

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE
LE SOURIRE

Chez le même éditeur

Dentisterie esthétique : traitements mini-invasifs, par A. Banerjee. 2017, 336 pages.

Endodontie, par M. Torabinejad, R. Walton, A Fouad, G. Lévy. 2016, 512 pages.

Orthodontie linguale, par P. Canal, D. Wiechmann, L. Delsol. Collection «Techniques dentaires». 2016, 288 pages.

Guide clinique d'odontologie, par R. Zunzarren. Collection «Pratique dentaire». 2^e éd., 2014, 320 pages.

Analyses de laboratoire en odontostomatologie, par R. Caquet. Collection «Pratique dentaire». 2012, 238 pages.

Dysmorphies maxillo-mandibulaires, par P. Canal. Collection «Techniques dentaires». 2012, 176 pages.

Mémo-fiches d'anatomie dentaire, par Nelson et Ash, édition française coordonnée par F. Tilotta. Collection «Pratique dentaire». 2012, 184 pages.

Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte, Tome 1, par M.-J. Boileau. Collection «Techniques dentaires». 2011, 288 pages.

Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte, Tome 2, par M.-J. Boileau. Collection «Techniques dentaires». 2012, 312 pages.

Atlas d'anatomie implantaire, par J.-F. Gaudy, B. Cannas, L. Gillot, T. Gorce. Collection «Techniques dentaires». 2^e éd., 2011, 224 pages.

Guide Pratique de chirurgie parodontale, par F. Vigouroux. Collection «Pratique dentaire». 2011, 192 pages.

Atlas d'anatomie clinique et chirurgicale des tissus superficiels de la tête et du cou, par J.-F. Gaudy, C. Vacher. Collection «Techniques dentaires». 2010, 216 pages.

Odontologie du sujet âgé. Spécificités et précautions, par V. Dupuis, A. Léonard. Collection «Pratique dentaire». 2010, 192 pages.

Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne, par Y. Roche. Collection «Pratique dentaire». 2010, 750 pages.

Traitements parodontaux et lasers en omnipratique dentaire, par G. Rey, P. Missika. Collection «Techniques dentaires». 2010, 192 pages.

Urgences odontologiques, par R. Tolédo-Arenas, V. Descroix. Collection «Pratique dentaire». 2010, 176 pages.

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

LE SOURIRE

Jonathan B. Levine

Fondateur, directeur de programme et professeur adjoint en clinique

Jonathan B. Levine & Associés

New York University College of Dentistry Continuing Education

New York, USA

Elsevier Masson



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Traduit de l'anglais par KRAUS BIOMEDICAL.

Révisé par le Professeur Gérard Lévy.

Doyen honoraire, Professeur émérite odontologie conservatrice, endodontie, Faculté de chirurgie dentaire, Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé (LEPS EA 3412) Université Paris 13, Université Sorbonne Paris Cité, France.

SMILE DESIGN INTEGRATING ESTHETICS AND FUNCTION: ESSENTIALS IN ESTHETIC DENTISTRY. ISBN: 978-0-7234-3555-6

Copyright © 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved.

This translation of ***Smile Design Integrating Esthetics and Function: Essentials in Esthetic Dentistry***, by **Jonathan B. Levine** is published by arrangement with Elsevier Ltd.

Cette traduction de *Smile Design Integrating Esthetics and Function: Essentials in Esthetic Dentistry*, de Jonathan B. Levine a été publiée avec l'autorisation d'Elsevier Ltd.

© 2017, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés pour la traduction française

ISBN : 978-2-294-75361-9

e-ISBN : 978-2-294-75401-2

Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

www.elsevier-masson.fr

LISTE DES COLLABORATEURS

Paulo Battistella, MDT CDT

Fondateur et président-directeur général
Studio Paulo Battistella
São Paulo, Brésil

Newton P.B. Cardoso, DDS MS PC

Professeur adjoint
Département de cariologie et de soins globaux
Newclinic; New York University College of Dentistry CE
São Paulo, Brésil

Frank Celenza, DDS PC

Spécialiste en parodontologie et en orthodontie
Pratique privée
New York, USA

Steven B. David, DMD

Professeur en clinique; ex-directeur du programme
avancé en dentisterie esthétique pour dentistes
internationaux; pratique privée
New York University College of Dentistry
David, Hirsch, & David
New York, USA

Sivan Finkel, DMD

Co-titulaire instructeur clinique et co-directeur
en formation
The Dental Parlour NYC; New York University College
of Dentistry CE
New York, USA

**Nicholas Hodson, BDS BSc PhD FDS RSC (GB)
(dentisterie restauratrice)**

Maître de conférences et consultant honoraire
en dentisterie restauratrice
University of Central Lancashire
Preston, Royaume-Uni

Adrian S. Jurim, MDT

Titulaire du Jurim Dental Studio Inc,
New York University College of Dentistry CE
New York, USA

Jeffrey L. McClendon, BS Chimie DMD Dentisterie

Instructeur clinique, département de cariologie
et de soins globaux
New York University School of Dentistry
New York, USA

Anabella Oquendo, DDS

Professeur adjoint en clinique et directrice
du programme avancé en dentisterie esthétique
pour dentistes internationaux
New York University
New York, USA

Kia Rezavandi, BDS MSc MRD RSC (GB)

Spécialiste en parodontologie
Pratique privée
Londres, Royaume-Uni

Sylvia S. Welsh, PhD

Professeur adjoint de psychiatrie en clinique
New York University Langone School of Medicine
New York, USA

AVANT-PROPOS

Au cours de la dernière décennie, la technologie et les innovations dans le domaine dentaire ont offert aux professionnels dentaires la possibilité de créer des restaurations esthétiques en imitant la nature. Les exigences et les attentes esthétiques des patients ont augmenté avec l'impact des médias sociaux, qui ont facilité l'accès à l'information sur les nouvelles technologies et sur de nombreux cas différents en termes d'esthétique. Aujourd'hui, les patients sont plus enclins à souhaiter des restaurations qui reproduisent la forme, la teinte, la texture de surface et la fonction de dents naturelles saines et d'apparence esthétique. Cela nous conduit à observer et à imiter les dents naturelles, et à concevoir un sourire non seulement d'un point de vue fonctionnel et morphologique, mais aussi structurel, optique et, plus important encore, en harmonie avec le visage.

Dans tout traitement dentaire, le diagnostic a une importance primordiale, car de nombreuses étapes vont être planifiées et construites sur l'origine d'un problème. Puis il est temps de faire un plan de traitement. Il est très clair que, si vous travaillez tout seul dans un cabinet ou dans un cabinet de groupe, un travail d'équipe est absolument essentiel. L'importance du travail en équipe est telle que vous serez en mesure de parvenir à une plus grande efficacité pour planifier un plan de traitement. Différents facteurs peuvent influencer sur le plan de traitement, comprenant la formation initiale, l'expérience clinique, la formation continue, les livres et les revues consultés, l'échange d'informations, le travail au sein d'une bonne équipe et, enfin, le bon sens du dentiste. D'un autre côté, il y a le patient, qui doit être satisfait des résultats du traitement. En plus de tout ce qui précède, les attentes, la mentalité, l'engagement, le temps et les conditions financières du patient seront également pris en compte lors de la planification du traitement.

Comme on peut le voir clairement, la voie de « l'excellence » n'est pas facile, surtout quand le traitement esthétique doit être exécuté en utilisant une approche peu mutilante. Cela nécessite sans aucun doute une compréhension des attentes du patient et un grand travail d'équipe entre le dentiste, les spécialistes et le laboratoire de prothèse impliqué. Ce n'est qu'à partir de là que nous pouvons vraiment parler d'un cas esthétique terminé avec succès.

Ce groupe restreint, composé de maîtres praticiens et de céramistes, est l'exemple de nombreuses années de connaissances pratiques, et présente des perspectives pré-

cieuses et variées. Ce livre couvre tous les détails mentionnés ci-dessus. L'originalité de ce manuel est que les auteurs fondent leurs traitements sur des techniques peu mutilantes, d'où l'importance du plan du traitement, ainsi que le partage de nombreuses modalités de plans de traitement différents.

Grâce aux conseils proposés dans ce livre, les dentistes, les spécialistes et les céramistes trouveront plus facile de prendre des décisions cruciales en termes d'amélioration de l'esthétique et qui influenceront directement sur la vie de leurs patients. Les lecteurs seront très impressionnés par l'organisation générale du texte, la clarté de chaque chapitre et les photographies exceptionnelles.

Enfin, si j'ai souhaité écrire cet avant-propos, c'est non seulement parce que j'adhère à ce livre, mais aussi en témoignage de mon respect pour le Dr Levine (en tant que directeur) et pour tous les auteurs qu'il a réunis pour cet ouvrage et leurs réalisations respectives.

Dr Galip Gurel, DDS MSc

PRÉFACE

Lorsque nous avons décidé d'écrire un livre sur l'esthétique dentaire, je me suis demandé si la communauté dentaire, pour sa formation, avait vraiment besoin d'un livre sur l'esthétique.

Et puis, j'ai réfléchi. J'ai pensé à ce qui manque vraiment aujourd'hui pour les dentistes exerçant « au front », avec des patients qui cherchent de nouvelles façons d'améliorer leur sourire et de maintenir leur santé bucco-dentaire. J'ai marqué un temps d'arrêt, et j'ai réfléchi avec intensité sur nos défis.

D'une part, nous avons besoin de reproduire la nature et d'utiliser des matériaux qui sont complètement invisibles quand on travaille dans la zone esthétique. Mon équipe et moi-même appelons cela l'esthétique surnaturelle. D'autre part, nous avons besoin de restaurer les dents de manière conservatrice, en accordant une attention particulière à la structure, à la fonction et à la biologie.

Il existe de nombreux défis auxquels les praticiens font face aujourd'hui, et des obstacles qui les empêchent d'accéder à un grand succès pour leurs patients et pour leur équipe dentaire. Avec la myriade de responsabilités que les dentistes supportent aujourd'hui – de la gestion d'une entreprise dédiée aux soins des patients, à l'amélioration incessante de leurs talents et de leurs compétences par une formation supplémentaire –, je me suis aperçu que nous avons besoin de concevoir un guide de tous les jours pour la dentisterie esthétique. Quelque chose qui soit facile à assimiler, avec un objectif, celui de créer des experts du sourire.

À l'aide de l'équipe Elsevier, nous avons défini le projet de ce livre. Un guide pratique pour le praticien qui regarde l'esthétique des deux faces d'une même pièce : beauté et fonction.

Nous cherchons à créer une approche qui s'intègre dans toutes les disciplines de la dentisterie, de la communication et la psychologie, à la parodontologie et l'orthodontie, jusqu'aux techniques esthétiques, et qui sont toutes présentées ensemble sous forme synthétique pour le dentiste faisant la restauration. Cette approche donnera des architectes du sourire qui seront dotés des capacités appropriées pour obtenir à chaque fois des résultats esthétiques réussis.

Nous croyons que tout ceci commence avec les 3 C : Communication, Collaboration, et Cohérence.

Le praticien sait exactement par où commencer et comment finir avec un succès très honorable. Du simple cas esthétique aux cas les plus complexes, de nombreux échecs esthétiques se produisent en raison d'un manque de communication. Que ce soit entre le dentiste qui réalise la restauration esthétique et le patient, ou avec le prothésiste dentaire ou d'autres spécialistes, nous devons créer un climat où une communication ouverte se développe entre tous les intervenants. Une fois que cela se produit, le patient se sent entendu, le dentiste dispose d'une direction, et le prothésiste dentaire n'est pas en train de deviner la teinte ou la position du bord incisif. Avec cette collaboration mise en route, un succès en suit un autre, et les compétences nécessaires, les listes de contrôle, les protocoles et les procédés devront être développés et mis en route.

Cet ouvrage se concentre sur le développement personnel du praticien. Notre objectif est d'enseigner des méthodes pour développer la cohérence à travers des listes de contrôle, des protocoles et des procédés en pratique. Des « boîtes à emporter » cliniques, intégrées dans chaque chapitre, mettent en évidence des points clés, ainsi que les réponses aux possibles questions fréquemment posées par les patients, et peut-être le vôtre.

Comme le dit le vieil adage, « tout commence au sommet ». En tant que praticien, votre rôle est d'être un chef de file dans la pratique. Pensez à définir *une vision pour votre pratique : avec qui vous voulez exercer, et ce que vous voulez faire jour après jour*. Après avoir défini cette vision, tracez un plan qui vous permettra d'y arriver. Gardez à l'esprit la qualité des personnes de votre équipe, comment vous communiquez les uns avec les autres, et la façon dont vous vous occupez des patients du cabinet, cela déterminera en fin de compte le bonheur collectif de tout le monde. Le but de ce livre est de *vous* aider à réaliser votre vision, en *vous* apportant une grande satisfaction personnelle sur la route du succès.

Jonathan B. Levine, DMD

CHAPITRE 1

Diagnostic esthétique : une analyse en trois étapes

JONATHAN B. LEVINE, SIVAN FINKEL

Introduction à l'analyse en trois étapes	2
Fiche d'évaluation esthétique	3
Enregistrements	26
Cire de diagnostic	32
Maquette esthétique	35
Résumé	39

« *Beauty is in the eye of the beholder* » est un vieux proverbe anglais qui pourrait se traduire par un vieux proverbe français : « Tous les goûts sont dans la nature. » Ce concept de subjectivité de l'impression de beauté conduit une personne à aimer la période de la Renaissance, par exemple, tandis qu'une autre lui préférera le post-modernisme ; aucune d'elles n'aura tort. Cependant, cette perception subjective de la « beauté » (conditionnée par des facteurs ethniques, culturels et bien d'autres facteurs) coexiste avec certaines recommandations universelles qui la transcendent en nous fournissant des critères objectifs et factuels quant à ce qui plaît à l'œil humain. Ces normes esthétiques fondamentales peuvent nous aider, en tant que praticiens, à concevoir et à créer la « beauté » d'une manière quantitative, scientifique et prévisible.

Aujourd'hui – à cause en partie de la recrudescence de la demande de blanchiment des dents, de la fiction télévisuelle *Relooking extrême* et des sociétés bucco-dentaires dépensant des millions dans la publicité – le sourire s'est érigé par-dessus tout dans notre culture en tant que pièce maîtresse de la beauté. La demande de traitement dentaire esthétique s'est démocratisée ; de nos jours, elle excède significativement la demande de soin se limitant au détartrage ou à la résolution de la douleur bucco-dentaire. Actuellement, les patients désirent certes une bouche saine et indolore, mais ils souhaitent aussi rajeunir, améliorer, voire transformer leur sourire. Les praticiens de médecine bucco-dentaire ont le devoir de renouveler leur environnement professionnel, de se redéfinir et de se réinventer pour être non seulement des praticiens compétents, mais aussi des « experts du sourire ». Autrement dit plus simplement, ils ont besoin de réinventer leur statut actuel.

INTRODUCTION À L'ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

En tant qu'experts du sourire, nous avons besoin d'utiliser une pensée objective, basée sur les faits, pour comprendre les demandes esthétiques de nos patients. Nous devons utiliser une méthodologie systématique et structurée pour nous assurer que tout soit mis en œuvre et, au travers des données que nous avons collectées, nous devons proposer un plan de traitement qui va non seulement résoudre les problèmes esthétiques, mais aussi respecter les exigences fonctionnelles importantes et critiques des dents de nos patients. L'approche peut être décomposée en trois étapes : **identifier** les problèmes, **visualiser** la solution individualisée (en trois dimensions) et **choisir** la technique appropriée pour y arriver.

Historiquement, l'approche diagnostique a été de privilégier la structure-fonction-biologie, et seulement dans un second temps de considérer l'esthétique, ce qui pouvait conduire facilement à un résultat esthétique compromis et à un patient insatisfait. Ce que nous proposons dans ce chapitre est d'inverser cette approche : considérer l'esthétique en premier (ce qui est en général la préoccupation principale du patient), puis étudier la structure-fonction-biologie [1] dans le contexte d'une vision esthétique idéale. En diagnostiquant les cas avec cette nouvelle séquence, nous construisons nous-mêmes le succès en optimisant la communication dès le premier jour et en nous assurant de répondre aux désirs de nos patients (fig. 1.1 et 1.2).

CHAPITRE 1

DIAGNOSTIC ESTHÉTIQUE : UNE ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

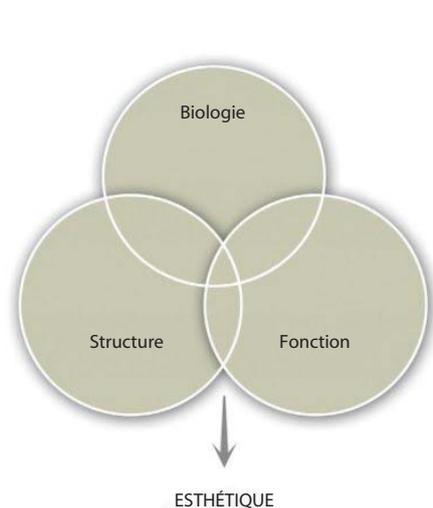


Fig. 1.1 Pensée traditionnelle.

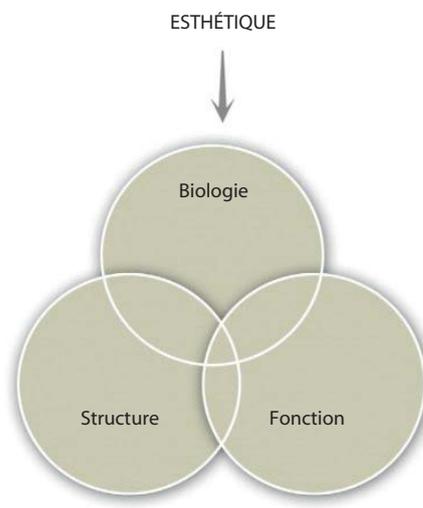


Fig. 1.2 Nouvelle façon de penser.

La deuxième étape de l'analyse consiste à réaliser une cire de diagnostic (en anglais, *wax-up*) sur les modèles montés en articulateur, qui est guidée par l'information obtenue à partir de la fiche d'évaluation esthétique. Ceci nous permet de visualiser la forme de la dent, sa position et l'harmonie des tissus mous, en rapport avec trois points de vue que sont l'esthétique du visage, l'esthétique dento-faciale et l'esthétique dentaire. Une fois que la cire de diagnostic est réalisée, nous transférons alors une « maquette » dans la bouche du patient. Ceci permet à notre patient d'avoir un aperçu de la solution visualisée, et c'est une opportunité pour nous de recueillir un *feedback* crucial. En écoutant l'opinion du patient quant à la teinte de la dent proposée, sa forme et sa position, il est possible d'éviter à terme des erreurs de communication.

CONSEIL CLINIQUE

De nombreux échecs sont attribuables à une rupture de communication au sein du trio essentiel patient/chirurgien-dentiste/prothésiste dentaire, plutôt qu'à un problème de nature technique impliquant les restaurations elles-mêmes.

Les notes que nous prenons au cours de cette étape sont transmises directement au prothésiste dentaire et ensemble, avec le chirurgien-dentiste et le patient, les trois parties deviennent alors une équipe habilitée (fig. 1.3). Nous pouvons maintenant créer ensemble notre vision esthétique.

FICHE D'ÉVALUATION ESTHÉTIQUE

Le Dr Peter Dawson a dit un jour : « Si vous savez où vous êtes et si vous savez où vous voulez aller, y arriver est facile. » Cette déclaration à elle seule est la clé pour aborder n'importe quel cas. Dans cette section, nous allons décrire une méthode systématisée pour déterminer exactement « où vous êtes » au début de tout cas esthétique.

FICHE D'ÉVALUATION ESTHÉTIQUE

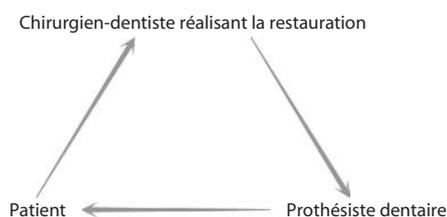


Fig. 1.3 Triangle de communication : flux d'informations.

Comme nous le savons des autres industries (ex. : technologie, fabrication et industrie hôtelière), une liste récapitulative factuelle évite les erreurs, les erreurs de calcul et une mauvaise communication. Dans notre domaine, une liste récapitulative utilisée lors d'un rendez-vous de consultation esthétique va permettre au praticien d'avancer très progressivement au travers du diagnostic, en évaluant l'esthétique et la fonction dans le même temps. La [figure 1.4](#) est une fiche d'évaluation esthétique, créée à l'origine par l'auteur (Dr J. Levine) en 1995 et qui, depuis, a fait l'objet de multiples révisions.

CONSEIL CLINIQUE

L'objectif clé de la fiche d'évaluation esthétique est d'établir la position du bord incisif et la limite gingivale de l'incisive centrale maxillaire, deux repères essentiels autour desquels l'intégralité du cas va être conçue.

Comme nous avançons dans la forme, nous étudions le sourire dans tous ses détails et nous posons des questions efficaces, ouvertes, pour identifier les véritables besoins esthétiques du patient. Telle une caméra qui fait un zoom avant, nous analysons en premier les éléments esthétiques du visage (« macro-esthétique »), nous poursuivons par une évaluation dento-faciale et, pour finir, nous étudions la vue dentaire (« éléments micro-esthétiques »).

SECTION UN : DES QUESTIONS EFFICACES

Nous commençons par poser une question ouverte à notre patient : « Si vous pouviez changer quelque chose dans votre sourire, qu'est-ce que cela serait ? » Cette question est destinée à susciter autant d'informations que possible, par opposition à une question fermée telle que : « Aimez-vous votre sourire ? », ce qui donne seulement au praticien une réponse par oui ou par non. Nous voulons que le patient soit impliqué dans le processus et, en créant une communication efficace dès le début, l'équipe (comprenant le patient, le chirurgien-dentiste et le prothésiste dentaire) peut alors commencer à former une relation forte qui repose sur une communication efficace et, par défaut, sur le succès. Nous suivons la règle de l'écoute des 80/20 où nous posons nos questions efficaces, et nous écoutons 80% du temps.

CHAPITRE 1

DIAGNOSTIC ESTHÉTIQUE : UNE ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

Fiche d'évaluation esthétique®

Patient _____ Examineur _____ Date _____

1. Des questions efficaces

A : Que souhaiteriez-vous changer dans votre sourire, si vous en aviez la possibilité ?

B : Aimez-vous l'image visuelle de « droit, blanc, parfait », « propre, sain, naturel » ou « blanc et naturel » de l'apparence des dents ?

C : Historique des changements esthétiques

D : Enregistrements précédents – Avez-vous des photos de votre sourire, ou d'un sourire que vous aimez, pour contribuer au plan de traitement esthétique ?

Oui Non

2. Analyse faciale

A : Sourire à pleines dents

1. Ligne bi-pupillaire par rapport au plan d'occlusion

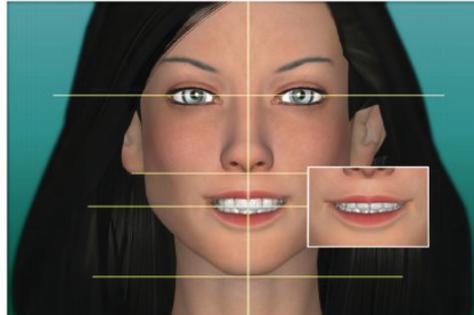
- Parallèle
- Inclinée à droite
- Inclinée à gauche

2. Relation de la ligne du milieu des dents (maxillaire) par rapport au visage (philtrum)

- Coïncide
- À droite du centre
- À gauche du centre

3. Relation des lèvres par rapport au visage (symétrie des lèvres)

- Symétrique
- Plus haute du côté gauche
- Plus haute du côté droit



B : Lèvres au repos

1. Lèvre supérieure

- Pulpeuse
- Moyenne
- Fine

2. Lèvre inférieure

- Pulpeuse
- Moyenne
- Fine

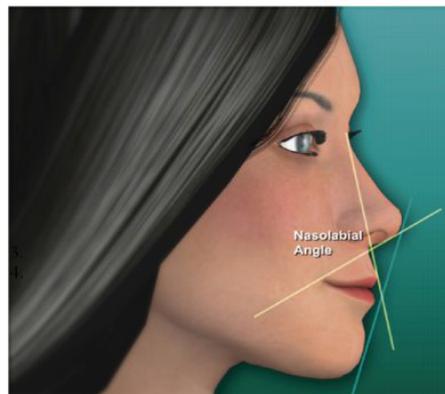
3. Lèvres

- Proéminentes
- Rétractées

4. Exposition des dents au repos :

Maxillaire ____ mm

Mandibule ____ mm



C : Vue de profil : plan de traitement orienté – visage

1. Angle naso-labial

- Normal (environ 90°)
- Maxillaire proéminent (< 90°)
- Maxillaire rétracté (> 90°)

2. Plan de Ricketts (tracé de la pointe du nez au menton)

Lèvre supérieure au plan de Ricketts ____ mm (idéalement 4 mm)

Lèvre inférieure au plan de Ricketts ____ mm (idéalement 2 mm)

3. Forme du profil

- Normal Convexe Concave

Si le maxillaire est proéminent, l'angle naso-labial angle est < 90°, ou le profil est convexe, envisager des restaurations antérieures maxillaires plus petites, moins dominantes.

Si le maxillaire est rétracté, l'angle naso-labial angle est > 90°, ou le profil est concave, envisager des restaurations antérieures maxillaires plus dominantes.

Esthetic Evaluation Form © Created by Jonathan B. Levine, DMD

Fig. 1.4 Fiche d'évaluation esthétique.

FICHE D'ÉVALUATION ESTHÉTIQUE

3. Analyse dento-faciale – Composants verticaux et horizontaux

A : Ligne du sourire au maxillaire

- Moyenne Haute Basse



C : Dents – Position de la lèvre inférieure

- Affleurent N'affleurent pas Légèrement recouvertes



E : Localisation de la ligne du milieu – Incisives centrales par rapport au philtrum

- Centrées À droite du centre À gauche du centre



G : Espace négatif bilatéral

- Normal Augmenté



B : Bords incisifs par rapport à la lèvre inférieure

- Courbe convexe Courbe droite Courbe inversée



D : Sourire à pleines dents – Nombre de dents exposées

- 6 8 10 12



F : Ligne du milieu – Inclinée à gauche ou à droite

- Droite Gauche Verticale



H : Phonétique

- Sons F – Bords incisifs des incisives centrales maxillaires sur la ligne humide/sèche de la lèvre inférieure ?
 Oui Non
- Sons S – Phonation au plus près – son clair ?
 Oui Non

4. Analyse dentaire

A : Teinte de départ

Maxillaire _____
Mandibule _____

B : Ratio largeur/hauteur de l'incisive centrale



> 80% < 80%

C : Proportions de l'incisive centrale/l'incisive latérale/la canine



Largeur de l'incisive centrale : _____ mm
Largeur de l'incisive latérale : _____ mm
Largeur de la canine : _____ mm

D : Analyse occlusale

1. Occlusion en intercuspidie maximale



Interférences: _____

2. Position des incisives



Interférences: _____

3. Côté travaillant gauche



Interférences: _____

Protection: _____

4. Côté travaillant droit



Interférences: _____

Protection: _____

Esthetic Evaluation Form © Created by Jonathan B. Levine, DMD

Fig. 1.4 Suite.

CHAPITRE 1

DIAGNOSTIC ESTHÉTIQUE : UNE ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

E : Éléments micro-esthétiques : acceptable ou non ?

1. Position des bords incisifs Oui Non



Changements proposés : _____

2. Symétrie des tissus mous Oui Non



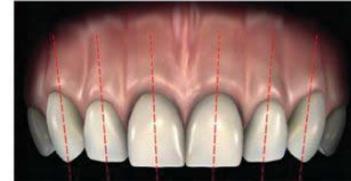
Changements proposés : _____

3. Positions du zénith gingival Oui Non



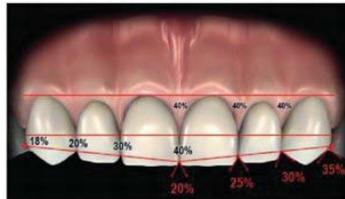
Changements proposés : _____

4. Inclination axiale Oui Non



Changements proposés : _____

5. Embrasures et contacts Oui Non



Changements proposés : _____

6. Texture et contour du bord Oui Non



Changements proposés : _____

F : Informations à partir de la cire de diagnostic



Longueur proposée pour l'incisive centrale maxillaire _____ mm

Position de la gencive au niveau de l'incisive centrale maxillaire proposée : _____



Longueur proposée pour l'incisive centrale mandibulaire : _____ mm

Position de la gencive au niveau de l'incisive centrale mandibulaire proposée : _____

Notes supplémentaires pour guider la cire de diagnostic : _____

Une fois que le patient est capable de dire au chirurgien-dentiste spécialisé en esthétique ce qui le dérange et ce qui le mène au cabinet, une question quant à la conception du sourire esthétique est posée pour déterminer le degré de naturel désiré par le patient. Parce que ce qui est « beau » signifie des choses différentes pour chacun, il est crucial d'établir la préférence du patient à cette étape précoce. Ainsi, nous demandons : « Aimez-vous l'image visuelle de « droit, blanc et parfait », « propre, sain et naturel » ou « blanc et naturel » ? »

« Droit, blanc et parfait » se définit par un sourire symétrique où les côtés droit et gauche sont des images miroirs, et toutes les dents sont de teinte très claire et dans un parfait alignement. Nous aimons offrir une photographie de l'actrice Halle Berry, une personne dont chacun sait que son sourire en est la représentation.

La catégorie « propre, sain et naturel » se définit comme avoir les imperfections parfaites de la nature : de légères rotations et/ou un retrait des incisives latérales, des bords incisifs légèrement irréguliers et une teinte plus naturelle. L'actrice à laquelle nous nous référons pour cette description est Sarah Jessica Parker.

La dernière catégorie, un terrain d'entente exposé seulement après que les deux premières catégories ont été décrites, est « blanc et naturel ». Ceci implique des formes dentaires naturelles mais dans une teinte claire, dont l'exemple est le sourire de Julia Roberts. Au moment de cette publication, la majorité des patients semblent préférer cette dernière catégorie, car les préférences sont passées des sourires style « Hollywood » des années 1990 à une apparence moins artificielle. Mais encore une fois, la beauté est extrêmement subjective, de sorte que les désirs du patient nécessitent d'être déterminés au plus tôt.

Nous concluons cette section en demandant si un traitement dentaire esthétique a été réalisé auparavant, et si oui, quelle a été l'expérience du patient. Pour mieux comprendre la conception du patient en termes d'esthétique, nous lui demandons donc s'il a des photographies correspondantes (particulièrement utiles dans le cas de « rajeunissement ») ou des photographies de sourires qu'il admire.

CONSEIL CLINIQUE

L'importance des questions ne peut pas être surestimée dans cette section, car l'intégralité du cas va être conçue selon les idéaux du patient, et non selon ceux du chirurgien-dentiste ou du prothésiste dentaire.

SECTION DEUX : ANALYSE DU VISAGE, DENTO-FACIALE ET DENTAIRE

L'étape suivante de la fiche d'évaluation esthétique est d'avoir une approche du sourire en trois vues, c'est-à-dire partir de la vue du visage (tout le visage) jusqu'à la vue dento-faciale (dents et lèvres), et seulement alors évaluer la vue dentaire (sourire rétracté). Chaque vue comporte des éléments esthétiques importants à examiner de manière à avancer dans notre diagnostic.

CHAPITRE 1

DIAGNOSTIC ESTHÉTIQUE : UNE ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

Vue du visage : macro-éléments

Les éléments essentiels que nous recherchons dans la vue du visage sont l'équilibre et l'harmonie, ou une absence de tension dans la composition du visage. Nous commençons à observer en vue frontale un sourire à pleines dents, puis nous prenons deux mesures orthodontiques à partir du profil du patient qui est au repos. Les macro-éléments sont les suivants :

1. Parallélisme entre la ligne bipupillaire et la ligne correspondant au plan d'occlusion (tracée à partir des pointes cuspidiennes des canines maxillaires tel que montré sur la [figure 1.5](#)). Ici, nous cherchons à déterminer toute inclinaison du maxillaire. Cliniquement, une longueur de fil dentaire peut être utilisée pour visualiser ceci.



Fig. 1.5 Les éléments macro-esthétiques.

FICHE D'ÉVALUATION ESTHÉTIQUE

2. Localisation de la ligne médiane du visage en relation avec la ligne médiane des incisives maxillaires (fig. 1.5). Ceci peut aussi être visualisé cliniquement avec du fil dentaire.
3. Anatomie des lèvres. Elle est regardée en termes de symétrie du visage et de plénitude des lèvres supérieure et inférieure. Nous évaluons aussi la proéminence ou la rétraction des lèvres en vue de profil. Le degré de soutien de la lèvre aide à déterminer si le cas doit être «rehaussé» au niveau du visage ou pas.
4. Exposition des dents au repos. C'est l'un des éléments les plus critiques d'un plan de traitement axé sur le visage. D'après l'étude de Vig et Brundo [2], nous savons qu'une femme âgée de 30 ans montre 3,4 mm de ses incisives centrales maxillaires avec la lèvre au repos ; à l'âge de 60 ans, les incisives centrales maxillaires ne sont pas plus exposées et elle montre environ les mêmes 3,4 mm de ses incisives mandibulaires. Un homme montre 1,7 mm des incisives centrales maxillaires à l'âge de 30 ans, et la même quantité à l'arcade mandibulaire à l'âge de 60 ans [2]. Cette diminution en termes d'exposition des incisives centrales maxillaires est due à la perte du tonus musculaire avec le temps, à la pesanteur et à l'usure des bords incisifs. Rallonger les bords incisifs des dents de nos patients va donc entraîner une apparence plus jeune. Pour évaluer la quantité de dent à exposer au repos, nous demandons à nos patients de décontracter leurs lèvres, de dire le mot «Emma», puis de rester figés (fig. 1.6). Dans la fiche d'évaluation esthétique, il s'agit de la première étape pour déterminer la position du bord incisif de la dent par rapport aux lèvres et au visage. La réflexion suivante devrait être : où ce bord incisif est-il localisé idéalement ?
5. Angle naso-labial (fig. 1.7). C'est une mesure orthodontique évaluée à partir d'une vue de profil du patient avec les lèvres au repos [3]. Typiquement, nous



Fig. 1.6 Décontractez les lèvres, dites «Emma», puis restez figé(e).

CHAPITRE 1

DIAGNOSTIC ESTHÉTIQUE : UNE ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

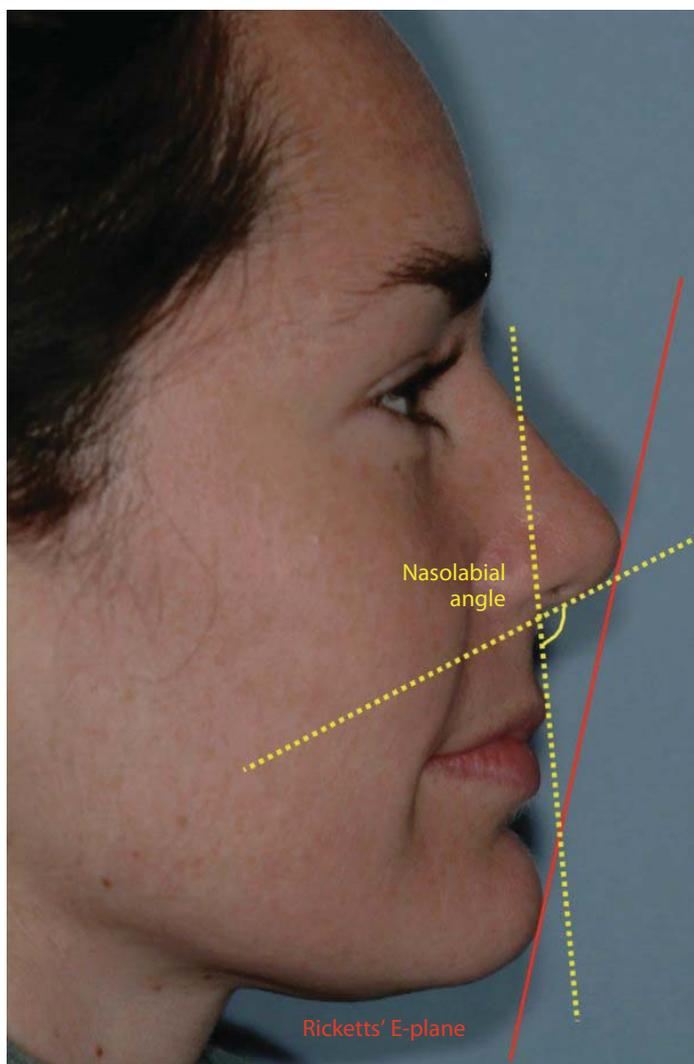


Fig. 1.7 L'angle naso-labial.

cherchons à avoir un angle naso-labial de 90° ; ainsi, un angle inférieur à 90° (proéminence du maxillaire) signifie que les restaurations antérieures maxillaires doivent être plus petites et moins dominantes, tandis qu'un angle supérieur à 90° (rétrusion du maxillaire) signifie que le patient peut se permettre d'avoir des restaurations antérieures maxillaires « rehaussées ».

6. Plan d'occlusion de Ricketts. Une deuxième mesure orthodontique, évaluée aussi à partir d'une vue de profil, décrit une ligne imaginaire tracée à partir de la pointe du nez de notre patient jusqu'au menton (fig. 1.7). Cliniquement, nous pouvons utiliser une longueur de fil dentaire tenu contre ces deux

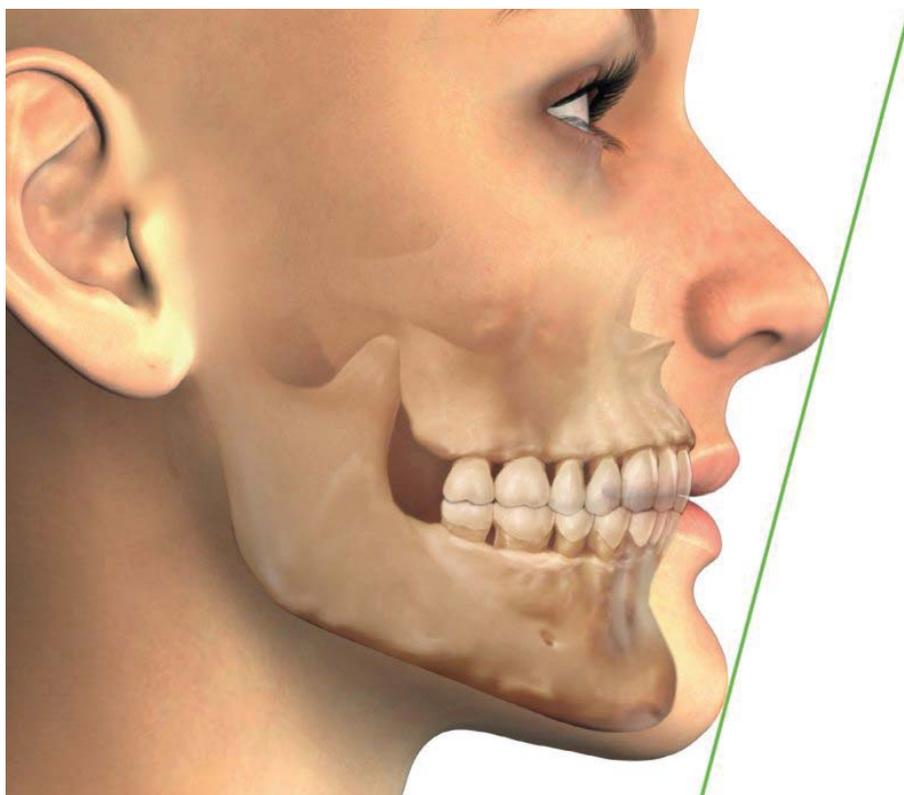


Fig. 1.8 Un profil concave. Ce cas peut être « rehaussé » en changeant la position et la taille des dents, en augmentant la longueur des incisives centrales maxillaires à la plus haute extrémité de leur intervalle (10 à 12,5 mm).

repères du visage et mesurer avec une sonde parodontale. Idéalement, la lèvre supérieure est à 4 mm du plan de Ricketts, et la lèvre inférieure à 2 mm. Si la lèvre supérieure est à plus de 6 mm du plan de Ricketts, alors nous considérons que c'est un profil concave (fig. 1.8). Si les lèvres sont sur le plan, alors c'est plus un profil convexe (fig. 1.9). Dans la nature, une incisive centrale maxillaire peut avoir une longueur comprise entre 10 mm et 12,5 mm, et il est approprié de concevoir des incisives centrales maxillaires avec une longueur tendant vers la borne supérieure de l'intervalle pour des patients à profil concave et vers la borne inférieure de l'intervalle pour des patients à profil convexe [4, 5]. En règle générale, pour un patient à profil convexe avec une ligne du sourire haute, la longueur de l'incisive centrale maxillaire ne doit pas dépasser 10,5 mm.

Vue dento-faciale

Cette vue (fig. 1.10), comprenant les dents et les lèvres, aborde les composants verticaux et horizontaux du sourire. Nous demandons un sourire naturel, à pleines dents, et nous évaluons la quantité de gencive exposée (un cas avec une « ligne du

CHAPITRE 1

DIAGNOSTIC ESTHÉTIQUE : UNE ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

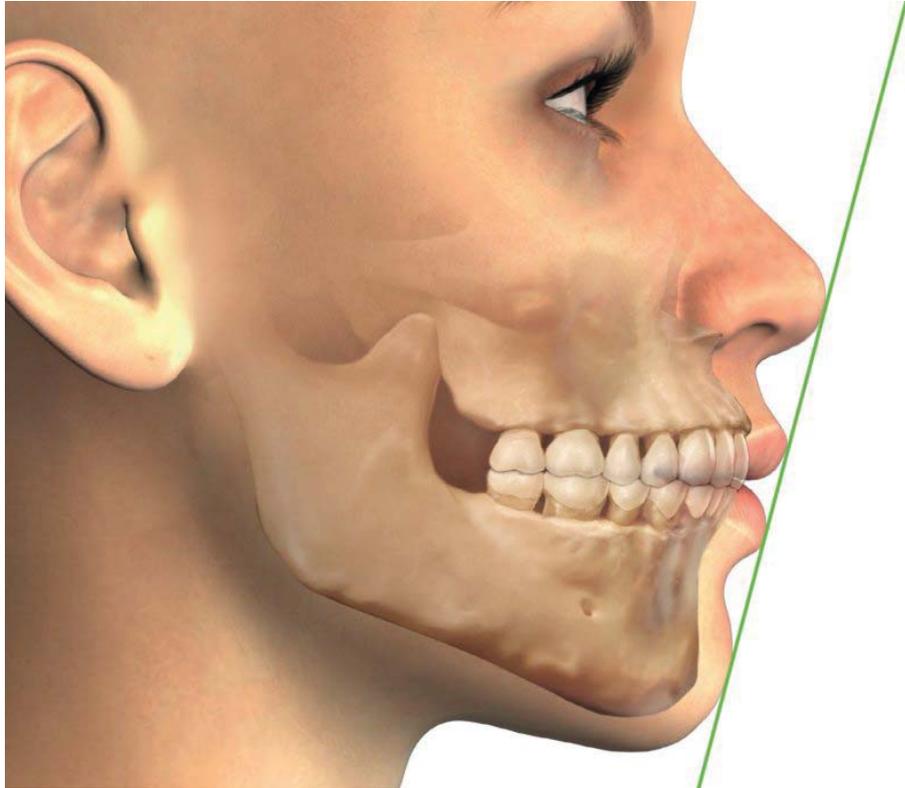


Fig. 1.9 Un profil convexe. Dans ce cas, la forme et la position des dents sont diminuées.



Fig. 1.10 Vue dento-faciale.

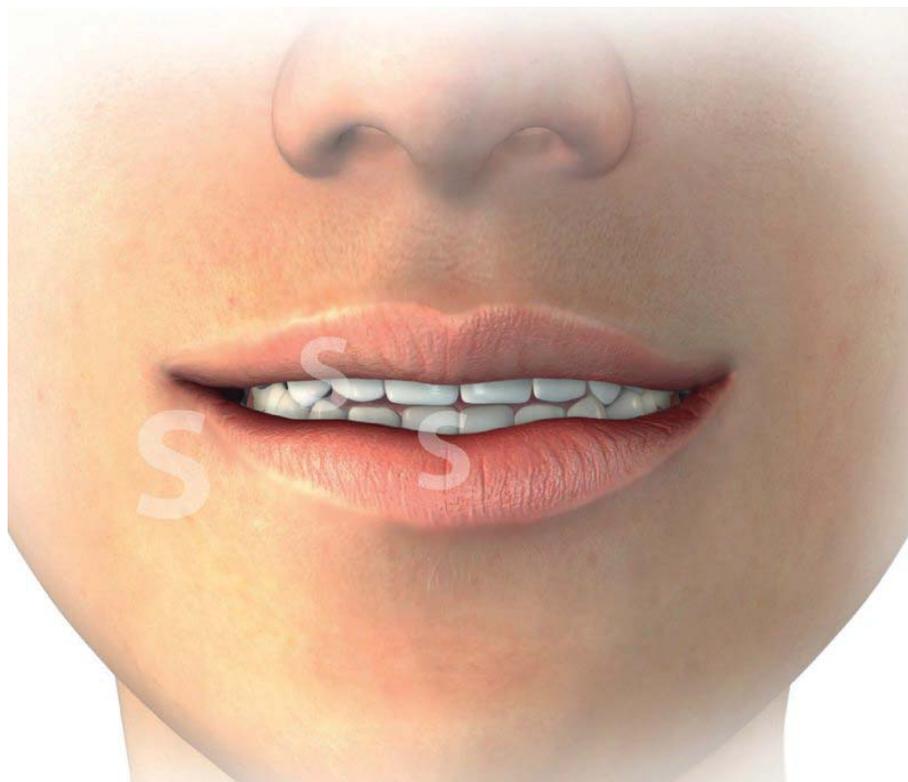


Fig. 1.11 Écouter tout zézaïement quand le patient prononce les sons « S ».

sourire haute» sera intrinsèquement plus difficile). Nous observons le degré avec lequel les bords incisifs des dents antérieures maxillaires font écho à la courbe de la lèvre inférieure, énumérons les dents visibles dans le sourire et vérifions la présence d'espaces négatifs excessifs des deux côtés [6].

La position de la ligne médiane du visage en relation avec la ligne inter-incisive maxillaire est notée. D'après l'étude de Kokich [7], nous savons que la ligne médiane peut être déplacée dans les deux directions jusqu'à 4 mm et ne sera pas encore choquante pour l'œil du profane. Selon cette même étude, cependant, une inclinaison de la ligne médiane est très visible pour la plupart des personnes et est donc à corriger en toute priorité.

La phonétique est aussi abordée dans cette partie de diagnostic. Nous observons la prononciation au plus près et écoutons le moindre zézaïement quand le patient prononce le son « S » (fig. 1.11). Puis les sons « F » sont prononcés et nous cherchons à avoir le bord des incisives centrales maxillaires affleurant juste le bord vermillon de la lèvre inférieure (jonction entre la lèvre humide et la lèvre sèche) (fig. 1.12). La lèvre ne doit pas sembler « atteindre » ce bord incisif (dent trop courte), ni la dent « trébucher » sur la lèvre inférieure (dent trop longue). Noter que le son « F » doit être prononcé doucement, car une prononciation avec force va solliciter les muscles

CHAPITRE 1

DIAGNOSTIC ESTHÉTIQUE : UNE ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

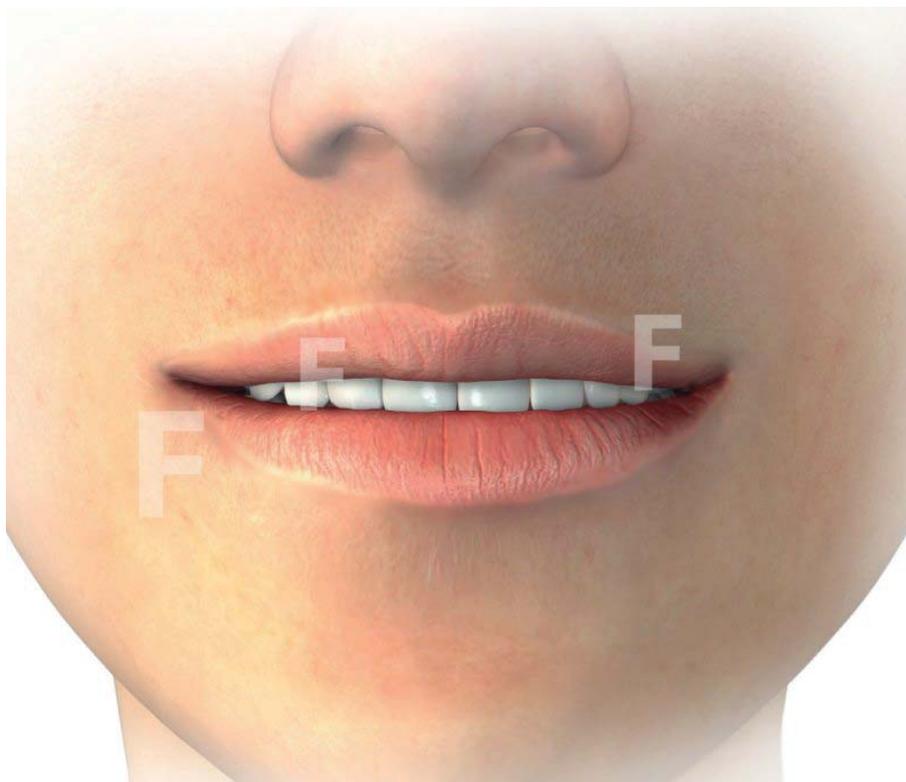


Fig. 1.12 Les sons «F» sont prononcés et nous regardons le bord incisif des incisives centrales maxillaires quand elles affleurent la ligne humide/sèche de la lèvre inférieure (ligne du vermillon).

des lèvres et donner une lecture inexacte. La lettre «I» doit aussi être prononcée, car cela simule un large sourire et est utile à observer.

Vue dentaire : analyse occlusale et micro-éléments

Avec la vue dentaire (fig. 1.13), nous commençons à évaluer l'occlusion du patient. Puis nous évaluons l'équilibre entre la «zone blanche» (les dents) et la «zone rose» (la gencive), et nous prenons en compte 16 éléments micro-esthétiques spécifiques.

Les bases de l'occlusion peuvent être définies comme une occlusion à protection mutuelle. Pour faire simple, cela signifie que les dents antérieures (guide antérieur) désengrènent les dents postérieures dans toutes les directions évitant toute interférence [8], les dents postérieures soutenant les dents antérieures en direction verticale. Cette relation magnifiquement conçue fonctionne extrêmement bien, car elle réduit les contacts prématurés et les interférences qui causeraient usure et traumatisme à tout le système dentaire. Toute interférence en occlusion d'intercuspidation maximale, en protrusion, côtés travaillants droit et gauche, est identifiée avec un papier à articuler et notée sur la fiche. Nous notons également quelles dents permettent la protection



Fig. 1.13 Vue dentaire.

côtés travaillants, et si c'est une protection canine, une protection prémolaire ou un scénario « fonction de groupe ».

L'occlusion sera traitée en détail dans le [chapitre 3](#) ; cependant, comme elle est en rapport avec le diagnostic, il est important de rappeler que le contour palatin des incisives centrales maxillaires définit le guidage antérieur, le bord incisif définit la phonétique, et la face vestibulaire définit l'esthétique ([fig. 1.14](#)). Les trois faces doivent être prises en compte, car un scénario de facettes devient souvent une couronne à recouvrement total une fois que les contours linguaux de la dent ont été évalués.

ÉLÉMENTS MICRO-ESTHÉTIQUES

Nous portons maintenant notre attention sur la section finale de la fiche d'évaluation esthétique : les éléments micro-esthétiques. En analysant ces éléments, nous pouvons clairement identifier les changements nécessaires qui sont à incorporer dans notre cire de diagnostic.

- Position du bord incisif : la position du bord incisif de l'incisive centrale maxillaire dans la mesure où il concerne la phonétique, la fonction et l'esthétique. Se rappeler encore une fois que la position des incisives centrales maxillaires est la forme la plus critique du sourire. Une fois que nous savons où va la limite gingivale de cette dent et où le bord incisif doit être positionné, alors tout prend place ; la hauteur de cette dent définit sa largeur idéale (environ 80 % de la hauteur, d'après différentes études), et de simples

CHAPITRE 1

DIAGNOSTIC ESTHÉTIQUE : UNE ANALYSE EN TROIS ÉTAPES

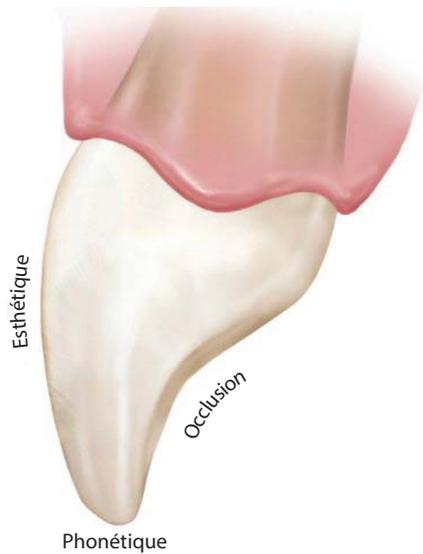


Fig. 1.14 La surface vestibulaire définit l'esthétique.



Fig. 1.15 Position idéale du bord incisif.

recommandations biométriques fournissent alors les largeurs des autres dents [4, 5]. Idéalement, les bords des incisives centrales maxillaires et les pointes des canines reposent sur la même ligne horizontale, avec les bords des incisives latérales au-dessus de cette ligne (fig. 1.15).

- Symétrie des tissus mous : la hauteur gingivale des incisives centrales et des canines maxillaires doit être idéalement au même niveau, et celle des incisives latérales 1 à 1,5 mm en dessous de cette ligne (fig. 1.16). Cela est particulièrement critique chez un patient avec une ligne du sourire haute [9].

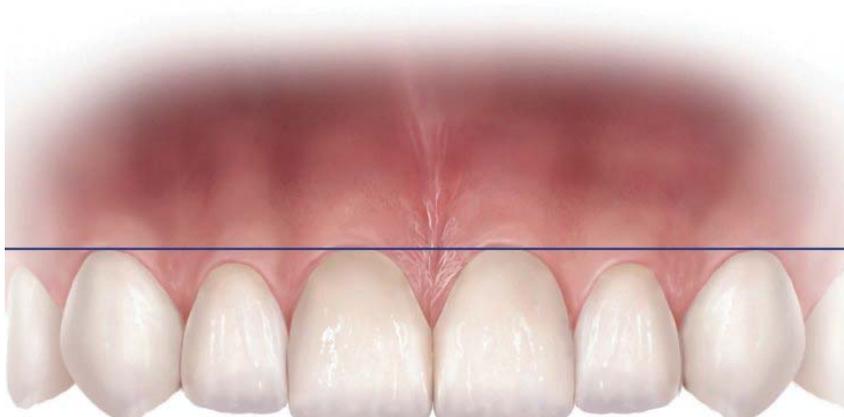


Fig. 1.16 Symétrie des tissus mous.

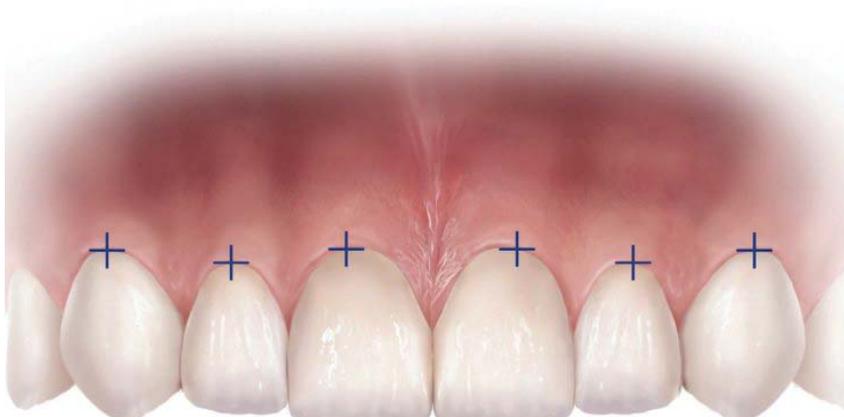


Fig. 1.17 Formes triangulaires.

- Formes triangulaires : le sommet du feston gingival semble être le plus élevé au niveau de la face distale de l'incisive centrale maxillaire, à environ 1 mm en distal de la ligne médiane des dents (fig. 1.17). Cela est souvent décrit comme un effet « aile de mouette ». Le zénith des incisives latérales et des canines, cependant, doit être centré en mésio-distal [10].
- Inclinaison axiale : les six dents antérieures ont leurs racines inclinées en distal, avec les racines des incisives centrales s'approchant de la verticale ; l'inclinaison augmente au fur et à mesure que l'on se déplace en distal (fig. 1.18) [9]. Cette subtilité reflète la position des racines sous-jacentes, car deux structures ne peuvent occuper le même espace.
- Proportion de la dent : la largeur de l'incisive centrale maxillaire doit être de 75 à 85 % de sa hauteur (fig. 1.19) [4, 6].