



FIGURE 1 :
Situation clinique
initiale.

Antoine GIACOBBI

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire
Hôpital Bretonneau (AP-HP)
Faculté de chirurgie dentaire (Paris Descartes)

Nawel KOUACI

Attaché hospitalier
Hôpital Bretonneau (AP-HP)
Faculté de chirurgie dentaire (Paris Descartes)

Chirurgie endo-parodontale et prothèse fixée en pratique quotidienne

Une patiente de 26 ans, sans pathologie générale, vient en consultation suite à un descellement récurrent d'une incisive centrale maxillaire, et se plaint de la persistance d'une fistule vestibulaire en regard d'une incisive latérale maxillaire, malgré une chirurgie de résection apicale sur ces trois dents couronnées. La patiente est, de plus, inquiète par l'aspect inesthétique de son sourire.

À l'examen clinique endobuccal (figure 1), on note la présence d'un ostium fistulaire en regard de la 21, une inadaptation cervicale des trois couronnes 12, 11 et 21 et une ligne du sourire inesthétique.

À l'examen radiographique, on remarque la présence d'une image osseuse radioclaire périapicale en regard de la 21 (figures 2 et 3), détectée au moyen d'un cliché rétroalvéolaire. On note également la présence de traitements canaux insuffisants sur ces trois dents, des inlay-cores trop courts et non adaptés, et une inadaptation marginale des couronnes.

Plan de traitement

Il a été décidé la pose des trois couronnes inadap-
tées, un retraitement endodontique de ces trois dents,
une chirurgie parodontale d'alignement des collets et
une énucléation du kyste sur la 21 qui présente une
fenestration vestibulaire. Puis la réalisation d'inlay-cores
et de couronnes céramo-métalliques sur ces trois dents
est envisagée.

La présence de lésions péri-apicales sur des dents cou-
ronnées représente une situation clinique assez fré-
quente. Le premier choix face à des images osseuses
périapicales est d'adresser les patients à un spécialiste
en chirurgie buccale, pour effectuer une résection api-
cale avec obturation a retro. Cette approche est moti-
vée par un motif financier : lorsque l'on propose un
devis de retraitement endodontique puis des inlay-cores
et des couronnes à un patient face à un devis de résec-
tion apicale, le choix financier penche vers le second.

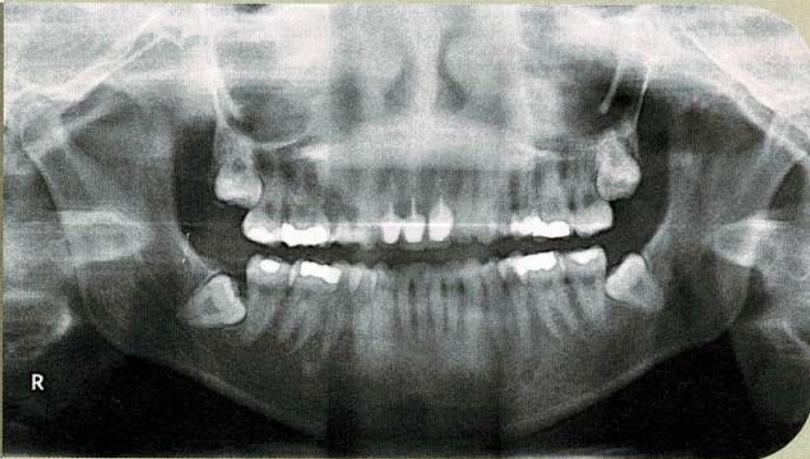


FIGURE 2 : Panoramique dentaire avant traitement.

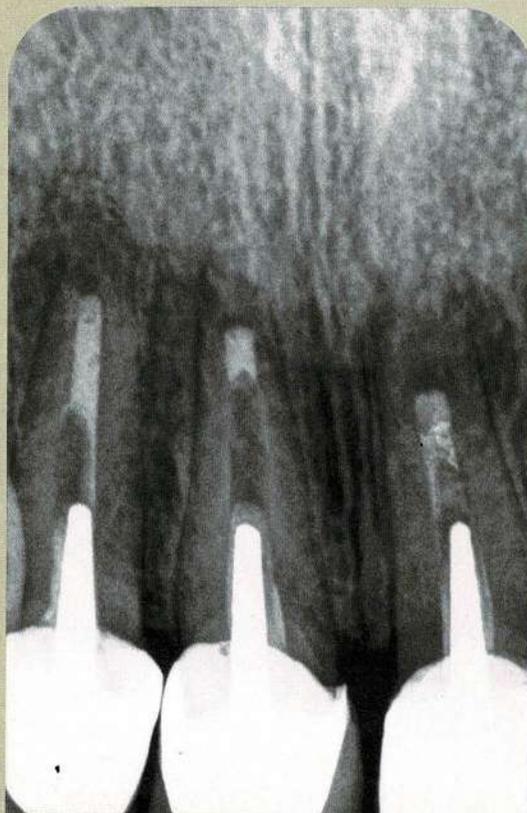


FIGURE 3 : Radiographie rétro-alvéolaire préopératoire.

De plus, un risque de fêlure voire de fracture radiculaire lors de la dépose des inlay-cores et des couronnes n'est pas à exclure. Et le praticien s'expose à un risque médical plus important en déposant les couronnes.

Cependant, après analyse du coût/bénéfice/sécurité-risque des deux plans de traitements, le plus judicieux s'avère être la dépose. Le traitement de résection apicale, seul, représente une perte de chances pour le patient à moyen terme.

Dans notre situation clinique, le choix s'est porté vers la dépose des couronnes et des inlay-cores.

Dans la séquence opératoire, il a été décidé de programmer un grand rendez-vous dans lequel nous allons effectuer la dépose des couronnes et des inlay-cores, le retraitement endodontique sous digue des trois dents, puis dans cette même séance la chirurgie osseuse d'ostéoplastie et alignement des collets et d'énucléation du kyste sur la 21. Puis, nous réaliserons des couronnes provisoires adaptées guidant la cicatrisation. Les autres séances sont classiques : après 8 semaines de cicatrisation, empreinte inlay-cores, pose des inlay-cores, puis empreinte des couronnes céramo-métalliques, puis pose des CCM.

Séance 1

Étape 1 : Dépose des couronnes et des inlay-cores (figure 4)

On va réaliser une découpe de la céramique avec une fraise diamantée. Arrivé sur le métal, on utilise des fraises trans-métal pour la découpe du métal. En ce qui nous concerne, nous n'utilisons jamais d'arrache-couronnes, pour ne pas risquer une fracture ou fêlure de la racine. Arrivé sur l'inlay-core, on va utiliser des ultrasons à la jonction métal-dent puis délicatement mobiliser l'inlay-core dans l'axe de la racine.

Étape 2 : Reprise des traitements endodontiques (figure 5)

La digue est posée en positionnant les crampons sur les canines, puis on réalise un retraitement endodontique des trois dents, en utilisant la séquence inversée Protaper guidée par le localisateur d'apex. La difficulté est l'obturation étanche du canal jusqu'à l'apex sans dépassement péri-apical, sachant que l'apex est complètement ouvert suite aux anciennes résections apicales.



FIGURE 4 : Situation après dépose des couronnes et des inlay-cores.

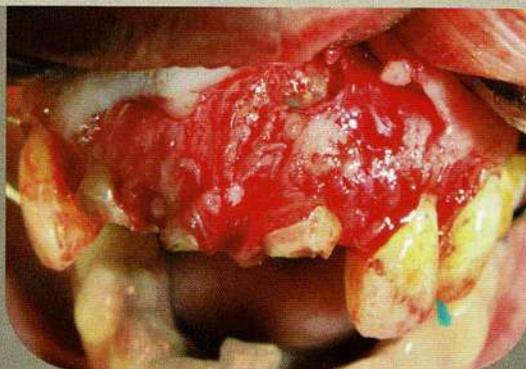


FIGURE 6 : Réclination du lambeau d'épaisseur totale, sans décharge, montrant la fenestration vestibulaire sur la 21.

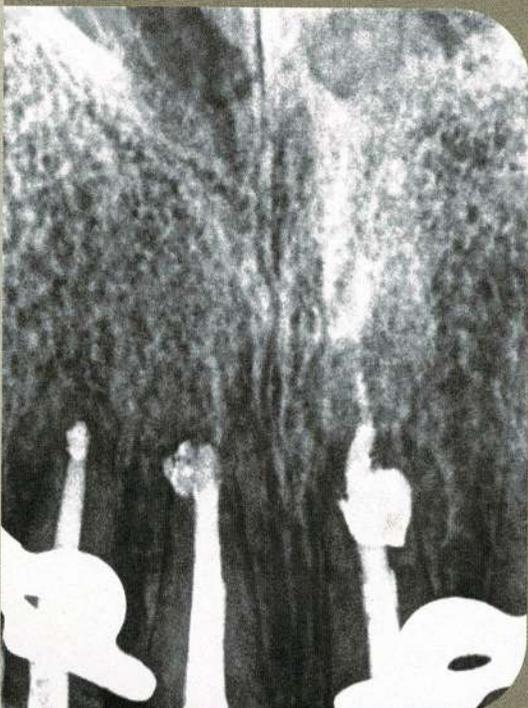


FIGURE 5 : Radiographie rétro-alvéolaire après obturation canalaire à chaud. Les apex des 3 dents sont ouverts.



FIGURE 7 : Cicatrisation à une semaine post-opératoire, après mise en place des couronnes provisoires.



FIGURE 8 : Cicatrisation à 8 semaines.

Étape 3 : Ablation du kyste sur 21 et résection apicale (figure 6)

Une fois les dents obturées endodontiquement, nous avons décidé, dans une même séance, de récliner un lambeau de pleine épaisseur de canine à canine sans décharge. Une fois récliné, nous visualisons la fenestration vestibulaire sur la 21. Donc, nous réalisons une ablation du kyste puis nous pratiquons une très légère résection apicale de la racine.

Étape 4 : Chirurgie parodontale : ostéoplastie et alignement des collets sur les quatre incisives maxillaires (1) (2). Un lambeau d'épaisseur totale est levé,

un remodelage osseux est réalisé avec restauration de l'espace biologique et alignement des collets (3).

Étape 5 : Réalisation des couronnes provisoires
Elles sont adaptées à la nouvelle anatomie des dents guidant la cicatrisation (4).

Séance 2

Ablation des fils à huit jours (figure 7).

Séance 3

À huit semaines, contrôle de la cicatrisation et empreinte inlay-cores (figure 8).



FIGURE 9 : Visualisation des préparations après la mise en place de l'Expasy® , et avant l'empreinte.

Séance 4

Pose et scellement des inlay-cores, puis empreinte des couronnes céramo-métalliques (figure 9). On utilisera de l'Expasy® et non pas des fils de rétraction gingivale, pour ne pas léser l'attache épithéliale. On réalise une empreinte maxillaire en silicone double mélange (figure 10).

Séance 5

Vérification de l'adaptation cervicale des couronnes, des points de contact puis scellement définitif des couronnes céramo-métalliques (figure 11).

Séance 6

Contrôles radiographiques (figure 12) et cliniques (figure 13) à huit jours. On note une très bonne cicatrisation osseuse à 10 semaines. Cliniquement, la gencive paraît saine et le sourire de la patiente harmonieux.

Conclusion

La gestion d'un cas clinique multidisciplinaire regroupant endodontie, parodontologie et prothèse est tout à fait réalisable dans un cabinet d'omnipraticien en peu de séances. La clé du succès réside dans le regroupement des actes, lorsque cela s'avère réalisable, et le maintien d'un protocole rigoureux.

Bibliographie

- 1) LORMEE J., DANAN M., SAUVAN J.L., BOUNIOL C., VASSALO A. Préparation parodontale des dents supports. J Parodontol, 1986 ; 5 : 303-312.
- 2) ALCOUFFE F. L'élongation coronaire. Inf Dent, 1992 ; 32 : 2747-2750.
- 3) VIARGUES P, MEYER J. L'espace biologique minimal, détermination de l'allongement coronaire a minima. J Parodontol, 1995 ; 14 : 269-274.
- 4) UNGER F., LEMAITRE P., HOORNAERT A. Prothèse fixée et parodonte. Guide clinique. Éd. CdP Paris, 1997.



FIGURE 10 : Visualisation des préparations sur l'empreinte maxillaire.



FIGURE 11 : Couronnes céramo-métalliques mises en place.



FIGURE 12 : Radiographie rétro-alvéolaire du contrôle des inlay-cores et des CCM, à 10 semaines.



FIGURE 13 : Sourire de la patiente, une semaine après la pose.