

Cabinet de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie et d'Orthodontie

des Drs Dupui, Haddad, Maynadier et Mazzoni

www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com

Clinique Claude Bernard ALBI

Fiche de consentement et d'informations



LES IMPLANTS DENTAIRES

Les implants dentaires, sauf cas exceptionnel (après un cancer de la sphère orale ou en cas de malformation reconnue comme affection de longue durée, agénésies dentaires multiples d'origine génétique) ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. En conséquence, les examens radiologiques pré-opératoires, les interventions pré-implantaires comme les greffes osseuses, la mise en place des implants ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Il existe par contre parfois, selon le type de prothèse dentaire réalisée sur ces implants, un remboursement partiel de la prothèse dentaire par la sécurité sociale.

Les complémentaires santé, en fonction de votre contrat, peuvent prendre en charge, en partie ou en totalité, les implants et compléter les remboursements des prothèses dentaires de l'assurance maladie.

Un implant dentaire est une sorte de "cheville" qui est "vissée" dans les mâchoires en lieu et place d'une dent manquante et sur lequel sera placée une prothèse dentaire.

Les possibilités implantaires dépendent des conditions anatomiques locales, essentiellement de la quantité d'os disponible (le "mur" dans lequel vient être visée la "cheville" que constitue l'implant dentaire).

Ces conditions osseuses peuvent être améliorées quand elles sont déficitaires par diverses techniques de greffes osseuses, par un sinus lift par exemple, souvent réalisées préalablement à la mise en place de l'implant dentaire.

Les avantages des implants sont nombreux.

Les implants permettent de proposer une réhabilitation prothétique dentaire fixe là où, autrefois, les seules solutions étaient l'appareil mobile, en particulier dans les secteurs dentaires postérieurs ou pour les édentements complets.

Ils permettent aussi de préserver la vitalité des dents adjacentes et d'éviter la dévitalisation que pourrait nécessiter la mise en place d'un bridge classique.

Ils permettent la restitution pour les **prothèses fixes**, d'une fonction masticatoire normale, très proche de celle des dents naturelles saines.

Les implants permettent aussi de stabiliser une prothèse adjointe (un dentier) pour la rendre plus stable, plus confortable et plus fonctionnelle.

Avant l'intervention

Un bilan clinique et radiologique est indispensable afin de planifier votre traitement implantaire. Il comportera au minimum un cône beam.

Le cône beam est un examen radiologique simple qui permettra à votre stomatologue d'évaluer au mieux les conditions anatomiques locales et de choisir l'implant le mieux adapté à votre situation

Parfois, quand une chirurgie guidée ou une mise en charge immédiate sont prévues, des empreintes numériques 3D sont réalisées avant l'implantation.

Après une extraction dentaire, une période cicatrisation osseuse de 3 mois est en général respectée avant la mise en place des implants. Durant cette période, un appareil dentaire provisoire préservant l'esthétique de votre sourire et votre fonction masticatoire peut être mis en place. Dans certains cas, une implantation concomitante de l'extraction peut vous être proposée.

Comment se déroule l'intervention?

L'intervention se déroule le plus souvent sous anesthésie locale. Selon le nombre d'implants, l'intervention pourra s'effectuer en une ou plusieurs séances.

L'anesthésie générale est exceptionnellement proposée. Dans une indication implantaire, les frais d'hospitalisation ainsi que les honoraires de l'anesthésiste restent à votre charge et ne sont pas remboursés.

La technique chirurgicale consiste, après avoir incisé la gencive et exposé la crête osseuse, à confectionner par passages successifs de forets implantaires et des tarauds, la logette implantaire adaptée au diamètre et à la longueur de l'implant choisi dans laquelle il sera vissé. Ce geste est répété autant de fois que le nombre d'implants posés

On procède alors à la mise en place proprement dite des implants dentaires.

On procède ensuite à la désinfection locale du site opératoire et à la suture de la gencive à l'aide de fils à résorption lente qui seront généralement enlevés par votre stomatologue lors d'une consultation post-opératoire

La partie supérieure de l'implant est fermée par une vis en fin d'intervention, avant la suture gingivale. Selon les cas, en particulier selon que vous portez une prothèse dentaire provisoire, la vis sera très peu épaisse et la gencive sera suturée par dessus elle. Vous ne verrez pas l'implant dépasser en bouche. Dans ce cas, une autre petite intervention sera nécessaire quelques temps avant la prise d'empreinte afin de faire communiquer la tête de l'implant avec la cavité orale. Dans d'autres cas, cette vis qui ferme l'implant est bien plus épaisse constituant un pilier de cicatrisation et dépasse d'emblée en bouche.

La durée de l'intervention est très variable en fonction du nombre d'implants, variant de 20 minutes pour 1 ou 2 implants sur un même site à plus d'une heure pour des implants plus nombreux sur plusieurs sites intra-buccaux. C'est une intervention très bien supportée par les patients.

Quelles sont les suites opératoires?

Les soins post-opératoires comportent:

- Des bains de bouche, à débiter seulement 24 heures après l'intervention. Des bains de bouche commencés trop tôt peuvent entretenir de petites hémorragies en évacuant le caillot sanguin qui stoppe normalement le saignement.
- Le brossage des dents, avec votre brosse habituelle, débute lui aussi 24 heures après la mise en place des implants et doit rester soigneux et rigoureux pendant la période post-opératoire.
- Le brossage complémentaire de la zone opératoire avec la brosse très souple, post-opératoire qui vous sera donnée est recommandé. Il permet de diminuer l'inflammation locale, stimule la cicatrisation gingivale et évite l'infection.
- Des médicaments contre la douleur (des antalgiques).
- Souvent des anti-inflammatoires.
- Systématiquement des antibiotiques en cas de greffe osseuse ou d'implants.
- L'application de glace sur les joues pendant les 48 premières heures est primordial (la glace a un bon effet anti-inflammatoire et anti-oedémateux).
- Une alimentation tiède ou froide pendant les 24 premières heures. Ceci diminue le risque de saignements.
- Une alimentation molle pendant les premiers jours post-opératoires.

Les suites opératoires normales comportent :

- De petits saignements qui peuvent survenir au niveau des zones opérées pendant les 24 premières heures.
- La douleur au niveau des zones opérées cède avec les antalgiques et anti-inflammatoires prescrits et disparaît en général en quelques jours.
- L'oedème dans la zone opérée est imprévisible et varie d'une personne à l'autre.

Après l'intervention

Après l'intervention, une consultation de contrôle sera prévue une dizaine de jours après l'implantation et une radiographie panoramique vous sera prescrite.

Une fois la pose de l'implant réalisée, une période d'attente de 3 mois sera généralement respectée (sauf mise en charge immédiate). Cette période permet la bonne cicatrisation et ostéointégration de l'implant.

A l'issue de cette période, la prise d'empreinte et **la mise en place des prothèses** pourront être envisagées.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Tout acte médical, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, comporte des risques de complication. Aujourd'hui, tout chirurgien se doit d'informer son patient sur les risques et les complications éventuelles de l'intervention dont il va bénéficier. Cette information doit être claire, loyale et intelligible. Elle a pour but de permettre à chaque patient de mettre en balance les risques qu'il encourt par rapport aux bénéfices qu'il retirera de l'intervention chirurgicale afin qu'il puisse prendre la décision, en son âme et conscience, de se faire opérer ou non.

Le défaut d'ostéointégration et l'échec implantaire:

La complication la plus redoutée par les patients est ce qu'ils appellent le "rejet d'implant". C'est en fait un défaut d'ostéointégration de l'implant qui n'a rien à voir avec l'immunité.

L'ostéointégration normale est la cicatrisation de l'implant dans l'os qui permettra un contact étroit entre l'implant et l'os sans autre tissu interposé. L'implant est alors ankylosé, solidement intégré dans l'os alvéolaire.

Dès lors qu'un autre tissu, généralement infectieux ou fibreux, s'interpose entre l'implant et l'os, il y a un défaut d'ostéointégration qui conduira à la perte de l'implant. Cet échec implantaire survient le plus souvent avant la mise en place de la prothèse dans les premières semaines après la pose (échec primaire). Il est aussi possible de quelques mois à plusieurs années après la mise en place de la prothèse (échec secondaire) mais ne partage pas alors les mêmes causes.

L'échec implantaire se manifeste par une mobilité plus ou moins douloureuse de l'implant, voire une perte spontanée.

L'échec implantaire est favorisé par certaines pathologies comme les parodontopathies, le diabète, par l'intoxication tabagique. Parfois, il reste sans explication évidente. Il peut être favorisé par des conditions osseuses moins favorables, après une greffe osseuse mal ossifiée, par un implant trop court ou mis en charge trop tôt, par l'infection d'une dent voisine, par un défaut de stabilité primaire de l'implant ou au contraire un excès de compression osseuse.

L'échec implantaire primaire est une complication qui reste aujourd'hui peu fréquente, de l'ordre de 1 à 3% des cas dans notre expérience.

En cas d'échec, l'implant est retiré sous anesthésie locale. La cavité implantaire est nettoyée et laissée en cicatrisation 3 mois. A l'issue de cette période, un nouvel implant peut-être généralement mis en place sur le même site.

Les implants STRAUMANN que nous utilisons sont garantis à vie, ce qui permet de vous proposer une nouvelle implantation pour laquelle ne vous sera facturé qu'un forfait de pose sans nouvelle facturation de l'implant.

Les autres complications précoces:

Les problèmes hémorragiques ou infectieux péri-opératoires sont rares, prévenus par une hémostase per-opératoire, une aseptie rigoureuse ainsi qu'une antibiothérapie post-opératoire.

Les lésions per-opératoires d'éléments anatomiques de proximité sont possibles.

La lésion du nerf dentaire inférieur peut provoquer des troubles de la sensibilité de la lèvre inférieure qui sont généralement spontanément résolutifs dans des délais allant de quelques semaines à plusieurs mois.

Une lésion d'une dent adjacente au site implantaire est possible mais rare. Elle peut conduire à la nécessité de la dévitalisation de la dent concernée.

L'effraction des bas-fonds sinusiens ou du plancher des fosses nasales sont généralement sans conséquence. La migration intrasinusienne per-opératoire d'un implant est exceptionnelle.

Toutes ces complications locales sont prévenues par une bonne planification implantaire.

Le dévissage du pilier de cicatrisation qui ferme l'implant et que vous voyez en bouche est possible. Il est sans conséquence autre que la nécessité de revoir votre praticien pour le revisser.

Lors de la pose de l'implant ou du travail prothétique, votre praticien est amené à utiliser de petits instruments (vis, tournevis, pilier de cicatrisation ou de transfert, implants) qui peuvent facilement mais heureusement rarement être avalés par le patient. Le plus souvent, cela reste sans conséquence (l'outil avalé poursuit son "chemin", une surveillance radiographique est organisée). Parfois, la pièce avalée présente un risque de perforation digestive. Il est alors nécessaire de consulter les gastroentérologues afin d'organiser en urgence une gastroscopie sous anesthésie générale.

Les complications tardives:

Elles surviennent après la mise en place de la prothèse.

Elles peuvent survenir de quelques mois à plusieurs années après la mise en charge.

La péri-implantite conduit au déchaussement progressif de l'implant et peut aboutir à la perte de l'implant par perte de l'ostéointégration. Elle est favorisée par les antécédents de parodontopathie, le tabagisme, une mauvaise hygiène dentaire, par une trop grande sollicitation biomécanique de l'implant (échec secondaire). L'échec implantaire secondaire se manifeste par une mobilité plus ou moins douloureuse de l'implant et de la dent, par un début d'abcès, voire une perte spontanée de l'implant.

Les dévissages des pièces de connexion faisant la jonction entre l'implant et la prothèse sont possibles mais rares. En cas de prothèse transvissée, il est assez facile de régler ce problème. En cas de prothèse scellée, collée sur l'implant, les dévissages peuvent être plus problématiques et nécessiter la destruction de la prothèse en place et la confection d'une nouvelle prothèse.

Les fractures des vis de connexion sont rares. Elles peuvent être problématiques quand la partie de la vis cassée reste coincée dans l'implant.

Les fractures de l'implant lui-même sont exceptionnelles et sont généralement le signe d'une surcharge biomécanique de l'implant. Elles nécessitent la dépose de l'implant cassé.

Les fractures de la prothèse implantaire peuvent aussi rarement se produire. Elles sont favorisées par le bruxisme et les surcharges occlusales. Elles peuvent nécessiter la confection d'une nouvelle prothèse.

Enfin, il faut évoquer les "complications" esthétiques:

Les résultats esthétiques sont importants particulièrement dans le secteur antérieur du sourire.

La teinte de la prothèse est validée systématiquement avec le patient.

Des techniques indiquées dans le secteur du sourire (pilier en zircone de même teinte que la dent) permettent de prévenir l'apparition d'un liseré métallique au dessus de la dent en cas de légère rétraction gingivale

La jonction entre la prothèse et la gencive naturelle (l'émergence) n'est pas toujours idéale esthétiquement et dépend beaucoup de conditions osseuses et gingivales pré-implantaires. Diverses solutions existent pour améliorer le résultat esthétique (greffe osseuse, greffe gingivale par tunnelisation et lambeaux muqueux). Ces solutions doivent être envisagées avant la mise en place de l'implant. Les corrections a posteriori sont difficiles.