

Gestion d'un échec implantaire esthétique complexe avec reconstruction verticale

Thierry Degorce
Tours

Introduction

Le traitement implantaire du secteur antérieur nécessite le développement de profils d'émergence esthétiques et stables dans le temps. Une augmentation des tissus durs et mous est souvent nécessaire pour permettre un positionnement idéal de l'implant dans les trois sens de l'espace et une parfaite stabilité de l'architecture des tissus mous péri-implantaire dans le temps.

La longévité accordée aux implants ostéo-intégrés impose également d'intégrer la pose d'implants dans le cadre d'un plan de traitement global qui doit prendre en compte, en particulier, l'état des dents collatérales au site implantaire.

Le non-respect de ces règles conduit à des situations d'échecs esthétiques avec des préjudices qui peuvent justifier la dépose des implants préalablement placés et une reconstruction complexe à réaliser. C'est le cas de notre patiente M^{me} Evelyne T., 56 ans qui s'est présentée à notre consultation pour une doléance esthétique du secteur an-

térieur. Une reconstruction implanto-portée a été réalisée quelques années auparavant pour remplacer la 11. La 21 présente une mobilité importante qui inquiète la patiente. La réponse à cette situation passe par l'extraction de la dent mobile et la dépose de l'implant très mal positionné. Une restauration des volumes osseux et muqueux sera secondairement indispensable avant de pouvoir réaliser des prothèses esthétiques. Plusieurs interventions chirurgicales seront dès lors nécessaires pour restaurer un support ostéomuqueux favorable à l'intégration esthétique d'une restauration sur deux implants.

Cas clinique

La patiente présente un préjudice esthétique important avec en particulier un décalage vertical dans l'alignement des collets entre 11 et 21. L'implant placé en site 11 est parfaitement ostéo-intégré et ne présente aucune mobilité. L'incisive centrale 21 est mobile. On peut observer la position très apicale de l'implant dont le col est situé quasiment au niveau de l'apex de la 21. Une ostéolyse verticale inter-proximale entre les deux incisives centrales s'observe jusqu'à l'apex de 21. On note également la présence de pics osseux proximaux diminués mais existants en mésiale des incisives latérales. La coupe du cône beam préopératoire située sur l'implant confirme une perte verticale importante et montre un implant court mal positionné.



Situation initiale

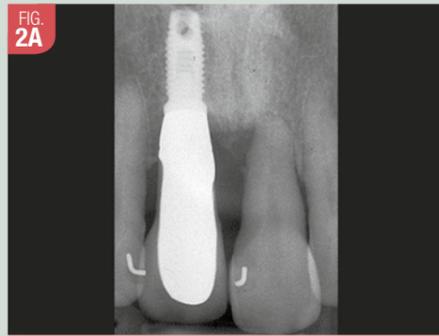


FIG. 2A



FIG. 2B

Radiographie rétro-alvéolaire de 11 et 21 et scanner

PREMIÈRE ÉTAPE

L'ensemble implant/prothèse (surface usinée lisse) est déposé délicatement sans difficulté. On peut observer la distance importante qui sépare le col implantaire du collet anatomique de la dent prothétique. Elle matérialise l'importance de la perte verticale et le positionnement beaucoup trop apical de l'implant. Après curetage et rinçage du site implantaire et de l'alvéole de 21, du collagène hémostatique dense est utilisé comme matériel de comblement. Deux punchs épithélio-conjonctif sont prélevés au palais et suturés pour fermer les sites.



FIG. 3A



FIG. 3B

Dépose de l'implant en site 11 et extraction de 21



FIG. 4A

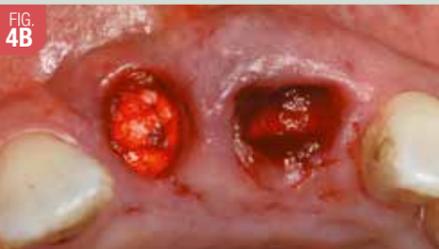


FIG. 4B



FIG. 4C

Gestion de l'alvéole et fermeture des sites

SECONDE ÉTAPE

Après 8 semaines de cicatrisation, on dispose d'une gencive kératinisée bien cicatrisée. Pour préparer les tissus mous au recouvrement d'une importante augmentation osseuse à la fois verticale et horizontale, réalisée ultérieurement, la ligne de jonction muco-gingivale est déplacée

apicalement est une importante greffe épithélio-conjonctive est interposée. Le greffon est prélevé très fin au palais afin d'optimiser son intégration esthétique. Le greffon est bien suturé pour assurer sa stabilité et une bonne vascularisation.

Après 8 semaines de cicatrisation, on dispose d'une hauteur de gencive attachée vestibulaire conséquente. La ligne de jonction mucogingivale ainsi apicalisée permet d'anticiper son déplacement coronaire lors du recouvrement de la greffe osseuse.



Votre dîner idéal réunirait...

Ma famille et mes amis
chez Coutanceau à La Rochelle

Vos 3 films incontournables...

La liste de Schindler
West Side Story
Les misfits

Vos 3 livres fétiches...

Le Petit Prince (St Exupéry)
La vie devant soi (Roman Gary)
Voyageur sans bagage (Jean Anouilh)

Une chanson de votre vie...

Night in white satin
(Moody Blues)

Votre insulte favorite...

Putain

Votre madeleine de Proust culinaire...

Le Homard de Passard et
l'épaule d'agneau caramélisée de Mylène

Un héros... réel ou imaginaire...

Mes 3 enfants et Superman !

Salé ou sucré ? Sucré...

Trop gourmand

Une passion, un hobby ?

Le fooot

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?

Sur le terrain pendant 45 ans...

Vos vacances de rêve...

Sur le Paul Gauguin en Polynésie

Accro au net... ou pas ?

Non, mais je fais de mon mieux

Votre dernier coup de foudre ?

La suivante

Dans une autre vie vous seriez...

On ne change pas une équipe qui gagne !

Enfin, une adresse à recommander...

En Égypte, sur les traces des pharaons



Approfondissement vestibulaire et greffe épithélio-conjonctive interposée

Cicatrisation

TROISIÈME ÉTAPE

Après 2 mois de cicatrisation, deux prélèvements osseux rétro-molaires sont réalisés pour permettre d'élaborer un coffrage autogène de la zone à reconstruire. Après avoir levé un lambeau de pleine épaisseur, deux blocs de corticale sont prélevés en secteur rétro-molaire de 47 et en vestibulaire de 47-46 à l'aide d'un piezotome. Une éponge

de collagène hémostatique est placée et le site est refermé. Un lambeau vestibulaire de pleine épaisseur est réalisé avec deux incisions de décharge pour mettre en évidence le défaut osseux. Les blocs prélevés sont transformés à l'aide d'un disque et affinés en lamelles corticales. La lamelle la plus longue est fixée avec 3 vis et une autre, dis-

posée en parallèle, est fixée à l'aide de deux vis en lingual. L'espace formé entre les deux lamelles d'os est comblé à l'aide de particules d'os allogénique mélangées à de l'os autogène. L'épaisseur de crête recherchée est ainsi obtenue. L'ensemble est recouvert par une membrane résorbable. Le lambeau est disséqué partiellement dans sa partie

apicale pour permettre sa mobilisation coronaire et assurer ainsi le recouvrement et la fermeture par des sutures du site opératoire sans aucune tension musculaire. Le cône beam permet d'objectiver l'importance de la reconstruction osseuse.



Prélèvement autogène rétro-molaire



Réalisation d'un coffrage autogène

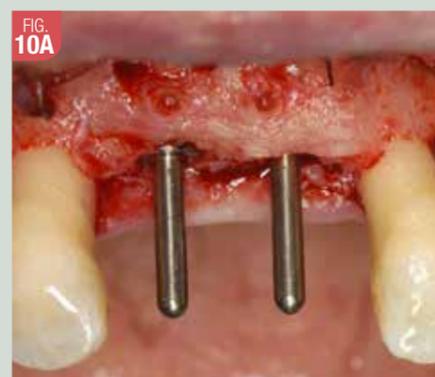


Comblement du coffrage et fermeture du site

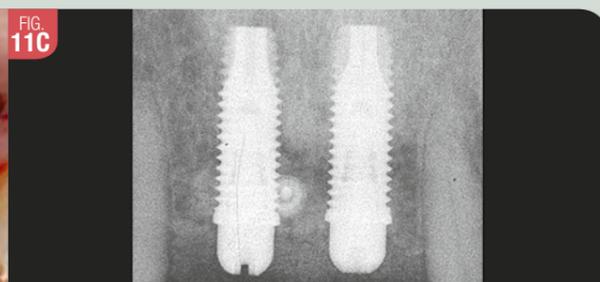
QUATRIÈME ÉTAPE

Après 6 mois de cicatrisation, un lambeau de pleine épaisseur permet d'objectiver la reconstruction osseuse horizontale et verticale. Notez l'excellente vascularisation du greffon et la bonne intégration des particules. Les vis d'ostéosynthèses sont retirées et deux implants sont placés (Prevail®, Biomet 3i®, de longueur 13 mm et de diamètre 4 mm). Un soin particulier est apporté à la position des implants. L'axe d'émergence permet un transvissage par le cingulum et un espace de 4 mm est ménagé entre les implants. Afin de compléter la remise en forme de la crête et assurer un bon soutien de la papille inter-implantaire, deux vis de cicatrisation

étroites et de faible hauteur (3 mm) sont vissées sur les implants. Des particules d'os allogéniques sont ensuite placées et recouvertes par une membrane résorbable fixée par un pins en titane en vestibulaire. Le lambeau est tracté coronairement et suturé sans tension par-dessus. Notez l'importance de la greffe épithélio-conjonctive vestibulaire pour pouvoir assurer la fermeture du site. La ligne de jonction mucogingivale est désormais replacée à un niveau correct. La radiographie rétro-alvéolaire permet d'objectiver l'os particulaire soutenu verticalement par les vis de cicatrisation enfouies sous la muqueuse.



Mise en place de deux implants



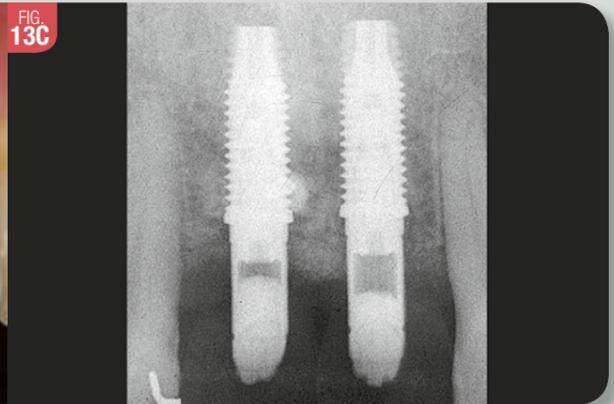
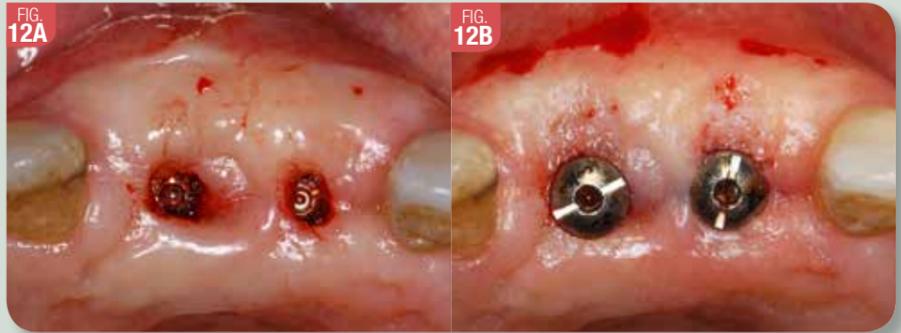
Lambeau à effet de tente



CINQUIÈME ÉTAPE

Après 6 mois de cicatrisation, une petite operculisation dans la gencive attachée, permet d'accéder aux vis de cicatrisation enfouies. Ces dernières sont retirées et remplacées par des vis de cicatrisation plus hautes. Après quelques semaines de cicatrisation, les vis de cicatrisation sont rapidement remplacées par deux couronnes en résine transitoires unitaires au profil

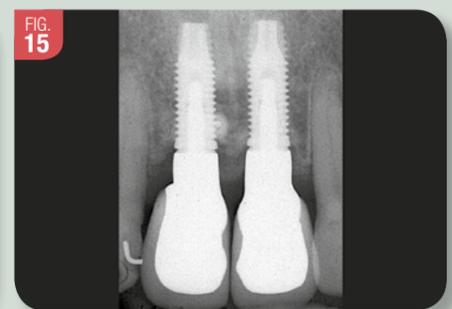
trans-gingivale concave. Ces couronnes en résines directement transvisées par le cingulum, vont créer les profils d'émergences recherchés. On note l'alignement des collets des deux incisives centrales permis par la reconstruction verticale. Une radiographie rétro-alvéolaire permet d'observer le niveau osseux regagné et stabilisé.



SIXIÈME ÉTAPE

Au final, les deux dents temporaires sont remplacées par des couronnes implantaire d'usages en zircons directement transvisées dans les implants. Notez l'alignement des collets et la gencive kératinisée vestibulaire conséquente qui devrait garantir une bonne stabilité dans le temps des tissus péri-implantaires. La radiographie rétro-alvéolaire montre la reconstruction verticale importante réalisée. Notez la pré-

sence d'os particulaire inter-proximale qui vient soutenir la papille inter-proximale. Le préjudice esthétique initial est réparé et la patiente est satisfaite de l'intégration de la reconstruction chirurgicale et prothétique dans son sourire.



Discussion

Deux éléments essentiels sont à retenir dans la gestion de ce cas clinique :

1. Le choix d'une technique de reconstruction osseuse qui permet à la fois un gain horizontal et surtout vertical conséquent.
2. Une bonne gestion des tissus mous avant la greffe osseuse.

L'apport de tissus mous au moment de l'extraction et surtout la greffe épithélio-conjonctive réalisée lors de la seconde étape, nous semble avoir été décisif dans le succès de la cicatrisation de l'augmentation osseuse. Les augmentations osseuses importantes en volume et en particulier verticale sont considérées comme les plus délicates avec un risque important d'échec. La tension musculaire cicatricielle, souvent à l'origine des expositions est proportionnelle à l'importance du recouvrement. Une bonne gestion des tissus mous préalable a permis de minimiser la traction musculaire et d'anticiper le déplacement chirurgical coronaire de la ligne de jonction muco-gingivale réalisée deux

fois (étape 3 et 4). Au final, elle nous permet d'obtenir une gencive attachée vestibulaire épaisse et haute indispensable pour stabiliser les tissus et l'architecture gingivale dans le temps. Concernant la prothèse, la mise en place de dents temporaires va permettre de créer des profils d'émergence esthétique, et de tester la fonction. Elles sont remplacées une fois les tissus mous bien cicatrisés et stables par des prothèses en zirconie unitaires avec un profil trans-gingival concave pour préserver au mieux la vascularisation tissulaire. Elles sont directement directement transvisées afin d'éviter le joint pilier/couronne et la présence de ciment de scellement parfois à l'origine d'infiltrat bactérien et de péri-implantite. Cela nous a semblé important chez cette patiente atteinte d'une parodontite.

Conclusion

Quand un plan de traitement fait appel à des implants pour rétablir une situation antérieure inesthétique il ne saurait s'abstraire des normes admises. Dès lors il est capital d'évaluer très précisément la situation tissulaire pour que

les implants puissent être placés dans la position optimale. De plus il est indispensable que les particularismes de la prothèse implantaire antérieure soient pris en compte : axe implantaire différent de l'axe dentaire et morphologie prothétique sous gingivale adaptée au renforcement muqueux recherché.

Un résultat esthétique de qualité ne peut être envisagé que si la chronologie et l'enchaînement des interventions chirurgicales permettent de restaurer des volumes tissulaires respectueux des impératifs prothétiques et normes dentaires et faciales universelles. Pour un tel objectif le cas de notre patiente a nécessité 5 interventions chirurgicales distinctes, souvent invasives, pendant une période longue, de la dépose de l'implant et extraction dentaire, jusqu'à la mise en place de la prothèse définitive. Il est donc important d'être conscient des risques esthétiques dans la gestion du secteur antérieur afin d'éviter d'avoir à gérer des situations d'échecs souvent complexes, longues et difficiles à reprendre dans un contexte psychologique et financier le plus souvent délicat.

Bibliographie

1. Zuhr O, Hurzeler M. Chirurgie plastique et esthétique en parodontie et implantologie, Quintessence Pub, 2012.
2. Khoury F. Greffe osseuse en implantologie, Quintessence International, 2011 : 519 p.

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

Retrouvez toutes nos parutions

Inscrivez-vous à nos soirées (onglet AO Paris)
 Toute notre actualité à découvrir sur notre site
www.aonews-lemag.fr

