

RESTAURATION ESTHETIQUE D'ATTENTE DES DENTS ANTERIEURES : INTERET DES FACETTES RESINES COLLEES

Auteurs

PESSON D. M¹.
KONATE N.Y¹.
BAKOU O.D¹.
DIDIA E.L.E¹.
KOUAME K.A¹.
KAMAGATE F.S¹.
DJEREDOU K.B¹.

Service

1- Département de Prothèse et Occlusodontie, UFR d'Odonto-Stomatologie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan

Correspondance

Dr PESSON Delon Muller
Maître assistant au Département de Prothèse et Occlusodontie, UFR d'Odonto-Stomatologie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan 22 BP 612 Abidjan 22, Côte d'Ivoire
E-mail : mpesson2@yahoo.fr

RESUME

Les délabrements dentaires et les dyschromies des dents antérieures sont les principaux motifs de consultation esthétique.

Les auteurs proposent l'utilisation de dents de commerce pour la réalisation des facettes collées par la technique directe et indirecte. Ils décrivent le protocole utilisé au travers de 2 cas cliniques et les résultats obtenus.

Les facettes dentaires ne présentent pas une difficulté majeure lors de leur réalisation ; cependant, comme toute prothèse fixée, elles sont peu pratiquées du fait du peu de moyen financier de nos patients subsahariens. Les facettes collées provisoires s'avèrent donc nécessaire, elles présentent l'avantage d'être économe de tissu dentaire et peu onéreuse. Il faudra en tenir compte dans la mise en œuvre de nos actes thérapeutiques esthétiques.

En effet, elles autorisent la restauration de la forme et de la fonction des dents antérieures, tout en leur apportant un haut degré d'esthétique.

Mots-clés : Dents antérieures-Facettes collées-Dents de commerce-Technique adhésive-dentisterie esthétique.

SUMMARY

Toothdecay and discoloration of the anteriorteeth are the main reasons of aesthetic consultation of oururban populations.

The authors propose the use of commercially produced acrylic teeth to achieve a resin-bonded fixed partial denture made of composite veneersby direct and indirect technique.They describe the procedure through two clinical cases.Dental veneers do not have a major difficulty in achieving them. However, they are complexbecause of the limitedfinancialmeans of ourSub-Saharanpatients.

Thereforeprovisional acrylic resin bonded fixed partial denture is necessary, has the advantage of minimal invasiveness and more inexpensive.it should be taken into account in the implementation of our aesthetic therapeutic procedures. In fact, theyallow the restoration of form and function of the anteriorteeth, whileproviding a high degree of aesthetics.

Key words : Anteriorteeth – Composite veneer -Adhesive technique-EstheticDentistry

INTRODUCTION

Les motifs de consultations esthétiques sont multiformes ; il peut s'agir d'anomalies de couleur ou de position, de pertes de substances dentaires ou d'édentements antérieures [5, 19, 21]. La manière d'aborder la thérapeutique sera fonction des impératifs esthétiques, fonctionnels, biologiques, techniques et financiers [12]. Concernant les impératifs biologiques, TIRLET et ATTAL[24] proposent une série de thérapeutiques esthétiques basées sur le concept du « Gradient Thérapeutique ». Ainsi, les solutions thérapeutiques esthétiques peuvent être classées de la plus conservatrice à la plus mutilante dans l'ordre suivant : orthodontie, éclaircissement et micro-abrasion, méga-abrasion, stratifications, facettes, inlays/onlays et couronnes périphériques. La ligne directrice de ce concept est que les réponses thérapeutiques à la demande esthétique des patients doivent se faire dans l'optique d'une préservation tissulaire maximale.

Dans les situations cliniques qui ne nécessitent pas la restauration complète des dents, les facettes collées céramiques représentent le moyen prothétique le plus efficace pour apporter au patient une esthétique satisfaisante au niveau de la teinte et de la forme des dents antérieures [13, 17, 20,25]. Elles se situent totalement dans les concepts d'une nouvelle dentisterie moins mutilante, plus esthétique et bénéficiant des apports du collage [16].

Selon les conditions techniques d'exercice et ou les possibilités financières des patients, les facettes peuvent être également réalisées en résine et, constituer une bonne solution esthétique d'attente [11,14].

L'objectif de cette étude est de montrer l'intérêt des facettes résines collées comme solution esthétique d'attente dans la restauration des dents antérieures chez deux patients pris en charge dans le service de prothèse de l'école dentaire d'Abidjan.

I- OBSERVATIONS CLINIQUES

1- Premier cas clinique interrogatoire

*ETAT CIVIL : Il s'agit d'une jeune femme âgée de 28 ans, institutrice de profession, en instance de mariage, adressée à la consultation, accompagnée de sa mère.

*MOTIF DE CONSULTATION : La patiente désire connaître les possibilités offertes par la dentisterie moderne, afin de pallier les lourdes séquelles esthétiques dentaires et une souffrance psychologique. La patiente ne se satisfait pas de son sourire et le dissimule derrière l'écran d'une main.

*ANAMNESE : ANTECEDENT DENTAIRE : Couronne provisoire sur la 23. Exodonties des 36, 38, 45, 46, 47, 48.

*HISTOIRE DE LA MALADIE : une discoloration dentaire sur toutes les dents depuis l'enfance (confirmée par la mère).

EXAMEN PHYSIQUE

*EXAMEN EXOBUCCAL :L'examen exobuccal n'a révélé aucune dissymétrie faciale particulière

*EXAMEN ENDOBUCCAL

INSPECTION :L'examen a mis en évidence, un edentement postérieur bilatéral mandibulaire avec absence de la 36, 38, 45, 46, 47, 48. (Fig.1, 2,3), la présence d'une couronne provisoire sur la 23, et une discoloration dentaire sur toutes les dents.

PALPATION : pas de mobilité dentaire

TEST DE VITALITE PULPAIRE : La patiente ressent du froid sans douleur particulière sur toutes ces dents au test de vitalité au froid.

En outre, à la PERCUSSION : La percussion axiale de même que la percussion transversale ne déclenche aucune douleur.

Par conséquent, nous affirmons que la patiente ne présente ni pulpite, ni desmodontite au niveau de ses dents.



Figure1 : Vue de face avant traitement



Figure2 : Vue de profil Droit avant traitement



Figure3 : Vue de profil Gauche avant traitement

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les examens complémentaires composés de radiographie panoramique et de moulage dentaire n'ont montré aucun signe de pathologie spécifique.

DIAGNOSTIC

Au terme du bilan clinique et paraclinique, le diagnostic confirme une dyschromie dentaire généralisée et accessoirement un edentement postérieur bilatéral mandibulaire.

DECISION THERAPEUTIQUE : au vu de ce diagnostic et en accord avec la patiente, la décision est donc prise d'une restauration par facettes provisoires collées sur les dents 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 24,25 (dents antérieures et prémolaires maxillaires) qui seront préparées à minima et d'une couronne provisoire à reprendre sur la 23. Plus tard une Prothèse adjointe partielle mandibulaire sera envisagée vu les moyens économiques limités de la patiente.

PROTOCOLE DU TRAITEMENT

Les dents concernées par les restaurations sont les dents antérieures et prémolaires maxillaires.

Au fauteuil,

PREPARATION

Avant préparation, nous avons procédé par la méthode d'auto-détermination au choix de la teinte à l'aide du teintier ACRY ROCK en accord avec la patiente, puis reporté sur la fiche de liaison les teintes pour chaque secteur dentaire.

La préparation s'est faite dans l'émail. Elle est dite « pelliculaire » (entre 0,5 et 0,8 mm et entièrement bordée d'émail essentiellement pour éviter tout problème ultérieur de sensibilités dentinaires).

La préparation vestibulaire est initiée avec une fraise spéciale du coffret Komet « en pointillé », avec une partie lisse, une partie diamantée. La technique consiste à mettre en position l'instrument diamanté à double granulométrie et réduire les ilots d'émail jusqu'à la position établie par les sillons.

La réduction faite se situe à 2 mm de la gencive marginale. En fait, la préparation sera au maximum juxta-sulculaire. Les contours cervicaux suivent le contour gingival à distance du sulcus. Les limites cervicales de préparation se situent dans l'émail sain. La ligne de finition est un congé modifié.

Le bord libre est réduit de 1,5 mm sans retour (plus risqué pour la rétention et la résistance de la future facette). Les conditions cliniques permettent de conserver les points de contact. Au niveau des incisives le point de contact se trouve dans le 1/3 vestibulaire de la face proximale.

L'empreinte s'est faite à l'élastomère par la technique du double mélange avec un maximum de renseignements au niveau du corps de la préparation, du bord libre, du collet.

Nous avons utilisé un silicone par addition avec une porte empreinte individuel façonné à la taille du patient. Au niveau des lignes de finition nous avons mis du silicone light.

Pour le technicien de laboratoire, il faudra bien enregistrer les zones cervicales. Il devra avoir la zone du collet pour le bombé.

Au laboratoire, toutes les informations esthétiques possibles ont été transmises au laboratoire : moulage de départ, photographies récentes.

Après la coulée de l'empreinte ; sur le maître modèle, ont été réalisées les facettes provisoires à partir du fraisage dans des dents de commerce évidées pour ne garder que la face vestibulaire (Fig. 4, 5). Ce qui garantit un poli de surface optimal.



Figure4 : Limites cervicales mise en évidence



Figure5 : Facettes d'environ 9/10è de mm

par un marqueur réfractaire

Au cabinet, a été effectué l'essayage qui est d'abord mécanique afin de vérifier l'ajustage (forme, contours) puis esthétique (couleur) en simulant le collage.

Le collage à proprement parler a fait appel aux procédés composites qui comprend le composite, les agents de mordançage de l'email, la résine de liaison et lampe à photopolymériser (Fig.6, 7, 8).



Figure6. Vue vestibulaire. Après traitement



Figure7 : Vue de profil droit après traitement



Figure 8 : Vue de profil gauche après traitement

2-Second cas clinique interrogatoire

*ETAT CIVIL : Il s'agit d'une étudiante de 24 ans adressée en consultation en janvier 2004. (Fig.9)

*MOTIF DE CONSULTATION : Elle souhaitait améliorer l'alignement, la forme et surtout la teinte de l'incisive 21 qu'elle trouve dysharmonieuses.

*ANAMNESE : La patiente est très anxieuse, elle souffre de phobie dentaire prononcée alors qu'elle n'indique pas d'antécédents de soins dentaires.

* HISTOIRE DE LA MALADIE : la patiente nous informe qu'elle a subi un traumatisme dentaire suite à une chute d'escalier 2 ans plus tôt, soit en 2010.

EXAMEN PHYSIQUE

*L'EXAMEN EXOBUCAL montre une symétrie faciale.

*EXAMEN ENDOBUCAL

INSPECTION : L'examen clinique n'a révélé aucune autre symptomatologie mais confirme une fracture de l'angle distale de la 21 et montre une fracture amelaire occlusale de la 22. La patiente avait une bonne hygiène orale.

PALPATION : Pas de mobilité dentaire de la 21, ni de la 22.

LE TEST DE VITALITE PULPAIRE au froid a montré une mortification pulpaire de la 21 et une sensibilité au froid de la 22.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'examen radiographique retro-alvéolaire n'a démontré aucune lésion apicale.

DIAGNOSTIC : Au terme de cet examen clinique et radiographique, le diagnostic évoqué a été celui d'une fracture de l'angle distale de la 21 et une discoloration consécutive à un traumatisme. La 22 présente une bonne teinte et une légère fracture amelaire au niveau du tiers occlusal.

DECISION THERAPEUTIQUE

La décision thérapeutique s'est faite en deux temps, en envisageant d'abord un traitement endodontique de la 21 puis des prothèses collées unitaires.

PROTOCOLE DU TRAITEMENT

Dans ce cas de prothèse unitaire, la confection de la facette a été réalisée selon la technique directe. Nous avons élaboré la facette provisoire à partir du fraisage dans d'une dent de commerce évidée pour ne garder que la face vestibulaire. (Fig.10)



Figure 9 : Vue vestibulaire Avant traitement



Figure 10 : Vue vestibulaire Après traitement

II- COMMENTAIRES

Les paramètres à prendre en compte pour une réhabilitation esthétique en prothèse conjointe sont [12,18] :

- La Teinte des dents
- La Morphologie et l'agencement des dents
- Les Rapports des dents avec le parodonte

1- Esthétique et Teinte

En odontologie, la teinte ou «tonalité chromatique» est l'aspect particulier qui résulte de la distribution de la dentine jaune orangée, relativement opaque, recouverte par l'émail gris bleuté et plus translucide.

La teinte est le premier paramètre apparent, le plus perceptible, le moins facile à satisfaire.

Elle est le facteur le plus important et le plus déterminant de la demande esthétique des patients.

Cependant, aucun matériau prothétique, ne rend parfaitement les propriétés optiques de la dent naturelle ; d'où la difficulté de la réussite esthétique du point de vue de la teinte.

La dyschromie (CAS 1 et 2) est un motif principal de consultation esthétique. La réussite esthétique est liée à la teinte de restauration. Ces dyschromies constituent une des indications majeures des facettes collées.

En effet, les indications principales des facettes collées sont :

- Défauts de l'émail (état de surface altéré, mylolyse, hypoplasies, malformations, l'amelogenèse imparfaite, fluoroses)
- Modification du profil de la face vestibulaire.
- Dyschromies (CAS 1 et 2) et colorations réfractaires aux techniques de blanchiment.
- Correction de certaines malpositions lorsque l'orthodontie est refusée par le patient.
- Allongements coronaires.
- Fermetures des diastèmes.
- Modification de la forme de la dent (CAS2).

Ces indications ont toujours un rapport avec une demande esthétique sur des dents dont l'intégrité et la structure ne sont pas profondément modifiées.

Les facettes collées sont actuellement le moyen prothétique le plus efficace pour apporter au patient une esthétique satisfaisante au niveau de la teinte et de la forme des dents antérieures, lorsqu'une restauration complète des dents n'est pas nécessaire [2, 13, 16, 17, 25].

2- Critère de choix de la facette collée et Agencement clinique des dents

CAS 1 : Le coût, la crainte de mutilations importantes sur dents disgracieuses, mais saines et solides, l'ont jusqu'à présent dissuadé d'engager un traitement. Pourtant, le chirurgien-dentiste a à sa disposition une palette de choix thérapeutique selon le concept du « Gradient Thérapeutique » proposé par TIRLET ET ATTAL[24]. L'idée maîtresse est que les réponses thérapeutiques à la demande esthétique de nos patientes doivent se faire dans l'optique d'une préservation tissulaire maximale.

A l'évidence, des couronnes métallico-céramiques ou céramo-céramiques nécessitant des préparations périphériques complètes sont des propositions inadaptées au problème posé car trop mutilantes. Différentes études ont montré que de telles préparations impliquent un sacrifice de volume de la couronne naturelle pouvant atteindre jusqu'à 72%, afin d'assurer l'épaisseur des matériaux nécessaire pour la confection de la couronne artificielle [7]. Selon le type de préparation, la réduction des tissus dentaires durs préconisée pour une facette céramique est de l'ordre de 3 à 30% seulement.

En effet, le meilleur matériau sur les plans biomécanique et biomimétique étant la dent elle-même, moins on la réduira lors de sa préparation, meilleurs seront le résultat clinique sur le long terme et les possibilités de réintervention.

Par ailleurs, en termes de longévité clinique, une facette céramique donne d'aussi bons résultats qu'une couronne très résistante [22, 26].

D'autre part, l'utilisation de composites, par méthodes directe au cabinet, risque de conduire à des surcontours ou à un résultat esthétique approximatif pour ces restaurations multiples. Nous avons donc opté pour des restaurations indirectes par facettes collées, ceci en tenant compte des concepts de dentisterie adhésive et d'économie tissulaire qui constituent de véritables révolutions en odontologie comme l'ont justifié ROULET et coll.[20], DUMFAHRT[6].

Ces pratiques s'accompagnent de nouvelles formes de préparations, mélange de notions mécaniques classiques et de recommandations spécifiques au collage[15]. Parmi celles-ci, la préservation maximale de l'émail constitue un objectif primordial. ETIENNE[9,10] rappelle que le collage amélaire étant actuellement reconnu comme supérieur au collage dentinaire, tant en valeurs d'adhésion initiale qu'en termes de dégradation dans le temps.

Ce même concept a guidé notre choix thérapeutique pour le second cas clinique, à savoir la facette collée. Plusieurs facteurs décisionnels appuient cette option : d'une part l'obtention d'un résultat esthétique à un coût raisonnable, d'autre part, en accord avec la patiente, le traitement par composite ordinaire ou mieux la stratification au composite n'a pas été retenu pour des raisons de longévité moins importante que celle des facettes collées. Ce qu'attestent BURKE T. et coll.[1] qui montrent par ailleurs que les restaurations au composites stratifiés de classe IV ne survivent pas aussi longtemps que les restaurations de classe III et V. Ceci étant attribué au stress important qui est appliqué sur ces restaurations lors de l'occlusion.

Pour assurer un résultat optimal sur le plan fonctionnel et esthétique, la bonne communication avec le patient [23] et l'étroite

collaboration avec le technicien sont des conditions préalables indispensables.

L'étape de laboratoire n'a pas été nécessaire pour le Cas 2, car la technique directe ne présente pas de difficulté majeure de mise en œuvre pour une facette unitaire provisoire où les références symétriques sont nombreuses, ce qui facilite le montage comparatif pour le praticien selon règles habituelles du montage esthétique, contrairement au Cas 1 qui est une prothèse « multi-unitaire » et dont les références initiales sont toutefois utilisables. Toutefois, la patiente, bien que satisfaite de la réalisation de la facette sur la 21, n'a pas répondu à nos nombreux appels pour la suite du traitement prothétique concernant la 22.

Le succès des indications des facettes collées reposent avant tout sur l'analyse esthétique pré-prothétique qui définit les objectifs à atteindre et débouche sur le projet esthétique:

Il s'agit de la matérialisation du diagnostic et du plan de traitement avant toute préparation des surfaces dentaires; il permet d'objectiver avec le patient et le prothésiste l'effet anticipé de la future restauration, et ceci avant tout geste clinique irréversible. Comme le souligne FAUCHER et coll.[11], Il est de 2 ordres :

- le projet esthétique direct par application directe de résine photopolymérisable contenue dans une gouttière, en silicone transparent, appliquée sur les dents à restaurer ;
- le projet esthétique indirect par apposition de maquettes en résine (masques ou mocks-up), de 0,2 à 0,3 mm d'épaisseur et confectionnées en laboratoire selon les indications de l'analyse esthétique.

Toutefois, la réalisation des facettes collées sont contre-indiquées dans les cas suivants :

- Quantité insuffisante (< 50% de la face vestibulaire)
- Impossibilité de placer les marges de préparation dans l'émail
- Lésions carieuses circulaires dans la zone de transition vers la gencive, Patients

présentant une hygiène bucco-dentaire insuffisante, une activité carieuse importante

- Préparations profondément sous-gingivales. Nécessité d'un allongement important de la couronne dentaire

- Impossibilité de masquer de manière suffisante des dyschromies marquées des tissus dentaires durs

- Espaces très larges entre les dents

- Patients présentant des parafunctions marquées (bruxisme, grincements)

3- Esthétique, parodonte et facette provisoire

Très souvent, les prothèses provisoires sont considérées comme des éléments de comblement et d'attente en vue de réaliser les prothèses définitives. Leur rôle est bien évidemment plus important que cela, puisque leurs objectifs sont multiples[4, 8,14] à savoir:

- Esthétique : la prothèse provisoire doit être un véritable prototype de la prothèse définitive (forme, position, agencement, teinte...).

- Fonctionnel : elle doit résister aux sollicitations masticatrices.

- Occlusal : elle maintient ou restaure des rapports occlusaux stables et corrects aussi bien à l'état statique que dynamique.

- Thérapeutique : elle maintient la santé parodontale, guide de la cicatrisation du parodonte, protège l'origine dentino-pulpaire.

Nous avons procédé à des facettes pelliculaires transitoires qui permettent à la fois :

- une économie tissulaire importante et un respect biologique élevé, tant en épaisseur (technique non invasive, peu traumatisante) qu'au niveau cervicale par la réalisation des limites supragingivales. CHEN et coll.[3] confirment que l'intégrité de la gencive marginale est préservée, à condition de respecter un niveau et un tracé correct du bord marginal cervical de la limite de la préparation pour une bonne intégration parodontale.

L'harmonie du sourire dépend aussi du rapport avec les tissus gingivaux. La position du bord libre de la gencive marginale, son volume et sa couleur ont une incidence esthétique d'autant plus marquée qu'ils apparaissent lors de l'élocution et du sourire.

- un coût financier est réduit. Une facette céramique est en général plus onéreuse qu'une facette en résine. Bien que les facettes résines soient plus avantageuses que les facettes céramiques au niveau des possibilités de réparation et de remplacement en cas de fracture, l'esthétique de ces facettes résines n'est pas permanente. La céramique, de par l'utilisation d'opaque a un pouvoir opacifiant nettement plus intéressant que les facettes résines, notamment en cas de colorations.

Nous résumons ces comparaisons facettes céramiques/facettes résines ci-dessous.

Tableau n°1: Comparaisons facettes céramiques/facettes résines

	Facette en Céramique	Facette en résine
Adhésion	X	X
Teinte-Esthétique	X	
Pouvoir opacifiant	X	
Longévité	X	
Coût		X
Réparation		X
Remplacement		X

Cependant, nous avons retenu l'option de la facette provisoire en résine du fait du pouvoir d'achat faible de nos deux patientes. En effet, dans le cadre de notre exercice en Côte d'Ivoire, force est de constater que les prothèses d'attente ont une durée de vie «illimitée» dans le temps. Cela semble dû au contexte socio-économique difficile. Le manque d'information et les moyens financiers limités représentent des obstacles essentiels à l'accessibilité aux soins bucco-dentaires en général et davantage aux soins prothétiques[5].

CONCLUSION

Lors d'une restauration esthétique de dents antérieures, le remplacement d'une partie de la dent demande trop souvent le sacrifice d'une importante quantité de tissu sain en vue d'obtenir plus facilement une intégration esthétique. Actuellement, les nouvelles techniques et des matériaux permettent de sauvegarder pratiquement le tissu sain. Les facettes collées se situent totalement dans les concepts d'une nouvelle dentisterie moins mutilante, plus esthétique et bénéficiant des apports du collage. Le succès clinique à long terme des facettes dépend d'une sélection attentive des cas cliniques, de l'approche diagnostique, d'une préparation précise et adéquate de la dent, et du choix de la technique de collage. Les facettes collées autorisent de restaurer forme et fonction des dents antérieures, tout en apportant un haut degré d'esthétique. Néanmoins, les facettes collées provisoires s'avèrent nécessaire, vu le niveau économique faible de certaines populations dont il faudra tenir compte dans la mise en œuvre de nos actes thérapeutiques esthétiques. Elles peuvent donc constituer une alternative dans l'éventail thérapeutique esthétique à moyen terme.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- BURKE T, LUCAROTTI S. Composite resin restoration longevity. *J. EsthetRestor Dent.*, 19(4) : 183-4 ; 2007)
- 2- CALAMIA J.R. Etched porcelain facial veneers: A new treatment modality based on scientific and clinical evidence. *N Y J Dent* 1983 ; 53 : 255-259
- 3-CHEN J H, SHI C X, WANG M, ZHAO S J, WANG H. Clinical evaluation of 546 tetracycline-stained teeth treated with porcelain laminate veneers. *J Dent* 33 : 3-8 (2005)
- 4- DECUP F, RENAULT P. Intérêt des restaurations provisoires dans le rétablissement de l'esthétique et de la fonction. *J Parodontol. Et Implantol. Oral.*, n°2, pp 207-214, 1995
- 5- DJEREDOU K.B., THIAM A., PESSON D.M., BAKOU O.D., NABE G.H., KAMAGATE F.S., TOURE S. Etude prospective pilote des demandes prothétiques au service de prothèse du CCTOS d'Abidjan. *Odonto-Stomatologie Tropicale*, 26^e Année, n°103, pp. 4-8, 2003.
- 6-DUMFAHRT H. Porcelain laminate veneers. A retrospective evaluation after 1 to 10 years of service: Part I—Clinical procedure. *Int J Prosthodont* 1999; 12:505-513
- 7- EDELHOFF D, SORENSEN J.A. Tooth structure removal associated with various preparation designs for anterior teeth. *J Prosthet Dent.* May;87(5):503-9. 2002
- 8-EL BERNOUSSI J. Rôle des prothèses provisoires dans la restauration du guide antérieur en prothèse. *OdontoStomatol Trop* 1998 ; 21 (82)
- 9- ETIENNE O. Préparation des facettes en céramique- *L'information Dentaire* n°19 - 9 mai 2012
- 10-ETIENNE O. Préparations pour céramiques collées : technique des masques et préservation tissulaire. *Réalités Cliniques* 2010 ; 21 (4) : 289-297.
- 11-FAUCHER A.-J., MAGNEVILLE B., WATINE F., BROUILLET J.-L. Facettes provisoires et projet esthétique. *Réal. Clin.* 5(1) : 25-33- 1994
- 12-FRADEANI M. Réhabilitation esthétique en prothèse fixée. Paris : Quintessence Int, 2007
- 13-GOLDSTEIN RE, GARBER DA, FEINMANN RA. Les facettes en porcelaine. Paris, Editions CDP, 1989
- 14-GRAUX F., DUPAS P.H. La prothèse fixée transitoire. Edit. CdP, Paris, 2000
- 15-IZAMBERT O, LAUNOIS C. Facettes collées. Evolution des préparations et du choix du type de céramique. *CahProth.* 2003 ; 124 : 19-28.
- 16-LASSERE JF, PHAM VAN VIET, CHEVALIER JM. Restaurations céramiques du secteur antérieur : évolution et révolution dans les concepts. *Stratégie prothétique*, Septembre 2005, Vol 5, numéro 4
- 17-MAGNE P., BELSER U -Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures. Approche biomimétique. 2003. Quintessence International.
- 18-PARIS JC, FAUCHER AJ. Le guide esthétique : comment réussir le sourire de vos patients ? Paris : Quintessence Int, 2003.
- 19-PESSON D.M., DJEREDOU K.B., BAKOU O.D., KAMAGATE F.S., THIAM A., TOURE S. Motifs des consultations et décisions thérapeutiques en prothèse fixée : Etude

- réalisée à partir des dossiers des patients pris en charge par les étudiants au cours de leur stage au service de prothèse du CCTOS. *Revue Internationale du Collège d'Odontostomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale Africain (COSA-CMF)*, vol.11 n°1, pp.37-43, 2004
- 20-ROULET J, DEGRANGE M. Collage et adhésion : la révolution silencieuse. Berlin, Paris : Quintessence international ; 2000
- 21-SIMON J, TIRLET G, ATTAL JP Evaluation de la demande esthétique a la consultation externe du service d'odontologie Charles Foix (Ivry/Seine). *Inf Dent* 2008, 31 : 1677-1682
- 22 SWIFT EJ JR, FRIEDMAN MJ. Porcelain veneer outcomes, part I. *J Esthet Restor Dent* 2006 ; 18 : 54-57
- 23-TALARICO G., MORGANTE E., Psychologie de l'esthétique dentaire : réalisation dentaire et harmonie de l'ensemble. *The european journal of esthetic dentistry* volume 2 • numéro 2 • été 2010
- 24-TIRLET G. ET ATTAL JP. Le gradient thérapeutique, un concept médical pour les traitements esthétiques. *Information dentaire* N°41/42 du 25 sept 2009
- 25-TOUATI B, PLISSART-VANACKERE A. Ceramic bonded veneers. Toward a minimal prosthesis. *Real Clin* 1990; 1:51-66
- 26-WIEDHAHN K, KERSCHBAUMT, FASBINDER DF. Clinical longterm results with 617 Cerec veneers: A nine-year report. *Int J Comput Dent* 2005; 8:233-246.