



Dr. Pierre-Marc VERDALLE

Exercice libéral
Parodontologie -
Implantologie
Ancien Assistant
Hospitalo-Universitaire
en Parodontologie
(Bordeaux)
Ancien Interne des
Hôpitaux de Bordeaux
Co-Responsable
scientifique du CEIO

GESTION DES TISSUS MOUS

dans l'extraction implantation immédiate

L'extraction implantation immédiate est une technique de choix, notamment dans le traitement de la zone antérieure.

Si elle permet de diminuer le temps de traitement, elle permet surtout une gestion des tissus mous optimisée. Pour répondre à cet objectif, la gestion chirurgicale des tissus doit s'accompagner :

- d'un positionnement optimal de l'implant⁽¹⁾
- d'une gestion prothétique du cas afin de maintenir l'émergence de la dent originale.

Dans cet article, nous aborderons au travers de cas cliniques l'aspect chirurgical de l'aménagement gingival, mais également son indication selon la situation clinique d'origine.

PRÉAMBULE – LA PHASE IMPLANTAIRE CHIRURGICALE :

La technique choisie pour la pose de l'implant est un facteur déterminant sur la technique chirurgicale de la greffe gingivale.

Dans tous les cas, une attention toute particulière doit être portée sur la dimension vestibulo-palatine du positionnement implantaire.

Une position suffisamment palatine de l'implant permet :

- un volume osseux suffisant
- un volume gingival suffisant
- un volume prothétique suffisant.

L'utilisation d'un guide chirurgical permet un bon positionnement implantaire tout en limitant l'extension du lambeau, voire en ne réalisant pas de lambeau (technique flapless).⁽²⁾⁽³⁾

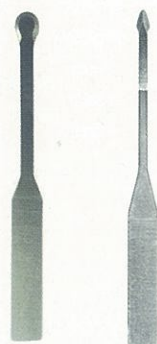
On gère ainsi l'abord chirurgical de la greffe de manière minimalement invasive. Ceci est particulièrement intéressant dans la préservation des papilles.

Par ailleurs, la durée de la phase implantaire de la chirurgie s'en trouve réduite et permet de consacrer davantage de temps à la gestion des tissus.

Un abord flapless peut bien sûr être réalisé sans chirurgie guidée mais ceci s'avère plus aléatoire et nécessite une certaine expérience pour la gestion chirurgicale.

Enfin, une chirurgie implantaire classique, avec lambeau, peut être envisagée, mais au détriment de la préservation des tissus mous adjacents.

Ceci est néanmoins difficilement évitable s'il faut adjoindre une reconstruction osseuse plus importante à la chirurgie implantaire.



Dans tous les cas, l'utilisation d'un matériel spécifique est nécessaire pour mener à bien ce type de technique. :

- micro-lames montées sur manche de bistouri adapté (Fig. 1 et 2)
- loupes (Grossissement ≥ 2.5) + lumière.

Fig.1 et 2 : 2 microlames : Spoon et Viper

Dans cet article, nous n'aborderons que les situations cliniques de type 1 de la classification d'Eliau (Fig. 3 et 4). Il s'agit de la situation la plus favorable à la réalisation d'EII puisque l'os vestibulaire est présent.⁽⁴⁾

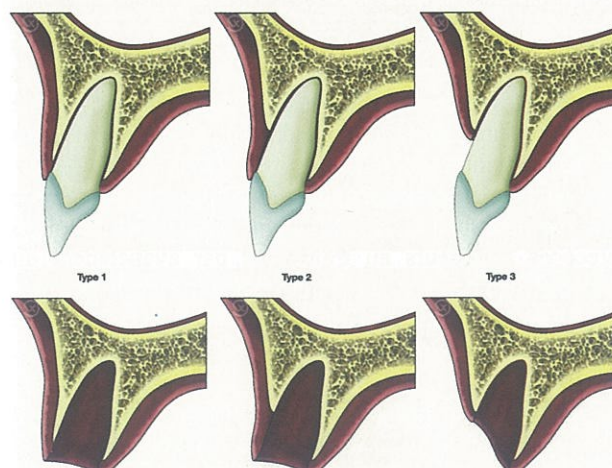


Fig.3 et 4 : 2 classification d'Eliau en vue d'Extraction Implantation Immédiate (Schémas réalisés par le Dr F. Vigouroux)

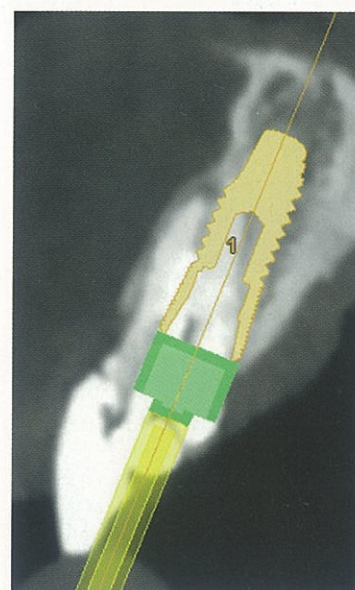
Il est aujourd'hui admis que le « gap » entre l'implant et la paroi osseuse vestibulaire de l'alvéole doit être comblé avec un biomatériau afin de limiter au maximum la résorption osseuse.^{(5)(6,7)}

DESCRIPTION CLINIQUE :

La patiente âgée de 29 ans est adressée au cabinet pour réhabilitation implantaire de 21 qui présente une fracture radiculaire suite à un traumatisme récent.



Fig.5 : situation initiale



La typologie est une classe 1 d'Eliau, donc favorable sur le plan osseux.

Fig.6 : cone beam pré-opératoire

Après avulsion atraumatique de la dent, l'implant est mis en place grâce à l'utilisation d'un guide chirurgical pilote.

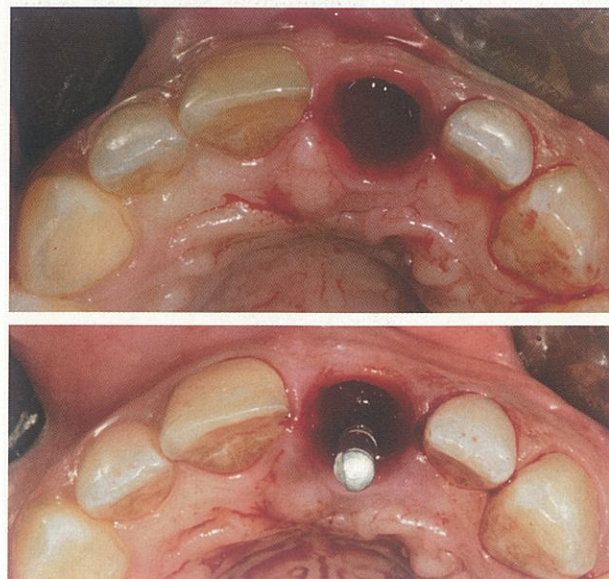


Fig.7 et 8 : avulsion atraumatique de la dent – Axe de forage après guide chirurgical pilote

Le parodonte étant relativement fin et festonné, il est décidé d'adjoindre un greffon conjonctif d'origine palatine.

L'enveloppe pour recevoir le greffon conjonctif est préparée à l'aide de microlame spécifique type « Spoon ».

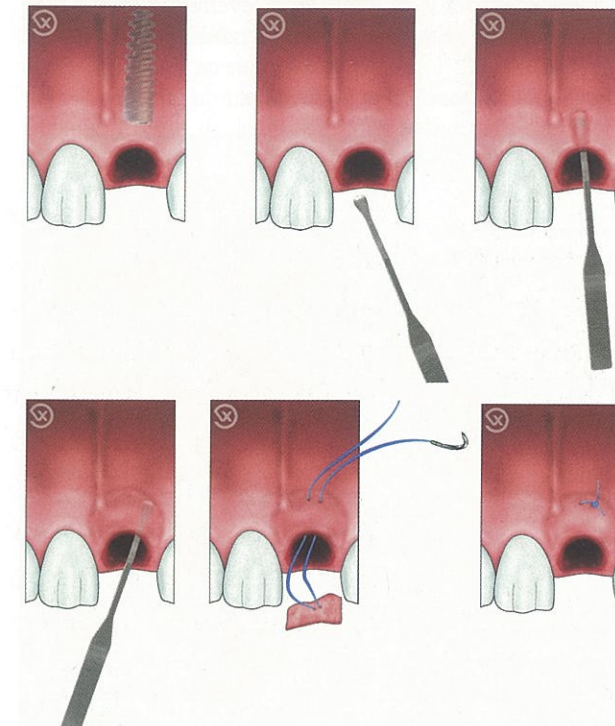


Fig.9 et 10 : schémas de préparation du site receveur – Insertion puis sutures du greffon. Schémas réalisés par le Dr F. Vigouroux

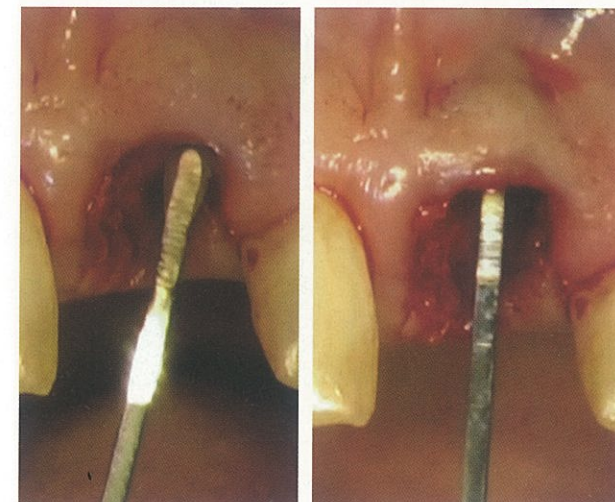


Fig.11 et 12 : présentation et insertion de la lame Spoon pour préparer le site du greffon conjonctif

Le prélèvement conjonctif est réalisé à la lame 15C selon la technique de Bruno :

- Incision 1 : insertion de la lame perpendiculaire à la surface osseuse
- Incision 2 : insertion de la lame dans le trajet de l'incision 1, pour délimiter le volume du prélèvement conjonctif
- Incision 3 : dans la partie haute, pour délimiter le tracé du greffon
- Incision 4 : séparation et prélèvement du greffon.

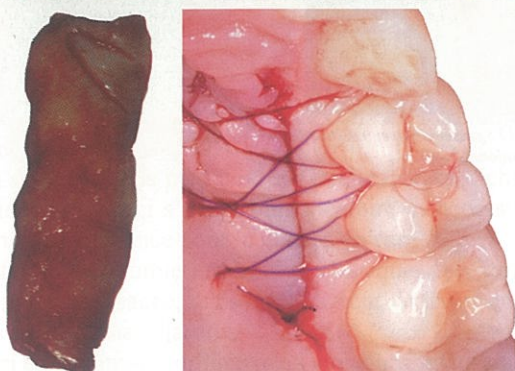
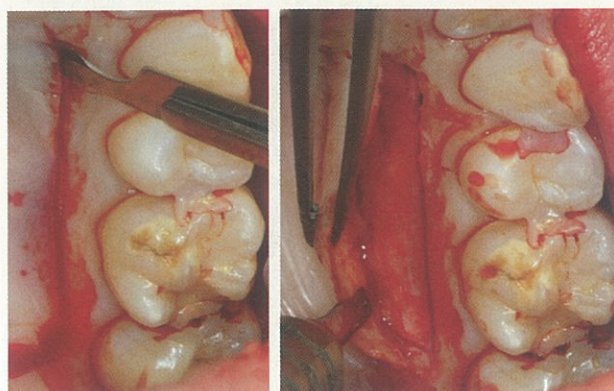


Fig. 13 à 17 : étapes du prélèvement conjonctif au palais - Technique de Bruno - Sutures du site donneur.

Le greffon est ensuite désépithélialisé si besoin, désépaissi et ses dimensions sont adaptées au site receveur.

Il est ensuite glissé puis suturé dans l'enveloppe délimitée.

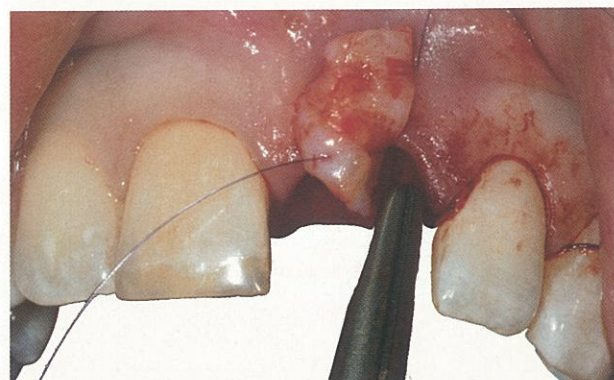


Fig. 18 : insertion du greffon.

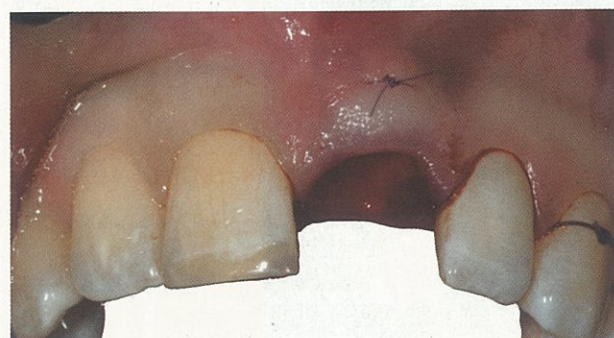


Fig. 19 : greffon mis en place et suturé - Vue de face.

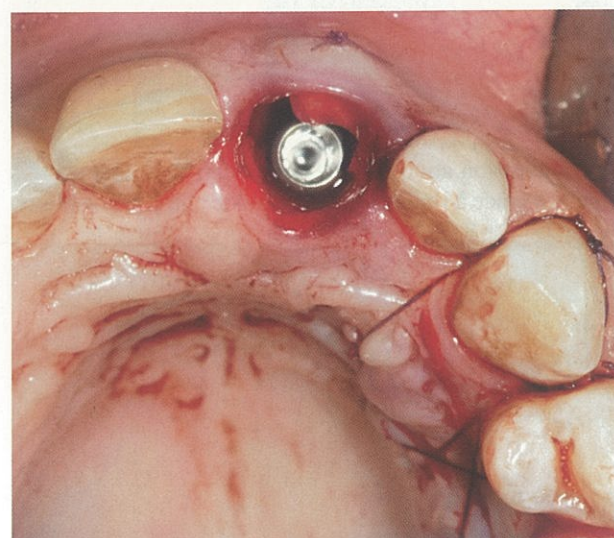


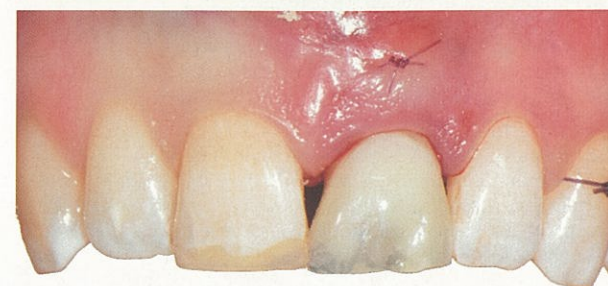
Fig. 20 : greffon suturé - Vue inférieure.

Le gap entre l'implant et la paroi vestibulaire osseuse est comblé avec un biomatériau osseux.

Enfin, la dernière phase prothétique de l'intervention est la mise en place de la couronne transitoire. Compte tenu du contexte occlusal favorable et de la bonne compliance de la patiente, nous optons ici pour une mise en esthétique immédiate.



Fig. 21 et 22 : couronne transitoire immédiate transvissée.



Après quelques semaines, la maturation des tissus est bonne.

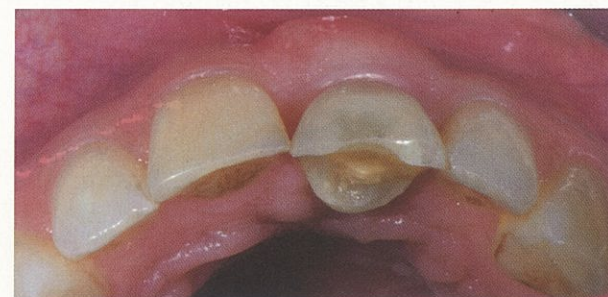


Fig. 23 et 24 : maturation des tissus après 3 semaines de cicatrisation.



La couronne d'usage est réalisée après 4 mois par le praticien référent.

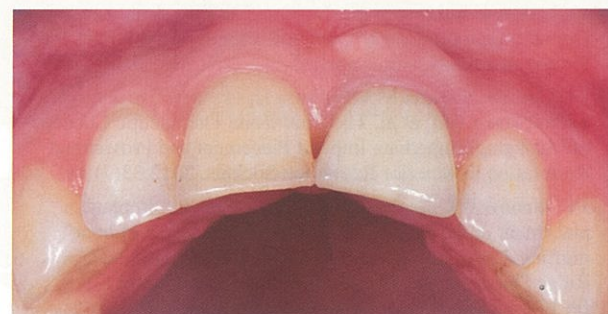


Fig. 25 et 26 : couronne d'usage en place (Dr PE Minot)



DISCUSSION - GREFFE OR NOT GREFFE ?

L'étude de la littérature montre un intérêt à court et moyen / long terme des apports d'os pour combler le gap, mais aussi des apports de gencive pour limiter la résorption des tissus péri-implantaires⁽⁸⁻¹⁰⁾.

La stabilité des tissus greffés est considérée comme acquise après 3 mois à 1 an selon les études.

Dans le timing de la greffe conjonctive, elle peut être réalisée pendant la phase chirurgicale comme dans le cas clinique présenté, ou dans un second temps. La littérature ne démontre pas de différence significative dans la qualité des résultats en fonction du timing choisi⁽¹¹⁾.

En revanche, opter pour une seconde intervention augmente le temps de traitement et le nombre d'interventions pour le patient.

Un autre critère important à prendre en considération est l'épaisseur des tissus initiaux.

Dans le cas d'un parodonte fin, la greffe conjonctive est nécessaire.

La discussion peut porter sur les patients présentant un biotype parodontal épais.⁽¹²⁾

Chez ces patients, la littérature a étudié des cas d'Extraction implantation immédiate conduite avec un comblement du gap osseux seul, mais pas de greffe conjonctive.

Dans 2/3 des cas, la situation évolue favorablement.

Dans 1/3 des cas, une greffe conjonctive s'avère nécessaire dans un second temps.

2 choix s'offrent donc à nous :

- Greffer systématiquement quel que soit le biotype parodontal
- Ne pas réaliser de greffe conjonctive chez les patients présentant un Biotype initial épais, en acceptant le risque de devoir réaliser une nouvelle intervention dans un second temps.

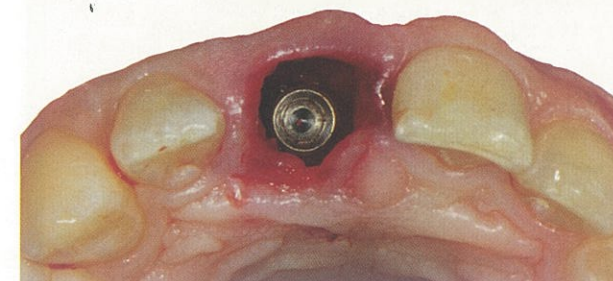


Fig. 27 et 28 : prise en charge d'un patient présentant un biotype épais. Réalisation d'un comblement osseux seul du gap.

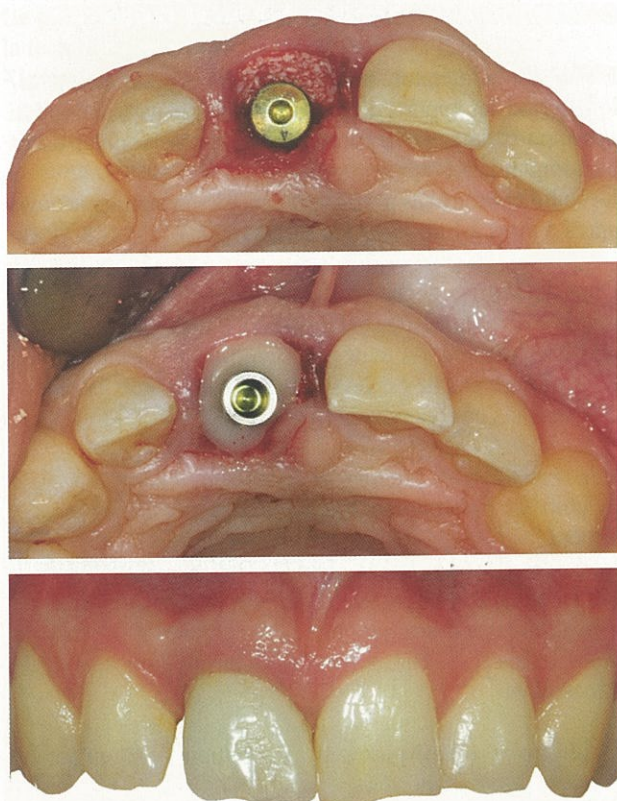


Fig. 29 à 31 : temporisation à l'aide d'un pilier SSA. Couronne en place à 1 an.

CONCLUSION

En conclusion, l'adjonction d'une greffe conjonctive dans les techniques d'extraction implantation immédiate présente un bénéfice indiscutable sur le plan esthétique à court – moyen et long terme. Son intérêt est admis chez les patients présentant des parodontes fins. La greffe est donc systématique chez ces patients.

Elle n'est pas incontournable chez les patients présentant des parodontes épais.

Dans ce contexte, 2 attitudes sont envisageables :

- greffes conjonctives systématiques lors d'EII afin de ne pas avoir à ré intervenir
- greffes conjonctives non systématiques. Dans ce cas, il faut accepter d'ajouter une nouvelle chirurgie dans un second temps

Enfin, si le comblement osseux du gap, et la greffe conjonctive sont 2 prérequis au succès esthétique du traitement, le soutien « mécanique » du profil d'émergence original est le 3^e facteur permettant d'obtenir un bon résultat esthétique.

Il peut être obtenu par la réalisation :

- d'une couronne transitoire (mise en esthétique immédiate)
- d'un pilier de cicatrisation sur mesure (SSA) ⁽¹³⁻¹⁵⁾

BIBLIOGRAPHIE

1. **Buser D.** Optimizing Esthetics for Implant Restorations in the Anterior Maxilla: Anatomic and Surgical Considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004;19:20.
2. **Chen Z, Li J, Sinjab K, Mendonca G, Yu H, Wang H-L.** Accuracy of flapless immediate implant placement in anterior maxilla using computer-assisted versus freehand surgery: A cadaver study. *Clin Oral Implants Res.* déc 2018;29(12):1186-94.
3. **Raico Gallardo YN, da Silva-Olivio IRT, Mukai E, Morimoto S, Sesma N, Cordaro L.** Accuracy comparison of guided surgery for dental implants according to the tissue of support: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* mai 2017;28(5):602-12.
4. **Elian N, Cho S-C, Froum S, Smith RB, Tarnow DP.** A SIMPLIFIED SOCKET CLASSIFICATION AND REPAIR TECHNIQUE. *AESTHETIC Dent.* :7.
5. **Thomas & coll.** The effects of hard and soft tissue grafting and individualization of healing abutments at immediate implants: an experimental study in dogs. *J Periodontal Implant Sci.* 2019;171-84.
6. **Araujo M.** Socket healing with and without immediate placement. *Periodontol* 2000. 2019;79(1):168-77.
7. **Blanco J.** Implant placement in fresh extraction sockets. *Periodontol* 2000. 2019;79(1):151-67.
8. **Schneider D, Grunder U, Ender A, Hämmerle CHF, Jung RE.** Volume gain and stability of peri-implant tissue following bone and soft tissue augmentation: 1-year results from a prospective cohort study: Volume gain and stability of peri-implant tissue following bone and soft tissue augmentation. *Clin Oral Implants Res.* janv 2011;22(1):28-37.
9. **De Bruyckere T, Eghbali A, Younes F, De Bruyn H, Cosyn J.** Horizontal stability of connective tissue grafts at the buccal aspect of single implants: a 1-year prospective case series. *J Clin Periodontol.* sept 2015;42(9):876-82.
10. **Thoma DS, Naenni N, Figuero E, Hämmerle CHF, Schwarz F, Jung RE, et al.** Effects of soft tissue augmentation procedures on peri-implant health or disease: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* mars 2018;29:32-49.
11. **Lin C-Y, Chen Z, Pan W-L, Wang H-L.** Impact of timing on soft tissue augmentation during implant treatment: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* mai 2018;29(5):508-21.
12. **Cosyn J.** Soft tissue preservation and Pink Aesthetics around Single Immediate Implant Restorations : a 1 year Prospective Study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2013;15(6).
13. **Chu SJ, Salama MA, Salama H, Garber DA, Saito H, Sarnachiaro GO, et al.** The Dual-Zone Therapeutic Concept of Managing Immediate Implant Placement and Provisional Restoration in Anterior Extraction Sockets. 2012;33(7):11.
14. **Tarnow DP.** Flapless Postextraction Socket Implant placement in the Esthetic Zone : Part 1. the effect of bone grafting and/or Provisional restoration on Facial-Palatal Ridge Dimensional Change - A retrospective Cohort Study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2014;34:323-31.
15. **Chu SJ, Salama MA, Garber DA, Salama H, Sarnachiaro GO, Sarnachiaro E, et al.** Flapless Postextraction Socket Implant Placement, Part 2: The Effects of Bone Grafting and Provisional Restoration on Peri-implant Soft Tissue Height and Thickness— A Retrospective Study. *Restorative Dent.* 2015;35(6):8.