

Ses dents qui nous font tourner la tête !

Travailler en vision indirecte ?

Nous savons tous que travailler en vision indirecte nous éviterai de nous pencher en avant pour voir les dents maxillaires. Nous savons aussi que sans vision indirecte il est impossible de voir correctement, par exemple, une cavité de carie au niveau du sillonn distal d'une 17 ou 27, quand à la face occlusale des 8... Ceci est aussi valable lorsqu'on cherche à voir des entrées canalaires de molaires mandibulaires, ou des fonds de cavités occluso distales sur des 37 ou 47.

Cependant cela paraît très difficile à mettre en place, d'une part à cause de l'inversion du sens des mouvements dans le miroir, d'autre part à cause du spray qui nous empêche de voir notre tâche.

Il est impensable de placer notre miroir, de placer notre fraise, de déclencher notre turbine, et instantanément de ne plus rien voir en fraisant à l'aveugle. Puis de reposer notre turbine, prendre le spray, sécher la dent, nettoyer notre miroir, vérifier la cavité, et recommencer... Quelle perte de temps ! Pourtant c'est ce que nous faisons régulièrement.

Le duo de choc : une assistante au fauteuil, un miroir adapté

Dans ce cas le travail à 4 mains est indispensable, mais pas n'importe comment.

Le miroir du praticien n'est pas un écarteur, c'est un miroir. Dans le cas du secteur 2 par exemple, c'est le rôle de l'assistante d'écarter la joue avec sa canule d'aspiration, tout en aspirant l'eau du spray. Si le miroir se trouve le plus loin possible de la dent, et dans un cône de 15° derrière la tête de l'instrument rotatif, en réglant bien le débit du spray, il n'y a aucune projection sur le miroir (Fig. 1).

Avec l'autre main l'assistante se sert de la soufflette pour nettoyer si besoin avec de l'air, la surface du miroir. Eventuellement elle peut ajouter de l'eau pour travailler sur miroir saturé d'eau.

Vous pouvez alors réaliser la totalité de la cavité de carie ou de la préparation en



Fig. 2 : Miroir MXS Morita®, de 14mm de diamètre, angle de 135°, manche 4 mm de diamètre, poids 8g, selon les recommandation de l'organisation internationale GEPEC (Global Engineering, Promotion and Education Collaborative).

une seule fois. Non seulement cela permet de travailler plus vite, mais aussi plus précisément.

Pour chaque secteur et chaque situation il existe une solution. L'utilisation d'un miroir de petite taille permet d'accéder à des zones normalement inaccessibles, telles qu'une face vestibulaire de dent de sagesse maxillaire. Un miroir de grande taille donne une



Fig. 1 : Travail en vision indirecte et sous spray au secteur 2, la canule avec embout silicone est appuyée sur la gencive du patient, elle sert d'écarteur. Le praticien peut alors placer son miroir le plus loin possible dans un cône de 15° à l'arrière de la tête du contre angle.

fausse impression de mieux voir alors qu'il empêche d'accéder à certaines zones, et risque de donner envie de l'utiliser comme un écarteur.

Il existe un miroir de petite taille, développé par un dentiste Allemand, le Dr Wolf Neddermeyer, et commercialisé par Morita®. (Fig. 2).

Un éclairage au sens de l'orientation bien développé

Lors du travail en vision indirecte la direction de l'éclairage est essentielle. Lorsque le scialytique est placé au dessus de la tête du praticien, le flux lumineux passe au ras de sa tête, et vient

se réfléchir dans le miroir pour éclairer la dent observée. Ce principe prend tout son sens lors du travail sous microscope, ou lors de l'utilisation de loupes avec éclairage intégré.

Cela n'a pas de sens de positionner la lampe loin devant soi pour éclairer en direct les dents maxillaires car la forme des dents crée des zones d'ombre.

Une autre solution serait de combiner 2 scialytiques, l'un éclairant les dents maxillaires, et l'autre éclairant à la fois les dents mandibulaires en direct et les dents maxillaires via le miroir du praticien. Ce scialytique peut être fixe si on prend la tête comme référence, que le patient est toujours allongé avec la tête toujours au même endroit quelque soit sa taille. (Fig. 3)

Il est inutile de préciser que cela évite les mouvements extrêmes de l'épaule lors des

réglages intempestifs, et les contaminations croisées.

Ces solutions peuvent paraître déroutantes, car nous n'avons pas l'habitude de travailler de cette façon. Cependant les troubles musculosquelettiques du chirurgien dentiste sont trop fréquentes, il faut radicalement changer les choses, penser différemment, il est temps de considérer notre poste de travail autrement.

DR DAVID BLANC

- Chirurgien Dentiste
- Masseur Kinésithérapeute D.E.
- Ostéopathe D.O.
- D.U. d'ergonomie des gestes et des postures
- www.ergonomie-dentaire.com

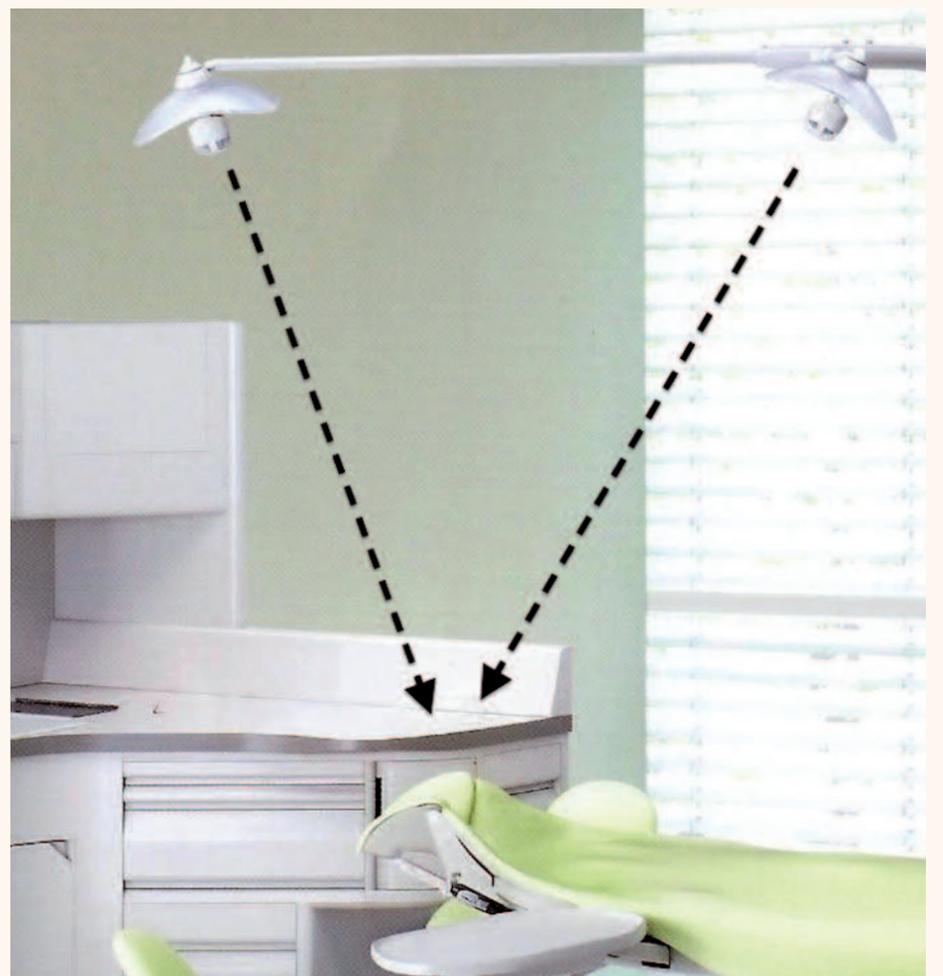


Fig. 3 : Scialytique double, permettant d'éclairer les dents maxillaires et mandibulaires.