

rivista europea di implantologia

ORGANO UFFICIALE DELL'ACCADEMIA EUROPEA
DENTISTI IMPLANTOLOGI ASSOCIATA ALLA
UNIVERSITE EUROPEENNE DU TRAVAIL - BRUXELLES



1

gennaio - marzo 1979

Direzione: Piazza Bertarelli, 4 - Milano

Trimestrale

Sped. Abb. postale Gr. IV°/70

da VERONA FERROVIA

L'implant iuxta-digital

par RAPHAEL CHERCHEVE

L'Implantologie résiste à toutes ses attaques.

Il va de soi que, devenue une spécialité à part entière, son domaine s'élargit de plus en plus.

Toute une série d'actes extrêmement utiles appartiendront au généraliste-dentiste: remplacement d'une incisive centrale, de quelques éléments, pose d'implants comme relai de bridge, etc.... Mais quand nous aurons affaire à des édentations totales et surtout lorsque de surcroît, les rapports anatomiques ne seront pas très favorables, il faudra pour forcer le succès, des connaissances implantaires éprouvées et la connaissance de toutes les techniques essentielles afin de choisir la meilleure indication.

Dans tout acte médical, l'Indication a toujours été l'élément déterminant mais plus encore en ce qui concerne l'Implantologie.

J'ai dressé tableau que je juge essentiel concernant les indications des principaux implants; j'ai appelé ce tableau CHOIX DE L'IMPLANT. On y verra que lorsque l'on dispose de la profondeur et de la largeur suffisantes de l'os, on peut facilement inclure un implant endo-osseux, type FORMIGGINI, CHERCHEVE, PASQUALINI ou TRAMONTE.

Par contre, lorsque la profondeur est

CHOIX DE L'IMPLANT						
MAXILLAIRE SUPERIEUR						
Bloc antérieur						
Nombre de dents en continuité	Profondeur	Epaisseur	Spiralé	Crête mince	Lame	Juxta
1 à 5	12 mm	8 mm	+			
1 à 5	12 mm	< 8 mm		+	+	
1 à 5	pas de profondeur	pas d'épaisseur				+
+ de 5						+
Bloc postérieur						
1 à 5	12 mm	8 mm	+			
1 à 5	12 mm	< 8 mm		+	+	
1 à 5	pas de profondeur	pas d'épaisseur				+
+ de 5						+
MAXILLAIRE INFÉRIEUR						
Bloc antérieur						
Nombre de dents en continuité	Profondeur	Epaisseur	Spiralé	Crête mince	Lame	Juxta
1 à 5	12 mm	8 mm	+			
1 à 5	12 mm	< 8 mm		+	+	
1 à 5	pas de profondeur	pas d'épaisseur				+
+ de 5						+
Bloc postérieur						
1 à 5	12 mm	8 mm	+			
1 à 5	12 mm	< 8 mm		+	+	
1 à 5	pas de profondeur	pas d'épaisseur				+
+ de 5						+

insuffisante — moins de 12 mm — ou l'épaisseur — moins de 8 mm — ou encore qu'il faille — d'après ma conception remplacer plus de cinq dents —, on doit dans ce cas avoir recours à l'implant sub-périosté.

Il faut que je souligne, dès maintenant, que l'implant sous-périosté, tel que nous l'exécutons actuellement, n'a plus aucun rapport avec celui qui était décrit jadis.

Etant donné les techniques employées alors, il va de soi que les échecs étaient nombreux, ce qui semble étonnant aujourd'hui c'est qu'avec les moyens employés alors on ait pu, quand même, enregistrer des succès.

Nous nous souvenons de séances particulièrement périlleuses des années 1950.

L'intervention était tellement désordonnée, mutilante et importante qu'elle était à peine soutenable pour les opérateurs et les assistants; ne parlons pas du malade si mal en point que souvent il n'avait aucune envie de revenir pour le deuxième temps opératoire, celui de la pose de la grille qui, quelquefois, se faisait plus de quinze jours après.

La prise d'empreinte était une comédie, les matériaux fusaient mal, l'exactitude finale était tellement relative qu'il me semblait qu'il eût mieux valu se fier, comme les premiers opérateurs, simplement à l'empreinte du modèle et non du maxillaire dégagé.

La grille exécutée en quelques jours par des prothésistes qui n'avaient aucune idée des nécessités implantologiques n'ajustait pas, elle s'appliquait avec des bâillements et des manques — et était d'autant plus mal assujettie que démesurément volumineuse.

Comment s'étonner qu'il n'y eut alors d'innombrables échecs?

Et dans certains pays, de distingués stomatologistes entreprirent des essais avec des opérateurs encore moins expérimentés et de plus discutables prothésistes.

Or, c'est sur ces essais qu'ils jugèrent

de la valeur de l'Implantologie! Et de publier dans des revues très savantes leurs résultats qui ne pouvaient être que lamentables.

Reportons-nous à cette période et nous comprendrons ce phénomène alors étrange en apparence mais aujourd'hui parfaitement compréhensible: devant ces échecs répétés beaucoup de partisans des « juxta » se mirent à tâter des « endo » pensant trouver en eux leur salut, et beaucoup de ceux qui faisaient des « endo » et qui obtenaient eux aussi, et pour les mêmes raisons, des échecs, s'imaginèrent que la solution était dans les « juxta »!

Ils se trompaient tous les deux. Et en analysant leurs erreurs, nous découvrons la vérité.

En ce qui concerne les endo:

- 1) les indications étaient mal posées,
- 2) les limites bien précises des possibilités des « endo » étaient largement dépassées.

En ce qui concerne les juxta:

- 1) de erreurs d'appréciation fondamentales dès le départ ont assimilé cette prothèse « perdue » aux prothèses conventionnelles,

- 2) en ce qui concerne ces « juxta », il faut rappeler là encore que l'optique implantaire est différente de l'optique dentaire.

Les problèmes de prothèse et de structure ont évidemment leurs éléments fondamentaux communs avec la prothèse classique, mais présentent également des particularités spécifiques.

Une fois installés dans l'erreur, il était difficile pour ceux qui l'avaient créé, de revenir en arrière: ce qui fait que l'histoire de l'évolution des juxta (qui s'est faite malgré ce blocage) a suivi les mêmes chemins tortueux que les endo.

C'est parce que nous avons vécu cette histoire et cette évolution que nous retenons dans l'histoire des juxta les noms de:

— GERSHKOFF qui a assuré les bases essentielles de départ (pour certaines, inexactes, mais au départ indispensables); puis

— Benjamin VIEIRA BELLO, qui avec R. BODINE, nous fit prendre le premier virage qui devait conduire Michel CHERCHEVE, Maurice PARLANT et moi-même, à une révision et à un changement total:

a) de l'acte chirurgical,

b) de la conception du « design » de l'infrastructure,

c) de l'exécution de toute la partie laboratoire, aboutissant ainsi à notre technique CHERCHEVE, conception entièrement originale d'une implantologie de sécurité.

Ainsi, donc:

— dans de très nombreux cas, les implants endo-osseux seront utilisés parce que lorsque les conditions sont requises, l'acte est d'une relative facilité et rentre dans le cadre de notre pratique journalière;

— dans les autres cas, nous emploierons non plus l'intervention du juxta:

— avec son grand délabrement;

— avec ses empreintes incertaines;

— avec sa prothèse approximative;

— avec l'encombrement d'une masse métalliques importante;

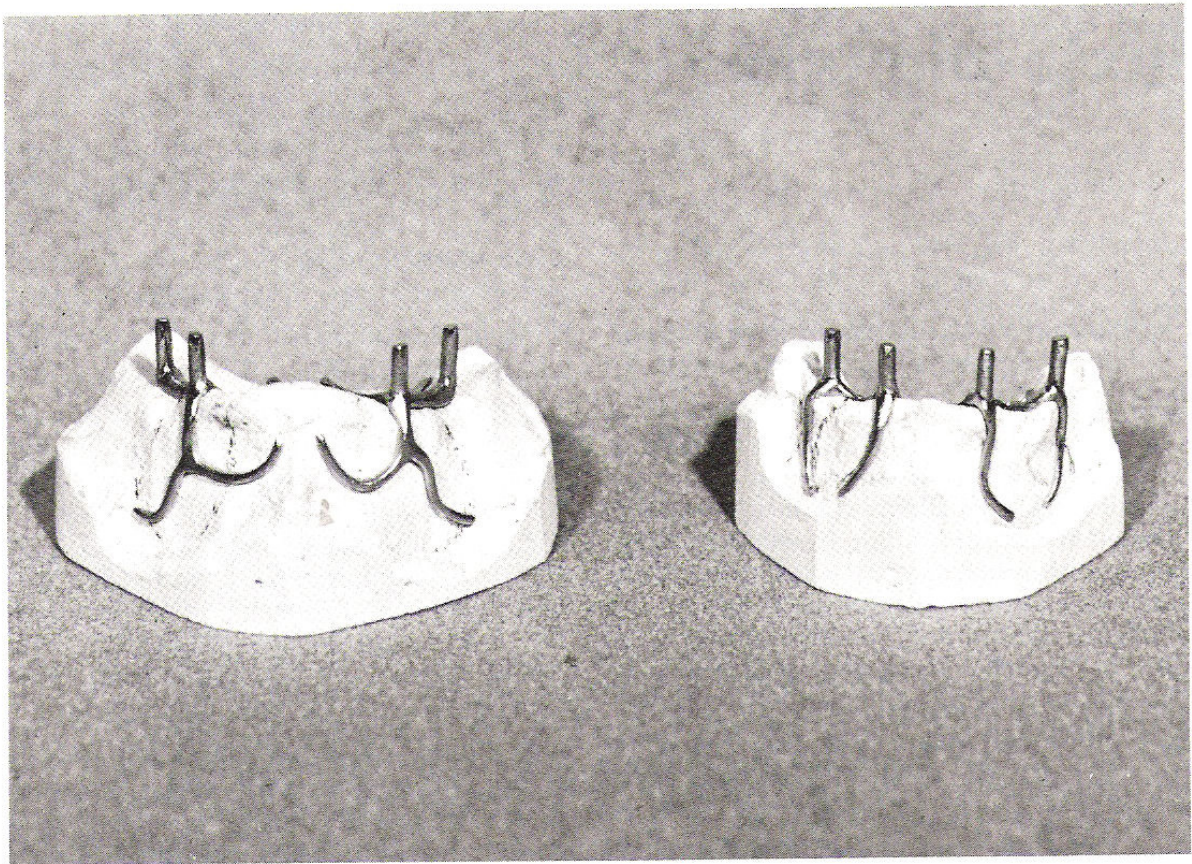
— avec l'enchevêtrement du grillage qui rendait certaines déposes épouvantables;

— avec l'absence d'une marge de rétention prévoyant un équilibre avec la résorption osseuse ultérieure, etc., etc....

M A I S

— sur le plan chirurgical, une intervention limitée et économique;

— sur le plan de la tolérance, une armature légère et s'intégrant à l'architecture du maxillaire;



— sur le plan de la prothèse, une sécurité parfaite — car c'est au laboratoire que tout se décide et où la recherche du maximum de rétention s'accordera avec la clinique.

— Lorsque l'on pose l'infrastructure, on sait déjà que:

- l'on sera obligé de la faire pénétrer EN FORCE,
- que la rétention a déjà été acquise, cherchée et trouvée au laboratoire,
- qu'aucune retouche ne sera à effectuer.

Dans la prochain numéro de la RIVISTA EUROPEA DI IMPLANTOLOGIA, je décrirai avec précision l'acte opératoire de la nouvelle technique CHERCHEVE des implants juxta-digitaux et, par un double tableau d'une grande précision, j'indiquerai comment on passe de 4 heures 30 à 1 heure 30 pour exécuter avec sécurité cette infrastructure en cinq temps, au lieu de huit au laboratoire de prothèse.

Nous pensons ainsi apporter une contribution majeure à l'Implantologie, en continuation de l'effort de tous les pionniers parmi lesquels l'Ecole italienne a toujours tenu une place de choix.

L'impianto iuxta-digitale

di RAPHAËL CHERCHÈVE

Divenuta ormai una specialità a sé stante, l'implantologia orale allarga vieppiù il proprio campo.

Tutta una serie di atti estremamente utili appartengono al dentista generico: sostituzione di un incisivo centrale, di alcuni elementi, posa di un impianto come pilastro sussidiario, ecc. Ma quando abbiamo a che fare con un edentulismo totale, e soprattutto allorché i rapporti anatomici non sono del tutto favorevoli, occorreranno delle conoscenze implantologiche approfondite e la cognizione di tutte le tecniche fondamentali al fine di poter scegliere quella più indicata al caso da risolvere.

In medicina, l'Indicazione è sempre stata

elemento determinante, ma in Implantologia, ancora di più.

Ho stilato una tabella, che ritengo essenziale, riguardante le indicazioni dei principali impianti; ho intitolato questa tabella SCELTA DELL'IMPIANTO. Si rileverà da essa che allorché si disponga di una sufficiente larghezza e profondità dell'osso, si può facilmente impiegare un impianto endosseo tipo FORMIGGINI, CHERCHEVE, PASQUALINI o TRAMONTE.

Per contro, quando la profondità è insufficiente (meno di 12 mm.) o è troppo scarso lo spessore (meno di 8 mm.), o ancora quando occorra sostituire più di

cinque denti, si deve far ricorso all'impianto sottoperiosteale.

Occorre sottolineare subito che l'impianto sottoperiosteale, come noi lo eseguiamo attualmente, non ha più alcun rapporto con quello descritto sino ad oggi.

Date le tecniche precedentemente impiegate, va da sé che gli insuccessi fossero numerosi, e quel che oggi stupisce è che con i mezzi prima impiegati si siano persino potuti registrare dei successi.

Di fronte a quegli insuccessi, dei fautori degli « iuxta » si misero a saggiare gli « endo », e molti di coloro che facevano gli « endo » e che ottenevano anch'essi, per le stesse ragioni, degli insuccessi, pensarono di trovare la giusta soluzione negli « iuxta ».

Si sbagliavano entrambi, e analizzando i loro errori, scopriremo la verità.

Per quel che riguarda gli endo:

- 1) le indicazioni erano mal poste;
- 2) i limiti ben precisi delle possibilità degli endo erano largamente superati.

Per quel che riguarda gli iuxta:

1) sin dall'inizio, errori fondamentali d'apprezzamento hanno fatto assimilare questa protesi « perduta » alle protesi convenzionali;

2) per gli iuxta, bisogna ricordare che l'ottica implantare è diversa da quella dentale.

I problemi di protesi e di struttura hanno evidentemente i loro elementi fondamentali in comune con la protesi classica, ma presentano pur sempre delle particolarità specifiche. Ed avendo noi vissuto personalmente l'evoluzione degli iuxta, siamo oggi potuti giungere alla tecnica CHERCHEVE, una concezione del tutto originale di una implantologia di sicurezza.

In conclusione:

— in moltissimi casi si dovranno impiegare gli impianti endossei, poiché, ove vi siano i requisiti richiesti, l'intervento è di relativa facilità e rientra nell'ambito della pratica quotidiana;

— negli altri casi, non praticheremo più l'intervento per lo iuxta

- con il suo grande scollamento;
- con le sue impronte incerte;
- con la sua protesi approssimativa;
- con l'ingombro di una grande massa metallica;
- con l'intrico di una griglia che rendeva spaventevoli certe rimozioni;
- con l'assenza di un margine di ritenzione che preveda un equilibrio con un ulteriore riassorbimento osseo, ecc., ecc.

M A

- sul piano chirurgico, un intervento limitato ed economico;
- sul piano della tolleranza, un'armatura leggera integrantesi con l'architettura del mascellare;
- sul piano protesico, una sicurezza perfetta, perché tutto si deciderà in laboratorio;
- quando si posiziona l'infrastruttura, si saprà già che:
 - andrà allogata CON FORZA;
 - che la ritenzione sarà già stata cercata e trovata in laboratorio;
 - che non si dovrà effettuare alcun ritocco.

Nel prossimo numero di questa Rivista, descriverò minutamente l'intervento chirurgico della nuova tecnica CHERCHEVE degli impianti iuxta-digitali e, mediante una doppia tabella di grande precisione, indicherò come si può passare da 4 ore e mezza a 1 ora e mezza per eseguire con sicurezza in laboratorio questa infrastruttura in cinque tempi, invece che in otto.

Pensiamo in tal modo di apportare un ulteriore contributo all'Implantologia, in continuazione dello sforzo di tutti i pionieri tra i quali la Scuola italiana ha sempre tenuto un posto di primissimo piano.