

EDENTATION UNITAIRE : IMPLANT TBR® CONNECT SINUS LIFT PAR LA TECHNIQUE DU BALLON

Par Dr. Emmanuel Genta – Vigo
Clinica Colón 21



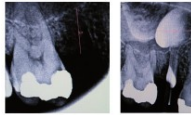
T = Jour d'intervention

PHYSIOLOGIE :

Un homme de 38 ans, sans antécédent particulier ni médication, se présente au cabinet dentaire. Son état buccal est correct, néanmoins la dent 15 est absente, avec un os résiduel de 8.7 mm jusqu'au sinus (ce dernier est asymptomatique).

TRAITEMENT :

Pour maintenir le sinus maxillaire hydraté, nous prescrivons au patient du Rhinomer force 3 à inhaler 3 fois par jours. De plus, de l'Augmentin 875/125 mg (toutes les 8 heures pendant 7 jours, à commencer 48 heures avant l'intervention) et de l'Ibuprofène 600 mg (toutes les 10 heures pendant 4-5 jours) sont également prescrits. La chirurgie se fera sous irrigation à base de Rifampicine et de sérum physiologique.



TECHNIQUE OPERATOIRE :

Un lambeau d'épaisseur totale est réalisé, de la face distale de la 13, avec une incision de décharge de 60° formant ainsi une ligne droite jusqu'au fond du vestibule, à la face mésiale de la 17, avec également une incision de décharge à 60°.

Par l'emploi d'ostéotomes, et via un abord crestal, la membrane sinusienne est décollée à l'aide d'un ballon. Durant le fraissage, de l'os est récupéré et introduit dans une seringue afin d'en faciliter la manipulation.



T = 5 mois



Nous nous assurons que le déplacement de la membrane sinusienne s'effectue sur une hauteur de 10 mm, et nous vérifions que la largeur du ballon est de 9.7 mm.



Sur la radiographie, nous obtenons le contraste du ballon en le remplissant de sulfate de baryum et de sérum physiologique. Par cette technique, nous pouvons décoller 10 mm de hauteur sur 10 mm de largeur.

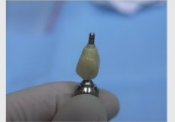
Le ballon est ensuite retiré ; l'os de comblement est introduit dans le tunnel alvéolaire et l'implant TBR® Connect de longueur 13 mm et diamètre 3.5 mm est placé dans le site opératoire. La membrane sinusienne, avec la respiration du patient, descend et se pose sur la greffe et l'implant, en forme de tente (on peut observer des plis sur la radiographie).



5 mois plus tard, des trabécules osseuses apparaissent sur toute la zone apicale de l'implant, les plis de la membrane sinusienne ayant disparu.

Le 2nd temps opératoire découvre l'implant, le lambeau est déplacé en vestibulaire afin d'obtenir une meilleure épaisseur de gencive et une adaptation plus naturelle avec la couronne. Une vis de cicatrisation est ainsi mise en place pour festonner les tissus mous.

Une semaine plus tard, le transfert au laboratoire s'effectue à l'aide d'un transfert clippé et non vissé sur l'implant (technique simplifiée et facilitée). Une couronne transvissée en céramique est réalisée, avec une attention toute particulière portée au profil d'émergence afin d'obtenir un aspect le plus naturel possible et une morphologie gingivale esthétique (sur la couronne transvissée, nous distinguons parfaitement la zone intra-implantaire, la zone sulculaire et la couronne clinique)



Enfin, cette couronne est vissée à l'aide de la clé dynamométrique à 30 N.cm ; un composite viendra obturer la face occlusale.

