

Université SALEH BOUBNIDER Constantine 3
Faculté de Médecine de Constantine
Département de Médecine Dentaire

Cours d'occlusodontie
L'occlusion en
implantologie

Présenté par : Dr Benachi.H

Introduction

- L'occlusodontie contribue au succès à long terme dans toutes les disciplines de l'odontologie. En effet, tous les traitements dentaires ont une implication occlusale puisque l'occlusion dentaire est la manière dont les dents maxillaires s'engrènent avec les dents mandibulaires.
- L'implantologie et l'occlusion sont deux domaines de la dentisterie extrêmement liés car la prothèse guide la position des implants et les thérapeutiques associées. Réduire l'implantologie à un acte chirurgical conduit à faire des erreurs.

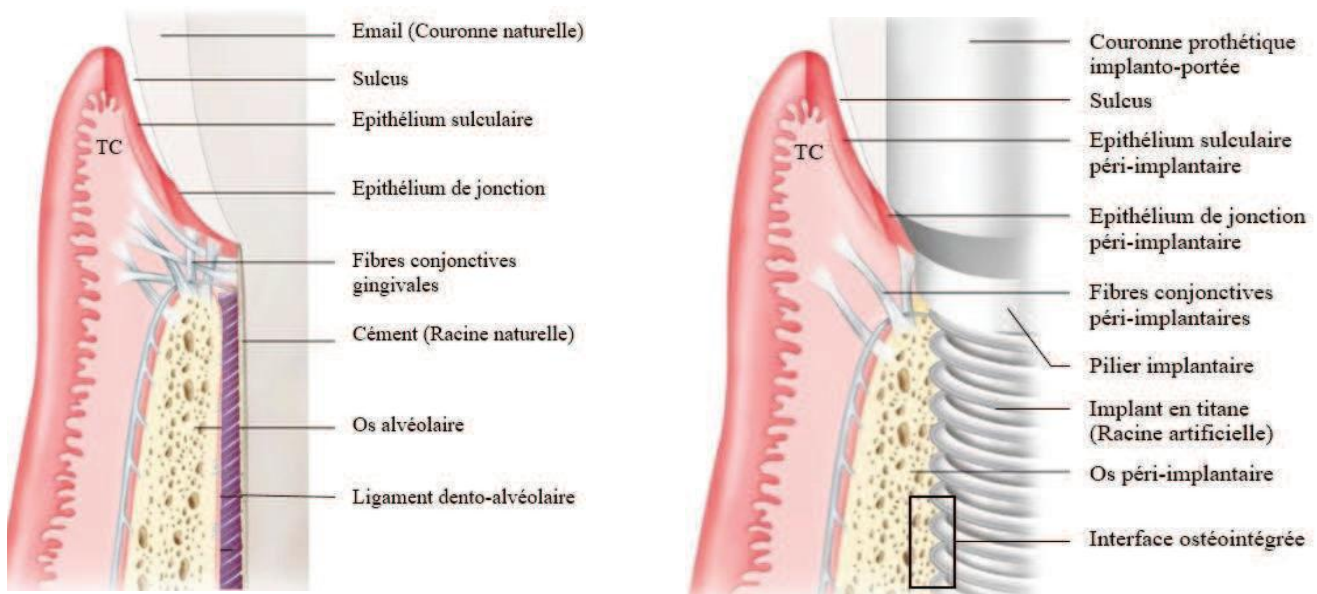
I- Spécificités implantaires influençant l'occlusion :

I- 1- Appareil d'ancrage radiculaire dans l'os :

Le remplacement d'une racine naturelle par une racine artificielle (implant) entraîne des différences d'un point de vue fondamental et clinique.

Les tissus parodontaux attachent naturellement l'os à la surface des racines des dents. Ils agissent comme un amortisseur de chocs. Les tissus se fixent sur les surfaces radiculaires, en aidant à protéger l'os sous-jacent.

L'implant dentaire fusionne à l'os de la mâchoire donnant aux implants une grande stabilité.



I- 2- Rôle du système neuromusculaire dans l'occlusion :

A- Les récepteurs proprioceptifs :

Les récepteurs proprioceptifs sont localisés au niveau du desmodonte, des articulations temporo-mandibulaire, des muscles et des tendons.

1- Les récepteurs desmodontaux :

- Les récepteurs desmodontaux enregistrent, via le nerf trijumeau l'intensité d'une force sur une dent, son temps d'application et sa direction.
- Cet enregistrement se fait soit par voie réflexe (rôle de protection des dents et du parodonte), soit par voie automatique (rôle d'analyse de la texture du bol alimentaire lors de la mastication et déclenchement de la déglutition). Ils peuvent détecter des interférences

2- Les récepteurs des ATM

- D'après Woda en 1983 l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est constituée de différents récepteurs : récepteurs de Ruffini, récepteurs de Pacini, récepteurs tendineux de Golgi et les terminaisons libres.
- Elle a donc une innervation sensitive qui lui est propre et qui est importante dans l'occlusion.
- **les récepteurs desmodontaux détectent des interférences de faible intensité, les récepteurs de l'ATM et des muscles signalent des interférences d'intensité plus importante**

3- Récepteurs des muscles masticateurs :

- L'ATM est mobilisée par des muscles masticateurs. L'innervation motrice de ces muscles est principalement assurée par le nerf trijumeau (V3 - branche mandibulaire), chargée aussi de l'innervation sensitive des dents et du parodonte
- L'innervation sensitive leur est propre puisqu'elle est assurée par :
 1. les fuseaux neuromusculaires pour les muscles (rôle de protection contre un étirement inadéquat et rôle d'adaptation de la longueur et du tonus musculaire)
 2. les récepteurs tendineux de Golgi pour les tendons (rôle de protection contre une tension ou une contraction musculaire inadéquate)

I-3- CONSEQUENCES SUR L'OCCLUSION :

A- La mobilité

Mobilité dentaire (viscoélasticité) :

- Une dent saine présente une mobilité physiologique dans son alvéole grâce à la structure viscoélastique du ligament parodontal et à l'orientation des fibres de Sharpey.
- Les forces occlusales sont ainsi distribuées et absorbées par l'os alvéolaire. Cette capacité d'amortissement permet une adaptabilité protectrice immédiate.

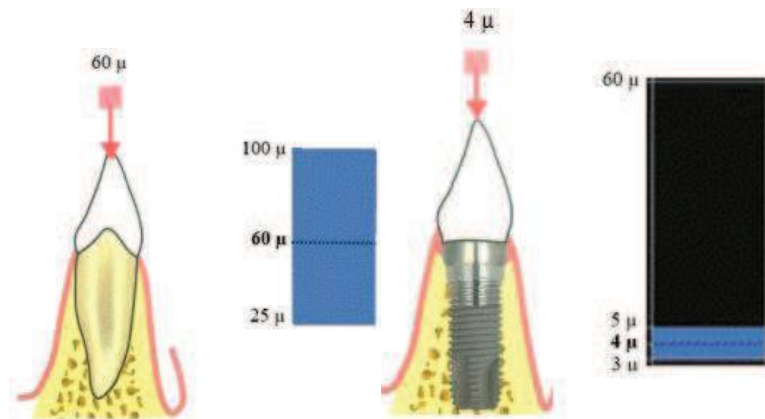
Mobilité implantaire (ankylose fonctionnelle)

- L'immobilité d'un implant est un critère de succès de l'ostéointégration.
- Ce critère exclut la présence de tissu fibreux entre l'implant et l'os alvéolaire, et donc exclut la présence d'une structure ligamentaire.
- Ainsi, il n'y a **pas d'amortissement** des forces.

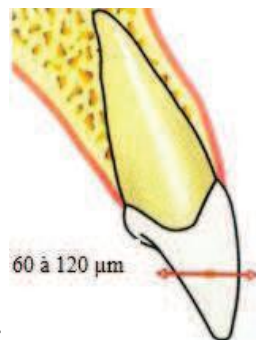
- Les forces de mastication sont axiales et latérales (transversales)
- **Mobilité axiale :**

Mobilité axiale d'une dent : elle varie en fonction des dents de **25 à 100 μm** avec une moyenne de **60 μm**

Mobilité axiale d'un implant : elle varie en fonction de la densité osseuse de **3 à 5 μm** avec une moyenne de **4 μm** ,



Mobilité latérale (transversale ou horizontale)



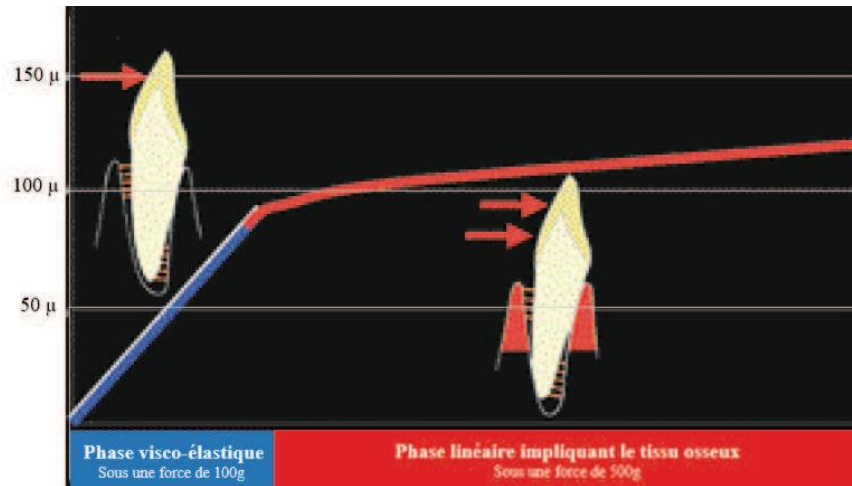
Mobilité latérale d'une dent :

Elle se produit en deux étapes :

la première étape viscoélastique, non linéaire, qui se produit au départ de l'application de la force ou sous une force légère (environ 100g). Le ligament parodontal se déforme de façon réversible et il répartit la contrainte.

Durant cette phase l'os alvéolaire est protégé et stimulé.

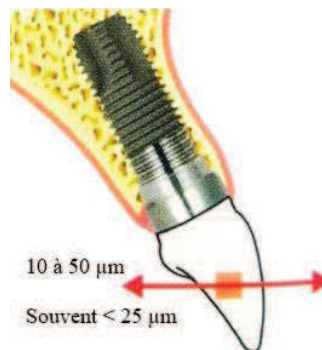
La seconde étape linéaire impliquant le tissu osseux, qui se produit quand la force est plus importante (500g par exemple). L'os alvéolaire se déforme de façon plus linéaire et il est en souffrance.



Mobilité latérale d'un implant :

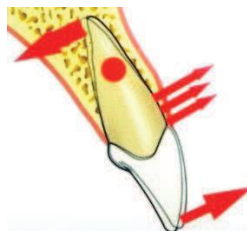
Selon la densité osseuse de l'os, la mobilité latérale d'un implant varie entre 10 et 50 μm , mais le plus souvent elle est **inférieure à 25 μm**

Le déplacement se fait en une seule phase linéaire, comme dans la seconde étape du déplacement de la dent. Les implants supportent mal les contraintes latérales, et il y a un risque de fracture car elles ne sont pas régulées par les récepteurs desmodontaux.



B- Le centre de rotation :

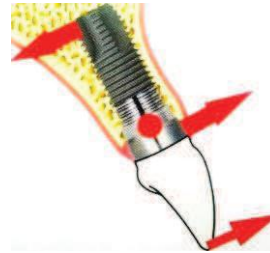
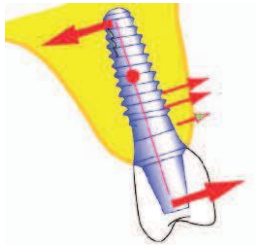
Le Centre de rotation d'une dent : Grâce à la viscoélasticité du ligament parodontal et à la forme conique de la racine, le centre de rotation d'une dent est situé au **un tiers apical**



Le centre de rotation d'un implant :

- Les auteurs pensent que l'absence de ligament parodontal et la forme cylindrique des implants déplacent le centre de rotation au **tiers cervical**

- Si l'implant est de forme conique, le centre de rotation **se rapproche de l'apex** comme pour une dent naturelle



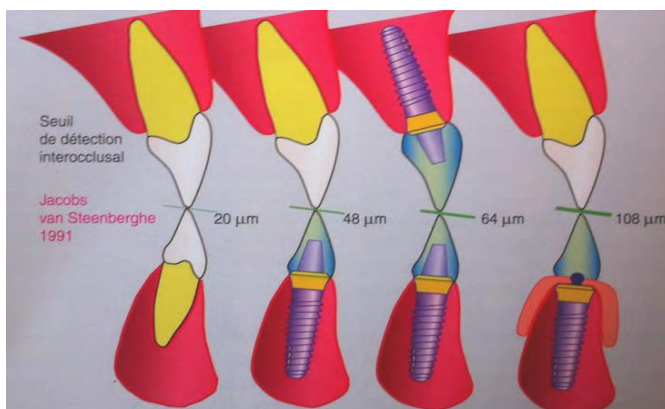
C- La perception sensitive et quantitative :

1- Proprioception

- Les récepteurs mis en jeu dans la proprioception sont des mécanorécepteurs localisés dans le desmodonte, les ATM, les muscles et les tendons.
- Ils jouent un rôle dans le contrôle de l'occlusion en modulant l'activité musculaire (force, direction et vitesse), mais aussi en donnant des informations sur la position de la mâchoire dans l'espace.
- Autour des implants en revanche, le desmodonte est absent, mais il reste des récepteurs dans la gencive, la muqueuse et l'os alvéolaire qui pourraient assumer une partie de la fonction normale extéroceptive.
- Par conséquent, les implants auront une capacité discriminative et proprioceptive très diminuée.

2- Seuil de perception d'une dent

- Une dent face à une dent peut détecter :
 - des épaisseurs très faibles de l'ordre de **15-20 µm** (papier articulé ≈ 16 µm)
 - des pressions qui varient selon les études : de l'ordre de **1 g** selon Woda en 1975 et de l'ordre de **11,5 g** selon Hämmerle et coll. en 1995
 - L'implant a un seuil de perception à la pression plus élevé que pour une dent naturelle, il suffit de 11,5 g pour qu'une force soit perçue par la dent, contre 100 g pour l'implant



3- Adaptation aux forces occlusales

Adaptation des dents aux forces occlusales :

- Au niveau de la dent, deux éléments sont important :
D'une part, les points de contact inter-dentaires qui amortissent les mouvements et les contraintes dans le sens mésio-distal.
- D'autre part, la relation cuspidale/fosse permettant une transmission optimale des contraintes occlusales.

Adaptation des implants aux forces occlusales :

- Les implants, les prothèses implanto-portées et l'os péri-implantaire résistent mieux aux forces axiales. Les forces latérales créent des mouvements de flexion importants.
- Lors de la pose, le grand axe de l'implant doit donc être orienté selon la résultante des forces de mastication

II- Rappels sur les concepts occlusaux :

II-1- Occlusion Mutuellement Protégée (OMP) :

- En OIM, les contacts postérieurs se font avec les cuspidales d'appuis dans la fosse centrale, des contacts tripodiques dans le sens transversal et une occlusion 1 dent / 2 dents. Les contacts antérieurs existent mais ils sont légers
- Lors de la propulsion, le guide antérieur permet une désocclusion des secteurs cuspidales
- L'inclinaison de la pente incisive doit créer une concordance cinétique entre ATM et occlusion (absence d'interférence, désocclusion postérieure, symétrie, harmonie).



Lors de la diduction, l'objectif est aussi d'avoir une OMP c'est-à dire éviter les contacts latéraux sur les dents postérieures du côté travaillant et surtout du côté non travaillant

deux types de guidage en diduction sont décrits pour avoir une OMP ;

***la fonction canine**

***la fonction de groupe**

- **Fonction de groupe antérieure**
- **Fonction de groupe postérieure**

- **Fonction de groupe étendue**



II-2- Occlusion Bilatéralement Equilibrée (OBE) ou Occlusion Balancée

En Occlusion de Relation Centrée (ORC), le calage est assuré par une répartition des contacts sur l'ensemble des dents, en adoptant la lingualisation des contacts, et avec des contacts antérieurs légers.

En propulsion, il faut un guide avec des contacts équilibrés antérieurs et postérieurs avec au moins un contact de chaque côté

Lors de la diduction, il faut des contacts travaillant sur plusieurs dents et au moins un contact non travaillant stabilisant



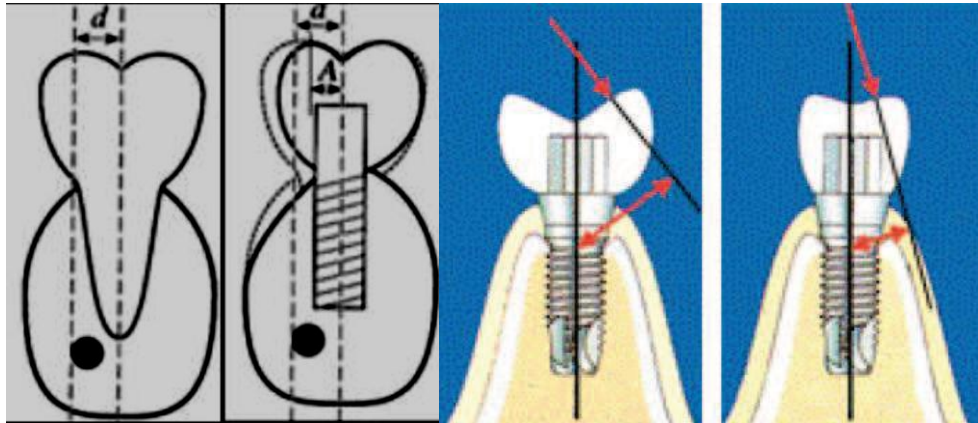
III- Gestion de l'occlusion des prothèse sur implant :

III-1- La morphologie occlusale :

Pour optimiser l'occlusion des prothèses sur implants, la littérature propose des recommandations pour la morphologie occlusale des coiffes implanto-portées fixes, unitaires ou plurales, qui incluent :

- des **fosses et des sillons peu marqués**,
- une **table occlusale rétrécie** de 30 à 40% dans la région molaire

- une **inclinaison cuspidienne réduite**
- une **charge non axiale réduite**
- des **contacts occlusaux plus légers** sur les prothèses sur implants,
- un **recouvrement vertical minimum** pour générer moins de charge sur les implants antérieurs.



III-2- Impératifs occlusaux à respecter

Le concept de serrage différentiel de Misch :

Il consiste à obtenir des contacts sur la prothèse implanto-portée uniquement en occlusion serrée.

Pour cela, le papier shimstock doit glisser quand le patient met ses dents en contact sans forcer. Le papier doit accrocher quand le patient serre fort pour que les forces occlusales soient partagées entre l'implant et les dents. Ainsi, le desmodonte des dents naturelles se comprime, comme en pression de déglutition en OIM, ce qui évite l'égression des dents naturelles.



La deuxième solution est d'obtenir le même marquage sur les dents naturelles et sur les implants en plaçant **différentes épaisseurs de papier marqueur** sur les deux entités : on place alors sur une pince de Miller une seule épaisseur d'un papier de 8 μ m en regard des dents naturelles, et 4 épaisseurs de ce même papier en regard des implants. Tout comme la première solution, l'équilibration se fait en tenant compte du différentiel de mobilité entre la dent et l'implant.

IV- CHOIX DU CONCEPT OCCLUSAL EN FONCTION DU TYPE DE PROTHESE IMPLANTO- PORTEE :

Bien qu'aucun modèle occlusal spécifique ou idéal n'ait été développé pour l'implantologie orale, la recherche suggère des critères généraux pour réduire les interférences postérieures et les forces latérales sur les prothèses implanto-portées. Il convient alors de suivre deux règles d'or :

***La première règle** est de prendre en compte **la nature de l'élément antagoniste** à la prothèse implanto-portée, et se servir de la proprioception des dents antagonistes s'il y en a une.

***La deuxième règle** est de toujours choisir le concept occlusal qui **favorise la prothèse la moins stable**.

IV-1- Prothèse fixe implanto-portée : prothèse UNITAIRE

Choix de la position mandibulaire de référence

- la position de référence choisie est en général l'OIM initiale du patient si elle est fonctionnelle et stable.
- L'objectif de la reconstruction est alors de renforcer l'OIM sans la perturber
- **Prothèse implanto-portée remplaçant une incisive, une prémolaire ou une molaire**
- 1/ Si la prothèse implanto-portée est face à une dent naturelle (supportant ou non une prothèse fixe)

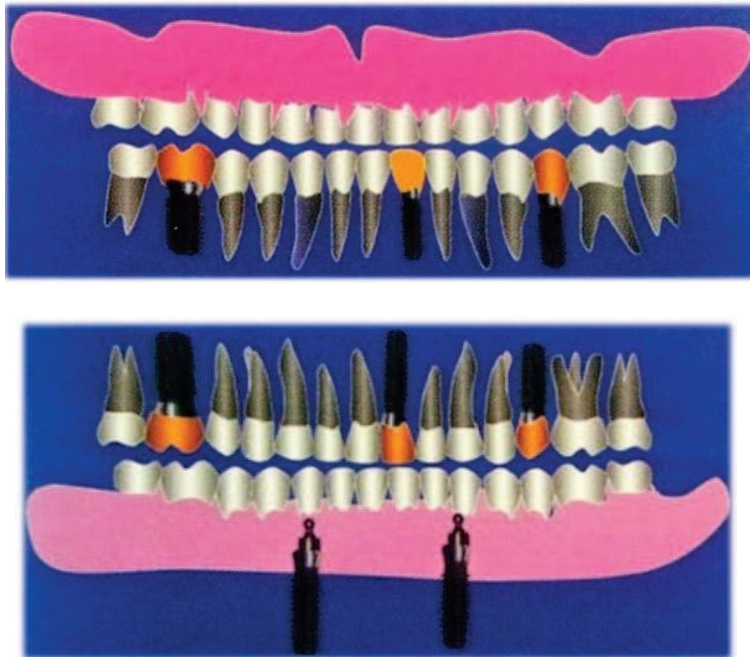


- **En occlusion** les auteurs pensent que la prothèse implanto-portée doit intervenir **sans mise en sous-occlusion** sinon la dent naturelle antagoniste va égresser.
- **En propulsion et en diduction**, une **occlusion mutuellement protégée** sera choisie.
- 2/ Si la prothèse implanto-portée est **face à une prothèse amovible**

***Si l'antagoniste est une prothèse partielle amovible (PPA),**

- le concept de guidage est déterminé selon l'édentement que la PPA remplace

- **en propulsion**, un **guide antérieur**, permettant une désocclusion des dents postérieures, est choisi dès qu'il y a au moins trois couples d'incisives de bonne valeur parodontale.
- Par contre si les dents antérieures sont de mauvaises valeurs ou absentes, un **guide antéro-postérieur équilibré** sera réalisé grâce à un recouvrement incisif faible.
- **En diduction** : une **fonction canine** est réalisée dès que les couples de canines sont naturels et de bonne valeur parodontale mais dès que la PPA remplace une canine, une **fonction de groupe** sera alors préférée de ce côté-là
- Si l'antagoniste est une prothèse amovible complète (PAC), une **occlusion balancée** est choisie



Prothèse sur implant unitaire (incisive, prémolaire ou molaire) face à une prothèse amovible complète

3/ Si la prothèse implanto-portée est **face à une ou plusieurs prothèses sur implants**

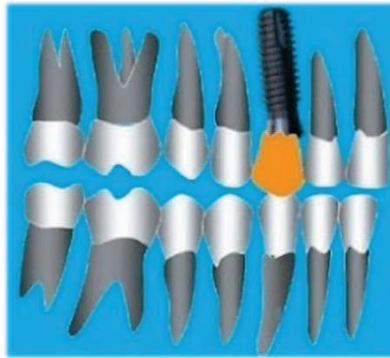
- **En occlusion**, une légère sous-occlusion des prothèses implanto-portées est possible, avec des contacts seulement en occlusion (principe de serrage de misch)
- **En propulsion et en diduction**, une **occlusion mutuellement protégée** est choisie (guide antérieur en propulsion et fonction canine en diduction) pour permettre une désocclusion postérieure



Prothèse sur implant unitaire (incisive, prémolaire ou molaire) face à une ou plusieurs prothèses sur implants

En occlusion :

- Certains pensent que les contacts doivent être absents sur la canine implanto-portée en serrage léger, d'autres assurent que les récepteurs desmodontaux de la canine antagoniste naturelle moduleront les forces permettant de faire participer la canine sur implant sans mise en sous-occlusion



Canine sur implant face à une canine naturelle.

Selon M. Bert, cette situation permet un excellent guidage en fonction canine.

En diduction :

- il existe un consensus en faveur de la fonction de groupe, faisant participer de façon prépondérante les dents contigües mésiales et distales, pour protéger les canines implanto-portées des forces horizontales.
- Néanmoins, **d'autres auteurs tels que M. Bert**, affirme que la fonction canine est un concept tout à fait acceptable et fiable, justifiant qu'une fonction de groupe est difficile à équilibrer en bouche pour des raisons techniques, physiologiques et esthétiques

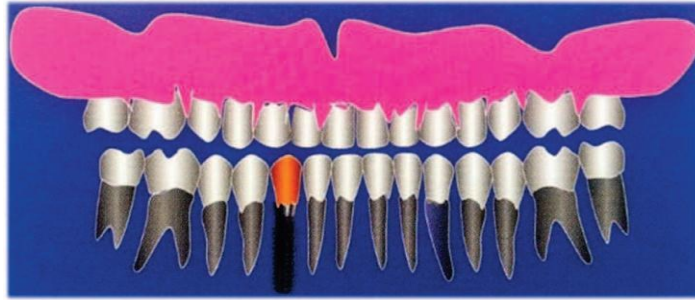
2/ Si la canine implanto-portée est face à une prothèse amovible :

- Si la canine sur implant est face à une PPA qui remplace une ou deux canines,

Une fonction de groupe sera privilégiée s'il reste des dents postérieures naturelles (classe III ou IV de Kennedy ou classe V de Kennedy-Applegate par exemple) ou **une**

Occlusion balancée dès que cela sera nécessaire à la stabilité de la prothèse amovible (classe I ou II de Kennedy ou classe V de Kennedy-Applegate par exemple)

- Si la canine implanto-portée est face à une PAC, une **fonction balancée** est essentielle pour stabiliser la prothèse adjointe.



Canine sur implant face à une prothèse amovible complète maxillaire.

3/ Si la canine implanto-portée est **face à une canine sur implant** :

- **En occlusion**, il y aura des contacts uniquement en occlusion "active" (principe misch)
- **En propulsion** nous choisirons une **occlusion mutuellement protégée** (guide antérieur).
- **en diduction**
 - pas une fonction canine.
 - pour le patient ce qui est important c'est l'esthétique
 - Dans cette situation, il semble alors important de **prendre en compte la canine maxillaire contro-latérale** comme le justifie les auteurs M. Bert et P. Missika en 2009
 - **Si la canine maxillaire controlatérale est courte**
 - Réduction de la hauteur de la canine prothétique Pour que La latéralité puisse se faire sous forme d'**une fonction de groupe réduite** impliquant l'incisive latérale et la 1ere prémolaire au maxillaire et à la mandibule



Canine sur implant face à une canine sur implant et canine maxillaire controlatérale courte

- pour obtenir une fonction de groupe il faudrait raccourcir la canine sur implant, ce qui serait inacceptable esthétiquement.
- Dans ce cas-là, pour pouvoir faire une **fonction canine**, un bridge (traditionnel ou collé) est indiqué. Il est réalisé de préférence au maxillaire car les forces vont plaquer le bridge quand le patient fermera la bouche.

Les récepteurs desmodontaux des dents naturelles servant de piliers au bridge, transmettent ainsi les informations nécessaires à un guidage canin correct (M,BERT)

IV-1- Prothèse fixe implanto-portée : prothèse PLURALE

- **Choix de la position mandibulaire de référence**
- **Occlusion d'Intercuspidie Maximale (OIM)**
- ❖ Donc pour conserver et choisir l'OIM comme position de référence, qui est en fait l'occlusion habituelle du patient, le patient doit avoir un accès direct à une OIM stable et reproductible.
- ❖ La reconstruction prothétique devra alors s'intégrer dans le schéma occlusal, tout en optimisant les fonctions occlusales.
- **Relation Centrée (RC).**
- ❖ Si les repères occlusaux sont perdus (OIM instable ou décentrée, absence de dent) ou en cas de pathologie(s), la position de référence doit être définie par les ATM
- ❖ Dans ce cas, nous ferons une nouvelle OIM en RC. Il est alors possible d'envisager une modification de la Dimension Verticale d'Occlusion (DVO) si besoin.

1- Prothèse implanto-portée remplaçant un édentement antérieur

1/ Si les prothèses implanto-portées sont **face à des dents naturelles** :

- Certains auteurs sont en faveur d'une équilibration selon la technique de serrage différentiel décrite précédemment
- D'autres auteurs pensent qu'il faut stabiliser les contacts sans mise en sous-occlusion, pour éviter l'égression des dents antagonistes. Cela est possible selon eux grâce aux récepteurs desmodontaux des dents naturelles qui vont moduler la contraction des muscles manducateur



En diduction et en propulsion,

- une désocclusion immédiate des dents postérieures sera réalisée.
- Selon certains auteurs, la fonction canine est à privilégier, que les canines soient incluses ou non dans la prothèse implanto-portée. Si les canines sur implants sont au maxillaire, et qu'elles sont courtes pour des raisons esthétiques exigées par le patient, une fonction de groupe peut être envisagée. Mais globalement, la fonction canine est préférée.
- D'autres auteurs pensent que la fonction de groupe protège les implants de toute surcharge occlusale

2/ Si les prothèses implanto-portées sont **face à une prothèse amovible**

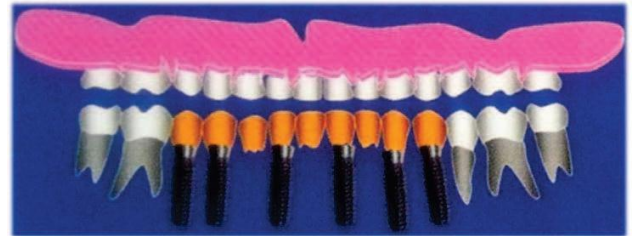
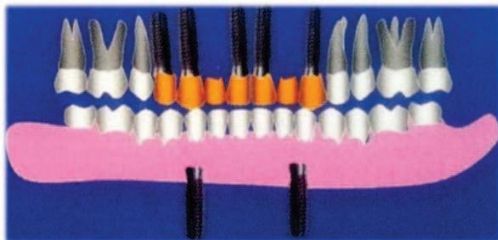
Si l'antagoniste est une PPA, l'objectif est de stabiliser la PPA.

En propulsion, un guidage antéropostérieur équilibré sera réalisé (occlusion balancée) dès qu'il y a moins de trois couples d'incisives naturelles.

En diduction,

- une fonction canine sera réalisée dès que les couples de canines sont naturels.
- Si la canine est englobée dans la prothèse implanto-portée avec une PPA antagoniste qui remplace une ou deux canines : la fonction de groupe est choisie dès qu'il reste des dents postérieures naturelles antagonistes. Sinon une occlusion balancée dès que cela sera nécessaire pour stabiliser la PPA

Si l'antagoniste est une PAC, l'occlusion bilatéralement équilibrée est choisie.



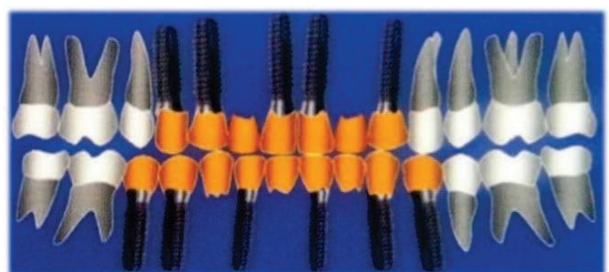
3/ Si les prothèses implanto-portées sont **face à des implants**

En occlusion, des contacts seront présent en occlusion serrée.

En propulsion, le réglage du guide incisif doit permettre une occlusion mutuellement protégée avec une répartition de la trajectoire sur toutes les prothèses antérieures.

En diduction, le contrôle des forces occlusales dépend de la présence de canine naturelle ou non, et de la longueur des canines. S'il y a une ou plusieurs canines naturelles, alors une fonction canine ou une fonction de groupe

Par contre, si les deux canines (maxillaire et mandibulaire) sont remplacées par des prothèses implanto-portées, il faudra prendre en compte la longueur des canines maxillaires comme vu précédemment.



- **Prothèse implanto-portée remplaçant un édentement terminal**

En occlusion, c'est le serrage différentiel proposé par Misch.

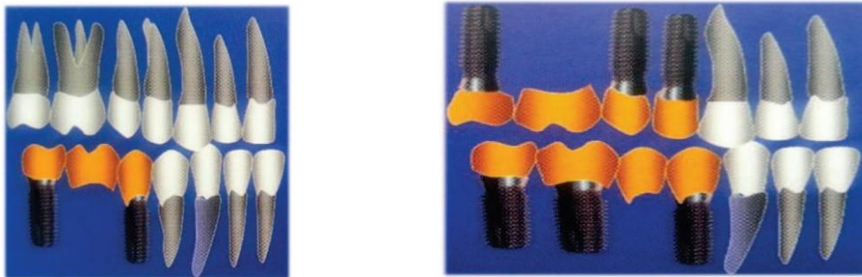
Pour d'autres auteurs, la position d'intercuspidie dépend de la présence de dents antagonistes naturelles ou non :

*Si les dents antagonistes sont naturelles, la prothèse implanto-portée peut intervenir même en serrage léger pour éviter leur égression.

*Si les dents antagonistes sont remplacées par des prothèses sur implants, le concept de serrage différentiel est alors adopté par ces auteurs

En propulsion et en diduction,

1/ Si la **canine n'est pas incluse** dans l'édentement terminal, c'est la **fonction canine** qui doit être privilégiée, que l'antagoniste porte des dents ou des implants



2/ Si la **canine est incluse** dans l'édentement terminal :

*Si la canine antagoniste est naturelle : la fonction canine est à favoriser

*Si la canine antagoniste fait partie d'une PPA (qui remplace aussi un édentement terminal) ou d'une PAC, la **fonction balancée** doit être choisie pour stabiliser la prothèse amovible antagoniste

*Si la canine antagoniste est une canine sur implant, le choix du concept de guidage se fera en fonction de la canine controlatérale, comme vu précédemment

· Si la canine maxillaire controlatérale est courte une **fonction de groupe réduite est choisi**

· Si la canine maxillaire controlatérale est longue, nous devons réaliser une **fonction canine** pour des raisons esthétiques.

2- Prothèse implanto-portée remplaçant un édentement total :

- 1/ Si la prothèse implanto-portée est **face à des dents naturelles**
- les pressions occlusales sont importantes donc le nombre d'implants doit être suffisant pour répartir les forces. Cela est valable pour des dents naturelles pulpées ou non, porteuses d'éléments prothétiques ou non, et même si les pressions sont modulées par les récepteurs desmodontaux,



- 2/ Si la prothèse implanto-portée est **face à une PAC**
- c'est l'**occlusion bilatéralement équilibrée** qui doit être choisie pour assurer la stabilisation de la PAC et pour répartir les contraintes sur l'ensemble des implants



Prothèse complète fixe mandibulaire face à une prothèse amovible complète (PAC) maxillaire.

Cette solution est le plus souvent proposée aux patients édentés complets, satisfaits de leur PAC maxillaire et insatisfaits de leur PAC mandibulaire.

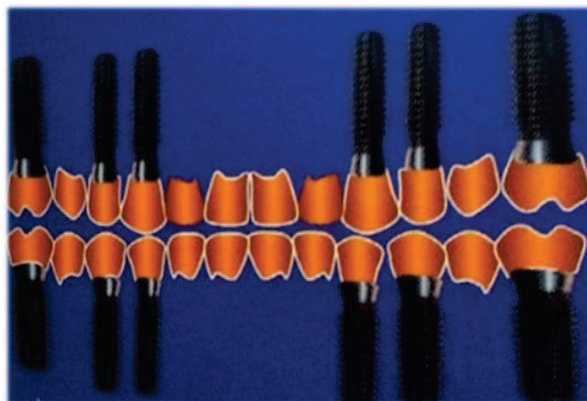
3/ Si la prothèse implanto-portée est face à une prothèse complète fixée sur implant :

L'Occlusion de Relation Centrée (ORC) doit être stable grâce à un calage prémolo-molaire et des contacts antérieurs légers

En propulsion, le **guide antérieur** doit être plus ouvert qu'en denture naturelle pour éviter le stress des forces latérales. Il doit permettre une désocclusion immédiate des dents postérieures

En diduction, il n'y a pas de consensus quant à l'utilisation d'une fonction canine ou d'une fonction de groupe

Mariani et coll. (2008) et M. Bert (2015) recommandent de réaliser une **fonction canine**. Pour cela, il est conseillé de réaliser une canine maxillaire moyennement longue, avec une pente canine faible (plus la pente canine est courte et de faible angulation, plus le guidage neuromusculaire en diduction ne nécessite pas une proprioception précise)



3- Prothèse Amovible Complète Supra-Implantaire (PACSI)

Depuis les consensus de McGill (2002) et de Yok (2009), il est admis qu'une prothèse amovible complète supportée par deux implants devrait être le traitement minimum à proposer aux patients ayant une mandibule édentée.



Choix d'une position de référence et d'un concept occlusal :

Quel que soit l'antagoniste, la **RC** est la position de référence choisie avec une **Occlusion Bilatéralement Équilibrée**.

1/ Si la PACSI est **face à des dents naturelles**, l'occlusion bilatéralement équilibrée est choisie même en l'absence de consensus. Ce concept occlusal est techniquement difficile à obtenir en présence de dents naturelles antagonistes. Il est alors important d'obtenir des contacts en au moins trois points en diduction et en propulsion pour stabiliser la PACSI

2/ Si la PACSI mandibulaire (consensus de McGill) est **face à une PAC conventionnelle maxillaire**, l'occlusion bilatéralement équilibrée est aussi adoptée.

3/ Si la PACSI est **face à une prothèse complète fixe sur implants**, c'est l'occlusion bilatéralement équilibrée qui est choisie

4/ Si la PACSI est **face à une PACSI**, c'est l'occlusion bilatéralement équilibrée qui est actuellement utilisée le plus souvent

Conclusion :

A l'heure actuelle, la thérapeutique implantaire permet de préserver les tissus dentaires d'éviter la solution prothétique amovible aux patients qui le désirent, et d'augmenter le confort des patients

Même si aujourd'hui les taux de succès des traitements implantaires sont importants, des complications voire des échecs sont encore rapportés par les praticiens.

Nous ne sommes pas encore en mesure de comprendre tous les phénomènes expliquant cette perte d'ostéointégration ; l'un des facteurs évoqués est **la surcharge occlusale**.

Il paraît donc indispensable de savoir gérer l'occlusion des restaurations prothétiques implantaires puisqu'elle semble jouer un rôle aussi important que déterminant dans la pérennité de ces prothèses.