



Dr Carole LECONTE
Lauréate de la faculté
de Toulouse III
exercice exclusif
en parodontologie,
implantologie Paris 75002

Laser Erbium-YAG et parodontologie limite : renoncer aux septums ?

Le moteur qui amène les patients atteints de parodontite à nous consulter est bien souvent en désaccord avec notre analyse des besoins majeurs. Comme tant d'autres, cette patiente s'est présentée en consultation pour de l'esthétique. Elle avait vaguement conscience d'un problème entre 11 et 12, mais à aucun moment elle n'avait imaginé que ces deux dents étaient perdues.

Ce type même de situation délicate est fréquent dans notre spécialité, et le dilemme extraire ou conserver dépend de

tellement de facteurs tous aussi importants les uns que les autres. Evidemment, le pronostic doit guider notre stratégie, mais parfois, et cette pa-

tiente incarne cette situation à la perfection, nous sentons que la motivation de la patiente à se battre pour ses dents est extrême. De plus, la définition de l'esthé-



Fig. 1 : situation initiale.



Fig. 2 : la sonde parodontale est incontournable. La mise en évidence de la perte subtotale du septum est réalisée, mesurée, photographiée, et montrée à la patiente pour l'informer, la conscientiser, et commencer à lui expliquer les causes/conséquences/risques.



Fig. 3 : la dépose des prothèses est indispensable: inadaptées, infiltrées, non satisfaisantes d'un point de vue occlusal, et bien sûr inesthétiques.



Fig. 4 : après levée du lambeau de pleine épaisseur et passage des ultrasons, tout le tissu de granulation est éliminé au laser Erbium-YAG. Le travail à distance et sous spray permet une élimination totale, tout en respectant les tissus sains. Ensuite, le laser est utilisé pour décontaminer les surfaces de racine contaminée.



Fig. 5 : en fin de préparation, le laser sert encore pour réaliser le détournement osseux à 3 mm : élévation coronaire maîtrisée. La biologie reste le maître mot. Un bridge provisoire est réalisé en extemporané et scellé à ciel ouvert. Ceci permet de nettoyer totalement les excès de ciment provisoire avant comblement/sutures.



Fig. 6 : du Biobank (allogreffe osseuse) mélangé au sang est mis en place dans le défaut osseux compris entre les racines, puis 2 greffons palatins de conjonctif enfoui sont mis en place, l'un en vestibulaire, l'autre en trans-papillaire.



Fig. 7 : fin de la première séance, repositionnement tissulaire, épaissement muqueux, et aspect esthétique provisoire.



Fig.8 : 2 mois après, nous pouvons noter la stabilité tissulaire et l'harmonie globale. La patiente est satisfaite et cela correspond à la direction de ce que « elle » appelle esthétique. Le manque de la papille 11/12 ne la dérange pas. Pour l'instant, 11/12 sont en surveillance, elle sait qu'en cas d'évolution défavorable, nous serons amenés à les extraire.

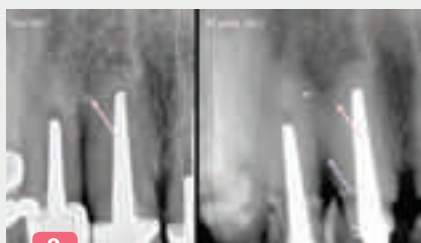


Fig. 9 : radiographies rétro-alvéolaires préopératoires et à 5 mois, avant la réalisation des prothèses d'usage.

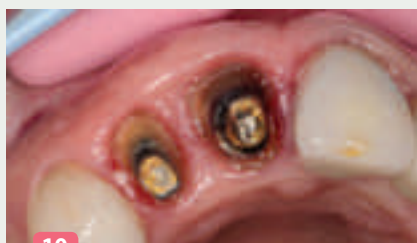


Fig. 10 : vue occlusale du septum cicatrisé le jour de pose des prothèses.

tique pour cette patiente est éloignée de la nôtre. Il faut prendre le temps pour comprendre ce qui est imaginé par nos patients derrière ces mots génériques. De plus, seule une dent possède un desmodonte, seule une dent possède une attache gingivale.

C'est bien cet aspect unique, dépassant la notion psychologique d'attachement à la dent, qui, bien souvent, si le patient est capable d'intégrer la prévisibilité moindre d'un traitement conservateur dans de telles circonstances, va nous faire essayer de sauver l'insauvable.

Cela impose les moyens maximum, un investissement clinique et technique à la hauteur du défi.

Et contre bien d'idées reçues, les résultats obtenus ont souvent été au-delà de ma propre attente.

Notre patiente, 61 ans, comprend les réserves évidentes qui ont été émises lors des discussions présentant les différentes options de traitement.

La solution présentée comme la plus fiable est l'extraction de 11/12, greffe d'os, puis implants...

Mais le besoin d'un traitement global solutionnant les problèmes occlusaux et parodontaux m'a incité à reprendre en main les 2 arcades en même temps, totalement.

Le déroulement probable de la première (longue) séance lui a été exposé : dépose de tout le maxillaire supérieur, lambeau d'assainissement, surfaçage aux ultrasons et au laser de toutes les dents, harmonisation les collets, préparations des dents.

>>>

“La solution présentée comme la plus fiable est l'extraction de 11/12, greffe d'os, puis implants...”



Fig. 11 : les 2 arcades ont été traitées en Procera unitaires, couronnes céramo-céramiques CAD-CAM à l'ajustage parfait.

Laser Erbium-YAG et parodontologie limitée : renoncer aux septums ?

La réévaluation per-opératoire, pour le choix de conserver ou d'extraire 11/12 a été explicite, de même que le très probable besoin de biomatériaux et greffes.

Il est important que le patient comprenne que cela reste un art, que nous sommes amenés à prendre des décisions per-opératoires.

Nous nous devons d'en parler avant. Prendre le temps d'expliquer en amont, faire des photographies avant/pendant/après... permet de renforcer le lien de confiance, améliore l'implication du patient, et favorise une motivation pérenne.



Fig. 12 : aspect le jour de pose du maxillaire supérieur.



Fig. 13 : maturation tissulaire 2 ans après. Nous pouvons noter que la papille 11/12 a continué à pousser.

La comparaison stricte des avant/après de nos traitements devrait être systématique pour valider nos ressentis cliniques.

Le temps reste le juge de nos traitements, tant au niveau de nos actes, qu'au niveau de la motivation que nous avons su créer et maintenir chez nos patients.

Nos patients sujets à parodontite restent les plus délicats à gérer tant les facteurs sont nombreux et le risque de récurrence est grand. ●

Prothèses :
Laboratoire ALBL, 75002 Paris
(Arnaud Bocquillon-Ligier-Belair)



Fig. 14 : comparaison du septum 11/12 avant la chirurgie, puis 2 mois et 2 ans après.



Fig. 15 et 16 : la comparaison stricte des avant/après.

