

2014

LES SOLUTIONS PROTHÉTIQUES

Dr David TEMSTET

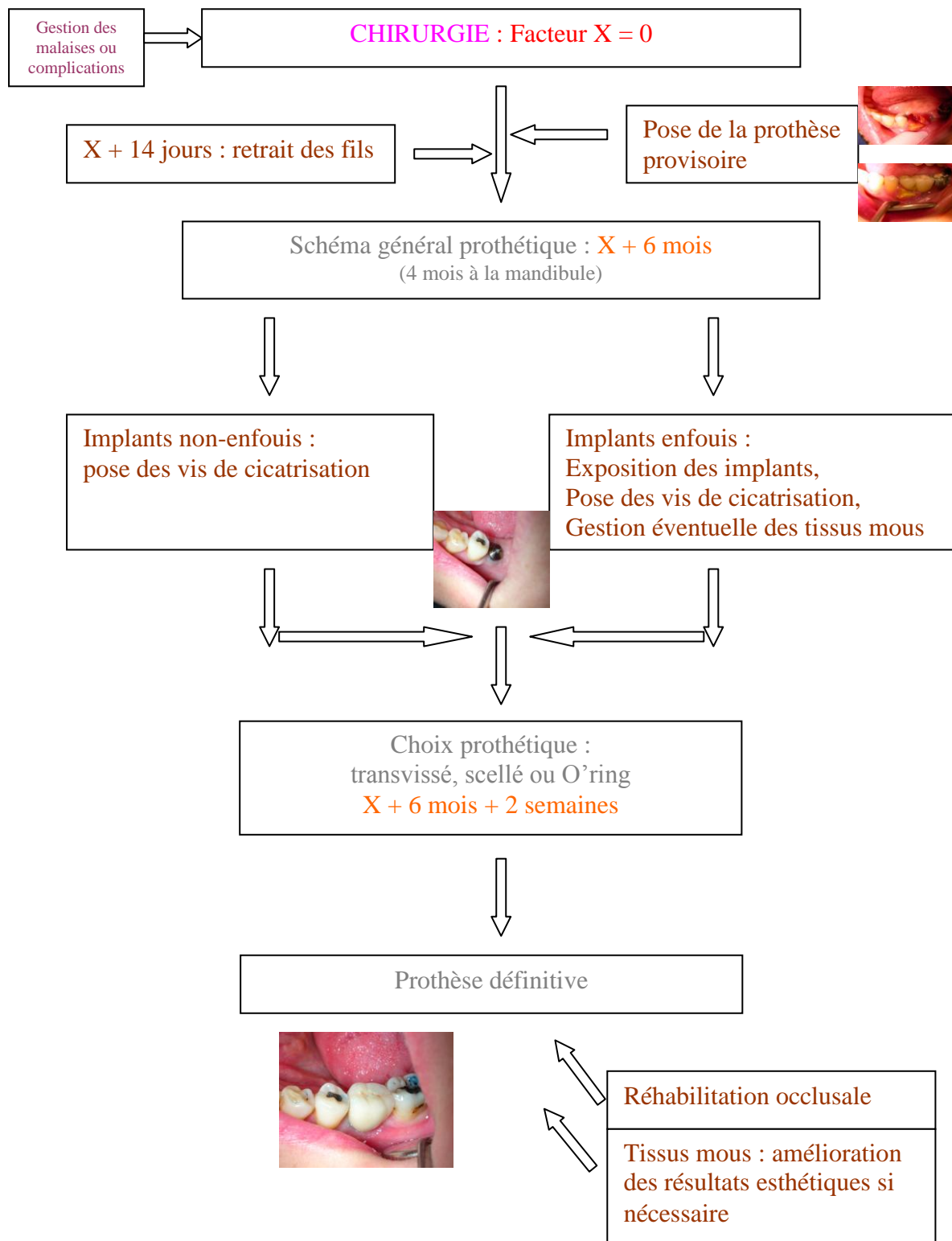
Docteur en chirurgie dentaire

Implantologie orale et maxillo-faciale

Président de l'association universitaire d'implantologie orale et maxillo-faciale de la
faculté de médecine de Lille 2



6-1 Implants unitaires à mise en charge différée



6-2 Implants unitaires à mise en charge immédiate

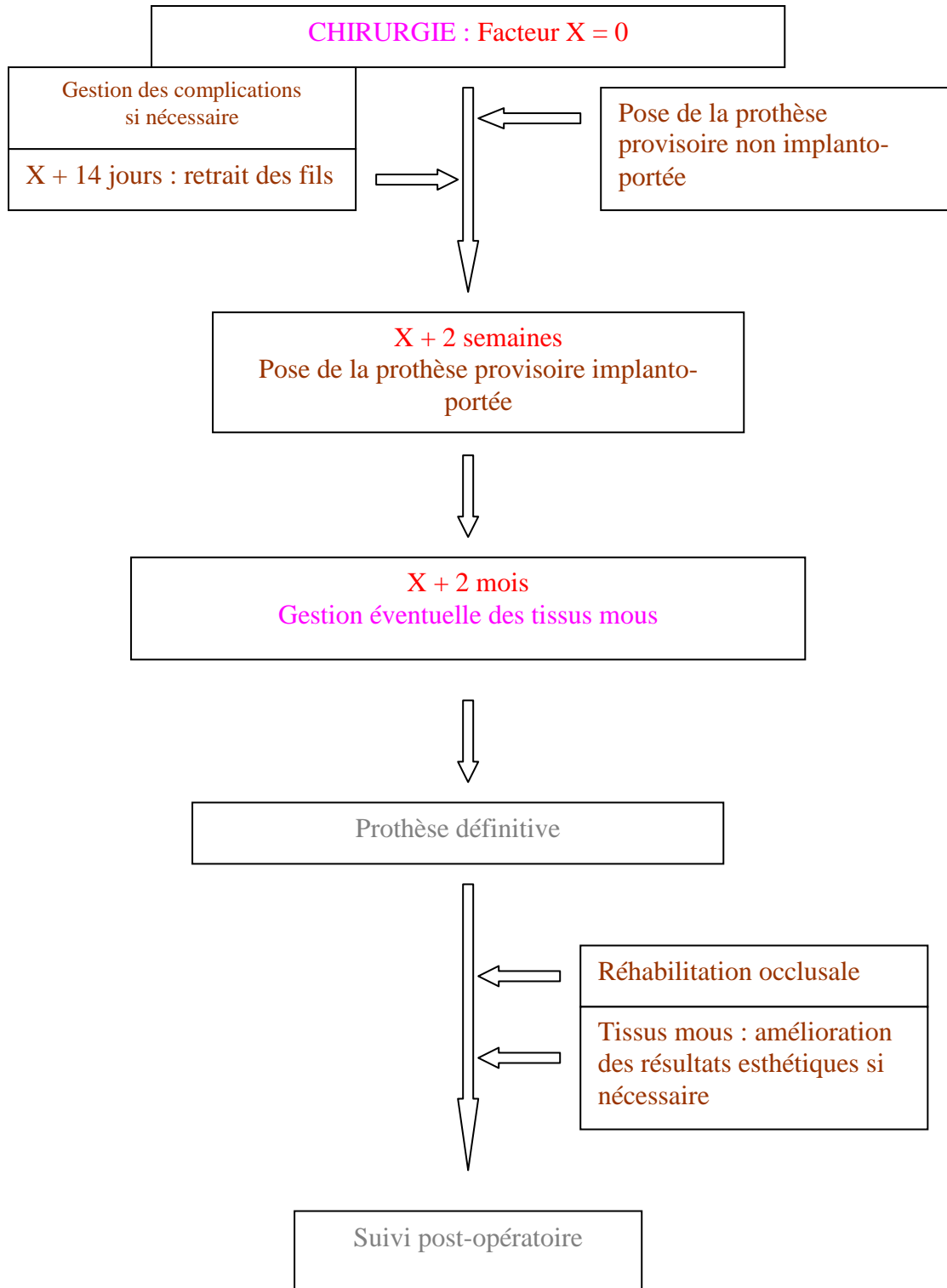
La mise en charge immédiate est à ce jour l'un des domaines de recherches les plus dynamiques en implantologie.

A ce jour, on tend plutôt vers un raccourcissement de la durée de mise en charge : 3 mois au lieu de 6 (comme pour le dernier implant osseo-speed d'Astra par exemple).

Cependant, l'éventualité d'une mise en charge immédiate est de plus en plus évoquée.

Le facteur temps global X, qui démarre toujours au moment de la chirurgie, est alors considérablement raccourci, suivant les indications propres à l'implant utilisé.

(De nombreux implants relevant de l'implantologie lourde sont également à mise en charge immédiate mais leur protocole est particulier. C'est pourquoi ils seront approfondis par la suite).

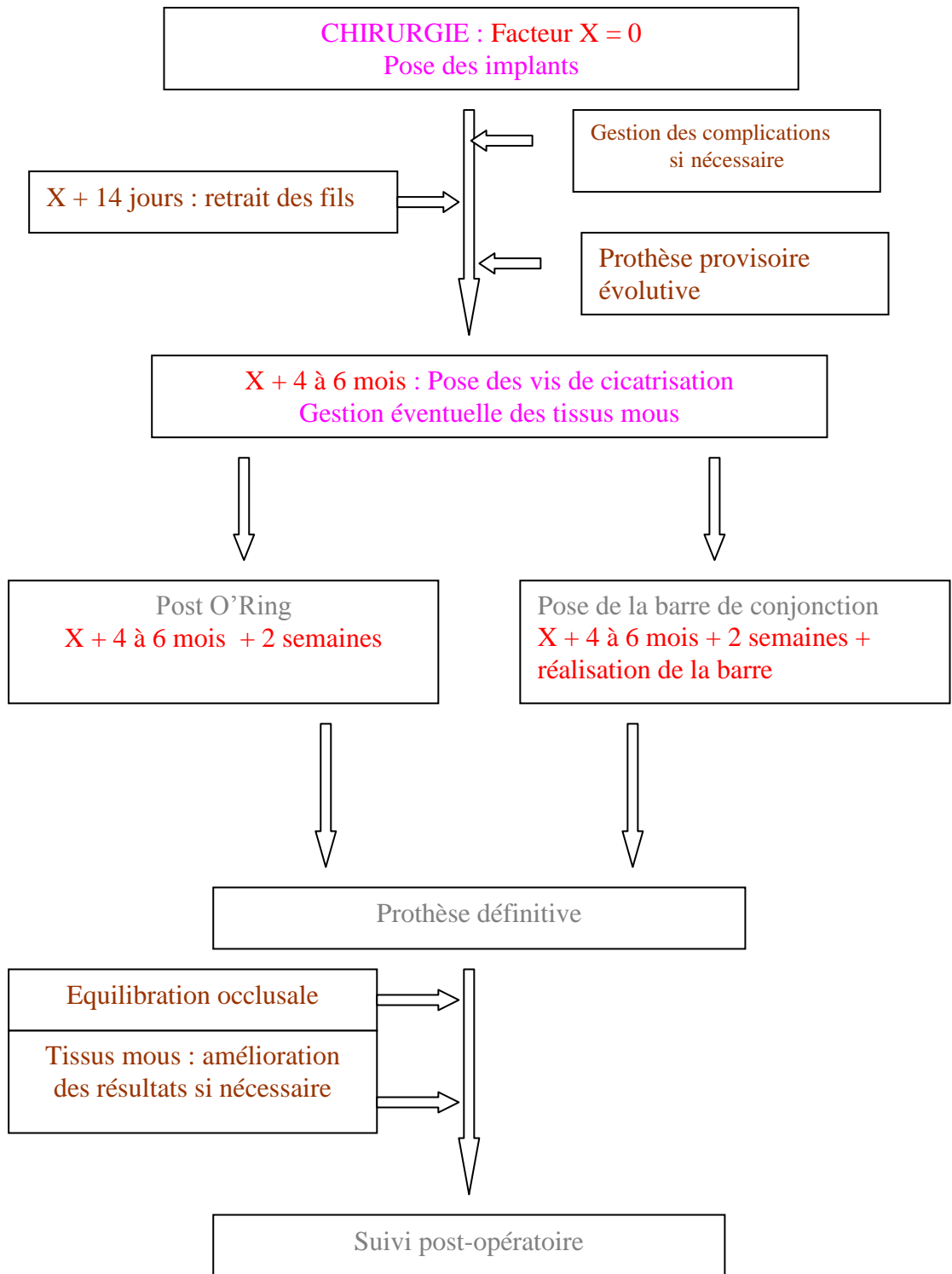


6-3 Prothèse amovible mucco-implanto-portée

L'amélioration du confort pour les patients porteurs de prothèse amovible constitue l'apport majeur de l'implantologie à la prothèse adjointe. Il s'agit principalement

- de la rétention des prothèses amovibles
- et de la disparition du caractère inesthétique des crochets antérieurs.

Le facteur temps X du plan de traitement démarre à la chirurgie de mise en place du ou des implants puis évoluera, après ostéointégration vers la voie prothétique choisie (soit O'Ring comme notre exemple, soit barre de conjonction pour attachements cavaliers etc...)



Le cas ci-dessous montre la réalisation d'une plaque squelettée en remplacement de 16, 15, 14 et 13 avec un attachement sur O'Ring posé sur implant en position 13.



6-4 Implants à visée orthodontique

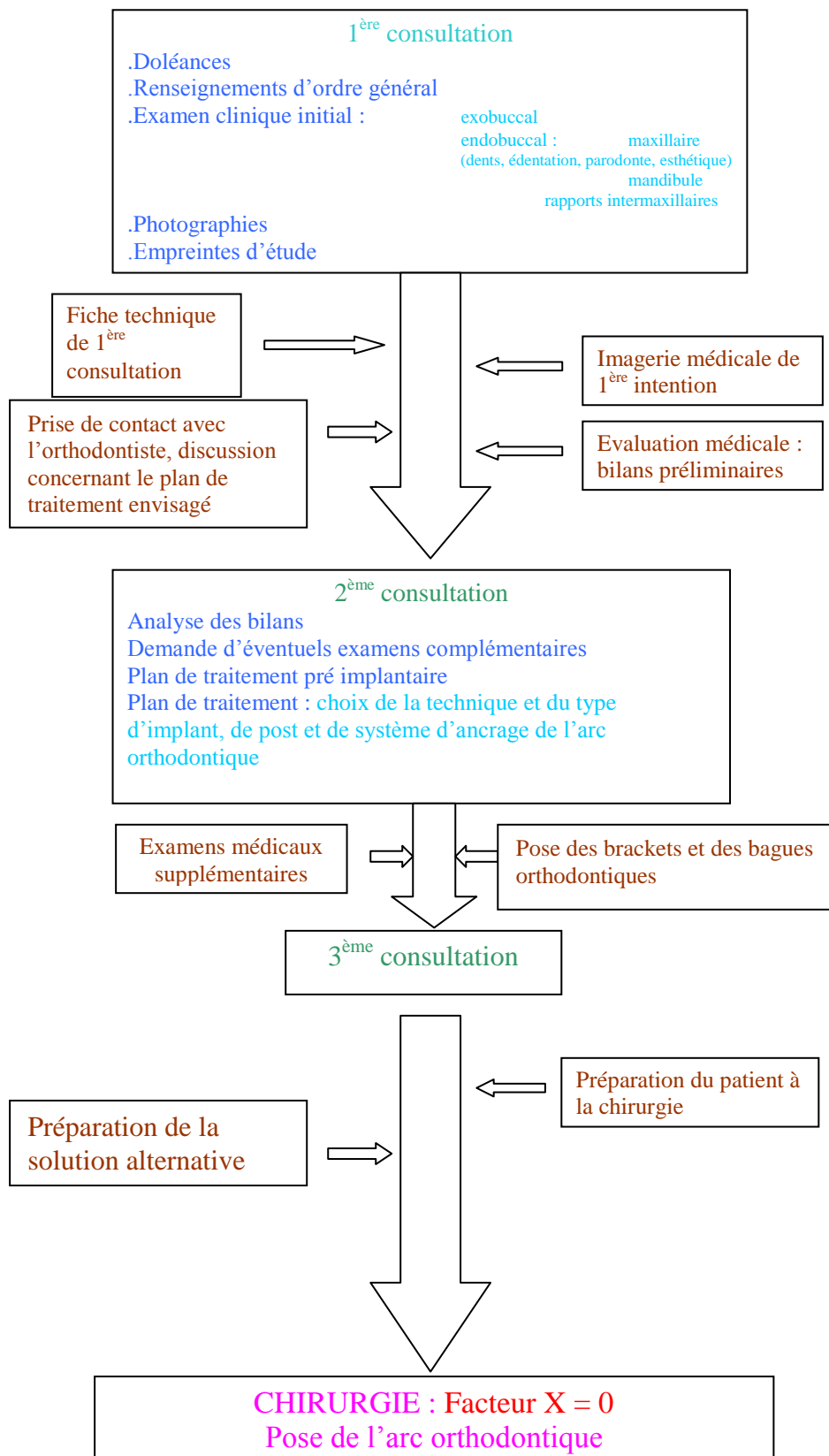
De nombreux résultats ont montré la fiabilité des implants en tant qu'ancrages orthodontiques. En effet, soumis aux forces exercées, les implants restent totalement immobiles. C'est pourquoi, la perte des dents, en particulier au niveau postérieur, n'est plus un obstacle au traitement orthodontique.

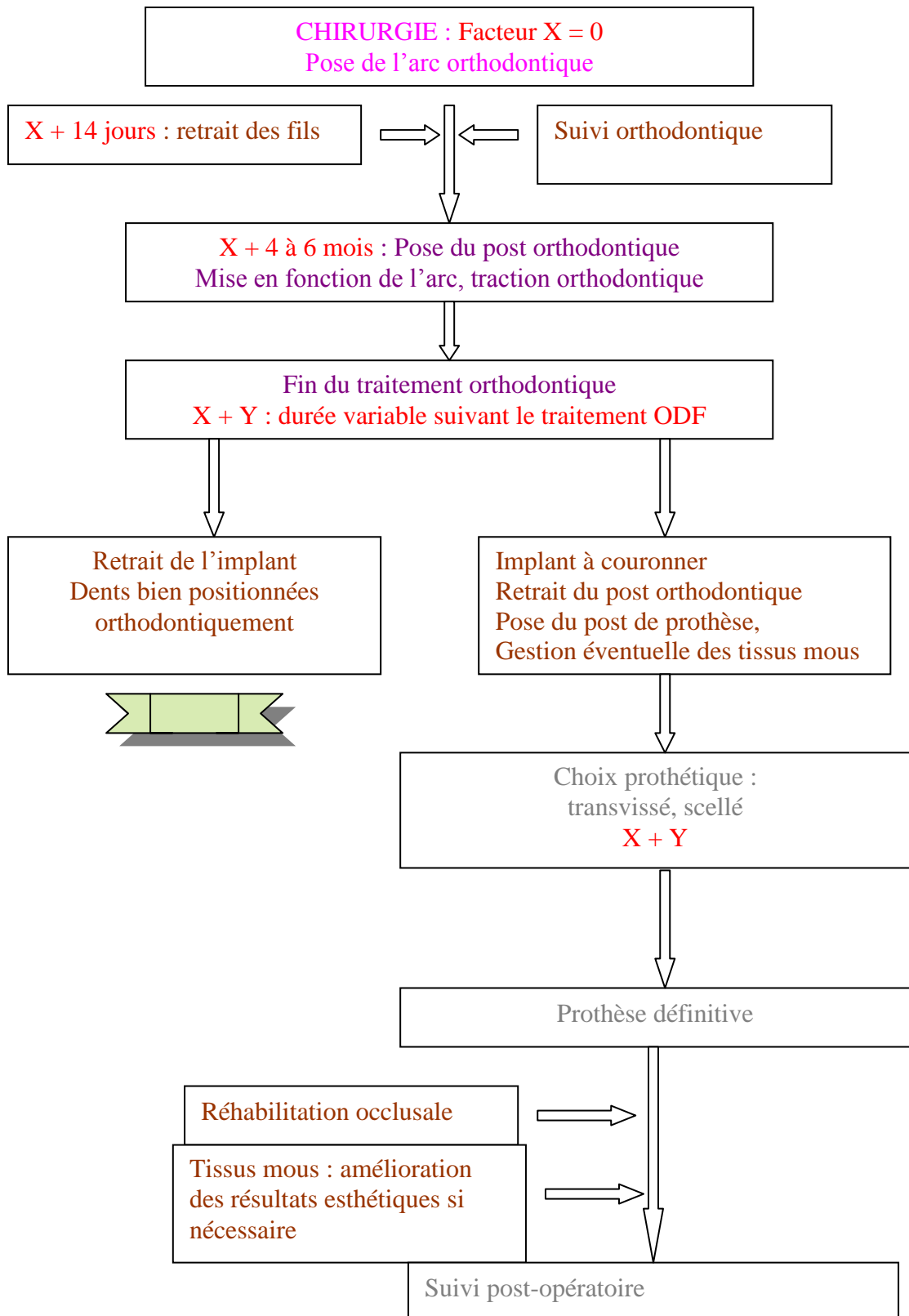
Les implants à caractère orthodontique sont le plus souvent implantés au niveau du vomer ou de la région tubérositaire. Après le traitement ODF, ils sont soit retirés, soit conservés s'ils sont posés à l'emplacement d'une dent manquante. Dans ce dernier cas, on réalise la pose d'une couronne.

C'est pourquoi notre plan de traitement envisage ces deux possibilités d'évolution du traitement.

Le plan de traitement global comporte pour ce protocole particulier une prise de contact avec l'orthodontiste avec une discussion concernant le plan de traitement envisagé dès la 1^{ère} consultation.

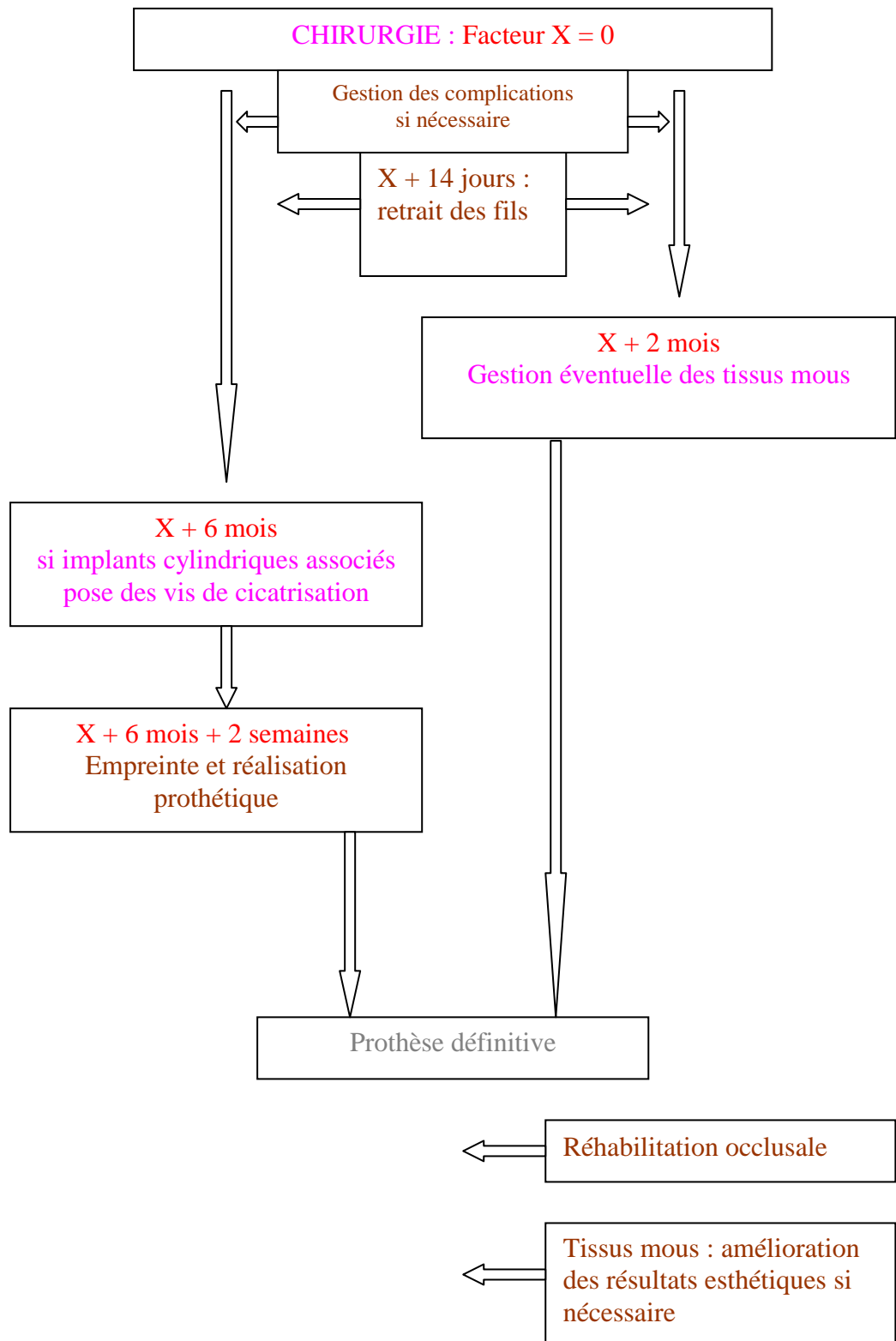
Après ostéointégration de l'implant (soit temps X + 6 mois), un arc orthodontique est amarré sur l'implant et restera actif durant toute la durée nommée « Y » du traitement ODF. C'est pourquoi le temps X + 6 mois sera succédé par X + Y selon la durée nécessaire à l'orthodontiste.





4-1-1. Implants complexes relevant de l'implantologie lourde

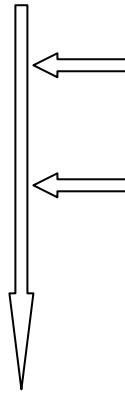
4-1-1.1. Implant lame ramique



4-1-1.2. Implant cadre ramique

CHIRURGIE : Facteur X = 0

La pose de l'implant est suivie de l'ajustage immédiat de la prothèse complète de 12 dents par remplissage de résine auto-polymérisante au niveau de l'intrados préalablement évidé. Après polymérisation avec vaseline et retrait à plusieurs reprises, la prothèse est dégrossie et polie de façon à ne conserver que 2 à 3 mm d'épaisseur de part et d'autre de la barre.



Gestion des complications si nécessaire

Vérification de l'occlusion et équilibration

Réveil complet ; X = 0 + 20 mn environ



X + 14 jours : retrait des fils

4-1-1.3. Implant sous périosté

