

# Traitement **chirurgico-prothétique** d'un cas complexe **d'oligodontie**



Dr Frédéric HERSZENFIS

■ Master in Implant Dentistry (UCLA)

**L'**oligodontie est une anomalie héréditaire. Cette adulte jeune, suivie régulièrement depuis de nombreuses années savait qu'il fallait entreprendre un traitement important. Elle était motivée et très soucieuse de trouver une solution esthétique au pronostic à long terme optimal.

Le traitement proposé, le moins invasif possible, est multidisciplinaire.

Le plan de traitement est établi après l'étude de Wax up, de guides et de radiographies.

Le cas est réalisé à l'aide de techniques chirurgicales avancées et de techniques prothétiques modernes assistées par ordinateur (CAD- CAM).

**Fig. 1 :** radiographie initiale, présence des dents lactéales 53, 55, 63, 64 et 65. 12 et 22 sont des dents riziformes et ont été déjà corrigées au moyen de résine composite. Noter le volume osseux insuffisant en regard des dents lactéales, l'anatomie des sinus et les septa.

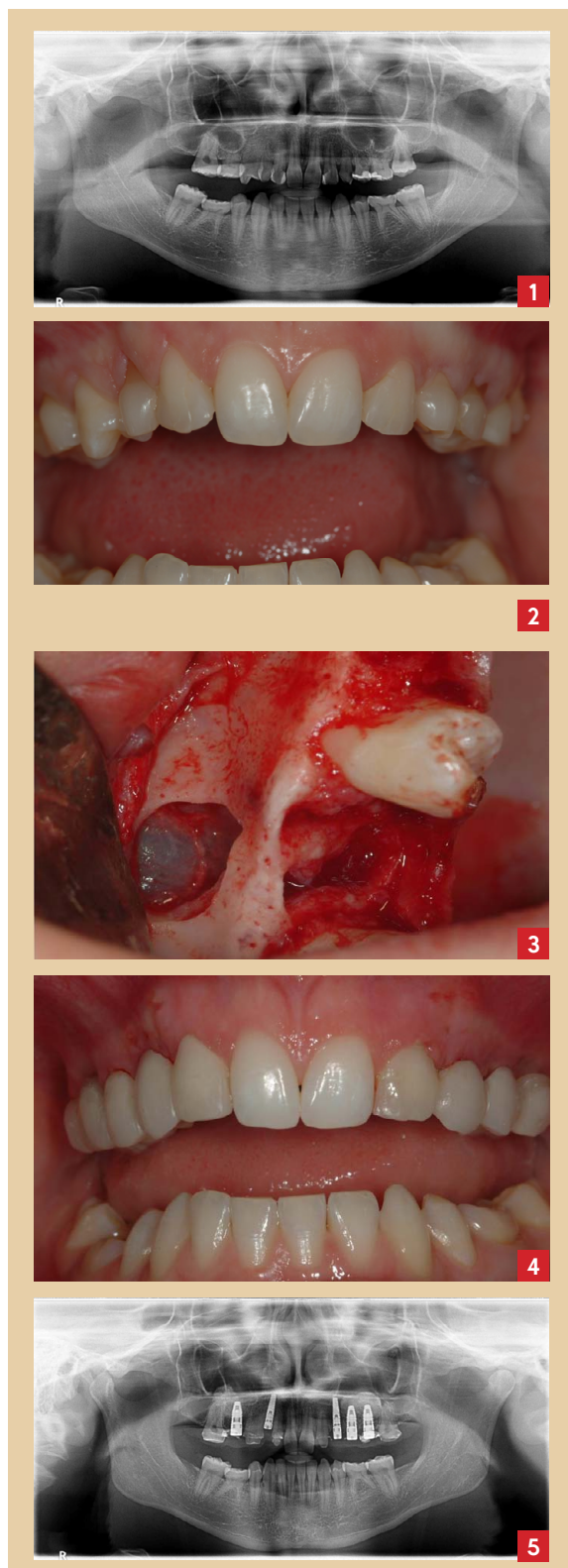
**Fig. 2 :** stade initial, noter la finesse des tissus mous.

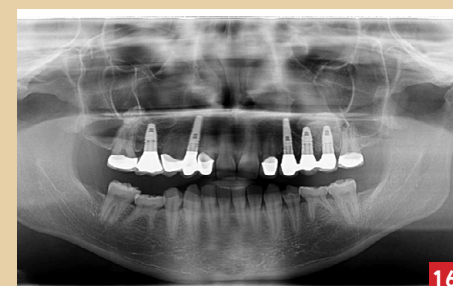
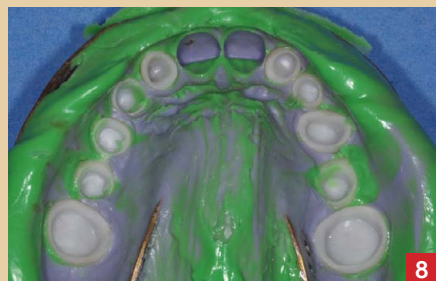
**Fig. 3 :** chirurgie d'élévation de sinus, compliquée par le présence de septa. (réalisée par le Dr Sascha JOVANOVIC). On a utilisé de l'os autogène, récupéré grâce à un Bone Scraper et mixé avec du Bio-Oss (Geistlich).

**Fig. 4 :** résultat à 2 semaines post-chirurgical sans œdème résiduel et avec des suites opératoires normales. Les implants de 10 et 13 mm sont enfouis, la temporisation est réalisée dans la même séance que la chirurgie, avec 2 bridges provisoires fibrés (16-12/22-26) dento-portés.

**Fig. 5 :** radiographie de contrôle, le gain osseux dans les sinus est de 13 à 15 mm.

**Fig. 6 :** étape de la prise d'empreinte, avec transferts pour porte-empreinte fermé. Toutes les dents préparées sont restées pulpées. Les accès des vis de transferts sont obturés à la cire pour ne pas gêner le bon repositionnement.





**Fig. 7 :** étape de laboratoire, moignons en zircone (double scanning à partir d'un Wax Up) et prothèse Procera céramique sur zircone (Laboratoire Céralor, Jean-Marc Etienne).

**Fig. 7 bis :** essai de l'étape biscuit.

**Fig. 8 :** sur-empreinte de repositionnement, pour enregistrer l'architecture des tissus mous et optimiser le profil d'émergence. Éléments prothétiques stabilisés au Fit Checker(GC).

**Fig. 9 :** bridge céramique Procera (Nobel Biocare) sur Zircone, solidarissant les 3 moignons.

**Fig. 10 :** ensemble des prothèses céramiques Procera sur zircone.

**Fig. 11 :** pose des moignons Procera Zircone, les limites vestibulaires sont établies environ de 0,5 mm sous la gencive.

**Fig. 12 :** vue occlusale du travail terminé.

**Fig. 13 :** contrôle à 1 an. Noter la qualité de l'intégration gingivo-muqueuse et la stabilité tissulaire.

**Fig. 14 et 15 :** contrôle, il est prévu de remplacer 75 et 85, le jour ou la rhizalyse deviendra critique ; en attendant on fixera l'occlusion par onlays de composite.

**Fig. 16 :** radio terminale. Résultat à 1,5 ans, on observe la densité et la stabilité osseuse ainsi que la précision prothétique.

## Conclusion

Les élévations de sinus par voie latérale sont des procédés conventionnels, mais réservés à des opérateurs entraînés, surtout quand le déficit osseux se combine à des extractions multiples et à des implantations immédiates. Il est alors souvent nécessaire de procéder à une régénération osseuse guidée, comme dans ce cas. Pour la partie prothétique, l'absence de métal optimise le résultat biologique et esthétique. ♦