

Mise en charge immédiate lors de l'extraction-implantation du maxillaire

Lors de nos consultations, nous rencontrons des patients qui peuvent être en plein désespoir et ce depuis plusieurs années à cause de leur état dentaire. Il est important de ne pas culpabiliser ces patients et de pouvoir leur offrir des solutions thérapeutiques immédiates pour résoudre leur problème. L'implantologie moderne, grâce à la mise en charge immédiate, nous a ouvert des traitements demandés par les patients.

Cas clinique

Patiente de 48 ans, profession secrétaire, traitée en 2008.

Cette patiente se présente en urgence pour une consultation d'implantologie adressée par son dentiste traitant qui lui a proposé deux prothèses amovibles. Elle est désespérée par cette proposition et désire une solution thérapeutique fixe. Elle rencontre des difficultés sociales et professionnelles, elle a des douleurs à la mastication et elle souffre d'une halitose très importante (Fig. 1 et 2). L'examen clinique nous montre une maladie parodontale terminale avec un état buccal très inflammatoire, les dents sont en mobilité 3 ou 4, douloureuses à la pression.

À l'examen facial, on constate que la patiente est de type dolichocéphale (Fig. 3 et 4). L'examen de la radiographie panoramique confirme l'examen clinique : une parodontite de l'adulte avec une perte osseuse horizontale. Le pronostic de perte totale des dents est certain.

La proposition thérapeutique sera la réalisation d'un double « all on four » (technique Malo) si possible en extraction-implantation immédiate sur les deux arcades de façon simultanée. Nous informons la patiente que ces techniques sont soumises à des contraintes techniques (stabilité primaire des implants), et que nous pouvons renoncer à une technique de mise en charge immédiate le jour de la chirurgie. Au maxillaire, cette technique est pos-

sible car les deux implants postérieurs seront en position de 15 25.

Le chirurgien-dentiste traitant réalise deux complets provisoires pour le jour de la chirurgie (Fig. 7). La prothèse mandibulaire est élargie au niveau lingual pour la renforcer car elle va servir de porte-empreinte lors de la chirurgie (Fig. 6).

Toutes les dents sont extraites le jour de la chirurgie. Nous posons huit implants, quatre à la mandibule et quatre au maxillaire (Fig. 8). Nous renonçons à la mise en charge immédiate sur le maxillaire car la stabilité primaire des implants ne nous semble pas suffisante. L'esthétique de la patiente est fortement améliorée par la prothèse mobile maxillaire et le bridge vissé provisoire (Fig. 9).

Trois mois plus tard, la prothèse maxillaire amovible est transformée en bridge vissé provisoire (Fig. 10). Des espaces importants ont été aménagés entre les bridges vissés et le parodonte pour mettre en place un contrôle de plaque de qualité. La patiente a accepté un sevrage tabagique pendant toute la durée du traitement. L'examen radiographique panoramique à trois mois met en évidence un remaniement osseux au niveau des sites alvéolaires (Fig. 11). Les bridges vissés provisoires sont laissés en place trois mois avant donner le feu vert pour les prothèses d'usage, une radiographie valide le maintien de l'os créal autour des implants (Fig. 12). À ce stade, notre patiente a déjà retrouvé confiance en elle (Fig. 13).

Les prothèses d'usage sont réalisées avec des armatures titanes usinées et des dents du commerce (Fig. 14). L'esthétique du visage est améliorée de profil et de face (Fig. 15 et 16). Un contrôle radiographique en 2011 objective la stabilité de l'os créal (Fig. 17). ♦

Nos remerciements au docteur Gilles Becker, à Benoît Ducasse, prothésiste dentaire.



Dr Dominique DUPONT

- Exercice exclusif en chirurgie implantaire et reconstruction osseuse pré-implantaire.



