

Au cœur de l'image

Édentement antérieur et greffe osseuse autogène

Prise en charge globale par l'omnipraticien

L'implantologie était initialement une discipline réservée aux chirurgiens oraux et aux implantologistes. Le volet chirurgical primait sur l'aspect prothétique qui était, lui, du ressort de l'omnipraticien. La discipline s'est depuis largement démocratisée et l'avènement du numérique, avec comme fer de lance la chirurgie guidée implantaire, facilite l'accès de l'implantologie aux jeunes praticiens.

Dans le même temps, les principes d'aménagement des tissus mous, de limitation de perte osseuse et de maintenance péri-implantaire occupent aujourd'hui une place centrale.

La présentation de ce cas clinique d'édentement antérieur maxillaire a pour objectif de présenter

une prise en charge globale associant de l'endodontie, de la chirurgie pré-implantaire, de la chirurgie guidée, de la chirurgie plastique parodontale ainsi que de la gestion prothétique. La séquence de soins étant réalisée par un unique praticien, cela présente plusieurs avantages :

- limiter les erreurs de communication entre les différents intervenants du traitement ;
- permettre aux patients d'être suivis par un seul praticien, renforçant ainsi la relation de confiance entre les deux parties ;
- éviter à ce même patient de se déplacer dans différents lieux de soins ;
- permettre aux praticiens de contrôler les différentes étapes durant toute la durée du traitement.



Nikon D7200

Exposition : 1/125 s à f/29, ISO 125

Distance focale : 105 mm

Objectif : Micro-Nikkor 105 mm f/2.8G IF-ED



Flash : R1C1

sur bras PhotoMed



La couronne sur implant est vissée à un couple de 35 N.



YANNIS GÉNIQUE

Ancien interne
des hôpitaux de Bordeaux
20 bis, rue du Champ-de-Mars
09700 Saverdun

@dryannisgenique@gmail.com

Analyse du cas clinique



Une patiente de 26 ans nous est adressée pour la prise en charge de son sourire. Elle présente un édentement au niveau de l'incisive centrale maxillaire gauche, compensé par un bridge provisoire cantilever comprenant la 21 comme pilier. Les couronnes sont courtes avec ratio hauteur largeur proche de 100 %. Une inflammation gingivale est présente, elle est due à la mauvaise adaptation de la restauration.



La vue occlusale permet d'observer une perte osseuse horizontale sévère.



Les examens radiologiques révèlent la persistante de la racine de la 11, ainsi qu'un traitement endodontique incomplet et une lésion apicale au niveau de la 21. Après le recueil de ces éléments, une réhabilitation implantaire est proposée à la patiente, malgré son jeune âge, ainsi que des processus de croissance osseuse résiduelle. La dent 21 étant déjà traitée endodontiquement et préparée, mettre un bridge cantilever en céramique risquerait de l'affaiblir mécaniquement.

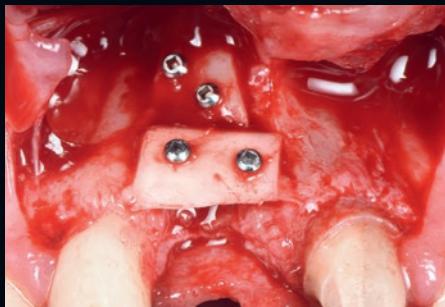
Étapes cliniques



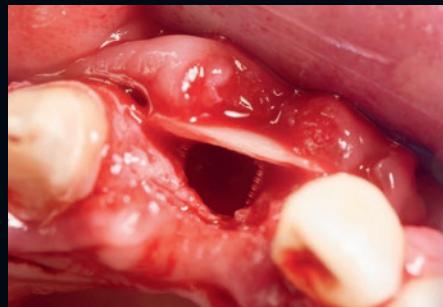
Dépose de la restauration provisoire et retraitement endodontique de la 21.



Un nouveau bridge provisoire de laboratoire après une analyse esthétique.



Une greffe osseuse autogène en « coffrage » (technique de Khoury) est réalisée. Après l'avulsion du fragment radiculaire de la 11, nous positionnons deux lames corticales issues de la zone ramique mandibulaire à l'aide de vis d'ostéosynthèse.



La vue occlusale objective l'espace laissé entre l'os natif et les lames osseuses, lequel sera comblé par un mélange de 70 % d'os autogène et de 30 % d'os d'origine xénogène.



Fermeture primaire sans tension après relâchement des tissus, à l'aide de points 6/0 matelassiers horizontaux et de points simples.



L'imagerie tridimensionnelle objective le gain osseux postopératoire.



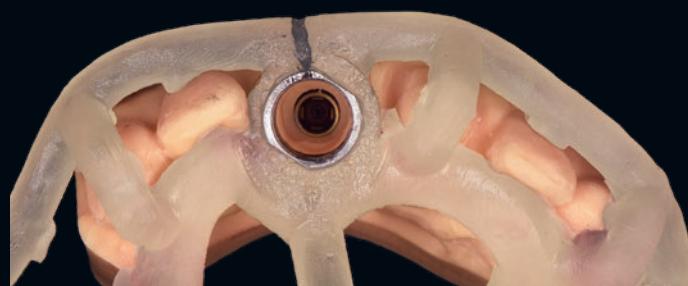
Le bridge provisoire cantilever jouera un rôle de temporisation idéal. À quinze jours postopératoires, on observe un positionnement optimal de la gencive marginale au niveau du pontique prothétique. Ce dernier doit être correctement réglé et poli, de manière à conditionner le modelage papillaire.



Six mois après l'intervention, on note la présence des papilles obtenues grâce à la gestion du profil d'émergence sur le pontique.



Radiologiquement, le gain osseux est notable au niveau de la 11, et une cicatrisation de la lésion péri-apicale de la 21 est objectivée.



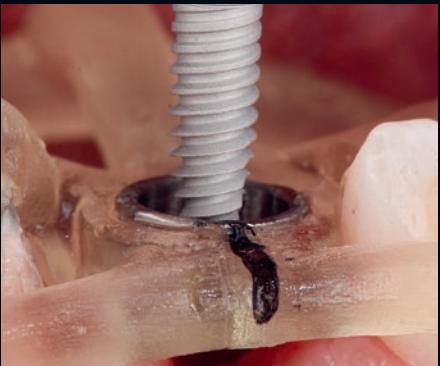
Un guide pour chirurgie complètement guidée est confectionné. La prothèse provisoire est réalisée en amont. Une marque noire est dessinée sur le guide, elle devra correspondre à une autre marque sur le porte-implant afin de correctement positionner la prothèse.



Pour de ne pas traumatiser les papilles créées, on décide de réaliser une chirurgie sans lambeau. Les quatre vis d'ostéosynthèse sont déposées via une micro-incision vestibulaire.



L'ajustage du guide est vérifié avant de démarrer le protocole d'ostéotomie et de placer un implant MIS C1 3,3 par 10.



Un greffon de conjonctif est positionné en tunnel au niveau de la 11 avant de visser la couronne provisoire sur implant.



Le CBCT confirme la bonne position de l'implant.



À trois mois postopératoires, le profil d'émergence est optimal. Un greffon de conjonctif issu de la tubérosité est inséré afin d'augmenter légèrement l'épaisseur de tissus mous.





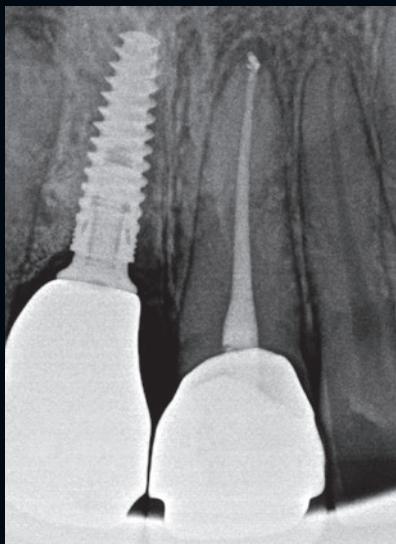
Un mois et demi après l'intervention, le gain horizontal est notable.



Une empreinte numérique pour la réalisation de deux couronnes zircons stratifiées est faite.



La couronne sur dent est scellée à l'aide d'un ciment verre ionomère et celle sur implant est vissée à un couple de 35 N.



La radiographie rétro-alvéolaire confirme le bon positionnement implantaire et la cicatrisation endodontique.

L'intégration dans le sourire de ces deux restaurations est idéale.



Remerciements : L'auteur tient à remercier les prothésistes dentaires Romain Alarcon et Thomas Ambille (*Laboratoire entre deux mers*) et Guillaume Vergne.