

Approche multidisciplinaire pour le diagnostic pré-opératoire avant la pose d'un implant

- Sebastian Saba, DDS, Cert.Pro. •
- René Voyer, DMD, M.Sc., Perio. •

Mots clés MeSH : dental implants; jaw/radiography; tomography, x-ray computed

© J Can Dent Assoc 2000; 66:138-9
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

La pose d'implants dentaires est une pratique qui se répand de plus en plus. D'où l'importance pour les membres de la profession de redoubler d'efforts pour s'assurer que l'emplacement prévu pour recevoir l'implant est adéquat. Ainsi, il faudrait toujours confirmer hors de tout doute raisonnable la présence ou l'absence de limitations anatomiques. Cependant, les radiographies bidimensionnelles classiques (radiographies postéro-antérieures, panoramiques)¹ comportent certaines limitations comme outil de diagnostic, car elles ne donnent pas une image en trois dimensions².

Le cas clinique qui est présenté ici vise à montrer l'importance d'un bon diagnostic radiologique durant la phase pré-opératoire du traitement implantaire. En effet, alors que la radiographie panoramique classique indiquait une hauteur osseuse suffisante pour la mise en place d'implants dentaires, le tomodensitogramme effectué par la suite a confirmé l'absence d'une hauteur et d'un volume osseux suffisants³.

Un homme de 60 ans présentait un pont d'or à trois unités défaillant, sur les dents 35 à 37 (III. 1). Le pilier distal était une dent à pulpe non vivante, avec perte d'attache sur la surface distale et atteinte des furcations. Cette défaillance était due à une fracture radiculaire au milieu de la zone des furcations. Le patient disait être intéressé par une prothèse fixe implanto-portée, pour remplacer les dents manquantes 36 et 37.

Diagnostic pré-opératoire

Le plan de traitement proposé pour le remplacement des dents 36 et 37 prévoyait la mise en place d'une prothèse fixe à deux unités, prenant appui sur deux implants dentaires. Des modèles d'étude des deux arcades dentaires ont été fabriqués et montés sur un articulateur semi-réglable. L'enregistrement du guide incisif a été fait à l'aide d'une table du guide incisif individuelle. Le profil occlusal de départ a été enregistré, et un modèle en cire a été fabriqué

pour établir le profil d'excursion et diagnostiquer toute pathologie occlusale existante, au cas où certaines limitations occlusales devraient être corrigées pour éviter de compliquer la conception de la prothèse et l'osséointégration de l'implant.

Une radiographie panoramique (III. 2) a été prise après l'extraction de la dent 37, puis trois à quatre mois plus tard. La radiographie panoramique indiquait que la hauteur verticale osseuse était suffisante pour la mise en place de deux implants dentaires, et la position du canal alvéolaire inférieur ne présentait aucune contre-indication à l'étape chirurgicale de l'implantation. Sur le plan clinique, la crête édentée semblait être d'une largeur, d'une hauteur et d'un volume suffisants. Afin de confirmer nos observations cliniques et les résultats des examens radiographiques bidimensionnels précédents, nous avons utilisé un indice radiographique (dispositif de rétention) avec marqueurs radio-opaques indiquant l'emplacement idéal des deux implants dentaires et un tomodensitogramme (III. 3).

Le tomodensitogramme avec marqueurs radio-opaques a clairement indiqué (III. 4) que la zone de contre-dépouille sous la ligne oblique interne (point d'attache du muscle mylo-hyoïdien) était suffisamment importante pour contredire les observations radiographiques et cliniques antérieures. Cette preuve radiologique additionnelle a permis de prouver que la hauteur et le volume osseux étaient insuffisants pour assurer la mise en place efficace de deux implants dentaires.

Conclusion

Un diagnostic pré-opératoire exhaustif et complet est essentiel au succès de tout traitement implantaire. Le dentiste restaurateur, le parodontiste et le radiologiste dentaire forment une équipe multidisciplinaire pour le diagnostic et le traitement de telles conditions. Dans le cas présenté ici, la radiographie tridimensionnelle, combinée à l'évaluation restauratrice et parodontale, est venue confirmer les limites anatomiques de l'emplacement proposé pour la chirurgie et a ainsi aidé à prévenir des traitements et des complications inutiles. ♦



Vue intrabuccale du pilier distal défaillant.



Illustration 2 : Radiographie panoramique.

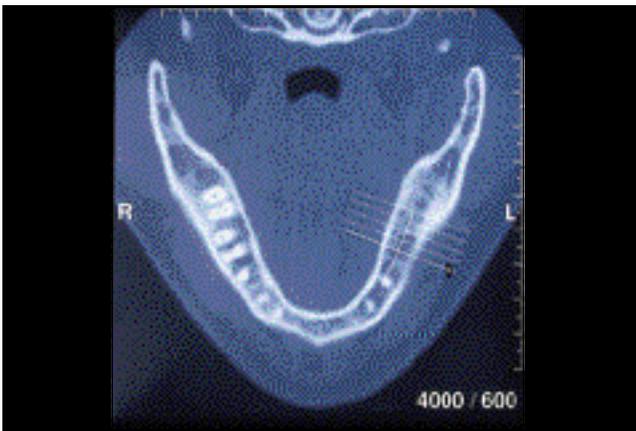


Illustration 3 : Tomodensitogramme de l'arc mandibulaire.

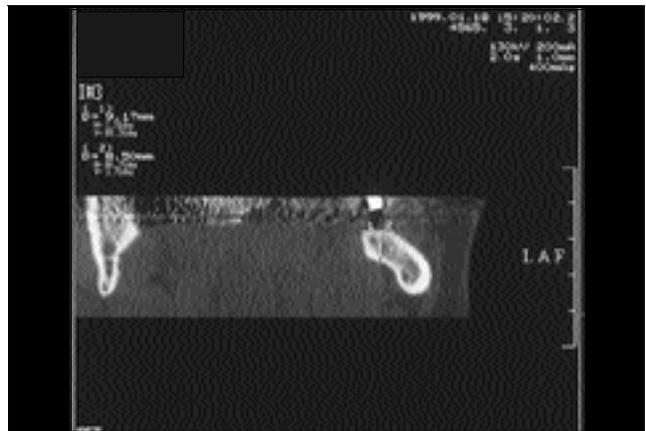


Illustration 4 : Tomodensitogramme présentant une coupe transversale de l'emplacement proposé pour l'implant.

Dufresne (technicien en radiologie) et le Dr Denis Forest (radiologiste dentaire) pour leur contribution.

Le Dr Saba exerce dans un cabinet privé et est spécialisé dans la pose d'implants et de prothèses.

Le Dr Voyer est professeur adjoint au Département de parodontie de l'Université de Montréal.

Écrire au : Dr Sebastian Saba, 3550, Côte des Neiges, bureau 240, Montréal, QC, H3H 1V4

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré.

Références

1. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997; 12:113-7.
2. Packota G.V., J.N. Hoover et B.D. Neufeld. A study of the height of intact alveolar bone on panoramic radiographs of adult patients. *J Prosthet Dent* 1988; 60:504-9.
3. Weinberg L.A. CT scan as a radiologic data base for optimum implant orientation. *J Prosthet Dent* 1993; 69:381-5.

LE CENTRE DE DOCUMENTATION DE L'ADC

Le Centre de documentation de l'ADC a en sa possession d'autres articles sur les implants et d'autres sujets connexes et peut effectuer des recherches documentaires. Pour plus d'information sur les frais et services, les membres de l'ADC peuvent communiquer avec le Centre de documentation par téléphone au 1-800-267-6354, poste 2223 ou au (613) 523-1770, poste 2223, par télécopieur au (613) 523-6574 ou par courriel à info@cda-adc.ca.