

Catégorie : Clinique**-14-
Edentement des incisives maxillaires,
quelles réhabilitations implantaire ?**

Page 27

**Matthieu Renaud, Delphine Carayon, Philippe Bousquet,
Sylvie Montal**

Faculté de Montpellier

RENAUD Matthieu 579 avenue Adolphe Alphant Bat B App 15, 34090
MONTPELLIER/ matt.renaud18@live.fr

La perte des 4 incisives maxillaires est dans la majorité des cas d'origine traumatique. Leur restauration est délicate et peut poser de nombreux problèmes car un aménagement des tissus est le plus souvent nécessaire. Le traitement de choix est de loin la réhabilitation implantaire. Pour cela, la préservation du volume osseux à la suite de l'avulsion de ces dents semble fondamentale. La littérature montre que les techniques d'implantation immédiate sont possibles mais sont indiquées dans un nombre limité de cas.

De plus, un certain nombre de réponses doivent être apportées pour la réussite de ces restaurations. Quel est le nombre d'implants optimal pour de telles réhabilitations ? Quel est le meilleur positionnement ? Quel diamètre d'implant choisir ? Un aménagement orthodontique est-il nécessaire ?

Ce poster tente de répondre à ces questions et ébauche un arbre à la décision thérapeutique de ces cas de figure.

Edentement des incisives maxillaires

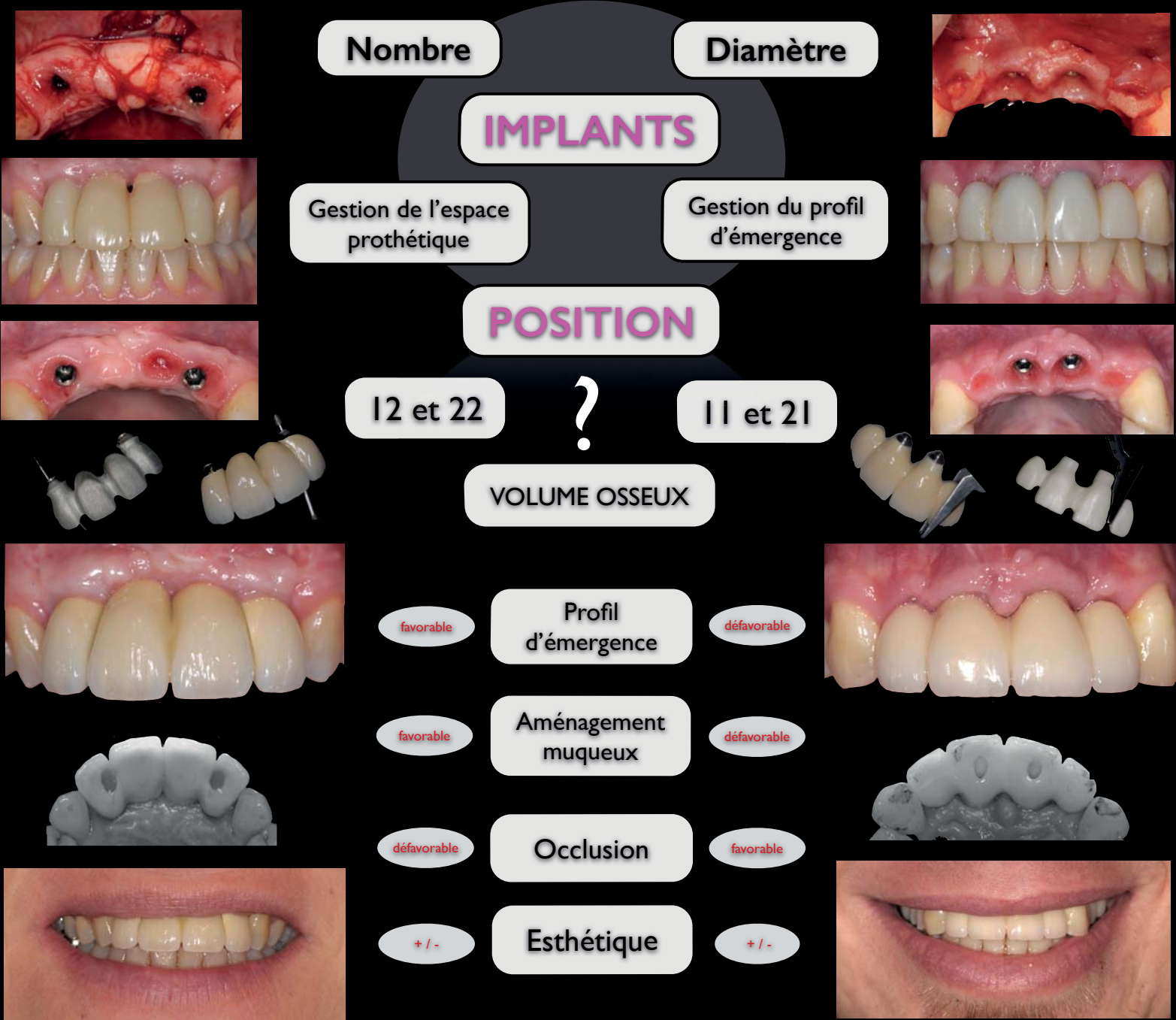
Quelles réhabilitations implantaire ?



M. Renaud, D. Carayon, P. Bousquet, S. Montal.

UFR Odontologie Montpellier, CSERD CHRU Montpellier.

La perte des 4 incisives maxillaires est le plus souvent d'origine traumatique. La résorption osseuse qui en découle nécessite un aménagement des tissus (osseux et muqueux) pour proposer une réhabilitation implanto-portée. Quel est le nombre et la position des implants idéal pour une restauration esthétique et fonctionnelle ?



Aucune donnée de littérature ne permet à ce jour de prévoir à long terme les résultats esthétiques. Il semblerait que positionner les implants au niveau de 12 et 22 serait le plus favorable malgré une gestion du guide antérieur plus délicate. Cependant privilégier le volume tissulaire s'avère tout de même primordial.

Vallati F, Belser UC. Replacing four missing maxillary incisors with regular or narrow neck implants : analysis of treatment options. Eur Journ of Esth Dent. 2007;2 : 42-57.
 Belser UC, Schmid B, Higginbottom F, Buser D. Outcome analysis of implants restorations located in the anterior maxilla : a review of the recent literature. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004; 19 suppl : 30-42.
 Aglietta M, Siciliano VI, Zwalhen M, Bragger U, Pjetursson B, Lang NP, Salvi J. A systematic review of the survival and complications rates of implant supported fixed dental prostheses with cantilever extensions after an observation period of at least 5 years. Clin O Impl Res. 2009; 20 : 441-451.
 Cosyn J, Raes M, Packet M, Cleymaet R, De Bruyn H. Disparity in embrasure fill and papilla height between tooth and implant borne fixed restorations in the anterior maxilla : a cross-sectional study. J Clin Perio. 2013; 40 : 728-733.