

Les bridges collés

- **Définition :**

Un bridge collé est une pièce prothétique rigide lié par collage aux piliers afin de remplacer une ou voire deux dents absentes.

- **Indications :**

Les indications et contre-indications des bridges collés sont intimement liées aux impératifs du collage et du joint de colle :

- Patient soigneux et motivé, faible risque carieux
La prothèse adhésive doit être réservé à des patients conscients que leur hygiène est un facteur conditionnant le succès à moyen terme de leur prothèse.
- édentement limité
Le bridge de 3 éléments représente la situation idéale. Il est exceptionnellement envisageable de remplacer deux dents (par exemple des deux incisives centrales mandibulaires). Les constructions supérieures à 3 éléments ont un taux d'échec significativement plus important.
- piliers exempts de caries ou de reconstitutions importantes
Une surface de collage amélaire maximale sera recherchée. La valeur adhésive du collage sur dentine étant plus faible, la préparation devra intéresser des piliers sains ou présentant de petites reconstitutions.
- état parodontal convenable
Une mobilité dentaire excessive liée à une faiblesse parodontale est une contre-indication aux bridges collés dont le joint de colle est alors soumis à des contraintes plus importantes pouvant entraîner sont décollement.
- hauteur de la couronne clinique – indice de Le Huche
Les dents courtes limitent la surface de collage, d'autant que la limite des préparations sera supra-gingivale. Des piliers ménageant des hauteurs suffisantes de préparation seront indiqués.
L'indice de Le Huche (différence en mm entre le plus grand diamètre mésio-distal de la dent et le diamètre mésio-distal au niveau cervical de la préparation) doit être faible : il faut éviter les dents triangulaires.
- Piliers orthocentrés
Des dents support en malpositions, conduiraient l'opérateur à accentuer les préparations afin de les paralléliser, principe indispensable à l'insertion de la pièce prothétique. Ceci aurait pour conséquence d'obtenir une surface de collage en grande partie dentinaire, mais également une proximité pulpaire pouvant amener à dépulper ultérieurement. En conséquence, les bridges collés n'intéresseront que des piliers orthocentrés.
- occlusion / parafonctions
Les situations cliniques d'occlusion très serrée constituent des contre-indications relatives aux bridges collés car nécessitant une préparation plus importante, donc principalement dentinaire.
En outre les parafonctions qui engendrent des forces horizontales très nocives pour l'adhésion de la pièce prothétique collée et constituent une contre-indication.
- Implant impossible, non souhaitable ... ou non souhaité
Les bridges collés étant, somme toute, exigent quand la qualité des dents bordant l'édentement, ils constitueraient le plus souvent des situations cliniques idéales pour la réalisation d'une prothèse unitaire implanto-portée.

En effet, même si elle est réduite, la préparation en vue d'un bridge collé nécessite une mutilation dentaire irréversible non négligeable, bien souvent affectant des dents saines.

Le verdict en faveur de la prothèse collée au dépend de l'implant peut être emporté par :

- des conditions anatomiques défavorables (faiblesse du volume osseux)
- une impossibilité médicale de la pose implantaire
- un souhait du patient cantonné sur des techniques moins invasives
- un choix économique, le coût de revient de l'implant étant important et pas ou peu pris en charge.

- **Principes de préparation :**

- Précaution lors de la préparation sur dent vivante : voir article Web-Dentaire : <http://www.web-dentaire.com/index.php?cat=art&id=66>
- Décortication quantitative :
L'épaisseur de métal au niveau des ailettes doit être d'environ 0,8 mm, ce qui leur confère une rigidité suffisante. En pratique, cette épaisseur conduirait à préparer une grande partie de la préparation au-delà de l'épaisseur d'émail. Afin d'y palier, la préparation est sous évalué et le prothésiste dentaire est amené, lorsque l'occlusion le permet, à augmenter l'épaisseur de métal, sans pour autant obtenir un sur-contour au niveau des limites du joint prothétique.

En outre, des préparations proche des onlays scellés avec des tranches et des boites permettent de rigidifier la pièce prothétique.

- Décortication qualitative :
La préparation doit intéresser un maximum d'émail pour permettre une haute valeur d'adhésion.
En outre, les impératifs liés au collage impliquent une préparation supra-gingivale permettant la pose du champ opératoire et l'étanchéité lors de la mise en place de la pièce prothétique, gage de pérennité.
Bien que le mode de liaison par collage assure une rétention importante grâce à l'adhésion chimique sur l'émail et autorise des préparations moins mutilantes, des artifices de rétention doivent être réalisés (boites, rainures, puits, tranchées). En effet, les préparations rétentives, donc plus mutilantes, ont une durée de vie en bouche et un taux de décollement plus faible que les préparations à minima.
- limites des préparations
Comme pour toutes les techniques adhésives, le joint dento-prothétique ne doit pas être situé au niveau d'un point de contact d'occlusion dynamique ou statique, sous peine de détériorer le joint de colle et de risque une infiltration bactérienne. Une simple analyse en bouche ou sur articulateur si nécessaire de l'occlusion statique (OIM) et des rapports dynamiques doit être réalisée.
- parallélisme des préparations
Comme toutes les techniques de préparations de bridges, un parallélisme est exigé

- **Collage**

Le collage est réalisé sous champ opératoire après vérification de l'ajustage dento-prothétique, de l'absence de bascule, de l'intégration esthétique de l'intermédiaire de bridge.

La friction de la pièce prothétique doit être légère car la prothésiste doit avoir prévu une épaisseur suffisante pour le joint de colle (l'épaisseur le ciment d'espacement doit être trois fois supérieur à celui d'une prothèse scellée).

Le collage est réalisé selon les consignes du fabricant. Après la prise de la colle, les excès sont éliminés, mais la finition du joint sera reporté à une séance ultérieure.

- **Suivi**

Un suivi rigoureux et fréquent doit être effectué et le patient doit en être informé. Le décollement partiel ou la formation d'un hiatus peuvent conduire à l'échec.

Pour sa part, le patient doit se soumettre à une hygiène irréprochable (brossettes interdentaires et fil dentaire autour et au niveau du pontique)

Cas clinique :



Situation clinique initiale : la première prémolaire maxillaire droite (15) qui présentait une fracture verticale a été extraite. La thérapeutique de choix aurait été l'implant, mais rendu impossible du fait d'une hauteur d'os insuffisante (sinus volumineux). Les dents de part et d'autre de l'édentement étant totalement saines, un bridge conventionnel aurait été délabrant. Le choix du bridge collé a donc été fait. Les préparations se veulent assez rétentives (proche des préparations pour onlays scellés) avec une rainure centrale pour rigidifier la pièce prothétique et des boites proximales stabilisatrices.



La prise d'empreinte ne présente pas de difficulté, les limites étant toutes supragingivales ... collage oblige ! Le champ opératoire est posé afin de procéder au collage de la pièce prothétique. Nous avons utilisé du Superbond ® (MORITA) qui est un excellent matériau de collage mais présente en outre l'avantage de réaliser une couche opaque blanche ce qui permet de masquer le métal non précieux, assez sombre, qui serait visible par transparence.



Vue clinique finale, après dépose du champ opératoire : les ailettes métalliques ne sont pas visibles lors du sourire. Les dents piliers ne présentent aucun assombrissement grâce à l'opacité de la colle. Les embrasures dégagées permettent l'entretien avec les brossettes interdentaires. (Laboratoire Horizon)

Cas clinique : Dr Laurent Dussarps