

Module : *Odontologie Conservatrice/ Endodontie*

Niveau : *2^{ème} année*

Enseignant : *Dr Guerfa*

Intitulé :

Dentisterie à minima et concepts thérapeutiques

Plan :

- 1. Préalables**
- 2. Les différentes étapes de dentisterie à minima**
 - 2.1. La prévention
 - 2.2. La reminéralisation
 - 2.3. La préparation des cavités
 - 2.4. La restauration
- 3. Préparation des cavités à minima**
 - 3.1. Les minicavités directes
 - 3.2. Les minicavités horizontales
 - 3.3. Les minicavités « tunnel »
 - 3.4. Minicavités verticales (adhésives)

L'Étudiant

Année universitaire : *2018/2019*

Dentisterie à minima et concepts thérapeutiques

1. Préalables : Pour effectuer un acte de dentisterie à minima il faut :

- Diagnostiquer précocement la lésion carieuse.
- Avoir les outils spécifiques pour l'éviction de la lésion carieuse.
- Posséder de biomatériaux appropriés pour restaurer ce type de lésions.

2. Les différentes étapes de dentisterie à minima : elle respectera les étapes suivantes :

2.1. La prévention : enseignement de l'hygiène orale et alimentaire, motivation du patient. Les principes qui suivent ne sont envisageables que si les techniques préventives sont bien comprises, et qu'en présence d'un patient bien éduqué.

2.2. La reminéralisation : elle n'est possible qu'en l'absence d'activité bactérienne. Cette notion de reminéralisation, qui consiste à reporter l'acte chirurgical, est valable tant qu'il n'y a pas de cavitation ou tant que la carie n'a pas progressé dans le premier tiers dentinaire.

La déminéralisation de l'émail et de la dentine n'est pas un processus continu et irréversible ; les fluorures jouent un rôle primordial dans le cycle de déminéralisation et reminéralisation. Outre ce fluor contenu dans les dentifrices et les produits alimentaires, le praticien pourra en exploiter l'action soit par une application topique (vernis, sealant), soit par le recours aux verre-ionomères (l'action anticariogénique de ce biomatériaux sera bénéfique pour une lésion débutante d'une dent adjacente).

Cette reminéralisation est suivie d'un pilotage des lésions permettant de suivre leur évolution :

- Soit la guérison.
- Soit l'aggravation en cas d'échec, justifiant alors un traitement restaurateur à minima.

2.3. La préparation des cavités : effectuée que pour les lésions carieuses (élimination de toute la dentine infectée), sans extension prophylactique. L'émail peut demeurer non soutenu grâce aux nouveaux matériaux.

C'est la classification Sista (Site de cario-susceptibilité et Stade évolutif de la lésion) qui guide le praticien dans le choix de la cavité et de l'accès.

Cette étape se réalise à l'aide d'une petite instrumentation adaptée (*microfraises, sono-abrasion, air-abrasion, laser ... etc.*).

2.4. La restauration : des composites microhybrides ou compomères, en passant par les verre-ionomères modifiés par adjonction de résine, un large panel de produits d'obturation s'offre à nous. Si le patient présente un risque carieux élevé, le praticien oriente son choix en faveur d'un biomatériau bioactif, et il choisira un biomatériau résistant si la cavité de carie est soumise aux forces de mastication.

3. Préparation des cavités à minima :

Les minicavités sont définies comme des techniques chirurgicales centrées sur la lésion elle-même, nécessitant une préparation d'accès amélaire réduite, afin de réaliser l'exérèse des seuls tissus pathologiques irréversiblement atteints.

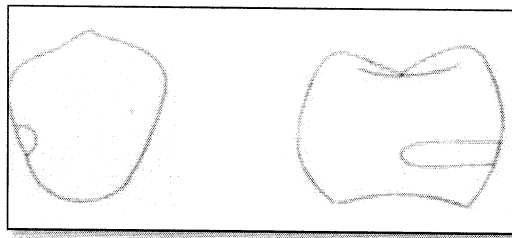
Selon la voie de la lésion carieuse, son site et son stade d'évolution on distingue :

- des minicavités directes,
- des minicavités horizontales,
- des minicavités verticales,
- et des minicavités tunnels.

3.1. Les minicavités directes : sont réalisées dans le cas où la lésion carieuse est directement accessible.

3.2. Les minicavités horizontales : elles sont aussi appelées décrites : gouttière ou cannelure horizontale, minicavités en entonnoir ou minicavités slots.

Ces mini-préparations intéressent les lésions de site 2, dans le cas où la lésion n'est pas accessible et pour conserver la crête marginale, l'accès se fait par l'angle vestibulo-proximal ou linguo-proximal si la situation de la lésion et l'anatomie de l'embrasure sont favorables à cet accès.

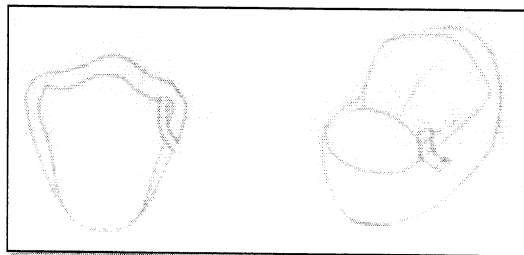


Cavité slot

3.3. Les minicavités « tunnel » : sont réalisées aussi pour les lésions de site 2 (proximales) non accessibles et pour conserver la crête marginale.

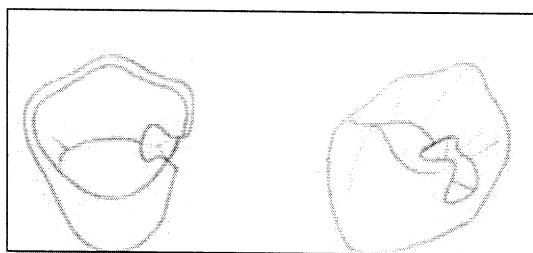
L'accès à la lésion carieuse se fait par la face occlusale au niveau de la fossette marginale, puis un tunnel est créé en progressant de manière oblique vers le centre de la carie tout en conservant la crête marginale.

Ces mini-préparations tunnelisées sont dites ouvertes ou fermées en fonction de l'ouverture ou non de la face proximale lors de la préparation.



Cavité tunnel

3.4. Minicavités verticales (adhésives) : sont réalisées pour les lésions de site 2 (proximales) lorsque la crête marginale est détruite par la carie. Une cavité proximo-triturante de forme d'une goutte est préparée.



Cavité verticale