

La temporisation implantaire : simplification de la dépose/repose des bridges collés provisoires

La gestion d'un bridge collé transitoire est complexe : on a du mal à le faire tenir, on a du mal à le démonter ! Notre idée est la suivante : plutôt que de coller les ailettes métalliques aux dents, on positionne le bridge puis on **recouvre** les ailettes avec du composite fluide que l'on fait déborder autour, sur le tissu dentaire. En aucun cas on ne met de la colle entre l'ailette et la dent !

La rétention sera assurée uniquement par le composite qui recouvre l'extrados et déborde sur les tissus dentaires. Le sablage de l'extrados des ailettes peut optimiser la tenue. Si possible, on positionne des taquets (idéalement de part et d'autre).

Contrairement à un bridge collé d'usage, **on va demander au laboratoire de prothèses des ailettes épaisses mais peu étendues** : l'épaisseur assure la rigidité et on conserve un maximum de place pour les débords qui assureront la tenue.

La dépose sera facilitée : il faudra retirer à la fraise le composite sur les ailettes pour dégager la prothèse transitoire dont l'intrados n'a jamais été collé (Figs. 8.1 et 8.2).

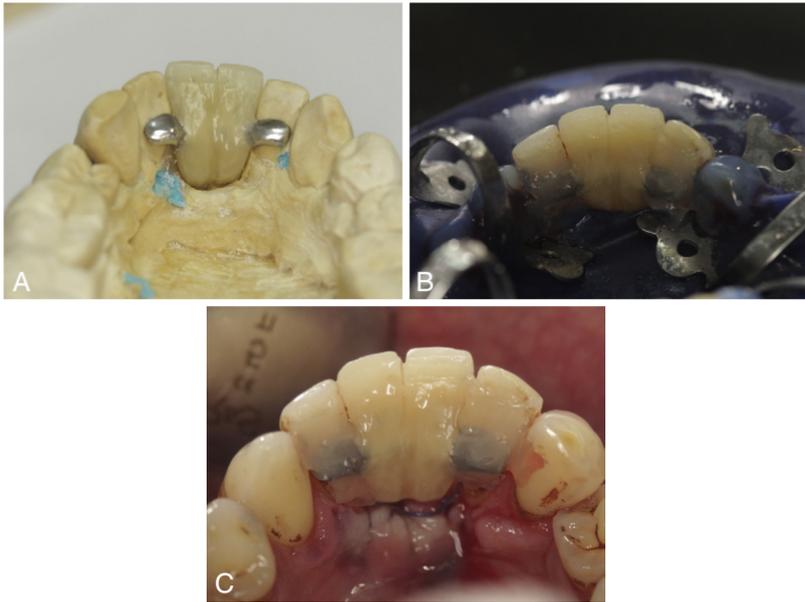


Figure 8.1. Ce bridge collé provisoire présente des ailettes épaisses et de faible hauteur afin que le composite les recouvre et déborde sur le reste de la face palatine des incisives. Pour le retirer, il suffira de fraiser le composite recouvrant le métal et de le faire basculer.



Figure 8.2. Ce bridge collé provisoire présente des ailettes épaisses et de faible hauteur ; l'occlusion a permis de réaliser un taquet, mais seulement sur la molaire. Le composite recouvre les ailettes qui ne sont pas collées directement aux tissus dentaires.

La temporisation implantaire : contention au Super-Bond®

Cette colle, grâce à ses propriétés viscoélastiques, permet de réaliser des conten-tions parodontales durables, et par extension de coller des dents extraites. Ces conten-tions peuvent durer des mois, voire des années (Fig. 8.3) !



Conseil

On utilisera la poudre transparente ou teinte A3 et non la poudre blanche opaque.

Tester la cicatrisation osseuse en cas de doute

Lors de la réalisation d'un CBCT 4 mois après une extraction, on met parfois en évidence des zones osseuses hypodenses ; le diagnostic différentiel entre une densité osseuse réduite et une cicatrisation fibreuse n'est pas aisé. Or, être capable de faire cette distinction est essentiel pour planifier le geste chirurgical.

Il suffit de sonder avec une aiguille et de faire une anesthésie traçante afin que cela soit indolore pour le patient. Si l'aiguille plonge, il faudra rouvrir et cureter, voire combler avec un substitut osseux (Fig. 8.4).

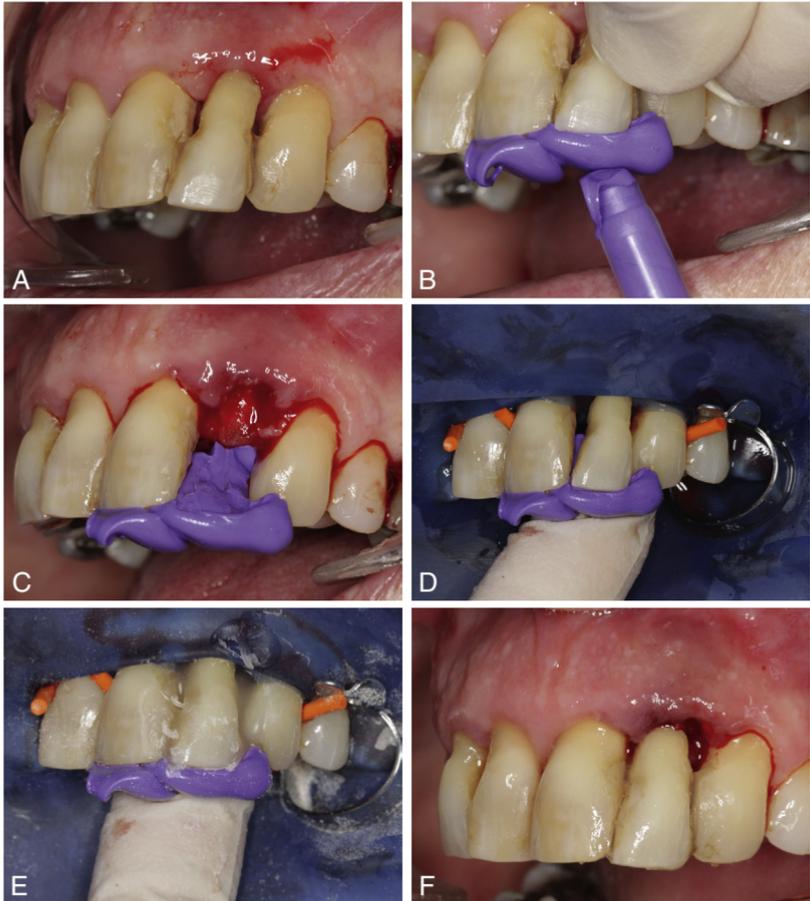


Figure 8.3. Cette 22 présente une atteinte parodontale terminale (A). Avant de l'extraire, une clé de repositionnement est réalisée au silicone d'occlusion (B). La dent est extraite (C) et la racine est coupée pour retirer la portion apicale. Sous champ opératoire, la clé est repositionnée, puis la dent extraite repositionnée grâce à la clé (D). Après mordançage, le Super-Bond® est appliqué copieusement (E). Une fois polymérisé, un polissage est réalisé pour un résultat final satisfaisant (F).