

# RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE



## INTRODUCTION

La réhabilitation implanto-portée est le volet de la dentisterie qui permet la restauration ainsi que le maintien des fonctions buccodentaires et de l'apparence du patient par le remplacement d'une ou de plus d'une dent par une couronne ou par une prothèse supportée par des implants ostéo-intégrés. Un traitement complet et réussi repose sur une approche intégrée des deux phases du traitement, soit la phase chirurgicale et la phase prothétique.

Ces lignes de conduite ont pour but de guider le dentiste ou le dentiste spécialiste dans l'application des meilleures pratiques en réhabilitation implanto-portée et d'établir les exigences de formation nécessaires en la matière.

## EXIGENCES DE FORMATION DU DENTISTE OU DENTISTE SPÉCIALISTE

Un dentiste ou dentiste spécialiste qui pratique la réhabilitation implanto-portée doit posséder les formations théorique et clinique ainsi que les qualifications nécessaires à l'exécution des phases chirurgicale ou prothétique, selon le cas. Malgré la diversité des techniques et procédures ainsi que la nature des cas rencontrés, il est admis que les cas cliniques sont généralement classés en deux catégories, soit les cas simples et les cas complexes (Annexe 1).

L'Ordre exige que le dentiste détienne une formation adéquate tant dans les aspects chirurgicaux que prothétiques de la réhabilitation implanto-portée. Cette formation doit être adaptée au niveau de complexité des cas et aux compétences à acquérir (Annexe 2).

## ÉTAPES ESSENTIELLES À LA RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE

L'Ordre des dentistes du Québec rappelle que toute réhabilitation implanto-portée implique l'accomplissement d'étapes essentielles à sa réalisation et réfère ses membres à des listes de contrôle (Annexe 3) pour chacune des étapes qu'ils pourraient être appelés à accomplir, à savoir :

- ✓ Évaluation préchirurgicale et préprothétique
- ✓ Planification de traitement et consentement éclairé
- ✓ Phase chirurgicale et suivi
- ✓ Réévaluation postchirurgie implantaire
- ✓ Phase prothétique et suivi
- ✓ Phase de maintien professionnel et personnel
- ✓ Prise en charge des complications

## DENTISTE OU DENTISTE SPÉCIALISTE QUI PRATIQUE DÉJÀ LA RÉHABILITATION IMPLANTO-PORTÉE

Le dentiste ou dentiste spécialiste qui pratique déjà la réhabilitation implanto-portée au moment de la publication des présentes lignes dans le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* aura 24 mois pour se conformer aux exigences et devra être en mesure de fournir sur demande les preuves attestant les formations suivies.

# Annexe 1 **GUIDE POUR LA CLASSIFICATION DES CAS**

NIVEAU DE COMPLEXITÉ	CAS SIMPLES	CAS COMPLEXES
<b>Perception du cas</b>	<p>Le résultat final peut être facilement visualisé et la réalisation des étapes est prévisible et conventionnelle.</p> <p>Les exigences esthétiques du cas ne sont pas élevées, les attentes du patient sont raisonnables et sa capacité à maintenir une bonne hygiène buccodentaire est adéquate.</p>	<p>Le résultat final ne peut être facilement visualisé sans un travail de diagnostic et de planification globale et multidisciplinaire, notamment un montage de modèles d'étude, un cirage diagnostique, etc.</p> <p>De nombreuses étapes de réalisation sont requises pour atteindre le résultat optimal et le risque de complications est accru.</p> <p>Les exigences esthétiques du cas sont élevées, tout comme les attentes du patient. La phase de maintien professionnel et personnel exigera un suivi particulier.</p>
<b>Âge et santé globale du patient</b>	<p>Il n'existe aucune contre-indication à subir les phases chirurgicale et prothétique.</p>	<p>Des considérations reliées à l'âge, à la condition du parodonte, à l'état de santé ou d'autres facteurs de risque tels que le tabagisme, le diabète ou le bruxisme existent. Ils impliquent une prise en charge particulière, notamment quant à la durée des procédures et à la gestion des complications.</p>
<b>Positionnement des dents</b>	<p>Les dents à remplacer respectent la forme de l'arcade existante et les dents adjacentes et opposées déterminent la position optimale de la restauration implanto-portée.</p>	<p>Il n'y a pas de dents adjacentes ou les dents présentes ne sont pas positionnées de façon appropriée. Un travail de diagnostic et de planification globale et multidisciplinaire est requis pour déterminer la position optimale de la restauration implanto-portée, tant d'un point de vue esthétique, mécanique que fonctionnel.</p>
<b>Phase chirurgicale</b>	<p>La chirurgie implantaire ne comporte pas de risques anatomiques et peut être exécutée sans modification importante des tissus durs.</p> <p>Les soins chirurgicaux peuvent être administrés par un dentiste formé adéquatement.</p>	<p>La chirurgie implantaire est plus difficile et comporte des risques anatomiques qui peuvent requérir des modifications ou une gestion importantes des tissus durs, notamment dans les cas d'implants immédiats, les greffes d'os et les procédures d'élévation du plancher sinusal.</p> <p>Les soins chirurgicaux devraient être exécutés par un chirurgien buccal et maxillo-facial, un parodontiste ou par un dentiste possédant une formation avancée en chirurgie et une expérience significative.</p>
<b>Tissus mous</b>	<p>Il y a peu ou pas de nécessité d'augmenter ou d'altérer la position de la muqueuse péri-implantaire. L'intervention ne requerra pas de greffe importante de tissus durs/mous.</p>	<p>Il y a nécessité d'augmenter ou d'altérer la position de la muqueuse péri-implantaire, ce qui requiert une greffe importante de tissus durs/mous.</p>
<b>Occlusion</b>	<p>Les dents peuvent être remplacées sans modification du plan occlusal, de la dimension verticale et de la position d'intercuspidation maximale existants.</p>	<p>Il y a nécessité de modifier le plan occlusal, la dimension verticale ou la position d'intercuspidation maximale existants.</p> <p>Les soins prothétiques devraient être exécutés par un prosthodontiste ou par un dentiste possédant une formation avancée en prosthodontie et une expérience significative.</p>

**N.B.** Il est admis que peu de situations correspondront exactement aux catégories décrites, mais ces définitions aideront le dentiste et son équipe dans la sélection des cas adaptés à leurs compétences.

**SOURCES :** Des passages de ce document ont été traduits et adaptés du document *Guidelines on Educational Requirements & Professional Responsibilities for Implant Dentistry*, mai 2013, Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, ainsi que de *Training Standards in Implant Dentistry*, 2012, The Association of Dental Implantology, Royaume-Uni.

## Annexe 2 **FORMATION MINIMALE**

### EXIGENCES DE FORMATION DU DENTISTE OU DU DENTISTE SPÉCIALISTE

Les exigences de formation décrites s'adressent au dentiste qui désire effectuer des réhabilitations implanto-portées (phases chirurgicale ou prothétique).

Il est admis que certains dentistes ont déjà suivi de la formation sous des formes diverses et acquis une expérience pratique en exécutant des réhabilitations implanto-portées. Ces dentistes devraient évaluer le niveau de la formation et des cours qu'ils ont suivis en regard des exigences minimales décrites et être en mesure de le démontrer. Si nécessaire, tout manquement identifié par rapport aux exigences minimales devrait faire l'objet d'une formation supplémentaire et continue.



La nature multidisciplinaire de la réhabilitation implanto-portée nécessite une formation adéquate qui assurera une communication efficace entre les membres de l'équipe dentaire ainsi qu'avec le patient.

#### CAS SIMPLES

Le dentiste qui exécute les phases chirurgicale et prothétique de la restauration implanto-portée doit avoir suivi une (des) formation(s) totalisant au moins 35 heures pour chacune des phases ou de 70 heures pour les deux phases. Ces formations doivent avoir des composantes pratiques (exposition clinique et « hands-on »).

Le dentiste qui limite sa pratique à l'une des deux phases (chirurgicale ou prothétique) doit avoir suivi une (des) formation(s) totalisant au moins 35 heures pour la phase qu'il exécute et de 15 heures pour la phase qu'il n'exécute pas.

Le dentiste doit détenir une connaissance et une compréhension de toute phase qu'il n'effectue pas lui-même. Le niveau des compétences à acquérir (connaissance, compréhension, prise en charge, exécution) en regard des éléments suivants dépend de la phase effectuée par le dentiste :

- les concepts fondamentaux de biologie, de biomécanique, de biomatériaux, de physiologie de l'os ainsi que les types de liens des implants dentaires avec les tissus-hôtes;
- les considérations anatomiques du complexe maxillo-facial et les variations anatomiques dues à la résorption liée à la perte des dents;
- les méthodes permettant d'évaluer le patient, de poser un diagnostic et d'établir un plan de traitement (sélection du site chirurgical), de sélectionner les candidats (éducation et préparation), de choisir le type d'implant requis (sélection et indications);
- les techniques diagnostiques et d'imagerie indiquées pour évaluer la quantité et la qualité de l'os;
- les conditions locales ou systémiques qui peuvent influencer sur la phase chirurgicale, la phase de restauration ou la phase de maintien, incluant le comportement anticipé du patient en réponse au traitement;
- les étapes séquentielles de la planification en réhabilitation implanto-portée, les mécanismes de référence et les options conventionnelles de traitement;
- les procédures prothétiques préparatoires à la chirurgie (p. ex., guide radiologique et guide chirurgical) et les principes de sélection d'implants;
- les procédures et les choix de traitements prothétiques ainsi que leurs limites (provisoire, restauration unitaire, prothèse fixe, prothèse fixe-amovible, prothèse amovible);
- la chirurgie implantaire et ses limites (asepsie et contrôle de l'infection, armementarium, préparation, anesthésie, protocole, etc.) ainsi que les soins postopératoires (médication, etc.);
- le traitement des complications chirurgicales et prothétiques;
- les déterminants de la phase de maintien, dont le suivi radiologique et ses particularités, le traitement des pathologies péri-implantaires, etc.

#### CAS COMPLEXES

Le dentiste qui désire exécuter les phases chirurgicale ou prothétique pour les cas complexes doit au préalable détenir les compétences requises pour effectuer les traitements pour des cas simples et acquérir les compétences supplémentaires nécessaires par des formations tant théoriques que cliniques qui seront adaptées à ses besoins spécifiques. Ces formations devraient être réalisées sous la supervision d'un dentiste ayant une expérience significative en réhabilitation implanto-portée complexe et aussi permettre d'acquérir les compétences requises à la gestion de toutes les complications à long terme.

# Annexe 3 LISTES DE CONTRÔLE

## ÉVALUATION PRÉCHIRURGICALE ET PRÉPROTHÉTIQUE

### PLANIFICATION DE TRAITEMENT ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Identifier la plainte principale et les attentes du patient

Obtenir et interpréter l'histoire médicale et dentaire et identifier toute condition significative pouvant affecter la prise en charge du patient

Effectuer les consultations médicales ou tests nécessaires et analyser les résultats

Confirmer l'équipe dentaire qui sera responsable de procéder aux phases chirurgicale et prothétique et, si le dentiste restaurateur est différent du dentiste chirurgien, planifier le traitement conjointement

Compléter l'examen clinique intraoral et extraoral :

- Présence de pathologies orales
- Anatomie et forme des crêtes osseuses
- Relation inter-arches et leurs positions relatives en regard de la dentition existante
- Occlusion et parafonction
- Qualité, localisation et quantité d'os
- Condition parodontale de la dentition existante
- Localisation des sites favorables à la pose des implants

Compléter les radiographies et les tests diagnostiques

- Modèles d'étude
- Montage sur articulateur, cirage diagnostique et évaluation
- Radiographies rétroalvéolaires et panoramiques
- Imagerie médicale (tomographie volumique à faisceau conique, tomodynamométrie)

Déterminer la nature du cas (simple ou complexe)

Établir le diagnostic

Traiter les pathologies présentes, notamment les caries dentaires et la maladie parodontale

Finaliser les plans de traitement indiqués et prévoir tout besoin en chirurgie préparatoire préimplantaire

Compléter et documenter le processus de consentement éclairé

Fabriquer le guide chirurgical

Donner les instructions préchirurgicales et rédiger les prescriptions requises

## PHASE CHIRURGICALE ET SUIVI

Avant la chirurgie implantaire

- S'assurer d'un temps de guérison adéquat suivant toute chirurgie préparatoire préimplantaire
- Revoir et confirmer le consentement éclairé
- Confirmer la technique de sédation/anesthésie
- Confirmer que le patient est à jeun avant toute sédation/anesthésie
- Confirmer la présence d'un adulte accompagnateur responsable
- Vérifier la prise de la médication préopératoire
- Confirmer la technique chirurgicale et les sites de pose d'implants
- Vérifier la disponibilité des forets et des implants correspondants
- Vérifier la disponibilité de pièces à main chirurgicales et de forets de remplacement en cas de besoin
- Vérifier la disponibilité du matériel nécessaire à la pose d'un greffon osseux si requis en cours de procédure
- Vérifier la présence du guide chirurgical
- Vérifier la disponibilité et l'affichage des radiographies ou tout autre système d'imagerie
- Vérifier la disponibilité de la prothèse de transition

Pendant la chirurgie implantaire

- Évaluer la qualité de l'os
- Placer un nombre adéquat d'implants en vue de la prothèse planifiée
- Évaluer la stabilité mécanique initiale de l'implant
- Placer les vis de recouvrement ou les piliers de guérison requis
- Prendre les radiographies opératoires et postopératoires nécessaires

Après la chirurgie implantaire

- Mettre la prothèse de transition en bouche
- Fournir les instructions postopératoires
- S'assurer de rédiger les prescriptions pour la médication postopératoire
- Planifier le rendez-vous de suivi postopératoire
- S'assurer que le patient est apte à quitter avec l'adulte accompagnateur responsable

## RÉÉVALUATION POSTCHIRURGIE IMPLANTAIRE

Confirmer la guérison

Vérifier l'absence d'enflure et d'ecchymoses

Retirer les points de suture ou vérifier leur résorption

Vérifier l'absence de douleur, d'infection et de paresthésie

Vérifier la stabilité des implants et des piliers de guérison

Vérifier le confort et la stabilité de la prothèse de transition

Préparer et transmettre le rapport au dentiste responsable de la phase prothétique, si différent du dentiste responsable de la phase chirurgicale

### PHASE PROTHÉTIQUE ET SUIVI

Planifier les rendez-vous pour la phase de restauration prothétique

Prendre les empreintes

Vérifier l'adaptation des restaurations

Vérifier et ajuster l'occlusion

Mettre en bouche les restaurations

Donner les instructions d'hygiène

Planifier les rendez-vous de suivi

### PHASE DE MAINTIEN PROFESSIONNEL ET PERSONNEL

Confirmer l'absence de plainte ou d'inquiétude auprès du patient

S'assurer que les rendez-vous de suivi sont respectés par le patient

Vérifier la qualité des tissus mous péri-implantaires

Vérifier la qualité de l'hygiène buccodentaire

Vérifier la stabilité de la prothèse

Vérifier la stabilité de l'occlusion

Prendre les radiographies appropriées pour confirmer la stabilité osseuse péri-implantaire et la stabilité des connecteurs implantaires

### PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

Pendant tout le processus de réhabilitation implanto-portée, le patient doit être clairement informé de la procédure à suivre en cas d'urgence

Toute complication doit être prise en charge adéquatement et bien notée au dossier