

Rencontre avec Renaud Petitbois, président du 4^e Congrès Euro Implanto de Nice



Propos recueillis par
Jacques Bessade

AONews. En choisissant le thème *Qu'attendons-nous de l'implantologie dentaire ?*, on a l'impression que vous souhaitez vous adresser à un cercle plus large que celui des praticiens. Expliquez-nous les raisons de ce choix ?

Renaud Petitbois. Ce n'est pas tant le fait de m'adresser à un public plus large qui m'intéressait, mais surtout d'inciter tous les acteurs liés à notre discipline de mettre à profit ce congrès pour réfléchir, se poser, et répondre à des questions simples : que voulons-nous ? Que pouvons-nous ? Où en sommes-nous ?

AON. Quels sont les sujets que vous attendez plus particulièrement voir traiter ?

R. P. Le comité scientifique, présidé par le Professeur **Serge Armand** a préparé un programme ambitieux et éclectique. Le sinus et les techniques chirurgicales (piezo chirurgie, voie latérale ou crestale, matériels et techniques) seront au menu des présentations. Il sera aussi question de biomatériaux, de cellules-souches, et de l'utilisation de la dent extraite comme matériau de comblement. Plusieurs conférences seront consacrées aux nouvelles technologies : empreinte optique, et guides chirurgicaux associés à la CFAO pour préparer et réaliser l'aspect chirurgical et prothétique.

AON. En expertise judiciaire, il est souvent question de litiges ayant trait à la

prothèse sur implant. Quels aspects de la prothèse implantaire seront mis en valeur cette année ?

R. P. Il est prévu de parler de la conception des prothèses dans le cadre de la gestion de l'esthétique en considérant les tissus durs et mous péri-implantaires, il sera aussi question du traitement des mucosites ainsi que des péri-implantites. Enfin, un volet important sera consacré aux aspects de prise de décision : comment choisir les matériaux prothétiques en fonction des indications cliniques ? Comment prendre en charge la globalité d'un traitement non seulement technique mais aussi émotionnel ? Quels sont les protocoles à mettre en œuvre afin de réaliser dans les règles de l'art des traitements pérennes à même de nous éviter une action médico-légale ?

AON. Allez-vous une fois de plus réussir à donner un écho international à ce Congrès ?

R. P. Nous avons délibérément, et ce dès notre premier congrès, choisi un tiers de nos conférenciers au niveau local, un tiers au niveau national et le dernier tiers au niveau international. Ce choix nous a permis incontestablement d'avoir un écho international qui s'étend à chacune de nos éditions. Ces conférenciers internationaux qui, je le rappelle, viennent le plus souvent par amitié et à leur frais, attirent par leurs renommées nos confrères français mais aussi étrangers. Les liens ainsi tissés d'année en année durant le congrès se renforcent et se développent pour le plus grand bien des participants.

AON. Les industriels seront ils fidèles à cette quatrième édition ?

R. P. Comme vous le savez, un congrès médical de grande envergure ne peut pas exister sans le concours des industriels. Nous sommes particulièrement fiers d'avoir réussi à fédérer un groupe solide de partenaires. C'est le résultat d'un long travail de préparation humaine en amont de l'événement. Il faut encore une fois tisser des liens personnalisés, savoir écouter les demandes et proposer des solutions concrètes. Un seul exemple : les déjeuners au milieu des exposants étaient essentiels afin de faciliter la convivialité entre tous les acteurs de notre famille.

AON. Vous proposez pour la première fois un work shop très particulier. Pouvez-vous nous en parler ?

R. P. Il s'agit d'une grande nouveauté pour nous et d'une grande première ! Cette année, nous avons organisé le mercredi 25 avril, un workshop exceptionnel en compagnie du Dr Alexander Aalam (USC Los Angeles). Il exerce en parodontologie et implantologie, et a mis au point la technique du traitement des récessions gingivales sans recours aux greffes de tissus mous. Le programme de cet après-midi sera articulé autour d'un cours magistral, d'une chirurgie mettant en œuvre sa technique en direct, et enfin d'un TP sur tête de porc pour permettre à chacun de mettre en pratique directement ce nouveau savoir.

AON. Président, je vous laisse le mot de la fin !

R. P. Venir à un congrès c'est bien sûr assister aux conférences, et interroger les conférenciers afin d'approfondir l'échange sur les thèmes abordés. Venir au congrès Euro implanto c'est apprendre, comprendre, partager et appliquer.

Euro Implanto est aussi un forum où la rencontre de confrères de tous horizons crée l'opportunité de confronter ses expériences et parfois ses doutes dans le cadre agréable du site du congrès avec vue sur la Méditerranée. Il y a aussi un temps pour se détendre, le comité d'organisation a préparé à cet effet une exceptionnelle soirée de gala le vendredi soir, un dîner spectacle au sein d'un vrai cabaret privatisé pour l'occasion.

Vous l'avez compris, Euro implanto 2018 est le rendez-vous printanier et ensoleillé dans le Sud de la France qu'il ne faut pas manquer ! euroimplanto.fr/fr/



Gérard Scortecchi, Itzhak Binderman, Guillaume Odin

Invalidité buccale totale d'origine génétique Activation ostéogénique et Diskimplants®

G. Scortecchi, I. Binderman, G. Odin
Nice

Introduction

Les greffes osseuses autologues, les allogreffes et les hétérogreffes donnent d'excellents résultats. Elles se révèlent indispensables dans des situations anatomiques difficiles, où il faut recréer un volume osseux en adéquation avec l'objectif esthétique, notamment dans le secteur antérieur maxillaire. Cependant, il existe des situations où ces techniques ne sont ni souhaitées ni souhaitables ou bien ont déjà été tentées, sans atteindre leur objectif. Depuis 2009, une nouvelle approche a été développée à l'aide d'une instrumentation spécifique – les ostéotenseurs matriciels – pour créer une cal osseuse post-traumatique sans avoir recours à des greffes afin de pouvoir ensuite placer des implants.

Dysplasie ectodermique

Le patient sujet de cet article avait 25 ans en 2012, mais n'en paraissait que 12 (Fig. 1). Il a fait l'objet d'une intervention de chirurgie implantaire réalisée dans le cadre de l'Institut Universitaire de la Face et du Cou retransmis lors du premier Congrès Euro Implanto à Nice en avril 2012. La dernière visite de contrôle clinique et radiologique a eu lieu le 8 janvier



Vue extra orale

2018 et les résultats de l'analyse cone beam effectué par deux radiologues indépendants (les Drs Warembourg et Sevalle) seront présentés et commentés lors du 4^e congrès Euro Implanto les 26 et 27 avril 2018.

Aujourd'hui, ce patient a 31 ans. Atteint de dysplasie ectodermique, maladie génétique rare (1 pour 100 000) plus répandue chez l'homme que chez la femme, il a été traité et suivi au CHU de Nice dès l'âge de 5 ans par le Pr. Jasmin. Celui-ci a réalisé un traitement prothétique initial à l'aide d'une petite prothèse amovible télescopant quelques dents de lait présentes (Fig. 2 à 4). Une relation de confiance s'est établie entre l'enfant et le praticien, qui a adapté cette prothèse en fonction de la croissance. Après avoir rendu service pendant une vingtaine d'années, on est arrivé au bout des possibilités de la prothèse conventionnelle.



Vue intra orale : à 25 ans, seules quelques dents de lait sont présentes ; aucune dent permanente. Phase I : activation ostéogénique



Dispositif prothétique porté depuis l'âge de 5 ans télescopant les dents de lait : plusieurs modifications ont été apportées au fur et à mesure de la croissance



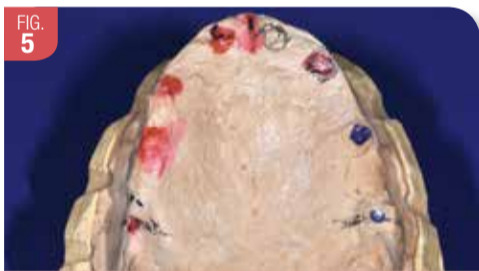
Aspect de l'intrados

À ces difficultés s'ajoutaient des problèmes de communication. Lors de la première consultation, R. J... était handicapé non seulement pour la mastication, mais également lors de la phonation. Devant maintenir en permanence sa mini-prothèse amovible avec le dos de la langue, il ne s'exprimait que par bribes, difficiles à comprendre. Il coopérait de son mieux, mais les échanges se faisaient essentiellement au travers de sa mère, omniprésente. Ce jeune patient, qui par ailleurs affiche un handicap physique et mental, est sous tutelle. Le plan de traitement a été établi en accord avec ses parents. Seule une intervention sous AG était envisageable, car il est très craintif.

Absence de toutes les dents permanentes au maxillaire et à la mandibule

L'examen scanner montre une agénésie totale des dents définitives, ce qui est assez rare dans les dysplasies, où l'on note généralement quelques dents permanentes sur au moins une des deux arcades. R. J... présente l'aspect squelettique d'un enfant de 12 ans, avec de petites mâchoires et une très faible hauteur d'occlusion. Son intellect comporte un retard certain, mais il comprenait l'essentiel et souhaitait ardemment avoir des dents fixes, comme son entourage.

Analyse de faisabilité (Fig. 5 à 9)



Moulage maxillaire



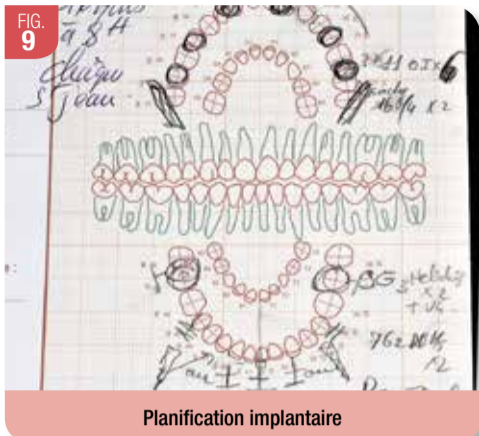
Montage esthétique-fonctionnel avec marquage des futures émergences implantaires, guide chirurgico-prothétique



Modèle stéréolithographique : vue occlusale (Materialise Dental France)



Reconstruction 3D maxillo-mandibulaire



Planification implantaire

Au plan bucco-dentaire

Les modèles stéréolithographiques mettent en évidence un mini maxillaire ainsi qu'une mandibule en lame de couteau. Après avoir pris les empreintes des mâchoires, deux prothèses complètes ont été fabriquées pour évaluer l'ampleur de l'espace prothétique. Des guides chirurgicaux faisant la fusion entre le montage esthétique-fonctionnel et les données scanographiques ont également été réalisés.

Au plan physico-psychique

N'ayant jamais eu de dents fixes, allait-il en supporter le volume ? Est-ce qu'il n'allait pas vouloir par la suite qu'on lui retire tout le matériel, dont la présence n'aurait pas été acceptée par sa langue, sa neuro-musculature et son psychisme ? Le greffé des deux mains qui, en plus d'un lourd traitement anti rejet qu'il refusait de suivre, n'a pas pu les intégrer psychologiquement, a finalement demandé d'être amputé en est un exemple. C'est donc après plusieurs mois de réflexion, lorsqu'un climat de confiance s'est établi entre le futur opéré, la famille et l'équipe soignante, que la décision a été prise.

Au plan économique

La famille ne dispose que de revenus modestes. Aucune aide n'a été possible au niveau Sécurité Sociale malgré les démarches entreprises. L'intervention a pu se dérouler dans le cadre du Diplôme d'Implantologie Basale de l'Université de Nice-Sophia Antipolis, où les chirurgiens ont opéré à titre gracieux. Elle a eu lieu à la Clinique Saint Jean à Cagnes-sur-Mer qui dispose d'un plateau technique spécifique pour l'implantologie basale.

Préparation ostéogénique initiale 60 jours avant la mise en place des implants (Fig. 10, 11)

Début 2012, l'extraction de dents de lait mobiles et douloureuses a été réalisée au fauteuil. Dans la même session, une préparation ostéogénique a été effectuée à l'aide d'ostéotenseurs matriciels sous anesthésie locale, sans ouverture de lambeau (réalisation de petites perforations avec un ostéotenseur manuel au maxillaire et avec un ostéotenseur rotatif à la mandibule). Il n'y a eu aucune suite.



Kit d'ostéotenseurs rotatifs et manuels



Pénétration transpériostale sous anesthésie locale : l'ostéotenseur provoque un mini-traumatisme local par ostéodistraction. Une néoangiogenèse suivie de la formation d'un cal viendront fortifier le site, le rendant compatible avec la pose d'implants.

Déroulement de l'intervention

Celle-ci a débuté à 9h00 le **vendredi** 16 mars 2012 sous anesthésie générale et s'est terminée à 12h30. R. J... est le premier patient porteur de cette anomalie génétique ayant bénéficié d'une implantation totale des deux mâchoires avec mise en charge sans recours à des greffes osseuses préalables. Compte tenu du très faible volume osseux initial, des greffes avaient certes été envisagées par prélèvement crânien et/ou iliaque. Cependant, la lourdeur de l'intervention, la nécessité d'une temporisation compliquée, et la présence d'un handicap à la fois moteur et central empêchant une coopération post-opératoire rigoureuse a fait écarter cette option thérapeutique. Finalement, c'est l'utilisation d'ostéotenseurs et de l'implantologie basale qui a permis le traitement bimaxillaire : 8 implants axiaux (Fractal® Victory) ont été posés sans élévation de lambeau au maxillaire tandis que la mandibule a été équipée de 5 implants basaux à insertion latérale (Diskimplant® Victory) (approche « full flap ») et de 2 implants axiaux expanseur de crête (Fratex® Victory) au niveau prémolaire. L'ensemble des implants mandibulaires a été recouvert par de l'os autologue récupéré lors du forage maxillaire et par des membranes PRF.

Phase prothétique (Fig. 12 à 15)



Maître modèle avec les connectiques planes spécifiques permettant de s'affranchir des problèmes de parallélisme



Bridge titane-chrome/cobalt-résine maxillaire de contention immédiate avec entretoise palatine. L'ensemble forme un fixateur externe de forte rigidité permettant la mise en charge post-opératoire fonctionnelle des implants.



Bridge mandibulaire (vis or)



Intrados montrant la poutre de section en forme de « L » supprimant tout effet de flexion

Les empreintes ont été prises directement au bloc sous AG ainsi que l'occlusion, à l'aide des appareils complets préparés à l'avance, largement évidés au niveau des émergences implant puis rebasés au Calginat. Les dents fixes maxillaires et mandibulaires (titane-chrome/cobalt-résine) ont été vissées sur les implants en ambulatoire le **lundi** suivant. Une barre de conjonction transpalatine réalisée dans la coulée monobloc du bridge fixe maxillaire a été vissée (petite anesthésie locale avec deux vis d'ostéosynthèse centro-palatines) anesthésie locale avec deux vis d'ostéosynthèse centro-palatines. Ce dispositif assurait une stabilité primaire de grande qualité et a été retiré **6 mois plus tard**.

Le suivi (Fig. 16 à 18)



Vue globale de la restauration esthétique-fonctionnelle à 1 semaine post-op



Panoramique montrant l'ensemble du dispositif ostéoancré et des bridges de contention. Noter la présence de la barre palatine.



Panoramique janvier 2018

Les suites opératoires ont été excellentes, de même que l'acceptation psycho fonctionnelle. Ce dernier point était de loin le plus critique, car il a fallu compter avec l'adaptation linguale, phonétique et psychique qui, au final, s'est réalisée de façon simple et naturelle. Aujourd'hui, en janvier 2018, six ans après l'intervention, l'examen clinique et radiologique montre une excellente ostéointégration, sans aucun signe de péri implantite, et une parfaite adaptation de la gencive péri implantaire. La satisfaction de ce patient et de sa famille au plan esthétique-fonctionnel est totale. Aux dires de ses parents, il est même devenu « bavard », lui qui, auparavant, s'exprimait peu, de peur que ses dents lui « échappent ».

Conclusion

L'évolution des connaissances et des techniques a permis à ce jeune invalide buccal permanent de retrouver sans délai d'attente et en toute sécurité des dents fixes. Cet exemple illustre les possibilités qui sont offertes aux professionnels et aux patients grâce aux nouvelles approches thérapeutiques qui sont à même de sécuriser et simplifier des procédures auparavant lourdes et complexes.

Bibliographie

- Garagiola U, Maiorana C, Ghiglione V, Marzo G, Santoro F, Szabo G. Osseointegration and guided bone regeneration in ectodermal dysplasia patients. *J Craniofac Surg* 2007, nov 18 (6): 1296-304
- Menetray D, Scortecci G, Odin G, Ansel A, Cotten P. Dysplasies ectodermiques. Enfants atteints du syndrome de Christ-Siemens-Touraine et implantologie basale. *Implantologie*, mai 2011 : 11-21

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr