

Mathieu Chautard

La Ciotat

Mathieu Collin

Sanary sur Mer



C'est avec grand plaisir que nous accepterons de prendre la parole comme experts au sens de *L'expertise clinique quotidienne* dans ce genre de protocole qu'est le All-on-4, mais avant, juste pour ceux qui ont la mémoire trop courte, et les plans de traitements trop longs : *le patient édenté est un amputé, un invalide oral, à qui nous devons faire preuve d'un respect total et d'ambitions de réhabilitation.* (P-I Branemark, septembre 2005).

Donc afin de tenter de répondre à ces ambitions de réhabilitation, et à l'instar du All-on-4 qui est un protocole simple, nos réponses le seront aussi et nous aborderons de manière compacte certaines thématiques.

Faut-il attendre le feu vert ? Le feu vert de qui ?

Quelle est la validité du jugement de certains (qui en l'occurrence ne connaissent peu, voire pas le All-on-4 et qui l'utilisent encore moins !!) et n'ont donc aucune expérience dans ce genre protocole ? Nous laissons votre bon sens répondre à cette question...

Il y a aujourd'hui suffisamment de publications sur le All-on-4 mandibulaire et maxillaire (1) (2), et depuis un certain nombre d'années (rappelons que le premier All-on-4 date de 1993), pour que

cela fasse partie de l'Evidence Based Dentistry, à défaut des données acquises de la science, et si justement le protocole ne fait pas partie des données acquises, à qui la faute ?

Derrière chaque patient traité grâce au All-on-4, il y a une histoire dont on entend jamais parler dans aucune étude randomisée, en double aveugle, etc. L'histoire de patients atrophiques auxquels notre profession n'a su proposer de plan de traitement adapté en termes de temps, de coût, d'investissement personnel, avec parfois même de la culpabilité en plus.

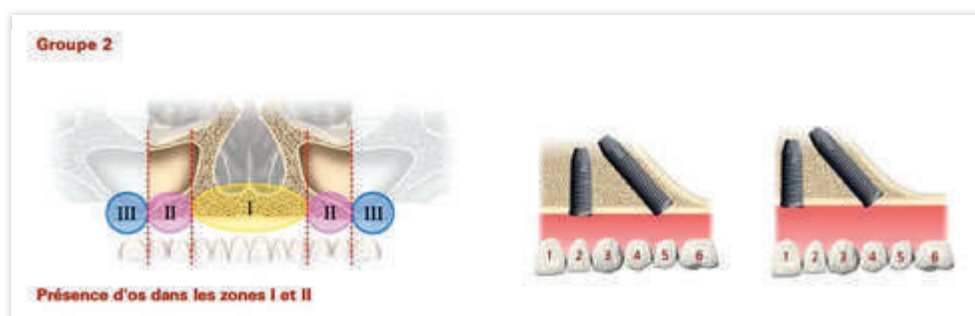
C'est avec beaucoup d'humilité que nous essayons de replacer le patient au cœur du traitement et le All-on-4 trouve ici toute sa place. Ne vous méprenez pas, il y a une réelle indication pour ces patients atrophiques, appuyée par la classification de Bedrossian (3).

Pour résumer l'indication chirurgico-prothétique en fonction du degré de résorption, *Bedrossian et al.* ont décrit 3 zones à considérer afin de faire un choix thérapeutique : la zone 1, prémaxillaire (canine à canine), la zone 2 (prémolaires) et la zone 3 (molaires).

- Os présent dans les zones 1, 2 et 3 : 6 implants
- Os présent dans les zones 1 et 2 : All-on-4
- Os présent dans les zones 1 : implants Zygomatiques

En inclinant les implants on augmente leur longueur et on diminue le cantilever (4).

À l'instar de l'extraction implantation immédiate puis plus tard de la mise en charge immédiate, le protocole All-on-4 découle naturellement de l'évolution de ces



techniques chirurgicales avec de surcroît l'évolution des matériaux, des designs implantaires et de l'accastillage.

Quel protocole permettant de réhabiliter l'édenté complet (5) (ou en devenir) est aussi simple (6) (ce qui ne signifie pas pour autant facile...) ?

Protocole mélangeant chirurgie et prothèse en combinant :

- simplicité : pas de greffe avec les risques qui l'accompagnent (7),
- rapidité : par la mise en charge immédiate,
- accessibilité : en termes de coût.

Un expert universitaire a décrit le protocole du All-on-4 comme *dangereux* ! Alors que c'est un protocole complet avec une étude préprothétique, une étude radiologique (nous sommes au XXI^e siècle et nous avons les moyens aujourd'hui de ne pas mettre un implant dans le nerf), une indication bien définie, et des possibilités prothétiques multiples. Il peut aujourd'hui être envisagé plus sereinement grâce à l'apport de la chirurgie guidée, à l'évolution du digital flow permettant d'anticiper plus facilement le futur projet prothétique.

Notre expérience, c'est aussi celle de nos confrères : la plupart des problèmes nous arrivent bien plus souvent sur des implantations unitaires que sur

des MCI !!! À ce propos, abordons la fameuse question redondante (question qui, par ailleurs, n'est jamais posée à propos d'autres traitements implantaires...) : *et si on perd un implant ?* À l'instar du protocole All-on-4, la réponse en sera aussi simple : *on le repose !*

Étant dans le cas d'une MCI avec un provisoire, la repose est envisageable avant d'engager la prothèse définitive... donc là aussi en quoi ce protocole est-il plus risqué qu'un autre ?

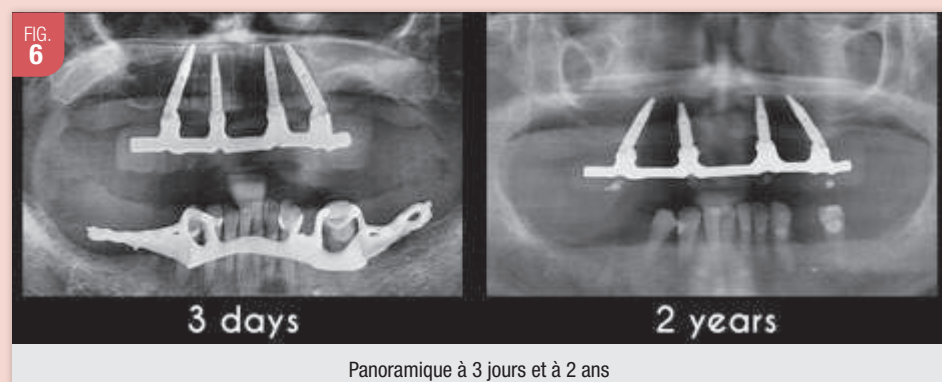
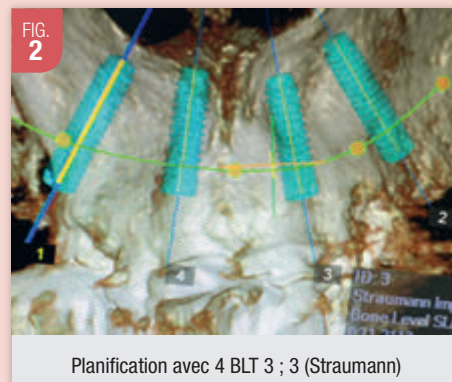
Enfin, nous avons aussi suivi nos patients sur 9 ans et voici nos statistiques :

- nombre d'implants posés en AO4 au total : 640
- nombre d'implants posés en AO4 maxillaire : 424
- nombre d'implants posés en AO4 mandibulaire : 216
- nombre d'implants perdus en AO4 maxillaire : 10
- nombre d'implants perdus en AO4 mandibulaire : 3
- pourcentage d'échec maxillaire : 2,35 %
- pourcentage d'échec mandibulaire : 1,38 %
- pourcentage d'échec total : 2,03 %

Si seulement nous avions ces pourcentages en implantologie unitaires... à méditer...

Dans la vie de tous les jours ça donne quoi ? Voici quelques cas cliniques pour illustrer nos propos.

CAS 1



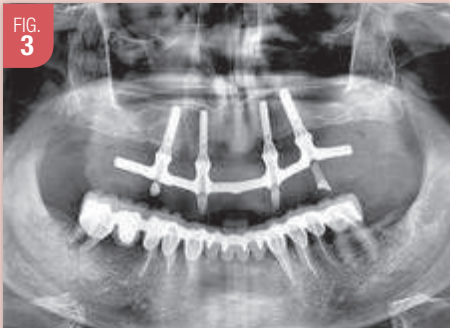
CAS 2



Et pourquoi ne pas appliquer ce protocole avec des implants Tissu Level (Straumann) et s'affranchir de piliers coniques intermédiaires ? Patient envoyé par Jean-Christophe Tozza



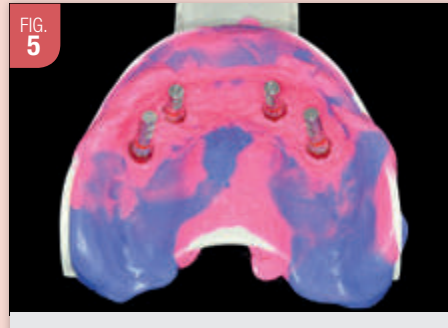
Enregistrement de la DVO augmentée



Pose de 4 TL (Straumann) dans le cadre d'une MCI



Contrôle de l'environnement gingival à 6 mois



Empreinte et positionnement des analogues (Zhermack Hydrorise implant)



Planification d'une barre Createch



Livraison d'une barre Createch avant montage esthétique



Finition avec montage de dents résine par le Laboratoire CIAFFOLONI

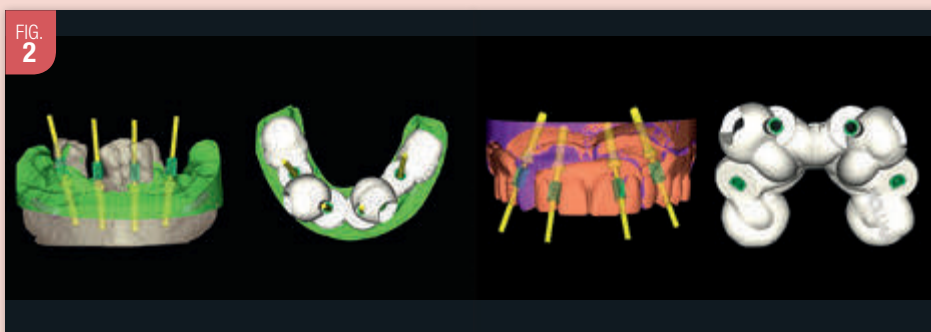


Contrôle de l'occlusion à 1 an avec une mastication unilatérale alternée

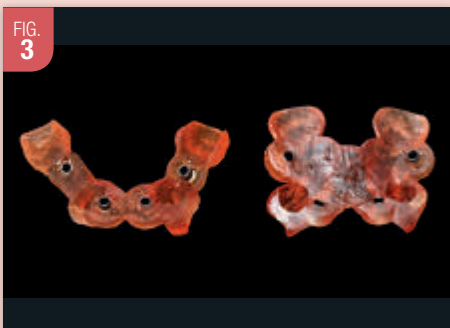
CAS 3



Et comme nous sommes des praticiens modernes, on peut même faire ça avec un guide chirurgical ! Patient envoyé par notre confrère Antoine CACARD



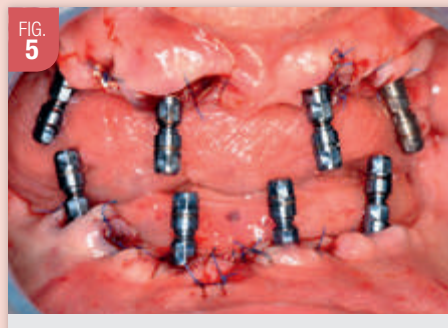
Planification des 2 guides chirurgicaux par le laboratoire HTD



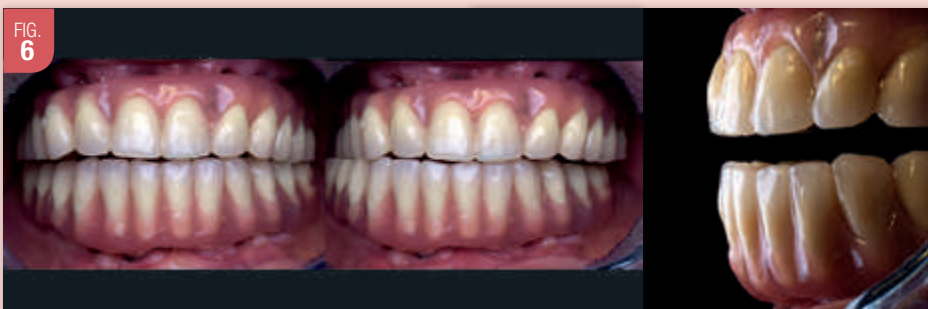
Réalisation des 2 guides pour forêt pilote



Pose du guide au maxillaire



Pose de 8 implants TL (Straumann) sous anesthésie générale



Mastication unilatérale alternée avec 2 bridges posés le jour même dans le cadre d'une MCI avec 2 barres soudées (Laboratoire RUOCCO)



Pas d'inquiétude ... la prothèse a été vissée sur la 15

Panoramique de contrôle post op le jour de la chirurgie

Bibliographie

1. Maló P, de Araújo Nobre M, Lopes A, Ferro A, Nunes M. The All-on-4 concept for full-arch rehabilitation of the edentulous maxillae : A longitudinal study with 5-13 years of follow-up. Clin Implant Dent Relat Res. 2019 ; 1-12.
2. Maló P, de Araújo Nobre M, Lopes A, Francischone C, Rigolizzo M « All-on-4 » immediate-function concept for completely edentulous maxillae : a clinical report on the medium (3 years) and long-term (5 years) outcomes. Clin Implant Dent Relat Res. 2012 May ; 14 Suppl 1 : e139-50.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr