

**Marc Collavini**  
Mulhouse



## Introduction

Il est aujourd'hui fortement démontré que la préservation alvéolaire après extraction à l'aide d'un comblement avec un biomatériau permet de réduire significativement la perte osseuse. (1) Il ne semble pas y avoir, au vu des études, une prédilection pour un type de biomatériau et un type de membrane.

Le point essentiel est que le biomatériau soit stabilisé, et éviter bien évidemment sa fuite de l'alvéole d'où l'intérêt de sceller l'alvéole.

L'intérêt de cette préservation est primordial en zone antérieure. L'utilisation d'une membrane rigide (Gore avec renfort titane ou membrane en titane) permet dans certaines situations une régénération sans apport de biomatériau.

**Au travers de quelques cas cliniques nous allons pouvoir valider l'intérêt de la préservation alvéolaire et objectiver les résultats obtenus.**

## Cas 1

**Patient avec fracture radulaire de la 12 porteuse d'une reconstruction prothétique avec un tenon radulaire. Traitement envisagé : avulsion et régénération osseuse et pose secondaire de l'implant.**

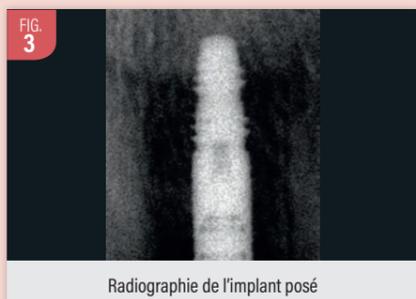
En accord avec la littérature (2) une membrane en titane microperforée (FRIOS® DentsplySirona), fixée en vestibulaire au niveau de la perte osseuse à l'aide de clous en titane, a permis sans l'apport de biomatériau de reconstruire totalement l'alvéole en l'espace de 3 mois. L'utilisation de la membrane évite la prolifération de cellules des tissus mous et permet la reformation osseuse au niveau du défaut osseux ceci sans apport de biomatériau, la rigidité de la membrane évitant son invagination dans le défaut osseux.



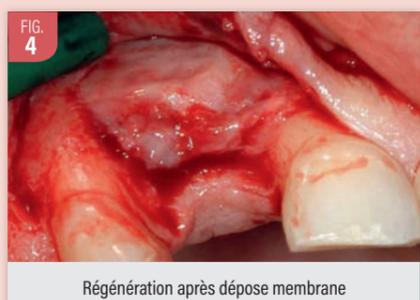
Membrane Frios



Perte 12



Radiographie de l'implant posé



Régénération après dépose membrane



Résultat clinique

## Cas 3

**Patient avec une 11 terminale d'un point de vue endodontique. Le traitement envisagé est l'avulsion de la dent et comblement de l'alvéole avec une xéno greffe (Bio-Oss collagène®, Geistlich) et scellement de l'alvéole avec une matrice collagénique (Mucograft Seal®, Geistlich) en accord avec la littérature (4).**

Après 6 mois un implant a pu être posé dans des conditions optimales.



Situation clinique initiale



Situation initiale



Radio 3D initiale

## Cas 2

**Patient présentant une perte osseuse terminale au niveau 42/41 d'origine endo parodontale.**

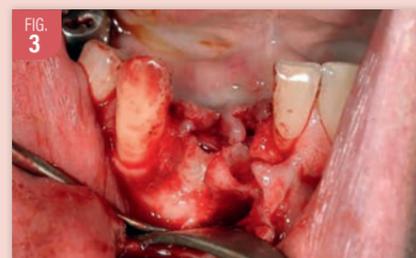
Toujours en accord avec la littérature (3) l'utilisation d'une xéno greffe (BioOss® Geistlich), associée à une membrane collagénique (BioGide® Geistlich) pour recouvrir le matériau et le stabiliser avec fermeture complète du site, a permis d'obtenir une reconstruction complète du site après 7 mois et de poser les 2 implants dans une situation prothétique et osseuse idéale.



Situation clinique initiale



Situation initiale



Après avulsion



Cicatrisation à 7 mois



Réouverture à 7 mois



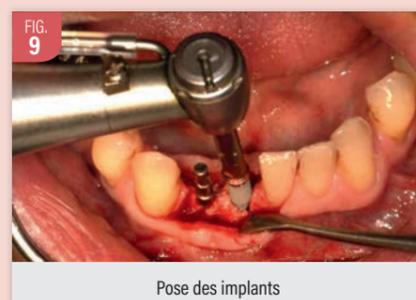
Comblement au Bio Oss



Mise en place d'une membrane Bio Guide



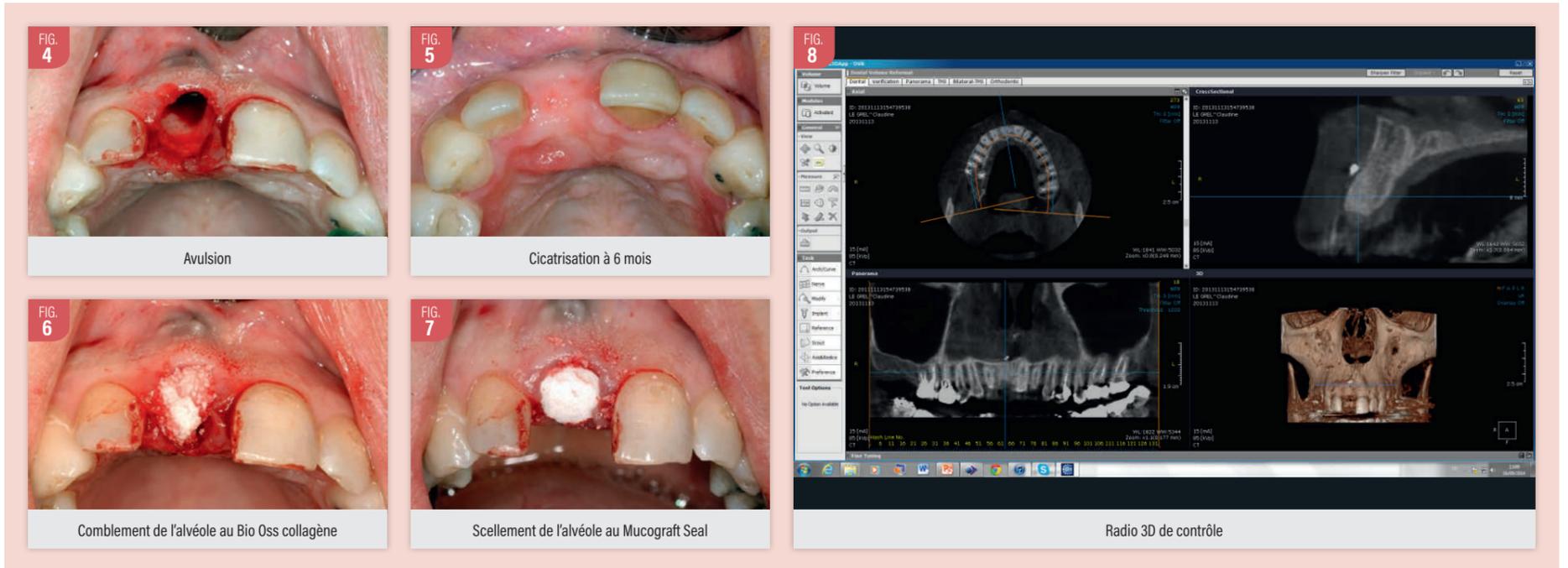
Vis de cicatrisation en place



Pose des implants

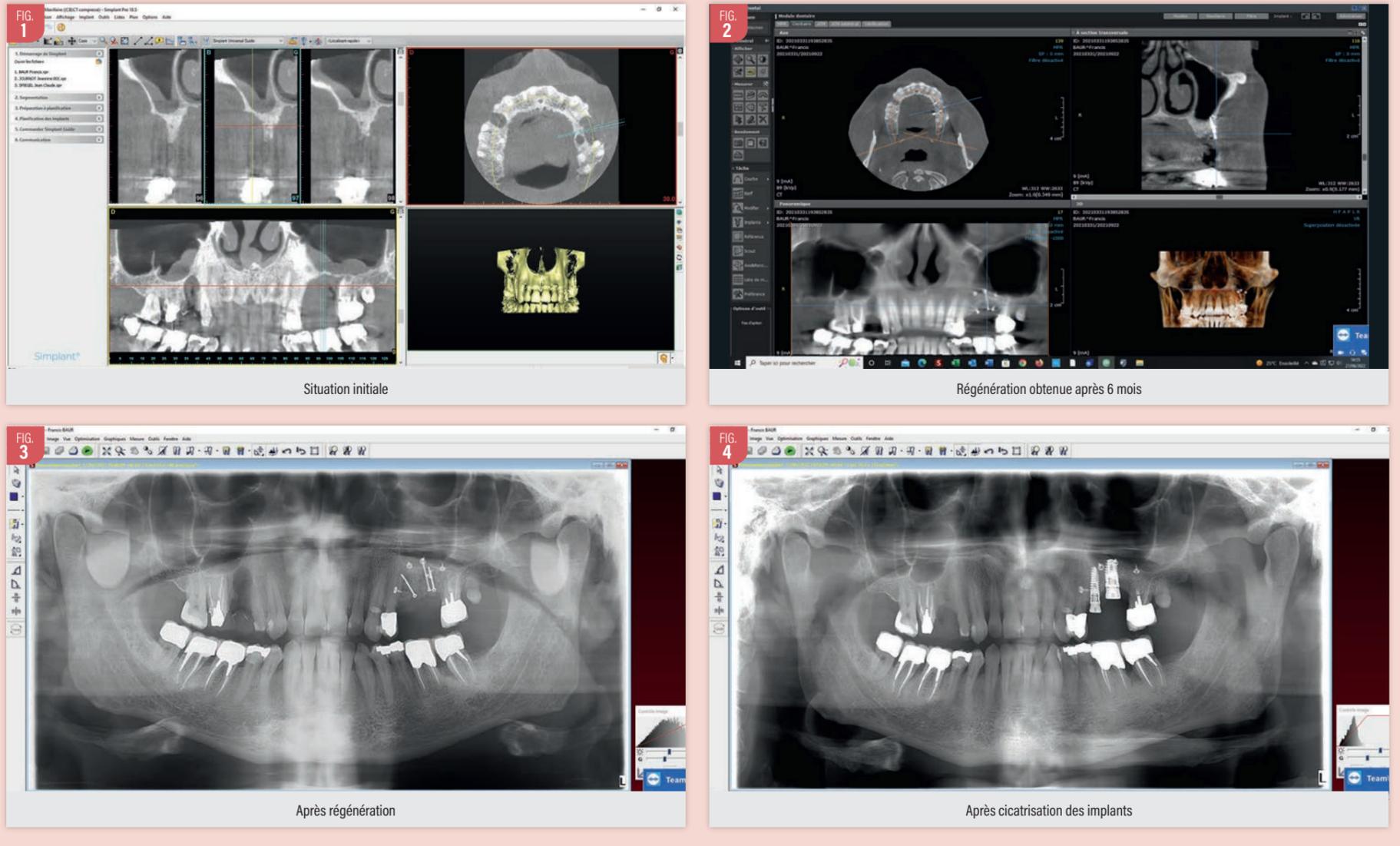


Reconstruction à 7 mois



**Cas 4**

Patient présentant une énorme perte osseuse suite à l'avulsion de 25 et 26 pour des raisons parodontales. Aucun comblement n'avait été réalisé. Lorsque nous avons intercepté le patient, la décision d'une reconstruction du site à l'aide de Bio Oss mélangé avec des copeaux osseux prélevés au Scraper (environ 50 / 50 %) le tout recouvert d'une membrane BioGide de Geistlich maintenue à distance par des vis d'ostéosynthèse (Stoma) et stabilisée par des pins Meissinger en palatin et de Geistlich en vestibulaire. Un lambeau décalé pédiculé en vestibulaire a permis de recouvrir intégralement la membrane et ceci sans tension. En effet, grâce à la libération de toutes tensions on procède à une incision en épaisseur partielle très étendue et on suture avec des points de matelassier verticaux les berges et horizontaux profond très haut dans le vestibule pour éviter toute mobilisation. Après 7 mois de cicatrisation 2 implants ont pu être posés.



En conclusion, il est à ce jour tout à fait possible de préserver une alvéole suite à l'extraction sans avoir de perte dimensionnelle importante et même dans certaines situations de reconstruire un déficit osseux par régénération osseuse avec un protocole strict, suite à une extraction non compensée.

**Bibliographie**

1. Article 1 : Interventions for replacing missing teeth : alveolar ridge preservation techniques for dental implant site development. Cochrane Database Sys Rev. 2021 Apr 26; 4/4. Marco Esposito and coll.

2. Article 2 : Evaluation of a Newly Designed Microperforated Pure Titanium Membrane for Guided Bone Regeneration. Hiroshi Hasegawa and coll. Int J Oral Maxillofac Implants. Mar/Apr 2019; 34(2); 411-422  
3. Article 3 : Xenograft versus extraction alone for ridge preservation after tooth removal : a clinical

and histomorphometric study. Antonio Barone and coll. J Periodontol. 2008 Aug; 79 (8); 1370-7.  
4. Article 4 : Radiographic evaluation of different techniques for ridge preservation after tooth extraction : a randomized controlled clinical trial. Jung Re and coll. J; Clin.Periodontol. 2013. Jan; 40 (1); 90-8