



Coordonnée par Renaud Noharet

Introduction

Une patiente se présente au cabinet car elle souffre d'abcès à répétition au niveau des deux piliers dentaires d'un bridge. Dix ans auparavant, elle a été victime d'un accident de la voie publique. À cette époque, un bridge de trois éléments a été réalisé pour pallier le défaut esthétique, en remplaçant les quatre incisives absentes. Un diagnostic clinique et radiographique précis ne laisse aucun doute, les piliers du bridge doivent être extraits.

Face à cette situation clinique imposant une restauration du sourire, le praticien est confronté à plusieurs questions :

- un traitement orthodontique préalable doit-il être envisagé ?
- quel nombre de dents doit-on remplacer ?
- combien d'implants envisager et dans quelle position ?
- une technique d'implantation immédiate peut-elle être envisagée ?
- quelle temporisation choisir ?
- quel(s) matériau(x) envisager pour les prothèses d'usage ?

Une première proposition de traitement a envisagé une thérapie orthodontique pour une meilleure répartition des espaces et des dents. Mais cette alternative a été refusée par la patiente, ce qui a imposé inévitablement des compromis thérapeutiques. Une option implantaire a été proposée puis acceptée par la patiente. L'étude prothétique pré-implantaire a révélé la nécessité de procéder à l'extraction des deux racines piliers de bridge, à la réalisation de deux couronnes implanto-portées ainsi qu'à la confection de facettes sur les dents 14, 13, 23 et 24.

Référence

Gaillard C. *Restauration implanto-prothétique antérieure. Le projet prothétique, élément clé de la thérapeutique.* Cah Prothèse 2016;176:8-16.

Restauration implanto- prothétique antérieure

Le projet prothétique, élément clé de la thérapeutique

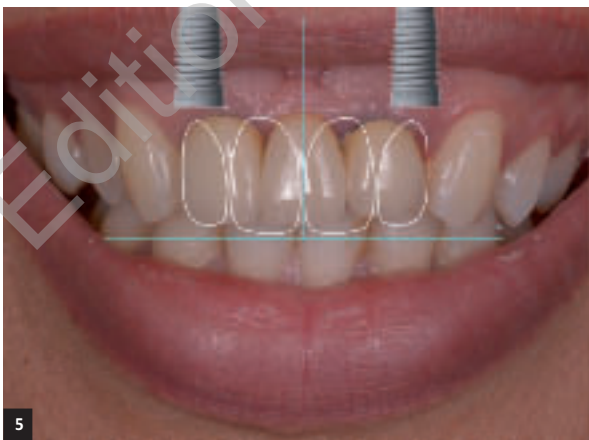
C. GAILLARD

La situation initiale de la patiente (fig. 1 et 2) révèle un sourire gingival, la présence de trois incisives de même taille et la non-concordance de la ligne médiane et du milieu interincisif.

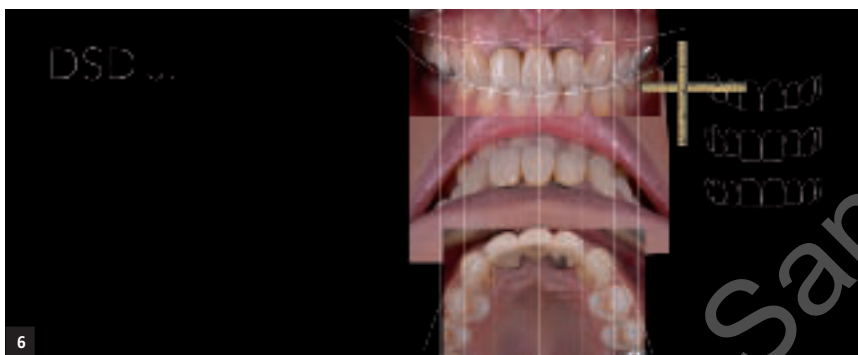
Des photographies, indispensables pour établir le diagnostic esthétique et l'étude esthétique par DSD® (Digital Smile Design®) sont prises (fig. 3).

Deux possibilités prothétiques sont exposées (voir tracés en blanc) :

- le remplacement des quatre incisives sans préparer les canines, mais l'espace prothétique est trop étroit donc les dents trop petites en largeur (fig. 4) ;
- le remplacement des quatre incisives avec travail sur la forme des canines, l'espace prothétique plus large autorisant la mise en place de quatre incisives de taille plus harmonieuse (fig. 5).



L'étude esthétique réalisée grâce au DSD® demande trois vues cliniques (fig. 6). Conformément aux figures 4 et 5, la décision est prise de procéder à une restauration globale par la pose de deux implants remplaçant les deux incisives centrales tout en transformant les canines en incisives latérales et les premières prémolaires en canines à l'aide de facettes en céramique. Comme il est impératif dans ce cas d'augmenter le volume de la papille entre les incisives centrales, une greffe conjonctive sera programmée au moment de la mise en place des implants. Toutes les données mesurées sont transférées au laboratoire de prothèses pour la confection du wax-up [1].



La confection du wax-up est guidée par l'étude DSD® : comparaison entre l'état initial et le projet (fig. 7 à 9).

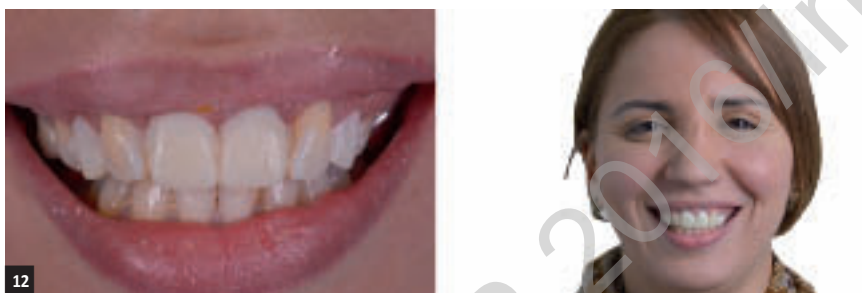




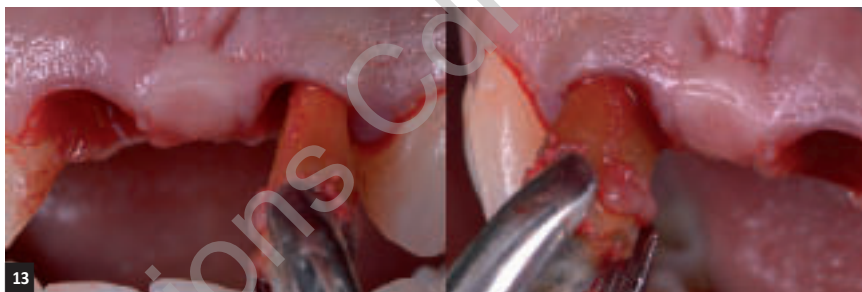
L'ancien bridge est déposé afin de réaliser le *mock-up* (fig. 10).



Une clé en silicone est réalisée au laboratoire puis investie de résine composite (ProviTemp, Bisico) pour la confection du *mock-up* clinique (fig. 11).



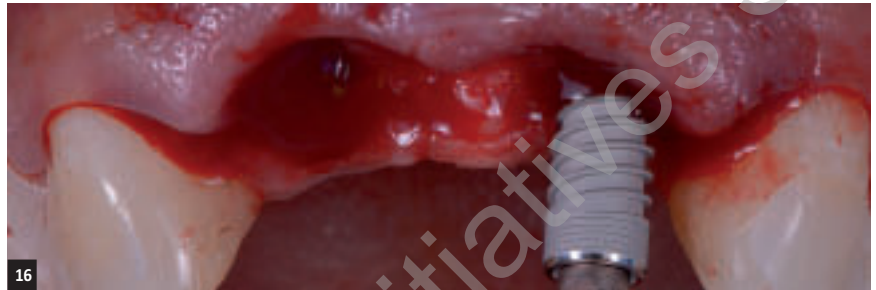
Le *mock-up*, reflet de la planification du traitement, est accepté par la patiente. Le traitement clinique peut donc s'envisager conformément à ces références validées (fig. 12).



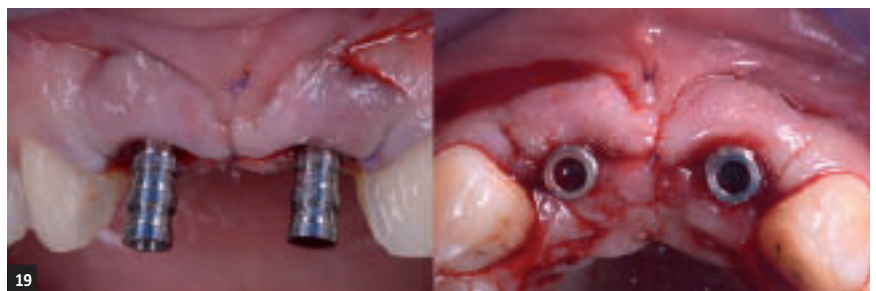
L'extraction des deux racines support de bridge est réalisée. Puis, avec une microlame chirurgicale, une incision d'épaisseur partielle est réalisée en vestibulaire afin de positionner dans un second temps le greffon conjonctif nécessaire à un volume tissulaire final correct (fig. 13 et 14).

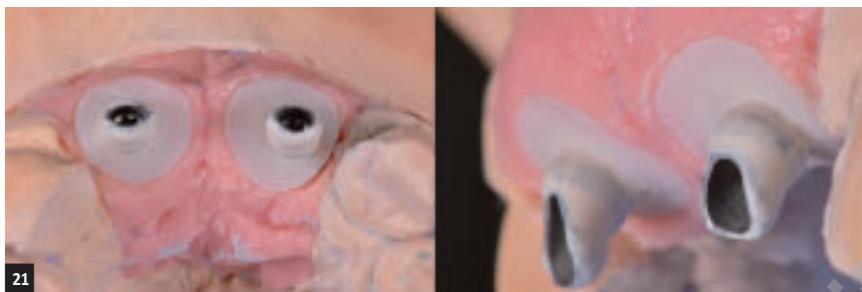


Le forage implantaire est réalisé puis les implants (GC Implants) sont insérés en fonction du projet prothétique [2, 3] (fig. 15 à 17).



La mise en place du greffon conjonctif prélevé à la tubérosité est alors réalisée [4]. Puis la prise d'empreinte est effectuée et les piliers de cicatrisation sont vissés pour la durée de confection, par le temps que le laboratoire de prothèses, des prothèses transitoires (fig. 18 à 20).





Le laboratoire de prothèses va alors créer un profil d'émergence idéal et personnalisé sur chaque pilier transitoire. Les couronnes transitoires correspondantes sont ensuite installées (fig. 21 à 23).

Les figures 24 à 26 montrent la cicatrisation des tissus au bout de 1 semaine puis de 4 mois, autour des éléments transitoires.

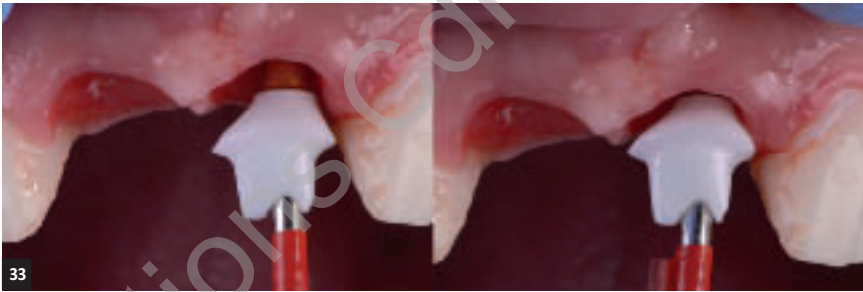
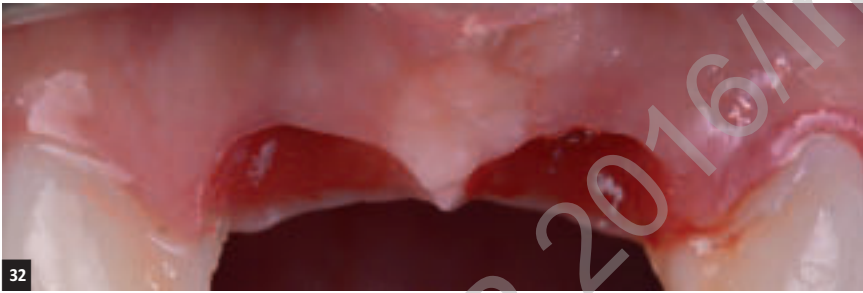
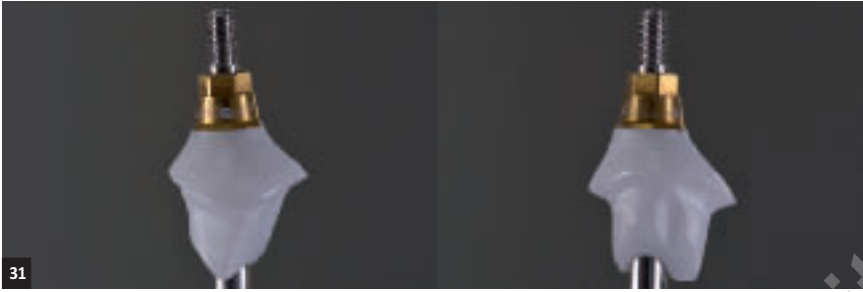
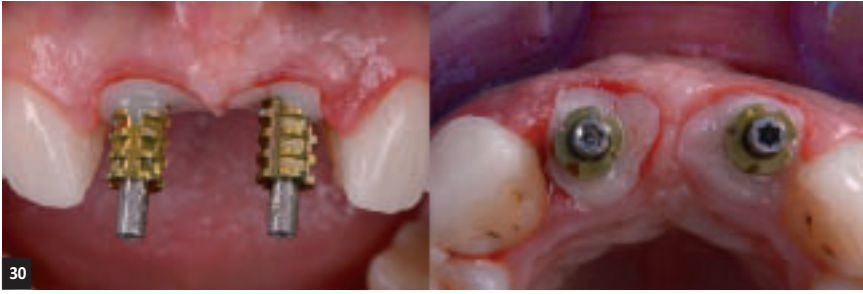


La dépose des piliers transitoires pour la prise d'empreinte est réalisée (fig. 27 et 28). Les éléments transitoires ont permis de guider la cicatrisation gingivale afin qu'une émergence naturelle soit établie pour les futures restaurations implantaire.



La prise d'empreinte avec des transferts personnalisés est réalisée, pour transférer avec précision au laboratoire cette anatomie tissulaire modelée lors de la cicatrisation [5] (fig. 29 et 30).





Les piliers définitifs en zircone sont réalisés par conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO), reproduisant parfaitement le profil d'émergence prédéterminé et le volume des piliers transitoires préalablement établi. Ces piliers sont transvisés dans les implants (fig. 31 à 34).

Les prothèses d'usage sont confectionnées en céramique IPS e.max (Ivoclar Vivadent) : couronnes en céramique (pressée, stratifiée, scellée) et facettes en céramique (pressée, stratifiée, collée) (All-Bond 2, Bisico) (fig. 35 et 36).



CONCLUSION

L'établissement du plan de traitement est une phase essentielle de la thérapeutique implanto-prothétique. Il est déterminant de construire le projet prothétique à partir de photographies et de vidéos du visage du patient pour communiquer dans la précision. Cette communication s'impose non seulement avec le patient mais aussi avec le laboratoire de prothèses. Une fois le projet prothétique construit et validé grâce au *mock-up* en situation clinique, le traitement n'est finalement plus qu'une suite d'actes opératoires...

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Coachman C, Paravina RD. Digitally enhanced esthetic dentistry. From treatment planning to quality control. J Esthet Restor Dent 2016;28 (suppl. 1):3-4.
- 2 Cosyn J, Eghbali A, De Bruyn H, Collys K, Cleymaet R, De Rouck T. Immediate single-tooth implants in the anterior maxilla: 3-year results of a case series on hard and soft tissue response and aesthetics. J Clin Periodontol 2011;38:746-753.

3 Chen ST, Buser D. Esthetic outcomes following immediate and early implant placement in the anterior maxilla. A systematic review. Int J Oral Maxillofac Implants 2014;29 (suppl.):186-215.

4 Zuhr O, Bäumer D, Hürzeler M. The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. J Clin Periodontol 2014;41 (suppl.15):S123-S142.

5 Shah K, Yilmaz B. A technique to transfer the emergence profile contours of a provisional implant crown to the definitive impression. Int J Oral Maxillofac Implants 2016;31:e15-e17.

Remerciements

Au laboratoire de prothèses Global Esthetic, Bordeaux (Jérôme Bellamy).

Liens d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant cet article.

Auteur

Cyril Gaillard - Docteur en chirurgie dentaire, co-fondateur de GAD-Center