

Complet provisoire : charge en 48 h. Chrono



UN CHALLENGE TECHNIQUE

En perpétuelle évolution, le monde de l'implantologie nous oblige à nous remettre en cause de façon permanente. Une certaine flexibilité dans le protocole s'avère alors indispensable dans le traitement des prothèses sur implants. Il y a quelques années, nous posions notre première dent provisoire en charge immédiate sur un implant posé la veille. Puis ce fut rapidement deux dents sur deux implants dans les mêmes conditions. Ensuite sont arrivés les bridges antérieurs de 6 dents. Les deux méthodes existantes, trans-vissée ou la scellée, peuvent être utilisées pour réaliser ce type de travaux.

Ces 12 derniers mois nous sommes passés aux complets immédiats sur implants. Là où nous réalisons une prothèse complète adjointe durant le temps d'ostéo-intégration des implants, les recherches nous ont permis d'envisager une mise en charge immédiate des implants posés la veille en respectant bien évidemment un protocole très précis.

Pour la réalisation de ce type de travail rien ne change vraiment pour le chirurgien, alors que pour le praticien et le prothésiste, chaque acte nécessite une parfaite coordination.

En effet, la prouesse technique est que nous devons enchaîner les étapes dans un délai très court réduit à quelques heures de fauteuil et de laboratoire. À travers la réalisation d'une prothèse immédiate maxillaire, voyons le déroulement étape par étape de ce type de travail.

1 Le bridge maxillaire repose sur des racines délabrées.



2 Mise en place de cire au niveau des collets pour sur-dimensionner le bord cervical du bridge provisoire.



3 JOURS POUR TOUT FAIRE

L'ensemble de la réalisation s'effectue de façon immédiate après la pose des implants. Tout le travail se réalise en moins de 4 jours, autant dire qu'aucune erreur n'est envisageable et qu'il va falloir s'organiser, aussi bien en clinique qu'au labo pour réussir ce challenge.

Étape de réalisation

Prenons le déroulement à partir du lundi, par exemple.

Jour J :

Le patient arrive le lundi pour un premier contact. Des empreintes sont prises afin de réaliser des modèles d'étude et dans le même temps la coque provisoire, un guide chirurgical et une cale d'occlusion.

Jour J+1 :

Le lendemain matin (mardi matin) le patient est de retour au cabinet afin d'essayer les différents guides. Avec ceux-ci et après avoir démonté les prothèses existantes (ici ancien bridge), le praticien visualise les axes ainsi que le positionnement des prochains implants. Un ensemble de repères d'occlusion est effectué, ce qui garantira la réussite de ce genre de travail.

Le mardi après-midi le patient se fait implanter.

Jour J+2 :

Le mercredi matin ou après-midi selon la vitesse de récupération du patient, le praticien prend l'empreinte des implants en place.

Il ne nous reste plus au laboratoire qu'une journée pour :

- traiter l'empreinte
- mettre un articulateur avec des cales d'occlusion
- paralléliser les faux-moignons
- construire une prothèse provisoire fonctionnelle et esthétique
- renforcer d'une partie métallique coulée afin d'assurer la rigidité de l'ensemble
- ...et terminer le travail.

De quoi, comme vous pouvez le constater, vous procurer une journée bien remplie, où vous n'avez pas droit à l'erreur.

La sécurité

- Penser au cas de façon virtuelle en imaginant tout le déroulement du travail étape par étape.
 - Prévoir de commander par anticipation des composants d'implants pour tous les cas de figure possibles
 - Improviser une stratégie ou un protocole toujours différent du précédent.
- (Les axes des implants en sont les causes principales.)
- S'adapter au type de piliers : soit trans-vissés uniquement, soit scellés uniquement ou bien panaché.
 - Se Repérer au préalable précisément pour le rapport inter-maxillaire et choisir les zones à conserver pour avoir un calage d'occlusion le jour de l'enregistrement.

CAS SANS DELAIS

Le cas que nous vous présentons réunit l'ensemble des facteurs dont il faut tenir compte. Nous analyserons étape par étape, ce qui doit être fait ; tout cela dans le but de répondre au cahier des charges à la fois esthétique et fonctionnel de ce cas.

Une patiente présente un bridge reposant sur des racines délabrées qu'il va falloir extraire.

La demande bien sûr initiale de cette jeune patiente est de rester le moins longtemps possible sans dents d'autant plus qu'il s'agit ici du maxillaire.

Le mois dernier nous avons réalisé sur cette même patiente une prothèse immédiate provisoire mandibulaire sur implants dans les mêmes conditions que celles décrites maintenant.

JOUR J

Réception des modèles d'étude qui seront la référence de base pour toutes les étapes qui vont suivre.

(Photo 1) Nous réalisons le premier provisoire. Il s'agit d'une simple coque résine offrant une sur-dimension au

3 Le bridge répondra parfaitement à l'esthétique attendue par la patiente.



4 Il est évidé au maximum pour le mettre en place facilement.



5 Guide chirurgical réalisé en résine transparente.



6 L'axe idéal des implants est retranscrit sans risque de s'effacer.



niveau des collets pour faciliter le rebasage réalisé en bouche. Celui-ci ne servira que quelques heures (24 ou 48h) après le démontage du bridge déjà en place (photo 2).

Nous prenons une clé en silicone sur ce modèle préparé et nous coulons à l'intérieur de la résine auto-polymérisable incisale plus dentine dans la teinte souhaitée. Le bridge au final évidé à l'intérieur se présentera sous la forme d'une coque. Nous vérifions qu'aucun tirage ne s'est produit avec la clé en silicone (photo 3). Le bridge est une reproduction exacte de la prothèse existante (bridge en bouche)

Afin d'éviter toute interférence avec les préparations restantes en bouche, il est nécessaire de parfaitement éviter le bridge. Plus la coque sera fine, plus il sera aisé de la rebaser. À vous de trouver le juste compromis entre finesse et solidité relative pour la manipulation (photo 4).

Nous réalisons également, lors de cette première étape de travail, le guide chirurgical. Il est réalisé avec une plaque thermo-formable transparente d'une épaisseur de 2 mm. Ce guide a pour objet de faciliter le travail du chirurgien ; les axes des dents de la future reconstruction prothétique

sont notées au feutre noir, ce qui lui indique précisément l'emplacement souhaité, considéré comme idéal, des implants. L'esthétique n'en sera que plus satisfaisante (photo 5).

Pour permettre de stériliser le guide sans dissoudre le trait de feutre réalisé dans l'intrados du guide (face palatine) je le recouvre par une couche de résine ortho-dontique transparente. Ce qui a l'avantage aussi de renforcer l'ensemble. En utilisant une plaque thermo-formable plus épaisse, la couche de protection du feutre peut être faite à l'aide d'un film de colle cyanolite (photo 6).

JOUR J +1/2

Dans ce cas précis, il a été possible de remettre l'ancien bridge après démontage sans avoir à rebaser la coque prévue à cet effet (il est tout de même impératif de réaliser cette coque pour les cas qui ne se dérouleraient pas comme celui-ci).

Le praticien prend une empreinte en alginate de l'arcade traitée après avoir retiré le bridge existant. Le modèle issu de cette empreinte me permet d'adapter le guide chirur-

7 Le guide est ajusté pour augmenter sa stabilité au bloc opératoire.



8 La patiente avec son guide prête pour l'implantation.



9 Chacune des dents résine est placée petit à petit.



10 Mise en place des dents en quinconce.



11 Le contrôle sera réalisé au final avec le double du modèle.



gical en englobant les préparations restantes par de la résine afin que le chirurgien stomatologiste puisse le repositionner de façon sûre et précise (photo 7).

La patiente repartira du cabinet avec son guide dans une boîte de protection et son ancien bridge re-scellé en provisoire jusqu'au lendemain (photo 8).

JOUR J +1 : AU LABO :

Réalisation du bridge immédiat sur implant : partie résine.

Je procède maintenant à l'élaboration du véritable provisoire immédiat sur implant pendant que la patiente se fait opérer.

Dans un premier temps, afin de ne rien changer esthétiquement et selon les souhaits et désirs de la patiente, je m'efforce de respecter scrupuleusement les formes et les dimensions de l'ancienne prothèse. Dans cet esprit, je procède par élimination sélective des dents en plâtre (photos 9 et 10).

Généralement, je commence par la 12, que je remplace, puis m'attelle la 21, mais peu importe l'ordre, il suffit de supprimer une dent sur deux afin de se servir de la dent voisine restante comme repère et référence.

Il est impératif de conserver un duplicata vierge de la prothèse ou de la bouche avant intervention afin d'expliquer

12 On essaie de garder toutes les données pour reproduire l'esthétique.



14 Le bridge issu de la clé en silicone.



13 Tous les réglages d'esthétiques et d'occlusion sont réalisés.



15 Contrôle du bridge sur articulateur et retouches esthétiques et fonctionnelles.



16 Ainsi, lorsque le patient sera implanté, le praticien pourra se servir de ce repère pour enregistrer l'occlusion sans trop de risque d'erreurs.



au patient ce que nous avons fait et pourquoi. Souvent les patients oublient et n'ont pas remarqué certains détails de leur ancienne dentition, une photo, un petit film du sourire peut compléter le travail dans ce sens (photo 11). Le modèle de référence est notre seule preuve pour justifier que nous n'avons rien changé.

De façon méthodique, le montage prend forme (photo 12).

Les dents en plâtre sont donc successivement remplacées par des dents en résine du commerce (photo 13). Une fois le montage réalisé, je prends une clé en silicone de l'ensemble. J'ébouillante le tout pour éliminer la cire. Après avoir repositionné la clé sur le modèle isolé avec du vernis, je coule de la résine afin de tenir un parfait ajustage cervical. J'évide dans le même esprit que la première coque réalisée en début d'article (photo 14).

Le fait d'utiliser des dents du commerce me permet d'obtenir un rendu plus esthétique et solide, le bridge devra résister à différents stress et à l'usure puisqu'il est prévu pour rester au moins 6 mois en bouche. La photo montre la vérification de la coque sur le modèle, j'en profite pour contrôler l'occlusion de même que la dimension verticale (photo 15).

P.S. : La veille de l'opération nous avons essayé le guide chirurgical précédemment cité, mais aussi la pièce de résine conçue pour enregistrer l'occlusion une fois que la patiente nous reviendra complètement édentée. Il s'agit de résine à porte empreinte appliquée sur les faces occlusales des dents de la mandibule. Le tout est auto-polymérisé puis usiné afin de créer le maximum de repères de positionnement. Nous nous sommes servis d'un secteur édenté en postérieur pour caler la dimension verticale (partie en silicone rose) (photo 16).

17 Grâce au guide préalablement fait (photo 16) le praticien enregistre petit à petit l'occlusion.



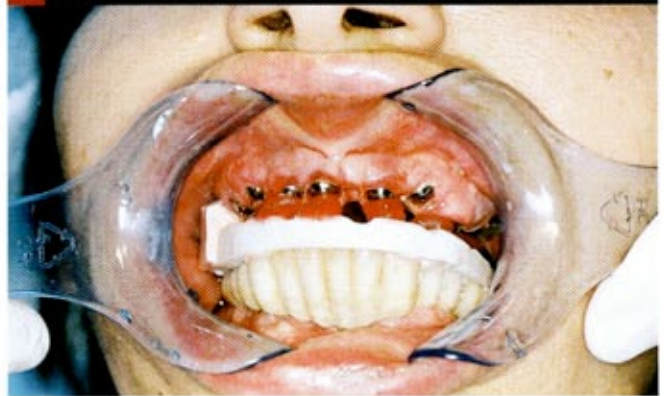
18 Le praticien pourra se servir de ce repère...



19 ...pour enregistrer l'occlusion sans trop de risque d'erreurs.



20 La dimension verticale et le rapport inter-maxillaire sont corrects.



JOUR J+1 : AU BLOC OPÉRATOIRE :

Mise en place des implants.

Pour chaque cas, il faut s'adapter et utiliser de façon « opportuniste », mais juste, tous les moyens possibles pour conserver le moindre repère, la moindre référence (cela peut être une tubérosité, la muqueuse, une dent conservée comme repère...), ceci est la clé de voûte de la réalisation finale (photo 17).

JOUR J + 1.5 - 2' : AU CABINET

° Cela dépend de la vitesse de récupération du patient, soit le lendemain matin ou l'après-midi selon l'état de fatigue de ce dernier.

Le jour de la prise d'empreinte des implants et avant de dévisser les capuchons de cicatrisation, le praticien enregistre l'occlusion et la dimension verticale avec des apports successifs de résines auto-polymérisables. Notre base en résine blanche est positionnée grâce à un petit clip de rétention (légère extension sur les faces vestibulaires et linguales)

sur les dents mandibulaires de façon stable afin de recevoir les apports de résine qui épouseront de façon précise les têtes de capuchon de cicatrisation nous permettant ainsi un calage occlusal (photos 18 et 19).

Quand la résine est prise, le praticien fait remordre plusieurs fois sa patiente afin de s'assurer que la relation est bonne. Si celle-ci est correcte, l'occlusion retombe à chaque ouverture et fermeture dans la même position, dans les mêmes empreintes laissées dans la résine. Nous pouvons ainsi dire que l'occlusion est confirmée (photos 20 et 21).

Le praticien prend la mandibule afin de s'assurer qu'il n'y a pas eu de glissement ni de tirage.

PRISE D'EMPREINTE JOUR +2 OU 2,5

Tout est ok, nous allons récupérer l'ensemble et passer à la prise d'empreinte. Dans ce cas présent, nous allons utiliser la méthode de transfert PICK UP (photos 22 et 23). Nous avons deux types de transfert qui nous permettent de prendre l'empreinte du positionnement des implants :

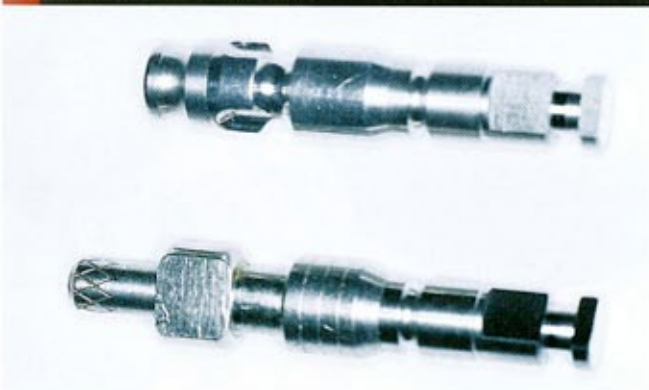
21 Libération de l'occlusion.



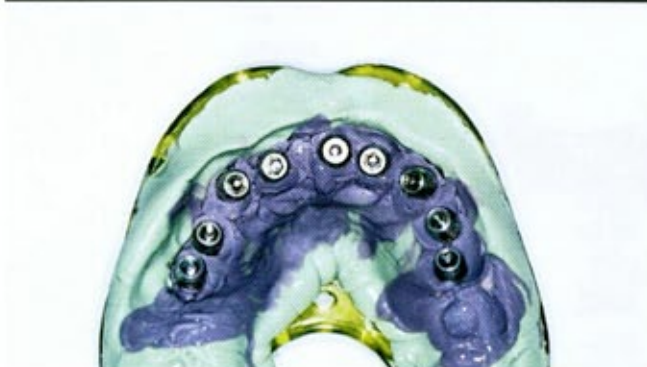
23 Les répliques ou analogues sont vissées au transfert en fonction du diamètre du diamètre en fonction du diamètre respectif de chacun.



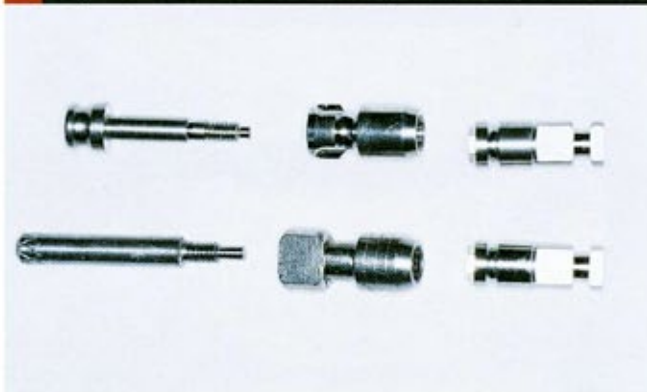
25 Idem avec analogues en place.



22 Empreinte avec les transferts de type PICK-UP en place. Nous employons à 99 % ce procédé.



24 Le système Twist Lock (en haut) et le système Pick-Up (en bas).



26 Porte-empreinte préparé.



le système Pick-Up (photo 24), et le système Twist Lock (photo 25).

Les répliques sont bien évidemment les mêmes dans les deux cas. Les implants, pour ce cas, sont de la marque 3I.

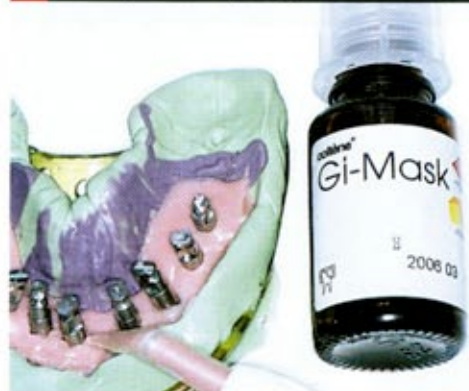
Aperçu du porte-empreinte en 2 temps (photo 26), toute la partie supérieure de ce dernier a été meulée puis recouverte d'une feuille de cire afin de laisser émerger, par pression sur la cire, la tête des vis de transferts. Le praticien dévissera successivement chaque implant, un petit clic en fin de dévissage signale la libération de la vis.

JOUR J + 2,5 : AU LABO :

Traitement de l'empreinte.

Il existe là aussi, deux façons de procéder pour traiter l'empreinte. La première consiste à cirer la partie du transfert qui se trouve enfouie sous la gencive afin de pouvoir la libérer du plâtre sans risque de fracturer ce dernier. La deuxième façon, la nôtre, consiste en l'utilisation d'un silicone que nous injectons pour recouvrir la partie enfouie des transferts nous permettant de reconstituer la gencive à l'identique. L'élasticité du silicone offre un travail aisé des

27 Mise en place de la fausse gencive siliconée.



28 Positionnement des capuchons de façon très rigoureuse.



29 La gouttière de rapport d'occlusion est positionnée en vue du plâtrage des modèles.



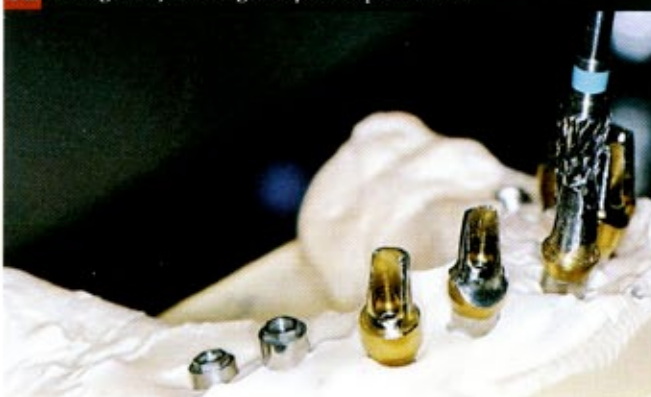
30 Contrôle de l'occlusion de mon bridge réalisé au préalable et contrôle aussi du bon rapport inter maxillaire.



31 Fraisage des faux-moignons.



32 Fraisage des faux-moignons pour la partie scellée.



profils d'émergence nous permettant ainsi de créer une fausse gencive molle (photo 27).

Je coule mon plâtre en 2 temps, plâtre à die pour la maîtrise de l'expansion et socle pour l'esthétique et la mise en articulateur. Je mets en place les mêmes capuchons de cicatrisation dont j'ai noté la référence exacte (hauteur, largeur, diamètre) lors de la séance de prise d'occlusion (photo 28). Notre gouttière de prise d'occlusion est repositionnée sur

modèle mandibulaire en plâtre. En ce qui concerne le maxillaire, il vient se caler dans les emplacements enregistrés dans la résine (photo 29).

La mise en articulateur ainsi faite, je peux présenter mon bridge provisoire évidé, précédemment confectionné afin d'analyser l'emplacement des implants sur l'arcade. J'en profite par la même occasion pour confirmer et vérifier la dimension verticale (photo 30).

33 Faux-moignons scellés en antérieur.



34 Faux-moignons scellés en antérieur.



35 Nous éliminerons les excès au niveau cervical.



**Chaque
heure compte,
il est impossible
d'attendre,
ne serait-ce
qu'une demi-journée,
ses faux-moignons.**

Fraisage des faux-moignons (photo 31)

Pour ce type de cas, il est indispensable de commander à l'avance ses composants. Il faut anticiper tous les cas de figures envisageables (angulation, hauteur de gencive). Pour le choix du diamètre des faux-moignons, un entretien téléphonique préalable, de même qu'une confirmation post-opératoire avec le chirurgien implantologiste sont nécessaires afin de mieux cibler la commande. Vous n'utiliserez certes pas toutes les pièces commandées. Il vous sera possible de les retourner à votre fournisseur si vous avez pris soin de ne pas dégrader l'emballage des composants. Chaque heure compte, il est impossible d'attendre, ne serait-ce qu'une demi-journée, ses faux-moignons.

Maintenant, les faux-moignons sont parallélisés entre eux de la même façon que pour un bridge définitif (photo 32).

Il est possible dans certains cas d'utiliser des faux-moignons trans-vissés, plus faciles à travailler et meilleur marché (conçus spécialement pour les provisoires) de plus, il n'est pas indispensable qu'ils soient parallèles entre eux. Dans ce cas traité, nous avons panaché, scellé pour les antérieures de 14 à 23 (photo 33 et 34) et trans-vissé pour les postérieures 15-24-25. L'angulation des implants antérieurs ne nous permettait pas d'utiliser de piliers trans-vissés, le

passage de la vis se serait trouvé sur les faces vestibulaires des dents antérieures.

Les piliers trans-vissés seront choisis avec une base NON-ANTIROTATIONNELLE (réservé pour les unitaires) ce qui signifie, sans hexagone, ceci afin d'avoir une marge de tolérance pour l'insertion et l'ajustage. L'usinage des faux-moignons est identique à toute autre réalisation en implantologie soit environ 2 mm sous-gingivale en vestibulaire et juxta gingivale en palatin afin de permettre au chirurgien dentiste de contrôler visuellement l'ajustage du bridge. Avant de rebaser mon bridge sur les faux-moignons, j'obture l'emplacement des vis avec du silicone de condensation de type PUTTY.

Rebasage du bridge.

Nous ajustons maintenant notre provisoire sur les faux-moignons (photo 35). Avant la prise complète de la résine, il est important de bien vérifier l'occlusion et la dimension verticale. J'isole toujours les faux-moignons avec du Picosep de chez Renfert et retire toujours mon bridge du modèle avant la prise exothermique de la résine, comme le font les chirurgiens-dentistes lorsqu'ils rebasent en bouche. Cela garantit une désinsertion parfaite du bridge sans risque de cassure, en douceur !

36 Peaufinés au labo, les profils d'émergence seront affinés encore en clinique.



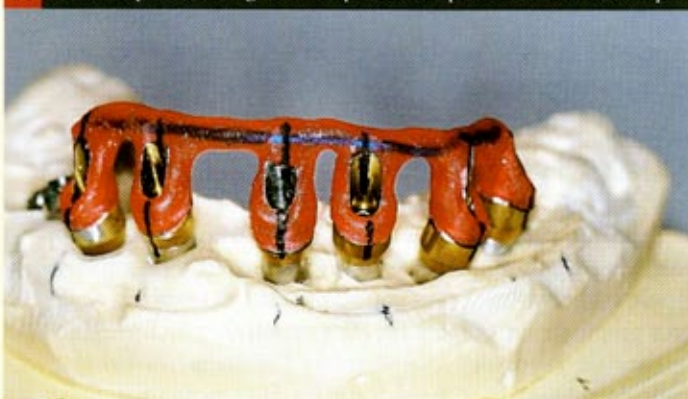
37 Le renfort métal coulé est inséré afin de rigidifier l'ensemble pour garantir l'ostéo-intégration.



UN GUIDE BIEN PRATIQUE

Un guide réalisé résine auto : PATTERN-RESIN de GC. Permet le repositionnement des faux-moignons en bouche. Chaque pilier est numéroté sur le faux-moignon et sur le guide pour éviter toute erreur ou confusion, si par accident les faux-moignons se retrouvaient mélangés sur le plateau dans le cabinet lors de la pose. Pour le laboratoire, c'est aussi un gain de temps considérable lors de toutes les manipulations (nettoyage, dégraissage, contrôle...) (photos A et B).

A Aucun risque de mélange et ou de perte de temps ni au labo ni en clinique.



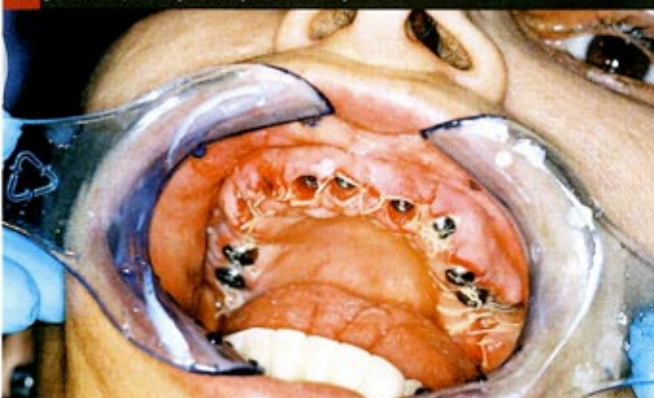
B



38 Bridge terminé au laboratoire.



41 Juste un jour après la pose des implants.



Ensuite j'élimine les excès de résine, je travaille les profils d'émergence (photo 36).

Un renfort nécessaire

Avant de finir complètement le bridge, je taille une saignée en palatin du bridge (photo 37). Dans la résine pour me permettre d'y introduire de la cire afin de confectionner un renfort métallique coulé. Car il est impératif que l'ensemble du bridge soit rigide, l'ostéo-intégration des implants en dépend (photo 38).

CONTROVERSE AUTOUR DE LA MISE EN CHARGE IMMÉDIATE (NDLR)

La mise en charge immédiate est un sujet très controversé et délicat, elle a été pendant des années jugée néfaste à l'ostéointégration des implants :

Partant du principe que les mouvements légers nuisaient à la cicatrisation du tissu osseux, provoquant une péri-implantite et la perte de l'implant (encapsulation fibreuse), la mise en charge immédiate était donc fortement déconseillée. Depuis, de nombreuses études ont montré qu'un micro mouvement de l'implant pendant la phase de cicatrisation ne nuisait pas à l'ostéointégration.

Ceci étant, nous ne disposons encore que d'un léger recul clinique sur ces questions (4 à 5 ans)

De grands ténors de la profession, tels les Dr Philippe Khayat, Sylvain Altglas et Mithridade Davarpanah pratiquent la mise en charge immédiate depuis quelques années avec succès. Ceci dit, la plupart des praticiens y sont encore formellement opposés, par prudence pour certains, par méconnaissance des avancées pour les autres.

Voici un extrait de la revue Alternative, n°16, Novembre 2002 article de Mithridade Davarpanah et Henri Martinez, qui indique les grandes lignes à respecter et les conditions du succès potentiel de la mise en charge immédiate :

« Principes du concept

L'analyse des recherches réalisées chez l'animal et de l'application clinique de différents protocoles de temporisation immédiate montre que la charge immé-

diante des implants n'est pas responsable d'une mauvaise cicatrisation tissulaire. La présence des micro-mouvements dépassant un seuil critique de tolérance d'environ 100 microns, serait à l'origine de l'échec implantaire (encapsulation fibreuse). L'obtention de l'ostéointégration est donc possible à condition de limiter les micro-mouvements sur les implants pendant la phase initiale de la cicatrisation osseuse (environ 6 semaines).

Au niveau chirurgical, la qualité osseuse est un facteur capital pour l'application d'une temporisation immédiate. En effet, un meilleur ancrage primaire est obtenu en présence d'un os dense. Cet ancrage optimisé résiste mieux aux micro-mouvements nocifs pendant les premières semaines de cicatrisation. (...)

L'utilisation d'un nombre important d'implants longs permet d'augmenter la surface globale d'ancrage osseux, d'optimiser la stabilité primaire implantaire et d'obtenir un pourcentage de contact os-implant plus important. (...)

Une rigueur...Ostéointégration :

- Utilisation d'implants vis avec un état de surface rugueux.
- Longueur supérieure à 10 mm[®] (quantité osseuse).
- Stabilité implantaire (qualité osseuse)
- Un nombre important d'implants. Au maxillaire, supérieur ou égal à 8 implants. À La mandibule, un nombre d'implants supérieur ou égal à 6
- Une distribution stratégique des implants sur l'arcade.
- Un guide chirurgical permet de mieux positionner l'émergence des implants.

- Le chirurgien dentiste identifie les implants à utiliser pour la mise en charge immédiate, après vérification du couple de serrage mécanique (stabilité primaire optimale (>35Ncm).
- Les implants mis en charge doivent être répartis d'une façon symétrique sur l'arcade.
- La prise d'empreinte doit être réalisée immédiatement après la mise en place des implants ou dans les 48h (technique pick-up).
- Mise en place des vis de cicatrisation après la prise d'empreinte. Serrage manuel très délicat (>10Ncm). Vérification radiographique.
- Réalisation de la prothèse de temporisation avec une infrastructure métallique[®]. La prothèse transitoire ne doit pas représenter d'extensions distales.
- La mise en place de la prothèse est réalisée le plus rapidement possible après la chirurgie.
- Les vis des piliers prothétiques doivent être serrés manuellement.
- La mise en place de la temporisation peut être réalisée par transvissage (fait à la main) ou par un scellement provisoire^{®*} selon le dessin prothétique choisi.»

Selon nos conseillers en implantologie :

[®]Pour un diamètre standard.

^{®*}Le choix du matériau de reconstruction pour la prothèse transitoire doit être absolument une résine à module d'élasticité élevé.

^{®**}On évitera les scellements provisoires des prothèses sur faux-moignons pour des questions de stabilité, le transvissage étant beaucoup plus approprié.

JOUR J+3 : RETOUR EN CLINIQUE ET MISE EN BOUCHE

C'est le jour « J +3 ». Le praticien dévisse les capuchons de cicatrisation. L'opération ne date que de 48h, la gencive en témoigne (photo 41).

Les profils d'émergence sont retravaillés au fauteuil en collaboration avec le praticien ce jour du scellement afin de guider de façon optimale la cicatrisation de la gencive dans le but d'obtenir de belles papilles (photo 42).

La mise en place de l'ensemble est effectué par un scellement pour les antérieures et un vissage pour les postérieures. Le praticien obture le canal de passage de la vis puis effectue les derniers réglages d'occlusion.

42 Le travail est prêt à être scellé et vissé.



44 Challenge réussi et satisfaction de la patiente.



43 Un léger décalage médian sera à corriger lors de la prochaine séance.



UN SOURIRE EN UN CLIN D'ŒIL

Notre patiente retrouve le sourire, de notre côté, nous constatons que l'axe médian des centrales devra être amélioré sur le définitif. Nous avons peut-être accentué ce qui existait déjà avec ce petit décalage (environ 1mm) trop à droite (photo 43).

Nous le constatons sur la photo 1 représentant les modèles initiaux. Mais cela n'empêche pas notre patiente d'être heureuse (photo 44). Elle a surtout été surprise par la rapidité d'exécution. Notre plus grande satisfaction est de la voir ravie et rassurée. À nous maintenant de lui faire comprendre que pour la réalisation du définitif en céramique, ce sera un peu plus long...

Mais au fait ! Peu importe, avec un tel provisoire ! C'est un réel plaisir et un honneur d'acquiescer la confiance et de travailler en collaboration avec des docteurs stomatologues comme le Dr Davarpanah, précurseur dans le monde de l'implantologie, ainsi que les docteurs Pierre et Christophe Raygot, véritables virtuoses en réalisation prothétique, spécialisés dans l'esthétique. Il est toujours satis-

Je dédie cet article à mon maître spirituel, M. Paul Tillocher du laboratoire Soprodent à Bourges qui prend sa retraite ce mois-ci après avoir exercé 40 années durant cette profession. Il reste une référence pour beaucoup d'entre nous et nous lui souhaitons un repos bien mérité.



Ghislain Fournier
Prothésiste Dentaire

Membre Fondateur de l'European Aero Dental Club

Site : www.eadc.info

Email : ghislainfournier@free.fr

