

Extrait du Consensus online

<http://www.consensus-online.fr/Valvulopathies-et-implants>

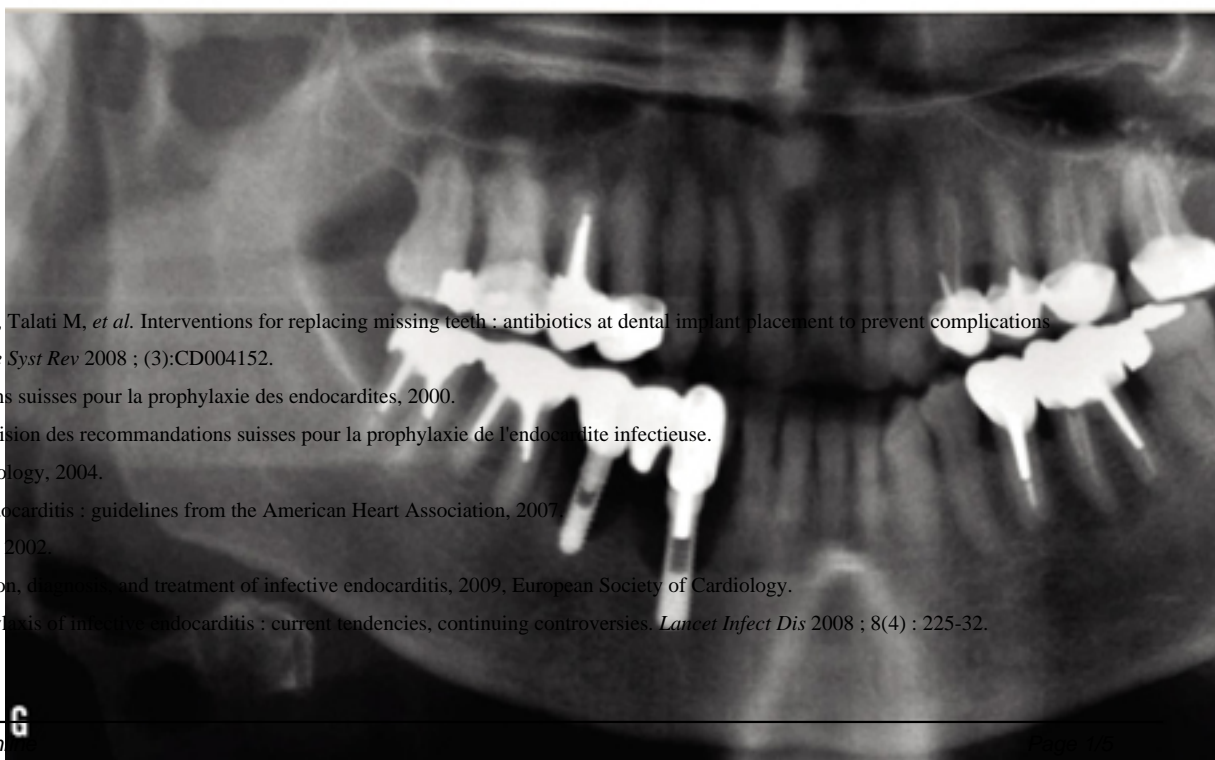
# Valvulopathies et implants dentaires : vers une évolution des recommandations

- Consensus Cardio - Consensus Cardio n°62 - octobre 2010 - Attitudes -

Date de mise en ligne : mardi 2 novembre 2010

## Description :

1. Esposito M, Grusovin MG, Talati M, *et al.* Interventions for replacing missing teeth : antibiotics at dental implant placement to prevent complications (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2008 ; (3):CD004152.
2. Nouvelles recommandations suisses pour la prophylaxie des endocardites, 2000.
3. Flückiger U, Jaussi A. Révision des recommandations suisses pour la prophylaxie de l'endocardite infectieuse.
4. European Society of Cardiology, 2004.
5. Prevention of infective endocarditis : guidelines from the American Heart Association, 2007.
6. Afssaps, recommandations 2002.
7. Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis, 2009, European Society of Cardiology.
8. Duval X, Leport C. Prophylaxis of infective endocarditis : current tendencies, continuing controversies. *Lancet Infect Dis* 2008 ; 8(4) : 225-32.



9. Zitzmann NU, Berglundh T. Definition and prevalence of peri-implant diseases. *J Clin Periodontol* 2008 ; 35(8 Suppl) : 286-91.
10. Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis vs peri-implantitis, *Periodontol* 2000. 2010 ; 53 : 167-81.
11. Astrand P, Ahlqvist J, Gunne J, Nilson H. Implant treatment of patients with edentulous jaws : a 20-year follow-up. *Clin Implant Dent Relat Res* 2008 ; 10(4) : 207-17.
12. Lekholm U, Gröndahl K, Jemt T. Outcome of oral implant treatment in partially edentulous jaws followed 20 years in clinical function. *Clin Implant Dent Relat Res* 2006 ; 8(4) : 178-86.
13. van Winkelhoff AJ, Wolf JW. Actinobacillus actinomycetemcomitans-associated peri-implantitis in an edentulous patient. A case report. *J Clin Periodontol* 2000 ; 27(7) : 531-5.
14. Serino G, Ström C. Peri implantitis in partially edentulous patients : association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res* 2009 ; 20(2):169-74.
15. Abt E. Smoking increases dental implant failures and complications. *Evid Based Dent* 2009 ; 10(3) : 79-80.

**Un implant dentaire est un système en alliage de titane vissé dans l'os, maxillaire ou mandibulaire, qui remplace la racine absente d'une ou de plusieurs dents et sur lequel va venir s'adapter une couronne prothétique. Ainsi l'organe dentaire absent sera remplacé dans son intégralité, racine et couronne, par un ensemble implant et couronne. L'implant sera, après sa mise en place, ostéo-intégré, grâce à la colonisation par des cellules ostéoblastiques de la couche de titane oxydée formée à sa surface. Il y a donc des interactions biochimiques entre l'implant et le corps humain. Cette ostéo-intégration dépend de l'implant (matériau, forme, état de surface), mais aussi de la technique de pose (préparation du site osseux, conditions d'asepsie).**

La pérennité implantaire est corrélée à la préservation de l'attache conjonctive. Une gencive attachée suffisante conditionne le succès implantaire. Nous ne retiendrons donc pour les indications implantaires chez les patients atteints de valvulopathie que les sites présentant une gencive kératinisée attachée suffisante.

Les implants constituent une alternative thérapeutique très appréciée des patients et des chirurgiens-dentistes puisqu'ils permettent de remplacer des dents manquantes sans altérer les dents adjacentes (ce qui est encore le cas lors de la réalisation d'un bridge) (**Figure 1**).

La pose d'un implant s'effectue généralement sous antibiothérapie (2 g d'amoxicilline) commencée la veille de l'intervention et poursuivie 6 jours. Cela permet de réduire significativement les échecs implantaires (1).

L'intervention débute par une anesthésie locale, puis un lambeau mucopériosté découvrant la crête osseuse à implanter est réalisé. Des forages successifs de diamètre croissant sont ensuite pratiqués afin d'obtenir un espace suffisant pour la taille de l'implant choisi pour le site. L'implant est vissé dans l'os cortical, puis spongieux à très basse vitesse et sans irrigation. Une vis de couverture est alors positionnée sur la tête de l'implant et enfouie sous la gencive en attendant le second temps implantaire (mise en place du pilier de cicatrisation). Des sutures hermétiques terminent l'intervention. Cette technique chirurgicale en deux temps est donc systématiquement indiquée afin de limiter les risques de contamination bactérienne lors de la cicatrisation osseuse et gingivale initiale.

## Les valvulopathies... et les recommandations actuelles

L'endocardite infectieuse, qui est secondaire à la fixation et à la multiplication bactérienne au niveau de l'endocarde, représente un risque majeur pour ces patients.

Afin de prévenir tout risque de complications, et étant donné que de nombreux soins dentaires entraînent d'importantes bactériémies, des procédures ont été mises en place pour la réalisation de soins dentaires chez ces patients (2,3,4). Cependant, en fonction des pays, le groupe des patients à risque diffère, et les soins autorisés ne sont pas identiques. Les recommandations suisses (3) ont réduit l'antibioprophylaxie à un seul groupe de patients (porteurs de la carte orange) (**Tableau 1**).

« La prophylaxie antibiotique est alors recommandée lors de toute intervention au niveau du sillon gingival, de la région dentaire périapicale ou lors de perforation de la muqueuse buccale chez tout patient avec la carte orange. » Les indications et les contre-indications implantaires restent floues et mériteraient d'être clarifiées.

En France, deux « catégories » de patients dits à risque d'endocardite infectieuse (EI) sont répertoriées (Tableau 1). L'AHA (5) complète le groupe à haut risque avec les patients ayant eu une transplantation cardiaque et ceux qui développent une valvulopathie.

Les recommandations actuelles en matière de chirurgie implantaire diffèrent d'un pays à l'autre.

œ En France, les recommandations de 2002 de l'Affsaps (6) contre-indiquent tout acte de chirurgie implantaire chez

tous les patients dits à risque B, c'est-à-dire certains patients porteurs de prothèse et tous les patients porteurs d'une cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse (à haut risque et risque modéré).

œ Aux Etats-Unis, l'American Heart Association (AHA), suite aux révisions des recommandations françaises innovantes dans ce domaine, a revu les recommandations en matière d'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse en 2007.

Quatre raisons principales sont retenues :

" l'endocardite infectieuse est davantage le résultat d'une exposition fréquente à des bactéries, plutôt que due à une bactériémie ponctuelle causée par un soin dentaire ou autre ;

" la prophylaxie ne permet de prévenir qu'un trop faible nombre d'endocardites infectieuses ;

" les risques d'effets indésirables de l'association d'antibiotiques dépassent les avantages de l'antibioprophylaxie ;

" maintenir une bonne santé buccale et une hygiène buccale correcte permettrait de réduire la bactériémie causée par les activités quotidiennes, ce qui serait plus important qu'une couverture antibiotique prophylactique lors d'un soin dentaire.

Mais rien ne semble contre-indiquer la pose d'un implant si la bactériémie est maîtrisée chez les patients ayant une valvulopathie.

œ En Europe, l'European Society of Cardiology (7) recommande une antibioprophylaxie chez les patients classés à haut risque d'endocardite infectieuse pour les actes avec « *manipulation du tissu gingival ou de la région périapicale ou perforation de la muqueuse orale* ». Aucun acte n'est contre-indiqué.

œ En Suisse, il est clairement écrit que la pose d'un implant requiert une antibioprophylaxie adaptée (2,3).

Les indications restent floues, il semble donc intéressant de les préciser et de les encadrer en tenant compte du risque infectieux des patients.

## Risque infectieux immédiat

Il y a peu de données concernant la bactériémie engendrée par la pose d'un implant, cependant de nombreux actes dentaires ont été corrélés à la fréquence de la bactériémie observée (**Tableau 2**). La pose d'un implant semble présenter un très faible risque bactériémique par rapport à un détartrage ou même par rapport à un brossage dentaire effectué quotidiennement par le patient (8).

## Risque infectieux médiat

Les principales complications implantaire concernent le rejet ou la mauvaise intégration de l'implant au niveau du parodonte (os-cément-ligament alvéolo-dentaire-gencive). Tout comme les maladies parodontales, les implants peuvent être le siège d'une péri-mucosite ou d'une péri-implantite. La mucosite est une inflammation gingivale péri-implantaire réversible apparaissant chez 80% des sujets et pour un implant sur deux (9). La péri-implantite est plus rare et associe une perte osseuse autour des spires de l'implant (**Figures 2, 3, 4, 5**).

Il faut donc absolument éviter une péri-implantite qui s'accompagne, comme les parodontites, d'une surcharge de bactéries Gram - anaérobies (10) (Aa et complexe rouge : *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*, *Tanarella forsythia* et complexe orange : *Fusobacterium*, *Prevotella intermedia*) et représente alors un risque accru pour les patients atteints de valvulopathie.

Il a été montré que les implants posés chez des patients édentés avaient un meilleur taux de succès puisqu'il n'y a pas de contamination par translocation des bactéries commensales. Pour les patients dentés, on note 91% de succès après 20 ans contre 99% de succès chez les patients édentés (11,12).

Une antisepsie muqueuse est essentielle chez les patients édentés ayant eu une parodontite agressive. On a effectivement noté des cas de péri-implantite chez des patients édentés ayant eu une parodontite agressive, avec une flore bactérienne comparable (13).

L'hygiène bucco-dentaire est l'un des points clés de la réussite du traitement implantaire. En effet, une étude a montré que 48% des implants présentant une péri-implantite n'étaient pas accessibles à une bonne hygiène. Seuls 4% des implants présentant une péri-implantite étaient accessibles à l'hygiène quotidienne (14).

Cette même étude, réalisée sur des patients partiellement édentés, montre que la péri-implantite se développe plus facilement que la parodontite sur les dents restantes en l'absence d'accès à l'hygiène.

Le tabac est un facteur de risque implantaire avéré. On note davantage de péri-implantites chez les fumeurs. En conséquence, afin de maîtriser le risque infectieux, nous excluons les fumeurs atteints de valvulopathie des indications implantaires (15).

L'expérience clinique confrontée aux données de la littérature nous a permis de dégager des indications compatibles avec une pérennité implantaire et un faible risque infectieux (**Tableau 3**).

Ces indications implantaires chez les patients atteints de valvulopathie ouvrent de nouvelles perspectives tant pour les praticiens que pour les patients. Il semble néanmoins nécessaire de faire évoluer les recommandations issues de conférences de consensus. Cette médiation entre les différents professionnels de santé impliquerait une évolution nécessaire tant clinique que médico-légale. En effet, cela s'avère indispensable pour que ces patients soient non seulement pris en charge dans des services hospitaliers pilotes, mais aussi pour que ces indications reposent sur une base contractuelle dans la pratique libérale quotidienne.