

AO Paris

Congrès AO Paris/Nobelbiocare à Tel Aviv... Une réussite !

✎ Mylène Popiolek Sebbag

Pour la première fois, AO Paris s'est associé à Nobelbiocare France pour l'organisation d'un congrès à Tel Aviv, du 29 mai au 2 juin derniers. Un plateau prestigieux de conférenciers était de mise : **Ophir Fromovitch, Sylvain Altglass, Mithridate Davarpanah, Serge Smuzcler, Philippe Rajzbaum et Albert Pinto.** Plusieurs événements ont ponctué les quatre jours passés ensemble. Tout d'abord la **soirée de bienvenue (1,2,3)** fut l'occasion pour **Christian Rocton (directeur de Nobelbiocare France)** et **Serge Zagury (président d'AO Paris)** de présenter leurs activités respectives en insistant sur les valeurs communes d'excellence. La fraternité AO s'est tout de ressentie en intégrant les participants qui ne connaissaient pas notre belle association. La doyenne de la faculté de Tel Aviv, accompagnée de son époux, ainsi que Eldad Helft, Marshall de la prochaine convention internationale (www.ao2014.com) ont été les invités d'honneur de ce dîner convivial et jazzy !

Le lendemain, c'est sous un soleil chaud que le groupe est parti (re) découvrir Jérusalem. On a beau être

allés à Jérusalem à maintes reprises, on y découvre toujours des ruelles et des places inédites quand on a la chance d'avoir un super guide (**4 à 8**) ! C'est donc avec bonheur et recueillement que nous nous sommes retrouvés face au Kotel. De retour au Royal Beach de Tel Aviv, le dîner shabbatique fut bien évidemment le moment de rappeler l'un des 3 piliers qui forment le triangle d'Alpha Omega, le judaïsme.

Après une journée libre, le moment phare de l'événement fut la **journée scientifique dans les locaux de la faculté dentaire de Tel Aviv (9 à 16)**. Ce fut une vraie opportunité de (re) découvrir que la faculté, comme celle de Jérusalem, ne se développe que grâce aux donations, dont ceux notamment de tous les chapitres d'AO International. Une façon concrète de voir où va une partie de nos cotisations !!! La journée scientifique fut donc inaugurée par la doyenne **Ilana Eli**, toujours bienveillante auprès des AO. Avant les conférenciers, **André Sebbag** (coordinateur du congrès), **Christian Rocton** et **Truong N'Guyen** (directeur scientifique de Nobel, et

initiateur de l'événement) prirent la parole dans une communion d'esprit. Quatre conférences hautement qualitatives ont captivé l'auditoire. **Albert Pinto** a démarré la matinée en traitant de la Gestion des tissus péri-implantaires dans le secteur antérieur. **Sylvain Altglass**, quant à lui, enchaîné sur Les concepts bio-esthétiques en implantologie : intérêt du NobelActive®. Après un déjeuner dans la cafétéria du campus, qui a sans doute ravivé des souvenirs de jeunesse, **Mithridate Davarpanah** et sa team nous ont présenté Vraies solutions face à de vrais défis Le concept de l'intégration minérale. Enfin, c'est **Ophir Fromovitch** qui a conclut cette brillante journée en traitant du NobelActive® : What makes the difference ? Vous aurez le plaisir de découvrir ci dessous deux des quatre interventions. Pour terminer en beauté ce congrès AO Paris / Nobelbiocare, le **dîner de clôture** eut lieu sur un roof top d'où s'étendait à perte de vue la Méditerranée et le sky line de Tel Aviv (**17**). De quoi laisser des images mémorables à l'ensemble des participants, qui se quittèrent à regret le lendemain. L'an prochain à Jérusalem?

1. Welcome in Tel Aviv



2. La doyenne Ilana Eli et le marshall de la convention internationale de Tel Aviv avec Serge Zagury, Christian Rocton, Ilana Amor et Olivier, Mithridate Davarpanah, Philippe Rajzbaum et sa femme



3. Tru N'Guyen avec les parisiens et Frédéric Saccenti et son épouse



4. Découverte de Jérusalem du Mont Sion

7. Rencontre surprise avec Jean Claude Yulzari (AO Strasbourg)

9. Bienvenue à la faculté dentaire de Tel Aviv



11. Thierry Lachkar, Yenkel Gabet, Henri Tenenbaum... des praticiens francophones à Tel Aviv (association E.F.I.)



14. Retour au resto universitaire pour Sylvain, Ilana, Géraldine, André et Marc !!



5. Passionnés par le guide....

6. A. Sebbag, C. Rocton, M. Davarpanah et T. N'Guyen

8. Moment d'émotion devant le Kotel



12. Pierre Nouchi, Franck Sebban, Albert et Sandrine Pinto, Ilana Amor et le président devant une plaque remerciant, entre autre, le chapitre de Paris



13. Des membres AO Paris attentifs aux conférences...

10. Autour de la doyenne Ilana, S. Zagury, T. N'guyen, Eldad, C. Rocton & A. Sebbag

15. Frédérique Gutierrez, Soraya Lalou (Team Nobel) avec Ilana et Arielle Uzan



16. Les beaux conférenciers : Albert Pinto, Sylvain Altglass, Mithridate Davarpanah, Serge Szmucker Moncler, Ofir Fromovitch et Philippe Rajzbaum



17. Dîner de clôture au Carlton

Congrès AO Paris/Nobelbiocare à Tel Aviv...

Extraction, implantation et temporisation immédiates

Intérêt du NobelActive® dans la simplification du protocole

⇒ Dr Altglas S.*, Diakonoff H.** (* Parodontologie et Implantologie Exclusive - Paris. ** Université Paris V - Hôpital Bretonneau, Paris)

INTRODUCTION

Le remplacement d'une dent antérieure implique une réflexion esthétique et fonctionnelle qui place la solution implantaire de remplacement immédiat comme une alternative de choix à la prothèse amovible, à la prothèse fixe ou au bridge collé. En effet, la mise en place d'un im-

plant unitaire, au moment de l'avulsion dentaire, associé à une prothèse provisoire de remplacement immédiat, favorisera le maintien des tissus parodontaux, permettant l'obtention d'un résultat esthétique répondant aux attentes du patient.

Le cas clinique suivant illustre pas à pas la simplicité de ce protocole.

PRÉSENTATION DU CAS

Mme X, 42 ans, en bonne santé générale, est adressée pour avulsion de l'incisive latérale droite infectée. Une double antibiothérapie (2 sessions d'Amoxicilline 2g/j pendant 6 jours) n'a pu enrayer la fistule vestibulaire récidivante. A l'examen clinique : l'incisive latérale droite dont la portion

coronaire est mobile, présente une suppuration sulculaire abondante ainsi qu'une fistule vestibulaire active (Fig. 1) laissant présager une perte totale de la crête osseuse buccale. La portion radiculaire restante montre une fracture vestibulo-palatine profonde en situation sous-osseuse (Fig. 2, 3) L'examen radiographique



① Sylvain

(cone-beam) confirme le pronostic défavorable de la dent : l'indication d'extraction est posée (Fig. 4).

CHRONOLOGIE

« STEP BY STEP »

Extraction atraumatique

Après anesthésie locale, l'extraction atraumatique est réalisée avec le plus grand soin, le but étant de conserver l'intégrité osseuse et gingivale du futur site implantaire (Fig. 5)

Axe de forage

Afin de visualiser l'axe d'implantation, un repère (tige guide graduée) est placé dans le puits de forage (Fig. 6) l'axe d'insertion de l'implant devant être déporté en position palatine pour aller chercher une stabilité primaire intra-osseuse essentielle à la réussite du protocole.

Indexation de la provisoire et choix du pilier

Après mise en place de l'implant, un pilier Esthetic Abutment conventionnel pour NobelActive® (Nobel Biocare) est choisi et sécurisé en place par la vis de trans-fixation (Fig. 7, 8). Le blocage anti-rotationnel « hexagone interne » associé à la connexion conique facilite cette manœuvre. Une prothèse provisoire immédiate est réalisée extra-orale-ment, à l'aide d'un moule transparent chargé de résine et uniquement indexé sur le pilier. Cette dernière s'adapte de façon satisfaisante aux limites de préparation imposées par le contour cervical du pilier (Fig. 9, 10) La couronne temporaire est totalement non fonctionnelle en occlusion (Fig. 11), un petit évent a été réalisé au niveau palatin afin d'éliminer les excès de ciment lors du scellement.

Ostéo et bio-intégration à 3 mois

Le contrôle est réalisé à 12 semaines, l'ostéo-intégration implantaire est obtenue, le site récepteur gingival de la future restauration a été maintenu dans son intégralité. Sur le plan prothétique, la forme du contour et le profil d'émergence de la prothèse provisoire ont permis de guider la maturation tissulaire (Fig. 12) l'élaboration de la prothèse d'usage sera ainsi facilitée.

Réalisation définitive

A 6 mois post-opératoire, nous pouvons évaluer l'intégration biologique de l'élément prothétique définitif dans son environnement parodontal : le résultat final est satisfaisant sur le plan esthétique et fonctionnel (Fig. 13) une radiographie de contrôle nous permet d'apprécier la qualité de l'ostéo-intégration (Fig. 14) Un suivi clinique et radiographique régulier sont mis en place, essence même de la maintenance parodontale

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les difficultés présentes dans ce cas nécessitent une stratégie implantaire ostéo-consciente : rechercher dans

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

LA REFERENCE

la gamme VistaScan Mini

Made in Germany

VistaScan Mini View – autonome

- Plus haute définition du marché jusqu'à 22 pl/mm en résolution réelle
- Autonome, grâce à la carte SD
- Ecran tactile haute définition avec des outils de traitement
- Scan Manager
- Wi-Fi/Réseau local (LAN)
- 5 formats y compris occlusal

Wi-Fi

nouveau

offre autonome 9.990 € au lieu de 10.290 €

VistaScan Mini Plus

- Plus haute définition du marché jusqu'à 22 pl/mm en résolution réelle
- Connexion USB et LAN
- 5 formats y compris occlusal

offre autonome 8.990 € au lieu de 9.680 €

VistaScan Mini Easy

- Plus haute définition du marché jusqu'à 22 pl/mm en résolution réelle
- Connexion USB et LAN
- 2 formats en taille 0 et taille 2

offre autonome 7.290 € au lieu de 7.990 €

Intégration directe sur MAC OS

Dispositif Médical de classe I

Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices.

Produits non remboursés par les organismes de santé.

Informations complémentaires sur notre site : www.durr.fr

DÜRR DENTAL

un premier temps une stabilité primaire hors pair, même en l'absence de crête alvéolaire vestibulaire, est rendu possible grâce aux propriétés de l'implant: en effet, le design spécifique du NobelActiveØ lui confère des capacités auto-forantes et auto-taraudantes exceptionnelles. Le design en doubles spires du NobelActiveØ permet au praticien de modifier l'axe d'insertion de l'implant au moment de la pose, tout en augmentant de façon conséquente la densité de l'os environnant.

Sur le plan péri-implantaire, la concavité trans-gingivale du pilier implantaire va induire une augmentation de densité du collagène présent dans le tissu conjonctif, cette « bundle collagen » participera à la stabilisation des tissus mous dans le sens vertical, l'ensemble concavité trans-gingivale associée aux capacités

de platform shifting de la fixture, participeront à une véritable gestion per et post-opératoire des tissus mous.

De même, le protocole de temporisation adopte le concept du « One time, one abutment » en faveur de la mise en place du pilier définitif le jour de la phase chirurgicale afin d'optimiser tous les impératifs de la bio-intégration tissulaire : établissement de l'espace biologique et réduction des manipulations prothétiques dans la zone du péri-implant.

Enfin, une bonne conception de l'élément prothétique (profil d'émergence et forme de contour) sera le meilleur atout pour la maturation du site gingival receveur de la restauration définitive permettant une bio-intégration prothétique prévisible et pérenne à long terme.



FIG. 1 : Situation clinique initiale : vue vestibulaire. Fistule active



FIG. 2 : Situation clinique initiale : vue occlusale. Fracture vestibulo-palatine profonde



FIG. 3 : Radiographie rétro-alvéolaire

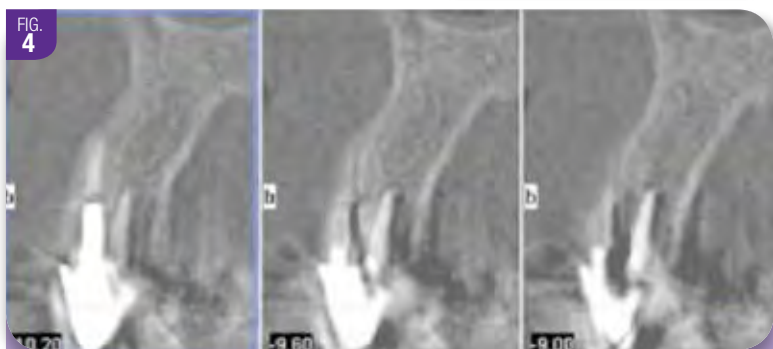


FIG. 4 : Coupes Cone-Beam : notez la différence d'axe entre la racine et la crête osseuse



FIG. 6 : Tige guide graduée objectivant le positionnement palatin du forage



FIG. 7 : Vue occlusale du pilier implantaire Esthetic Abutment (NobelActiveØ) en place



FIG. 5 : Vue occlusale après avulsion atraumatique : absence quasi-totale de crête osseuse en vestibulaire



FIG. 8 : Pilier implantaire (vue vestibulaire)



FIG. 9 : Prothèse provisoire à J = 0 venant conclure l'extraction et le remplacement immédiat



FIG. 10 : Radiographie rétro-alvéolaire : notez la concavité du pilier implantaire et l'adaptation de la prothèse provisoire aux limites de préparation.



FIG. 11 : Vue palatine de la prothèse provisoire : absence de contacts fonctionnels et présence de l'évent palatin.



FIG. 12 : Vue occlusale après dépose de la couronne provisoire à 12 semaines (temps d'ostéointégration)



FIG. 13 : Bio-intégration de l'élément prothétique dans son environnement parodontal.



FIG. 14 : Radiographie rétro-alvéolaire de contrôle à 6 mois.

Une gamme de fauteuils complète pour répondre à tous les besoins



Un fauteuil monocoque pour votre **confort** de travail et celui de vos patients

Un fauteuil **universel** qui s'adapte à votre position de travail et à votre activité



Un fauteuil **compact** et léger pour des espaces de travail aérés

De vrai solutions à de vrais défis

Le concept de l'Intégration minérale

⇨ Davarpanah M., Rajzbaum P., Szmukler-Moncler, Davarpanah K., Demurashvili G., Sater S., Capelle-Ouadah N.

Mithridate, Philippe et Serge



INTRODUCTION

L'implantologie moderne a permis de mettre en place toute une panoplie de traitements de l'édentement et offrir ainsi une solution prothétique à de nombreux patients désespérés. Cependant, la nature de l'Homo medicus fait que chaque difficulté aplanie donne envie de traiter encore plus et encore mieux. Et cette démarche conduit nécessairement à l'éclosion de nouvelles situations qui demandent à leur tour solution et qui posent de vrais défis aux praticiens. Parfois offrir une nouvelle solution passe par le chemin initialement délicat du dépassement des concepts en cours : repenser le problème différemment pour entrevoir une nouvelle solution que l'on jugeait impossible à envisager avant. Mais encore faut-il s'assurer que le dépassement du concept mène à la solution au travers d'une voie sûre, acceptable par la communauté scientifique. D'un autre côté, on ne peut demander à ladite communauté d'accepter immédiatement la nouveauté, P-I Brånemark et ses collègues pourront aisément en témoigner. Dans le monde des hommes, cela est naturel et cela a été et continue d'être une constante tout au long de l'histoire des sciences (Kuhn 1962). Il est donc dans l'ordre des choses que la proposition d'une nouveauté divise la communauté professionnelle en 3 camps bien distincts : d'un côté ceux qui s'opposent à la nouveauté, systématiquement, car la démarche de

leur esprit est conservatrice ; de l'autre ceux qui s'enflamment pour la nouveauté presque tout aussi systématiquement car ils s'identifient comme progressistes. Le troisième camp médian est constitué de ceux qui n'ont pas d'avis préétabli sur la question. Ils attendent que la poussière de la bataille entre les 2 groupes sus-cités se redépense pour y voir plus clair. La vraie difficulté est vécue par ceux à l'origine de la nouvelle solution ou du nouveau concept thérapeutique. Ils sont en généralement mus par une intuition, nécessairement secondée par un certain savoir scientifique. Cependant, avant d'appliquer la nouvelle solution qui les habite, ils sont dans l'anxiété du bien-fondé de leur démarche car le sujet de leur nouveauté est un sujet... humain. Il leur faut donc bien s'assurer que le principe de primum non nocere (tout d'abord ne pas nuire) ne sera pas enfreint. Cela s'obtient en effectuant une analyse du risque qui met en balance les avantages et les inconvénients qui risqueraient de résulter de ce nouveau protocole.

UN DÉFI, UNE SOLUTION INNOVANTE

Le but de notre présentation était donc de partager avec l'auditoire notre nouvelle approche dans le traitement de la situation particulière suivante : celle d'un édentement canin consécutif à la présence d'une canine incluse. La situation en soi n'est pas problématique mais elle le de-

vient lorsque l'implant pressenti pour réhabiliter le site édenté trouve sur son trajet un obstacle a priori infranchissable, la dent incluse. Que faire dans ce cas précis ? L'orthodontie est sans doute aucun la première alternative à envisager. Dans le cas où elle n'est pas acceptée par le patient ou elle n'est pas applicable d'un point de vue orthodontique, l'option chirurgicale est proposée sous la forme d'une extraction accompagnée d'une implantation immédiate (Mazor et al. 1999) ou le plus souvent différée (Garcia et al. 2013). Dans ce dernier cas, la thérapeutique consiste à extraire la canine incluse, à greffer le site et à le laisser cicatriser avant de procéder à la pose d'un implant. Cette démarche n'est pas toujours couronnée du succès attendu car la table vestibulaire ou palatine peut s'effondrer et requérir une greffe supplémentaire avant l'implantation. Cela augmente la durée et le coût du traitement, au grand dam des patients impatients du résultat de leur traitement. L'alternative dont il est question ici est de ne pas procéder à l'extraction de la canine incluse mais de poser l'implant au travers de la dent qui se trouve dans le procès alvéolaire. Cette approche est certainement la plus directe et la moins invasive si elle s'avérait prédictible. L'obstacle à sa diffusion et son acceptation n'est pas d'ordre technique mais d'ordre paradigmatique, car poser un implant au contact d'un tissu autre qu'osseux est une chose que les canons de l'implantologie ne nous ont

pas disposé à entendre (Gray & Vernino 2004). L'ostéointégration suppose une interface os-implant, rien de plus ; certainement pas une kyrielle d'interfaces, avec le ligament alvéolo-dentaire, le cément, la dentine, la pulpe et l'émail si l'implant passe au travers de la couronne. De nombreuses questions surgissent alors : quelle est la nature de ces nouvelles interfaces, sont-elles stables, sont-elles le siège d'une néo-formation tissulaire qui assure à l'interface une réaction biologique similaire à l'ostéointégration, ou alors la stabilité clinique ne résultera-t-elle d'une fixation exclusivement biomécanique à l'instar d'une vis posée dans un morceau de bois. De plus, que se passe-t-il lorsque l'implant franchit la chambre pulpaire ; cette dernière est-elle le siège d'une inflammation, d'une nécrose, l'effraction est-elle accompagnée d'une douleur chronique ou d'autres signes encore en rapport avec la nécrose pulpaire ? Toutes ces questions sont déterminantes et curieusement elles trouvent réponse dans la littérature scientifique ainsi que nous avons pris le temps de le démontrer sur le magnifique campus de l'Université de Tel Aviv. Les lecteurs sont renvoyés à nos publications nationales et internationales dont les premières parurent en 2009 (Davarpanah & Szmukler-Moncler 2009a, 2009b ; Davarpanah et coll. 2012, Davarpanah et coll. 2013, Szmukler-Moncler et coll. 2008, 2009, 2014). En résumé, nous pouvons dire que les

nouvelles interfaces ne génèrent pas de réactions inflammatoires spécifiques. Elles sont plutôt le siège de réactions biologiques d'apposition tissulaire à la surface des implants, similaires à celles qui prennent place lors de l'ostéointégration. Sauf qu'à certains endroits de la surface implantaire, des éléments de l'organe dentaire remplacent le tissu osseux et qu'on ne peut plus parler d'un implant ostéointégré. Pour rendre compte de cette nouvelle réalité jusque-là inconnue, il nous fallait ouvrir le concept d'ostéointégration limité à l'interface os-implant et l'étendre aux autres interfaces de tissus minéralisés que sont le cément, la dentine et l'émail. Il nous a semblé que le concept d'intégration minérale répondait à cette exigence (Szmukler-Moncler et coll. 2008) et c'est ce concept qui nous permet actuellement de traiter avec sérénité les patients qui se présentent avec cette indication. Le cas suivant illustre la technique dont nous avons fait état à Tel Aviv lors de cet extraordinaire voyage avec Nobel Biocare. Un patient de 41 ans vient pour réhabiliter l'édentement du site 23 lié à la présence d'une canine incluse (Fig. 1a, b). L'examen tomodensitométrique montre que la canine incluse est en position palatine et que plusieurs millimètres séparent la canine incluse de la crête alvéolaire. De plus, le volume osseux est suffisant pour recevoir un implant Nobel Active de Ø 4,3 x 15 m. La chirurgie se déroule de manière clas-

LA BOUCHE, L'EXPRESSION DE NOTRE SANTÉ

APRÈS AVOIR MANIÉ
LA FRAISE,
PRENEZ LA SOURIS !

Économisez 30 €
en vous inscrivant par Internet,
en quelques clics seulement !



Congrès ADF 2014

Rendez-vous Porte Maillot, à Paris,
du 25 au 29 novembre

Exposition internationale
du 26 au 29 novembre



sique excepté que le site est abordé en premier lieu à l'aide d'une fraise Zekria en carbure de Tungstène montée sur contre-angle rouge. Une radiographie est prise lors du passage du foret pilote afin de bien s'assurer de l'axe implantaire (Fig. 2a). Le passage des autres forets de diamètres progressifs s'effectue sans difficulté (Fig. 2b). Puis l'implant est guidé dans l'alvéole (Fig. 2c), son assise finale est obtenue avec une stabilité primaire de 40 Ncm. La progression s'est effectuée en exerçant une suite de séquences de vissage-dévisage afin de ne pas forcer l'implant dans son alvéole aux murs plus rigides qu'à l'accoutumé. L'augmentation latérale systématique que nous effectuons dans le secteur antérieur (Davarpanah et coll. 2014) est mise en place (Fig. 2d). Le lambeau est ensuite suturé autour du pilier de cicatrisation transmuqueux. La radiographie de contrôle (Fig. 2e) suggère la présence d'une effraction de la chambre pulpaire.

Comme dans tous les autres cas précédents, on note une absence de douleurs post-opératoires et la cicatrisation se déroule sans incidents. Six mois après la chirurgie, un examen tomodontométrique est effectué afin de préciser les rapports qu'entretiennent l'implant et la canine incluse (Fig. 3a, b). L'implant est stable cliniquement et il est asymptomatique ; les étapes de reconstruction prothétique peuvent donc débiter. Elles commencent par la confection d'une couronne provisoire (Fig. 4a, b) puis se continue de manière classique par la pose de la couronne d'usage. Les figures 4c-e montrent la situation clinique et radiologique au contrôle de 15 mois. On notera le maintien de la table vestibulaire en regard de la couronne de la canine (Fig. 4d).

DISCUSSION

Le lecteur qui n'est pas au fait de nos travaux antérieurs sera certainement étonné

par ce traitement. Il pourrait être dubitatif quant à considérer cette approche comme apportant une vraie solution au défi qui consiste à traiter ce site édenté particulier. Pourtant, le premier patient traité avec ce protocole l'a été à présent il y a plus de 10 ans et nous pouvons faire état de 7 implants posés chez 3 patients qui ont dépassés les 5 années de suivi alors que le suivi d'une année au moins a eu lieu pour 15 implants. Une trentaine d'implants ont d'ores et déjà été posés au contact de dents incluses et aucun n'a conduit à des douleurs post-opératoires. Les raisons de ce silence clinique ne sont pas totalement comprises mais ce résultat est à rapprocher de la décoronation pratiquée pour permettre à une dent de sagesse proche du nerf mandibulaire de progresser physiologiquement en direction de la crête alvéolaire (Long et coll. 2012).

Ce protocole ne fait pas encore partie de « l'evidence based medicine », c'est pourquoi, il ne peut être exercé de manière routinière par tous. Il faut encore attendre de réunir un nombre de cas traités suffisamment large et disposer de leur suivi à long-terme. Cependant depuis notre première publication en 2009, nous avons pu répertorier 69 implants qui ont été posés au contact de dents incluses. La majorité des cas qui ont été portés à notre connaissance proviennent de France mais quelques cas nous sont parvenus des pays limitrophes, d'Italie et de Suisse. Le suivi exact de tous les cas nous manque encore mais tous partagent l'absence de douleurs post-opératoires, ce qui en fait la réaction normale à attendre. Traiter cette situation à l'aide de ce protocole constitue un vrai défi au paradigme actuel de l'ostéointégration. C'est pourquoi, nous avons dû le penser en de nouveaux termes conceptuels. Nous nous sommes vus dans l'obligation de créer le néologisme de l'intégration minérale en élargissant le concept de l'os-

téointégration qui concernait de manière exhaustive l'interface os-implant, à l'exclusion des autres interfaces minérales de l'organe dentaire. Nous l'avons fait après avoir pris connaissance de la réalité histologique trouvée dans la littérature (Szmukler-Moncler et coll. 2008).

Les défis en Implantologie ne se cantonnent pas à cette situation particulière. Faire la bonne interprétation dans toutes les situations cliniques est aussi un défi à part entière et c'est pourquoi, sensibles aux solutions, nous avons rédigé un ouvrage qui sortira en Septembre chez Espace ID et qui porte le titre de Enjeux et Défis en Implantologie. Le contenu de notre prochaine journée annuelle de 5 Chirurgies en direct du 27 Septembre 2014 à l'Hôpital Américain de Paris s'inscrit dans cette même démarche.

RÉFÉRENCES

- Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Davarpanah K, Rajzbaum P, de Corbière S, Capelle-Ouadah N, Demurashvili G. Unconventional transradicular implant placement to avoid invasive surgeries: toward a potential paradigm shift. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2012;113:335-49.
- Davarpanah M, Szmukler-Moncler S. Unconventional implant treatment. II. Implant placed through impacted teeth. 3 case reports. Int J Periodontics Restorative Dent 29: 405-413 (2009a)
- Davarpanah M, Szmukler-Moncler S. Unconventional implant treatment. I. Implant placement in contact with ankylosed root fragments. A series of 5 case reports. Clin Oral Implants Res 20: 851-856 (2009b).
- Long H, Zhou Y, Liao L, Pyakurel U, Wang Y, Lai W. Coronectomy vs. total removal for third molar extraction: a systematic review. J Dent Res 2012; 91:659-65.
- Mazor Z, Peleg M, Redlich M. Immediate placement of implants in extraction sites of maxillary impacted canines. J Am Dent Assoc 30: 1767-1770 (1999)
- Szmukler-Moncler S, Davarpanah K, Davarpanah M, Rajzbaum P, Capelle-Ouadah N, Demurashvili G. Implants in contact with tissues other than bone. Is there room for a potential paradigm shift? Swiss Dental J 2014; 124, 149-56.
- Szmukler-Moncler S, Davarpanah M, Davarpanah K, Rajzbaum P, Demurashvili G, de Corbière S. Mise en place d'implants au contact d'un tissu autre qu'osseux. L'intégration minérale, esquisse d'une possible évolution de paradigme en implantologie. in : Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Rajzbaum P, Davarpanah K, Demurashvili G. Manuel d'implantologie clinique. 3è Edition. Concepts, intégration des concepts et esquisse de nouveaux paradigmes, 2012, Editions CdP, Paris.



FIG. 1 : SITUATION PRÉOPÉRATOIRE.
a. Vue vestibulaire de la temporisation avec laquelle se présente le patient.
b. Radiographie rétro-alvéolaire du site à réhabiliter avec sa canine incluse.

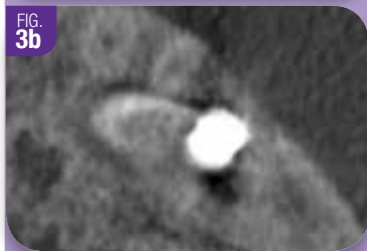


FIG. 3 : CONTRÔLE RADIOGRAPHIQUE À 6 MOIS AVANT DE TESTER L'INTÉGRATION DE L'IMPLANT.
a. Coupe transverse montrant l'implant, la canine incluse et la table vestibulaire intacte.
b. Coupe axiale montrant le franchissement de la chambre pulpaire par l'implant.



FIG. 2 : ÉTAPE CHIRURGICALE
a. Radiographie rétro-alvéolaire avec le foret pilote montrant les rapports entre la canine incluse et le trajet implantaire.
b. Passage de la séquence classique de forage.
c. Insertion de l'implant Nobel Active sélectionné.
d. Augmentation latérale à l'aide de BioOss dans le cadre d'un surcontour systématique.
e. Radiographie rétro-alvéolaire post-opératoire de l'implant avec son pilier de cicatrisation.



FIG. 4 : SUIVI CLINIQUE ET RADIOGRAPHIQUE DE LA RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE.
a. Vue frontale du secteur antérieur avec la couronne provisoire.
b. Radiographie rétro-alvéolaire avec la couronne provisoire.
c. Vue vestibulaire de la couronne d'usage lors du contrôle à 15 mois.
d. Vue de la gencive de la couronne d'usage selon une incidence angulée.
e. Radiographie rétro-alvéolaire de la couronne au contrôle de 15 mois.

Au service de
votre cabinet dentaire,
pour votre tranquillité



Nous faisons
pour vous
et avec vous
l'étude de votre
aménagement
de cabinet

Nous apportons
notre conseil
sur les équipements
dentaires
les plus adaptés



L'ensemble des
équipement de
votre cabinet
est livré et installé
clés en main

Le service de
maintenance est
assuré par téléphone
et 10 techniciens
sur le terrain



Airel Quetin

917, Rue Marcel Paul

94500 Champigny-sur-Marne

Tél : 01 48 82 22 22

commercial@airel.com

www.airel.com