

Université Saleh Boubnider Constantine 3

Faculté De Médecine

Département De Médecine Dentaire



*Cours de prothèse
dentaire.
4eme année.*

Les bridges collés.

*Dr : A.LAICHE.
Maitre Assistante*

Année universitaire 2021-2022

Plan.

Introduction

- I. Définition.
- II. La stabilité et la rétention du bridge collé.
- III. Plan de traitement en prothèse collée :
 - III.1. Examen clinique.
 - III.2. Examen des modèles.
 - III.3. Les préparations dentaires.
 - III.4. Prise de l’empreinte.
 - III.5. Etapes de laboratoire.
 - III.6. Le collage.

Conclusion.

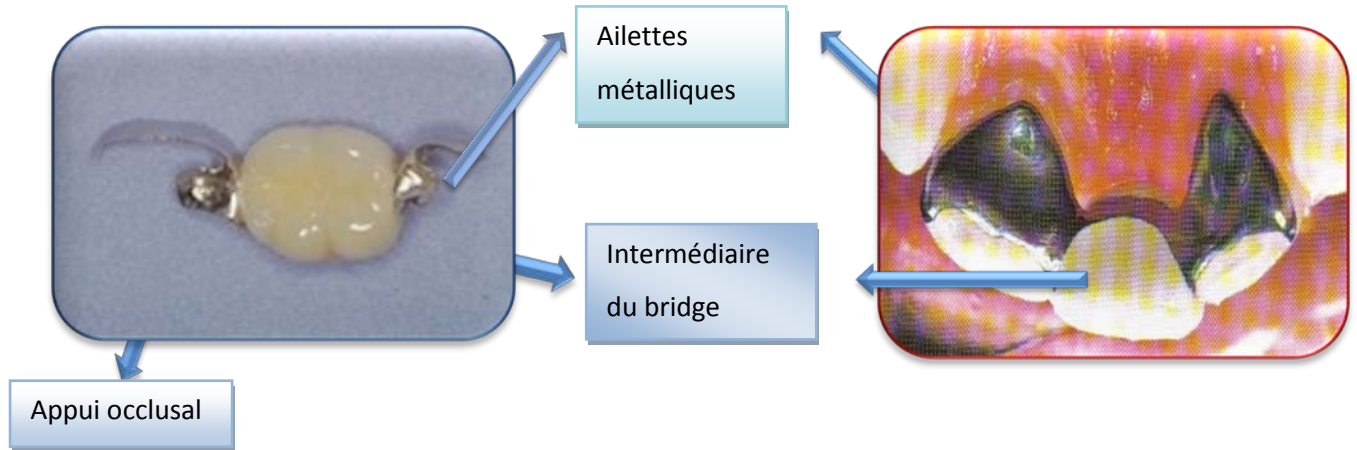
Bibliographie.

Introduction :

Devant un édentement limite –absence d’une dent – surtout au niveau du secteur antérieur, le praticien a le choix entre plusieurs options thérapeutiques notamment la technique beaucoup du bridge collé.

I. Définition :

Se définit comme étant « une pièce de prothèse fixée conservatrice, composée d’une structure métallique supportant un pontique et ancrée par l’intermédiaire d’une résine composite à l’émail mordancé des dents pilier » d’après HELIE et PREVOST.

**II. La stabilité et la rétention du bridge collé****II.1. La stabilisation verticale :**

- Elle est destinée à empêcher l’enfoncement de la restauration, on l’obtient :
- En préparant des logettes d’appui au niveau des fossettes proximales jouxtant l’édentation.
- En taillant des rainures à fond plat.
- En préparant des appuis cingulaires.
- En recouvrant une partie des faces occlusales si l’occlusion le permet.

II.2.La stabilisation horizontale :

- Il y a deux genres de stabilisation dans le plan horizontal :
- Celle de la dent par l’armature : elle est recherchée lorsque les dents présentent une mobilité.
- Celle de la restauration par les dents piliers : dans le cas d’un bridge collé.
- Ces deux genres de stabilisation sont obtenus grâce à la réalisation de rainures proximales.

II.3. La rétention du bridge collé :

- La rétention du bridge collé est assurée par le matériau de collage.
- Les liaisons covalentes formés confèrent une grande résistance aux colles.
- La résistance n’est jugée satisfaisante que si les forces d’adhérences sont supérieures aux contraintes.

III. Plan de traitement en prothèse collée :**III.1. Examen clinique :**

Un examen clinique rigoureux permet de poser l’indication de bridge collé ,il concernera :

- Un examen de la crête édentée : son étendue, sa résorption
- Un examen des dents piliers : présence ou pas de caries, l’état de leur parodonte, qualité de l’émail
- Au terme de cette étape des empreintes préliminaires sont prises

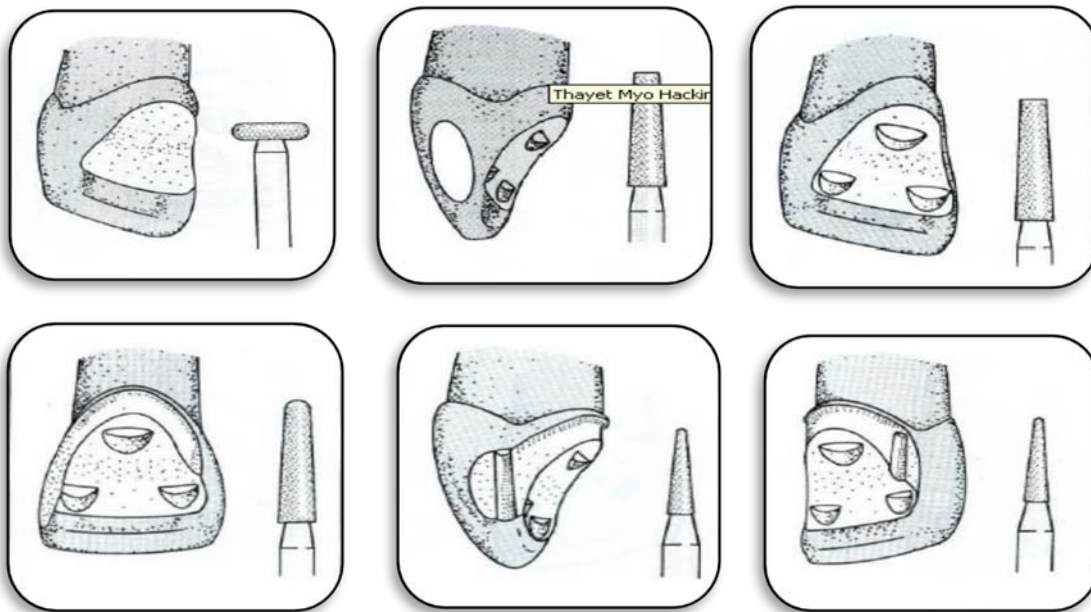
III.2. Examen des modèles :

- Sur articulateur semi-adaptable :cette étude permet de préciser les rapports des dents piliers avec leur antagonistes dans toutes les positions mandibulaires (ICM, RC, latéralité, propulsion)
- l’idéal serait une absence de contact avec les antagonistes ou à la limite des contacts non serrés au niveau du ¼ occlusal de ces dents piliers.

- Sur paralléleur :généralement de visu on peut obtenir un parallélisme entre les faces proximales des dents piliers en tenant la fraise selon un axe vertical qui simule l'axe d'insertion.
- Cependant on utilise un paralléleur, sachant que l'axe choisierait vertical pour mettre en évidence les zones de contres dépouilles existante au niveau cervico- proximal des dents piliers.
- Mais parfois la mise de dépouille pourra entamer la dentine dans ce cas là la réalisation des bridges conventionnel s'avère plus rationnel.
- Idéalement, les faces proximales ne seront réduites que de 1 ou 2 mm tout en préservant la dentine.

III.3. Les préparations dentaires :

- Les réductions faites sur les dents piliers n'intéressent que l'émail.
- Réduction de la face linguale à l'aide d'une meulette diamantée.
- Réduction de la face proximale à l'aide fraise diamantée cylindro-conique à bout plat.
- Réalisation des appuis avec la même fraise.
- Réalisation d'un congé en supra-gingival avec une fraise diamantée à congé.
- Réalisation de deux rainures proximales à l'aide d'une fraise cylindro- conique fine.



III.4. Prise de l'empreinte :

- Comme toute prothèse conjointe, l'empreinte doit toujours présenter un degré de précision suffisant afin de permettre une bonne adaptation de l'armature métallique.
- Il est recommandé d'utiliser des matériaux ayant une grande stabilité dimensionnelle comme les polyéthers ou les silicones qui polymérisent par addition rebasés avec un élastomère de synthèse (light) la Wash technique.
- L'utilisation des hydrocolloïdes irréversible est contre indiqué dans la technique de collage.

III.5. Etapes de laboratoire :

- Duplication du modèle de travail et obtention d'un modèle en revêtement.
- Sculpture de l'armature en cire sur le modèle en revêtement.
- Mise en cylindre du modèle.
- Coulée de l'alliage, sablage de l'armature, finition et adaptation de l'armature sur le modèle en plâtre.
- Préparation de l'élément cosmétique soit céramique(cuisson au four céramique) ou résine acrylique (cuisson-mise en moufle- ou cuisson sous vide)
- Essayage du bridge collé en bouche.

III.6. Le collage :

- Après avoir traité l'intrados de la surface métallique comme je l'ai décrit précédemment, on procède au collage.
- L'utilisation d'un champ opératoire est impératif (mise en place d'une digue afin d'empêcher la contamination de la surface dentaire par la salive ce qui est nuisible au mouillage du substrat)
- Nettoyage de la surface dentaire (eau oxygénée), rinçage et séchage.
- La surface dentaire s'en suit ensuite mordancée à l'aide d'un gel d'acide orthophosphorique appliqué durant 30 secondes, suivi d'un rinçage soigneux d'une durée égale.
- La colle utilisée est le super bond de chez Sun Médical qui est résine 4 META, elle est reconnue comme le meilleur matériau de collage.
- Application du monomère sur la surface mordancée et l'intrados du bridge.
- Application de la colle sur l'intrados des ailettes.
- Mise en place du bridge collé sous pression.
- Lorsque la colle devient pâteuse, on enlève tous les excès.
- Dépose de la digue.
- Finition des limites périphérique et polissage, contrôle de l'occlusion statique et dynamique.

Conclusion :

Certes, le collage représente un réel progrès de la dentisterie restauratrice, cependant l'inconvénient majeur d'une prothèse collée –bridge collé- est sa longévité assez courte qui lui attribue la 2^{ème} possibilité thérapeutique après les bridges conventionnels.

En revanche la non mutilation des dents piliers, le résultat esthétique, la possibilité du recollage représente des motifs suffisants pour que chaque praticien sache réaliser cette technique restauratrice.

Bibliographie :

