

C'est tout comme dans la vie réelle : où le succès est une question de mordant !

Un témoignage d'utilisation sur l'enregistrement rapide et précis de l'occlusion en utilisant Luxabite par Madame Sandra Chmieleck, praticienne dentiste.

Introduction

La détermination des rapports maxillaires intrabuccaux est un facteur décisif pour le succès d'un traitement prothétique. Tous les autres travaux préparatoires peuvent s'avérer entièrement inutiles à la suite d'un manque de précision et de l'acceptation non critique d'erreurs reconnues.

Pour la détermination tridimensionnelle des rapports intermaxillaires, nous nécessitons un enregistrement de la relation centrée qui sera exactement pris chez le patient, sans effet de bascule, et pourra ensuite être transféré sur les modèles en plâtre.

Les praticiens dentaires se voient toujours confronté à des bridges ou des couronnes « trop hauts » devant être repassés ou meulés extrêmement longtemps, ce qui remet en question la stabilité, le fonctionnement correct et parfois même l'esthétique.

Des cas ont même été rapportés où une détermination incorrecte des rapports maxillaires intrabuccaux a entraîné un syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM).

Des erreurs relatives à la relation des rapports ont une influence sur la structure régulatrice connue : les conséquences en étant des réactions pathologiques de tous les tissus du complexe orofacial. Les raisons pour lesquelles des erreurs relatives à la relation des rapports n'ont pas de conséquences pathologiques immédiates, tient à la grande capacité d'adaptation primaire qui caractérise les structures du complexe orofacial.

La question s'il faut procéder à une détermination des rapports maxillaires intrabuccaux n'est pas pour cela écartée - cette détermination est indispensable à toute mesure de réhabilitation orale.

Nous n'approuvons pas la recommandation très courante qui consiste à utiliser des enregistrements d'occlusion en cire sous forme des dits « mordants », également dans les cas où les modèles se laissent exactement fixer après leur préparation. Même si le matériau est traité avec les plus grandes précautions, il n'est pas toujours possible d'éviter des déformations de l'enregistrement d'occlusion en cire lors de son retrait de la cavité buccale ou lors de la remise en position sur les modèles. Les mêmes considérations s'appliquent également aux empreintes de type « mordus » toujours et toujours recommandées, mais qui se traduisent par des modifications importantes au niveau des relations physiologiques.

Ces observations se rapportent aux cas où la position du maxillaire est cliniquement déterminée par les dents naturelles. En présence d'une occlusion habituelle d'intercuspidie sans interférences et de contacts exempts de troubles en médiotrusion, en latérotusion, en protrusion et en rétrusion, nous pouvons alors parler d'une occlusion équilibrée. S'il est en outre possible d'exclure cliniquement un syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM), une détermination des rapports maxillaires intrabuccaux posera alors relativement peu de problèmes.

Au niveau vertical, les rapports maxillaires intrabuccaux doivent s'adapter au tonus de repos des muscles masticateurs en assurant ainsi un espace interocclusal suffisamment large. Au niveau horizontal, les rapports maxillaires intrabuccaux enregistrés devront garantir que les condyles se trouvent dans une position physiologique, la position condylienne en relation centrée. La détermination des rapports maxillaires intrabuccaux ne permet d'obtenir des rapports positionnels corrects que si aucune modification de la position du disque articulaire n'a été enregistrée. Dans de tels cas, il faut d'abord attendre les résultats d'une remise en position.

C'est dans la position avec guidage dentaire que nous disposons du maximum de contacts multipoints dentaires (position d'occlusion en intercuspidie). C'est la position la plus facile à reproduire systématiquement ; la position condylienne étant déterminée par le guidage dentaire. L'enregistrement actif de la position du maxillaire inférieur est déterminé par le mouvement de fermeture du maxillaire inférieur, librement exercé par le patient. Dans ce cas, l'enregistrement de la relation intermaxillaire se fera sans intervention manuelle du clinicien dentaire et sans aides occlusales pour le guidage mécanique du maxillaire inférieur.

La programmation neuromusculaire des mouvements ainsi que des dysfonctionnements musculaires empêchent souvent de localiser naturellement la position condylienne en relation centrée. Dans le cabinet dentaire, l'expérience a prouvé qu'il était préférable de demander au patient - avant de procéder à l'enregistrement proprement dit des rapports intermaxillaires - de mordre légèrement quelques minutes deux rouleaux humides de coton salivaire, placés au niveau des prémolaires. Ce qui entraîne une déprogrammation neuromusculaire. Les « capacités de mémoire » de la musculature lui permettant de se rappeler d'anciens modèles de mouvement commencent à s'estomper, ce qui facilite donc un meilleur « centrage » des articulations temporo-mandibulaires.



Application de LuxaBite



Prise d'enregistrement de l'occlusio

Matériaux

Lors de la détermination des rapports maxillaires intrabuccaux, LuxaBite oppose une résistance à peine perceptible au resserrement des mâchoires du patient ; ce qui garantit un enregistrement fiable de l'occlusion dentaire et un enregistrement des reliefs, fidèle au détail près. Le goût et l'odeur neutres sont un autre point de plus pour le confort du patient.

L'application conviviale de la cartouche automélangeuse de sécurité est vraiment très simple et garantit une qualité rapide et constante de mélange en seulement une étape de traitement. Le dosage et le mélange de LuxaBite se font automatiquement en pressant les deux composants à travers la canule mélangeuse de la cartouche double. Le matériau d'enregistrement pourra être directement appliqué sur les dents en utilisant les embouts automélangeurs faisant partie du système. Qui a déjà fait ses preuves pour d'autres produits de la société DMG (Hambourg) et est connu et apprécié.

LuxaBite est un matériau d'enregistrement à base de diacrylate ; qui se signale par ses propriétés mécaniques améliorées par rapport aux matériaux habituels à base de silicone. La très haute dureté finale (dureté Barcol 25 ; dureté Shore D = 69) sera déjà atteinte au bout d'une heure après l'enregistrement de l'occlusion. Cette dureté rend le matériau fraisable et résistant à la rupture. Il pourra alors être réduit jusqu'au niveau occlusal en utilisant une fraise ; il faudra également veiller à éliminer des excès latéraux peut-être encore présents sur la restauration dentaire, ce qui permettra d'éviter toute erreur de positionnement sur le modèle de travail et celui de la mâchoire opposée Une remise en position pourra donc être atteinte sans aucun ressort. Le contraste (coloration d'un bleu intense) permet de contrôler fidèlement la remise en position correcte des modèles.

Parmi les autres avantages offerts par ce matériau, citons sa grande stabilité dimensionnelle, ce qui l'empêche de couler dans les espaces interdentaires et prévient toute imprécision résultant d'un effet de bascule.

LuxaBite conserve sa stabilité dimensionnelle même après la désinfection. Il est possible d'utiliser toute solution de décontamination standard. Le fabricant recommande toutefois d'utiliser un produit de décontamination contenant de l'alcool, car ce produit permet d'éliminer la couche inhibant la formation de l'oxygène.

Exemple de cas clinique

Il s'agissait d'un patient âgé de 30 ans chez qui la dent 46 présentait une obturation (occluso-distale) en amalgames insuffisante ; la cavité de cette obturation était large et il s'y trouvait des caries secondaires sondables ainsi qu'une obturation séparée en amalgames au niveau vestibulaire. Après excavation des caries, la dent fut entre-temps traitée par un scellement de reconstruction. Après contrôle radiographique et information extensive du patient, ce dernier se décida pour une restauration définitive au moyen d'une couronne « jacket ».

Comme dans le cas présent, la position des maxillaires l'un par rapport à l'autre était déterminée par les dents naturelles, nous pouvions travailler avec un guidage dentaire permettant de déterminer les rapports maxillaires intrabuccaux.

La préparation et la prise d'empreinte des deux maxillaires une fois réalisées, nous avons demandé au patient de mordre sur deux rouleaux humides de coton salivaire, ce qui favorise la détente de la musculature maxillaire. Une déprogrammation neuromusculaire est alors atteinte, ce qui permet de localiser naturellement la position condylienne en relation centrée.

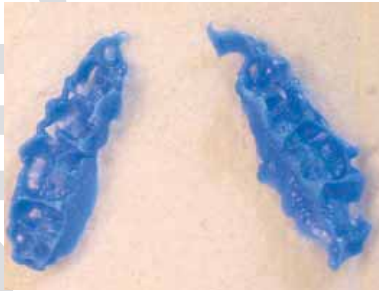
Les reconstructions existantes en plastique ont été isolées à l'aide de vaseline et les dents séchées à l'air chaud. Entre-temps, l'assistance aura préparé le système de cartouches automélangeuses. Les premiers 5 mm sortant de la canule de mélange seront éliminés, la garantie d'un mélange homogène de la base et du catalyseur.

LuxaBite sera alors appliqué sur les dents, en commençant sur le moignon dentaire préparé, puis en continuant sur la denture opposée. La longueur du matériau sortant devrait être de 3 à 4 cm ; il sera appliqué sur toutes les dents latérales.

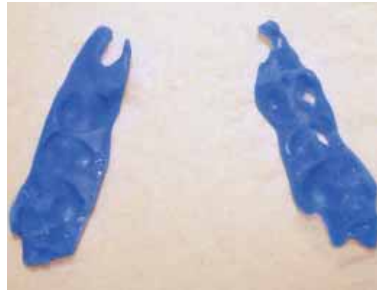
Il sera alors demandé au patient de mordre dessus quelques secondes ; entre-temps, un peu de matériau sera en outre appliqué sous les cuspidés vestibulaires des dents supérieures. Ce qui assurera un enregistrement complet des surfaces occlusales. Au bout d'une durée de durcissement de 45 à 60 secondes, il sera demandé au patient d'ouvrir brièvement la bouche et de la refermer. Ce qui facilitera le retrait ultérieur de la plaque d'enregistrement d'occlusion.

Au bout d'encre 90 secondes, le durcissement de LuxaBite sera entièrement achevé, il pourra alors être retiré manuellement (avec des mains gantées) ou à l'aide d'un instrument approprié, la spatule à bouche Heidemann, par exemple. Cette étape du traitement se termine par la désinfection.

La plaque d'enregistrement d'occlusion LuxaBite pourra alors meulée, afin d'éviter toute erreur de positionnement sur le modèle



Plaque d'enregistrement d'occlusion non traitée



Plaque d'enregistrement d'occlusion traitée

en plâtre. Tous les excès latéraux furent éliminés à l'aide d'une fraise plastique ; et la plaque d'enregistrement d'occlusion ensuite réduite aux surfaces occlusales de contact.

Le modèle de travail et celui de la mâchoire opposée pourront alors être assemblés et articulés à l'aide de la plaque d'enregistrement d'occlusion. Il sera facile de vérifier la position correcte des modèles après les avoir articulés.

Entre-temps, le laboratoire dentaire se chargera de réaliser le travail prothétique qui sera ultérieurement mis en place au cabinet dentaire.

LuxaBite est un matériau convivial et confortable pour le patient qui se laisse parfaitement intégrer au déroulement du traitement en raison de son maniement simple. Faites-en vous-même l'expérience !

Mieux vaut voir par soi-même qu'entendre 1 000 nouvelles. (Dicton japonais)

Adresse postale

Madame Sandra Chmieleck, praticienne dentiste
Unterer Weinbergweg 32
D-91154 Roth

Septembre 2003