

SEPTEMBRE 2024

lefildentaire,

N°196

LE MAGAZINE RÉFÉRENCE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DENTAIRE

emag



20 ans d'implantologie



Dr Nathaniel TEMSTET

Chirurgien Dentiste, Exercice privé
Paris 16, 3 Rue de Magdebourg
Lauréat DU esthétique
de Strasbourg
DU clinique de chirurgie
ilonaire avancée Paris 7

OUTILS NUMÉRIQUES

AU SERVICE DE L'IMPLANTOLOGIE UNITAIRE EN SECTEUR ESTHÉTIQUE

Au fil des années, l'implantologie s'est imposée comme la thérapeutique de choix afin de remplacer une dent manquante ou fracturée en secteur esthétique. Dans une société de plus en plus demandeuse et exigeante, l'essor du numérique a insufflé un accélérateur considérable dans la planification et l'exécution du traitement qui en découle.

L'objectif de cet article est de passer en revue les grands principes immuables de l'implantologie unitaire en secteur esthétique et leur intégration dans un flux numérique actualisé, afin de sécuriser le geste chirurgical et répondre aux exigences esthétiques grandissantes de nos patients.

L'évolution majeure concerne la considération prothétique et le mimétisme cosmétique de la couronne implantaire à venir et de son intégration avec les dents voisines, caractérisé par deux indicateurs à savoir, le Pink et le White Esthetic Score de la dent remplacée [1].

Afin de contrôler le geste chirurgical et le résultat prothétique à venir, une data complète doit être réalisée à partir d'une analyse clinique, de radiographie 2D et 3D de type CBCT, d'empreinte conventionnelle ou numérique et des photographies intra et extrabuccales. Toutes ces données vont permettre de créer « un clone digital » du patient et établir en concertation avec ce dernier, le plan de traitement à venir.

Il est fondamental de bien définir le plan de traitement avec le patient, préalablement à toute thérapeutique implantaire, car une fois l'implant posé, tout traitement orthodontique et/ou cosmétique peut aboutir à des résultats très décevants pour le patient

et malheureusement très invasifs si l'implant doit être déposé par la suite.

ÉTAPE 1 : ANALYSE CLINIQUE ET MISE EN PLACE DES OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

Motif de consultation de la patiente :

« *Ma canine en haut à droite bouge et je n'aime pas mon sourire* »

L'examen radiographique 2D révèle la persistance de la dent lactéale 53 associée à une agénésie de la 13.

Persistance des 2 dents de sagesse maxillaire avec un antécédent de chirurgie orthognathique maxillaire et génioplastie (fig. 1).

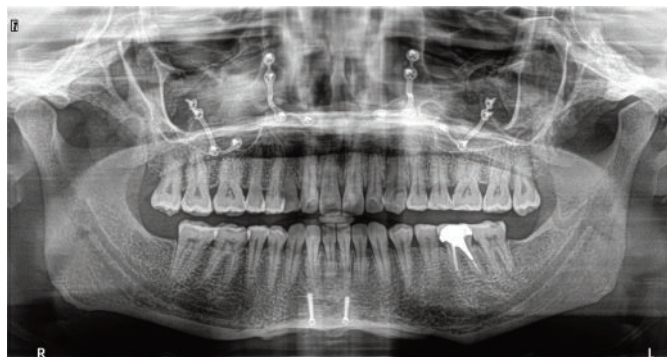


Fig. 1 : radiographie panoramique.

L'examen exobuccal montre un visage harmonieux avec un équilibre des trois étages de la face (**figs. 3B et 3C**).

L'examen endo buccal, témoigne d'une bonne hygiène orale, quelques lésions cervicales d'usure associées à un brossage traumatique, un biotype gingival épais et festonné et la présence de gencive kératinisée en abondance.

A noter, un décalage des milieux et une inclinaison de la ligne inter incisive mandibulaire vers la droite du patient associée à de légères malpositions récidivantes (**fig. 2**).



Fig. 2 : vue intrabuccale.

Néanmoins, cela reste mineur et compte tenu de l'historique chirurgical et orthodontique de plus de 2 ans de traitement, la patiente ne souhaite pas repartir sur un traitement orthodontique supplémentaire. Ligne du sourire convexe mais surtout présence d'une asymétrie gingivale marquée sur la 53 par rapport à la 23 controlatérale (**fig. 3A**).



Fig. 3A : sourire forcé.

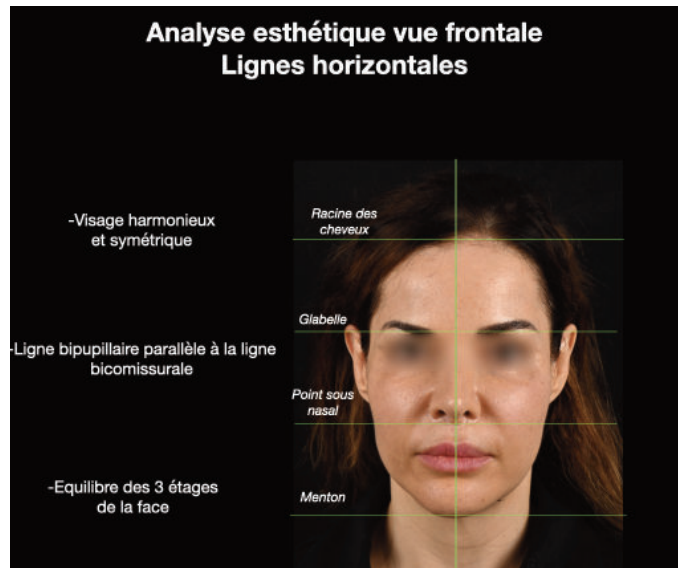


Fig. 3B : vue frontale lignes horizontales.

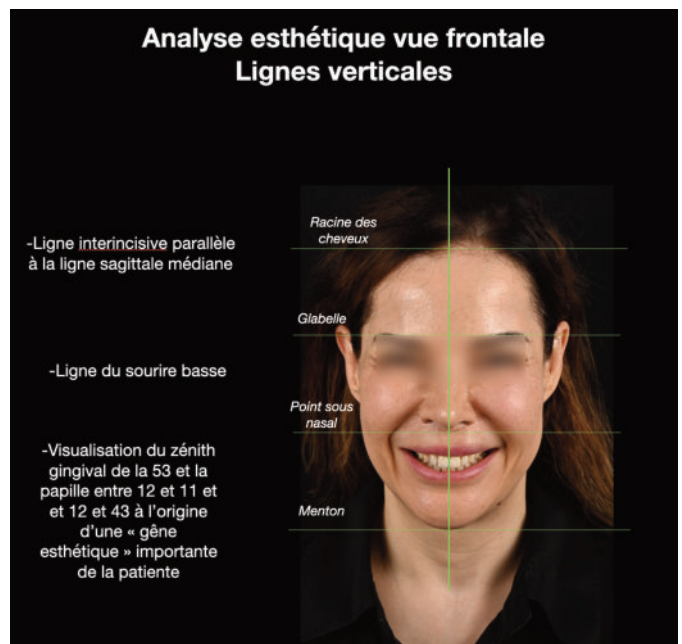


Fig. 3C : vue frontale lignes verticales.

ÉTAPE 2 : PROPOSITIONS DE TRAITEMENT

Option 1 : blanchiment dentaire de l'ensemble des dents pour illuminer le sourire et remplacement de la dent 53 par une réhabilitation implanto-prothétique

Option 2 : traitement orthodontique préalable par aligneurs, remplacement de la 53 par une réhabilitation implanto-prothétique et blanchiment dentaire.

Option 3 : remplacement de la 53 par une réhabilitation implanto-prothétique, blanchiment dentaire et traitement cosmétique par la mise en place de facettes « no prep » ; sans préparations afin de corriger la teinte, la forme des dents et élargir les corridors latéraux.

La proposition de traitement 1 est retenue par la patiente

Objectif : extraction de la 53, correction de l'asymétrie gingivale, implantation et gestion de l'enfouissement implantaire et enfin mise en esthétique immédiate de la 13.

PLACEMENT IMPLANTAIRE 3D CONCEPTS HISTORIQUES ET MISE À JOUR

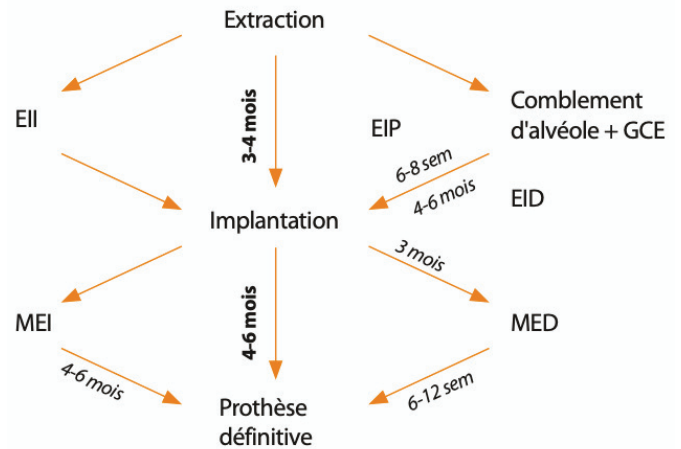
Les prérequis fondamentaux pour une restauration implantaire naturelle et esthétique avec des tissus mous optimaux et stables en termes d'épaisseur et de couleur dépendent de plusieurs paramètres :

- ✓ analyse clinique approfondie et évaluation du niveau de difficulté afin d'établir le protocole d'implantation à mettre en place (figs. 4 et 5).

	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
État général du patient	Système immunitaire intact non fumeur	Fumeur < 10/j	Système affaibli (>10/j) gros fumeur
Exigence esthétique	Faible	Moyenne	Grande
Ligne du sourire	Basse	Moyenne	Haute
Biotype gingival	Épais peu festonné	Moyen modérément festonné	Fin très festonné
Forme de la dent	Carrée	Ronde	Triangulaire
Infection du site implantaire	Aucune	Chronique	Aiguë
Hauteur entre l'os et le point de contact au niveau des dents adjacentes	< 5 mm	5,5 – 6,5 mm	> 7 mm
État des dents adjacentes	Intactes	Restaurées	Restauration défectueuse
Largeur de l'édentement	1 dent (< 7 mm)	1 dent (> 7 mm)	2 dents ou plus
Anatomie des tissus mous	Intacte		Défectueuse
Anatomie des tissus durs	Aucune lésion	Lésion horizontale	Lésion verticale

Fig. 4 : analyse clinique et niveau de complexité de la dent à remplacer.

Description des différents protocoles d'implantation en secteur esthétique



EII : extraction-implantation immédiate ; **EID** : extraction-implantation différée ; **EIP** : extraction-implantation précoce ; **MEI** : mise en esthétique immédiate ; **MED** : mise en esthétique différée

Fig. 5 : stratégies d'implantation et temps de traitement associés.

- ✓ sélection appropriée de l'implant à la situation clinique
- ✓ positionnement 3D idéal de l'implant ; vestibulo lingual, apico coronaire et mesio distal (fig. 6) [2].



Fig. 6 : positionnement 3D de l'implant.

La présence et le volume de la papille interdentaire est déterminée par le niveau osseux des dents bordantes, mais est également influencée par le positionnement et l'angulation de l'implant [3].

Une distance de 5mm ou moins, entre le point de contact interdentaire et le niveau osseux est fortement recommandée afin de conserver la présence