

# Différentes alternatives de la mise en esthétique immédiate

*L'extraction-implantation immédiate est un acte réfléchi qui doit s'indiquer en l'absence de foyer infectieux évolutif ou circonscrit et simple à éliminer, avec un volume osseux permettant la stabilité primaire de l'implant. L'avantage est de réduire la perte osseuse induite après extraction.*

*Dans le secteur antérieur maxillaire, il faut tenir compte du caractère esthétique de la réhabilitation prothétique, aussi l'analyse clinique et radiologique doit nous permettre d'évaluer les pertes osseuses notamment vestibulaires.*



Dr Guillaume DROUHET

- Attaché de l'unité d'implantologie chirurgicale, service d'odontologie hôpital Rothschild-Garancière Paris 7
- Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique Université Paris 7,
- Diplôme de Chirurgie Pré et Péri Implantaire Paris 11
- SFDE

La mise en esthétique immédiate, qui consiste à poser une couronne prothétique provisoire dans la même intervention, nécessite une stabilité primaire très importante selon les auteurs, le torque d'insertion devant atteindre 35 à 40 N.cm. L'intervention est réalisée généralement sans lambeau, afin de préserver les papilles. L'implant doit être parfaitement posé : axe vertical en position légèrement palatine, en laissant au moins 2 mm d'os en vestibulaire, la partie coronaire de l'implant étant enfouie à 3 mm du feston gingival. La couronne provisoire est transvissée de préférence, en inoclusion en ICM et en latéralité ; le profil d'émergence, parfaitement poli, doit favoriser un espace biologique suffisant, sans compression de la gencive.

Autour de cas cliniques différents, nous allons aborder la démarche et l'analyse clinique permettant d'établir le plan de traitement et de réaliser l'intervention.

## Cas n°1

Mme C, âgée de 49 ans, consulte en urgence à la suite d'une chute accidentelle, peu d'ecchymoses, mais le choc principal s'est porté sur son incisive centrale gauche maxillaire, mobilité de la couronne clinique, dent vitale, pas de sensibilité (Fig. 1.1). L'occlusion favorable équilibrée stabilise la dent, l'examen radiographique montre une fracture radiculaire horizontale au niveau de la crête osseuse (Fig. 1.2). La décision thérapeutique est un collage de stabilisation sur les contacts proximaux en première intention, l'indication d'une extraction-implantation immédiate avec temporisation esthétique immédiate est donnée. Une radio panoramique est réalisée confirmant un volume osseux suffisant, une mesure est réalisée : la longueur estimée de l'implant sera de 13 mm afin d'avoir un ancrage plus apical au-dessus de la racine existante (Fig. 1.3). Le jour de l'intervention, après anesthésie locale l'extraction de la couronne est effectuée sans difficulté. Pour la racine son extraction est réalisée délicatement à l'aide de luxator fin permettant une extraction sans exercer d'effort sur l'os vestibulaire ; aucun lambeau n'est levé, la sensation tactile en vesti-

bulaire permet de contrôler la tension exercée sur l'os vestibulaire. Après nettoyage soigneux de l'alvéole, l'examen clinique de l'alvéole montre une intégrité totale de la paroi vestibulaire, ainsi que des autres parois (Fig. 1.4). Le forage est commencé, en appui sur la paroi palatine dans un axe favorisant une émergence palatine en vue du futur profil d'émergence de la dent. Après préparation du site, un implant Astra Tech de diamètre 4,0TX :

longueur 13 mm est placé, sa stabilité primaire est parfaite, laissant un espace estimé de 2 mm en vestibulaire entre la paroi et l'implant (Fig. 1.5). Ensuite, à l'aide d'un pilier TempDesign, la couronne de la dent naturelle, après préparation, est ajustée et solidarisée avec de la résine, en réalisant un profil d'émergence laissant suffisamment d'espace biologique pour la maturation gingivale (Fig. 1.6) ; la couronne est ensuite transvissée à 15-20 N.cm. La couronne est en sous-occlusion afin d'éviter tout contact aussi bien en ICM qu'en latéralité (Fig. 1.7). Les suites opératoires sont extrêmement faibles : pas d'œdème, pas de sensibilité. Un contrôle est fait à 8 jours post-opératoires, le contrôle clinique montre une belle maturation gingivale (Fig. 1.8), si l'on compare avec la vue clinique pré-opératoire, on constate la parfaite stabilité du collet gingival, le contrôle radiographique confirme le bon positionnement de l'implant (Fig. 1.9). Un contrôle clinique est systématique à 3-4 semaines pour vérifier la bonne stabilité de l'implant. Après 4 mois de cicatrisation, la couronne d'usage sera réalisée.

**Fig. 1.1 :** cas initial, fracture accidentelle de 21, un collage immédiat sur les bords distal et mésial pour stabiliser la dent toujours vitale. Absence de sensibilité, occlusion favorable.

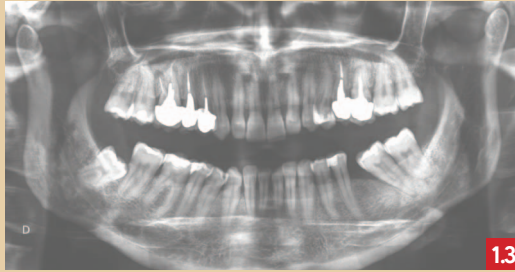
**Fig. 1.2 :** cliché rétro alvéolaire montrant la fracture juxta-osseuse.

**Fig. 1.3 :** radiopantomique confirmant un volume osseux suffisant à la pose immédiate d'implant.

**Fig. 1.4 :** extraction délicate de la racine, aucun lambeau levé, l'examen clinique de l'alvéole confirme l'intégrité totale de l'alvéole.



1.1



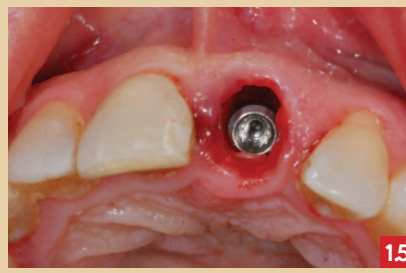
1.3



1.2



1.4



1.5

**Fig. 1.5 :** pose immédiate d'un implant Astra Tech diam 3.5TX/ long 13 mm, longueur allant au-delà du niveau de l'apex de la racine pour un ancrage parfait. Espace d'environ 2 mm en vestibulaire de l'implant en position palatine (forage sur la paroi palatine, il faut éviter d'être guidé dans l'alvéole au risque d'avoir une perforation vestibulaire, liée à l'axe d'origine de cette dent).



1.6

**Fig. 1.6 :** récupération de la couronne qui est solidarisée à l'aide de résine au pilier TempDesign® (Astra Tech). Le profil d'émergence est travaillé pour favoriser un bon espace biologique sans compression excessive de la gencive.



1.7

**Fig. 1.7 :** la couronne est transvissée à 15-20 Ncm, en légère sous-occlusion (contrôle en ICM et en latéralité).

**Fig. 1.8 :** contrôle à 8 jours, belle maturation gingivale, suites minimales sans œdème, la comparaison avec la vue initiale montre une parfaite stabilité du collet gingival et des papilles.



1.8

**Fig. 1.9 :** contrôle radiologique, bon axe de l'implant, un contrôle est systématiquement réalisé à 3 semaines.



1.9

## Cas n° 2

Mme C., âgée de 68 ans, souffre d'une douleur intense et violente liée à une carie radulaire (sous-gingivale) palatine sur la 13. L'examen clinique ne montre aucune inflammation gingivale, au sondage en mésio-palatin la perte de substance est constatée, confirmée par la radiographie ; une perte osseuse mésio-palatine est visualisée mais contenue, et la zone radioclaire due à la carie montre une destruction importante sans doute sur la face palatine. Une perte osseuse de la paroi palatine doit être envisagée (Fig. 2.1, 2.2, 2.3). L'analyse clinique et radiologique, permet l'indication d'une extraction-implantation avec mise en esthétique immédiate. Le jour de

l'intervention, l'extraction est réalisée délicatement à l'aide de luxateurs, après examen de l'alvéole et constatation de l'intégrité de la table osseuse vestibulaire ainsi que de la perte osseuse palatine faible, la pose immédiate de l'implant est effectuée. La préparation du site est réalisée, toujours selon un axe vertical en position palatine, l'implant devant être placé à 3 mm sous le collet de la gencive, un implant Astra Tech de diamètre 4,5 mm/ longueur 13 mm est posé (Fig. 2.4). La destruction trop importante de la couronne ne permet pas sa récupération, une couronne temporaire est réalisée à l'aide de couronne Ion et d'un pilier temporaire Astra Tech., profil d'émergence soigné, couronne placée en sous-occlusion (Fig. 2.5, 2.6). Les contrôles à 1 semaine et à 3 mois montrent une parfaite stabilité gingivale, ainsi qu'une bonne stabilité de la papille. Après 4 mois de cicatrisation, la couronne d'usage est réalisée, la couronne provisoire déposée, on note une belle maturation de la gencive. Le contrôle radiographique montre une parfaite stabilité osseuse (Fig. 2.7, 2.8, 2.9). L'empreinte est adressée au laboratoire accompagnée d'un pilier Bi de diamètre 5,5 mm de chez Astra Tech. Le travail du prothésiste est réalisé sur un modèle très fidèle, avec conception d'un MPU, conservant parfaitement l'aspect gingival, afin de pouvoir établir un bon profil d'émergence du pilier prothétique, la couronne céramométallique s'intégrant dans l'émergence gingivale. Le jour de la pose, le pilier prothétique est transvissé à 20 N.cm, puis la couronne est scellée, en prenant garde d'éviter les excès (Fig. 2.10). Le contrôle clinique et radiologique à 2 ans montre une parfaite stabilité de l'intégration de cette couronne sur implant (Fig. 2.11).

**Figs. 2.1, 2.2 et 2.3 :** la canine maxillaire gauche présente une carie radiculaire palatine, sans signe inflammatoire clinique, mais une pulpite aiguë. Le cliché radio permet de visualiser la perte de substance interne importante, une perte osseuse mésio-palatine, persistance du septa-osseux mésial.

**Fig. 2.4 :** pose immédiate d'implant, sans lambeau, implant Astra Tech diam 4.5 mm/long 13 mm, positionnement légèrement palatin.

**Fig. 2.5 et 2.6 :** une temporisation immédiate est réalisée avec une dent Ion et un pilier temporaire en Titane (Astra tech).

**Fig. 2.7 :** les contrôles radiologiques à 4 mois montrent une parfaite stabilité osseuse, l'axe de l'implant est favorable.

**Fig. 2.8 et 2.9 :** bon maintien des tissus gingivaux, la dépose de la couronne provisoire montre l'épaisseur favorable de la gencive avec une bonne préparation de l'émergence.

**Fig. 2.10 :** pose du pilier vissé à 20 N.cm et pose de la couronne d'usage, très belle esthétique (travail réalisé par le laboratoire SmileDesign M.Leriché).

**Fig. 2.11 :** contrôle à 2 ans, très bonne maturation gingivale, la papille mésiale est retrouvée.



## Conclusion

L'extraction-implantation immédiate et la mise en esthétique immédiate doivent s'appuyer sur une analyse clinique rigoureuse. Seule, la présence de volume osseux suffisant permet une bonne stabilité primaire des implants, indispensable à l'ostéointégration. Cependant, dans le secteur esthétique, s'il faut tenir compte des tissus gingivaux indispensables à la réussite du traitement, toute perte de volume important est une contre-indication à la pose immédiate d'implant qui aurait pour conséquence un risque de dénudation vestibulaire des implants. La mise en esthétique immédiate doit être parfaitement réfléchie, la ligne du sourire étudiée, la qualité des tissus muco-gingivaux évaluée. Il est nécessaire de toujours faire la comparaison du bénéfice-risque, et s'abstenir dès que le site n'est pas favorable. ♦