



Benjamin Rathelot

Concept « one abutment, one time »

Cas sur une incisive centrale maxillaire

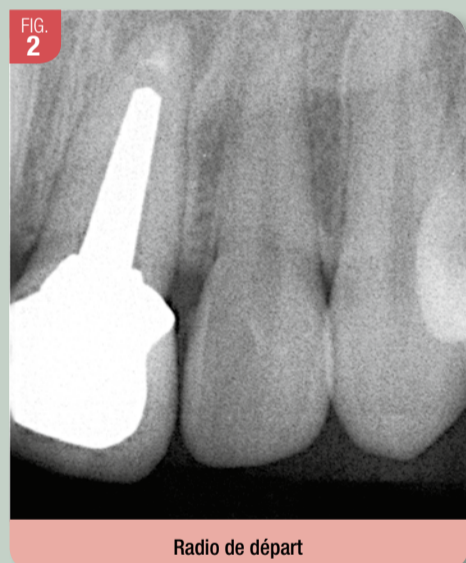
Benjamin Rathelot
Antibes

Cas clinique

Patiente de 30 ans venant consulter en décembre 2014 pour un contrôle. Elle se plaint de douleurs épisodiques sur la couronne réalisée au niveau de la 21 (**Fig. 1**). Cette couronne avait été mise en place suite à un trauma.



Cette dent a déjà présenté une fistule et un traitement de résection apicale avait été réalisé (**Fig. 2**).



Un examen à l'aide d'une radiographie rétro-alvéolaire a montré une infection périapicale.

Le plan de traitement a consisté en l'avulsion de la 21 avec la mise en place temporaire d'une prothèse amovible partielle ajustée. À la fermeture des tissus mous un contrôle radiologique tridimensionnel par le biais d'un CBCT a été effectué afin de procéder à une pose d'implant.

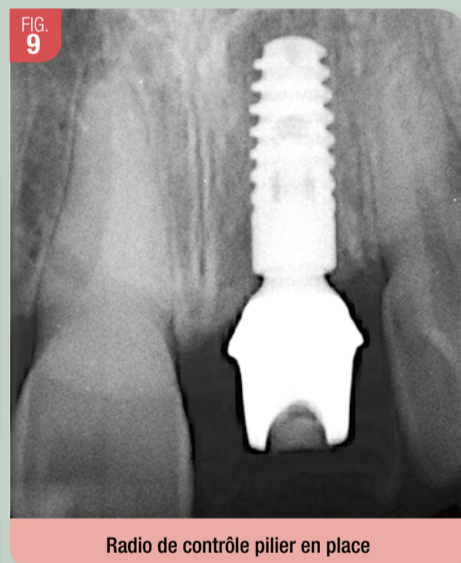
Cette thérapeutique implantaire a suivi une procédure de « ONE ABUTMENT ONE TIME » (AOT).

L'avulsion de la dent a été réalisée la semaine suivant la première consultation en séparant la dent dans le sens vestibulo-palatin afin de ne pas léser la table osseuse vestibulaire relativement fine (**Fig. 3**).



Le choix de l'implant s'est porté vers un implant avec une connectique cône-morse et un switching-platform important afin de laisser un maximum d'espace d'épanouissement pour le tissu conjonctif cervical (implant Ankylos Dentsply®).

Après cicatrisation (**Fig. 4**), la pose de l'implant a été réalisée à l'aide d'un guide chirurgical (Simplant®) (**Fig. 5 à 7**) suivie de la mise en place d'un pilier zircone et d'une dent provisoire scellée (**Fig. 8 à 10**) (Laboratoire Dental Design Uli Hauschild).



Le guide chirurgical choisi était un guide « SAFE » à appui dentaire, c'est-à-dire que la séquence de forage ainsi que l'insertion de l'implant, ont été réalisées au travers de ce guide.

La difficulté résidant dans le positionnement du système d'indexation interne propre à la connectique Ankylos®, un repère avait été placé sur le guide afin de s'assurer du bon positionnement. Concernant l'enfoncement, il a suffi d'aligner le rebord du porte implant avec le rebord coronaire du guide (**Fig. 9**). Lors de la chirurgie, un lambeau déplacé apicalement a été réalisé permettant un déplacement apical des tissus, un gonflement de la zone cervicale, un réalignement de la ligne de collet et le retrait du ciment de scellement.

Une armature zircone a été réalisée par avance sur le modèle de laboratoire. Puis, le pilier Zircone a été placé sur l'implant. Quatre mois plus tard, une empreinte de situation de l'armature préfabriquée, positionnée sur le pilier zircone, a été réalisée. Ainsi, il n'a pas été nécessaire de léser l'attache épithéliale périphérique en déposant le pilier, pour réaliser une empreinte conventionnelle de l'implant. Cette fragile attache a pu ainsi être préservée.

La prothèse d'usage a ensuite été scellée et contrôlée 15 jours après (**Fig. 11 et 12**).



Bibliographie

1. Canullo L, Bignozzi I, Cocchetto R, Cristalli MP, Iannello G. Immediate positioning of a definitive abutment versus repeated abutment replacements in post-extractive implants : 3-year follow-up of a randomised multicentre clinical trial. *Eur J Oral Implantol.* 2010 ; 3 (4) : 285-296. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21180681>. Accessed January 14, 2018.
2. Atieh MA, Tawse-Smith A, Alsabeeha NHM, Ma S, Duncan WJ. The One Abutment – One Time Protocol : A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Periodontol.* 2017 ; 88 (11) : 1173-1185. doi : 10.1902/jop.2017.170238.

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