

L'étendue de la perte de tissus au stade initial du traitement est un facteur critique. Ainsi, lors d'une perte importante des tissus de soutien, il est très difficile de réaliser une restauration implanto-portée qui remonte dans la zone interproximale. Le résultat esthétique ne peut être que décevant comme on peut le constater sur ce premier cas clinique (fig.1 à 5).

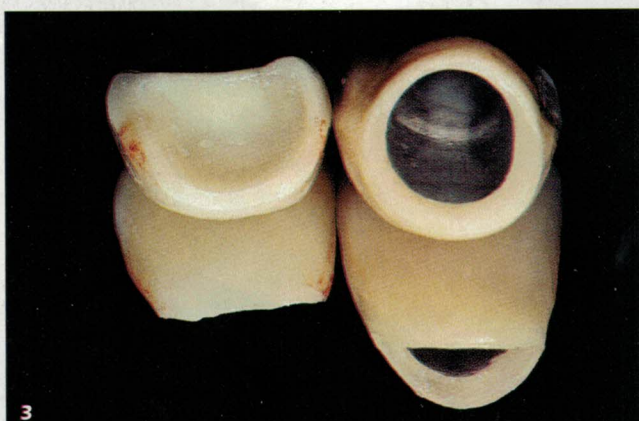
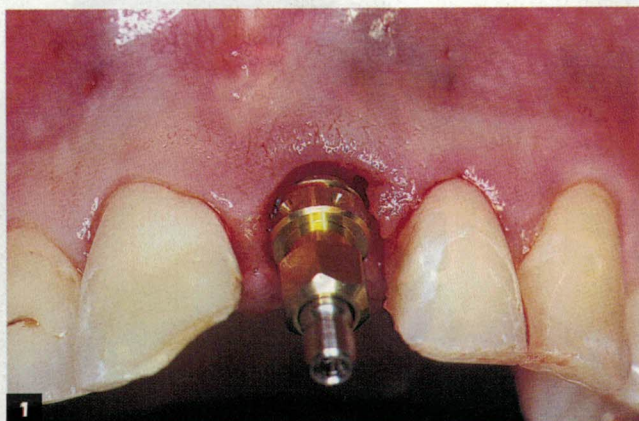


Fig. 1 - Suite à une fracture accidentelle de l'incisive centrale gauche, on constate une fracture osseuse importante et on remarque une gencive peu épaisse. 1er temps opératoire : pose d'un implant Stéri-Oss, Replaces de 15 mm de longueur.

Chirurgie : Docteur André Saadoun

Fig. 2 - Mise en place d'un pilier céramique et préparation d'une facette sur 11

Fig. 3 et 4 - Elaboration d'une facette céramique sur 11 et d'une couronne céramo-métallique à armature réduite sur 21. Laboratoire Michel Magne, Montreux

Fig. 5 - vue clinique une semaine après la pose. En dépit du talent du céramiste, le résultat clinique n'est qu'un compromis. La chirurgie osseuse n'a pas réussi à reconstituer un volume osseux et un état gingival indispensable à une restauration harmonieuse



Lorsque le niveau osseux est acceptable, il y a cependant un décalage entre la forme des racines et celle des implants. Les implants présentent un col plat qui ne favorise pas la recréation d'un feston gingival. Il faut envisager un guidage par pression des tissus mous pendant les phases de maturation de la gencive. On effectue ce traitement parodontal et prothétique avec des piliers anatomiques spécialement confectionnés et des couronnes provisoires qui sont rebasées et qui augmentent progressivement le profil d'émergence de la restauration.

Le cas clinique présenté est un exemple de guidage tissulaire péri-implantaire : (fig. 1 à 19)

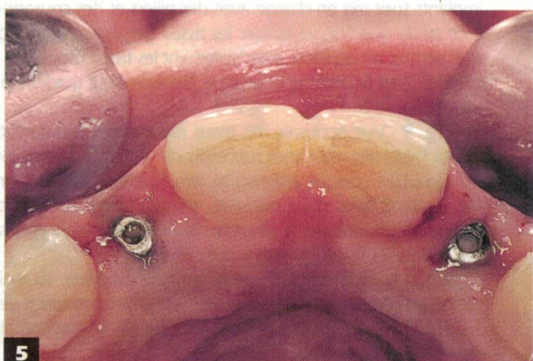
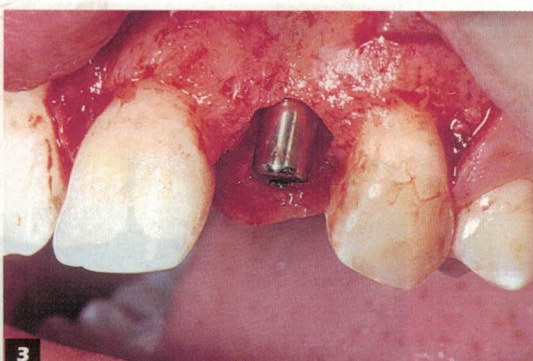
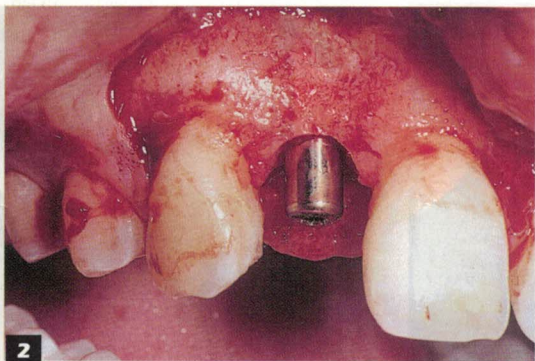
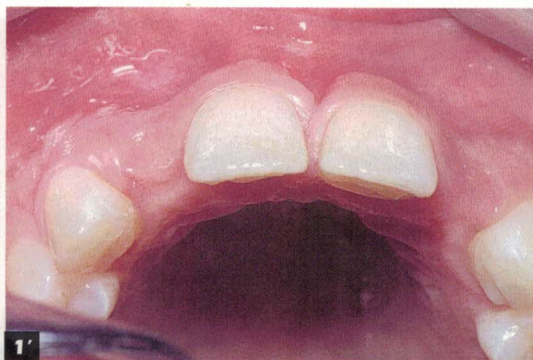
Les phases implantaire ont été effectuées par le Dr Philippe Khayat et les étapes de laboratoire par M. Jean-Marc Etienne.

Fig.1 et 1' - Une jeune femme de 20 ans présente une agénésie des 2 incisives latérales maxillaires et refuse tout traitement invasif sur ses dents intactes. Une reconstruction prothétique supra-implantaire est recommandée vu que la perte osseuse est modérée au niveau de chaque crête édentée

Fig. 2 et 3 - Deux implants screw-vent de 3,7 mm de diamètre et de 16 mm de longueur sont mis en place après avoir réalisé sur la crête osseuse un léger feston qui préfigure l'anatomie gingivale. Dans le même temps l'implantologiste pose les coiffes de cicatrisations (THC /3) pour favoriser une maturation immédiate et plus anatomique de la gencive au-dessus du col de l'implant. Chirurgie : Docteur Philippe Khayat

Fig. 4 - Dans la même séance, des coiffes provisoires sont collées sur les dents collatérales sans préparation tissulaire. Noter l'absence de contact entre les vis de cicatrisation et les couronnes provisoires

Fig. 5 - Vue occlusale des piliers de cicatrisation implantaire. Notez la différence entre le volume et la forme cylindrique de l'implant en comparaison avec le contour ovalaire des dents naturelles. Il y a un décalage important qu'il faudra rattraper avec le pilier supra-implantaire et les provisoires



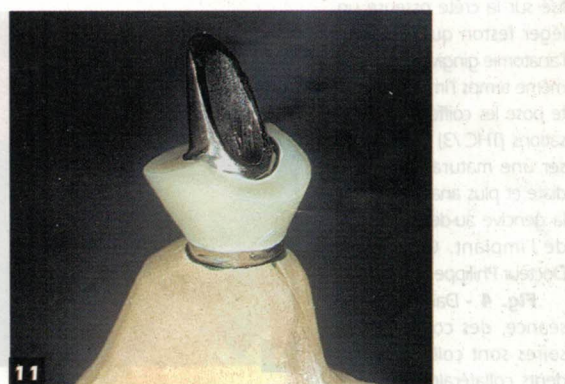
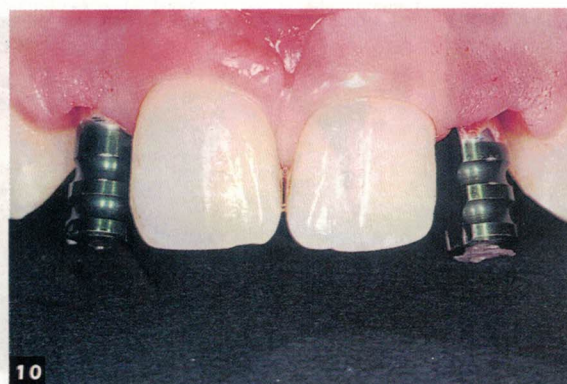
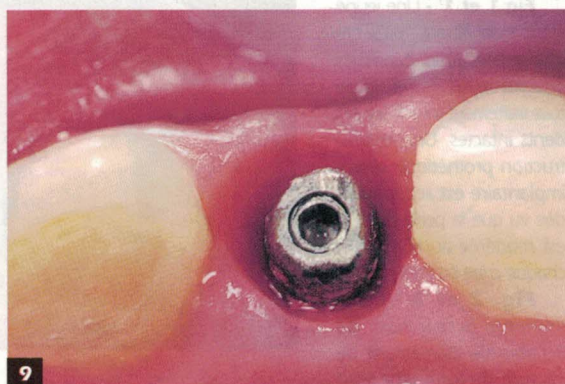
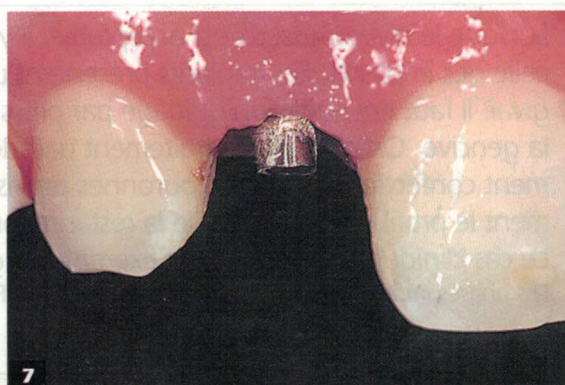
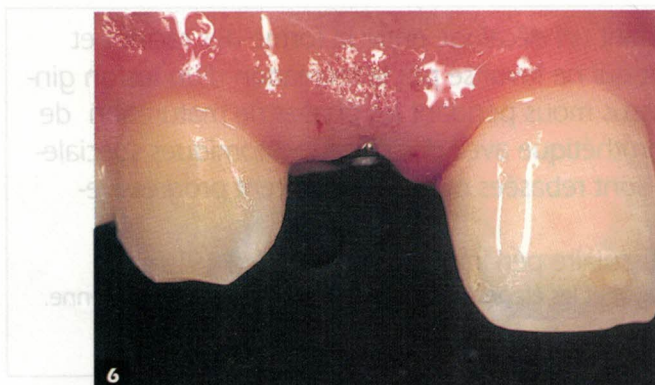


Fig. 6 - Après une période de 6 mois nécessaire à l'ostéo-intégration, les implants sont mis en charge avec des piliers et des couronnes provisoires. C'est à ce stade que l'on va guider les tissus gingivaux. Noter ici l'excès de gencive qui permet de déplacer plus facilement les tissus mous

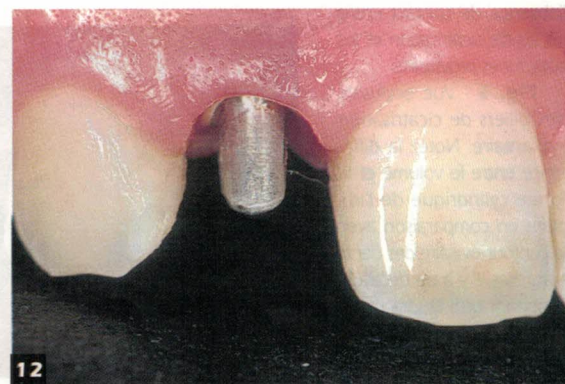
Fig. 7 et 8 - Pilier et couronne provisoire qui guident la gencive. Comparer avec la figure 6

Fig. 9 - Vue occlusale des tissus mous après augmentation du contour cervical à l'aide des rebasages successifs de la restauration provisoire

Fig. 10 - Lorsque l'harmonie gingivale est restituée, on prend l'empreinte des implants avec deux transferts d'implants qui sont au préalable meulés en cervical pour diminuer le diamètre dans la zone sous-gingivale de manière à ne pas repousser la gencive dans cette région

Fig. 11 - Inlay-core à base céramique. La partie sous-gingivale du pilier est réalisée en céramique pour améliorer les qualités optiques de la restauration

Fig. 12 - L'inlay-core céramisé est essayé en bouche. Il maintient correctement les tissus gingivaux



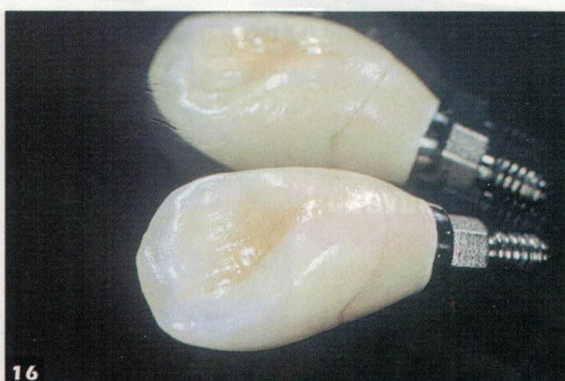
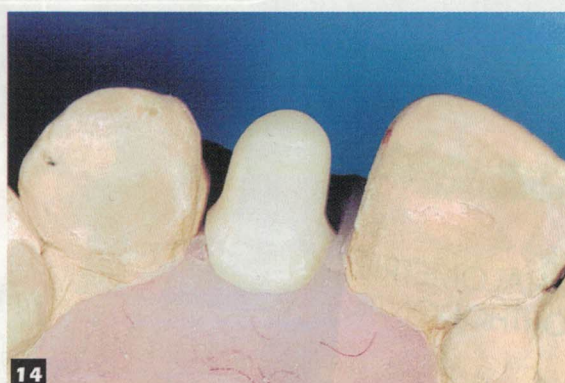
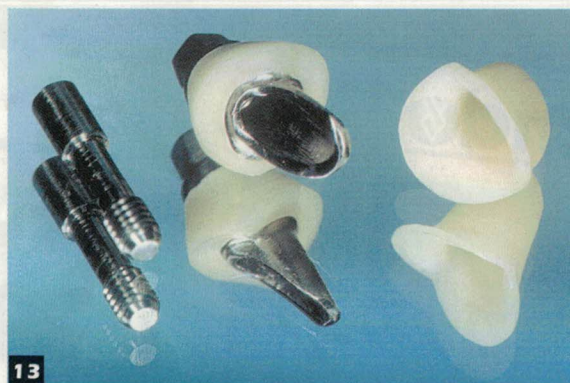


Fig. 13 et 14 - Sur l'inlay-core, on réalise une chappe Procéra (Nobel Biocare)

Fig. 15 - Une empreinte effectuée à l'essayage du biscuit permet au prothésiste de régler le profil d'émergence sur un autre modèle. Noter la forme de contour des tissus obtenus avec le pilier anatomique. On est très proche de celui des dents naturelles collatérales

Fig. 16 - Adaptation de la couronne céramique et de l'inlay-core

Fig. 17 et 18 - Vue clinique immédiate après la pose des prothèses définitives supra-implantaires. L'harmonie des papilles interdentaires a été recréée

Fig. 19 - Vue du secteur antérieur, immédiatement après la pose

