

- Rassurer le patient et l'informer de la cause et de la gravité des complications.
- Réduire l'œdème par l'application de compresses froides à intervalles de 15 minutes durant les premières 24 heures, suivie de l'application de compresses chaudes.
- Prescrire un analgésique narcotique à base d'acétaminophène pour soulager la douleur, des antibiotiques prophylactiques pour prévenir la surinfection et des stéroïdes pour contrôler la réaction inflammatoire.
- Fixer des rendez-vous de suivi à intervalles réguliers pour surveiller le rétablissement du patient et terminer le traitement endodontique une fois les symptômes aigus dissipés.

Bien que ces étapes soient utiles pour traiter les effets causés par le NaOCl, il arrive dans de rares cas que la guérison soit incomplète et que les symptômes ne disparaissent pas complètement. Dans un des cas rapportés, une hyperesthésie et une sensibilité extrême au froid étaient toujours présentes 4 ans après l'accident²; ces effets ont pu être causés par des atteintes nerveuses irréversibles et imprévisibles provoquées par le pouvoir de dissolution tissulaire du NaOCl. Il pourrait être possible d'éviter ce problème en tentant d'éliminer le NaOCl des tissus infiltrés, ceci en combinant la dilution du NaOCl par une solution saline à un curetage osseux, immédiatement après l'incident, ce qui pourrait réduire la gravité de la réaction

inflammatoire et éviter tout autre atteinte nerveuse imprévisible. La méthode de dilution sans curetage osseux, qui est proposée par Hales et coll.¹, risque par contre d'être inefficace dans une telle situation, car l'irrigation du système canalaire avec du NaCl à 0,9 % n'a pas d'effet sur le NaOCl ayant débordé à l'extérieur de la zone de la dent. ♦

Références

1. Hales JJ, Jackson CR, Everett AP, Moore SH. Treatment protocol for the management of a sodium hypochlorite accident during endodontic therapy. *Gen Dent* 2001; 49(3):278–81.
2. Hulsmann M, Hahn W. Complications during root canal irrigation — literature review and case reports. *Int Endod J* 2000; 33(3):186–93.

Remerciements : L'auteur aimerait remercier le Dr Jeff Coil pour avoir révisé le manuscrit et permis l'utilisation de ses radiographies (question 2, ill. 1a et 1b), le Dr Mahmoud Torabinejad pour avoir permis l'utilisation de ses images MEB (question 1, ill. 1a à 1d), et le Dr Glenn van As pour son aide avec les photographies.



Le Dr Mahmoud R. Ektefaie est dentiste généraliste dans un cabinet privé à Vancouver Nord (C.-B.). Il est aussi chargé de préclinique à la Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.). Courriel : ektefaie@shaw.ca.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré.

Question 4

Comment puis-je réduire au minimum l'ajustement occlusal nécessaire pour une couronne?

Problème clinique

Les laboratoires locaux reçoivent une grande variété de porte-empreintes, de matériaux à empreinte et d'enregistrements de l'articulé différents, et tous ont une incidence sur l'ajustement final de la couronne. Cet article porte sur l'enregistrement de l'articulé et examine comment l'enregistrement peut influencer le temps à consacrer à l'ajustement de l'anatomie occlusale des couronnes et des ponts pour qu'elle s'apparie à l'occlusion du patient.

Traitement du problème

Lorsqu'on enregistre un articulé, il est primordial que tous les matériaux utilisés, soit pour enregistrer l'articulé, soit pour prendre l'empreinte finale, soit pour préparer le modèle antagoniste, offrent un degré de précision comparable. La plupart des enregistrements de l'articulé sont inexacts et, dans certains cas, le problème est dû à une déformation qui se produit dans le matériau utilisé, qu'il s'agisse de cire, de matériau à empreinte de consistance mastic, de silicone ou de siloxane de polyvinyle. La plupart d'entre nous avons appris qu'il faut utiliser un matériau d'une très grande précision pour la prise de l'empreinte finale, et le siloxane de polyvinyle est le matériau que privilégient actuellement la plupart des cliniciens. Ce matériau permet une deuxième coulée qui peut servir à créer un modèle unitaire intact, grâce auquel il est possible ensuite de

vérifier l'ajustement de la couronne avant de la livrer au patient. Cependant, comme l'empreinte de l'arcade antagoniste est habituellement réalisée en alginate puis coulée en cabinet à l'aide de pierre artificielle, il peut survenir des problèmes d'ajustement. En effet, l'enregistrement de l'articulé de l'arcade complète, qui est réalisé avec un matériau d'une grande précision comme le siloxane de polyvinyle, est plus précis que le modèle en pierre artificielle coulé à partir d'une empreinte en alginate (ill. 1 et 2). Donc, lorsque les modèles sont montés sur l'articulateur (présentés à l'ill. 3 sous forme de 2 modèles maîtres antagonistes produits à partir de l'alginate), on obtient une occlusion ouverte et un enregistrement de l'articulé mal ajusté. Comme les dents antérieures ont peu de bord incisif, l'imprécision de l'enregistrement de l'articulé provoque le déplacement des modèles à l'étape du montage sur articulateur, et ceci a pour effet de fausser la relation interocclusale.

Perry¹ a écrit un excellent article sur l'utilisation d'empreintes en siloxane de polyvinyle et de porte-empreintes de série pour des modèles d'étude. Il note que, même si les empreintes en polyvinyle peuvent être un peu plus chères que celles en alginate, leurs avantages – en matière de réduction de la durée du traitement – compensent largement leur coût plus élevé.

Deux autres méthodes peuvent être utilisées pour contourner ce problème. La première consiste à demander au patient de fermer la bouche en occlusion centrée, puis à prendre un



Illustration 1 : Photographie occlusale du modèle en pierre artificielle obtenu de l’empreinte en alginate.

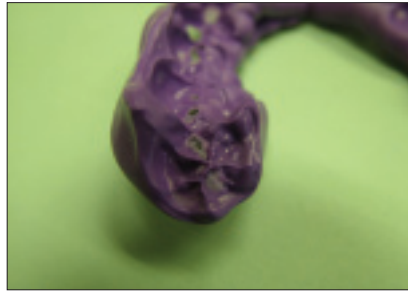


Illustration 2 : Photographie occlusale d’une empreinte en siloxane de polyvinyle (détail).



Illustration 3 : Deux modèles en pierre artificielle obtenus d’empreintes en alginate, mal ajustés sur l’enregistrement de l’articulé.



Illustration 4 : Injection du matériau d’enregistrement de l’articulé par la technique en occlusion fermée.



Illustration 5 : Enregistrement de l’articulé en place.

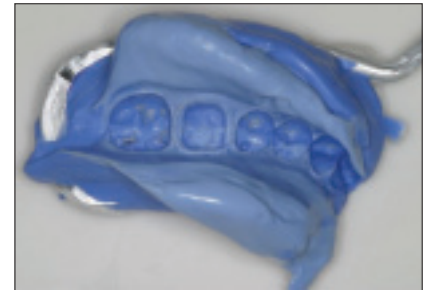


Illustration 6 : Porte-empreinte de quadrant métallique rigide avec matériau de support d’empreinte rigide assorti.

enregistrement latéral de l’articulé avec du siloxane de polyvinyle. Pendant que les mâchoires demeurent doucement fermées, on ramène les lèvres et les joues vers l’arrière, puis on injecte le matériau d’enregistrement de l’articulé au site de la préparation en formant un petit anneau (ill. 4 et 5). Ce petit enregistrement peut s’insérer dans l’espace entre la dent préparée et la ou les dents antagonistes, sans nuire à l’interdigitation des arcades. Pour ce faire, il est essentiel d’utiliser du siloxane de polyvinyle à duromètre élevé, qui ne soit pas cassant et qui ne soit exposé à aucune compression ou déformation durant l’articulation.

La technique d’empreinte à double arcade est une autre méthode qui donne de bons résultats pour une restauration unique chez un patient dont l’occlusion est fonction canine. Il importe alors d’utiliser un porte-empreinte métallique rigide pour prévenir toute flexion et distorsion. Pour cette technique, il est également essentiel d’utiliser un siloxane de polyvinyle rigide précis, car le matériau fait en quelque sorte partie intégrante du porte-empreinte et doit servir à retenir le matériau à faible viscosité qui est appliqué à l’aide d’une seringue autour de la préparation finale (ill. 6). Cette méthode permet d’obtenir simultanément l’empreinte finale de la préparation, de l’enregistrement de l’articulé et du modèle antagoniste, ce qui réduit au minimum la différence entre l’empreinte et l’enregistrement de l’articulé.

Enfin, il ne faut pas oublier que la prise de toute empreinte clinique doit se faire en occlusion passive, car toute crispation peut causer une intrusion des dents sur 5 à 7 m, qui risque de fausser l’ajustement. Cette règle vaut également pour la prise d’une empreinte de l’arcade complète; l’empreinte complète doit ainsi reposer de façon passive, sans être exposée à aucune pression, afin de réduire au minimum les risques de flexion dans le porte-empreinte et le matériau, dont la prise se ferait alors dans des conditions de compression et peut-être aussi de flexion.

Ces conseils cliniques devraient aider à réduire au minimum la durée de la séance consacrée à l’insertion des restaurations en laboratoire. ♦



Le Dr Leendert Boksman exerce dans un cabinet privé à London (Ontario). Il est directeur des affaires cliniques chez Clinical Research Dental. Courriel : lboksman@clinicianschoice.com.

Référence

1. Perry R. Using polyvinyl impressions for study models. *Dent Today* 2004; 23(10):106-7.