



## Retour sur la Journée TV « L'extraction mérite réflexion »

Cette très riche journée aura été fidèle à l'objectif que s'était fixé la SOP puisqu'il s'agissait de montrer en vidéo et en direct des stratégies où les extractions étaient menées de façon à préserver l'avenir pour la reconstruction envisagée.

Pour preuve, les deux interventions réalisées en direct se concluaient l'une, par un comblement alvéolaire, l'autre par une implantation immédiate. Et que dire de la conférence finale qui, à partir de différentes situations cliniques, faisait la part belle à toute la gamme des techniques de temporisation ?

La première avulsion, diffusée en différé mais en plan séquence – l'opérateur, **Benoît Brochery**, étant retenu par la naissance de ses jumelles – pouvait sembler à la portée de tous, mais on y aura trouvé beaucoup de finesse et quelque subtilité dans la syndesmotomie et le curetage à la lame 15. Des deux interventions qui suivirent, on notera une vraie prise de risque des opérateurs puisque, tant pour **Benjamin Darmon** – qui recourait à la piezzo-chirurgie – que pour **Fabrice Chérel** – qui recourait, maillet compris, à une technique plus traditionnellement stomatologiste –, chacun

de leur cas était pour le moins difficile.

**Olivier Étienne** a clos cette Journée par une très belle conférence sur la temporisation. On relèvera pour finir que les trois intervenants présents lors de cette Journée ont particulièrement joué le jeu de l'interaction, n'hésitant pas à « relancer » l'opérateur lorsqu'il omettait de commenter un geste particulier ou une phase intéressante.

La SOP les en remercie comme elle remercie les participants pour la pertinence de leurs questions et de leurs interventions.

**Corinne Touboul**

## Abstract de l'intervention de Benoît Brochery Réalisation d'une extraction sans reconstruction



1 Mise en évidence de la mobilité et estimation de la profondeur de la fracture vestibulo-palatine de la racine résiduelle de la 14 à l'aide d'une sonde parodontale.



2 Mobilisation du segment radulaire mésial de la 14 à l'aide d'un l'élevateur coudé après section des ligaments parodontaux par une lame 15.



3 Après extraction des racines et curetage soigneux des parois alvéolaires, mise en place d'une membrane de collagène résorbable dans les alvéoles de la 17.



4 Séparation radulaire de la 17 à l'aide d'une fraise chirurgicale.



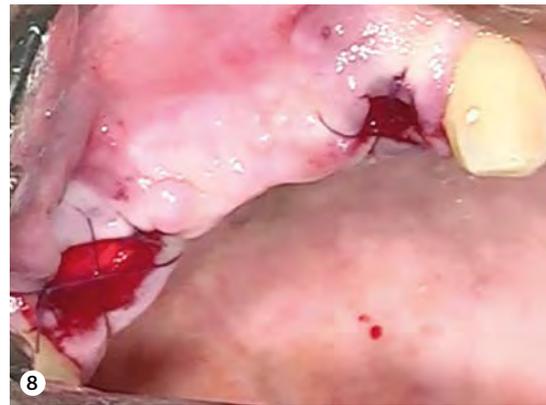
5 Vue occlusale après séparation des racines de la 17.



6 Mobilisation de la racine palatine de la 17 à l'aide d'un élévateur droit.



7 Mise en place d'une éponge de collagène.



8 Sutures des plaies et contrôle du saignement postopératoire.

# Abstract de l'intervention de Benjamin Darmon Réalisation d'une extraction avec reconstruction



1 Utilisation du piezotome pour sectionner (débrider) les fibres desmodontales et parodontales.



2 Décoller lancéolé.

L'intervention précédente proposait une technique d'extraction de deux piliers de bridges avec l'objectif de préserver le capital osseux. Ici, la configuration anatomique de la racine résiduelle et de l'os contraint, pour les mêmes raisons, à procéder à son extraction en réduisant au maximum des risques de récessions cicatricielles et de procéder à la pose d'un implant dans un second temps opératoire. Pour ce faire tous les instruments de chirurgie seront choisis en fonction de leur efficacité à détacher la dent par appui sur les parois proximales: piezotomes, syndesmotomes et éleveurs fins. L'obtention d'un os cicatriciel de qualité passera par un curetage-lavage soigneux des parois alvéolaires à l'aide de curettes et fraises boules diamantées utilisées sur CA ou ultrasoniques, suivis d'un comblement hermétique par du Bio-Oss® d'origine bovine surmontée d'une membrane collagène.



3 Action de mobilisation par utilisation d'un éleveur fin en appui sur les parois osseuses proximales.



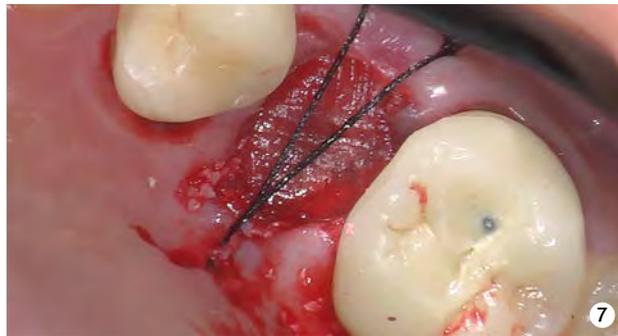
4 Lavage et vérification terminale des parois alvéolaires par irrigation à l'aide d'un piezotome.



5 Comblement de l'alvéole par du Bio-Oss® préalablement mélangé à du liquide physiologique.



6 Capuchon alvéolaire réalisé à l'aide d'une membrane collagène.



7 Résultat après suture.

# Abstract de l'intervention de **Fabrice Chérel** Réalisation d'une extraction-implantation immédiate

Trois difficultés imprévues sont apparues lors de l'intervention: présence d'une céramique à ancrage radiculaire sur la racine à extraire, suspicion d'ankylose, pose d'un implant dans le même temps opératoire. La dépose des éléments prothétiques ne devra en aucune manière en-

traîner une dégradation de la racine résiduelle, l'ankylose suspectée et la pose de l'implant nécessiteront un temps de travail plus important. Les phases opératoires de la partie « extraction » correspondent en tout point à celles décrites et pratiquées lors de l'intervention précédente.



1 Utilisation du périotome (Friatec®) tangentiellement à l'axe de la racine, à l'aide d'un maillet.



6 Insertion Bio-Oss® hydraté au niveau du hiatus vestibulaire, pilier de cicatrisation en place



2 Segmentation radiculaire à l'aide d'une fraise chirurgicale destinée à faciliter la mobilisation radiculaire.



4 Détermination du futur axe d'insertion de l'implant en prenant appui au niveau de la paroi palatine.



7 Mise en place d'une membrane collagène.



3 Détermination de la hauteur de la corticale vestibulaire et du diamètre de l'alvéole à l'aide d'une sonde boule graduée.



5 Mise en évidence et vérification de l'axe, de la profondeur et de la stabilité du forage.



8 Vue opératoire finale après suture.

## Abstract de la conférence de Olivier Étienne La temporisation



La confection d'une prothèse complète temporaire de cicatrisation confortable et immédiate peut se heurter à de nombreuses difficultés en particulier anatomiques. La réalisation d'un porte-empreinte fenêtré au niveau des dents à extraire et épousant les limites périphériques vestibulaires par un marginage sans surcontour permet d'atteindre cet objectif.



Le T.O.B.B.I. est un système prothétique de temporisation dérivé des techniques de traitement orthodontique par ailettes métalliques collées sur les faces palatines. Un léger appui sur les berges muqueuses vestibulaires assure un rendu esthétique en amorçant la forme de futures pseudo-papilles tout en restant à distance des structures alvéolaires. Cela évite ainsi toute résorption iatrogène osseuse pendant la période de cicatrisation.



Chez le jeune patient, l'édentement dans le secteur incisivo-canin, est plus volontiers traité en temporisation de longue durée. En effet, l'implantologie précoce peut se heurter à des problèmes de croissance faciale antérieure, source de désastres esthétiques. Il est donc nécessaire d'assurer conservation des espaces créés par l'extraction et d'assurer pendant parfois plus de 10 ans l'esthétique et le fonctionnel par la réalisation de systèmes simples mais résistants. Les illustrations 4, 5, 6 et 7 décrivent quelques solutions techniques utilisées le plus couramment. En 4, lorsque l'occlusion le permet, un exemple de prothèse céramique collée dotée d'une ailette fixée sur la face palatine de la dent distale



Dans ce cas, lorsque l'occlusion est très « serrée » donc défavorable à l'utilisation d'ailettes mono ou bilatérales, il est possible à l'aide d'une clef de positionnement rigide (Die Silicone, VOCO) préalable à l'édentation, de fixer la partie coronaire de la dent extraite, évidée et remplie de composite, par collage proximal.



Résultat quelques mois après. Il suffira au praticien, lors de la pose de l'implant, de déposer cette dent et de la recoller sous digue à la fin de l'intervention. En fonction des phases de cicatrisation ou de remodelage gingival, cette dent pourra être adaptée marginalement après dépose, puis recollage sous digue.



Autre cas de temporisation en résine fibrée qui allie la restauration du bord libre de la dent contiguë, permettant judicieusement un réalignement des bords incisifs avec une augmentation de la surface de collage au niveau de la face palatine.



La réalisation d'un bridge provisoire transvissé sur les piliers implantaires permettra une cicatrisation contrôlée avec modelage des muqueuses gingivales pendant la cicatrisation.



**RETROUVEZ  
L'INTÉGRALITÉ  
DE LA  
JOURNÉE  
SUR  
www.sop.asso.fr**



ADHÉREZ À LA SOP  
ET ACCÉDEZ AU REPLAY  
DE CETTE JOURNÉE  
ET À + DE 100  
REPLAYS DE  
NOS JOURNÉES  
ACCESSIBLES EN LIGNE

**Bulletin  
cahier  
central**



### Les points clés de l'intervention de **Benoît Brochery**

- Ne pas lever le lambeau en première intention.
- Syndesmotomie fine et nette à la lame.
- Faire de la place au détriment de la dent: couper/séparer la (les) racine(s).
- Ne pas forcer: comprendre l'anatomie de la dent.
- Stériliser l'alvéole: curetage manuel et mécanique.
- Favoriser la formation du caillot et le stabiliser.



### Les points clés de l'intervention de **Benjamin Darmon**

- Adapter l'indication et la technique en fonction du type d'alvéole.
- Attendre quatre à six mois après le comblement avant d'implanter.
- Une bonne gestion de la préservation de la crête permet une chirurgie implantaire facilitée et une meilleure prédictibilité de la résorption sous le pontique d'un bridge.
- Techniques simples devant être dans l'arsenal de tout omnipraticien réalisant des avulsions.



### Les points clés de l'intervention de **Fabrice Chérel**

- Cartographie complète des tissus parodontaux pré-extractionnelle.
- Extraction: pas d'alvéolectomie
- Implant immédiat: stabilité primaire; au plan esthétique: respect de l'axe prothétique, contrôle du remodelage (greffe conjonctive/comblement biomatériaux), dents contiguës = contrôle de la papille.



### Les points clés de l'intervention de **Olivier Étienne**

- Chaque cas clinique bénéficie d'indications spécifiques.
- Confort pour gagner le temps nécessaire à la préparation muco-gingivale.
- Options les moins invasives possible.
- Le projet esthétique précède l'implantologie chirurgicale, donc la temporisation précède l'avulsion !