

Fiche de procédure R14

Traiter les lésions non carieuses

1- OBJECTIFS

- Intercepter l'évolution des lésions.
- Restaurer la fonction et l'esthétique.
- Supprimer les sensibilités.
- Protéger le parodonte.

2- PLATEAU TECHNIQUE RECOMMANDÉ

- Aides visuelles et plateau d'examen clinique standard (*cf. fiches R1 et R2*).
- Champ opératoire tel que digue avec crampon de Ferrier ou fil rétracteur.
- Matériel et instrumentation à composite (*cf. fiches R6, 7,10*).
- Résines composites prévues pour un usage en stratification et résines composites hautement pigmentées pour les caractérisations* (dents antérieures).
- Lampe à photopolymériser de forte puissance (1000-1200 mW/cm²).
- Fouloirs et spatules spécifiques pour composite (uniquement dévolus à cet usage).
- Kit de finition et de polissage (*cf. fiche R10*).

3- PROTOCOLE OPERATOIRE

▪ Restauration cervicale en technique directe

- sélectionner la teinte en tenant compte d'une saturation souvent supérieure de la zone cervicale.
- identifier des dyschromies dentinaires susceptibles d'influencer le résultat esthétique.
- évaluer l'opportunité de placer une résine composite opaque pour masquer ces dyschromies.
- nettoyer les surfaces dentaires incriminées avec une brossette et une pâte à polir.
- en présence de dentine sclérotique, traiter de préférence les surfaces dentinaires avec un procédé de sonoabrasion, ou d'air abrasion pour favoriser le collage.
- sélectionner un système adhésif (*cf. fiche R6*).
- réaliser éventuellement un biseau amélaire si la lésion est de forme angulaire marquée.
- réaliser le mordançage à l'acide phosphorique et le rinçage avant la mise en place du fil rétracteur ou mettre en place le fil rétracteur avant traitement par un adhésif automordançant.
- après photopolymérisation de l'adhésif, monter la première couche de résine composite. (éventuellement composite fluide) pour masquer d'éventuelles dyschromies dentinaires.
- utiliser un système matriciel qui réalise le profil d'émergence ou utiliser des bandes matrices pour séparer les dents concernées.
- après montage complet, déposer les matrices, réaliser les étapes de finition (*cf. fiche R10*).

▪ Overlay sur une dent postérieure ou facette en résine composite :

- il n'y a pas lieu de réaliser une préparation des surfaces dentaires dans la grande majorité des cas. Il faut cependant contrôler la possibilité de réaliser un élément d'environ 0,5mm d'épaisseur.
- une empreinte en matériau silicone est réalisée (*cf. fiche R16*).
- les moules sont montés en articulateur, en particulier si on modifie la relation intermaxillaire. Il peut s'agir d'une augmentation de dimension verticale ou la correction d'un proglissement mandibulaire.
- l'essayage se fait sous champ opératoire en utilisant des pâtes d'essayage pour contrôler l'intégration esthétique, déterminer la teinte du composite de collage, valider l'adaptation de la pièce.

- après collage, les excès de composite sont éliminés avec une fraise diamantée bague rouge et les finitions conduites classiquement (*cf. fiche R16*).
- si les facettes sont positionnées sur les faces linguales, après dépose du champ opératoire, il importe d'ajuster méticuleusement les contacts en intercuspidie, en latéralité et en propulsion.
- éliminer les excès cervicaux de produit de collage avec une curette parodontale.
- revoir le patient impérativement à 8 jours pour compléter les finitions et les rapports inter-arcade

4- ERREURS A NE PAS COMMETTRE

- Négliger la corrélation entre observation clinique et facteurs étiopathogéniques identifiés lors de la discussion avec le patient.
- Se limiter au diagnostic positif
- Réaliser un mordançage prolongé d'une dentine perméable (risque de sensibilités)
- Sous évaluer l'étape d'intégration fonctionnelle en particulier pour les restaurations plurales
- Sous-évaluer le facteur parodontal

5- VALIDATION ET NIVEAU DE PREUVE = NIVEAU B

- Brandini DA. *et al.* Clinical evaluation of the association of non carious cervical lesions, parafunctional habits, and TMD diagnosis. Quintessence Int. 2012;43(3):255-62.
- Colon P., Lussi A. Approche ultraconservatrice des lésions érosives et abrasives. Real Clin. 2012;23(3):213-22.
- Kelleher MGD. *et al.* Biologically based restorative management of tooth wear. Int J Dent. 2012 In Press.
- Colon P. Atteintes dentaires consécutives à l'anorexie: quelle attitude préventive? Inf Dent. 2011;30:31-3.
- Vanajasan P. *et al.* Factors affecting the bond strength of self-etch adhesives: A meta-analysis of literature. J Cons Dent. 2011;14(1):62-7.
- Lasfargues JJ., Colon P. Odontologie conservatrice restauratrice : une approche médicale globale Tome 1, Paris, Ed CdP. 480p (2010).
- Bartlett D. *et al.* Basic Erosive wear examination (BEWE) a new scoring system for scientific and clinical needs. Clin Oral Invest. 2008;12(suppl. 1):15-9.
- Lussi A. Dental erosion. From diagnosis to therapy. Bâle: Karger. 219p (2006).
- Colon P., Lecorre A. Traitement conservateur des destructions dentaires non carieuses. Real Clin. 2005;16:53-62.

* L'astérisque indique des instruments ou des mesures optionnelles

ORGANIGRAMME METHODOLOGIQUE DES FICHES

