



Implants courts, implants étroits, implantation immédiate : jusqu'où et pour quels résultats ?

La pratique implantaire, élitiste et très exigeante au départ, a évolué vers une simplification des protocoles, afin de se rendre accessible au plus grand nombre. Si de nombreux concepts originels restent d'actualité, deux évolutions ont profondément changé les prises en charge thérapeutiques, en sim-



Le président de séance Patrick Limbour, entouré des conférenciers Maxime Bouvart, Patrice Margossian et Patrick Missika

plifiant les gestes opératoires. Le recours aux implants courts ou étroits simplifie les chirurgies en sites résorbés. Il permet de s'affranchir de chirurgies correctrices parfois lourdes pour le patient. Pour certaines restaurations, des implants étroits donnent des résultats étonnants, en favorisant la présence de plus d'os et de plus de gencive.

Un implant de 8 mm est aujourd'hui considéré comme un implant standard. Les taux de succès des implants courts, donc < 8 mm est légèrement inférieur à celui des implants standards (≥ 8 mm), tout particulièrement dans les zones maxillaires postérieurs (os type 4) de faible densité.

Faut-il greffer des zones mandibulaires postérieures ou choisir des implants courts ?

Pour *Winter* (2014), le choix d'un implant court est préférable. Pour *Esposito et Felice* (2015), le taux de survie implantaire est le même mais les complications liées aux greffes font préférer les implants courts, en particulier les paresthésies temporaires (56,24% avec greffe / 16,66% avec les implants courts). Pour *Pistilli* (2013), 100% des patients privilégient les implants courts.

Dans la région sous-sinusienne maintenant, les implants courts constituent-ils une option raisonnable ?

Dans une étude rétrospective de 2016, *Pieri* retrouve 9 complications pour 53 élévations sinusiennes et 1 complication pour 48 implants courts (60% étaient de 6mm). Il note 5 échec sinusien sur 53 interventions et 2 échec d'implants courts sur 48. Les implants courts réduisent clairement les complications.

Voyons l'influence sur le rapport couronne-racine.

Dans la plupart des études (*Thoma* 2015, *Mezzomo* 2014, *Lemos* 2016), le ratio C/R n'a pas d'influence sur la perte osseuse marginale. Dans l'étude d'*Anitua* (2015) portant sur 45 implants courts posés en mandibule postérieure et suivis sur 4 ans, la perte osseuse mesurée était supérieure si l'antagoniste était une prothèse fixée. Avec une hauteur coronaire de plus de 15 mm, il n'y avait pas d'influence sur la perte osseuse.

Avec des implants courts, doit-on solidariser les éléments prothétiques voisins ?

Les études de *Yilmaz* (2011) et *Shigemitsu* (2013) montrent qu'il y a une meilleure répartition des contraintes, en particulier pour les forces occlusales obliques. Il a alors une nette diminution des contraintes sur l'os péri-implantaire.

Les échecs précoces des implants courts ont été analysés par *Gonçalves* (2015). Ils sont retrouvés chez les fumeurs, associés à un manque de stabilité primaire, à un torque de plus de 60 Ncm dans l'os dense mandibulaire, ou à une surchauffe lors du forage.

Concernant maintenant les implants étroits, soit de 3 mm de diamètre, ils sont indiqués

pour des espaces de 6-6,5 mm de largeur mésio-distale. En deça, le septum osseux se résorbera et la papille ne sera plus soutenue. Les meilleurs taux de succès sont observés pour des implants de 3 mm pour 13 mm de long (*Sohrabi* 2012) puis 3/15 mm et enfin 3/11,5 mm. Il ne faut donc surtout pas réduire le diamètre et la longueur et privilégier les implants étroits et longs. Concernant la fiabilité des guides chirurgicaux type Simplant, *Van Assche* (2012) a mesuré une déviation coronaire moyenne de 0,99 mm pour 1, 24 mm de déviation de l'apex, soit 3,81° de déviation axiale. La chirurgie guidée ne semble donc adaptée aux implants étroits. L'implantation immédiate lors de l'extraction

répond elle aussi à un souhait de simplification, d'accélération d'un traitement long. Elle offre une alternative aux temporisations conventionnelles, mal vécues par les patients. Pour autant ces solutions sont-elles universelles ? Remettent-elles en cause les progrès de techniques chirurgicales bien définies ?

La Mise en charge immédiate (MCI) est réalisée dans la journée. Le patient va bénéficier immédiatement du confort d'une prothèse fixe. En contrepartie, il nous faut gérer les aménagements tissulaires et le positionnement implantaire dans le même temps opératoire. L'obtention d'une stabilité primaire de qualité est obligatoire. La MCI ne concerne



1^{er} Symposium Zimmer Biomet Dental

Ensemble pour aller plus loin !

Save THE Date

du vendredi 8 au samedi 9 septembre 2017

Maison de la Mutualité
24 Rue Saint-Victor
75005 Paris

Information et Inscriptions :
01 41 05 43 48/01 45 12 35 61
formations.dentalfrance@zimmerbiomet.com

 ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

ZB0231FR REV A 03/17 ©2017 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.

pas les tissus osseux greffés. Le Dr Margosian privilégie les guides chirurgicaux artisanaux. Il conseille des implants cylindriques à la mandibule et cylindro-coniques au Maxillaire.

L'empreinte des transferts doit toujours être faite au plâtre. La prothèse trans vissée s'impose. 6 implants sont conseillés au Maxillaire sup. Jamais de All on 4 au Maxillaire.

Concernant la dent unitaire, il faut privilégier les cas de biotype épais avec un volume osseux et des conditions occlusales favorables. La MCI dans le secteur antérieur est contre-indiquée en cas de biotype fin ou d'absence de corticale externe. Il faut toujours faire un projet prothétique dans ces cas de MCI.

Jacques Bessade

3^{ème} journée numérique organisée par Dentalinov - 25 janvier



Le président de la journée, Jean Pierre Attal, entouré des conférenciers avec Serge Zagury, Carole Krief et Didier Cochet (Dentalinov)

270 participants - praticiens dentistes, professeurs des Facultés, prothésistes, assistantes dentaires, étudiants parisiens et industriels - se sont retrouvés le 25 janvier au Centre EUROSITES George V à Paris pour

la troisième session de la « Journée Numérique » organisée par DENTALINOV. Un rendez-vous désormais attendu des praticiens en marche avec le numérique !

Cette journée fut présidée par **Jean-Pierre Attal**, Maître de Conférence des Universités, Responsable du département de Biomatériaux Paris Descartes, Faculté de chirurgie dentaire de Montrouge. Nos confrères **Gil Tirlet**, **Stéphane Cazier**, **Gary Finelle** et **M. Eric Berger** (prothésiste) ont animé les conférences plénières sur les apports du numérique incontournables au quotidien, en dentisterie restauratrice, en prothèse, en implantologie et en imagerie, apportant ainsi leurs visions. Ils nous ont livré leurs expériences tant au niveau des concepts («no post-no crown») qu'au niveau des procédures

(esthétique, implantologie, impression 3D...). Ce fut une vraie journée de transmission sur la dentisterie contemporaine à un moment crucial comme l'a précisé **Gil Tirlet** pour toutes les composantes de la profession et plus particulièrement pour tous nos jeunes.

Des travaux pratiques et de petits ateliers pour tous, praticiens débutants, experts ou étudiants, conduits par des partenaires industriels et des praticiens formateurs experts dans leur domaine, ont permis aux participants d'explorer les nouvelles possibilités offertes par ces nouvelles technologies et de se perfectionner dans leur pratique.

Didier Cochet, Directeur de DENTALINOV, a témoigné sa satisfaction pour cet événement au succès confirmé : nous avons passé une journée riche, quel résultat !! La présence importante d'une assemblée de praticiens de tout bord, des échanges passionnés, la reconnaissance de tous les participants, sont des grandes satisfactions à partager tous ensemble. **Philippe Monsénégo** a souligné que le partenariat entre l'Industrie et les Universités est toujours profitable à la qualité des échanges, et l'affluence de cette belle journée le confirme, et il nous a donné rendez-vous en 2018 puisqu'il reprend le flambeau transmis par Jean-Pierre Attal.

Retrouvez la vidéo de cette journée sur www.dentalinov.com

Découvrez la technologie sonore, une efficacité de brossage tout en douceur.

Élimine jusqu'à 10x plus de plaque dentaire*



La technologie sonore développée par Philips Sonicare associe une **fréquence élevée** (31 000 mouvements par minute) à une **grande amplitude de balayage** (4 à 6 mm).

Ces caractéristiques lui donnent une **efficacité optimale** en créant des fluides dynamiques qui permettent de **nettoyer en profondeur les espaces interproximaux** mais aussi **le long du sillon gingival**.

Cette action de **nettoyage dynamique** contribue à désorganiser le biofilm, **tout en douceur**, même pour des **dents sensibles**.

Découvrez nos produits sur www.dentiste.philips.fr ou au numéro vert : 0 800 710 580

* Par rapport à une brosse à dents manuelle. Etude comparative sur la réduction de plaque et de gingivite entre Philips Sonicare FlexCare Platinum avec tête de brosse AdaptiveClean et une brosse à dents manuelle (brosse de référence de l'ADA - Millemann J. K. Millemann, Argosino K., Mwatha A., M Ward, Souza S., Jenkins W. - 2014)

PHILIPS
sonicare



Christian Moussaly, S. Zagury, D. Cochet et Albert Pinto



Avec C. Krief et Damien Valicon (Julie)



L'un des ateliers pratiques



Gary Finelle et J. P. Attal avec Philippe Monsénégo, le prochain président de la journée numérique