

FIGURE 1 : Radiographie bite-wing initiale.

Daniel Bandon

MCU-PH, Odontologie pédiatrique, Faculté d'odontologie de Marseille

Émilie Bandon

Chirurgien-dentiste de la Faculté d'odontologie de Marseille

Jean-Pierre Eudier

Chirurgien-dentiste de la Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg

Nicola Minotti

Dr. Méd. Dentiste de l'Institut de Médecine dentaire de l'Université de Bâle (Suisse)

Les ciments oxyphosphates de zinc-cuivre : intérêt chez les patients réfractaires ou difficilement soignables (2^e partie)

Le Copperioncement Ready 2 Protect® et le vernis copal (Kopal Lack®) permettent non seulement de protéger la dentine des fluides de la cavité buccale mais aussi, en ayant une action antibactérienne, de protéger la pulpe et les tubulis dentinaires. Ces ciments sont faciles d'emploi, s'utilisent avec un équipement opératoire minimal, bien souvent sans anesthésie, sans douleur lors de l'excavation partielle à l'excavateur de la carie profonde, ce qui améliore la confiance du patient et le pronostic de maintien de la vitalité pulpaire.

Nous allons présenter dans cette seconde partie quelques cas cliniques.

Cas cliniques

1) Cas n°1

(Photos et réalisation de N. Minotti)

Un patient de 42 ans présente un vieil amalgame MOD sur la 25, asymptomatique, avec une défaillance du point de contact distal occasionnant un tassement alimentaire (figure 1). Le patient désire aussi améliorer l'aspect grisâtre de son sourire. Le traitement est planifié en une séance avec anesthésie locale et sous

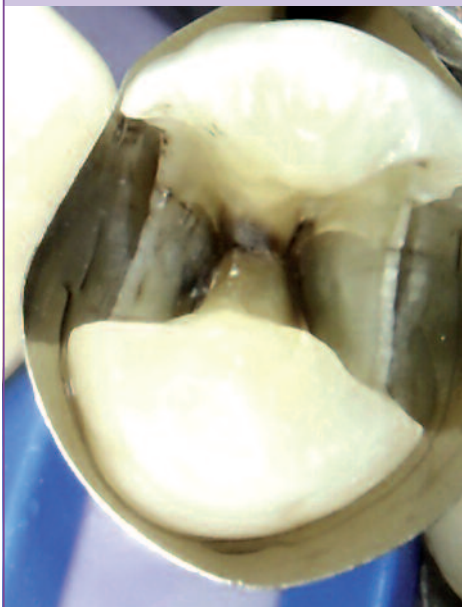


FIGURE 2 : Fissure asymptomatique au niveau de la 25.



FIGURE 3 : Préparation de la base Cu-ZOP avant l'obturation MOD en composite.



FIGURE 4 : Contrôle de la restauration (vue occlusale).



FIGURE 5 : Contrôle de la restauration (vestibulaire).



FIGURE 6 : Radiographie bite-wing de contrôle.

digue. Après dépose de l'amalgame une fissure est visible au niveau de la base de la cuspidé vestibulaire (figure 2). Après application du Cu-Seal, la cavité est entièrement remplie de ciment Cu-ZOP Ready 2 Protect®, et après durcissement la cavité est retaillée et sablée pour réaliser une obturation MOD en composite (figure 3). Après deux années, lors d'un contrôle, l'aspect occlusal ne montre aucune marge défailtante (figure 4), malgré le défaut cunéiforme vestibulaire de la dentine radulaire (figure 5) et la cuspidé vestibulaire déjà très fragilisée par la fissure. Aucune gêne n'a été signalée, ni aucun besoin de retouche occlusale depuis le jour de l'intervention (figure 6).

2) Cas n°2

(Photos et réalisation de D. Bandon).

Une patiente âgée de 82 ans désire une consultation pour un bilan dentaire. C'est une patiente anxieuse, et sans ressource. On constate une lésion carieuse sur 32, très proche de la pulpe, mais la dent est indolore (figure 7), et on observe à la radio que la pulpe est rétractée (figure 8). La pulpectomie est aléatoire car la patiente est réfractaire à l'anesthésie et la minéralisation de la pulpe rend le traitement endodontique plus qu'incertain. En outre, l'élimination complète de la lésion carieuse, et l'accès à la chambre pulpaire fragiliseront la dent et provoqueront sa fracture. On opte pour une solution qui permet à la fois de conserver la dent sur l'arcade à moindre frais, sans anesthésie, sans douleur, sans délabrement et sans traitement endodontique. La lésion carieuse est excisée par curetage manuel à l'excavateur. La cavité étant profonde, on laisse un fond carieux pour ne pas prendre le risque de pénétrer dans la pulpe. On applique le Kopal Lack® qui va protéger la dentine exposée, protéger la pulpe et sceller les tubulis. On met en place le Copperioncement Ready 2 Protect® qui élimine les bactéries restantes grâce à ces propriétés antibactériennes (figures 9 et 10).

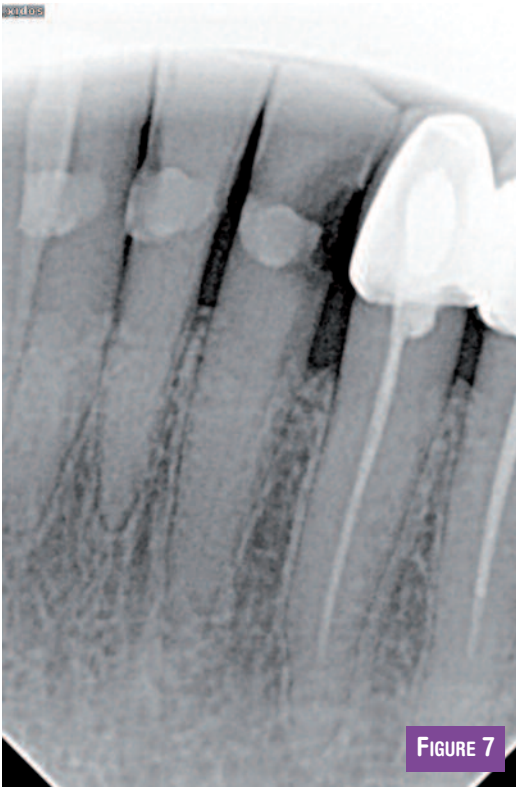


FIGURE 7

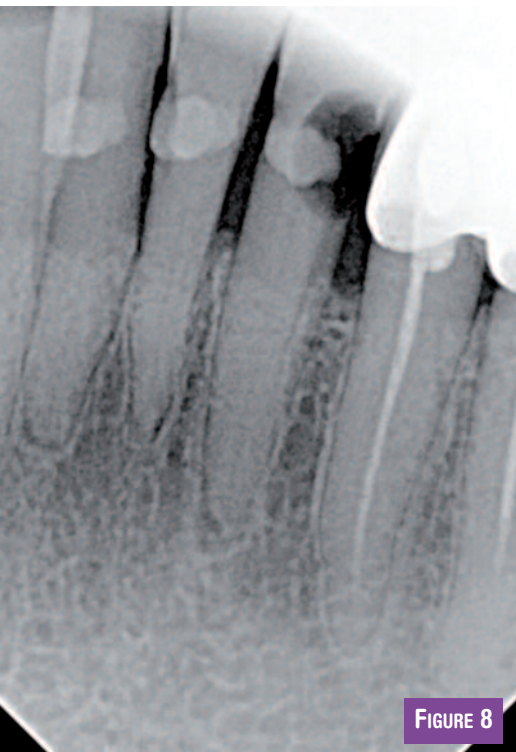


FIGURE 8

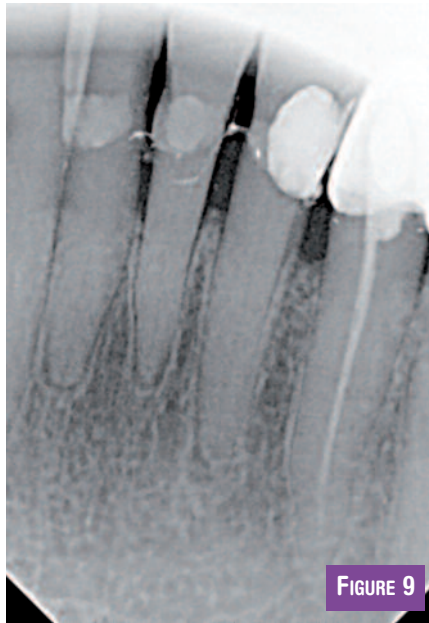


FIGURE 9



FIGURE 10

FIGURE 7 : Carie proximale sur la 32.

FIGURE 8 : Éviction de la dentine cariée. La pulpe de la 32 est minéralisée.

FIGURE 9 : Obturation mise en place.

FIGURE 10 : Restauration de la 32 (vue en bouche).

3) Cas n° 3

(Photos et réalisation de D. Bandon).

Un patient âgé de 92 ans présente une très volumineuse carie du collet sur 37, asymptomatique (figure 11). Cette personne ne peut subir de traitement longs, répétitifs ou d'anesthésie locale. La lésion carieuse est nettoyée par curetage manuel à l'excavateur. La cavité étant profonde, on laisse un fond carieux pour ne pas prendre le risque de pénétrer dans la pulpe. On applique le Kopal Lack® qui va protéger la dentine exposée, ainsi que la pulpe et sceller les tubulis. On met en place le Copperioncement Ready 2 Protect® (figure 12).

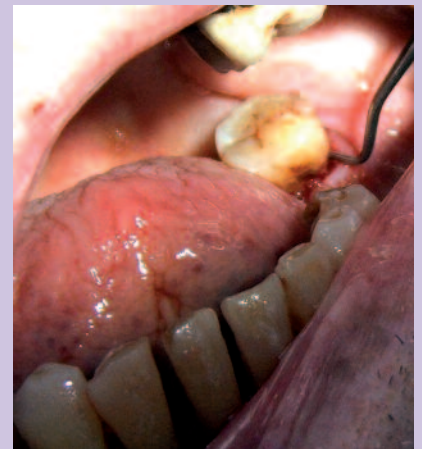


FIGURE 11 : Carie du collet sur la 37 : éviction de la dentine infectée à l'excavateur.

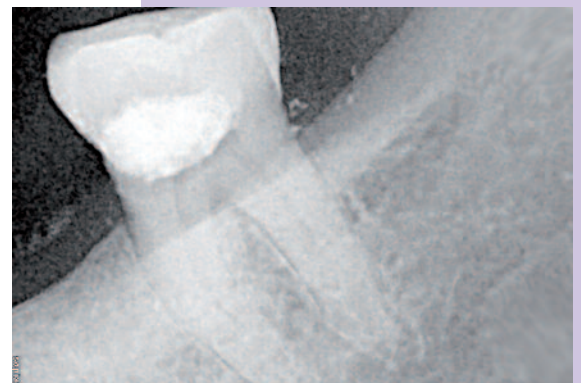


FIGURE 12 : Radiographie montrant la restauration cervicale de la 37 à l'oxyphosphate.

4) Cas n° 4

(Photos et réalisation d'É. Bandon).

Un patient âgé de 70 ans présente une carie linguale interradiculaire sur la 36 (figure 13), sensible au froid. Cette personne ne peut subir de traitement endodontique. La lésion carieuse est nettoyée par curetage manuel à l'excavateur (figure 14). La cavité étant profonde, on laisse un fond carieux pour ne pas prendre le risque de pénétrer dans la pulpe. On applique le Copal Varnish® qui va protéger la dentine exposée et sceller les tubulis (figure 15). On met en place le Copperioncement Ready 2 Protect® qui élimine les bactéries restantes grâce à ses propriétés antibactériennes (figure 16). Un contrôle radiographique immédiat et à un an est effectué (figures 17 et 18).

Conclusion

Il existe sur le marché de nombreux matériaux de restauration pour traiter les lésions carieuses. Les ciments Cu-ZOP, bien que très anciens, sont trop peu connus. Ils présentent cependant d'énormes avantages. La présence de cuivre leur confère des propriétés antibactériennes avérées. Ces ciments sont simples, économiques et faciles d'emploi. Ils présentent dans tous les cas un très grand intérêt et un fort potentiel thérapeutique. Ils sont à l'heure actuelle sans rivaux et très fiables pour certaines indications particulières. Ils vont être l'unique recours chaque fois que l'anesthésie locale est impossible (allergie, contre-indication médicale, refus), que le patient n'est pas coopérant (enfant ou adulte pusillanime, porteur de handicap), que les instruments rotatifs ne sont pas utilisables (missions sanitaires en nomade). Ces ciments seront aussi indiqués lorsque le risque de délabrement ou de fracture de l'organe dentaire est important (incisives mandibulaires très délabrées chez le sujet âgé), lorsque la pulpe dentaire doit être préservée et maintenue vivante (risque systémique, articulaire ou infectieux par exemple), ou lorsque le patient a de faibles ressources. ■



FIGURE 13 : Importante carie linguale sur la 36.



FIGURE 14 : Vue linguale après curetage manuel de la dentine infectée de la 36.



FIGURE 15 : Fond de cavité Copal Varnish.



FIGURE 16 : Mise en place du ciment oxyphosphate sur la 36.



FIGURE 17 : Radiographie post-opératoire de la 36.



FIGURE 18 : Radiographie de la 36 à un an.