

Extraction implantation immédiate : gestion d'un cas clinique

M. KAROUNI, Y. SAIZOU, I. KLEINFINGER, O. FROMENTIN

Michel Karouni

DUCICP Université Paris 7
Exercice privé en Implantologie
et Parodontologie
Beyrouth, Liban

Yann Saizou

DUCICP Université Paris 7
Pratique privée, Paris

Isabelle Kleinfinger

DUCICP Université Paris 7
Pratique privée, Paris

Olivier Fromentin

PU-PH, Université Paris Diderot
DUCICP Université Paris 7

RÉSUMÉ

En implantologie, l'extraction implantation immédiate (EII) est devenue une technique chirurgicale de routine. Depuis 1980, l'intérêt pour cette technique n'a fait que s'accroître avec un nombre de publications de plus en plus important. Elle présente deux avantages : la durée du traitement est réduite, une deuxième intervention chirurgicale est évitée avec une réduction des procédures chirurgicales en combinant l'extraction, la pose de l'implant et la greffe osseuse si nécessaire au cours d'une seule et même intervention. Il a même été suggéré qu'une orientation idéale de l'implant, une préservation de l'os au niveau du site d'extraction et une gestion optimale des tissus mous pouvaient être obtenues avec cette technique (1).

EXAMEN CLINIQUE

Demande du patient et état général

Une femme âgée de 66 ans est adressée par son praticien traitant pour une réhabilitation prothétique implantoportée. Cette patiente a des doléances de mastication et se plaint d'une halitose.

Sur le plan de sa santé générale, il est à noter qu'elle est en bonne santé générale, ne fume pas, n'a pas de parafunction.

Examen clinique et radiographique

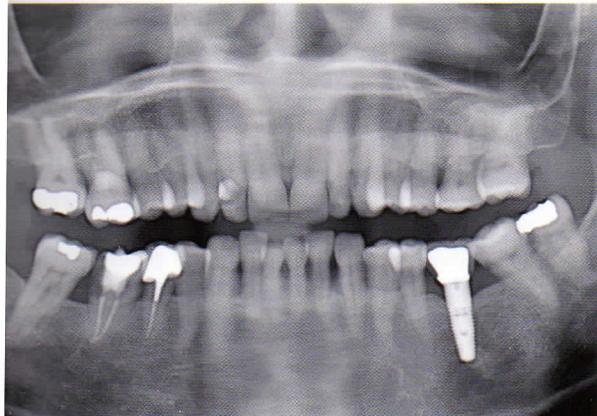
La patiente présente :

- une parodontite chronique généralisée modérée,
- un contrôle de plaque inadéquat avec présence de tartre,
- des mobilités dentaires au niveau de la 46 et 26,
- des atteintes avancées des tissus dentaires au niveau de 46, 35 et 26 nécessitant leurs extractions.

En absence des troubles de l'ATM, on envisagera des restaurations implantoportées en 26, 46 et 35 après extractions des dents.

La patiente est adressée chez un confrère spécialiste pour un avis endodontique au niveau de la 16.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt



- Orthopantomogramme initial montrant la présence d'alvéolyse horizontale et l'atteinte carieuse au niveau des dents 26 et 35.

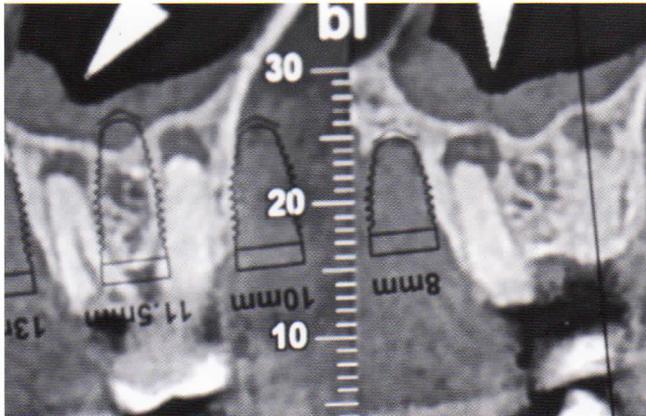
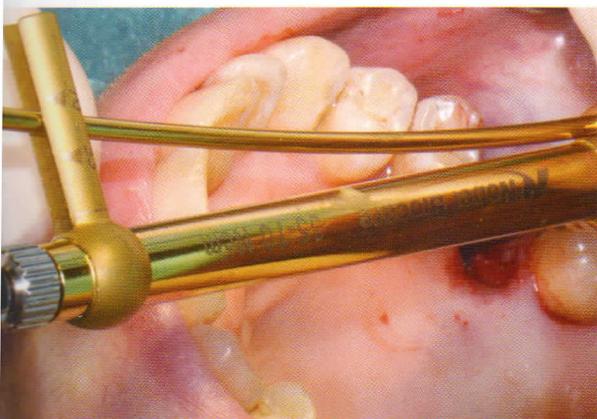


Fig. 2 - La coupe CBCT au niveau de la 26 montrant la nécessité d'extraction de la dent et la lésion péri-apicale associée.



- La pose de l'implant au niveau de la 26 et la stabilité mesurée > 35N/cm.

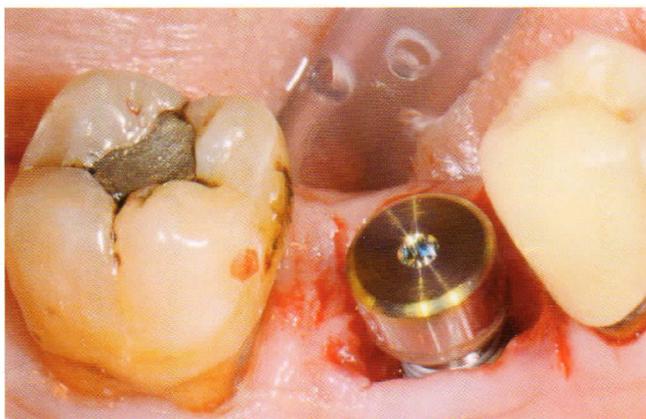


Fig. 4 - Pose de l'implant Nobel Active® au niveau du septum inter-radicaire de la 46 et pose d'un pilier de cicatrisation 5 x 5mm.

Prétraitement en sites de 26, 35 et 46

Le protocole rigoureux doit être respecté pour limiter les risques d'échec d'ostéointégration et optimiser la cicatrisation des tissus mous.

L'extraction des dents a été réalisée, de manière atraumatique, avec un minimum d'interventions sur les tissus mous et en préservant la table osseuse vestibulaire. Une extraction des racines a été indispensable pour faciliter l'ostéotomie et diminuer la tension sur les parois osseuses adjacentes. Un curetage soigneux de l'alvéole a été effectué pour s'assurer de l'élimination de tout tissu de granulation. L'intégrité des parois osseuses a été vérifiée.

Le forage a ensuite été réalisé en fonction de l'analyse radiographique et du type d'implant choisi. Aucun lambeau muqueux n'a été soulevé. En premier, un foret pointeur a été utilisé

pour éviter tout dérapage lors de la séquence de forage correspondante au projet implantaire. Les implants choisis sont de type NobelActive® RP permettant un autotaraudage et une auto-condensation de l'os adjacent, entraînant une excellente stabilisation primaire dans les sites d'extractions. Le « platform switching » intégré est un facteur important pour la stabilité des tissus qui, en synergie avec une connexion stable et étanche aux bactéries, permettrait une diminution des phénomènes de cratérisation. Ainsi, après la pose de l'implant, l'attache épithéliale se fera à distance de l'os et les irritations mécaniques des tissus péri-implantaires pourront être évitées (2, 3). Le positionnement tridimensionnel de l'implant répond à des règles précises : dans le sens vertical, le col de l'implant est légèrement endo-osseux ; dans le sens sagittal,

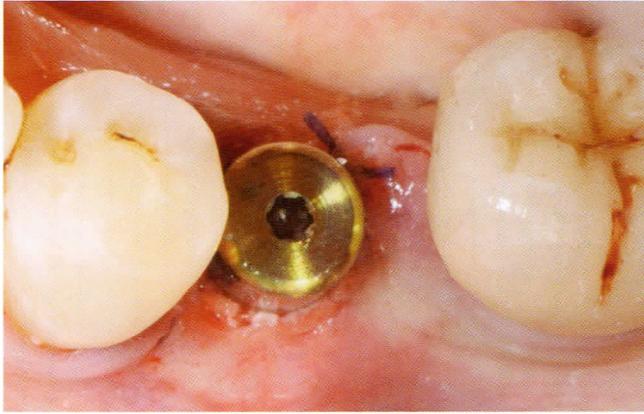


Fig. 5 - Pose de l'implant Nobel Active® au niveau de la 35, comblement avec de l'hydroxyapatite bovine et pose d'un pilier de cicatrisation 5 x 5mm.

l'implant doit souvent être décalé en position palatin rapport à la dent pour éviter le risque de perforation de la corticale vestibulaire pendant le forage et sa réaction à moyen terme. Le forage se prolonge au-delà de l'alvéole, pour optimiser la stabilité primaire de l'implant. En présence d'une lésion apicale, le forage doit dépasser celle-ci, et chercher un ancrage fiable dans un os sain. Tous les implants ont été posés avec une stabilité primaire suffisante ($>35\text{N/cm}$) et l'implant au niveau



Fig. 6 et 7 - Vues cliniques des restaurations implantoportées céramométalliques avec des piliers en titane.

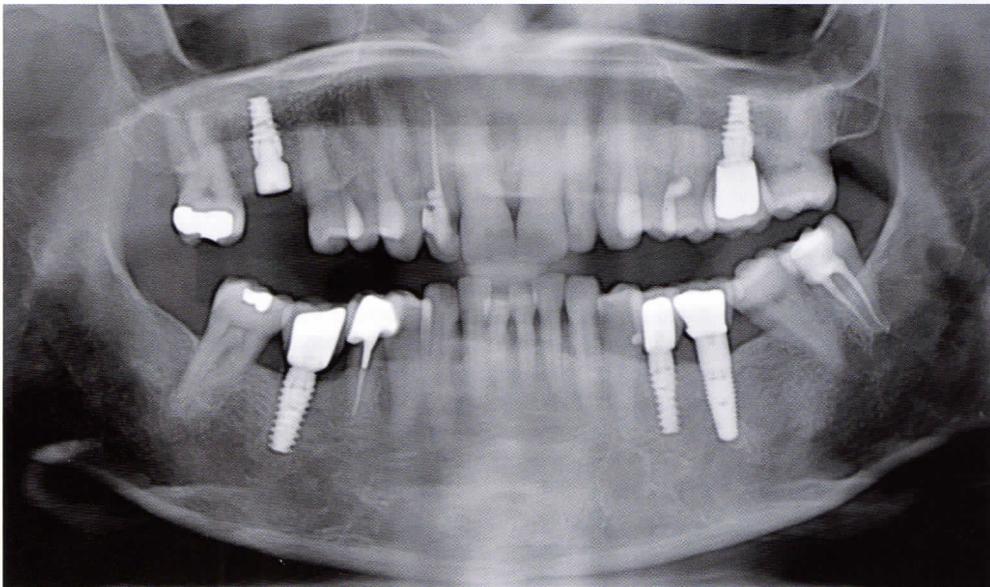


Fig. 8 - Orthopantomogramme finale montrant le niveau osseux péri-implantaire et les restaurations implantoportées. La technique d'implantation immédiate a été appliquée également au niveau de la 16 après la confirmation du pronostic défavorable de cette dent.



26 a été placé immédiatement après l'avulsion malgré la lésion péri-apicale évidente confirmée sur le CBCT.

L'implant étant au centre de l'alvéole, un espace entre l'implant et la paroi osseuse vestibulaire est souvent observé.

La cicatrisation osseuse dépend de la stabilisation du caillot sanguin dans cet espace. Cependant, il semble intéressant de combler systématiquement cet espace (4) quelle que soit sa taille, avec un matériau de comblement à faible résorption, pour maintenir l'architecture osseuse et gingivale à long terme et pérenniser le résultat esthétique. Dans cette situation clinique, les espaces ont été comblés par de l'hydroxyapatite bovine (Bio Oss®).

Site 26 : NobelActive RP 5 x 10 mm

Site 35 : NobelActive RP 4,3 x 11,5 mm

Site 46 : NobelActive RP 5 x 13 mm

Les reconstructions prothétiques (Laboratoire Edentech) ont été scellées sur des piliers en titane (Procera®, Nobel Biocare). La position du joint couronne/pilier légèrement supra-gingivale permet de contrôler visuellement l'élimination totale du ciment de scellement (TempBond).

RÉFÉRENCES

1. Lang NP1, Pun L, Lau KY, Li KY, Wong MC. A systematic review on survival and success rates of implants placed immediately into fresh extraction sockets after at least 1 year. *Clin Oral Implants Res.* 2012;23 Suppl 5:39-66.
2. Romanos G, Grizas E, Laukart E, Nentwig GH. Effects of Early Moderate Loading on Implant Stability: A Retrospective Investigation of 634 Implants with Platform Switching and Morse-Tapered Connections. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2016 Apr;18(2):301-9. doi: 10.1111/cid.12314. Epub 2015 Feb 24.
3. Farronato D, Santoro G, Canullo L, Botticelli D, Maiorana C, Lang NP. Establishment of the epithelial attachment and connective tissue adaptation to implants installed under the concept of "platform switching": a histologic study in minipigs. *Clin Oral Implants Res.* 2012 Jan;23(1):90-4. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02196.x. Epub 2011 Apr 15.
4. Chen ST, Buser D. Clinical and esthetic outcomes of implants placed in postextraction sites. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2009;24 Suppl:186-217.
5. Ortega-Martínez J, Pérez-Pascual T, Santiago Mareque-Bueno, Hernández-Alfaro F, Ferrés-Padró E. Immediate implants following tooth extraction: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012 1;17 (2):e251-61.
6. Canullo L, Rasperini G. Preservation of peri-implant soft and hard tissues using platform switching of implants placed in immediate extraction sockets: a proof-of-concept study with 12- to 36-month follow-up. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2007 Nov-Dec;22(6):995-1000.

DISCUSSION

La stabilité primaire est un facteur important pour favoriser l'ostéointégration. Plusieurs méthodes ont été décrites pour aboutir à ce paramètre. Il semblerait qu'il n'y ait aucune différence significative concernant le taux de survie implantaire entre implantation immédiate ou différée (4, 5).

Plusieurs études ont signalé que l'implantation immédiate avec un comblement d'os autogène ou bovin peut améliorer le processus de formation osseuse entre l'implant et la table osseuse vestibulaire (6). Le consensus de l'ITI en 2009 a conclu que l'implantation immédiate n'empêche pas la résorption osseuse verticale ou horizontale postextractionnelle, mais le comblement osseux associé à cette technique peut limiter cette résorption.

CONCLUSION

La technique d'extraction implantation immédiate présente de nombreux avantages pour le patient et pour le praticien. Cependant, ce n'est pas une technique simple. Elle demande une courbe d'apprentissage et le protocole chirurgical doit être adapté à chaque situation clinique.

Correspondance :

Michel Karouni

Sin el Fil,

Immeuble crédit commercial et foncier, Beyrouth,

Liban

Email : m_karouni@hotmail.com