

Restauration provisoire d'un implant ostéo-intégré antéro-supérieur unique



Robert David, DDS

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en images qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente étape par étape des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Pour contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

La préparation d'une restauration provisoire implanto-portée esthétique et anatomiquement précise facilite la fabrication de la couronne implanto-portée finale. La restauration provisoire sert à mouler et à manipuler les tissus mous et sert également de modèle pour la couronne finale (ill. 1)^{1,2,3}. Ce type de restauration devrait être mis en place plusieurs semaines avant la prise de l'empreinte finale pour favoriser la maturation des tissus péri-implantaires.

La méthode que je privilégie consiste à fabriquer en cabinet une restauration provisoire au moyen d'une dent de prothèse en acrylique fixée à un cylindre temporaire vissé. La dent de prothèse est scellée au cylindre temporaire par une résine acrylique autopolymérisable, puis le cylindre est fixé à l'implant par une vis.

La technique décrite ci-après permet d'obtenir une restauration provisoire esthétique, fonctionnelle et stable.

Description détaillée de la procédure

1) Retirer le pilier de guérison et le remplacer immédiatement par un cylindre tem-

poraire vissé (ill. 2). Tout délai à ce stade-ci pourrait provoquer l'affaissement des tissus gingivaux sur la plate-forme de l'implant, ce qui rendra plus difficile la mise en place du cylindre temporaire.

2) Ajuster le cylindre en réduisant suffisamment sa longueur pour que les dents soient en occlusion centrée.

3) Rendre la surface du cylindre rugueuse pour favoriser l'adhérence de l'acrylique (ill. 3), puis sceller le trou de la vis linguale avec une cire à coffrage pour protéger la vis de l'acrylique autopolymérisable qui sera ensuite utilisé (ill. 4).

4) Choisir une dent de prothèse en acrylique appropriée, dont la teinte, la forme et la couleur s'harmonisent bien. Réduire la face linguale de la dent de prothèse, mais conserver la facette labiale intacte (ill. 5). La face linguale devrait être concave et s'ajuster autour du cylindre temporaire, et la face labiale devrait être orientée de façon à offrir un aspect esthétique acceptable (ill. 6).

5) Placer la facette labiale de la dent de prothèse façonnée autour du cylindre



III. 1 : Apparence de la patiente, avant l'extraction de la dent, la greffe et la mise en place de l'implant.



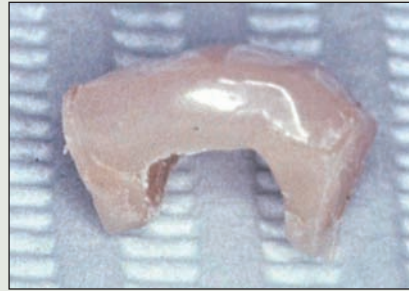
III. 2 : Le cylindre temporaire est vissé à l'implant.



III. 3 : Le cylindre temporaire est ajusté en occlusion et sa surface a été rendue rugueuse pour favoriser l'adhérence de la résine acrylique.



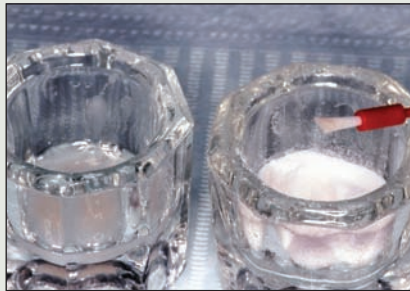
III. 4 : Le trou d'accès de la vis linguale est scellé avec une cire de coffrage rouge pour protéger la vis-pilier de la résine acrylique qui sera utilisée.



III. 5 : La face linguale de la dent de prothèse est creusée pour en permettre l'ajustement autour du cylindre temporaire; la face labiale est laissée intacte.



III. 6 : La facette labiale de la dent de prothèse est ajustée autour du cylindre temporaire, en préparation du scellement de la dent sur le cylindre avec une résine acrylique autopolymérisable.



III. 7 : Un monomère et un polymère acryliques sont appliqués à l'aide de la technique au pinceau.



III. 8 : Une résine acrylique autopolymérisable est utilisée pour sceller la facette labiale de la dent de prothèse au cylindre temporaire, en respectant le temps de prise.

temporaire, puis sceller la dent au cylindre avec une résine acrylique autopolymérisable appliquée à l'aide de la technique au pinceau (ill. 7 et 8).

6) Retirer le cylindre temporaire avec sa facette labiale de la plate-forme de l'implant et le remplacer immédiatement par un pilier de guérison classique (ill. 9).

7) Terminer la fabrication de la dent finale par l'ajout et le façonnement d'acrylique autopolymérisable. L'obtention de la forme recherchée nécessitera quelques essais et ajustements en bouche de la restauration provisoire en acrylique; procéder ensuite au polissage (ill. 10).

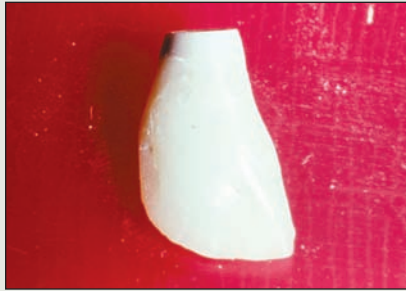
La manipulation du contour sous-gingival de la restauration provisoire permet de façonner et de manipuler les tissus péri-implantaires gingivaux. Plus le contour sous-gingival est convexe sur la face labiale de la restauration provisoire, plus les tissus gingivaux peuvent être déplacés en direction api-

cale. À l'inverse, moins la surface sous-gingivale est convexe ou plus elle est plate, plus les tissus pourront être déplacés en direction coronaire. Les papilles peuvent être déplacées en direction incisive en accentuant la convexité du contour interproximal sous-gingival en acrylique, ce qui a pour effet de pousser les tissus vers la face proximale de la dent adjacente et de les déplacer en direction incisive (en tenant compte des contraintes biologiques). Cette étape doit être exécutée avec soin, car une trop forte pression limitera la vascularisation des tissus papillaires et causera une nécrose. Ajuster enfin le contour et la forme de la dent pour obtenir les résultats recherchés sur le plan de l'esthétique, de l'occlusion et du soutien des tissus mous.

Les tissus mous sur la crête et les structures adjacentes détermineront le degré de modelage et de manipulation des tissus possible^{4,5}.



III. 9 : La facette labiale de la dent de prothèse en acrylique, qui a été scellée au cylindre temporaire en bouche, est retirée pour terminer la forme anatomique.



III. 10 : Vue labiale de la restauration provisoire modelée, finie et polie.



III. 11 : Vue linguale de la restauration provisoire fixée à l'implant avec une vis-pilier.



III. 12 : Vérification de la restauration provisoire, une semaine après sa mise en place.



III. 13 : Aspect de la restauration finale, six semaines après sa mise en place.



III. 14 : Aspect de la restauration finale, un an après sa mise en place

À ce stade, il faut se soucier surtout de l'état et de l'esthétique des tissus péri-implantaires, de l'anatomie et de la forme de la restauration provisoire ainsi que de l'occlusion; la teinte de la restauration provisoire a moins d'importance.

8) Insérer la restauration provisoire implanto-portée et serrer la vis (**III. 11**). Couvrir ensuite la vis-pilier de boulettes de coton et sceller le trou de la vis avec un matériau d'obturation temporaire, facile à retirer.

9) Une semaine plus tard, vérifier l'esthétique, la forme et la fonction de la restauration provisoire vissée, ainsi que l'état et le contour des tissus péri-implantaires, et faire des ajustements s'il y a lieu (**III. 12**).

10) Plusieurs semaines après la mise en place de la restauration provisoire et après un développement optimal des tissus péri-implantaires, prendre une empreinte en vue de la fabrication de la restauration finale. Un transfert d'empreinte sur mesure peut être

utilisé pour bien reproduire le contour des tissus mous péri-implantaires sous-gingivaux. Un modèle diagnostique de la restauration provisoire fixée à l'implant est préparé et mis en articulation avec le contre-modèle. Des photographies de la restauration provisoire sont prises en bouche et sur la table de travail et sont envoyées au laboratoire avec les modèles pour la fabrication de la restauration finale. Le modèle diagnostique et les photographies aideront le technicien dentaire à reproduire, dans la couronne finale, la forme de la restauration provisoire qui a été soigneusement modelée. Cette technique devrait réduire au minimum les ajustements qui devront être apportés à la restauration finale en cabinet. Une fois la couronne vissée terminée, la mettre en place dans la bouche du patient et suivre le protocole habituel pour le serrage et le scellement. Vérifier l'état des tissus, l'occlusion et l'intégration et vérifier de nouveau à intervalles réguliers (**III. 13** et **14**).

Conclusion

La mise en place d'une restauration provisoire implanto-portée esthétique et fonctionnelle facilite la fabrication de la couronne implanto-portée finale. Avec cette procédure, le patient passera plus de temps en cabinet avant la prise d'empreinte pour la fabrication de la restauration finale qu'après. La restauration provisoire fixe améliore la satisfaction du patient et est avantageuse sur le plan financier. Dans certains cas, cette technique de restauration provisoire peut aussi être utilisée avant l'ostéo-intégration de l'implant. La décision concernant la mise en charge immédiate ou précoce de l'implant dépend de nombreux facteurs qui sont déterminés durant la planification du traitement ou au moment de la mise en place de l'implant^{6,7}.

Références

1. Santosa RE. Provisional restoration options in implant dentistry. *Australian Den J* 2007; 52(3):234-42.
2. Burns DR, Beck DA, Nelson SK; Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. A review of selected dental literature on contemporary provisional fixed prosthetic treatment: report of the Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. *J Prosthet Dent* 2003; 90(5):474-97.

3. David RJ, Muroff F. Quelle est votre méthode de temporisation privilégiée en préparation pour une restauration sur implant, à la suite de l'extraction d'une dent antérieure supérieure? [Point de service] *J Can Dent Assoc* 2004; 70(3):184-5.

4. Kois JC. Predictable single tooth peri-implant esthetics: five diagnostic keys. *Compend Contin Educ Dent* 2004; 25(11):895-900.

5. Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. *J Periodontol* 1992; 63(12):995-6.

6. Attard NJ, Zarb GA. Immediate and early loading implant protocols: a literature review of clinical studies. *J Prosthet Dent* 2005; 94(3):242-58.

7. Avila G, Galindo P, Rios H, Wang HL. Immediate implant loading: current status from available literature. *Implant Dent* 2007; 16(3):235-45.

L'AUTEUR



Le Dr David est professeur agrégé à l'Université McGill et il a un cabinet spécialisé en dentisterie restauratrice et dentisterie sur implant à Montréal. Courriel : bobbydavid@sympatico.ca

Remerciements : L'auteur aimerait remercier le Dr Fredrick Muroff pour le soin méticuleux qu'il a apporté à la greffe et à la reconstruction de la crête fortement résorbée, ainsi qu'à la mise en place très précise de l'implant, ce qui a permis une réhabilitation prothétique réussie.