

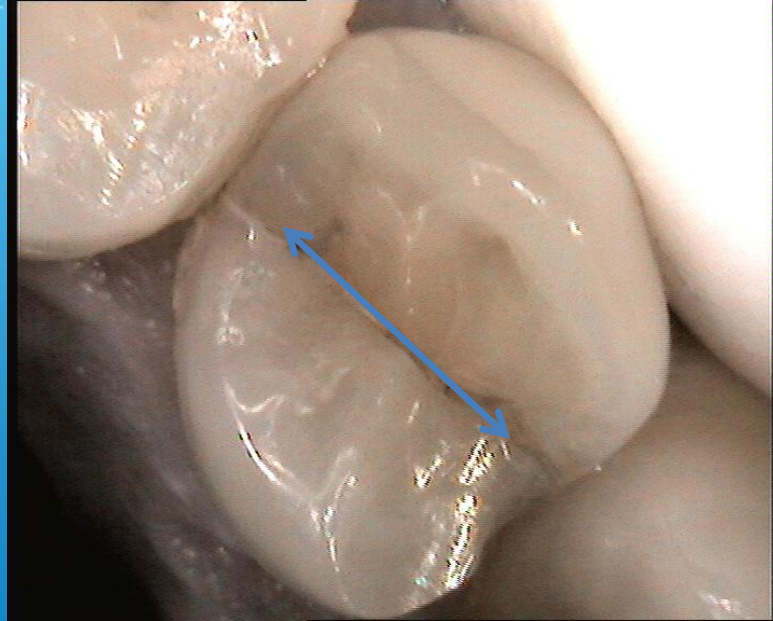
Homework

Network

# Cas Clinique :

Extraction et Implantation  
Immédiate d'une prémolaire  
maxillaire



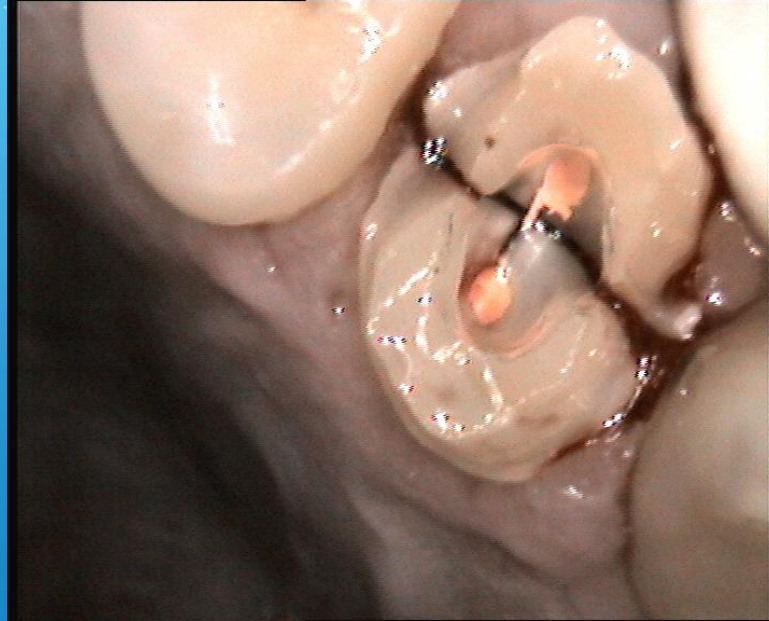


- Douleurs à la pression, test thermique positif, aucun antécédents thérapeutiques ou traumatiques
- Une sonde placée dans le sillon occlusal exacerbe les douleurs
- Diagnostic probable : fêlure coronaire ou coronoradiculaire



- Traitement initial symptomatique : biopulpectomie
- Options thérapeutiques envisagées :
  - Reconstitution corono-radulaire plastique collée si la fêlure n'est que coronaire avec reconstitution prothétique éventuelle
  - Extraction implantation immédiate (EII) si la fêlure se révèle être une fracture coronaire totale





- Le patient ne pouvant pas poursuivre le traitement sur 3 semaines, décision de réaliser une couronne temporaire de contention
- La préparation périphérique post endodontie met en évidence la fracture coronaire totale



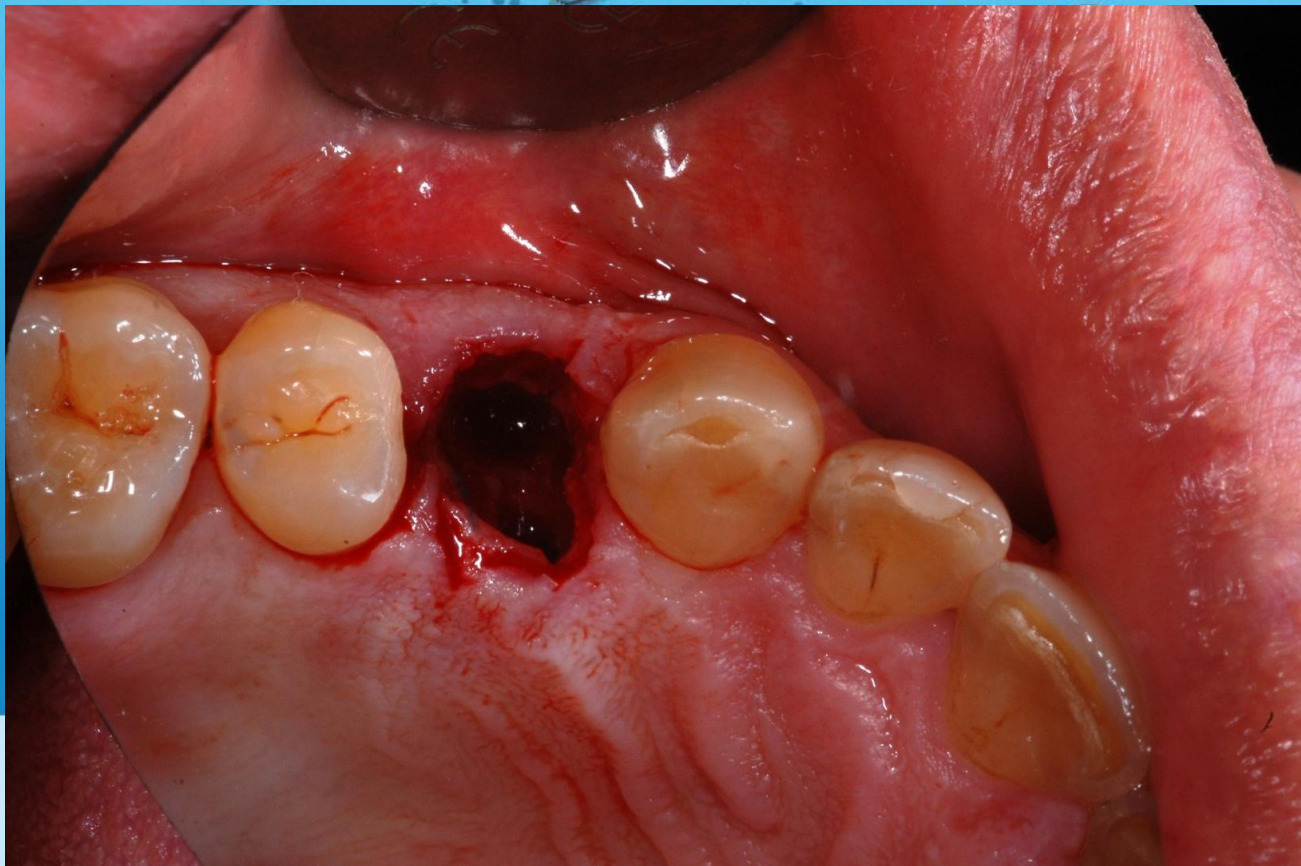
Homework

Network

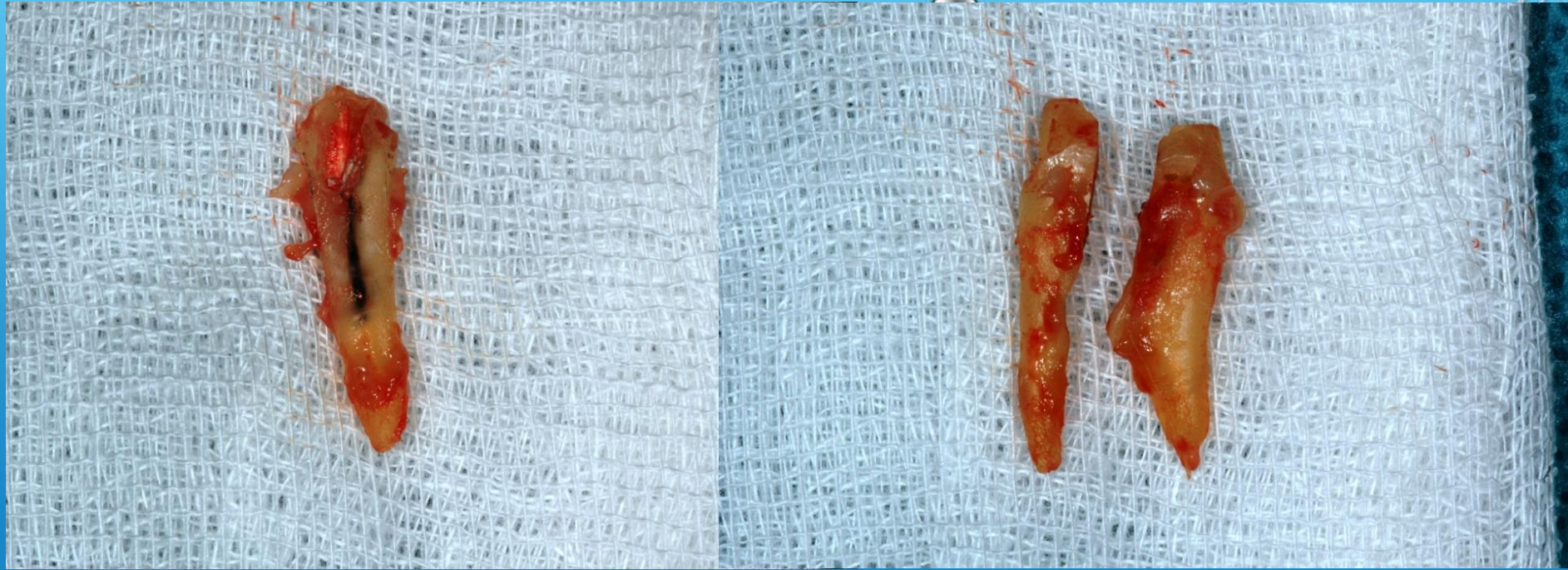




- Le jour de l'extraction : pas d'inflammation des tissus parodontaux, ni de douleurs locales
- Anesthésie locale périapicale, utilisation de periostomes en exploitant la fracture coronaire
- Extraction de la racine vestibulaire puis palatine, sans lambeau ni mobilisation des parois alvéolaires

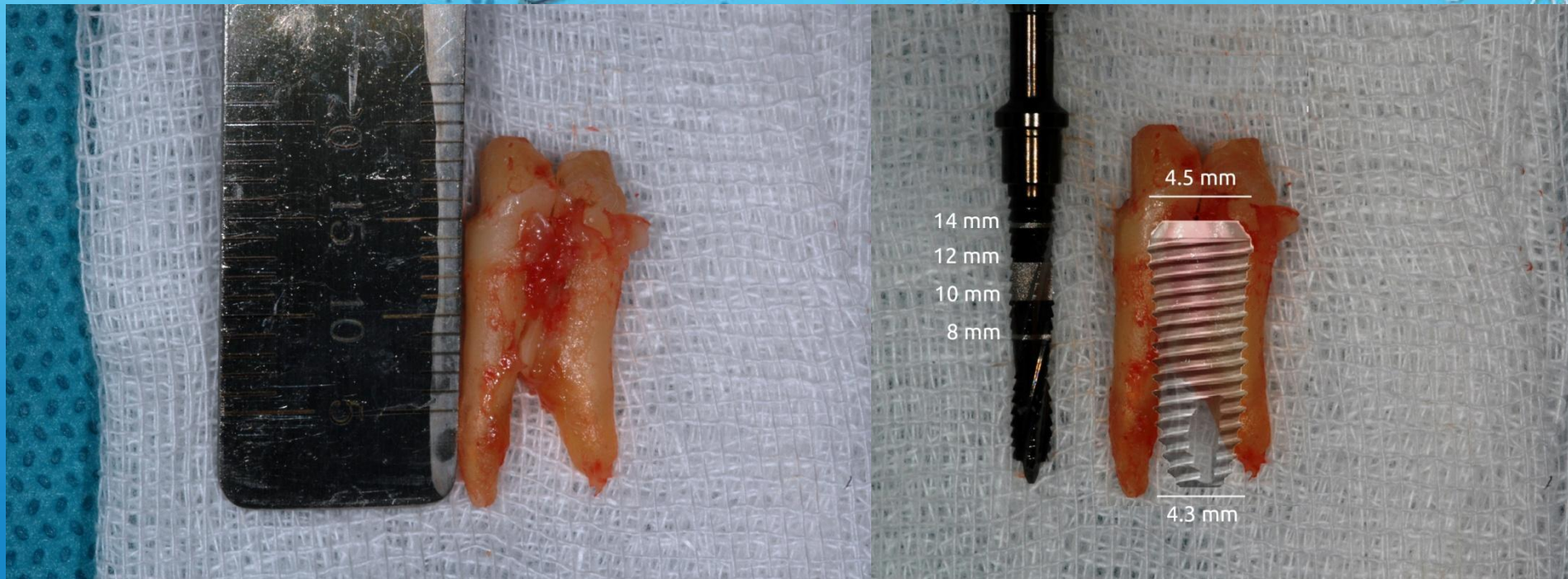




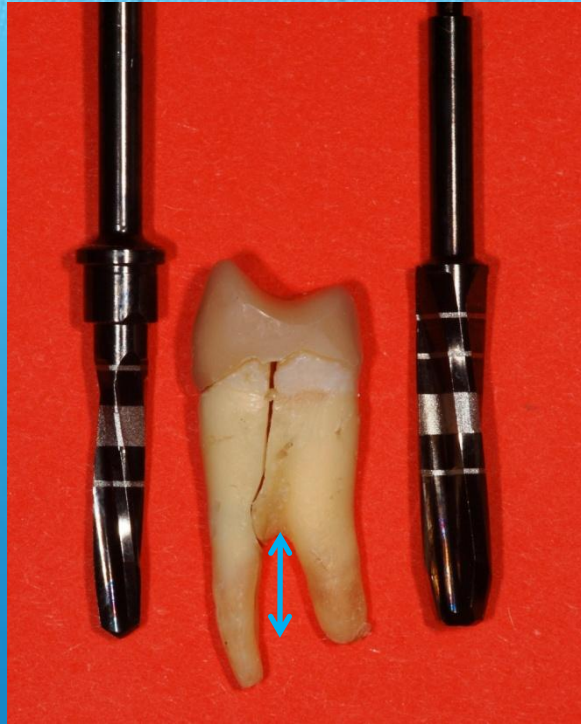


- Les restes radiculaires sont réunis afin de juger de l'anatomie de l'alvéole à exploiter



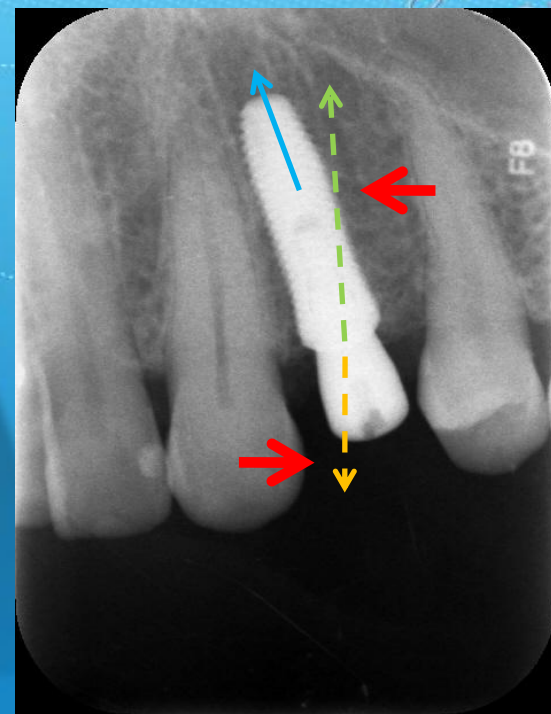


- La planification radiologique pre-extractionnelle nous avait permis de préparer 4 implants Superline (Dentium )
  - Implant de 4.0 mm de diamètre, longueur 12 et 14 mm
  - Implant de 4.5 mm de diamètre, longueur 12 et 14 mm
- Le choix définitif se fera en comparant les grandeurs alvéolaires aux possibilités technique de la gamme

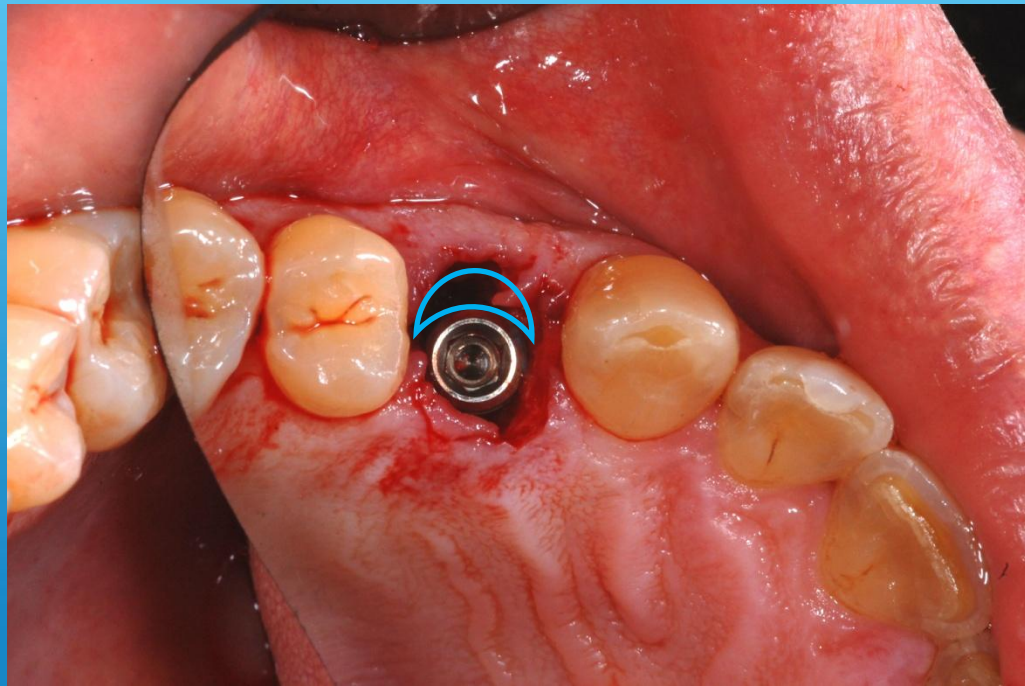


- Le choix implantaire se fera sur un implant Superline 4.5 / 13
- Le diamètre crestal de 4.5 mm permettra un ancrage sans passage du foret d'évasement, à partir de la moitié de la racine le diamètre du foret terminal permettra sa stabilité associé à un ancrage apical intra-osseux : vissage de l'implant à 30 N.cm
- Les repères sur le foret permettront la mise en place de l'implant à -0.5 mm par rapport à la crête osseuse



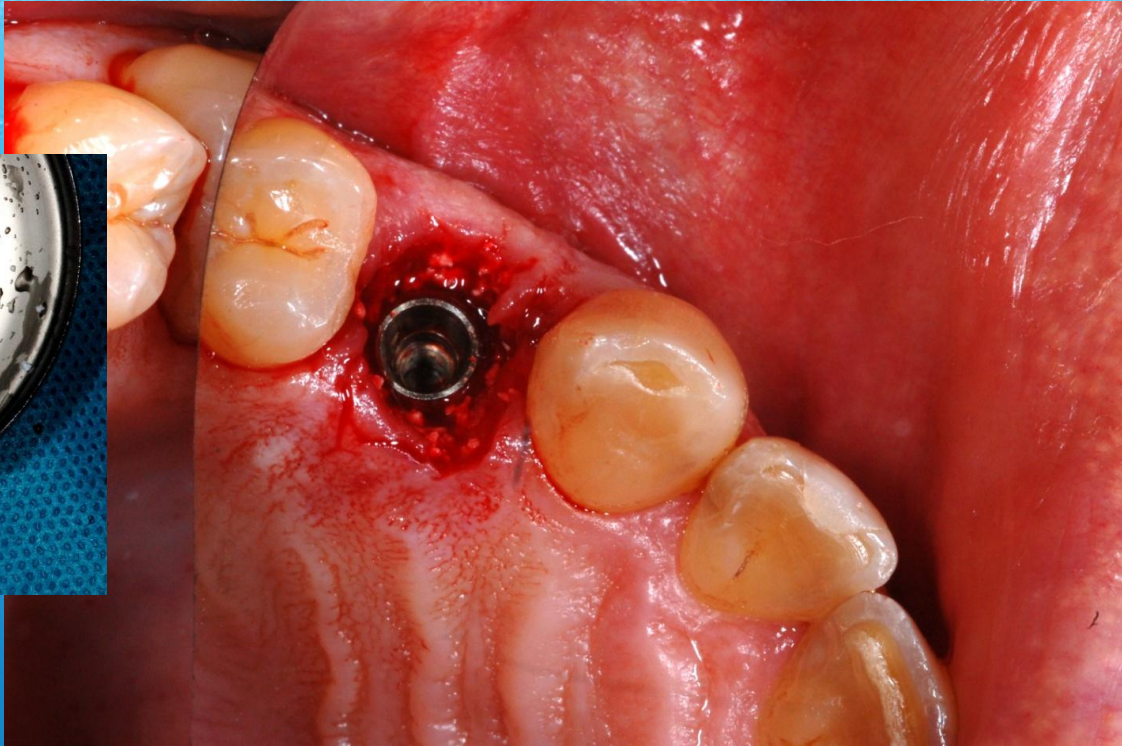


- Le choix de l'axe d'implantation est guidé en partie ou en totalité par l'axe de l'alvéole
- La légère courbure apicale fait rapprocher l'apex de l'implant de l'apex de la 13, sans préjudice pour celle-ci
- Un choix d'axe plus distal aurait permis une plus grande sécurité avec plus de difficulté dans le forage et certainement dans la mise en place du pilier d'empreinte

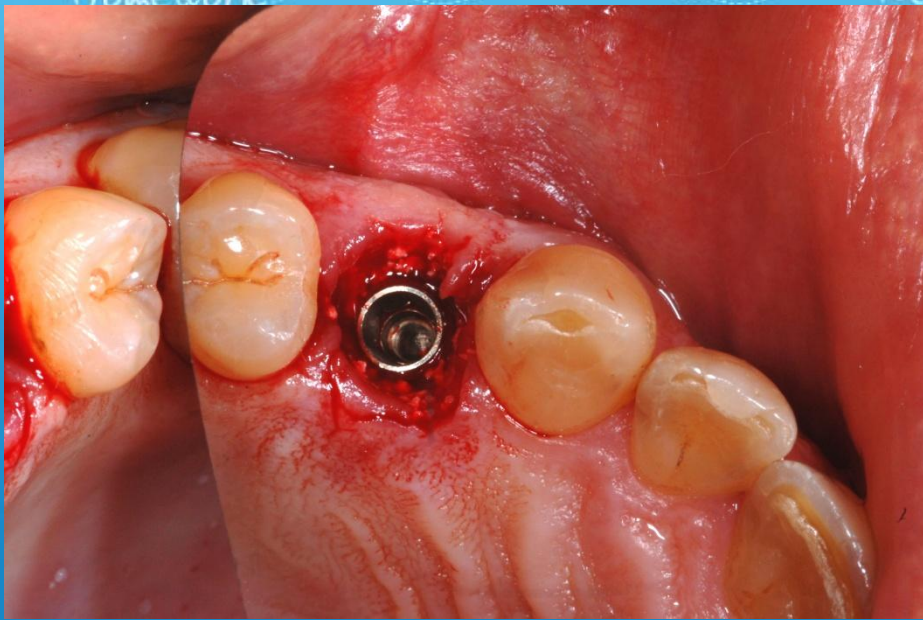


- Le comblement de l'espace résiduel entre l'implant et la paroi osseuse vestibulaire dépend de sa mesure



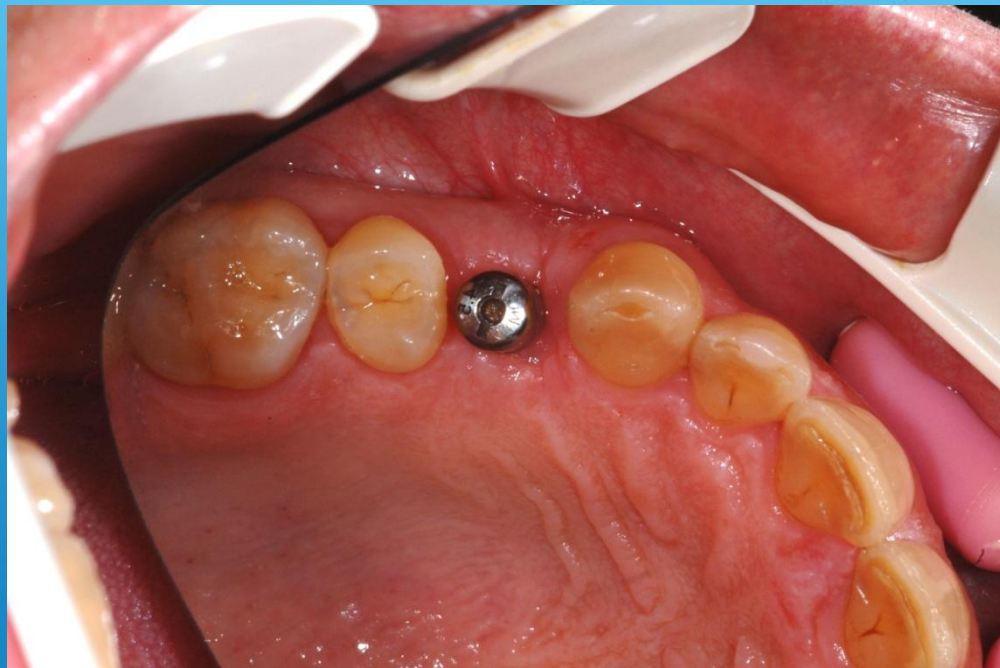


- Un biomatériau Nanobone (hydroxyapatite non ceramisée) est mélangé à de l'os de forage et du sang prélevé dans l'alvéole et comble le 'gap' vestibulaire après mise en place de l'implant



- Deux points de sutures (Supramid 4.0) plaquent la gencive marginale autour du pilier de cicatrisation 4.5 mm M (3.5 mm de hauteur)
- Pilier de cicatrisation vissé à 10 N.cm





- Dépose des sutures à 10 jours
- Délais d'ostéointégration de 3 mois



- Cicatrisation gingivale à 3 mois





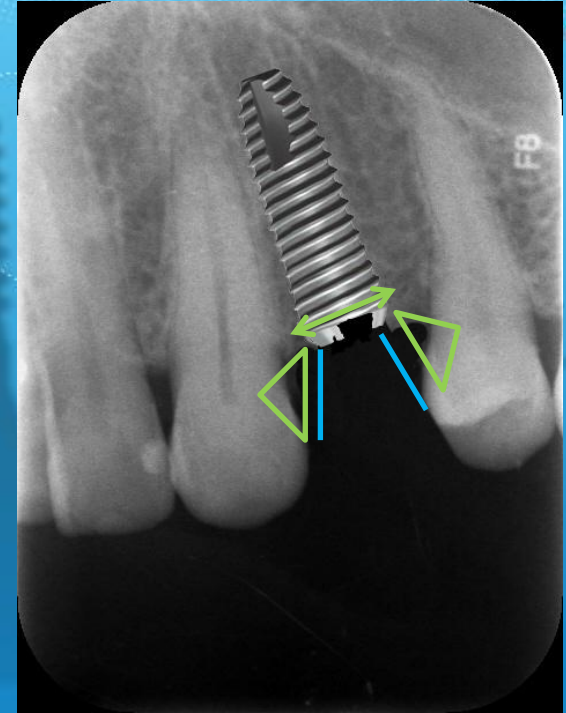
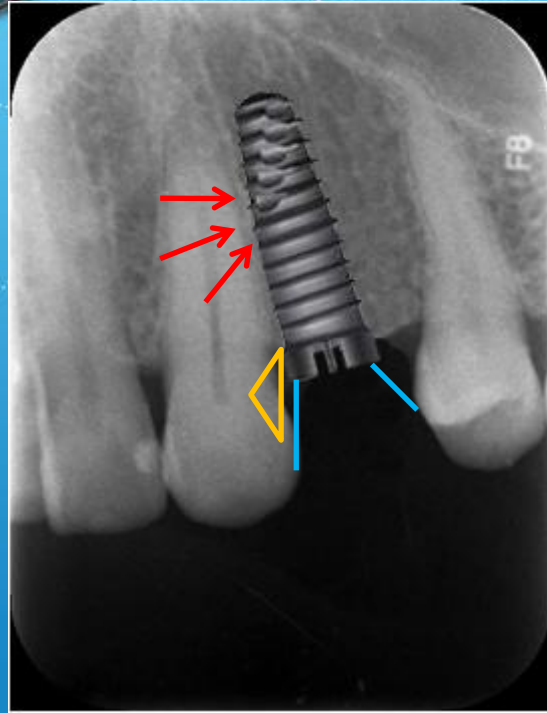
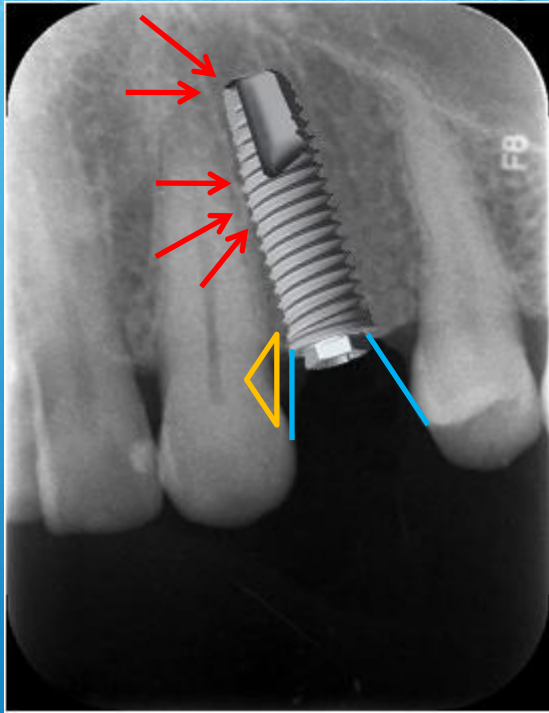
- Dépose du pilier de cicatrisation et appréciation de la cicatrisation muccogingivale
- Grains d'HAP inclus dans la gencive marginale sans inflammation







- Mise en place du pilier d'empreinte snap-on



- Avantages de la morphologie en 'S' de l'implant Superline dans les cas d'EII comparé à un implant cylindrique et cylindro-conique ayant une connectique à plat, liaison interne ou externe.
- Implant cylindrique et cylindro-conique : diminution de l'espace alvéolaire mésial et étroitesse de l'embrasure mésiale
- Profil d'émergence plus simple à gérer pour le Superline (3.6 mm en platform-switching) comparé aux implants à connectiques à plat et meilleur blocage crestal mesio-distal (4.5 mm externe vs 4 mm pour les autres implants)