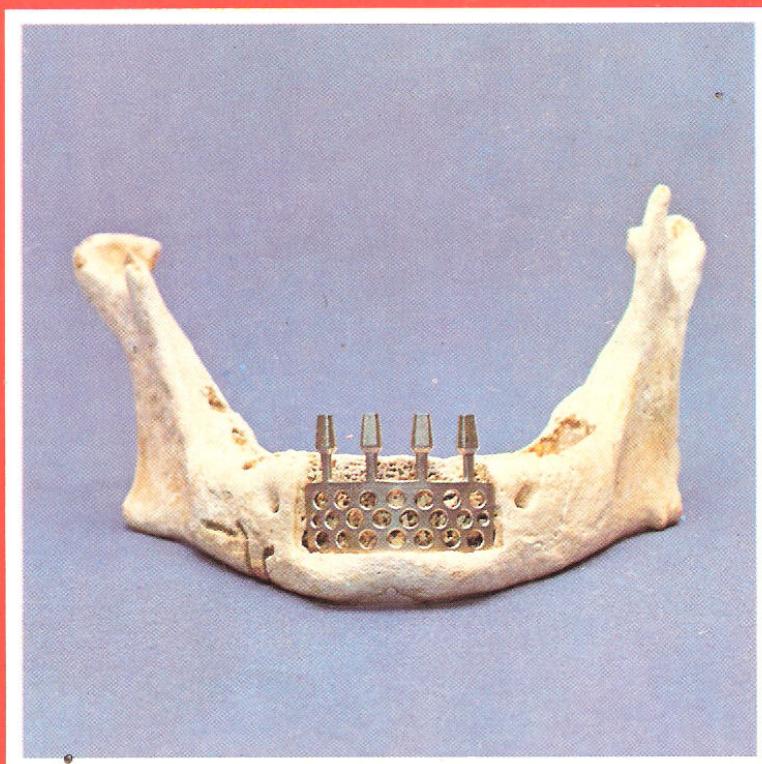


rivista europea di implantologia

**ORGANO UFFICIALE DELL'ACADEMIA EUROPEA
DENTISTI IMPLANTOLOGI
E DELLA ACCADEMIA ITALIANA DEGLI IMPIANTI**



2

aprile - giugno 1979

Direzione - Redazione - Pubblicità:
Piazza Bertarelli 4 - 20122 Milano - Tel. 86 44 38
Trimestrale
Spedizione Abb. Postale Gr. IV/70
da VERONA FERROVIA

L'implant iuxta-digital

par RAPHAEL CHERCHEVE

DEUXIEME PARTIE

(Continuation du numéro précédent)

Au moment où on baillonne tous ceux qui apportent à l'Implantologie des techniques salvatrices, pour ne laisser la parole qu'à ceux qui veulent se constituer un monopole absolu au détriment de tout progrès scientifique, je remercie l'Ecole Italienne, avec ses chefs de file PASQUALINI et TRAMONTE, etc...., de laisser leur revue largement ouverte aux travaux inédits et déterminants.

Je disais dans mon dernier article que je considérais comme révolutionnaire la nouvelle technique de juxta-osseux que j'ai mise au point. Elle rendra d'autant plus de services que dans certains cas, nous nous trouvons au niveau du maxillaire avec des cavités sinusoïdales ou nasales affleurant presque les crêtes et que, dans ces conditions, il ne peut y avoir aucune utilisation de la profondeur de l'os; par contre, en allant chercher tous les reliefs que nous offre l'architecture osseuse de surface, nous pouvons dans cas rendre quand même d'immenses services à nos patients édentés.

L'astuce est d'avoir réduit le temps de laboratoire d'une façon telle que le prothésiste ne livrera l'infrastructure que lorsqu'il aura trouvé les points de rétention maximale de l'os.

Sa cire d'essai ne doit pas pouvoir sortir du modèle tant elle reste accrochée aux irrégularités osseuses.

La vraie révolution en Implantologie se situe au moment où nous avons pu tran-

sformer une technique incertaine pour donner au Laboratoire un rôle précis et décisif.

Aujourd'hui lorsque le prothésiste nous apporte nostre I.S. (infrastructure), nous avons déjà la certitude:

- qu'elle pénétrera au maillet et en force;
- qu'elle ne se posera plus comme un cavalier sur sa selle, mais s'accrochera sur les reliefs irréguliers et les infractuosités que l'os présente.

A l'ancienne incertitude succède la sécurité. L'intervention chirurgicale vient de se terminer par les sutures provisoires, intervention sur laquelle nous reviendrons largement dans le prochain numéro.

L'EMPREINTE

Le porte-empreinte a été préalablement ajusté au Laboratoire d'après la première empreinte détude. Il doit être en un matériau malléable (aluminium recuit) et perforé.

On tient compte en grattant le modèle, de l'épaisseur approximative de la muqueuse, de façon à avoir au moment de l'intervention un minimum de retouches. On façonne alors un petit manche avec une résine.

Le décollement terminé, on présente le porte-empreinte de façon à ce qu'il épouse le maxillaire dans de bonnes conditions. Nous employons depuis fort longtemps, comme matériau, le « Neoplex Regular » qui présente de nombreux avantages.

Puis:	
A) Vaseline des mains;	
B) Mélange à partie égale tube blanc et brun;	
C) Léger bourrage en bouche des sillons vestibulaire et lingual;	
D) Remplissage du porte-empreinte;	
E) Prise normale de l'empreinte: 6 minutes.	
Il est bon alors de procéder à une sur-empreinte à l'Alginate pour un bon positionnement des futs au Laboratoire. Maintenant, nous allons tracer notre dessin.	
On peut considérer deux cas:	
a) la rétention naturelle est importante:	
— bosses canines fortement accentuées,	
— reliefs osseux se continuant par un plan de déclivité, contre dépouille,	
— cuvettes laissées en place par d'anciennes alvéoles,	
— rugosités régularisées à la demande, à la pince gouge.	
Dans ces divers cas, on évite les travées reliant les attaches du côté vestibulaire, une seule travée linguale réunira les postes.	
b) la rétention est réduite. Cela se produit le plus souvent au niveau du maxillaire supérieur.	
Dans ce cas, on trace deux travées: l'une vestibulaire montant le plus haut possible et utilisant par exemple le relief médian, très haut situé au-dessous des fosses nasales et une travée palatine s'accrochant dans la partie la moins déclive.	
Voici un tableau qui met en valeur les différences essentielles entre les différents temps de l'ancienne méthode et ceux de la nouvelle.	
METHODE CLASSIQUE	
1^e TEMPS	
couler l'empreinte	
1/4 d'heure d'attente	
Démouler	
2^e TEMPS	
Fondre et couler le duplicata	
Gélatine en Creux	
Avec le refroidissement:	
une heure	
3^e TEMPS	
Sortir le modèle plâtre de la gélatine	
Couler un revêtement extra-dur	
Attendre le durcissement.	
3/4 d'heure	
4^e TEMPS	
Sortir le modèle de la Gélatine	
Le déshydrater au four	
Le durcir avec le Spray	
1/4 d'heure	
5^e TEMPS	
Travailler à la cire la maquette	
Paralleliser les futs.	
1/2 heure	
6^e TEMPS	
Mise en cylindre sous vide	
Attendre durcissement du cylindre.	
1/2 heure	
Enfournage à la température correspondante au revêtement employé.	
Les plus nombreux revêtements peuvent permettre l'enfournage directement à 900°.	
La coulée peut ainsi être effectuée 20 minutes après.	
1 heure	
7^e TEMPS	
Récupération de la grille	
Sablage	
Section des tiges de coulée une tige de coulée par fut.	
5 minutes	
8^e TEMPS	
Stérilisation	
L'ensemble des Opérations aura duré 4 h 30.	
METHODE R. et M. CHERCHEVE-PARLANT	
1^e TEMPS	
Arrivée au Laboratoire	
L'Empreinte est coulée en plâtre dur.	
1/4 d'heure	
A ce stade, se situe le moment très important où l'étude au Laboratoire précédentra l'exécution.	
Durant l'intervention, les points électifs rétentifs ont été signalés au prothésiste.	
De plus s'il s'agit du maxillaire inférieur	

rieur, on lui a localisé le point d'émergence du trou mentonnier.

L'étude qui procéde l'execution sera exécutée conformement au nouveau dessin de notre infrastructure.

2^e TEMPS

Durcir le modèle Spray.

Construire la maquette, en méthode directe, à l'aide d'une seringue plastique. Utilisation à cet effet, d'une résine calcinable à consistance moyenne de façon à l'introduire facilement dans le piston. Pendant que l'on prépare la résine calcinable: vernissage du modèle avec un isolant.

On chauffe alors à basse température environ 60°.

Le modèle étant chauffé, la résine se polymérise dès sa projection, ce qui évite les étalements.

1/4 d'heure

3^e TEMPS

Pose des fûts parallélisés.

Les tiges de coulée sont assemblées avec une goutte de résine.

L'ensemble se détache du modèle.

20 minutes

4^e TEMPS

La maquette est testée de façon à ce qu'elle soit rétentive.

Si cette auto-rétention n'est pas fortement assurée, modifier son dessin jusqu'à ce que l'on y parvienne parfaitement.

Enrobage de l'I.S. a) avec un revêtement spécial d'enrobage « Investment » et mise en cylindre avec un revêtement haute fidélité.

On laisse sécher.



20 minutes

5^e TEMPS

Enfourner à 900°.

Couler 15 minutes.

L'I.S. est alors prête à passer à la stérilisation après que l'on aie coupé les tiges de coulée.

L'ensemble des Opérations aura duré 1 h 30.

POSE DE L'IMPLANT DIGITAL CHERCHEVE

— On présente l'infrastructure stérilisée préalablement sur la crête.

— Elle ne peut passer directement.

— Avec la masse, on la fera pénétrer par petits coups secs, alternativement distribués à droite, puis à gauche jusqu'à ce que l'infrastructure prenne définitivement sa place.

— Il n'y a plus qu'à procéder aux sutures définitives avec soie, au pied des postes d'abord, puis de proche en proche.

1) La technique R et M CHERCHEVE-PARLANT présente une plus grande fidélité:

— en effet, les manipulations sont réduites au minimum, étant donné que l'on travaille en direct.

2) Elément capital:

— Avec la méthode classique, n'ayant pas testé préalablement nos points forts d'attachement, l'exécution est aveugle; c'est la raison pour laquelle les tranchées avaient été recommandée par certaines écoles pour pallier au flottement très fréquent de l'I.S.

Il n'est plus besoin, avec cette technique, de cet artifice contestable et contesté.

3) Le temps gagné est considérable.

Il est possible de placer notre infrastructure dans les deux heures qui suivent la prise d'empreinte.

Comme nous voilà loin de toute une semaine exigée aux temps historiques des débuts du sous-périosté!

(Etant donné ce délai réduit, notre anesthésiste a parfois au cours de l'anesthésie générale, préféré laisser en place l'intubation jusqu'au deuxième temps).

LA PROTHESE DEFINITIVE

En ce qui concerne la suprastructure, elle ne diffère guère de ce que nous avons dit précédemment.

Prenons une édentation totale du bas, par exemple, nous procéderons de la façon suivante:

1) Prise d'empreinte.

2) préparation des Tubes ronds

3) cire d'articulation et essayage de la maquette

4) deuxième empreinte, les tubes étant en place

5) essayage de la barre de conjonction ou du bridge métallique pour le parallélisme

6) essayage du bridge prêt à finir avec ses deux rupteurs.

(L'utilisation fréquente des rupteurs de force nous font conseiller la lecture de l'ouvrage « Precision Attachment in Dentistry » de HW PREISKEL (Kimpton London Editor) et de l'excellent travail, particulièrement adapté aux Implants, du docteur Sydney BERGER et Morris BASKAS « The use of Stress Breakers in Removable and Fixed Prothesis; their importance in relation to Implants » (Oral Implantology, Vol. V N. 2, Automne 1974).

Notons également extrait de la Revue de Stomatologie T. 55, N. 8 et 9: étude critique des différents rupteurs de force appliqués aux bridges amortis et non amortis par le docteur R. CHERCHEVE).

7) Finition du bridge et pose.

On rappelle qu'il s'agira d'un bridge coulissant sur les piliers implantaires de la canine à la canine ou sur une barre de conjonction, soit qu'il soit scellé, soit qu'il soit amovo-inamovible.

Les parties postérieures sont à charnière s'il est coulissant ou à rupteur s'il est fixe.

Tout en réservant une légère béance antérieure, nous armons les faces triturantes des dents masticatrices pour lesquelles nous évitons d'utiliser la céramique, avec un matériau conciliant dureté et élasticité (ce choix correspond à la meilleure convenance): nous coulons, donc, sur les faces triturantes molaires des onlays en or platiné.

Les parties en extension « amorties » travaillent beaucoup. Elles ont donc tendance à s'enfoncer. Il sera judicieux de prévoir un système de rupteur, facile à démonter, afin soit de diminuer les zones d'enfoncement soit, au contraire, de regaser les zones de résorption possibles.

Il nous arrive de constater au bout de quelques années que les onlays en or platiné ont été totalement abrasés, complètement usés par la mastication.

Il sera nécessaire de recharger en laboratoire ces éléments et de vérifier régulièrement la persistance du contact métallique avec les antagonistes.

C'est en tirant la leçon des échecs que, progressivement, nous arrivâmes à cette transformation totale d'une technique qui nous assurait enfin une marge de sécurité sur l'éventuelle résorption.

Quant à l'implant lui-même, il est évident que nos prolongements digitaux vont s'ancrez si puissamment sur les parties réceptives que:

— la mobilité initiale, facteur d'échec, est évitée et cela sans avoir besoin de jouer sur l'artifice d'une pénétration osseuse quelconque;

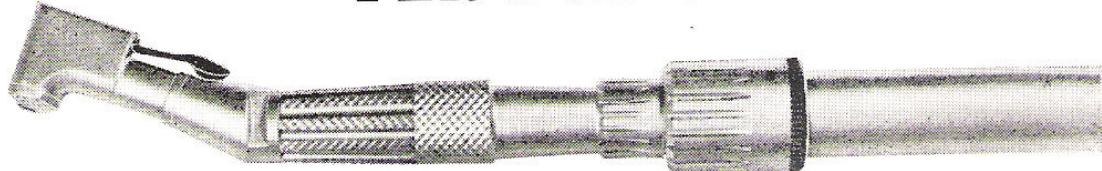
— au cas où au bout de quelques années, une résorption progressive s'accuserait (ce qui est loin d'être constant), la marge de sécurité obtenue laissera un temps important avant que nos griffes ne lâchent prise.

Les échecs deviennent très rares, la sécurité est importante.

Nous parlerons dans le prochain numéro de la technique chirurgicale proprement dite.

(Continuation au prochain numéro)

CONTRANGOLO RIDUTTORE 10/1 PER DORIOT



L'impianto iuxta-digitale

di RAPHAËL CHERCHEVE

PARTE SECONDA

(Continuazione dal numero precedente)

Nel momento in cui si boicottano tutti coloro che apportano all'Implantologia delle tecniche salvatrici, per lasciare la parola soltanto a quelli che vogliono costituire un monopolio assoluto a detimento di ogni progresso scientifico, io ringrazio la Scuola Italiana, con i suoi capiscuola PASQUALINI, TRAMONTE, ecc., per il fatto di lasciare la loro Rivista largamente aperta a lavori inediti e determinanti.

* * *

Dicevo nella prima parte di questo mio articolo che consideravo come rivoluzionaria la nuova tecnica degli iuxta-ossei da me messa a punto. Essa si dimostrerà valida soprattutto nel mascellare superiore, quando ci troviamo di fronte a cavità sinusali o nasali quasi affioranti alla cresta, condizioni in cui non si può utilizzare in alcun modo la profondità dell'osso; per contro, andando a cercare tutti i rilievi che ci offre l'architettura ossea di superficie, potremo in tali casi rendere lo stesso immensi servigi ai nostri pazienti edentuli.

Il vantaggio è quello di aver ridotto i tempi di laboratorio in modo tale che il protesista consegnerà l'infrastruttura solo quando avrà reperito i punti di massima richiesta dell'osso.

La cera di prova non deve potersi staccare dal modello tanto essa rimane agganciata alle irregolarità ossee.

Una trovata veramente rivoluzionaria in Implantologia si ha nel momento stesso

in cui abbiamo potuto trasformare una tecnica incerta per conferire al Laboratorio un ruolo preciso e decisivo.

Oggi, quando il protesista ci consegna l'I.S. (infrastruttura), abbiamo già la certezza:

a) che essa potrà essere allogata per mezzo del martelletto e con forza;

b) che essa non si poserà più come un cavaliere sulla sella, ma si aggancerà ai rilievi irregolari e alle anfrattuosità presentati dall'osso.

All'antica incertezza si sostituisce la sicurezza. L'intervento chirurgico si chiude con delle suture provvisorie, e su tale intervento ritorneremo largamente nel prossimo numero.

L'IMPRONTA

Il porta-impronte è stato preparato in precedenza dal Laboratorio in base alla prima impronta di studio. Esso dev'essere di materiale malleabile (alluminio ricotto) e perforato.

Si tiene conto, raschiando il modello, dello spessore approssimativo della mucosa, in modo da dover fare, al momento dell'intervento, dei ritocchi minimi. Al porta-impronte così costruito si applica quindi un piccolo manico in resina.

Terminato lo scollamento, si verifica se il portaimpronte si adatta al mascellare nelle migliori condizioni. Per l'impronta, noi adoperiamo da tempo come materiale il «Neoplex Regular» che presenta numerosi vantaggi.

Quindi:	
A) Ungersi le mani di vaselina;	
B) Mescolare in parti uguali il contenuto del tubo bianco e di quello bruno;	
C) Zeppare leggermente in bocca i solchi vestibolare e linguale;	
D) Riempire il portaimpronta;	
E) Provvedere alla normale presa dell'impronta: 6 minuti.	
Possiamo ora considerare due casi:	
a) <i>buona ritenzione naturale</i> :	
— bozze canine fortemente accentuate,	
— rilievi ossei che si smorzano in un declivio,	
— incavi residuati da vecchi alveoli,	
— rugosità regolarizzate a piacimento.	
In tutti questi casi, si evitano le travate colleganti gli attacchi dal lato vestibolare: i pilastri saranno collegati da una sola travata linguale.	
b) <i>ritenzione ridotta</i> . Tale condizione si riscontra con maggior frequenza al mascellare superiore.	
In questo caso, si tracciano due travate: una vestibolare, che risale il più in alto possibile e sfrutta ad esempio il rilievo mediano, situato molto in alto al disotto delle fosse nasali; e una palatina, alloggiata nella parte meno declive.	
Ecco una tabella che mette in risalto le differenze essenziali tra i diversi tempi del vecchio metodo e quelli del nuovo.	
METODO CLASSICO	
1° TEMPO	
Colata dell'impronta	
1/4 d'ora d'attesa	
Rimozione del modello	
2° TEMPO	
Preparazione del duplicato	
Gelatina negli stampi	
Con raffreddamento:	
	1 ora
3° TEMPO	
Rimozione del modello in gesso dalla gelatina	
Colata di un rivestimento extra duro	
Attesa dell'indurimento	
	3/4 d'ora
METODO R. E M. CHERCHEVE-PARLANT	
1° TEMPO	
Arrivo al Laboratorio	
Colata dell'impronta in gesso duro.	
	1/4 d'ora
Questo è il momento importantissimo dello studio in Laboratorio prima dell'esecuzione.	
Durante l'intervento, i punti elettivi di ritenzione sono stati segnalati al protesista.	
Al mascellare inferiore, che sia stato ben localizzato lo sbocco del foro mandibolare.	
Lo studio precedente all'esecuzione ver-	

rà effettuato in conformità al nuovo disegno della nostra infrastruttura.

2° TEMPO

Indurire il modello allo Spray.
Modellare con metodo diretto, con l'aiuto di una siringa in plastica.

Utilizzare a tale scopo una resina calcinabile a consistenza media, in modo da poterla introdurre facilmente nella siringa.

Mentre si prepara la resina calcinabile: verniciatura del modello con un isolante. Riscaldare a bassa temperatura (60° circa).

Riscaldato il modello, la resina si polimerizza immediatamente.

1/4 d'ora

3° TEMPO

Posa dei pilastri parallelizzanti
Fissaggio dei perni di colata con una goccia di resina
Distacco dal modello

20 minuti

4° TEMPO

Si prova il modellato per constatarne la ritenzione.

Se la ritenzione non è soddisfacente, modificare la modellazione sino ad ottenere un adattamento perfetto.

Rivestimento dell'I.S. e messa in cilindro.

Lasciar seccare.

20 minuti

5° TEMPO

Infornare a 900°.
Colare dopo 15 minuti.
L'I.S. è pronta per la sterilizzazione, dopo aver tagliato i perni di colata.
L'insieme delle operazioni avrà richiesto 1 h 30.

POSA DELL'IMPIANTO DIGITALE DI CHERCHEVE

— Si appoggia sulla cresta l'infrastruttura precedentemente sterilizzata.
— Essa non può adattarsi direttamente.

— Con il martelletto, la si farà penetrare a colpetti secchi, alternativamente distribuiti a destra e a sinistra, sino a che l'infrastruttura si alloggi definitivamente.

— Non resta che suturare definitivamente con seta, prima alla base dei pilastri, poi il resto.

1) La tecnica R. e M. CHERCHEVE-PARLANT presenta una maggior precisione:

— in effetti, le manipolazioni sono ridotte al minimo, dato che si lavora in diretta.

2) Elemento fondamentale:

— con il metodo classico, non avendo saggiato prima i punti forti d'attacco, l'esecuzione è cieca; per questo motivo da tante scuole erano stati raccomandati i solchi per ovviare al basculamento assai frequente dell'I.S.

3) Il tempo risparmiato è notevole.

E' possibile posare l'infrastruttura entro due ore dopo l'impronta.

LA PROTESI DEFINITIVA

Per quel che riguarda la sovrastruttura, non differisce molto da quanto abbiamo detto in precedenza.

Prendiamo ad esempio un edentulismo inferiore totale: procederemo nel modo seguente:

- 1) Presa dell'impronta.
- 2) Preparazione dei Tubi rotondi.
- 3) Cera d'articolazione e prova del modello.
- 4) Seconda impronta, con i tubi in posizione.
- 5) Prova della barra di congiunzione o del ponte metallico per il parallelismo.
- 6) Prova del ponte a finire con i suoi due rompiforza.
- 7) Finitura del ponte e posa.

Si ricorda che si tratterà di un ponte a coulisse sui pilastri implantari da canino a canino o su di una barra di congiunzione, sia che esso venga cementato, sia che risulti amovo-inamovibile.

Le parti posteriori sono a cerniera se è su coulisse o a rompiforza se è fisso.

Le estensioni « ammortizzate » lavorano molto, ed hanno quindi la tendenza ad affondare. Sarà utile prevedere un sistema rompiforza, facile da smontare, allo scopo sia di diminuire le zone di affondamento sia, al contrario, di scaricare le possibili zone di riassorbimento.

In capo a qualche anno può capitarcirc di constatare che gli onlays d'oro platinato siano completamente abrasi dalla masticazione.

Sarà necessario ricostruire in laboratorio tali elementi e verificare regolarmente la persistenza del contatto metallico con gli antagonisti.

Facendo tesoro degli insuccessi, siamo arrivati progressivamente a questa trasformazione totale di una tecnica che ci ga-

rantisce un margine di sicurezza sull'eventuale riassorbimento.

Quanto all'impianto stesso, è evidente che i nostri prolungamenti digitali si ancorano alle parti ritentive così tenacemente che:

— la mobilità iniziale, fattore d'insuccesso, viene ad essere evitata senza aver bisogno di ricorrere all'artificio di una qualsiasi penetrazione ossea;

— nel caso in cui, in capo a qualche anno, si verificasse un progressivo riassorbimento, il margine di sicurezza ottenuto garantirà un lungo lasso di tempo prima che le nostre estensioni perdano la presa.

Gli insuccessi diventano assai rari, la sicurezza assai notevole. Parleremo nel prossimo numero della tecnica chirurgica propriamente detta.

(Continuazione al prossimo numero)