



Dr. Augusto André
BAPTISTA

Chirurgie &
Esthétique Orale,
Luxembourg

www.baptistaclinics.lu



INNOVATION TECHNIQUE ET BIOLOGIQUE : LE PILIER ANATOMIQUE IMPLANTAIRE PROVISOIRE EN MÉTHODE DIRECTE CLIPSABLE

INTRODUCTION

L'édentement en secteur postérieur est une réalité clinique à laquelle nous sommes malheureusement souvent confrontés. Ceci de par l'arrivée des premières molaires comme premières dents définitives sur l'arcade. La morbidité et l'indice CAO est le plus élevé pour les molaires et prémolaires chez nos patients⁽¹⁾. Cela sans compter la difficulté des traitements radiculaires associés à ces dents pluriradiculées présentant souvent des canaux accessoires. Ou encore les anomalies de formation de l'émail, tel que la MIH touchant 15 % de nos patients⁽²⁾. Tout ceci contribue donc à un risque accru de perte prématurée de ces dents. Il est souvent compliqué à gérer en un temps avec des techniques classiques de lambeau déplacé, du fait de la surface du site extractionnel importante à recouvrir.

La prise en charge de ces cas représente un véritable challenge clinique pour le praticien, par la complexité de sa gestion clinique et biologique.

De nombreuses études récentes ont prouvées l'intérêt de l'implantation immédiate après extraction avec la gestion de la fermeture immédiate de l'alvéole pour la préservation des volumes osseux ainsi que la gestion esthétique en phase prothétique⁽³⁾⁽⁴⁾. Mais l'idée de recouvrir le site opératoire des régions postérieures de manière immédiate après extraction et implantation en un temps n'est pas récente, Cooper décrit en 2002 une technique utilisant une dent provisoire en résine pour fermer l'alvéole⁽⁵⁾.

IMPLICATION CLINIQUE

Dans le cadre de cet article, nous allons explorer une nouvelle méthode de gestion de ces cas complexes et allons développer les différentes phases permettant de le réaliser. Nous allons plus spécifiquement nous concentrer sur l'aspect clinique de sa réalisation clinique : la réalisation du pilier anatomique implantaire provisoire en méthode directe clipsable, le « Individualized Anatomic Gingival-Clix » (IAG) ainsi que la description de la phase prothétique finale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le IAG ou Individualized Anatomic Gingival-Clix (**Fig. c**) est la pierre angulaire de l'ensemble de la technique. Il est en PEEK, l'un des 3 matériaux de choix avec le titane et la zircone pour l'affinité tissulaire et sa biocompatibilité⁽⁶⁾. Il va permettre d'enregistrer par une mini-empreinte sectorielle en silicone l'anatomie de l'alvéole du site d'extraction sans vissage par un système de clipsage sur un « Shuttle » (porte-implant intégré aux implants R-Evolution de chez Champions implants (**Fig. a & b**)). Enfin, il va permettre de créer par isomoulage avec un composite biocompatible sans TEGDMA, HEMA, BPA, BISGMA le PureFill® Flow de chez Elsodent sur ce même IAG qui nous a servi pour l'empreinte, notre futur pilier implantaire anatomique provisoire sur mesure.



Figure a



Figure b

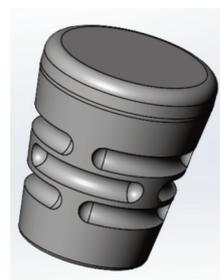


Figure c

APPORT CLINIQUE DU IAG

- ① **Rapidité de mise en œuvre** : moins de 15 min pour réaliser un pilier de cicatrisation anatomique implan-

taire, pas de vissage/dévisage, aucun risque de projection de particules de biomatériaux dans la connexion interne de l'implant.

- ② **Système clipsable**, aucun micro-gap accessible aux bactéries, herméticité garantie de la surface buccale vers le site extractionnel depuis l'accastillage.
- ③ **1 seule pièce pour tous les cas !** qui sert de base pour le futur pilier comme pour la prise d'empreinte de l'alvéole et ce, pour l'ensemble des molaires et prémolaires.
- ④ **Collage hors de la bouche** du patient garantissant la pérennité du pilier en phase de cicatrisation
- ⑤ **Surface lisse** (diminuant l'adhésion bactérienne) en PEEK, l'un des 3 matériaux de choix (avec la zircone et le titane polis) pour l'adhésion fibroblastique et la santé gingivale.
- ⑥ **Technique d'empreinte finale simplifiés** : type SNAP-ON
- ⑦ **Préservation de l'intégrité de la connexion interne de l'implant** jusqu'à la pose finale de la couronne ! limitant à son minimum la pénétration bactérienne, par le Shuttle et le système clipsable.

CAS CLINIQUE STEP BY STEP

Mise en perspective de la technique par IAG sur 46 décrite dans cet article et d'une technique conventionnelle sur 36. Mme T., 42 ans, sans antécédents particuliers présentant un implant en 36 Astra Tech® posé antérieurement par un confrère par une technique en 2 temps, qui est ostéointégré, ainsi qu'une 46 à extraire pour cause d'atteinte de furcation, d'échec de reprise et traitement radiculaire et un délabrement important sous-jacent, ne permettant plus la réalisation conforme d'une couronne fixée classique.

Pas de problème de santé générale et rien à signaler d'un point de vue odonto-stomatologique.

La décision a été prise de pratiquer une extraction-implantation immédiate avec comblement alvéolaire et confection d'un pilier anatomique implantaire provisoire clipsable sur la 46, avec un Champions® (R)Evolution en 4 x 12 mm et un IAG (Champions®). Une greffe de conjonctif enfoui en vestibulaire de 36 a également été proposée mais refusée à ce stade.

Malgré les avertissements appuyés, la patiente n'a pas souhaité procéder de suite à la greffe de conjonctif enfoui en vestibulaire de 36 pour améliorer la situation des tissus péri-implantaires sur ce site ayant subi une forte résorption.



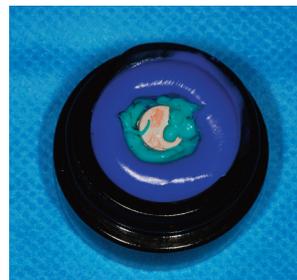
Situation initiale de la dent N°46 sous provisoire.



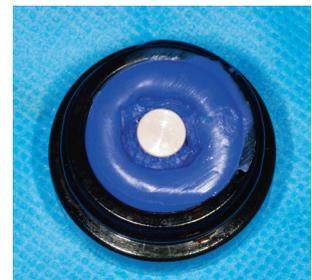
Extraction atraumatique avec séparation des racines et curetage alvéolaire. Placement de l'implant à 35 Ncm dans l'axe prothétique.



Comblement osseux de l'alvéole type sticky bone. La difficulté du prélèvement sanguin n'a pas permis de réaliser une membrane de PRF de recouvrement (juste 1 tube prélevé). Les particules dans le Shuttle sont enlevées avant la prise d'empreinte avec le IAG.

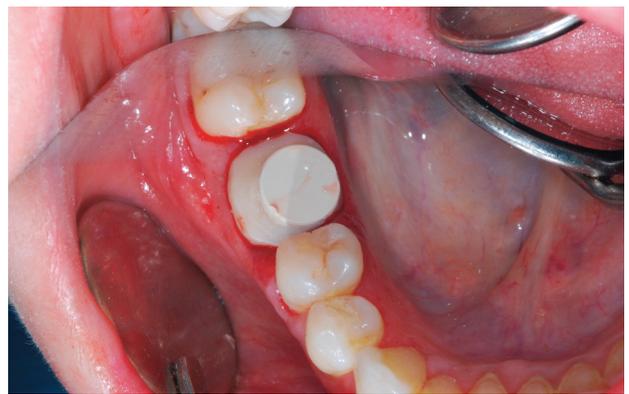


Réalisation du IAG suivant le protocole.



Vue de l'intrados du IAG poli clipsé sur l'analogue.

FOCUS CLINIC



Mise en place du IAG par simple clipsage



A ce stade, on a effectué un éclaircissement dentaire, on peut constater également avec cette vue en bout à bout d'ensemble, la différence de configuration des tissus péri-implantaires entre le secteur 36, méthode conventionnelle et le secteur 46 avec le IAG (maintien du volume tissulaire péri-implantaire).



Réalisation du IAG suivant le protocole. Rétro alvéolaire pré et post-opératoire.



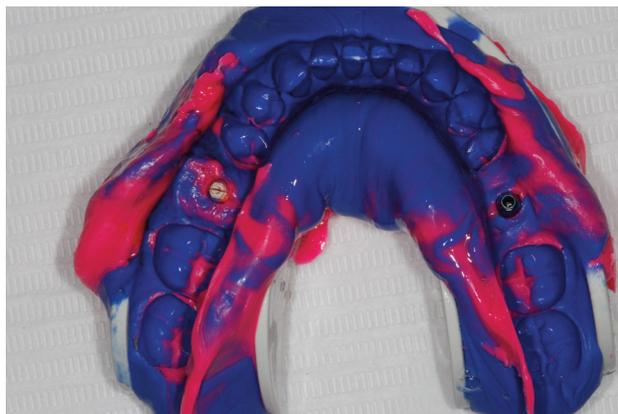
Cicatrisation du site de 46 à 7 jours



Après 6 mois de cicatrisation, dépose du IAG pour la réalisation de l'empreinte, on peut constater l'étendue de la surface de l'espace biologique implantaire comparé à la 36.



Mise en place des transferts, nécessitant une radiographie e contrôle pour la 36 et un simple contrôle visuel d'enfoncement pour la 46. Un vissage/dévisage par technique Pick-up avec une perforation du porte-empreinte sera également nécessaire sur la 36 alors que pour la 46, un simple clipsage et déclipsage du transfert qui sera pris dans le silicone lors du retrait de l'empreinte suffit en technique SNAP-ON.



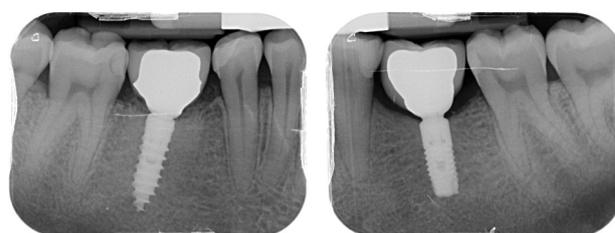
Vue de l'intrados de l'empreinte double mélange.



Prothèse transvisée d'usage : à gauche la 46 avec le pilier hybride personnalisé (GH1 Champions) réalisée avec l'ensemble de la zone transgingivale en zircone polie, à droite 36 réalisée à l'aide d'un pilier titane usiné anatomique Astra Tech. Réalisation Laboratoire Hornbeck Dentallab, Luxembourg..



Situation finale après le vissage définitif à 35 Ncm et le réglage d l'occlusion des deux couronnes, on peut constater la différence d'intégration biologique et esthétique des secteurs 46 et 36.



Radiographies rétro-alvéolaires post-opératoires (46 et 36).



Contrôle à 6 mois post-opératoire, on peut constater une préservation des papilles, la parfaite intégration esthétique et biologique de la 46, la patiente à ce stade a changé d'avis et une greffe gingivale de tissu conjonctif enfoui en vestibulaire de 36 est prévue pour améliorer l'environnement tissulaire péri-implantaire.

CONCLUSION

Cette technique chirurgicale ainsi que les dispositifs médicaux permettant de la réaliser ont fait l'objet de 2 brevets internationaux. Elle s'inscrit dans une évolution de paradigme, avec comme philosophie et prérogative première le respect absolu du biomimétisme et de la biologie de nos patients, où la normalisation, la reproductibilité et la prédictivité de nos interventions sont les maîtres mots pour accéder à une pratique sereine, efficiente et mini-invasive pour nos patients.



Retrouvez le Dr Baptista sur Instagram.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute autorité de santé, HAS, (2010) RECOMMANDATIONS EN SANTE PUBLIQUES : stratégies de prévention de la carie dentaire, Mars 2010
2. Michaelis, L., Ebel, M., Bekes, K., Klode, C., & Hirsch, C. (2021). Influence of caries and molar incisor hypomineralization on oral health-related quality of life in children. *Clinical oral investigations*, 25(9), 5205–5216. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-03828-5>

La bibliographie exhaustive est disponible en ligne sur <https://www.lefildentaire.com/bibliographie-article-lfd177-baptista>