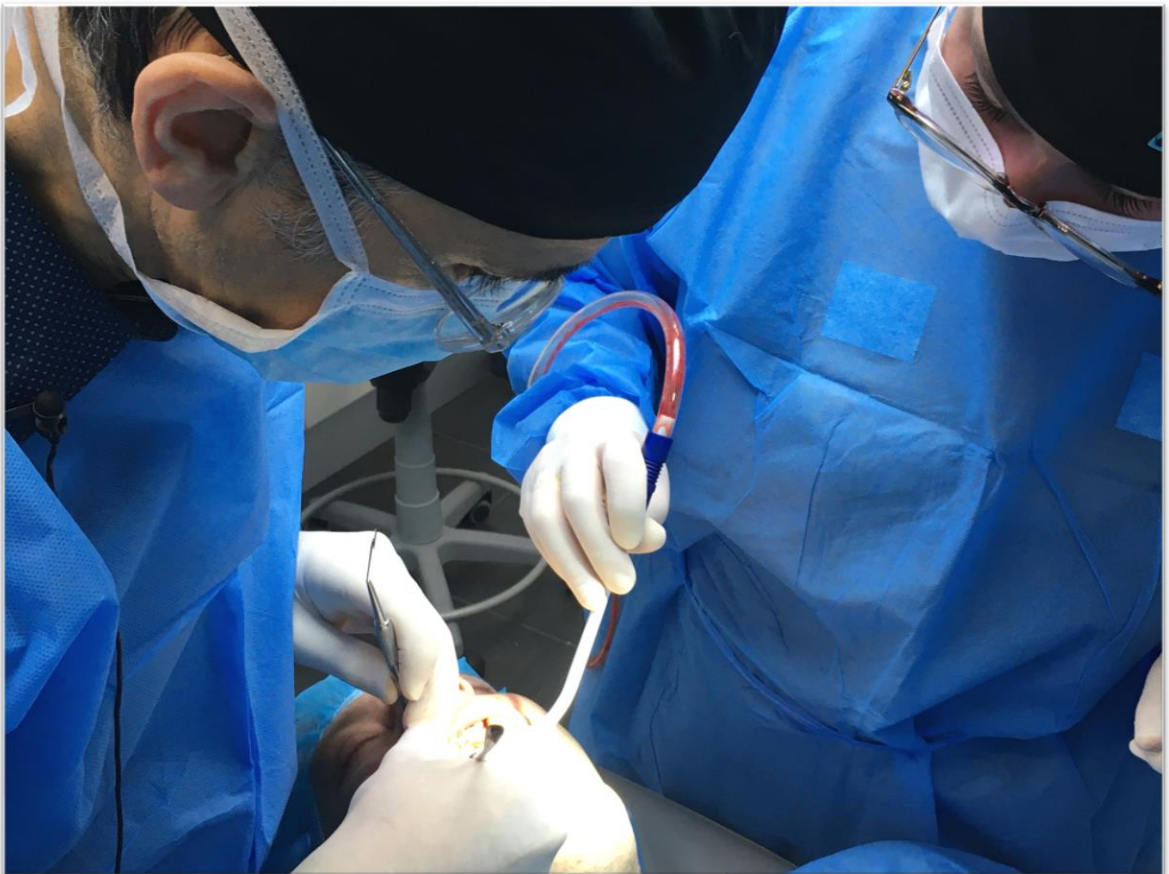


LE GUIDE DE LA GESTION DES COMPLICATIONS EN IMPLANTOLOGIE



Gestion des complications

► Premier temps opératoire

PROBLÈMES	CAUSES POSSIBLES	SOLUTIONS
Saignement lors du forage.	Lésion d'une artériole.	Le placement de l'implant arrête le saignement.
Implant instable après sa mise en place.	Os de faible densité. Préparation osseuse imprécise.	Mobilité latérale : enlever l'implant et le remplacer par un implant plus large. Mobilité en rotation : augmenter le temps de cicatrisation.
Filets de l'implant exposés.	Crête trop fine.	Couvrir les filets avec du coagulum ou placer une membrane.
Gonflement en lingual juste après la mise en place d'implants dans la symphyse mentonnière.	Lésion d'une branche de l'artère sublinguale.	Situation d'urgence. Adresser le patient dans un centre spécialisé pour coagulation de l'artère sous anesthésie générale.
Douleurs postopératoires importantes subsistant après quelques jours.	Ostéite due à une préparation osseuse trop agressive ou à une contamination bactérienne.	Déposer l'implant causal.
Insensibilité labio-mentonnière.	Lésion ou compression du nerf alvéolaire inférieur.	Si les signes persistent après une semaine, faire un scanner, déterminer l'implant responsable et le déposer.
Vis de couverture apparente après quelques semaines de mise en nourrice.	Vis de couverture pas assez enfouie. Muqueuse trop fine. Compression de la prothèse transitoire.	Ne pas tenter de recouvrir la vis apparente. Prescrire au patient des mesures d'hygiène très rigoureuses. Placer le plus rapidement possible un pilier de cicatrisation. Éviter la prothèse transitoire.
Abcédation au-dessus d'une vis de couverture après quelques semaines de mise en nourrice.	Implant non ostéointégré (peu probable). Infection autour de la vis de couverture (généralement légèrement dévissée).	Déposer l'implant. Faire un lambeau, enlever le tissu de granulation, désinfecter avec une solution à la chlorhexidine, changer la vis de couverture, resuturer.

◆ Deuxième temps opératoire + connexion du pilier

PROBLÈMES	CAUSES POSSIBLES	SOLUTIONS
Implant légèrement sensible mais parfaitement immobile.	Ostéointégration imparfaite.	Allonger la période de cicatrisation sans mise en fonction pendant 2 à 3 mois supplémentaires et retester l'implant.
Implant légèrement douloureux et mobile.	Non-ostéointégration.	Déposer l'implant.
Difficulté pour visser une vis de transfert, une vis de pilier ou un capuchon de cicatrisation.	Filetage de la vis endommagé.	Changer la vis de pilier.
Dévisage du pilier de cicatrisation ou du pilier définitif.	Mauvais serrage lors de leur pose. Pression de la prothèse adjointe partielle.	Anesthésier la zone, enlever tout le tissu de granulation qui recouvre la tête de l'implant, désinfecter avec de la chlorhexidine, replacer le pilier. <i>Procéder à un serrage calibré à la clé dynamométrique en respectant le couple requis.</i> Attention : si de la gencive est coincée sous le pilier lors du resserrage, il y a un risque d'infection avec une perte osseuse importante.
Fracture d'une vis de prothèse lors du serrage définitif.	Serrage à un couple trop élevé.	Si le fragment de vis de prothèse n'est pas accessible, il faut changer la vis de pilier.
Impossibilité à parfaitement connecter le pilier sur l'implant.	Dégagement osseux insuffisant.	Anesthésier, utiliser la tréphine à os avec la tige guide, dégager l'os. Nettoyer et rincer au sérum physiologique, puis replacer le pilier. Penser à vérifier radiographiquement la bonne adaptation du pilier sur l'implant.
Tissu de granulation autour de la tête de l'implant.	Mise en place traumatique de l'implant, compression de la prothèse transitoire, operculisation au-dessus de la vis de couverture.	Débrider, désinfecter à l'aide d'une solution à la chlorhexidine. Si la lésion est trop importante, prévoir une technique de régénération osseuse avec greffe osseuse.

◀ Étape de prothèse : contrôle après la pose de la prothèse

PROBLÈMES	CAUSES POSSIBLES	SOLUTIONS
Douleur ou sensation de tension lors du vissage d'une vis (pendant l'essayage de la travée ou lors de la pose de la prothèse).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implant présentant une ostéointégration imparfaite. 2. Mauvaise adaptation de la travée. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arrêter les étapes de prothèse. Laisser l'implant sans charge pendant deux mois supplémentaires. Le retester et reprendre les étapes de prothèse. 2. Couper la travée, prise d'une clef et soudure primaire au laboratoire. Réessayage de la travée.
Dévissage d'une ou plusieurs vis de prothèse lors du premier contrôle à 15 jours.	<p>Problème d'occlusion. <i>Vissage non calibré.</i></p>	<p>Revisser, <i>avec des vis neuves et une clé dynamométrique en respectant le couple de serrage recommandé</i>, vérifier l'occlusion, et reconstruire après 15 jours.</p>
Dévissage des vis de prothèse lors du deuxième contrôle ou dévissage tardif.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problème d'occlusion ou mauvaise adaptation de la travée. 2. Extension trop importante, mauvaise conception de la prothèse. 3. <i>Vissage non calibré.</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier l'occlusion et/ou vérifier l'adaptation de la travée. 2. Réduire l'extension. Changer la conception de la prothèse (ajouter un implant etc...). 3. Revisser, <i>avec des vis neuves et une clé dynamométrique en respectant le couple de serrage recommandé</i>, vérifier l'occlusion, et reconstruire après 15 jours.
Apparition d'un abcès en regard d'un implant.	Mauvaise adaptation du pilier sur l'implant.	Vérifier l'adaptation du pilier sur l'implant grâce à une radiographie rétroalvéolaire. Enlever le pilier, le stériliser, enlever le tissu de granulation, désinfecter à l'aide d'une solution à base de chlorhexidine, replacer le pilier. <i>Utiliser une vis neuve.</i>
Apparition de douleurs après la mise en place de la prothèse.	Désostéointégration d'un implant. Infection péri-implantaire.	Enlever l'implant. Coir ci-dessous.
Fracture de la résine ou de la céramique.	Problèmes d'occlusion, patient bruxomane ou parafunctionnel.	Vérifier l'occlusion. Réalisation d'une gouttière occlusale.
Fracture de l'armature.	Armature métallique trop fine et/ou extension prothétique trop importante. Patient bruxomane ou parafunctionnel.	Refaire la prothèse en modifiant la conception (ajout d'un implant, déduction ou suppression des extensions, réduction de la largeur de la surface occlusale, diminution des pentes cuspidiennes, etc.). Réalisation d'une gouttière occlusale.

PROBLÈMES	CAUSES POSSIBLES	SOLUTIONS
Fracture de vis de prothèse ou de pilier.	Problème d'occlusion, mauvaise adaptation de la travée ou mauvaise conception de la prothèse.	Si l'occlusion et l'adaptation de la prothèse semblent correctes, modifier la conception de la prothèse : réduire ou supprimer les extensions, réduire la largeur de la surface occlusale, ajouter un implant etc...
Fracture de l'implant.	Surcharge occlusale.	Déposer l'implant à l'aide d'une tréphine à os adaptée, attendre 2 à 6 mois, replacer un nouvel implant si possible de diamètre plus important, refaire la prothèse.
Perte osseuse continue autour d'un ou plusieurs implants.	<ol style="list-style-type: none"> Infection (péri-implantite). Surcharge occlusale. 	<ol style="list-style-type: none"> Supprimer les facteurs étiologiques (mauvais contrôle de plaque, forme de contour prothétique inadaptée etc...). Rechercher un foyer d'appel sur les dents naturelles. Faire éventuellement des tests bactériens. Débrider la lésion. Aménager les tissus péri-implantaires (greffes gingivales). Envisager une technique de régénération osseuse. Modifier la conception de la prothèse. Réduire ou supprimer les extensions, réduire la largeur de la surface occlusale, réduire la pente cuspidienne, ajout d'un implant, etc...
Visibilité du pilier en titane à travers la mu- queuse.		Faire une greffe de tissu conjonctif enfouie. Changer le pilier et utiliser un pilier nitruré.
Problèmes phonétiques importants ne disparaissant pas après 2 à 3 mois.		Fermer les espaces inter-implantaires (attention aux possibilités de main- tenance). Faire une fausse gencive amovible. Enlever la prothèse fixe et la remplacer par une prothèse à ancrage supra-implantaire.
Saignement au sondage.	Mucosité ou péri-implantite.	Supprimer les facteurs étiologiques (mauvais contrôle de plaque, forme de contour prothétique inadaptée etc...), rechercher un foyer d'appel sur les dents naturelles. Faire éventuellement des tests bactériens. Débrider la lésion. Aménager les tissus péri-implantaires (greffes gingivales). Envisager une technique de régénération osseuse.

➤ Protocole de chirurgie avancée

PROBLÈMES	CAUSES POSSIBLES	SOLUTIONS
Greffe osseuse sous membrane		
Exposition précoce de la membrane.	Suture en tension.	Ne pas tenter de resuturer. Mise du patient sous antibiotique, Dépose de la membrane le plus rapidement possible. Tout le tissu de granulation doit être enlevé. Suture bord à bord sans mise en place d'une nouvelle membrane. Prévoir une perte de volume de la greffe au moment du placement des implants.
Suppuration tardive.	Indéterminée. Fil de suture laissé en place.	Même protocole que ci-dessus.

PROBLÈMES

CAUSES POSSIBLES

SOLUTIONS

Grefe osseuse monobloc

<p>Hémorragie postopératoire au niveau du site donneur.</p>	<p>Saignement en nappe.</p>	<p>Comprimer le site. Mettre de la glace. Placer des compresses intrabuccales pendant 1 heure. Eventuellement revoir la qualité de la suture. Si le saignement se poursuit envisager l'effraction artérielle.</p>
<p>Hémorragie ou oedème important postopératoire au niveau du site donneur (dans les heures qui suivent l'intervention).</p>	<p>Effraction artérielle.</p>	<p>Anesthésier le patient et réexposer largement le site opératoire. Localiser le point de saignement. Appliquer de la cire à os sur le point de saignement et un matériau hémostatique résorbable dans la cavité osseuse. Attendre quelques minutes avant de resuturer hermétiquement. Mettre des compresses en bouche. Mettre un pansement compressif extra-buccal. Appliquer de la glace.</p>
<p>Hémorragie postopératoire au niveau du site receveur.</p>	<p>Suture lâche. Indéterminée</p>	<p>Vérifier la qualité de la suture. Placer des compresses en bouche. placer un pansement compressif extra-oral. appliquer de la glace</p>
<p>Mobilité de la greffe lors du placement de l'implant.</p>	<p>Cicatrisation insuffisante. Des espaces morts trop larges ont été laissés. Du tissu de granulation s'est interposé entre la greffe et le site receveur.</p>	<p>Si la greffe apparaît vitale (aspect macroscopique et saignement au forage) la déposer, raviver la face interne de la greffe ainsi que le site receveur. Repositionner la greffe et la fixer de façon efficace avec des micro-fixations. Prélever éventuellement des copeaux osseux à interposer entre la greffe et le site receveur pour éviter la nouvelle présence d'espace mort. Recouvrir éventuellement la greffe avec une membrane. Attendre à nouveau 6 mois. Si la greffe n'est plus vitale, la déposer et envisager une nouvelle intervention.</p>

PROBLÈMES

CAUSES POSSIBLES

SOLUTIONS

Greffe intrasinusiennes

Perforation de la membrane.	Membrane très fine. Décollement trop rapide. Présence d'un kyste mucoïde.	Poursuivre le décollement largement autour de la perforation, puis placer une «rustine» de membrane résorbable pour colmater la brèche.
Destruction complète de la membrane.	Voir ci-dessus.	Arrêter l'intervention si des particules doivent être placées. Il est possible de placer les particules dans une poche formée par une membrane résorbable, mais cette technique n'a pas fait l'objet d'études fiables. Poursuivre si une technique de greffe monobloc est employée.
Infection postopératoire.	Défaut d'asepsie pendant l'intervention. Infection à partir d'une dent proche de la greffe.	Placer le patient sous antibiotique (amoxicilline, acide clavulanique + métrondazole - si pas d'allergie) pendant 10 jours : - soit l'infection se sèche d'elle-même. Surveiller. - si la suppuration et l'œdème persistent dans les jours qui suivent, rouvrir et éliminer le tissu de granulation.
Épistaxis postopératoire.	Déchirure de la membrane. Hémorragie réactionnelle.	Pas de traitement. Le patient doit être prévenu en fin d'intervention de cette éventualité.

Extrait du livre «Prise de décision en pratique implantaire» de Franck RENOARD & Bo RANGERT - Quintessence International.

Les recommandations supplémentaires d'Evolyou sont mentionnées en italique.