitement à la silice préalable. Les céramiques vitreuses (feldspathique, ou renforcée type Empress ou e.max) sont quant à elles naturellement mordançables. Notre choix s'est porté sur l'e.max (Ivoclar Vivadent) ; céramique vitreuse enrichie en disilicate de lithium, donc plus résistante à la flexion (400 MPa) que la feldspathique en cas de parafunction.

Cas clinique

Jeune patiente victime d'un trauma des 11, 21 (et 13) à l'enfance. Parafunction modérée. Son sourire (inversé : cf pointillés) lui déplaît. Motivation majeure.

Proposition de plan de traitement

Eclaircissement des deux arcades, composite sur 13, facettes sur 11 et 21 après validation par un mockup.

Port d'un night-guard définitif en raison de la parafunction. La patiente occulte néanmoins l'atteinte de la 13.

1. Situation initiale : sourire inversé suite à un trauma des 11 et 21. Il suffirait de leur restituer leur longueur.

2-3 Projet esthétique (4) : selon la méthode de son choix ; ici, ajout de résine.

4 Validation puis empreinte de laquelle découlent des clés en silicone pour la suite du travail (préparations et temporisation).

Eclaircissement des 2 arcades. Attente de 2 mois pour stabilisation de la teinte.

5-6-7 Préparations.

5 Préparation, fil en place, par pénétration contrôlée ménageant précisément l'épaisseur nécessaire à la future facette. Vérifications par diverses clés.

Épaisseurs requises pour l'e.max : 3/10° pour une simple facette maquillée en surface (sur dent non dyschromiée), 6 à 8/10° pour une stratification par cut-back du bord libre uniquement (faible dyschromie), 10/10° pour une stratification complète sur une fine armature pressée (en cas de forte dyschromie) : plus le céramiste aura de place et plus il pourra exprimer son talent.

6 Léger slice proximal pour une bonne lecture de séparation des éléments préparés au labo.

7 Finitions : surface douce et angles arrondis.

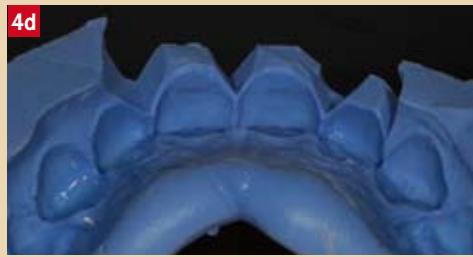
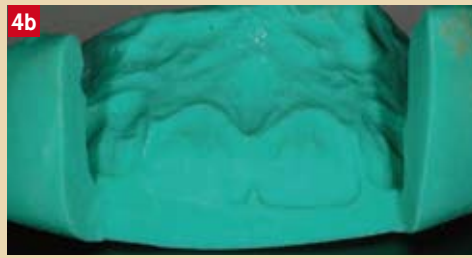
8 Hybridation (5), fil en place : étape consistant en un mordantage et l'application d'un adhésif sur les préparations (notamment dentinaires) fraîchement taillées. Son but est double : protection du complexe dentino-pulpaire avec conséquemment une absence de sensibilité post-opératoire ; une augmentation du pouvoir d'adhésion finale (jusqu'à 3 fois supérieur).

9 Empreinte.

10 Réalisation des provisoires : selon la méthode de son choix. L'absence d'irritation gingivale étant un facteur déterminant, la méthode s'est tournée vers des facettes extemporanées en résine peu exothermique (toujours à partir d'une clé en silicone ; résine Enamel Plus de Bisico), parfaitement détournées, puis colorées et lustrées. Il est à ce stade vivement recommandé d'employer un ciment transparent (Temp Bond Clear de Kerr).

11 Temporisation à 10 jours. Les facettes provisoires doivent tendre vers le résultat final escompté ce qui permet encore au patient de nous confirmer son acceptation de forme dans les premiers jours. Noter le respect parodontal.

Laboratoire
Jacques ROUAH,
Strasbourg





12 Dépose et nettoyage des surfaces.

13 Essai avec pâtes d'essai *ad hoc* afin de tester également le choix de teinte de la colle.

14 Assemblage des facettes une à une, fil en place. Phase capitale et déterminante.

Dent : attaque de la couche hybride à la micro-sableuse. Mordançage 15 à 30 s (acide orthophosphorique à 37 %). Application d'un adhésif, très finement étalé puis polymérisé.

Facette : mordançage 1 à 4 min (selon les indications du fabricant ! acide fluorhydrique). Silane 1 min, puis séchage chaud (ex. : au sèche-cheveux). Application d'un adhésif dual non polymérisé.

Assemblage par un composite de collage (Variolink II d'Ivoclar Vivadent en l'occurrence).

Retrait des excès, polymérisation flash. Retrait des derniers résidus de colle. Polymérisation lente, 40 s au minimum par face.



15-16 Résultat : noter la parfaite intégration parodontale et l'aboutissement prothétique (forme, teinte et état de surface). Night-guard. ◆

Bibliographie

1. Predictable, precise, and repeatable tooth preparation for porcelain laminate veneers. Gürel G. Pract Proced Aesthet Dent. 2003 Jan-Feb;15(1):17-24; quiz 26
2. A ceramic restoration bonded by etched enamel and resin for fractured incisors. Rochette AL. J Prosthet Dent. 1975 Mar;33(3):287-93.
3. Ceramic laminate veneers: continuous evolution of indications. Belser UC, Magne P, Magne M. J Esthet Dent. 1997;9(4):197-207.
4. Diagnostic mock-ups as an objective tool for predictable outcomes with porcelain laminate veneers in esthetically demanding patients: a clinical report. Reshad M, Cascione D, Magne P. J Prosthet Dent. 2008 May;99(5):333-9.
5. Immediate dentin sealing: a fundamental procedure for indirect bonded restorations. Magne P. J Esthet Restor Dent. 2005;17(3):144-54; discussion 155. Romain Demangeat 15 septembre 2009 20:02