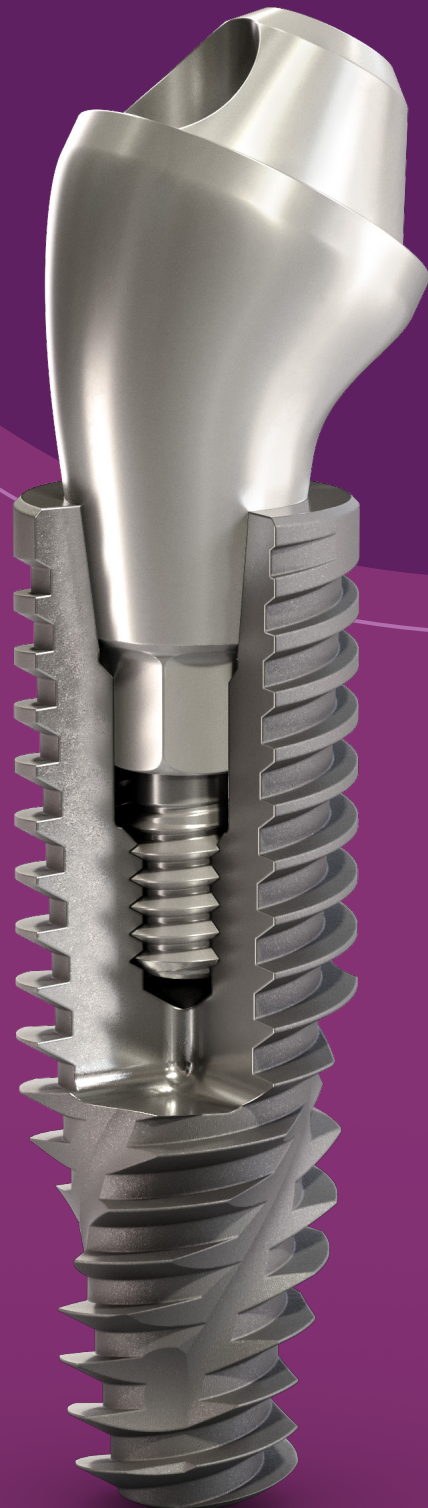


SYSTÈME IMPLANTAIRE
GRAND MORSE®

CASEBOOK CLINIQUE

Des cas cliniques réalisés par des chirurgiens du monde entier qui démontrent la **fiabilité**, la **stabilité**, la **simplicité** et l'**esthétique** derrière le **système implantaire Grand Morse®**.



Connexion
Grand Morse®



Implant
Helix®



Surface
Acqua®

CONTENU

PDF INTERACTIF

01



Implant Helix Grand Morse® : Remplacement immédiat d'un élément fracturé dans la zone esthétique.

Gestion des tissus mous et pose d'implants avec mise en charge immédiate dans la zone esthétique : optimisation des résultats cliniques.



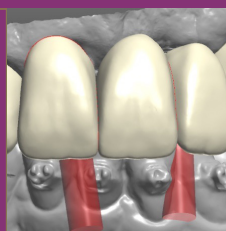
02

03



Traitement par extraction partielle pour la restauration d'une arcade complète maxillaire.

Correction de la déviation de la ligne médiane par un bridge fixe sur implants.



04

05



Restauration de l'arcade complète avec la chirurgie guidée Neodent® : sept ans de suivi.



01

Implant Helix Grand Morse® :
remplacement immédiat
d'un élément fracturé
dans la zone esthétique.

DR MARCELO HERRERA ROBAYO
Équateur



Implant Helix Grand Morse® : remplacement immédiat d'un élément fracturé dans la zone esthétique.

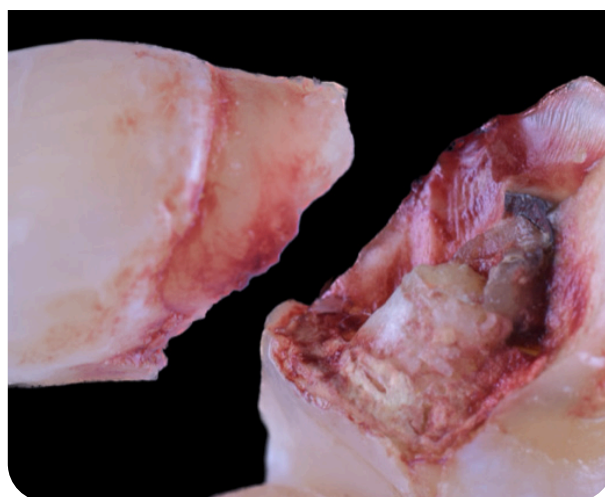


DR MARCELO HERRERA ROBAYO Équateur

- Dentiste diplômé – Université centrale de l'Équateur
- Parodontiste diplômé – Université San Francisco de Quito
- Spécialiste en prothèse dentaire
- Professeur du département de parodontologie et d'implantologie – Université San Francisco de Quito

Antécédents médicaux du patient

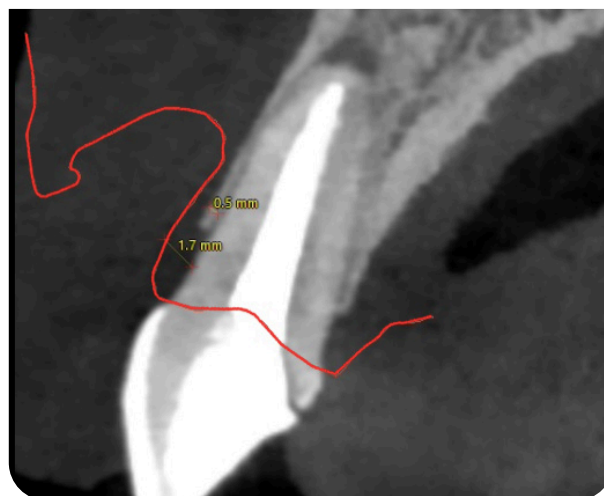
La patiente a reçu un coup accidentel de son fils nouveau-né, entraînant la fracture de la dent 21, qui avait déjà fait l'objet d'un traitement du canal radiculaire. Vu la position de l'élément fracturé dans la zone esthétique, la nécessité d'une restauration implanto-portée avec mise en charge immédiate s'est imposée.





Planification

Tout d'abord, la coupe sagittale d'une tomodensitométrie a révélé une fracture s'étendant du tiers cervical au tiers moyen de la racine. Des photographies intra-orales et extra-orales ont été prises, ainsi qu'une empreinte et un wax-up numériques.



Description du flux de travail prothétique

Il s'agissait d'une restauration au niveau de l'implant. Nous avons toujours maintenu une restauration provisoire. Après 3 mois, nous avons pris une empreinte avec porte-empreinte ouvert directement sur l'implant à l'aide d'un transfert personnalisé. Nous avons utilisé une base en titane avec un diamètre de 3.5 mm, une hauteur transmuqueuse de 2.5 mm et une zone scellable de 4 mm. La restauration définitive était en zircone et présentait une réduction buccale pour la porcelaine feldspathique.

Matériaux Neodent®



Matériaux Straumann®





Description de la procédure

L'élément fracturé a été extrait sous anesthésie sans qu'un lambeau ne soit nécessaire. La séquence de forage a été réalisée conformément aux directives du fabricant, ce qui a permis la pose de l'implant via chirurgie guidée. Un implant Helix GM® Acqua® 3.75 x 13 mm a été posé avec un couple de 60 N.cm. Une xénogreffe d'origine bovine Straumann® a été utilisée pour combler l'espace, ainsi qu'une suture pour fixer la greffe de tissu conjonctif. Puis, nous avons placé une restauration provisoire avec mise en charge immédiate.



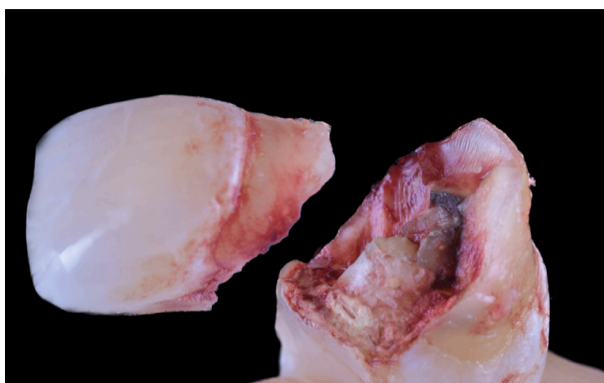
1

Aspect clinique initial.



2

Aspect tomographique initial.



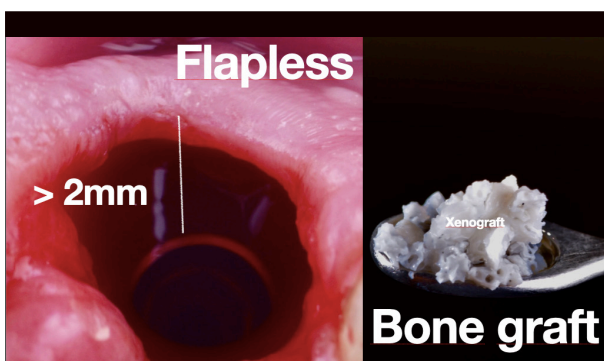
3

Aspect clinique des éléments fracturés.



4

Aspect intraoral après la mise en place du guide chirurgical.



5

Aspect intraoral du comblement de l'espace avec un substitut osseux.



6

Aspect clinique de la greffe gingivale de tissu conjonctif.



7

Aspect clinique et radiographique après la pose de la prothèse provisoire.



8

Aspect clinique trois mois après l'intervention chirurgicale.



9

Aspect clinique du profil d'émergence trois mois après l'intervention chirurgicale.



10

Aspect clinique lors de la pose de la prothèse définitive.



11

Aspect clinique après la pose de la prothèse définitive.



12

Aspect radiographique après la pose de la prothèse définitive.



Opinion professionnelle relative au produit et à la procédure, axée sur les conclusions que l'on a tirées du cas

Je souhaiterais tout d'abord parler de l'implant Helix®. En me permettant d'obtenir un couple supérieur à 32 N.cm, nécessaire à la pose d'une restauration provisoire, j'ai pu procéder à une mise en charge immédiate en toute confiance. Concernant la phase prothétique, même si je ne disposais pas de caméra à ce moment-là, l'option de la base en titane m'a permis d'envoyer le cas au laboratoire et de le terminer numériquement. Sa passivité lors du scellement d'une couronne et sa précision, grâce à l'usinage possible, permettent de choisir une option scellée ou vissée.

Quelles étaient les autres options de traitement ? Pourquoi choisir cette solution ?

J'aurais pu utiliser une partie secondaire pour une prothèse scellée, mais je préfère l'idée de travailler de manière réversible. Je vois une certaine difficulté à travailler numériquement avec des parties secondaires préfabriquées. La base en titane m'offre la facilité de réaliser une restauration parfaite en suivant un flux de travail numérique.

Quelles étaient les difficultés rencontrées pendant le traitement et comment ont-elles été résolues ?

Je n'ai eu aucun problème.

Conseils et conclusions

J'ai plusieurs conseils à donner, l'un d'entre eux étant de toujours penser à l'immédiateté, en tirant parti de toutes les structures originales dont nous disposons. Grâce à l'immédiateté, nos patients bénéficient d'un plus grand confort et d'une réduction du temps au fauteuil.



02

Gestion des tissus mous et pose d'implants avec mise en charge immédiate dans la zone esthétique : optimisation des résultats cliniques.

DR DO HOANG VIET
Việt Nam



Gestion des tissus mous et pose d'implants avec mise en charge immédiate dans la zone esthétique : optimisation des résultats cliniques.



DR DO HOANG VIET
Việt Nam

- DDS – Faculté d'odontologie – Université de médecine de Hanoi
- Maître de conférence en implantologie et chirurgie buccale – Faculté d'odontologie – Université de médecine de Hanoi

Antécédents médicaux du patient

Le patient se plaint de la mobilité de la dent n°11. L'examen clinique a révélé un sondage de la profondeur des poches de 6 mm.





Planification

L'examen tomographique initial a révélé la présence d'une racine raccourcie et d'un défaut osseux vestibulaire au niveau de la dent n°11. Nous avons constaté que le patient présentait un biotype gingival fin. L'extraction de la dent concernée suivie de la pose immédiate d'un implant était indiquée. Une greffe de tissu conjonctif avec une membrane de collagène a également été planifiée afin de restaurer l'architecture des tissus mous environnants.



Description du flux de travail prothétique

Après trois mois, une prothèse provisoire a été posée sur l'implant avec une partie secondaire GM Pro Peek. La prothèse définitive a été réalisée en zircone sur une base en titane GM Exact.

Matériaux Neodent®





Description de la procédure

La préparation du site donneur a commencé dès l'extraction de la dent. Le tissu conjonctif a été éliminé par la technique de tunnellisation, et un lambeau de 4 x 12 x 1.2 mm a été prélevé au niveau du palais. Une membrane de collagène a été utilisée pour l'insertion et le positionnement de la greffe.

Un implant Helix GM® Acqua® 3.75 x 16 mm a été posé. Comme le site implantaire se trouvait sur un os de type III, le couple initial était de 25 N.cm. L'implant a été positionné sous l'os, à 4 mm de la bordure gingivale. Ensuite, une partie secondaire de cicatrisation et une prothèse provisoire amovible ont été placées.



1

Aspect clinique initial.



2

Aspect tomographique initial.



3

Aspect intraoral de la préparation du site récepteur du tissu conjonctif pour l'augmentation du volume vestibulaire.



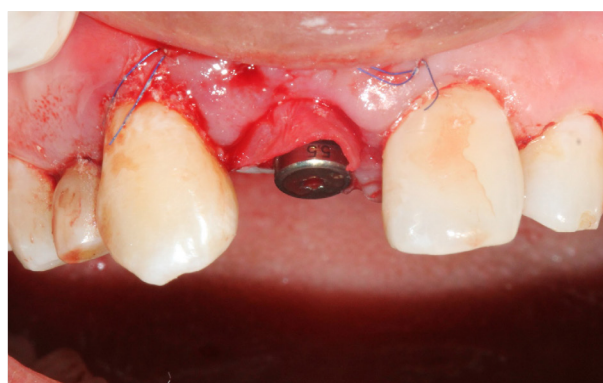
4

Aspect clinique lors de l'ablation du tissu conjonctif du palais.



5

Aspect clinique après suture des tissus conjonctifs.



6

Aspect clinique du profil d'émergence cinq mois après l'intervention chirurgicale.



7

Aspect clinique après la pose de la prothèse provisoire trois mois après l'intervention chirurgicale.



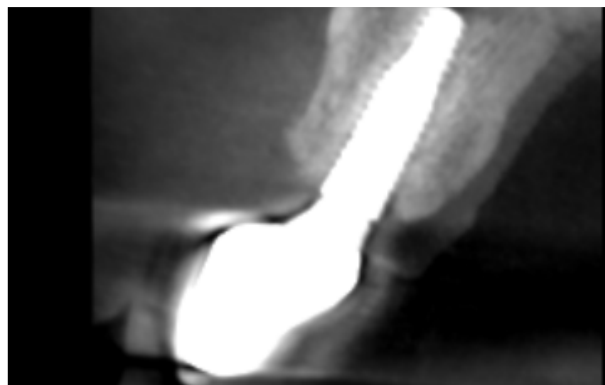
8

Aspect clinique du profil d'émergence cinq mois après l'intervention chirurgicale.



9

Aspect clinique après la pose de la prothèse définitive.



10

Aspect tomographique après la pose de la prothèse définitive.



11

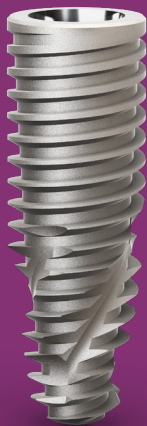
Aspect clinique après 2 ans de suivi.



03

Traitement par extraction
partielle pour la restauration
d'une arcade complète maxillaire.

DR MARK BISHARA
Canada



Traitement par extraction partielle pour la restauration d'une arcade complète maxillaire.



DR MARK BISHARA
Canada

- Études de premier cycle en biophysique médicale – l'Université de Western Ontario
- DDS – Faculté de médecine et d'odontologie de Schulich

Antécédents médicaux du patient

Une patiente de 62 ans, sans affection systémique, avec des antécédents de sécheresse buccale d'origine médicamenteuse, s'est présentée au cabinet en raison d'une sensibilité de ses dents supérieures. Depuis trois ans, la patiente portait une combinaison de couronnes et de bridges sur son arcade maxillaire. Des caries récurrentes dues à ses antécédents de sécheresse buccale étaient présentes sous les couronnes et nécessitaient le retrait des prothèses ou l'éventuelle extraction de plusieurs dents, ou le besoin d'autres types de traitement. Après avoir discuté des options disponibles et de son état de santé actuel, la patiente a choisi l'extraction des dents supérieures et la pose d'une prothèse sur implants. Compte tenu de

la ligne du sourire et de la santé des tissus existants, une prothèse hybride n'était pas le meilleur choix en raison de son volume naturel et de l'élimination du tissu osseux nécessaire pour l'adapter. Le traitement par extraction partielle est un ensemble de techniques chirurgicales qui préserve une partie de la structure radiculaire pour assurer la vascularisation apportée par le desmodonte afin de maintenir le parodonte et les tissus péri-implantaires pendant l'extraction, la restauration et le traitement implantaire. L'extraction partielle comprend les techniques dites du bouclier alvéolaire, du bouclier proximal, du bouclier pontique et de l'enfouissement radiculaire.



Planification

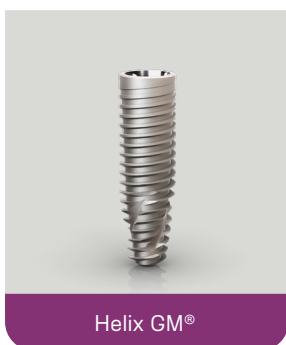
Un guide dento-porté a été conçu pour la pose des implants Grand Morse® et la transformation subséquente des dents piliers en sites de boucliers pontiques. Une prothèse provisoire à plaque palatine a été utilisée pour récupérer les cylindres provisoires fixés aux parties secondaires plurales au moment de la chirurgie. Après une période de 3 mois pour permettre l'ostéo-intégration, un bridge définitif en zircone monolithique sur huit implants a été posé sur le maxillaire.



Description du flux de travail prothétique

La prothèse provisoire usinée a été fixée sur les parties secondaires coniques Mini GM au moment de l'intervention chirurgicale. La prothèse définitive était un bridge vissé, usiné en zircone monolithique.

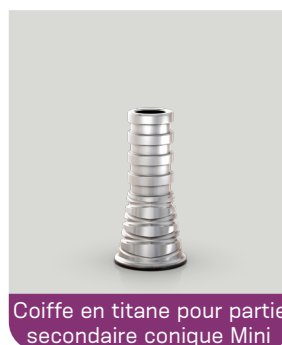
Matériaux Neodent®



Helix GM®



Partie secondaire conique Mini GM



Coiffe en titane pour partie secondaire conique Mini



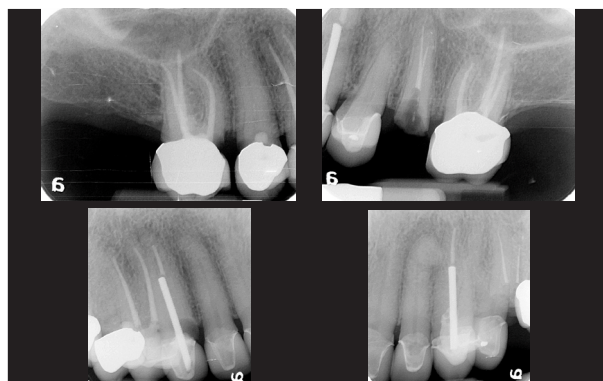
Description de la procédure

L'intervention chirurgicale a été réalisée après une antibiothérapie, une sédation intraveineuse et une anesthésie locale combinée à un vasoconstricteur. Un lambeau gingival a été élevé et la technique du bouclier alvéolaire a été utilisée dans les régions de l'incisive centrale et de la canine afin de maintenir l'architecture des tissus. La région des incisives latérales a été traitée par la technique d'enfouissement de racine vitale et les régions des premières prémolaires par la technique du bouclier pontique. Le guide chirurgical a été adapté et le système EasyGuide a été utilisé pour effectuer le protocole de forage afin de sous-dimensionner l'ostéotomie. La densité osseuse attendue dans le maxillaire varie entre les types III et IV. Des implants Neodent® Helix GM® 4.3 x 13 mm ont été utilisés dans les sites dentaires 13, 23 et 25; Helix GM® 5.0 x 13 mm dans les sites dentaires 26 et 16; Helix GM® 5.0 x 13 mm dans le site dentaire 11 et Helix GM® 4.0 x 11.5 dans le site dentaire 15. Tous ont été posés selon la séquence de forage recommandée par le fabricant.



1

Aspect clinique initial, vue vestibulaire.



2

Radiographie périapicale initiale de la patiente.



3

Planification numérique.



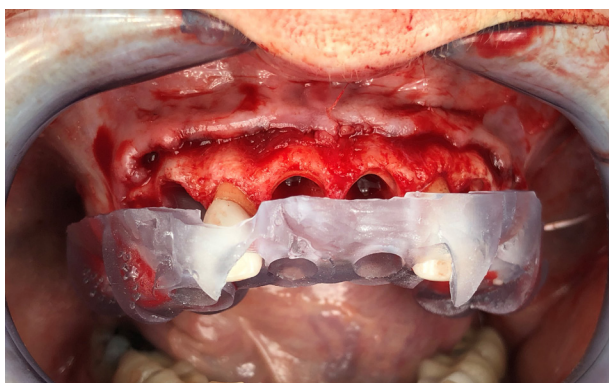
4

Guide imprimé.



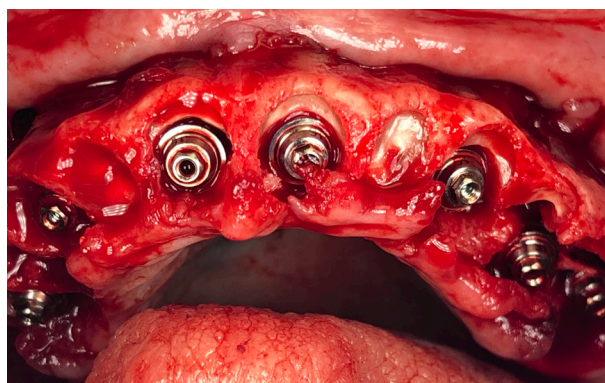
5

Aspect intraoral après les extractions.



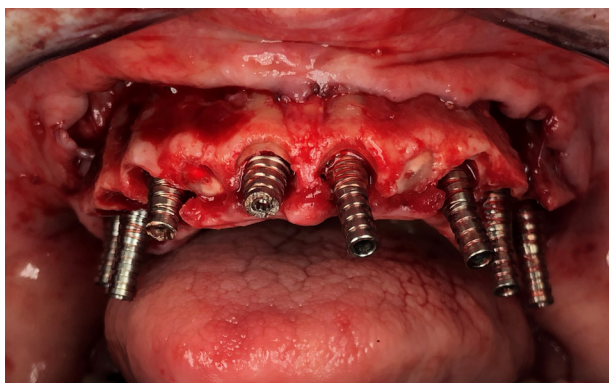
6

Aspect intraoral après les extractions et la mise en place du guide.



7

Aspect intraoral après les extractions, la pose des implants et des parties secondaires coniques Mini GM.



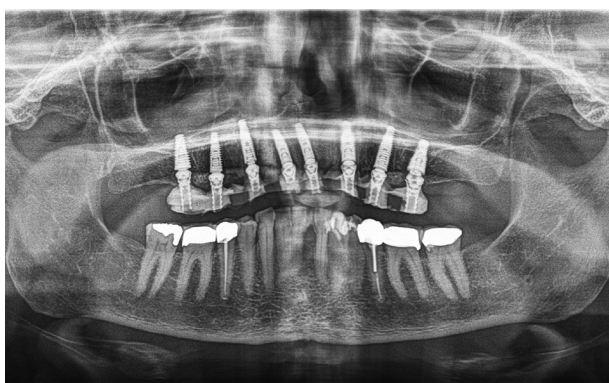
8

Aspect intraoral après la mise en place des coiffes en titane Neo pour partie secondaire conique Mini.



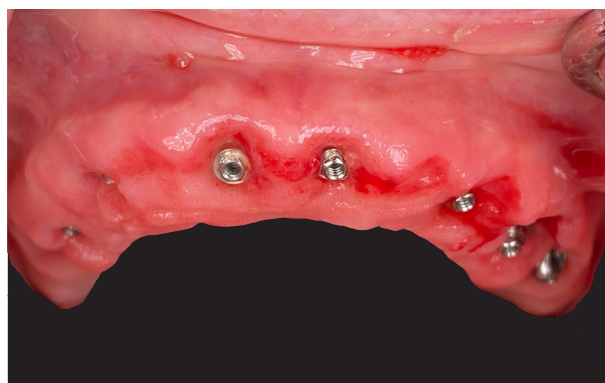
9

Aspect intraoral après la mise en place de la prothèse provisoire immédiate.



10

Aspect radiographique après la pose des implants.



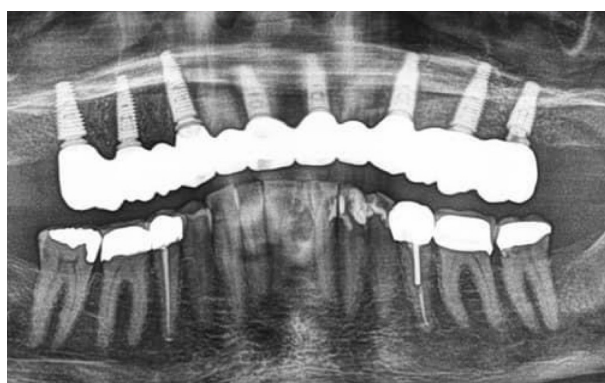
11

Période de cicatrisation et d'ostéo-intégration.



12

Aspect intraoral après la pose de la prothèse définitive.



13

Aspect radiographique après la pose de la prothèse définitive.



04

Correction de la déviation de la ligne médiane par un bridge fixe sur implants.

DRE ARANTZA RODRÍGUEZ
Espagne



Correction de la déviation de la ligne médiane par un bridge fixe sur implants.



DRE ARANTZA RODRÍGUEZ Espagne

- Diplômée en médecine dentaire – Université européenne de Madrid
- Spécialiste en implantologie orale et prothèses implanto-portées – C.S.I. CEU
- Diplôme en dentisterie restauratrice orale et esthétique octroyé – Université de New York – Faculté d'odontologie
- Master intégré en médecine dentaire – Université Roi Juan Carlos (URJC)
- Diplômée en implantologie orale et anatomie chirurgicale – Universidad Complutense de Madrid
- Diplôme d'études approfondies DEA – URJC

Antécédents médicaux du patient

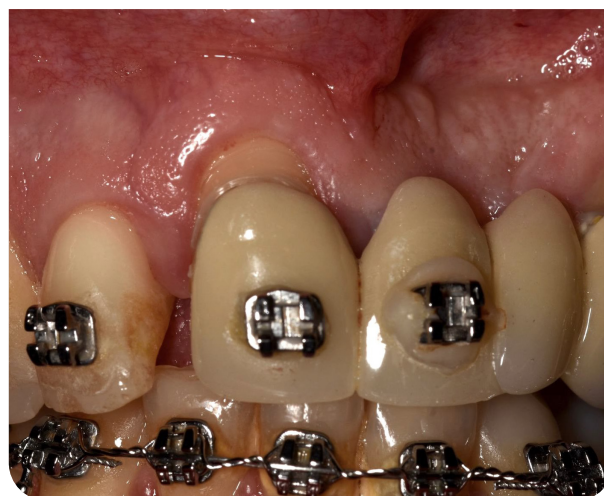
Lorsqu'il s'est présenté au cabinet dentaire, ce patient de 48 ans, sans affections systémiques, portait une prothèse dentaire fixe remplaçant les dents 11, 21, 22 et 23, une déviation importante de la ligne médiane, un trouble fonctionnel et un problème esthétique.





Planification

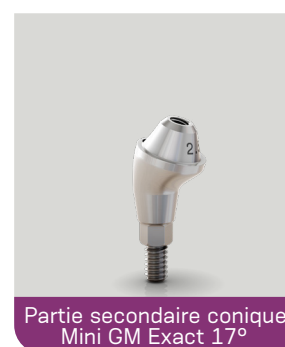
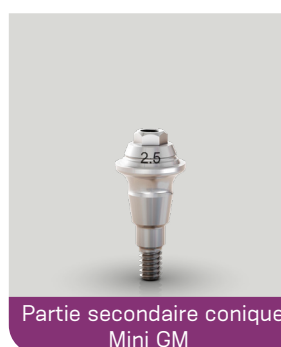
Une approche multidisciplinaire a été mise en œuvre, commençant par un traitement orthodontique auprès du Dr Carmen Anzalone, afin de corriger l'encombrement des dents inférieures et de repositionner la ligne médiane. Après la récupération des espaces, la dépose de la prothèse fixe existante a été planifiée, ainsi que l'extraction de la dent 11 en raison de la perte osseuse, la pose d'implants aux positions 11 et 22 en vue de la pose d'une prothèse partielle fixe, et la régénération du défaut osseux vestibulaire présent au niveau des sites dentaires 21 et 22. Pour terminer, il a été prévu de poser des facettes en disilicate de lithium sur les dents 14, 13, 12, une couronne unitaire sur la dent 23 et un bridge complet en zircone sur les implants.



Description du flux de travail prothétique

Une mise en charge immédiate temporaire a été réalisée avec la couronne provisoire en PMMA. Après trois mois, le patient est revenu pour la pose de la prothèse définitive. Un bridge complet en zircone a été mis en place pour remplacer les dents 11 à 22, une couronne en disilicate de lithium a été posée sur la dent 23, et des facettes en disilicate de lithium sur les dents 12 et 13, le tout ayant été planifié numériquement.

Matériaux Neodent®





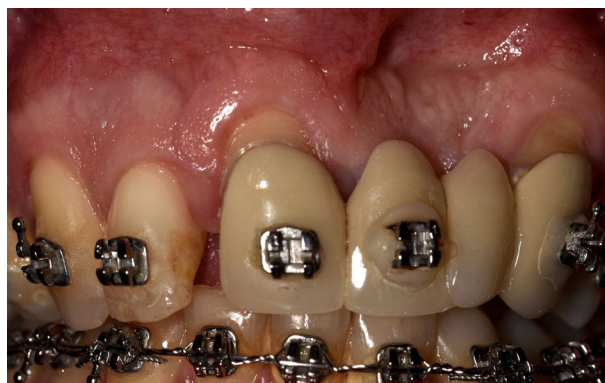
Description de la procédure

L'anesthésie a été suivie de l'extraction de la dent 11. Après la séquence de forage selon les instructions du fabricant, deux implants Helix GM® 3.5 x 10 mm ont été posés : l'un dans l'alvéole fraîche de la dent 11, à 3 mm sous la crête, et l'autre dans le site dentaire 22, à 2 mm sous la crête.



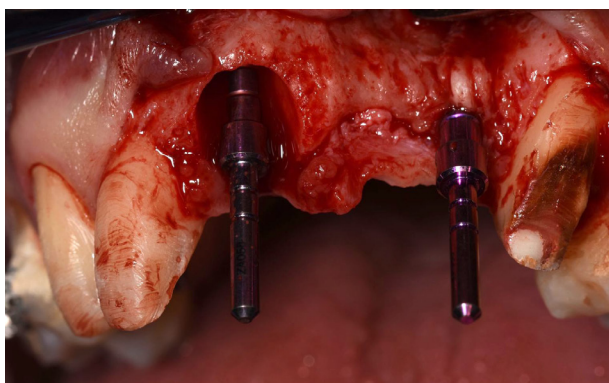
1

Aspect radiographique initial.



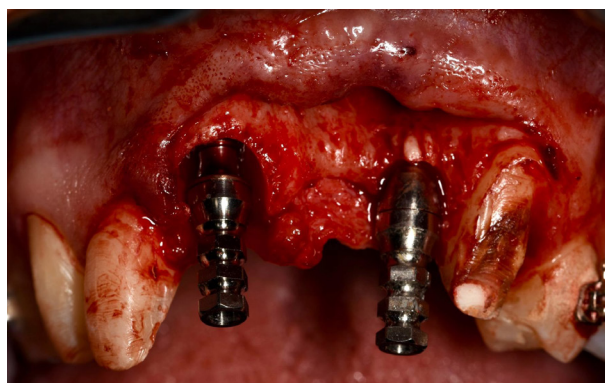
2

Aspect clinique initial, vue vestibulaire.



3

Aspect intraoral après l'extraction de la dent 11, le forage et la mise en place d'un indicateur de direction.



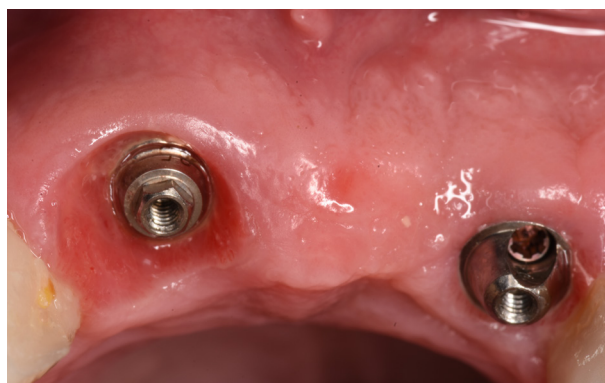
4

Aspect intraoral après la mise en place de la partie secondaire GM provisoire pour bridge.



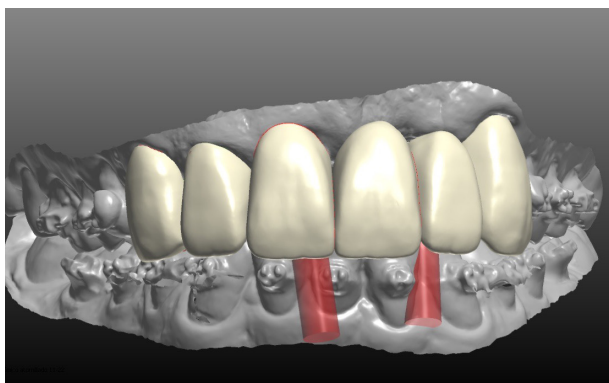
5

Aspect intraoral immédiatement après l'intervention chirurgicale et la pose de la prothèse provisoire.



6

Aspect intraoral après la période de cicatrisation.



7

Planification numérique de la prothèse définitive.



8

Aspect intraoral après la pose de la prothèse définitive.



9

Aspect radiographique après la pose de la prothèse définitive.



Opinion professionnelle relative au produit et à la procédure, axée sur les conclusions que l'on a tirées du cas

Il y a de plus en plus de cas qui doivent être abordés d'un point de vue multidisciplinaire. Parfois, comme dans ce cas, l'orthodontie a des limites qui peuvent être surmontées grâce à des procédures chirurgicales et implantaire.

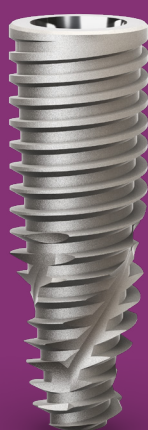
Seuls des implants tels que Helix GM®, conçus pour obtenir une excellente stabilité, permettent une mise en charge immédiate et par conséquent la récupération d'une fonction et d'une esthétique stables à long terme.



05

Restauration de l'arcade
complète avec la chirurgie guidée
Neodent® : suivi de 7 ans

DR GENINHO THOMÉ
Brésil



Restauration de l'arcade complète avec la chirurgie guidée Neodent® : suivi de 7 ans



DR GENINHO THOMÉ
Brésil

- Directeur général de l'université ILAPEO
- Président des affaires scientifiques de Neodent®
- Master et docteur en implantologie
- Président du conseil d'administration de Neodent

COLLABORATEURS: Dr Carolina Accorsi Cartelli, Dr Jean Uhlendorf, Dr Sérgio Bernardes.

Antécédents médicaux du patient

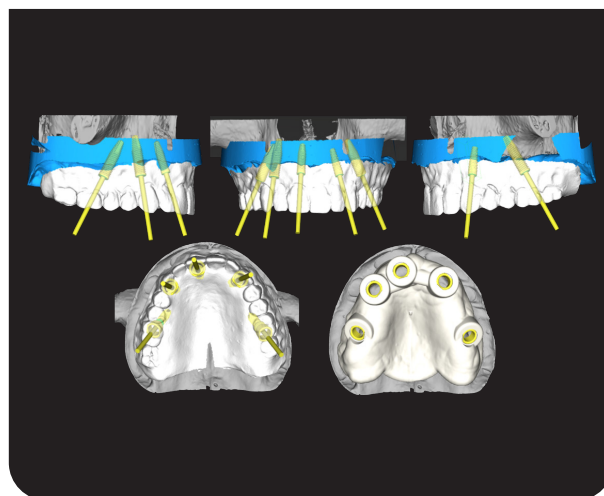
Un homme de 73 ans souffrant de problèmes cardiaques et d'hypertension contrôlés, de classe ASA II. L'examen intraoral a révélé un complet édentement des deux arcades, avec une prothèse complète maxillaire sur support muqueux, et une restauration mandibulaire portée par 5 implants.





Planification

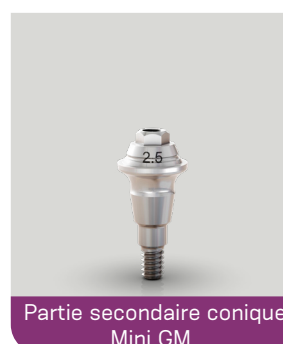
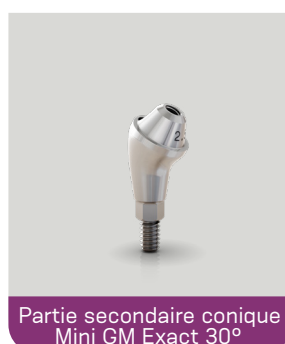
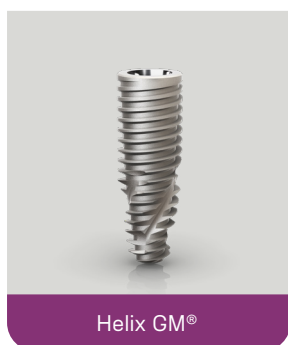
Après la création d'un guide tomographique avec du sulfate de baryum, une tomodensitométrie à faisceau conique a été réalisée et a permis de prévoir la pose de 5 implants Helix GM® avec une surface Acqua®. Ensuite, des empreintes anatomiques, l'ajustement du plan d'orientation en cire et un montage esthétique des dents ont été réalisés en vue de la planification chirurgicale/prothétique.



Description du flux de travail prothétique

Le jour de l'intervention chirurgicale, des empreintes ont été prises afin de fabriquer la prothèse définitive. Le guide en sulfate de baryum et la résine acrylique ont été utilisés pour l'enregistrement occlusal en relation centrée, suivi de l'insertion d'un matériau d'empreinte en silicone. Une barre en titane a été usinée d'après le modèle en plâtre obtenu au laboratoire et un wax-up des dents afin de confirmer la position définitive de la prothèse et celle-ci a été acrylisée. Les dents ont été remplacées après 7 ans.

Matériaux Neodent®





Description de la procédure

L'intervention a été réalisée sous anesthésie locale des branches des nerfs alvéolaires maxillaires et nasopalatins, suivie du positionnement du guide chirurgical. Le forage a été réalisé avec les forets du kit de chirurgie guidée GM®, conformément aux instructions du fabricant, et cinq implants Helix GM® avec la surface Acqua® ont été posés : 4.3 x 16 mm dans les sites dentaires 16, 13 et 26, 4.3 x 11.5 mm dans le site dentaire 22 et 3.75 x 13 mm sur la ligne médiane du maxillaire, avec un couple supérieur à 60 N.cm. Ensuite, deux parties secondaires coniques Mini angulées GM® Exact ont été utilisées sur les sites dentaires 16 et 26, et des parties secondaires coniques GM® Mini droites ont été utilisées dans les sites 13, 22, et la ligne médiane, avec un couple de 20 N.cm.

Les médicaments postopératoires prescrits au patient comprenaient des antibiotiques et des analgésiques afin de maîtriser la douleur. La procédure au niveau du maxillaire a été réalisée le lendemain.



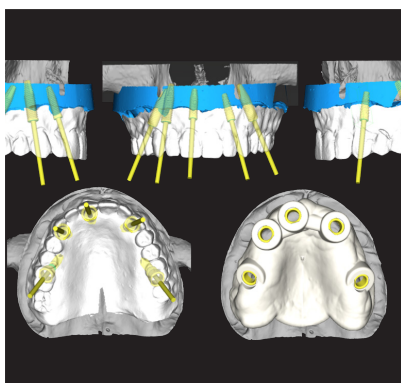
1

Aspect clinique initial.



2

Aspect radiographique initial.



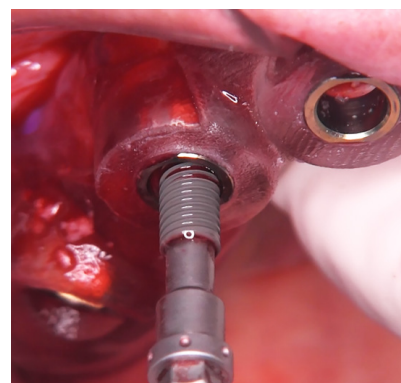
3

Planification virtuelle des implants.



4

Essai du guide chirurgical.



5

Pose de l'implant Helix GM®.



6

Plan d'orientation maxillaire dans la cire et enregistrement occlusal.



7

Guide tomographique maxillaire.



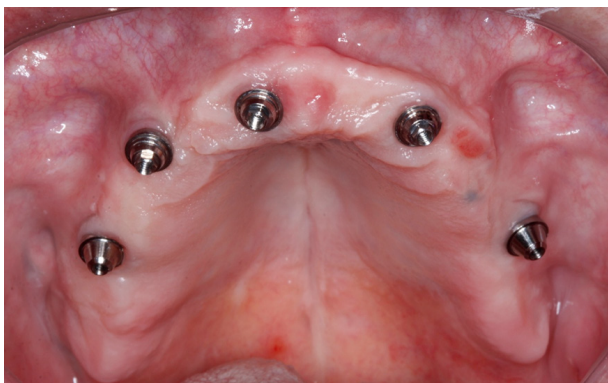
8

Montage esthétique des dents maxillaires.



9

Période postopératoire immédiate.



10

Suivi à 1 an – vue occlusale.



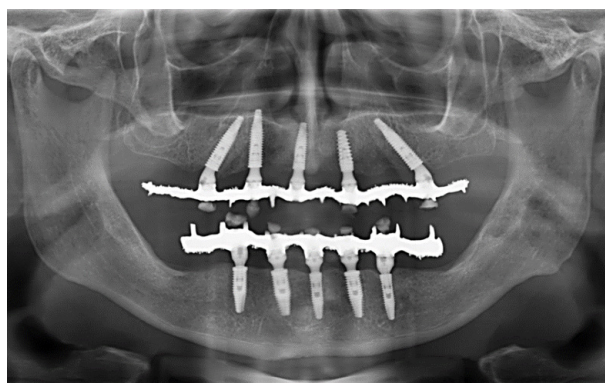
11

Suivi à 1 an – vue frontale.



12

Suivi à 1 an – aspect radiographique.



13

Suivi à 7 ans – aspect radiographique.



Opinion professionnelle relative au produit et à la procédure, axée sur les conclusions que l'on a tirées du cas

Dans ce cas clinique, les résultats obtenus avec les implants Helix GM® et le guide chirurgical pour chirurgie guidée Neodent® ont été extrêmement positifs. La qualité et la polyvalence des implants ont permis d'obtenir une stabilité adéquate et essentielle à la restauration buccale d'un patient présentant des caractéristiques spécifiques. La pose précise de l'implant obtenue grâce au guide chirurgical a permis d'augmenter la prédictibilité de la procédure, d'améliorer l'expérience du patient, de réduire la gêne postopératoire et de diminuer considérablement les risques chirurgicaux.

Dans ce cas, nous aurions eu la possibilité de fabriquer une nouvelle prothèse amovible, mais le patient souhaitait une restauration fixe, comparable à celle qu'il portait sur l'arcade mandibulaire. L'option de ne pas utiliser de guide aurait été réalisée au détriment de la prédictibilité opératoire et du confort post-opératoire du patient.

Les difficultés rencontrées pendant le traitement étaient particulièrement associées aux comorbidités du patient et à la complexité de la restauration. Obtenir la planification précise requise, en raison de l'état de santé et de la situation maxillaire du patient, représentait l'une des principales difficultés. La tomographie à faisceau conique avec chirurgie guidée s'est avérée essentielle pour cartographier l'anatomie de l'os maxillaire, réduire le temps peropératoire et garantir le bon positionnement des implants. Compte tenu de la nécessité d'une angulation

spécifique, des implants Helix GM® et des parties secondaires angulées Mini ont été sélectionnés, ce qui a permis d'optimiser la position de la prothèse. Compte tenu des comorbidités du patient, une sédation intraveineuse et une anesthésie locale ont permis de garantir son confort pendant la procédure. L'importance donnée à la prise en charge de la douleur et aux soins postopératoires, ainsi que la prescription d'antibiotiques et d'analgésiques appropriés, a permis d'obtenir une cicatrisation adéquate.

Une imagerie précise est essentielle à une planification chirurgicale efficace, en particulier dans les cas complexes. Le choix des matériaux adéquats lors de la sélection des implants et des parties secondaires provisoires adaptés à la situation buccale augmente la prédictibilité de la procédure et la satisfaction du patient concernant le résultat final. Ce cas complexe et stimulant a démontré l'importance d'une planification minutieuse et d'une exécution précise.

Voir le patient satisfait de sa restauration fixe à la fin du traitement faisait particulièrement plaisir. La réussite de ce cas souligne l'importance de l'adaptation des approches aux besoins individuels des patients, sans jamais perdre de vue leurs affections cliniques. Sur le long terme, la décision de remplacer les dents après sept ans de suivi démontre l'efficacité et la durabilité du traitement. Ce cas illustre l'impact positif de la dentisterie sur la qualité de vie des patients.

Les procédures présentées ont été réalisées par des cliniciens expérimentés. Les cliniciens sont entièrement responsables de la véracité des informations ainsi que des procédures et des résultats qu'ils communiquent. Toute révision, diffusion, distribution, copie ou autre utilisation de ces informations par des personnes ou des entités est interdite sans autorisation écrite préalable. Le matériel présenté peut faire l'objet de révisions sans avis préalable. Aucune responsabilité ne sera assumée pour de quelconques erreurs ou omissions dans le contenu.

Il relève de la seule responsabilité du clinicien d'évaluer l'état de santé du patient et la faisabilité de la procédure. La reproduction de ce cas clinique par des procédures similaires n'est pas une garantie de réussite, car celle-ci dépend de la technique utilisée par le clinicien et de ses compétences, ainsi que de l'état du patient avant et après la procédure.

