

Protocoles de mise en charge immédiate en implantologie chez l'édenté complet :

comparaison de deux protocoles cliniques



Hôpitaux
Universitaires
de Marseille

Angéline DOAT^a, Rémi Esclassan^b, Charlotte Mansuy^c, Frédéric Silvestri^d, Chloé Mense^e, Gérald MAILLE^f
^a Interne en Médecine-Bucco-Dentaire, Hôpital de la Timone, École de Médecine Dentaire, Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
^b PU-PH, Hôpital de la Timone, École de Médecine Dentaire, FSMPM, Marseille
^c PHU, Hôpital de la Timone, École de Médecine Dentaire, FSMPM, Marseille
^d MCU-PH, Hôpital de la Timone, École de Médecine Dentaire, FSMPM, Marseille
^e MCU-PH, Hôpital de la Timone, École de Médecine Dentaire, FSMPM, Marseille
^f MCU-PH, UFR Odontologie de Nice, Université Côte d'Azur

Nice 2024

CNE PROF

Problématique

Les difficultés significatives qu'entraînent l'édentement total de l'une ou des deux arcades dentaires constitue un véritable handicap qui impactent la vie quotidienne de nos patients. Actuellement, la prothèse complète implanto-portée se positionne comme étant une solution de choix. Cependant, sa conception peut être abordée selon différentes approches. L'objectif de ce poster est de vous proposer un pas à pas de deux protocoles cliniques détaillés qui mènent à la réalisation d'une mise en charge immédiate (MCI) pour obtenir une prothèse complète implanto-portée. En respectant les fondamentaux prothétiques qui sont indispensables à connaître pour accomplir un travail de qualité et obtenir des résultats optimaux.

Matériel & Méthode

Deux protocoles vous sont illustrés via deux cas cliniques, qui ont été réalisés au sein du Service de Réhabilitation Orale du Pôle Odontologique de la Timone, à Marseille. En amont, une étape indispensable et commune aux deux protocoles est menée, celle de l'élaboration d'un projet prothétique menant à une prothèse complète amovible. Cette prothèse guidera la planification et l'exécution de la chirurgie implantaire, assurant une position des implants en parfaite corrélation avec le projet prothétique. Ce processus doit donc être rigoureux et nécessite une approche minutieuse de la part du binôme praticien/prothésiste afin d'obtenir un résultat clinique précis et prévisible.

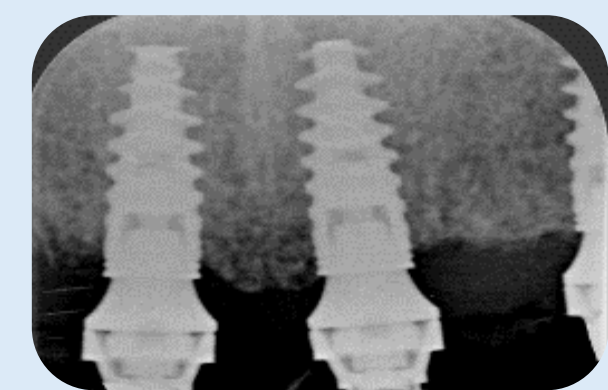
Résultat

Une fois l'indication de mise en charge immédiate a été posée, la chirurgie implantaire réalisée, et que la stabilité primaire de chaque implant est suffisante (> 35N/cm), il existe deux possibilités de mises en charge immédiate qui s'offrent au praticien :

PROTOCOLE 1 : MCI par réalisation d'une prothèse par le laboratoire



1. Immédiatement en fin de chirurgie implantaire : mise en place des piliers implantaires puis vissage des transferts d'empreinte sur ces piliers.



2. Status radiographique : rétro-alvéolaires de contrôle de l'adaptation de chaque transfert d'empreinte sur chaque pilier implantaire.



3. Empreinte pick-up : insertion du PEI garni de plâtre Snow White en bouche, jusqu'à ce que les têtes de transferts perforent la cire. (Prise en 3-5min)



4. Vue clinique de l'intrados de l'empreinte pick-up désinsérée, une fois les analogues d'implants vissés sur les transferts emportés dans l'empreinte.



5. Mise en place des capuchons protecteurs vissés sur les piliers implantaires.



6. Empreinte de positionnement : le patient est positionné en OIM afin de verrouiller son occlusion puis injection d'un polyéther en vision direct.

Transmission au laboratoire des empreintes pick-up, de repositionnement et de l'arcade antagoniste afin de réaliser le transfert sur simulateur et élaborer la future prothèse.



7. Réception de la pièce prothétique. Vissage croisé de la prothèse en bouche, radiographie rétro-alvéolaire, puis équilibration occlusale.



8. Vue occlusale de la prothèse transitoire transvissée. Les puits d'accès sont obturés par du PTFE recouvert d'une obturation temporaire. Enseignement des conseils de port et d'hygiène.

PROTOCOLE 2 : MCI par transformation de la prothèse d'usage, réalisé par le chirurgien-dentiste au fauteuil



1. La prothèse amovible complète est évidée largement en regard de chaque implant dentaire.



2. Vue clinique du vissage des cylindres provisoire sur les piliers implantaires de chaque implant.



3. Mise en place d'un champ opératoire perforé pour chaque cylindres provisoires et protection de leur entrée par du PTFE.



4. Le patient est positionné en OIM afin de verrouiller son occlusion lors du rebasage de la prothèse par de la résine rose.



5. Solidarisation antérieure de la prothèse aux cylindres provisoires, par injection de résine au niveau des canines (prise en 3min).



6. Solidarisation postérieure de la prothèse aux cylindres provisoires, par injection en bouche ouverte.



7. Vue de l'intrados de la prothèse transitoire dévissée et rebasée une fois la résine complètement polymérisée, avant finitions.



8. Vue finale de l'intrados de la prothèse transitoire, après élimination du faux palais et polissage minutieux.



9. Vissage croisé de la prothèse en bouche, radiographie rétro-alvéolaire. Obturation des puits d'accès, puis équilibration occlusale. Enseignement des conseils de port et d'hygiène.

Une vidéo pédagogique et explicative de chaque étape vous est mise à disposition via ce Qr code :



Discussion

Quelle que soit la technique sélectionnée, le cahier des charges de conception de la prothèse est similaire, ainsi que les recommandations post-opératoires et les étapes de suivi du patient. Cependant, les deux protocoles décrits présentent des avantages et des inconvénients distincts :

- Le protocole 1 : Cette technique améliore le confort du patient en réduisant le temps opératoire au fauteuil, mais demande un second rendez-vous pour remettre la prothèse. Cette option peut être judicieuse face à un patient âgé qui ne peut pas tolérer de longues séances. De plus, il est admis que cette technique offre une meilleure qualité de finition lors du polissage car il est effectué en laboratoire. Toutefois, la sollicitation d'un laboratoire implique des frais de laboratoire supplémentaires, et exige une collaboration étroite avec son prothésiste.

- Le protocole 2 : Cette technique présente l'avantage majeur d'être rapide, par la diminution du nombre de séances. Le patient retrouve une fonction masticatoire et esthétique dès le jour de la chirurgie. Cependant, cette procédure est moins confortable en raison de cette séance unique, souvent longue et fatigante pour le patient ainsi que pour le praticien. De plus, il requiert une grande dextérité de la part du praticien et un suivi attentif du patient pour apporter les modifications nécessaires de la prothèse au fur et à mesure de la cicatrisation.

Conclusion et perspectives

Pour conclure, le choix du protocole à adopter dépend de différents facteurs, notamment l'expertise et les préférences opératoires du chirurgien-dentiste, la situation clinique, et les compétences de l'équipe de laboratoire. Ce choix doit également être personnalisé pour répondre aux besoins spécifiques du patient, identifiés lors de la première consultation. Enfin, dans un contexte d'évolution permanente, l'avènement du numérique offre désormais aux praticiens de nouveaux outils pour optimiser et simplifier les procédures et les techniques existantes.

- M. Davarpanah SSM. Manuel d'implantologie clinique : Concepts, intégration des protocoles et esquisse de nouveaux paradigmes. CdP. 2012. (JPIO; vol. 3ème édition)
- Brånemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindström J, Hallén O, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. Scand J Plast Reconstr Surg Suppl. 1977;16:1-132.
- Szmukler-Moncler S, Salama H, Reingewirtz Y, Dubruille JH. Timing of loading and effect of micromotion on bone-dental implant interface: review of experimental literature. J Biomed Mater Res. 1998;43(2):192-203.
- Papaspyridakos P, Chen CJ, Chuang SK, Weber HP. Implant Loading Protocols for Edentulous Patients with Fixed Prosthesis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Oral Maxillofac Implants. janv 2014;29(Supplement):256-70.
- Maille G, Loyer E. Immediate occlusal loading of implants: A rapid chairside procedure for making an interim fixed prosthesis. J Prosthet Dent. févr 2019;121(2):358-60.