

Garder le contrôle en réalisant une série d'extractions/implantations séquentielles

Philippe Khayat, Marin Pomperki



1. Malgré une hygiène irréprochable et un traitement parodontal rigoureux, les mobilités se sont aggravées et 13 présente une égression et une mobilité très importante. La patiente est relativement jeune (38 ans), non fumeuse et en bonne santé.



2. La situation reste bonne au plan esthétique. En dehors de la 13, il n'y a pas de migration ni d'ouverture d'espace. La prothèse provisoire, quelle qu'elle soit, et la prothèse d'usage devront reproduire cette harmonie.

Le risque de péri-implantite ne contre-indique-t-il pas les implants chez cette patiente ?

Il est effectivement plus élevé chez les patients qui présentent des antécédents de maladie parodontale. Ces patients peuvent cependant être traités avec succès si une maintenance rigoureuse et un suivi sont mis en place (voir encadré). Il faut bien en discuter avec eux et noter cela dans le dossier avant de démarrer le traitement.



3. L'alvéolyse est quasi terminale pour de nombreuses dents maxillaires. La mandibule est peu affectée et quelques molaires maxillaires sont conservables. Les secteurs latéraux maxillaires présentent une hauteur osseuse sous sinusienne insuffisante.



4. Le capital osseux reste favorable dans tout le secteur antérieur y compris en 13.

5. Le traitement est géré comme s'il s'agissait de réaliser quatre extractions/implantations unitaires. Les implants sont donc placés au fur et à mesure que les extractions sont faites. Cela permet de conserver les repères anatomiques pendant la chirurgie. Le guide chirurgical prévu (simple gouttière thermoformée) est peu utilisé dans ce contexte. Les implants sont immédiatement équipés de faux moignons provisoires (porte-implants modifiés) et un bridge provisoire en résine est réalisé le même jour.



6. Les 10 dents les plus mobiles du secteur antérieur ont été extraites (14 à 26). La 15, également très mobile, sera extraite un peu plus tard.



7. Un bridge provisoire en résine méthacrylate de méthyl de neuf dents est réalisé immédiatement (dans les 3 heures). Pour respecter au mieux la morphologie des dents de cette patiente, nous avons choisi de réaliser un isomoulage à partir du modèle d'étude. Le rendu esthétique est obtenu en associant simplement deux teintes de résine (dentine et incisal, Unifast III, GC), puis, au fauteuil, avec des maquillants de surface (colorants Akzent, VITA et Optiglaze, GC).



8. Ce bridge est scellé sur quatre faux-moignons provisoires réalisés à partir de porte-implants en titane modifiés plutôt que des faux-moignons en résine PEEK moins agréables à préparer et à manipuler. Le bridge ne comporte ni renfort ni armature. La rigidité est donnée par le surcroît de volume obtenu grâce à la fausse gencive.



9. Le jour de la chirurgie, vers 15 heures, la patiente découvre son sourire. Le cahier des charges esthétique est rempli. La patiente est émue et reconnaissante !

Edentement Maxillaire



10. Les greffes sinusiennes ont été réalisées quelques semaines après la chirurgie d'extraction/implantation.



11. Après 6 mois de cicatrisation, la 15 est extraite et deux implants supplémentaires sont mis en place. Les molaires maxillaires résiduelles sont peu mobiles et présentent une atteinte parodontale modérée. Elles seront donc conservées.



12. L'empreinte est réalisée en méthode indirecte (« ciel fermé »). Nous prévoyons ici la réalisation d'un bridge céramo-métallique en trois parties solidarisées ultérieurement en brasures secondaires.



13. Bridge céramo-métallique de onze dents sur six implants maxillaires (Laboratoire Frédéric Briffaut & Philippe Amiach). Ce bridge combine vissage et scellement: vissage sur les deux implants les plus postérieurs et scellement provisoire sur les implants antérieurs (Rely-X, 3M ou Improv). Il est aisément démontable.



14. La forme des dents et le montage s'inspirent des dents originales de la patiente. La conservation des modèles d'étude et des photographies de la situation initiale est ici essentielle pour mener à bien une reconstruction prothétique fidèle.



15. La fausse gencive doit comporter des embrasures en mésial et distal de chaque implant pour le passage des brossettes interdentaires.



16. Le sourire est harmonieux.



17. Lors de la pose du bridge, l'élimination des excès de ciment doit se faire de façon extrêmement rigoureuse. Si nécessaire, il faut anesthésier. Le suivi et la maintenance parodontale doivent désormais être irréprochables.



18. Résultat final.

« All on four » ou 6 implants et greffes sinusiennes ?

Au maxillaire, lorsque les dents sont encore présentes, la mise en place d'implants obliques dans le cadre d'un traitement « all on four » est délicate. L'implant doit traverser plusieurs sites extractionnels et la chirurgie est un peu plus complexe. Si la stabilité primaire n'est pas optimale, le pronostic de la mise en charge immédiate peut être moins favorable. On observe que les traitements de type « all on four » sont souvent décrits chez des patients édentées dont les crêtes sont cicatrisées.

Chez cette patiente les sinus sont sains et les greffes sinusiennes présentent un excellent pronostic. Elles permettent de placer deux implants postérieurs relativement longs et larges, ce qui est, pour moi, plus sécurisant.

Fallait-il réaliser les greffes sinusiennes avant, pendant ou après les extractions ?

Il peut être intéressant de réaliser les greffes d'emblée, de façon à placer en une seule intervention, six mois plus tard, tous les implants et le bridge provisoire. Compte tenu de l'inconfort lié aux mobilités importantes et à l'égression de 13, la patiente nous a demandé de démarrer rapidement le traitement implantaire. On a donc placé les implants en deux étapes. Inconvénient de cette approche : les neuf dents du bridge provisoire ne seront supportées que par quatre implants pendant au moins 8 mois.