

4 implants pour un protocole ERICA: Extraction – Reconstruction Implantation – Compression – Aménagement #3

Matthieu Collin
Sanary-sur-Mer



Introduction

Alors que les protocoles d'extraction implantation combinés à une mise en charge immédiate sont aujourd'hui pratique courante, comment peut-on faire évoluer ces thérapeutiques pour permettre, au-delà de la thérapeutique, d'optimiser la mise en condition gingivale qui influencera le résultat la future prothèse définitive.

En appliquant ce protocole que nous appellerons **ERICA**: **Ex**traction – **R**econstruction – **I**mplantation – **C**ompression – **A**ménagement, nous allons présenter un cas qui montre l'intérêt de combiner cet enchaînement de techniques à la fois chirurgicales, mais aussi prothétiques sans oublier l'importance du laboratoire qui sera à l'origine du futur design gingival imposé par la cicatrisation, elle-même guidée par le bridge provisoire.

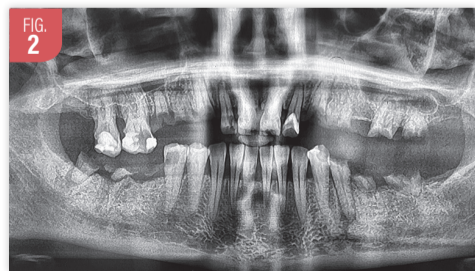
Présentation du cas

Une patiente de 50 ans en cours d'édentement nous est envoyée par un confrère. Sa demande est à la fois esthétique mais aussi fonctionnelle causée par une édentation bilatérale (Fig. 1). De plus, elle désire une réhabilitation rapide : nous orientons donc cette dernière vers un protocole d'extraction/implantation avec mise en charge immédiate d'un bridge provisoire transvissé.



Seules ses 4 incisives lui maintiennent une DVO physiologique que nous conserverons lors de la phase de réhabilitation provisoire. En plus d'un contexte polycarieux, la patiente présente une parodontite qui sera traitée en premier lieu avant de débiter la phase chirurgicale.

La radio panoramique (Fig. 2) va nous permettre de poser l'indication d'un All-on-4 grâce à l'utilisation de la classification de Bedrossian (1).



Après extraction des secteurs molaires et du fait de la pneumatisation importante des sinus, la hauteur osseuse résiduelle sous-sinusienne empêche souvent la pose verticale d'implants. Ainsi l'inclinaison des implants postérieurs permet d'éviter le sinus et donc de diminuer le cantilever postérieur (2-3). Nous utilisons l'application SMILE + afin de proposer, au fauteuil, à la patiente un projet esthétique rapide et modifiable grâce 2 clichés du sourire avec et sans écarteur (Fig. 3).

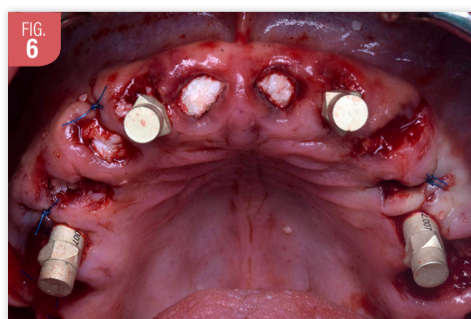
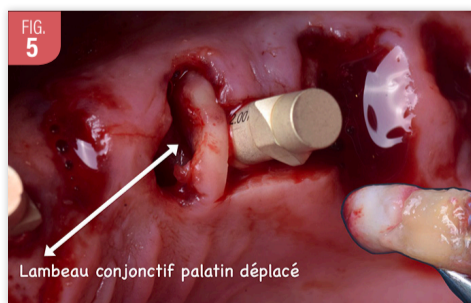


Le jour de la chirurgie

Nous enregistrons la situation initiale de la patiente à l'aide d'une caméra Itero et les fichiers STL sont envoyés au laboratoire afin que celui-ci commence à travailler sur le design du futur bridge provisoire.

Nous procédons ensuite aux multiples extractions tout en évitant des incisions de décharge (Fig. 4). Dans ce cas, les 2 implants antérieurs seront tout d'abord posés afin de respecter un positionnement idéal pour un futur vissage palatin de la prothèse puis les 2 implants postérieurs seront inclinés à 20 degrés : protocole classique décrit par le Dr Malo (4). Ensuite les piliers de rattrapage droits en antérieur et de 17 degrés en postérieurs sont vissés sur nos implants Deep Design. Enfin les Scanbodies sont placés avant les sutures afin d'assurer un contrôle visuel de leur bonne position ainsi qu'une bonne adaptation et nous procédons à la rotation d'un lambeau conjonctif palatin afin de « gonfler » les futures papilles qui seront comprimées et qui permettront ainsi l'aménagement des futures papilles (Fig. 5).

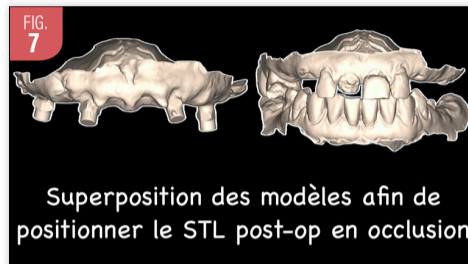
Un comblement des alvéoles est réalisé à l'aide d'une xénogreffe (GTO) : ce matériau sera lui aussi comprimé par les pontiques du bridge provisoire.



Des sutures sont réalisées à l'aide de points séparés autour des Scanbodies (Fig. 6).

Empreinte numérique, réalisation et pose du bridge provisoire

Nous enregistrons la position des 4 Scanbodies au maxillaire en postopératoire et le laboratoire superposera ce fichier STL aux fichiers STL enregistrés initialement du maxillaire en occlusion avec la mandibule (en début de chirurgie) ceci dans le but de mettre l'empreinte postopératoire avec Scanbodies en occlusion avec le modèle mandibulaire (Fig. 7).



Un bridge provisoire en PMMA est imprimé au cabinet avec la Form 3B (Fig. 8).



Fin de la procédure

Le bridge est posé et l'occlusion est contrôlée après un vissage à 15 newtons de la prothèse en connexion « direct implant » sur les piliers multiunit (Fig. 9).

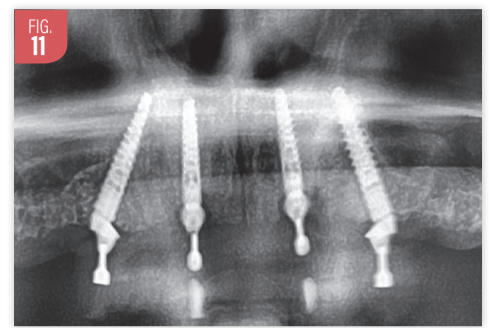


Contrôle du bridge provisoire

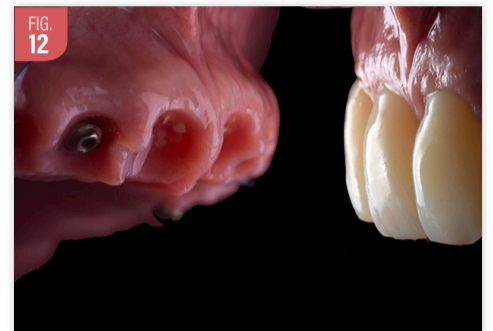
À 2 mois le bridge provisoire est dévissé afin de contrôler l'ostéointégration des implants et la dépose des sutures (Fig. 10). À ce stade-là, les particules de comblement ne sont que partiellement intégrées mais la mise en condition gingivale guidée par le design et la compression du bridge provisoire permettent déjà un aménagement idéal pour la réalisation de la prothèse définitive à venir.



La patiente maintient une bonne hygiène bucco-dentaire et l'environnement péri implantaire ne présente pas de signe d'inflammation : ceci étant la clé du maintien de la santé des tissus péri-implantaires. La radio panoramique, quant à elle, nous montre une uniformité dans la répartition de la position des implants ainsi qu'une connexion pilier conique/ implant de type cône morse, ce qui assure une étanchéité nécessaire à des implants posés en position infra-osseuse (Fig. 11).



Sur cette photo avec et sans bridge provisoire on peut voir la force du protocole ERICA avec le résultat optimal en termes de mise en condition gingivale grâce à une compression des pontiques de bridge tout en laissant les tissus mous reprendre leur place dans le but d'optimiser le volume des futures papilles (Fig. 12).



Conclusion

Ce cas décrit une mise en charge immédiate chez un patient en cours d'édentement avec un concept « ERICA » qui va combiner l'Extraction à la Reconstruction des tissus mous et durs (par l'intermédiaire de simples chirurgies plastiques muco-gingivales et de comblements alvéolaires), puis à l'Implantation et la mise en place d'un bridge Compressif permettant à terme l'obtention d'un Aménagement gingival compatible lors de la réalisation de la prothèse définitive avec un concept de reconstruction FP1 (c'est-à-dire sans fausse gencive) (6).

Une restauration chirurgicale simple et reproductible pour un service rendu patient idéal (Fig. 13).



Bibliographie

1. Bedrossian E, Sullivan RM, Fortin Y, Malo P, Indresano T. Fixed-prosthetic implant restoration of the edentulous maxilla : a systematic pretreatment evaluation method. *J Oral Maxillofac Surg* 2008 ; 66 : 112-122.
2. Naconecy MM, Geremia T, Cervieri A, Teixeira ER, Shinkai RS. Effect of the number of abutments on biomechanics of Branemark prosthesis with straight and tilted distal implants. *J Appl Oral Sci* 2010 ; 18 : 178-185.

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