

Document de consensus sur la mise en charge immédiate des implants dentaires

© 2019: International Implant Foundation, Munich, Allemagne

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 (immediate functional loading).

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. En traumatologie, 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 aggrandissant 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 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. En traumatologie, il ne connaît pas de méthode de modification de la surface visant à abrégé les temps de consolidation.

En revanche, il existe suffisamment d'études et un abondant retour d'expérience clinique en chirurgie dentaire et orthopédique pour confirmer que les ancrages corticaux conçus selon des principes macromécaniques peuvent être mis en charge immédiatement. On utilise pour cela, en règle générale, la première corticale de l'os et la deuxième.

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. L'expérience montre que le patient choisit le plus souvent l'option de mise en charge immédiate.

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 individualiséⁱⁱ. 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 plans de traitement avec mise en charge immédiate nécessitent souvent un assainissement complet de la denture. Comme certains patients ne l'acceptent pas (par exemple refusent les extractions nécessaires pour un traitement complet), il faut souvent procéder à une augmentation osseuse et utiliser des implants en deux parties (avec tous leurs inconvénients).

Les systèmes d'implant à appui Corticobasal[®], les implants basaux latéraux et les implants qui réalisent une compression de l'os sur leur axe vertical pour provoquer une corticalisation de l'os spongieux, améliorant ainsi, souvent spectaculairement, la qualité de l'os utilisable, sont aujourd'hui préférés aux systèmes cylindriques de grand diamètre, qui nécessitent la présence préopératoire 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 implants adaptés à l'os disponible, tels qu'ils sont décrits plus haut. Un traitement qui 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. L'élimination du coût et du risque chirurgical liés à l'augmentation osseuse est la raison principale pour laquelle les patients bien informés décident généralement de ne pas demander d'augmentation.

Le choix d'un système d'une pièce peut être avantageux, en termes d'intégration dans l'os et de maintien de l'intégration, 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 Corticobasal® sont 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. À la différence des vis de compression, ils ne compactent pas l'os latéralement mais verticalement et ne présentent pas d'augmentation de la surface. Ces types d'implant conviennent principalement pour la mise en charge immédiate.

Lorsqu'on utilise des implants Corticobasal® d'une pièce prévus pour une mise en charge immédiate, une augmentation visant à créer des appuis osseux transmettant les forces n'a que peu d'intérêt. Il faut vérifier, dans chaque cas, si la meilleure option de traitement ne serait pas une augmentation de tissus mous, destinée à améliorer le volume et l'esthétique. Pour réussir l'implantation avec des implants monobloc dans des zones osseuses déjà augmentées, il peut être utile que l'os augmenté soit véritablement (complètement) résorbé.

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 courants disponib-

les 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 question.

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 scientifiquement 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 suffisantⁱⁱⁱ.

Lorsque la denture nécessite un important assainissement, que la conservation des dents serait techniquement compliquée et coûteuse ou que la sauvegarde des dents saines empêcherait la mise en charge immédiate, on précise aujourd'hui au patient que le traitement avec des implants Corticobasal[®], associé à un assainissement poussé, est nettement moins long et moins coûteux que la conservation des dents naturelles. Même les dentistes qui ne maîtrisent pas eux-mêmes telle ou telle méthode d'implantation récente devraient apporter cette précision.

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 qu'il y a eu des controverses à ce sujet mais que c'est aujourd'hui plutôt l'utilisation d'implants à surface augmentée qui est critiquée.

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 envisage d'utiliser des systèmes d'implant de grand diamètre, en plusieurs parties et à surface augmentée, il doit expliquer clairement leurs inconvénients.

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 immédiate^{iv}. 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 fabricant^v.

- i** 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).
- ii** 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.
- iii** Oberlandesgericht de Brandebourg, jugement du 29.05.2008, 12 U 241/07
- iv** 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).
- v** 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).