

## SANTE DE LA BOUCHE ET DES DENTS

### Docteur Gilles PETIT

Généralités (revue n° 259-260)

1/ Traitement des caries (revue n°261- 262)

2/ Soins des gencives (parodontologie)(revue n° 263 -264)

3/ Occlusion et Posture

4/ Remplacement des dents (prothèse)

5/ Remplacement des dents (implants)

6/ Prophylaxie (hygiène, sucre, « fluor »...)

7/ « Energétique »

8/ Esthétique

---

**Dr Gilles PETIT**

**(Articles à suivre dans les prochains numéros de notre revue VIE et ACTION)**

### 3/ OCCLUSION ET POSTURE

#### 1- Occlusion

**L'occlusion dentaire** est la relation qui s'établit entre les dents du haut et les dents du bas quand elles entrent en contact lorsqu'on ferme la bouche.

Elle se produit :

- lors de la **déglutition salivaire** (environ 2500 fois par 24 heures, même pendant le sommeil), la langue prenant appui sur les dents et lors de la déglutition du bol alimentaire et des liquides (image 1)
- de façon dynamique, lors de la **mastication**, durant laquelle interviennent les surfaces des dents qui guident les mouvements de la mâchoire inférieure (maxillaire inférieur = mandibule)
- enfin dans certaines situations (*stress, effort, danger...*).

Ces contacts doivent se faire de manière **équilibrée et symétrique dans tous les sens de l'espace**, et en synchronisation avec les deux articulations de la mandibule (une à droite et une à gauche situées près des conduits auditifs). Ces articulations appelées « **ATM** » - **articulations temporo-mandibulaires** - relient la mandibule au crâne par l'intermédiaire de l'os temporal. De nombreux muscles et ligaments, commandés par une importante zone dans le cerveau, gèrent les mouvements de la mâchoire et de la langue dans la vie quotidienne (pendant la déglutition, la mastication, mais également lors de l'élocution, de la respiration etc...)

En rapport avec l'évolution (onto et phyllogénétique), les ATM sont très liées aux émotions et au redressement postural.

Pour simplifier : il y a 3 articulations qui doivent fonctionner en harmonie : les 2 ATM, et l'articulation (=engrènement) entre les dents du haut et du bas (la morphologie et l'alignement des dents sont donc très importants). (Images 2 et 3)

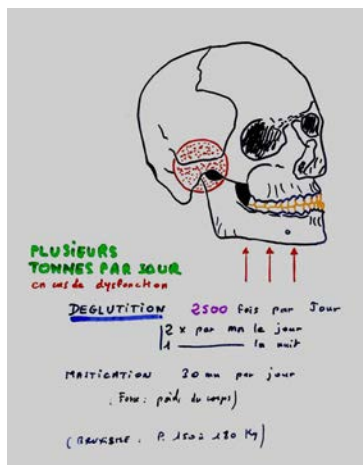


image 1

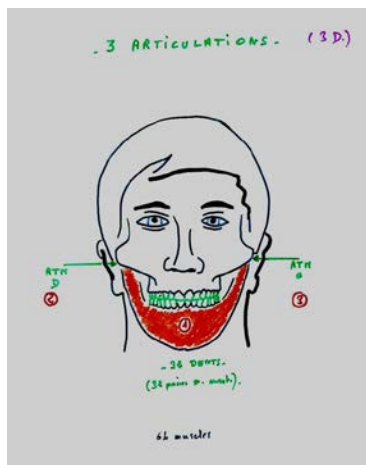


image 2

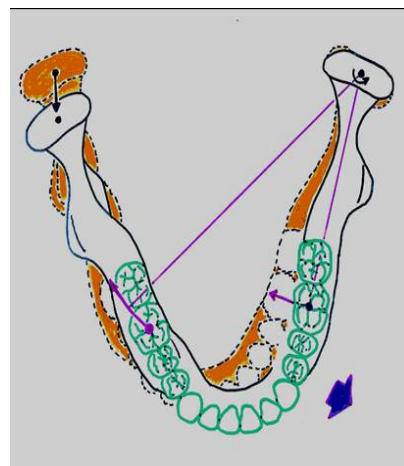


image 3

## 2- La posture

La posturologie définit l'homme comme un oscillateur (pendule inversé), sous contrôle de capteurs (yeux, oreilles, pieds...), de nombreux muscles et du système nerveux.

Beaucoup de paramètres jouent un rôle dans la posture corporelle et c'est à l'évidence une discipline pluridisciplinaire.

Sans entrer dans les détails, il est important de savoir que l'occlusion dentaire peut perturber cet équilibre postural ou à l'inverse être perturbée par un déséquilibre de ce système. (Images 4 et 5)

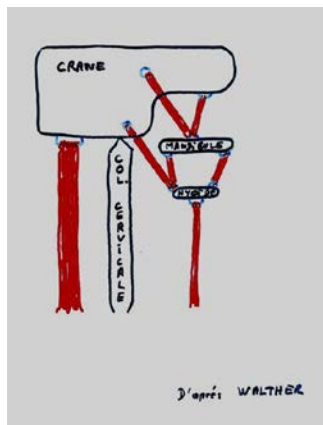


image 4

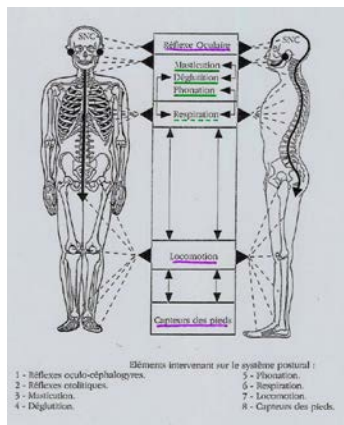


image 5 (d'après Nahmani)

## 3- Pathologie

Tout dysfonctionnement de la langue, ou tout déséquilibre (même minime) au niveau des dents (mauvaise position, couronne ou bridge trop haut ou trop bas, dent manquante, prothèse mal réglée...) peut entraîner un « décalage » des mâchoires.

Des contraintes apparaissent au niveau des dents, des maxillaires, des ATM, des ligaments et des muscles masticateurs qui actionnent la mandibule, et des situations pathologiques peuvent s'installer ; elles sont regroupées sous le nom de *DAM*, anciennement *SADAM* – *syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation mandibulaire*, et plus récemment *DCM* – *dysfonctions crânio- mandibulaires*.

Le mouvement crânio-sacré décrit par les ostéopathes peut être perturbé.

Ces déséquilibres peuvent affecter les autres articulations corporelles et les chaînes musculaires, entraînant des **problèmes posturaux et des pathologies à distance** telles que : *maux de tête, acouphènes, mal de dos, douleur au niveau des cervicales, des épaules, du bassin, fatigue, troubles du sommeil, dépression etc...*

Remarque : certaines personnes ont tendance à serrer (ou grincer) les dents. Cette parafonction s'appelle « bruxisme » et peut exacerber un problème d'occlusion.

Inversement comme évoqué précédemment, un déséquilibre postural (par exemple un problème de pied ou de genou, ou même d'épaule) peut perturber l'occlusion dentaire. Dans ce cas on parle de déséquilibre « **ascendant** » par opposition à un déséquilibre postural dû à l'occlusion dentaire qui est qualifié de « **descendant** ».

#### **4- Prévention et Traitement**

Comme toujours la prévention est primordiale et, le cas échéant, il est impératif de traiter le plus vite possible chaque dent malade, qu'elle soit atteinte de carie ou de déchaussement, et de remplacer les dents absentes par des techniques et des matériaux adaptés, de façon à rétablir ou conserver ce délicat équilibre essentiel à la santé.

*L'allaitement au sein maternel* sollicite 60 fois plus la musculature que le biberon et sera préféré si possible.

En cas d'*accouchement difficile ou par césarienne*, penser à vérifier le crâne du nouveau né.

De façon générale, *appliquer les méthodes naturelles de santé*.

En cas de dysfonction occluso-postural, il est capital de diagnostiquer si le problème est ascendant ou descendant ; différents test existent (ostéopathiques, kinésiologiques, posturologiques...). Un des plus connu est le test de Meersseman : vérifier la longueur des jambes, s' il y a une différence et qu'elle se normalise en interposant une petite épaisseur de carton entre les dents, le problème est descendant. (La hauteur des omoplates peut servir de référence pour ce test.)

Dans le cas contraire, le patient doit consulter un posturologue (médecin acupuncteur, kinésithérapeute, ostéopathe, chiropracteur, podologue, orthoptiste...).

Si le déséquilibre est descendant, il peut être nécessaire de recourir à des examens complémentaires. Un montage sur un articulateur (simulant les relations inter-maxillaires) est quasi incontournable. Il permet d'analyser l'engrènement de dents, de fabriquer une éventuelle gouttière et de prévoir le traitement de rééquilibration de l'occlusion (meulage, onlay, prothèses à faire ou à refaire, orthodontie...). (Images 6 et 7)



image 6



image 7



## SANTE DE LA BOUCHE ET DES DENTS

### Docteur Gilles PETIT

Généralités (revue n° 259-260)

1/ Traitement des caries (revue n°261- 262)

2/ Soins des gencives (parodontologie)

3/ Occlusion et Posture

4/ Remplacement des dents (prothèse)

5/ Remplacement des dents (implants)

6/ Prophylaxie (hygiène, sucre, « fluor »...)

7/ « Energétique »

8/ Esthétique

---

## 2/ SOINS DES GENCIVES (PARODONTOLOGIE)

La deuxième pathologie fréquente dans la bouche concerne les tissus de soutien qui entourent la dent : la gencive, le ligament et l'os, encore appelés « parodonte » (odonte = dent, paro = à côté, autour). L'atteinte du parodonte (**déchaussement**) peut entraîner la chute d'une ou plusieurs dents. La perte de dents due au déchaussement est plus importante que celle due aux caries, et dans la nature beaucoup d'animaux perdent leurs dents à cause de cette pathologie, ne peuvent plus se nourrir, et meurent.

Il est heureusement possible d'éviter et/ou de traiter cette maladie.

### 1. Qu'est ce qu'une maladie parodontale ?

Un dépôt (constitué de débris alimentaires, de salive et de germes) se forme après les repas à la surface des dents ; on l'appelle « **plaque dentaire** » ou biofilm. S'il n'est pas éliminé, il va se transformer en **tartre** : les minéraux présents dans la salive précipitent (se déposent) dans la plaque ; la quantité de tartre va dépendre de la charge minérale et du pH (acidité) de la salive. L'accumulation de tartre est plus importante dans les endroits moins exposés aux frottements : près de la gencive, entre les dents, et peut être aggravée si des travaux (obturation, couronne...) ne sont pas parfaitement ajustés. Le tartre rend ces zones rugueuses et difficiles à nettoyer.

La plaque dentaire est colonisée par de nombreuses espèces bactériennes hiérarchisées. Certaines espèces sont dites commensales (c'est dire normalement présentes dans la bouche); ces bactéries, dans des conditions aérobies (avec oxygène) et acides (sucre), peuvent provoquer des caries (*voir article précédent*). En revanche, dans des conditions anaérobies (sans oxygène) par exemple entre les dents ou entre le tartre et la gencive, vont se développer des espèces anaérobies pathogènes qui sont agressives pour la gencive et entraînent une inflammation appelée **gingivite**. La gencive apparaît rouge, gonflée, et saigne facilement au brossage. Si rien n'est fait, cette gingivite peut évoluer en **parodontite** : la fragile attache de la gencive sur la dent cède et une « poche » se forme entre la racine et la gencive. Dans cette poche infectieuse, les espèces pathogènes (des bactéries et souvent des parasites) se développent et rejettent des toxines, l'inflammation (réaction de défense du corps) augmente, entraînant une destruction et une rétraction de l'os. (fig 1,2,3)

Les différentes espèces sont en compétition pour la nourriture et plus les pathogènes augmentent plus les commensales diminuent. (Et inversement lors des soins)

Le terrain est évidemment important, mais sans soins locaux, l'organisme ne peut stopper ce cercle vicieux, d'autant que la poche n'appartient ni au milieu intérieur, ni au milieu extérieur. Chez certaines personnes ces réactions du système immunitaire sont exacerbées (un test génétique permet de déterminer cette susceptibilité aux maladies parodontales chez les patients ayant des antécédents).

Certains facteurs peuvent influencer la progression de ces infections : l'hygiène de vie, l'alimentation, le stress qui peut diminuer la capacité de défense contre la maladie, le tabac, le diabète, les maladies qui atteignent le système de défense de l'organisme.

Certains produits comme les contraceptifs oraux, les antidépresseurs et les médicaments pour le coeur, peuvent agir sur la santé bucco-dentaire.

Inversement, la santé bucco-dentaire a une influence importante sur la santé générale.

Les infections parodontales augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires, de diabète et de naissances prématurées.

[Attention, dans certains cas, on peut avoir un abcès d'origine « endodontique » (intérieur de la dent), si des germes ont pénétré les canaux (suite à une carie profonde) jusqu'au bout de la racine, infectant le ligament et créant un kyste ou un « granulome ». (fig1)]

## 2. Quels sont les signes perceptibles des maladies parodontales ?

- un saignement des gencives
- des gencives rouges, gonflées, qui se décollent des dents
- une mauvaise haleine
- un abcès avec un écoulement purulent entre la gencive et la dent
- des dents qui bougent ou qui s'écartent
- un changement dans l'adaptation des éventuels travaux de prothèse
- une fatigue



## 3. Diagnostic et traitement des maladies parodontales ?

Le diagnostic repose sur un bilan comprenant :

- une anamnèse (historique personnel) pour comprendre les causes
- un examen clinique et radiologique pour déterminer le stade des lésions
- un examen de la plaque dentaire au **microscope à contraste de phase** qui précise la flore microbienne (il peut être complété par des tests ADN). Il permet de déterminer le traitement le mieux adapté et également une prise de conscience en voyant les germes sur l'écran relié à une caméra couplée au microscope. Il est constant de trouver des bactéries hyper mobiles et très fréquent de trouver des parasites.

La 1<sup>ière</sup> étape du traitement a 2 objectifs :

- rééquilibrer la flore en établissant un programme d'**hygiène locale** adapté aux besoins spécifiques. Il convient d'éliminer la plaque dentaire par un brossage rigoureux et complet. Ce programme pourra comprendre l'application de nouvelles techniques de brossage ou bien l'utilisation de fil dentaire et de brossettes, afin d'enlever la plaque

bactérienne dans les espaces interdentaires, enfin l'emploi de produits d'hygiène appropriés à l'état dentaire et parodontal (eau oxygénée, bain de bouche, sel, bicarbonate...). (voir article suivant : la prophylaxie).

- Si besoin renforcer le terrain et corriger les habitudes hygiène de vie (voir cours d'André Passebecq).

La 2<sup>ème</sup> étape a pour but :

- d'éliminer minutieusement le tartre autour de chaque dent, y compris sous la gencive (**surfaçage radiculaire**).
- supprimer l'inflammation et obtenir la fermeture des poches (fig 4 : avant et 5 : 2 jours après surfaçage).

Dans certains cas avancés, il est nécessaire d'effectuer un **traitement chirurgical**.

Dans d'autres, il peut être important de faire ou refaire des soins ou prothèses, de contrôler les contacts dentaires (*occlusion*, voir article suivant).

Enfin, quelques fois une **greffe de gencive** est indiquée en présence de gencive fine ou de rétraction importante (fig 6 et 7).

Pour terminer, un mot sur la **maintenance** : il est évidemment essentiel de continuer les soins quotidiens après la phase active du traitement et d'effectuer des contrôles réguliers en cabinet.

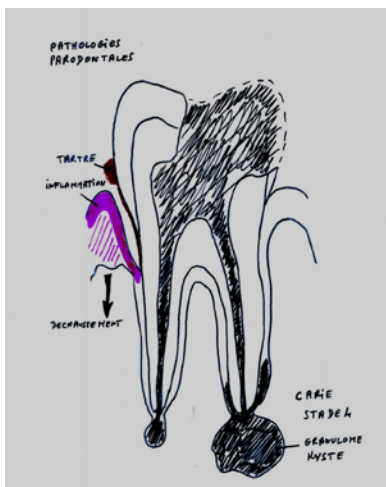


fig1



fig2

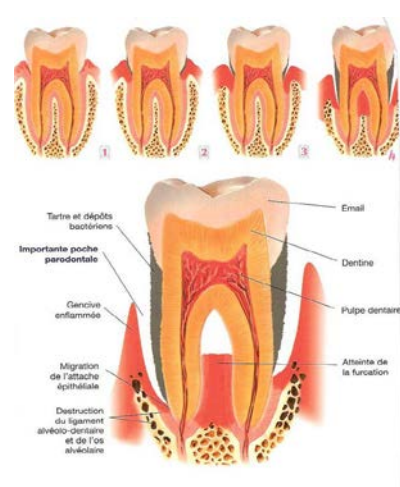


fig3



photo4 (avant)



photo5 (après)



photo6 (greffe avant)



photo7 (greffe près)

## SANTE DE LA BOUCHE ET DES DENTS

### Docteur Gilles PETIT

Généralités (revue n° 259-260)

1/ Traitement des caries (revue n°261- 262)

2/ Soins des gencives (parodontologie)(revue n° 263 -264)

3/ Occlusion et Posture (revue n°265- 266)

**4/ Remplacement des dents (prothèse)**

**5/ Remplacement des dents (implants)**

6/ Prophylaxie (hygiène, sucre, « fluor »...)

7/ « Energétique »

8/ Esthétique

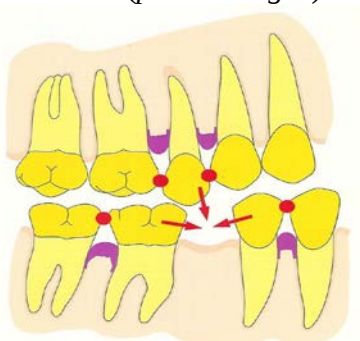
---

#### 4/ et 5/ REMPLACEMENT DES DENTS : PROTHESES et IMPLANTS

Comme nous l'avons déjà vu, notre objectif est de maintenir (v. *article suivant : prophylaxie*), ou retrouver l'équilibre et la santé de la bouche, et au-delà de tout l'organisme (v. *article précédent : occlusion et posture*).

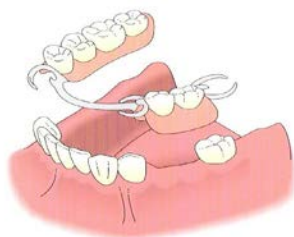
Lorsqu'une ou plusieurs dents sont manquantes (génétique, traumatisme, négligence, traitement insuffisant...), et non remplacées, une série de problèmes peut survenir :

- des troubles articulaires (troubles de l'occlusion)
- des difficultés pour mastiquer, déglutir, parler...
- une gêne esthétique (communication), voire une déformation du visage
- une perte de volume de l'os alvéolaire
- des migrations des dents adjacentes et antagonistes, avec perte des contacts interdentaires entraînant des bourrages alimentaires qui peuvent provoquer des irritations gingivales (*en violet*) et des caries (*points rouges*).

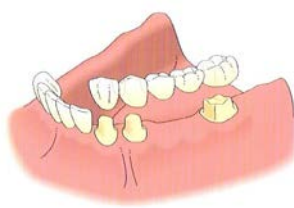


#### Conséquences de l'absence d'une dent :

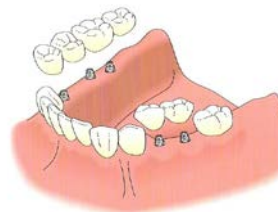
Il est donc essentiel de les remplacer, selon différentes techniques de prothèse (*pièce ou appareil remplaçant un organe et/ou rétablissant une fonction*) qui, suivant sa conception, va être amovible, fixée (sur les dents restantes) ou fixée sur un ou des implants (racines artificielles) :



**Appareil amovible**



**Bridge scellé**



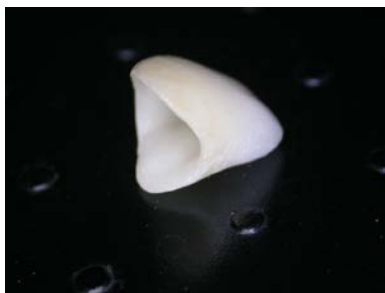
**Couronnes et bridge sur implants**

#### 1. PROTHESE FIXE : Coiffe (couronne) et Bridge

Lorsqu'une dent est très délabrée ou dévitalisée, il est nécessaire de la renforcer et de la recouvrir par une coiffe ou couronne qui peut être en métal, céramo-métallique ou tout céramique :



**Dent préparée**



**Coiffe céramique**



**Céramique en place**

Si la dent est dévitalisée, le renfort inséré dans les canaux radiculaires peut être :

- un tenon en fibre de verre entouré de composite et collé avec un ciment résine [*acide + base => sel (ciment) + eau*] ;
- un « inlay-core » ou faux-moignon fabriqué au laboratoire en métal ou céramique .

La partie coronaire est alors réduite ; une empreinte est transmise au laboratoire de prothèse, une dent provisoire est réalisée pour protéger la préparation jusqu'à la mise en place de la couronne définitive.

*(Pour le choix des matériaux, respecter les précautions décrites dans l'article 1, sur lesquelles nous reviendrons dans l'article 7).*

**BRIDGE** (= « pont ») : lorsqu'une ou plusieurs dents manquent, et à condition d'avoir des dents restantes valides de part et d'autre, des couronnes sont réalisées sur ces dents (piliers) et les dents remplacées seront fixées en « pontique » (ou « inter »). Le nombre de dents piliers dépend de la solidité de ces dernières et du nombre de dents à remplacer. C'est une solution confortable, conseillée si les dents utilisées comme piliers sont déjà traitées, abîmées ou disgracieuses. En revanche, quand elles sont indemnes, on préférera si possible une solution implantaire. On peut dans certains cas réaliser des bridges collés avec des inlays (v. article n°1).



**Préparations**



**Bridge en place**



**Appareil complet**

## **2. PROTHESE AMOVIBLE :**

Les espaces édentés sont comblés par des dents en résine incluses dans une résine rose (fausse gencive) solidaire d'une armature qui est elle-même en résine ou en métal (plus résistant donc plus fin). Cet appareil repose sur les muqueuses et peut remplacer toutes les

dents ou être maintenu par des crochets en métal ou en vinyle ou des attachements (plus esthétiques) sur les éventuelles dents restantes.

**Inconvénients des prothèses amovibles :** ces appareils apportent un confort et une tenue relatifs, aggravent la résorption de l'os consécutive à la perte des dents, fragilisent les dents sur lesquelles ils s'accrochent.

Avec le développement de l'implantologie, les indications se raréfient.

### 3. PROTHESE SUR IMPLANTS :

Les implants sont des racines artificielles en titane ou en céramique zircone, sur lesquelles on peut fixer des coiffes, des bridges ou des appareils.

Il y a plus de 40 ans, *P.I. Bränemark* découvrait l'ostéo-intégration (capacité de l'os de s'accrocher sur le titane). Depuis, de nombreux progrès ont été réalisés et permettent de fixer de façon fiable et esthétique des dents prothétiques sur ces racines.

Il existe de nombreuses formes (et marques) d'implants, qui apportent des solutions dans des situations parfois difficiles, allant de la perte d'une dent au remplacement de toutes les dents.

Pour pouvoir poser des implants dans de bonnes conditions, il est nécessaire d'avoir un volume osseux suffisant et, à défaut, de prévoir une augmentation de ce volume (greffe osseuse). Une radiographie panoramique permet d'évaluer la quantité d'os disponible et, pour effectuer des mesures précises, il est impératif de disposer d'un scanner, réalisé de préférence avec un guide radiologique/chirurgical pour un meilleur positionnement des implants. (Il existe des appareils à faible dose de rayons-X donnant des images satisfaisantes).

Dans certains cas, il est possible de simplifier la mise en place des implants grâce à des technologies informatisées (guides, robot).

Une période de cicatrisation de 2 à 6 mois suit la pose des implants, puis des piliers sont fixés sur les implants (sauf pour certains implants solidaires du pilier), et enfin les dents prothétiques sont réalisées et fixées un peu comme sur des racines naturelles.

Les délais de cicatrisation ont été raccourcis, et il est même quelquefois possible de réaliser des prothèses provisoires fixées immédiatement sur les implants après la pose. Dans certaines conditions, on peut également envisager des extractions et implantations dans la même séance.

#### **Avantages apportés par les implants :**

- ils sont comparables à des racines (mais sans ligament alvéolo-dentaire) ;
- technique qui évite de mutiler (ou de s'accrocher sur) les dents restantes ;
- pour le remplacement de toutes les dents, ils permettent de retrouver une fonction, un meilleur confort et la confiance en soi... ;
- ils maintiennent le volume osseux et la force des muscles masticateurs.



**Implants en place**



**Céramiques sur implants**

# SANTÉ DE LA BOUCHE ET DES DENTS

Docteur Gilles PETIT

Généralités (article paru dans la revue n° 259-260, encore disponible)

1/ Traitement des caries (obturations - « amalgame »)

2/ Soins des gencives (parodontologie)

3/ Occlusion et Posture

4/ Remplacement des dents (prothèse)

5/ Remplacement des dents (implant)

6/ Prophylaxie (sucre - « fluor »...)

7/ « Energétique »

8/ Esthétique

## 1/ TRAITEMENT DES CARIES

Nous avons évoqué dans le numéro précédent les différentes pathologies rencontrées dans la bouche. Nous allons nous intéresser dans celui-ci à la carie : lorsque la prévention n'a pas permis d'éviter des atteintes de l'émail ou de la dentine (ivoire), atteintes possibles même sur des dents traitées (révitalisées) ou dévitalisées, que faire ?

**1. Un bilan prophylactique** qui vise à corriger les conditions défavorables qui ont conduit à la destruction des tissus durs des dents.

**Rappel :** la carie (cavitation) est due à une déminéralisation des tissus dentaires provoquée par les déchets acides rejetés par les bactéries présentes dans la bouche lorsqu'elles métabolisent les aliments sucrés.

Il est indispensable d'avoir une alimentation équilibrée, d'éviter les sucres raffinés et surtout le grignotage entre les repas (boissons sucrées, bonbons...) qui maintient un taux d'acidité permanent dans la cavité buccale. En effet, après les repas, la salive ramène progressivement le pH (acidité) vers la neutralité, et apporte des minéraux qui vont minéraliser les surfaces dentaires. En cas de grignotage, il y a déminéralisation et pas de reminéralisation. Se brosser les dents après les repas permet d'éliminer les débris alimentaires et une partie des bactéries (on appelle ces dépôts : la plaque dentaire).

## 2. Soigner les dents malades.

Il est toujours préférable de consulter un dentiste le plus tôt possible

même en l'absence de douleur (et mieux pour un contrôle, même si tout va bien); il fera un bilan (tests, radiographies...) et nettoiera les cavités éventuelles.

Suivant le terrain, l'ancienneté des lésions, la profondeur de la carie va varier, et il existe plusieurs stades accompagnés de symptômes différents (Fig. 1 et 2):

stade 1 : atteinte de l'émail, pas de douleur

stade 2 : atteinte de la dentine, douleurs variables

stade 3 : atteinte de la cavité pulpaire (le nerf), très douloureux (« la rage de dent ») et qui nécessite l'éviction du nerf (dévitalisation)

stade 4 : les germes pénètrent la racine et peuvent envahir l'os, entraînant un abcès

Les zones abîmées peuvent également varier suivant l'anatomie (position des dents), les soins antérieurement réalisés, les habitudes de mastication...

### Quels matériaux utiliser ?

Il faut évidemment obturer la (les) cavité. On peut utiliser des ciments de protection (contenant du calcium, des huiles essentielles...), qui devront être recouverts d'un matériau solide (la force appliquée sur une molaire lors de la mastication peut dépasser le poids du corps !) et hermétique qui va reconstituer l'anatomie de la dent abîmée (par la carie elle-même ou la cavité d'accès lorsque la carie est située entre 2 dents).

De très nombreux produits existent sur le marché. On distingue principalement l'amalgame, les ciments, les composites, les métaux (ou alliages), et la céramique.

a/ Amalgame : tout a été dit sur cet alliage à froid entre le mercure et l'argent (auxquels peuvent être rajoutées des traces d'autres métaux : étain, cuivre...).

Les autorités sanitaires recommandent toujours ce produit toxique, probablement pour des raisons économiques, en mettant en avant la tenue dans le temps et la simplicité d'emploi de ce matériau (ce qui est vrai), et le manque de preuves scientifiques de sa nocivité, admettant toutefois qu'il est préférable de ne pas l'utiliser chez la femme enceinte !

Il est interdit à un chirurgien

dentiste de remplacer un amalgame sauf si l'obturation est défectueuse (raison technique) ! Si la dépose de l'amalgame est décidée pour des raisons médicales, le diagnostic doit être établi par un ...médecin !

En revanche, il y a une obligation légale d'utiliser sur les équipements dentaires des séparateurs d'amalgame qui récupèrent les déchets d'amalgames meulés lors des travaux buccodentaires pour ne pas les rejeter avec les eaux usées ; de très lourdes peines sanctionnent le non respect de cette obligation.

Il est quand même étonnant de constater qu'il est recommandé d'utiliser un matériau en bouche, alors qu'il est interdit de le jeter à l'égout.

Une règle importante est de ne pas mélanger les métaux (ou alliages) dans la bouche pour éviter l'électrolyse (corrosion). Si d'autres travaux existent déjà ou doivent être réalisés en utilisant du métal (or, titane...), il y a donc une indication technique de remplacer les obturations en amalgame.

Le risque d'absorption étant plus élevé lors de la pose et de la dépose, il convient de prendre des précautions (aspiration, aération...) et de prévoir un traitement de chélation (chlorure, vitamine C...).

Plusieurs alternatives existent et permettent d'éviter l'usage de l'amalgame ou de remplacer, les anciennes obturations à condition de respecter les indications des différents produits.

**b/ Ciments** (ciment pierre, verre ionomer...) : ils sont intéressants, économiques, mais ont de faibles qualités mécaniques et esthétiques.

**c/ Composites** : il s'agit de résine chargée de petites billes de céramique. La résistance mécanique a été grandement améliorée, ils sont esthétiques et conviennent très bien pour des dents antérieures ou de cavités petites ou moyennes sur les dents postérieures. Leurs principaux inconvénients sont une rétraction lors de la polymérisation (réalisée en général à l'aide d'une lumière ultra-violet) et une certaine difficulté à réaliser des points de contacts corrects lorsque la carie est située entre 2 dents.

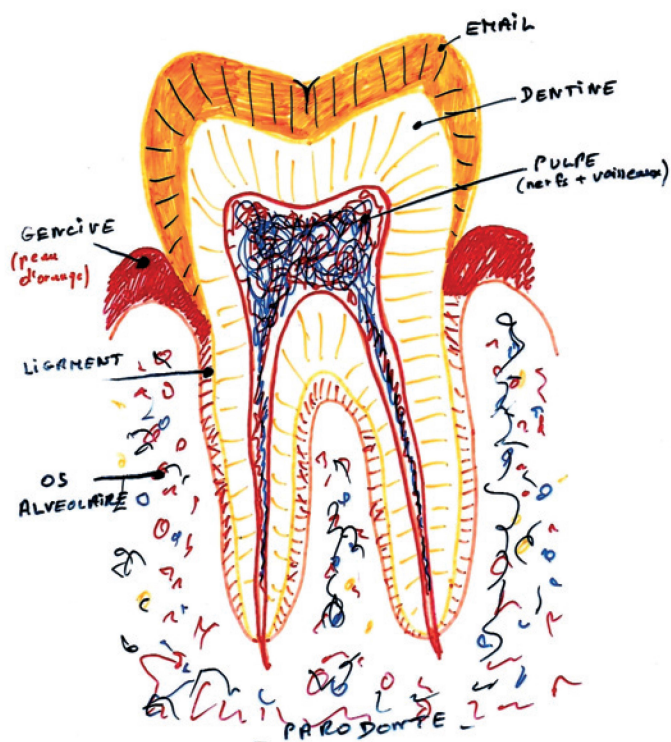


Fig. 1

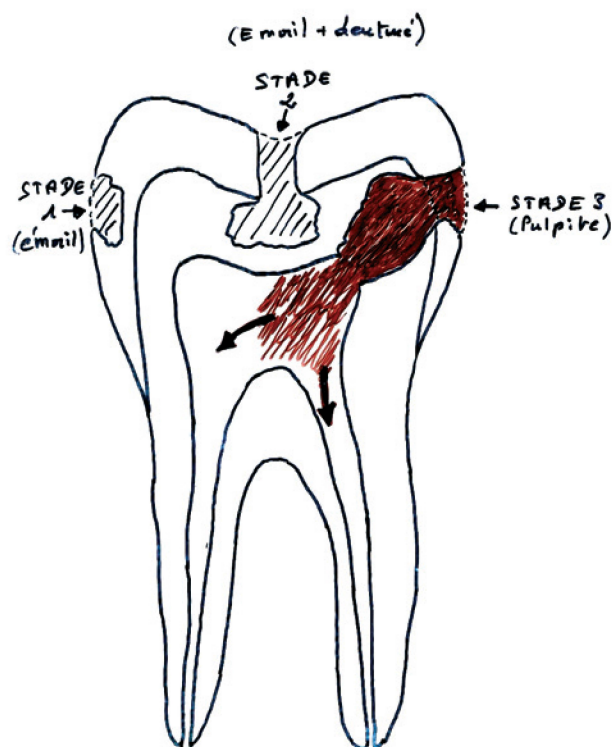


Fig. 2

d/ Inlay (« poser dedans ») – Onlay (« poser dessus ») : lorsque la cavité de carie est plus volumineuse, elle est nettoyée et préparée, une empreinte est prise permettant de fabriquer une incrustation qui sera ensuite insérée dans la cavité (inlay) et pourra éventuellement recouvrir les parties fragiles (onlay). Cette incrustation peut être fabriquée par une machine ou un labo-

ratoire de prothèse et être en alliage précieux (elle sera alors scellée), ou en céramique (et elle sera collée) qui présente des avantages esthétiques évidents mais des contre indications (cavités sous gingivales par exemple) – (photos ci-dessous : remplacement d'anciennes obturations en amalgame par des inlay-onlay en or et en céramique)



Si le nerf a été atteint, il est nécessaire de traiter le canal et de réaliser une coiffe ou couronne (voir prochain article).

Tous les matériaux ont une toxicité potentielle et peuvent être testés avant leur utilisation.

**Garder à l'esprit que le matériau idéal, c'est la dent et que la meilleure démarche, c'est la prévention.**

(à suivre)

**Dr Gille Petit**, Chirurgien-Dentiste