



8

**CAS CLINIQUE**  
Dr Jean-Pierre COUGOLIC



[ MATÉRIAU IMPLANTABLE ]

# Comment traiter l'application pour des restaurations de grandes portées ?

Cette technologie éprouvée est aujourd'hui disponible.  
Elle trouve une application évidente, due aux besoins de  
rapidité d'exécution et d'efficacité manifestés par les  
patients. Illustration.



Tous les cas cliniques sur

**www.dentoscope.fr**

rubrique clinique



Fig. 1 : Orthopantomogramme de départ.

**L**a biocompatibilité de ce matériau et son coefficient d'élasticité (équivalent à celui de l'os) permettent de réaliser de grands bridges avec des implants monoblocs non métalliques. Le polyétheréthéréostène est déjà largement utilisé en orthopédie (trachis épauis, plaques d'ostéosynthèse...). Les implants dentaires

utilisent une évolution nanotechnologique de ce matériau : PEEK +  $\beta$ TCP + TiO<sub>2</sub> (Bio-pik). Les implants monoblocs transfèrent toute force exercée en force de stimulation osseuse. En supprimant les stress à l'interface os-implant, ils deviennent ostéoconducteur, du fait de leur formulation chimique et de leurs formes ap-

propriées aux différents types d'os. Toutes les techniques de pose peuvent être utilisées avec un strict respect du protocole de mise en place.

#### PRÉSENTATION DU CAS

Une patiente de 38 ans, en contact constant avec le public, désire être réha-

bilisée et être de sa présentation esthétique le plus rapidement possible, après la rupture d'une racine (13) qui maintenait une ancienne prothèse amovo-inamovible. L'analyse de son orthopantomogramme permet de vérifier la hauteur d'os disponible pour la pose d'implants. La consultation clinique permet de valider

Suite de l'article page 13



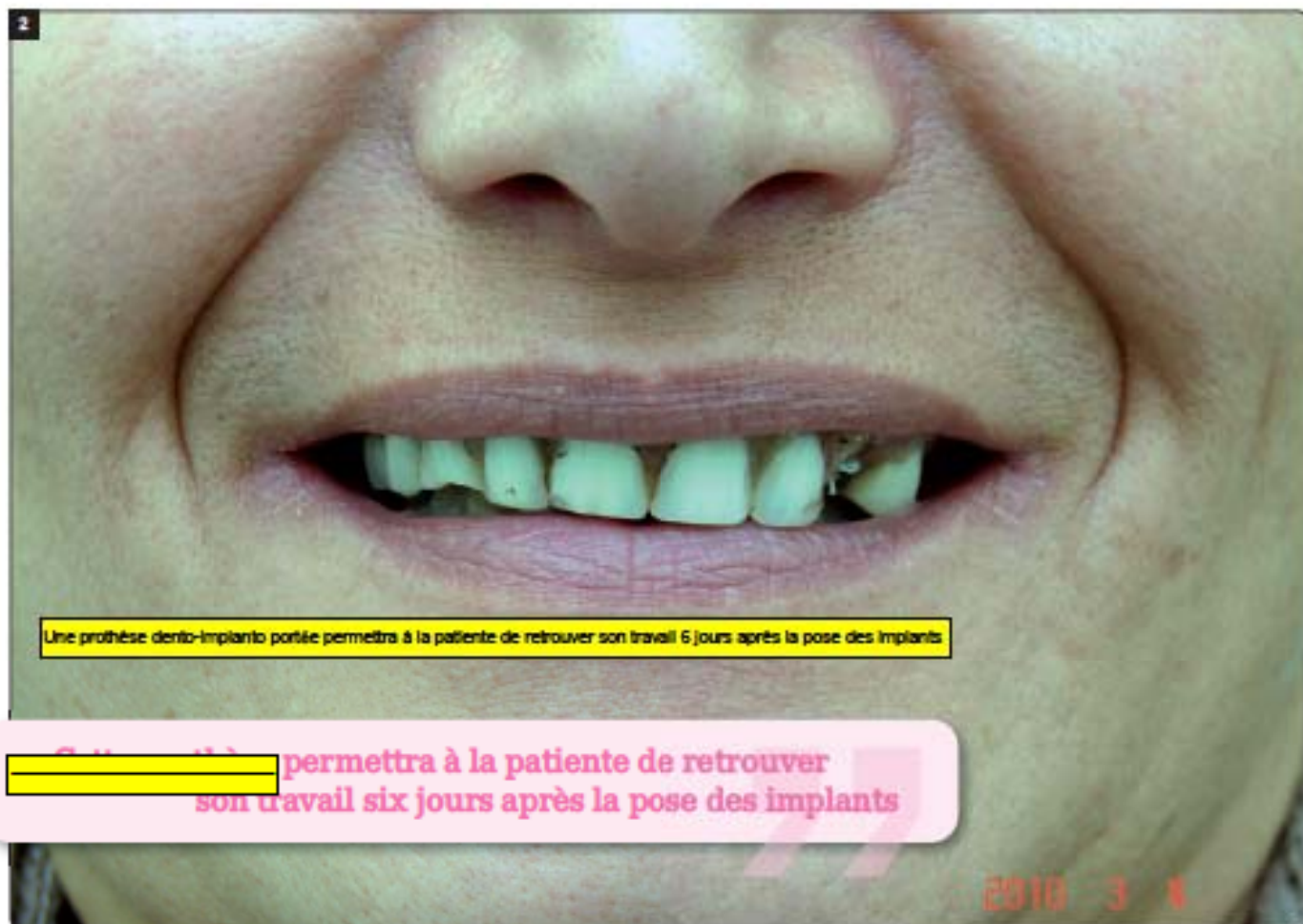


Fig.2 : Sourire de la patiente lors du premier rendez-vous.



Fig.3 : Sourire de la patiente de profil.



Fig.4 : Le biefûge provisoire.





Fig. 5 : La proposition implantaire.



Fig. 6 : Les milles glabreux.



Fig. 7 : Extraction du morceau de racine en M.



Fig. 8 : Forage avec le guide chirurgical.



Fig. 8a : Fraise de profondeur pour type d'os D3-D4.



Fig. 8b : Fraise spécifique (CTI).





les épaisseurs d'os disponibles et de prévoir ainsi une intervention implantaire. Onze poses d'implants peuvent être réalisées : six en transmaxillaire, une en post extraction, et quatre autres avec lambeau de pleine épaisseur, afin de visualiser parfaitement les reliefs osseux. La proposition thérapeutique se limitera donc à deux possibilités. La première, en prothèse amovible de 12 dents ; la seconde, par la pose de 11 implants avec un guide chirurgical et la mise en place immédiate d'un bridge provisoire juste à la fin de la chirurgie de pose.

#### ANTIBIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE

La patiente choisira sans hésitation la solution dento-implanta portée avec 11 implants posés, trois dents naturelles conservées après retraitement, et la mise en place immédiate d'un bridge provisoire de 14 dents. Cette prothèse permettra à la patiente de retrouver son travail six jours après la pose des implants. La patiente est pré-médiquée par la prise d'une antibiothérapie prophylactique deux jours avant, et quatre après l'intervention et la prise d'arnica Montana, quatre jours avant, et 12 jours après, ainsi que par la réalisation de bains de bouche à base de Chloroxydine pendant 14 jours.

Suite de l'article page 17

## La pose des implants s'effectue par press-fit et impactage doux



Fig. 9 à 11 : Pose des implants (TAI) à droite.



**14 CAS CLINIQUE**  
Dr Jean-Pierre COUGOLIC 



Fig. 12 et 13 : Pose des implants à gauche et technique de pose.



Fig. 14 : Pose au niveau de 13.



Fig. 15 : Chirurgie à lambeaux.



Fig. 16 : Chirurgie à lambeaux.



Fig. 17 : Chirurgie à lambeaux.





Fig. 18 : Forage manuel.



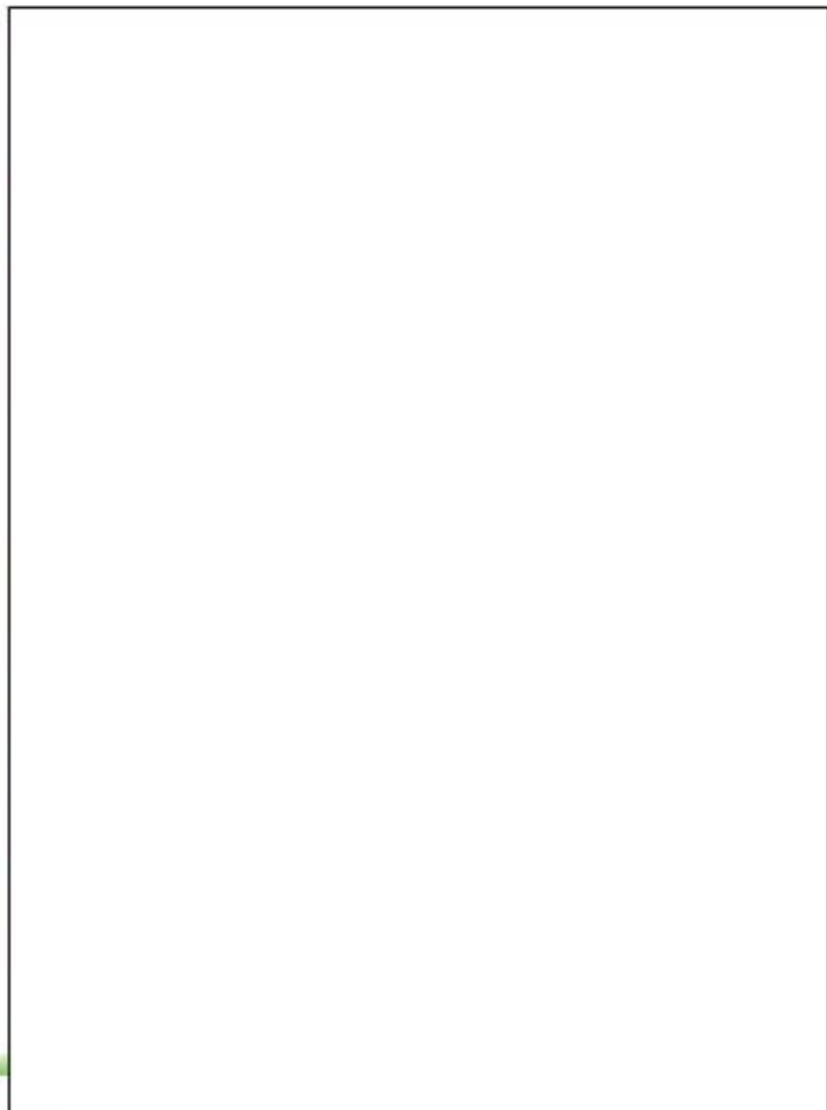
Fig. 19 : Pose de l'implant antérieur droit, position 2I.



Fig. 20 : Fin du forage manuel pour l'implant antérieur gauche, position 2I.



Fig. 21 : Récupération, puis pose des copeaux d'os.







*Fig.22 : Récupération, puis pose des copeaux d'os.*



*Fig.23 : Pose d'un implant de petit diamètre.*



*Fig.24 à 25 : Pose d'un implant de petit diamètre.*



*Fig.26 à 27 : Fermeture du aile antérieur.*





Fig.28 : Fermeture du site antérieur.



Fig.29 : Bridge provisoire en place.



Fig.30 : Bridge provisoire en place.

#### GUIDE CHIRURGICAL

Avant l'intervention, l'ensemble du maxillaire est badigeonné avec de la Chlorhexidine, puis une anesthésie complète du maxillaire est réalisée. Avant la pose des implants, les extractions sont réalisées, suivies d'un curetage soigneux. Le guide chirurgical est alors positionné, il permet de marquer l'ensemble des positionnements des implants. Puis, la pose des implants en chirurgie transmaxillaire commence par le passage de la fraise de profondeur, suivi immédiatement de la réalisation des nids implantaires terminaux avec la fraise spécifique terminale (CTL) sous refroidissement de sérum physiologique. La pose des implants s'effectue par press fit et im-

pectage doux, au maillet chirurgical de 170 grammes.

#### COMPACTION OSSEUSE

L'os est de type D3, donc quatre implants (TAU) sont ainsi positionnés à droite, puis deux à gauche, avec la même trousse d'axillaires (passage de deux fraises). Ces implants favoriseront la compaction osseuse du site après le passage de la fraise terminale qui racle les parois du nid de l'implant. Une nouvelle trousse d'axillaires (deux fraises) sera utilisée pour réaliser le puits implantaire au niveau de la canine extraite, afin d'éviter toute possibilité de contamination rétrograde provenant du site d'extraction. Un nouvel implant est alors posé.





Fig. 31 à 32 : Avant le retour au travail, soit cinq jours « post-op. »

**MÉTHODOLOGIE**

Au niveau antérieur, un lambeau de pleine épaisseur est réalisé, cette chirurgie doit permettre de visualiser parfaitement le relief de la crête osseuse afin de choisir le type d'implant à poser. Dans ce cas, deux implants sont posés en position 11 et 21. Les forages terminaux seront réalisés manuellement pour éviter de léser l'os. Cette méthodologie permet ainsi de récupérer des copeaux d'os pour combler ici une légère déficience vestibulaire. Deux implants de faible diamètre (3 mm) seront impactés en 12 et 22 avec le passage de trois fraises. Les sutures sont ensuite réalisées, fermant complètement le site chirurgical. Le provisoire est ajusté, puis rebasé et scellé provisoirement.

Après cinq jours, l'état de la patiente est contrôlé et le provisoire est amélioré au niveau du polissage. N'ayant que très peu souffert, elle retrouvera son métier dès le lendemain, confiante.

**SIMPLICITÉ DE RÉALISATION**

La cicatrisation totale se réalisera en six semaines, il sera alors possible de retoucher éventuellement les émergences en bouche avant de prendre les empreintes du bridge définitif, avec la même technique que pour des dents naturelles. La simplicité de réalisation permet de faciliter nos interventions grâce aux différentes formes d'implants disponibles et aux qualités intrinsèques d'un matériau, ni métallique ni trop rigide. ■



**Il est possible de retoucher les émergences en bouche avant de prendre les empreintes du bridge définitif**

2010 3 16



