

# Images cliniques

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette nouvelle rubrique présente, étape par étape, des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien qui pourrait contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).

## Reconstruction d'un implant sur dent simple dans le maxillaire supérieur antérieur

Morley Rubinoff, DDS, Cert Prosth

Tous veulent se lancer dans la mise en place d'implants. «Rien n'est plus simple, vous dira-t-on. Commencez par la restauration de dents simples – il suffit pour ce faire de visser un pivot et d'y fixer une couronne». En réalité, toutefois, la fabrication d'une couronne sur implant dans la zone esthétique peut être fort complexe. L'appariement des teintes, la gestion des tissus durs et mous, les problèmes causés par la proximité des racines et les considérations liées à l'occlusion (telles qu'un surplomb vertical profond ou les habitudes parafunctionnelles) ne sont que quelques-uns des problèmes auxquels font face les praticiens lors de la préparation d'un implant dans le maxillaire supérieur antérieur.

Le présent article traite de 2 aspects prothétiques importants liés à la mise en place d'implants dentaires dans la zone esthétique. Le premier concerne la gestion des tissus, essentielle pour obtenir un bon résultat esthétique durant la restauration d'un implant sur dent simple. L'adaptation des tissus aide à obtenir un bon profil d'émergence et à maintenir l'aspect naturel des dents. Bien trop souvent, toutefois, les dentistes ne fabriquent pas de couronnes provisoires avant la mise en place de la prothèse finale, et ceci risque de nuire à l'aspect esthétique.

Quant à savoir, deuxièmement, s'il faut opter pour une restauration vissée ou scellée, la position des tissus mous et les aspects liés à l'occlusion influenceront souvent cette décision.

### Description du patient

Notre patiente est une femme de 39 ans sans antécédents médicaux concourants, qui présente une fracture au niveau du pivot radiculaire et du pilier impossible à restaurer (dent 21), avec échec du traitement endodontique. Notons également l'absence de plaque osseuse dans la région buccale, suite à des changements pathologiques.

La phase chirurgicale du traitement a consisté en l'extraction, le débridement et l'augmentation osseuse au moyen d'os de bovins (Bio-Oss, OsteoHealth Co., Shirley [N.Y.]) et d'une membrane barrière (Cytoplast Regentex TXT-200, Osteogenic Biomedical, Lubbock [Texas]). Un implant (implant ITI de Straumann, Institut Straumann AG, Villeret, Suisse) mesurant 4,1 mm de diamètre sur 12 mm de hauteur, avec un col Esthetic Plus de 1,8 mm de hauteur, a été mis en place par voie chirurgicale. La patiente a porté une prothèse partielle amovible durant la période de guérison de 6 mois.

### Gestion des tissus mous

L'os crestal qui entoure l'implant dentaire doit rester au même niveau que l'os adjacent aux dents naturelles, après la chirurgie implantaire. Les tissus mous s'affaissent autour du col du pilier transmuqueux en voie de guérison. La mise en forme des tissus à l'aide d'une couronne provisoire favorise le rétablissement du contour normal des tissus gingivaux et des papilles interdentaires et l'obtention d'une émergence suffisante de la dent. L'empreinte finale doit reproduire les tissus mous mis en forme, pour assurer le succès de la restauration fabriquée en laboratoire.

**Illustrations 1 à 3 :** Radiographie préopératoire de la lésion apicale (ill. 1). Traitement chirurgical, incluant la mise en place d'un implant ITI de Straumann (ill. 2). Six mois après l'intervention (ill. 3), les tissus semblent s'être adaptés autour du col en voie de guérison.



## Images cliniques

Avant la mise en place de la couronne provisoire, la tête du pivot temporaire en titane a été adaptée, et une couronne temporaire en acrylique a été modifiée pour rétablir les papilles interdentaires avec un contour tissulaire normal. Le regarnissage de la couronne provisoire s'est fait d'abord par le regar-

nissage d'une chape en acrylique en bouche, puis il y a eu adaptation des rebords sous-gingivaux en laboratoire. Cette technique permet d'obtenir une émergence en ligne droite à partir du rebord biseauté de la tête du pivot et favorise la mise en forme des tissus mous.

**Illustrations 4 et 5a à 5e :** Tête modifiée du pivot temporaire en titane, 3 semaines après l'insertion de la couronne provisoire (ill. 4). Tête du pivot en titane Straumann avant l'adaptation (ill. 5a). La tête modifiée du pivot a été placée sur un analogue et ajustée en laboratoire (ill. 5b à 5e).



### Restauration vissée ou scellée?

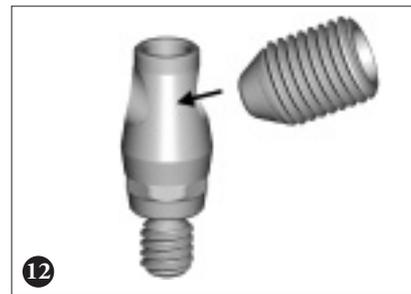
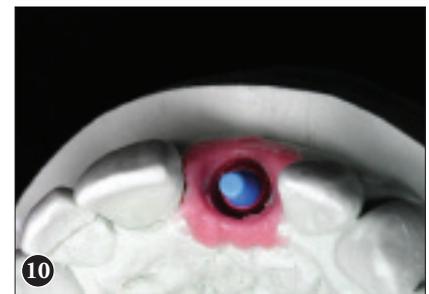
Dans le maxillaire supérieur antérieur, la crête alvéolaire palatine de l'os est souvent située de 4 à 6 mm sous la crête du tissu gingival. Lorsque la crête osseuse est aussi profonde, il arrive souvent que le ciment se retrouve retenu profondément en position sous-gingivale, autour des piliers de l'implant. Deux traitements peuvent aider à prévenir un tel problème. Le premier consiste à utiliser une couronne retenue par une vis de fixation linguale, fixée à un pilier d'implant plus court (p. ex., pilier TS avec vis transversale). Le deuxième consiste à utiliser une tête de pivot fabriquée sur mesure, fixée à un pilier d'implant régulier. Dans ce dernier cas, les rebords de la tête du pivot sont placés légèrement sous la crête du tissu gingival, ce qui permet au praticien de sceller une couronne régulière et d'obtenir un contrôle idéal des tissus.

Comment le technicien de laboratoire peut-il décider du type de pilier à utiliser? Doit-il privilégier un pilier angulé, un pilier scellable solide ou un pilier retenu par vis? La trousse de planification prothétique, avec piliers de plastique, peut aider le technicien dentaire et le dentiste à décider ensemble du meilleur traitement.

**Illustrations 6 et 7 :** Trois semaines après la fabrication de la couronne temporaire, une empreinte finale est prise avec du siloxane de polyvinyle à viscosité faible ou régulière (ill. 6). Empreinte du modèle maître (ill. 7) incluant les tissus mous autour de l'implant. À noter la position sous-gingivale profonde de l'analogue. L'utilisation d'une couronne scellée dans un tel cas entraînerait sans doute la rétention d'excès de ciment.



**Illustrations 8 à 12 :** Trousse de planification prothétique de Straumann (ill. 8). Essai d'un pilier solide (ill. 9) dans l'analogue de pilier (ill. 10). À remarquer la profondeur sous-gingivale à laquelle se trouverait la ligne de finition si un pilier scellable était utilisé. Un pilier TS (pilier de plastique rouge) est inséré dans l'analogue (ill. 11). Grâce à ce pilier de 4,4 mm de hauteur, une vis de fixation linguale (ill. 12) pourra être utilisée pour retenir la couronne antérieure.



**Illustrations 13 à 16 :** Couronne simple et vis de fixation linguale retenue au pilier TS (ill. 13). Radiographie périapicale de la prothèse finale vissée, prise le jour de la mise en place (ill. 14). Vue de la couronne céramo-métallique retenue par le pilier synOcta TS, une semaine après son insertion (ill. 15). Vue extrabuccale de la restauration terminée, une semaine après sa mise en place (ill. 16).



Le traitement chirurgical des tissus mous et de l'os a été essentiel au succès de la mise en place d'une couronne unique sur la dent-pilier 21. En raison de la position sous-gingivale profonde de l'implant dentaire, il était impossible d'avoir recours à une restauration scellée, car il y aurait sans doute eu rétention d'excès de ciment. Le traitement prothétique pour cette patiente a consisté en l'utilisation d'une couronne retenue à l'aide d'une vis de fixation linguale (pilier TS) ou d'une tête de pilier vissée, fabriquée sur mesure (pilier synOcta de 1,5 mm de Straumann), qui a permis d'élever le rebord du pivot à un niveau légèrement sous-gingival par rapport à la crête des tissus gingivaux. ♦

---

**Remerciements :** L'équipe implantaire dans ce cas-ci était composée du Dr Rubinoff, du Dr Howard Switzman (dentiste de consultation), du Dr Ken Hershenfield (parodontiste et chirurgien implantaire) et du Baluke Dental Studio (laboratoire dentaire).

Le Dr Rubinoff exerce la prosthodontie à temps plein dans un cabinet privé à Toronto (Ontario). Il est fellow de l'Équipe internationale en implantologie buccale (section canadienne) et donne de nombreuses conférences sur la prosthodontie fixe et amovible ainsi que sur la dentisterie implantaire.

Écrire au : Dr Morley S. Rubinoff, Pièce 205, 5, promenade Fairview Mall, Toronto, ON M2J 2Z1. Courriel : Drmorleyrubinoff@aol.com.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

---