

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

ANNEE 2014

Thèse n° 2014 – TOUS3—3012

THESE

POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Jules BAILLON

Le 10 avril 2014

LES TECHNIQUES D'ACCES AUX LIMITES CERVICALES EN PROTHESE FIXEE :
HABITUDES DES PRATICIENS EN MIDI-PYRENEES

Directeur de Thèse : Docteur Rémi ESCLASSAN

JURY

Président :

Professeur Philippe POMAR

1^{er} assesseur :

Docteur Rémi ESCLASSAN

2^{ème} assesseur :

Docteur Jean CHAMPION

3^{ème} assesseur :

Docteur Florent DESTRUHAUT



**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

ANNEE 2014

Thèse n° 2014 – TOUS3—3012

THESE

POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Jules BAILLON

Le 10 avril 2014

LES TECHNIQUES D'ACCES AUX LIMITES CERVICALES EN PROTHESE FIXEE :
HABITUDES DES PRATICIENS EN MIDI-PYRENEES

Directeur de Thèse : Docteur Rémi ESCLASSAN

JURY

Président :

Professeur Philippe POMAR

1^{er} assesseur :

Docteur Rémi ESCLASSAN

2^{ème} assesseur :

Docteur Jean CHAMPION

3^{ème} assesseur :

Docteur Florent DESTRUHAUT



ORGANIGRAMME



FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

➔ DIRECTION

ADMINISTRATEUR PROVISOIRE

Mr Hugues CHAP

ASSESEURS DU DOYEN

• ENSEIGNANTS :

Mme GREGOIRE Geneviève
Mr CHAMPION Jean
Mr HAMEL Olivier
Mr POMAR Philippe

• PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme GRIMOUD Anne-Marie

• ÉTUDIANT :

Mr HAURET-CLOS Mathieu

CHARGÉS DE MISSION

Mr PALOUDIER Gérard
Mr AUTHER Alain

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme GRAPELOUP Claude

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr LAGARRIGUE Jean +
Mr LODTER Jean-Philippe
Mr PALOUDIER Gérard
Mr SOULET Henri

➔ ÉMÉRITAT

Mr PALOUDIER Gérard

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

<i>Chef de la sous-section :</i>	<i>Mr VAYSSE</i>
Professeur d'Université :	Mme BAILLEUL-FORESTIER
Maîtres de Conférences :	Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mr VAYSSE
Assistants :	Mr DOMINÉ, Mme GÖTTLE
Chargés d'Enseignement :	Mme BACQUÉ, Mr TOULOUSE

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

<i>Chef de la sous-section :</i>	<i>Mr BARON</i>
Maîtres de Conférences :	Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,
Assistants :	Mme ELICEGUI, Mme OBACH-DEJEAN, Mr PUJOL
Chargés d'Enseignement :	Mr GARNAUT, Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

<i>Chef de la sous-section :</i>	<i>Mr HAMEL</i>
Professeur d'Université :	Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU
Maître de Conférences :	Mr HAMEL, Mr VERGNES
Assistant :	Mlle BARON
Chargés d'Enseignement :	Mr DURAND, Mr PARAYRE

57.01 PARODONTOLOGIE**Chef de la sous-section :** *Mr BARTHET*

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL

Chargés d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr PIOTROWSKI, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION**Chef de la sous-section :** *Mr CAMPAN*

Professeur d'Université : Mr DURAN

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI

Chargés d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr GANTE, Mr L'HOMME, Mme LABADIE, Mr PLANCHAND, Mr SALEFRANQUE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE)**Chef de la sous-section :** *Mr KEMOUN*

Professeurs d'Université : Mme DUFFAUT

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr KEMOUN, Mr POULET

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mr BLASCO-BAQUE, Mme PESUDO, Mme SOUBIELLE

Chargés d'Enseignement : Mr BARRÉ, Mr SIGNAT, Mme VALERA

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE**Chef de la sous-section :** *Mr GUIGNES*

Maîtres de Conférences : Mr DIEMER, Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr ARCAUTE, Mlle DARDÉ, Mme DEDIEU, Mme DUEYMES, Mme FOURQUET, Mr MICHETTI

Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mlle BORIES, Mr ELBEZE, Mr MALLET, Mlle PRATS,

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)**Chef de la sous-section :** *Mr CHAMPION*

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS

Assistants : Mr CHABRERON, Mr DESTRUHAUT, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO

Chargés d'Enseignement : Mr ABGRALL, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mme LASMOLLES, Mr LUCAS, Mr MIR, Mr POGÉANT, Mr RAYNALDY

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE**Chef de la sous-section :** *Mme GRÉGOIRE*

Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR

Assistants : Mr CANIVET, Mr DELANNÉE, Mr MONSARRAT

Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1991).

Mise à jour au 4 février 2014

REMERCIEMENTS

A mes parents, qui ont toujours été là pour moi, qui m'ont soutenu tout au long de ma vie, de mes études, merci à vous deux. Sans vous je n'en serais certainement pas là.

A Mamina, qui restera toujours dans nos coeurs, et spécialement dans des occasions comme celle-ci. Je pense à toi.

A celle qui partage ma vie depuis bientôt trois ans, celle qui m'a fait mûrir, celle avec qui je veux voir le monde et construire mon futur. Merci ma chérie, je sais que ce n'était pas facile de vivre avec un étudiant, mais ça c'était avant! Je t'aime.

A ma famille:

Mes grand-parents, mes oncles et mes tantes, qui sont loin, on se voit très peu, mais je pense à vous.

Mes cousins et cousines on est tous dispersés à travers la France ou même le monde, j'espère qu'on se réunira bientôt, que je puisse voir un peu comme mes petits cousins ont grandi.

A mes frères, les trois mousquetaires :

Nico, vous avez choisi de vous exiler sur une île lointaine (paradisique certes) Marie et toi mais ce n'est pas ça qui nous empêchera de venir vous voir!

John, tu as choisi la voie de l'épicerie, à Paris en plus ! Bon je suis sûr qu'il y a des pubs sympas dans la capitale où on pourra prendre une pinte.

Etienne, mon caribou! Des années que tu es parti là-bas, au pays de la poutine, de Roch Voisine et de l'essence à moins d'un euro le litre...Je suis déjà venu et on reviendra te voir très bientôt.

Je vous embrasse mes bros.

A Julien, mon binôme de fac pendant ces années, et bien plus à côté. Aujourd'hui tu as un doctorat, une maison, une femme, et bientôt une famille. Tu as su me montrer ce qu'est l'engagement, la volonté d'achever ses projets, merci pour tout ça...Je te souhaite, mais de toutes manières tu y arrives déjà très bien, Beaucoup de bonheur.

A tous mes proches de la fac, Romain ,Thibaut , Astride, Cyrielle, Elsa, Dago, Raph, Alexia, Sylvain, Vince, Vallau, Alex, Gerty, César, JC, Aurore, Pierre... et tous ceux que j'oublie merci à tous pour ces quelques années où on a partagé les bancs de facs, les canapés de la corpo, le comptoir du BDM ou des soirées internats, et même les sièges de la BU (rarement)!

A tous ceux de Perpi , Jeff et Charlotte, Aude et Laurent, Paul et Marie, Mathieu et Clém, Cécile et Max, Zave, Ben, Olivier, Patrick et Coralie ,

A tous les Guillemet, merci de m'avoir accueilli dans votre famille.

Au cabinet de Samatan: merci à Benoit et Henri de m'avoir pris comme remplaçant, de m'avoir fait confiance, j'espère que mon travail vous satisfait, grâce à vous j'ai beaucoup appris et j'apprends encore. Merci aussi à toute l'équipe du cabinet: Cathy, Severine, Isabelle et Linda, votre gentillesse et votre professionnalisme font de ce cabinet un endroit où il est très agréable d'exercer.

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le **Professeur Philippe Pomar**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Lauréat de l'Institut de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de la Salpêtrière,
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse-Rangueil et à la Faculté de Médecine de Paris VI,
- Enseignant-chercheur au CNRS - Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR 5288 CNRS)
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous admirons votre prodigieuse expérience, votre approche humaine de l'exercice et vos talents de professeur.

Soyez assuré de notre considération et de notre plus profond respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le **Docteur Rémi Esclassan**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie),
- D.E.A. d'Anthropobiologie
- Ancien Interne des Hôpitaux,
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse-Rangueil et Pharmacie (L1),
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR 5288 – CNRS),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger cette thèse, apportant votre expérience et vos compétences.

Nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré, pour l'élaboration de ce travail.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici le témoignage de notre plus sincère gratitude, merci de votre confiance.

A NOTRE JURY

Monsieur le **Docteur Jean CHAMPION**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Responsable de la sous-section de Prothèses,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur d'Etat en Odontologie,
- DU Implantologie de la Faculté de Chirurgie dentaire de Marseille,
- Diplôme d'Implantologie Clinique de l'Institut Bränemark – Göteborg (Suède),
- Vice-Président du Conseil National des Universités (section : 58),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de juger notre travail.

Toutes ces années, votre enseignement nous a apporté des connaissances et des qualités humaines indispensables à notre exercice.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'assurance de notre plus profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY

Monsieur le **Docteur Florent DESTRUHAUT**

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, mention « Anthropologie sociale et historique »
- CES de Prothèse fixée,
- CES de Prothèse maxillo-faciale
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous sommes très reconnaissants de votre présence à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de votre disponibilité et de vos qualités humaines et cliniques dans le service d'odontologie qui ont su nous guider jusqu'à ce jour.

Soyez assuré de notre considération et de notre plus profond respect.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
I) RAPPELS GENERAUX SUR LES LIMITES CERVICALES DE PREPARATION	13
I.1. Synthèse des données acquises sur les limites de préparation cervicale en prothèse fixée	13
<i>I.1.1 Les différentes limites de préparation</i>	14
<i>I.1.2 Objectifs des limites cervicales de préparation</i>	15
<i>I.1.3 Les facteurs de choix de la situation de la limite</i>	15
<i>I.1.4 Les différentes situations des limites</i>	16
<i>I.1.5 La limite juxta-gingivale</i>	17
<i>I.1.6.Limiteintrasulculaire</i>	19
I.2.Importance des techniques d'accès aux limites	21
<i>I.2.1. Rappel : le profil d'émergence</i>	21
<i>I.2.2 Rappel sur l'espace biologique</i>	24
I.3 Les objectifs de l'étude	26
II. ENQUETE SUR LES HABITUDES DES PRATICIENS EN MIDI-PYRENEES CONCERNANT LES TECHNIQUES D'ACCES AUX LIMITES CERVICALES	27
II.1. Objectifs de l'enquête auprès des praticiens	27
II.2. Matériels et méthode	27
<i>II.2.1 Le questionnaire</i>	27
<i>II.2.2. La population</i>	27

II.3. Recueil des données	28
<i>II.3.1 Informations sur l'échantillon</i>	28
<i>II.3.2 Formation initiale et continue</i>	34
<i>II.3.3 Techniques d'accès aux limites, habitudes des praticiens, satisfaction , et communication avec le prothésiste</i>	36
III. DISCUSSION	47
III.1 Réalisation d'un accès aux limites cervicales de préparation en prothèse fixée	47
III.2 La technique d'accès aux limites la plus souvent utilisée par les praticiens selon les tranches d'âge	47
III.3 S'il n'y avait qu'une seule technique d'accès aux limites cervicales de préparation en prothèse fixée à retenir	48
III.4 Satisfaction des praticiens concernant l'adaptation immédiate et médiate de leurs restaurations prothétique fixées	49
III.5 Formation initiale et continue	49
III.6 Les rapports prothésiste/praticien	50
IV. CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	54

INTRODUCTION

Lors de la réalisation d'un traitement prothétique fixé, l'objectif est de restaurer la physiologie, la fonction et l'esthétique de la denture. Le praticien doit envisager à la fois le résultat immédiat : l'intégration esthétique et le résultat médiateur : l'intégration biologique et parodontale, qui sont les garants de la pérennité de ces travaux.

De tous les éléments de la préparation, **la limite cervicale est sans doute la zone la plus sensible d'une dent restaurée prothétiquement.**

L'enregistrement des limites cervicales est une des étapes essentielles de l'acte prothétique. Elle permet au praticien d'enregistrer l'intégralité de la préparation de la dent pour en donner une copie fidèle au prothésiste de laboratoire. Cette étape nécessite à la fois de **maîtriser des gestes techniques mais aussi de connaître les conséquences biologiques de chaque acte.**

Classiquement, les objectifs de l'accès aux limites cervicales sont les suivants :

- Favoriser l'insertion du matériau à empreinte au sein du sillon gingival ;
- Utiliser une technique qui laisse un sillon gingival propre et sain ;
- Permettre l'enregistrement de l'intégralité des limites de la préparation et de l'émergence radiculaire non préparée.

Pour mettre en œuvre ces objectifs, le praticien-clinicien dispose d'un large éventail de techniques mais aucune n'est la « solution miracle », chacune possédant ses avantages et ses inconvénients (8).

A notre connaissance, peu d'études ont été faites sur les habitudes des praticiens en matière d'accès aux limites. Dans ce contexte, il nous a paru intéressant de **réaliser une enquête sur les habitudes des praticiens concernant les techniques d'accès aux limites** de préparation en Midi-Pyrénées.

Dans un **premier temps** nous rappellerons les généralités sur les accès aux limites cervicales de préparation puis nous présenterons **l'enquête réalisée auprès d'un échantillon de praticiens en Midi-Pyrénées** concernant leurs **habitudes sur les techniques d'accès aux limites cervicales**. Nous souhaitons savoir si les praticiens utilisent majoritairement une technique, et si oui laquelle, ou si plusieurs techniques sont mises en œuvre en fonction des situations cliniques rencontrées. A l'issue de ce travail, une **synthèse** sera présentée.

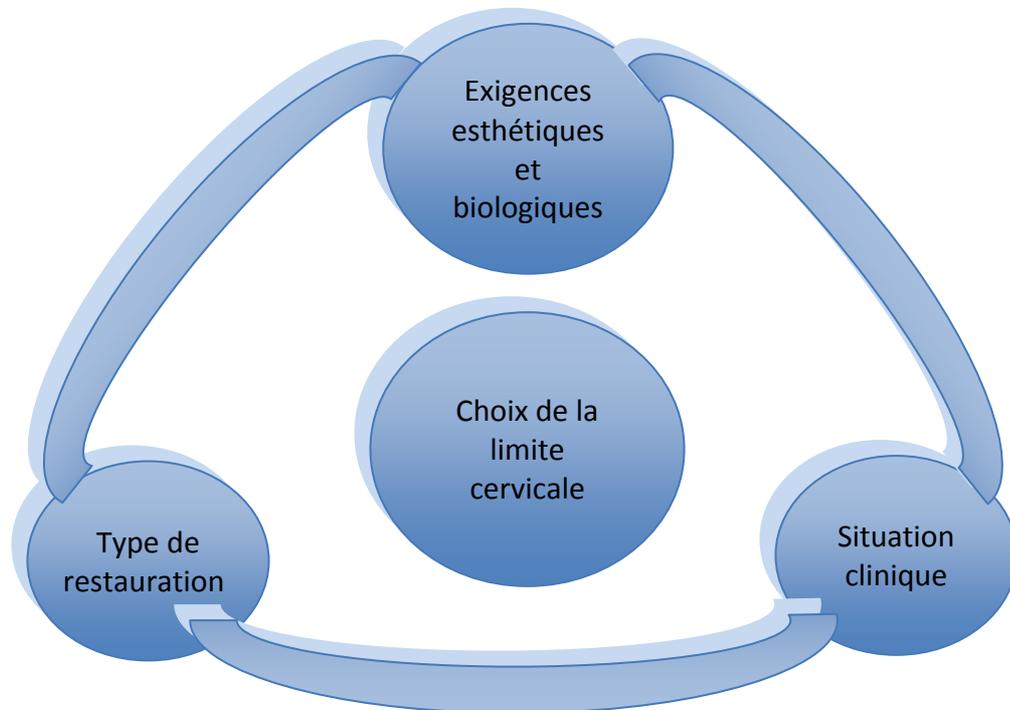
I) RAPPELS GENERAUX SUR LES LIMITES CERVICALES DE PREPARATION

I.1. Synthèse des données acquises sur les limites de préparation cervicale en prothèse fixée

(30, 33)

La limite cervicale de préparation est la frontière objective entre la portion intacte de la dent et le point le plus apical de la préparation. Elle doit être régulière, bien définie et bien positionnée.

C'est le "lieu de rencontre et de cohabitation" du tissu dentaire, gingival, de l'attache épithéliale et du matériau prothétique. Elle est baignée par le fluide gingival et régulièrement colonisée par la plaque dentaire.



I.1.1 Les différentes limites de préparation

(5, 18, 26, 28)

Les différentes formes de limites ont évolué avec la pratique dentaire au fil des années. Actuellement, on décrit dans la littérature deux grandes formes qui peuvent répondre à quasiment toutes les situations cliniques, le choix se faisant le plus souvent en fonction du type de restauration prévue:

- L'épaulement(Fig.1)
- Le congé(Fig.2)



Fig.1 : Epaulement droit à angle interne arrondi (5)



Fig.2 : Congé quart d'ovale(5)

Chacune apporte son lot d'avantages et d'inconvénients, on notera particulièrement,

Au titre des avantages :

- le résultat esthétique,
- la résistance mécanique de la restauration,
- l'instrumentation variée et adaptée,
- la facilité de réalisation.

Au titre des inconvénients :

- la tolérance parodontale,
- la rétention,
- le joint dento-prothétique plus ou moins précis.

1.1.2 Objectifs des limites cervicales de préparation

La limite cervicale est un élément essentiel de la préparation dentaire, qui doit satisfaire plusieurs impératifs :

- respect des tissus parodontaux et dentaires,
- obtention d'un résultat esthétique,
- adéquation avec le type de matériau de restauration choisi :
(couronne métallique, céramo-métallique, céramo-céramique),
- adéquation avec le type de connexion entre l'élément prothétique et la dent (joint métal-dent, ou céramique-dent),
- assurer la qualité, l'étanchéité et la pérennité du joint dento-prothétique,
- permettre sa lecture objective par le prothésiste.

1.1.3 Les facteurs de choix de la situation de la limite

La facilité d'élaboration des éléments prothétiques et la réussite finale sont en rapport direct avec le niveau de la limite cervicale de la préparation. Si le polissage des bords est le plus fin possible et s'ils sont accessibles au contrôle de plaque, les meilleurs résultats sont espérés (9).

La ligne de finition doit être placée à l'endroit où le bord prothétique peut être fini par le praticien et nettoyé par le patient aussi souvent que possible. De plus, elle doit être reproduite sans tirage ni déformations dans l'empreinte.

Le choix de la situation de la limite cervicale est délicat et va dépendre essentiellement du but fixé : obtenir le meilleur résultat d'ensemble final.

Ce choix dépend :

- du respect de l'intégrité tissulaire et de la vitalité pulpaire,
- de la rétention,
- du respect du parodonte,
- de l'hygiène et du maintien du résultat dans le temps,
- de l'esthétique et de l'aspect du visage du patient,
- de la facilité de réalisation.

I.1.4 Les différentes situations des limites

(1)

A long terme, une prothèse réussie permet la préservation d'une attache parodontale saine ainsi qu'une relation harmonieuse des tissus gingivaux avec les dents, obtenue grâce à la compréhension et au respect des critères biologiques et mécaniques.

Les limites, situées par rapport à la gencive marginale libre pourront être :

- au dessus : limite supra gingivale,
- au niveau de la gencive : limite juxta-gingivale,
- en regard de la face interne de la gencive libre,
- dans le sulcus : limite intra-sulculaire.

La limite supragingivale

Sur le plan parodontal et pour la majorité des auteurs, (22, 29, 31, 36), la meilleure localisation des limites prothétiques est supra-gingivale.

Cependant, cette règle n'est pas souvent respectée pour des raisons de rétention, ou plus simplement pour des raisons d'ordre esthétique. Mais aujourd'hui, ces considérations esthétiques ne sont plus valables pour les restaurations prothétiques tout céramique qui peuvent fort bien s'adapter sur une préparation supra-gingivale (grâce à la qualité esthétique de leur joint marginal). Simplement, ceci ne peut se faire qu'à deux conditions :

1 : l'utilisation obligatoire d'un matériau de scellement ou de collage translucide,

2 : ne pas avoir à masquer une dyschromie de la dent support.

Avantages

*Respect de l'intégrité parodontale

Les limites supra-gingivales sont les seules à garantir l'intégrité parodontale et à supprimer le risque pathogène d'une prothèse fixée par rapport au parodonte. L'intégrité est également respectée lors de la préparation et de la prise d'empreinte.

*Mise en œuvre précise

En clinique, l'accès et la visibilité sont améliorés. C'est pourquoi les bords préparés sont nets, la finition est précise, l'empreinte, le contrôle des ajustages, le scellement, et l'évaluation du joint dento-prothétique sont autant d'étapes facilitées. Au laboratoire, la lecture du modèle est aisée.

*Pas d'exposition de la dentine au niveau de la limite cervicale

Une limite supra-gingivale augmente les chances que la restauration s'arrête sur l'émail. Ainsi, cette surface augmentée d'émail assure une meilleure adhérence et moins de micro défauts par la suite. La situation de la limite se trouve au niveau des tissus durs de la dent.

*Entretien aisé de la zone par le brossage

L'hygiène est facilitée, et la limite est accessible au contrôle de plaque.

***Esthétique**

Si l'élément prothétique est une couronne céramo-céramique, si le matériau de scellement ou de collage est translucide et si la dent à couronner ne présente pas de dyschromies à masquer, alors le résultat esthétique peut être excellent même en secteur antérieur.

Inconvénients***Résultats inesthétiques**

La situation supra-gingivale n'offre pas de bons résultats esthétiques. Cette localisation est plutôt contre-indiquée en secteur antérieur (hormis pour les restaurations tout céramique sur des piliers sans dyschromies et avec un matériau de scellement ou de collage translucide).

***Mauvaise rétention**

Il faut s'assurer que la hauteur coronaire sera suffisante pour garantir une bonne rétention à l'élément prothétique.

<u>Indications</u>	<ul style="list-style-type: none"> *dents triangulaires avec un collet étroit, faible diamètre pour lesquelles une mutilation trop importante pourrait compromettre leur résistance mécanique ainsi que leur vitalité. *dans les cas de parodontopathies
<u>contre-indications</u>	<ul style="list-style-type: none"> *hauteur coronaire insuffisante *dent trop délabrée *risqué carieux élevé chez le patient *impératifs esthétiques

1.1.5 La limite juxta-gingivale

(21, 36)

Elle se positionne au niveau du rebord gingival, en regard du sommet de la gencive libre. C'est une position intermédiaire, un compromis entre la limite supra-gingivale et intra-sulculaire.

Certains auteurs (30), considèrent que cette situation juxta-gingivale serait à éviter car elle représenterait un facteur irritant permanent pour la gencive libre, mais aucune étude ne vérifie cette opinion. Pour eux, les limites juxta-gingivales ne s'envisagent que très ponctuellement quand la limite cervicale d'une situation supra-gingivale à une situation intrasulculaire passe sur une même dent.

Cette situation est réellement un compromis, elle offre une meilleure rétention qu'une situation supragingivale mais moins bonne que celle d'une préparation intra-sulculaire. De même, la réalisation clinique d'une telle préparation sera plus aisée qu'en intra-sulculaire mais moins qu'en supra-gingival.

Etant donné que la préparation avoisine le parodonte marginal, il est impératif de le protéger en réalisant une déflexion gingivale douce.

En ce qui concerne l'aspect final, un joint marginal céramique-dent offre un résultat esthétique tout à fait satisfaisant, une finition en "lame de couteau" (Fig.3), procure un bon résultat, en revanche une finition alliage-dent présentant un bandeau métallique sera totalement visible et, par conséquent, est à proscrire.



Fig.3 : Finition en lame de couteau
(19)

Avantages

Réalisation clinique

La préparation n'est pas enfouie dans le sulcus, l'accès est donc plus aisé en juxta-gingival qu'en intra-sulculaire. Malgré tout, les instruments rotatifs frôlent le parodonte au moment de la réalisation de la limite, il est donc nécessaire d'effectuer une déflexion gingivale douce.

*La rétention

Elle est plus grande qu'avec la localisation supra-gingivale, car étant plus apicale, il y a plus de surface de frottement et une meilleure rétention.

*L'accès facilité

La préparation est au niveau du parodonte marginal, donc le contrôle des ajustages, la finition et le scellement sont des étapes cliniques commodes à réaliser. Pour le patient, l'accès aux limites est facilité, la maintenance et l'efficacité du contrôle de plaque sont plus faciles.

*Tolérance parodontale

A condition que l'élément prothétique soit dépourvu de facteurs irritants.

Inconvénients

***La rétention**

Elle est plus faible qu'avec la localisation intra-sulculaire, car étant plus coronaire, il y a moins de surface de frottement et par conséquent une moins bonne rétention.

***L'esthétique**

Le joint dento-prothétique est au niveau du bord de la gencive libre marginale, ce qui le rend visible (joint métal-dent), et disgracieux dans certains cas (sourire gingival) Seul un joint céramique-dent peut passer inaperçu, mais son invisibilité requiert deux conditions : l'emploi d'un matériau de scellement/collage translucide et l'absence de dyschromie dentaire.

***La réalisation clinique**

La limite se situant en face du bord de la gencive libre marginale lors de la préparation. Il y a des risques de lésions du parodonte, c'est pourquoi une déflexion gingivale doit être réalisée au préalable.

Certains auteurs (3, 21, 36), considèrent qu'une telle situation est à éviter et qu'elle représente un facteur irritant pour le parodonte avec risque d'accumulation de plaque dentaire.

<i>Indications</i>	<ul style="list-style-type: none"> *Restaurations en secteurs postérieurs, ou quand l'esthétique n'est pas un facteur limitant. *Restaurations tout céramique *Piliers courts
<i>Contre indications</i>	<ul style="list-style-type: none"> *biotype parodontal fin

1.1.6.Limiteintrasulculaire

(16, 35, 36)

Elle est située dans le sillon gingivo-dentaire coronairement à l'attache épithéliale.

Sur le plan terminologique, il est important de ne pas confondre une limite intra-sulculaire avec une "limite sous-gingivale", laquelle empiète sur l'espace biologique, alors que la limite intra-sulculaire est située dans le sulcus. Cette situation intra-sulculaire impose certaines conditions pour préserver le respect des tissus parodontaux.

La localisation intra-sulculaire des limites cervicales doit répondre à certaines exigences anatomiques. Et de cette manière, elle favorise le conditionnement gingival et l'esthétique, sans pour autant affecter le maintien de la santé parodontale.

Les bords prothétiques intra-sulculaires bien adaptés sont tolérés s'ils ne sont pas à moins de 0,4 mm du fond du sillon gingivo-dentaire, de cette façon, une zone tampon est préservée (35).

Avantages

*Esthétique

Le joint dento-prothétique étant dans le sulcus il permet de masquer entièrement d'éventuelles anomalies chromatiques ou autres défauts de la structure dentaire.

Cela préserve également la hauteur des papilles et assure la fermeture des espaces interproximaux et/ou des diastèmes, tout en permettant le contrôle des profils d'émergence (16).

*La rétention

Cette localisation est la plus apicale pour les limites cervicales périphériques. Ainsi, elle développe la plus grande surface de frottement et donc le plus de rétention prothétique.

*Le maintien de la santé parodontale

Les sulcus sains possèdent suffisamment d'espace pour satisfaire les demandes esthétiques et rétentives sans pour autant endommager l'attache épithéliale. Mais les préparations nécessitent des limites correctes, et les restaurations des joints marginaux satisfaisants. La santé parodontale passe également par un traitement prudent des tissus durs et mous pendant la préparation de la dent.

Inconvénients

*Difficultés de réalisation

L'accès demande des efforts techniques au praticien pour effectuer une déflexion gingivale. Le praticien doit effectuer un sondage parodontal à l'aide d'une sonde en pénétrant le sillon gingivo-dentaire sur toute la périphérie de la dent afin de déterminer la profondeur du sulcus pour y situer sa future limite et ainsi protéger le parodonte marginal de toute agression pendant la préparation en défléchissant la gencive.

Cette étape assure la protection du parodonte et la visibilité de la limite pendant la préparation.

*Les risques de lésions du parodonte

Ils sont importants, la proximité des instruments rotatifs et de la gencive marginale impose une grande rigueur de travail.

*L'entretien et le maintien de l'hygiène

Cela demande une plus grande coopération du patient.

<u>Indications</u>	-en cas d'impératif esthétique majeur (sourire gingival, restauration sur dents antérieures), -couronne clinique courte, - atteinte carieuse du collet, - dyschromie ancienne, - restauration intra-sulculaire, -recherche de rétention maximale.
<u>Contre indications</u>	-Mauvaise hygiène buccale, -parodonte non sain: inflammatoire, poche

	parodontale, perte osseuse, perte d'attache, -insuffisance de gencive attachée, -sulcus trop peu profond.
--	---

1.2. Importance des techniques d'accès aux limites

(7, 24, 30, 36)

Les limites juxta-gingivale et intra-sulculaire mettent en lumière l'importance du respect du parodonte en prothèse fixée.

En effet, ces limites interagissant directement avec le parodonte qu'elles côtoient, peuvent par conséquent nuire à sa santé, à l'esthétique et à la pérennité de la prothèse.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire d'enregistrer la situation du parodonte environnant et le profil d'émergence radiculaire pour réaliser des prothèses ajustées, étanches et non iatrogènes pour le parodonte.

L'accès aux limites constitue une étape cruciale du traitement prothétique.

Dans ce contexte et dans tous les cas, un élément essentiel doit être respecté : **L'espace biologique.**

La moindre violation de celui-ci entraînera un échec à plus ou moins long terme de la restauration.

C'est pourquoi l'accès aux limites cervicales est une des étapes essentielles de l'acte prothétique qui permet au praticien d'enregistrer l'intégralité de la limite cervicale de la dent préparée afin d'en donner une copie fidèle au prothésiste.

Plusieurs techniques d'accès aux limites sont utilisées actuellement (les moyens peuvent être mécaniques, chimiques, ou les deux cumulés):

- par déflexion tissulaire :
bague de cuivre, coiffe préformée, cordonnets simple ou double, ©Expasyl...
- ou par éviction tissulaire :
par électrochirurgie, par instruments rotatifs.

Nous ne détaillerons pas ici toutes les techniques, ce n'est pas le sujet de notre travail, néanmoins nous reviendrons plus tard sur certaines d'entre elles.

Chacune a sa justification thérapeutique en fonction de la situation clinique : il n'existe pas une technique universelle d'accès aux limites mais bien plusieurs.

La littérature montre (3, 36) que toutes ces techniques restent invasives pour le parodonte marginal et que parfois les incidences parodontales de ce geste clinique indispensable peuvent compromettre le résultat esthétique final.

1.2.1. Rappel : le profil d'émergence

(7, 10, 36)

Le profil d'émergence (Fig.4), correspond à l'inclinaison de la surface dentaire par rapport au grand axe de la dent au niveau gingival. Une émergence dans le prolongement de la surface radiculaire est plus favorable à la santé parodontale (7).

Kays, en 1985 reprend la notion d'angle d'émergence donnée par Stein. Cet angle β est l'intersection entre le profil d'émergence (ligne b) avec le grand axe longitudinal de la dent (ligne a). Il est donc fonction de l'anatomie dentaire et du niveau où il est mesuré (Fig.4).

Le profil d'émergence est beaucoup plus vertical au niveau radicaire (ligne c) qu'au niveau coronaire (ligne b).

La couronne dentaire doit se fondre avec le profil radicaire au niveau de l'émergence sulculaire.

Ainsi, les notions de **surcontours** et de **sous-contours** horizontaux et verticaux apparaissent. On parle de **surcontour** lorsque les limites prothétiques débordent des limites cervicales de la préparation, et de **sous-contour** lorsqu'au contraire, elles sont en retrait de la préparation (36).

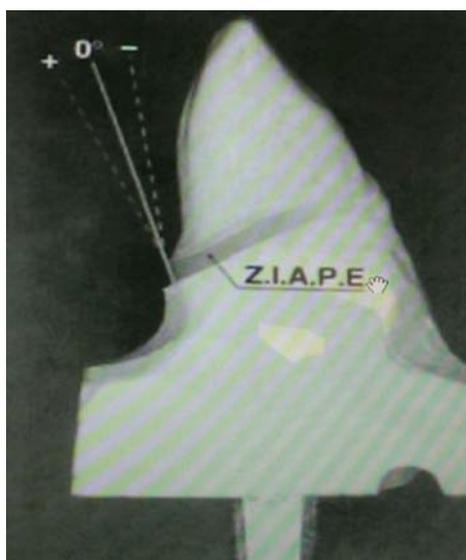


Fig.4 : Le profil d'émergence et ZIAPE (Zone d'informations Anatomiques du Profil d'Emergence) (4)

Dans le sens horizontal

Un **surcontour** est une sur-extension dans le sens vertical.

Un surplomb est une sur-extension dans le sens horizontal.

- Situation A : la limite cervicale de la coiffe est en retrait par rapport à la préparation : c'est un **sous-contour** horizontal.
- Situation B : la coiffe est en surplomb par rapport à la préparation : c'est un **surcontour** horizontal ou encore surplomb (Fig.5).

De plus, la flore microbienne est modifiée en regard des pièces prothétiques en surextension ce qui nuit au parodontite (12).

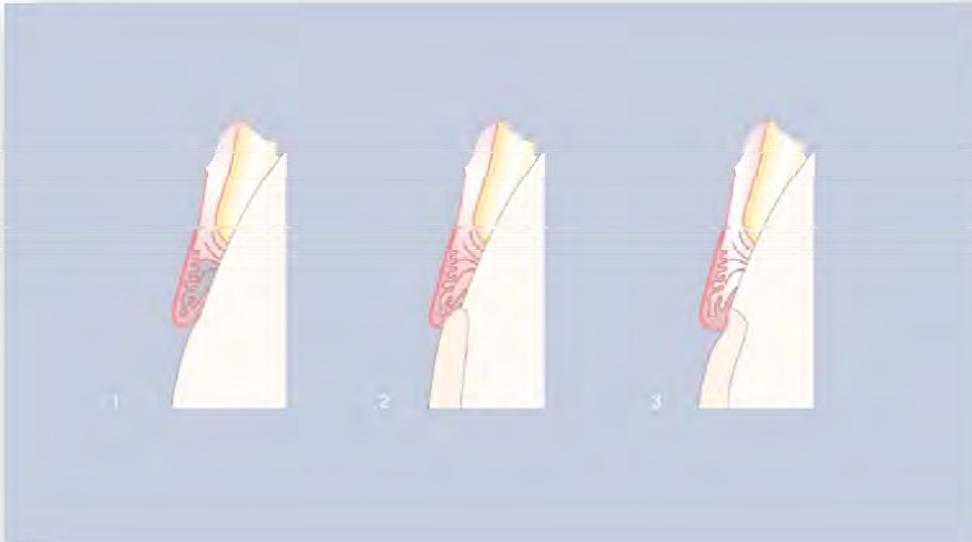


Fig.5: Profil

d'émergence naturel cas 1. Surcontour prothétique, cas 2
et sous-contour, cas 3, dans le sens horizontal selon (12)

Dans le sens vertical

Si l'on prend comme référence l'angle d'émergence correspondant à un profil dans le prolongement radicaire, alors un angle plus ouvert représente un **surcontour** et un angle moins ouvert un **sous-contour**, le tout dans le sens vertical.

En effet, la direction de la racine au niveau cervical sert de référence (20).

Si le contour prothétique de la coiffe est dans le prolongement de la racine, on est alors dans la situation clinique recherchée, ce que nous montre la ligne 1 sur la **figure 6**.

Si le contour prothétique de la coiffe forme un angle positif avec l'axe de référence : il s'agit alors d'un **surcontour vertical**, ligne 2 de la **figure 6**.

Si le contour prothétique de la coiffe forme un angle négatif avec l'axe de référence : il s'agit alors d'un **sous-contour vertical** comme l'illustre la ligne 3 sur la **figure 6**.

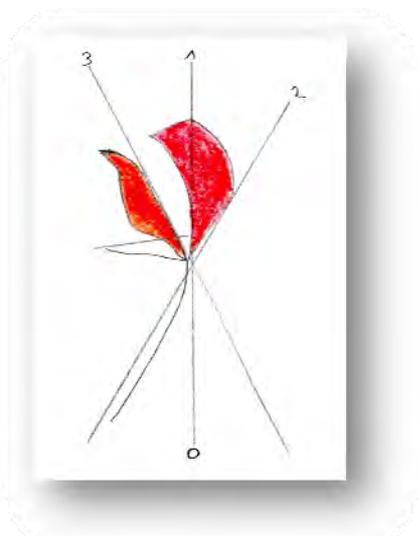


Fig.6: Sur- et sous-contours verticaux selon (20)

1.2.2 Rappel sur l'espace biologique

(11, 13, 23, 25, 30)

L'intégration biologique des bords prothétiques exige une connaissance parfaite de leur environnement anatomique.

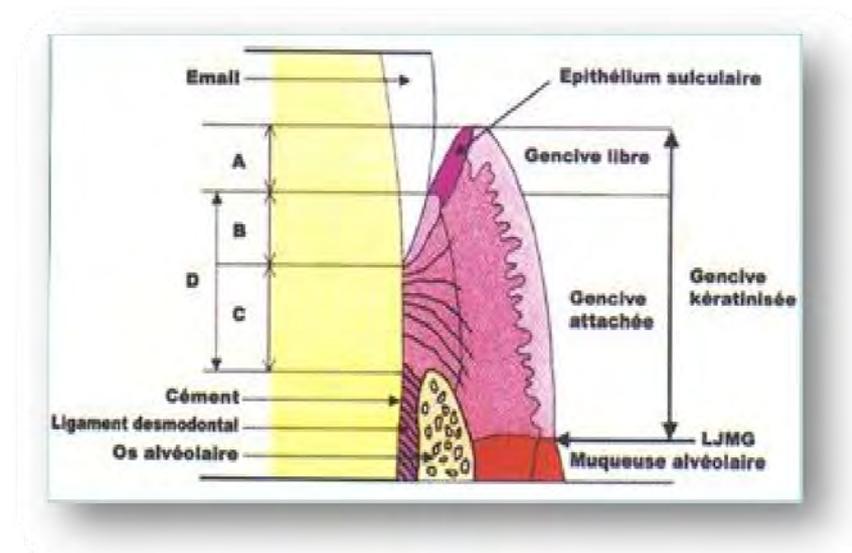


Fig.7: Les différentes composantes parodontales, selon (23)

Le parodonte est constitué par l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent la dent. Il comprend la gencive, l'os alvéolaire, le ligament alvéolodentaire ou desmodonte et le cément.

La gencive marginale est constituée d'une bande de gencive non attachée qui entoure la zone cervicale des dents. Elle a une hauteur de 1mm en moyenne. Elle est séparée de la gencive attachée par le sillon marginal, situé à un niveau correspondant à celui de la jonction amélo-cémentaire (Fig. 7).

Le bord de cette gencive libre a souvent une forme légèrement arrondie qui ménage une petite invagination entre la surface dentaire et la gencive : le sillon gingivo-dentaire ou sulcus gingival. Les différentes études qui ont cherché à évaluer la profondeur du sillon donnent des valeurs comprises, pour un parodonte sain et après éruption complète des dents, entre 0,5 et 2mm de profondeur (34).

On distingue deux parties à l'épithélium gingival. Une partie qui fait face à la cavité buccale et une partie faisant face à la dent. Cette dernière est constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé. L'épithélium de jonction est une mince couche épithéliale située sous le fond du sillon gingival, contre la surface de la dent. L'épaisseur de cette attache épithéliale varie de 15 à 30 cellules dans le fond du sillon gingivo dentaire, pour atteindre une épaisseur de quelques cellules au niveau du collet : c'est une zone extrêmement fragile, très susceptible aux agressions mécaniques. Cette zone est en fait souvent "victime" d'un accès aux limites trop invasif.

L'espace biologique correspond à la distance entre le sommet de la crête osseuse et le fond du sulcus, c'est-à-dire à l'attache conjonctive augmentée de l'épithélium de jonction = attache épithélio-conjonctive (32).

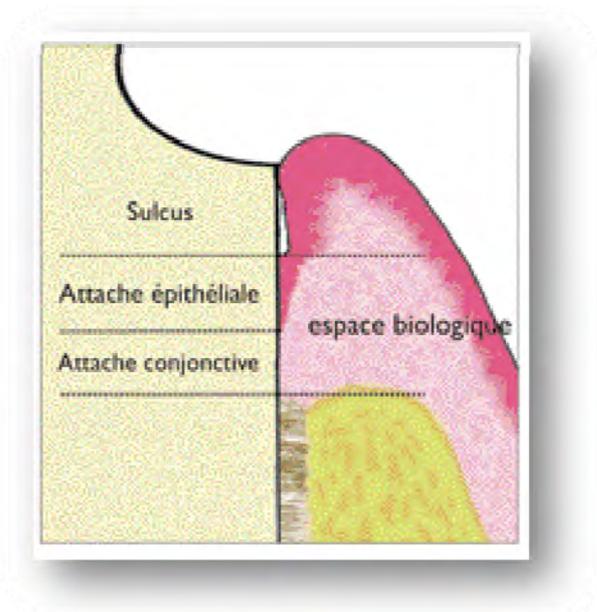


Fig.8: L'espace biologique selon (30)

Le délabrement d'une dent restaurée est souvent étendu dans la zone intrasulculaire. De plus, pour des raisons esthétiques, le praticien a tendance à créer des limites de préparation intrasulculaires vestibulaires.

Toute violation de l'espace biologique initie une réaction inflammatoire qui se traduit par une résorption osseuse incontrôlée, définitive, et qui peut être le point de départ de la formation d'une poche parodontale ou d'une récession gingivale, selon la localisation et le type de parodonte :

- **une récession gingivale** irréversible en plus de phénomènes de résorption osseuse si la gencive est fine.
- **une inflammation gingivale** chronique avec une augmentation du fluide gingival, et à terme à une résorption osseuse avec une formation de poche parodontale, si la gencive est épaisse.

Afin de ne pas léser le système d'attache, les limites prothétiques doivent toujours se situer à une distance minimale de 0,4 mm (35) du fond du sulcus, ménageant ainsi une zone tampon de dent non préparée entre la ligne de finition de la préparation dentaire et l'attache épithéliale (c'est-à-dire le fond du sillon).

Une gencive marginale saine peut être utilisée comme guide pour placer des limites intrasulculaires. Une spatule fine et arrondie graduée, mieux qu'une sonde parodontale (25), apprécie le contour festonné de l'épithélium de jonction et vérifie ainsi la situation homothétique de la ligne de finition de la préparation (Fig.9).



Fig.9 : Sondage du sulcus avec une sonde parodontale ou une spatule plate (34)

L'épithélium jonctionnel et l'épithélium sulculaire ne doivent pas être lésés lors de la préparation et par la nature du joint dento-prothétique. Or, le déplacement de la limite de préparation dans le sillon sans précautions particulières entraînera inévitablement une lésion de la gencive marginale par l'extrémité de la fraise. Il est donc impératif de préparer la zone de façon atraumatique, en créant une déflexion gingivale au moment de la préparation dentaire (étape de l'enfouissement intra-sulculaire).

Un examen clinique parodontal est donc une étape essentielle avant tout traitement prothétique, qui ne peut s'envisager que sur un parodonte parfaitement sain. Ensuite, et avant de procéder à la préparation définitive de la dent, il faut s'assurer de la présence et de l'état de l'espace biologique (36).

-Si l'espace biologique n'existe pas :

Par exemple lorsqu'une fracture coronaire ou une carie dentaire viennent empiéter sur l'espace biologique, il est indispensable, de recréer des conditions favorables :

- soit par chirurgie, grâce à une élévation coronaire,
- soit par orthodontie, grâce à une égression dirigée.

-Si l'espace biologique existe :

- il suffit alors de choisir la situation de la limite cervicale : supra-gingivale, juxta-gingivale ou intra-sulculaire.

L'espace biologique et sa zone tampon doivent être maintenus impérativement intacts pour garantir la santé des tissus parodontaux après la mise en place d'une restauration (15).

I.3 Les objectifs de l'étude

Il apparaît qu'avec l'étape de l'accès aux limites lors d'une restauration prothétique, le praticien est confronté à de multiples difficultés :

- choix d'une technique adaptée à la situation clinique,
- connaissance et formation aux techniques d'accès aux limites,
- manipulation des instruments et des matériaux,
- respect du parodonte et de l'espace biologique,
- difficulté d'accès (dent postérieure, visibilité...).

L'objectif de notre travail est par conséquent de **mettre en évidence les habitudes des praticiens en Midi-Pyrénées** face aux techniques d'accès aux **limites cervicales de préparation** et aux difficultés qu'elles impliquent.

Dans une première partie nous détaillerons notre enquête auprès des praticiens : Les objectifs, la méthode et les résultats puis, dans une deuxième partie, nous analyserons les résultats obtenus concernant les techniques d'accès aux limites et enfin nous discuterons des résultats obtenus et des perspectives envisageables en synthétisant ce travail.

II. ENQUETE SUR LES HABITUDES DES PRATICIENS EN MIDI-PYRENEES CONCERNANT LES TECHNIQUES D'ACCES AUX LIMITES CERVICALES

II.1. Objectifs de l'enquête auprès des praticiens

Nous avons décidé de mener cette enquête dans le but d'étudier les pratiques cliniques des praticiens concernant les techniques d'accès aux limites cervicales de préparation en prothèse fixée. L'objectif est de dégager des données sur leurs préférences, leurs connaissances des différentes techniques, leur désir de formation à ce sujet ainsi que sur la communication avec leur prothésiste et sur la qualité des empreintes quand les limites sont intra-sulculaires.

II.2. Matériels et méthode

II.2.1 Le questionnaire

Pour répondre à cette enquête nous avons élaboré un questionnaire (joint en annexe 1), avec l'aide de notre directeur de thèse, sur la plate forme Google Docs© qui permet de créer des formulaires personnalisés et de les adresser rapidement, de façon simple, par courrier électronique, aux praticiens.

Google Docs© permet ensuite de collecter automatiquement les résultats sur un tableur exploitable par la suite sur Microsoft Excel©.

Le questionnaire est composé de **14** questions dont **6** orientées sur le **praticien lui-même**, (tranche d'âge, sexe, expérience...) et **8** sur **ses pratiques** concernant les techniques d'accès aux limites: les techniques utilisées, sa formation initiale, son désir de formation continue, sa communication avec le prothésiste.

Voir questionnaire vierge en annexe 1.

II.2.2. La population

Nous avons choisi de réaliser notre enquête sur des praticiens de la région Midi-Pyrénées, sélectionnés au hasard sur un annuaire téléphonique. Ces chirurgiens dentistes ont été

sollicités directement par téléphone ou par un e-mail les invitant à remplir le questionnaire en ligne sur Google Docs®.

Nous avons obtenu au final **35 réponses exploitables**.

II.3. Recueil des données

II.3.1 Informations sur l'échantillon

L'échantillon se compose de 35 praticiens, dont 17 femmes (51%) et 18 hommes (49%), illustrés en pourcentage dans la **figure 10** ci-dessous.

REPARTITION DES PRATICIENS SELON LE SEXE

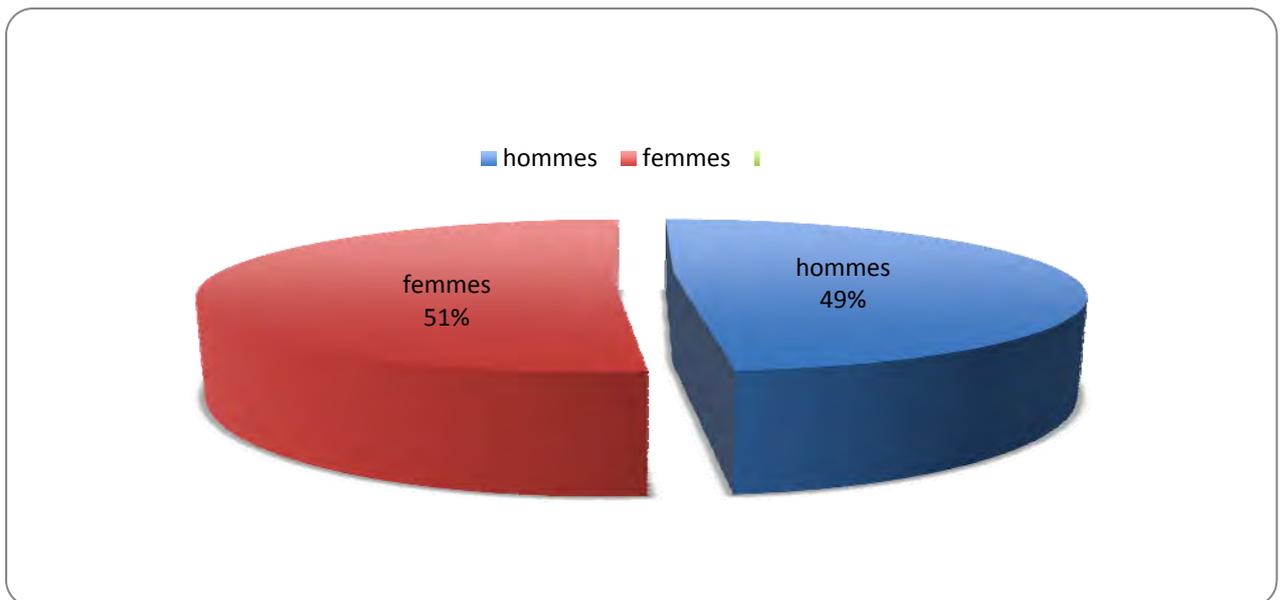


Figure 10: Répartition des praticiens selon leur sexe.

La **figure 11** nous renseigne sur la localisation des praticiens interrogés selon qu'ils exercent en zone urbaine, périurbaine ou rurale : 13 (37%) exercent en urbain, 12 (34%) en périurbain, 10 (29%) en rural.

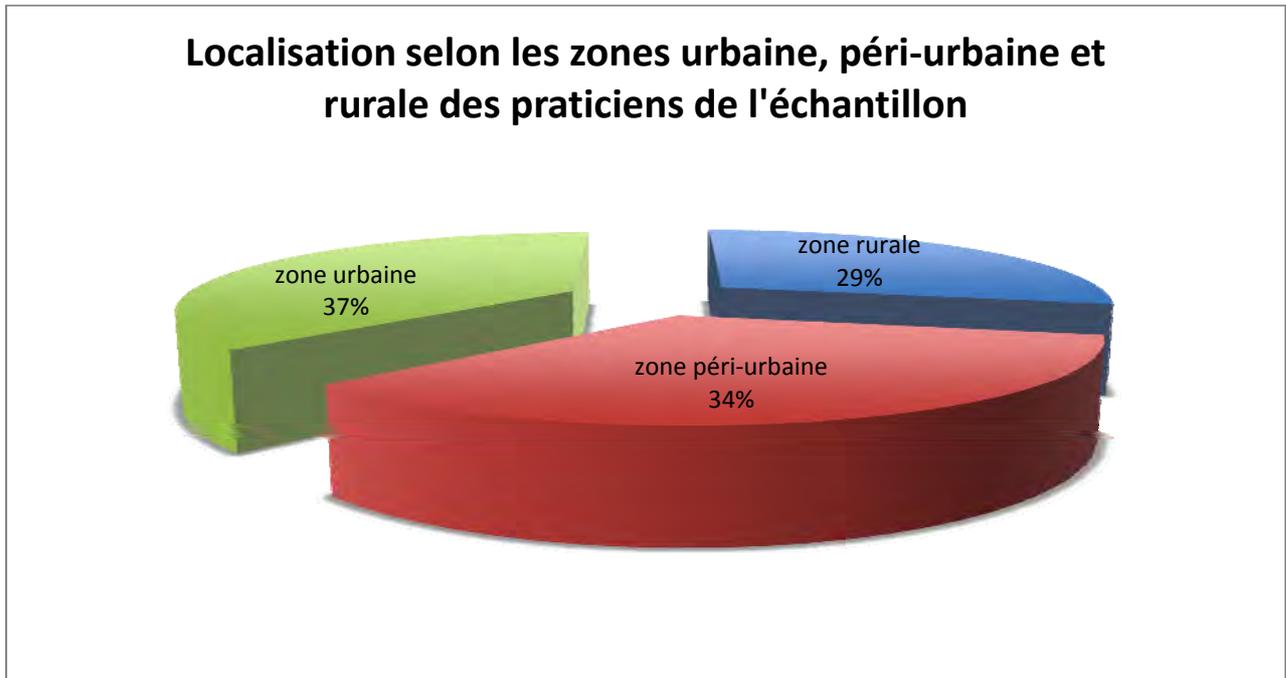


Figure 11: Localisation selon les zones urbaines, péri-urbaine et rurale des praticiens de l'échantillon.

La **figure 12** représente la répartition des praticiens de l'échantillon selon des tranches d'âge: 15 (43%) ont entre 20 et 35 ans, 9 (26%) ont entre 35 et 50 ans et 11 (31%) ont plus de 50 ans.

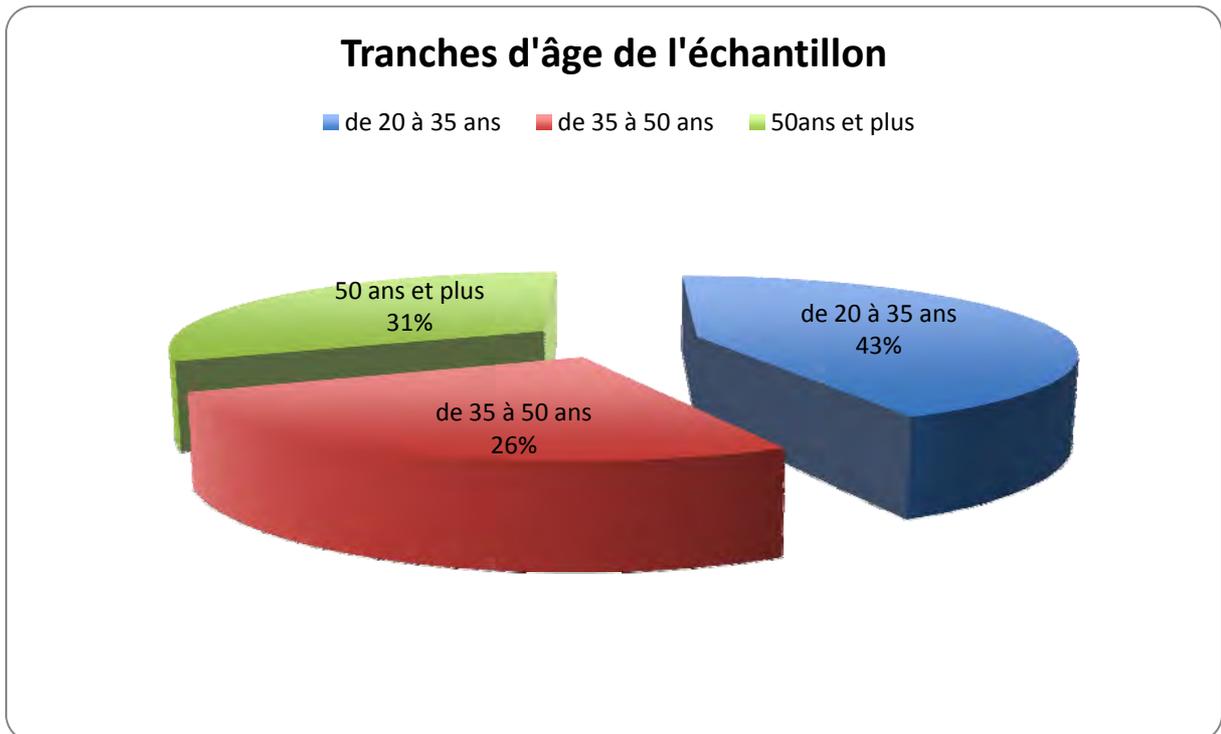


Figure 12: Répartition selon les tranches d'âge des praticiens interrogés.

La figure 13 indique les années d'expérience clinique des praticiens de l'échantillon : 14 (40%) d'entre eux se situent dans la tranche entre 1 et 10 ans d'expérience, 7 (20%) entre 10 et 20 ans, et 14 (40%) ont plus de 20 ans d'expérience.

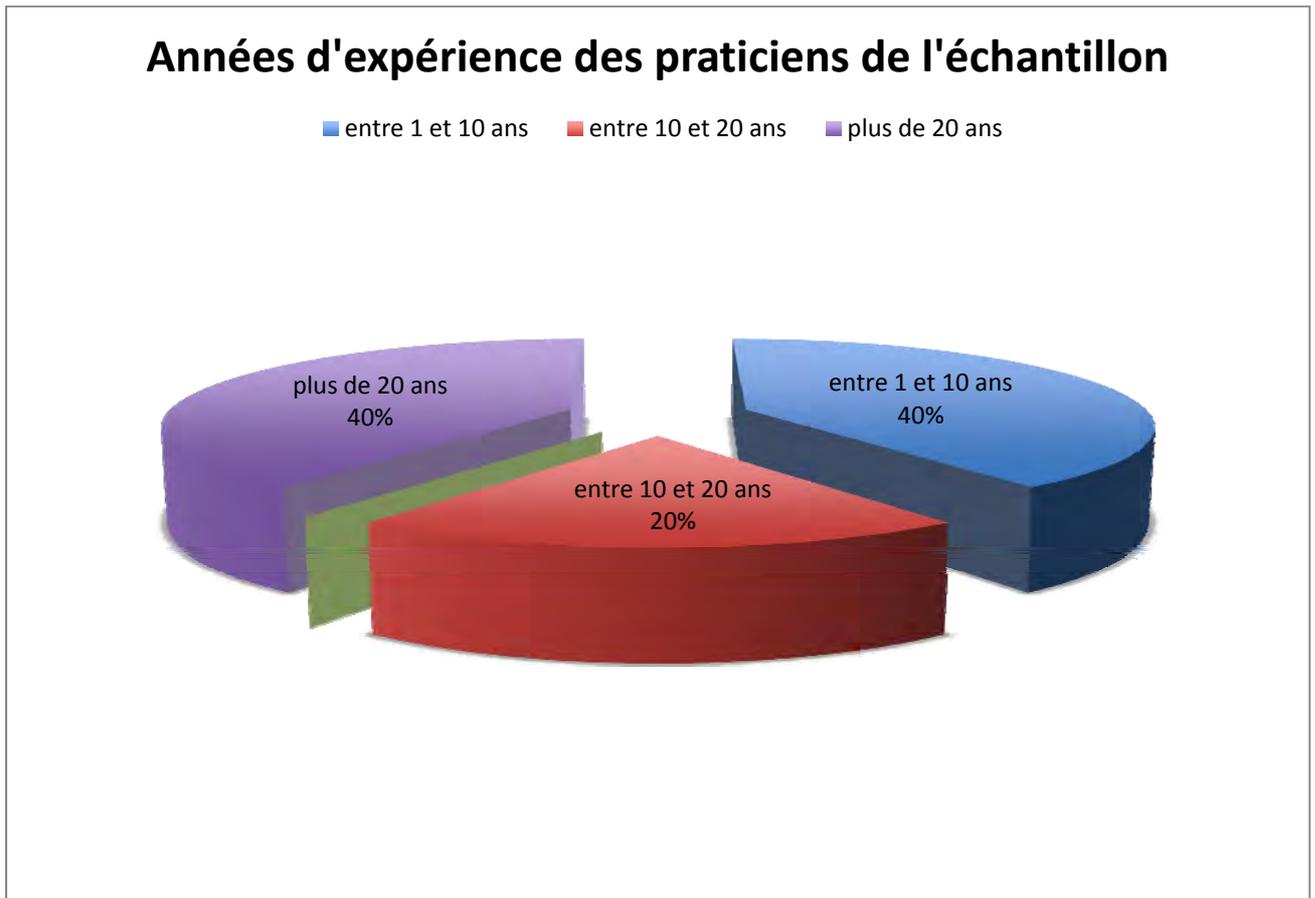


Figure 13: Années d'expérience des praticiens de l'échantillon.

La figure 14 étudie la répartition des praticiens selon leur faculté de formation initiale: 30 (85%) sont issus de Toulouse, 2 (6%) de Reims, 1 (3%) de Madrid, 1 (3%) de Lille et 1 (3%) de Montpellier.

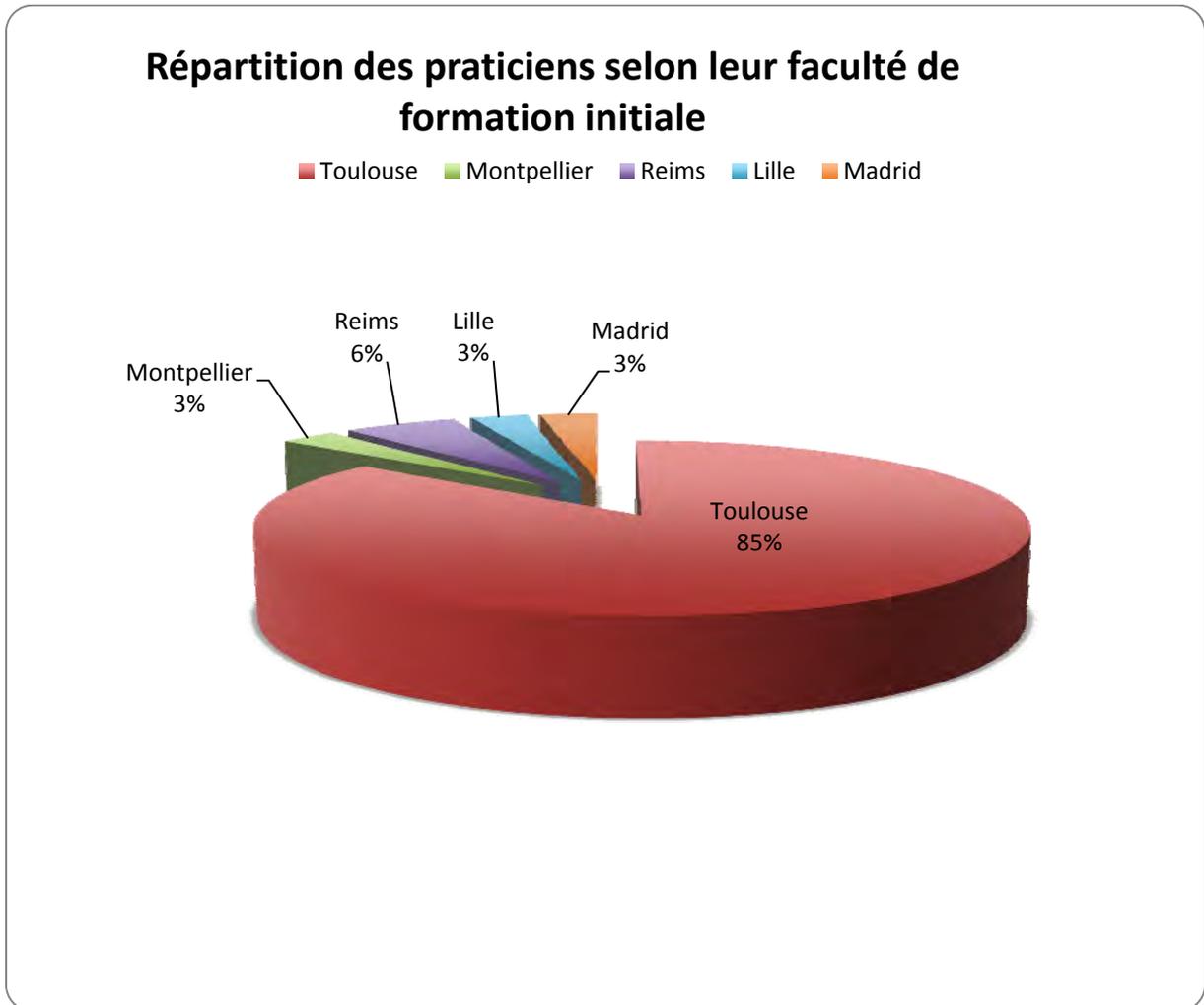


Figure 14: Répartition des praticiens selon leur faculté de formation initiale

La **figure 15** représente la répartition des praticiens selon les départements de la région Midi-Pyrénées :

12 (34%) viennent de Haute-Garonne, 7 (20%) du Gers, 4 (11%) du Lot, 4 (11%) du Tarn, 3 d'Ariège (9%), 2 (6%) de l'Aveyron, 2 (6%) des Hautes-Pyrénées, et 1 (3%) du Tarn et Garonne.

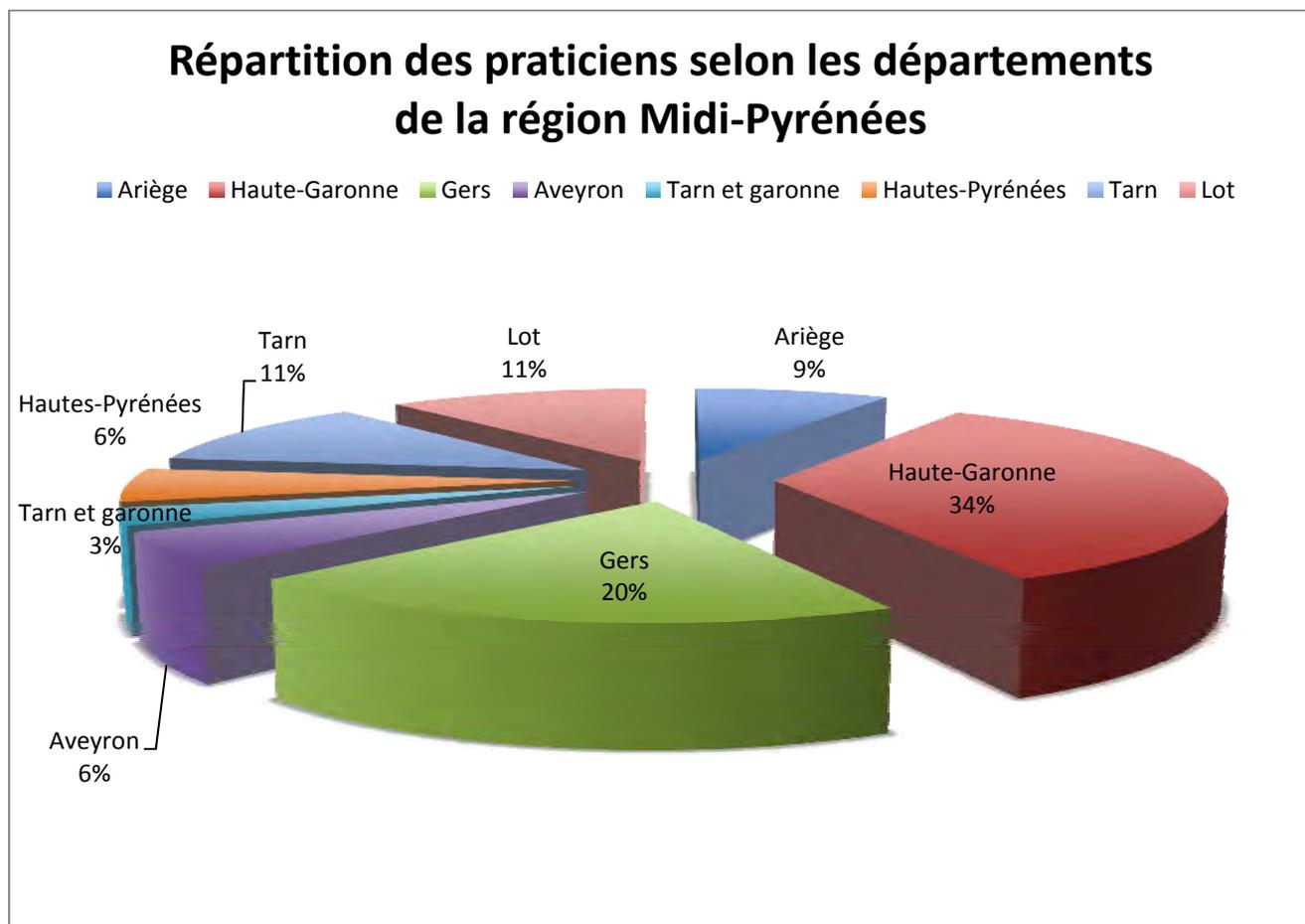


Figure 15 : Répartition des praticiens selon les départements de la région Midi-Pyrénées

II.3.2 Formation initiale et continue

La **figure 16** nous renseigne sur les connaissances des praticiens interrogés concernant les techniques d'accès aux limites cervicales de préparation en prothèse fixée.

Sur les 35 interrogés:

13 (37%) estiment les connaître parfaitement, 20 (57%) les connaître un peu et 2 (6%) admettent ne pas connaître toutes les techniques d'accès aux limites.

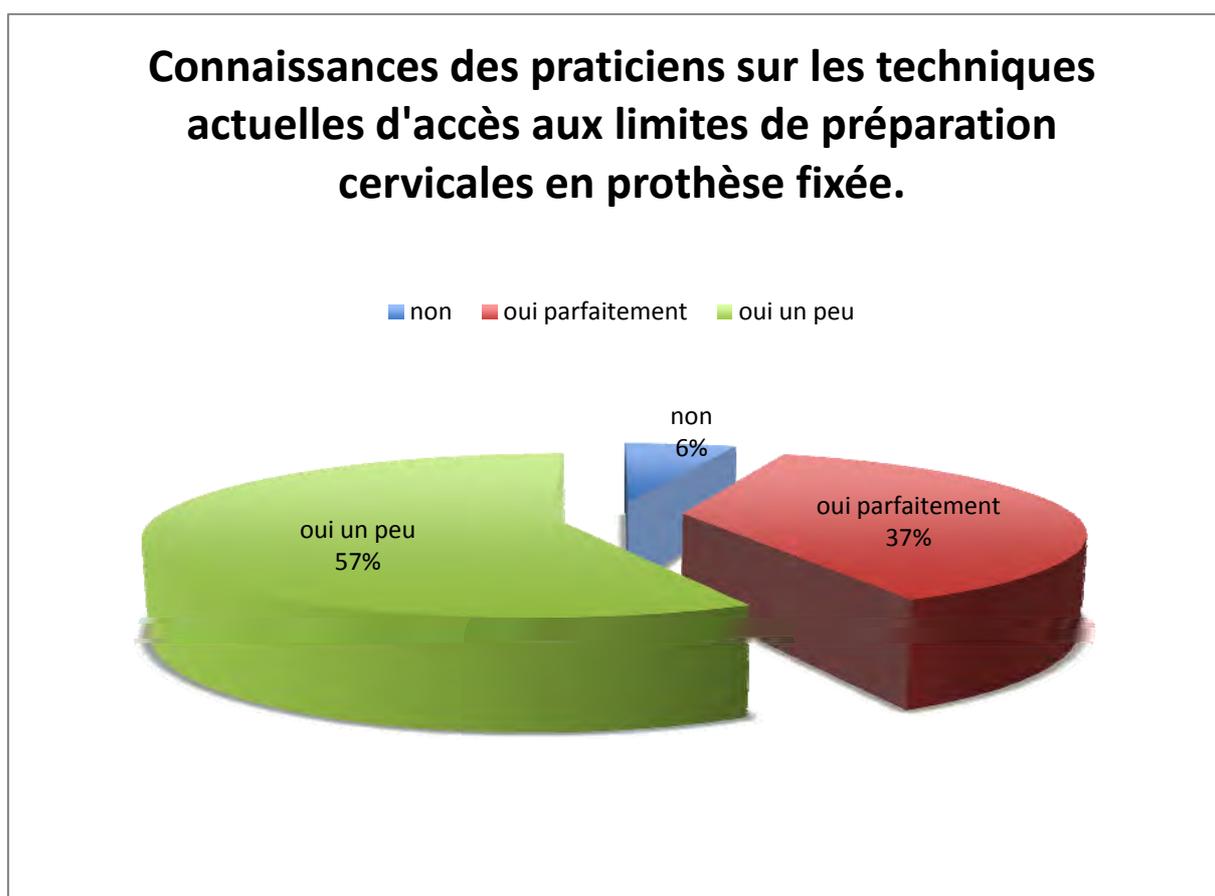


Figure 16 : Connaissances des praticiens sur les techniques actuelles d'accès aux limites de préparation cervicales en prothèse fixée

La **figure 17** montre le nombre de praticiens qui souhaiteraient approfondir leurs connaissances lors de formations continues sur les techniques d'accès aux limites cervicales en prothèse fixée.

Parmi eux, 21 (60%) ne souhaitent pas se former davantage, 9 (25%) envisagent de suivre une formation mais pas prioritairement et 5 (15%) souhaiteraient se former en priorité sur les techniques d'accès aux limites.

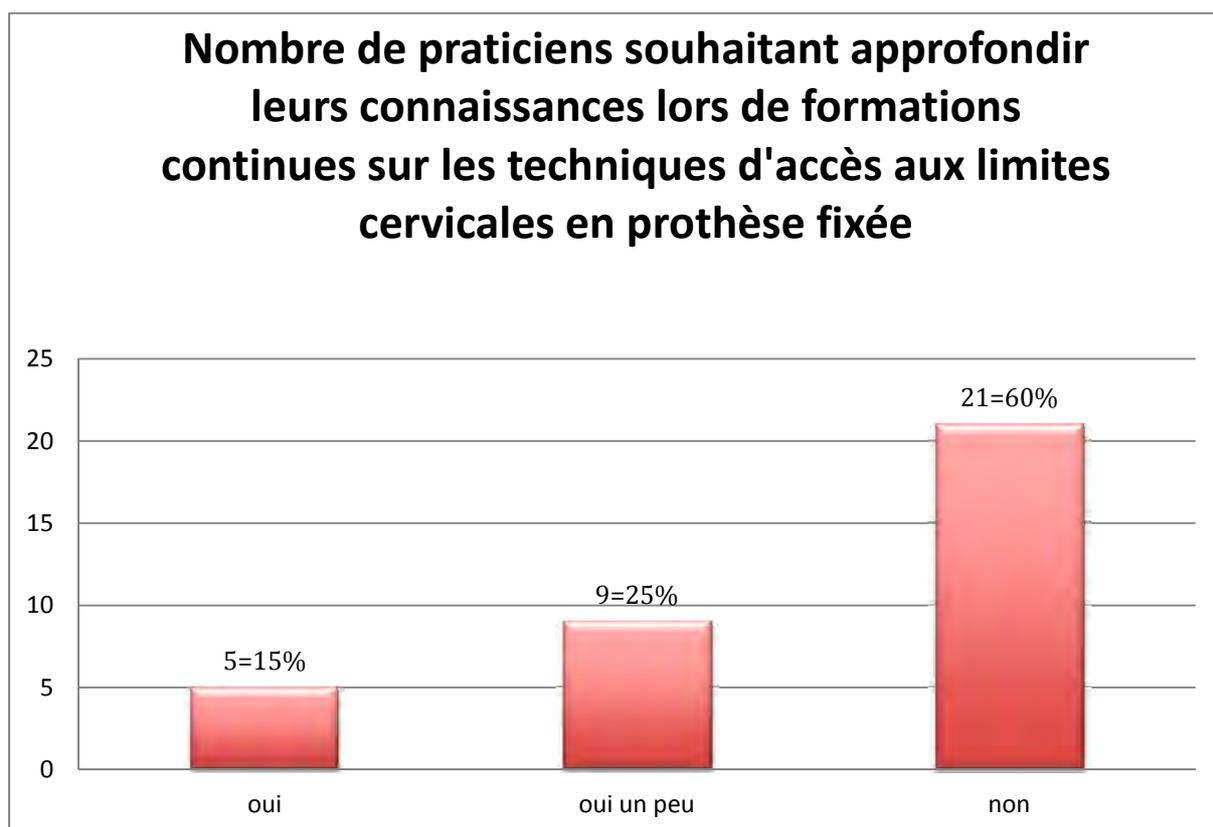


Figure 17 : Nombre de praticiens souhaitant approfondir leurs connaissances lors de formations continues sur les techniques d'accès aux limites cervicales en prothèse fixée.

II.3.3 Techniques d'accès aux limites, habitudes des praticiens, satisfaction, et communication avec le prothésiste

La **figure 18** dévoile quelles sont les techniques principalement utilisées en fonction des tranches d'âge des praticiens sondés :

- Parmi les 20 à 35 ans, sur un total de 15 sondés : 15 (100%) utilisent des matériaux type Expasyl, 4 (26%) utilisent les simples cordonnets, 7 (47%) la fraise à sulcus, 3 (20%) les double cordonnets et 3 (20%) les couronnes provisoires.
- Parmi les 35 à 50 ans sur un total de 9 : 4 (44%) utilisent un matériau type Expasyl, 4 (44%) le simple cordonnet, 5 (55%) la fraise à sulcus, 2 (22%) utilisent les couronnes provisoires et 0 (0%) les double cordonnets.
- Parmi les 50 ans et plus, sur un total de 11: 3 (27%) utilisent des matériaux type Expasyl, 4 (36%) utilisent le simple cordonnet, 5 (45%) la fraise à sulcus, 0 (0%) les double cordonnets et 0 (0%) les couronnes provisoires.

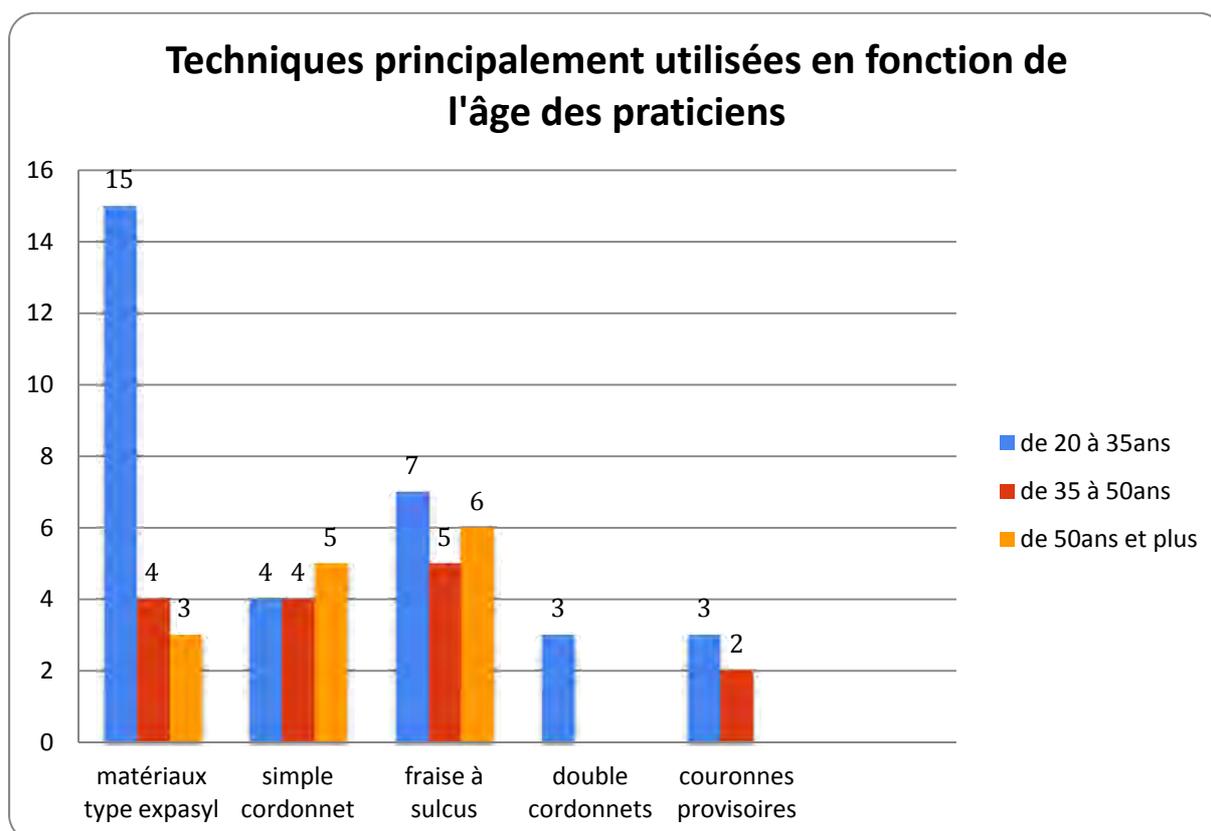


Figure 18 : Techniques principalement utilisées en fonction de l'âge des praticiens.

La **figure 19** étudie les pourcentages d'utilisateurs dans la tranche des 20 à 35 ans selon la technique d'accès aux limites principalement utilisée :

15 (47%) utilisent principalement les matériaux type Expasyl, 7 (22%) utilisent la fraise à sulcus, 4 (13%) le simple cordonnet, 3 (9%) les double cordonnets et 3 (9%) les couronnes provisoires.

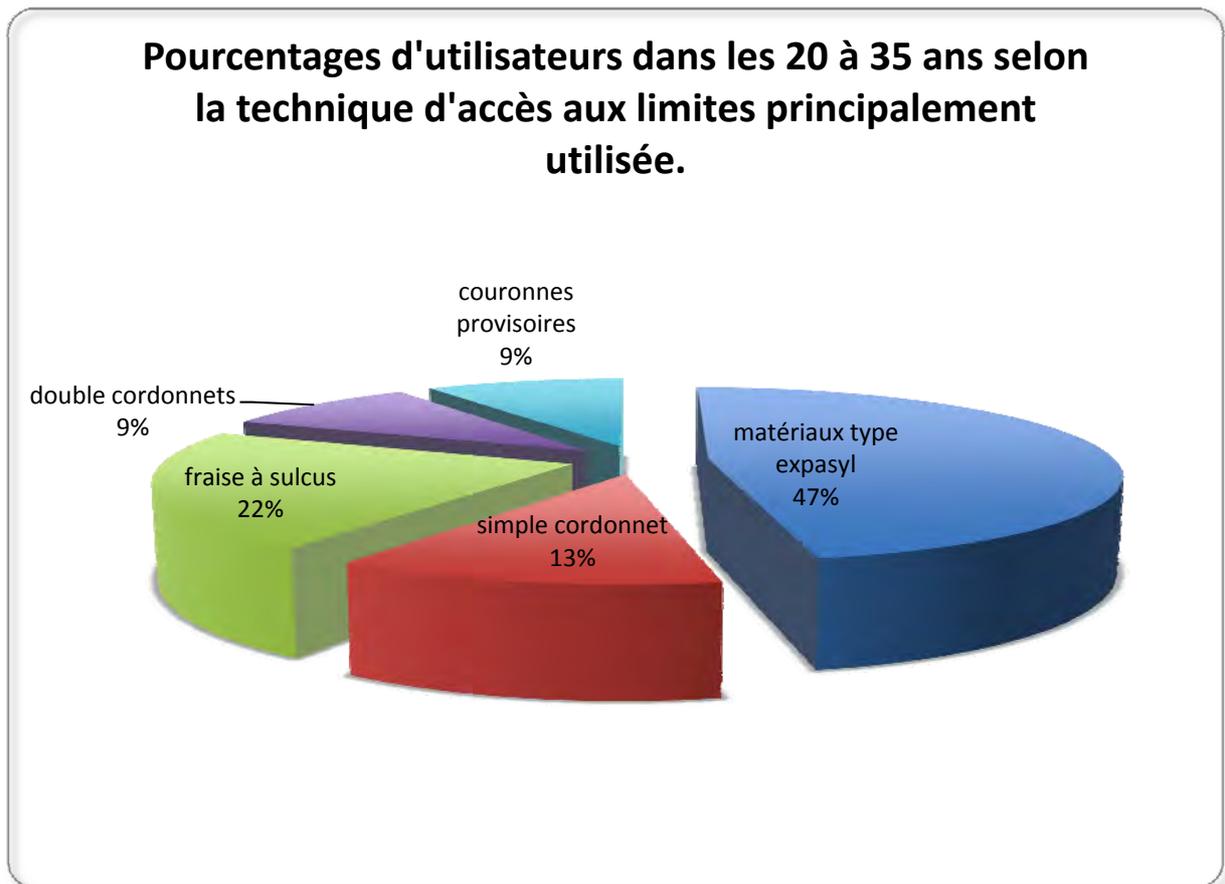


Figure 19 : Pourcentages d'utilisateurs dans les 20 à 35 ans selon la technique d'accès aux limites principalement utilisée.

La **figure 20** informe sur les pourcentages d'utilisateurs dans la tranche des 35 à 50 ans selon la technique d'accès aux limites principalement utilisée:

5 (33%) utilisent la fraise à sulcus, 4 (27%) utilisent le simple cordonnet, 4 (27%) utilisent les matériaux type Expasyl, 2 (13%) utilisent les couronnes provisoires et 0 (0%) utilisent les double cordonnets.

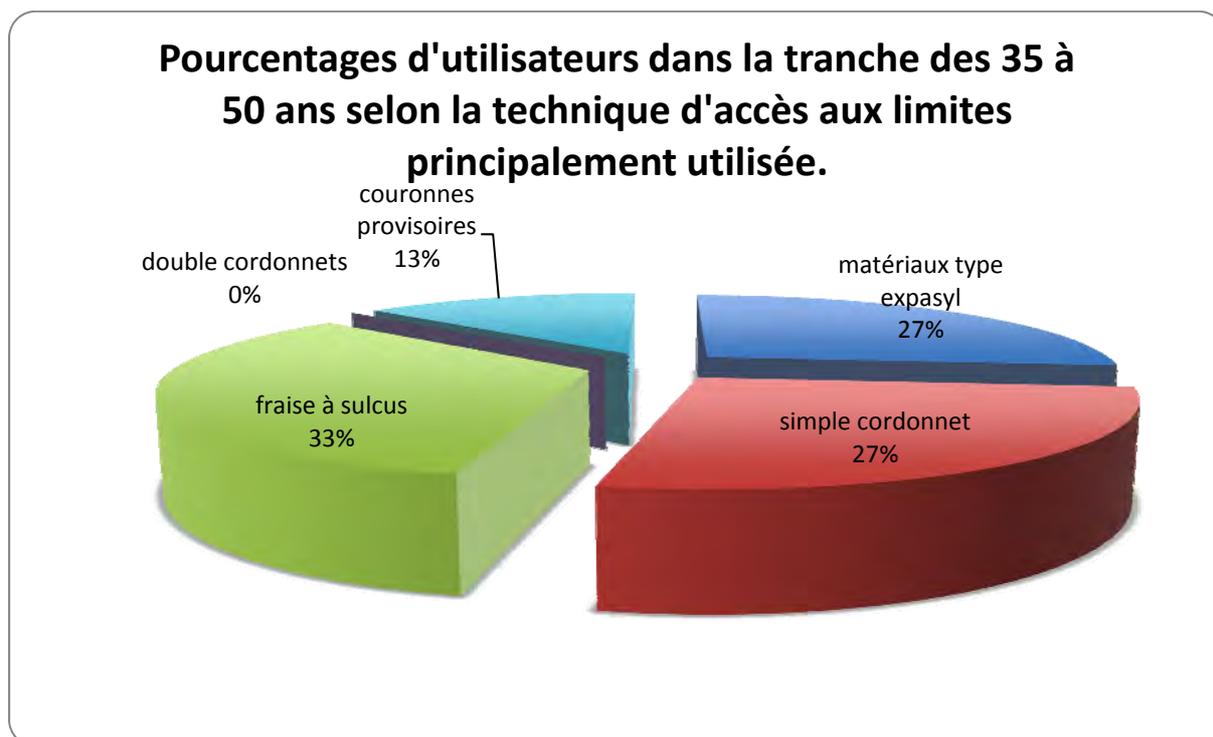


Figure 20 : Pourcentages d'utilisateurs dans la tranche des 35 à 50 ans selon la technique d'accès aux limites principalement utilisée.

La **figure 21** nous informe sur les pourcentages d'utilisateurs dans la tranche des 50 ans et plus selon la technique d'accès aux limites principalement utilisée:
6 (43%) utilisent la fraise à sulcus, 5 (36%) le simple cordonnet, 3 (21%) les matériaux type Expasyl, 0 (0%) les double cordonnets et 0 (0%) les couronnes provisoires.

Pourcentages d'utilisateurs dans la tranche des 50 ans et plus selon la technique d'accès aux limites principalement utilisée.

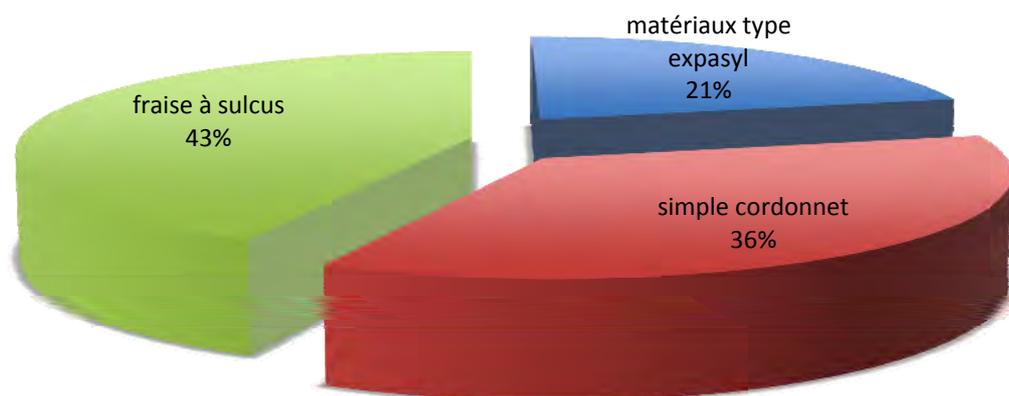


Figure 21 : Pourcentages d'utilisateurs dans la tranche des 50 ans et plus selon la technique d'accès aux limites principalement utilisée.

La **figure 22** nous renseigne sur les pourcentages d'utilisateurs selon la technique d'accès aux limites cervicales principalement utilisée, toutes tranches d'âge confondues : 22 (36%) utilisent les matériaux type Expasyl, 18 (30%) la fraise à sulcus, 13 (21%) le simple cordonnet, 5 (8%) les couronnes provisoires, et 3 (5%) les double cordonnets.

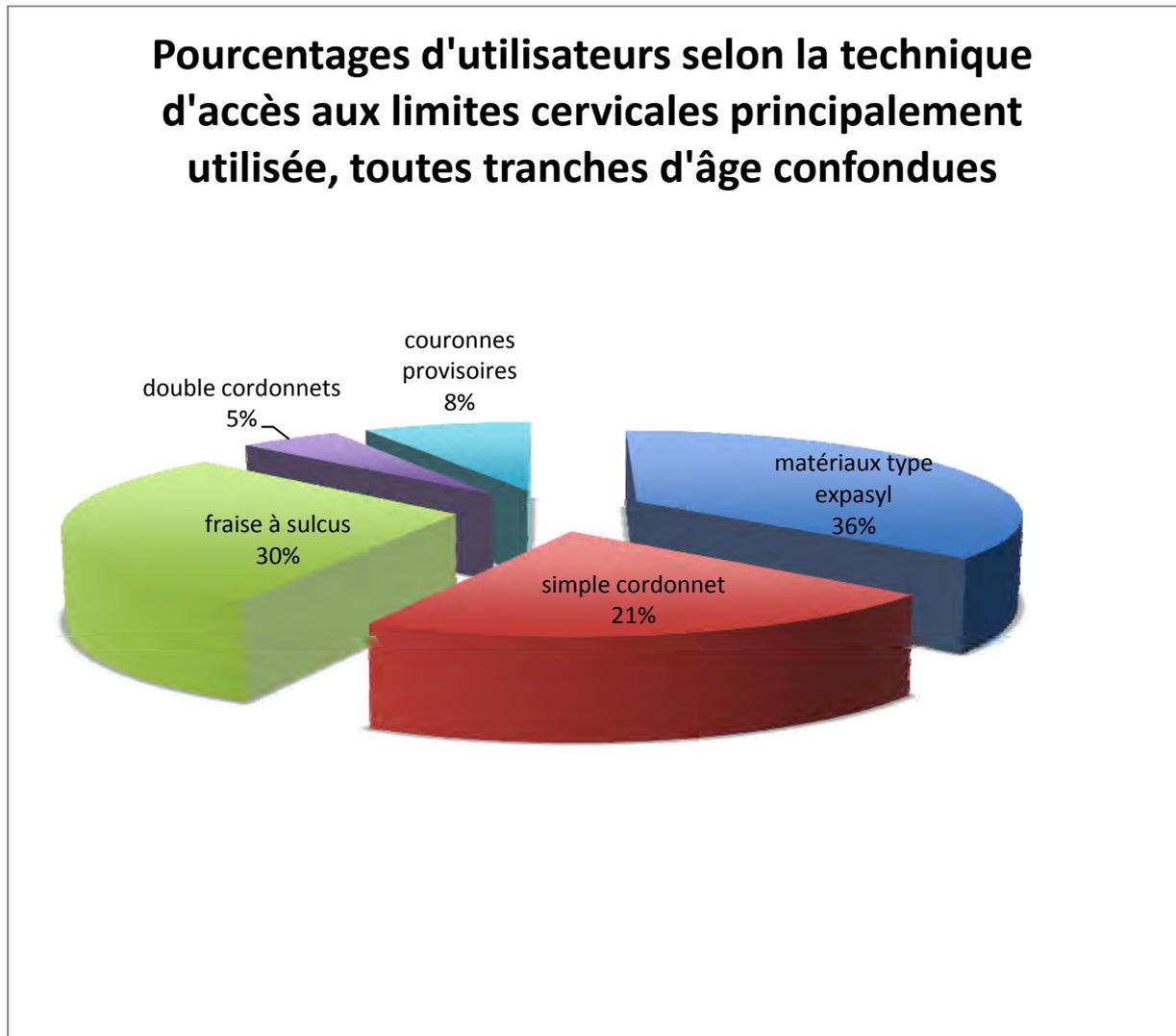


Figure 22: Pourcentages d'utilisateurs selon la technique d'accès aux limites cervicales principalement utilisée, toutes tranches d'âge confondues.

La **figure 23** étudie le choix des praticiens sur les techniques d'accès aux limites cervicales de préparation utilisées lors de la réalisation de travaux prothétiques fixés de grande étendue : 8 (23%) utilisent Expasyl et fraise à sulcus, 6 (17%) Expasyl et simple cordonnet, 5 (14%) provisoires et fraise à sulcus, 3 (9%) simple cordonnet, 3 (9%) fraise à sulcus et simple cordonnet, 3 (9%) Expasyl, 3 (9%) et provisoires, 1 (3%) fraise à sulcus, 1 (3%) provisoires, 1 (3%) provisoires et double cordonnets, 1 (3%) provisoires et simple cordonnets.

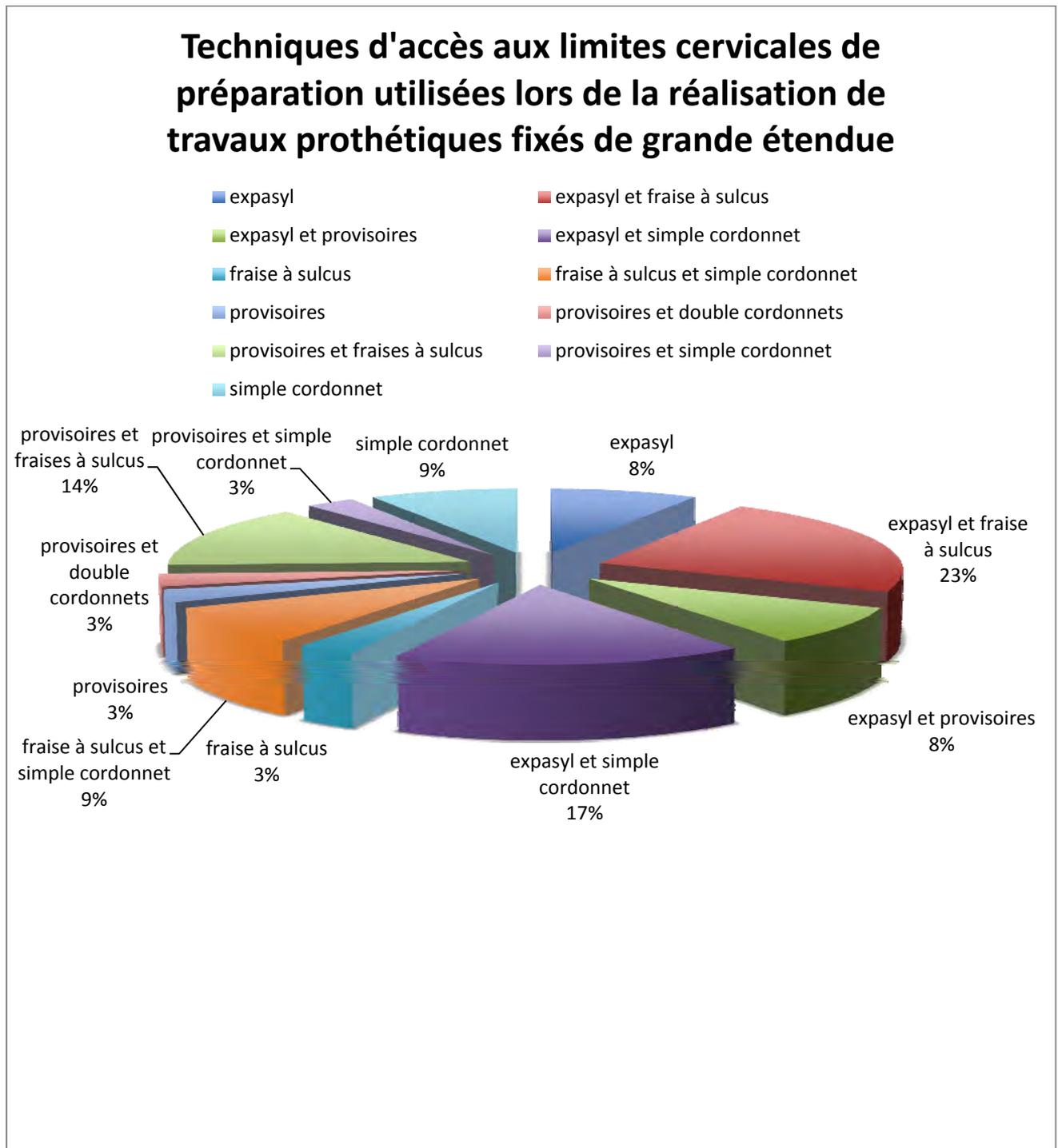


Figure 23 Techniques d'accès aux limites cervicales de préparation utilisées lors de la réalisation de travaux prothétiques fixés de grande étendue.

La **figure 24** nous renseigne sur les pourcentages des praticiens répondant à la question du choix préférentiel d'une seule technique d'accès aux limites cervicales de préparation : 12 (34%) retiennent l'Expasyl, 8 (23%) retiennent la fraise à sulcus, 8 (23%) le simple cordonnet, 2 (6%) les double cordonnets, 2 (5%) les double cordonnets imprégnés, 2 (6%) les provisoires, 1 (3%) Non Renseigné.

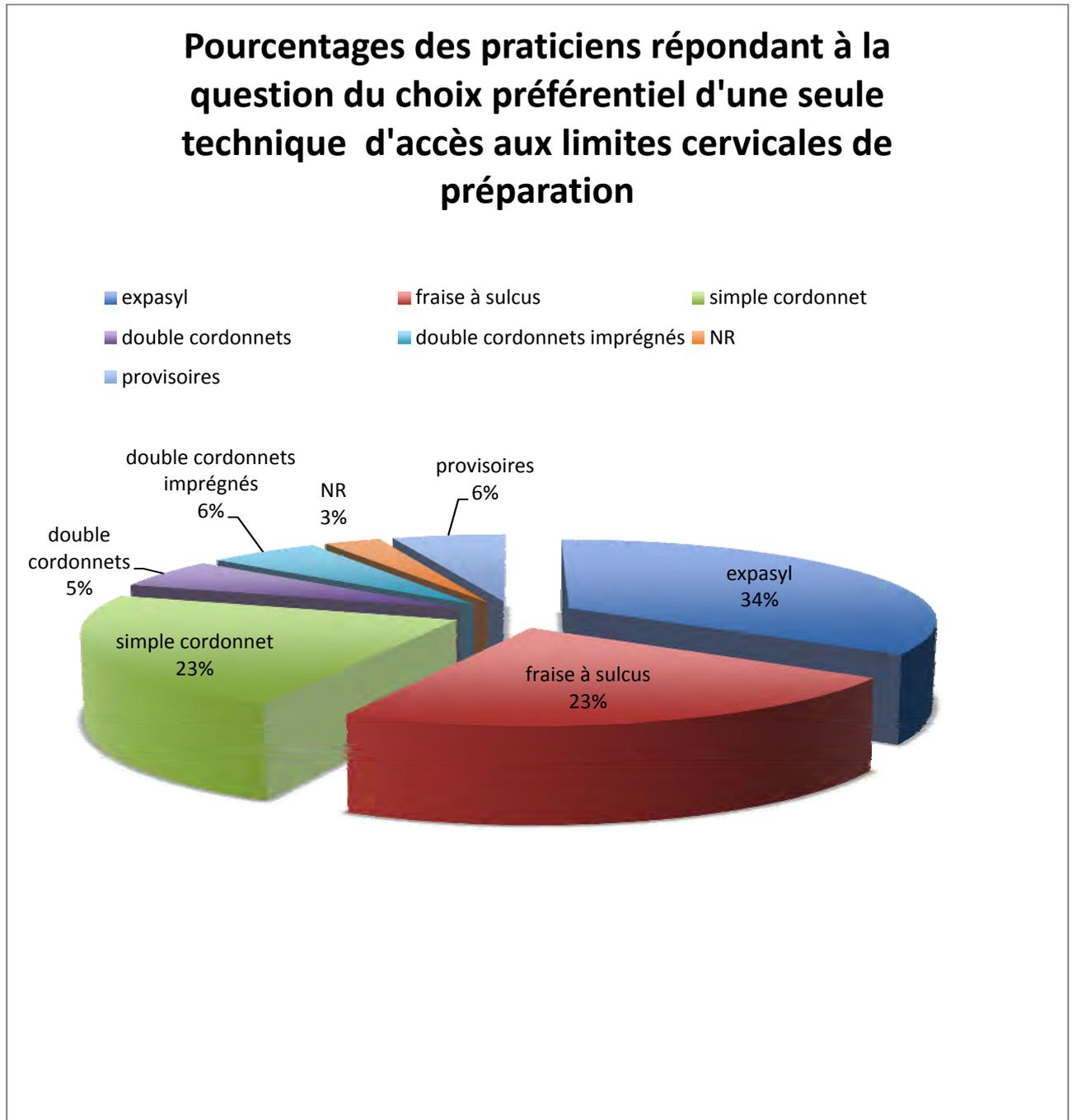


Figure 24 : Pourcentages des praticiens répondant à la question du choix d'une seule technique d'accès aux limites cervicales de préparation.

La **figure 25** indique le degré de satisfaction des praticiens concernant l'adaptation cervicale immédiate et médiate de leurs prothèses fixées, ce, quelle que soit la technique d'accès aux limites cervicales de préparation utilisée :

29 (83%) sont généralement satisfaits, et 6 (17%) sont parfois satisfaits, aucun n'est pas ou rarement satisfait.

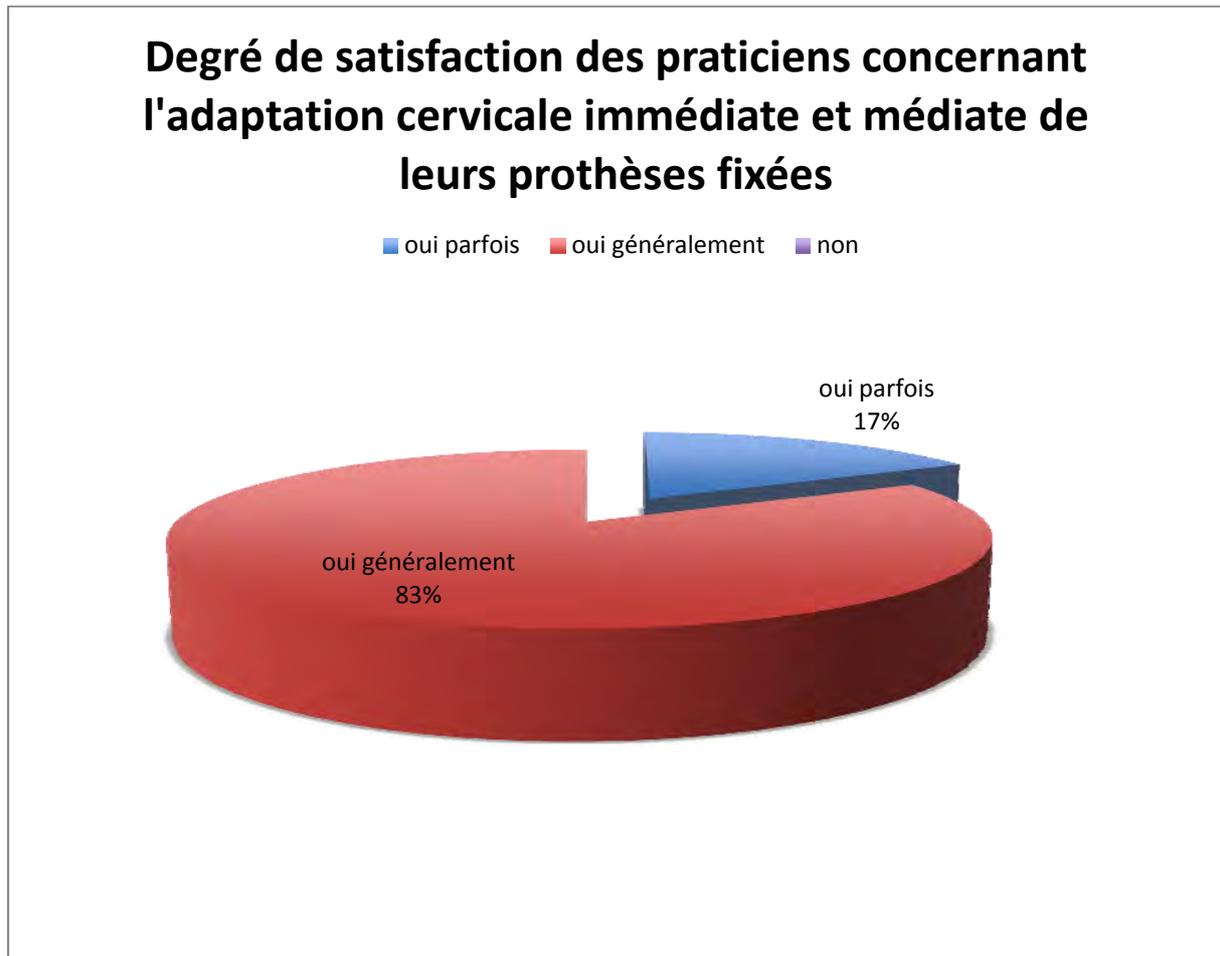


Figure 25: Degré de satisfaction des praticiens concernant l'adaptation cervicale immédiate et médiate de leurs prothèses fixées.

La **figure 26** nous renseigne sur la fréquence des praticiens reprenant des empreintes sur demande du prothésiste par manque d'information :
28 (80%) les reprennent rarement, 3 (9%) parfois et 4 (11%) jamais.

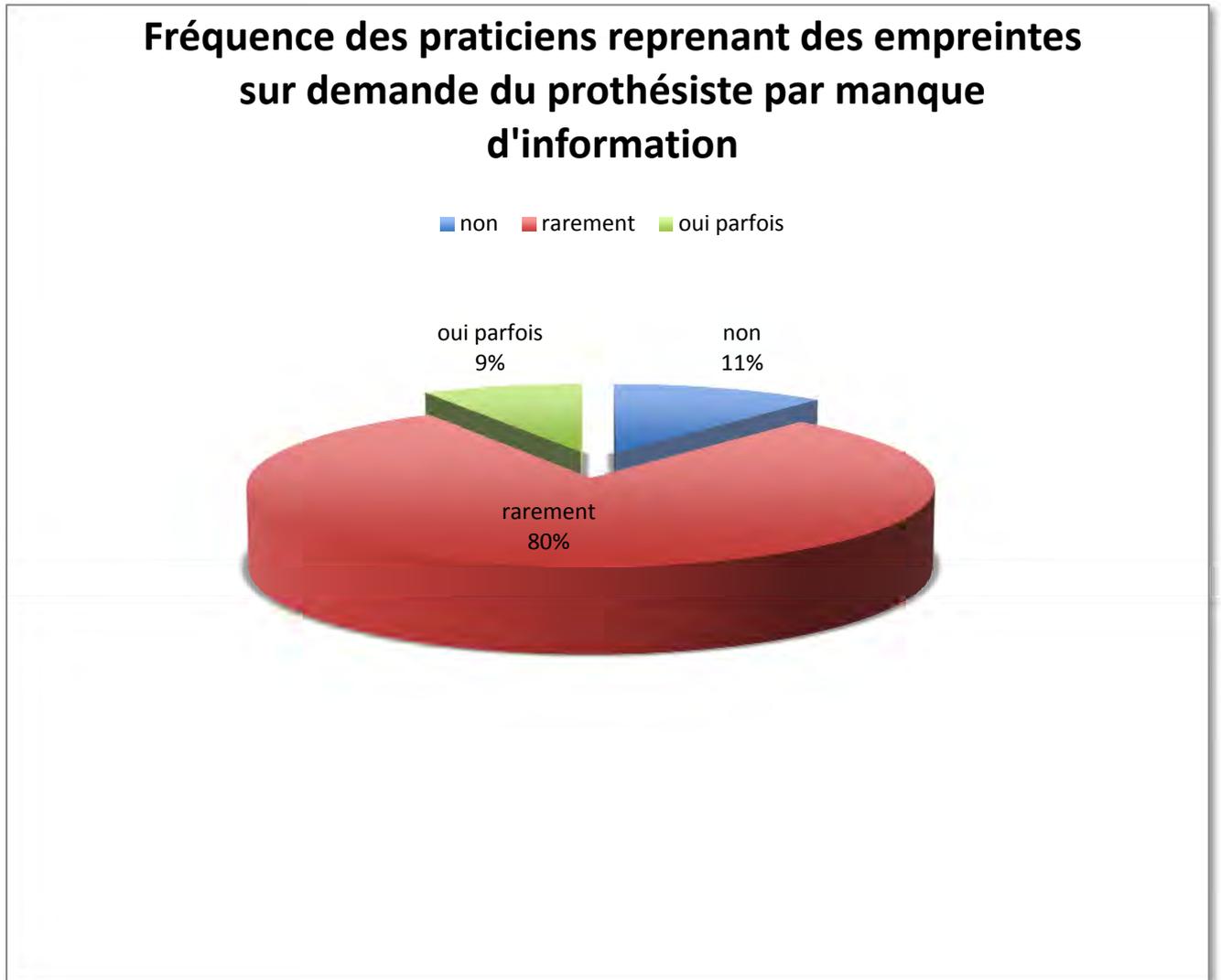


Figure 26 : Fréquence des praticiens reprenant des empreintes sur demande du prothésiste par manque d'information.

La **figure 27** indique le désir des praticiens de développer la communication avec leur prothésiste sur la qualité de l'empreinte en prothèse fixée :
17 (49%) souhaitent la développer le plus souvent possible, 14 (40%) dans certains cas, et 4 (11%) ne souhaitent pas plus communiquer.

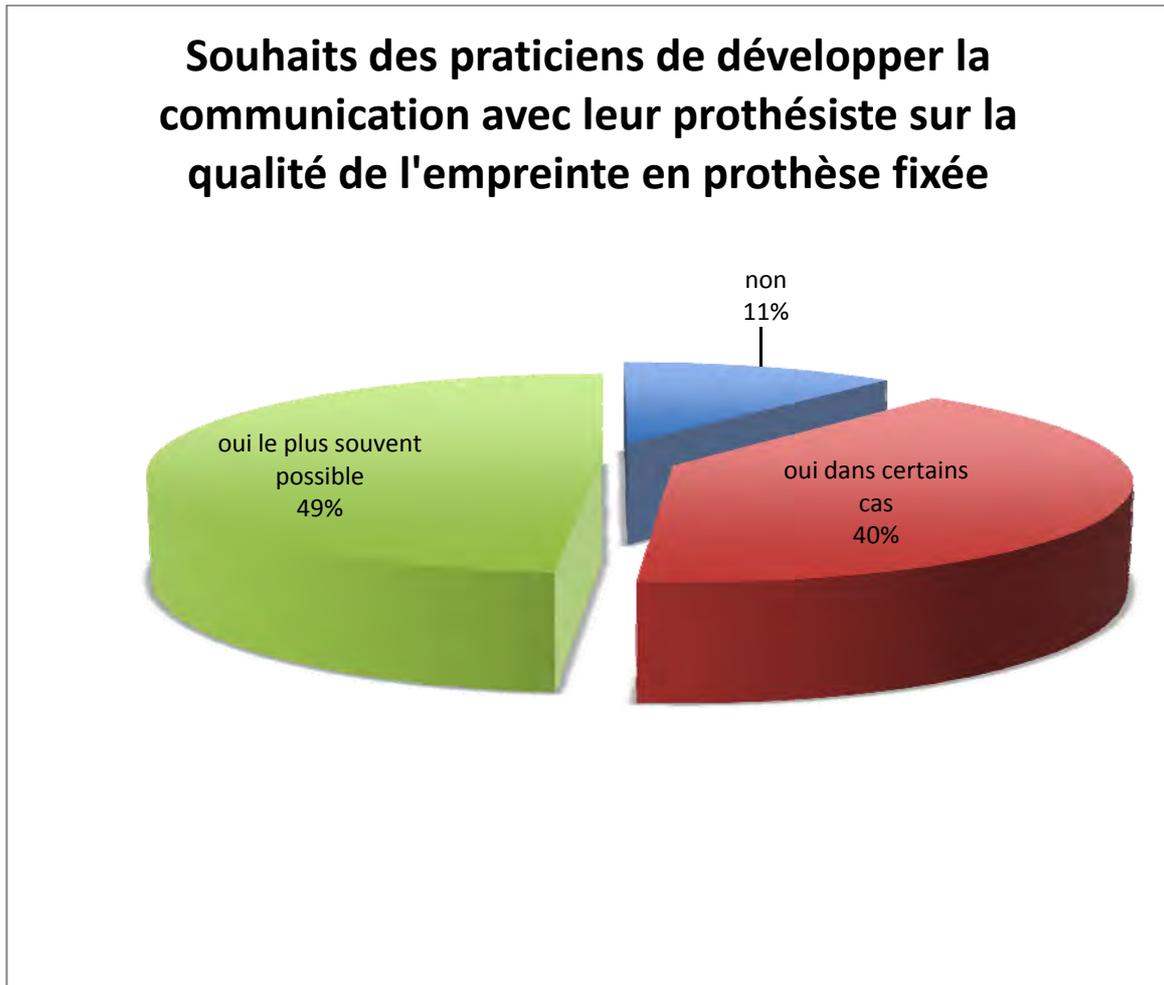


Figure 27 : Désir des praticiens de développer la communication avec leur prothésiste sur la qualité de l'empreinte en prothèse fixée.

L'essentiel:

- **57% des praticiens n'ont pas une idée précise des implications parodontales des différentes techniques d'accès aux limites.**

- 60% d'entre eux ne souhaiteraient pas se former sur les différentes techniques d'accès aux limites.

- Sur le choix préférentiel d'une seule technique, les matériaux "type Expasyl" sont choisis par plus du tiers des praticiens (34%).

- Chez les praticiens de 25 à 35 ans les **matériaux "type Expasyl"** sont les plus utilisés (47%).

- En revanche chez les praticiens de plus de 35 ans et de plus de 50 ans c'est la **fraise à sulcus** qui est utilisée, respectivement pour (33%) et (43%).

Il y a **très peu d'utilisateurs** du **bistouri électrique**, des **couronnes provisoires** et des **doubles cordonnets**, en tant que techniques d'accès aux limites.

- La grandmajorité des praticiens (83%) est satisfaite de l'adaptation cervicale dans le temps de leurs prothèses.

- 80% des praticiens reprennent leurs empreintes par manque d'informations.

- Près de la moitié, (49%), souhaite développer la communication avec leur prothésiste.

III. DISCUSSION

III.1 Réalisation d'un accès aux limites cervicales de préparation en prothèse fixée

Il convient de préciser que tous les praticiens sondés, (100%), réalisent un accès aux limites cervicales de préparation lorsqu'elles sont intrasulculaires.

III.2 La technique d'accès aux limites la plus souvent utilisée par les praticiens selon les tranches d'âge

Chez les praticiens de **plus de 50 ans**, la technique la plus souvent utilisée, (pour 43% d'entre eux), est le **curetage par instrumentation rotative** (la fraise à sulcus).

Pour les **35 à plus de 50 ans**, (33%), cette technique est également la plus utilisée.

Les praticiens de **35 à plus de 50 ans** semblent privilégier majoritairement le **curetage rotatif** qui est une technique d'éviction tissulaire ancienne, rapide et facile à mettre en œuvre. Elle présente toutefois des conséquences parodontales: en effet Azzi et Tsao (2) ont étudié les réactions cliniques et histologiques des tissus gingivaux dans le temps au curetage rotatif avec une fraise diamantée de granulométrie moyenne montée sur turbine à haute vitesse.

Cliniquement, ils ont noté :

Une **augmentation du fluide crévicaire** qui disparaît en 7 jours;

Une **récession gingivale légère** et une **augmentation de la profondeur du sulcus** de 0,1mm, stabilisés au 14^{ème} jour.

Histologiquement :

- Un **épithélium sulculaire partiellement détruit**,
- Un **détachement de l'épithélium jonctionnel** et une **destruction des fibres circonscrivant** le tissu conjonctif sous-jacent.

En **14 jours** on observe une **cicatrisation complète** de tous les tissus: **réattache** des fibres et réépithélisation du sulcus.

Ces observations sont confirmées par d'autres auteurs tels que Kamansky, Tempel et Post (17).

Rappelons les principaux inconvénients de cette méthode : Il s'agit le plus souvent d'un **saignement inévitable** (il faudra réaliser une hémostase pour la prise d'empreinte), et une **récession gingivale** voire une **perte des tissus parodontaux** si cette technique n'est pas réalisée dans les conditions optimales, c'est à dire :

- Un parodonte sain,
- Une instrumentation adaptée,
- Une évaluation parodontale pré-opératoire,
- Une maîtrise parfaite de la pénétration de la fraise dans le sulcus (Bennani V, Azza Al Ani, Thompson Murray (3).

A contrario, dans la tranche des **20 à 35 ans**, ce sont les **matériaux "type Expasyl"** qui sont préférés à **47%**. C'est une technique d'accès aux limites par déflexion tissulaire. Cette technique, par rapport aux techniques utilisant des cordonnets imprégnés ou non, présente les avantages suivants :

- une **qualité de déflexion** gingivale égale ou supérieure,
- est complètement **atraumatique** pour le parodonte,
- une **qualité de l'empreinte** très satisfaisante,
- un meilleur **contrôle du saignement** et du **fluide intrasulculaire**,
- un **nettoyage** aisé au spray,
- une mise en place **indolore** et bien tolérée par le patient,
- pas d'anesthésie nécessaire,
- pas de réaction tissulaire parodontale,
- **aucune récession** observée (3).

Par ailleurs, le dossier scientifique Pierre Roland, novembre 1999, montre :

- **aucune toxicité** du biomatériau
- et une **bonne biocompatibilité**: absence d'irritation des tissus, non cytotoxique.

Cette différence de choix chez les praticiens de 20 à 35 ans peut s'expliquer par leur formation initiale. En effet, ces praticiens, plus récemment sortis de la faculté, ont vraisemblablement bénéficié d'un enseignement aux techniques d'accès aux limites en accord avec les données actuelles acquises de la science, plus complet et contemporain que celui dispensé à leurs aînés.

Les praticiens de plus de 35 ans, s'ils n'ont pas suivi de formation continue sur ces techniques ne se sentent pas aptes à les utiliser.

Toutes tranches d'âges confondues les praticiens utilisent :

- à 36% les matériaux "type Expasyl",
- à 30% la fraise à sulcus.

Ces résultats viennent confirmer ceux mis en évidence précédemment en fonction des tranches d'âges. Paradoxalement ces deux techniques sont opposées :

- la **fraise à sulcus** étant la **plus traumatique** pour le parodonte,
- les **matériaux "type Expasyl"** la **moins traumatique**.

Les praticiens sont donc divisés dans leur pratique, en rapport avec leurs habitudes.

III.3 S'il n'y avait qu'une seule technique d'accès aux limites cervicales de préparation en prothèse fixée à retenir

A cette question, les praticiens, toutes générations confondues répondent positivement :

- **pour 34%** les **matériaux "type Expasyl"**,
- suivis par l'utilisation de la **fraise à sulcus pour 23%**,
- et du **simple cordonnet pour 23%**.

Notre étude semble démontrer que la technique privilégiée par les praticiens serait la plus atraumatique et biocompatible pour les tissus parodontaux, performante dans l'ouverture du sulcus, soit, celle utilisant les matériaux "type Expasyl".

Cependant, comme le montrent les résultats précédents, les praticiens ne sont pas aussi catégoriques dans leur pratique quotidienne.

III.4 Satisfaction des praticiens concernant l'adaptation immédiate et médiate de leurs restaurations prothétique fixées

Quel que soit l'âge des praticiens, ou la technique utilisée, **83%** d'entre eux sont **généralement satisfaits** de l'adaptation cervicale de leurs prothèses fixées lors de la pose et dans le temps.

17% rapporteraient que **l'adaptation cervicale** de leurs réalisations prothétiques n'est **pas parfaite** (hiatus au niveau du joint dento-prothétique, sur et sous-contours, récession gingivale à long terme...).

Ces résultats sont à relativiser, car ils dépendent uniquement de l'appréciation subjective des praticiens. Aucun protocole clinique permettant de juger objectivement la qualité de l'adaptation cervicale des prothèses fixées n'a été mis en place lors de notre étude.

III.5 Formation initiale et continue

- **Plus de la moitié (57%)** des praticiens interrogés connaîtraient partiellement les techniques d'accès aux limites et leurs conséquences cliniques et histologiques sur le parodonte,
- **Plus d'un tiers (37%)** estimeraient les connaître parfaitement,
- **Une minorité (6%)** ne serait pas au fait des techniques actuelles.

Ces résultats sont à mettre en relation avec ceux sur les praticiens souhaitant suivre ou envisageant de suivre une formation continue sur les techniques d'accès aux limites cervicales en prothèse fixée:

- **La majorité des praticiens (58,3%)** ne souhaiterait pas se former davantage,
- **Un quart d'entre eux (25%)** envisagerait une formation mais pas prioritairement,
- **13,8%** souhaiteraient se former en priorité sur les techniques d'accès aux limites.

Les résultats ci-dessus sont **paradoxaux**, en effet, la **majorité des praticiens (57%)** qui ne connaîtrait pas parfaitement les techniques d'accès aux limites et leurs implications parodontales et histologiques, ne souhaiterait pas se former davantage sur le sujet.

Il apparaîtrait donc que les praticiens semblent ne pas penser que les techniques d'accès aux limites soient prioritaires dans leur pratique quotidienne. Ils préféreraient se former dans d'autres domaines tels que l'implantologie ou la dentisterie esthétique par exemple.

III.6 Les rapports prothésiste/praticien

Lorsque nous interrogeons les praticiens sur la fréquence de réenregistrement des empreintes par manque d'information après un retour du laboratoire de prothèse :

- **11%** déclarent ne **jamais** avoir de retour de la part de leur prothésiste,
- **La grande majorité** des praticiens (**80%**) reprennent très **rarement** leurs empreintes,
- **9%** ont **parfois** des reprises d'empreintes à effectuer.

Notre étude montrerait que les retours d'empreintes par manque d'information sur les limites cervicales sont une réalité dans la pratique quotidienne de la plupart des praticiens. C'est pourquoi nous leur avons demandé s'ils souhaitaient développer une meilleure communication avec leurs prothésistes concernant leurs doléances sur la qualité des empreintes fournies.

A cette question les praticiens répondent :

- Pour (**11%**), qu'ils ne **souhaiteraient pas** développer la communication avec leur prothésiste, ce résultat vient corroborer celui des **11%** qui n'ont jamais de retour du laboratoire de prothèse.
- **40%** **souhaiteraient communiquer**, dans certains cas uniquement,
- **49 %** désireraient **communiquer davantage** avec leur prothésiste, être à l'écoute de leurs attentes, dans le plus de cas possibles.

Cela démontre la volonté de la plupart des praticiens de développer un véritable **travail synergique et collaboratif** avec le prothésiste autour du projet prothétique.

Il serait intéressant de sonder les prothésistes sur la qualité des empreintes qu'ils reçoivent et de les comparer avec les résultats des praticiens.

IV. CONCLUSION

(1, 3, 8, 14, 27)

L'objectif de notre enquête était de réaliser une **évaluation sur les habitudes des praticiens libéraux** de la région Midi-Pyrénées concernant **les techniques d'accès aux limites cervicales en prothèse fixée**.

- A l'issue de ce travail, nous avons noté que **deux techniques sont majoritairement utilisées** par les praticiens :
 - Plus d'un tiers **des praticiens (36%)** utilisent les matériaux "**type Expasyl**" comme techniques d'accès aux limites cervicales,
 - Un peu moins, **(30%)**, utilisent **le curetage par instrumentation rotative**,

En revanche, les autres techniques rencontrent moins d'adhésion :

- **21%** utilisent le **simple cordonnet**,
- **5%** pratiquent les **doubles cordonnets**,
- **8%** se servent **des couronnes provisoires**
- et de façon surprenante, **aucun praticien** de notre échantillon **(0%)** n'utilise **le bistouri électrique**.
- **Plus de la moitié (57%)** des praticiens n'ont pas une idée « précise » des implications parodontales des différentes techniques d'accès aux limites.

Or, il est intéressant de noter que le **curetage rotatif** est la technique **la plus traumatisante** pour le parodonte (3). Si elle est mal maîtrisée, cette technique peut engendrer une **violation de l'espace biologique** avec des conséquences importantes : pertes osseuses, récessions et au final inadaptation de la prothèse, voire même perte de l'organe dentaire.

Les **matériaux "type Expasyl"** sont, quant à eux, les plus atraumatiques (3). Leurs qualités sont appréciées par les praticiens : hémostase efficace, biocompatibilité et absence de cytotoxicité, absence de récession, déflexion aussi performante que les cordonnets. Ce sont des matériaux récents et performants utilisés en majorité par les praticiens, toutes tranches d'âge confondues.

- **60%** d'entre eux ne souhaiteraient pas se former sur les différentes techniques d'accès aux limites. En effet, **un pourcentage important de praticiens (83%)** sont satisfaits de la qualité de leurs empreintes et de l'adaptation cervicale de leurs réalisations prothétiques sans pour autant avoir une formation complète sur les techniques d'accès aux limites.

Le facteur "années d'expérience" pourrait expliquer que, malgré l'utilisation d'une technique d'accès aux limites plus traumatique, une grande partie des praticiens soit pleinement satisfaite des résultats obtenus, expérience et maîtrise du geste opératoire minimisant les traumatismes sur le parodonte. Ceci expliquerait de façon logique que la majorité des praticiens ne ressent pas le besoin de se former prioritairement sur les techniques d'accès aux limites en prothèse fixée.

Il est intéressant de noter que sur le plan pédagogique et sur le plan de la formation initiale, **les praticiens de 25 à 35 ans ont reçu une formation vraisemblablement plus exhaustive et utilisent un panel de techniques d'accès aux limites plus étendu que les praticiens de plus de 35 ans.**

- Concernant la **communication praticien-prothésiste**, près de la moitié (49%) des praticiens souhaitent développer cette relation afin d'être à l'écoute des attentes des prothésistes, de leurs doléances, dans le but de créer une **synergie** autour du travail prothétique.

Pour conclure, il nous paraît important de citer **Jean Schittly et Stéphane Viennot**, qui ont écrit dans deux articles récents les conclusions suivantes :

« Quels que soient les matériaux ou les techniques d'empreintes utilisés, l'accès aux limites cervicales et au profil d'émergence reste un point fondamental de la réussite des empreintes ». (Jean Schittly, 2011) »

« La diversité des situations cliniques et parodontales fait ressortir qu'il n'existe aucune solution miracle pour obtenir l'accès aux limites cervicales. En effet, toute solution nécessite une adaptation au contexte clinique de la part du praticien et se fonde sur une analyse du type de parodonte, de son inflammation, de la situation des limites permettant de choisir la technique la plus adaptée au contexte pour proposer un compromis entre performance et respect du système d'attache. »

« Ces techniques resteront encore longtemps d'actualité et proposeront dans l'avenir des avancées certaines sur cette problématique quotidienne rencontrée également lors de la prise d'empreintes optiques pour des techniques innovantes de conception et de fabrication de prothèse assistées par ordinateur (Stéphane Viennot, 2013) ».

Il sera intéressant à l'avenir d'étendre cette étude sur un **nombre plus important de praticiens**, voire même de réaliser une **étude multicentrique**. Il sera aussi instructif de connaître **l'avis des prothésistes** sur la qualité des accès aux limites des empreintes reçues au laboratoire.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Armand Serge :

La couronne coulée, enseignement de prothèse conjointe

2001-2002, cours de 2^{ième} année 1^{ier} cycle faculté de chirurgie dentaire de Toulouse.

(2) Azzi R, TsaoTF, CarranzaFA JR, KenneyEB. :

Comparative study of gingival retraction methods.

Journal of prosthetic dentistry, 1983, Oct; 50 (4) pp. 561-565.

(3) Bennani V, Azza Al-Ani, Thompson Murray:

New-Zeland dental journal 106 N°3,

P 92-96, sept 2010.

(4) Benanni V, Baudouin AC :

Esthétique et profil d'émergence en implantologie

Guide clinique CDP année 2000 ; 4-8

(5) Bottino M-A, Farma R, Valandro LF. :

Perception: Esthetics in metal-free prosthesis of natural teeth and implants.

Sao Paulo: ArtesMedicas (Dentistry), 2009.

(6) Chiche GJ, Pinault A.:

Esthétique et restauration des dents antérieures.

Paris: Editions CdP, 1995.)

(7) Croll BM.:

Emergence profiles in natural tooth contour.

Part I: Photographic observations.

JProsthet Dent. 1989;62 :4-10.

(8) Ducret M., Viennot S.:

L'accès aux limites cervicales: arbredécisionnel

Les cahiers de prothèse n°163, mars 2013, pp.53-57

(9) Eissmann HF, Radke RA, Noble WH.:

Physiologic design criteria for fixed dental restorations.

DentClin North Am. 1971;15:543-68.

(10) Estrabaud Y. : Le profil d'émergence.

Cah Prothèse. 1994; 86: 97-104.

(11) Estrabaud Y, Daniel A, Ardoin JL, Delaunay B. :
L'examen parodontal préprothétique.
Réflexions cliniques. Journal Parodontal. 1990;(9)3:237- 244.

(12) Pierre Genon, Christine Romagna-Genon:
Esthétique et parodontie : les clés du succès
Editions cdp, année 2001 ; 12-21

(13) Geoffrion J, Brendel B, Blanchard JF. :
L'accès sous-gingival en prothèse fixée :
Conséquences tissulaires, guidage de la cicatrisation.
Cah.Proth. 1987; 58:31-50.

(14) Geromel Hugo :
Céramo-céramiques : analyse des pratiques au
cabinet dentaire et dans les laboratoires de prothèse
Thèse de doctorant en chirurgie dentaire.
Année 2012, n°2012-TOU3-3049

(15) Günay H, Tschernitschek H, Geurtsen W.:
Lignée de finition des préparations et santé parodontale.
Etude Clinique prospective sur 2 ans.
IntJPeriodonticsRestorative Dent. 2000 Apr; 20(2):171-81.

(16) Gürel G.:
Les facettes en céramiques:De la théorie à la pratique.
Paris : Quintessence International, 2005.

(17) Kamansky F., TempelTR., Post AC.:
Gingival tissue response to rotary curetage
Journal of prosthetic dentistry, 1984, sep; 52(3),pp.380-383

(18) Lang NP, Siegrist Guldener BE.:
Atlas de médecine dentaire : couronnes et bridges.
Paris, Editions Flammarion, 1996.

(19) Mahiat Y. :

La matière apprivoisée.

Paris. Edition CRG, 1998.

(20) Martignoni M, Shonenberger AJ.:

Precision Fixed Prosthodontics: Clinical and Laboratory aspects.

Chicago: Quintessence; 1990.

(21) Marzouk R. :

Les limites cervicales. Inf Dent.

2001; 83(39):3227-35.

(22) Newcomb GM.:

The relationship between the location of subgingival
crowns margins and gingival inflammation.

J. Periodontal. 1974;45:151-4.

(23) N. Ouham, A. Bouziane, O. Ennibi :

L'Elongation Coronaire : Quelle Technique Choisir?

Crown Lengthening: What Technique to Choose?

Faculté de Médecine Dentaire de Rabat

Université Mohammed V

Suisse http://www.fmdrabat.ac.ma/wjd/V2N2/V2N2/elongation_coronaire.htm

(24) Padbury A Jr, Eber R, Wang HL. :

Interactions between the gingiva and the margin of restorations.

J Clin Periodontal. 2003; 30(5):379-385.

(25) Petitjean Y, Schittly J. :

Les empreintes en prothèse fixée.

Paris: Editions CdP, 1994.

(26) Rosenstiel SF., Land MF, Fugimoto J. :

Contemporary fixed prosthodontics.

St Louis: Mosby Inc, 1999.

(27) Schittly J.:

Témoignage de l'évolution des empreintes en prothèse fixée depuis 1973

Les cahiers de prothèse n°150, juin 2010, pp.69-75

(28) Shillingburg HT, Jacobi R, Brackett SE. :
Les préparations en prothèse fixée: principes et applications cliniques.
Paris: Editions CdP, 1988.

(29) Silness J. :
Fixed Prosthodontics and periodontal health.
Dent Clin North Am. Dent Clin North Am.
1980 Apr;24(2):317-29.

(30) A. Stafin-Zerbib, F. Florentin, S. Armand, R. Dardé et J. Mir :
Incidences parodontales des accès aux limites en prothèse fixée:
Revue de la littérature 1^{ère} partie: techniques d'accès aux limites
Chirurgiens-dentistes Stratégie prothétique avril 2008, vol 8, n° 2

(31) Stein RS, Glickman I.:
Prosthetics considerations essential for the gingival health.
Dent ClinNorthAm. 1960; 4:177.

(32) Vacek JS, Gher ME, Assad DA, Richardson AC, Giambarresi LI.:
The dimensions of the human dentogingival junction.
International IntJPeriodonticsRestorative Dent.
1994; 14(2):154-165.

(33) Aude Vallata :
Les limites cervicales en prothèse fixée: concepts et préceptes
Thèse d'exercice pour le doctorat en chirurgie dentaire
Université Henri Poincaré Nancy2
Année 2011 n°3652

(34) Viargues P. :
La position des limites cervicales de préparation en prothèse fixée.
Analyse de la littérature : conséquences cliniques.
Revue d'Odonto-stomatologie. 2005; 34: 3-18

(35) Waerhaug J.:
Tissue reactions around artificial crowns.
J. Periodontal. 1953; 24:172-85.

(36) Weisgold AS. :
Contours of the full crown restoration.
Alpha Omega. 1977 Dec; 70(3):77-89.

ANNEXE 1**QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX PRATICIENS**

**TECHNIQUES D'ACCES AUX LIMITES CERVICALES DE PREPARATION EN
PROTHESE FIXEE:
HABITUDES DES PRATICIENS EN MIDI-PYRENEES**

Quel est votre sexe?

1. Homme
2. Femme

Dans quelle tranche d'âge vous situez vous?

3. de 20 ans à 35 ans
4. de 35 ans à 50 ans
5. 50 ans et plus

Dans quelle faculté avez-vous été formé?

Depuis combien de temps exercez-vous?

Dans quelle zone exercez-vous?

6. zone urbaine
7. zone péri-urbaine
8. zone rurale

Dans quelle localité exercez vous?

Département, ville et code postal

Quelles techniques d'accès aux limites utilisez-vous le plus souvent? (deux choix maximum)

9. simple cordonnet
10. double cordonnets
11. bistouri électrique
12. matériaux type Expasyl
13. couronnes provisoires
14. fraise à sulcus
15. autre

Quelle technique privilégiez-vous lors de la réalisation d'une reconstitution de grande étendue ?

(Ex: bridge de plusieurs piliers)

Citez deux techniques au maximum

Si vous ne deviez retenir qu'une seule technique, laquelle serait-ce?

Etes-vous satisfait de l'adaptation cervicale immédiate et médiate de vos réalisations en prothèse fixée?

- 16. () Oui généralement
- 17. () Oui parfois
- 18. () Rarement
- 19. () Non

Connaissez-vous les avantages /inconvénients des différentes techniques d'accès aux limites?

- 20. () Oui parfaitement
- 21. () Oui un peu
- 22. () Non

Souhaitez-vous approfondir vos connaissances sur l'importance de l'accès aux limites de préparation?

- 23. () Oui
- 24. () Oui un peu
- 25. () Non

Votre prothésiste vous demande-t-il parfois de reprendre vos empreintes par manque d'information sur les limites cervicales et l'environnement muqueux périphérique?

- 26. () Oui souvent
- 27. () Oui parfois
- 28. () Rarement
- 29. () Non

Souhaitez-vous plus de communication concernant la qualité des empreintes entre votre prothésiste et vous?

- 30. () Oui dans certains cas
- 31. () Oui le plus souvent possible
- 32. () Non

**LES TECHNIQUES D'ACCES AUX LIMITES CERVICALES EN PROTHESE FIXEE :
HABITUDES DES PRATICIENS EN MIDI-PYRENEES**

RESUME EN FRANÇAIS :

Les objectifs de cette enquête étaient de réaliser une étude sur les habitudes des praticiens en Midi Pyrénées concernant les techniques d'accès aux limites cervicales, leurs connaissances, leurs lacunes, les techniques les plus utilisées, leur souhait de formation, la communication avec leur prothésiste. Un questionnaire a été élaboré et distribué aux praticiens, nous avons eu 35 réponses exploitables. Les techniques les plus utilisées sont les matériaux type Expasyl (36%) et la fraise à sulcus (30%) des praticiens. Concernant la communication (49%) d'entre eux souhaitent la développer plus avant avec leur prothésiste. Ce travail souligne une fois de plus l'importance de la communication pour un travail pluridisciplinaire en synergie entre praticien et prothésiste.

TITRE EN ANGLAIS :

Techniques of access to the cervical margins in fixed prosthesis:
Habits of practitioners in Midi-Pyrénées.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : CHIRURGIE DENTAIRE

MOTS-CLEFS :

-accès aux limites cervicales de préparation
-enquête
-formation continue
- communication

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de chirurgie dentaire
3, chemin des Maraîchers
31062 Toulouse Cedex

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Rémi Esclassan