

# Prothèse télescopique sur barre fraisée

Une option à prendre en compte au maxillaire édenté !

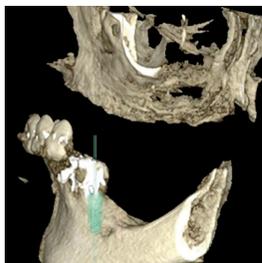
**Anne Claire Metz**

Docteur en chirurgie dentaire  
Pratique exclusive en implantologie

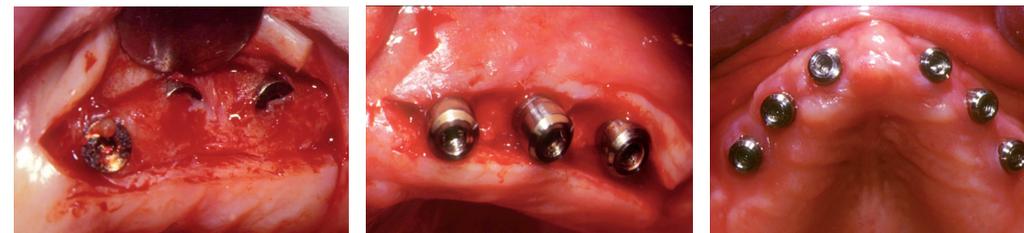
**Michel Metz**

Docteur en chirurgie dentaire  
Pratique exclusive en implantologie

**1 et 2.** Ce patient de 65 ans consulte en 1992 pour une situation dentaire critique. Les dents maxillaires en particulier ne sont plus conservables : une restauration complète est envisagée. Notre projet prothétique évoque à ce stade un bridge transversé ou une prothèse amovible stabilisée par une barre.



**3 et 4.** Il est nécessaire de confirmer le plan de traitement prothétique après édentation et consolidation tissulaire. Une étude radiographique avec maquette prothétique objective le porte-à-faux « base osseuse/montage dentaire ». Si le décalage est important, une prothèse amovible présente des avantages fonctionnels (herméticité, nettoyage) et mécaniques (risque de fractures diminué). Cette option nous paraît plus adaptée à ce patient bruxeur.



**5 à 7.** Six implants Screw-Vent à état de surface usiné sont placés. D'abord enfouis, ils ne sont exposés qu'après ostéointégration pour être coiffés de piliers coniques.



**8 à 10.** La phase prothétique peut débuter : les transferts d'empreinte sont vissés. Une barre fraisée est élaborée dans le respect du couloir prothétique.



1992



Cas initial

**11 à 13.** La barre transversée assure la tenue de la prothèse par friction. La rétention élevée provient du parfait ajustage de la contre-barre télescopique et d'un tripode d'attaches « boutons-pression » Ceka-Revax. L'ancrage implantaire important permet de supprimer l'appui palatin avec un ressenti confortable pour le patient.



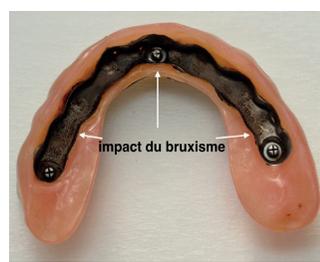


**14 et 15.** L'ensemble barre/prothèse amovible permet de compenser le décalage inter-maxillaire et de placer les dents prothétiques à l'aplomb des dents inférieures, transformant ainsi le rapport de classe III squelettique induit par la résorption en une classe I dentaire.

**16.** Ce surplomb prothétique ne pose pas de problème d'hygiène : la prothèse étant amovible, le patient la retire pour un nettoyage efficace des structures implantaires.



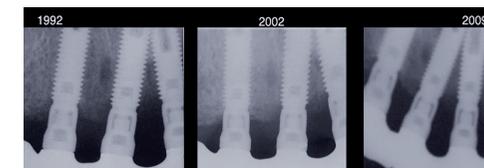
**17 à 19.** L'adaptation hermétique du bord prothétique permet au patient – joueur professionnel de flûte traversière – d'exercer son art avec efficacité. Sa performance est améliorée grâce à un modelage personnalisé de la fausse gencive qui permet un soutien optimisé de l'orbiculaire de la lèvre supérieure.



**20 à 22.** Nous revoyons ce patient annuellement, ici vingt ans après la pose des implants. Notez l'impact du bruxisme au niveau de la barre et de la contre-barre. L'écroûssage est très marqué sur certaines zones malgré la dureté de l'alliage Vitallium. L'impact des dents antagonistes est visible en antérieur, et les faces occlusales des dents prothétiques postérieures ont été « lissées » avec le temps.



**23.** Les radiographies rétro-alvéolaires à 20 ans montrent une stabilité osseuse très satisfaisante autour de ces implants à état de surface lisse.



**24 à 26.** Vingt ans après, nous considérons que le contrat médical a largement été rempli avec notre patient. La situation clinique initiale était difficile à gérer : un maxillaire réduit, peu de possibilité de rétention pour une prothèse classique, une arcade mandibulaire dentée, un contexte de bruxisme et un porte-à-faux prothétique important. Il n'y a eu aucune fracture ni ré-intervention prothétique au cours de cette période !

**Pourquoi avoir fait le choix de cette option de barre fraisée ?**

Nous avions une situation de résorption très importante du maxillaire, un patient joueur d'instrument à vent, la nécessité de permettre un accès au nettoyage efficace chez un homme de 65 ans dont l'aptitude au brossage, faible au départ, ne pouvait que diminuer avec le temps. Par ailleurs, dans un contexte de bruxisme, nous sommes persuadés qu'un bridge transversé, fixé de façon plus rigide, avec des porte-à-faux importants, aurait généré une cascade de complications mécaniques, notamment des fractures de la partie cosmétique. Le choix de la prothèse télescopique sur barre fraisée a permis de gérer tous ces points (herméticité, résilience et nettoyabilité) avec simplicité et efficacité.

**Aujourd'hui, soit 25 ans plus tard, dans une situation où votre objectif final reste le même (prothèse amovible sur barre), réalisez-vous les extractions, le placement des implants et leur exposition en trois temps chirurgicaux séparés comme cela a été fait ici ?**

Nous étions dans un contexte parodontal avec un risque de perte de volume difficilement

prévisible au moment des extractions dans cette situation initiale instable biologiquement. Implanter immédiatement le jour des extractions aurait entraîné une incertitude dans le positionnement des implants par rapport aux futurs niveaux tissulaires. Par ailleurs, le projet prothétique de prothèse amovible sur barre ne pouvait être validé qu'après cicatrisation tissulaire et étude avec une maquette prospective (évaluation des porte-à-faux en particulier). Aujourd'hui, dans une situation équivalente, nous continuons à procéder avec prudence : extraction et pose d'une prothèse provisoire amovible, attente de la cicatrisation, validation du choix prothétique, implantation selon ce projet. En revanche, nous opterions à présent pour la technique d'implantation en un temps (implants équipés d'emblée des piliers de cicatrisation) en adaptant l'intrados de la prothèse provisoire, évitant ainsi une chirurgie supplémentaire à notre patient.

Correspondance : [drmichelmetz@gmail.com](mailto:drmichelmetz@gmail.com)

Les auteurs déclarent un lien d'intérêt en tant que conseillers et formateurs pour la société Zimmer Biomet.