

**Dr Michel Abi Harb**

Assistant hospitalier universitaire
(Université Paris Descartes)
Exercice libéral à Paris XV^e

Dr Reza Movaghar

Docteur en stomatologie
Spécialiste qualifié en orthopédie
dento-maxillo-faciale
Exercice libéral à Paris 15^e

Dr Alireza Seyed Movaghar

Docteur en chirurgie dentaire
Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale
(CECSMO)
Exercice libéral à Paris 15^e

Gestion de l'esthétique à la suite de l'extraction d'une canine maxillaire

Une patiente de 41 ans nous est adressée par le chirurgien maxillo-facial pour une « mobilité de 23 avec extrusion purulente ». Le questionnaire médical ne révèle aucun antécédent médico-chirurgical et la patiente formule le souhait d'améliorer l'esthétique de son sourire afin de « continuer de plaire à son mari ». Elle nous décrit deux antécédents traumatiques sur 23 qui a subi, de manière frontale, la chute d'une étagère lors d'un déménagement quelques mois auparavant.



FIGURE 1

L'examen clinique (fig. 1) révèle la présence d'un abcès en regard de 23, en égression, avec une mobilité III de celle-ci. Le sondage effectué en distal et en vestibulaire atteint 12 mm, ce qui indique un état de



FIGURE 4

résorption avancée de la corticale vestibulaire.

L'examen radiologique, rétro-alvéolaire, montre une alvéolyse verticale atteignant le tiers apical de la face distale de la racine de 23 (fig. 2) et le tiers moyen radicaire de 24 (fig. 3). L'imagerie cone beam CT confirme la résorption complète de la corticale vestibulaire et la vestibulo-position de 23 par rapport à l'os alvéolaire.

Dans un premier temps, nous avons réalisé le débridement de la lésion et prescrit une antibiothérapie (amoxicilline et métronidazole pendant 7 jours). À la suite du traitement parodontal initial et de la réévaluation, l'extraction de cette dent nous est parue incontournable. La demande d'une esthétique du sourire globale formulée par la patiente nous a amenés à travailler de concert avec nos confrères orthodontistes et à proposer l'approche multi-disciplinaire suivante :

- 1 - Extraction de 23 et gestion immédiate de l'esthétique
- 2 - Traitement orthodontique
- 3 - Aménagement des tissus durs
- 4 - Pose d'un implant
- 5 - Aménagement des tissus mous
- 6 - Réalisation de la couronne sur implant

Extraction de 23 et gestion immédiate de l'esthétique

À l'extraction de 23, nous avons entrepris

la pose immédiate d'une prothèse amovible partielle de transition en résine qui sera modifiée et ajustée tout au long du traitement orthodontique (fig. 4).

Prise en charge orthodontique

La patiente présente une classe II division 1 subdivision droite (fig. 5) sur un schéma facial normodivergent (fig. 6).

Elle a bénéficié d'un traitement Invisalign® full par distalisation maxillaire droite afin d'obtenir une parfaite classe I ainsi que la symétrisation des milieux. La simulation numérisée prédictive permet une visualisation de l'ensemble des mouvements dentaires et un contrôle sur le bon avancement du traitement (fig. 7 et 8).

L'orthodontie a permis l'alignement, le nivellement et la coordination des arcades (fig.9) afin de rétablir non seulement l'esthétique du sourire, mais également l'occlusion avec des points de contact équilibrés en statique et en dynamique lors des mouvements de propulsion et de diductions droite et gauche. Afin de pallier le désagrément esthétique causé par l'avulsion de la 23, nous avons rempli les gouttières successives, en regard du site édenté de 23, avec du composite ayant la même teinte que celle de 13.

Aménagement des tissus durs

L'extraction de 23 a conduit à la dispari-



FIGURE 5

tion de la bosse canine à gauche et l'apparition d'une concavité disgracieuse à cet endroit. De plus, l'étude de l'imagerie cone beam CT a confirmé l'impossibilité de poser



FIGURE 6

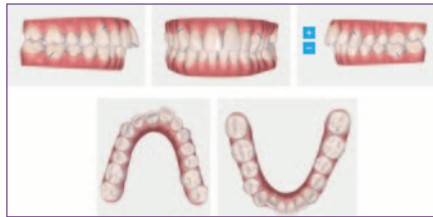


FIGURE 7



FIGURE 8



FIGURE 9

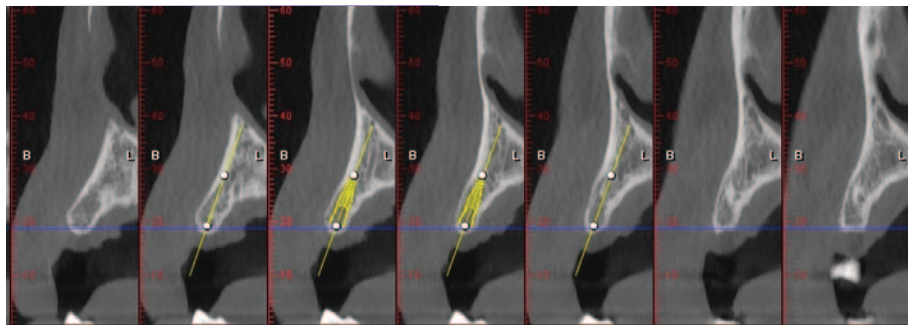


FIGURE 10



FIGURE 11



FIGURE 12

un implant de diamètre « standard » en position 23. Une greffe d'apposition a été donc proposée à la patiente, comme il était initialement envisagé. Toutefois, à l'issue des 18 mois de traitement orthodontique, la patiente n'a pas souhaité recourir à cette greffe. Respectant son souhait, nous lui avons proposé la pose d'un implant fin à condition que la couronne sur cet implant ne participe que très légèrement à la diduction gauche et à la propulsion.

Pose d'un implant fin

Après l'étude pré-implantaire (fig. 10), nous avons posé un implant de dimensions 3.0 x 10 mm (fig. 11), que nous avons enfoui lors du premier temps chirurgical. La gouttière de contention orthodontique nous a servi à pallier l'inesthétique de l'édentement en attendant la réalisation de la couronne sur implant. Après la cicatrisation muqueuse, la prothèse amovible de la patiente a été adaptée de manière non compressive sur le site d'implantation.



FIGURE 13

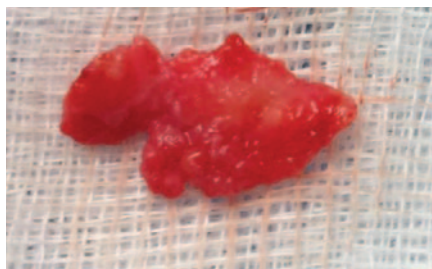


FIGURE 14



FIGURE 15

Aménagement des tissus mous

Avant la réalisation de la couronne sur implant, il était nécessaire de régler le problème esthétique causé par la concavité située en regard de la zone édentée (fig. 12). Nous avons réalisé à cet effet une greffe de tissu conjonctif enfoui concomitamment à la pose de la vis de cicatrisation (fig. 13 - fig. 16).

À défaut d'obtenir une véritable bosse canine, ce tissu conjonctif nous a permis



FIGURE 16



FIGURE 17



FIGURE 18

d'aménager les tissus mous et de combler la concavité sus-citée (fig. 17).



FIGURE 19



FIGURE 20



FIGURE 21

Réalisation de la couronne sur implant

Deux mois après le deuxième temps chirurgical, une empreinte « à ciel ouvert » a permis au prothésiste de réaliser une cou-

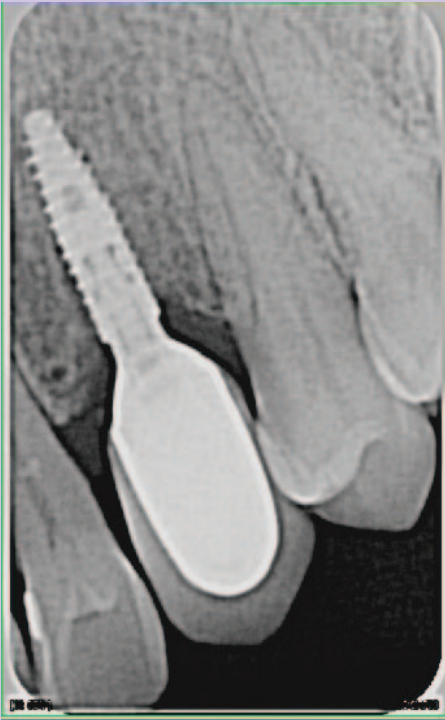


FIGURE 22



FIGURE 23

ronne provisoire sur implant en résine composite (fig. 18).

Cette couronne a été modifiée, à deux reprises, par adjonction ou soustraction de composite afin de dessiner le profil d'émergence et une ligne des collets les plus esthétiques possibles.

La couronne d'usage a ensuite été réalisée grâce à une empreinte reproduisant le profil d'émergence souhaité (fig. 19 - fig. 23). La diduction gauche de la patiente est assu-

rée par une fonction de groupe avec une très faible participation de 23.

Conclusion

La prise en charge de cette patiente en coordination avec les confrères orthodontistes nous a permis de pallier son édentement tout en répondant à sa demande d'une esthétique globale du sourire.

Remerciements :

À Mme Seyda Goren, mon assistante, pour son aide et son dévouement ;
 Au Dr Thierry Piral pour sa confiance ;
 Au laboratoire Élie Atala pour la qualité de sa prothèse ;
 Aux Drs Reza Movaghar et Seyed Movaghar pour le traitement orthodontique de notre patiente. ■