

## LA MISE EN CHARGE IMMEDIATE; MYTHE OU REALITE?



L'implantologie est passée par différentes périodes, chacune imposant son concept:

La période avant Bränemark, où la mise en charge était fréquente.

La période de Bränemark avec la mise en nourrice des implants obligatoire pour obtenir l'ostéo-intégration, mais également l'école suisse de Schroeder qui développa l'implant trans-gingival en un temps chirurgical.

La période après Bränemark avec un enfouissement non-systématique

des implants, et le raccourcissement des délais cicatriciels.

La notion de mise en charge immédiate a été décrite lorsque la prothèse est mise le jour même de la pose de l'implant (Ennerby, 2003), voire 48 à 72 heures plus tard (Szmukler, 1998). L'intérêt majeur de cette technique est d'éviter la phase de temporisation pendant la mise en nourrice des implants, et de raccourcir le temps du traitement.

Il existe un seuil de tolérance aux micromouvements appliqués à l'implant pour l'obtention de l'ostéo-intégration (Brunski, 1979; Pilliar, 1991; Szmukler, 1998). Ce seuil de tolérance varie en fonction de l'état de surface de l'implant entre 50µm

pour les implants usinés et jusqu'à 150µm pour des implants rugueux (Szmukler, 1996). Certains paramètres influencent les micromouvements.

La stratégie actuelle consiste à diminuer les micromouvements en agissant sur l'implant, sur l'hôte et sur les contraintes.

Un certain nombre d'études valide à ce jour la mise en charge immédiate chez l'édenté complet à la mandibule. Pour le moment, l'état actuel des connaissances ne permet pas de valider le traitement de l'édentement complet maxillaire par la mise en charge immédiate. Il en est de même pour l'édentement unitaire et intercalaire.



## L'EXPANSION OSSEUSE

En implantologie, nous sommes souvent confrontés à des problèmes de crêtes minces. Après la 1ère année suivant l'édentement, la perte osseuse peut atteindre 40 à 60% du volume crestal, entraînant un affinement et une vestibulo-version de la crête, associés à une dépression vestibulaire de l'os alvéolaire.

La tendance serait de choisir un implant de faible diamètre mais son pronostic doit être sérieusement évalué: un implant de 4 mm est 30% plus résistant qu'un implant de 3,75

mm.

Une réponse possible aux problèmes de crêtes minces est l'utilisation d'expansseurs. Ce sont des instruments cylindro-côniques à diamètres croissants ayant pour but de déplacer l'os en le conservant et le compactant. Ils agissent sur la visco-élasticité de l'os par une augmentation de la densité osseuse et apportent un élargissement de la crête par expansion de l'os.

Les avantages sont nombreux: absence de forage,

absence de dégagement thermique, préservation de tout le potentiel osseux du site, ostéo-intégration optimisée par compactage osseux, conservation de la sensibilité tactile, contrôle idéal de l'ostéotomie, augmentation de la stabilité primaire, non-utilisation du maillet et intervention économique.



### DANS CE NUMÉRO :

<i>Mise en Charge Immédiate: Mythe ou Réalité?</i> Dr Marc Collavini	1
<i>L'expansion osseuse</i> Dr Philippe Lévy	2
<i>Le Prélèvement ramique</i> Dr Guillaume Reys	3
<i>QCM</i>	4

## Le Prélèvement ramique

Le Prélèvement osseux ramique est une technique de régénération osseuse destinée aux reconstructions osseuses des maxillaires, tels que les régénérations osseuses guidées, les greffes d'apposition, les comblements, sur des pertes de substances de 1 à 3 dents. L'homologie embryologique permet une compatibilité et un taux de survie plus important par apport de facteurs de croissance. Cet acte reste une référence en matière de reconstruction et peut être réalisé sous anesthésie locale. Les risques sont moins élevés si le prélèvement se fait à l'aplomb de la 1ère et la 2ème molaire mandibulaire. On fera

donc attention aux risques intra-osseux et péri-osseux. L'information et le consentement éclairé du patient sont indispensables.

Pour éviter certains pièges anatomiques et pour évaluer la quantité osseuse disponible, il faudra réaliser un scanner préopératoire. Une instrumentation spécifique est nécessaire à la réalisation de l'acte, tant pour écarter les tissus que pour faire le prélèvement lui-même.

Les suites opératoires sont équivalentes aux suites d'une extraction de dent de sagesse.



## QCM

1°) La mise en charge immédiate des implants est actuellement validée pour:

- A) Le traitement de l'édentement complet mandibulaire
- B) Le traitement de l'édentement complet maxillaire
- C) Le traitement de l'édentement intercalaire

D) Le traitement de l'édentement unitaire.

2°) a) L'utilisation des expandeurs est préconisé :

- Qu'au maxillaire
- Qu'à la mandibule
- A la mandibule et au maxillaire.

b) Le diamètre du dernier expandeur :

- doit correspondre au diamètre de l'implant

- doit être inférieur de 5/100 du diamètre de l'implant

c) L'utilisation des expandeurs a comme incidence :

- d'augmenter la densité osseuse et d'apporter un élargissement de la crête
- de provoquer une augmentation de température

- l'augmentation de la stabilité primaire
- de ne pas préserver tout le potentiel osseux du site

3°) Le prélèvement ramique vise à la reconstruction osseuse de segments édentés

- de longue portée
- De 1 à 3 dents

- sous anesthésie locale
- Sous anesthésie générale

Sa localisation est préférable

- en regard de la dent de sagesse
- A l'aplomb de la 1ère molaire mandibulaire

Sa réalisation s'effectue



