

Mise en place immédiate d'implants après extraction.

Patrick MISSIKA

MCU PH

Faculté de Chirurgie Dentaire Université Paris 7
Directeur du Diplôme Universitaire d'Implantologie
Professeur Associé TUFTS University Boston

La mise en place immédiate d'implants après extraction est une technique parfaitement codifiée qui donne d'excellents résultats.

Cette technique semble entraîner une cicatrisation osseuse plus rapide qui pourrait s'expliquer par la vascularisation du site osseux provoquée par l'extraction, l'ouverture des espaces médullaires et le moindre échauffement de forage.

Le résultat esthétique est exceptionnel dans la majorité des cas car l'implant est situé dans la position d'origine de la dent naturelle.

Elle apporte enfin un avantage psychologique par remplacement immédiat d'une dent perdue, en n'allongeant pas inutilement la durée globale du traitement.

Si l'indication est bien posée, la simplicité de la technique de mise en place immédiate d'un implant dans un site d'extraction doit faire envisager cette éventualité face à une indication d'extraction en pratique quotidienne.

Les avantages très significatifs et les résultats positifs obtenus plaident en faveur de cette technique.

La mise en place immédiate d'un implant après extraction, constitue une technique chirurgicale de pointe de chirurgie reconstructrice pour obtenir un environnement osseux et gingival favorable autour d'un implant stable avec un excellent pronostic.

L'extraction qui représente l'acte chirurgical témoin de l'échec des traitements conservateurs, peut ainsi, grâce à cette technique, constituer un acte chirurgical positif de chirurgie reconstructrice dans des conditions de sécurité et de pronostic satisfaisantes. Cette option thérapeutique de mise en place immédiate d'une racine artificielle compense généralement pour le patient concerné l'aspect psychologique négatif de l'extraction.

En préambule, il est évident que l'indication de cette technique doit être correctement posée.

Elle concerne principalement les cas de fractures horizontale ou verticale des racines en absence de signes infectieux aigus, les rhyzalyses terminales de dents lactéales et les résorptions pathologiques de dents permanentes.

On doit éviter les situations qui empêcheraient d'obtenir une stabilité primaire de l'implant.

L'extraction constitue l'étape la plus difficile de la technique car l'objectif est de conserver le maximum de volume osseux et de préserver impérativement la table osseuse vestibulaire.

Pour réaliser une chirurgie de sécurité, nous recommandons de réaliser un lambeau d'accès qui permet de pratiquer l'extraction en surveillant l'intégrité de la table osseuse vestibulaire.

Il est évident que le recours à l'alvéolectomie constitue une contre indication formelle de la mise en place immédiate de l'implant.

Des élévateurs à lame souple de type « luxator » sont particulièrement efficaces pour réaliser l'exérèse de fragments radiculaires ou d'apex fracturés.

Un nouvel outil dénommé « easy extract system » (photo 9) dont le fonctionnement s'apparente à celui de l'extracteur de Gonon permet de réaliser des extractions de racines de façon atraumatique.

Un curetage minutieux de l'alvéole doit être réalisé avant d'entreprendre la séquence de forage.

Le forage doit permettre l'insertion de l'implant en respectant l'intégrité de la table osseuse vestibulaire qui est le garant du succès esthétique de la restauration prothétique.

Le premier forage est réalisé avec un foret de 1,2mm avec un point de pénétration légèrement plus palatin que l'apex anatomique dans un axe parallèle au mur palatin de l'alvéole.

En effet, le positionnement de l'implant doit se situer à distance de la table osseuse vestibulaire.

On passe ensuite le foret pilote de 2mm puis les forets de diamètre croissant. Nous recommandons de s'arrêter à un diamètre de forage permettant le respect de la table osseuse vestibulaire et des racines des dents naturelles adjacentes, en gardant à l'esprit que l'implant vissé a un diamètre supérieur à celui du dernier foret.

Enfin il est vivement recommandé d'attendre que le site implantaire soit rempli de sang avant de commencer le vissage de l'implant.

Ce vissage doit procurer une totale immobilité de l'implant. C'est la stabilité primaire de l'implant.

Si l'on utilise la technique en 2 temps, avec mise en charge différée, on met en place la vis de couverture et le lambeau est remis en place et suturé.

Cette technique permet un taux de succès supérieur à la technique classique de mise en place dans un site édenté cicatrisé.

Les avantages de la mise en place immédiate d'un implant dans un site d'extraction sont très nombreux. Cette technique chirurgicale permet en effet :

- d'éviter ou de limiter la résorption post-extractionnelle et de disposer dans la majorité des cas du volume osseux nécessaire pour mettre en place un implant et d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant- surtout au niveau antérieur au maxillaire- en situant la zone cervicale d'émergence de l'implant au même niveau que celle des dents adjacentes, évitant ainsi le syndrome de "dent longue";
- de mettre en place un implant dans une zone de faible volume osseux où la résorption prévisible de la crête après extraction et cicatrisation constituerait une contre-indication ;
- d'éviter le forage de la corticale osseuse qui est l'acte qui génère le plus de dégagement de chaleur;
- de simplifier grandement la technique chirurgicale de mise en place puisque, après l'extraction, qui reste selon nous le point crucial, il ne reste qu'à calibrer la zone apicale de l'alvéole existant en disposant d'une aide précieuse sur la direction de forage;
- d'augmenter la longueur utile de l'implant, sa surface de contact avec l'os, donc d'améliorer sa rétention et sa stabilité;
- de placer l'implant dans une situation très proche de celle de la racine naturelle, ce qui constitue un avantage fonctionnel et esthétique;
- de constituer une solution de choix dans le traitement de l'expulsion traumatique ou de rhyzalyse terminale de dent lactéale avec agénésie de la dent permanente;
- de conserver le plus souvent la gencive attachée qui existait autour de la dent naturelle;
- de combiner la cicatrisation post-extractionnelle avec la phase de cicatrisation osseuse autour de l'implant (mise en nourrice), ce qui réduit de moitié le temps pendant lequel le patient doit porter une prothèse provisoire amovible.

Cette technique semble entraîner une cicatrisation osseuse plus rapide qui pourrait s'expliquer par la vascularisation provoquée par l'extraction, l'ouverture des espaces médullaires et le moindre échauffement de forage. Elle apporte enfin un avantage psychologique par remplacement immédiat d'une dent perdue, en n'allongeant pas inutilement la durée globale du traitement.

Si l'indication est bien posée, la simplicité de la technique de mise en place immédiate d'un implant dans un site d'extraction doit faire envisager cette éventualité face à une indication d'extraction en pratique quotidienne.

Les avantages que nous avons décrits et les résultats positifs obtenus plaident en faveur de cette technique.

La mise en place immédiate d'un implant après extraction, constitue une technique chirurgicale de pointe de chirurgie reconstructrice pour obtenir un environnement osseux favorable autour d'un implant stable avec un excellent pronostic.

L'extraction qui représente l'acte chirurgical témoin de l'échec des traitements conservateurs, peut ainsi, grâce à cette technique, constituer un acte chirurgical positif de chirurgie reconstructrice dans des conditions de sécurité et de pronostic satisfaisantes. Cette attitude thérapeutique de mise en place immédiate d'une racine artificielle compense généralement pour le patient concerné l'aspect psychologique négatif de l'extraction.

Légendes Photos

1. Incisive latérale temporaire mobile
2. Mise en place de l'implant en avec lambeau
3. 2^{ème} temps opératoire, vis de cicatrisation
4. Mise en place du guide de transfert de faux moignon
5. Serrage de la vis du faux moignon avec la clé dynamométrique
6. Couronne céramo métallique scellée
7. Sourire de la patiente
8. Contrôle 2 ans post opératoire
9. Easy extract system



