

Extractions / Implantations immédiates: Le futur dans nos cabinets?

Auteur: Dr. Armin Nedjat



Figure 1

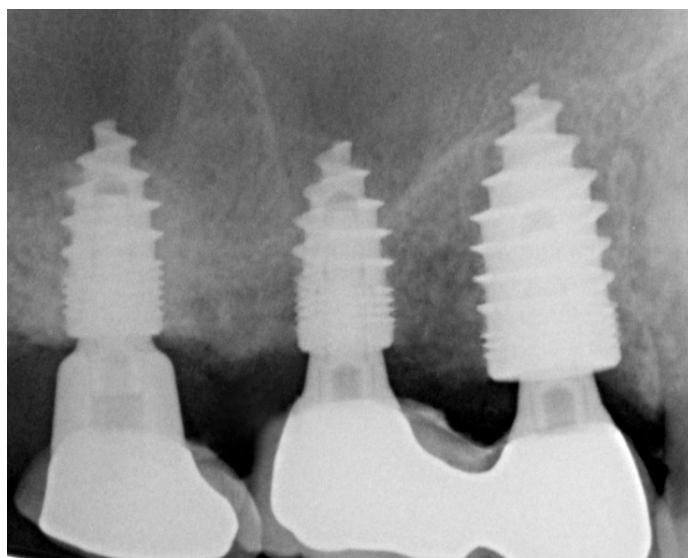


Figure 2

Avec les années et l'expérience le champ d'application des traitements implantaire a considérablement augmenté. Cependant l'extraction-implantation est encore trop peu présente et la pose de l'implant est souvent différée dans l'attente d'une cicatrisation osseuse et gingivale. Les infections, et c'est compréhensible sont régulièrement le support des inquiétudes et la justification des implantations différées. L'extraction n'est -il pas le meilleur moment pour implanter ? Axe de réflexion au travers d'un cas clinique.

Figures 1 et 2 (ci-dessus)

D'un point de vue psychologique, l'extraction est certainement le meilleur temps opératoire pour le patient. En effet, retirer une dent est rarement un plaisir pour ce dernier et être en mesure de lui proposer de remplacer sa racine manquante par une racine artificielle saine dans le même temps que l'extraction lui apporte un confort certain, particulièrement en secteur antérieur.

Du côté du praticien, c'est le moment où il peut bénéficier d'une vision directe du site de forage sans nécessairement réaliser un lambeau muco-périosté. De plus, l'extraction entraîne un apport vasculaire important lié au desmodonte qui favorise la cicatrisation. Néanmoins, lorsque la cause de l'extraction est infectieuse, il est courant de différer l'implantation. En pratique, il est vrai que la présence d'un granulome peut constituer une contre-indication à l'implantation immédiate. Néanmoins dans nos cas, nous avons été

amenés à implanter dans des sites présentant des foyers infectieux sans perdre l'implant (Fig 1 et 2). Il est encore bien trop tôt pour le confirmer mais il semblerait que lorsque la cause de l'infection est retirée, le site infectieux se résorbe et l'implant s'ostéointègre. Bien entendu il est plus convenu lorsque cela est possible d'adopter un axe de forage plus palatin afin d'éviter le site infectieux.

L'EXTRACTION IMMÉDIATE : LES POINTS CLEFS

Notre expérience : succès comme échecs nous a permis de mettre à jour les principaux points déterminants dans la réussite d'un traitement implantaire en post-extractionnel :

- 1) Protéger la table vestibulaire
- 2) Préserver l'intégrité du périoste
- 3) Eviter toute pression sur la paroi vestibulaire y compris avec des comblements trop compressifs

CAS CLINIQUE

Figures 3 à 5 (ci-après)

Extraction des sites 15 et 16. Après un curetage prudent, un premier forage est réalisé à l'aide d'un foret trois faces planes afin de préserver au maximum l'os. Le site de forage est ensuite condensé à l'aide d'un condenseur de 3.0 mm de diamètre qui nous permet

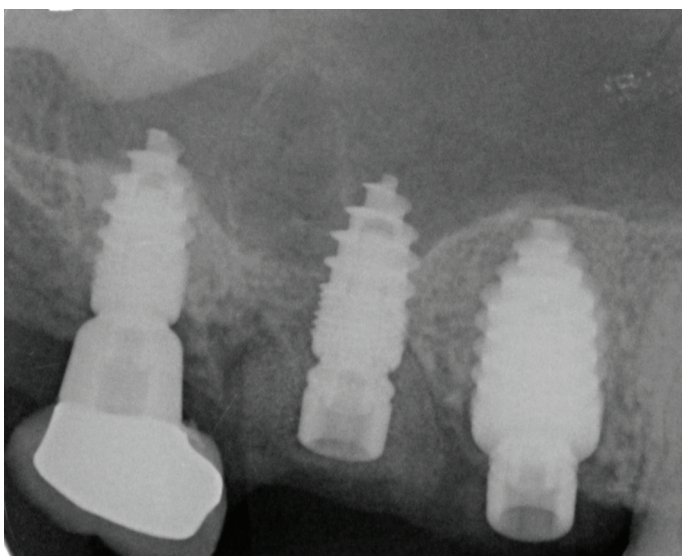
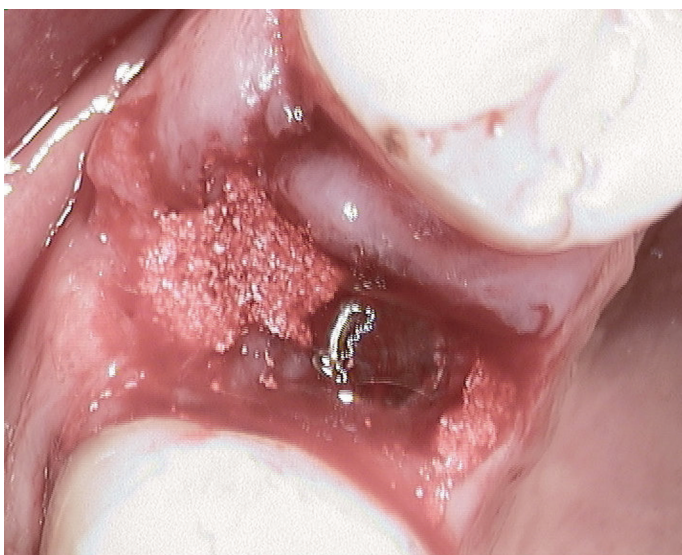
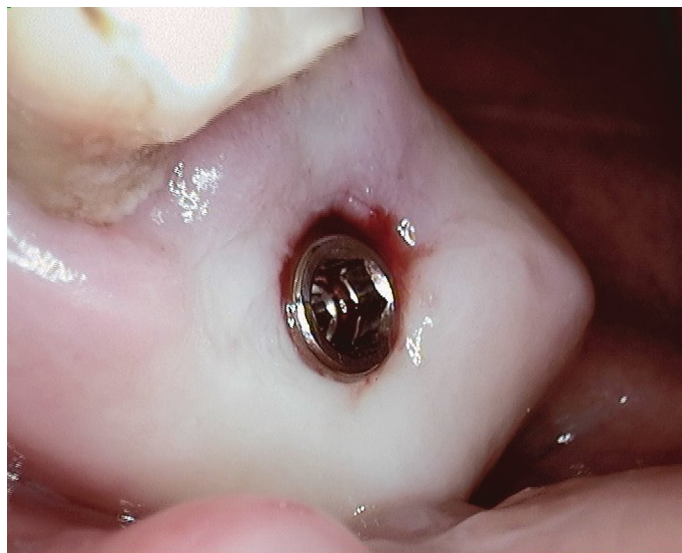


Figure 3 à 5

également d'anticiper le couple de serrage pour un implant de taille légèrement supérieur. Le torque du condenseur (réplique d'implant) en 16 étant satisfaisant, un implant de diamètre 3.5mm est posé et le gap est comblé. Concernant le site 15, la stabilité étant insuffisante, des condenseurs de 4.3 mm puis de 5.3 mm de diamètre sont utilisés. Le condenseur 5.3mm montrant une stabilité primaire suffisante, nous posons un implant de 5.5mm de diamètre sur le site 15. Des conformateurs gingivaux en peek « gingiva clic »

sont ensuite clipsés sur la partie haute de l'implant (le « shuttle » servant également de vis de cicatrisation et maintenant hermétique et stérile l'intérieur de l'implant durant toute l'ostéointégration)

Note : le traitement implantaire du site 17 a été réalisé antérieurement avec mise en place de la couronne définitive après 8 semaines post-OP.



Fig 6 : Vue clinique après 8 semaines post OP.



Fig 7 : Les gingiva-clics sont retirés. On note une cicatrisation satisfaisante. La vis présente à l'intérieur du shuttle est retirée et sera utilisée pour fixer le pilier définitif. Le shuttle, du fait de la connexion de l'implant (9.5°), doit être retiré avec un outil similaire à un extracteur de pilier dans le sens horaire.



Fig 8 : Les piliers définitifs sont ensuite vissés à un torque de 30 Ncm.

(...)



Fig 9 : vue occlusale des piliers



Fig 10 : Couronne définitive scellée (Implanlink)

POUR CONCLURE :

Le champ des possibilités des implants immédiats en post-extraction semble être moins restreint. Il paraît être judicieux de profiter de l'extraction, de la vision du site osseux sans lambeau et de la vascularisation pour implanter. La mise en place d'un implant immédiatement après l'extraction en respectant les recommandations acquises (extraction atraumatique, préservation du périoste et de l'intégrité de la table vestibulaire, curetage prudent) semble diminuer la perte osseuse et nous a offert des résultats satisfaisants. On peut dès lors se demander pourquoi attendre ?

