

**Catégorie : Clinique**

**-13-**  
**Réhabilitation prothétique bimaxillaire :  
Prothèse Amovible Complète Immédiate contre Prothèse  
Amovible Complète Implanto Retenue**

Page 25

**Aurélié TRUFFINET**

Faculté de Chirurgie Dentaire Université Paris Descartes

19 rue des Bourdonnais 78000 VERSAILLES

a.truffinet@gmail.com



L'objectif de ce poster est de présenter le processus décisionnel et les étapes cliniques d'un cas de réhabilitation prothétique bimaxillaire par prothèse amovible complète implanto retenue.

La patiente se présente avec une restauration fixe maxillaire et une prothèse amovible complète mandibulaire dont elle se plaint. Les doléances liées à l'instabilité de sa prothèse mandibulaire l'ont orientées en consultation spécialisée d'implantologie. Elle aimerait savoir si la thérapeutique implantaire est envisageable.

Les recommandations actuelles nous ont conduit à lui proposer une prothèse amovible complète immédiate maxillaire face à une nouvelle prothèse amovible complète mandibulaire avant d'envisager la solution implantaire. En effet, le projet occluso-fonctionnel et esthétique devant être validé en amont, la prothèse amovible se présente alors comme une solution thérapeutique de première intention. Elle permet d'obtenir des tissus ostéo-muqueux sains et de retrouver un schéma occluso-fonctionnel et esthétique, qui nous guidera dans le choix de la thérapeutique implantaire future.

# Une réhabilitation prothétique bimaxillaire : Prothèse Amovible Complète Immédiate contre

## Prothèse Amovible Complète Implanto Retenue

A. TRUFFINET, G. DEMURASHVILI, A.C. BECMEUR, T.M.H. NGUYEN, D. RAUX, Ph. TRAMBA.

Faculté d'Odontologie, Département de Prothèse, 1 rue M. Arnoux 92120 Montrouge, Paris Descartes

**L'OBJECTIF** de ce cas clinique est de présenter le processus décisionnel d'une réhabilitation prothétique complète par Prothèse Amovible Complète Immédiate (PACI) face à une Prothèse Amovible Complète Implanto Retenue (PACIR) et d'en décrire le temps par temps.

### LE CONTEXTE GENERAL

- Le Consensus Mac Gill 2002 : 2 implants para-symphysiens pour augmenter la rétention de la Prothèse Amovible Complète (PAC) mandibulaire.
- La PAC Immédiate pour gérer des situations complexes : aspect esthétique, fonctionnel et psychologique du passage à l'édentement complet et anticipation de la résorption osseuse.

### LE SCENARIO CLINIQUE

Mme B. 54 ans consulte pour des douleurs qu'elle situe « en haut à gauche ». De plus, elle nous expose ses doléances liées à sa prothèse mandibulaire, qu'elle trouve très instable et peu esthétique. Elle aimerait savoir si la solution implantaire est envisageable.

**Situation Initiale :** Edentement maxillaire classe II non compensé. Edentement mandibulaire total compensé par une PAC nocive. La Dimension verticale (DV) et le rapport inter maxillaire (RIM) sont satisfaisants.

**Décision thérapeutique :** PACI maxillaire et PAC mandibulaire, dont la rétention sera dans un second temps, augmentée par 2 implants, la transformant en PACIR (1-5).

### LES ETAPES

1. Réalisation d'une nouvelle PAC mandibulaire respectant les caractéristiques conventionnelles de conception de la PAC (2) (fig3).
2. Acquisition d'imagerie (7) : plusieurs repères radio opaques sont fait sur la PAC la transformant en guide d'imagerie (fig5). Des acquisitions d'imagerie de la PAC en bouche en occlusion, ainsi que de la PAC seule sont réalisées. Le repositionnement du scanner du guide d'imagerie sur la mandibule de la patiente et sa visualisation 3D est permise. (fig6).



Figure 1 : Situation initiale  
Le bridge 14-27 dento porté  
n'est pas conservable.



Figure 2: PAC mandibulaire  
issue de multiples transformations et  
rebasages.



Figure 3 : Empreintes secondaires  
anatomo-fonctionnelle est réalisée  
à partir de la PAC existante. Un  
joint complet périphérique est fait  
à l'Impression Compound® et à  
la Permadyne Orange®. Le  
surfaçage est fait à l'Impregum®.

Figures 4 et 5 : intégration  
de la nouvelle PAC.  
Elle est transformée en  
guide radiologique pour  
l'acquisition des données  
prothétiques.  
La clé d'occlusion en  
Pattern résine® assure une  
occlusion fiable et stable  
lors du scanner.



Figure 6 : superposition du modèle  
numérisé de la PAC et de la mandibule  
de la patiente.

Figure 7 : position parasymphysaire de 2  
implants Biotinemark System Mb III  
Groovy RP 3,75 / 11,5 mm.

Figure 8 : les clavettes d'ancrage sont placées selon un axe  
d'insertion réalisable, évitant les obstacles anatomiques et  
implantaires.

Figure 9 : prévisualisation de l'extrados et de  
l'intrados du Nobel Guide.  
Les pièces chirurgicales n'interfèrent pas avec  
le nez alvéolaire.

3. Planification et Conception sur ordinateur du guide chirurgical (7) : elles permettent de choisir le site idéal d'implantation en évitant les obstacles anatomiques et en exploitant les volumes osseux disponibles (fig7). 3 clavettes d'ancrage sont positionnées (fig8) permettant la stabilisation fiable du guide lors des étapes chirurgicales.

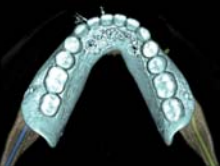


Figure 10 : PEI en résine chétopolymérisable  
issu de l'empreinte primaire à l'alginate.



Figure 11 : Empreinte secondaire fonctionnelle avec un polyéther dans l'ordre de viscosités décroissantes.

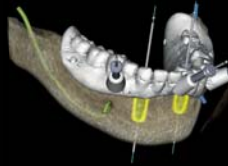


Figure 12 : Modèle secondaire et base d'occlusion pour enregistrer le RIM à  
la DV actuelle.



Figure 13 : vue frontale en occlusion.  
La DV et la position du point inter-incisal  
sont conservées.

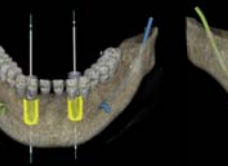


Figure 14 : vue sagittale du modèle  
secondaire avant la résection du modèle

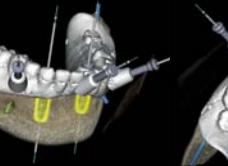


Figure 15 : régularisation du modèle, la  
résorption de l'os alvéolaire est anticipée.



Figure 16 : la clé silicone transmet les  
informations pour le montage du secteur  
antérieur, au prothésiste.



Figure 17 : vue de l'intrados prothétique et  
guide chirurgical

4. Réalisation de la PACI (2-3-4):

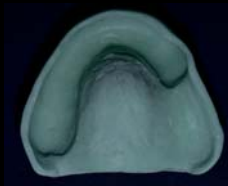


Figure 18 :  
Pose de la PACI maxillaire.  
Le bridge est déposé, un  
lambeau est levé de 14 à 27.  
Les zones de la muqueuse qui  
blanchissent, nous indiquent les  
endroits à réséquer. La  
manœuvre est répétée jusqu'à  
l'insertion parfaite du guide.  
Visualiser le blanchiment du  
palais lors de l'insertion totale  
du guide nous indique que le  
volume d'os alvéolaire réséqué  
est suffisant. L'obtention de  
l'occlusion souhaitée avec le  
guide nous confirme son bon  
positionnement. La PAC peut  
être posée. Le RIM est  
retrouvé, ce qui indique qu'elle  
est parfaitement en place.

Figure 19 :  
Pose des 2 implants  
para-symphysaires selon le protocole  
Nobel Guide.  
Le guide est essayé en bouche: la  
stabilité et l'occlusion sont validées.  
Les clavettes d'ancrage fixent sa  
position au cours de l'intervention.  
La séquence de forage peut avoir  
lieu après avoir passé la tréphine.  
L'implant est alors vissé à vitesse  
lente sous 35N.  
Le guide est retiré et les piliers de  
clarification sont vissés.  
La chirurgie est atraumatique et  
rapide. Elle n'a pas nécessité de  
lambeau ni de sutures.  
La PAC est rebasée en regard des  
implants avec une résine à prise  
retardée.



5. Interventions chirurgicales : pose de la PACI maxillaire (3-4) (fig 18) et pose des implants en vue de la PACIR mandibulaire (6-7) (fig 19).