

SERVICE DE STOMATOLOGIE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET D'IMPLANTOLOGIE

Madame, Monsieur,

Vous êtes venus consulter pour un problème de réhabilitation dentaire par prothèse. Lors de cette consultation et après avoir évoqué toutes les possibilités de traitement, votre praticien, votre chirurgien et vous-même avez, à priori, opté pour une prothèse sur implants dentaires. Un plan de traitement a été arrêté et un devis, précisant le montant des frais occasionnés par ce traitement, vous a été remis.

De manière à résumer ce qui a été dit ce jour là, nous nous permettons de vous remettre ce document que vous voudrez bien lire attentivement. Vous y retrouverez notamment, en fonction de votre propre cas (édentation complète du maxillaire, de la mandibule, remplacement de dent unitaire ou d'un groupe de dents), les différentes possibilités de traitement ainsi que leurs avantages et inconvénients relatifs. Y figurent également les différentes étapes chirurgicales ainsi que les principaux risques (non exhaustifs) du traitement.

Le but de ce document est de vous informer et de nous assurer que vous avez bien compris les étapes, les objectifs et les risques de ce traitement.

Si vous avez d'autres questions à nous poser, n'hésitez pas à reprendre contact pour que nous puissions y répondre.

A la fin de cette lecture et si vous estimez avoir été suffisamment informé, nous vous invitons à nous retourner l'un des exemplaires du document intitulé « consentement éclairé » joints à ce courrier, daté et signé attestant ainsi que vous donnez votre consentement éclairé à la mise en route du traitement.

Différents types d'édentation et moyens thérapeutiques

De nombreuses possibilités d'appareillage dentaire, s'adaptant à presque toutes les situations sont actuellement possibles. La meilleure solution pour votre cas personnel doit être discutée en fonction de nombreux paramètres : possibilités locales (volume de la crête dentaire restante, qualité de l'os sous-jacent, nombre et qualité des dents restantes...), degré d'exigence du patient (confort, esthétique, prothèse fixe ou mobile...), possibilités financières.

Ce n'est qu'au décours d'un bilan clinique et radiologique complet et en discutant avec votre praticien et votre chirurgien, éventuellement en prenant plusieurs avis, que la solution la plus adaptée à votre problème pourra être définie.

Concernant toutes les solutions faisant appel à des implants dentaires, il arrive chez certains patients que l'os disponible ne soit pas suffisant pour assurer un bon ancrage des implants et leur ostéointégration. Ceci est déterminé lors du bilan clinique et radiologique pré-implantaire. Si vous êtes dans ce cas, votre praticien et votre chirurgien vous proposeront au préalable une greffe osseuse pour augmenter le capital osseux local.

1. Remplacement de toutes les dents mandibulaires

Les patients dont la mandibule est totalement édentée sont pour le praticien une situation clinique difficile à traiter. Une prothèse complète mandibulaire peut être inconfortable et entraîner une résorption osseuse. Heureusement, l'art dentaire a évolué et offre maintenant plusieurs options nouvelles aux patients. Chaque option a ses avantages et ses inconvénients.

• **Option 1 La prothèse complète muco-portée (sans implant)**

Une prothèse complète est faite d'une base en résine acrylique porteuse de dents préfabriquées. Un avantage de ce traitement, classique, est son faible coût, mais son résultat peut, chez certains patients, se dégrader. En effet, la prothèse étant amovible, elle peut provoquer, chez certains patients, une irritation de la gencive. Sa mobilité peut par ailleurs être à l'origine d'une fonction peu efficace et d'une mastication difficile. Ceci peut être encore aggravé par la résorption osseuse qui se poursuit sous la prothèse. Il peut de ce fait être nécessaire de procéder à des retouches (rebasages) et/ou d'avoir recours à des colles pour stabiliser la prothèse. Même si ces problèmes ne surviennent pas chez tous les patients, il arrive malheureusement parfois que ces retouches et ces artifices ne suffisent plus à stabiliser ces prothèses conventionnelles.

D'autres options prothétiques sont alors possibles, permettant de retrouver un confort d'appareillage satisfaisant. Certaines sont envisagées ci-après.

• **Option 2 La prothèse adjointe supra-implantaire**

Cette prothèse est très semblable à une prothèse complète conventionnelle. La différence tient en ce qu'elle est retenue par au moins deux implants ostéo-intégrés. Elle peut être retirée et remplacée par le patient. Elle est clipsée aux implants par des cavaliers ou des éléments de rétention mécaniques (boutons-pression). L'efficacité masticatoire avec cette prothèse est satisfaisante. Sa stabilité et sa rétention sont bonnes. Les implants sont placés dans des zones sûres, en général, le secteur antérieur (symphyse mandibulaire). Les réparations de la prothèse et le remplacement des cavaliers peuvent s'avérer nécessaires. Si la résorption osseuse continue dans les secteurs postérieurs, là où la prothèse repose sur les tissus mous, il est possible de la ralentir avec des rebasages réguliers.

• **Option 3 Le bridge fixe implanto-porté**

Si cette option est retenue, quatre à six implants sont placés dans la mandibule, habituellement dans le secteur antérieur mais également, lorsque la quantité d'os est suffisante, dans les secteurs latéraux. L'avantage de cette option est que la prothèse est fixe. La mastication de la plupart des aliments est plus efficace et ne pose pas de problème. La stabilité et la rétention sont meilleures que celles des prothèses complètes conventionnelles ou des prothèses adjoindes supra radiculaires. L'inconvénient tient en la nécessité d'un grand nombre d'implants. Ceci requiert donc plus de sites où la quantité et la qualité d'os sont suffisantes pour la mise en place d'implants et constitue également une solution plus coûteuse, tant au niveau des implants que de la future prothèse. Il arrive que la conception de la prothèse fasse que son entretien quotidien soit difficile. En général, le bridge implanto-porté est plus difficile à entretenir autour des fixtures qu'une prothèse adjointe supra-implantaire.

Comme les autres prothèses, le bridge et l'infrastructure métallique peuvent casser, les vis se fracturer et se desserrer. Mais, il est important de noter que cette option prothétique a montré, tout au long de ses 25 ans de service clinique, un taux de succès supérieur à 90 %.

2. Remplacement de toutes les dents maxillaires

Les patients auxquels il ne reste aucune dent à l'arcade maxillaire sont souvent gênés par le manque de confort de leur prothèse. Plusieurs nouvelles approches prothétiques nous permettent de les aider. Les pages qui suivent traitent de ces problèmes et comment les résoudre.

• **Option 1 La prothèse complète muco-portée**

Une prothèse complète est une base, amovible, portant des dents en résine acrylique ou en porcelaine. Elle est quelquefois instable et peut basculer ou se déplacer lors de l'élocution. Pour certains patients, la fonction est médiocrement restaurée, l'élocution difficile, la mastication inefficace et la prothèse «ne tient pas» surtout lorsque des dents mandibulaires naturelles persistent. De ce fait ces patients réclament souvent le rebasage de leur prothèse. A l'extrême, les prothèses se fracturent et/ou ne présentent plus aucune stabilité.

Il est important de noter que ces problèmes n'existent pas chez tous les patients porteurs de prothèse complète. Il faut de plus savoir que ces prothèses sont moins coûteuses que les autres et le traitement moins long. Les recherches dentaires, cependant, vont continuellement dans le sens d'options de remplacement des dents au résultat plus prévisible et plus confortable. Certaines sont proposées ci-après.

• **Option 2 La prothèse adjointe supra-implantaire**

La seconde option pour ces patients au maxillaire édenté est la prothèse adjointe supra-implantaire. Elle est en tous points semblable à une prothèse complète conventionnelle s'appuyant sur les gencives, mais repose sur au moins quatre implants placés dans le maxillaire. Elle peut être retirée et remise en place par le patient. Les implants sont reliés par une barre en métal coulé sur laquelle vont venir se «clipser» des cavaliers qui retiennent la prothèse. D'autres systèmes de connexion entre la prothèse et les implants sont possibles tel le système de boutons-pression. L'avantage de ce type de prothèse adjointe supra-implantaire est que la prothèse est amovible. De ce fait la barre et la prothèse sont facilement accessibles à un nettoyage quotidien. Les implants rendent la prothèse plus stable et plus rétentive. Ils améliorent l'efficacité masticatoire. L'inconvénient de cette prothèse est que les vis des implants peuvent se fracturer ou se desserrer et, parfois l'ancrage des implants dans l'os peut se détériorer aboutissant à la perte des implants. La prothèse ou les dents artificielles peuvent également se fracturer. Le traitement dure plus longtemps que celui pour une prothèse muco-portée classique.

• **Option 3 Le bridge fixe implanto-porté**

Le bridge fixe maxillaire est une autre option prothétique pour ces patients au maxillaire totalement édenté. Il est porté par au moins cinq implants, et est fixe (pas amovible). Il est soit en métal et résine acrylique avec des dents préfabriquées (bridge type Brånemark), soit céramométallique (bridge classique). L'avantage de cette solution prothétique est une meilleure stabilité comparée à celle d'une prothèse complète conventionnelle ou parfois même de certaines prothèses supra-implantaires. Le bridge est fixe mais peut être démonté par le praticien. Il a été prouvé qu'il stabilisait le niveau osseux dans le temps. L'inconvénient de cette technique est l'échec occasionnel des implants, la fracture des vis, leur desserrage ou la fracture de la prothèse. De plus, le patient peut avoir quelques difficultés à l'entretien quotidien autour des fixtures de par la forme de contour de la prothèse aménagée pour obtenir un bon résultat esthétique ou pour cacher certains composants métalliques. Certains patients éprouvent de la difficulté à parler en raison du passage de l'air sous la prothèse lors de la prononciation de certains mots. Cependant, après une période d'adaptation et de retouches, l'élocution redevient normale. Il arrive, rarement, que ces problèmes perdurent.

3. Remplacement d'une dent manquante (remplacement unitaire)

Le problème posé par la perte d'une dent est particulier. Les patients, attentifs à leur aspect physique, envisagent de la remplacer, mais l'évolution et le déplacement naturel des autres dents rend cette opération particulièrement délicate. Si rien n'est fait, il y a un risque d'égression des dents antagonistes (« déchaussement ») et d'une version (« inclinaison ») des dents adjacentes dans l'espace laissé vacant. Heureusement, plusieurs options prothétiques se présentent au patient, parmi lesquelles il peut choisir. Ce sont le bridge conventionnel, le bridge collé, la prothèse adjointe partielle ou la couronne implantoportée. Chaque option présente des avantages et des inconvénients que nous allons détailler.

• Option 1 Le bridge conventionnel

Les dents bordant l'édentement sont préparées et taillées. Un bridge métallique ou céramométallique de trois éléments est alors scellé sur ces dents piliers.

L'inconvénient de cette option est le risque de lésions carieuses et d'atteinte pulpaire des dents piliers. Il existe également un risque pour les tissus gingivaux et l'os périodontaire susceptibles de provoquer des problèmes parodontaux. Les bridges peuvent toujours se desceller, voire se fracturer. L'entretien quotidien de certains peut s'avérer difficile. Les difficultés d'ordre esthétique ne sont pas négligeables car l'objectif à atteindre est que ce bridge s'intègre aux autres dents, ce qui souvent est un véritable défi. Un bridge ne peut s'envisager si la structure dentaire ou les tissus de soutien sont inaptes à le supporter.

Ce traitement est cependant classique. Le coût et le résultat en sont prévisibles. Un bridge remplace la dent absente, stabilise l'occlusion et évite le déplacement des dents antagonistes.

• Option 2 - Le bridge collé

Le bridge collé, en métal et en céramique, remplace la dent absente. Il est collé sur les faces palatines des dents bordant l'édentement. Comme un bridge conventionnel, un bridge collé est fixe : il ne peut être déposé. Les préparations des dents piliers sont moins importantes que celles des dents piliers des bridges conventionnels. Le bridge collé remplace la dent, stabilise l'occlusion et évite l'égression des dents antagonistes.

Le traitement est très court mais présente, entre autres inconvénients, un risque de décollement. Il y a aussi un risque de sensibilité dentaire au niveau des piliers ou de fracture de la restauration. La durée d'une telle prothèse est également variable. Il arrive que le métal soit visible par transparence et compromette le résultat esthétique. Parfois, une hygiène difficile à mettre en oeuvre est à l'origine d'une inflammation gingivale.

Cette option est cependant le traitement de choix pour les jeunes patients et certains praticiens la considèrent comme une prothèse transitoire jusqu'à l'âge adulte. Alors, une prothèse plus définitive est envisagée.

• Option 3 - La prothèse adjointe partielle

En métal et résine acrylique, une dent préfabriquée y est attachée. L'inconvénient de cette prothèse est qu'elle met en danger les dents voisines, avec le risque de caries au niveau des crochets de rétention de la prothèse et de problèmes gingivaux. Certains patients ont du mal à s'habituer à ce type de prothèse. Ils sont gênés pour parler ou mastiquer et reprochent à cette prothèse son volume. Dans certains cas, il est nécessaire de couronner ou de retoucher la morphologie des dents porteuses de crochets pour pouvoir insérer et retirer la prothèse. Parfois, ces crochets sont visibles lorsque le patient sourit. Si on reproche quelquefois à la prothèse adjointe partielle son manque de confort, elle a cependant l'avantage d'être

moins coûteuse, plus rapide à fabriquer et de remplacer à la fois la dent absente et les tissus gingivaux. De plus, elle est évolutive.

- **Option 4 - La couronne implanto-portée**

La couronne implanto-portée est un élément prothétique remplaçant une dent et fixé sur un implant. L'avantage de cette technique est qu'elle exclut toute préparation ou modification des dents bordant l'édentement. Les espaces interdentaires sont accessibles à l'hygiène. De récentes études ont montré que la mise en place d'un implant s'accompagnait du maintien de l'os environnant. Le praticien peut démonter la restauration pour la réparer ou la modifier, si nécessaire.

Toutefois, les vis peuvent se desserrer, la restauration se fracturer et l'implant se mobiliser. De plus, la couronne implanto-portée ne remplace pas les tissus inter dentaires disparus et occasionnellement se descelle ou se dévisse. Il faut noter, cependant, que des études cliniques montrent que 90 % des implants mis en place depuis plus de 25 ans sont toujours en fonction aujourd'hui (Brånemark). Des restaurations implanto-portées unitaires, placées depuis 1984, présentent des taux de succès analogues.

4. Remplacement d'un groupe de dents

Il s'agit dans ce cas de la perte de plusieurs dents adjacentes. Les solutions sont, comme dans le cas précédent, multiples, chacune présentant des avantages et des inconvénients.

- **Option 1 Le bridge conventionnel**

Comme dans le cas d'un remplacement unitaire, les dents bordant l'édentement sont préparées et taillées. Un bridge métallique ou céramométallique comportant le nombre d'éléments nécessaires est réalisé et scellé sur ces piliers.

Les avantages et les inconvénients sont les mêmes que précédemment (cf. chapitre précédent). Il faut cependant préciser que plus le pont est large (grand nombre d'éléments), et plus les risques d'échecs (fracture du bridge, lésions des dents piliers...) sont importants ceci étant lié aux contraintes mécaniques importante supportées par la prothèse.

- **Option 2 La prothèse adjointe partielle**

Comme dans le cas du remplacement d'une dent unitaire, cette prothèse, en métal et/ou en résine acrylique, est mobile et est stabilisée en prenant appui sur les dents voisines avec tous les risques et inconvénients que cela comporte (cf. ci-dessus) : manque de confort, risque de détérioration des dents saines adjacentes.

Elle représente cependant la solution la moins coûteuse.

- **Option 3 Le bridge implanto-porté**

Le groupe de dents manquantes est remplacé par un bridge céramométallique fixé sur plusieurs implants ostéo-intégrés. Le nombre d'implants à mettre en place dépend bien évidemment du nombre de dents à remplacer mais il n'est pas toujours indispensable de replacer chaque racine manquante par un implant, un bridge de quatre dents pouvant par exemple être stabilisé par trois implants.

L'avantage de cette technique est qu'elle respecte les dents bordant l'édentement. Les études montrent que la mise en place des implants permettait de préserver l'os environnant en raison de sa sollicitation mécanique directe. Là encore, même si la prothèse est fixe, le praticien peut la démonter pour la réparer ou la modifier, si nécessaire.

Les inconvénients principaux sont le coût du traitement (implants et prothèse) plus élevé, le risque de perte d'un ou de plusieurs implants lors de la mise en charge, la fracture du bridge.

Déroulement du traitement

La mise en place d'implants dentaires est un véritable geste chirurgical (incision de la gencive, trépanation osseuse...) qui doit être réalisé dans des conditions d'asepsie strictes.

La plupart de ces interventions sont parfaitement réalisables sous anesthésie locale.

Quelque soit votre cas, la mise en place des implants (ou de l'implant, en cas de remplacement dentaire unitaire) puis leur mise en charge se dérouleront de la même manière, en deux phases chirurgicales successives au minimum.

La première phase correspond à la mise en place des implants dans l'os du (ou des) maxillaire(s).

Avant cette mise en place, une étude réalisée par votre praticien et votre chirurgien (radiographies, denta-scanner, réalisation de gouttières de repérage et de guides chirurgicaux...) a permis de déterminer, en fonction de la position de la future prothèse, la position optimale de l'implant.

À la première étape chirurgicale, l'implant est mis en place dans l'os. Pour ce faire, la gencive est incisée et la crête alvéolaire est dénudée. Un forage atraumatique de l'os est pratiqué puis l'implant est habituellement vissé (plus rarement impacté) dans ce puits. Une vis de couverture est placée sur l'implant et la gencive peut ensuite être recousue par dessus cette vis.

Il est conseillé d'éviter de porter une prothèse pendant plusieurs jours, voire deux semaines pour ne pas compliquer la cicatrisation des tissus mous. Une prothèse provisoire peut ensuite être portée en veillant à ce qu'elle ne prennent pas appui sur la vis de couverture sous peine d'irritation gingivale voire d'échec de l'implant sous-jacent.

Une période de cicatrisation des tissus mous et de l'os d'au moins 4 mois pour la mandibule et de 6 mois pour le maxillaire est alors nécessaire pour obtenir une bonne ostéointégration de l'implant.

Au bout de ce délais, la seconde étape chirurgicale est réalisée.

La gencive est à nouveau incisée, l'implant est découvert et la vis de couverture est remplacée par un pilier de cicatrisation provisoire qui va traverser la gencive. Ce pilier provisoire, qui va rester en place environ 4 semaines, est destiné à favoriser la cicatrisation des tissus mous. Puis, un pilier trans-gingival définitif est vissé sur l'implant et la réalisation de la couronne est envisagée. Une empreinte est prise et la couronne est placée au rendez-vous suivant.

Les retouches sont réalisées au cours des mois suivants. Une fois que tous les réglages ont été effectués, que le patient et le praticien sont satisfaits, il faut prévoir un programme de maintenance et de contrôles périodiques.

Chez certains patients cependant, il se peut que le bilan clinique et radiographique pré-implantaires aient mis en évidence un manque de tissus osseux et un manque de gencive. Une augmentation (ou une reconstruction) de crête doit donc être réalisée avant toute tentative de mise en place d'implant, rajoutant une étape chirurgicale. Cette augmentation osseuse fait habituellement appel à une greffe osseuse qui est fixée à l'os résiduel. La greffe est généralement prélevée sur le patient lui-même (os autologue) soit au niveau de la mandibule (région symphysaire ou branche montante), soit au niveau de la voûte crânienne, soit encore au niveau de la crête iliaque en fonction de la quantité et de la qualité d'os nécessaire.

Au niveau des secteurs molaires et prémolaires du maxillaire supérieur, il est habituel de placer ce tissu osseux dans le bas fond du sinus maxillaire, réalisant un « sinus-lift » (ou « comblement » sinusien).

La greffe osseuse va progressivement s'intégrer en 4 à 6 mois à l'os résiduel du site receveur. Ce n'est qu'au bout de ce délais que les implants pourront être mise en place, selon les mêmes deux temps chirurgicaux que nous venons de voir ci-dessus.

5. Les risques de l'implantologie dentaire

La mise en place d'implants dentaires est une véritable intervention chirurgicale et comporte de ce fait un certain nombre de risques, certains étant spécifiques, d'autre étant communs à toutes les interventions chirurgicales.

Risques communs :

- Risque d'infection : La mise en place d'implants dentaire s'accompagne d'une incision gingivale, d'une dénudation et d'une trépanation de l'os. Il existe donc potentiellement un risque de contamination de ces différentes structures anatomiques (gingivite, ostéite...), d'autant qu'il est impossible d'obtenir une antiseptie parfaite en milieu buccale.

Ce risque est rare et pour le minimiser encore un bain de bouche antiseptique sera réalisé en préopératoire immédiat, suivi de la réalisation d'un champ opératoire en salle d'opération puis d'une antibio-prophylaxie post-opératoire. Par ailleurs les conditions d'asepsie et de stérilité du personnel et du matériel utilisé sont les mêmes que celles qui prévalent dans les blocs opératoires.

Il arrive que l'infection osseuse aboutisse à une destruction plus ou moins massive de l'os. Dans ces cas, après le contrôle de l'infection, il se peut qu'il soit nécessaire, avant de pouvoir remettre des implants, qu'une greffe osseuse soit nécessaire.

- Risque d'hématome et/ou de saignement post-opératoire : La gencive et l'os étant des structures vivantes, un saignement post-opératoire est toujours possible, pouvant se manifester soit par un saignement extériorisé en bouche (on « crache » du sang) soit par un hématome. Ce risque, faible, est minimisé par une légère compression à l'aide d'une compresse maintenue pendant le premier quart d'heure. En cas de saignement survenant après votre retour à domicile, la structure de notre service fait que vous pouvez à tout moment (24h/24) contacter l'un des médecins de garde du service qui pourra vous renseigner et éventuellement vous ré-examiner en urgence si nécessaire.

- Risques liés à l'anesthésie locale : Les risques principaux sont la survenue d'un malaise vagal (baisse du rythme du cœur, sensation de malaise imminent, perte de connaissance brève...) habituellement spontanément régressif, d'une allergie au produit anesthésique (xylocaïne, lidocaïne...) qui, bien que décrite dans la littérature, est exceptionnelle et habituellement connue de la part de patients qui ont déjà bénéficiés de soins dentaires sous anesthésie locale, un surdosage en anesthésique (toxicité cardiaque et neurologique...) habituellement retrouvé en cas d'injection intra-vasculaire ce qui est exceptionnel dans ce type de chirurgie. Quoiqu'il en soit, notre service comporte des médecins anesthésistes sur place ainsi qu'un service de réanimation chirurgicale jouxtant les blocs opératoire ce qui sécurise grandement l'environnement .

Risques particuliers

- Risques liés à la présence d'obstacles anatomiques : Ces obstacles sont principalement les cavités sinusiennes maxillaires au maxillaire supérieur et le nerf dentaire inférieur au niveau de la mandibule. En cas de hauteur d'os insuffisante ou d'un choix d'implants trop long, il est possible, lors du forage ou lors du vissage (ou de l'impaction) de l'implant de pénétrer dans ces deux structures.

La pénétration endo-sinusienne peut être parfaitement asymptomatique. Il peut cependant parfois se développer une irritation muqueuse se traduisant par une sinusite et le plus souvent par la perte de l'implant incriminé. A un stade plus grave, il peut persister après dépose de l'implant une communication permanente entre le sinus et la cavité buccale (fistule bucco-sinusienne) qui devra être traitée pour elle-même.

La pénétration dans le canal dentaire inférieur se manifeste habituellement par des troubles persistant de la sensibilité d'une hémi-lèvre inférieure (hypoesthésie, anesthésie) qui, malgré la dépose de l'implant, peuvent être définitifs si le nerf a été très traumatisé.

La localisation de ces obstacles est connue des chirurgiens, mais des variations anatomiques individuelles et des erreurs d'appréciation sont toujours possibles.

- Allergie au titane : Bien qu'exceptionnelles, des allergies au titane ont été décrites dans la littérature. Les implants dentaires sont habituellement réalisés dans ce métal en raison de ses très bonnes propriétés mécaniques, de son excellente bio-compatibilité habituelle et de ses capacités à s'ostéo-intégrer. L'allergie avérée au titane est donc une contre-indication à la mise en place d'implants dentaires.

- Absence d'ostéointégration : Dans un certain nombre de cas (4 à 6% des cas), l'implant ne se « soude » pas correctement à l'os environnant au décours de la première étape chirurgicale. Il en résulte que cet implant ne pourra pas être mis en charge et doit être considéré comme perdu. Ceci se manifeste par l'apparition progressive d'un liséré clair autour de l'implant visible sur les radiographies de contrôle et par une nette mobilité de l'implant lors du deuxième temps chirurgical.

Il faut alors déposer l'implant ou les implants incriminés. Après un délai de cicatrisation osseuse de quelques mois, il est possible de remettre en place des implants dans les mêmes sites avec les mêmes chances de succès que lors de la première intervention. Il se peut cependant que cette complication retarde la réalisation de la prothèse définitive.

- Risques liés à la mise en charge des implants : Une fois l'ostéointégration obtenue (en 4 à 6 mois), les implants sont mis en charge c'est à dire qu'ils sont connectés à la prothèse au moyen des piliers trans-gingivaux. Il est alors possible que, même parfaitement ostéo-intégrés, les implants se mobilisent, ceci étant lié à une surcharge mécanique due soit à une équilibration imparfaite de la prothèse soit à des dysfonctionnements de votre mastication : serrage excessif des dents (bruxisme, dyspraxies masticatrices...), mauvaises habitudes alimentaires (aliments durs...). S'il est habituel de constater, dans les années qui suivent la mise en charge des implants, un certain degré de résorption osseuse autour du collet des implants et qui est sans conséquence, une sollicitation mécanique excessive peut aboutir à une lyse osseuse plus importante tout autour de l'implant, aboutissant à une perte de celui-ci. Il est alors possible que la stabilité de la prothèse soit compromise.

- Risques liés aux éventuelles greffes osseuses préalables : Si l'os résiduel au niveau de vos maxillaires n'est pas suffisant, une greffe osseuse doit être réalisée avant la mise en place des implants (cf. ci-dessus). Certaines de ces interventions peuvent être réalisées sous anesthésie locale (cf. risques ci-dessus), mais parfois, en cas de grosses quantités d'os à mettre en place ou lors de certains types de prélèvements (os iliaque, crâne) ou encore pour certaines localisations (sinus-lift), une anesthésie générale est indispensable. Nous ne détaillerons pas les risques spécifiques de ce mode d'anesthésie qui vous seront précisés par le médecin anesthésiste lors de votre consultation pré-anesthésique, mais il faut que vous sachiez que ces risques, heureusement rarissimes, peuvent aller jusqu'au décès...

En dehors des risques classiques d'infection et d'hématome au niveau des sites donneurs, il existe des risques spécifiques liés au site de prélèvement de la greffe.

Voûte crânienne : Habituellement seule la couche la plus externe de la voûte crânienne est prélevée (table externe). Il arrive cependant que par endroit, du fait d'amincissements localisés, le prélèvement soit bi-cortical avec effraction intra-crânienne et exposition de la dure mère. Cette exposition est habituellement totalement bénigne, aboutissant en quelques mois à une cicatrisation osseuse. Des cas de plaie cérébrale, de méningite et de séquelles neurologiques ont cependant été exceptionnellement rapportés dans la littérature.

Crête iliaque : Les complications les plus souvent rapportées sont des douleurs au niveau de la hanche. Des cas de lésion de nerf sensitif de la cuisse sont possible, aboutissant à une zone d'insensibilité de la racine de la cuisse.

Mandibule : Les faibles quantités d'os prélevables à ce niveau font que ce site n'est utilisé que lorsque de faibles quantités d'os sont nécessaires. Il est alors possible d'endommager le nerf dentaire inférieur, aboutissant à une baisse de sensibilité de la lèvre inférieure. De rares cas de fracture de la mandibule ont été décrits.

Au niveau du site receveur des complications sont également possibles : infection ou nécrose du greffon, résorption plus ou moins importante de la greffe (plus importante avec l'os iliaque qu'avec les autres types d'os). Dans ces cas, le résultat escompté risque de ne pas être atteint, ce qui peut impliquer soit une nouvelle tentative de greffe, soit le renoncement aux implants.

Ce "catalogue" des risques n'est évidemment pas exhaustif. Il ne fait que rappeler les plus fréquents. Cette énumération n'est pas non plus destinée à vous faire peur, la très grande majorité des interventions se passant très bien, mais nous est imposée par la loi. Si vous avez la moindre inquiétude, parlez-en à votre praticien ou à votre chirurgien qui sauront vous ré-expliquer les risques qui se rapportent à votre cas particulier.

Il est par ailleurs important de noter que, quelle que soit l'option retenue, le succès post-opératoire dépend également d'un suivi dentaire régulier. Qu'elles soient naturelles ou prothétiques, toutes les dents ont besoin de soins, et l'hygiène quotidienne est indispensable au maintien d'une santé dentaire optimale. Des contrôles et un suivi réguliers seront donc nécessaires.

Si vous vous posez d'autres questions concernant le remplacement d'une dent, prenez contact avec votre praticien.