

# Infraclusie et implant

## Cas clinique

**SFPIO** Rubrique de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale

**Jacques Hassid**  
Membre de la SFPIO Alsace

Chez les jeunes patients, le remplacement de dents absentes (agénésie dentaire) ou la perte prématurée de dents définitives peut être résolu par des implants dentaires. Cependant, il faut attendre la fin de la croissance des maxillaires pour réaliser un traitement implantaire. En effet, un implant se comporte comme une dent ankylosée, c'est-à-dire qu'il ne suivra pas les migrations dentaires pendant la croissance.

**D'**après une étude de Bjork et coll. [1] sur la croissance faciale au maxillaire, il a été établi que la fin de la croissance chez la femme survient vers l'âge de 15 ans, alors qu'elle peut se poursuivre chez l'homme au-delà de l'âge de 19 ans. Des couronnes implanto-portées placées chez des jeunes patients qui n'ont pas terminé leur croissance se sont retrouvées en infraocclusion [2, 9]. Dès lors, il est conseillé d'envisager le traitement implantaire après 15 ans chez la femme et 18 ans chez l'homme [10, 11]. Précisons que la croissance faciale se poursuit toute la vie [3, 4].

## Présentation du cas

Une patiente âgée de 28 ans consulte pour un problème esthétique au niveau de la dent 11, porteuse d'une couronne implanto-portée (fig. 1a). La patiente ne présente pas de problèmes de santé et ne fume pas. L'examen clinique révèle une différence d'alignement et un tissu gingival péri-implantaire peu épais sur cette couronne implanto-portée. La radiographie ne révèle aucun problème d'ostéointégration implantaire (fig. 1b).



1a. Couronne implanto-portée sur 11.



b. Radiographie ne révélant pas de problème d'ostéointégration implantaire.

## Traitement initial en 2004

L'implant a été posé alors que la patiente était âgée de 17 ans (le 13 août 2004), à la suite d'un traumatisme entraînant la perte de cette dent (fig. 2a à d), puis la couronne a été posée 5 mois plus tard (le 7 janvier 2005).



2a. Implant Nobel Replace® WP d'une longueur de 16 mm et d'un diamètre de 5 mm.



b. Pilier Ceradapt® (Nobel Biocare®) vissé à 35 N.



c. Couronne céramo-céramique scellée sur le pilier.



d. Résultat esthétique lors du sourire de la patiente.

## Reprise du traitement en 2015

Après analyse et discussion avec la patiente, nous décidons de ne pas retirer l'implant, ce qui entraînerait un dégât osseux important lors de la dépose.

Nous proposons de retirer la couronne et le pilier implantaire, d'effectuer une greffe de tissu conjonctif enfouie afin d'améliorer le volume du tissu kératinisé péri-implantaire [5] et de procéder à la pose d'une couronne provisoire transvissée (fig. 3a à h).



**3a.** Vue vestibulaire lors de la dépose.



**b.** Implant Nobel Replace®.



**c.** Préparation du site receveur avec un microlame de type SM69 (Swann et Morton®).



**d.** Décollement et approfondissement de la zone receveuse avec un décolleur double de Buser (Hu-Friedy®)



**e.** Prélèvement du greffon au palais.



**f.** Vue du site de prélèvement selon la technique de la trappe [7].



**g.** Il est important que le greffon soit suturé très intimement sur le site receveur.



**h.** Pose de la couronne provisoire qui est transvissée immédiatement après l'intervention.

**Après 3 mois de temporisation**, les tissus péri-implantaires sont stabilisés, nous procédons à la phase prothétique d'usage. Nous réalisons l'empreinte avec un transfert repositionnable spécifique à l'implant. Puis le laboratoire de prothèse (Lebrun, Biesheim) réalise un pilier en zircone et une couronne céramo-céramique (Zirkonzahn®) (fig. 4a à i).



**4a.** Alignement des collets après 3 mois.



**b.** Epaisseur gingivale.



**c.** Dépose de la couronne provisoire avant la prise d'empreinte.



**d.** Prise d'empreinte avec un transfert repositionnable.



**e.** Pilier en zircone et couronne céramo-céramique (Zirkonzahn®).



**f.** Le pilier est vissé à 35 N selon les recommandations du fabricant et l'accès de la vis est protégé avec une boulette de téflon puis un composite.



**g.** Aspect esthétique après scellement de la couronne.



**h.** Radiographie de contrôle.

**i.** Vue du sourire de la patiente à la fin de traitement.





## Conclusion

Oesterle et coll. [8] ont comparé les implants dentaires à des dents ankylosées.

Ils observent que l'ankylose stoppe le développement de l'os alvéolaire dans la zone concernée.

Un implant ostéo-intégré va donc se comporter comme une dent ankylosée. Situé dans la zone antérieure maxillaire, une mise en place trop précoce chez le jeune patient peut entraîner un effet inesthétique de la prothèse qui peut apparaître dans le temps en position d'infra-occlusion. Afin d'éviter cette complication, il est conseillé d'attendre la fin de la croissance avant un traitement implantaire.

Pour évaluer la fin de la croissance, il est recommandé de vérifier que les signes de la croissance ne s'expriment plus (par exemple, stabilisation de la pointure, de l'ossature et apparition de la barbe chez l'homme). Lorsque celle-ci semble arrivée à son terme, une radiographie céphalométrique doit être faite sur une année d'intervalle [6].

*Jacques Hassid*

*Exercice paro-implantaire exclusif (Colmar)  
Ancien attaché du service de parodontologie  
de Strasbourg*

*L'auteur ne déclare aucun lien d'intérêt.*

*Correspondance*

*j.hassid@wanadoo.fr*

## bibliographie

1. Bjork A, Skieller V. Growth of the maxilla in three dimensions as revealed radiographically by the implant method. *Br J Orthod* 1977; 4 (2): 53-64.
2. Brugnolo E, Mazzocco C, Cordioli G, Majzoub Z. Résultats cliniques et radiographiques après la pose d'implants unitaires chez de jeunes patients. Cas cliniques. *Revue Intern Parod Dent Rest* 1996; 16: 421-433.
3. Jemt T. Measurements of tooth movements in relation to single-implant restorations during 16 years: a case report. *Clin Implant Dent Relat Res* 2005;7(4):200-208.
4. Jemt T, Ahlbergg, Henriksson K, Bondevik O. Tooth movements adjacent to single-implant restorations after more than 15 years of follow-up. *Int J Prosthodont* 2007; 20(6):626-632.
5. Thoma DS, Mühlemann S, Jung RE. Critical soft-dimensions with dental implants and treatment concepts. *Periodontol* 2000, 2014; 66 (1): 106-118.
6. Kokich VG. Einzelsahnimplantate bei jungen kieferorthopädischen Patienten. *Inf Orthod Kieferorthop* 1994; 1:45-62.
7. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985; 56 (2): 715-720.
8. Oesterle LJ, Cronin RJ, Ranly DM. Maxillary implants and the growing patient. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993; 8 (4): 377-387.
9. Thilander B, Odman J, Gröndahl K, Friberg B. Osseointegrated implants in adolescents. An alternative in replacing missing teeth? *Eur J Orthod* 1994; 16 (2): 84-95.
10. Tschernitschek H, Scheller H, Neukam W. Implantatversorgung bei kindern und jugendlichen. *Implantologie* 1996; 4: 311-318.
11. Westwood RM, Duncan JM. Implants in adolescents : A literature review and case reports. *Int J Oral Maxillo Fac Implants* 1996; 11 (6): 750-755.