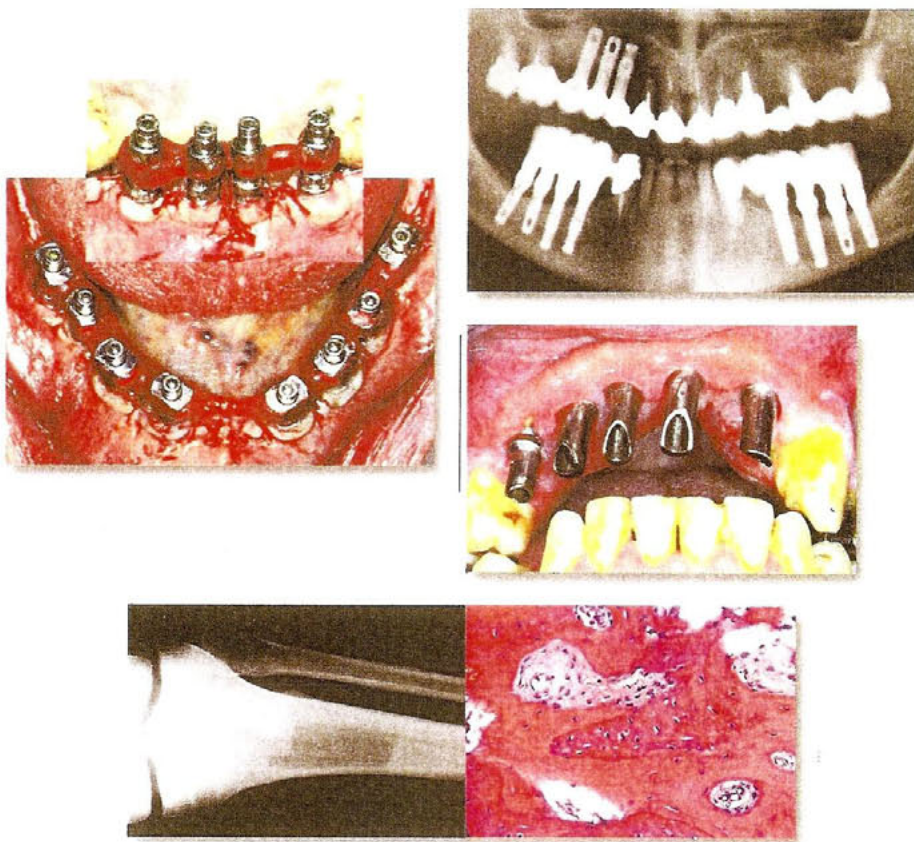


IMPLANTOLOGIE

Revue



ISSN 1763-1033 - Abonnement France : 180 € - Etranger : 195 €

3

Revue Trimestrielle
AOÛT 2009

de la chirurgie
à la prothèse sur implant

Apport des techniques d'aménagement osseux et gingival

dans le choix du positionnement des implants

Valérie BENSOUSSAN-COHEN

Introduction

Nous nous devons de réhabiliter la fonction mais aussi l'esthétique de nos patients. Il est plus que nécessaire de prévoir la prothèse avant même de poser nos implants, afin de contrôler le point d'émergence et l'axe implantaire de nos implants.

Cette démarche nous permettra d'éviter une réhabilitation implanto-portée complètement inesthétique (Fig. 1).

Cette jeune fille est sous anti-dépresseurs depuis la pose de la prothèse en place de la 23 !

Il est donc parfois indispensable d'aménager les tissus osseux et gingivaux pour une restauration implantaire et prothétique fonctionnellement et esthétiquement correcte.

Nous devons analyser les situations anatomiques et ainsi adapter la réponse thérapeutique adéquate.



Fig. 1- Prothèse implanto-portée en 23.

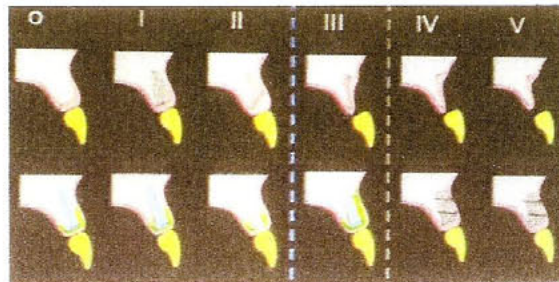


Fig. 2- Situations anatomiques et leurs traitements.

Matériel et Méthodes

1. Pour la situation anatomique 0 (Fig. 2), la crête alvéolaire est cicatrisée et de volume correct : il est possible de poser un implant dans son axe prothétique. C'est la situation anatomique idéale. Il peut exister pourtant des légers défauts osseux liés au processus physiologique de résorption de l'os alvéolaire non fonctionnel.

Cette résorption ne compromet pas la pose de l'implant dans son axe idéal.



On pourra utiliser l'os de forage qu'il est possible de récupérer avec un récupérateur d'os branché à l'aspiration ou par l'intermédiaire de forets récupérateurs d'os (IDI) (Fig. 3). Cet os sera placé au niveau du col de l'implant.

Fig. 3- Foret récupérateur d'os (IDI).

2. Les situations anatomiques I et II présentent des alvéoles non cicatrisés avec ou non perte de la partie cervicale de l'os alvéolaire ; ceci correspond aux cas d'extractions- implantations immédiates ou différées à 6 semaines.

Il sera possible de placer les implants dans l'axe prothétique avec ou sans apport de matériau de comblement (os de forage et/ou biomatériau), ou aménagement des tissus gingivaux (Cas 1).

Cas n°1 (Figs 4 à 15) : Patiente de 35 ans, venue consulter pour le remplacement de la 63. Il s'agit en fait d'une agénésie de la 22 ; la 23 s'étant placée de façon spontanée en place de la 22. Afin d'avoir un volume gingival suffisant pour reconstituer les papilles, permettre l'alignement des collets, recréer un procès vestibulaire, il est nécessaire d'augmenter le volume gingival vestibulaire ainsi que la hauteur de gencive attachée. Pour cela, au moment de l'extraction, un implant est posé immédiatement et une greffe gingivale dite « technique du rouleau » a été pratiquée. Ainsi, un lambeau conjonctif pédiculé au lambeau épithélio-conjonctif vestibulaire est roulé sous celui-ci. Après la période de cicatrisation osseuse et gingivale (3 mois), lors du désenfouissement, un lambeau déplacé est réalisé par une incision crestale décalée en palatin ; la combinaison de ces deux interventions permet d'obtenir un volume gingival bien augmenté. L'empreinte est réalisée et la prothèse posée une semaine après.

Au moment de la pose, on remarque une inflammation normale de la gencive marginale qui est significativement réduite après un mois. On note des papilles interproximales en volume suffisant et un feston gingival esthétique.

Cas n° 1



Fig. 4- 63 avec récession gingivale.

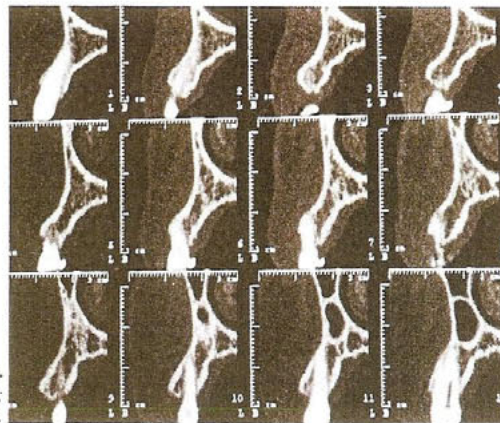


Fig. 5- Dentascan ; volume osseux suffisant.

Apport des techniques d'aménagement osseux et gingival dans le choix du positionnement des implants

Cas n° 1

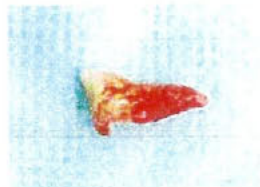


Fig. 6- 63 extraite.

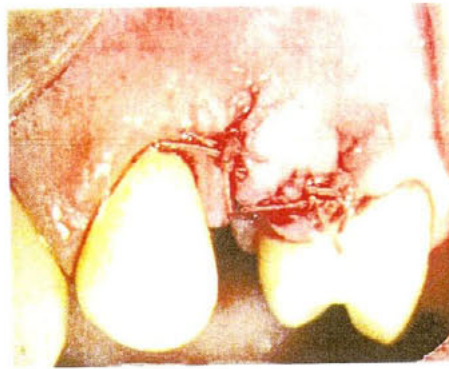


Fig. 7-
Extraction - Implantation
immédiate avec greffe
conjonctive, technique
du rouleau.

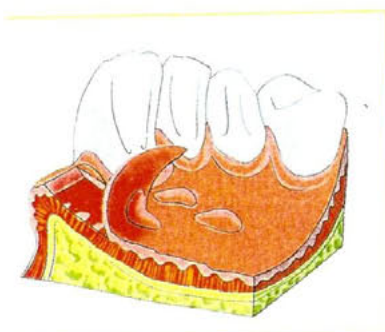


Fig. 8- Volet épithélial (Dr Hauet).

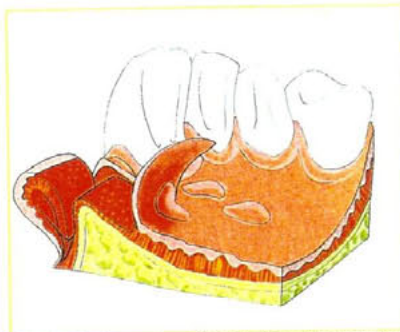


Fig. 9- Greffon conjonctif pédiculé roulé sous le lam-
beau vestibulaire (Dr Hauet).

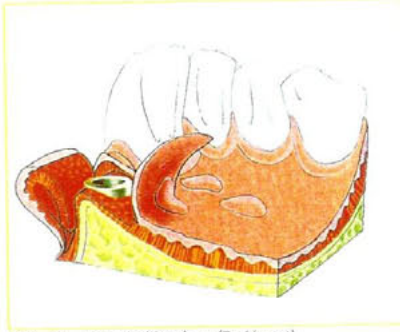


Fig. 10- Pose de l'implant (Dr Hauet).



Fig. 11- Cicatrisation à 10 jours.



Fig. 12- Cicatrisation à 10 jours.



Fig. 13-
Désenfouissement
et empreinte.

Cas n°1



Fig. 14- Pose de la prothèse.



Fig. 15- 8 jours après la pose.

3. La situation anatomique III (Fig. 16) correspond à un site d'extraction récente avec perte de la paroi osseuse vestibulaire. Il est pourtant possible de poser l'implant dans son axe prothétique car la quantité d'os résiduel en apical de l'alvéole est suffisante pour obtenir une bonne stabilisation primaire mais avec une exposition d'un certain nombre de spires de l'implant. Il sera alors nécessaire d'utiliser un biomatériau avec la pose d'une membrane pour recouvrir, protéger et stabiliser ce matériau. (Cas n°2).

Cas n°2 (Figs. 16 à 24) : Patient âgé de 58 ans avec des abcès à répétition sur la 11 couronnée. La racine de cette dent étant fracturée, il est décidé d'extraire la 11 et de placer immédiatement un implant de 12 mm de longueur et de 5,2 mm de diamètre.

L'implant IDcam* a été choisi pour sa forme conique, idéale dans le secteur antérieur, pour le micro-filetage de son col qui permet un meilleur ancrage de l'implant dans la paroi palatine de l'alvéole et donc une meilleure stabilité primaire et aussi pour sa « switching platform » (qui nous permettra d'optimiser nos résultats esthétiques en augmentant notre volume gingival et sa vascularisation au niveau du col).

Un biomatériau (Bio-oss®) est placé sur les spires exposées et une membrane résorbable (Vicryl®) vient recouvrir, protéger et maintenir le tout.

Après cinq mois de cicatrisation, la prothèse est réalisée. On peut noter les papilles en volume suffisant et la qualité de la gencive autour de la prothèse grâce au support osseux et à la « switching platform ». Mais lorsque la crête osseuse résiduelle est très résorbée, il n'est pas concevable de poser les implants sans un aménagement osseux préalable. (Fig. 25)

4. Les situations anatomiques IV et V (Fig. 2) correspondent à des sites d'extraction cicatriciels avec perte de la paroi osseuse vestibulaire. Si on devait envisager la pose d'implants, on se retrouverait avec des axes prothétiques complètement aberrants et inesthétiques. Il est donc indispensable d'aménager le site osseux afin de redonner suffisamment de volume osseux pour pouvoir placer les implants dans un axe compatible avec la fonction et l'esthétique. On passera donc par une première étape, une intervention visant à augmenter le volume osseux : la greffe d'apposition. Pour cela, on utilisera de l'os autogène ou des blocs de biomatériaux.

En 2008, IDI a lancé un nouveau concept implantaire « Made in France » réunissant les dernières avancées technologiques à un prix défiant toute concurrence.

Cone morse 2.5°, ancrage à came, filetage interne, multispire, switching cone : tout y est pour faire de cet implant une Révolution en implantologie. Sa nouvelle gamme répond parfaitement aux attentes des praticiens.

www.idcam.fr

Cas n° 2



Fig. 16- Situation anatomique.



Fig. 17- 11 couronnée avec fracture radiculaire.



Fig. 18- Extraction et mise en évidence de la perte osseuse.



Fig. 19- Implant IDcam.



Fig. 20- Implant en place ; micro-spires exposées.



Fig. 21- Comblement avec Bio-Oss®.



Fig. 22- Pose de la membrane.

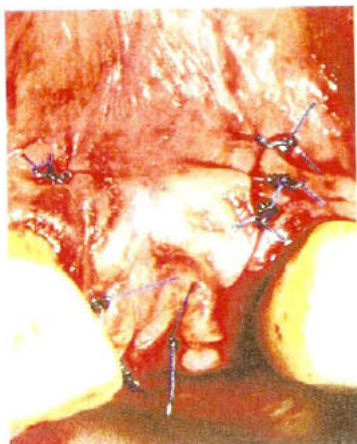


Fig. 23- Sutures.



Fig. 24- Pose de la couronne définitive 6 mois plus tard.



Fig. 25- Situation anatomique IV et V.

chirurgie-prothèse

implantologie - août 2009

Cas n°3 : (Figs. 26 à 34) Patiente âgée de 23 ans avec agénésie de la 12. L'espace a été aménagé par un traitement orthodontique. Le dentascan permet de visualiser une crête osseuse très fine ne permettant pas de poser un implant.

Il est décidé de prélever un greffon mentonnier. La greffe sera contrôlée six mois plus tard par un dentascan sur lequel on visualise le gain obtenu et le volume osseux désormais suffisant pour la pose d'un implant ONB (IDI) dans l'axe prothétique idéal.

Cas n° 3



Fig. 26- Agénésie de la 12.

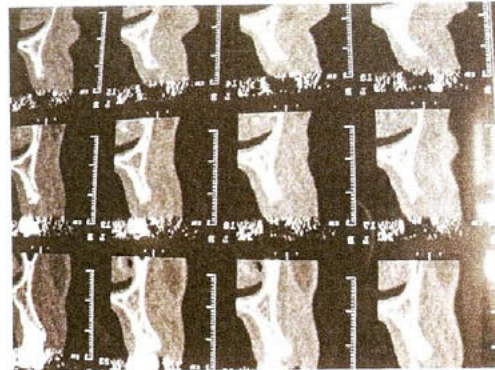


Fig. 27- Dentascan : crête osseuse très fine.



Fig. 28- Mise en évidence du défaut osseux.



Fig. 29- Incisions au niveau du site donneur.

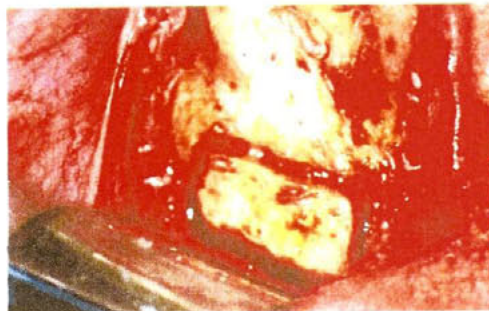


Fig. 30- Greffon mentonnier.



Fig. 31- Essayage du greffon sur le site receveur.

58

Apport des techniques d'aménagement osseux et gingival dans le choix du positionnement des implants

Cas n° 3

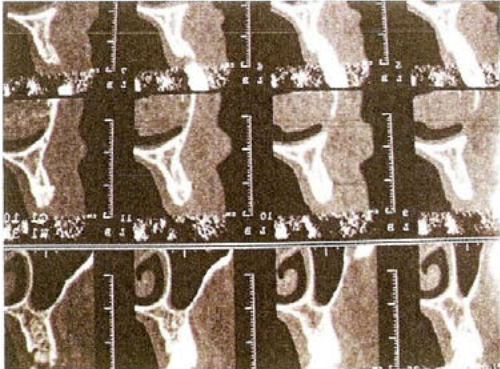


Fig. 32- Dentascan de contrôle : visualisation du volume osseux obtenu.

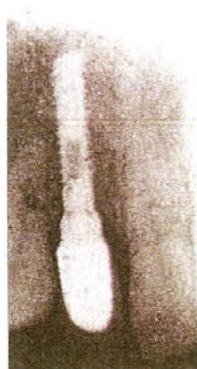


Fig. 33- Implant en place.



Fig. 34- Prothèse posée.

Cas n°4 : (Figs. 35 à 43) Patient de 35 ans, édenté total (28 conservée temporairement pour maintenir l'appareil provisoire) présentant des pertes osseuses sévères ainsi que des lésions kystiques résiduelles. Un grand bloc d'os humain de banque cortico-spongieux est utilisé. Il est coupé en deux parties, réhydraté avec du sérum physiologique

mélangé à de la Gentamycine® liquide, puis transfixé grâce à des vis d'ostéo-synthèses. Un dentascan est réalisé cinq mois après, et on peut visualiser le gain obtenu ; il est désormais possible de placer 8 implants dans des axes prothétiques corrects, et de confectionner un bridge complet.

Cas n° 4



Fig. 35- Crête édentée.

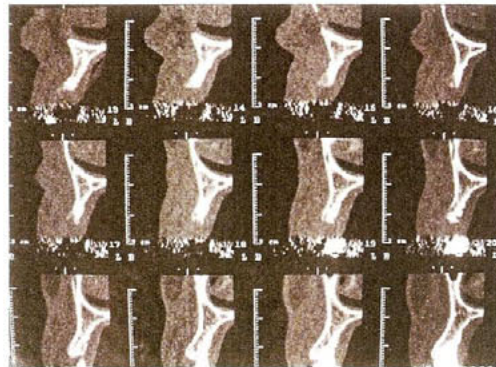


Fig. 36- Dentascan : crête très fine.



Fig. 37- Préparation du site ceveur : perforation de la corticale avec une fraise boule.

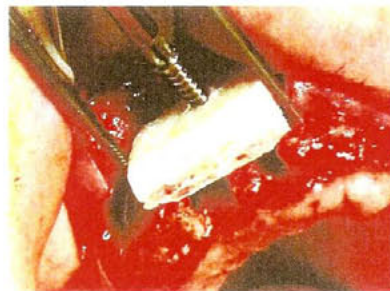


Fig. 38- Mise en place du greffon.

Cas n° 4

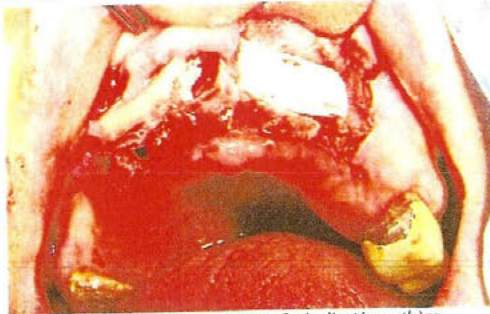


Fig. 39- 2 greffons maintenus par 2 vis d'ostéosynthèse.



Fig. 40- Sutures continues.

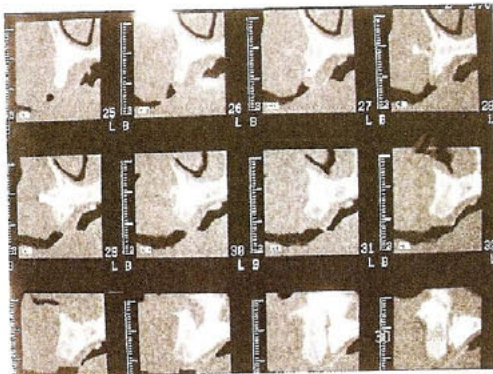


Fig. 41- Dentascan de contrôle.

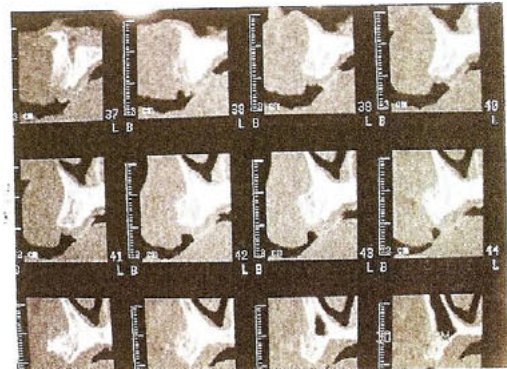


Fig. 42- Visualisation du volume osseux obtenu.



Fig. 43- Bridge complet sur 8 implants.

Conclusion

C'est l'étude du cas lors du bilan préimplantaire qui nous permettra de mettre en place un plan de traitement chirurgical adapté à l'anatomie, la fonction et l'esthétique de nos patients. Il ne faudra pas faire

l'économie de chirurgies gingivales ou osseuses préimplantaires, car ce sont elles qui conditionneront la qualité des résultats de nos réalisations prothétiques implanto-portées.