



Labo Dayco

LABORATOIRE DE PROTHÈSE DENTAIRE

Catalogue des solutions prothétiques

PROTHÈSE DENTAIRE · IMPLANTOLOGIE · ESTHÉTIQUE · CFAO



DOCUMENT RÉSERVÉ AUX CHIRURGIENS-DENTISTES

ÉDITION 2026



SOMMAIRE

Ce que contient ce catalogue.

Dix-sept solutions réparties en cinq familles, les données nécessaires à la prescription, et six cas cliniques documentés de bout en bout.

01	Le laboratoireMéthode, fabrication, savoir-faire	3
02	RestaurationsCouronnes, bridges et facettes	7
	Couronnes & bridges	8
	Couronne zircone	12
	Couronne céramique	13
	Couronne céramo-métallique	14
	Bridge dentaire	15
	Facettes esthétiques	16
03	ImplantologieProthèses sur implants	19
	Prothèses sur implants	20
	Pilier personnalisé	22
	Bridge sur implants	23
	Barre implantaire	24
04	AmovibleProthèses complètes et partielles	25
	Prothèses amovibles	26
	Prothèse complète	28
	Prothèse partielle	29
05	Numérique & CFAOEmpreintes, conception, fabrication	30
	CFAO & flux numérique	31
06	ProtectionGouttières et contention	34
	Gouttières & orthèses	35
	Gouttière occlusale	37
	Contention	38
07	Prescription & fluxCe qu'il nous faut, famille par famille	39
08	Cas cliniquesSix situations documentées	43
09	L'espace praticienCommandes, fichiers, historique	62

LABORATOIRE DE PROTHÈSE DENTAIRE

01 Le laboratoire

Un laboratoire de prothèse dentaire qui travaille exclusivement pour les cabinets dentaires, à partir d'empreintes physiques comme numériques, et qui livre partout en France.

NOTRE MÉTHODE

LA FABRICATION

LE SAVOIR-FAIRE

LE LABORATOIRE

Une commande se lit avant d'être exécutée.

La différence entre un fournisseur qui exécute et un fournisseur avec qui l'on travaille tient à un moment précis : celui où votre commande arrive. Soit elle part directement en production soit elle est lue.

La lire c'est vérifier que la limite de préparation est continue et exploitable que l'espace prothétique disponible correspond au matériau commandé que l'occlusion enregistrée permet de régler les contacts et que les informations de teinte suffisent à ce qui est demandé.

Quand quelque chose manque ou ne va pas **c'est à ce moment-là qu'il faut le dire** pas à la livraison. Une difficulté signalée avant fabrication coûte une conversation. La même découverte à l'essayage vous coûte une séance de plus une réfection et un patient qui doit revenir.



LA LECTURE DU CAS AVANT TOUTE CONCEPTION.

Un laboratoire qui ne rappelle jamais n'est pas forcément un laboratoire qui ne rencontre jamais de difficulté.

Ancienneté

12 ans d'activité

Production

3 000 prothèses par an

Cabinets

60 cabinets partenaires

Livraison

Partout en France

LA FABRICATION

Ce que la machine fait, et ce qu'elle ne fait pas.

Le laboratoire associe conception assistée par ordinateur et travail manuel. La répartition entre les deux n'est pas une question de modernité : chaque étape va là où elle est la meilleure.



CE QUE LA CONCEPTION ASSISTÉE APPORTE : RÉGULARITÉ ET CONTRÔLE.



CE QUI RESTE MANUEL : STRATIFICATION, CARACTÉRISATION, TEXTURATION.

Ce que la conception assistée apporte

De la régularité et du contrôle. Les épaisseurs se vérifient matériau par matériau avant d'engager la matière, les points de contact se règlent au centième, et un fichier se conserve à l'identique pour une réfection ultérieure.

Ce qui reste manuel

La stratification d'une céramique, la caractérisation d'une teinte, la texturation d'une surface, le polissage final. Ce sont des gestes de main, et c'est là que se décide si une pièce passera pour une dent ou pour une prothèse.

Pourquoi le polissage n'est pas cosmétique

L'état de surface d'une restauration détermine son abrasivité vis-à-vis de la dent antagoniste. Une pièce mal polie use la dent d'en face, quel que soit son matériau. C'est une question mécanique, pas d'apparence.

Les deux voies d'entrée

Empreintes physiques et empreintes numériques sont acceptées. Elles aboutissent au même travail de conception. Les formats et environnements cités par le laboratoire sont le STL, 3Shape et Exocad.

LE SAVOIR-FAIRE

Cinq temps, et ce qui se décide dans chacun.

La qualité ne vient pas uniquement de la machine ou du matériau. Elle vient des décisions prises avant, pendant et après la fabrication.

01

Lecture du cas

La limite de préparation est-elle continue et exploitable ? L'espace prothétique correspond-il au matériau commandé ? L'occlusion enregistrée permet-elle de régler les contacts ? Ce qui manque se dit avant la fabrication.

02

Choix du matériau

Il se décide sur la charge encaissée, la position sur l'arcade, l'espace disponible et l'exigence optique. Le bon matériau au bon endroit vaut mieux que le meilleur matériau partout.

03

Conception

Forme, points de contact, morphologie occlusale, épaisseurs, profil d'émergence. Le logiciel applique des décisions de métier ; il ne les prend pas.

04

Fabrication

Usinage de précision à partir des fichiers conçus, frittage de la zircone, impression des modèles, puis post-traitement.

05

Finition

Ajustage, réglage des contacts, caractérisation, polissage. Une pièce usinée n'est pas une pièce finie.



LE CHOIX DU MATÉRIAU.



LA CONCEPTION DE LA PIÈCE.



LE POLISSAGE, QUI DÉTERMINE L'ABRASIVITÉ DE LA PIÈCE.



02

Restaurations

Couronnes, bridges et facettes. Le matériau se choisit sur la charge encaissée, la position sur l'arcade, l'espace disponible et l'exigence optique.

COURONNES & BRIDGES

ZIRCON

VITROCÉRAMIQUE

CÉRAMO-MÉTALLIQUE

BRIDGE DENTAIRE

FACETTES ESTHÉTIQUES

RESTAURATIONS

Couronnes & bridges

La précision prothétique, jusque dans le moindre détail.



Matériaux

Zircone · Vitrocéramique · Céramo-métallique

Portée

Unitaire et plurale

Empreinte

Physique ou numérique

Ce que recouvre une couronne, et ce qu'elle engage

Une couronne prothétique recouvre la totalité de la partie visible d'une dent préparée. Elle reprend à son compte trois fonctions que la dent n'assure plus seule : **résister à la charge masticatoire**, **rétablir les contacts** avec les dents voisines et antagonistes, et **refermer l'espace biologique** au niveau de la limite cervicale.

Le bridge répond au même principe sur plusieurs dents : des dents piliers préparées portent une travée qui remplace la ou les dents absentes. Sa conception est indissociable d'un calcul : plus la portée est longue, plus la contrainte en flexion sur la travée augmente, et plus le choix de l'armature devient déterminant.

Indications

LE CHOIX ENTRE COURONNE, BRIDGE ET SOLUTION COLLÉE SE JOUE SUR LE DÉLABREMENT DE LA DENT, SA POSITION SUR L'ARCADE ET LA CHARGE QU'ELLE ENCAISSE.

- **Délabrement coronaire important** — Perte de substance trop étendue pour une restauration partielle collée, dent dépulpée fragilisée, fracture cuspidienne. La couronne redistribue les contraintes sur l'ensemble de la structure résiduelle.
- **Secteur postérieur** — Molaires et prémolaires, où la charge occlusale prime sur la translucidité. Le matériau est choisi pour sa résistance en flexion et sa tolérance à une épaisseur réduite.
- **Secteur antérieur** — Incisives et canines, où l'intégration optique gouverne. Translucidité, gradient de teinte et effet de bord priment, la charge restant modérée hors parafonction.
- **Remplacement d'une ou plusieurs dents absentes** — Bridge conventionnel sur dents piliers, lorsque celles-ci justifient déjà une restauration ou que la solution implantaire n'est pas retenue.
- **Reprise d'une restauration existante** — Couronne descellée, infiltrée, fracturée, ou dont l'aspect ne s'intègre plus au sourire après évolution des dents voisines.
- **Harmonisation d'un secteur** — Plusieurs éléments réalisés ensemble pour rétablir une cohérence de teinte, de forme et de ligne des collets sur un secteur visible.

Le bon matériau au bon endroit vaut mieux que le meilleur matériau partout.

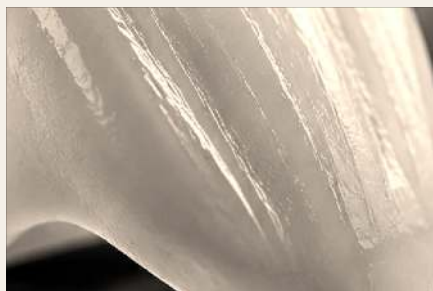
COURONNES & BRIDGES

Trois familles de matériaux, et ce qui les sépare.

Les trois familles de matériaux citées par le laboratoire, et ce qui les sépare vraiment.



ZIRCONÉ.



VITROCÉRAMIQUE.



CÉRAMO-MÉTALLIQUE.

MATÉRIAU	CE QUI LE CARACTÉRISE	ESTHÉTIQUE	INDICATIONS DE PRÉDILECTION	CE QU'IL FAUT SAVOIR
Zircone	Céramique polycristalline à base d'oxyde de zirconium. La plus résistante en flexion des céramiques dentaires courantes.	Bonne en versions translucides récentes, en retrait de la vitrocéramique en monolithique classique.	Secteur postérieur, bridges, faible espace prothétique, armatures de grande portée.	Se travaille en monolithique (une seule matière, pas d'éclat de cosmétique possible) ou stratifiée. Son abrasivité vis-à-vis de l'antagoniste dépend directement de la qualité du polissage final.
Vitrocéramique	Céramique vitreuse, mordançable, conçue pour être collée plutôt que scellée.	Élevée : translucidité et gradient de teinte proches de l'émail naturel.	Unitaires antérieures et prémolaires, facettes, inlays et onlays.	Sa tenue repose sur le collage : le champ opératoire et le protocole d'assemblage font partie du résultat. Prudence sur les travées postérieures, où la contrainte en flexion dépasse son domaine de confort.
Céramo-métallique	Armature métallique coulée recouverte d'une céramique cosmétique cuite.	Bonne, avec une limite connue : l'armature étant opaque, la lumière ne traverse pas la restauration.	Situations où l'on privilégie une solution éprouvée, bridges de longue portée, contextes économiques contraints.	Le point sensible reste la zone cervicale, où l'armature peut apparaître si le profil gingival se rétracte. La céramique cosmétique peut s'écailler sous contrainte, contrairement à un monolithique.

LE LABORATOIRE TRAVAILLE LA ZIRCONÉ EN KATANA ZIRCONIA (KURARAY NORITAKE), LA VITROCÉRAMIQUE EN IPS E.MAX (IVOCLAR VIVADENT), ET L'ALLIAGE NON PRÉCIEUX DES COURONNES CÉRAMO-MÉTALLIQUES EN WIRONIT (BEGO).

COURONNES & BRIDGES

Ce qui se décide, et ce qu'il nous faut.

Options

CE QUI SE DÉCIDE À LA PRESCRIPTION, ET QUI CHANGE LE RENDU FINAL.

Teinte

Teinte de base relevée sur teintier, complétée si besoin par une photographie du secteur avec le teintier en bouche. C'est la donnée la plus souvent incomplète et la plus coûteuse à rattraper.

Caractérisation

Reproduction des particularités de la denture voisine : taches, craquelures, zones de translucidité incisale, coloration cervicale. Se demande explicitement, sinon la pièce sera rendue en teinte uniforme.

État de surface

Texture et brillance. Une surface trop lisse sur une dent antérieure lit mal la lumière et trahit la restauration, même avec une teinte juste.

Forme et morphologie

Reprise de la morphologie existante, du modèle de l'antagoniste, ou d'un projet esthétique validé au préalable.

Type d'armature

Monolithique ou stratifiée, avec ou sans réduction cosmétique vestibulaire. Choix conditionné par la charge et l'exigence optique.

Mode d'assemblage prévu

Collage ou scellement. Il oriente le matériau et le traitement de l'intrados préparé par le laboratoire.

Ce qu'il faut nous transmettre

CE DONT LE LABORATOIRE A BESOIN POUR TRAVAILLER SANS REVENIR VERS VOUS.

- Empreinte du secteur préparé, physique ou fichier numérique au format STL
- Empreinte de l'arcade antagoniste
- Enregistrement de l'occlusion
- Teinte relevée, idéalement accompagnée d'une photographie avec teintier en bouche
- Nombre et position des éléments, en notation dentaire
- Matériau souhaité, ou la contrainte clinique qui doit guider ce choix
- Mode d'assemblage prévu : collage ou scellement

LE PARCOURS D'UN DOSSIER

Du cabinet au laboratoire

Le laboratoire accepte les empreintes physiques comme les empreintes numériques. Les deux voies convergent sur la même conception.



RÉCEPTION DU DOSSIER.



CONCEPTION.



LIVRAISON AU CABINET.

01

Ce qui arrive au laboratoire

Empreinte physique ou fichier d'empreinte optique, empreinte de l'arcade antagoniste, enregistrement de l'occlusion, teinte, et la prescription qui dit ce qui est attendu. Une donnée manquante à ce stade se paie en aller-retours.

02

La lecture du cas

Avant toute conception, le cas est lu : la limite de préparation est-elle continue et lisible, l'espace prothétique est-il suffisant pour le matériau demandé, l'occlusion enregistrée est-elle exploitable. C'est le moment où une difficulté se signale, pas après fabrication.

03

La conception

Modélisation de la pièce : forme, points de contact, morphologie occlusale, profil d'émergence, épaisseurs vérifiées matériau par matériau. Les logiciels cités par le laboratoire sont 3Shape et Exocad.

04

La fabrication et la finition

Usinage de la pièce, puis finition : maquillage, stratification si le cas le demande, réglage des contacts, polissage. La finition n'est pas une étape cosmétique, c'est elle qui détermine l'usure de l'antagoniste et le confort à la pose.

05

Le retour au cabinet

Restauration livrée avec ses modèles. Délai moyen de 10 jours ouvrés à réception d'un dossier complet, transport inclus vers le cabinet.

Délai pour cette catégorie

Le laboratoire annonce un délai moyen de **10 jours ouvrés** à réception d'un dossier complet, transport inclus vers le cabinet. Ce délai concerne les couronnes et les bridges ; il ne s'applique pas tel quel aux autres familles.

COURONNES & BRIDGES

Couronne zircone

La réponse mécanique quand la charge prime sur la translucidité.

Céramique polycristalline à base d'oxyde de zirconium. Elle se travaille en monolithique (une seule matière, usinée puis frittée) ou stratifiée, avec une céramique cosmétique cuite sur une armature en zircone.



Caractéristiques

Ce qu'elle apporte

La résistance en flexion la plus élevée des céramiques dentaires courantes, ce qui autorise des épaisseurs réduites et des travées de bridge que d'autres matériaux ne supportent pas.

Monolithique ou stratifiée

En monolithique, il n'y a pas de céramique cosmétique, donc pas d'éclat de cosmétique possible. En stratifiée, on gagne en rendu optique et l'on réintroduit ce risque. Le choix suit la position sur l'arcade.

La question de la translucidité

Les zircons translucides récentes ont resserré l'écart avec la vitrocéramique, sans l'annuler. En secteur antérieur unitaire à côté d'une dent naturelle, l'arbitrage reste réel.

L'antagoniste

Ce n'est pas la dureté du matériau qui use la dent d'en face, c'est son état de surface. Une zircone bien polie est peu abrasive. Tout réglage occlusal fait au fauteuil doit être suivi d'un repolissage, sans exception.

Indications

- Molaires et prémolaires soumises à une charge occlusale élevée
- Espace prothétique réduit, où le matériau doit tenir en faible épaisseur
- Armatures de bridge, y compris sur des portées que la vitrocéramique ne couvre pas
- Contexte de parafonction, sous réserve d'une prise en charge globale
- Situations où l'on veut éviter tout risque d'éclat de céramique cosmétique

Points de vigilance

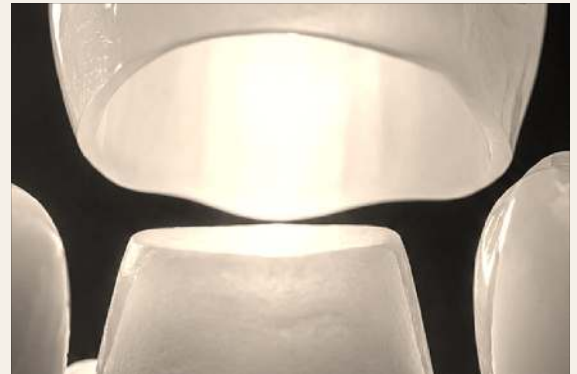
- Secteur antérieur unitaire au contact d'une dent naturelle de référence : l'intégration optique demande un arbitrage explicite
- Réglage occlusal en bouche sans repolissage : c'est la cause la plus fréquente d'usure de l'antagoniste
- Assemblage : la zircone ne se mordance pas comme une vitrocéramique, le protocole d'assemblage diffère

COURONNES & BRIDGES

Couronne céramique

La réponse optique, quand la dent doit disparaître dans son voisinage.

Restauration sans armature métallique, en céramique vitreuse. Le matériau est mordançable, ce qui permet un assemblage par collage, mécanisme dont dépend directement sa résistance d'usage.



Caractéristiques

Le comportement optique

Sans armature opaque, la restauration laisse passer la lumière. Le gradient dentine-émail et l'effet de bord incisal deviennent reproductibles, ce qu'aucune pièce sur armature métallique ne permet.

Le collage fait partie de la pièce

Ce n'est pas un détail d'assemblage : la tenue mécanique de la restauration dépend de l'interface collée. Champ opératoire, traitement d'intrados et protocole conditionnent le résultat autant que la fabrication.

Son domaine de confort

Unitaires antérieures et prémolaires. Sur une travée de bridge postérieur, la contrainte en flexion sort de son domaine : c'est là que la zircone reprend la main.

La teinte du support

Puisque la lumière traverse, ce qui est dessous se voit. Une dent support dyschromiée ou un tenon métallique modifient le rendu final et doivent être signalés au laboratoire.

Indications

- Restauration unitaire du secteur antérieur
- Prémolaires visibles dans un sourire large, hors contexte de parafonction marquée
- Reprise d'une couronne céramo-métallique dont le liseré cervical est devenu visible
- Harmonisation esthétique d'un secteur antérieur
- Situations où le collage est réalisable dans de bonnes conditions

Points de vigilance

- Travées de bridge postérieur : contrainte en flexion supérieure au domaine de confort du matériau
- Collage impossible à réaliser dans un champ opératoire correct : l'indication est à reconsidérer
- Support fortement coloré ou tenon métallique : à signaler, ils modifient le rendu

COURONNES & BRIDGES

Couronne céramo-métallique

La solution éprouvée, avec ses points forts et ses limites connues.

Armature métallique coulée sur laquelle une céramique cosmétique est cuite par couches. L'armature apporte la résistance, la céramique l'apparence.



Caractéristiques

Le recul clinique

C'est la technique dont on connaît le mieux le comportement à long terme, ce qui reste un argument sur des bridges de longue portée ou dans des contextes où l'on privilégie la prévisibilité.

La limite cervicale

L'armature étant opaque, un liseré peut apparaître au collet si la gencive se rétracte avec le temps. C'est la limite la plus visible de la technique en secteur antérieur.

L'opacité

La lumière ne traverse pas la restauration. On peut approcher l'apparence d'une dent, difficilement son comportement optique à côté d'une dent naturelle.

L'éclat de cosmétique

La céramique cuite sur l'armature peut s'écailler sous contrainte. Un monolithique ne présente pas ce risque, puisqu'il n'a pas de couche cosmétique.

Indications

- Bridges de longue portée où la résistance de l'armature est déterminante
- Secteurs postérieurs sans exigence optique particulière
- Situations où l'on privilégie une solution au comportement bien documenté
- Contextes économiques contraints
- Reprise d'un ensemble existant réalisé dans la même technique, par cohérence

Points de vigilance

- Secteur antérieur chez un patient au parodonte fin : risque de liseré cervical visible à terme
- Exigence esthétique élevée : les solutions tout céramique répondent mieux
- Contexte de parafunction : la céramique cosmétique est exposée à l'éclat

COURONNES & BRIDGES

Bridge dentaire

Remplacer une dent absente en s'appuyant sur ses voisines.

Restauration plurale solidarisée : des dents piliers préparées portent une ou plusieurs travées remplaçant les dents absentes. L'ensemble est fabriqué d'une pièce.



Caractéristiques

La portée gouverne tout

Plus la travée est longue, plus la contrainte en flexion augmente. Elle conditionne le matériau de l'armature et la section des connexions, bien avant les considérations de teinte.

Les connexions

Ce sont les zones de jonction entre éléments. Trop fines, elles rompent ; trop épaisses, elles empêchent le passage des instruments d'hygiène. Leur dimensionnement est un compromis, et il exige de la hauteur disponible.

Le profil de la travée

La face en regard de la crête doit permettre le nettoyage. Une travée plaquée sur la gencive devient inhygiénique, quelle que soit la qualité de la pièce, et le patient ne pourra rien y faire.

La valeur des piliers

Un bridge reporte la charge de la dent absente sur ses voisines. Leur état parodontal et leur capacité à supporter ce surcroît sont une décision clinique préalable à toute conception.

Indications

- Une ou plusieurs dents absentes entre des dents piliers exploitables
- Dents voisines justifiant déjà une restauration par leur propre délabrement
- Solution implantaire non retenue, non réalisable ou non souhaitée
- Édentement encastré de faible étendue
- Contexte où une solution fixée est préférée à une prothèse amovible

Points de vigilance

- Dents piliers saines : le bridge impose de les préparer, ce qui est irréversible
- Absence de pilier distal : le bridge conventionnel n'est pas réalisable
- Hauteur insuffisante sous la travée : l'hygiène devient impossible à maintenir
- Support parodontal affaibli sur les piliers : la charge reportée aggrave la situation

RESTAURATIONS

Facettes esthétiques

Réussir une facette, c'est la faire oublier.



Matériaux

Feldspathique · Vitrocéramique

Technique

Stratification

Assemblage

Collage

Une pièce mince, un résultat qui ne pardonne pas

La facette est une pellicule de céramique collée sur la face visible d'une dent préparée à minima. Elle corrige la teinte, la forme, la position apparente ou l'état de surface, sans recouvrir la dent entière comme le ferait une couronne.

Sa finesse est à la fois son intérêt et sa contrainte. À cette épaisseur, **le support transparait** : une dent fortement dyschromiée ne se masque pas par une pièce de quelques dixièmes de millimètre sans en augmenter l'opacité, donc sans perdre en naturel. Le rapport entre la teinte du support et le résultat attendu se traite avant de préparer, pas après.

Indications

LA FACETTE RÉPOND À DES MOTIFS DE CORRECTION PRÉCIS. ELLE N'EST PAS UNE SOLUTION UNIVERSELLE À UN SOURIRE JUGÉ INSATISFAISANT.

- **Dyschromie résistante à l'éclaircissement** — Coloration intrinsèque qui ne répond pas ou plus au traitement d'éclaircissement. L'ampleur de l'écart de teinte à corriger conditionne le choix du matériau.
- **Anomalie de forme** — Dent conoïde, dent de forme atypique, dent trop courte ou trop étroite dans son environnement. La facette réécrit un contour.
- **Fermeture de diastème** — Espace entre les dents antérieures que l'on souhaite fermer sans traitement orthodontique. Le résultat dépend de la largeur à combler et de son partage entre les dents.
- **Usure des bords libres** — Bords incisifs érodés ou abrasés, avec perte de la ligne du sourire. La facette restitue la longueur, sous réserve d'une occlusion compatible.
- **Fêlures et défauts de surface** — Craquelures, altérations superficielles de l'émail, restaurations antérieures vieilles et visibles.
- **Alignement apparent** — Correction visuelle d'une malposition légère, quand un traitement orthodontique n'est pas retenu. Solution de compromis, à poser comme telle.

Une facette juste ne se remarque pas. C'est le sourire qui se remarque.

FACETTES ESTHÉTIQUES

Ce qui fait passer une pièce pour une dent.



LE SECTEUR AVANT TRAITEMENT.



LE MÊME SECTEUR APRÈS POSE.

Matériaux

DEUX VOIES, DEUX LOGIQUES DE FABRICATION.

MATÉRIAU	MISE EN ŒUVRE	RENDU OPTIQUE	INDICATIONS DE PRÉDILECTION	CE QU'IL FAUT SAVOIR
Céramique feldspathique stratifiée	Montée par couches successives par le prothésiste, cuite progressivement.	Le plus haut niveau accessible : gradients, effets de bord, translucidité maîtrisée zone par zone.	Unitaire antérieure au milieu de dents naturelles, cas où la fidélité optique prime sur tout.	Le résultat dépend directement de la richesse des informations transmises. C'est un travail de main, et il se nourrit de photographies.
Vitrocéramique	Pièce usinée ou pressée, éventuellement complétée d'une stratification vestibulaire partielle.	Élevé, avec une grande régularité d'une pièce à l'autre.	Facettes multiples, secteurs où la cohérence d'ensemble prime sur l'unicité.	La reproductibilité est son atout majeur sur un projet à plusieurs dents. Elle se colle, comme la feldspathique.

LE LABORATOIRE TRAVAILLE LA CÉRAMIQUE FELDSPATHIQUE STRATIFIÉE EN CREATION CC (CREATION WILLI GELLER) ET LA VITROCÉRAMIQUE EN IPS E.MAX (IVOCLAR VIVADENT).

Ce qui se décide à la prescription

Projet esthétique préalable

Maquette de la forme et de la longueur souhaitées, validée avant toute préparation. Sur un cas multiple, c'est le seul moyen de préparer en fonction du volume final.

Teinte finale et teinte du support

Deux informations distinctes et toutes deux nécessaires. C'est leur écart qui détermine l'opacité que la pièce devra avoir.

Degré de translucidité

Du plus translucide, qui laisse voir le support, au plus opaque, qui le masque. Ce curseur est le compromis central de la facette.

Texture de surface

Reproduction des reliefs et micro-reliefs de la denture voisine. Une facette parfaitement lisse ne renvoie pas la lumière comme une dent naturelle et se repère, même bien teintée.

FACETTES ESTHÉTIQUES

Le projet avant la préparation.

Sur une facette, l'ordre des opérations n'est pas une préférence de méthode. Préparer avant d'avoir défini le volume final revient à décider du résultat sans l'avoir vu.



PRÉPARATIONS A MINIMA.



ESSAYAGE DES PIÈCES.



COLLAGE SOUS CHAMP OPÉATOIRE.

L'analyse du sourire

Photographies, relevé de teinte, observation de la ligne du sourire et du soutien labial. Sur une facette, la photographie n'est pas un supplément documentaire : c'est le support d'information principal du prothésiste.

Le projet

Maquette du résultat souhaité, en forme et en longueur. Elle sert à valider avec le patient, et elle sert au praticien de guide de réduction.

La préparation

Réduction pelliculaire, conduite en fonction du projet validé et de l'épaisseur nécessaire au matériau retenu. Le sur-délabrement est ici la faute la moins rattrapable.

La fabrication

Stratification ou usinage selon le matériau, puis caractérisation et texturation de surface. C'est l'étape où se joue tout ce qui fera passer la pièce pour une dent.

Ce qu'il faut nous transmettre

- Empreinte du secteur préparé, physique ou fichier STL
- Empreinte de l'arcade antagoniste et enregistrement de l'occlusion
- Photographies du sourire : de face, de profil, en gros plan du secteur
- Photographie avec teintier en bouche, à côté des dents de référence
- Teinte souhaitée ET teinte du support préparé
- Projet esthétique ou modèle de référence, s'il en existe un
- Particularités à reproduire : texture, caractérisations, dessin du bord incisal

A close-up photograph of a dental implant abutment and a ceramic crown. The abutment is a metallic, conical piece with a threaded base, positioned on the left. The crown is a white, ceramic piece with a natural tooth-like shape, positioned on the right. The background is dark and out of focus, showing other dental tools.

03 Implantologie

Prothèses sur implants, piliers personnalisés, bridges et barres. La précision d'ajustage y est une contrainte mécanique, pas une exigence de confort.

PROTHÈSES SUR IMPLANTS

PILIER PERSONNALISÉ

BRIDGE SUR IMPLANTS

BARRE IMPLANTAIRE

IMPLANTOLOGIE

Prothèses sur implants

Sur implant, l'à-peu-près ne se rattrape pas.



Systèmes

Tous systèmes implantaires

Assemblage

Transvissé ou scellé

Portée

Unitaire, plurale, complète

Une chaîne où chaque pièce conditionne la suivante

La prothèse implantaire n'est pas une couronne posée sur une racine artificielle. C'est un assemblage : l'implant, la connexion, le pilier, la pièce prothétique, et la vis qui tient l'ensemble. Chaque interface est une source potentielle de jeu, et les jeux s'additionnent.

La conséquence est directe. Sur une dent naturelle, une légère contrainte est amortie par le ligament alvéolo-dentaire. Sur un implant, il n'y a rien entre le titane et l'os : **une armature qui ne s'assied pas passivement transmet en permanence une contrainte** à l'interface osseuse et aux vis.

Indications

LA PROTHÈSE IMPLANTAIRE COUVRE UN ÉVENTAIL QUI VA DE LA DENT UNIQUE À L'ARCADE COMPLÈTE, AVEC DES LOGIQUES DE CONCEPTION TRÈS DIFFÉRENTES.

- **Édentement unitaire** — Une dent absente, dents voisines intactes. L'intérêt majeur est de ne pas préparer les dents adjacentes, contrairement à un bridge conventionnel.
- **Édentement partiel encastré** — Plusieurs dents absentes entre des dents naturelles. Bridge implantaire ou couronnes unitaires selon le nombre d'implants et leur répartition.
- **Édentement terminal** — Absence des dents postérieures sans pilier distal. Situation où le bridge conventionnel n'est pas réalisable et où l'implant restaure une solution fixée.
- **Réhabilitation complète fixée** — Arcade entière portée par plusieurs implants. La conception intègre la gestion des tissus, l'axe des vis et l'accès à l'hygiène sur toute la longueur.
- **Prothèse amovible stabilisée** — Barre ou attachements sur implants pour retenir une prothèse amovible complète. La rétention est assurée par l'ancrage, plus par la seule surface d'appui muqueuse.
- **Exigence esthétique en secteur antérieur** — Zone où le profil d'émergence conditionne le résultat visible. La forme du pilier sculpte le contour gingival autant que la couronne elle-même.

PROTHÈSES SUR IMPLANTS

Du modèle de travail à la pièce livrée.



MODÈLE DE TRAVAIL, ANALOGUES POSITIONNÉS.



MASQUE GINGIVAL : LES TISSUS AUTOUR DE LA CONNEXION.



COURONNE TRANSVISSÉE TERMINÉE.

Ce que le laboratoire doit savoir avant de concevoir

LE LABORATOIRE INDIQUE ACCEPTER TOUS LES SYSTÈMES IMPLANTAIRES. ENCORE FAUT-IL SAVOIR LEQUEL.

L'identification du système

Marque, gamme, diamètre de connexion et plateforme. C'est la première information à transmettre, et la seule qui bloque totalement le travail si elle manque : les composants de connexion ne sont pas interchangeables d'un système à l'autre.

L'enregistrement de la position

Transfert d'empreinte en place, ou scan-bodies pour un flux numérique. Ce qui est enregistré, ce n'est pas la forme d'une préparation mais une position dans l'espace et une orientation de connexion.

Le profil d'émergence

Sur un secteur esthétique, le contour gingival obtenu pendant la phase provisoire est une information à part entière. Sans lui, le laboratoire dessine un profil théorique que la gencive n'a pas appris.

Le mode d'assemblage retenu

Transvissé ou scellé. Ce choix conditionne toute la conception, pas seulement la finition : il détermine l'axe, la forme occlusale et la stratégie de maintenance.

Ce qu'il faut nous transmettre

- Système implantaire : marque, gamme, diamètre, plateforme de connexion
- Empreinte avec transferts en place, ou fichier avec scan-bodies
- Empreinte de l'arcade antagoniste et enregistrement de l'occlusion
- Mode d'assemblage souhaité : transvissé ou scellé
- Profil d'émergence obtenu en provisoire, sur les secteurs esthétiques
- Teinte et niveau de caractérisation attendu
- Nombre et position des implants, en notation dentaire

PROTHÈSES SUR IMPLANTS

Pilier personnalisé

La pièce qui sculpte la gencive avant que la couronne ne se voie.

Pièce intermédiaire dessinée pour un cas précis. Elle corrige l'axe de l'implant, place la limite prothétique à la hauteur voulue tout autour, et donne au profil d'émergence la forme qui soutiendra la gencive.



Caractéristiques

Le profil d'émergence

C'est la portion qui traverse les tissus mous. Sa forme détermine le contour gingival visible autour de la restauration finale, donc une bonne part du résultat esthétique, avant même que la couronne n'entre en jeu.

La hauteur de limite

Un pilier personnalisé permet de placer la limite prothétique à une hauteur régulière sur tout le pourtour. Un pilier standard laisse cette limite là où sa géométrie la place, ce qui complique le contrôle du ciment en cas de scellement.

La correction d'axe

Lorsque l'axe de l'implant ne correspond pas à celui de la dent à restaurer, le pilier rattrape l'écart. C'est souvent ce qui rend une restauration transvissée possible là où elle ne l'était pas.

La phase provisoire

Le contour gingival obtenu en provisoire est une information à part entière. Sans elle, le laboratoire dessine un profil théorique que les tissus n'ont jamais appris à suivre.

Indications

- Secteur antérieur, où le contour gingival est visible
- Écart entre l'axe de l'implant et l'axe prothétique souhaité
- Épaisseur de tissus mous demandant un profil d'émergence spécifique
- Restauration scellée où la maîtrise de la hauteur de limite est critique
- Profil gingival travaillé en provisoire et que l'on souhaite reproduire

Points de vigilance

- Système implantaire non identifié : les composants de connexion ne sont pas interchangeables
- Absence d'information sur le profil obtenu en provisoire, sur un secteur esthétique
- Espace prothétique vertical insuffisant pour loger pilier et restauration

PROTHÈSES SUR IMPLANTS

Bridge sur implants

Là où les erreurs d'ajustage ne se répartissent plus : elles s'additionnent.

Restauration plurale portée par plusieurs implants. L'armature solidarise les ancrages ; sa passivité d'ajustage conditionne la pérennité de l'ensemble.



Caractéristiques

La passivité d'ajustage

Une armature passive s'assied sur tous les ancrages sans les contraindre. C'est le critère central du bridge implantaire, et il ne se vérifie pas à l'œil : il se contrôle.

L'essayage d'armature

Sur les cas étendus, il valide la passivité avant tout montage cosmétique. Une séance en plus, contre le risque de découvrir un défaut d'ajustage sur une pièce terminée.

L'axe des vis

Sur une restauration transvissée, chaque puits de vis doit déboucher dans une zone acceptable de la face occlusale. Cette contrainte se traite à la conception, pas après.

L'accès à l'hygiène

La face en regard de la crête doit rester nettoyable sur toute la longueur. Sur une réhabilitation étendue, c'est un déterminant majeur du pronostic à long terme.

Indications

- Édentement partiel étendu restauré par une solution fixée
- Édentement terminal sans pilier naturel distal
- Réhabilitation complète fixée portée par plusieurs implants
- Situation où la solidarisation des implants est cliniquement souhaitée

Points de vigilance

- Absence d'essayage d'armature sur un cas étendu
- Axes d'implants divergents rendant le transvissé difficile sans correction
- Profil de l'intrados empêchant le nettoyage sur une réhabilitation longue
- Espace prothétique vertical insuffisant pour l'armature et le montage

PROTHÈSES SUR IMPLANTS

Barre implantaire

Rendre une prothèse amovible stable sans la rendre fixe.

Structure solidarissant plusieurs implants, sur laquelle une prothèse amovible vient se retenir par des éléments intégrés à son intrados.

Caractéristiques

Le changement pour le patient

La rétention ne dépend plus de la seule adhérence sur la muqueuse. La prothèse tient pendant la mastication et l'élocution, ce qui modifie l'usage quotidien de manière très concrète.

La répartition des charges

La barre solidarise les ancrages et distribue les efforts entre eux, au lieu de les concentrer sur un implant isolé.

L'espace prothétique

C'est le facteur limitant. La hauteur disponible doit loger la barre, les éléments de rétention et une épaisseur de résine suffisante. Un intrados trop aminci autour d'un logement finit par fracturer.

L'entretien

La barre reste en bouche et se nettoie quotidiennement. Le pourtour des ancrages est le point à surveiller ; les éléments de rétention s'usent et se remplacent.

Indications

- Prothèse complète mandibulaire dont la rétention reste insuffisante malgré une réalisation correcte
- Patient ne pouvant ou ne souhaitant pas une réhabilitation fixée
- Volume osseux permettant plusieurs implants mais pas une solution fixée complète
- Nécessité de conserver un dispositif retirable pour l'hygiène

Points de vigilance

- Espace prothétique vertical insuffisant : c'est la contrainte dimensionnante du cas
- Capacité du patient à assurer le nettoyage autour de la barre
- Épaisseur de résine résiduelle trop faible autour des logements : risque de fracture



04 Amovible

Prothèses complètes et partielles. Trois critères commandent le résultat : rétention, stabilité, et confort dans la durée.

PROTHÈSES AMOVIBLES

PROTHÈSE COMPLÈTE

PROTHÈSE PARTIELLE

AMOVIBLE

Prothèses amovibles

Une prothèse amovible se juge quand le patient parle.



Types

Complète · Partielle · Châssis coulé

Critères

Rétention · Stabilité · Confort

Association

Peut être stabilisée sur implants

Trois forces à concilier, jamais séparément

Une prothèse amovible ne tient pas par un seul mécanisme. Elle combine **la rétention**, qui s'oppose à son décollement vertical, **la stabilité**, qui s'oppose à sa bascule et à son déplacement horizontal, et **la sustentation**, qui répartit la charge sur les tissus capables de la supporter.

Ces trois forces ne se règlent pas au même endroit. La rétention d'une prothèse complète dépend avant tout de l'exactitude du joint périphérique, donc de l'empreinte. La stabilité dépend du montage des dents et de l'équilibre occlusal. La sustentation dépend du tracé, c'est-à-dire du choix des zones qui portent et de celles qu'on décharge.

Indications

L'AMOVIBLE RESTE INDIQUÉ DANS DES SITUATIONS OÙ LE FIXE N'EST PAS RÉALISABLE, PAS SOUHAITÉ, OU PAS RAISONNABLE.

- **Édentement complet** — Arcade sans dent résiduelle. La prothèse complète s'appuie sur la muqueuse et l'os sous-jacent, et tire l'essentiel de sa rétention de son adaptation périphérique.
- **Édentement partiel étendu** — Plusieurs dents absentes, réparties de telle sorte qu'une solution fixée demanderait un nombre d'ancrages disproportionné.
- **Édentement terminal sans pilier distal** — Absence des dents postérieures sans dent en arrière pour porter un bridge. La partielle à châssis répond à cette configuration par un appui mixte, dentaire et muqueux.
- **Support osseux ou parodontal insuffisant** — Lorsque les dents restantes ou le volume osseux ne permettent pas de porter une solution fixée dans des conditions durables.
- **Solution transitoire** — Prothèse provisoire pendant une phase de cicatrisation, d'ostéo-intégration ou de temporisation d'un plan de traitement.
- **Contrainte économique ou médicale** — Situation où une réhabilitation fixée n'est pas envisageable, et où l'amovible reste la réponse fonctionnelle pertinente.

PROTHÈSES AMOVIBLES

Une réalisation qui se valide en cours de route

À la différence d'une couronne, une prothèse amovible comporte des étapes de validation clinique intermédiaires. Les sauter revient à découvrir un désaccord sur la pièce terminée.



EMPREINTE SECONDAIRE SUR PORTE-EMPREINTE INDIVIDUEL.



TRACÉ DU CHÂSSIS SUR LE MODÈLE, CROCHETS EN PLACE.



ESSAYAGE DU MONTAGE SUR CIRE EN BOUCHE.

L'empreinte, primaire puis secondaire

L'empreinte secondaire, réalisée sur porte-empreinte individuel, enregistre la surface d'appui et le jeu périphérique. C'est elle qui décide de la rétention finale : aucune étape ultérieure ne rattrape une empreinte insuffisante.

L'enregistrement des rapports

Dimension verticale, relation intermaxillaire, plan d'occlusion. Ces données ne se déduisent pas des modèles : elles doivent être enregistrées cliniquement et transmises.

Le tracé, sur les partielles

Le laboratoire peut proposer un tracé à partir des modèles ; sa validation reste clinique. C'est le moment de discuter la position des crochets visibles.

L'essayage sur cire

Le montage est essayé avant polymérisation. Teinte, forme, ligne du sourire, soutien de la lèvre et occlusion se corrigent encore à ce stade. Plus après.

Matériaux

ÉLÉMENT	RÔLE	CE QUI LE CARACTÉRISE	POINTS DE VIGILANCE
Résine de base	Constitue la selle qui repose sur la muqueuse et porte les dents.	Ajustable et réparable au fauteuil, ce qui compte pour une pièce destinée à être rebasée dans le temps.	Sensible à la fracture si l'épaisseur est insuffisante, notamment autour d'un logement d'attachement.
Armature coulée	Structure métallique d'une prothèse partielle : elle porte les selles, les appuis et les crochets.	Rigide, ce qui permet des connexions fines et une prothèse nettement moins encombrante qu'une base résine équivalente.	Sa rigidité est un atout à condition que le tracé répartisse correctement les appuis. Mal placée, elle concentre la contrainte sur la dent pilier.
Dents prothétiques	Rétablissent la fonction masticatoire et l'aspect du sourire.	Disponibles en plusieurs formes, teintes et degrés de résistance à l'usure.	La forme choisie influe sur l'équilibre du montage, pas seulement sur l'esthétique. Le laboratoire monte des dents Ivoclar Vivadent (gammes SR Vivodent et SR Phonares).
Éléments de rétention	Crochets sur dents naturelles, ou attachements sur implants.	Déterminent la force nécessaire pour insérer et retirer la prothèse.	Un crochet trop visible en secteur antérieur est le premier motif d'insatisfaction. Sa position se discute avec le tracé.

PROTHÈSES AMOVIBLES

Prothèse complète

Tout se joue à l'empreinte secondaire.

Prothèse remplaçant l'ensemble des dents d'une arcade. Elle repose sur la muqueuse et l'os sous-jacent, sans ancrage dentaire.



Caractéristiques

Le joint périphérique

C'est l'étanchéité du bord de la prothèse avec les tissus environnants qui crée la rétention. Il s'enregistre à l'empreinte secondaire, sur porte-empreinte individuel, en tenant compte du jeu des tissus en fonction.

La différence maxillaire / mandibulaire

Au maxillaire, la surface d'appui est large et le palais participe. À la mandibule, elle est réduite et bordée de tissus mobiles. C'est pourquoi la mandibulaire est structurellement la plus difficile des deux.

Les rapports intermaxillaires

Dimension verticale, relation intermaxillaire, plan d'occlusion : ces données ne se déduisent pas des modèles, elles s'enregistrent cliniquement. Une erreur ici se traduit par un inconfort que le montage ne corrigera pas.

L'essayage sur cire

Dernière étape où teinte, forme, montage et soutien de la lèvre se corrigent sans refaire la pièce. La supprimer transforme chaque désaccord en réfection complète.

Indications

- Édentement complet d'une ou des deux arcades
- Solution fixée non réalisable ou non retenue
- Prothèse transitoire pendant une phase de cicatrisation ou d'ostéo-intégration
- Renouvellement d'une prothèse existante devenue inadaptée

Points de vigilance

- Empreinte secondaire escamotée : la rétention finale en dépend entièrement
- Rapports intermaxillaires non enregistrés cliniquement
- Essayage sur cire supprimé pour gagner une séance
- Rétention mandibulaire durablement insuffisante : envisager une stabilisation implantaire

PROTHÈSES AMOVIBLES

Prothèse partielle

Le tracé engage la santé des dents restantes.

Prothèse remplaçant plusieurs dents absentes en prenant appui sur les dents restantes et sur la muqueuse. Réalisée sur armature coulée ou sur base résine.



Caractéristiques

Le tracé

Il définit la position des appuis occlusaux, des crochets, des connexions et des zones de décharge. C'est la décision la plus structurante du cas, et elle appartient au praticien : le laboratoire peut proposer, la validation reste clinique.

Châssis ou résine

Le châssis coulé autorise des connexions fines et une prothèse nettement moins encombrante, avec une répartition d'appuis maîtrisée. La base résine reste indiquée en transitoire ou quand des modifications ultérieures sont attendues.

L'édentement terminal

La selle postérieure s'appuie sur de la muqueuse compressible, le crochet sur une dent qui ne l'est pas. Cette dissymétrie crée un effet de levier sur la dent pilier. C'est la configuration la plus délicate à concevoir.

Les crochets visibles

Premier motif d'insatisfaction rapporté par les patients. Leur position se discute au moment du tracé, en arbitrant entre efficacité de rétention et discrétion.

Indications

- Édentement partiel étendu ou multiple
- Édentement terminal sans pilier distal exploitable
- Dents restantes ou support osseux ne permettant pas une solution fixée durable
- Prothèse transitoire pendant un plan de traitement

Points de vigilance

- Tracé non validé cliniquement : c'est la dent pilier qui en paiera le prix
- Appuis occlusaux mal répartis en édentement terminal
- Crochets en secteur antérieur visible sans arbitrage préalable
- Enregistrement de la selle sans charge représentative



05

Numérique & CFAO

Empreintes physiques et optiques entrent dans le même flux de conception. Ce que le numérique change, c'est la fidélité entre ce qui a été décidé et ce qui est fabriqué.

CFAO & FLUX NUMÉRIQUE

FORMATS

CONCEPTION

CONTRÔLE

FABRICATION

NUMÉRIQUE

CFAO & numérique

Le numérique ne conçoit pas. Il exécute mieux.



Formats

STL

Conception

3Shape · exocad

Empreintes

Optiques et physiques

Ce que le numérique déplace concrètement

Le laboratoire indique accepter les empreintes numériques comme les empreintes physiques. Les deux voies aboutissent au même endroit : un modèle de travail sur lequel la pièce est conçue. Ce qui les sépare est la manière dont l'information voyage entre le cabinet et le laboratoire.

Une empreinte physique est un objet. Elle se déforme dans le temps, subit le transport, et se coule une fois. Un fichier ne se déforme pas : **il se transmet en quelques minutes, se conserve à l'identique et se duplique sans perte.** Sur une réfection à distance de plusieurs mois, cette différence est concrète.

Indications

LE FLUX NUMÉRIQUE N'EST PAS INDIQUÉ « PARTOUT ». VOICI OÙ SA VALEUR EST LA PLUS NETTE.

- **Cabinet équipé d'un scanner intra-oral** — Transmission immédiate, plus de transport d'empreinte, plus d'attente liée à l'acheminement. Le fichier part dès la fin de la séance.
- **Restaurations unitaires et bridges de portée courte** — Domaine où la chaîne numérique est la plus mûre et la plus reproductible d'une pièce à l'autre.
- **Prothèse implantaire** — Le scan-body enregistre une position et une orientation de connexion, informations que le numérique traite avec une régularité difficile à obtenir autrement.
- **Cas nécessitant un archivage** — Réfection ultérieure, duplication d'une gouttière, suivi d'un projet en plusieurs temps : le fichier reste disponible à l'identique.
- **Projets esthétiques** — Conception d'un projet à partir des données du patient, avec possibilité d'itérer avant toute intervention irréversible.
- **Gouttières et dispositifs de protection** — Pièces dont la géométrie se prête bien à la conception assistée, et pour lesquelles la duplication à l'identique a une valeur pratique.

Ce qui change n'est pas la décision. C'est la fidélité entre la décision et la pièce.

LA CHAÎNE

Quatre maillons, et ce qui se joue dans chacun.

Chaque maillon a sa propre exigence. Le plus faible plafonne tous les autres : une acquisition médiocre ne se rattrape à aucune étape ultérieure.

01

Acquisition

Empreinte optique réalisée au cabinet, ou numérisation d'une empreinte physique au laboratoire. Les deux entrées produisent le même type de donnée exploitable. La qualité de l'acquisition plafonne tout le reste : un scan reproduit fidèlement une limite de préparation illisible.

02

Conception

Modélisation de la pièce : forme, points de contact, morphologie occlusale, épaisseurs, profil d'émergence, axe de vissage. Les environnements cités par le laboratoire sont 3Shape et Exocad. Ils appliquent des décisions de métier ; ils ne les prennent pas.

03

Fabrication

Les restaurations sont produites par usinage de précision à partir des fichiers conçus en CFAO. Selon la nature du travail, le processus intègre le frittage de la zircone, l'impression tridimensionnelle des modèles et des pièces provisoires, puis les étapes de post-traitement.

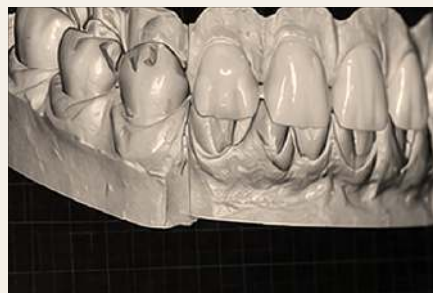
04

Contrôle et finition

Une pièce usinée n'est pas une pièce finie. Ajustage, réglage des contacts, caractérisation, polissage : ces gestes restent manuels, et c'est le polissage qui détermine l'usure de la dent antagoniste.



ACQUISITION.



CONCEPTION, DEVANT LA MACHINE D'USINAGE.



USINAGE DE PRÉCISION.

Formats cités

STL

Conception

3Shape · Exocad

Fabrication

Usinage de précision

Empreintes

Physiques et optiques

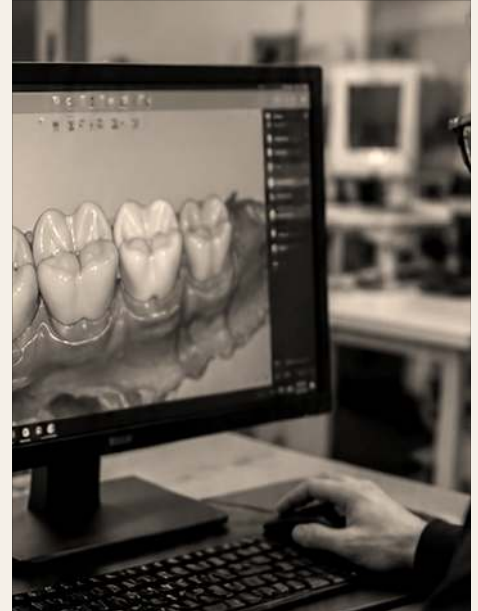
LA CONCEPTION

Le logiciel applique. Il n'arbitre pas.

Un environnement de conception propose des formes, calcule des épaisseurs, détecte des interférences. Ce qu'il ne fait pas, c'est choisir entre une zircone monolithique et une vitrocéramique pour une prémolaire chez un patient qui serre les dents.

Cet arbitrage suppose de savoir ce que chaque matériau supporte, ce qu'il rend optiquement, et ce que le cas exige en priorité. Le logiciel exécute la décision une fois prise, avec une régularité qu'aucun geste manuel n'atteint.

C'est pourquoi le flux numérique ne remplace pas le dialogue avec le praticien : il le rend plus précis. Une conception peut être soumise à validation avant fabrication quand la forme engage une décision clinique.



LA CONCEPTION, AVANT TOUT ENGAGEMENT DE MATIÈRE.

Le numérique n'a jamais transformé une mauvaise empreinte en bonne restauration.

Ce que le laboratoire reçoit

- Fichier de l'arcade préparée, au format STL
- Fichier de l'arcade antagoniste
- Enregistrement numérique de l'occlusion
- Pour l'implantaire : scan-bodies en place, avec l'identification du système
- Prescription : type de pièce, matériau, positions en notation dentaire
- Teinte et niveau de caractérisation attendu
- Logiciel d'acquisition employé, si le fichier n'est pas un maillage standard



06

Protection

Gouttières occlusales et dispositifs de contention. Un dispositif de protection se conçoit sur une occlusion enregistrée, pas sur une empreinte seule.

GOUTTIÈRES & ORTHÈSES

GOUTTIÈRE OCCLUSALE

CONTENTION

PROTECTION

Gouttières & orthèses

Un dispositif que le patient portera vraiment.



Dispositifs

Occlusale · Protection · Contention

Conception

Sur mesure

Duplication

Possible depuis un fichier

Trois familles, trois objectifs sans rapport

Le terme « gouttière » recouvre des dispositifs qui n'ont pas la même fonction. Les confondre à la prescription conduit à recevoir un objet qui ne fait pas ce qu'on en attendait.

La **gouttière occlusale** s'interpose entre les arcades. Elle protège les dents de l'usure liée aux contraintes de parafunction et redistribue les contacts selon un schéma choisi. La **protection** amortit un choc externe : sa logique est l'absorption d'énergie, pas le réglage occlusal. La **contention** maintient une position dentaire obtenue par un traitement : elle ne corrige rien, elle empêche un retour en arrière.

Indications

CHAQUE FAMILLE RÉPOND À UNE SITUATION PRÉCISE.

- **Usure liée à une parafunction** —
Signes d'usure évoquant un serrement ou un grincement. La gouttière occlusale protège les surfaces dentaires en interposant un matériau sacrificiel.
- **Protection d'une réhabilitation** —
Restaurations récentes que l'on souhaite préserver dans un contexte de contraintes nocturnes élevées.
- **Symptomatologie musculaire ou articulaire** — Dispositif de reconditionnement s'inscrivant dans une prise en charge plus large. L'objectif visé doit être précisé, car il conditionne le schéma occlusal à donner.
- **Pratique sportive** — Protection contre les traumatismes lors d'activités à risque de choc. L'épaisseur et le recouvrement se règlent sur le type de sport.
- **Fin de traitement orthodontique** —
Contention destinée à stabiliser le résultat obtenu. Sans elle, la récurrence est la règle plutôt que l'exception.
- **Duplication d'un dispositif existant** —
Remplacement d'un dispositif perdu, usé ou fracturé. Le fichier archivé permet de reproduire à l'identique si la situation clinique n'a pas changé.

GOUTTIÈRES & ORTHÈSES

Ce qui se décide, et ce qu'il nous faut.

Options

LES PARAMÈTRES À PRÉCISER À LA PRESCRIPTION.

Arcade concernée

Maxillaire ou mandibulaire. Le choix dépend de l'objectif poursuivi et de la tolérance attendue du patient.

Recouvrement

Total ou partiel. Un recouvrement partiel ne se prescrit pas indifféremment : il modifie l'appui sur les dents non recouvertes.

Épaisseur

Compromis entre protection et tolérance. Une pièce trop épaisse n'est pas portée ; une pièce trop fine ne protège pas et se perce.

Schéma occlusal

Répartition des contacts et guidage souhaités. C'est une décision clinique, à formuler explicitement : le laboratoire ne peut pas la déduire des modèles.

Rigidité du matériau

Du rigide au souple selon la fonction visée. Une protection sportive et une gouttière occlusale n'appellent pas la même réponse mécanique.

Duplication

Le fichier est conservé douze mois minimum : un dispositif perdu ou usé se reproduit à l'identique sans reprendre d'empreinte, si la situation clinique n'a pas changé.

Ce qu'il faut nous transmettre

UNE PRESCRIPTION COMPLÈTE TIENT EN SEPT LIGNES.

- Empreintes des deux arcades, physiques ou fichiers STL
- Enregistrement de l'occlusion
- Objectif clinique du dispositif, formulé explicitement
- Arcade concernée et étendue de recouvrement souhaitée
- Épaisseur et rigidité attendues
- Schéma occlusal souhaité, pour un dispositif occlusal
- Pour une protection sportive : le sport pratiqué et le niveau de contact

GOUTTIÈRES & ORTHÈSES

Gouttière occlusale

Une pièce sacrificielle : elle s'use à la place des dents.

Dispositif amovible recouvrant une arcade, destiné à protéger les surfaces dentaires et à répartir les contacts occlusaux selon un schéma défini par le praticien.



Caractéristiques

Le rôle sacrificiel

Le matériau s'use à la place de l'émail et des restaurations. Une gouttière qui s'use fait exactement son travail ; son état se contrôle régulièrement et son renouvellement est normal.

Le schéma occlusal

Répartition des contacts et guidage souhaités. C'est une décision clinique que le laboratoire ne peut pas déduire des modèles : elle doit être formulée explicitement à la prescription.

Le compromis d'épaisseur

Trop épaisse, elle n'est pas portée. Trop fine, elle se perce en quelques mois. L'épaisseur utile dépend de l'intensité des contraintes et de la tolérance du patient.

Le réglage à la pose

Il appartient au praticien et fait partie du dispositif. Une gouttière livrée mais non réglée protège mal, se porte peu, et le patient l'abandonne.

Indications

- Usure dentaire évoquant une parafonction
- Protection de restaurations récentes dans un contexte de contraintes nocturnes
- Dispositif de reconditionnement s'inscrivant dans une prise en charge plus large
- Prévention de l'aggravation d'une usure déjà installée

Points de vigilance

- Objectif clinique non précisé : c'est l'information qui détermine toute la conception
- Absence de réglage occlusal à la pose
- Épaisseur inadaptée à l'intensité des contraintes
- Aucun contrôle de l'état du dispositif dans le suivi



GOUTTIÈRES & ORTHÈSES

Contention

Elle ne corrige rien. Elle empêche un retour en arrière.

Dispositif destiné à maintenir la position dentaire obtenue à l'issue d'un traitement orthodontique. Il stabilise un résultat, il ne le produit pas.

Caractéristiques

La fenêtre critique

La tendance au retour est maximale dans la période qui suit immédiatement la dépose. Le délai entre celle-ci et la pose de la contention est donc le point sensible du dossier.

L'étendue de recouvrement

Elle dépend du secteur à stabiliser et de l'ampleur du déplacement obtenu. Un recouvrement partiel modifie l'appui sur les dents non couvertes : il ne se prescrit pas indifféremment.

Le modèle de référence

La contention se conçoit sur le modèle de fin de traitement, celui qui porte le résultat à stabiliser. Un modèle antérieur figerait une position intermédiaire.

Le remplacement

Une contention perdue ou fracturée laisse le champ libre à la récidence. Le fichier archivé permet de reproduire le dispositif à l'identique, si la situation n'a pas évolué.

Indications

- Fin de traitement orthodontique, tous secteurs
- Stabilisation après fermeture d'un diastème
- Maintien d'un résultat après un déplacement dentaire important
- Remplacement d'une contention perdue, usée ou fracturée

Points de vigilance

- Délai entre la dépose et la pose de la contention
- Modèle transmis ne correspondant pas à la fin de traitement
- Recouvrement partiel prescrit sans considérer l'appui sur les dents non couvertes
- Absence de solution de remplacement rapide en cas de perte



07

Prescription & flux

Bien prescrire, c'est nous permettre de bien fabriquer. Ce que le laboratoire reçoit détermine ce qu'il peut décider sans revenir vers vous.

CE QU'IL NOUS FAUT

PAR FAMILLE

LE PARCOURS D'UN DOSSIER

LA PRESCRIPTION

Bien prescrire, c'est nous permettre de bien fabriquer.

Une donnée manquante à la réception se paie en aller-retours. Le tableau reprend, famille par famille, ce que le laboratoire doit recevoir pour travailler sans revenir vers vous.

FAMILLE	CE QUE LE LABORATOIRE DOIT RECEVOIR
Couronnes & bridges	● Empreinte du secteur préparé, physique ou fichier numérique au format STL ● Empreinte de l'arcade antagoniste ● Enregistrement de l'occlusion ● Teinte relevée, idéalement accompagnée d'une photographie avec teintier en bouche ● Nombre et position des éléments, en notation dentaire ● Matériau souhaité, ou la contrainte clinique qui doit guider ce choix ● Mode d'assemblage prévu : collage ou scellement
Facettes	● Empreinte du secteur préparé, physique ou fichier STL ● Empreinte de l'arcade antagoniste et enregistrement de l'occlusion ● Photographies du sourire : de face, de profil, en gros plan du secteur ● Photographie avec teintier en bouche, à côté des dents de référence ● Teinte souhaitée ET teinte du support préparé ● Projet esthétique ou modèle de référence, s'il en existe un ● Particularités à reproduire : texture, caractérisations, dessin du bord incisal
Implantologie	● Système implantaire : marque, gamme, diamètre, plateforme de connexion ● Empreinte avec transferts en place, ou fichier avec scan-bodies ● Empreinte de l'arcade antagoniste et enregistrement de l'occlusion ● Mode d'assemblage souhaité : transvissé ou scellé ● Profil d'émergence obtenu en provisoire, sur les secteurs esthétiques ● Teinte et niveau de caractérisation attendu ● Nombre et position des implants, en notation dentaire

SUITE PAGE SUIVANTE : AMOVIBLE ET PROTECTION.

LA PRESCRIPTION

Ce qu'il nous faut (suite)

FAMILLE

CE QUE LE LABORATOIRE DOIT RECEVOIR

Amovible

- Empreintes des deux arcades, secondaire sur porte-empreinte individuel pour une complète
- Enregistrement des rapports intermaxillaires et de la dimension verticale
- Teinte des dents et teinte de la fausse gencive
- Pour une partielle : formule dentaire des dents restantes et tracé souhaité, ou demande de proposition de tracé
- Nature des éléments de rétention envisagés : crochets, attachements, barre
- Prothèse existante, quand elle sert de référence de montage ou de dimension verticale
- Indication d'un projet de stabilisation implantaire, s'il est prévu

Protection

- Empreintes des deux arcades, physiques ou fichiers STL
- Enregistrement de l'occlusion
- Objectif clinique du dispositif, formulé explicitement
- Arcade concernée et étendue de recouvrement souhaitée
- Épaisseur et rigidité attendues
- Schéma occlusal souhaité, pour un dispositif occlusal
- Pour une protection sportive : le sport pratiqué et le niveau de contact

La teinte

C'est la donnée la plus souvent incomplète et la plus coûteuse à rattraper. Une teinte relevée au teintier, accompagnée d'une photographie du secteur avec le teintier en bouche, évite l'essentiel des reprises esthétiques.

Le mode d'assemblage

Collage ou scellement : le traitement d'intrados n'est pas le même selon le matériau, et la zircone ne se mordance pas comme une vitrocéramique. L'indiquer à la prescription évite une pièce livrée avec le mauvais état de surface.

LE PARCOURS

De la réception à la livraison.



RÉCEPTION DU DOSSIER.



LECTURE DU CAS.



CONCEPTION.



FABRICATION.



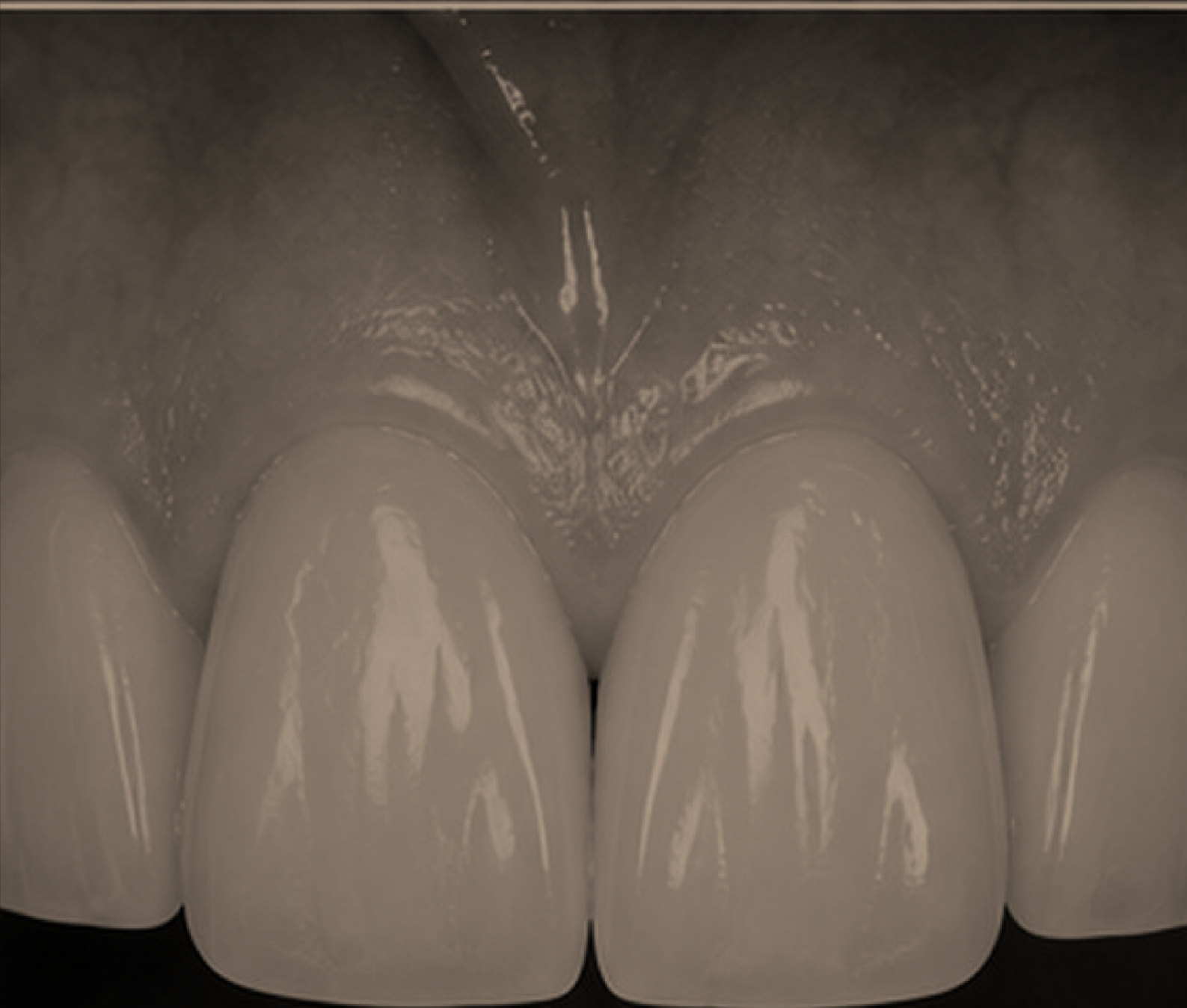
LIVRAISON AU CABINET.

Une difficulté se signale avant fabrication

Une limite illisible, un espace prothétique insuffisant pour le matériau commandé, une occlusion inexploitable : c'est à la lecture du cas que cela se dit. La même découverte à l'essayage coûte une séance de plus et une réfection.

Les deux voies d'entrée

Empreintes physiques et empreintes optiques sont acceptées et convergent sur la même conception. Les formats et environnements cités par le laboratoire sont le STL, 3Shape et Exocad.



08

Cas cliniques

Des situations réelles, documentées de bout en bout : la situation initiale, la problématique, la solution retenue, le matériau, la technique et le résultat.

SIX FACETTES ANTÉRIEURES

INCISIVE CENTRALE UNITAIRE

RÉHABILITATION COMPLÈTE SUR IMPLANTS

COURONNE UNITAIRE SUR IMPLANT

RÉHABILITATION MOLAIRE SUR IMPLANTS

RÉHABILITATION DU SECTEUR ANTÉRIEUR MAXILLAIRE

CAS CLINIQUE

Six facettes antérieures

Six dents antérieures maxillaires reprises ensemble. La difficulté n'est pas de faire six belles pièces : c'est d'en faire six qui appartiennent au même sourire, sans qu'il paraisse fabriqué.

Type de cas

Réhabilitation esthétique antérieure par facettes

Secteur

Maxillaire antérieur, six dents

Restauration

Six facettes en céramique



SITUATION INITIALE
TEINTES HÉTÉROGÈNES, RESTAURATIONS
ANCIENNES ET BORDS IRRÉGULIERS.



LES SIX FACETTES, HORS BOUCHE
LES PIÈCES TERMINÉES AVANT ESSAYAGE.



LE RÉSULTAT
LE SECTEUR ANTÉRIEUR TERMINÉ.

Situation initiale

Patient présentant plusieurs incisives et canines maxillaires avec des variations importantes de teinte, des restaurations anciennes, des bords incisifs irréguliers et une morphologie hétérogène. L'objectif était d'harmoniser le sourire tout en conservant une apparence naturelle et en respectant les proportions du visage et des dents existantes.

Problématique prothétique

Le principal défi était de créer plusieurs restaurations qui paraissent appartenir au même ensemble tout en s'intégrant aux dents naturelles mandibulaires. Dix paramètres à maîtriser simultanément.

Solution retenue

Six facettes antérieures en céramique, réalisées à partir d'une conception esthétique préalable puis adaptées individuellement à chaque dent. La conception a été pensée pour corriger progressivement les différences de forme et de teinte, sans donner un aspect uniforme ou artificiel.

Technique

Huit temps, du relevé initial au polissage final.

Le point clé

Le résultat ne repose pas sur six facettes identiques. Chaque élément est conçu pour fonctionner avec les cinq autres, tout en conservant assez de variations pour que l'ensemble ressemble à un sourire naturel.

CAS CLINIQUE

Incisive centrale unitaire

Une ancienne restauration à reprendre au milieu du sourire. Toute la difficulté tient à reproduire la teinte, la luminosité, la translucidité et la morphologie de l'incisive controlatérale, tout en masquant la coloration du support.

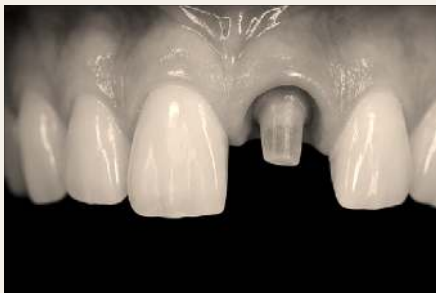
RESTAURATION UNITAIRE

SECTEUR ANTÉRIEUR

VITROCÉRAMIQUE

CFAO

COLLAGE



PRÉPARATION EN BOUCHE, VUE DE FACE
LA DENT PRÉPARÉE APPARAÎT NETTEMENT
PLUS SOMBRE QUE SES VOISINES.



COURONNE MONTÉE SUR LE MODÈLE
LA PIÈCE EN PLACE AU MILIEU DES
DENTS VOISINES DU MODÈLE.



RÉSULTAT EN BOUCHE, VUE DE FACE
LA RESTAURATION EN PLACE DANS LE
SOURIRE.

Situation initiale

Patient présentant une incisive centrale maxillaire fortement restaurée, avec une ancienne restauration présentant une différence de teinte et de morphologie par rapport aux dents adjacentes. L'objectif était d'obtenir une restauration parfaitement intégrée au sourire existant.

Problématique prothétique

La principale difficulté résidait dans l'intégration d'une dent unitaire antérieure : reproduire la teinte, la luminosité, la translucidité et la morphologie de l'incisive controlatérale tout en masquant suffisamment la coloration du support.

Solution retenue

Réalisation d'une couronne unitaire antérieure conçue spécifiquement pour reproduire la morphologie de la dent naturelle et assurer une transition imperceptible avec les dents voisines.

Matériau

Vitrocéramique esthétique adaptée à une restauration antérieure collée.

Le point clé

Sur une restauration unitaire antérieure, la difficulté n'est pas simplement de fabriquer une dent. Elle consiste à reproduire une dent qui doit disparaître visuellement parmi celles qui l'entourent.

CAS CLINIQUE

Réhabilitation complète sur implants

Les deux arcades reconstruites sur implants, chez un patient dont l'édentement étendu avait fait perdre à la fois la fonction, l'occlusion et le soutien des tissus. Tout se tient : la position implantaire commande la conception, qui commande l'occlusion, qui commande la stabilité.

Type de cas

Réhabilitation complète maxillaire et mandibulaire sur implants

Secteur

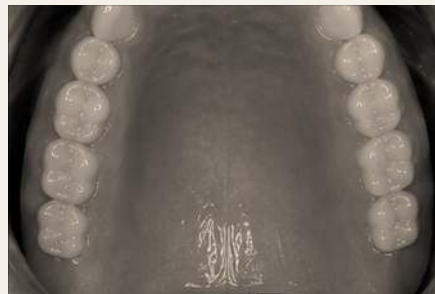
Les deux arcades

Restauration

Réhabilitation complète des deux arcades



SITUATION INITIALE, VUE DE FACE
LES DENTS RÉSIDUELLES AVANT
INTERVENTION.



PROTHÈSE MAXILLAIRE, VUE OCCLUSALE
LA RESTAURATION TERMINÉE, MONTAGE ET
GENCIVE PROTHÉTIQUE.



RÉSULTAT EN BOUCHE, VUE DE FACE
LA RÉHABILITATION EN PLACE.

Situation initiale

Patient présentant un édentement partiel très étendu, associé à plusieurs dents résiduelles fortement délabrées et à une perte importante de support prothétique. La situation entraînait une diminution de l'efficacité masticatoire et une dégradation importante de l'esthétique du sourire.

Problématique prothétique

La difficulté principale était de reconstruire simultanément la fonction, l'occlusion, le soutien des tissus et l'esthétique, tout en travaillant avec un volume osseux et des espaces prothétiques fortement modifiés par l'édentement. La réhabilitation devait également assurer une bonne stabilité des restaurations et une répartition cohérente des forces masticatoires.

Solution retenue

Mise en place d'une réhabilitation fixe complète implanto-portée, avec restauration des deux arcades et adaptation de la morphologie dentaire à la situation occlusale du patient. La conception a été pensée pour restaurer progressivement les volumes perdus tout en conservant une anatomie compatible avec la fonction.

Technique

Flux de travail entièrement numérique, en dix temps.

Le point clé

Dans une réhabilitation complète sur implants, chaque élément dépend des autres : la position implantaire conditionne la conception, la conception conditionne l'occlusion, et l'occlusion conditionne la stabilité et la pérennité de l'ensemble.

CAS CLINIQUE

Couronne unitaire sur implant

Une molaire mandibulaire absente, l'espace prothétique conservé. Après cicatrisation implantaire, l'enjeu est l'intégration : contacts proximaux précis, anatomie occlusale fonctionnelle et profil d'émergence cohérent avec les tissus péri-implantaires.

IMPLANT

RESTAURATION UNITAIRE

SECTEUR POSTÉRIEUR

CFAO

COURONNE IMPLANTO-PORTÉE



LE SITE IMPLANTAIRE EN BOUCHE
LA CONNEXION AFFLEURE AU TRAVERS DES
TISSUS, AVANT MISE EN PLACE DU
PILIER.



LA COURONNE TERMINÉE, HORS BOUCHE
LA RESTAURATION SEULE, AVEC SA VIS,
SUR FOND NEUTRE.



RÉSULTAT EN BOUCHE, VUE OCCLUSALE
LA RESTAURATION INTÉGRÉE À L'ARCADE.

Situation initiale

Patient présentant l'absence d'une molaire mandibulaire, avec espace prothétique conservé entre les dents adjacentes. Après cicatrisation implantaire, une restauration unitaire sur implant a été envisagée afin de rétablir la fonction masticatoire et l'anatomie de la dent manquante.

Problématique prothétique

L'enjeu principal était d'obtenir une restauration parfaitement intégrée dans l'espace disponible, avec des contacts proximaux précis, une anatomie occlusale fonctionnelle et un profil d'émergence permettant une transition naturelle avec les tissus péri-implantaires.

Solution retenue

Réalisation d'une couronne unitaire implanto-portée, conçue à partir des données cliniques et du modèle de travail afin d'adapter précisément la restauration à la position de l'implant et aux dents adjacentes.

Matériau

Zircone monolithique caractérisée, choisie pour associer résistance mécanique, stabilité dimensionnelle et rendu esthétique adapté au secteur postérieur. Le monolithique évite toute céramique cosmétique susceptible d'éclater sous charge occlusale.

Le point clé

Sur une restauration implanto-portée, la précision ne se limite pas à l'adaptation de la couronne à l'implant. Position implantaire, profil d'émergence, contacts, occlusion, anatomie : chaque paramètre doit être cohérent avec l'environnement biologique et fonctionnel.

CAS CLINIQUE

Réhabilitation molaire sur implants

Deux molaires mandibulaires absentes, restaurées par un bridge de deux éléments sur deux implants. Toute la difficulté est de transformer deux positions implantaire en une restauration qui respecte l'occlusion, les contacts et l'environnement péri-implantaire.

Type de cas

Réhabilitation prothétique postérieure sur deux implants

Secteur

Molaire mandibulaire

Restauration

Bridge de deux éléments



LE SITE ÉDENTÉ
L'ESPACE À RESTAURER, ENTRE LES
DENTS ADJACENTES.



LE BRIDGE TERMINÉ, HORS BOUCHE
LES DEUX ÉLÉMENTS SOLIDARISÉS, PUIS
DE VIS VISIBLES.



LE RÉSULTAT
LA RESTAURATION INTÉGRÉE À L'ARCADE.

Situation

Édentement postérieur de deux dents molaires, avec perte de fonction masticatoire et espace édenté à restaurer. Deux implants ont été intégrés au projet prothétique afin de permettre une restauration fixe sans solliciter les dents adjacentes.

Restauration

Bridge implanto-porté de deux éléments sur deux implants. La conception tient compte de la position tridimensionnelle des implants, de l'espace prothétique disponible et de l'anatomie des dents voisines.

Conception

Conception numérique établie à partir de cinq entrées, dont aucune ne se déduit des autres.

Points contrôlés

Cinq vérifications, chacune sur un paramètre différent. Une seule qui manque et la restauration se règle au fauteuil.

Le point clé

Deux implants ne signifient pas simplement deux points de fixation. La difficulté consiste à transformer leur position en une restauration qui respecte simultanément l'occlusion, les contacts, l'anatomie molaire et l'environnement péri-implantaire.

CAS CLINIQUE

Réhabilitation du secteur antérieur maxillaire

Plusieurs dents antérieures reprises ensemble, sur racines reconstituées. La contrainte se déplace : ce n'est plus la fidélité à une dent voisine, c'est la cohérence de l'ensemble et la ligne du sourire.

Type de cas

Réhabilitation esthétique et fonctionnelle du secteur antérieur

Secteur

Maxillaire antérieur

Restauration

Couronnes unitaires multiples



SITUATION INITIALE EN BOUCHE
LE SECTEUR ANTÉRIEUR AVANT
INTERVENTION.



PIÈCES USINÉES ET BLOC DE MATÉRIAU
LES ÉLÉMENTS SORTIS D'USINAGE, À
CÔTÉ DU BLOC ET D'UN ANCRAGE.



RÉSULTAT EN BOUCHE, VUE DE FACE
LE SECTEUR RESTAURÉ DANS LE SOURIRE.

Situation initiale

Patient présentant plusieurs dents antérieures maxillaires fortement délabrées, avec d'anciennes restaurations infiltrées et une perte de substance importante. L'objectif était de rétablir simultanément la fonction, la morphologie et la cohérence esthétique du secteur.

Problématique prothétique

Le contrôle radiographique montre des racines reconstituées par ancrages radiculaires. Deux difficultés se cumulent : ces ancrages doivent être masqués sans que la restauration ne perde son naturel, et les supports reconstitués ne présentent ni la même teinte ni la même hauteur d'une dent à l'autre.

Solution retenue

Conception d'un projet numérique portant sur l'ensemble du secteur plutôt que dent par dent, afin de fixer d'emblée la ligne du sourire, les proportions et les axes. Les éléments ont ensuite été réalisés à partir de ce projet validé.

Matériau

Zircone caractérisée, retenue pour concilier deux exigences contradictoires sur ce cas : masquer des supports reconstitués et colorés, tout en conservant une intégration acceptable en secteur visible. Une vitrocéramique, plus translucide, aurait laissé transparaître les ancrages.

Le point clé

Sur une reprise multiple, l'écart le plus visible n'est pas celui avec les dents naturelles. C'est celui entre deux pièces voisines.

09 — L'ESPACE PRATICIEN

Un espace par cabinet, en complément du travail prothétique.

Chaque cabinet dispose d'un accès qui rattache les fichiers au dossier et au travail concernés, ce qu'une pièce jointe de courriel ne fait pas. C'est un service qui accompagne la prothèse ; il ne la remplace pas.

Suivi en temps réel de vos commandes

Historique complet des prescriptions

Envoi de fichiers numériques sécurisé

Communication directe avec le laboratoire

Facturation et documents en ligne

Ouvrir un accès

L'ouverture d'un compte se fait à la demande du cabinet. Les envois numériques passent ensuite par cet espace, qui conserve l'historique complet des prescriptions et met les documents de facturation à disposition.



EMPREINTES PHYSIQUES ET SCANNER INTRA-ORAL : LES DEUX VOIES RESTENT OUVERTES.



LABO DAYCO

Votre laboratoire de prothèse dentaire.

COURONNES · BRIDGES · IMPLANTS

AMOVIBLE · FACETTES · CFAO · GOUTTIÈRES

PARLER À UN PROTHÉSISTE

OUVRIR UN COMPTE

ACCÉDER À MON ESPACE

Labo Dayco travaille exclusivement pour les cabinets dentaires et livre partout en France.

06 51 42 89 67 · prothesedayco@gmail.com