

Extraction et implantation immédiate de deux incisives Maxillaires : cas d'un canal incisif large

Auteurs : Dhekra Jlassi^{1,2,3}, Rabeb ben Fredj^{1,2,3}, Kawther Sioud, Nour Saida, Ben Messaoud^{1,2,3}, Souha Ben Youssef^{1,2,3}

1. Unité de médecine et chirurgie buccale, service de médecine dentaire de l'hôpital universitaire Farhat Hached, Sousse, Tunisie

2. Laboratoire de recherche : LR 12SP10 : Rééducation fonctionnelle et esthétique du maxillaire, Tunisie

3. Université de Monastir, Faculté de médecine dentaire, 5019 Monastir, Tunisie

Correspondance :

Dr. Jlassi Dhekra

Email : Jlassidhekra137@gmail.com

Résumé :

La pose d'implant est un acte potentiellement à risque. Ces risques, même réduits au niveau du maxillaire, seront essentiellement liés à la présence des cavités au sein même du massif osseux ainsi que d'éléments vasculo-nerveux. La région antérieure maxillaire est une zone à challenge thérapeutique, notamment sur le plan esthétique dont l'élément anatomique prépondérant est le foramen incisif. Ce foramen peut, dans certaines situations occuper un volume non négligeable, gênant ainsi le positionnement à visée prothétique de l'implant. Nous rapportons dans ce travail un cas d'extraction et implantation immédiate des deux incisives maxillaires avec comblement du canal incisif.

Introduction :

La mise en place de prothèses implanto-portées dans les secteurs antérieurs est l'un des défis les plus complexes. L'extraction des dents antérieures aboutit inévitablement à une perte de volume tissulaire (1). Le maintien de ce volume après extraction dans le secteur antérieur maxillaire est un préalable

indispensable pour un résultat esthétique optimal des prothèses implanto-portées. (2)

L'extraction implantation immédiate consiste à réaliser une extraction atraumatique puis la mise en place de l'implant avec ou sans greffe osseuse. Ce protocole montre tout son intérêt pour le patient et le praticien. (3)

Cependant, dans les cas complexes d'atrophie osseuse, en particulier ceux qui se produisent dans le secteur maxillaire antérieur, les options d'augmentation du volume osseux et la mise en place des implants dans le segment édenté peuvent être compromises en raison d'une hauteur et d'une épaisseur insuffisantes de l'os, ainsi que de la présence d'un élément anatomique prépondérant : le foramen incisif. (4) Ce foramen peut, dans certaines situations occuper un volume non négligeable, gênant ainsi le positionnement à visée prothétique de l'implant.(5)

Nous rapportons dans ce travail un cas d'extraction et implantation immédiate des deux incisives maxillaires avec comblement du canal incisif.

Cas clinique :

Un patient âgé de 30 ans, sans pathologie particulière notable avec une bonne hygiène bucco-dentaire s'est présenté au service de médecine dentaire à l'hôpital de Farhat hached Sousse pour le remplacement de la 11 et les 21 mobiles.

L'examen endo-buccal montre une mobilité degré 2 des deux incisives centrales maxillaires 11 et 21 couronnées depuis plus que 7 ans et qui ont été jugées non conservables. (Figure1)

Le biotype parodontal était favorable. Un cône beam a objectivé sur des reconstructions coronales une lyse osseuse palatine assez prononcée avec un canal incisif large rendant difficile la pose d'un implant dans ce site dans un axe prothétiquement favorable (Figure2)

En se basant sur l'ensemble de ces données cliniques et radiologiques, on a opté pour une extraction implantation immédiate de la 11 et la 21 avec comblement osseux du canal incisif

Technique chirurgicale :

Une extraction atraumatique des deux incisifs centrales avec préservation du corticale vestibulaire a été réalisée. (Figure3)

Le curetage du contenu du canal incisif suivie d'un forage en palatin et la pose des deux implants ont été pratiqués. (Figure4)

Pour faire face à la lyse osseuse palatine, le comblement du canal incisif avec du bio-oss a été effectué. (Figure5)

Après cinq mois ; un cone beam de contrôle permet de visualiser une régénération osseuse du côté palatin. (Figure6)

Six mois après la mise en place des implants, deux couronnes céramique définitives ont été scellées avec un rendu esthétique satisfaisant. (Figure7 et 8)



Fig.1 : Mobilité degré 2 des deux incisives centrales maxillaires 11 et 21



Fig.2 : Cone beam : lyse osseuse palatine sévère

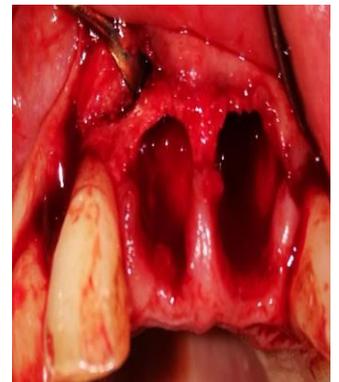


Fig.3 : Extraction atraumatique :cortical vestibulaire





Fig. 4 et 5 : curettage du contenu du canal, forage en palatin et pose des 2 implants suivie de comblement du canal incisif avec Bio-oss



Fig. 6 : Cone beam à 5 mois : os régénéré du coté palatin



Fig. 7 et 8: Piliers prothétiques et couronnes définitives en place le jour du scellement

Discussion :

La réhabilitation de la région maxillaire antérieure reste un défi clinique en implantologie dentaire. En raison de plusieurs variables qui affectent les aspects esthétiques et fonctionnels des prothèses. L'anatomie préexistante complexe dicte une planification méticuleuse et précise, permettant de prévisualiser le fonctionnement implantaire par rapport au canal incisif. **(6)**

Le canal incisif est situé dans la ligne médiane du maxillaire, et son foramen est décrit comme un trou en forme d'entonnoir situé entre les deux moitiés du palais, derrière les incisives centrales supérieures. Ce canal contient le nerf naso-palatin et la branche terminale de l'artère naso-palatine, qui assurent l'innervation et la vascularisation de la région palatine de canine à canine. Ces structures forment également des anastomoses avec le nerf grand palatin et l'artère, il y a donc un apport neurovasculaire collatéral. **(7)**

Le canal incisif mesure généralement environ 10 mm de long et 4 mm de largeur et s'incline par rapport au plan horizontal à un angle de 66 degrés. Des grandes variations dans la forme et la taille de ce canal sont rapportées dans la littérature. L'état dentaire du maxillaire antérieur (présence ou absence d'une ou deux incisives centrales), ainsi que le sexe et l'âge du patient, peuvent avoir une influence sur la morphologie du canal. **(8)**

Lorsque l'os est fortement résorbé et le foramen incisif est large, plusieurs rapports cliniques démontrent que ce canal peut être évidé et greffé de l'os avant la mise en place réussie de l'implant. Il est également possible de placer un implant dans le canal au moment de la chirurgie et cette procédure peut être associée ou non à une greffe osseuse d'apposition **(4)**. En effet Lorsque l'os est fortement résorbé, le foramen incisif fournit ainsi la structure osseuse la plus épaisse et haute du maxillaire atrophique pour la pose d'implants.

Cette technique peut être réalisée avec une morbidité minimale pour le patient, car l'anastomose du nerf naso-palatin et de l'artère sphéno-palatine avec le nerf et l'artère palatines permet une revascularisation immédiate et une réinnervation progressive de la zone ; cela peut prendre de 3 à 6 mois pour se produire. **(7)** De plus, les dents maxillaires antérieures sont innervées par le nerf alvéolaire antérosupérieur plutôt que par le nerf naso-palatin. Cependant les patients doivent être informés à l'avance de la possibilité de modifications sensorielles transitoires voire permanentes. **(8),(9)**

Conclusion :

La présence du canal incisif dans la zone maxillaire antérieur, quelle que soit sa forme ou sa taille, ne doit pas être considérée comme un obstacle pour le traitement implantaire. Le comblement du canal voire la pose d'implant dans le canal sont deux techniques fiables avec un taux de succès élevé.

La survenue de modifications sensorielles ne peut être considérée comme un échec, car il s'agit d'un type de complication avec lequel le patient peut vivre et n'invalide pas nécessairement le traitement dans le cadre d'une réhabilitation implantaire dentaire.

Bibliographie :

1. Anitha K, Kumar SS, Babu MR, Candamourty R, Thirumurugan. Immediate implants in anterior maxillary arch. *J Nat Sci Biol Med*. 2014;5(1):82-89. doi:10.4103/0976-9668.127293
2. Ortega-Martínez J, Pérez-Pascual T, Mareque-Bueno S, Hernández-Alfaro F, Ferrés-Padró E. Immediate implants following tooth extraction. A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(2):e251-e261. Published 2012 Mar 1. doi:10.4317/medoral.17469
3. Javaid MA, Khurshid Z, Zafar MS, Najeeb S. Immediate Implants: Clinical Guidelines for Esthetic Outcomes. *Dent J (Basel)*. 2016;4(2):21. Published 2016 Jun 13. doi:10.3390/dj4020021
4. Santos PL, Silva GH, da Silva RD, Da Silva Pereira FR, Gulinelli JL. Implant Anchorage in the Nasopalatine Canal for the Rehabilitation of Severely Atrophic Maxilla. *Implant Dent*. 2017 Apr;26(2):324-327. doi: 10.1097/ID.0000000000000562. PMID: 28207597.
5. Peñarrocha M, Carrillo C, Uribe R, García B. The nasopalatine canal as an anatomic buttress for implant placement in the severely atrophic maxilla: a pilot study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2009 Sep-Oct;24(5):936-42. PMID: 19865635.
6. Rasouli Ghahroudi AA, Homayouni A, Rokn AR, Kia F, Kharazifard MJ, Khorsand A. Frequency of Dental Implants Placed in the Esthetic Zone in Dental Clinic of Tehran University: A Descriptive Study. *J Dent (Tehran)*. 2015;12(12):906-912.
7. de Mello JS, Faot F, Correa G, Chagas Júnior OL. Success rate and complications associated with dental implants in the incisive canal region: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017 Dec;46(12):1584-1591. doi: 10.1016/j.ijom.2017.05.002. Epub 2017 May 25. PMID: 28552441.
8. Cavallaro J, Tsuji S, Chiu TS, Greenstein G. Management of the Nasopalatine Canal and Foramen Associated with Dental Implant Therapy. *Compend Contin Educ Dent*. 2016 Jun;38(6):367-372; quiz 374. PMID: 28570082.
9. Peñarrocha D, Candel E, Guirado JL, Canullo L, Peñarrocha M. Implants placed in the nasopalatine canal to rehabilitate severely atrophic maxillae: a retrospective study with long follow-up. *J Oral Implantol*. 2014 Dec;40(6):699-706. doi: 10.1563/AAID-JOI-D-12-00145. PMID: 23397941.