

# Une corde de plus à notre arc pour la prothèse sur implants : le pilier Vario SR.



**Dr. Eric NORMAND**

- Ancien assistant hospitalier-universitaire
- Exercice limité à l'implantologie et à la parodontologie
- Bordeaux
- Dr.eric.normand@gmail.com

Il est intéressant de noter que le système Camlog ne possédait pas jusqu'à présent dans son catalogue de pilier conique pour réaliser des prothèses céramo-métalliques transvissées, unitaires ou plurales. En effet, le marché allemand, sur lequel Camlog est numéro 2 et où la prothèse scellée est en vogue (ses avantages majeurs étant que l'on évite les puits d'accès aux vis de prothèse, et que le ciment de scellement vient compenser les éventuelles absences de passivité de l'armature), ne réclamait pas ce type de pilier. L'expansion de cette société au niveau mondial depuis son rachat par Henry Schein a impliqué son adaptation à d'autres profils de praticiens, notamment français, qui apprécient aussi la prothèse transvissée, notamment pour sa facilité de démontage et pour l'absence de ciment de scellement, celui-ci pouvant, si l'on n'est pas minutieux, induire des problèmes péri-implantaires.

Ce cas clinique présente la réalisation prothétique d'un bridge maxillaire droit porté par 3 implants, transvissé sur les nouveaux piliers Vario SR. Ce cas aurait pu aussi bien être traité en prothèse scellée.

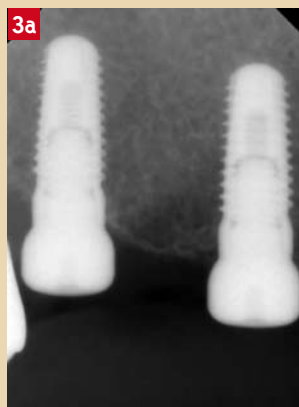
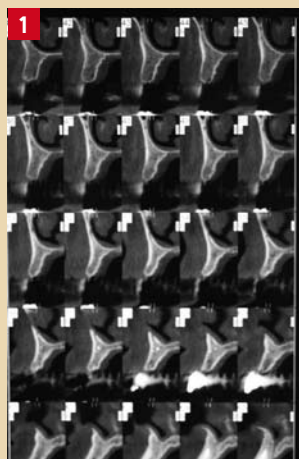
## Informations sur le patient et le traitement

Ce patient souhaitait ne plus avoir d'appareil amovible. Son objectif était plus fonctionnel qu'esthétique, les prothèses fixées anciennes recouvrant les secteurs adjacents à l'édentement le satisfaisant pleinement tant sur le plan esthétique que fonctionnel. L'espace édenté se révélant important, un bridge dento-porté aurait conduit à l'échec à court terme. Le plan de traitement était donc simple : remplacement de 13.14.15.16 par une prothèse fixée implanto-portée.

L'étude clinique du cas a révélé un espace inter-arcades suffisant, une occlusion favorable, une quantité importante de gencive attachée, la ligne de jonction mucco-gingivale se situant à une distance suffisante du milieu de la crête. Dans le sens mésio-distal, la distance s'est révélée insuffisante pour remplacer les quatre dents absentes. L'option a été prise de réaliser trois dents : une canine, une prémolaire et une molaire. L'examen radiographique tomographique par faisceau conique (conebeam) a révélé un volume osseux résiduel important permettant la pose d'implants dans les meilleures conditions. Il n'était donc pas nécessaire de réaliser une chirurgie pré-implantaire d'augmentation des tissus durs ou des tissus mous.

Les photos suivantes illustrent les différentes étapes de la thérapeutique. ♦

Prothésistes  
Gilles NAUZES et  
Jérôme BELLAMY,  
laboratoire Cristal,  
Bordeaux



**Fig. 1 :** examen radiologique pré-op : tomographie.

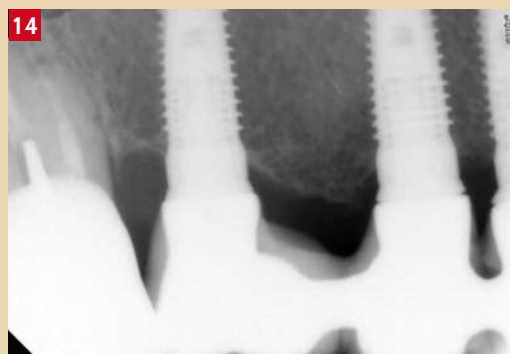
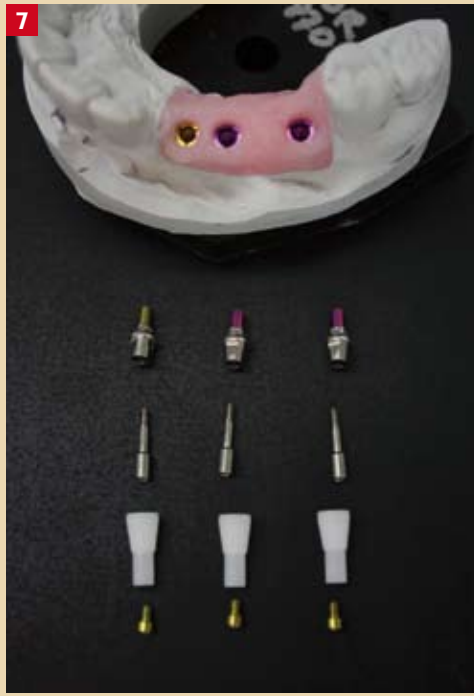
**Fig. 2 :** vue clinique post-opératoire. Le lambeau d'épaisseur totale, sans incision de décharge, a été sculpté après la pose des trois implants (3,8 x 11 en position de 13, 4,3 x 11 en 14 et 16) et de leurs vis de cicatrisation (évasées, 4 mm de hauteur). Les petits lambeaux pédiculés, technique dérivée de celle de Palacci, ont permis la coaptation des berges sans tension, dessinant les futures papilles

**Fig. 3 : 3a et 3b** Examen radiologique post-opératoire : radio rétroalvéolaire

**Fig. 4 :** vue clinique après cicatrisation : noter les irrégularités cicatricielles corrigées ensuite par gingivoplastie au bistouri électrique

**Fig. 5 :** vue clinique après 8 semaines, au moment de l'empreinte





**Fig. 6 :** transferts d'empreinte pop-in en place. Noter l'utilisation de transferts d'empreinte « à ciel fermé », d'une utilisation plus simple que les transferts « à ciel ouvert » et tout aussi précis dans ce système, quand les implants présentent peu d'angulation entre eux  
**Fig. 7 :** modèle positif avec fausse gencive et vue des pièces utilisées par le laboratoire pour la réalisation du bridge. Détail qui a son importance : un seul tournevis est nécessaire pour toutes les étapes prothétiques  
**Fig. 8 :** adaptation des tubes calcinables avant le wax-up  
**Fig. 9 :** vérification de l'adaptation de l'armature sur le modèle et contrôle de sa passivité

**Fig. 10 :** pilier Vario SR en place. Les implants présentant peu de divergence, des piliers droits ont été utilisés  
**Fig. 11 :** essai de l'armature  
**Fig. 12 :** radio de contrôle. Plusieurs radios sont prises avec l'installation en alternance des vis de pilier afin de contrôler la passivité totale de l'armature  
**Fig. 13 :** armature céramisée sur le modèle  
**Fig. 14 :** contrôle radio du bridge lors de l'essai : noter les légers hiatus présents au niveau des implants mésiaux, dus à un point de contact avec la 13 trop serré  
**Fig. 15 :** nouvelle radio une fois les réglages réalisés : noter l'absence de hiatus

**Fig. 16 :** vue occlusale du bridge lors de l'essai. Les vis de piliers sont ensuite serrées à 20 Ncm, et celles du bridge à 15 Ncm  
**Fig. 17 :** vue palatine 3 mois après la mise en place de la prothèse. Les puits d'accès occlusaux ont été comblés avec une boulette de coton et un apport de composite. Noter l'aspect irrégulier et non homogène, accentué par la prise de vue au flash. Cet aspect nous est inesthétique en tant que cliniciens, il ne gêne cependant aucunement le patient  
**Fig. 18 :** vue vestibulaire 3 mois après la mise en place de la prothèse