

Extraction-implantation mise en fonction immédiate

Le savoir-faire prothétique au service de la chirurgie

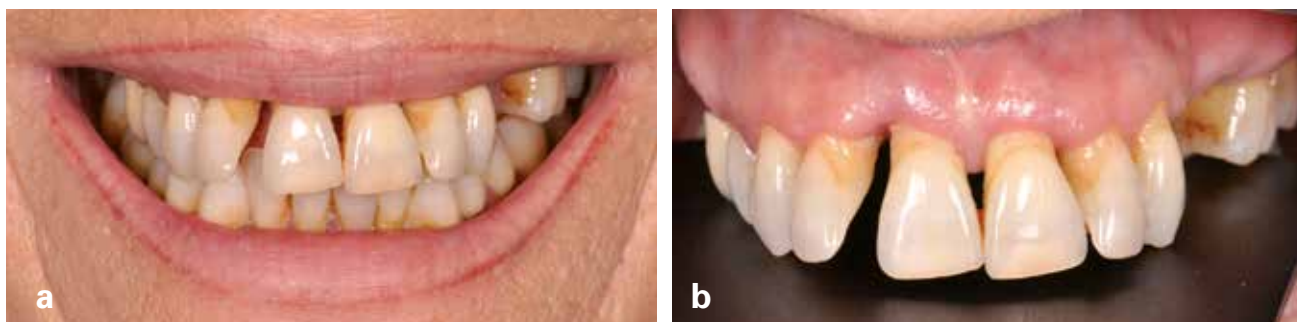
Patrice Margossian
Docteur en chirurgie dentaire

Manon Vuillemin
Docteur en chirurgie dentaire

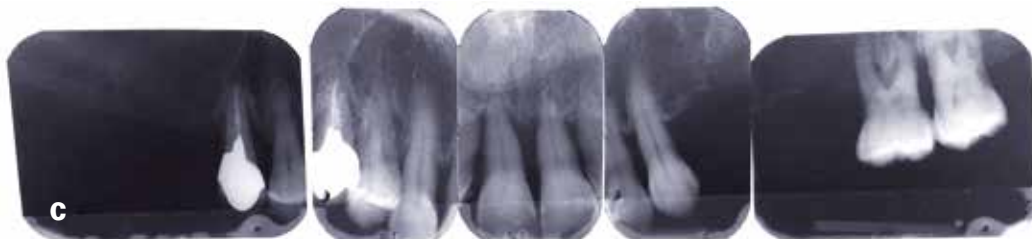
Vincent Castillo
Docteur en chirurgie dentaire

Gilles Philip
Prothésiste dentaire

Stevie Pasquier
Prothésiste dentaire



1a, b, c. Situation initiale montrant les migrations dentaires et la lésion osseuse liée à la maladie parodontale.

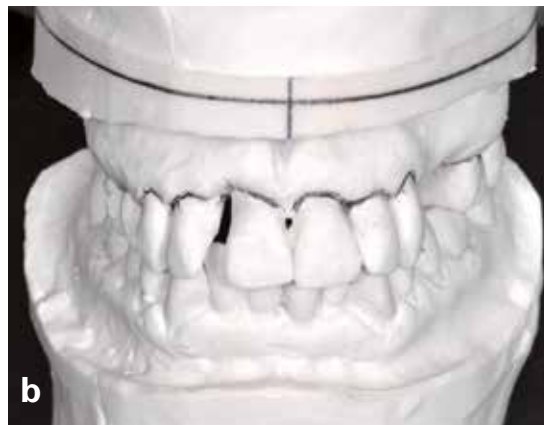


Comment établir, de façon précise, le projet prothétique et esthétique avant les extractions ?

L'implantologie moderne ne peut dissocier le geste chirurgical de la réflexion prothétique. Le projet prothétique préchirurgical est la seule garantie qui permette d'avoir des positions et des axes implantaires compatibles avec la future prothèse d'usage. Le système Ditramax permet de transmettre des références esthétiques (ligne bi-pupillaire, plan sagittal médian, plan de Camper) au laboratoire. « L'arc facial permet, par un positionnement plus précis du modèle maxillaire, de rendre plus précise la simulation de la cinématique mandibulaire.



2a, b. Enregistrement des paramètres esthétiques grâce au système Ditramax. L'objectif est de transférer directement sur le modèle de travail la ligne bi-pupillaire, le plan sagittal médian et le plan de Camper. Le prothésiste aura ainsi toutes les références esthétiques pour réaliser le projet prothétique.

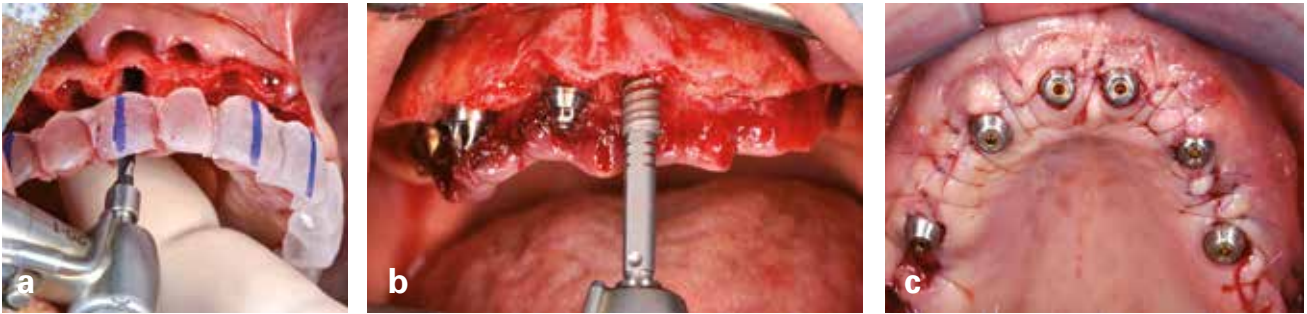


3a, b. Enregistrement des paramètres fonctionnels grâce à l'utilisation d'un arc facial (Artex, Amann Girrbach, Arseus-lab), afin de pouvoir monter les arcades sur articulateur. La relation inter-arcade est ici la relation centrée, car la migration dentaire a totalement déprogrammé le centrage, le calage et le guidage dentaire.

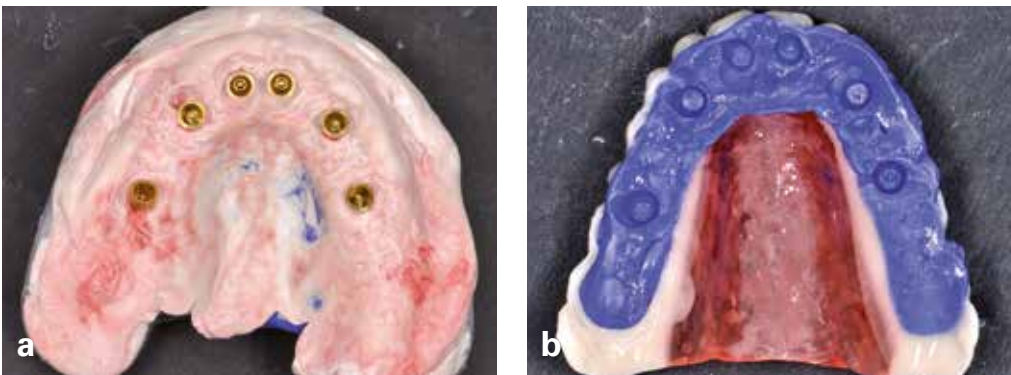
4. Meulage des dents de l'arcade maxillaire et montage de dents du commerce. L'agencement dentaire respecte la référence horizontale et verticale du Ditramax directement inscrite sur le modèle, pour assurer une orientation correcte du plan incisif et la bonne verticalité du milieu inter-incisif. Les paramètres fonctionnels sont, quant à eux, optimisés grâce à l'utilisation de l'articulateur.



Edentement Maxillaire

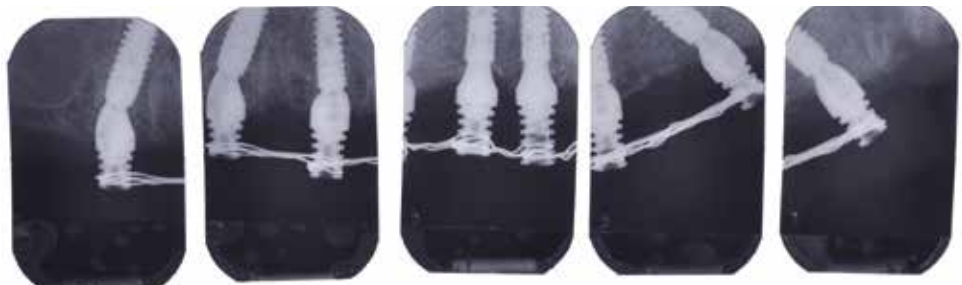


5a, b, c. Un duplicata en résine transparente du montage est réalisé et ajouré au niveau des positionnements implantaires. Ce guide servira de référence pour optimiser la position et l'axe de chaque implant. Les implants de forme conique (Axiom PX, Anthogyr) permettent d'obtenir ici une parfaite stabilité primaire, essentielle dans le cadre d'une mise en fonction immédiate. Des piliers Multi-Unit (Anthogyr) sont vissés sur les implants et permettront de réaliser une prothèse transvissée.



6a, b, c. En fin de chirurgie, une empreinte au plâtre est réalisée et un enregistrement de la relation intermaxillaire est fait grâce au rebasage d'un duplicata du montage. Le montage sur articulateur est fait au cabinet et le prothésiste peut alors réaliser la restauration transitoire armée, transvissée et à émergence naturelle sur les piliers MUA.

7. Contrôle radiologique à 5 mois postopératoires. L'ostéointégration des implants est alors acquise. On peut noter que la mise en place des MUA le jour de la chirurgie, sans plus aucun autre dévissage, a une action très positive sur la stabilité osseuse crestale.



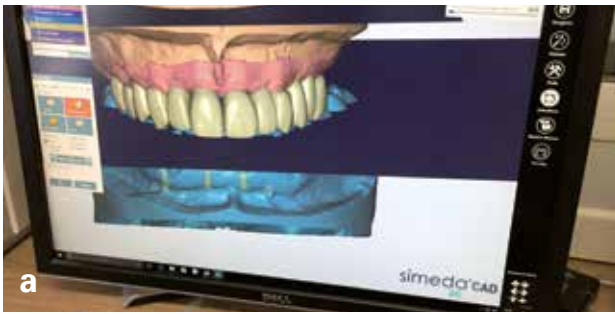


8a, b, c, d. L'empreinte définitive est également prise avec du plâtre (Snow White, Kerr). La prothèse transitoire va servir pour le nouveau montage sur articulateur et l'enregistrement du Ditramax.

Dans ce protocole où les extractions sont réalisées d'emblée, le guide chirurgical est-il suffisamment stable? Ne serait-il pas intéressant, lorsque c'est possible, de conserver une ou quelques dents pour assurer cette stabilisation?

La stabilité des guides à appuis muqueux est presque toujours imparfaite. Voilà pourquoi il est préférable de privilégier une chirurgie utilisant des guides indicatifs et non directifs pour lesquels les forages se font au travers de bagues. Dans ce cas de figure, l'ouverture d'un lambeau est obligatoire pour contrôler les positionnements implantaires dans le volume osseux.

Garder certaines dents afin d'obtenir une meilleure stabilité du guide est une bonne option. Toutefois, les sites où les dents sont les plus stables sont naturellement ceux où les volumes osseux sont les plus favorables. Il est donc préférable de privilégier l'implantation de ces sites.



9a, b, c. Le prothésiste scanne les modèles maxillaire et mandibulaire ainsi que la relation intermaxillaire (Simeda, Anthogyr). Le marquage Ditramax étant visible sur le modèle maxillaire scanné, l'ensemble des informations sont présentes pour pouvoir concevoir un projet virtuel directement sur le logiciel de CAO, (Exocad/Simeda). Ce projet est ensuite imprimé en 3D afin d'être validé cliniquement aux niveaux esthétique et fonctionnel.



10. L'armature est alors modélisée sur Exocad/Simeda par une réduction homothétique du projet esthétique. Il est possible ici d'idéaliser la position des sorties de vis par l'utilisation de l'option puits de vis angulés (Simeda). Cela permet de centrer les orifices au milieu des tables occlusales postérieures et au niveau cingulaire des antérieures. L'esthétique est alors préservée et la céramique de stratification sera mieux soutenue grâce à cette approche. La pièce est alors usinée en chrome cobalt (Simeda) pour assurer une parfaite liaison entre l'armature et la céramique de stratification dans le but d'éviter tout risque de shipping, très fréquent avec d'autres types d'armatures. L'armature est validée cliniquement pour s'assurer de sa parfaite passivité.

Quel est l'avantage principal du protocole mis en place ? Ce protocole constitue-t-il un risque pour le patient ?

Les protocoles d'extraction-implantation et mise en fonction immédiate (EIMFI) limitent le nombre de chirurgies et permettent au patient de bénéficier, tout au long du traitement, d'une denture fixe. Cela représente un confort et un avantage psychologique évidents. Quant au risque, il est établi aujourd'hui que ces protocoles permettent d'obtenir les mêmes taux de succès qu'en technique différée. La prothèse transitoire joue ici un rôle de fixateur externe qui évite, de par sa conception, toute compression muqueuse et osseuse péri-implantaire.



a



b



c



d

11a, b, c, d. La stratification est réalisée au laboratoire avec le souci permanent de l'intégration esthétique et fonctionnelle. Les dents sont caractérisées tant dans leur forme que dans leur couleur et leur géométrie de surface, pour traduire au plus juste la personnalité de la patiente.

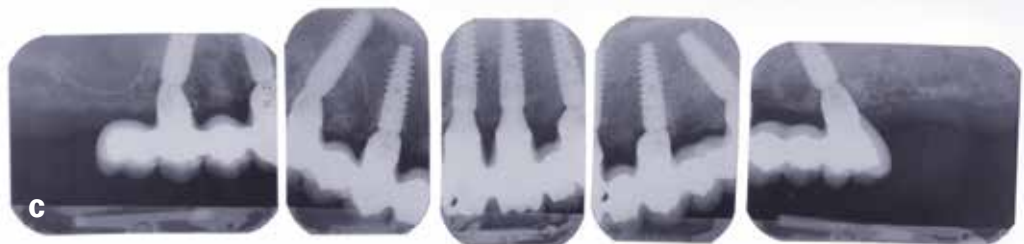


a



b

12a, b, c. Intégration clinique des restaurations céramique d'usage au niveau tissulaire et dans le sourire.



c

Correspondance : pm@patricemargossian.com

Le Dr Margossian déclare un lien d'intérêt en tant que concepteur du système Ditramax.

Les autres auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt.