

Document de consensus en cours de consultation

© 2008: International Implant Foundation, DE-80802 Munich

Planification de la mise en charge immédiate des implants dentaires

I. Terminologie

La distinction entre les implants à mise en charge immédiate et différée est imprécise car il ne peut pas y avoir d'intégration complètement sans charge dans le corps vivant. Dès l'insertion, les implants sont soumis à des contraintes à leurs interfaces avec l'organisme car chaque mouvement provoque des pressions à l'intérieur des os ou des mouvements des couches osseuses. On entend donc par « mise en charge immédiate » la mise en charge immédiate avec la structure prothétique.

II. Historique et évolution

En chirurgie orthopédique, la mise en charge immédiate des implants en friction fait partie des traitements standard depuis, au plus tard, l'introduction des vis et des ostéosynthèses par plaque (vers 1980). Pour traiter les fractures des membres, on insère à la fois les vis des plaques d'ostéosynthèse et les plaques elles-mêmes en un seul temps chirurgical. L'intérêt bien compris du patient et la pratique chirurgicale concordent.

En implantologie dentaire, en revanche, on utilise encore une implantation différée (en deux temps), selon le type d'implant utilisé. L'argument d'une cicatrisation sous couverture stérile, dans le but de prévenir les infections, ne peut être appliqué qu'avec réserves aux formes d'implants de grand diamètre au niveau du collet, avec une structure agrandissant la surface (par ex. types d'implants Osseopore, Endopore). Les implantologues disposent aujourd'hui de divers systèmes d'implant permettant une mise en charge immédiate, voire spécialement conçus dans ce but.

III. Bases scientifiques de la mise en charge immédiate

Les principes scientifiques à l'appui de la mise en charge immédiate des implants avec des prothèses sont démontrés depuis longtemps¹, en particulier pour les des systèmes dont la conception et le mode d'emploi visent une insertion en un temps et une mise en charge immédiate avec les prothèses. D'autres systèmes d'implants, qui ne sont pas véritablement conçus à cette fin (par exemple parce qu'ils nécessitent plusieurs interventions, y compris avant l'implantation, et de longues attentes après la chirurgie

¹ Sur la nécessité médicale au sens de l'art. 1 al. 2 de l'ordonnance allemande sur la rémunération des dentistes (GOZ), Landgericht de Tübingen, jugement du 11.05.2005, 3 O 267/03 ; sur la nécessité médicale au sens de l'art. 1 al. 2 des conditions types de l'assurance maladie (MB/KK), Landgericht de Cologne, jugement du 07.02.2007, 23 O 458/04).

pré-implantatoire), sont à considérer avec prudence lorsque l'on envisage une mise en charge immédiate.

Il n'existe aucune preuve fiable, apportée par des méthodes scientifiques, du fait que certaines particularités de la surface endo-osseuse des implants (mordançage, grenailage) favorisent, ou simplement permettent, la mise en charge immédiate des implants dentaires. Au contraire, ces modifications de la surface peuvent favoriser l'apparition ou la persistance des péri-implantites.

Il existe cependant suffisamment d'études et un abondant retour d'expérience clinique en chirurgie dentaire et orthopédique pour confirmer que les ancrages osseux conçus selon des principes macromécaniques peuvent être mis en charge immédiatement.

IV. Planification de la mise en charge immédiate dans le cas précis d'un patient

La planification d'un appareillage prothétique sur implants, telle qu'elle se pratique actuellement, oblige à proposer, au minimum, au patient l'option d'une mise en charge immédiate. Le choix de cette option de traitement relève ensuite, dans le cas d'espèce, de la prérogative de décision du praticien, en accord avec le patient qui aura été informé en détail au préalable.

1.) La situation et les souhaits du patient déterminent le choix du système d'implant

L'énumération des indications de la mise en charge immédiate par classe de traitement et, sur cette base, l'énonciation de recommandations généralisées sur le nombre d'implants nécessaires

ne tiennent pas suffisamment compte, de l'avis des auteurs, du droit du patient à un traitement individualisé². Le type d'implant prévu par le praticien devient plus important. Dès lors, vu la diversité des systèmes d'implants disponibles, il est rarissime que l'on puisse se dispenser de planifier un appareillage prothétique immédiat.

Les systèmes d'implant à appui cortical (vis bicorticales), les implants basaux (par ex. BOI, implant-disque) et les systèmes d'implant qui réalisent une compression de l'os sur leur axe vertical et provoquent une corticalisation, permettant ainsi d'améliorer, souvent spectaculairement, la qualité de l'os ainsi compacté (par ex. KOS, vis de Bauer), sont préférés aux systèmes de grand diamètre, qui nécessitent la présence préopératoire et l'enlèvement de quantités d'os considérables. Il ne faut pas oublier que, selon les estimations, 95 % des mesures d'augmentation osseuse réalisées dans le but d'améliorer l'ancrage des implants seraient inutiles si l'on choisissait d'emblée des systèmes d'implant adaptés à l'os disponible, tels qu'ils sont décrits plus haut. Un traitement qui

² Sans différenciation par système d'implant : document de consensus du BDIZ du 26.02.2006 sur l'appareillage immédiat et la mise en charge immédiate des implants.

se fixe pour but d'éviter les mesures d'augmentation osseuse avant l'implantation est aussi souvent conforme aux souhaits des patients bien informés. Le choix du type d'implant prévu (conception et texture de surface, longueur, diamètre) doit se fonder sur la situation observée et sur l'objectif du traitement tel que le formule le patient.

Le choix d'un système d'une pièce peut être avantageux, en termes d'intégration dans l'os, parce qu'il évite un micro-interstice, d'autant qu'il n'est pas judicieux d'introduire des raccords filetés et autres assemblages susceptibles d'être colonisés par des micro-organismes lorsque l'implant doit, de toute façon, être mis en charge immédiatement. L'utilisation de vis de compression peut favoriser l'obtention de la stabilité primaire. Les implants basaux peuvent être bénéfiques pour la mise en charge immédiate car ils ne nécessitent pas le même volume osseux dans le sens vertical que les implants-vis classiques, grâce à leur ancrage cortical. Les vis bicorticales occupent, à cet égard, une place intermédiaire entre les implants-vis et les implants basaux puisqu'elles possèdent un appui basal mais sont insérées comme des vis. À la différence des vis de compression, elles ne compactent pas l'os latéralement et ne présentent pas d'augmentation de la surface. Bien que leurs modes de fonctionnement soient différents, ces types d'implant conviennent pour une mise en charge immédiate dans les indications adéquates.

2.) La situation et le système d'implant dictent la planification individuelle du traitement

La planification d'un appareillage avec des prothèses sur implant doit s'appuyer, d'une part, sur la situation observée, en particulier sur les possibilités de positionnement stratégique des implants, sur les objectifs judicieux du point de vue prothétique et sur la capacité des structures osseuses existantes à supporter les charges. D'autre part, lors de la planification individuelle du traitement, l'implantologue se guidera sur les avantages spécifiques du type d'implant qu'il a choisi pour cette situation. Une planification du traitement basée sur des consignes générales concernant le nombre d'implants selon la classe de traitement, censément valables pour tous les systèmes d'implants, n'est pas bien compatible avec une approche adaptée à la situation observée.

La situation individuelle, la compatibilité de la planification et les demandes d'appareillage immédiat du patient confortent souvent le choix d'une mise en charge immédiate, sauf dans les cas exceptionnels où au moins une des contre-indications suivantes se présente :

- quantité ou qualité d'os insuffisante pour tous les types d'implant disponibles sur le marché
- pas ou pas assez de possibilités de solidarisation ou de stabilisation (par ex. vissage secondaire), en particulier dans le secteur antérieur ou pour les édentements unitaires
- circonstances révélées par l'anamnèse et mauvaise observance du patient
- restriction du domaine d'indications par le fabricant pour le système d'implants en questio.

Dans le cadre de l'information individuelle sur les risques, il importe de faire remarquer au patient que la mise en charge immédiate a été développée et validée scientifique-

ment sur la mâchoire édentée et que les risques sont d'autant plus grands que les édentements sont petits. Lors du remplacement d'une seule dent et de l'appareillage d'édentements partiels, il faut préciser qu'au lieu d'une prothèse sur implants, on peut toujours envisager un bridge ordinaire à demeure, si le nombre de dents-piliers utilisables est suffisant³.

3.) Exposition d'autres mécanismes de contrôle

Si l'implantologue est opposé par principe à la mise en charge immédiate ou n'en veut pas pour le patient en question, il peut faire savoir à celui-ci que la question a été controversée par le passé et que lui-même a un avis personnel.

Si son choix d'un système d'implant donné ou de certaines mesures pré-implantatoires restreint les options thérapeutiques disponibles, quelles que soient la situation et la demande du patient, il doit en informer ce dernier.

Si l'implantologue sait que certaines caisses maladie privées refusent de prendre en charge les prothèses dentaires sur implants à mise en charge immédiate dans certaines situations parce qu'il n'y a pas eu d'études à long terme, il doit en informer le patient. Ces refus ne sont toutefois pas admissibles pour les systèmes d'implants dont le fabricant autorise expressément l'utilisation avec une mise en charge immédiate⁴. En tout état de cause, la mise en circulation de systèmes d'implants et la détermination du domaine d'utilisation ne dépend pas de l'existence d'études à long terme mais uniquement du contrôle par un laboratoire compétent, à la demande du fabricant⁵.

³ Oberlandesgericht de Brandebourg, jugement du 29.05.2008, 12 U 241/07

⁴ Sur la nécessité médicale au sens de l'art. 1 al. 2 de l'ordonnance allemande sur la rémunération des dentistes (GOZ), Landgericht de Tübingen, jugement du 11.05.2005, 3 O 267/03 ; sur la nécessité médicale au sens de l'art. 1 al. 2 des conditions types de l'assurance maladie (MB/KK), Landgericht de Cologne, jugement du 07.02.2007, 23 O 458/04

⁵ Art. 6 al. 1 de la loi allemande sur les dispositifs médicaux, dans sa dernière version modifiée par la loi du 14.06.2007 (JO fédéral BGBl. I p. 1066) ; directive européenne 93/42/CEE (JO CE L 169/1 du 12.07.1993).