

d'affirmer que la hauteur de muqueuse kératinisée péri-implantaire influence le pronostic des implants ostéo-intégrés (Shou, 1992). Des études rétrospectives à long terme ont montré que la présence de tissus kératinisés n'était pas nécessaire au maintien des implants en fonction (Adel, 1981 ; Albrektsson, 1986) et la quantité de gencive n'influence pas l'état de santé gingival péri-implantaire si l'hygiène est parfaitement contrôlée (Freedman, 1999). Mais on note toutefois un intérêt croissant pour cette muqueuse. Le protocole de la gingivite expérimentale a été repris pour confirmer le rôle étiologique de la plaque bactérienne dans l'altération des tissus mous péri-implantaires (Pontoriero, 1994) et Giovannoli (1999) a montré que la hauteur de muqueuse kératinisée facilite le contrôle de plaque, favorise le maintien d'une bonne santé tissulaire et d'une stabilité tissulaire dans le temps. Pour aménager les tissus péri-implantaires, une augmentation de muqueuse kératinisée peut être entreprise avant ou après la chirurgie implantaire par deux types d'interventions : le lambeau déplacé apicalement au maxillaire et la greffe gingivale épithélio-conjonctive associée à une vestibuloplastie à la mandibule.

Le premier cas clinique illustre en pré-implantaire la réalisation d'un lambeau déplacé apicalement. Suite à une incision principale palatine et deux incisions de décharge en mésial et distal de la zone à aménager, un lambeau d'épaisseur partielle est disséqué. Ce lambeau libéré de ses attaches est replacé apicalement et suturé au périoste sous-jacent. La cicatrisation intervient par seconde intention par création de muqueuse kératinisée au niveau de la zone cruentée. Dans ce cas, les problèmes repré-

sentés par une crête flottante et une contre-dépouille osseuse vestibulaire ont pu être traités dans le respect du tissu osseux.

Cette technique peut également être employée au cours d'un deuxième temps chirurgical implantaire comme le montre le deuxième cas clinique.

À la mandibule, où la rétention d'une prothèse transitoire est aléatoire et la force musculaire des muscles mentonniers importante, le maintien du résultat impose de coupler au lambeau déplacé apicalement une greffe épithélio-conjonctive à prélèvement palatin ou crestal. L'intervention débute comme la précédente par la réalisation d'un « lit » périosté symphysaire avec suture du lambeau en apical à la lèvre. Le prélèvement de tissu est ensuite réalisé : il peut être double, de chaque côté de la voûte palatine, ou simple en cas de prélèvement crestal (un cas clinique illustre chaque alternative). Ce prélèvement est placé sur le site aménagé et fortement maintenu en place par les sutures.

La convergence d'intérêts prothétique et implantaire envers la muqueuse kératinisée est réelle, en particulier en prothèse complète supra-implantaire, du fait de l'immobilité nécessaire de la prothèse pour les procédures d'hygiène qui doivent rester efficaces malgré le vieillissement des patients.

Nom et adresse du conférencier

JOUVENEUX Cédric
10 bis, Rue H. Rech
34090 Montpellier
cjouveneaux@yahoo.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 10, n° 2
2004

page 119

Utilisation des sinus-ostéotomes dans la région maxillaire postérieure

Nedir R^{*/**}, Bischof M^{*/**}, Samson J^{*}

^{*} Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

^{**} CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

Dans la région maxillaire postérieure, la hauteur osseuse est souvent le facteur limitant pour la pose d'implants. La hauteur minimale d'os nécessaire est sujette à controverse et varie entre 8mm (Van den bergh et coll, 1998) et 5 mm (Cordioli et coll, 2001). En présence d'une hauteur disponible insuffisante, deux techniques peuvent être proposées : le sinus lift et les ostéotomes de Summers (Summers et coll, 1994). La première apporte des résultats satisfaisants quelque soit la hauteur osseuse résiduelle, mais elle nécessite l'utilisation de matériaux pour le comblement sinusien (greffons iliaques ou intrabuccaux ou pariétaux principalement, matériaux exogènes). Le délai d'attente recommandé avant la mise en charge implantaire varie entre 9 et 18 mois. La technique de Summers à l'aide des sinus-ostéotomes est moins invasive, elle nécessite uniquement un abord crestal. Toutefois, les indications, l'utilité des matériaux de comblement, et les délais de mise en charge sont mal définis.

Chez 14 patients, 21 implants ITI® SLA de longueur inférieure ou égale à 10 mm ont été posés dans la région maxillaire postérieure, en utilisant les sinus-ostéotomes ITI®. Les implants sont prévus pour supporter une réhabilitation prothétique fixe. Radiologiquement, l'extrémité apicale de l'implant dépasse de 3 mm ou plus dans le sinus maxillaire et l'ancrage osseux est inférieur ou égal à 5mm sur au moins une des 2 faces proximales. Le but de cette étude est d'évaluer la résistance à l'application d'un couple de serrage de 35 Ncm trois mois après la pose, et le gain osseux endosinusien observé sur des radiographies rétroalvéolaires.

La corticale crestale occlusale est perforée avec une fraise boule de 3,5 mm de diamètre, l'os spongieux est fraisé jusqu'à 1 mm du plancher sinusien. La hauteur osseuse est évaluée d'après les mesures faites sur les clichés radiographiques et la perception tactile de la densité. Avec les ostéotomes de diamètre 2,8 mm puis de 3,5 mm, la corticale sinusienne est fracturée à l'aide d'un maillet.

L'ostéotome est enfoncé en endo-sinusien à la profondeur de l'implant à poser, l'intégrité de la muqueuse sinusienne est alors évaluée à l'aide du guide chirurgical. L'implant d'une longueur de 6 à 10 mm est vissé, sans taraudage préalable. Aucun matériau de comblement n'est utilisé. Les implants doivent être cliniquement stables et non enfouis.

Un implant posé dans 1 mm d'os avec une légère mobilité lors de la pose, a été déposé après 4 semaines, en raison de sa mobilité persistante et de son égression. A 3 mois, tous les autres implants ont supporté le serrage à 35 Ncm, et ils ont pu être mis en charge. Un cas de perforation de la membrane sinusienne a été noté lors de la pose, elle fut sans influence sur la suite du traitement. A 3 mois, radiologiquement, le gain osseux intra-sinusien

n'est pas statistiquement significatif chez ce groupe de patients.

Dans la région maxillaire postérieure, en présence d'une hauteur inférieure à 5 mm, mais supérieure à 2 mm, l'utilisation des sinus-ostéotomes sans matériau de comblement sinusien permet d'assurer une stabilité primaire des implants. Après 3 mois, les implants supportent un couple de serrage de 35Ncm et une mise en charge prothétique.

Nom et adresse du conférencier

NEDIR Rabah
CdR Clinique Dentaire SA
3 rue du Collège
CH-1800 Vevey
rabah.nedir@medecine.unige.ch

Réduction du « temps de cicatrisation » et nouvelles propositions de mise en charge

Lê A, Bravetti P, Perrot G

Département de chirurgie buccale - Service d'odontologie CHU Nancy

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 10, N° 2
2004

page 120

Les techniques d'ostéointégration se résument à ce jour sous l'angle de deux concepts : une méthode enfouie (Ecole suédoise – Brånemark) et une méthode non enfouie (Ecole suisse – Schröder). Ce sont des solutions fiables et prévisibles pour la prise en charge de l'édentement ; cependant, la période imposée entre l'insertion des implants et la mise en œuvre de la prothèse d'usage, reste une des contraintes de la solution implantaire.

La stabilité implantaire à l'insertion, facteur clé, est un élément primordial à maîtriser. Depuis plus de 20 ans, de nombreuses modifications, basées sur des constats cliniques et expérimentaux, ont été apportées aux protocoles initiaux :
– Les techniques chirurgicales ont été optimisées, l'objectif étant la « maîtrise » du site receveur (optimisation de la cicatrisation et stabilité initiale) (Friberg, Malò, Skalak et Zhao) ;
– Les implants ont évolué sur le plan technologique, morphologique et textural (Rompen, Skalak et Zhao) ;
– Les modalités d'évaluation de la qualité et quantité osseuse ainsi que de la stabilité implantaire se sont « affinées » (Sennerby, Meredith).

D'autre part, Friberg et coll. (1999) constatent les faits suivants : tout se passe comme si les implants s'orientaient vers un niveau semblable de stabilité secondaire quelque soit le niveau de stabilité primaire (Sennerby et Meredith, 1999) et la densité osseuse. De plus, la stabilité des implants mandibulaires n'augmente pas au cours de la période habituelle de cicatrisation, ce qui remet en cause la technique d'implantation en deux temps en présence d'os dense. La mise en charge immédiate, dans cette situation, semble constituer une alternative fiable. La zone symphysaire, considérée comme une zone de sécurité en technique classique, constitue un champ d'exploitation pour des tentatives de mise en charge immédiate. Dans un os moins dense, les périodes de

cicatrisation doivent être prolongées, si la stabilité primaire ne peut être optimisée.

Les protocoles chirurgicaux ont été adaptés pour optimiser la stabilité implantaire lorsque le praticien est confronté à un tissu osseux de faible densité. Ces aménagements semblent également présenter un intérêt dans les protocoles de mise en charge rapide.

Le premier consensus sur ce sujet s'est déroulé en 2002 (Aparicio et coll, 2003) :

- un implant est mis en charge de manière immédiate lorsque la prothèse d'usage ou transitoire est placée le jour même de l'insertion de l'implant ;
 - un implant est mis en charge de manière précoce lorsque la période de cicatrisation est plus courte (< à 3 ou 6 mois).
- Un grand nombre de protocoles ont été proposés et certains sont considérés comme suffisamment fiables (Aparicio et coll. 2003) :
- prothèses complètes fixées et prothèses adjointes supra-implantaires mandibulaires : implants placés dans des sites cicatrisés et mis en charge de manière immédiate ou précoce ;
 - édentements unitaires et de petites étendues, dans les zones esthétiques : provisoires placées en sous-occlusion. Par contre, la mise en charge immédiate/précoce, en occlusion ou non, dans d'autres secteurs est en cours de développement et est considérée comme un facteur de risque.

Nom et adresse du conférencier

LÊ Audrey
Département de Chirurgie Buccale
1, rue du Dr Heydenreich
54000 Nancy
audreyle1@free.fr