

Régénération pré-implantaire ou mise en esthétique : procédures cliniques

Cas clinique n°1

Mademoiselle G., 33 ans, consulte pour des douleurs survenues à la suite d'un choc au niveau de 11. La dent présente une couronne céramo-céramique collée sur une reconstitution corono-radiculaire composite.

Fig. 1 : examen clinique exobuccal : la présence d'un sourire gingival implique un niveau d'exigence élevé pour la réhabilitation prothétique.

Fig. 2 : examen clinique endobuccal : il existe une inflammation de la gencive marginale et vestibulaire. La dent présente une mobilité 3. On note l'absence de suppuration. Le biotype gingival est fin. Les dents adjacentes sont saines. L'indication implantaire est posée.

Fig. 3 : examen radiographique : confirme l'indication d'extraction. Objective une infection péri-apicale mais aussi une résorption radiculaire qui autorise un ancrage apical dans le cas d'une implantation immédiate.

Fig. 4 : l'extraction est suivie d'un curetage minutieux qui vérifie l'intégrité des tables osseuses. Ici, la gencive marginale vestibulaire n'est pas soutenue. L'implantation est différée.

Fig. 5 : dans le souci de préserver le volume osseux et de maintenir les tissus mous, un comblement osseux est réalisé. Le biomatériau allographique (Biobank) est maintenu à l'aide d'une membrane résorbable qui occulte la fistule vestibulaire, tandis

qu'une greffe épithélio-conjonctive permet de « fermer » le site sans traction.

Fig. 6 : cicatrisation à 4 mois.

Fig. 7 : scanner qui permet la réévaluation du volume osseux disponible.

Fig. 8 : chirurgie implantaire sans lambeau. une simple désépithélialisation au niveau crestal permet le clivage du tissu conjonctif en vestibulaire. L'implant est positionné à distance de la paroi osseuse vestibulaire.

Fig. 9 : cliché rétro-alvéolaire de contrôle. L'implant, Replace Tapered Groovy 4,3X 13 mm (Nobel Biocare) est connecté à un pilier provisoire (ITA) vissé, supportant une prothèse provisoire en inocclusion fonctionnelle.

Fig. 10 : cicatrisation à 4 mois. La mise en situation prothétique a permis le maintien et le support des tissus mous.

Fig. 11 : cicatrisation à 4 mois. Après dépose de la prothèse provisoire, le pilier est dévissé pour prendre l'empreinte. Noter l'excellente reconstitution de l'architecture des tissus mous.

Fig. 12 : pilier transvissé en zircone (Procera).

Fig. 13 : couronne céramo-céramique (Procera) scellée avec un compomère. Noter l'intégration esthétique de la prothèse.

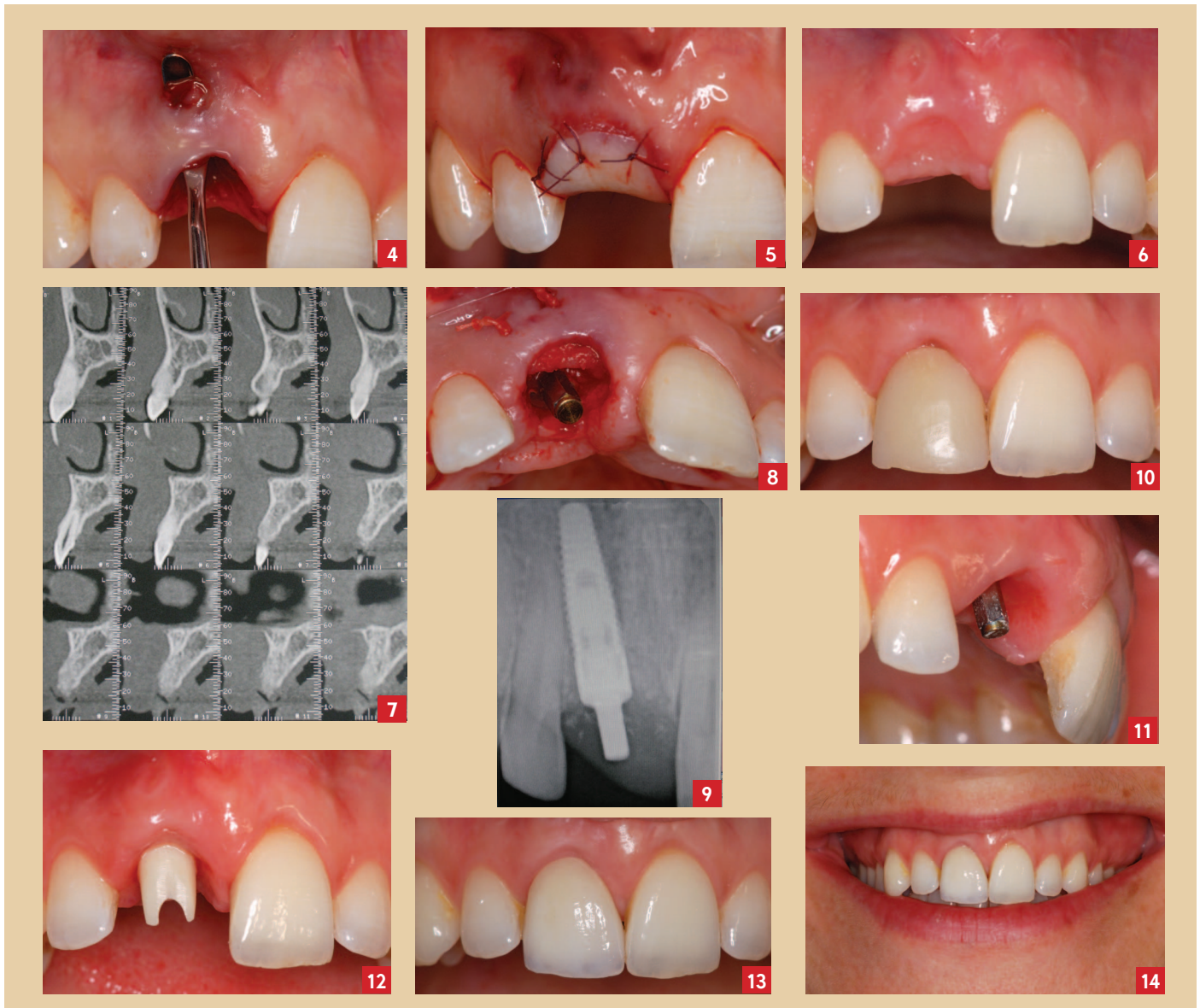
Fig. 14 : contrôle clinique à 1 an.



Dr Isabelle KLEIFINGER

- Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique
- Diplôme universitaire de Chirurgie pré et péri-implantaire
- Ancien assistante hospitalo-universitaire
- Attachée de consultation à la faculté de chirurgie dentaire de Paris 7





Cas clinique n°2

Madame R., 50 ans, consulte en urgence après avoir chuté dans ses escaliers. Elle se plaint de douleur au niveau de 21.

Fig. 1 : examen clinique endobuccal : la 21 présente une fracture coronaire. On note un biotype gingival épais et un défaut d'alignement des collets entre 11 et 21. On notera également l'absence de suppuration. On remarque que l'hygiène bucco-dentaire est passable.

Fig. 2 : cliché rétro-alvéolaire qui confirme la fracture radiculaire, l'absence d'infection et la possibilité d'ancrage apical. L'extraction-implantation immédiate peut être envisagée.

Fig. 3 : mesure de la racine. Une longueur de 13 mm est déterminée pour l'implant.

Fig. 4 : une stabilité primaire > 35 N.cm autorise le vissage d'un pilier provisoire ITA.

Fig. 5 : temporisation immédiate implanto-portée. La prothèse est en inocclusion fonctionnelle. Elle est parfaitement polie en sous-gingival et présente à ce niveau une concavité qui permet le soutien des tissus mous sans compression.





Fig. 6 : radio de contrôle après scellement de la prothèse provisoire en résine.

Fig. 7 : cicatrisation à 4 mois. La patiente a conservé une alimentation molle pendant toute la phase de temporisation. Le protocole doit être appliqué dans le plus strict respect des indications (volume osseux préservé et stabilité primaire > 35 N.cm).

Fig. 8 : après dépose de la provisoire, on note l'excellente maturation des tissus mous péri-implantaires.

Fig. 9 : vissage du pilier anatomique en zircone (Procera). Noter l'architecture gingivale.

Fig. 10 : couronne céramo-céramique (Procera). La prothèse est parfaitement intégrée. L'esthétique est préservée.

Fig. 11 : cliché rétro-alvéolaire de contrôle à 1 an. Stabilité du volume osseux.

Fig. 12 : le résultat esthétique est optimisé par une implantation immédiate associée à une temporisation immédiate implanto-portée. ♦