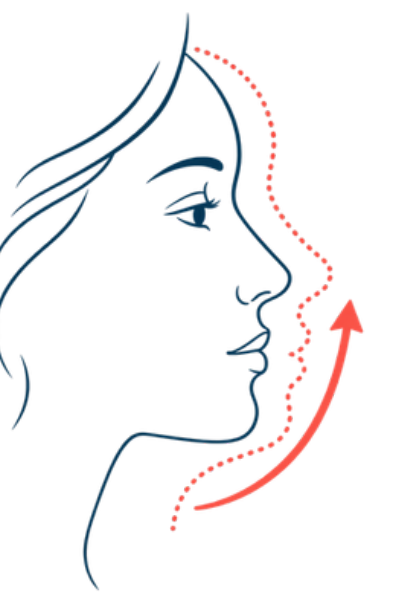


L'IMPLANT RESTE FIXE. LE VISAGE CONTINUE D'ÉVOLUER.



Croissance et remodelage craniofacial à l'âge adulte : quelles conséquences pour la thérapeutique implantaire ?

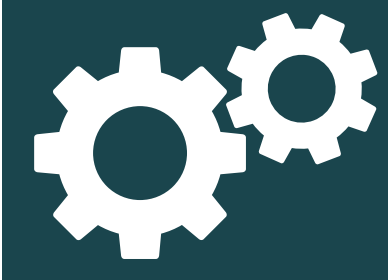
université
de BORDEAUX

Fanny BARTALA (Attachée) · Lisa HYGONENQ (Dr en chirurgie dentaire) · Vincent MALET (CCU-AH) · Michel BARTALA (MCU-PH)
UFR des Sciences Odontologiques, Université de Bordeaux — Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaire, CHU de Bordeaux

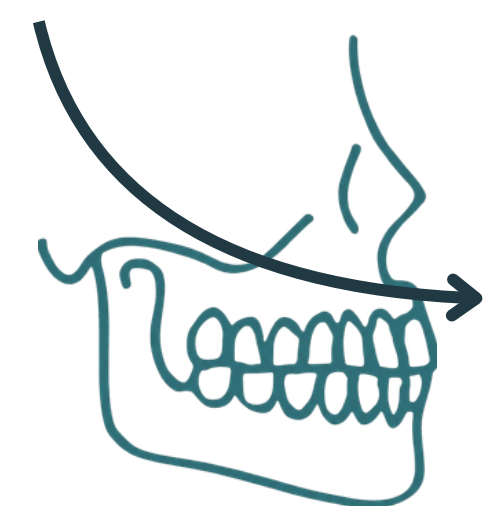


INTRODUCTION

La croissance cranio-faciale se poursuit au-delà de la puberté (Oesterle *et al.*, 1993).
L'implant ostéo-intégré, comme une dent ankylosée, reste fixé à l'os et ne peut accompagner les mouvements de l'arcade liés à la croissance résiduelle.



MÉCANISMES DE LA CROISSANCE FACIALE CONTINUE



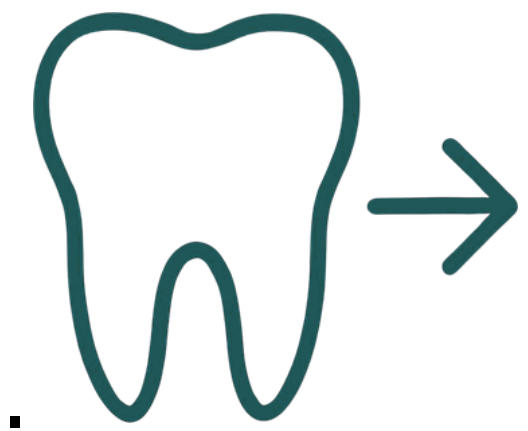
Maxillaire
Déplacement
continu vers le bas
et l'avant.



Mandibule
Croissance condylienne
persistante, avec
allongement vertical et
antéro-postérieur.



Niveau alvéolaire
Éruption dentaire
continue
($\approx 0,1-0,2$ mm/an).



Dérive mésiale
Migration physiologique
des dents, réduisant le
périmètre d'arcade de
 $\approx 2-2,5$ mm/décennie.



DONNÉES CLÉS DE LA LITTÉRATURE

50,5%
des restaurations implantaires
antérieures présentent
une infraposition à long terme

Méta-analyse
Papageorgiou *et al.*,
27 études

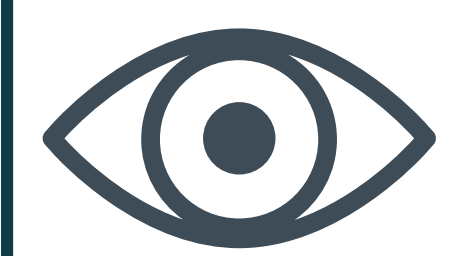
44,2% - 27,5%

taux moyens de perte de point
de contact, en mésial / en distal

Méta-analyse 2024
Sheba *et al.*,
15 études

CAS CLINIQUE - SECTEUR ANTÉRIEUR

Infraposition implantaire au cours du temps

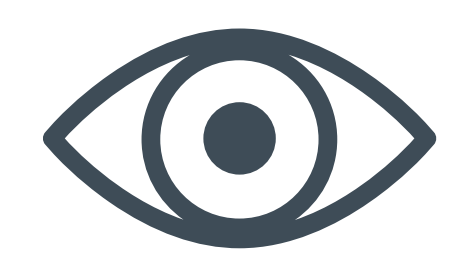


+14 ans

Situation initiale : coiffe sur implant en 11 (patiente 64 ans)
Situation finale : infraposition nette de l'implant (78 ans)

CAS CLINIQUE - SECTEUR POSTÉRIEUR

Perte de point de contact



+ 13 ans

> 2013 : point de contact présent (46-45)
> 2026 : perte du point de contact, migration
mésiale de la 45.



FACTEURS DE RISQUES

- Jeune âge au moment de la pose
- Morphotype hyperdivergent (face longue / dolichofacial)
- Ligne du sourire haute
- Absence de contacts occlusaux / mastication réduite
- Sexe féminin
- Phénotype parodontal fin



CONSÉQUENCES CLINIQUES



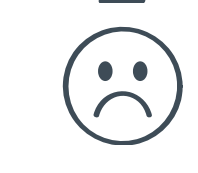
Tassement alimentaire - risque carieux augmenté



Inflammation gingivale - mucosite - péri-implantite



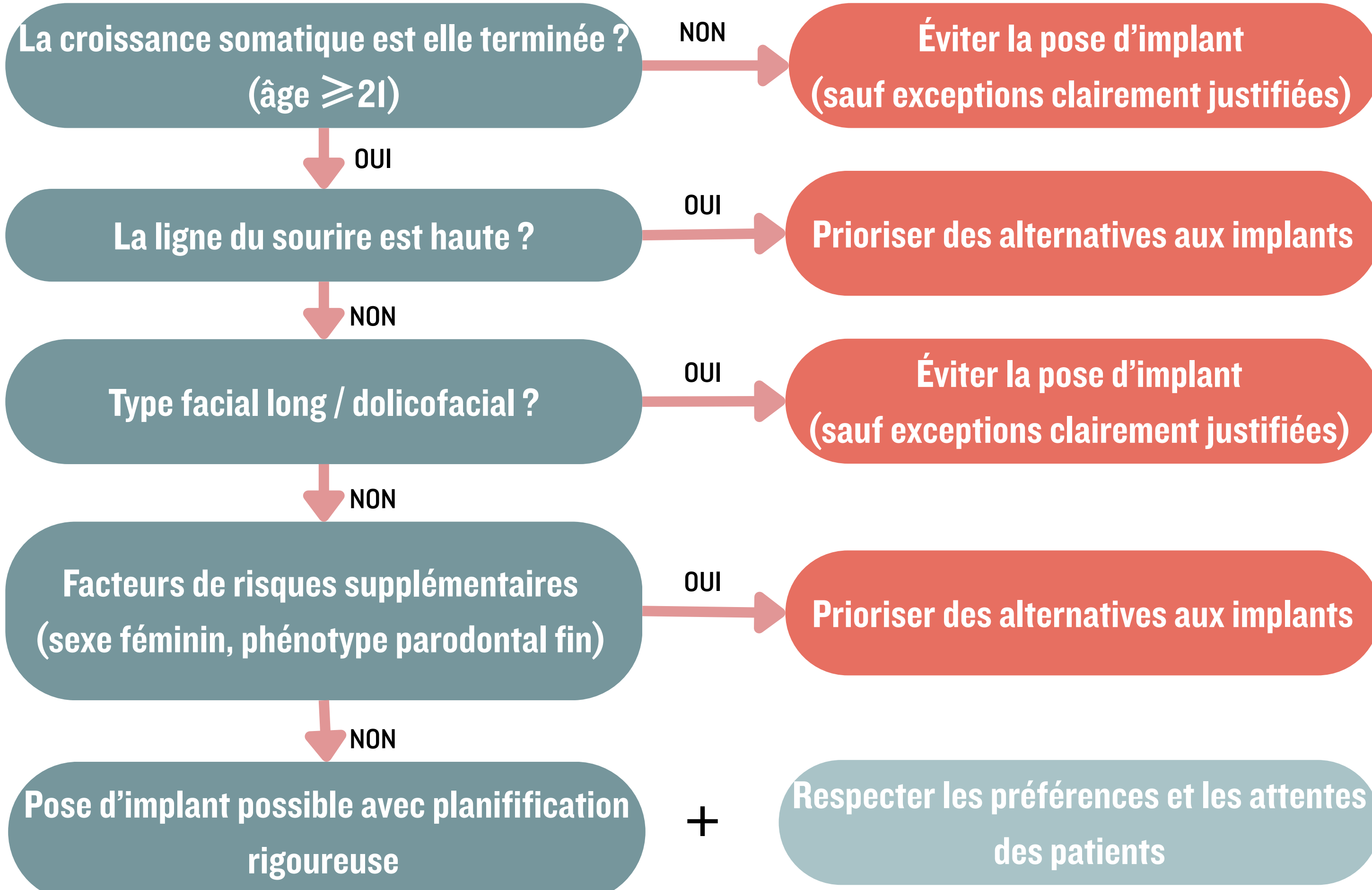
Déséquilibre occlusal



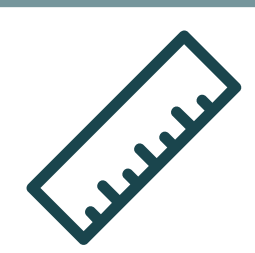
Infraposition antérieure - altération esthétique

ARBRE DÉCISIONNEL

INTÉGRER LE RISQUE AVANT DE POSER UN IMPLANT



À RETENIR



La croissance faciale à l'âge adulte est réelle, mesurable et cliniquement significative.



Les dents naturelles migrent, pas les implants (ostéo-intégrés).



Conséquences cliniques : - infraposition antérieure
- perte de contact interproximal postérieure



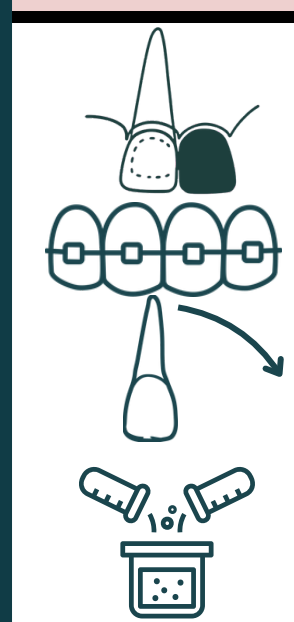
Le bridge collé mono-ailette respecte la dynamique biologique des arcades et limite le risque lié à la croissance résiduelle.



La croissance faciale doit être intégrée comme un paramètre décisionnel du plan de traitement implantaire, à tout âge.

ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES À L'IMPLANT

SECTEUR ANTÉRIEUR



Bridge collé mono ailette
Orthodontie
Auto-transplantation
Traitements combinés

SECTEUR POSTÉRIEUR



Bridge collé
mono ailette

PRISE EN CHARGE SELON LA SITUATION

Situation clinique	Options thérapeutiques	Invasivité
Secteur antérieur		
Infraposition faible ($< 0,5$ mm)	Surveillance clinique · gouttière de contention · retouche occlusale	Faible
Infraposition modérée (≤ 1 mm)	Remplacement/modification de couronne · restauration vissée	Faible à modérée
Infraposition sévère + récession gingivale	Chirurgie plastique parodontale · réfection prothétique · enfouissement implantaire	Modérée à élevée
Malposition sévère tridimensionnelle	Ostéotomie segmentaire · ostéogenèse par distraction	Élevée (dernier recours)
Décalage vestibulo-palatin	Modification du profil d'émergence · piliers angulés	Faible à modérée
Secteur postérieur		
Perte de point de contact	Modification/remplacement de couronne · restaurations vissées	Faible

**L'IMPLANT DOIT ÊTRE PENSÉ À LONG TERME,
ET NON UNIQUEMENT
AU JOUR DE SA POSE**

BIBLIOGRAPHIE

