



Changer de **sourire** à 40 ans...

Stéphanie Ortet, André-Jean Faucher, Jean-Louis Brouillet, Jean-Christophe Paris

Durant ces dernières années, la demande en matière d'esthétique n'a cessé de croître et le domaine de la dentisterie n'échappe pas à cette préoccupation générale, avec des patients aux exigences de plus en plus pressantes et toutes les catégories d'âge sont concernées.

Motivés par des aspirations diverses, les « Quadras » représentent une tranche d'âge particulièrement affectée par cette envie de sourire harmonieux. Pourquoi ? 40 ans, c'est souvent l'âge d'une remise en question mentale, sociale et physique. Et, le sourire participe à ce renouveau ! Le sourire, c'est l'éclat d'un regard... Il illumine un visage et contribue à sa beauté ; c'est en lui que s'inscrit l'originalité de chacun. C'est également l'expression d'une sensation de bien-être physique et/ou psychologique [14], il est synonyme de pleine santé, de jeunesse et ceci a forcément un retentissement sur la confiance en soi [8, 15] et la communication inter-humaine. Par conséquent, lorsqu'ils nous sollicitent, les patients de 40 ans attendent beaucoup de leur traitement et le sourire englobe donc un ensemble de notions complexes à appréhender...
Mais que souhaitent exactement ces « quadras » ?

ANALYSE DE LA DEMANDE DES "QUADRAS" POURQUOI CONSULTENT-ILS ?

Le contexte social et psychoaffectif

Quels que soient les individus, il ne faut pas sous-estimer l'impact psychoaffectif dans nos choix et nos actions. À l'issue de plusieurs rendez-vous, lorsqu'un climat de confiance est instauré, les patients se livrent et les praticiens rencontrent parfois des facteurs de motivation plus profonds que l'apparence physique.

- Dans la majorité des cas, les « quadras » viennent consulter par nécessité médicale. Ce sont tous ces patients qui ont subi, à l'adolescence, des soins dentaires multiples, qui se sont dégradés avec le temps et auraient dû être repris plus précocement mais pendant une période difficile de réalisation personnelle et professionnelle.
- Si le premier frein rencontré est le manque de temps, le second est souvent une instabilité matérielle de cette vie de jeune adulte et une difficulté à s'engager dans des soins certes indispensables, mais onéreux.
- Les patients de cette tranche d'âge voient leur sourire perdre de la présence dans leur visage, et c'est souvent la période choisie pour faire un « lifting » du sourire qui s'accompagne fréquemment de soins esthétiques annexes du visage.
- Une rupture familiale ou un divorce peuvent générer, chez certains patients, une prise de conscience de leur apparence physique; ces derniers pensent que le rajeunissement et l'embellissement de leur sourire leur permettront de résoudre certains de leurs désordres psychoaffectifs. Face à cette éventualité, le thérapeute responsable, devra être capable de distinguer une réelle demande esthétique, fondée sur des évidences inesthétiques de la peur d'une dysmorphose c'est-à-dire une demande excessive [3].
- Le patient souhaite s'orienter vers un nouveau sourire: il en rêve depuis l'adolescence et profite d'une période de stabilité personnelle, professionnelle et affective pour réaliser son projet car c'en est un pour ces patients aux attentes bien fondées.

40 ans, un sourire dégradé

Comment définir un « beau sourire »? Des dents claires aux proportions agréables... des dents bien alignées au sein d'un écrien parodontal en bonne santé... c'est ce que veulent ces patients qui ont franchi la barre des 40 ans. Or, à ce stade de la vie, les problèmes d'origine parodontale et d'usure dentaire sont plus fréquents et potentiellement aggravés par des soins antérieurs vieillissants. Le praticien peut donc se retrouver face à des situations de réhabilitation délicates.

Quels peuvent être leurs motifs initiaux de consultation ?

- Les « quadras » nous parlent souvent d'un manque de luminosité dans leur sourire. En effet, le vieillissement s'accompagne d'une usure physiologique de l'émail laissant apparaître peu à peu la dentine sous-jacente, à l'origine d'une saturation plus marquée de la dent. De plus, des traumatismes mécaniques répétés et dysfonctionnels mais aussi des habitudes comportementales ou alimentaires néfastes (tabac, café...) peuvent être responsables de colorations iatrogènes et également modifier l'aspect de ce sourire.

- Les patients de plus de 40 ans se plaignent également d'un manque de visibilité des dents sous leurs lèvres, critère esthétique essentiel à l'équilibre d'un sourire.

Deux possibilités:

- le patient présente un **plan frontal esthétique trop haut**, ayant pour origine, par exemple, des dents trop courtes soumises à l'abrasion ou raccourcies prématurément à cause d'une parafonction acquise. Dans nos sociétés, le stress est souvent la source de pathologies occlusales;
- le patient comporte une **position du sourire trop basse**: avec le temps, les tissus se relâchent notamment au niveau du cou et des lèvres. Il n'est pas rare, au sein de nos cabinets dentaires, d'avoir en consultation des patientes qui, pour lutter contre le vieillissement, se soient fait « regonfler » leurs lèvres et contrairement, à ce qu'elles s'imaginaient, leur sourire paraît plus récessif car les dents deviennent moins visibles, cachées par le volume labial.

Dans ces deux situations, on ne verra quasiment pas les dents, ce qui peut donner un aspect vieillissant au sourire, un sourire qui risque de manquer de générosité.

- L'évolution d'une maladie parodontale peut laisser apparaître des trous noirs disgracieux, +/- associés à des migrations dentaires, ce qui génère un certain stress visuel dans la perception d'un sourire.
- Bien plus souvent que ce que l'on croit, la demande des « quadras » concerne des problèmes d'alignement dentaire, témoin d'une demande esthétique ancrée depuis l'adolescence.

Leurs attentes

Dans un respect évident des fondamentaux biologiques et mécaniques de la spécialité, la réussite d'un sourire dépend également de ce que le patient désire: s'agit-il de couleur? De hauteur? D'alignement? De forme?

En général, les « quadras » sont des patients déterminés et donc très exigeants.

Tous différents physiquement et dans leurs désirs, il semble important de définir correctement les doléances de ces patients et leur profil psychologique pour éviter de se tromper! Certains sont sous influence des médias, à la recherche de sourires « blancs », bien

alignés et avec des couleurs qui ne sont plus naturelles! Ces derniers ont des informations faussées sur la blancheur, et leurs attentes sont parfois irréalistes! Notre rôle est donc de prévenir les éventuels conflits qui pourraient surgir suite à une déception du patient.

Certains recherchent un aspect plus naturel pour retrouver ou conserver leur apparence. D'autres encore, « nous font confiance », situation délicate et favorable à l'erreur d'interprétation: il faut alors les aider à définir précisément ce qu'ils attendent de nous pour leur futur sourire.

Cette évaluation permettra alors au praticien de détecter les situations de malaise psychologique au travers des demandes esthétiques et de rejeter un traitement [3].

Des solutions

Comprendre et se faire comprendre: intérêt du projet esthétique

Il semble difficile de comprendre toutes les doléances d'un patient, pas toujours bien formulées par celui-ci, et *a contrario*, il est difficile de se faire comprendre.

En effet, entre l'image, les mots exprimés et leur compréhension, il peut y avoir une certaine distorsion avec, inévitablement, une variabilité du résultat. Une mauvaise interprétation peut entraîner une réalisation définitive qui risque de ne pas être fidèle aux attentes du patient.

Grâce au projet esthétique, le praticien peut visualiser et mieux appréhender la restauration finale, et ceci avant tout geste clinique irréversible. De même, le patient peut manifester son approbation ou ses réticences de façon éclairée, l'objectif étant de le conforter dans son choix et de le guider au fur et à mesure des différentes séquences prothétiques.

Le projet esthétique constitue donc un maillon essentiel de la réhabilitation prothétique.

Importance d'une démarche diagnostique bien menée

Un « beau sourire » ne s'improvise pas!

Devant l'exigence de réhabilitations parfois très complexes et compte tenu de l'impact psycho-affectif que peuvent avoir certains de nos gestes techniques, le praticien se doit de maîtriser la situation par une approche dia-

gnostique raisonnée. Pour cela, le Tableau décisionnel© [10] est un guide thérapeutique qui permettra au clinicien de le conforter dans l'établissement du diagnostic et d'un plan de traitement cohérent.

C'est d'ailleurs cette méthode que nous essaierons d'illustrer au travers du cas clinique suivant.

CAS CLINIQUE

Présentation

M. B se présente à la consultation avec des doléances esthétiques et fonctionnelles. Il est âgé de 44 ans et souffre de son apparence dans l'exercice d'une profession l'amenant souvent à côtoyer le public.

Il nous explique son adolescence perturbée et un début de carrière professionnelle intense qui l'a éloigné des cabinets dentaires sauf lors d'épisodes douloureux.

Aujourd'hui, le temps lui manque toujours mais son apparence physique (sourire) le fait souffrir dans ses rapports sociaux et il s'est décidé à entreprendre les soins nécessaires à sa santé et son bien-être.

Examen clinique

L'examen clinique révèle de nombreuses dents absentes (18, 16, 24, 28, 37, 36, 45, 47, 48), certaines à l'état de racines (25, 38), de nombreux soins (17, 13, 11, 21, 23, 26, 27, 47) dans leur grande majorité infiltrés, une couronne métallique (15), des dents temporaires (12, 22).

Examen radiologique

L'examen radiologique (fig. 1) montre de nombreuses dents dépulpées (15, 14, 12, 11, 22, 26, 27), aux traitements incertains, aucune lésion essentielle des maxillaires, une présence sinusale proche au maxillaire supérieur, spécialement dans le secteur 1, mais une hauteur osseuse dans les secteurs mandibulaires qui favoriserait le choix implantaire.



1. Radiographie panoramique.

Examen parodontal

Le patient présente un biotype parodontal épais avec une épaisseur et une hauteur de gencive kératinisée confortable.

Le tartre est abondant, la plaque bactérienne et l'inflammation gingivale généralisée dans les secteurs linguaux, témoins d'un brossage rapide et sans méthode.

La présence de plaque dentaire est favorisée par de nombreux soins et couronnes iatrogènes. Le sondage parodontal ne nous indique aucune poche parodontale susceptible de mettre en péril certaines dents. La perte osseuse est néanmoins présente et les collets des dents antérieures sont aplatis.

Examen occlusal

Parafonctions et dysfonctionnements: On relève des usures dentaires antérieures, vraisemblablement témoins d'une mastication complètement déséquilibrée, les secteurs postérieurs dépourvus de capacité fonctionnelle.

Cette usure est aussi le fait d'un bruxisme modéré mais présent.

La palpation articulaire et musculaire ne révèle pas de zones douloureuses mais, lors des mouvements d'ouverture-fermeture, des bruits articulaires viennent ponctuer ces déplacements. On note une déviation en fin de fermeture.

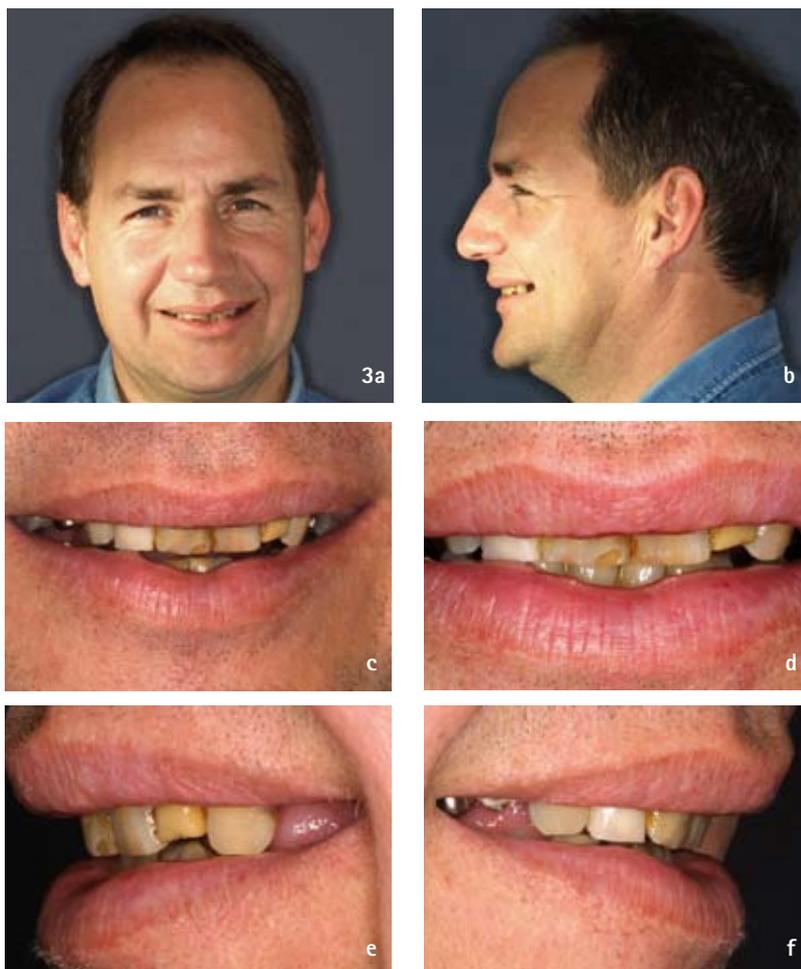
Le calage, faible, permet néanmoins des mouvements répétitifs et reproductibles qui nous incitent à reconstruire ce patient en OIM, mais en augmentant la DV.

Les fonctions occlusales sont perturbées, notamment dans les guidages latéraux qui font participer les incisives centrales et latérales.

Analyse esthétique

L'analyse esthétique du patient doit commencer par la question suivante: « pour restaurer l'harmonie de ce sourire, devons-nous procéder à la restauration de quelques éléments altérés ou réaliser une réhabilitation complète? » En d'autres termes, nous devons identifier si le sourire du patient est détérioré par un ou deux éléments défavorables, ou si toute son architecture est à revoir [1, 10, 11].

En ce sens, nous avons organisé, dans un Tableau décisionnel® [9] (fig. 2), les critères esthétiques fondamentaux en quatre catégories, eux-mêmes divisés en facteurs esthétiques, bien définis dans la littérature [1, 2, 4, 5, 6, 9, 12].



Le problème peut être ponctuel, on cochera alors la case rouge dans la colonne « sourire équilibré ». Si le problème est global, on cochera la case rouge du « sourire dysharmonieux ». Bien entendu, si le critère examiné présente toutes les qualités de régularité, la case choisie sera la bleue.

L'addition des croix nous orientera vers une intégration ou une réhabilitation.

Cet examen se fait en présence du patient et si possible de trois photos: visage, sourire, vue frontale avec écarteurs. Le patient doit acquiescer le choix des cases à cocher, pendant que le praticien commente les décisions sur l'écran de l'ordinateur.

En ce qui concerne notre patient, le déséquilibre visuel entre le sourire et le regard est évident: il masque son sourire et vit son déficit esthétique difficilement. Il en découle logiquement que sa ligne du sourire est basse. Il conviendra de réévaluer ce facteur en fin de phase de couronnes temporaires de première génération: il faudra alors peut-être revoir la position du plan esthétique frontal. Le plan sagittal est légèrement oblique et ne constitue qu'un problème ponctuel.

En revanche l'organisation des dents dans le plan hori-

zontal montre des anomalies: les centrales sont en linguoversion.

L'analyse de la composition dentaire montre une totale dégradation dans tous ses aspects: dimensions, proportions, couleur et formes.

L'architecture gingivale est marquée par une répétition de collets plats qui rendent la composition dentaire artificielle, massive et grossière.

Dans le cas de notre patient, la somme des critères défavorables dans un contexte global guide notre décision thérapeutique vers une réhabilitation de son sourire.

Plan de traitement et procédures cliniques

Une réhabilitation du sourire ne peut s'envisager sans un plan de traitement clairement défini, qu'il soit biologique, fonctionnel ou esthétique.

Une fois tous les éléments diagnostiques réunis (modèles montés sur articulateur, statuts radios, panoramique dentaire, sondage parodontal), il en manque un essentiel lorsque l'on veut réhabiliter un sourire: le protocole photographique.

| 2. Tableau Décisionnel©. | | Sourire équilibré | | Sourire dysharmonieux |
|--------------------------|--|-------------------|-------------------|-----------------------|
| | | Aucun problème | Problème ponctuel | Problème global |
| VISAGE | Equilibre visuel entre regard et sourire | | | |
| | Ligne du sourire | | | |
| SOURIRE | Plan frontal esthétique | | | |
| | Plan sagittal | | | |
| | Plan horizontal | | | |
| | Dimensions | | | |
| COMPOSITION DENTAIRE | Proportions | | | |
| | Couleur | | | |
| | Formes | | | |
| | Architecture gingivale | | | |
| COMPOSITION GINGIVALE | Architecture gingivale | | | |
| Décision thérapeutique | | | | |
| | | intégration | | réhabilitation |



Le statut photographique est indispensable à toute étude esthétique, car il permet d'avoir une « empreinte visuelle » du patient et de la communiquer aux différents partenaires du plan de traitement. Ce protocole consiste en douze vues (fig. 3):

- six sans les écarteurs: visage, profil, sourire, sourire « six dents », sourire trois-quarts droit, sourire trois quarts gauche,
- six avec écarteurs: inoclusion, bout à bout incisif, latéralité droite, latéralité gauche, vue occlusale maxillaire supérieur, vue occlusale mandibulaire.

Avec tous ces éléments, nous procédons à l'étude esthétique complète qui commence par le recueil de ceux-ci suivant la méthodologie du Guide Esthétique© [9] qui aboutit sur un plan de traitement esthétique.

3. Le protocole photographique a une place fondamentale dans la réussite du plan esthétique



4



5



6

4. Les temporaires de première génération répondent à cet objectif : soulager le patient biologiquement, fonctionnellement et esthétiquement.

5. Une fois les reprises de traitements endodontiques effectuées, les reconstitutions corono-radiculaires sont élaborées au laboratoire. Dans ce cas, le choix de techniques indirectes est dicté par le nombre important de piliers à paralléliser. Un tenon en fibre de verre (Postec, Ivoclar-Vivadent®), associé à une résine composite (Adoro, Ivoclar-Vivadent®), permet, une fois collé, de reconstituer la dent pour accueillir ensuite une couronne.

6. Les temporaires de deuxième génération permettent de « coller » le plus possible aux décisions thérapeutiques et esthétiques du Guide Esthétique®. Le traitement orthodontique au maxillaire inférieur permet d'aligner les dents et de parfaire les positions pendant que les implants sont en nourrice. Des temporaires sur implants viendront tester la solution occlusale.

7-8. Après cicatrisations complètes (endodontiques, occlusales, parodontales et implantaire), les empreintes permettent au laboratoire d'élaborer des couronnes et petits bridges tout céramique en zircone (Nobel® + Rondo Nobel®). De par ses qualités optiques et des propriétés mécaniques acceptables pour des bridges de courte étendue, le choix de la zircone nous permet d'envisager un traitement restaurateur sans métal, tout en masquant les diverses dyschromies de substrats sous-jacents.



7



8



9. Les couronnes sur implants sont solidarisées et comme nous pouvons le voir sur la photo, la technique du double-scan permet d'optimiser le soutien de la céramique cosmétique en créant un point de contact en Zircon. En effet, cette zone de la crête marginale est particulièrement propice aux fractures de la céramique cosmétique quand celle-ci n'est pas soutenue. L'assemblage de ces couronnes peut se faire soit par scellement à l'aide de CVIMAR (Fuci-cem GC®) soit par collage après traitement tribochimique (Fron, JPA).

Le premier objectif d'un tel type de traitement est d'obtenir rapidement un apaisement biologique, fonctionnel et esthétique. Le traitement d'urgence, « palliatif » [13] consiste à mettre en place un traitement de parodontie médicale (méthodes de brossage, identification des germes et des prédispositions, élimination des dépôts), obturer les dents présentant des lésions carieuses ou étanchéifier les obturations infiltrées, remplacer les couronnes défectueuses par des couronnes temporaires, équilibrer l'occlusion.

Les figures 4 à 15 illustrent les différentes phases de réalisation.

10, 11, 12 et 13. Le résultat esthétique obtenu grâce au talent du céramiste et des matériaux aujourd'hui mis à notre disposition, rejoint les indications esthétiques retenues par le Guide Esthétique® [7]. En effet, les recommandations se résument, outre évidemment la réhabilitation biologique et fonctionnelle de notre patient, en un rajeunissement, embellissement et le retour vers un sourire naturel. Le choix d'incisives plus anguleuses et d'un plan esthétique frontal plus linéaire par rapport aux temporaires nous permet d'élaborer un sourire plus masculin, ce que désirait le patient.





14 et 15.
L'intégration du sourire dans le visage de notre patient renforce le sentiment que la réussite d'un traitement esthétique ne peut être le fait d'une simple improvisation ou dépendre uniquement du sens artistique du praticien.



CONCLUSION

Ce cas clinique illustre parfaitement la demande « type » du patient quadragénaire, même s'il est extrême dans sa complexité. En effet, ce patient à la dentition fortement dégradée pendant l'adolescence, absorbé par sa profession et sa vie familiale dans les deux premières décennies de sa vie d'adulte, s'est négligé, ne se considérant pas comme prioritaire comparé à sa famille et son travail. À une période charnière de sa vie, disposant de temps et de moyens matériels, il a pris le temps de se faire traiter et en a profité pour le faire dans un souci d'amélioration de son apparence physique.

L'amélioration des techniques, des matériaux, le talent des céramistes, nous ont permis de lui redonner un sourire, longtemps terni, afin de lui permettre de retrouver l'estime de soi par une revalorisation de son image corporelle.

Modifier un sourire n'est jamais anodin... le réussir est un défi qui impose au praticien de recréer une composition dentaire mêlant naturel, harmonie, vie et fonctions. Si la répétition des traitements peut faire glisser le praticien dans la routine, il doit avoir à l'esprit que le patient qui nous confie son sourire est toujours unique!

Remerciements:

*Labo Pierre Andrieu, implantologie, parodontologie
P. Héraud, Orthodontie G. Joseph*

BIBLIOGRAPHIE

1. Brient M, Trevelo F, Tirllet G, Attal JP. Débuter un traitement esthétique. Observer et analyser. *Inf Dent* 2006; 88 (36) : 2207-2212.
2. Chiche GJ, Pinault A. *Esthetics of anterior fixed prosthodontics*. Quintessence Pub. Co. 1994.
3. Decharrière-Hamzawi H, Tirllet G, Attal JP. Apprendre à diagnostiquer la "peur d'une dysmorphose". *Inf Dent* 2005; 40 : 2523-2527.
4. Duarte S, Lorezon AP, Schnider P. The Importance of Width/Length Ratios of Maxillary Anterior Permanent Teeth in Esthetic Rehabilitation. *The European Journal of Esthetic Dentistry* 2008; 3 : 224- 234.
5. Fradeani M. Analyse esthétique Quintessence. Intern. 2007.
6. Fradeani, M. Evaluation of dentolabial parameters as part of a comprehensive esthetic analysis. *The European Journal of Esthetic Dentistry* 2006; 1 : 62-69.
7. Fron H, Tirllet G, Attal JP. Les silanes: mieux les connaître pour mieux les utiliser. *Inf Dent*. 20 : 2-7 2009.
8. Graber LW, Lucker GW. Dental esthetics self evaluation and satisfaction. *Am. J. Orthod.* 1980; 77 : 163-178.
9. Paris JC, Faucher AJ. *Le Guide Esthétique*. Quintessence Intern. 2004
10. Paris JC, Faucher AJ, Makarian MH. Esthétique du sourire: Intégration ou Réhabilitation? *Réalités cliniques*. 2003; 14(4): 367-378.
11. Paris JC, Toca E, Faucher AJ, Brouillet JL. Restauration du sourire: la fin de l'improvisation. *ID*. Fev. 2005, 6 : 291-297.
12. Rufenacht CR. *Fundamental of Esthetics*. Quintessence Pub. Chicago 1990.
13. Steuer S. Esthetic Rehabilitation of Anterior Teeth with Consideration of Periodontal and Functional Parameters Part 1 : Diagnosis and Treatment Planning. *E.J.E.D.* 4(2) 2009 :152-162.
14. Talarico G, Morgante E. Psychology of dental esthetics: dental creation and the harmony of the whole. *The European Journal of Esthetic Dentistry* 2006; 4 : 303-312.
15. Terry RL, Davis JS. Components of facial attractiveness. *Percept. Mot. Skills*. 1978; 42 : 918-919.

Auteurs :

Stéphanie Ortet AHU Aix-Marseille II (Dept d'Odontologie Conservatrice), DU. Odonto.restauratrice et esthétique Postgraduate NYU

André-Jean Faucher MCU Aix-Marseille II, Jean-Louis Brouillet PU, Aix-Marseille II, Jean-Christophe Paris, Postgraduate Esthétique NYU

Correspondance : 12, cours Sextius 13100 Aix-en-Provence - stephanie.ortet@free.fr