

Les techniques de temporisation



Dr Georges KHOURY

■ DU d'implantologie et de reconstitution osseuse pré-implantaire
■ Unité d'implantologie Paris 7



Dr Bernard PELTIER

■ Formateur Generation Implant
■ webmaster @generation-implant.com



Dr Guillaume FOUGERAIS

■ Formateur Generation Implant
■ webmaster @generation-implant.com

La temporisation est devenue une étape indispensable du traitement en implantologie. Dans les cas de réalisation d'une prothèse fixe implanto-portée, l'utilisation d'une prothèse provisoire va nous permettre de mettre en fonction les implants et de gérer la cicatrisation des tissus mous : obtention de papille, modelage du profil gingival et stabilisation de la gencive marginale [1] pendant la phase d'ostéointégration.

La période de temporisation est également mise à profit pour gérer l'esthétique. Nous pourrions tester la forme, la teinte de la future prothèse et ainsi la soumettre au patient et à son entourage pour une meilleure acceptation.

Concernant les techniques de temporisation, nous pouvons les classer en deux familles : les prothèses provisoires amovibles et les prothèses provisoires fixes.

Prothèse provisoire amovible : il s'agit d'une prothèse en résine d'une ou plusieurs dents qui est mise en place soit le jour même de la pose des implants, soit à la dépose des fils pour éviter tout contact de celle-ci avec la muqueuse oedématisée pendant 8 à 10 jours. Il faut éviter la prothèse afin d'éviter une surcharge non maîtrisée sur les implants (Fig. 1 et 2). Un rebasage à la résine molle peut être effectué quelques semaines après la pose des implants afin de combler l'espace entre la prothèse et les implants.

Les patients doivent être prévenus que la prothèse peut être instable et qu'ils doivent l'enlever à chaque brossage pour permettre un contrôle de plaque au niveau de l'ensemble de la cavité buccale et surtout au niveau du site opératoire. La prothèse devra alors être trempée dans un bain de bouche à la chlorhexidine à 0,2 % pendant 10 minutes afin de la décontaminer avant de la remettre en bouche [2].

Prothèse provisoire fixe : elle ne sera pas réalisée nécessairement le jour de la pose des implants. Elle pourra être :

- immédiate : mise en place le jour de la pose des implants
- précoce : mise en place quelques jours après la pose des implants
- différée : mise en place quelques semaines après la pose des implants.

Nous distinguerons les prothèses unitaires et les prothèses multiples.

Dans le cas d'une prothèse unitaire, nous avons la possibilité de sceller, de visser ou de coller la couronne provisoire.

- Prothèse provisoire unitaire vissée : la couronne provisoire est vissée sur la tête de l'implant (Fig. 3 et 4).

L'avantage de cette technique réside dans la facilité de dépose avant chaque étape prothétique et dans la gestion de l'esthétique proche de la solution finale. Il faut impérativement que l'implant ait une bonne stabilité primaire et que son axe soit palatin afin d'éviter une sortie de vis en vestibulaire.

La couronne provisoire est soit faite par le laboratoire de prothèse à partir d'une empreinte de la tête de l'implant, soit réalisée au cabinet à l'aide d'une coque qui sera remplie de résine et insérée



Fig. 1 : prothèse résine amovible (une dent) mise en place le jour de la pose de l'implant

Fig. 2 : prothèse amovible complète évidée en regard des piliers de cicatrisation pendant la phase d'ostéointégration.

Fig. 3 et 4 : couronne provisoire en résine réalisée par le laboratoire de prothèse et vissée manuellement sur l'implant. Le puits d'accès à la vis est comblé avec un matériau facile à déposer (cavit par exemple).



Fig. 5 et 6 :
le pilier prothétique est vissé définitivement sur l'implant et la couronne provisoire est scellée par-dessus provisoirement.

Fig. 7 et 8 :
vue vestibulaire et occlusale de la prothèse provisoire collée après la pose de l'implant au niveau de la 11. Le collage est réalisé avec un composite fluide pour permettre une très bonne tenue le temps de l'obtention de l'ostéointégration. Dans un second temps une prothèse provisoire vissée sur la tête de l'implant sera mise en place une fois l'ostéointégration obtenue pour gérer les tissus mous et l'esthétique.

Fig. 9 et 10 :
hémi-brackett en place. Fixation à l'aide de composite fluide de la dent provisoire.

sur le cylindre en titane préalablement vissé sur l'implant.

L'usage de ce type de prothèse provisoire permet également de modeler le profil gingival pour parfaire l'intégration de la couronne définitive.

- Prothèse provisoire unitaire scellée : la couronne provisoire est scellée sur le pilier prothétique définitif (Fig. 5 et 6). Nous utilisons un ciment de scellement provisoire afin de faciliter la dépose de la couronne à chaque étape du traitement prothétique. Ce type de provisoire est indiqué quand l'axe de l'implant est trop vestibulé pour éviter de voir le puits d'accès à la vis en vestibulaire. Elle présente en outre l'avantage d'éviter les dévissages répétés lors des phases prothétiques qui peuvent être responsables d'un repositionnement apical des tissus mous et d'une résorption de l'os marginal [3].

- Prothèse provisoire unitaire collée (bridge collé) : la couronne provisoire est réalisée de la même manière qu'un bridge collé traditionnel et collée à la résine sur la face palatine des dents adjacentes (Fig. 7 et 8). Cette technique permet d'avoir une solution temporaire fixe sans mettre en charge l'implant (en cas de stabilité primaire insuffisante par exemple). Elle évite le recours à la prothèse amovible pour les patients refusant ce type de temporisation. Par contre, elle est plus difficile à gérer lors des étapes de prothèse car sa dépose est

plus difficile et plus longue. Elle nécessite également un espace suffisant en palatin en position d'intercuspidie maximale pour pouvoir être réalisée.

- Prothèse provisoire unitaire collée avec brackett d'orthodontie : le principe est le même que précédemment mais en le simplifiant à l'extrême. La mise en œuvre est très simple, il suffit de coller 2 hémi brackett sur les faces distales et mésiales des dents bordant l'édentement (Fig. 9) et de fixer sur ces supports, soit une dent provisoire remplie de résine, soit une dent prothétique du commerce (Fig. 10). La fixation sera assurée par du composite fluide.

En ce qui concerne les prothèses provisoires sur plusieurs implants, elles sont systématiquement vissées afin de permettre un démontage facile à chaque séance. Elles sont en résine avec un renfort métallique (idéalement coulé) pour leur assurer une solidité et une rigidité plus importantes. Elles sont réalisées sur les piliers prothétiques, soit directement au cabinet en rebasant la prothèse amovible du patient, soit au laboratoire de prothèse à partir d'une empreinte prise immédiatement après la pose des implants ou après un délai plus important en cas de stabilité primaire insuffisante.

La temporisation est une étape souvent sous-estimée par le praticien mais la plus importante aux yeux du patient. C'est souvent une des premières



Fig. 11 et 12 :
après extractions et mise en place des implants, les piliers prothétiques sont vissés sur les implants. Les transferts d'empreinte sont ensuite vissés sur les piliers prothétiques et solidarisés entre eux avec de la résine (Luxabite).

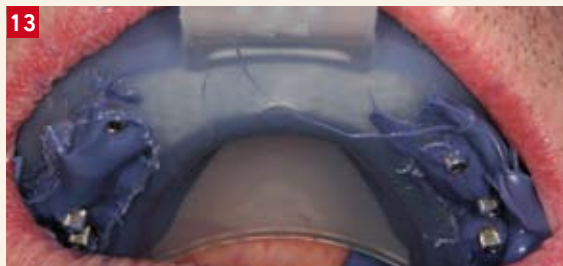


Fig. 13 et 14 :
l'empreinte est prise avec un porte-empreinte à ciel ouvert et un poly-éther (Impregum). Le bridge provisoire réalisé par le laboratoire de prothèse est mis en place à 3 jours post-opératoires et vissé manuellement sans l'utilisation de clé dynamométrique.



inquiétudes lors de la présentation du plan de traitement. Les patients veulent être rassurés sur cette phase en terme d'esthétique (présence de dents), de fonction (mastication) et de confort.

Les techniques sont aujourd'hui simples à mettre en place. Il convient de les anticiper au moment de la planification implantaire afin de les utiliser systématiquement pour la bonne réussite de nos traitements implantaires et pour la plus grande satisfaction de nos patients. ◆

Bibliographie

1. Block MS, Mercante DE, Lirette D, Mohamed W, Ryser M, Castellon P., Prospective evaluation of immediate and delayed provisional single tooth restorations. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Nov;67(11 Suppl):89-107.
2. Da Silva FC, Kimpara ET, Mancini MN, Balducci I, Jorge AO, Koga-Ito CY, Effectiveness of six different disinfectants on removing five microbial species and effects on the topographic characteristics of acrylic resin. J Prosthodont. 2008 Dec;17(8):627-33.
3. Abrahamsson I, Berglundh T, Lindhe J., The mucosal barrier following abutment dis/reconnection. An experimental study in dogs. J Clin Periodontol. 1997 Aug;24(8):568-72.

Compagnonnage Clinique Dentaire

lescompagnonsdentaire.fr

Vous voulez apprendre vite et bien ?

Vous pensez comme nous que la progression la plus simple et efficace passe par le « **Voir faire sur patients** » ?

Voici une **nouvelle approche, sur le terrain** autour des patients du Spécialiste. Chaque acte est programmé minimum 4 fois sur une journée. Vous assisterez à la journée complète chez le Spécialiste, sur son rythme de travail habituel.

► **Choisissez un acte, une machine ou une problématique : 239 sujets !**

Aussi pour vos assistantes : quelle progression et motivation en suivant une assistante expérimentée en direct (9 sujets spécial assistantes) !



Les sujets & nos engagements qualité : lescompagnonsdentaire.fr