

Isabelle Kleinfinger

Paris

Patrick Missika

Paris



Introduction

L'implantologie contemporaine propose un éventail de protocoles qu'il ne convient pas d'opposer mais dont il convient de définir les indications, les bénéfices et les limites.

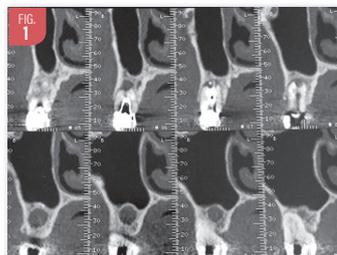
Le choix d'une implantation différée, précoce ou immédiate, dépend du volume osseux résiduel après extraction et de la capacité à assurer une stabilisation primaire de l'implant dans un positionnement tridimensionnel idéal.

De la même manière que l'on peut discuter du timing de l'implantation, il est possible de s'interroger sur celui de la reconstruction tissulaire. La problématique du remodelage osseux post extractionnel impose désormais de considérer l'extraction comme le T0 de la prise en charge implantaire à travers une réflexion sur le traitement de l'alvéole dans le cas où ni l'implantation immédiate, ni l'implantation précoce ne sont indiquées.

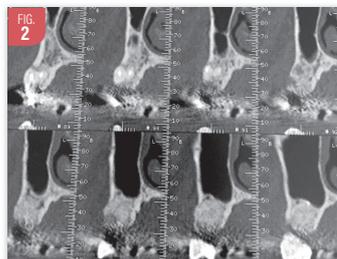
Deux éléments conduisent la réflexion :

- importance de la lésion osseuse initiale,
- situation sur l'arcade et exigence esthétique.

Si la préservation alvéolaire ne permet pas toujours une conservation ad integrum du volume osseux initial, elle permet de réduire considérablement le gradient thérapeutique en minimisant l'importance de la reconstruction future (Fig. 1 et 2).



Situation pré-extractionnelle en 25 qui contre-indique l'implantation immédiate



Situation pré-implantaire en 25, 5 mois après le comblement. La préservation du volume osseux simplifie le protocole chirurgical et optimise le traitement

Dans certains cas, la perte de la corticale vestibulaire impose une régénération osseuse guidée et on peut considérer que la préservation du site correspond à une reconstruction immédiate pré-implantaire (Fig. 3 à 16).

L'importance du débridement et du curetage de l'alvéole est fondamentale et conditionne la possibilité d'une greffe osseuse. Une déterision à la Povidone iodée 10 % (Bétadine®) systématique (attention allergies) précède le comblement avec un substitut osseux xéno-graphique associé à du collagène si l'alvéole est intacte (BioOss coll®) ou avec un mélange xéno-greffe (BioOss®)/os autogène si une ROG est réalisée.

La mise en place d'une membrane résorbable (Creos®) impose le plus souvent de lever un lambeau de pleine épaisseur pour pouvoir fixer le dispositif qui doit assurer

l'immobilité du biomatériau sous-jacent. Dans ce cas la relaxation du lambeau est indispensable et doit permettre d'assurer le repositionnement des tissus sans tension.

Dans tous les cas un apport conjonctif est utilisé pour oblitérer la partie coronaire.

S'il s'agit d'une préservation par simple comblement, le greffon est glissé sous les tissus qui ont été décollés par tunnélisation, ce qui permet de réduire la partie exposée après sutures. Le choix du site de prélève-

ment dépend de la situation clinique. Au simple punch tubérositaire ou au prélèvement palatin in situ pour les situations de comblement, on préférera les prélèvements palatins à distance du site pour les situations de ROG.

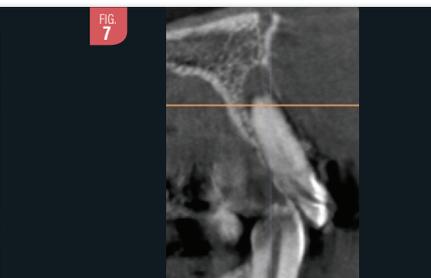
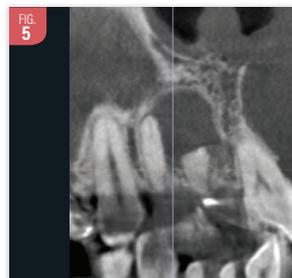
En réduisant les conséquences du remodelage osseux post extractionnel, le traitement immédiat de l'alvéole présente l'immense avantage de réduire la complexité du traitement implantaire et d'optimiser le résultat esthétique dans les situations de perte osseuse importante.



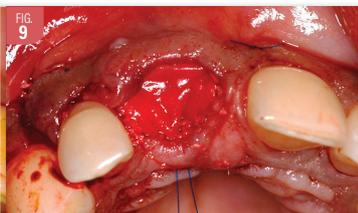
État initial, un patient de 35 ans consulte consécutivement à la migration de la 11. On note un sourire de classe 3 de Liebart



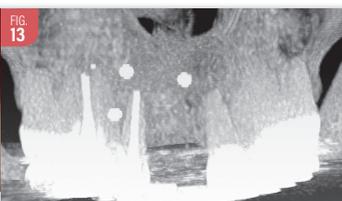
État initial-vue frontale qui objective une différence de morphologie et de volume entre 11 et 21. Une voussure de la corticale en regard de la 11. L'absence de mobilité de la 12 qui répond positivement au test de vitalité



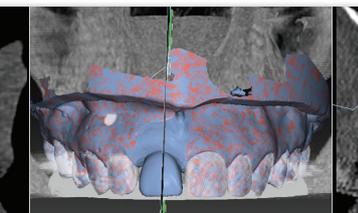
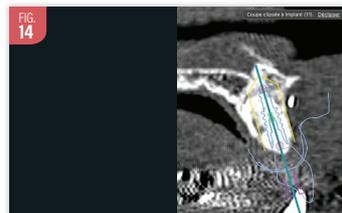
CBCT qui confirme l'importance de la LIPOE et son extension au niveau de 12, objective la persistance des septa interdentaires au niveau crestal et la fenestration de la corticale vestibulaire



Après extraction de la 11 et débridement, la ROG est effectuée classiquement et les tissus repositionnés sans tension. Un apport conjonctif permet d'assurer l'herméticité du site



Cicatrisation à 5 mois. Le CBCT de contrôle rend compte de la bonne intégration du greffon osseux. On note que la 12 a bénéficié d'un traitement endodontique (Dr Cochet) après qu'un contrôle ai révélé une perte de vitalité à 2 mois postopératoire



Planification chirurgicale en fonction du projet prothétique et réalisation d'un guide pilote numérique



Contrôle à 1 an après la pose d'une prothèse implanto-portée transvissée en 11 et la réalisation d'un composite sur la face mésiale de la 12