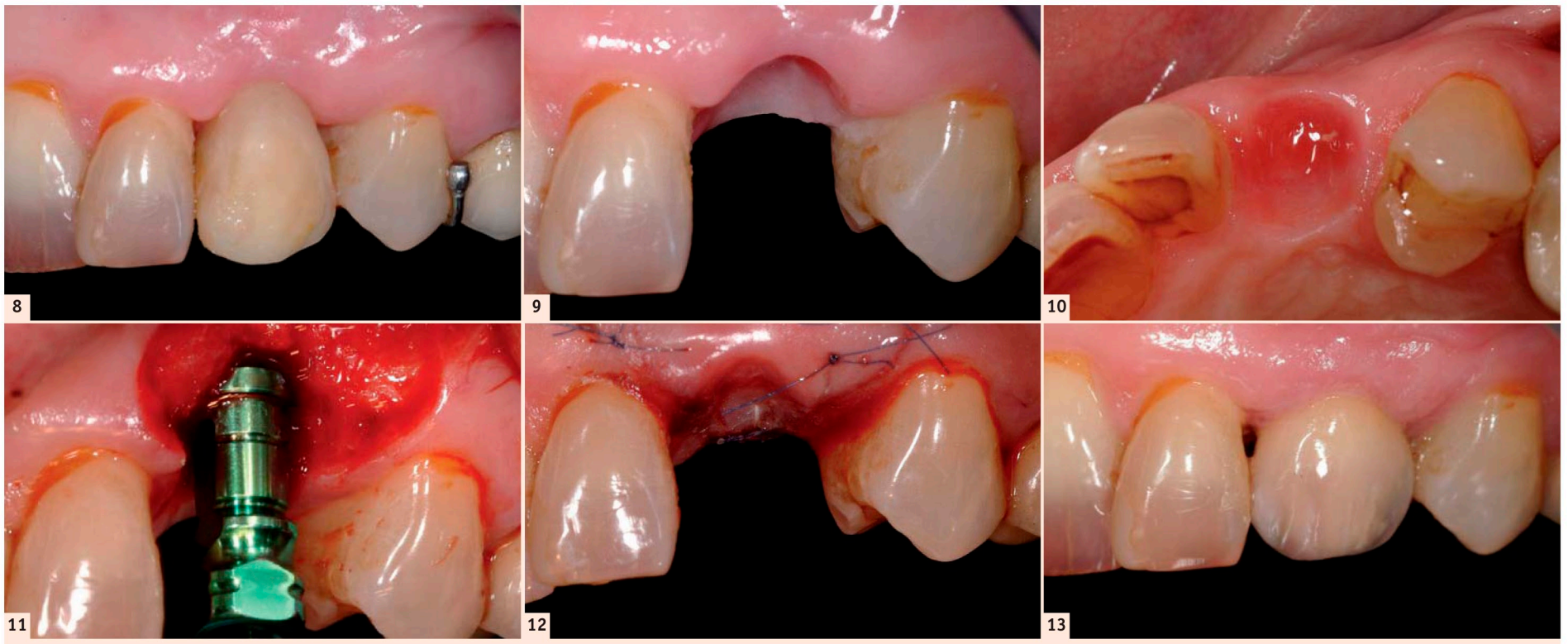

Fig. 8 : La restauration provisoire devra être réadaptée au cours de la cicatrisation. – Fig. 9 : La forme de la crête façonnée par la restauration provisoire doit donner l'impression que cette dernière émerge naturellement. – Fig. 10 : Vue occlusale de la crête. – Fig. 11 : Placement de l'implant. Les incisions respectent les papilles adjacentes au site extractionnel. – Fig. 12 : Le lambeau est suturé sur une greffe de tissus conjonctif. – Fig. 13 : Vue vestibulaire de la restauration céramo métallique finale monobloc transvissée.

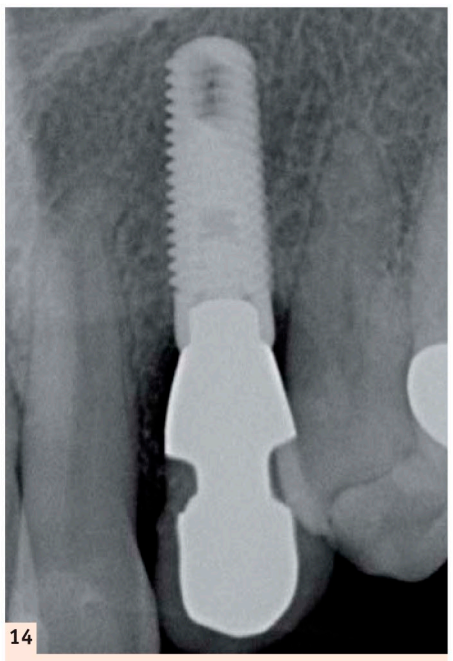

Fig. 14 : Radio péri apicale finale qui fait état du bonne ostéointegration de l'implant.

ments d'alvéoles évaluent l'impact de ces matériaux au niveau de ces trois zones.

L'évaluation du volume interne de l'alvéole résiduelle est histologique. Elle répond à des critères de recherche fondamentale histologique habituels. L'évaluation de la paroi osseuse vestibulaire et des tissus mous vestibulaires et inter proximaux est volumétrique. C'est une évaluation pour laquelle un grand nombre de paramètres entrent en jeu : le choix des dents à extraire pour l'étude (dents mono radiculée ou pluri radiculées), leur situation osseuse, le type d'extraction (simples ou multiples, adjacentes ou non) font partie de ces paramètres. De plus, les méthodes de mesure peuvent être également très variées : utilisation de la radiologie tridimensionnelle[4], mesures intra orales avec des guides[6], mesures à partir de modèles provenant d'empreintes. Tous ces paramètres rendent les résultats plus difficiles à interpréter et à comparer.

Un matériau de comblement qui donne des résultats histologiques supérieurs à un autre ne garantit pas à une conservation idéale du volume externe de l'alvéole notamment si sa résorbabilité est grande. Lors d'un comblement d'alvéole, un triple objectif est recherché : obtenir de bonne condition d'ostéointégration pour le futur implant, permettre le choix d'un diamètre d'implant en rapport avec la dent à remplacer et obtenir d'emblée grâce à cette seule intervention le volume recherché sans avoir recours à des interventions supplémentaires par greffes osseuses.[7]

Conclusion

Le comblement d'alvéole et une technique simple qui permet de diminuer la résorption qui fait suite à l'extraction d'une dent. Dans les cas où on ne peut pas placer l'implant rapidement, pour des raisons de perte osseuse ou de racine trop longue qui empêche une stabilité primaire adéquate, cette technique permet d'attendre la cicatrisation des tissus durs et des tissus mous en réduisant les risques de résorption qui peuvent avoir une conséquence sur l'ostéo intégration et esthétique.

Bruno Fissore,
DDS, MSD

Docteur en Chirurgie Dentaire, Université de Nice

Doctor of Dental Surgery, University of Southern California

Master in Dentistry (Periodontal Prosthesis), University of Washington

Active member of the European Academy of Esthetic Dentistry

BIBLIOGRAPHIE

1. *Schropp et col.: Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: A clinical and radiographic 12 months prospective study. Int J Periodontics Restorative Dent 74:990-999, 2003.*
2. *Chen ST et col.: Immediate or early placement of implant following tooth extraction: Review of biologic basis, clinical procedure and oucomes. Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19(Suppl):12-25.*
3. *Nemcovsky CE et Serfaty V: Alveolar Ridge Preservation Following Extraction of Maxillary Anterior Teeth. Report on 23 Consecutive Cases. J Periodontol 1996; 67: 390-395.*
4. *Nevins M et col.: A study of the fate of the buccal wall of extraction sockets of teeth with prominent roots. Int J Periodontics Restorative Dent 2006; 26:19-29.*
5. *Lee DW et col: Comparative histomorphometric analysis of extraction sockets healing implanted with bovine xenografts irradiated cancellous allografts and solvent-dehydrated allografts in humans. Int J Oral Maxillofac Implants 2009; 24:609-615.*
6. *Toloue SM et col.: A Clinical and Histomorphometric Study of Calcium Sulfate Compared With Freeze-Dried Bone Allograft for Alveolar Ridge Preservation. J Periodontol 2012; 83:847-855.*
7. *Barone A et col.: A randomized clinical trial to evaluate and compare implants placed in augmented versus non-augmented extraction socket: 3-years results. J Periodontol 2012; 83:836-846.*

DRIVE BIOGUIDE

Un système simple et rationnel

Présenté en avant première à l'ADF, la SAS Drive propose, depuis lors, le DriveBioGuide, dispositif médical numérisé facilitant la Chirurgie de pose d'implants dentaires, dédié aux praticiens soucieux de sécurité et de fiabilité, ainsi qu'aux traitements de cas cliniques particulièrement complexes. Développé en partenariat avec l'éditeur de logiciels médicaux 3DNeoVision, le DriveBioGuide réalise diagnostic, plan de traitement et fourniture au praticien d'un guide chirurgical en résine. Sous 3 jours après réception du scanner, le praticien reçoit une Bio-Modèlisation 3D de son cas lui permettant d'identifier les éléments anatomiques et établir son plan de traitement, choisir les implants, leurs positions et prévoir son plan prothétique. Sous 9 jours, un guide chirurgical en résine lui sera envoyé, lui permettant d'élever le niveau de sécurité de l'intervention, d'en réduire le temps et d'accéder à une chirurgie minimale invasive limitant les suites opératoires. L'ensemble de la procédure sera supervisé par un praticien référent joignable à tout moment. Proposé sous forme d'une option au tarif praticien, l'implant guidé DriveBioGuide, développé par la SAS Drive, rend la chirurgie guidée accessible à tous les praticiens en toute simplicité en se connectant sur : 3d-drivebioguide.com