

UNIVERSITE JEAN MONNET

FACULTE DE MEDECINE

Jacques LISFRANC

LABORATOIRE D'ANATOMIE

15 rue Ambroise Paré

42 Saint-Etienne

Année 2012-2013

DIPLOME UNIVERSITAIRE

D'ANATOMIE APPLIQUEE

A L'IMPLANTOLOGIE

Mémoire présenté par

Mr le Docteur DE SA PEREIRA PINTO Jonathan

Titre du mémoire

LA PREMIERE CONSULTATION EN IMPLANTOLOGIE

Directeur du Mémoire

Mademoiselle le Docteur SASSI Sabrina

Sommaire

I. Introduction

II. Première consultation

III. Examen bucco-dentaire

IV. Cadre légal de la relation praticien-patient

V. Ordonnance préopératoire et post-opératoire

VI. Conclusion

Bibliographie

Table des matières

I. Introduction

L'implantologie est une discipline au taux de réussite élevé mais qui requiert une séquence de planification rigoureuse afin d'optimiser les bases du traitement et se garantir le traitement dans les meilleures conditions en regard des connaissances actuelles de la science.

La première consultation se révèle être une étape fondamentale pour la suite du traitement. Il convient de prendre du temps car cette étape peut conditionner la réussite ou l'échec du traitement à venir. Elle permettra d'évaluer la compliance du patient à s'engager dans les procédures cliniques tant sur le plan psychologique, clinique et financier.

Cette première consultation permet le bilan préopératoire. Il est constitué de l'appréciation médicale initiale du patient au travers d'un **questionnaire médical** permettant d'évaluer l'état de santé général. Il nécessite parfois un regard multidisciplinaire avec l'intervention d'un médecin spécialiste qui pourra dicter une attitude thérapeutique en regard d'une éventuelle pathologie à risque.

On commence ainsi tout d'abord par écouter le patient que l'on aura accueilli et qui aura comme premier contact l'assistante. Cela permet de cerner ses besoins et ses attentes. On pourra déjà déterminer quels sont les patients à risque et ceux qui rentrent de le cadre des indications médicales de l'implantologie.

On réalise ensuite un examen exo-buccal et endo-buccal. On réalisera des examens complémentaires si le patient répond aux différents critères de sélection. Un examen radiologique permettra de déterminer le volume osseux disponible

On réalisera des empreintes afin de mettre en articulateur des modèles d'études. Les modèles d'étude pourront mener à la confection d'un guide radiologique et chirurgical dans une prochaine consultation

Il est essentiel d'apporter au patient une information claire et concise sur les techniques chirurgicales, les solutions prothétiques envisagées, sa responsabilité quant à l'hygiène, la pérennité du traitement et les différents risques. Le patient pourra alors prendre de lui-même une décision éclairée en signant un consentement. Si l'ensemble des conditions de traitement sont réunies et que le patient accepte le plan de traitement détaillé et le devis alors l'étape qui en découlera sera la chirurgie à proprement parler.

On ne peut faire une bonne première impression qu'une fois.

II. Première consultation

II.1 Accueil du patient :

PREMIER CONTACT : Type de patient, Premier rendez-vous, (première approche, rôle de l'assistante)

CONTACT PRATICIEN/PATIENT : règles de la communication et conditions de la première consultation, écoute du patient : ses besoins, ses attentes ; profil psychologique

L'écoute est essentielle pour s'inscrire dans une démarche de qualité (I. BOUDREAU JD, CASSEL E, FUCKS A. 2009).

Le patient va partager ses doutes, ses contraintes. Il va ainsi se rassurer auprès de son praticien dans l'établissement d'une relation de confiance.

Le praticien en écoutant le patient va pouvoir déterminer avec quels termes il va s'adresser au patient en fonction de son contexte socio-économique et de son âge.

On peut faire appel à une tierce personne suite au consentement ou à la demande du patient pour être sûr qu'il ait bien compris le diagnostic et le plan de traitement envisagé.

II.2 Constitution du dossier médical :

C'est la première étape dans la relation praticien/patient. Le dossier médical permet une organisation optimale des soins et conceptualisation du plan de traitement.

Il existe un référentiel selon la Haute autorité de santé 2006 qui régit une démarche qualité concernant ce type de questionnaire. (www.hassante.fr)

Le dossier médical doit contenir :

- Etat civil : Il faut définir l'état civil (protégé par le secret professionnel (Code pénal art 226-13)).
- Motif de consultation, état de la sphère orale
- Coordonnées du médecin traitant
- Coordonnées du ou des médecins spécialistes
- Prescriptions médicamenteuses

- Antécédents chirurgicaux
- Antécédents médicaux
- Traitements médicaux et/ou chirurgicaux envisagés
- Habitudes de vie
- Radiographies les plus récentes

Cela aboutit à un contrat de soins.

Ce dossier médical est archivé selon deux modes de classement:

- Support écrit. Permet une traçabilité.
- Support ou « mémoire informatique » qui préserve la traçabilité. Cela simplifie l'organisation des données par leur centralisation et leur accès. Il est conseillé de réaliser une sauvegarde régulière des données dans une salle différente sur un autre support. Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est obligatoire conformément à la loi n°78-17 du 6 Janvier 1978. Tout dossier doit être conservé 10 ans.

II.3 Motivations du patient :

La plupart des indications implantaires sont des édentements unitaires, le plus souvent par perte d'une dent liée à la maladie parodontale.

Le but étant de rétablir :

- la fonction masticatoire
- l'esthétique, l'estime de soi
- une vie sociale perturbée par l'édentement

On est confronté à des patients avec édentements complets. Les différents cas seront traités dans un prochain chapitre.

Profils de patients :

- >Patient qui vient spontanément.

>Référé (soit par un non professionnel, un professionnel non expert dans le traitement implantaire, un odontologiste confirmé).

On adaptera la prise en charge en fonction du profil de chaque patient.

La construction d'une relation de confiance se fait par:

-Le mode de communication

-L'efficacité du contrôle de la douleur et chirurgie orale

-La durée du traitement

-Les modalités financières : information initiale spécifique aux greffes osseuses et implants. Le patient doit être informé du coût prévisible des différents actes prothétiques, chirurgicaux et radiologiques sans compter le montant des remboursements de la sécurité sociale correspondants.

Il convient pour les patients qui n'ont pas les moyens financiers, de ne pas les diriger vers des examens complémentaires onéreux qui ne serviront finalement à rien.

II.4 Etat de santé du patient

II.4.1 Généralités

L'évaluation de l'état de santé permet d'évaluer le risque et les suites opératoires liés au geste implantaire.

On va ainsi :

- Dépister précocement certaines affections
- Sécuriser l'intervention chirurgicale
- Décider du moment importun de l'intervention
- Rassurer le patient

Dans certains cas, on va faire intervenir différentes spécialités médicales dans la prise en charge globale du patient.

II.4.2 La personne âgée :

Il convient de faire confirmer par le médecin traitant les différents troubles du patient afin de ne pas passer à côté d'une contre-indication ou de réaliser des prescriptions incompatibles avec son état de santé. Les personnes âgées sont plus sensibles et fragiles face à l'acte chirurgical.

II.4.3 Formulaire d'évaluation médical :

Il se présente en général sous la forme d'un questionnaire:

Il comprend :

-Antécédents personnels

-Antécédents familiaux

-Toxicomanie : l'alcoolisme, tabagisme et prise de stupéfiants

-Maladies neurologiques

-Une affection favorisant une complication chirurgicale (Biblio SEBAN A. Manuel pratique d'implantologie : indications et principes thérapeutiques. Ellipse ; 1999 : 20-1), avec notamment :

->Risque hémorragique

->Risque infectieux

->troubles de la fréquence, du rythme, de la conduction cardiaque et/ou maladie cardiaque coronarienne récente, hypertension artérielle

->Réactions allergiques

->Diabète sucré

->Maladies de la glande thyroïde

->Risques oncologiques et traitements associés

->Maladies de l'os

->Effets du vieillissement

II.4.4 Classification ASA

Un ensemble de recommandations a été établi par la société américaine d'anesthésiologie ou classification ASA. Cette classification détermine l'aptitude thérapeutique en fonction de la gravité de la pathologie. Permet de fixer les standards de prévention d'un accident vasculaire.

(ARONSON WL, Mc AULIFFE MS, MILLER K. 2003)(MAK PH, CAMPBELL RC, IRWIN MG. 2002)(OWENS WD, AMERICAN SOCIETY OF ANAESTHESIOLOGISTS. 2001)

Les patients sont classés dans une des six catégories suivantes :

| Score | Etat de santé du patient |
|-------|--|
| ASA1 | Patient sain, en bonne santé, c'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique. |
| ASA2 | Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère. |
| ASA3 | Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante. |
| ASA4 | Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...) |
| ASA5 | Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures, sans intervention chirurgicale. (« Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention » : source SFAR) |
| ASA6 | Patient en état de mort cérébrale, candidat potentiel au don d'organes (selon critères spécifiques) |

Tableau 1 : Classification de l'état de santé du patient.

- Examens complémentaires par l'anesthésiste en consultation pré-opératoire :

La HAS estime que les examens complémentaires ou examens de routine réalisés de façon systématique chez les patients sains sont toujours prescrits de façon excessive et n'influent que rarement sur la stratégie chirurgicale. (HABERER JP 1998).

II.4.5 Estimation du risque opératoire

II.4.5.1 Risque hémorragique :

L'évaluation du risque hémorragique repose essentiellement sur l'interrogatoire et l'observation clinique (LONGROIS D. 1998)(ROIZEN MF 1994)

- **Interrogatoire :** Epistaxis fréquentes, ménorragies abondantes, ecchymoses récurrentes, hématomes. Hémorragies après des blessures cutanées superficielles ou durant des périodes de traumatismes, accouchements, interventions chirurgicales.
- **Observatoire clinique :** Saignements buccaux en l'absence de maladie parodontale, après avulsion dentaire, post-traumatique.

- Maladies systémiques :

Troubles de l'hémostase primaire : Télangectasies hémorragique héréditaire, thrombopénies, Maladie de Willbrand

Troubles de la coagulation : Congénital : Hémophilie A et B

Acquis : cirrhose hépatique

- Anticoagulants: les héparines et leurs relais par voies orales (Antivitamines K, Acénocoumarol : Sintrom®, warfarine : Coumadine®, Fluindione : Préviscan®)

Il y a quelques années, il était convenu de faire arrêter le traitement anticoagulant mais cette attitude thérapeutique est remise en question. En effet, le rapport bénéfice-risque n'est pas intéressant. Comme l'on prouvé plusieurs études. (MADRID C, SANZ M. 2009).

L'Affsaps a donné des recommandations sur l'utilisation d'antiagrégants plaquettaires et d'anti-coagulants. La réalisation d'avulsions et d'implants sans modification des traitements est actuellement privilégiée. (WAHL MJ. 1998) (ARDEKIAN L, GASPAR R, PELED M, BRENER B, LAUFER 2000)

- Antiagrégants plaquettaires

Ce sont par exemple l'Acide Acétyl Salicylique (Aspirine®) et Clopidogrel (Plavix®) souvent prescrits en association. Si on a une contre-indication à l'Aspirine®, la Ticlopidine (Ticlid®) est prescrite à la place.

Le risque thrombotique lié à l'arrêt de ces antiagrégants plaquettaires est supérieur au risque hémorragique peu conséquent et facilement contrôlable en chirurgie orale (GARNIER J, TRUCHOT F, QUERO J, MEZIERE X, CLIPPET F, ALNO N, FRANCHON X, DELANQUE O, BADER G, LEJEUNE S, LIMBOUR P, DE MELLO G. 2007)

Le contrôle du saignement en pratique de ville chez les patients sous anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires :

- Pendant les extractions dentaires : agent hémostatique résorbable (Pangen®, Surgicel®...), Compression locale, compression avec compresse imprégnée d'acide tranexamique (Exacyl®), suture des berges, colles biologiques en surface, réalisation laboratoire d'une gouttière compressive, mise en place de concentrés plaquettaires (PRF).
- Pendant la mise en place d'implants :

L'implant joue un rôle hémostatique : il comprime les vaisseaux des parois alvéolaires.

- Lambeau d'accès à minima:

Les combinaisons de chirurgie à minima invasive de type flapless, sans arrêter les doses normales d'anticoagulants peuvent être considérées comme une méthode qui a fait ses preuves chez les patients sous traitement anticoagulant de longue durée. (AL ZOMAN H, AL JETAILY S, ROBERT AA, BASKARADOSS JK, AL-SUWYED A, CIANCIO S, AL MUBARAK S. 2011)

II.4.5.2 Risque infectieux

Il convient de prendre en compte les différents risques et de respecter le suivi des recommandations dans l'utilisation prophylactique des antibiotiques et la conformité des conditions d'hygiène liées à l'acte opératoire.

Il y a plusieurs facteurs de risque :

II.4.5.3 Risque endogène : liée à l'état général du patient

Des nouvelles recommandations ont été faites en 2011 (Biblio Afssaps : Recommandations prescription des antibiotiques en pratique buccodentaire , Juillet 2011)

II.4.5.4 Risque iatrogène : Défaut de maîtrise des actes chirurgicaux

Des articles ont mis en évidence que de nombreuses infections de sites implantaires sont dus à des gestes iatrogènes. (GREENSTEIN G, CAVLLARO J, ROMANOS G, TARNOW D. 2008) (PERDJIK FB, MEIJER GJ, STRIJEN PJ, KOOLE R. 2007)

Des mesures sont à prendre en préopératoire notamment par des règles d'antisepsie (brossage des dents, bains de bouche (Chlorhexidine, Povidone iodée..), dépilation, rasage notamment dans les greffes osseuses et lors d'utilisation de matériel d'ostéosynthèse).

Une préparation préopératoire du patient est nécessaire également. Une désinfection cutanée buccale préparatoire à l'intervention avec du biguanide ou de la Povidone iodée dans tous les cas. Un drapage par utilisation de champs opératoires intégraux fenêtres ou champs de corps et de tête.

Il y a de nombreuses complications en chirurgie à visée implantaire :

- implant dans foyer infectieux non traité
- mise en place d'un implant avec exposition des spires
- défaut de maîtrise de l'état parodontal d'un patient
- membrane laissée exposée lors d'une régénération osseuse guidée
- exposition du matériel d'ostéosynthèse
- déchirure d'un lambeau non suturé

-> La plupart de ces risques sont liés à un défaut de formation du praticien et on considère qu'il y a un risque plus important pour les assistants en formation qui doivent se donner des limites.

II.4.5.5 Risque exogène : contamination exogène, hygiène, asepsie

La HAS a fixé des conditions de sécurité permettant d'écarter un risque infectieux exogène en implantologie et techniques connexes (HAUTE AUTORITE DE SANTE. 2008). Il y a des précautions à prendre dans le cadre d'une salle d'opération (PITTET D, DUCÉL G. 1994)

Troubles de la fréquence, du rythme, de la conduction cardiaque et maladies coronariennes récentes.

Les troubles du rythme restent avec l'hypertension artérielle une des complications les plus fréquentes rencontrées lors des interventions chirurgicales sous anesthésie locale (SCHEIN OD, KATZ J, BASS EB, TIELSCH JM, LUBOMSKI LH, FELDMAN MA, PETTY BG, STEINBERG EP. 2000)

II.4.5.6 Maladies coronariennes récentes ou chroniques:

L'infarctus du myocarde peropératoire est une complication réelle des actes chirurgicaux non cardiaques (1% en chirurgie orthopédique). Les facteurs prédictifs de risque cardiaque

périopératoire sont classifiés par l'*American Heart Association* en trois catégories : risque fortement augmenté, risque modérément augmenté, risque légèrement augmenté (KIM A EAGLE, MD; PETER B BERGER, MD; HUGH CALKINS, MD; BERNARD R CHAITMAN, MD; GORDON A EWY, MD; KIRSTEN E FLEISCHMANN, MD, MPH; LEE A FLEISHER, MD; JAMES B FROEHLICH, MD; RICHARD J GUSBERG, MD; JEFFREY A LEPPA, MD; THOMAS RYAN. 1996)

II.4.5.7 Hypertension artérielle:

(GIRERD X. 2003)

L'hypertension artérielle est définie par une pression artérielle systolique de 140mmHg et/ou une pression artérielle diastolique de 90mmHg. La Haute Autorité de Santé classifie les niveaux de risque selon la mesure de la pression artérielle et les pathologies associées.

Si le patient a une hypertension sévère, il convient d'adresser le patient à son cardiologue afin de s'assurer qu'il n'a pas de retard de traitement et s'assurer des contre-indications médicamenteuses éventuelles.

II.4.5.8 Réactions allergiques

Il convient lors du questionnaire de demander si le patient a une allergie au latex, à l'iode (povidone...) ainsi qu'aux anesthésiques par exemple.

Le risque allergique pouvant aller de la crise d'asthme à l'œdème pharyngé et au choc anaphylactique, ce dernier n'est pas à prendre à la légère.

Les chocs allergiques sont des situations d'urgence qu'il convient de traiter par de l'adrénaline injectable (Anahelp©) à 0,25mg à 0,5mg chez l'adulte en intra-musculaire ou sous-cutané. On complète avec des corticoïdes injectables (Solumédrol©), 120mg par voie intraveineuse et antihistaminique (Atarax©) 100mg par voie intraveineuse lente.

Il y a peu d'allergies aux anesthésiques, c'est plutôt la réaction du système nerveux autonome qui entraîne une syncope.

On demande systématiquement au patient s'il fait une allergie aux pénicillines dans le questionnaire.

II.4.5.9 Diabète sucré

Diabète et bilan pré-chirurgical :

La préparation préopératoire du patient diabétique est légitime pour compenser les changements hormonaux et métaboliques ainsi que pour limiter le risque infectieux.

Le stress opératoire a pour conséquence chez le patient:

- une augmentation du catabolisme
- une augmentation de la résistance à l'insuline
- une augmentation des hormones hyperglycémiantes (cortisol, glucagon, catécholamines ;...)

La réponse hormonale liée à un traumatisme chirurgical induit comme effet :

- une augmentation de la gluconéogenèse et de la glycogénolyse
- une hyperglycémie
- une augmentation de la protéolyse
- un bilan énergétique négatif

La préparation du patient diabétique avant toute chirurgie tend à éliminer les risques de décompensation induits par l'acte opératoire ; la préparation est gérée par un médecin anesthésiste ou diabétologue en cas d'anesthésie locale. Les grandes lignes de cette préparation suivent un protocole bien établi :

-diabète sans insuline : la préparation est simple

-diabète avec insuline : la préparation implique une insuline par voie intraveineuse sous anesthésie générale ou une insuline sous-cutanée sous anesthésie locale (mise en place d'implant(s) notamment).

-diabète de type I ou de type II pour une chirurgie majeure (greffe osseuse) : la préparation comprend une injection d'insuline par voie intraveineuse.

RECOMMANDATIONS :

Une pré-médication sédatrice est toujours conseillée chez le patient diabétique (*Atarax*® 100mg, une heure avant l'intervention).

Une antibioprophylaxie dans le diabète de type II doit être prescrite comme précitée dans la prévention de l'endocardite infectieuse.

Une antibiothérapie dans le diabète de type I débute la veille de l'intervention et se poursuit pendant 5 jours.

Pour les interventions sous anesthésie locale, l'adrénaline est recommandée dans le diabète de type I et II sauf devant une glycémie très instable pour laquelle l'utilisation de l'adrénaline doit être modérée en raison de son pouvoir hyperglycémiant.

Une attention particulière doit être portée si le patient est suspect d'être atteint d'une cardiopathie ischémique.

II.4.5.10 Maladies de la glande thyroïde:

Le patient en hypo ou hyper-thyroïdie ne présente pas de contre-indications aux réhabilitations par greffe et implants.

II.4.5.11 Oncologie et traitements associés

Les patients de classification ASA IV représentent une contre-indication absolue.

Un protocole préopératoire pluridisciplinaire est indispensable pour les patient ASA III.

Durant les chimiothérapies, il faut veiller à connaître le type de traitement pris et à intercaler un traitement en fonction de celui-ci.

Chez les patients atteints de tumeurs et sous bisphosphonates plusieurs recommandations sont données par l'Affsaps du fait du plus grand risque d'ostéonécrose dont une contre-indication à la pose d'implants. (Affsaps 2008)

Durant les radiothérapies des voies aéro-digestives supérieures, toute intervention thérapeutique doit être contre-indiquée, ou bien à courte distance. On peut seulement réaliser des extractions en milieu hospitalier et sous antibiothérapie curative en intraveineuse, si on a des risques de surinfection.

Toute réalisation d'implants doit se faire à distance de la radiothérapie et doit se faire en prenant beaucoup de précautions. Cela doit se faire sous anesthésie générale pour éviter les vasoconstricteurs, sous antibiothérapie, le tout en concertation étroite avec l'oncologue.

II.4.5.12 Maladies de l'os

- Ostéoporose traitée par bisphosphonates :

Les ostéoporoses peuvent être traitées par des bisphosphonates qui sont l'un des traitements les plus efficaces. Contrairement à des idées reçues, ce sont les bisphosphonates en oncologie par voie intraveineuse qui contre-indiquent les implants. Des études récentes ont démontré qu'il n'y

avait pas plus de risque avec les bisphosphonates pris par voie intra-orale. (JEFCOAT MK. 2006) (GRANT. J 2008)

Il faut néanmoins prendre des précautions avec notamment les traitements pris sur plus de 3 ans avec des corticoïdes. Imposer une hygiène dentaire irréprochable. Le patient doit être informé du risque d'ostéonécrose des maxillaires.

- Maladie de Paget :

La contre-indication est relative pour cette maladie qui se manifeste par une hypertrophie liée à un remodelage osseux exubérant et anarchique.

Affection osseuse métabolique: L'hyperparathyroïdie avec signes d'hypercalcémie chronique nécessite un bilan endocrinien complet préalable à toute consultation.

II.4.5.13 Effets du vieillissement:

Il faut veiller à ce que la personne âgée qui est une personne fragile, n'ait pas d'altération de son état général et que l'acte chirurgical soit un acte précipitant. Si le patient est en bonne santé, alors l'utilisation d'implants se révèle être une très bonne solution.

II.4.5.14 Toxicomanies: alcoolisme, tabagisme, prise de stupéfiants

Alcoolisme: De nombreuses pathologies sont associées à la consommation excessive d'alcool, il convient d'exiger de cette consommation pour envisager un acte implantaire. En effet l'alcool altère entre autres la cicatrisation de l'os et ainsi l'ostéo-intégration.

La contre-indication est donc relative.

Tabagisme: On conseille au patient d'arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant toute intervention implantaire. On a en effet une cicatrisation plus lente, une plus grande susceptibilité infectieuse et une perte osseuse péri-implantaire sur le long terme.

Stupéfiants : Pour la consommation de stupéfiants la contre-indication est absolue pour les chirurgies pré-implantaires et l'implantologie. Pour les patients sous traitement substitutif c'est au cas-par-cas et en collaboration avec le médecin traitant.

Maladies neurologiques : suite des AVC/Epilepsie/Patients neuroleptiques et effets secondaires de ces molécules.

Il faut évaluer au cas-par-cas le rapport bénéfice-risque en fonction de la capacité du patient à ne pas bouger et à comprendre le traitement qu'on lui propose.

Pour les patients épileptiques on demande de ne pas arrêter leur traitement.

La SELECTION MEDICALE passe par la constitution du dossier administratif et le remplissage du questionnaire médical par le patient au préalable par le patient et reconfirmé au calme avec le praticien.

II.5 Contre-indications:

Générales absolues :

- Les cardiopathies valvulaires à haut risque
- RAA (Rhumatisme articulaire aigu)
- Déficit congénital grave ou acquis
- Affections malignes avec un mauvais pronostic à court terme
- Hémopathies graves
- Hémophilie
- Insuffisance rénale chronique
- Maladies auto-immunes
- Affection nécessitant une transplantation d'organe
- Les pathologies systémiques non contrôlées
- L'âge du patient (jeune, encore en période de croissance)

Générales relatives :

- Grossesse
- Adulte jeune avant la fin de sa croissance ou avant l'établissement d'une occlusion adulte stable
- Insuffisance coronarienne
- Diabète
- Maladies endocrines non contrôlées
 - désordres thyroïdiens
 - affections des glandes surrénales
- Maladies osseuses et ostéoporose
- Polyarthrite rhumatoïdale
- Syphilis secondaire ou tertiaire
- Affection nécessitant un traitement
 - d'anti-coagulants
 - d'antimitotiques ou d'immunosuppresseurs
 - de fortes doses de corticoïdes

- Toxicomanie
- Ethylisme
- Tabagisme
- Troubles psychiatriques/maladies psychiatriques
- Dépendance alcoolique ou médicamenteuse
- Espace prothétique inadéquat

Locales définitives :

- Radiothérapie de la région maxillo-faciale
- Certaines affections évolutives de la muqueuse buccale
- Volume osseux pouvant être corrigé
- Densité osseuse insuffisante
- Obstacles anatomiques

Locales temporaires :

- Le patient à risque (bruxomanie, irradié, parodontite non contrôlée, tabagisme excessif)
- Volume et/ou qualité osseuse insuffisante
- Infection dentaire et/ou parodontale
- Schéma occlusal défavorable
- Bruxisme et/ou para fonctions
- Hygiène bucco-dentaire et maintenance négligées
- Volume osseux insuffisant pouvant être traité

III. Examen bucco-dentaire

3 phases: au repos, dynamique, palpation

III.1 Examen exo buccal :

On observe :

le type constitutionnel du patient:

Il existe une classification de Sigaud qui classe les types morphologiques, musculaires, digestifs, cérébraux et respiratoires.

-Forme du visage : On l'évalue afin de déterminer la taille et la forme des dents prothétiques finales. La règle veut que les incisives aient la forme inversée du visage avec des angles plus arrondis chez la femme.

On observe les joues également (masséters puissants) ainsi que les lèvres qui sont révélatrices de par leur configuration lors d'édentements complets notamment.

>De face : pincement des lèvres, approfondissement des plis naso-géniens et parfois perlèche, chélose angulaire, zones irritées etc..

>De profil : la perte de l'angle mento-labial et la proéminence du menton.

Dans les cas perte de DVO il est nécessaire avant tout traitement de la rehausser par une prothèse transitoire.

-Symétrie faciale : En cas de dissymétrie forte on conseille au patient de consulter un chirurgien maxillo-facial.

-Ligne du sourire :

Elle peut être haute ou basse.

Les sourires gingivaux sont les plus complexes à traiter.

-Articulation temporo-mandibulaire (ATM) et occlusion:

On inspecte la saillie d'un ou deux condyles, s'assure de la stabilité condylienne, on apprécie le type de croissance mandibulaire : moyenne, antérieure ou postérieure.

On note la classe squelettique (I, II, III). L'angle mandibulaire a une importance pour la stabilité de l'occlusion. Les éventuels craquements sont notés.

>Cinématique mandibulaire

On vérifie les trajets de la mandibule en ouverture et fermeture dans le plan sagittal.

Si on a des asymétries de mouvement, des bruits et douleurs. Il faut éliminer d'abord les interférences et les prématurités afin de rétablir une occlusion équilibrée.

On vérifie que l'ouverture va nous permettre de passer un contre-angle pour la chirurgie, s'il n'y a pas de limitation fonctionnelle à l'ouverture

2 intérêts: démarche diagnostique en regardant les éléments esthétiques et fonctionnels en vue de réaliser un schéma prothétique.

>Dépister d'éventuelles pathologies

III.2 Examen endobuccal :

-Hygiène buccale et haleine :

On observe les débris alimentaires, tartre etc..

Muqueuse buccale/tissus parodontaux

-On observe les tissus mous :

L'examen du vestibule permet de voir la position des brides et des freins, et de palper la puissance du masséter.

On observe la limite entre palais dur et palais mou ainsi que le plancher.

La fibromuqueuse se trouve au niveau des crêtes édentées. On examine sa couleur et son épaisseur.

-Etat de la denture :

Un examen attentif des dents encore présentes permet de sélectionner celles conservables.

On note caries, usures, diastèmes, points de contact, les myolyses, racines à extraire, mobilité, sensibilité à la percussion, pronostic.

La qualité des crêtes édentées est importante.

Les rapports inter-arcades sont examinés

-Etat parodontal : On observe également l'état parodontal. On détermine la gencive : libre, attachée, papillaire. Présence d'éventuels saignements spontanés ou au sondage. On sonde chaque face de chaque dent.

A suite de cet examen on réalise des empreintes pour modèle d'étude ainsi que des photographies éventuellement. S'en suivent les examens radiologiques.

III.3 Examens radiologiques :

III.3.1 Radiographie rétro-alvéolaire :

La rétro-alvéolaire apporte des informations sur un ensemble de 3 à 4 dents ainsi qu'à leur environnement :

-l'état parodontal des dents (bilan long cône)

- l'état des apex dentaires
- la densité osseuse (trabéculations)
- l'axe dentaire des dents dans les édentements intercalés.

Cet examen est l'examen conventionnel : Pour l'état parodontal, le suivi post-chirurgical des traitements implantaires, le contrôle des vis de cicatrisation, toutes les stades du traitement prothétique implanto-porté.

III.3.2 Radiographie panoramique :

C'est un examen panoramique couramment utilisé lors d'un examen de débrouillage lors du bilan pré-implantaire. Cette image bidimensionnelle permet l'examen des maxillaires, des arcades dentaires et une partie du squelette de la face.

Cet examen présente des limites car c'est un examen qui présente des déformations. Le plan de coupe varie de 10 à 14mm dans les secteurs postérieurs et 14mm dans les secteurs antérieurs. On a une image qui présente une distorsion liée à la morphologie des maxillaires et qui est agrandie à l'échelle 1/3. On ne peut pas utiliser la panoramique pour réaliser des mesures à visée implantaire.

Le défaut de cet examen est que l'on a une superposition des différentes structures anatomiques. On a ainsi une difficulté liée au trou mentonnier en regard de la seconde prémolaire qui peut être interprété comme une lésion péri-apicale. On détecte plus difficilement la longueur du trajet rétrograde du nerf mentonnier. On a un pourcentage plus élevé d'identification de la boucle antérieure par utilisation du scanner ou du cône beam comparativement à une radio panoramique (KAYA Y, NOGUCHI N, GOTO M, YAMASHITA Y, HANIHARA T, TAKAMORI H, SATO I, KAWAI T, YOSUE T. 2009) (KAYA Y, SENCIMEN M, SAHIN S, OKCU KM, DOGAN N, BAHCECITAPAR M. 2008).

III.3.3 Téléradiographie de profil :

Tomographie volumique à faisceau conique (cone beam computed tomography)

Le *Cone beam* est la méthode la plus avancée en imagerie médicale pour la modélisation tridimensionnelle d'images de la tête et du cou. L'unité composant l'image est le voxel isotropique. Plus il est petit et plus la résolution de l'image est importante. On peut ainsi déterminer les obstacles anatomiques. Cette technique d'imagerie donne des informations sur la densité de l'os (utile lors des décisions d'implantation immédiate). Sa taille compacte permet de l'utiliser à la première consultation et non de reporter le rendez-vous comme cela serait le cas pour un scanner.

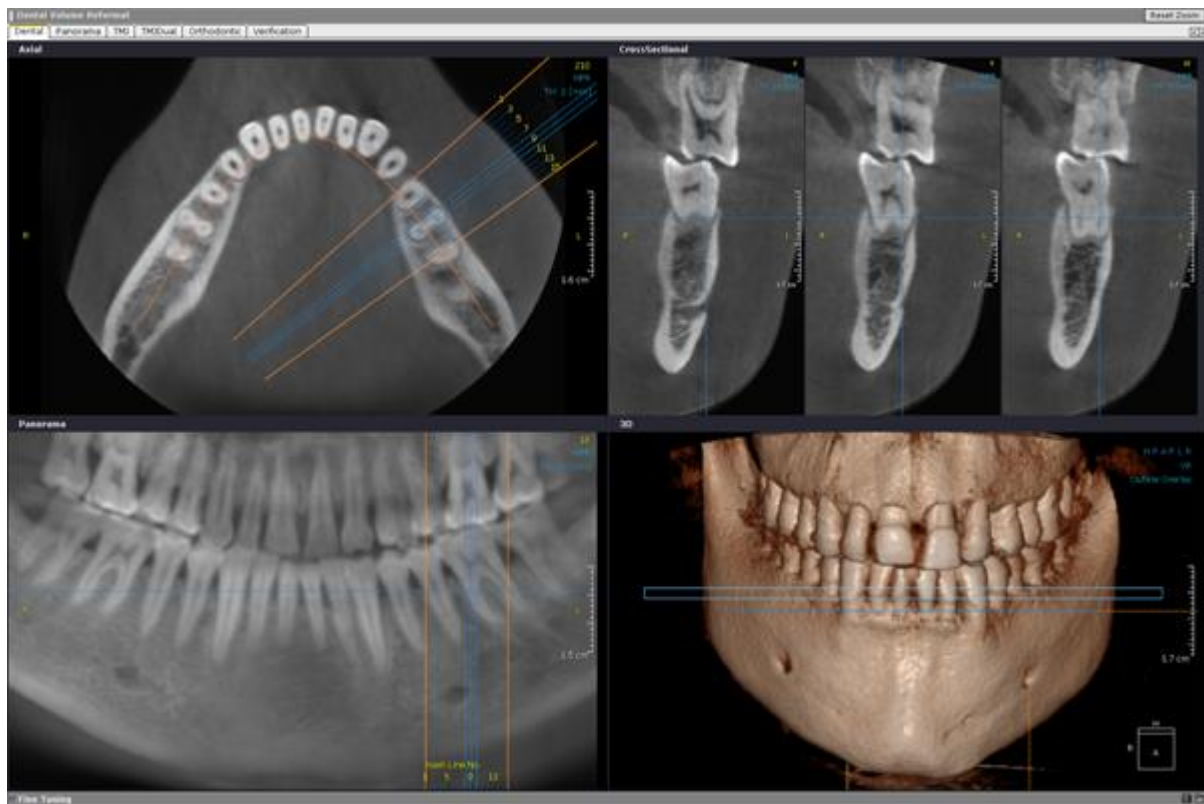
Les indications sont identiques à la radio panoramique et semblables au scanner avec notamment:

- le repérage des obstacles anatomiques
- le diagnostic des fractures en traumatologie
- en odontostomatologie, lorsque l'on a besoin d'une image tridimensionnelle qui peut aider au diagnostic et au traitement.

La 3d est fondamentale dans la planification des greffes osseuses et des implants.

Un logiciel de planification implantaire peut être couplé également permettant la réalisation de guides chirurgicaux.

Cette technique fait partie des examens complémentaires les plus modernes.



<http://myrocklinimplantdentist.com/397/cone-beam-computerized-tomography/>

Elle permet d'identifier:

- structures anatomiques
- les insuffisances osseuses

-les sites de prélèvement à évaluer



<http://www.anatmage.com/Clinical-ImplantPlanning.html>

Examen tomodensitométrie (scanner) :

Cet examen était l'examen de référence avant l'utilisation du Cone Beam. Il est couplé à des logiciels de reconstruction bi et tridimensionnelle.

A partir d'un logiciel de reconstruction, les coupes (Dentascan©) sont converties et on obtient des images tridimensionnelles de la face.

On reçoit en général un cd.

C'est un examen qualitatif et quantitatif. On a des informations sur la densité osseuse au-delà des repères anatomiques. Ceci a un intérêt pour la mise en charge immédiate des implants.

On peut apercevoir la membrane sinusienne avec éventuellement une pathologie ou par exemple un trajet artériel.

Dans une logique de planification, on recherche:

- Le canal incisif
- la dimension et l'anatomie des sinus
- l'émergence du nerf mentonnier avec un trajet éventuellement rétrograde
- la ou les concavités postérieures en regard des glandes sous-maxillaires.

L'examen scanner permet de mettre en évidence les insuffisances osseuses:

Ces insuffisances peuvent être sous la forme d'un déficit osseux qui peut être, transversal, vertical, horizontal ou combinée.

> L'étude de l'imagerie guide vers la technique de reconstruction la plus adaptée. (Ostéotomie de Lefort I, greffe allogénique d'apposition maxillaire et ou mandibulaire, mise en place d'implants zygomatiques, placement d'implants angulés après évaluation des risques biomécaniques).

>Le scanner permet de déterminer un site de prélèvement

Planification implantaire:

Edentement limité: Il n'est pas nécessaire d'utiliser un guide radiologique. L'estimation de la longueur et du diamètre de l'implant se fait à partir des planches de coupes, soit à partir du céphalogramme fourni par le radiologue.

Edentement étendu: Pour des édentements plus importants, le patient doit porter un guide radiologique pendant l'examen.

- Guides avec repères en gutta percha

- Guides incorporant des tubes en titane: Le tube est positionné dans l'axe idéal de l'implant en accord avec l'analyse occlusale réalisée à partir des modèles d'étude. Si le volume osseux est suffisant alors le guide radiologique devient un guide chirurgical. S'il manque d'os le tube peut être déplacé ou cela indique un déficit osseux et nécessite une greffe d'apposition.

-Guides radio-opaques (avec du sulfate de baryum):

Ils reproduisent le volume de la dent durant l'examen radiographique. Ces guides sont mis en utilisation pour une planification implantaire assistée par ordinateur.

Logiciel de navigation chirurgicale:

Ces logiciels permettent de simuler la pose des implants par représentation des axes implantaires et des distances entre les implants.

Cela permet de tenir compte des obstacles anatomiques:

-l'artère alvéolaire supérieure et postérieure par exemple

-le trajet rétrograde du nerf mentonnier par exemple

-le nerf alvéolaire inférieur

Le logiciel Simplant (c) par exemple convertit les fichiers DICOM en format propriétaire.

L'opérateur est ensuite guidé pas à pas.

On veille à rester à plus de 2 mm du nerf alvéolaire.

La finalité réside dans la possibilité de réaliser un guide chirurgical qui devra se révéler précis. Un seul guide chirurgical ExpertEase (C) est établi à partir d'un modèle en résine réalisé par stéréolithographie. Les forages sont réalisés à travers des douilles de forage à butée. La position finale des implants correspond à celle sur informatique. On veillera à avoir une stabilité du guide optimale. C'est essentiel. L'appui peut être dentaire, osseux ou muqueux. S'il est osseux ou muqueux, alors on bloque le guide avec des vis d'ostéosynthèse.

L'autre finalité de ces techniques peut être l'évaluation du site donneur lors du prélèvement d'un greffon.

Ces logiciels permettent également le positionnement de mini-implants en orthodontie. La réalisation d'une chirurgie moins invasive et la fabrication d'une prothèse immédiate transitoire après la pose d'implants.

III.4. Indications des implants et des greffes osseuses à visée implantaire :

Les chapitres précédents ont établi les bases de l'indication implantaire fondée sur:

- les facteurs médicaux et psychologiques
- l'état des tissus parodontaux
- le respect des principes occlusaux
- le volume osseux disponible, qui tient compte des obstacles anatomiques, vérifiés par les examens radiologiques

Les indications les plus fréquentes sont la prothèse amovible à stabiliser et très fréquemment l'édentement unitaire qui permet d'éviter d'endommager les dents voisines.

II.4.1 Edentement total

Stabilisation des prothèses amovibles:

C'est une indication standard et fiable pour laquelle le patient obtient une satisfaction immédiate. L'indication est posée lorsque:

- on a un échec avec une prothèse totale

-le volume osseux autorise la mise en place d'implants seulement en région antérieure maxillaire ou mandibulaire.

-le traitement doit être raccourci (personne âgée avec des difficultés de déplacement)

-les greffes osseuses sont contre-indiquées

-les considérations financières l'exigent

Il y a plusieurs conceptions pour stabiliser une prothèse amovible:

-Stabilisation d'une prothèse amovible mandibulaire par deux attachements sphériques vissées sur deux implants: Stabilisation d'une prothèse amovible par une barre de jonction

-Stabilisation d'une prothèse par une double barre d'ancrage

-Prothèses fixées sur implant:

-Prothèses télescopiques sur implant

-Prothèse fixée implantoportée

Stabilisation d'une prothèse amovible mandibulaire par deux attachements sur deux implants:

On peut utiliser des systèmes LOCATOR® ou des systèmes sphériques. Le cas le plus fréquent étant le positionnement de deux implants dans la région parasymphysaire. Un espace de 23 mm entre les deux implants semble apporter les meilleurs résultats. (MICHELINAKIS G, BARKLAY CW, SMITH PW)

Les implants doivent être le plus parallèles possible. L'angulation maximale acceptable est fonction du système d'attachement proposé. 10° pour les systèmes sur vis et 20° pour les Locator.

La mise en charge immédiate a un pronostic très favorable sur ce type de reconstruction (IGLESIA-PUIG MA.)

Stabilisation d'une prothèse amovible par une barre de jonction

2 à 5 implants situés le plus souvent en région antérieure maxillaire ou mandibulaire peuvent permettre de réaliser une barre de jonction qui va permettre d'avoir une rétention supplémentaire.

Le positionnement des implants est fondamental pour la stabilité de l'ensemble.

Le nombre d'implants permet de limiter la longueur des Cantilever et diminue le stress occlusal ressenti et limite le risque de desserrage.

Deux à trois cavaliers sont situés dans l'intrados de la prothèse assurant une rétention de 10 à 15 Newtons. (ZAO Y, LUI B, MA X.)

Pour les cavaliers les plus courts, l'espacement entre les implants doit être de 4 à 5mm.

Il faut veiller à bien évaluer la DVO qui doit être suffisante pour réaliser ce type d'attachement.

Une barre située au-dessus de la muqueuse permet une bonne maintenance.

Une étroite collaboration entre les différents acteurs de la réalisation de cette prothèse implanto-portée est fondamentale dans la réussite de ces traitements.

Stabilisation d'une prothèse par une double barre d'ancrage

Ce sont des barres coulées, fraisées, de forme rectangulaire et vissées sur quatre ou cinq implants. Elles offrent de bonnes performances avec un ancrage rigide.

Ce type de barre est utile pour les patients refusant un recouvrement palatin des prothèses maxillaires mais aussi à la mandibule du fait de leur très importante stabilité. Elles sont une alternative aux barres de jonction.

Prothèses fixées sur implant:

>Prothèses télescopiques sur implant

On peut solidariser 5 piliers supra-implantaires par une infrastructure transvissée. Une planification pré prothétique est nécessaire. Il faut respecter les obstacles anatomiques et conserver une parfaite symétrie des différents implants de préférence coniques pour faciliter l'insertion d'une infrastructure vissée.

>Prothèse fixée implant portée

Si les conditions osseuses et économiques du patient sont réunies alors une reconstruction implant portée fixe peut être envisagée.

L'efficacité masticatoire est bonne et l'esthétique peut être assurée en réalisant des prothèses provisoires. On peut ainsi également évaluer la phonétique et l'efficacité masticatoire.

Le rôle de la prothèse provisoire est indispensable.

Dès lors que l'on a beaucoup d'implants (10 à 12 au maxillaire et 8 à 10 à la mandibule) il faut veiller à bien les positionner. Pour des implants de 4mm standard, il convient de les espacer de 7 mm de centre à centre.

De préférence on choisira les sites des incisives, des canines, des deuxièmes prémolaires et premières molaires.

II.4.2 Edentement unitaire:

Des études ont démontré que depuis l'avènement de l'implantologie dans la pratique courante il y a réalisation de moins de bridges, moins de couronnes. L'approche multidisciplinaire avec de l'orthodontie pour ouvrir les espaces et aménager les tissus mous a permis de mettre au point des plans de traitements esthétiques.

Les indications principales sont des épisodes traumatiques, anomalies de développement, suites de caries, actes iatrogènes.

Impératifs fonctionnels et esthétiques de l'implant unitaire:

La longueur de la crête édentée mésio-distale, le diamètre vestibulo-lingual et la hauteur interarcade restent les principaux facteurs du maintien des tissus environnants pour aboutir à un résultat acceptable.

>Espace mésiodistal

Pour un implant de diamètre standard (4mm), 1mm d'os mésial et distal minimum doit le séparer des dents voisines. Sans compter le diamètre des fibres desmodontales de chaque dent d'une épaisseur de 0,25mm. 7mm sont en général requis dans le sens mésio-distal pour réaliser un implant unitaire. Cela permet de limiter les complications à long terme. (MISCH CE, MISCH-DIETSH F, SILC J, BARBOZA E, CIANCIOLA LJ, KAZOR C. 2008).

>Espace vestibulo-lingual

Il est important d'intercepter la résorption après chaque extraction pour préserver l'espace. Il faut au minimum 1mm d'os spongieux pour entourer l'implant pour préserver les parois corticales vestibulaires et linguales. Ainsi le diamètre vestibulo-lingual pour un implant standard de 4mm est donc de 6 à 7mm.

>Espace interarcade

Cela est évalué en fonction de l'espace estimé lors de la mise en articulateur.

>Position du col de l'implant par rapport au collet des dents collatérales

Il faut situer le col de l'implant 2 à 3 mm en dessous du collet des autres dents afin d'assurer un profil d'émergence esthétique et le maintien des tissus environnants.

-Édentement unitaire antérieur dans le cadre d'une démarche à visée esthétique: le défi est esthétique est important d'un point de vue psychologique et social.

-Édentement unitaire en région prémolaire: Il convient de respecter l'angle

-Édentement unitaire en région molaire: Un édentement molaire a des conséquences graves sur l'équilibre de l'ensemble du fait de l'important espace laissé par l'édentement. On préférera du fait des forces occlusales importantes des implants de diamètre large.

II.4.3 Édentements partiels

Le bilan pré-prothétique est important car en fonction de la situation initiale on sera amené à faire des compromis. On veille à respecter la ligne du sourire, le contour gingival, la présence de papille interdentaire, le support des tissus mous, l'espace inter-arcade.

Il faut veiller à laisser 3mm entre chaque implant et 1,5mm entre un implant et une dent.

Relier les supra-structures permet de mieux répartir les forces occlusales.

>Dans les secteurs postérieurs il faut veiller à la faible densité d'os qui est de type III ou IV avec une faible vascularisation.

S'il manque d'os on peut envisager de réaliser des implants au niveau de la tubérosité maxillaire voire des implants courts. Ces techniques doivent encore avoir un certain recul thérapeutique.

>Dans le secteur antérieur mandibulaire il n'y a pas beaucoup d'obstacles anatomiques et la ligne du sourire découvre peu cette région. Il convient de ne pas laisser trop longtemps de prothèse amovible qui entraînerait une résorption et un aspect de dent longue ensuite.

>Dans le secteur antérieur maxillaire, il convient de réaliser une évaluation minutieuse pour répondre de manière rationnelle aux besoins du patient. Il convient de faire attention au canal palatin qui est un obstacle non négligeable.

>Principes généraux de planification d'une réhabilitation par implants face à un édentement partiel

-Solidariser les piliers supra-implantaires

-Reconstruction implantoportée intercalée entre les dents naturelles: généralités

Tous les cas possibles/ Principales indications des implants

- Edentement unitaire délimité par des dents adjacentes saines
- Agénésie dentaire
- Manque de rétention
- Instabilité d'une prothèse
- Inconfort fonctionnel avec prothèses amovibles
- Habitudes parafunctionnelles

=>Edentements unitaires

- Bridge implanto-porté
- Autre solution conventionnelle

=>Edentements encastrés

- Bridge implanto-porté
- Autres solution conventionnelles

=>Edentements terminaux

- Bridge implanto-porté
- Autres solutions conventionnelles

=>Edentements complets

Mise en place immédiate des implants : indications

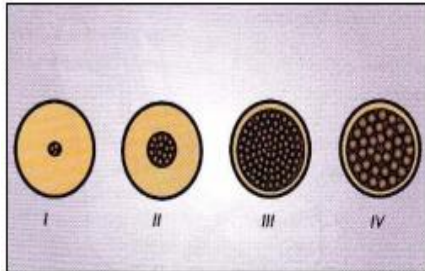
Pour la densité osseuse on utilise les unités Hounsfield et la classification de Zarb.

Une première classification de la qualité/densité osseuse a été donnée par Lekholm et Zarb en 1985 (cités par Davarpanah (2008)):

- ▶ Type 1 : os constitué presque exclusivement d'os compact homogène.
- ▶ Type 2 : os compact épais entourant un noyau spongieux à trabéculations denses.
- ▶ Type 3 : os cortical fin entourant un noyau spongieux à trabéculations denses.

► Type 4 : os cortical fin entourant un noyau spongieux peu dense.

Classification de la qualité/typologie osseuse fondée sur un plan histologique selon Lekholm et Zarb (1985). Schéma montrant les 4 types osseux : les types I et II se trouvent plus fréquemment à la mandibule, les types III et IV au maxillaire.



>Régénération osseuse guidée : indications

Pour corriger des défauts osseux localisés on utilise des membranes combinées à un matériau de comblement. (BUSER D, DULA K, BELSER UC 1995).

On utilise des membranes résorbables et non résorbables :

-Non résorbables en Polytétrafluoroéthylène expansé, renforcées ou non au titane. Elles sont en général suturées au lambeau. Il est important de bien les fixer car elles font alors bouger le lambeau et occasionnent des expositions menant à la dépose de la membrane.

-Résorbables : En collagène (origine bovine, porcine, vicryl collagène), copolymère de polyglycol C et polylactique, matériau synthétique). Elles ont l'avantage d'éviter une ré-intervention. Leur résorption a une durée variable. Il convient de les stabiliser également.

Membranes plaquettaires :

Suite aux problèmes rencontrés avec les membranes non résorbables de nouveaux procédés ont émergé avec notamment les membranes utilisant des concentrés plaquettaires.

-PRP (Platelet Rich in Plasma) étant donné qu'elle inclut de la thrombine bovine, elle n'est pas acceptée par la législation française.

-PRF (Platelet Rich in Fibrin) Obtenue à partir de la centrifugation de 10mL de sang. Contiennent des plaquettes, des leucocytes et des cytokines. Leur durée de vie n'est que de 7 à 15 jours. La fibrine a un potentiel collant pour la membrane.

Membranes périostées :

L'avantage d'utiliser le périoste est d'avoir un apport vasculaire et d'utiliser un « matériau » autogène.

Il y a peu d'études concernant l'action des membranes plaquettaires et périostées (SEBAN A, 2008)

Concernant les matériaux de comblement :

Os autogène : matériau de référence. Durée 4 à 5 mois de cicatrisation.

Allogreffes : Pris sur des têtes fémorales de donneurs vivants ou d'os cadavérique. Corticales ou spongieuses. Remplacé en 6 à 8 mois par de l'os natif.

Xénogreffes : D'origine bovine, leur taux de résorption est faible dans le temps.

Matériaux alloplastiques : Matériaux synthétiques résorbable ou non résorbables avec granulométrie faible pour les défauts osseux dans le cadre d'un traitement parodontal et granulométrie élevée des comblements post-extractionnels par exemple.

Interception de la résorption alvéolaire post-extractionnelle : indications

| | |
|--|--|
| Transformation dimensionnelle externe du site d'avulsion | Transformation du volume osseux vestibulo-lingual entre 4 et 12 mois avec une perte de 50% du volume osseux. Réduction du volume osseux crestal de 0.7mm à 1.5mm entre 4 et 6 mois après extraction. |
| Transformation interne du site d'avulsion | La résorption provoque une perte osseuse verticale de 3 à 4 mm dans les 6 mois après l'avulsion. |
| Transformation dimensionnelle du site d'avulsion d'origine iatrogène | Une avulsion traumatique occasionne : -la perte d'une ou plusieurs parois alvéolaires -une fragilité des parois alvéolaires par fracture ou fissure |
| Transformation de la muqueuse recouvrant le site d'avulsion | Invagination de la muqueuse Epaississement muqueux augmenté 4 mois après avulsion |

L'implant immédiat a un rôle déterminant dans l'interception de la résorption associée ou non à une régénération osseuse guidée (BUSER D, HALBRITTER S, HART C, BORNSTEIN, MM, GRUTTER L, CHAPPUIS V, BELSER UC 2009).

On procède à un comblement alvéolaire pour maintenir le volume osseux et soutenir les tissus mous lorsque qu'une implantation immédiate est contre-indiquée:

- insuffisance de stabilité primaire
- alvéole d'avulsion surdimensionnée
- fenestration alvéolaire
- perte du septum inter radiculaire
- transformation dimensionnelle crestale
- parois alvéolaire fragiles

Ces comblements peuvent être réalisés peropératoire (en l'absence de tissu infectieux aigu, alvéole très évasée)

Entre 4 et 6 semaines après l'avulsion et avant le début du processus de résorption.

Indication des greffes osseuses

IV. Ordonnance pré-opératoire et post-opératoire

La prescription d'un médicament comporte trois éléments :

- l'*inscription* indiquant la nature et la dose du médicament
- la *souscription* traduisant la manière de préparer le médicament
- la *description* expliquant les conditions d'administration du produit

IV.1 Prémédication sédatrice :

Pour le patient la relation entre l'anxiété et la réaction face à une douleur violente lors d'une chirurgie implantaire est fortement (2001)

Les facteurs psychologiques jouent un rôle prépondérant dans la perception de la douleur (BOYLE P, PARBROOK GD. 1977) (FEINMANN C, ONG M, HARVEY W, HARRIS M. 1987)

Cela peut entraîner des réactions imprévisibles et il convient de donner une prémédication adaptée à ces patients.

PRESCRIPTION :

L'hydroxyzine est très prescrite à raison de 50mg la veille de l'intervention et 100mg une heure avant l'intervention. La posologie est modulable selon le patient.

IV.2 Prophylaxie antibiotique :

Chez le sujet sain, sujet à controverses (SANCHO-PUCHADES M, HERRAEZ-VILAS JM, BERINI-AYTES L, GAY-ESCODA C 2009). Selon certains cela n'apporterait pas de bénéfices supplémentaires.

Selon l'Affsaps, les interventions longues sont considérées comme invasives et nécessitant une antibioprophylaxie (affsaps Juillet 2001). Confirmé par une étude 2007. Cela confirme la pertinence d'une prophylaxie antibiotique avant la mise en place d'implants car cela diminue le taux d'échecs. Cela a été démontré pour les greffes osseuses également (LINDEBOOM JA, VAN DER AKKER HP. 2003) (LINDEBOOM JA, TUK JG, KROON FH, VAN DEN AKKER HP. A 2005).

PRESCRIPTION :

Actuellement on recommande une dose unique par voie orale, 1 heure avant l'intervention. Pour une intervention de plus de 3 heures, une dose complémentaire est administrée. Soit dans notre discipline :

-2g d'amoxicilline, 1 heure avant le geste opératoire et 2g supplémentaires si l'intervention se poursuit au-delà de 3 heures.

En cas d'allergies au bêtalactamines : 600mg de Clindamycine et 1g de Pristinamycine

Chez le sujet à risque, la maîtrise d'une prescription antibiotique passe par la concertation pluridisciplinaire avec le médecin traitant.

Le but étant de maîtriser les résistances antibiotiques. (FERES M, HAFFAJEE Adn ALLARD Kn SOM S, GOODSON JM, SOCRANSKY SS 2002 ; 29)

IV.3 Prémédication antalgique et anti-inflammatoire/anti-inflammatoires non stéroïdiens :

La maîtrise de la douleur post-opératoire est un sujet sensible. L'accompagnement psychologique est nécessaire mais surtout médicamenteux. (HARDMAN JG, LIMBIRG LE, MOLINOFF PB, RUDDON RW, GOODMAN GILMAN A. 1998).

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont une large classe de molécules. Il convient de les prescrire en post-opératoire général afin de limiter au maximum les douleurs après réveil de l'anesthésie. Ils peuvent être prescrits en préopératoire. Il en existe une large quantité de molécules. C'est au praticien d'avoir une bonne conduite concernant les prescriptions.

PRESCRIPTION :

-Sujet avec une contre-indication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens

-douleur légère : 2g de paracétamol

-douleur modérée : 1g de paracétamol chacun associé à 30mg de codéine et 500mg de paracétamol

-douleur sévère : 2g de paracétamol chacun associé à 30mg de codéine.

-Sujet sans contre-indication aux anti-inflammatoires ;

-douleur légère : 2g de paracétamol

-douleur modérée : 2g de paracétamol et 400mg d'ibuprofène

-douleur sévère : 2g de paracétamol chacun associé à 30mg de codéine et 400mg d'ibuprofène.

IV.4 Antiseptique locaux :

Bain de bouche : La cavité buccale étant l'une des plus septiques de l'organisme, l'application de bains de bouche antiseptiques est hautement préconisée avant tout geste opératoire. Ces mesures préventives ont été abordées dans la littérature (BERWICK JE, LESSIN ME, HALL HD. 1990).

Il y a réduction de formation de plaque en utilisant des antiseptiques locaux (ESPOSITO M, WORTHINGTON HV, THOMSEN P. 2004)

En post-opératoire la réduction des colonies bactériennes est observée après application de chlorhexidine (GROENENDIJK E, DOMINICUS JJ, MOORER WR, AARTMAN IH, VAN WASS MA. 2004)

Pour des interventions de chirurgie maxillo-faciale, la diminution de l'activité bactérienne a été constatée pour des interventions supérieures et après des bains de bouche antiseptiques pratiqués en préopératoire (KOSUTIC D, UGLEŠIS V, PERKOVIC D, PERSIC Z, SOLMAN L, LUPI-FERANDIN S, KNEZEVIC P, SOKLER K, KNEZEVIC G. 2009)

PRESCRIPTION :

Pour une intervention d'une durée de 1 heure, une solution de 0.5ml de Chlorhexidine en bain de bouche à partir de la veille de l'intervention à raison de 2 fois par jour et prolongée quelques jours en postopératoire, a montré son efficacité.

Pour des interventions plus importantes (greffes osseuse) supérieures à une heure, le bain de bouche avec une solution de polyvidone iodée à 10%, pendant une minute et avant l'induction de l'anesthésie est conseillée.

Rq : d'autres molécules sont utilisées (hexetidine, cétylpyridinium, etc..) avec une efficacité équivalente à la Chlorhexidine).

Il convient de vérifier au cours du traitement si l'état de santé du patient n'a pas changé en cours de traitement pour éviter toute interaction médicamenteuse fortuite.

V. Cadre légal de la relation praticien-patient

Information du patient :

L'obligation d'information porte sur tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

On a une obligation d'information. Le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes intégré au code de santé publique fait référence à l'obligation d'information du patient. Le chirurgien-dentiste est tenu de « ...*s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous les renseignements utiles* » (Code de santé publique., art R. 4127-232, al 2)

Le cadre plus général qui incombe à tout praticien est posé par la loi du 4 Mars 2002 dite « loi Kouchner ». Cette loi fait référence au droit du malade et à la qualité du système de santé. (L n°2002-303, 4 mars 2002, JO 5 mars, p.4118)

Cette loi a modifié le Code de santé publique et par suite, la relation praticien et patient.

Contenu de l'information :

TOUTE PERSONNE A DROIT D'ETRE INFORMEE SUR SON ETAT DE SANTE (C. santé publique, art L. 1111-2).

L'information doit être claire, loyale, complète et compréhensible par tous.

L'information préalable au traitement doit être sur :

- les traitements proposés
- leur utilité
- leur urgence éventuelle
- leurs conséquences
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent
- autres solutions possibles
- conséquences prévisibles en cas de refus

Le patient est en mesure de se préparer à l'intervention et d'en mesurer les risques. Pour le praticien, l'obligation d'information est une obligation de résultat. En l'absence de résultat, il y a une présomption de faute et présomption de causalité entre le défaut d'information et les dommages invoqués par le patient.

Forme de l'information :

La loi prévoit que l'information soit donnée au cours d'un entretien individuel. Il n'y a pas d'obligation d'information par écrit. (jurisprudence : Cass. Civ. 1^{ère}, 18 Mars 2003, n°01-15.711). C'est là que le dossier médical a toute son importance. Il doit ainsi être le plus complet possible.

Dans certains cas, un écrit est indispensable :

- en cas de surdité du patient (CA Paris, 5 Mars 1987, D. 1987, som., p.419, obs. Penneau J.)
- Pour le prélèvement de sang après modification de celui-ci (C. santé publique, art. L.1221-6, al.2)
- Pour les recherches biomédicales (C. santé publique, art.L. 1122-1, al.5)
- Pour l'administration d'un produit sanguin labile pendant un séjour hospitalier (C. santé publique., art R. 710-2-7-1).
- Pour l'utilisation de concentrés plaquettaires (PRF ou *platelet rich in fibrin*). Par une interprétation extensive de l'article L. 4141-1 du code de santé publique, le ministère autorise

l'utilisation du PRF et la pratique de prélèvements sanguins dans les cabinets dentaires et stomatologiques, sous réserve que le praticien ait suivi une formation relative à leur préparation et à leur utilisation.

Dans d'autres cas, l'écrit est fortement recommandé :

-Lors d'une greffe osseuse, une régénération osseuse guidée ou des implants.

-Dans le cas de l'utilisation de greffons, substituts osseux lors des *allogreffes et xéno greffes*. Ceci afin de prévenir du doute d'une éventuelle transmission d'un agent pathogène inconnu au regard des données actuelles de la science. Le patient doit manifester son accord dans ces situations.

Dérogation :

Le patient peut demander de ne pas être informé (sauf lorsque les tiers sont exposés à un risque de transmission).

Le pronostic fatal doit être donné avec le maximum de retenue possible. Le patient peut refuser que l'information soit donnée à des tiers (C. santé publique, art. R 4127-239)

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Mais cela ne s'applique pas lorsque l'absence d'information à ces tiers sauvegarde la santé du mineur ou de la personne sous tutelle, ou que cette dernière s'oppose à la transmission d'information).

Les intéressés doivent être informés de manière adaptée à leur situation.

L'urgence ou l'impossibilité d'informer peut dispenser le praticien de l'obligation d'information. *« lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'un majeur légalement protégé, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires » (Biblio c. santé publique, art. art 4127-236, al. 3) et qu'hors le cas de précarité, « le chirurgien-dentiste attaché à un établissement comportant le régime de l'internat doit, en présence d'une affection grave, faire avertir le représentant légal du patient et accepter ou provoquer, s'il le juge utile, la consultation du praticien désigné par le patient ou son représentant légal » (Biblio C. santé publique, art. R. 4127-237).*

Cette information doit être donnée avant la réalisation d'un soin et également durant les soins si de nouveaux facteurs sont apparus.

-incidents techniques

-infection nosocomiale

-communication avec les autorités compétentes si des produits présentent des effets néfastes pour la santé (Affsaps) ou de menace sanitaire grave.

Plan de traitement écrit : but, contenu, intérêt

Devis/aspect financier

=> Information sur le coût et la prise en charge par le régime d'assurance maladie. (Biblio C. santé publique, art. L. 1111-3 al. 1)

Consentement éclairé

Responsabilité du praticien

IV. Conclusion:

La première consultation est une étape fondamentale dans la prise en charge des patients en demande de traitements à visée implantaire.

Le but est la sélection et la planification du traitement implantaire dans un cadre médico-légal et un climat de confiance instauré chez un patient et son praticien à l'écoute.

-> Permet de déterminer le plan de traitement : **un examen clinique (exo-buccal et endo-buccal)** approfondi permet de déterminer les besoins du patient. Cela s'appuiera sur des **techniques d'imagerie** et par la suite sur des **modèles d'étude**. L'utilisation des différentes étapes dirige vers l'indication de l'implant ou vers une greffe osseuse préliminaire aux implants.

-> Permet **de guider** le praticien afin d'obtenir une certaine satisfaction du praticien et **assurer la qualité** de l'acte prothétique envisagé. Le praticien peut ainsi évaluer les risques et ainsi acquérir une confiance dans l'acte qu'il va réaliser.

-> permet d'instaurer un **climat de confiance**, clef du succès. Le praticien va évaluer le profil du patient ainsi que sa demande, en rapport avec ses questions. Le praticien va mieux maîtriser son temps de travail et devra porter une attention au retentissement douloureux post-opératoire suscité par toute intervention.

TOUT traitement médical est susceptible de présenter des complications/échecs. Il convient de les identifier pour en réduire les conséquences. Ce bilan préopératoire permet de réduire les risques. La survenue d'un échec n'est pas prévisible comme sa gravité. La responsabilité incombe au praticien.

On évalue ainsi si le patient remplit les conditions nécessaires à cette thérapeutique et si ce dernier peut en supporter les exigences.

La première consultation comporte un interrogatoire, un examen exobuccal, un endobuccal et des examens complémentaires.

APPROBATION/IMPROBATION

«Les opinions émises dans les dissertations doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de l'Université de Saint-Etienne, de la Faculté de Médecine Jacques LISFRANC, de l'équipe du Laboratoire d'Anatomie»

Lu et approuvé

Le président du Jury

Bibliographie

Affsaps. Recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par Bisphosphonates. Janvier 2008 www.affsaps.sante.fr

Al Zoman H, Al Jetaily S, Robert AA, Baskaradoss JK, Al-Suwyed A, Ciancio S, Al Mubarak S. Flapless Dental Implant Surgery For Patients On Oral Anticoagulants - "WarLess Procedure" - A Report of Two Cases. *Oral Implantol.* 2011 Nov 22.

ARDEKIAN L, GASPAR R, PELED M, BRENER B, LAUFER D. Does low-dose aspirin therapy complicate oral surgical procedure? *J Am Den Assoc* 2000 ; 131 (3) : 331-5

ARONSON WL, Mc AULIFFE MS, MILLER K. Variability in the American Society of Anaesthesiologists. Physical Status Classification Scale *ANA J.* 2003;71:265-74

article L. 4141-1 du code de santé publique

BERWICK JE, LESSIN ME, HALL HD. Effects of a chlorhexidine gluconate oral rinse on the incidence of alveolar osteitis in mandibular third molar surgery. Discussion. *J Oral Maxillofac Surg* 1990 ; 48 (5) : 444-9

BOUDREAU JD, CASSEL E, FLOCKS A. preparing medical students to become attentive listeners. *Med teach* 2009 ; 31 (1) :22-9).

BOYLE P, PARBROOK GD. The interrelation of personality and postoperative factors. *Br J anaesthesia* 1977 ; 32 (7) : 614-8

BUSER D, DULA K, BELSER UC. Localised ridge augmentation using guided bone regeneration II. Surgical procedure in the mandible. *Int J Periodontal Rest Dent* 1995 ; 15 (1) : 11-29).

BUSER D, HALBRITTER S, HART C, BORNSTEIN, MM, GRUTTER L, CHAPPUIS V, BELSER UC. Early implant placement with simultaneous guided bone regeneration following single tooth extraction in the esthetic zone: 12-months results of a prospective study with 20 consecutive patients. *J Periodontol* 2009 ; 80 (1) : 152-62

C. santé publique, art L. 1111-2

c. santé publique, art. art 4127-236, al. 3

C. santé publique, art. L. 1111-3 al. 1

C. santé publique, art. L.1221-6, al.2

C. santé publique, art. R 4127-239

C. santé publique, art. R. 4127-237).

C. santé publique, art.L. 1122-1, al.5

C. santé publique., art R. 710-2-7-1

CA Paris, 5 Mars 1987, D. 1987, som., p.419, obs. Penneau J.

Code de santé publique, art R. 4127-232, al 2

Code pénal art 226-13

ELI I, SCHWARTZ-Arad D, BAHT R, BEN-TUVIM H. Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion. Clin Oral Implants Res 2003 ; 14 (1) : 115-8

ESPOSITO M, WORTHINGTON HV, THOMSEN P. Interventions for replacing missing teeth : maintaining health around dental implants. Cochrane Database Syst Rev 2004 ; (3) : CD003069

FEINMANN C, ONG M, HARVEY W, HARRIS M. Psychological factors influencing post-operative pain and analgesic consumption. Br J Maxillofac Surg 1987 ; 25 (4) : 285-9

FERES M, HAFFAJEE Adn ALLARD Kn SOM S, GOODSON JM, SOCRANSKY SS. Antibiotic resistance of subgingival species during and after antibiotic therapy. J Clinic Periodontol 2002 ; 29 (8) : 724-35

GARNIER j, TRUCHOT F, quero j, MEZIERE X, CLIPPET F, ALNO N, FRANCHON X, DELANQUE O, BADER G, LEJEUNE S, LIMBOUR P, DE MELLO G. Antiagrégant plaquettaire et chirurgie buccale : à propos de 218 extractions dentaires. Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale 2007 ; 108 (5) : 407-10)

GIRERD X. Hypertension artérielle : déterminer le risque de complication. Le concours médical 2003 ; 125 (3) : 151-3)

GRANT. J Oral Maxillofac Surg 2008 ; 66 (2) : 223-30

GREENSTEIN G, CAVLLARO J, ROMANOS G, TARNOW D. Clinical recommendations for avoiding and managing surgical complications associated with implant dentistry : a review ; J Periodontal 2008 ; 79 (8) : 1317-29

GROENENDIJK E, DOMINICUS JJ, MOORER WR, AARTMAN IH, VAN WASS MA. Microbiological and clinical effects of chlorhexidine enclosed in fixtures of 3I-Titamed implants. Clin Oral Implants Res 2004 ; 15 (2) : 174-9

HABERER JP. 36^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. Conférence d'actualisation. Elsevier ; 1998 : 75-83

HARDMAN JG, LIMBIRG LE, MOLINOFF PB, RUDDON RW, GOODMAN GILMAN A. Les bases pharmacologiques de l'utilisation des médicaments. Mc Graw-Hill International 1998 : 623-5

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Condition de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique. 2008 : 1- 70

IGLESIA-PUIG MA. Height in parallelism of implants in the treatment of edentulous mandible with ball-retained overdentures: a technical note. Int J Oral Maxillofac Implants 2008 ; 23 (5) : 953-4

JEFCOAT MK. Safety of oral biphosphonates: controlled studies on alveolar bone. Int J Oral Maxillofacial Implants 2006 ; 21 (3) : 349-53

Jurisprudence : Cass. Civ. 1^{ère}, 18 Mars 2003, n°01-15.711

Kim A Eagle, MD; Peter B Berger, MD; Hugh Calkins, MD; Bernard R Chaitman, MD; Gordon A Ewy, MD; Kirsten E Fleischmann, MD, MPH; Lee A Fleisher, MD; James B Froehlich, MD; Richard J Gusberg, MD; Jeffrey A Leppo, MD; Thomas Ryan. 1996 ; 27 (4) : 910-48

KOSUTIC D, UGLESIS V, PERKOVIC D, PERSIC Z, SOLMAN L, LUPI-FERANDIN S, KNEZEVIC P, SOKLER K, KNEZEVIC G. Preoperative antiseptics in clean/contaminated maxillofacial and oral surgery ; prospective randomised study. Int J Oral Maxillofac Surg 2009 ; 38 (2) : 160-5

L n°2002-303, 4 mars 2002, JO 5 mars, p.4118

LINDEBOOM JA, TUK JG, KROON FH, VAN DEN AKKER HP. A randomized prospective controlled trial of antibiotic prophylaxis in intraoral bone grafting procedures: single-dose clindamycin versus 24-hour clindamycin prophylaxis. Mund Kiefer Gesichtschir 2005 ; 9 (6) : 384-8

LINDEBOOM JA, VAN DER AKKER HP. A prospective placebo-controlled double-blind trial of antibiotic prophylaxis in intra-oral bone grafting procedures : a pilot study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Ebdod 2003 ; 96 (6) : 669-72

LONGROIS D. Découverte fortuite d'une anomalie de l'hémostase en période pré-opératoire. Conférence d'actualisation. Elsevier ; 1998 : 75-83

MADRID C, Sanz M. What influence do anticoagulants have on oral implant therapy? A systematic review. Clin Oral Implants Res. 2009 Sep;20 Suppl 4:96-106

MAK PH, CAMPBELL RC, IRWIN MG, AMERICAN SOCIETY OF ANAESTHESIOLOGISTS. The ASA Physical status Classification: inter observer circonsistency. American Society of Anaesthsiolgists. *Anaesth Intensive care* 2002; 30 (5) : 633-40

MICHELINAKIS G, BARKLAY CW, SMITH PW. The influence of interimplant distance attachment type on the retention characteristics of mandibular overdentures on 2 implants : initial retention values. *Int J Prosthodont* 2006 ; 19 (5) : 507-12

MISCH CE, MISCH-DIETSH F, SILC J, BARBOZA E, CIANCIOLA LJ, KAZOR C. Posterior implant single-tooth replacement and status of adjacent teeth during a 10 year period: a retrospective report. *JPeriodntol* 2008 ; 79 (12) : 2378-82

MULLER E, RIOS CALVO MP Pain and dental implantology: sensory quantification and affective aspects. Part I : At the private dental office. *Implant Dent* 2001 ; 10 (1) : 14-22

OWENS WD, AMERICAN SOCIETY OF ANAESTHESIOLOGITS. Physical status classification system is not a risk classification system. *Anaesthesiology* 2001; 84 (2) : 378

PERDIJK FB, MEIJER GJ, STRIJEN PJ, KOOLE R. Complication in alveolar distraction osteogenesis of atrophic mandible. *Int J oral Maxillofac Surg* 2007 ; 36 (10) : 916-21

PITTET D, DUCCEL G. infectious risk factors related to operating room. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1994 ; 15 (7) : 456-62

ROIZEN MF. Preoperative evaluation. In : MILLER RD. Ed. *Anesthesia*. 4th ed. New York : Churchill Livingstone ; 1994 : 827-82

SANCHO-PUCHADES M, HERRAEZ-VILAS JM, BERINI-AYTES L, GAY-ESCODA C. Antibiotic prophylaxis to prevent local infection in oral surgery : use or abuse ? *Med Oral Patol Cir Buccal* 2009 ; 14 (1) : 28-33

SCHEIN OD, KATZ J, BASS EB, TIELSCH JM, LUBOMSKI LH, FELDMAN MA, PETTY BG, STEINBERG EP. The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. *N Engl J Med* 2000 ; 342 (3) : 168-75

SEBAN A. *Greffes osseuses et implants* Elsevier Masson ; 2008 : 61-4

WAHL MJ. Dental surgery and anticoagulated patients. *Arch Intern Med* 1998 ; 158 (15) : 1610-6

ZAO Y, LUI B, MA X. Complete overdenture retained with implants and bar-clip attachment. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 1999 ; 17 (4) : 338-40

KAYA Y, NOGUCHI N, GOTO M, YAMASHITA Y, HANIHARA T, TAKAMORI H, SATO I, KAWAI T, YOSUE T. Measurement of anterior loop length for the mandibular canal and diameter

of the mandibular incisive canal to avoid nerve damage when installing endosseous implants in the interforaminal region : a second attempt introducing cone beam computed tomography. *J Oral Maxillofac Surg* 2009 ; 67 (4) : 744-50

KAYA Y, SENCIMEN M, SAHIN S, OKCU KM, DOGAN N, BAHCECITAPAR M.
Retrospective radiographic evaluation of the anterior loop of the mental nerve : comparison between panoramic radiography and spiral computerized tomography. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2008 ; 23 (5) : 919-50

Sites internet :

www.hassante.fr

<http://myrocklinimplantdentist.com/397/cone-beam-computerized-tomography/>

<http://www.anatmage.com/Clinical-ImplantPlanning.html>

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----|
| <u>Sommaire</u> | p1 |
| <u>I. Introduction</u> | p2 |
| <u>II. Première consultation</u> .p3 | p3 |
| II.1 Accueil du patient | p3 |
| II.2 Constitution du dossier médical | p4 |
| II.3 Motivations du patient | p5 |
| II.4 Etat de santé du patient | p5 |
| II.4.1 Généralités | p6 |
| II.4.2. La personne âgée | p6 |
| II.4.3. Formulaire d'évaluation médical | p7 |
| II.4.4 Classification ASA | p8 |
| II.4.5 Estimation du risque opératoire | p8 |
| II.4.5.1 Risque hémorragique | p9 |
| II.4.5.2 Risque infectieux | p9 |
| II.4.5.3 Risque endogène : liée à l'état général du patient | p9 |
| II.4.5.4 Risque iatrogène : Défaut de maîtrise des actes chirurgicaux | p10 |
| II.4.5.5 Risque exogène : contamination exogène, hygiène, asepsie | p10 |
| II.4.5.6 Maladies coronariennes récentes ou chroniques | p11 |
| II.4.5.7 Hypertension artérielle | p11 |
| II.4.5.8 Réactions allergiques | p11 |
| II.4.5.9 Diabète sucré | p13 |
| II.4.5.10 Maladie de la glande thyroïde | p13 |
| II.4.5.11 Oncologie et traitements associés | p13 |
| II.4.5.12 Maladies de l'os | p14 |
| II.4.5.13 Effets du vieillissement | p14 |
| II.4.5.14 Toxicomanies: alcoolisme, tabagisme, prise de stupéfiants | p15 |
| II.5. Contre-indications | p16 |
| <u>III. Examen bucco-dentaire</u> | p16 |
| III.1 Examen exo-buccal | p18 |
| III.2. Examen endobuccal | p18 |
| III.3 Examens radiologiques | p18 |
| III.3.1. Radiographie rétro-alvéolaire | p19 |
| III.3.2. Radiographie panoramique | p19 |
| III.3.3 Téléradiographie de profil | p22 |
| III.4. Indications des implants et des greffes osseuses à visée implantaire | p23 |
| III.4.1 Edentements complets | p23 |
| III.4.2 Edentements unitaires | p26 |
| III.4.3 Edentements partiels | p27 |
| <u>IV. Ordonnance pré-opératoire et post-opératoire</u> | p31 |
| IV.1 Prémédication sédatrice | p31 |

| | |
|---|-----|
| IV.2 Prophylaxie antibiotique | p32 |
| IV.3 Prémédication antalgique et anti-inflammatoire/anti-inflammatoires non stéroïdiens | p32 |
| IV.4 Antiseptique locaux | p34 |
| V. Cadre légal de la relation praticien-patient | p34 |
| IV. Conclusion | p37 |
| Bibliographie | p40 |

TITRE DU MÉMOIRE :

LA PREMIERE CONSULTATION EN IMPLANTOLOGIE

Résumé :

La première consultation en implantologie est l'étape fondamentale qui va jalonner les suites du traitement et conditionner la réussite de ce dernier. Au cours de cette première étape le praticien établira le premier rapport avec son patient qui se devra d'être un rapport de confiance. Le questionnaire médical, l'anamnèse, est un examen obligatoire d'un point de vue médico-légal. Il s'opère une sélection du patient en fonction de son état clinique et de l'indication d'implanter ou non. Il y aura établissement d'un devis et d'un consentement éclairé. C'est une étape cruciale, on ne peut faire une bonne première impression qu'une fois.

Rubrique de classement :

Anatomie et chirurgie implantaire

Mots-clés :

Première consultation, anamnèse

Enseignants :

Mr le Professeur Jean Michel **PRADES**

Mr le Professeur André **MORIN**

Mr le Docteur Robert **GAUTIER**

Melle le Docteur Sabrina **SASSI**

Adresse de l'auteur:

Jonathan DE SA PEREIRA
37 rue Maryse Bastié 69008 Lyon