

LES CAVITES ET LEURS OBTURATIONS

1(2)3 4 5

25-00

Obturations à l'amalgame cl I, II et V

Le matériau

L'amalgame d'argent est un type spécial d'alliage dont l'un des principaux **constituant est le mercure.**

Propriétés cliniques

Résistance élevée à la **compression**, à l'**abrasion**.
Possibilité de polissage et maintien de son état de surface dans le temps.
Souplesse d'utilisation clinique.

Inconvénients

Médiocres qualités esthétiques
Dyschromies liées aux problèmes de corrosion
Lenteur entre le temps de prise immédiate et le temps de prise objective.
Haute conductivité thermique

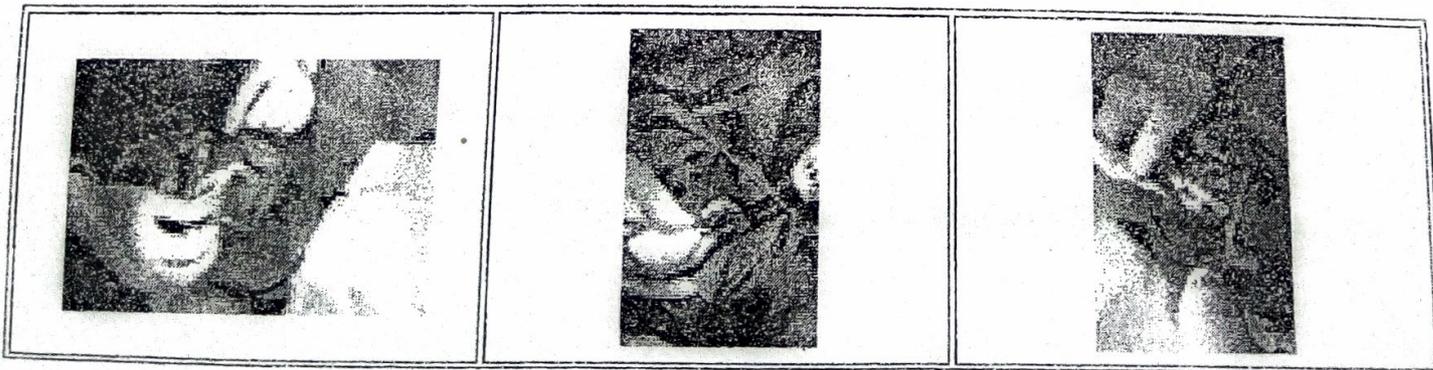
Les échecs de restauration à l'amalgame

- ① Fracture de la restauration due à une **mauvaise cavité** ou à une mauvaise **condensation du matériau**
- ② Reprise de carie marginale (**étanchéité de l'obturation**).
- ③ Fracture d'une partie de la dent
- ④ **Oxydation et corrosion excessive**

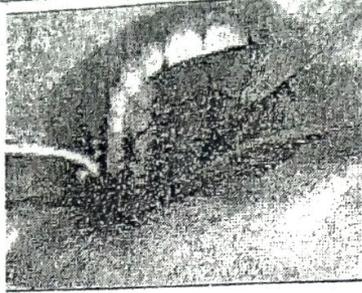
Précaution d'utilisation

Isoler le champ opératoire et maintenir au sec jusqu'à la fin de l'obturation
Traitement correct du matériau

La digue de caoutchouc permet à l'opérateur de travailler dans un champ opératoire propre et sec.
La mise en place de la digue selon les normes requiert peu de temps.
Les différentes étapes de la pose de celle-ci seront vues sur dent forme.



1



Le crampon est toujours attaché avec une soie dentaire par précaution

On retrouve sur le marché plusieurs types de crampons. La grandeur et l'angulation des mâchoires doivent tenir compte de la position et de la forme de la dent sur laquelle il devra être posé.



Cavité de classe I :

C'est une cavité siégeant dans les dépressions anatomiques de la dent en l'occurrence les sillons et les puits :

sillons triturants des prémolaires et molaires
sillons vestibulaires et palatins
sillons cingulaires au niveau des dents antérieures

Cavité de classe V :

C'est une restauration indiquée dans le traitement des surfaces dentaires gingivales touchées par la carie, l'abrasion ou l'érosion.

La reconstruction de classe V à l'amalgame d'argent est limitée aux molaires pour des raisons esthétiques.

La cavité est localisée sur la face vestibulaire et très occasionnellement sur les face linguale et palatine des dents.

Cette cavité peut être supra-gingivale ou infra-gingivale.

Cavité de classe II :

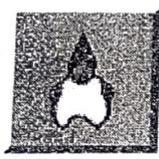
C'est une cavité occluso-proximale des molaires et des prémolaires maxillaires ou mandibulaires touchant les 2 faces de la dent ou plus.

La classe II peut être occluso-mésiale, occluso-distale, occluso-mésio-distale.

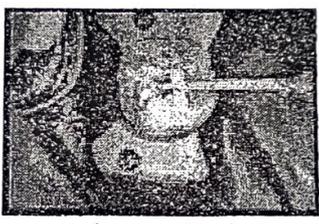
Etapes d'obturation :

- 1 - Pose du champ opératoire, isolation de la salive
- 2 - nettoyage de la cavité
- 3 - Mise en place d'un fond protecteur (dent vivante) ou stabilisateur (dent mortifiée) à base d'oxyde de zinc eugenol
- 4 - Activer la capsule prédosée et la positionner dans le vibreur à l'amalgame (9 sec)
- 5 - Sortir la capsule, l'ouvrir et déposer le contenu dans un godet
- 6 - Apporter de faibles quantités d'amalgame dans la cavité à l'aide du porte amalgame
- 7 - Condenser l'amalgame à l'aide de fouloir afin de rendre le matériau homogène et de combler la cavité
- 8 - Modelage des obturations pendant que le matériau est en phase plastique
- 9 - Brunissage des bords avec la spatule et les brunissoirs
- 10 - Polissage final 24 à 48h après au moyen de cupules silicones de grains décroissants suivies de cupules et pâtes à polir

Mise en place du fond protecteur en regard de la paroi pulpaire (cas de reconstitution en une séance)



Les fonds
Les bases



Molaire



canine

Les différentes étapes de la restauration en amalgame

	<p>Le dentiste effectue la taille de la cavité à l'aide de la turbine</p>		<p>L'hygiéniste dentaire obture la cavité. Elle insère les portions d'amalgame à l'aide du porte amalgame</p>
	<p>① ③</p>		<p>② ④</p>



Vient ensuite la sculpture qui s'effectue avec le burin, par exemple

(2) (8)



On vérifie le point de contact avec une soie dentaire pour s'assurer qu'il est bien présent et qu'il n'y a aucun surplus



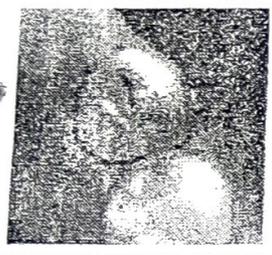
Il est important de vérifier l'occlusion des dents du client

(3)



Le papier carbone bleu laisse des marques sur les dents lors de la vérification de l'occlusion

(4)



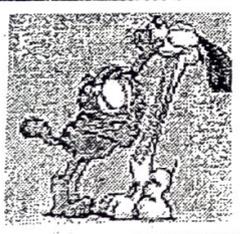
La restauration est terminée. Elle pourra être polie après 24 heures

(5)

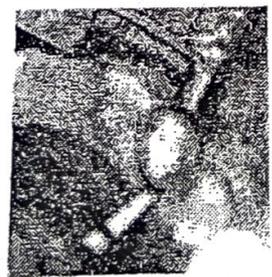


La matrice
Les coins
de bois

Pour permettre l'insertion d'une obturation temporaire ou permanente nécessitant la reconstruction d'une face proximale de la dent, il faut utiliser une matrice de métal ou de **celluloïde**. L'ajustement de la matrice à la dent est complété par **l'ajout de coins de bois**.



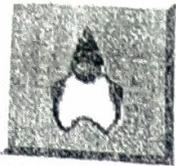
les matrices



le coin de bois

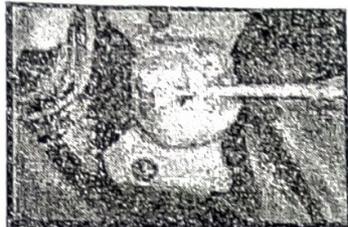


le porte-matrice



Les fonds
Les bases

Dans certains cas, lorsque la cavité est très profonde, par exemple, l'on doit recouvrir la paroi pulpaire de la dent avec un matériau afin de la protéger.
 Dans d'autre cas, il nous faut reconstruire une ou plusieurs parois avant d'insérer l'obturation finale. L'oxyde de zinc et eugéol est, par exemple, un matériau utilisé comme base à l'obturation en amalgame lorsque des parois sont à reconstruire.
 Il faut donc apprendre à malaxer ces différents matériaux et à les mettre en place correctement.



Les classes d'obturations selon la classification de Black

	<p>Classe V</p>		<p>Classe II MO</p>
	<p>Classe II MOD Classe II DO</p>	<p>fraises 40 lames pointes de caoutchouc et cupule</p>	
	<p>Classes II MOD</p>		

★ CAVITES ET OBTURATIONS AU COMPOSITE

Avantages:

- Couleur de la dent
- Bonne adaptation marginale (bon polissage)
- Conductibilité thermique intéressante
- Relative résistance à l'abrasion
- Relative insolubilité dans la salive
- Principe de l'économie tissulaire
- Différents composites pour divers indications

Inconvénients :

- Moindre résistance à l'abrasion
- Vieillessement plus rapide
- Mise en oeuvre plus complexe (protocole rigoureux)
- Difficulté liée au collage (liaison dentinaire difficile)

Principes de préparation :

Le concept du collage permet de prendre quelques distances par rapport aux principes de Black et d'être plus conservateur vis à vis des tissus dentaires.

- Tracé influencé par l'étendue de la lésion.
- Préparation à minima.
- Cavité plus arrondie sans angle vif.
- Surplomb d'émail conservé.
- Pas d'extension prophylactique mais plastie de l'émail.

Indications cliniques de la restauration au composite

Classe V :

C'est une restauration indiquée dans le traitement des surfaces dentaires gingivales, touchées par la carie, l'abrasion ou l'érosion. La reconstruction de classe V aux composites peut être étendue aux dents antérieures grâce aux qualités esthétiques des composites. la cavité est localisée sur la face vestibulaire et très occasionnellement sur les faces linguale ou palatine des dents.

Cette cavité peut être supra-gingivale ou infra-gingivale.

Classe III :

Elles intéressent les faces proximales du groupe incisivo-canin.

Elles peuvent être simples ou composées.

Elles permettent de traiter des lésions se situant au niveau ou bien en dessous du point de contact.

Classe IV :

Extension du processus carieux de classe III.

Fracture traumatique.

Elle intéresse les angles proximo-incisifs du groupe incisivo-canin. Elle englobe en générale le point de contact.

Il existe 2 types de préparation cavitaire :

- une avec queue d'aronde palatine (artifice de rétention).
- une sans queue d'aronde.

La réalisation d'un biseau périphérique est indiquée dans les 2 cas.

Différents temps opératoires de l'obturation :

1. Choix de la teinte :

- dent non déshydratée
- en lumière naturelle
- utilisation de teintiers.

2. Pose du champ opératoire :

- isolement de la dent du milieu buccal
- confort pour le patient et le praticien
- sécurité
- optimisation du processus de collage

3. Mordançage :

- émail et dentine
- acide orthophosphorique
- 15 sec pour la dentine et 30s pour l'émail
- rinçage soigneux pendant 30s

4. Mise en place de matrice pour les cavités complexes :

- la matrice permet de réaliser un coffrage qui va faciliter la reconstitution anatomique
- utilisation des matrices transparentes et des coins
- la tenue est assurée par :
 - la matrice elle-même
 - le coin transparent

5. Adhésif :

- Interface entre le composite et les tissus dentaires
- Appliquer en couche mince
- Photopolymérisable pendant 20 sec

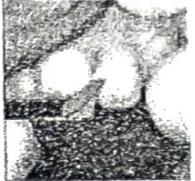
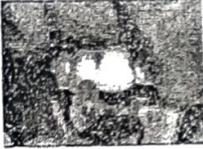
6. Pose du composite :

- Monté couche par couche
- Photopolymérisation de chaque couche (maximum 2 mm)

7. Finition :

- Contrôle de l'occlusion
- Eliminer des excès (dégrossissage) à l'aide de fraises diamantées
- Vérification du bombé anatomique du collet de la dent (bombé)
- Polissage à l'aide de fraises en carbure de tungstène puis de disques à polir sur contre-angle
- Utilisation de strips abrasifs pour les surfaces proximales.

Quelques étapes de la restauration en résine composite sur les dents antérieures et postérieures

	<p>Il faut d'abord procéder au choix de la teinte de la restauration</p>		<p>La turbine est utilisée pour la taille de la cavité ou le retrait d'une vieille restauration</p>
	<p>On utilise un gel pour le mordantage de la cavité</p>		<p>Le matériau est placé dans la cavité</p>
	<p>On referme la matrice de celluloïd sur la restauration et on polymérise</p>		<p>La finition exige l'utilisation de disque sablée d'abrasion différente</p>
	<p>Le même gel d'acide est utilisé pour les restaurations sur les dents postérieures</p>		<p>Il existe des résines composites compactables pour les dents postérieures</p>

