

# La démarche thérapeutique dans les traitements esthétiques

Harmonie du sourire : rapport de cas d'une approche minimalement invasive.

## RÉSUMÉ

Cet article propose de discuter la démarche thérapeutique des traitements esthétiques au travers d'une situation clinique. Les traitements esthétiques peuvent parfois sembler complexes. Les doléances de nos patients comportent une part de subjectivité qui fait appel à l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. La satisfaction de toutes les attentes du patient nécessite une approche rigoureuse et une démarche clinique similaire à celles mises en œuvre dans la résolution des pathologies infectieuses, inflammatoires ou autres. Il existe souvent plusieurs traitements possibles pour aboutir à un résultat optimal. Le choix doit se faire en pleine conscience tout en étant guidé par un objectif désormais incontournable : la préservation tissulaire maximale [1].

**U**n patient de 21 ans se présente en consultation avec une demande esthétique. Il est gêné par la forme de ses canines et la dégradation de restaurations sur 11 et 21 (Fig.1). L'initiation et la conduite de traitements esthétiques peuvent sembler complexes et le praticien peut parfois être dérouté. D'une part ces traitements incluent une part de subjectivité : ils renvoient à l'image de soi du patient qui peut être dans certains cas altérée. Les standards culturels ou générationnels du patient peuvent différer de ceux du praticien. D'autre part les langages, la sémantique et les objectifs du patient et du praticien sont souvent différents. Le motif de consultation est souvent résumé par le patient à la dysharmonie qui l'interpelle le plus, mais il lui est parfois

**La démarche diagnostique débute par la collecte d'informations objectives.**

difficile de formuler et d'énoncer la liste exhaustive des éléments qu'il souhaite voir modifier pour améliorer l'esthétique de son sourire. C'est au clinicien de l'accompagner vers le traitement le plus adapté qui répondra à l'ensemble de ses demandes : explicites et implicites. Le recours à une démarche scientifique rigoureuse est alors indispensable. La démarche diagnostique débute par la collecte d'informations objectives au cours de l'examen clinique, puis la réalisation d'examen complémentaires (radiographies, photographies, empreintes d'étude...). Enfin la reformulation des objectifs thérapeutiques au patient dans un langage clair et l'élaboration d'un plan de traitement chronologique et séquencé permettent de surmonter aisément les difficultés évoquées précédemment.

## Examen clinique

Le motif de consultation formulé par le patient ici est double : la forme de ses canines maxillaires ne lui plaît pas et il est gêné par la perte et la dégradation de restaurations sur 11 et 21. L'examen clinique est complété

## AUTEUR

### Dr Marin POMPERSKI

- Chirurgien-dentiste diplômé de la faculté de Paris V
- Pratique libérale, Paris
- Correspondance : Marin Pomperski  
45 rue de Courcelles 75008 Paris
- <https://education.drmarinpomperski.com/>
- [drpomperski@gmail.com](mailto:drpomperski@gmail.com)



par une radiographie panoramique, la prise de clichés photographiques intra-oraux et du visage (Fig.2 à 4) ainsi que la réalisation de moulages d'étude. Une fois ces examens analysés, ils sont présentés au patient : les photographies affichées sur un écran et les moulages d'études manipulables. La synthèse de l'analyse esthétique est discutée. Le praticien présente les éléments objectivés et les solutions techniques possibles.

### La synthèse de l'analyse esthétique est discutée.

## Objectifs thérapeutiques

Les outils numériques aujourd'hui disponibles sont très nombreux et permettent d'améliorer les résultats esthétiques [2]. Ils offrent des niveaux de précision différents. Le praticien pourra choisir en fonction de ses compétences informatiques et du niveau d'exigence nécessaire pour chaque cas clinique. L'analyse esthétique de ces données et leur traitement digital ici à l'aide du logiciel en ligne Smilecloud (Fig.5) ont mis en évidence et objectivé les éléments qui permettent d'améliorer l'harmonie du sourire pour correspondre et se diriger vers des critères esthétiques de référence [3]. Sur la base de cette analyse, la discussion permet alors au praticien de dresser la liste des éléments que le patient souhaite voir modifiés :

- les malpositions dentaires limitées aux secteurs antérieurs maxillaires et mandibulaires,
- la discontinuité de la ligne incisive liée aux rotations,
- les proportions altérées des incisives centrales maxillaires suite à un antécédent de fracture traumatique de ces deux dents il y a 8 ans. Les tentatives de



Fig.1 : Le patient consulte pour une demande esthétique : il est gêné par la forme de ses canines et par les différences de couleurs dentaires.



Fig.2 : Photographies de portrait de face et profil. Ces clichés simples sont des examens complémentaires indispensables au diagnostic orthodontique et esthétique.



Fig.3 : Vue intra-buccale de face.



Fig.4 : Radiographie panoramique initiale.

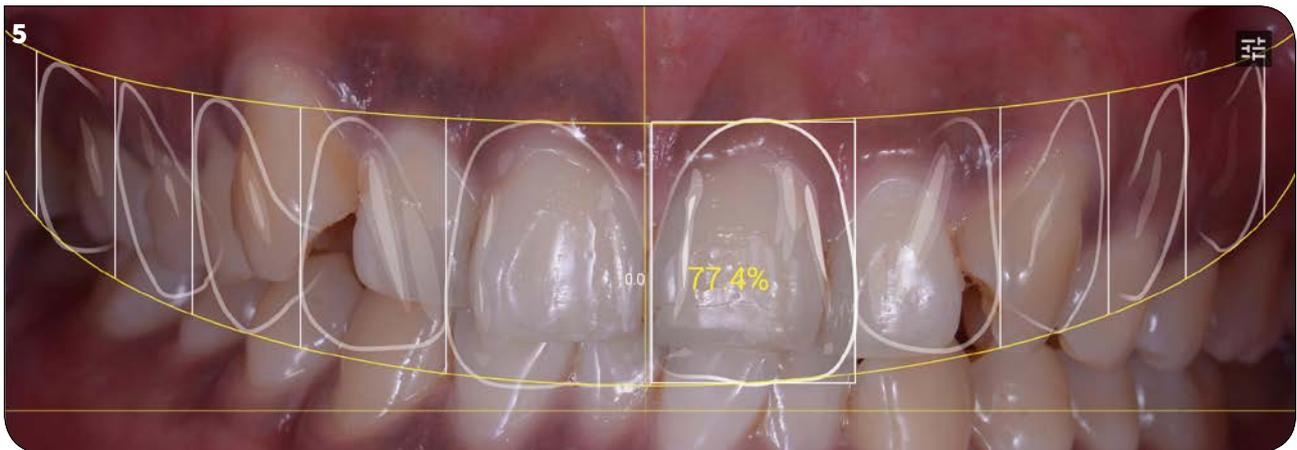


Fig.5 : Extrait de l'analyse esthétique virtuelle initiale à l'aide du logiciel en ligne Smilecloud. Le tracé des lignes de références couplé à l'intelligence artificielle permet un diagnostic esthétique précis.

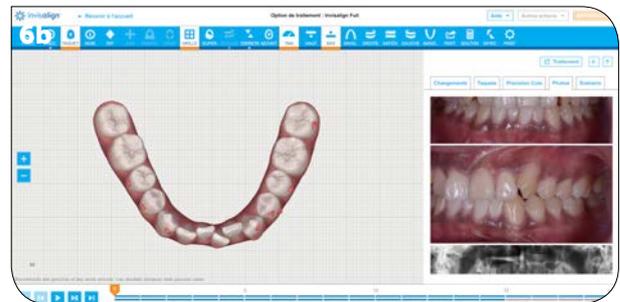
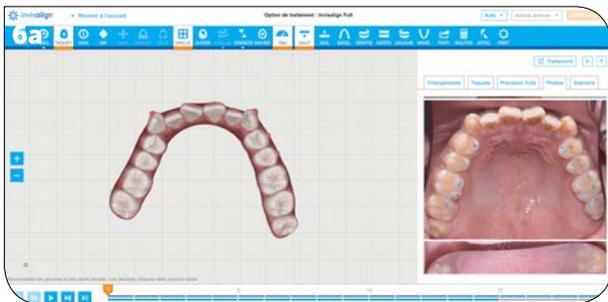


Fig.6a et b : Planification virtuelle du traitement orthodontique par aligneurs. Chaque trait bleu correspond à un nouvel aligneur. Fig.6a : Ici 19 gouttières maxillaires sont prévues et 15 à la mandibule. Fig.6b : Les taquets (plots de composites) permettant le contrôle des mouvements apparaissent en rouge.

restaurations par du composite se sont soldées par des fractures de restaurations et des décollements en rapport avec un recouvrement augmenté et un faible surplomb,

- une saturation importante de la couleur des canines entraînant un effet de dyschromie.

**La démarche thérapeutique permet de répondre pleinement aux attentes du patient.**

**Plan de traitement**

On s'aperçoit alors que les doléances du patient sont plus nombreuses qu'initialement évoquées dans le motif de consultation, mais la démarche thérapeutique permet de répondre pleinement aux attentes du patient et de proposer un traitement adapté. Ici le plan de traitement choisi a été le suivant :

- un temps orthodontique avec entre autres objectifs

l'alignement des arcades maxillaire et mandibulaire, la fermeture des embrasures incisales et le positionnement des canines maxillaires,

- un éclaircissement ambulatoire au peroxyde de carbamide à 10 % pour augmenter la luminosité des dents et diminuer le contraste des canines plus saturées,
- un temps restaurateur avec la réalisation de composites stratifiés sur 11 et 21.

**1 - Temps orthodontique**

Après discussion des différentes techniques disponibles, il a été choisi de mettre en œuvre un traitement orthodontique par aligneurs Invisalign. Ils sont une alternative viable aux systèmes conventionnels et présentent de nombreux avantages dans les corrections des malocclusions légères à modérées [4]. Le Clin Check (set-up virtuel) obtenu à l'aide d'une empreinte physique ou virtuelle et des consignes du praticien permettent non seulement une prévisualisation du résultat mais

également d'estimer le temps de traitement avant de débuter (Fig.6a et 6b). Il était prévu ici un total de 19 gouttières au maxillaire et 15 à la mandibule correspondant à environ 10 mois de traitement. Huit gouttières supplémentaires dites de « finition » (2 mois de traitement) ont été nécessaires pour obtenir un alignement optimal.

Le traitement orthodontique va répondre à de nombreux objectifs de traitement ici avec un coût tissulaire nul. Il s'inscrit donc dans une prise en charge ultra-conservatrice. La forme des canines évoquée par le patient n'est en réalité pas la cause de la dysharmonie. C'est leur positionnement et leur rotation qui génèrent une ouverture des embrasures incisales. Le contrôle et la modification du surplomb et du recouvrement vont permettre de réaliser secondairement des restaurations collées dans un schéma occlusal favorable (Fig.7).

**Il a été choisi de mettre en œuvre un traitement orthodontique.**

La rotation de 23 n'a pas été totalement compensée car elle aurait nécessité un *stripping* (meulage sélectif d'émail inter-proximal) que nous avons choisi d'éviter par souci d'économie tissulaire (Fig.8).

Le traitement d'alignement peut être sujet à récurrence. Ainsi une contention mandibulaire par fil collé a été placée à distance du parodonte (Fig.9). L'occlusion en fin de traitement n'étant pas favorable à la mise en place d'une contention fixe au maxillaire, une gouttière rigide à port nocturne a été réalisée en fin de traitement (après montage des composites).

## 2 - Temps de l'éclaircissement

Un éclaircissement ambulatoire au peroxyde de carbamide à 10 % (Pola Night, SDI) a été mis en place. Les aligneurs orthodontiques ont servi de gouttières et le gel a été déposé à l'intérieur (Fig.10). Le traitement d'éclaircissement a donc été couplé au traitement orthodontique [5].

La période d'éclaircissement s'est déroulée en deux temps. Tout d'abord il a été demandé au patient de déposer le gel sur l'ensemble des arcades.



Fig.7 : L'analyse des moules et des contacts occlusaux révèle une prématurité occlusale entre 21 et 31. L'occlusion est probablement un facteur majeur des échecs restaurateurs précédents sur 11 et 21.



Fig.8 : Vue maxillaire. Un alignement intra-arcade est achevé à l'issue de 10 mois de traitements. Les taquets (plots de composites) vestibulaires permettent un contrôle optimal des mouvements de rotation et d'égression, ils seront retirés à l'issue du traitement.



Fig.9 : Vue mandibulaire. À l'issue du traitement orthodontique une contention mandibulaire passive et à distance du parodonte est réalisée afin d'éviter toute récurrence.



Fig.10 : Aligneurs orthodontiques. Ces gouttières peuvent également être utilisées pour réaliser un éclaircissement ambulatoire simultanément au traitement orthodontique.



Fig.11 : À l'issue du traitement orthodontique, le temps d'éclaircissement a également été réalisé. Les conditions sont désormais favorables pour restaurer 11 et 21.



Fig.12 : Wax-up de 11 et 21. L'occlusion et la position des bords libres sont réglées au laboratoire. Une clé de transfert en silicone facilite le montage des composites.



Fig.13 : La stratification des composites a lieu dans des conditions optimales : ici une digue partielle permet entre autres de limiter l'hygrométrie au moment de la procédure adhésive.

La bonne adaptation des aligneurs garantit la répartition homogène du produit sur la surface des dents. Puis dans un second temps le gel n'a été disposé que sur les canines afin de diminuer le contraste avec les autres dents. Il est recommandé de ne pas réaliser de restaurations collées immédiatement après l'éclaircissement pour plusieurs raisons. L'oxygène libéré par la dégradation du peroxyde de carbamide diminue temporairement les valeurs d'adhésion. La couleur des dents n'est pas toujours immédiatement stable après un éclaircissement. On observe parfois une légère récidive ou « rechute » dans les premiers jours qui suivent l'éclaircissement.

**Le plan de traitement ultra-conservateur proposé a été respecté.**



Fig.14 : Résultat esthétique satisfaisant. La stratification des composites à l'aide de masses présentant des propriétés optiques différentes permet un résultat biomimétique. Les masses dentine plus opaques sont disposées sur le corps de la dent. Les masses émail plus transparentes viennent compléter le bord incisif qui est plus translucide.



Fig.15a, b, c : Les trois étapes de ce plan de traitement ultra-conservateur sont résumées ici. Le traitement orthodontique (Fig.15a) a résolu la plupart des objectifs thérapeutiques, couplé à l'éclaircissement. Fig.15b, c : Les restaurations composites deviennent dès lors un moyen de sublimer l'harmonie du sourire.



Fig.16 : Contrôle à 6 mois. L'harmonie du sourire est rétablie, le patient satisfait.

Celui-ci a donc été initié trois mois avant la fin présumée du traitement orthodontique. À ce stade du plan de traitement la quasi-totalité des objectifs a été remplie (Fig.11) et les conditions de restauration de 11 et 21 sont optimales, tant sur le plan esthétique (positionnement idéal des milieux) que sur le plan fonctionnel (surplomb, recouvrement et guidages réglés).

### 3 - Temps restaurateur

Le faible volume des pertes de substances, l'âge du patient et la facilité de réintervention ont orienté le choix restaurateur vers la stratification de composites [6]. Par la suite ces restaurations peuvent être polies, modifiées ou renouvelées aisément. Si le niveau d'exigence du patient devient plus élevé, il sera toujours possible de réaliser des facettes en céramique avec l'inconvénient d'une consommation légèrement supplémentaire de tissus dentaires sains. C'est une évolutivité du traitement sur le long terme qu'il est important d'expliquer au patient au stade de la présentation du plan de traitement.

**Le traitement orthodontique a libéré l'espace nécessaire.**

À l'issue du traitement orthodontique, l'espace nécessaire a été libéré pour réaliser les restaurations dans un schéma occlusal favorable. Un nouveau jeu d'empreinte a permis de réaliser un *wax-up* des dents 11 et 21 (Fig.12). Le traitement orthodontique a libéré l'espace nécessaire. Les composites ont été stratifiés (Astéria A1B, OCE et WE, Tokuyama dental) à l'aide d'une clé palatine issue du *wax-up* pour faciliter le positionnement



Fig.17 : Contrôle à 6 mois. Tous les objectifs de traitement ont été remplis.

du bord libre et la gestion de l'occlusion (Fig.13). L'anatomie dominante des incisives centrales comme souhaitée par le patient a pu être restaurée (Fig.14 et 15a, b, c).

Le plan de traitement ultra-conservateur proposé a été respecté et offre un résultat esthétique satisfaisant tant pour le praticien que pour le patient (Fig.16 à 18). La stabilité du traitement est assurée par les contenctions fixe et amovible. Les possibilités d'évolution futures des restaurations dentaires (réfections de composites, ou céramique) ont été soumises au patient ce qui l'inscrit dans une relation de confiance.



Fig.18 : Contrôle à 6 mois. Une vue latérale permet de souligner les caractéristiques de surface et le respect de l'anatomie dentaire initiale du patient rendu possible par la stratification de composites.

## Conclusion

Les traitements esthétiques ne doivent pas déroger à une approche thérapeutique rigoureuse. Ici le respect de la démarche diagnostique a permis de répondre pleinement à la demande du patient.

L'analyse esthétique de l'ensemble des examens aboutit au choix d'un traitement minimalement invasif et le respect du plan de traitement établi conduit à un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant et durable. #

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Le gradient thérapeutique un concept médical pour les traitements esthétiques. Tirlet G, Attal J.P. L'Information Dentaire n° 41/42 - 25 novembre 2009.
- [2] Christian Coachman, Rade D Paravina Digitally Enhanced Esthetic Dentistry - From Treatment Planning to Quality Control. J Esthet Restor Dent. 2016 Mar;28 Suppl 1:S3-4.
- [3] M. Fradeani. Esthetic rehabilitation in fixed prosthodontics, Quintessence Publishing Co, Inc. Volume 1: Esthetic analysis.
- [4] Papadimitriou A, Mousoulea S, Gkantidis N, Kloukos D. Clinical effectiveness of Invisalign orthodontic treatment: a systematic review. Prog Orthod. 2018;19(1):37. Published 2018 Sep 28. doi:10.1186/s40510-018-0235-z.
- [5] Levrini L, Paracchini L, Bakaj R, Diaconu A, Cortese S. Dental bleaching during orthodontic treatment with aligners. Int J Esthet Dent. 2020;15(1):44-54.
- [4] Dietschi D, Shahidi C, Krejci I. Clinical performance of direct anterior composite restorations: a systematic literature review and critical appraisal. Int J Esthet Dent. 2019;14(3):252-270.