

Le juste positionnement de l'implant pour les prothèses conjointes de petites étendues

Nos patients viennent nous voir pour avoir des dents. Lorsque l'on parle de prothèses conjointes de petites étendues, le critère de succès est le résultat esthétique. Il dépend tout autant de la qualité de la céramique que de l'environnement gingival, obtention des papilles et alignement des collets conditionné par le volume osseux.



Dr Thomas FORTIN
■ MCU-PH, Lyon

Commençons par les papilles. Sa hauteur dépend de l'os alvéolaire inter-proximal. Toutes les études radiologiques montrent que cette hauteur varie entre deux implants, entre une dent et un implant ou entre un implant et un pontique. Entre deux implants, on peut espérer de manière certaine avoir au moins 3,5 mm de gencive au dessus de l'os crestral. Ceci signifie que si l'on veut avoir une papille qui remplit totalement l'embrasure entre deux implants, il faut placer le point de contact 3,5 mm au dessus de la crête osseuse. Entre une dent et un implant on peut espérer 4,5 mm d'épaisseur de gencive au-dessus de l'os de manière certaine. Plus de 4,5 mm c'est aléatoire. Et entre un implant et un pontique on peut espérer 5,5 mm. Au-delà c'est aléatoire.

Règle n° 1 ou règle de prédictibilité

La hauteur de la papille est fonction de l'os sous-jacent. Elle varie selon le type de racine, naturelle ou artificielle (Fig. 1).



Fig. 1 : pour être certain d'obtenir une papille entre une dent et un implant, il faut que la distance entre le sommet de l'os au contact de la racine naturelle et le point de contact soit de l'ordre de 5 mm.

Ceci signifie qu'il est plus facile d'obtenir une papille entre un implant et un pontique qu'entre un implant et une dent. Le plus difficile à obtenir est la papille entre deux implants. De cette première règle sur l'obtention des papilles on tire la conclusion suivante :

Règle n° 2

À chaque fois que c'est possible on préférera réaliser un bridge implanto-porté plutôt que de remplacer chaque racine par un implant.

Par exemple pour le remplacement des 4 incisives maxillaires, nous obtiendrons un meilleur résultat esthétique en plaçant des implants à la place des latérales uniquement plutôt que de mettre un implant par incisive.

La hauteur de la papille entre une dent et un implant dépend de la position de l'os sur la dent et non de la position de l'os sur l'implant. De l'implant à la dent, l'os décrit un arc de cercle dont le sommet est sur la dent. Si la distance entre la dent et l'implant reste supérieure à 1,5 mm, la position de l'os contre la dent restera stable. Si l'on rapproche l'implant de la dent alors l'os migrera apicalement provoquant un risque de perte de hauteur de la papille pour respecter la règle de prédictibilité des 4,5 mm.



Fig. 2 : pour éviter la migration apicale de l'os au contact de la dent adjacente il faut préserver un minimum de 1,5 mm d'os entre l'implant et la dent.

Règle n°3

L'espace entre le col de l'implant et la dent adjacente doit être supérieur à 1,5 mm (Fig. 2 et 3).

Ainsi pour remplacer une incisive centrale par un implant de 4,1 mm de diamètre, il faudra entre les deux incisives résiduelles $1,5 + 4,1 + 1,5$ soit 7,1 mm pour espérer avoir des papilles.

Règle n°4

L'espace entre deux implants doit être supérieur à 3 mm.

Ainsi pour remplacer deux prémolaires par des implants de 3,5 mm de diamètre il faut prévoir $1,5 + 3,5 + 3,0 + 3,5 + 1,5$ soit 13 mm entre la canine et la molaire.

Pour l'alignement des collets la position vestibulo-palatine/linguale est l'élément déterminant.

Règle n° 5

Le rebord vestibulaire du col de l'implant doit être aligné avec la ligne imaginaire passant par les rebords incisifs des dents adjacentes pour les secteurs antérieurs et les cuspidés vestibulaires pour les secteurs prémolaires et molaires.

Si le rebord du col est trop vestibulé, il y aura amincissement de l'os et un risque majeur de récession gingivale (figure n° 4). L'idéal est de pouvoir préserver une épaisseur d'os de 2 mm en vestibulaire de l'implant. S'il est trop palatin le profil d'émergence sera disgracieux, avec difficulté de maintenance. Il faut tout de même mentionner qu'il est moins dangereux d'être légèrement trop palatin que trop vestibulaire.

Dans le cas de grandes étendues où il est impossible de se repérer par rapport aux dents adjacentes, c'est le guide chirurgical qui est l'instrument le plus efficace en respectant la règle suivante :

Règle n° 6

L'axe de l'implant doit passer par le milieu de l'intrado de la dent et le rebord incisif pour les dents antérieures ou par le cingulum selon que l'on fait une prothèse scellée ou une prothèse vissée. Pour les dents cuspidées, l'axe doit passer par le milieu des faces occlusales.

Le profil d'émergence est dépendant de la qualité des papilles, de la position des collets mais également de l'enfoncement coronoapical de l'implant. Idéalement le col de l'implant doit être positionné 1 mm au-dessous de la jonction amélo-cémentaire des dents adjacentes, si le patient ne présente pas de perte osseuse verticale. Dans ce cas, ou s'il n'y a pas de dent adjacente, on place le col de l'implant 2 mm au-dessous du sommet de la gencive libre. Un enfoncement trop important de l'implant peut provoquer une résorption osseuse puis gingivale. A contrario, un enfoncement insuffisant peut laisser apparent le col. Dans les deux cas il sera difficile d'obtenir un profil d'émergence esthétique.

Règle n° 7

L'enfoncement de l'implant est fonction de la ligne de jonction amélo-cémentaire ou du sommet de la crête gingivale.

Si le volume d'os ne permet pas le respect de ces règles, alors il faut avoir recours à des techniques de chirurgies additionnelles en gardant à l'esprit qu'il est plus facile d'épaissir une crête que d'augmenter sa hauteur. La stabilité du résultat esthétique dépend de ce juste positionnement mais également du volume osseux vertical et horizontal sous-jacent. À chaque fois qu'un déficit existe, un aménagement des tissus mous et osseux s'impose. Si les chirurgies additionnelles ne sont pas possibles, en particulier dans les secteurs antérieurs, il est préférable de ne pas poser l'indication d'une reconstruction implantaire. ◆

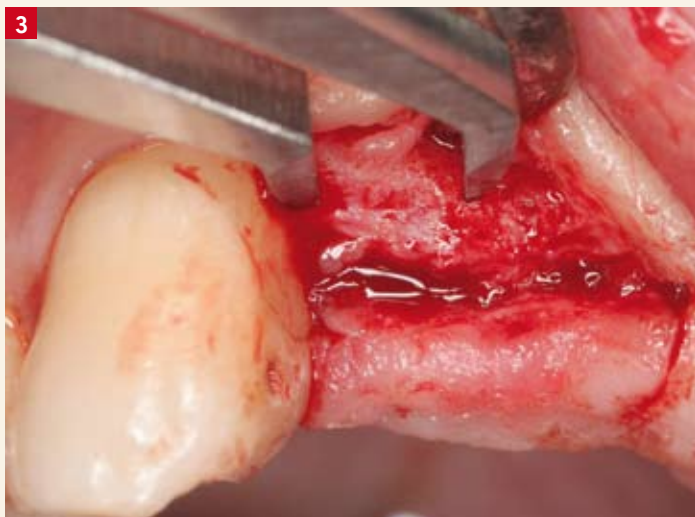


Fig. 3 : avant le forage osseux nous mesurons au pied à coulisse la distance qui doit séparer le centre du futur implant et la dent adjacente pour préserver les 1,5 mm d'os entre la dent et l'implant. Le forage initial se fera à cette position.



Fig. 4 : une position trop vestibulaire de l'implant provoque une récession gingivale.