

Fibre de verre collée : une alternative dans de nombreux cas

De quelques situations cliniques transitoires et d'un moyen simple, économique et reproductible de les accompagner.

Comme son titre, emprunté aux *miscellanées*, l'indique, cet article n'a aucune prétention scientifique à l'objectivité ou à l'exhaustivité. Il propose simplement une technique originale applicable à des situations elles-mêmes singulières. À chacun d'en distinguer les limites ou de les expérimenter.

Les « fibres de verre » sont des composites renforcés de fibre de verre (CRFs). Elles sont vendues sous forme de brins photopolymérisables, disponibles en trois diamètres selon l'indication : contention post-orthodontique (*Everstick ortho*), attelles parodontales ou post-traumatiques (*Everstick paro*) ou restauration de dents antérieures ou postérieures (*Everstick bridge*).

Une mise en œuvre immédiate au fauteuil, relativement simple.

De par leur résistance et leur relative ductilité, les fibres de verre composites offrent des alternatives intéressantes dans de nombreuses et diverses situations cliniques non stabilisées. Cet intérêt réside, pratiquement, dans une mise en œuvre immédiate au fauteuil, relativement simple, et peu onéreuse. Cliniquement, elles permettent une préservation maximale des dents concernées et ménagent les possibilités de toute décision thérapeutique ultérieure. Elles sont donc une solution de choix pour accompagner les situations transitoires de l'enfance,



l'auteur

Dr Philippe
ROSENZWEIG



- Docteur en chirurgie dentaire
- CES d'orthopédie dento-faciale
- Membre du GRF et d'Euméria

de l'adolescence, de la sénescence ; ou post-traumatiques, ou bien encore dans les temporisations pré-implantaires - de la phase d'ostéointégration à l'expectative face aux phénomènes de croissance dans les édentements antérieurs. De plus, leur relative fragilité, par rapport aux dispositifs prothétiques à vocation définitive, est compensée par la possibilité de réparations simples et rapides.

1 - ATTELLE ORTHODONTIQUE

Cas des Drs Valérie Romain et Franck Moatty ; (Fig.1 à 7b)

C'est l'attelle de base quant à la technique. Outre ses qualités esthétiques par rapport à l'attelle métallique, elle assure la contention dans les trois plans, alors que les rotations restent possibles autour d'un fil métallique qui ne colle ni au composite ni aux dents.

Après la pose de la digue et d'une matrice en distal des canines, on sable les faces linguales et les interstices proximaux vestibulaires. Le mordantage et l'adhésif sur ces mêmes surfaces précèdent l'application et la polymérisation d'une goutte de *flow* interproximal nécessaire à la rétention des fils de soie lors de la ligature de l'attelle.

Puis une couche de *flow* est déposée en lingual, l'attelle y est présentée, plaquée par ligature et une prépolymérisation est effectuée. Les fils de placage sont déposés avant polymérisation complète. L'attelle doit ensuite être recouverte d'un composite type émail postérieur (EF2 de Bisico) pour être chimiquement (*hydrolyse*) et mécaniquement protégée. Cet enrobage est soigneusement poli, puis glacé après polymérisation.

Une solution de choix pour accompagner les situations transitoires de l'enfance.



► **clinique** : Dr Philippe ROSENZWEIG
CONTENTION



Fig.1 et 2 : Champ étanche.

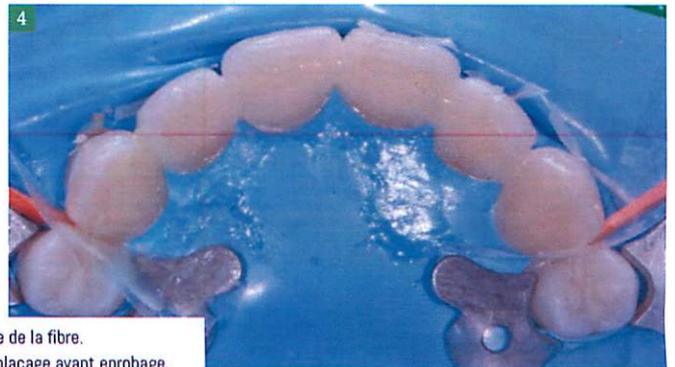
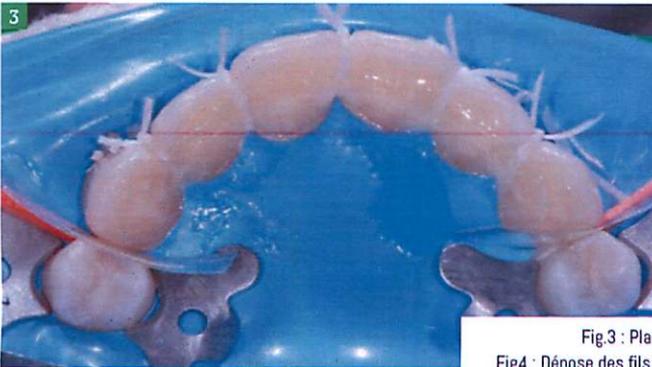
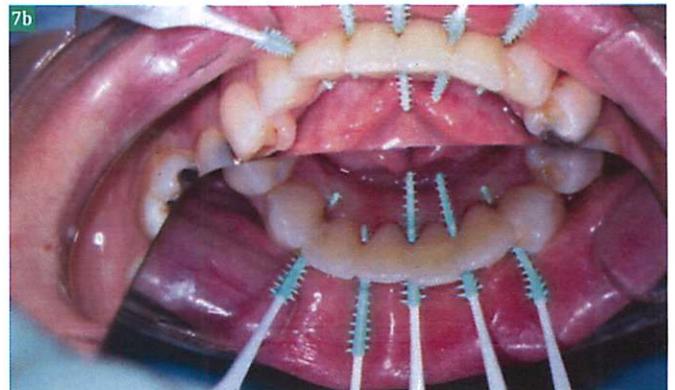


Fig.3 : Placage de la fibre.
Fig.4 : Dépose des fils de placage avant enrobage.



Fig.5 : Fibre enrobée de composite « émail ». Fig.6 et 7a : Résultat clinique immédiat.
Fig.7b : Impératif parodontal après la pose.



► **clinique :** Dr Philippe ROSENZWEIG
CONTENTION

**2 - AGÉNÉSIE INCISIVE
SUPÉRIEURE ET
MICRODONTIE**

*Cas des Drs Romain, Moatty et
Christophe (orthodontie) ; (Fig.8 à 16)*
La technique trouve ici toute sa pertinence. Elle répond d'un même geste aux impératifs post-orthodontiques de contention, esthétiques, fonctionnels et d'accompagnement de la croissance résiduelle avant toute décision de compensation implantaire. On ajoute ici, aux étapes standards précédentes, les stratifications de 12 absente et 22 dysmorphique.

**Temporisation
dans des cas
de parodontie
terminale.**

Fig.8 à 11 : État initial.
Fig.12 à 16 : Résultat clinique immédiat.





Fig.17, 18 : État initial.

3 - ATTELLE PARODONTALE

Cas des Drs Romain et Moatty ;
(Fig.17 à 20)

Si l'on veut invoquer un argument de plus en faveur de la temporisation dans ces cas de parodontie terminale, on peut ajouter que le patient, Raphaël, partait

pour une transatlantique et ne souhaitait pas arriver édenté « de l'autre côté ».

4 - BRIDGE CRF DIRECT

Cas du Dr Philippe Rosenzweig ;
(Fig.21 à 25)

Une patiente de 41 ans souhaite le

remplacement par une prothèse fixe de sa prothèse amovible partielle remplaçant la 21. La 22 est mobile, radiologiquement rhizalisée et siège d'un granulome. L'occlusion est de type classe 2 thérapeutique avec absence des 14 et 24 et infraclusion incisive. On constate

l'absence dans les secteurs latéraux de 37, 36 et 47. À la mandibule, l'occlusion molaire est réalisée par la seule 36 sur 26 et 27 antagonistes.

On convainc la patiente de procéder au plus vite à la restauration des secteurs

IMPLANTOLOGIE

VOTRE GUIDE CHIRURGICAL POUR 10€ !



Sécurité et précision du geste

No stress technique

Simplification des traitements

Temps opératoire optimisé

Gestion optimale des tissus

Protocoles minimalement invasifs

FORMATIONS sur une journée

PARIS

Judi 20/09/18
Judi 15/11/18

MONTPELLIER

Judi 27/09/18
Judi 22/11/18

Plus d'informations sur www.implant-accurator.com ou par téléphone au 07.71.61.58.40

► clinique : Dr Philippe ROSENZWEIG

CONTENTION



Fig.19, 20 : Résultat clinique immédiat.



Fig.21 : Situation initiale. Fig.22 : Après extraction de la 22.



Fig.23 : Champ étanche.



Fig.24 : Attelle collée de 13 à 23 supportant les inter 21 et 22.

Fig.25 : Résultat clinique immédiat.

postérieurs. Dans l'intervalle, et pour répondre à l'anamnèse, un *bridge* temporaire CRF (*composite renforcé aux fibres*) lui est proposé. Celui-ci permet de temporiser jusqu'à ce que toutes les conditions péculaires et thérapeutiques d'une restauration pérenne du secteur incisif soient remplies.

CONCLUSION

Dans certaines situations, labiles de la parodontologie ou de la traumatologie,

instables de la post-orthodontie, ou transitoires de l'implantologie, les composites renforcés de fibre de verre offrent des solutions à terme, peu ou pas invasives, fonctionnelles et esthétiques, tout en conservant toute latitude aux éventuelles options thérapeutiques futures. ↻

Pour en savoir plus

FRESE C. : « Biomatériaux cliniques n°2 - 2016. Les composites renforcés de fibres de verre. » Franck MOATTY F. et ROMAIN V. : « Pour maîtriser la technique : Euméria (Formation)