

PRÉSENCE

LE JOURNAL DE L'ORDRE DES DENTUROLOGISTES DU QUÉBEC

Vol 16 No 4 AUTOMNE 2025



LA SECRÉTAIRE EN DENTUROLOGIE
**Un atout stratégique dans
un contexte en évolution**

**PROTHÈSES DENTAIRES COMPLÈTES AU SUMMUM DE
L'ESTHÉTIQUE
PAGE 12**

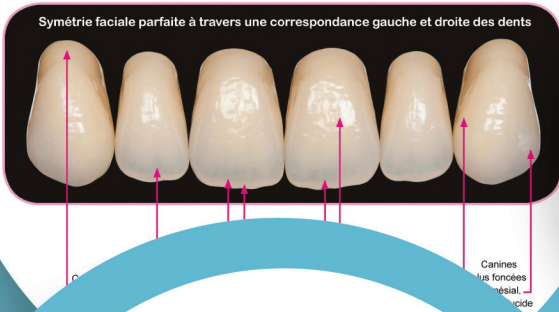
**PROTOCOLES SIMPLIFIÉS POUR LES ENREGISTREMENTS FINAUX
DES PROTHÈSES COMPLÈTES NUMÉRIQUES
PAGE 20**

DenPlus

UNE MARQUE
DE CONFIANCE



Caractéristiques uniques enigmallife+



VITA



myerson.



Caractéristiques uniques 4natur

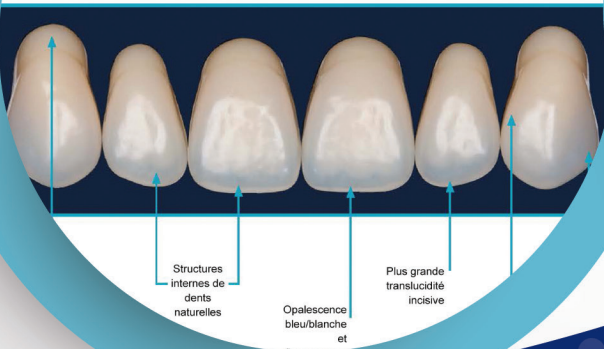


Image APN®



DANS CETTE ÉDITION

VOL 16 NO 4 - AUTOMNE 2025

Palmeri Publishing Inc

35 - 145 Royal Crest Court
Markham, ON L3R 9Z4
Tél : 905-489-1970 / Fax : 905-489-1971
Courriel: ettore@palmeripublishing.com

Édition:

Ettore Palmeri, MBA, AGDM, B.Ed., BA

Rédaction:

Sylvie Grothé, Jessica Tremblay

Conception et disposition:

Palmeri Media Group/Graphics

Siège social:

395, rue du Parc-Industriel
Longueuil (Québec) J4H 3V7
Tél: 450-646-7922
Courriel: info@odq.com

Les articles publiés ainsi que les publicités expriment les points de vue des auteurs, mais ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'Ordre des denturologistes du Québec. Tous droits réservés. Le contenu de cette publication ne peut pas être reproduit, que ce soit en partie ou en entier, sans l'autorisation écrite du propriétaire.

Dates de parution:

avril, juillet, octobre, décembre

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Poste publications / Numéro de convention 40009599

Veuillez noter que la forme masculine utilisée dans le *Présence* désigne aussi bien les femmes que les hommes. Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

4

MOT DU PRÉSIDENT
ORDRE DES DENTUROLOGISTES DU QUÉBEC

UNE PROFESSION EN ACTION

Raymond Lagacé, d.d.

6

MOT DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

UN NOUVEL ÉLAN

Guillaume LaBarre, Adm. A., MBA

8

LA SECRÉTAIRE EN DENTUROLOGIE

UN ATOUT STRATÉGIQUE DANS UN CONTEXTE EN ÉVOLUTION

Précillia Veilleux

12

PROTHÈSES DENTAIRES COMPLÈTES AU SUMMUM DE L'ESTHÉTIQUE

Skender Ramadani, Suisse

20

PROTOCOLES SIMPLIFIÉS POUR LES ENREGISTREMENTS FINAUX DES PROTHÈSES COMPLÈTES NUMÉRIQUES

D^r Evangelos Rossopoulos DDS, Cert. Prosth.



Raymond Lagacé, d.d.
Président
Ordre des denturologistes du Québec

UNE PROFESSION EN ACTION

Notre profession évolue sans cesse, portée à la fois par les transformations de notre environnement et par votre engagement quotidien. Derrière chaque nouvelle norme, chaque nouveauté, il y a votre travail, votre rigueur et surtout votre volonté d'offrir des soins accessibles et de qualité. C'est ce qui fait notre force et qui distingue la denturologie.

Une nouvelle direction générale

Le 2 septembre dernier, nous avons accueilli avec fierté M. Guillaume LaBarre à la direction générale de l'Ordre. Son expérience dans le système professionnel et sa vision stratégique seront des atouts précieux pour guider nos prochains pas. Je tiens aussi à remercier M. Alain Crompt, qui a assuré l'intérim avec rigueur et dévouement, et à souhaiter la bienvenue à M. Jean Girard, nouvel administrateur nommé à notre conseil d'administration. Ces changements à la gouvernance s'inscrivent dans une même dynamique : renforcer notre organisation afin de remplir notre mission première, la protection du public. Cette mission prend vie autant dans vos cliniques que dans nos comités, à travers vos actions quotidiennes et les valeurs de rigueur et de proximité qui font la différence.

Assemblée générale annuelle

Plus que jamais, notre profession vit une période de transformation depuis l'arrivée du Régime canadien de soins dentaires (RCSD). Les exigences de pratique ont aussi changé au cours des dernières années. Nous arrivons à la fin des travaux entourant la Loi 15, les Règles généralement reconnues d'hygiène et d'asepsie ont été mises à jour et sont maintenant en vigueur, et la formation continue est devenue obligatoire. Pourquoi tous ces changements ? Pour maintenir des standards élevés et encadrer la compétence. Des règles claires nous permettent d'assurer la qualité des soins et de continuer de développer notre expertise.

L'assemblée générale annuelle du 24 octobre, à Boucherville, sera l'occasion de faire le point ensemble sur ces enjeux et d'échanger directement avec vous. Elle sera précédée d'un dîner-conférence présenté par Louis-Philippe Descôteaux, d.d., sur les schémas d'occlusion, afin de clarifier les nouvelles exigences en matière de prothèses implantoportées. J'espère vous y voir en grand nombre. L'inscription à la formation est déjà ouverte sur le portail de l'Ordre.

Développement professionnel et formation continue

Le développement professionnel reste une pierre angulaire de notre mission. Nous accueillons avec enthousiasme une nouvelle cohorte de l'Attestation d'études collégiales (AEC) en Pratique avancée de la denturologie. Cette formation renforce nos compétences, surtout en prothèses implanto-portées, et témoigne de notre volonté de vous fournir des outils concrets pour mieux répondre aux besoins des patients.

Vous trouverez aussi dans ce numéro un nouvel article éducatif. C'est un bel exemple de la valeur ajoutée de la formation continue, dans un contexte où la demande de qualité est plus forte que jamais. Ces initiatives prennent tout leur sens grâce à celles et ceux qui s'investissent dans leur perfectionnement et qui partagent leur expertise avec leurs collègues. Votre volonté d'apprendre et de transmettre est ce qui fait avancer toute la profession.

Une profession mobilisée

Au fil de ces changements, une conviction demeure : l'union de nos compétences et de nos voix est notre plus grande force. Nous avons la responsabilité de préserver la confiance du public, mais aussi de nous soutenir mutuellement dans un environnement qui demande beaucoup de flexibilité et d'adaptation. Derrière chaque règle, chaque formation et chaque changement, il y a des femmes et des hommes qui se dévouent pour offrir les meilleurs soins possibles. C'est cette force humaine qui nous distingue et qui nourrit notre avenir commun.

Je vous invite donc à participer à nos activités, à partager vos idées et vos expériences. C'est en échangeant ensemble que nous pouvons continuer d'avancer avec confiance. Et comme toujours, j'aime recevoir vos commentaires et vos questions. N'hésitez pas à m'écrire : rlagace@odq.com

E5

vhf



ENTER

Entrez dans une nouvelle ère de fraisage



Branchez, puis fraisez

Déballez, branchez et commencez à fraiser



Liberté maximale

En matière d'indication, de numériseur et de matériaux



Airtool

Aucun air compressé



Central Dental
The laboratory and dentist supply specialist.

1-800-268-4442 centraldentalltd.com



MOT DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

ORDRE DES DENTUROLOGISTES DU QUÉBEC



Guillaume LaBarre, Adm.A., MBA
Directeur général et secrétaire
Ordre des denturologistes du Québec

UN NOUVEL ÉLAN

C'est avec beaucoup d'enthousiasme que je me joins à l'Ordre des denturologistes du Québec. J'arrive avec une profonde admiration pour le travail déjà accompli par l'Ordre, et avec la conviction que nous pouvons ensemble bâtir sur ces bases solides pour aller encore plus loin.

Je tiens d'abord à exprimer ma gratitude aux administrateurs et aux employés de l'Ordre pour l'accueil chaleureux que j'ai reçu et pour la préparation attentive de mon arrivée en poste. Leur professionnalisme, leur disponibilité et leur engagement m'inspirent et me confirment que j'ai maintenant la chance de faire partie d'une organisation solide et animée par un profond sens de sa mission.

L'Ordre a su, au fil des ans, protéger les intérêts du public en maintenant une pratique de la denturologie reconnue, accessible et de qualité. La valorisation de la profession s'inscrit pleinement dans cette mission, puisqu'elle renforce la confiance du public et l'excellence des soins. Ces acquis sont précieux, et je m'engage à les préserver, tout en ouvrant de nouvelles perspectives par l'innovation, la collaboration et le dialogue avec nos membres et les intervenants du domaine buccodentaire, toujours dans l'intérêt des patients.

Je crois sincèrement que l'avenir de la denturologie passe par l'équilibre entre le respect de notre identité et l'audace d'imaginer de nouvelles façons de répondre aux besoins des citoyens. C'est dans cet esprit que je souhaite travailler : maintenir la confiance, soutenir l'excellence professionnelle et accompagner la profession dans ses évolutions à venir.

Je suis heureux d'amorcer ce chemin avec vous et je me réjouis à l'idée de rencontrer les membres, de comprendre leurs réalités et d'avancer ensemble vers un futur prometteur pour la profession de denturologiste au Québec.





RODIN®
3D Resin

A Pac-Dent Brand

Base de Prothèse pour Dentier
Amovible Complet et Partiel



All-On-X,
Dents Prothétiques



Vernis Universel
Scellement & Réparation



Rebasage Universel pour
tous les types de Dentiers



VIVEZ L'EXPÉRIENCE COMPLÈTE DE LA RÉALISATION DE DENTIERS



Trouvez votre
revendeur officiel dès
aujourd'hui!

PacDent®
Passion for Excellence

670 Endeavor Circle Brea, CA 92821
www.rodin-3d.com | www.pac-dent.com

LA SECRÉTAIRE EN DENTUROLOGIE

UN ATOUT STRATÉGIQUE DANS UN CONTEXTE EN ÉVOLUTION



Précillia Veilleux

Posez-vous la question : dans votre pratique, considérez-vous réellement votre secrétaire?

Trop souvent, son rôle tend à se limiter à la gestion administrative. Or, cette vision est dépassée. Elle est le moteur silencieux qui rend la clinique à la fois performante et accueillante.

Aujourd'hui, les patients sont mieux informés, plus exigeants et moins fidèles qu'autrefois. Ils comparent, posent des questions et réclament des explications claires : un constat incontournable.

Dans ce nouveau paysage, il est clair que la secrétaire devient votre alliée stratégique. Elle encadre l'expérience patient du début à la fin :

1. Premier contact au téléphone
2. Premier sourire à la réception
3. Relais pour expliquer les étapes et répondre à certains questionnements
4. Réponse attentive aux inquiétudes
5. Maillon organisationnel entre les différents intervenants
6. Coordination fluide de l'agenda
7. Soutien administratif (et parfois même technique)

Chaque interaction qu'elle mène influence la perception de votre professionnalisme et de la qualité de vos soins.

La secrétaire : relais organisationnel et traductrice du parcours

Chaque minute de votre temps en clinique est précieuse. Mais sans un relais solide, ces minutes peuvent être perdues entraînant en retards, incompréhensions ou stress évitables.



La secrétaire assure la fluidité : planification des rendez-vous, préparation et collecte d'informations essentielles, coordination avec les laboratoires et les assureurs, gestion proactive du suivi.

Absence de secrétariat

Certains choisissent encore de travailler seuls. Bien que ce mode de fonctionnement favorise un contact plus direct avec les patients, il entraîne également de nombreuses interruptions de tâches, ce qui accroît le risque d'erreurs.

Il est important de noter aussi que la secrétaire agit comme traductrice du langage clinique. Là où un patient peut être inquiet de termes comme « empreinte », « prise d'articulé » ou « mise en bouche », la secrétaire peut contribuer à formuler en langage clair. Ce rôle pédagogique réduit l'anxiété et augmente la satisfaction.

En sommes, former et valoriser sa secrétaire permet de :

- réduire la charge administrative
- maintenir la fluidité des soins
- prévenir l'épuisement professionnel
- rehausser la satisfaction et la rétention des patients

Une réponse aux nouveaux défis

Le Régime canadien de soins dentaires (RCSD), encore flou et instable, suscite de nombreuses questions : "Suis-je admissible ?", "Pourquoi y a-t-il des frais additionnels ?", "Pourquoi est-ce si long pour obtenir un rendez-vous ?".

Et bien souvent, ces interrogations ne s'adressent pas d'abord aux denturologistes, mais à la secrétaire, dès l'accueil.

C'est elle qui traduit les conditions, clarifie le processus et rassure sur les démarches. Dans ce contexte,

sa compréhension des plans de traitement et sa maîtrise des étapes requises deviennent essentielles. Elle n'est plus seulement la voix de l'organisation : elle est le fil conducteur de la confiance du patient.

Des leviers concrets pour favoriser la collaboration :

- Réunions d'équipe pour permettre d'aligner les priorités de la journée
- Lexique commun adapté aux patients pour uniformiser les explications
- Observation active des signaux patients : anxiété, incompréhensions, questions fréquentes
- Reconnaissance continue du rôle stratégique de la secrétaire

En conclusion

Dans un environnement en constante évolution, la réussite des denturologistes ne repose plus uniquement sur leur expertise technique. La secrétaire est un maillon important qui soutient tout le parcours patient. Elle influence la perception qu'ont les patients de votre clinique, elle soutient la fluidité organisationnelle et elle incarne un repère de stabilité dans un contexte où les patients sont plus exigeants et les réformes, incertaines.

Investir dans la formation et la reconnaissance de votre secrétaire, c'est investir dans votre réputation, votre efficacité et dans la pérennité de votre pratique. La question n'est donc plus : « Ai-je besoin de ma secrétaire ? » La véritable question est dorénavant : « Comment puis-je lui donner les moyens d'être le levier stratégique de mon succès ? »

À propos de l'autrice

Précillia est une femme de cœur et de convictions, passionnée par l'apprentissage et le développement humain. Présidente et fondatrice de La Brigade Dentaire, elle offre une formation unique aux secrétaires du domaine bucco-dentaire, avec une mission claire : mettre le savoir-être au service de la compétence.

Elle accompagne ses étudiantes et étudiants avec rigueur, bienveillance et dynamisme, afin de les outiller pour exceller dans leur rôle. Son objectif : valoriser et faire rayonner la profession de secrétaire dentaire, en misant sur la collaboration et la performance partagée.

 HENRY SCHEIN®
TRANSITIONS DE CABINETS DE DENTUROLOGIE

Assurez votre legs.

Forgez votre avenir.

Chaque étape de votre carrière de denturologiste mérite une planification réfléchie.

Que vous soyez en pleine croissance, en transition ou que vous vous prépariez à la retraite, nous vous offrons le soutien d'experts pour vous aider à atteindre vos objectifs en toute confiance.

Soutien à la croissance et à l'expansion

Planification stratégique, conseils en matière d'acquisition, améliorations opérationnelles et prévisions financières.

Planification de legs et de transition

Évaluations de cabinet, inscriptions confidentielles, présélection des acheteurs et soutien d'experts pour une transition en douceur qui maximise la valeur.

Prêt à forger votre avenir? **Parlons-en.**



Denis Ouellet

Conseiller de vente de transition et développement commercial

Cour : denis.ouellet@henryschein.ca
Tél. : 418-931-2885 | tierthree.ca

Propulsé par Tier Three. **Conçu pour les denturologistes.**

CIREDBIO
Laboratoire de surveillance
microbiologique des stérilisateurs

Formulaire d'adhésion
CIREDBIO



La stérilisation des instruments dentaires est une étape clé dans un programme de contrôle dans la transmission des infections. L'identification des systèmes de stérilisation non fonctionnels est une mesure obligatoire en vue de limiter les risques de contamination croisée.

C'est pourquoi le CIREDBIO s'associe avec le laboratoire de Microbiologie et bactériologie du CEM afin d'offrir aux denturologistes et autres professionnels de la santé, un service de vérification de leurs stérilisateurs.

Le laboratoire de Microbiologie possède une solide réputation dans le domaine puisqu'il vérifie l'efficacité de l'asepsie pour les denturologistes du Québec depuis plus de vingt ans.

Nous vous invitons donc à vous joindre à nous et à vous associer à un service professionnel simple, afin de protéger et sécuriser vos patients contre le risque de transmission d'infection.

- Vérification mensuelle des stérilisateurs (type chimique et humide)
- Envoi d'un registre des contrôles (document PDF) permettant de suivre le programme
- Émission d'un certificat pour chaque contrôle.
- Assistance et « re-vérification » gratuite d'un test positif.
- Suivi du processus d'analyse du test par courrier électronique.
- Possibilité de recevoir le certificat par courrier électronique

Inscription et paiement en ligne à l'adresse sui- vante :

<http://cired.cegepmontpetit.ca/>

Faire parvenir le formulaire

d'adhésion CIREDBIO

945 chemin de Chambly,
 Longueuil (QC) J4H 3M6
 Casier : 203

ou via notre site
Internet

<http://cired.cegepmontpetit.ca/>

Pour nous rejoindre

France Bélanger d.d
 Tél : (450) 679-2631 # 5093

francel.belanger@cegepmontpetit.ca

Libeller les chèques au nom du CIREDBIO

Nom _____

Adresse _____ Suite _____

Ville _____ Province _____

Code Postal _____ Date _____

Responsable à contacter _____



_() _____

Adresse courriel _____

Visa

MasterCard

carte _____ exp ____/____

Signature : _____

S.V.P. veuillez indiquer pour chaque appareil :

Type et nom du fabricant	# de série	Date d'achat
①		
②		
③		
④		

Choisir l'option désirée :

Nombre de stérilisateurs	Coût Annuel	TPS	TVQ	Total
1 <input type="checkbox"/> 12 contrôles/sté	208.74\$	10.44\$	20.82\$	240\$
2 <input type="checkbox"/> 12 contrôles/sté	313.11\$	15.66\$	31.23\$	360\$
3 <input type="checkbox"/> 12 contrôles/sté	413.13\$	20.66\$	41.21\$	475\$
4 <input type="checkbox"/> 12 contrôles/sté	508.81\$	25.44\$	50.75\$	585\$

Montant à payer

\$

Programme des contrôles microbiologiques pour stérilisateurs



Afficher ce registre près de votre stérilisateur



Registre des contrôles microbiologiques / par stérilisateur



Veillez conserver tous vos certificats



Informations - Valide pour un stérilisateur

<i>Nom du denturologiste:</i>	<i>Nom du responsable de la stérilisation :</i>	
	<i>Nombre de contrôle</i> <input type="checkbox"/> 12	
<i>Date de début du ou des contrôles microbiologiques:</i>	<i>Type de stérilisateur:</i>	<i>No. de série:</i>
	<i>Chaleur humide</i> <input type="checkbox"/>	
	<i>Vapeur chimique</i> <input type="checkbox"/>	

Test	No du test	Date de l'envoi	Résultat du test
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
➤ 12			
➤ Veillez renouveler votre abonnement au CIRED-BIO			

Pour toute information supplémentaire

France Bélanger d.d. (450) 679-2631, poste : # 5093
francel.belanger@cegepmontpetit.ca

Site du formulaire d'inscription : <http://cired.cegepmontpetit.ca/>

CIRED-BIO
945 chemin de Chambly,
Longueuil (Qué)
J4H 3M6 Casier : 203

13^e CONCOURS INTERNATIONAL CANDULOR KUNSTZAHNWERK

Prothèses dentaires complètes au summum de l'esthétique



Odt. Skender Ramadani

Il existe de nombreuses raisons de recourir à la fabrication assistée par ordinateur de restaurations dentaires. Cependant, lorsqu'il s'agit de fabriquer des prothèses dentaires complètes qui se distinguent de l'ordinaire par leur individualité et leur beauté naturelle, les techniques de fabrication conventionnelles restent souvent supérieures encore aujourd'hui. Elles offrent aux professionnels une plus grande flexibilité et la possibilité de mettre à profit leur créativité, ainsi que leurs compétences techniques de manière plus ciblée. Il en résulte des restaurations qui répondent aux attentes esthétiques les plus élevées et contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Une telle restauration devait être réalisée dans le cadre du 13^e Concours International CANDULOR KunstZahnWerk 2023, organisé par Candulor. Le défi consistait à fabriquer une prothèse complète supérieure et inférieures, à support muqueux, sur la base d'une analyse approfondie du modèle.

Les informations fournies comprenaient : un résumé de la situation initiale (voir la section suivante Description du cas), les modèles plâtrés du maxillaire et de la mandibulaire correspondants, la clé de mors physiognomonique, ainsi que les dents prothétiques (PhysioSelect TCR pour le maxillaire, forme 674, teinte A3 ; PhysioSelect TCR pour la mandibulaire, forme 64, teinte A3 ; BonSelect TCR pour le maxillaire et la mandibulaire, forme 04, teinte A3) (voir Figure 1). Le dossier incluait également une image de la prothèse intérimaire, des photos extra-orales récentes de la patiente portant cette prothèse, ainsi qu'une photographie de jeunesse (voir Figures 2 à 5). Enfin, il était précisé que le contact des lèvres avec les dents antérieures maxillaires et celui des joues avec les dents postérieures correspondaient à la clé de mors. L'inclinaison du trajet condylien était indiquée à 45° à droite et 47° à gauche, et la relation *plan de Camper = plan occlusal* était donnée.

Description du cas

La patiente, âgée de 69 ans au début du traitement, portait des prothèses complètes depuis 15 ans. Dans un premier temps, les dents 21, 22, 23, 35 à 42 et 46 avaient pu être préservées et restaurées au moyen de couronnes. Toutefois, les dents du maxillaire ont été extraites au fil du temps, puis celle de la mandibule en raison d'une parodontite avancée. La patiente portait une prothèse de transition depuis deux ans.

Au moment de l'évaluation initiale, aucun antécédent médical significatif n'était rapporté. L'examen clinique a révélé une atrophie prononcée de la mandibule. L'examen clinique a révélé une atrophie avancée de la mandibule, avec une crête quasi inexistante en région 32 à 42, ainsi qu'une leucoplasie au niveau de la crête en région 35. La confection de nouvelles prothèses complètes à support muqueux s'imposait, l'esthétique comme la fonction étant compromises. Les déficiences esthétiques comprenaient une résine peu esthétique de la prothèse de transition (voir Figure 2), une faible visibilité des dents antérieures maxillaires et mandibulaires (voir Figure 3). Sur le plan facial, le tiers inférieur du visage apparaissait réduit en occlusion par rapport à la position de repos, ce qui accentuait l'aspect « pointu » du menton (voir Figures 4 et 5). La mauvaise fonction prothétique était attribuable à une rétention insuffisante, la mastication des aliments n'étant possible qu'avec l'usage d'un adhésif. Il demeure néanmoins peu probable qu'une fonction prothétique satisfaisante puisse être maintenue à la mandibulaire jusqu'à un âge avancé sans le recours aux implants (Concept Marburg « 75+ » de Dr H. Gloerfeld / Dr D. Weber, Marburg).

Objectifs du traitement

Les objectifs de traitement ont été établis en tenant compte des souhaits



Fig. 1 — Ensemble avec les modèles en plâtre, la clé de mors et les dents prothétiques



Fig. 2 — Prothèse de transition avec résine peu esthétique.



Fig. 3 — Image frontale de la patiente avec la bouche fermée en position de repos, bouche ouverte, riant, souriant et avec la bouche fermée en occlusion



Fig. 4 — Vue de profil de la patiente avec la bouche fermée en position de repos et en occlusion



Fig. 5 — Comparaison d'une photo de jeunesse de la patiente avec une image actuelle

de la patiente. Ses priorités concernaient surtout une meilleure rétention et une mastication plus efficace. Elle souhaitait également que les dents antérieures, supérieures comme inférieures, soient davantage visibles et que son menton paraisse moins pointu. En ce qui concerne la forme, la position et la teinte des dents, elle désirait un aspect naturel, adapté à son âge, avec une légère irrégularité.

Sur cette base, la confection de prothèses complètes supérieure et inférieure à support muqueux, entièrement personnalisée, a été planifiée. L'accent a été mis sur le confort, une rétention stable, une fonction masticatoire efficace et le maintien d'une phonation satisfaisante. Afin de

corriger légèrement le menton proéminent, il a été décidé d'augmenter la dimension verticale d'occlusion. L'analyse de la photo de jeunesse (voir Figure 5) a confirmé qu'un simple épaissement vestibulaire en regard de la lèvre inférieure n'aurait pas permis d'obtenir le résultat souhaité. L'augmentation de la dimension verticale offrait, en revanche, une meilleure visibilité des dents antérieures maxillaires, tout en préservant la fonction phonétique.

Assemblage des modèles

Les modèles et les clés de mors fournis ont d'abord été dupliqués afin de permettre l'analyse et la planification détaillée. Les modèles ont



Fig. 6 — Réglage de l'articulateur

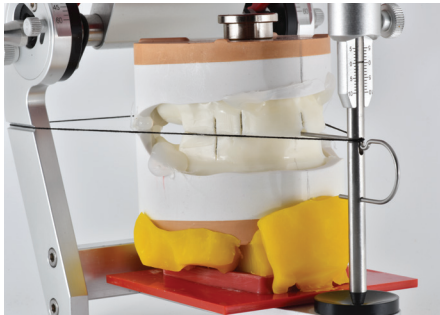


Fig. 7 — Alignement des modèles sur le plan de Camper, visualisé à l'aide d'un élastique

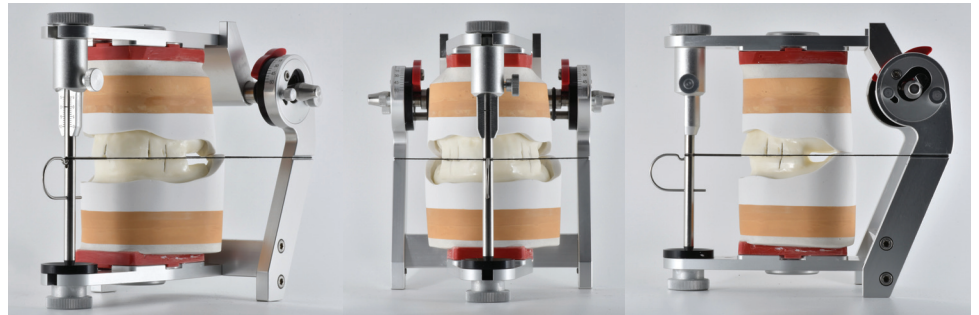


Fig. 8 — Modèles articulés avec la clé de mors

ensuite été montés dans un articulateur (Candulor CA 3.0). Le support de l'articulateur a été réglé à zéro et les trajectoires condyliennes ajustées selon les spécifications (45° à droite, 47° à gauche, voir figure 6). La tige incisive a ensuite été positionnée au centre, à la hauteur de la clé de mors mandibulaire. Elle a servi de repère essentiel pour le positionnement des incisives centrales, qui doivent être montées à la hauteur du plan incisif et en contact mésial avec le guide incisif. Pour transférer le surplomb, une clé en silicone pour les dents antérieures a été utilisée. La visualisation du plan de Camper, coïncidant avec le plan occlusal, a permis de reporter sur le modèle la relation intermaxillaire enregistrée en clinique ainsi que la dimension verticale, à l'aide d'un élastique (voir Figure 7). Ce procédé a permis d'orienter correctement la clé de mors. Pour placer les modèles dans le triangle de Bonwill, il est recommandé de tracer les lignes médianes et les centres des crêtes alvéolaires. Pour la mise en articulés des modèles, l'utilisation d'une pâte à modeler technique (plastiline) stable dimensionnellement est conseillée : elle assure sécurité et précision, tout en facilitant la tâche exigeante d'une articulation exacte (voir Figure 8).

Analyse des modèles

Une analyse minutieuse de l'anatomie à partir des modèles fournis est l'un des prérequis les plus importants pour obtenir des prothèses complètes pleinement fonctionnelles. Elle fournit des informations précieuses sur la position des dents naturelles et permet d'identifier de façon fiable les zones statiquement favorables au montage des dents prothétiques. On s'assure ainsi que la prothèse répondra à de hautes exigences fonctionnelles et esthétiques, tout en évitant les mouvements dysfonctionnels.

Dans le cas présent, l'analyse des modèles a été réalisée selon le concept du professeur Albert Gerber. Dans un premier temps, un faisceau laser,

positionné à un angle de 90° et parallèle à la table (voir Figure 9), a d'abord servi à déterminer la ligne de montage. Un instrument de mesure dédié (gabarit de sections) a ensuite permis de cartographier et d'enregistrer chaque section transversale. Cela permet de vérifier facilement le profil de la voûte dentaire. La crête alvéolaire a ensuite été dessinée avec l'aide d'un compas à profils.

Restait à déterminer si l'analyse devait se baser sur le profil latéral de la crête alvéolaire ou sur son axe central, mesuré à l'aide de l'instrument dédié. Idéalement, les points de contact devraient se situer sur le tracé de la crête pour obtenir une disposition harmonieuse. Or, s'appuyer uniquement sur le profil latéral (relevé au compas à profils) peut, selon les cas, conduire à un résultat irrégulier et compliquer le montage. À l'inverse, le profil central de la crête constitue un repère plus sûr.

Comme le montrent les figures 10 à 12, les lignes et les points importants ont été tracés étape par étape à la fois sur la surface occlusale et sur la surface externe du modèle. Plus les détails sont enregistrés sur les modèles, plus il sera facile dans les étapes suivantes d'identifier la position idéale pour chaque dent et d'agir en conséquence lors du montage. Cela améliore la prévisibilité de l'ensemble du processus.

Montage des dents antérieures

En préparation du montage des dents prothétiques, une base de cire pour le maxillaire et la mandibule a d'abord été créée à partir de la copie de la clé de mors. Les modèles avec bases de cire ont ensuite été réduits dans l'articulateur et la tige incisive a été ouverte de 2 mm. Cette mesure visait à garantir que les dents antérieures du maxillaire deviendraient plus visibles de 1 mm lorsque la relation verticale serait ultérieurement relevée de

1 mm. Tout d'abord, les dents antérieures du maxillaire ont été mises en place à l'aide de la clé de mors, qui a également déterminé la position de la ligne médiane (voir Figures 13 et 14). Les dents prothétiques sélectionnées (PhysioSelect TCR, forme 674, teinte A3), caractérisées par des bords incisifs légèrement translucides avec des mamelons discrets et des effets de crête marginale translucides ont été spécifiquement conçues pour les patients jeunes d'esprit. Le repère fourni par la clé de mors a rapidement montré que les dents étaient un peu trop larges et qu'elles devaient être meulées plus étroites : sans ajustement, leur position optimale aurait conduit à un allongement excessif de l'arcade. Cela aurait entraîné une distalisation indésirable dans la région postérieure et donc une denture incorrecte. Pour monter les dents antérieures inférieures (PhysioSelect TCR, forme 64, teinte A3) à la bonne hauteur d'occlusion, la tige incisive a été réglée à +1 mm par rapport au plan occlusal. Dans un premier temps, la tige incisive a servi de guide pour positionner les dents 31 et 41 (voir Figure 15). Cela a été suivi par les incisives latérales et les canines (voir Figures 16 et 17). L'arcade dentaire ainsi que le contact labial ont été vérifiés à plusieurs reprises avec la clé de mors.

Montage des dents postérieures

Dans la région postérieure, on a utilisé des dents prothétiques BonSelect TCR, forme 04, teinte A3, assorties à la ligne PhysioSelect TCR. Le montage a été réalisé selon le principe d'occlusion dent-à-dent (voir Figure 18). Pour l'arcade inférieure, une attention particulière a été portée à ce que le sillon central des dents postérieures soit aligné sur la ligne de montage (profil sagittal selon l'analyse du modèle). L'analyse de la ligne d'arrêt a montré un espace insuffisant pour les dents 37 et 47, qui n'ont donc pas été montées. Les premières molaires inférieures ont été placées au point le plus bas, afin d'alléger le montage au niveau buccal et d'obtenir une denture harmonieuse. Globalement, la réalisation du montage dent-à-dent s'est avérée simple. Le contact de la joue a été vérifié à plusieurs reprises à l'aide de la clé en silicone et de l'instrument de section transversale (voir Figure 19). L'observation des cuspidés linguales des dents postérieures supérieures a permis d'évaluer la courbe de compensation (voir Figure 20). Enfin, il a été vérifié que les cuspidés linguales des dents postérieures inférieures s'inséraient correctement dans les fosses des antagonistes (voir Figure 21).

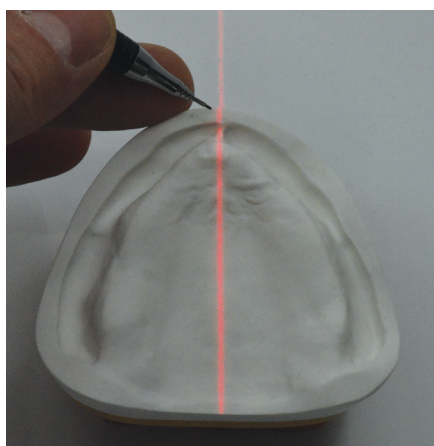


Fig. 9 — Utilisation du laser dans l'analyse des modèles

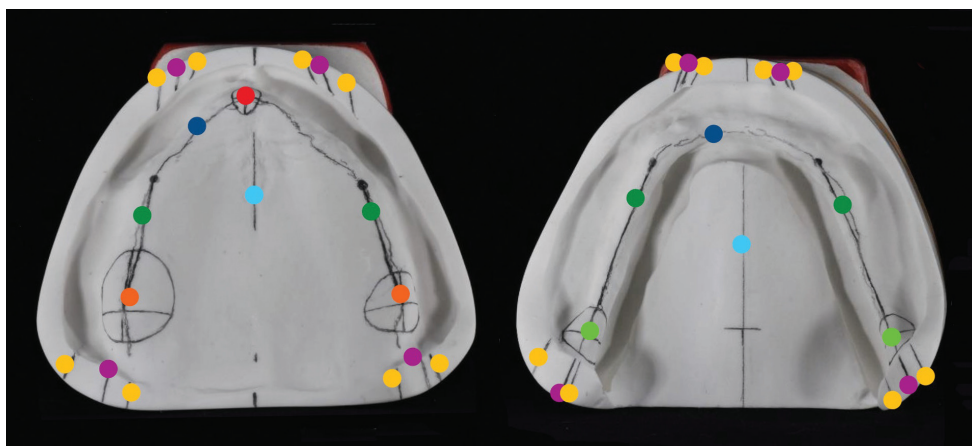


Fig. 10 — Lignes et points tracés au crayon. Codage couleur : papille incisive : rouge, profil de la crête alvéolaire : bleu foncé, profil du centre de la crête alvéolaire : vert foncé, tubérosité maxillaire : orange, ligne de mise en place : violet, centre du modèle : bleu clair, correction interne et externe : jaune, tubercule rétromolaire : vert clair.



Fig. 11 — Modèles avec lignes et points d'orientation dessinés ainsi qu'à côté de l'articulateur.

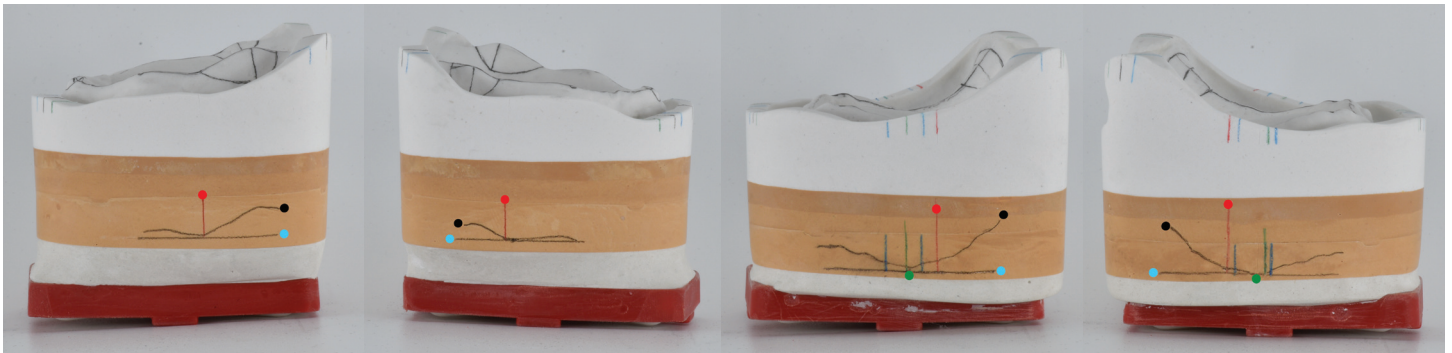


Fig. 12 — Vue latérale des modèles du maxillaire et de la mandibule : profil de la crête alvéolaire latérale sur la surface externe du modèle : noir, tangente parallèle au plan occlusal : bleu clair, position de l'unité masticatrice la plus grande sur le centre de la crête alvéolaire avec plage de tolérance : vert foncé et ligne d'arrêt (début de la pente inclinée) : rouge.

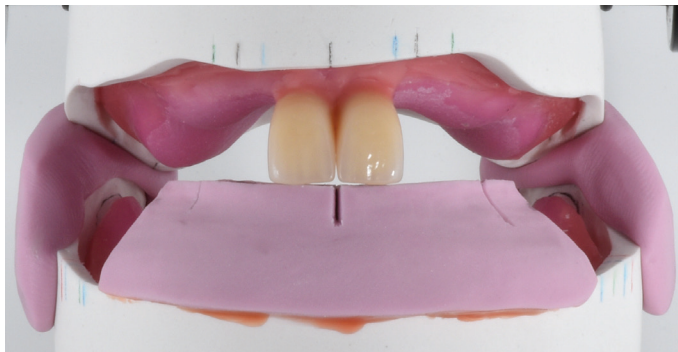


Fig. 13 — Montage des incisives centrales supérieures



Fig. 14 — Montage de toutes les dents antérieures supérieures

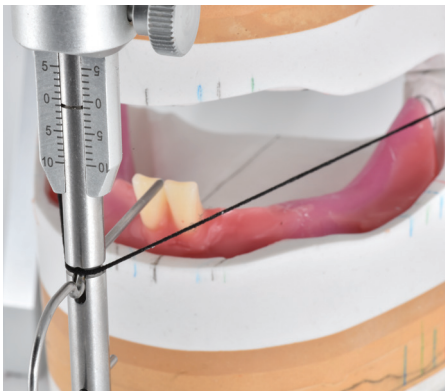


Fig. 15 — Montage des dents 31 et 41 avec orientation par rapport à la tige incisive

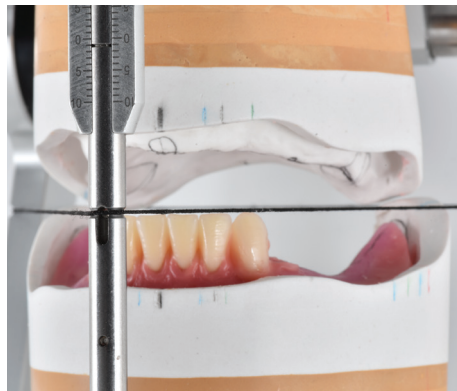


Fig. 16 — Montage des dents antérieures inférieures



Fig. 17 — Montage complet des dents antérieures inférieures

Occlusion statique

Comme décrit lors de l'assemblage des modèles, la dimension verticale a été augmentée de 1 mm en région incisive, ce qui a entraîné une augmentation d'environ 0,5 mm en région molaire. D'après les données concernant la distance minimale de phonation avec la prothèse de transition (sans contact, importante : 5 à 6 mm), on peut supposer que cet ajustement permettait encore de conserver un espace libre suffisant pour la phonation (notamment lors de la prononciation des sons « S »), sans effet négatif sur l'articulation verbale. Par ailleurs, le positionnement des points de contact directement sur la crête alvéolaire a assuré une stabilité

masticatoire autonome. Dans le montage dent-à-dent, les cuspidés porteuses jouent un rôle déterminant : il s'agit des cuspidés linguales des deuxièmes prémolaires supérieures et des cuspidés mésio-linguales des premières molaires supérieures. Celles-ci s'insèrent dans les fosses de leurs antagonistes respectives (voir Figures 22 et 23). Idéalement, le point de contact des premières prémolaires inférieures est buccal. Dans ce cas, il a dû être déplacé vers le côté lingual, faute de quoi le contact buccal prévu par la clé de mors n'aurait pas pu être obtenu. Il n'a toutefois pas été possible d'établir une occlusion statique pleinement fiable.

Occlusion dynamique

L'objectif initial était d'éviter tout contact antérieur en protrusion. Comme cela n'a pas été possible, des contacts de glissement ont été tolérés. Les contacts résiduels, après le meulage des guides, ont été réduits. Cela a été réalisé au niveau lingual des bords incisifs des dents antérieures supérieures et au niveau labial des bords incisifs des dents antérieures inférieures, sans réduction de la longueur des dents. En latéralité, un équilibre bilatéral parfait a été obtenu, aussi bien du côté travaillant que du côté balançant, incluant une guidance canine (voir Figures 24 et 25). En rétrusion, les contacts ont été établis de façon à être aussi nombreux que possible (voir Figure 26).

Modélisation

Après la vérification finale de tous les points de contact, la base en cire a été modelée. Sa forme a été déterminée à partir des informations issues de l'analyse du modèle. La morphologie des surfaces a ensuite été façonnée de la manière la plus naturelle possible (voir Figures 27 à 30). Il est important de consacrer du temps à cette étape, car elle facilite considérablement la réalisation définitive de la prothèse.

Réalisation et finition des prothèses

Ma propre expérience démontre que les étapes suivantes ont une influence déterminante sur le succès du traitement. Un traitement adéquat de



Fig. 18 — Montage des dents postérieures



Fig. 19 — Utilisation de l'instrument de section transversale pour vérifier le contact de la joue



Fig. 20 — Vue occlusale des dents du maxillaire



Fig. 21 — Vue occlusale des dents de la mandibule



Fig. 22 — Dentition dans la région postérieure : quadrants 2 et 3



Fig. 23 — Dentition dans la région postérieure : quadrants 1 et 4



Fig. 24 — Contacts en latéralité vers la gauche.



Fig. 25 — Contacts en latéralité vers la droite.



Fig. 26 — Contacts pendant la rétrusion.



Fig. 27 — Modelage en cire complété



Fig. 28 — Surfaces buccales naturellement modelées

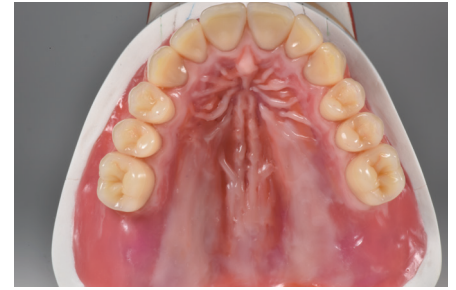


Fig. 29 — Modelage en cire de la prothèse complète supérieure, vue occlusale



Fig. 30 — Modelage en cire de la prothèse complète supérieure, vue palatine



Fig. 31 — Modèle dans le moufle

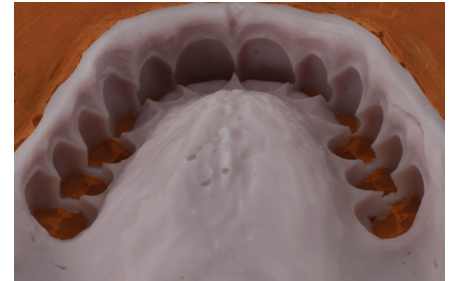


Fig. 32 — Clé en silicone préparée sur le modelage en cire



Fig. 33 — Vue basale de la clé en silicone intégrée avec les dents prothétiques



Fig. 34 — Prothèse mandibulaire dans le moufle



Fig. 35 — Vue frontale des prothèses complètes supérieure et inférieure terminées sur le modèle inférieur



Fig. 36 — Vue latérale des prothèses complètes terminées



Fig. 37 — Vue frontale des prothèses complètes terminées



Fig. 38 — La restauration finale

l'acrylique crée les conditions nécessaires à une surface de haute qualité, un facteur décisif pour la longévité des prothèses. Cela est essentiel non seulement pour la satisfaction à long terme des patients, mais aussi pour notre conscience professionnelle.

Dans le cas présent, les prothèses complètes définitives à support muqueux ont été réalisées selon la technique de mise en moufles à la presse (voir Figures 31 à 33). Les modélisations ont été investies dans les moufles, puis pressées. La caractérisation a ensuite été effectuée avec du PMMA

MARKETING PAR COURRIEL

C'est ce qu'on fait de mieux

plutôt qu'avec un composite. Les dents en résine choisies n'ont pas nécessité de fraisages de rétention supplémentaires : elles ont simplement été sablées au niveau cervical, dans les zones recouvertes d'acrylique rose.

La finition des prothèses a clairement mis en évidence la valeur des matériaux Candulor utilisés. Ils permettent d'atteindre, à mon sens, un niveau de qualité et d'esthétique difficilement accessible dans un flux de travail numérique. Les figures 34 à 38 présentent les prothèses terminées.

Conclusion

Ce cas illustre parfaitement qu'il est possible de réaliser des prothèses complètes répondant aux plus hautes exigences fonctionnelles et esthétiques. Une planification minutieuse et la maîtrise des techniques de fabrication analogues, du montage à la finition, permettent d'atteindre un niveau esthétique difficilement égalable avec les technologies numériques. Le recours à un protocole traditionnel est grandement facilité par l'utilisation de matériaux innovants et de haute qualité, tels que ceux proposés par le spécialiste en prothèse Candulor.

Certains lecteurs pourront juger la méthode décrite ici dépassée. Pourtant, il y aura toujours des patientes et patients pour qui la personnalisation et la beauté comptent tout particulièrement. Même à l'avenir, cette demande assurera la pérennité des prothèses confectionnées manuellement. Offrir à ces patients une solution véritablement sur mesure demeure pour moi un engagement essentiel.

Dans cet article, nous faisons référence au schéma dentaire : FDA (Fédération Dentaire Internationale / DIN EN ISO 3950:2016-09).

À propos de l'auteur

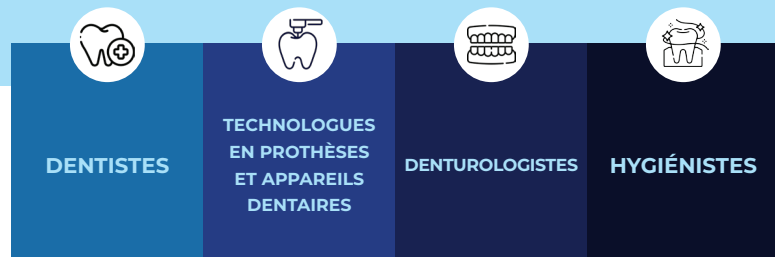
Skender Ramadani, Schlieren (Suisse)

Skender Ramadani a réussi sa formation de technicien dentaire en 2007. Depuis lors, il a travaillé dans divers laboratoires dentaires en Suisse, a connu tout le spectre de la technologie dentaire et suit régulièrement des formations complémentaires. En raison de sa passion pour la prothèse, il a participé plusieurs fois au concours CANDULOR KunstZahnWerk, où il a remporté la première place en 2013 et la deuxième place en 2023. Dans le concours "Das Goldene Parallelometer" (Le parallélogramme d'or), il a pris la 13e place en 2014, ce qui en fait le meilleur participant de Suisse.

Lauréat du concours CANDULOR KunstZahnWerk 2023 : Prix CANDULOR en argent (2e place) et troisième meilleure documentation

Dentistes Technologues en prothèses et appareils dentaires
Denturologistes Hygiénistes

Base de données de courriels approuvée par la LCAP de PMG (y compris le Québec) pour atteindre le marché dentaire canadien ciblé de votre choix :



Protocoles simplifiés pour les enregistrements finaux des prothèses complètes numériques



Dr Evangelos Rossopoulos
DDS, Cert. Prosth.

Il y a plus de dix ans, les « prothèses numériques » ont fait leur entrée dans la communauté dentaire. La méthode initiale consistait à produire une base fraisée dans laquelle les dents étaient insérées et collées dans des réceptacles préformés. Cette méthode originale nécessitait toujours des empreintes finales individuelles réalisées selon les techniques conventionnelles. À l'aide de plaques bases, la dimension verticale et la relation intermaxillaire étaient établies. Toutes ces données étaient ensuite numérisées et intégrées dans des logiciels spécialisés. Grâce à une programmation complexe, la position des dents était définie, puis la prothèse était fraisée et assemblée. Ce protocole a permis d'envisager la possibilité d'une « prothèse en deux jours ». Toutefois, la procédure restait complexe, exigeante sur le plan technique et peu attrayante pour de nombreux praticiens. L'adoption n'a donc pas été aussi large qu'espéré (voir Figure 1). Avec le temps, plusieurs des limites et difficultés initiales ont été surmontées. Aujourd'hui, une multitude de systèmes CAD/CAM sont offerts par diverses compagnies, ce qui démontre que la technologie des prothèses numériques occupe désormais une place prometteuse comme alternative à la méthode traditionnelle de fabrication. Les récents progrès en impression 3D et les flux de travail innovants, que l'on peut réaliser soi-même ou confier en sous-traitance, viennent encore renforcer notre capacité à servir les patients dans un environnement numérique (voir Figure 2).

Pour la pratique prothétique, cette technologie a représenté une occasion unique de simplifier la manière dont nous fabriquons des prothèses pour les patients édentés. Sous différentes formes, elle est utilisée depuis environ huit ans. Bien qu'elle ne convienne pas à tous les cas, nous estimons qu'environ 80 % des patients peuvent en bénéficier. Ses avantages sont nombreux :

1. Réduction du travail de laboratoire



Fig. 1 — Assemblage de porte-empreintes utilisé dans le protocole initial de prothèse numérique

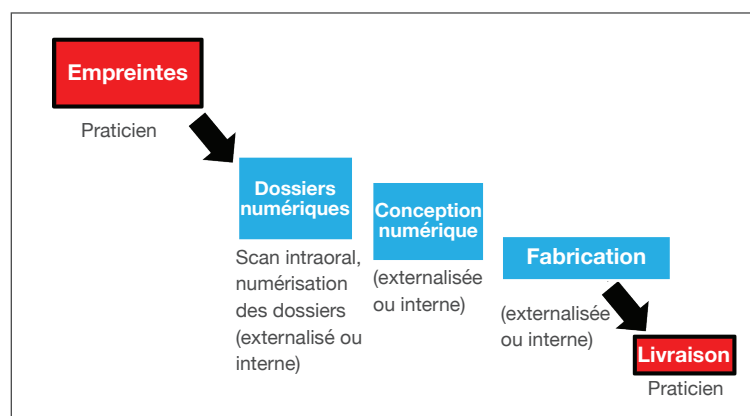


Fig. 2 — Diagramme du flux de travail actuel. Les étapes en bleu peuvent être réalisées au cabinet ou en sous-traitance

2. Gain de temps et diminution du nombre de rendez-vous
3. Conservation des dossiers numériques pour un usage futur ou une reproduction immédiate
4. Élimination des variations dimensionnelles propres aux procédés conventionnels (rétraction de la résine acrylique).

La possibilité d'offrir une prothèse, souvent en seulement deux séances, notamment à nos patients âgés, constitue un avantage majeur et un véritable moteur de croissance pour la pratique. Dans nos cliniques,

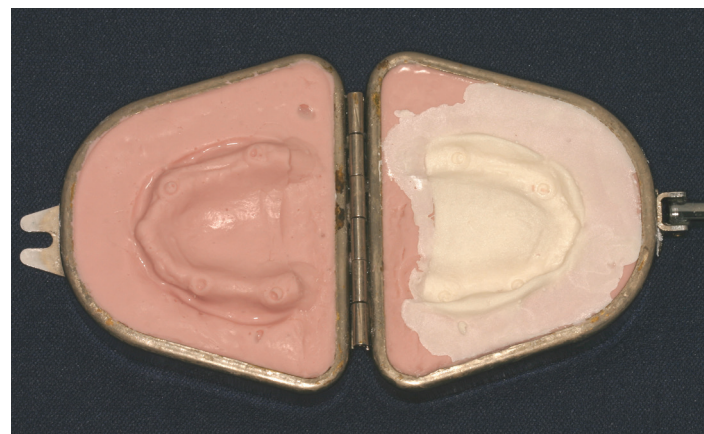


Fig. 3 — Duplication de la prothèse existante du patient



Fig. 4 — Appuis tissulaires et zones de décharge pour matériau d'empreinte

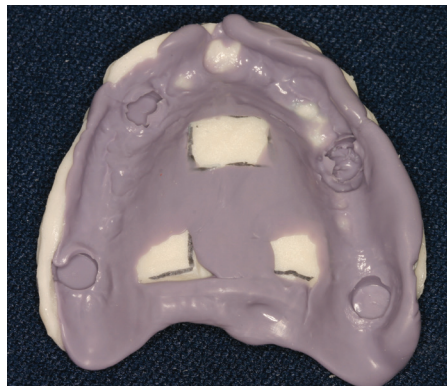


Fig. 5 — Empreinte initiale avec silicone de haute viscosité

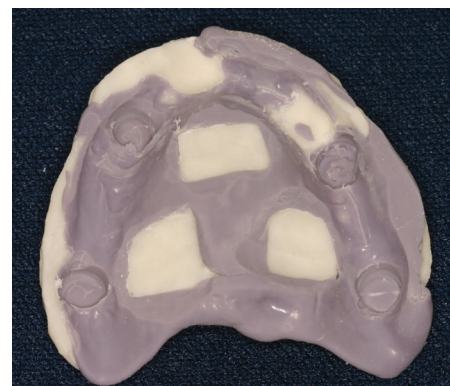


Fig. 6 — Soulagement des appuis et zones de surépaisseur

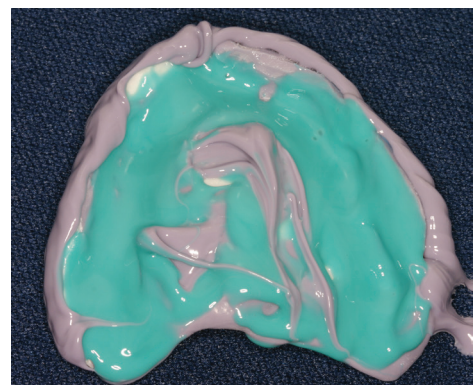


Fig. 7 — Application du matériau d'empreinte sur le duplicata

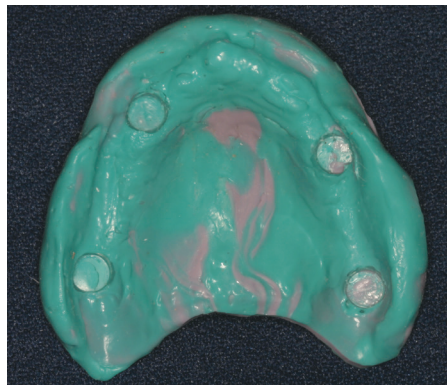


Fig. 8 — Empreinte finale



Fig. 9 — Enregistrement d'occlusion

quatre protocoles de fabrication de prothèses complètes numériques sont actuellement employés et seront présentés dans cet article.

Méthode de duplication de prothèse

Si le patient possède déjà une prothèse, on utilise la « technique de duplication ». Un duplicata est réalisé à partir de la prothèse existante à l'aide d'un duplicateur standard (Denture Duplicator – Lang Dental Manufacturing Company, Inc.) (voir Figure 3). Du matériau alginate est placé dans le moufle, puis de la résine acrylique est coulée dans l'empreinte. Une fois la polymérisation terminée, le duplicata est retiré du moufle et ajusté. Lors de l'ajustement, un dégagement est prévu pour accueillir le matériau d'empreinte final, tandis que certaines zones sont laissées intactes pour servir d'appuis tissulaires (voir Figure 4).

Un silicone de haute viscosité est ensuite utilisé pour réaliser l'empreinte initiale et stabiliser le duplicata (voir Figure 5). Les appuis tissulaires et les zones de surépaisseur sont alors soulagés (voir Figure 6). Une fine couche de silicone fluide est appliquée sur la surface interne et du silicone de haute viscosité est placé en périphérie (voir Figure 7). La modélisation des bords est réalisée à ce stade et l'empreinte finale est obtenue (voir Figure 8). Au besoin, une couche finale utilisant un silicone fluide peut être réalisée, en veillant à ne pas modifier la dimension verticale établie ni repositionner la prothèse. Un enregistrement d'occlusion est ensuite réalisé. Dans le cas d'un édentement unitaire, il n'est pas nécessaire d'effectuer une empreinte antagoniste, à condition que l'enregistrement reflète fidèlement les rapports occlusaux (voir Figure 9).



Fig. 10 — Taillage de l'enregistrement pour exposer les dents



Fig. 11 — Marquage de la nouvelle ligne médiane souhaitée



Fig. 12 — Première insertion avec spray de contrôle de pression



Fig. 13 — Premiers marquages occlusaux à l'insertion



Fig. 14 — Boîtiers fixés dans la base prothétique



Fig. 15 — Image finale intra-orale

L'enregistrement est ensuite taillé de manière à exposer les surfaces dentaires et guider le montage virtuel (voir Figure 10). En cas de corrections nécessaires (par exemple, un décalage de la ligne médiane), celles-ci sont indiquées directement sur le duplicata, notamment par le tracé d'une rainure correspondant à la ligne désirée (voir Figure 11). Après le montage virtuel et le fraisage, les prothèses sont insérées lors de la deuxième séance. Grâce à l'élimination des distorsions liées aux procédés conventionnels, une bonne adaptation et une occlusion initiale satisfaisante sont généralement obtenues (voir Figures 12 à 15).



Fig. 16 — Bourrelet de cire antérieur pour augmenter la dimension verticale d'occlusion



Fig. 17 — Enregistrement d'occlusion. L'index de cire visible indique l'ouverture de la dimension verticale



Fig. 18 — Empreinte finale

Méthode utilisant la prothèse existante

Dans certains cas, la prothèse actuelle du patient peut servir de base à la future construction. Si elle est relativement bien ajustée, elle fait office de porte-empreinte. Lorsque la dimension verticale doit être augmentée, un petit bourrelet de cire est placé en zone antérieure afin de créer un appui tissulaire à la dimension verticale souhaitée (voir Figure 16). Cela facilite la réalisation de l’empreinte et de l’enregistrement dans la position correcte (voir Figure 17).

Une empreinte avec modelage des bords est alors effectuée, en utilisant la prothèse existante positionnée dans la nouvelle relation occlusale (voir Figure 18). La prothèse est ensuite scannée, nettoyée et restituée au patient. Après le processus de numérisation et de fraisage, la nouvelle prothèse numérique est insérée lors de la deuxième séance (voir Figures 19 à 21).

Méthode fonctionnelle

La méthode fonctionnelle consiste à utiliser les prothèses existantes en y appliquant un matériau de rebasage temporaire (conditionneur de tissus). Le patient porte alors ses prothèses pendant une durée déterminée, selon le type de matériau utilisé. Cette technique, bien qu’elle exige une visite supplémentaire pour la mise en place du rebasage, est généralement très efficace (voir Figures 22 et 23).

Lors de la deuxième séance, un enregistrement d’occlusion est réalisé et taillé de manière à exposer les surfaces des dents (voir Figure 24). Les prothèses sont ensuite scannées, nettoyées puis restituées. Les prothèses numériques définitives sont insérées lors de la troisième visite (voir Figures 25 à 29).



Fig. 19 — Prothèse finale fraisée d’un seul bloc, vue occlusale



Fig. 20 — Surface interne de la prothèse finale



Fig. 21 — Prothèse finale, vue intra-orale



Fig. 22 — Prothèse maxillaire rebasée avec un conditionneur de tissu (Coe Comfort, GC America Inc.)



Fig. 23 — Prothèse mandibulaire rebasée avec un conditionneur de tissu



Fig. 24 — Enregistrement d’occlusion



Fig. 25 — Prothèse maxillaire finale, surface interne



Fig. 26 — Prothèse maxillaire finale, surface occlusale



Fig. 27 — Prothèse mandibulaire finale, surface interne. Les boîtiers Locator (ZEST Anchors LLC) ont été intégrés intraoralement avec du Pattern Resin LS (GC America Inc.)



Fig. 28 — Prothèse mandibulaire finale, surface occlusale. Extensions acryliques au niveau du rebord buccal pour aider un patient âgé à retirer la prothèse



Fig. 29 — Prothèses finales, vue intra-orale



Fig. 30 — Gabarit maxillaire adapté sur modèle



Fig. 31 — Gabarit mandibulaire adapté sur modèle

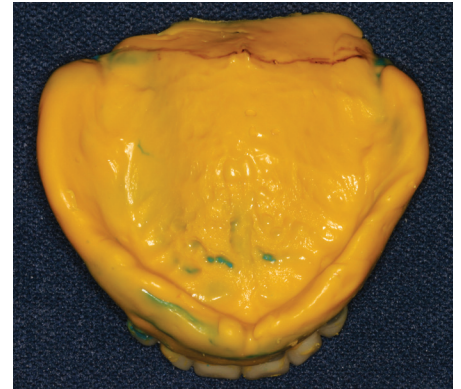


Fig. 32 — Empreinte maxillaire finale



Fig. 33 — Alignement du gabarit pour positionner correctement les dents lors de l'empreinte



Fig. 34 — Empreinte mandibulaire finale



Fig. 35 — Enregistrement d'occlusion. Notez la modification des incisives maxillaires pour ajuster le bord incisif

Prothèses thermoplastiques préformées

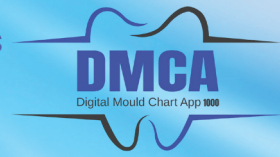
Chez les patients totalement édentés ne possédant pas de prothèse, on peut recourir à des gabarits thermoplastiques (Good Fit Denture trays, Good Fit Technologies, LLC) (voir Figures 30 et 31). Après avoir choisi la taille appropriée et adapté le gabarit à la crête du patient, une empreinte maxillaire finale est réalisée, en veillant à positionner les dents de façon idéale (voir Figures 32 et 33). Une attention particulière est portée au tracé de la ligne médiane, à la position des bords incisifs et au plan d'occlusion.

L'empreinte mandibulaire est ensuite réalisée (voir Figure 34), tout

en ajustant la dimension verticale et en recherchant la meilleure intercuspitation avec le gabarit maxillaire. Si nécessaire, le bord incisif du gabarit maxillaire peut être modifié (voir Figure 35). Après équilibrage occlusal, un enregistrement d'occlusion est effectué et les données sont numérisées.

À la deuxième séance, des prothèses d'essai bio-fonctionnelles maxillaire et mandibulaire (AvaDent, Global Dental Science) sont insérées (voir Figure 36). Il s'agit de duplicatas fraisés en résine polyméthacrylate de méthyle (PMMA) teintée couleur dent, qui servent de prothèses d'essai pleinement

Découvrez une nouvelle façon plus intelligente de choisir vos formes de dents



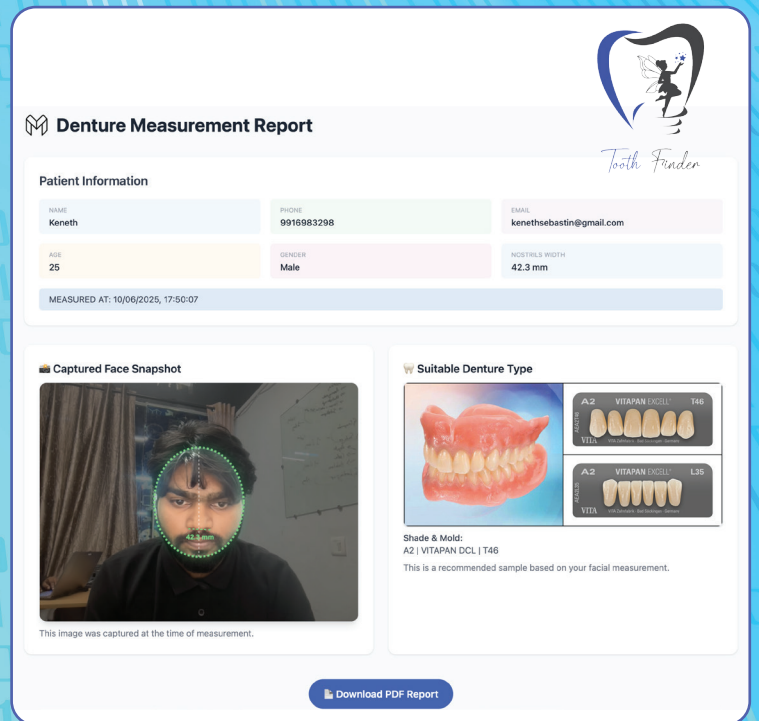
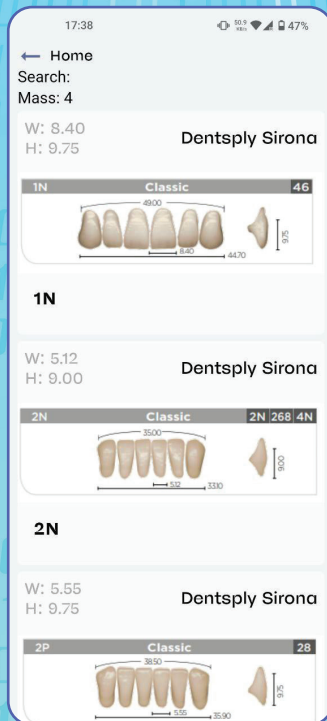
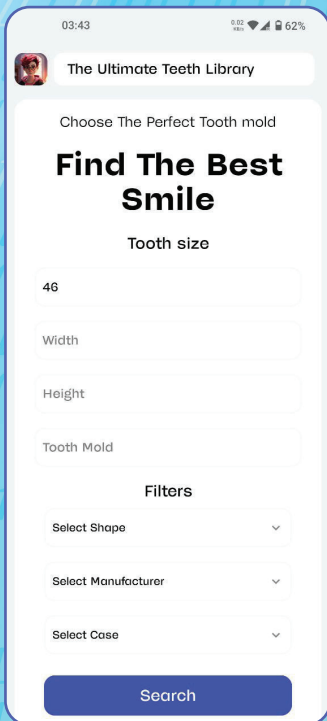
Découvrez l'application Tooth Finder de DMCADENT

Propulsée par l'IA

Fini les catalogues de formes à feuilleter.

Place à une sélection rapide, précise et en temps réel au fauteuil.

- Laissez l'application faire le travail : utilisez n'importe quelle caméra pour trouver la forme idéale des dents antérieures (supérieures ou inférieures) et les postérieures assorties – il suffit de pointer et cliquer
- Ou entrez simplement les données biométriques (hauteur du sourire, forme du visage, largeur interalaire indiquée sur l'enregistrement de l'occlusion) – l'application s'occupe du reste
- Impliquez votre patient dans le choix en temps réel
- Fonctionne sur iPhone, Android et ordinateur
- Reliée à une bibliothèque numérique complète de formes
- Compatible avec vos fournisseurs de dents préférés
- Fini les approximations. Fini le désordre.



Visitez notre site Web pour en savoir plus

dmcadent.com

Bientôt disponible sur l'App Store d'Apple !

GAGNEZ DU TEMPS. GAGNEZ EN CONFIANCE. AMÉLIOREZ LES RÉSULTATS.

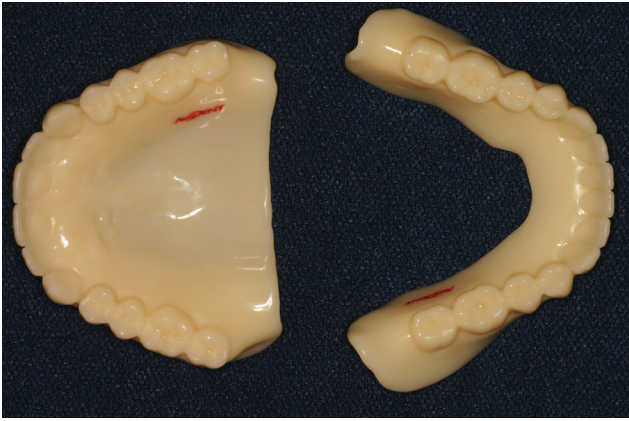


Fig. 36 — Prothèses d'essai



Fig. 37 — Prothèses d'essai en bouche



Fig. 38 — Prothèse maxillaire finale avec marquages occlusaux



Fig. 39 — Prothèse mandibulaire finale avec marquages occlusaux



Fig. 40 — Prothèses finales, vue intra-orale

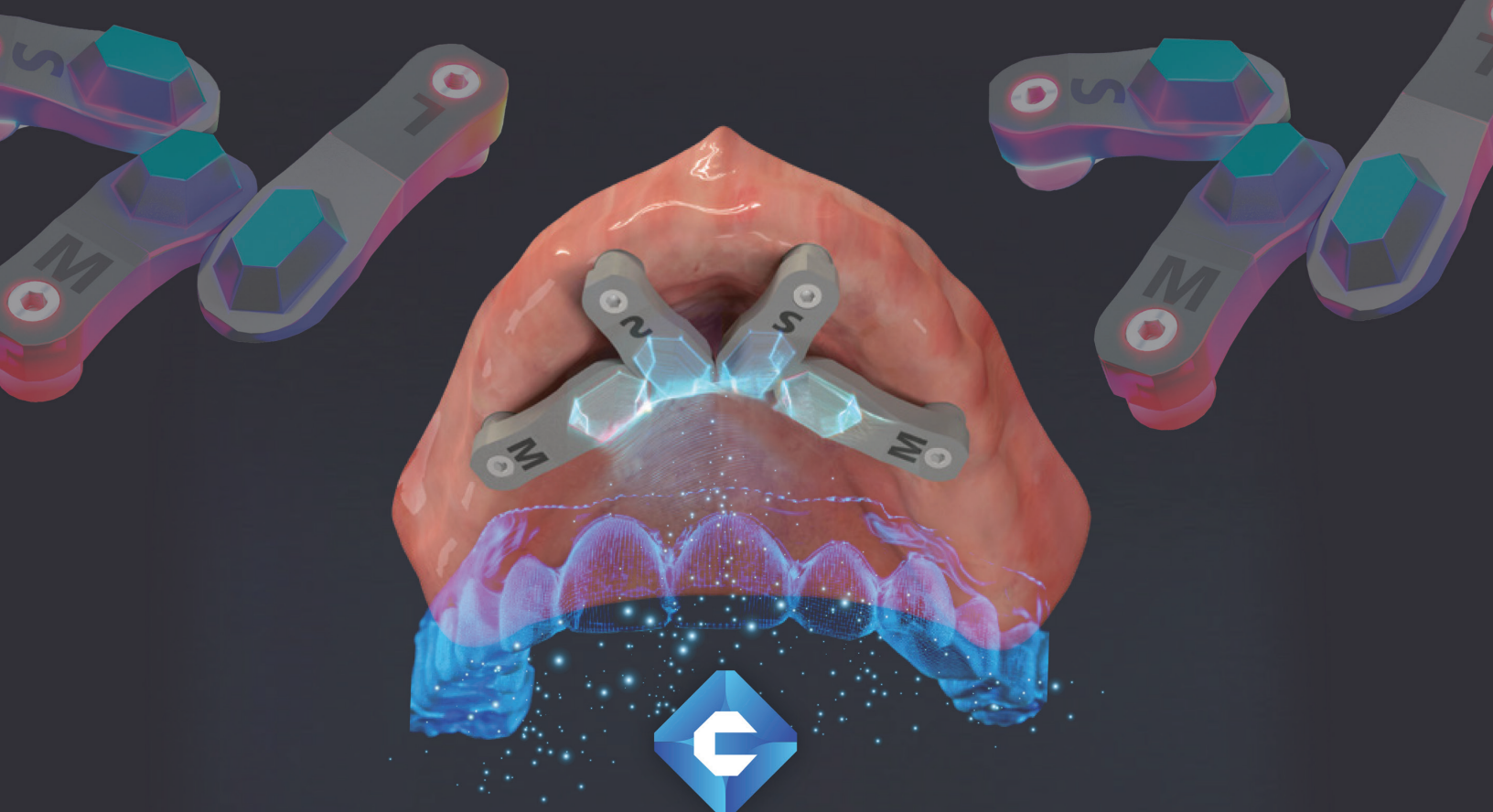
fonctionnelles. Le patient peut les emporter et les porter pendant une période déterminée afin de valider la fonction, l'occlusion, la phonétique et l'esthétique (voir Figure 37). En cas de corrections nécessaires, elles sont intégrées au terme de cette phase d'essai, avant la fabrication des prothèses finales (voir Figures 38 à 40).

Comme mentionné précédemment, ces protocoles nous permettent de traiter les patients édentés de manière très efficace. En adaptant l'un de ces protocoles de base, il est possible de concevoir une prothèse entièrement personnalisée, répondant aux besoins et attentes propres à chaque patient. Grâce aux avancées technologiques et aux possibilités accrues de personnalisation, les prothèses numériques continueront d'évoluer et d'optimiser la prise en charge des patients édentés.

À propos de l'auteur

Dr Evangelos Rossopoulos DDS, Cert. Prosthodont.

- Président élu, American Prosthodontic Society, Chicago, IL
- Professeur adjoint clinique à l'Eastman Institute of Oral Health, Rochester NY
- Enseignant clinicien, Community Based Dental Education à la UCLA School of Dentistry
- Exercice privé en prothèse dentaire à Whittier, Corona et Huntington Beach, Californie



ioConnect™

Détection facile des piliers multi-unitaires avec votre iOS

Piliers multi-unitaires compatibles Nobel Biocare et SRA Straumann



Système ouvert

Compatible avec tout logiciel de CFAO dentaire pour l'importation de données et la conception.



Détection facile des piliers multi-unitaires avec votre iOS

Donnez à votre SIO (scanneur intra-oral) existant la capacité d'obtenir le même flux de travail de photogrammétrie.



Zone de numérisation minimisée

Concentrez-vous sur le balayage de la zone bleue uniquement afin de réduire les erreurs de numérisation. Accès facile et temps de balayage réduit.



Toutes les options offertes

Plusieurs tailles (P, M, G) sont offertes pour vous permettre de choisir selon la position de l'implant et l'anatomie de chaque patient.

www.swissnf.com

1.800.387.5031 | 905.479.2500 www.swissnf.com

Ivotion®

Système de prothèse dentaire

Peter Anastasia

Directeur de Denture Health Care Prothésiste dentaire, technicien dentaire, certifié sur le système BPS, prothèses mandibulaires complètes maintenues en place par succion

« Le système de prothèse dentaire Ivotion intègre l'expertise de longue date d'Ivoclar en matière de prothèses amovibles, qu'il s'agisse de matériaux et d'instruments de qualité éprouvée ou de processus de fabrication précis. C'est tout ce dont j'ai besoin pour réaliser des prothèses dentaires de précision qui dépassent les attentes de mes patients en matière de qualité. »



En savoir plus sur Ivotion!

ivoclar.com
Making People Smile

ivoclar