

Déposer un implant, quand et comment ?

Conférencier: Léon Parriente

Responsable scientifique: Karim Dada



L'essor de l'implantologie ces dernières décennies pose une problématique fondamentale : comment gérer les échecs implantaires. On estime à ce jour, que 30 % des premières consultations en implantologie concerne la gestion d'une complication liée à la pose d'implants. Dr Dada explique que lui aussi n'est pas épargné par les échecs implantaires. Il a eu récemment le cas d'un implant posé il y a 10 ans chez une patiente, qui ne s'est jamais présentée en consultation de suivi et qui revient un beau jour avec son implant dans la main.

Lorsqu'on analyse la littérature, il existe à ce jour très peu de données disponibles. Il n'existe aucune guideline sur la façon d'évaluer un implant déjà ostéo-intégré. Est-ce qu'on peut continuer à s'appuyer sur cet implant ? Derrière cela, se cache la notion de responsabilité, car si on décide de s'appuyer sur ce dernier, on assume également la responsabilité de l'implant posé par un confrère.

À ce titre les conférenciers proposent un arbre décisionnel qu'ils ont développé au sein de leur cabinet afin d'évaluer l'ancrage d'un implant déjà ostéo-intégré et de nous guider sur la conduite à tenir en fonction des différents scénarios.

Le but de cette séance n'est pas de savoir si on va prolonger la survie de l'implant mais plutôt de savoir si on est délétère pour son volume osseux.

Donc face à un implant ostéo-intégré, qui présente une complication, il convient d'analyser la position 3D de l'implant, de regarder si le système implantaire utilisé est connu, si les pièces sont encore disponibles, s'il existe une pièce endommagée ou une fracture de l'implant, si l'implant est atteint d'une péri-implantite...

L'objectif est de savoir si on peut conserver cet implant ou s'il est plus judicieux de le déposer.

Comment déposer un implant ?

Il y a différentes façons de déposer un implant.

La dépose d'un implant est un acte qui doit être envisagé après une évaluation minutieuse de la situation médicale, anatomique, chirurgicale et prothétique. Il faut également avoir en tête que la dépose doit nous permettre de réintervenir le cas échéant, de reconstruire un volume 3D par régénération osseuse guidée...

Technique	Morbidity	Durée de la chirurgie	Avantages	Inconvénients	Complications potentielles						Limites
					Fracture	Proximité	Proximité	Proximité	Proximité	Proximité	
Tréphines	***	-	Efficace Rapide	Difficile de réintervenir immédiatement Très invasif	X						Proximité d'un obstacle anatomique Longs implants ancrés à proximité du plancher de la mandibule
Tourne à gauche	-	*	Plus conservatrice Réintervention immédiate possible	Peut nécessiter un système compatible Prend du temps		X					Diamètre <4mm Hexagone extrêmes
Fraises chirurgicales	**	**	Efficace pour éliminer de l'os Efficace pour éliminer la corticale vestibulaire	Prend du temps Difficile de réintervenir immédiatement	X	X	X				Visibilité et accès
Davier	**	***	Pas de surchauffe Efficace en cas de grande perte osseuse	Fracture et déformation de l'implant Peut être utilisé en combinaison avec d'autres techniques	X		X	X			Longs implants ancrés à proximité du plancher de la mandibule Sévère perte osseuse peri-implantaire

Il y a 4 instruments qui permettent la dépose d'un implant.

- La **tréphine** ou **trépan**, instrument le plus répandu, mais très invasif, même s'il a pour avantage d'être efficace et rapide.
- Le **tourne à gauche** qui fonctionne avec un pas de vis inversé. C'est l'instrument de prédilection mais qui malheureusement n'est pas adapté à toutes les situations. Cela peut augmenter le temps d'intervention, mais c'est une solution très conservatrice. L'énorme avantage de ce système est que l'on va pouvoir réintervenir rapidement voire poser un implant dans la même séance que la dépose.
- La **fraise zekrya chirurgicale** : dans les cas où les implants posés sont correctement ostéo-intégrés mais présentent un problème d'axe ou de perte osseuse, on peut être amené à casser le tourne à gauche. Dans ce genre de situation, on va utiliser une fraise zekrya chirurgicale fine, et fraiser en interproximal voir en vestibulaire (qui est plus facile à régénérer que la face palatine/linguale) pour conserver au maximum le volume osseux.
- Le **davier**.

Cabinet Ecoresponsable Airel-Quetin

Choisir un fauteuil dentaire fabriqué localement peut être un premier pas.

Airel-Quetin, marque française, propose des fauteuils innovants et ergonomiques, conçus et fabriqués en France : une manière de réduire votre impact environnemental tout en soutenant une production locale.

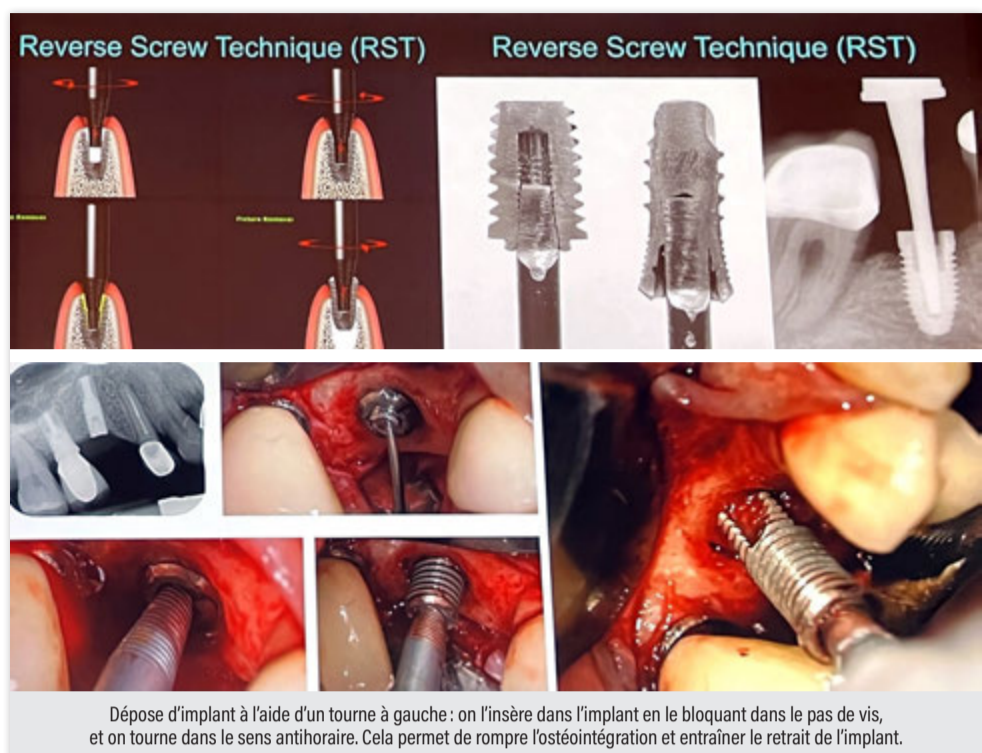
Découvrez notre marque et notre gamme de fauteuils et unités dentaires :



Découvrez notre marque et notre gamme de fauteuils et unités dentaires :



Dispositif médical : Classe IIa Organisme notifié :
 SZUTEST (2195) – Fabricant : Airel, France
 01 48 82 22 22 – choisirfrancais@airel.com
www.airel-quetin.com



Pourquoi déposer un implant ?

Pour cela un arbre décisionnel a été établi par les conférenciers (voir ci-contre).

Dans un premier temps, il est important de savoir si le système implantaire est connu et si les pièces sont encore disponibles ? Les patients se présentent avec des implants qui ont fonctionné pendant des années mais qui, dans le cadre d'un plan de traitement global, ne peuvent être conservés. Par conséquent, on élimine tous les systèmes trop anciens et dont les pièces ne sont plus disponibles. À ce propos, s'il existe une situation où l'implant posé par un confrère doit être déposé et que le patient ne possède pas de passeport implantaire, il existe un site qui permet d'identifier le système implantaire : <https://www.spotimplant.com/fr/>.

Dans un second temps, est-ce qu'il y a une pièce endommagée ? S'il s'agit de l'implant, il faudra le déposer.

Dans un troisième temps, est-ce que l'implant est atteint d'une péri-implantite ? Si oui, est-ce que le pronostic de cet implant est favorable afin de se servir à nouveau de cet implant ? La littérature montre que le traitement de la péri-implantite est extrêmement aléatoire. Les deux critères très importants à prendre en compte sont : **le niveau de perte osseuse péri-implantaire et le type de surface de l'implant.**

Les implants à surface lisse se comportent mieux face à une agression bactérienne que les implants à surface rugueuse. Ce qui nous amène à être très méfiants au quotidien, vis-à-vis des implants atteints de péri-implantite. Dans leur pratique, les conférenciers ont fait le choix de ne conserver que les implants (dans le cadre de leur réutilisation, ce qui n'est pas la même chose si la prothèse est satisfaisante et que l'on essaie de sauver l'implant) qui ont un pronostic favorable ou incertain. S'il existe un facteur de risque supplémentaire, tel qu'un antécédent de parodontite, la présence de suppuration autour des implants, l'état de santé général du patient, le pronostic basculera en défavorable ou sans espoir et il faudra déposer l'implant (voir ci-contre).

Parfois, si la dépose d'un implant atteint de péri-implantite (PI) et la réintervention est plus simple que le traitement de la PI, il sera préférable de déposer cet implant. En règle générale, si on a encore 6 mm d'os au-delà de l'apex d'un implant atteint d'une péri-implantite (avec au moins 3 spires exposées), il sera préférable de retirer l'implant. Il s'agit bien sûr d'une philosophie de traitement : moins l'on peut engager le patient dans des processus aléatoires et/ou complexes et mieux on se porte.

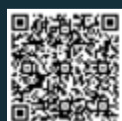
Dans un quatrième temps, le positionnement 3D d'un implant comprend deux éléments : le défaut vertical et l'angulation. Le défaut vertical est de loin le plus complexe et il est impossible de le rattraper. Il faudra retirer l'implant. Il faut aussi analyser l'axe de l'implant. Comment ? Il faut savoir que 48 % des implants mal positionnés sont susceptibles de développer une péri-implantite et une grosse partie des échecs auxquels nous serons confrontés seront liés à une malposition de l'implant. Une question peut également se poser : est-ce qu'il faut systématiquement déposer un implant lorsque la dépose comporte des risques en plus d'être délétère pour le volume osseux ? Parfois le simple fait de l'enfourer et de proposer une autre solution prothétique au patient (bridge cantilever par exemple) permettrait de gérer la situation sans trop de complications.

KaVo Primus 1058 Life EMBARQUEMENT FINAL.



L'unité de traitement Primus 1058 Life, c'est maintenant !
KaVo annonce la fin d'une ère avec le « dernier appel » pour cet unité de traitement très apprécié avant sa fin de commercialisation.

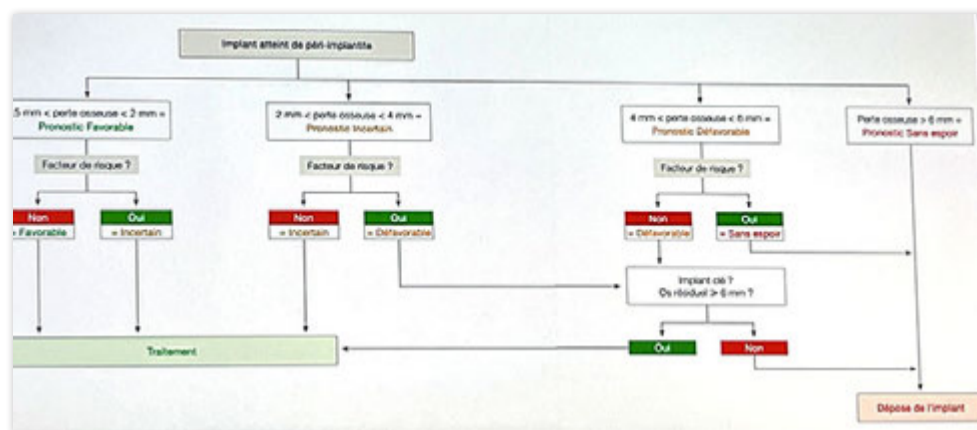
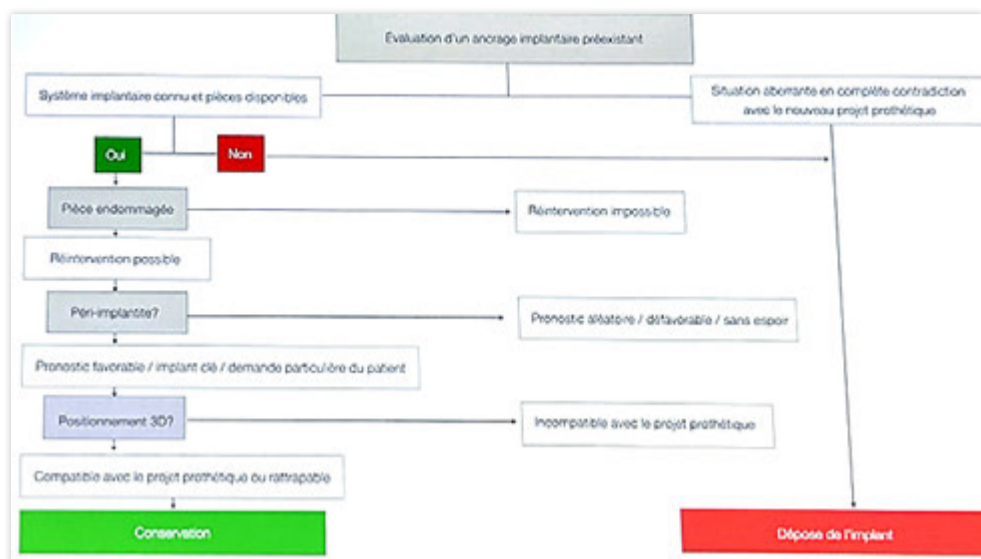
Primus 1058 Life - Le bestseller fait ses adieux.



En savoir plus :
www.kavo.com/fr/primus

www.kavo.com

KAVO
Dental Excellence



Cas clinique 1

Dans cet exemple, le patient est gêné esthétiquement par son incisive centrale (I1) et l'implant présente une petite suppuration, avec un début de péri-implantite. Il y a nécessité de réintervenir, car si on regarde la prothèse, on voit qu'il y a un excès de ciment.



Avant de déposer la prothèse scellée, un cone beam a été réalisé afin de nous aider à prévisualiser où se situerait la vis du pilier. Dans le logiciel de planification implantaire, un implant a été superposé sur l'implant déjà en place et nous a permis de déterminer l'endroit où il faudra fraiser pour accéder à la vis du pilier. Dans ce cas, nous sommes peu invasifs en déposant l'élément prothétique. L'axe de l'implant étant favorable, un traitement parodontal a été mis en place pour traiter la péri-implantite et un retraitement endodontique a été réalisé sur la 21 suivis d'un éclaircissement interne. Une chirurgie mucogingivale par conjonctif enfoui et une nouvelle prothèse transvisée nous a permis de répondre à la demande du patient.

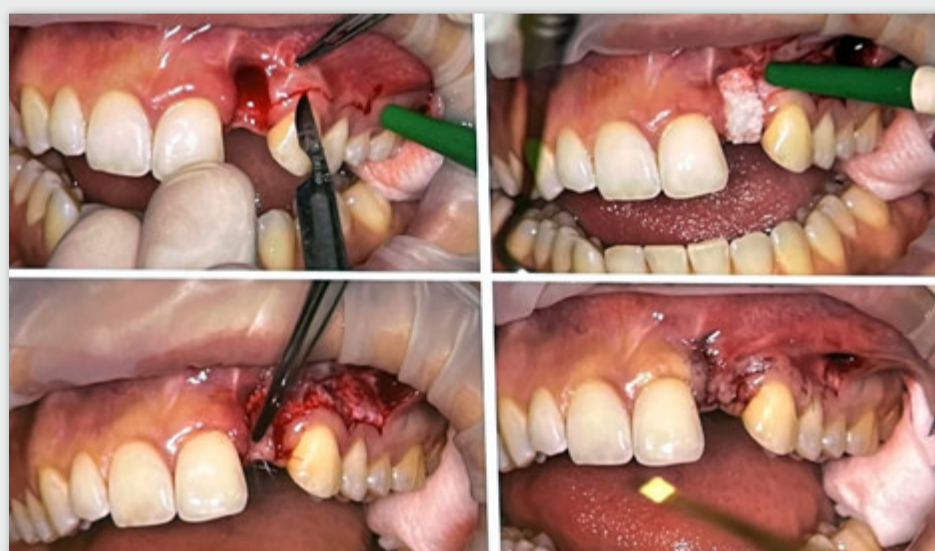


Cas clinique 2

La patiente est adressée pour un réaménagement muqueux autour d'un implant.



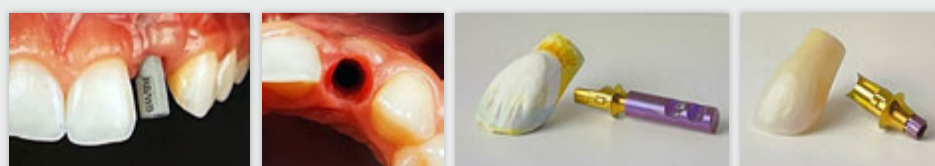
Est-ce que la dépose est judicieuse ? Il faut savoir que tout ce qu'on tentera autour de cet implant ne fonctionnera pas. Les tentatives de recouvrement se solderont par un échec. La seule façon de gérer, c'est de déposer l'implant et de tout recommencer. Lorsqu'on va déposer l'implant, on va se rendre compte qu'il existe un défaut osseux vertical, certes important, mais que l'on va pouvoir gérer par lambeau déplacé latéralement associé à un comblement par substitut osseux xénogénique et une greffe de conjonctif enfoui. Il est conseillé de reconstruire au moment de la dépose pour éviter d'aggraver la perte tissulaire.



Puis, on tempore avec une gouttière thermoformée qui comprend une dent en composite. À 4 mois post-opératoire, on a maintenu le niveau de papilles. Il nous reste un défaut horizontal que l'on va corriger avec une régénération osseuse guidée lors de la mise en place de l'implant.



À trois mois postopératoire, on a pu réaliser la prothèse provisoire implanto-portée par CFAO.



Le résultat est certes imparfait d'un point de vue esthétique, mais la patiente est très contente. On a laissé mûrir avec une provisoire avant de poser la définitive.



Jordan Dray



Yoram Zaouch

