

Stratégie esthétique : comprendre pour simplifier

Mithridade Davarpanah, Serge Szmukler-Moncler, Philippe Rajzbaum, Thierry Degorce

Le but de cet article est de montrer deux cas *a priori* similaires qui ont été traités en suivant des protocoles différents. Les motivations à l'origine de ces divergences seront explicitées.

Nos patients appartiennent à l'ère d'Internet. Ils savent qu'il est aujourd'hui possible de réhabiliter immédiatement la perte d'une dent ou d'un groupe de dents à l'aide de la thérapeutique implantaire. Lorsque l'édentement concerne le secteur esthétique, ils sont particulièrement demandeurs de ce type de traitement immédiat. Pour le praticien, cette requête se traduit cliniquement par la mise en œuvre d'une extraction, suivie d'une implantation immédiate, elle-même suivie d'une temporisation immédiate implanto-portée [1]. L'équipe traitante doit donc connaître quelles sont les conditions d'application clinique de ce type de protocole qui permet la Temporisation Immédiate d'un Site Post-Extractionnel (TISPE).

Cette compréhension des situations face au challenge esthétique constituera d'ailleurs le thème de la prochaine journée de l'Hôpital Américain de Paris, le 29 septembre prochain, qui proposera 5 interventions en direct, dédiée au diagnostic esthétique et au choix le plus adapté d'un protocole chirurgical et prothétique parmi tous ceux possibles. Les différents intervenants partageront leur expérience chirurgicale et prothétique dans l'optique de servir l'omnipraticien avancé.

Conditions d'application d'un protocole TISPE

Pour aboutir à un résultat esthétique dans un site post-extractionnel, il est nécessaire de réunir les conditions permettant de :

- préserver et sur-corriger le capital osseux consécutif à l'extraction, surtout celui de la table vestibulaire;
- préserver la géométrie des papilles et leur volume ainsi que le contour gingival préexistant;
- transformer le biotype pour maintenir un résultat esthétique au long cours.

La réunion des conditions optimales pour envisager ce type de protocole peut être résumée en six points :

1. contrôle de l'inflammation du site à traiter;
2. intégrité de la table vestibulaire;
3. situation esthétique satisfaisante des tissus mous;
4. respect possible des concepts de positionnement 3D de l'implant;
5. obtention d'une stabilité primaire ≥ 40 Ncm;
6. intégration du principe de platform-shifting.

Cas 1

Application du protocole TISPE

Une patiente de 61 ans consulte pour une fêlure de sa première prémolaire gauche (fig. 1a, b), l'indication de l'extraction est posée.

Un protocole TISPE est envisagé avec la patiente si elle réunit les conditions de son application. Le pronostic de la dent est réservé, aucun foyer infectieux dentaire patent n'est observé.

L'état des tissus mous est satisfaisant, il ne requiert pas d'intervention chirurgicale de conditionnement. L'extraction devra respecter l'intégrité de la table vestibulaire. Une distance > 2 mm entre le bord de l'implant et celui de la table externe [3] s'obtiendra en posant l'implant au milieu de l'alvéole. Un implant Nobel Replace CC de $\varnothing 4,3$ mm x 13 mm est choisi pour sa capacité à remplir l'alvéole. Le platform-shifting est intégré [2], l'implant recevra un pilier de $\varnothing 3,9$ mm pour une gestion aisée du profil d'émergence. La seule question qui demeure en suspens concerne l'obtention d'une stabilité primaire ≥ 40 Ncm. L'analyse de la qualité osseuse ne laisse pas présager de difficulté.



1. Protocole d'extraction-implantation immédiate et temporisation immédiate implanto-portée (TISPE).
a. Vue vestibulaire de la dent 24 lors de la première consultation.



d. Vue occlusale de l'implant. L'axe implantaire laisse une distance > 2 mm entre le bord de l'implant et le bord de la table vestibulaire.



g. Suture du lambeau autour du transfert d'empreinte.

Lors de la pose de l'implant (fig. 1c, d), la stabilité primaire est de 40-50 Ncm. Elle est suffisante pour résister à une temporisation immédiate. La phase prothétique du protocole peut être déclenchée.



b. Radiographie préopératoire. L'extraction est indiquée à la suite d'une fêlure de la racine.



c. Préparation du lit implantaire à l'aide du foret de \varnothing 2,7-4,3 mm.



e. Indexation peropératoire à l'aide du transfert d'empreinte.



f. Comblement de l'espace entre le bord de l'implant et la table osseuse à l'aide de BioOss. Le transfert d'empreinte permet de bien guider le substitut osseux.



h. Clé en résine calcinable pour réaliser une empreinte localisée.

i. Couronne provisoire en résine montée sur un pilier provisoire en titane réalisée par le laboratoire en 48 heures.

j. Radiographie postopératoire après la pose de la couronne provisoire. Noter le platform-shifting mis en place à l'aide du pilier provisoire en titane.

La prothèse est immédiatement indexée. Un transfert est vissé sur le col de l'implant alors que le lambeau est encore récliné (fig. 1e). Un matériau de comblement est introduit entre le bord de l'implant et la table vestibulaire (fig. 1f). Le lam-

beau est suturé (fig. 1g) et une empreinte localisée est effectuée (fig. 1h). La couronne provisoire obtenue au laboratoire (fig. 1i) est transvissée 48 heures après la chirurgie (fig. 1j).

2. Résultat esthétique du protocole d'extraction-implantation immédiate et temporisation immédiate implanto-portée (TISPE).



a. Vue occlusale des tissus mous au terme de la période de temporisation. Noter la santé gingivale 6 mois après la mise en temporisation immédiate.



b. Préparation d'une couronne transvissée directement sur le col implantaire. Noter la connexion hexagonale interne.



c. Vue vestibulaire de la couronne d'usage. Noter le niveau du bord marginal et des papilles.



d. Radiographie lors de la pose de la couronne d'usage. Noter le platform-shifting qui a permis de maintenir le niveau osseux créal en deçà de la première spire.

Après 6 mois de temporisation, l'étape de la confection de la couronne d'usage est initiée. Le dévissage de la couronne provisoire pour réaliser la prise d'empreinte sera l'occasion de vérifier la santé gingivale (fig. 2a). Une couronne céramo-métallique transvissée est mise en place (fig. 2b, c). La radiographie postopératoire montre le platform-shifting ainsi que le maintien du niveau osseux en deçà du niveau de la première spire (fig. 2d). Le protocole TISPE a répondu aux attentes de la patiente et aux exigences de l'équipe traitante.

Cas 2

Application d'un protocole d'implantation immédiate sans temporisation implanto-portée



3. Protocole d'extraction-implantation immédiate et temporisation immédiate à l'aide d'un bridge collé.
a. Vue de face de l'incisive centrale fracturée lors d'un accident de la circulation. Noter la blessure de la lèvre supérieure.

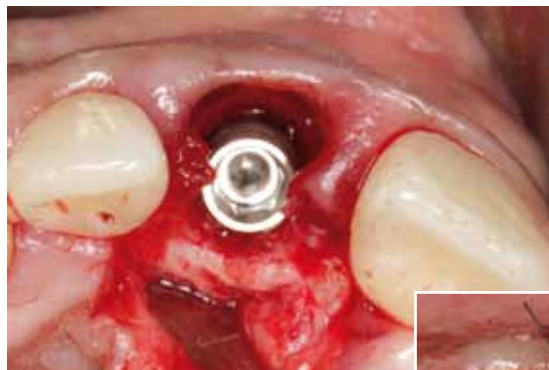


b. Fracture longitudinale sous-gingivale de la couronne.



c. Radiographie préopératoire de la dent fracturée.

Une patiente de 32 ans consulte à la suite d'un accident de la circulation qui a causé la fracture de son incisive centrale droite (fig. 3a, b) sans léser le parodonte (fig. 3c). L'indication de l'extraction est posée et un protocole TISPE est envisagé avec la patiente si les conditions de son application sont réunies. Malheureusement, la stabilité primaire de 30 Ncm s'est révélée suffisante pour une implantation immédiate, mais insuffisante pour une temporisation immédiate implanto-portée [1]. De plus, il est nécessaire d'aménager les tissus mous pour avoir un résultat esthétique prédictible. Le protocole alternatif au TISPE consistera en l'extraction de la dent fracturée, l'implantation immédiate d'un implant Nobel Active de Ø 4,3 x 13 mm (fig. 3d) en effectuant un lambeau palatin exclusivement, une greffe de tissu mou par-dessus le comblement de l'alvéole afin de conditionner le site de la papille droite (fig. 3e). La temporisation sera effectuée à l'aide d'un bridge collé qui protégera la greffe simultanée des tissus mous (fig. f-h) et évitera de solliciter biomécaniquement l'implant.



d. Mise en place de l'implant dans l'alvéole avec son inclinaison palatine. Noter le tracé de l'incision du lambeau esthétique palatin.



e. Comblement de l'alvéole avec du BioOss et greffe gingivale au niveau de la papille distale.



i. Vue frontale des tissus mous lors de la temporisation. Noter le niveau coronaire du bord marginal de la gencive.



f. Vue frontale de la temporisation avec un bridge collé.

g. Vue palatine du bridge collé. Le bridge a été posé dans les 48 heures suivant l'intervention. Il reste à distance du pilier de cicatrisation.

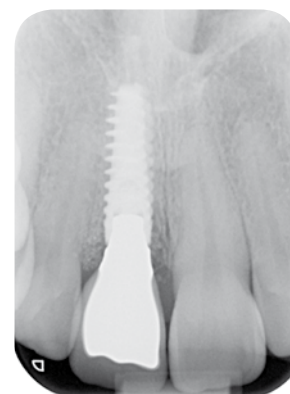


h. Radiographie de contrôle. Noter l'implant Nobel Active, son pilier de cicatrisation qui adhère au principe du platform-shifting ainsi que l'armature du bridge collé sur les 2 dents adjacentes.



i. Vue frontale des tissus mous lors de la temporisation. Noter le niveau coronaire du bord marginal de la gencive.

j. Vue frontale des tissus mous de la couronne d'usage. Le niveau coronaire de la gencive marginale est légèrement plus coronaire que la dent naturelle. La patiente est jeune et l'ajustement des collets ne manquera pas d'avoir lieu avec le temps.



k. Radiographie de la couronne d'usage. L'application du principe du platform-shifting avec l'implant Nobel Active a permis de préserver les niveaux osseux de part et d'autre de l'implant.

Ce protocole a permis de conserver les tissus mous à un niveau coronaire durant la phase de temporisation (fig. 3i) et mener à un résultat satisfaisant avec la couronne d'usage en place (fig. 3j, k).

Discussion et conclusion

Les patients qui doivent faire face à une extraction dans le secteur esthétique posent souvent la requête d'un geste thérapeutique implantaire immédiat. Face à cette demande esthétique pressante des patients, l'équipe traitante doit privilégier le pronostic biologique et esthétique sur un plus long terme que celui considéré par le patient,

alors qu'il est dans l'urgence de trouver une solution immédiate à son édentement.

Avant d'envisager l'application d'un protocole TISPE, l'équipe traitante doit déterminer si sont réunies toutes les conditions d'un succès d'ostéointégration, mais aussi esthétique.

Les deux cas présentés semblaient suffisamment similaires pour appeler le même protocole chirurgical et prothétique. Cependant, l'ensemble des conditions pour mettre en œuvre le protocole TISPE n'était réuni que pour le premier cas.

Certaines étapes du protocole chirurgical ont été similaires pour les deux patients, mais le protocole prothétique de la phase de temporisation a été différent, implanto-porté dans le premier cas et dento-porté dans le second. Chacun répondait au mieux aux exigences biologiques et esthétiques de la situation.

Le protocole TISPE aboutit plus rapidement à la visualisation du résultat final qu'il est possible d'escompter de la part des tissus mous. Cependant, il faut bien en maîtriser tous les paramètres afin de poser son indication de manière subtile et non systématique.

On se souviendra cependant que pour avoir un résultat prédictible avec ce type de protocole, il faut s'être assuré : 1) de l'intégrité de la table vestibulaire, 2) que le biotype gingival correspond bien aux réactions anticipées, quitte à devoir aménager les tissus mous en "boostant" le biotype.

En conclusion, pour réussir son intervention dans le secteur esthétique, les points clés à respecter sont les suivants :

• au niveau chirurgical :

- évaluer les facteurs de risques initiaux pour choisir la bonne stratégie ;
- privilégier l'implantation immédiate lorsqu'elle est possible ;
- augmenter le volume osseux pour permettre un positionnement tridimensionnel idéal de l'implant ;
- privilégier les allogreffes d'origine bovine pour une meilleure stabilité des volumes et des contours ;
- booster le biotype des tissus mous pour une meilleure stabilité sur le long terme ;
- bien respecter les temps de cicatrisation.

• au niveau prothétique :

- développer le profil d'émergence à l'aide d'une couronne provisoire ;
- introduire le platform-shifting à l'interface implant-pilier ;
- utiliser des piliers prothétiques provisoires et définitifs aux profils sous-contourés ;
- utiliser des matériaux de haute biocompatibilité pour les composants transmuqueux ;
- privilégier la rétention transviscée directe au scellement si l'axe implantaire le permet ;
- contrôler et éliminer les excès de ciment de la prothèse définitive le cas échéant ;
- soigner l'occlusion pour éviter des contraintes fonctionnelles excessives.

bibliographie

1. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S. Théorie et Pratique de la mise en charge immédiate. Quintessence International, Paris, 2007.
2. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Khoury P. Le platform-switching et ses implications. Implant 2008, 14 ; 185-198.
3. Saadoun AP, Le Gall MG, Touati B. Current trends in implantology: part II-treatment planning, aesthetic considerations and tissue regeneration. Pract Proced Aesth Dent 2004 ; 16 : 707-714

Correspondance