

0 à 100). Cependant, aucun référentiel de valeurs d'ISQ n'est actuellement proposé dans la littérature (Balleri et coll, 2002)

L'échantillon étudié inclut dix neuf patients édentés totaux mandibulaires (en bon état général, non fumeurs, moyenne d'âge de 68,8 ans), bénéficiaires de deux implants parasymphysaires Nobel Biocare (total de 38 implants vis), mis en place par une technique en deux temps. Le protocole retenu consiste en une évaluation clinique, radiographique (Zarb et coll, 1993) et une mesure de l'ISQ par le même opérateur. Percussion et préhension apprécient la stabilité ; les indices usuels pour l'état gingival et la technique rétro-alvéolaire long cône parallèle pour la résorption osseuse.

Les résultats objectivent :

- un terrain asymptomatique, un parodonte sain, une stabilité clinique globale,
- une résorption osseuse marginale évaluée radiographiquement inférieure à 1 mm,
- une dispersion globale des valeurs ISQ comprise entre 66 et 84 unités (valeur moyenne globale de 73),
- une homogénéité globale droite-gauche (comparaison des moyennes).

Cette étude préliminaire réalisée à partir d'un échantillon limité de patients peut participer à la détermination de données de références non opératoires – dépendantes dans le cadre de ces PACSI. Selon la littérature actuelle, aucune autre étude similaire n'a été réalisée. Les valeurs de fréquence de résonance supérieures à 65 dans un os dense signent une rigidité élevée de l'interface os-implant. Aucune différence significative n'est observée entre la stabilité et l'ensemble des caractéristiques des fixtures, en particulier la longueur.

En conclusion, cette méthode basée sur l'analyse de fréquence de résonance présente un réel intérêt comme outil d'évaluation du succès implantaire. Les résultats corroborent les données de la littérature sur la fiabilité (Meijer et coll, 2000) et l'intérêt de l'utilisation de deux implants parasymphysaires stabilisateurs d'une PACSI pour les patients édentés totaux mandibulaires (Consensus Mc Gill, 2002).

Nom et adresse du conférencier

BÉMER Julie
Service d'odontologie, CHU
3 rue du Faubourg Reines - 2100 Dijon
Juliebemer@aol.com

Evaluation sur 8 ans du taux de succès implantaire et prothétique de 528 implants courts ITI posés en pratique privée

Nedir R*/**, Bischof M*/**, Samson J*

*Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

**CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

Les cliniques universitaires rapportent des taux de succès élevés en implantologie (Buser et coll, 1997), mais peu d'études ont été réalisées en pratique privée (Nedir et coll, 2004). De plus, l'évaluation ne concerne habituellement que les implants, mais pas les suprastructures prothétiques. Le but de cette étude, réalisée en pratique privée, est de déterminer le taux de succès des premiers 528 implants ITI® posés et de rapporter les complications prothétiques rencontrées.

Entre 1995 et 2000, 528 implants ont été posés chez 235 patients, la moitié des implants sont de type TPS et l'autre moitié de type SLA. Tous sont en charge depuis au moins 3 ans. Plus de la moitié d'entre eux (61,9 %) a été posée à la mandibule, surtout dans les segments latéro-postérieurs (66,5 %). Dans la région latéro-postérieure, la longueur moyenne des implants à la mandibule et au maxillaire est respectivement de 9,90 mm et de 9,74 mm. Sur ces implants, on a réalisé : 171 couronnes unitaires, 93 bridges de trois à cinq éléments, 1 bridge complet et 55 prothèses complètes. Dans le groupe des prothèses fixes, 85,4 % des implants ont une suprastructure scellée.

Les échecs implantaires précoces et tardifs ont été documentés ainsi que les complications prothétiques. Lors du

contrôle, tout implant stable ne présentant pas de signe de péri-implantite récurrente est assimilé à un succès. Pour le traitement des complications des réhabilitations prothétiques amovibles, des réparations de fractures, des rebasages et des remplacements de parties prothétiques femelles ont été réalisées. Pour les réhabilitations prothétiques fixes, les complications correspondent à des descellements, des dévissages et des fractures de pièces secondaires, des fractures mineures ou majeures de la céramique.

Les taux de succès cumulatifs, le type et la fréquence des complications prothétiques sont évalués. Un échec précoce et 2 échecs tardifs après 1 et 12 mois ont été observés ; dans les 3 cas, il s'agissait d'implants SLA de 10-12 mm posés dans la mandibule. Le taux cumulatif de succès est de 99.40 %.

Dans le groupe des prothèses complètes amovibles, on dénombre 29 complications pour les 55 prothèses, soit 52,7 % de complications, 2 prothèses ont été refaites. Dans le groupe des prothèses fixes, on enregistre 23 complications sur les 265 prothèses soit un taux de 8,7 %. Ces complications comportent une fracture de pièce secondaire, 2 dévissages de pièce secondaire après 8 et 10 mois, 3 descellements de prothèse après 9, 20

et 41 mois, 12 fractures mineures de céramique et 5 fractures majeures ; dix prothèses (3,8 %) ont été refaites. Au niveau antérieur, il n'y a eu aucun incident, 3,2 % des couronnes unitaires postérieures ont eu une complication. Cette étude en pratique privée montre que des taux de succès élevés peuvent être obtenus même avec des implants ITI < 10 mm. Un nombre plus important de patients devrait pouvoir être traité sans recours à des procédures chirurgicales lourdes. Le taux de complications avec les réhabilitations prothétiques fixes est plus faible

que celui rencontré avec les réhabilitations prothétiques amovibles ; cependant, ces premières sont plus difficiles à gérer et plus coûteuses.

Nom et adresse du conférencier
NEDIR Rabah
CdR Clinique Dentaire SA
3 rue du Collège
CH-1800 Vevey
rabah.nedir@medecine.unige.ch

Intérêt de la piezzo chirurgie dans les greffes d'apposition osseuses pré-implantaires.

Note technique

Bader G

Service de Médecine et Chirurgie Buccale, UFR d'Odontologie de Rennes

La reconstruction des tissus durs lors d'une chirurgie pré-implantaire, en hauteur et/ou en largeur est réalisable grâce à diverses techniques. Parmi celles-ci, la greffe d'apposition, est une alternative qui a beaucoup d'adeptes depuis Beirne en 1980. L'os autogène reste encore pour beaucoup le matériau de choix pour ces interventions, l'os iliaque (Keler, 1987) ou pariétal (Tulasne, 1994), cependant les réparations de défauts osseux peuvent le plus souvent être réalisées grâce à des prélèvements intra-buccaux (Palacci, 2001).

Les techniques de prélèvement font traditionnellement appel à la fraise, la scie (alternative ou oscillante) ou encore aux disques (Khoury, 1996). Depuis 4 ans, et des études préliminaires sur l'utilisation de bistouris piézoélectriques (Vercellotti, 2000), un nouveau moyen de prélèvement osseux est apparu. L'instrumentation se compose d'une pièce à main piézoélectrique très puissante d'une fréquence fonctionnelle de 25 à 29 kHz et d'inserts qui se déplacent avec une vibration linéaire entre 60 et 210 mm, donnant à la pièce à main une puissance de plus de 5 W. Le prélèvement mentonnier avait jusqu'à présent la faveur de nombreux praticiens, essentiellement du fait de sa facilité d'accès par rapport au prélèvement ramique. Cependant, les complications neurologiques ou cicatricielle (trouble de la mobilité des muscles du menton), ne sont pas retrouvées dans les prélèvements ramiques. Le bistouri piézoélectrique, par son ergonomie, permet de travailler en toute sécurité vis à vis des tissus mous dans ces zones postérieures. C'est également le seul instrument qui permet de pratiquer des ostéotomies apicales, favorisant ainsi, la découpe des blocs osseux avec une

grande précision. L'intervention est menée sous anesthésie locale simple le plus souvent. La pièce à main permet de préparer le site receveur grâce à l'insert coudé sur chant en réalisant un pelage de la corticale osseuse. L'insert OT3 de forme, digitalée permet ensuite de réaliser les traits d'ostéotomie sagittale et verticaux mésiaux et distaux dans la région ramique, aux dimensions déterminées par la mesure per-opératoire sur le site receveur. L'insert coudé sur chant permet ensuite de réaliser l'ostéotomie apicale qui rejoint les deux traits verticaux. La « fracture » provoquée ensuite par l'ostéotome droit sera nette et franche. Après fixation sur le site receveur à l'aide de micro vis, le greffon sera remodelé, avec cette même pièce à main sur son contour, afin d'éviter la persistance de bords sécants. Durant toute l'intervention, les particules d'os issus des ostéotomies ou du pelage du site receveur sont récupérées pour combler les hiatus subsistants et permettre d'affiner la coaptation du greffon. Un bilan de deux ans d'utilisation de cette technique illustre ces propos.

Enfin une étude toute récente (Vercellotti, 2004) montre que les suites opératoires de cette technique de piézo-chirurgie sont moindres que lors des techniques de prélèvements classiques.

Nom et adresse du conférencier
BADER Gérard
Centre Hospitalier Privé de Saint-Grégoire
6 avenue de la Bouttière
35768 Saint-Grégoire Cedex
gerard.bader@wanadoo.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 10, n° 2
2004

page 95