

Type of the Paper (Article)

EXTRACTION IMPLANTATION ET MISE EN ESTHETIQUE IMMEDIATE AU SECTEUR ANTERIEUR

DRIBEL Samia ^a, BOUDELAA Nadia ^a, ZERIATI Chafika ^a

Faculté de Médecine Dentaire, Université des sciences de la santé Alger, Algérie

Email : samia.dribel1@gmail.com

Résumé

Introduction : La perte d'une dent antérieure, en particulier l'incisive centrale supérieure, représente un défi clinique majeur en raison des exigences esthétiques élevées du secteur antérieur. Lorsqu'elle est associée à une lésion parodontale importante rendant la dent non conservable, la prise en charge thérapeutique doit viser la préservation des tissus durs et mous. La couronne immédiate sur implant unitaire après extraction constitue une solution moderne permettant de restaurer rapidement fonction et esthétique tout en limitant les altérations tissulaires post-extractionnelles[1,2].

Méthodes : Un cas clinique d'extraction-implantation immédiate est présenté. Après une extraction atraumatique, l'alvéole a été soigneusement curetée pour éliminer le tissu inflammatoire parodontal. Un implant endo-osseux de 4,3 mm de diamètre et 11,5 mm de longueur a été placé selon un positionnement tridimensionnel précis, légèrement palatin et apical. Une stabilité primaire suffisante a permis la mise en place d'une couronne provisoire immédiate issue de la dent extraite modifiée, strictement en sous occlusion, utilisée pour le conditionnement des tissus mous péri-implantaires [3-6].

Résultats : Le suivi clinique et radiographique a montré une cicatrisation favorable des tissus mous et une stabilité osseuse péri-implantaire satisfaisante. Aucun signe inflammatoire ou infectieux n'a été observé. La couronne immédiate a permis le maintien du contour gingival, une préservation acceptable des papilles interdentaires et une intégration esthétique harmonieuse par rapport à l'incisive controlatérale. Le patient a exprimé une satisfaction fonctionnelle et esthétique globale.

Conclusion : La couronne immédiate sur implant unitaire après extraction constitue une option thérapeutique fiable même en présence d'une lésion parodontale importante [7-9], à condition d'un contrôle rigoureux de l'infection, d'une stabilité primaire adéquate et d'une gestion précise du provisoire immédiat [10-12].

Mots clés : Couronne immédiate, Extraction atraumatique, Implant unitaire antérieur, Incisive centrale, Mise en charge immédiate

Citation: To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: First name Last name

Received: date : 04/08/2025

Revised: date: 16/10/2025

Accepted: date: 21/11/2025

Published: date: 03/01/2026

Copyright: © 2024 by the authors.
Submitted publication under the terms
and conditions of the Creative
Commons

1. Introduction :

La réhabilitation implantaire d'une incisive centrale maxillaire constitue une situation clinique particulièrement délicate en raison des exigences esthétiques élevées propres au secteur antérieur. La position stratégique de cette dent dans le sourire impose une prise en charge thérapeutique visant non seulement la restauration fonctionnelle, mais également la préservation optimale des tissus péri-implantaires afin d'assurer une intégration esthétique harmonieuse [1,2].

Dans ce contexte, l'extraction –implantation immédiate associée à une mise en esthétique immédiate apparaît comme une alternative thérapeutique pertinente lorsque les conditions cliniques et biologiques sont favorables [3].

Le présent cas clinique illustre les différentes étapes chirurgicales et prothétiques de l'extraction–implantation avec esthétique immédiate d'une incisive centrale maxillaire, en mettant en évidence les critères décisionnels, les précautions techniques et les résultats esthétiques obtenus à court et moyen terme.

2. Matériel et méthodes

Le cas d'une incisive centrale supérieure (21) présentant une lésion parodontale importante (fig. 1 et 2), associée à une mobilité de grade III avec une sensibilité à la mastication, a représenté une situation favorable pour un remplacement implantaire. Le patient, âgé de 64 ans, avait un sourire ne montrant pas la zone gingivo-dentaire. La dent à traiter présentait déjà une récession gingivale de 2 millimètres. L'examen du DentaScan a permis de constater que la racine était courte et que la perte osseuse verticale était limitée à la zone distale de la dent. De plus, il y avait plus de 5 millimètres d'os disponible à l'apex de la dent à extraire. L'examen clinique de ce patient, qui présentait une occlusion de classe I d'Angle, n'a pas révélé de signes de bruxomanie.



Fig1. État initial



Fig2. Examen radiographique

Protocole chirurgical

Après anesthésie locale, une extraction atraumatique a été réalisée en préservant les parois osseuses alvéolaires et les tissus mous péri-dentaires (fig. 3, 4). L'alvéole a été soigneusement curetée et irriguée (fig. 5).

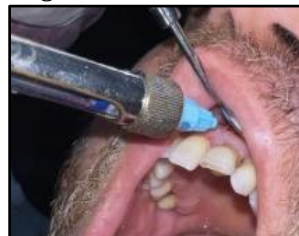


Fig3. Anesthésie locale



Fig4. 21 extraite



Fig5. Curetage de l'alvéole

Un implant endo-osseux de 4,3mm de diamètre et de 11,5mm de longueur a ensuite été mis en place en position palatine par rapport à l'axe de de la dent extraite, conformément aux principes du positionnement tridimensionnel idéal(fig.6).



Fig6. Forage et mise en place de l'implant

La stabilité primaire obtenue était satisfaisante, permettant d'envisager une mise en esthétique immédiate. L'espace résiduel entre l'implant et la paroi vestibulaire a été comblé par un biomatériau ostéoconducteur afin de favoriser le maintien du volume osseux (fig.7).



Fig7.Comblement avec un matériau ostéoconducteur

Protocole prothétique et mise en esthétique immédiate

Une restauration provisoire immédiate a été réalisée le jour même, à partir de la couronne extraite modifiée(fig.8) sur un pilier provisoire(fig.9). Cette restauration a été soigneusement ajustée afin d'être totalement hors contacts occlusaux en statique et en dynamique (fig.10). Le profil d'émergence a été modelé de manière progressive pour assurer un conditionnement optimal des tissus mous péri-implantaires et préserver l'architecture gingivale initiale. Une attention particulière a été portée à la symétrie gingivale et au soutien de la papille inter dentaire.



Fig8.Modification de la couronne extraite en provisoire immédiate



Fig9. Pilier provisoire



Fig10. Mise en sous occlusion

3. Résultats

Les contrôles cliniques et radiographiques (fig.11) réalisés à court et moyen terme ont montré une bonne cicatrisation des tissus mous, une stabilité osseuse péri-implantaires satisfaisante et l'absence de signes inflammatoires ou infectieux. Le contour gingival est resté stable, avec une intégration esthétique harmonieuse par rapport à la dent controlatérale. Après la phase d'ostéo-intégration, la restauration d'usage va être réalisée dans le respect du profil d'émergence conditionné par la couronne provisoire.



Fig11. Résultat clinique et radiographique après 6 mois

4. Discussion

Ce cas clinique montre que la couronne immédiate sur implant unitaire après extraction de la 21 peut être envisagée malgré une lésion parodontale importante, sous réserve d'un contrôle rigoureux de l'infection, d'une stabilité primaire adéquate et d'une gestion précise du provisoire. Les données actuelles de la littérature montrent que ce concept permet d'obtenir des résultats cliniques fiables lorsque des critères biologiques et mécaniques stricts sont respectés [1,2].

Plusieurs études longitudinales ont démontré que les taux de survie des implants unitaires immédiatement placés et restaurés sont comparables à ceux des protocoles différés, avec des taux supérieurs à 95% à moyen terme et long terme [1,3]. Slagter et al ont rapporté une stabilité osseuse marginale satisfaisante à 5 ans, sans différence significative entre mise en charge immédiate et différée dans le secteur esthétique [1]. Ces résultats ont été confirmés par Van Driel et al dans une étude randomisée à 10 ans [2].

La gestion des tissus mous constitue un élément déterminant du succès esthétique au niveau du secteur antérieur en préservant un profil d'émergence optimal [3,4]. Buser et al et Cosyn et al ont montré que la couronne provisoire immédiate permet

de maintenir les papilles inter dentaires et de limiter les récessions gingivales lorsqu'elle correctement conçue en sous occlusion [3,4].

L'utilisation de la dent extraite, modifiée, comme couronne provisoire immédiate a été décrite dès les premières approches d'esthétique implantaire dans le secteur antérieur. Cette technique initialement rapportée par Garber et Rosenberg puis reprise par plusieurs auteurs, permet de préserver la morphologie coronaire d'origine et de maintenir les repères esthétiques propres au patient [5,6]. Des études plus récentes confirment que la dent naturelle utilisée comme provisoire favorise le conditionnement optimal des tissus mous péri-implantaires et la stabilité du profil d'émergence, tout en assurant une excellente intégration esthétique lorsqu'elle est maintenue hors contacts occlusaux [4].

Dans les situations associées à une lésion parodontales importantes, la littérature souligne que l'implantation immédiate n'est pas formellement contre indiquée, à condition d'un contrôle rigoureux de l'infection et d'un curetage alvéolaire minutieux [7-9]. Plusieurs auteurs insistent également sur l'importance de la stabilité primaire, du biotype gingival et de l'épaisseur de la paroi osseuse vestibulaire pour garantir un résultat esthétique et biologique durable [10-12].

Conclusion

La mise en esthétique immédiate au secteur antérieur constitue une option thérapeutique fiable même en présence d'une lésion parodontale importante, à condition d'un contrôle rigoureux de l'infection, d'une stabilité primaire adéquate et d'une gestion précise du provisoire immédiat surtout s'il est réalisé à partir de la dent extraite modifiée. Les progrès techniques et les protocoles chirurgicaux contemporains notamment les approches numériques, contribuent à améliorer encore ces résultats.

Déclaration de liens d'intérêt :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Slagter KW et al. J Clin Periodontal.2020 ;47 :1448-1458.
- [2] Van Driel VJH et al. J Clin Periodntal.2024 ;51 :112-121.
- [3] Buser D et al. J Dent Res.2017 ;96 :26-34.
- [4] Cosyn J et al. Clin Oral Implants Res.2019 ;30 :20-32.
- [5] Garber DA, Rosenberg ES. The edentulous ridge in fixed prosthodontics Prosthet Dent.1981.
- [6] Spear FM. Provisional restorations for immediate implant placement. J Esthet Dent .1999.
- [7] Chen ST, Buser D. Periodontology 2000.2014;66 :183-201.
- [8] Cooper LF et al. Int J Oral Maxillo-facial implants.2018 ;33 :167-176.
- [9] Esposito M et al. Cochrane Data base Sys Rev. 2017 ;9 :CD006698.
- [10] Tonetti MS et al. Clin Oral Implants Res.2016 ;27 :1-9.
- [11] Sanz M et al. Clin Oral Implants Res. 2019 ;30 :73-84.
- [12] Chappuis V et al. Int J Oral Maxillo-facial implants.2018 ;33 :15-27