

# RECOMMANDATIONS de BONNE PRATIQUE IMPLANTS DENTAIRES ET BISPHOSPHONATES



Dr Lotfi BENSLAMA

**FSCMF**  
FÉDÉRATION  
DE STOMATOLOGIE  
ET  
CHIRURGIE  
MAXILLO-FACIALE

Pr Joël FERRI



ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
POUR LE DÉVELOPPEMENT  
DE LA STOMATOLOGIE

Pr Patrick GOUDOT

**26ème Journée Scientifique du GRIO**  
Vendredi 18 janvier 2013

**Dr Blandine RUHIN**  
MD, PhD, HDR  
Chirurgien Maxillofacial, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris  
[blandise.ruhin@psl.aphp.fr](mailto:blandise.ruhin@psl.aphp.fr)

## **Des objectifs précis, répondant à un besoin identifié**

- **Apporter une aide à la réflexion et à la décision pour le praticien confronté aux difficultés de prise en charge oromaxillofaciale du fait du traitement par BPs de son patient**
- **Définir des propositions de prise en charge appropriées afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients :**
  - 1. soit traités par BPs et candidats à la pose d'implants dentaires**
  - 2. soit porteurs d'implants dentaires et candidats à un traitement par BPs**

## **Des objectifs précis (suite)**

**Préciser les facteurs de risque, les indications ou contre-indications des implants dentaires et la stratégie de prise en charge en répondant aux 4 questions suivantes :**

- **Quel est le risque de survenue d'une ONM chez un patient sous BPs et candidat à la pose d'un implant dentaire ?**
- **Le pronostic de l'implant dentaire est-il affecté par la prise de BPs ?**
- **Quelle est la conduite à tenir avant, pendant et après la pose de l'implant ?**
- **Quelles sont les modalités de suivi ?**

## De nombreux praticiens concernés..

Ces recommandations s'adressent aux odontologues, aux stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux ainsi qu'aux praticiens directement ou indirectement concernés par la prescription de BPs : gériatres, gynécologues, hématologues, médecins généralistes, médecins internistes, oncologues, pédiatres, chirurgiens orthopédistes, pharmaciens, pneumologues, urologues, rhumatologues, ...

## Une méthode déclinée en plusieurs étapes :

- Cadrage du **thème avec le groupe de pilotage**
- Phase de **revue systématique de la littérature et synthèse critique** des données identifiées
- Rédaction **argumentaire / version initiale** des recommandations concises et gradées selon les niveaux de preuve identifiés
- **Groupe de travail pluridisciplinaire** (gériatrie, gynécologie, hématologie, odontologie, rhumatologie, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale) constitué de 18 professionnels
- **Consultation publique** : une opportunité de relecture externe pour tous
- Et la **présentation des Recommandations lors du Congrès annuel de la SFSCMF, le 27 septembre 2012 et leur diffusion.**

# **RECOMMENDATIONS**

# 1. EVALUATION DU RISQUE

## Grade C

prendre en compte les facteurs de risque :

- déterminants : type de molécule, dose et durée du traitement par BP
- « potentiellement » aggravants : sexe (féminin), âge (au-delà de 65 ans), comorbidités (diabète, obésité), tabac, traitement médicamenteux concomitant (corticothérapie, chimiothérapie, traitements immunosuppresseurs), localisation (mandibule), secteurs postérieurs, particularités osseuses (exostoses, tori), prothèse mal adaptée
- aggravants : maladie parodontale, mauvaise hygiène bucco-dentaire

## Grade C

- risque faible mais possible dans les cas de pathologies bénignes traitées par BP depuis moins de 2 ans
- ONM spontanée et délai d'apparition variable : suivi régulier est donc indispensable
- collaboration entre prescripteurs de BP et professionnels de la cavité orale

## Grade C

Aucune méthode ne permet de prédire le risque de survenue d'une ONM : dosage sérique du Télopeptide C Terminal CTX ni validé ni recommandé

## 2. INDICATIONS ET RESTRICTIONS D'INDICATIONS

**Grade C** Chez les patients traités par BP IV dans le cadre de pathologies malignes : pose d'implants non recommandée

**Grade C** Chez les patients ostéoporotiques traités par BP oraux ou BP IV: la pose d'implants est possible après évaluation rigoureuse du risque

## **...2. INDICATIONS ET RESTRICTIONS D'INDICATIONS**

**AE**

absence de données sur le risque des techniques chirurgicales pré-implantaires d'augmentation osseuse (greffes osseuses d'apposition, sinus lift...) et d'augmentation des tissus mous :

- évaluer le rapport bénéfices / risques
- considérer les alternatives

## **3. CONDUITE À TENIR ET MODALITÉS DE SUIVI**

### **3.1. IMPLANT DENTAIRE EN PLACE ET FUTUR TRAITEMENT PAR BP**

**AE**

médecin prescripteur :

- informe son patient des risques, des bénéfices et de la nécessité de consulter un professionnel de la cavité orale : bilan bucco-dentaire et soins appropriés avant l'initiation du traitement par BP
- informe le professionnel de la cavité orale du type de traitement prescrit, de sa durée potentielle, des facteurs de risque associés et de l'évolution prévisible de la pathologie du patient



### **...3.1. IMPLANT DENTAIRE EN PLACE**

#### **FUTUR TRAITEMENT PAR BP**

#### **Grade C**

Réduire le risque de survenue d'ON : bilan bucco-dentaire complet (clinique et radiographique) et soins nécessaires pour obtenir une situation dentaire saine, avant de démarrer le traitement par BP et si l'état de santé du patient le permet

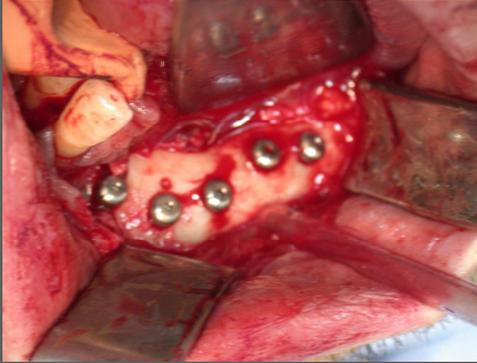
La dépose du ou des implants ostéointégrés n'est pas justifiée

#### **AE**

Professionnel de la cavité orale informe son patient :

- suivi bucco-dentaire régulier (au minimum 2 fois par an) et mesures d'hygiène rigoureuses afin de détecter précocement et de traiter toute pathologie péri-implantaire

- patient doit signaler toute inflammation, douleur, œdème de la muqueuse péri-implantaire



### **3. CONDUITE À TENIR ET MODALITÉS DE SUIVI**

#### **3.2 . BP**

**PATHOLOGIE OSSEUSE BÉNIGNE  
POSE D'IMPLANT DENTAIRE**

**AE**

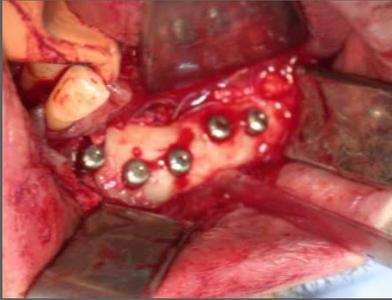
**Information du patient**

- des risques associés à la pose d'implants
- des solutions alternatives

**...tracée dans le dossier médical ou dentaire**

**AE**

**Inutile d'interrompre temporairement les BP**



### ...3.2 . BP

## PATHOLOGIE OSSEUSE BÉNIGNE POSE D'IMPLANT DENTAIRE

**AE**

Technique chirurgicale orale la moins traumatisante possible

prescription d'antibiotiques (amoxicilline 2g/j (ou clindamycine 600 mg/j) et de bains de bouche à la chlorhexidine la veille de l'intervention et jusqu'à la cicatrisation muqueuse complète.

surveillance prolongée de la cicatrisation osseuse

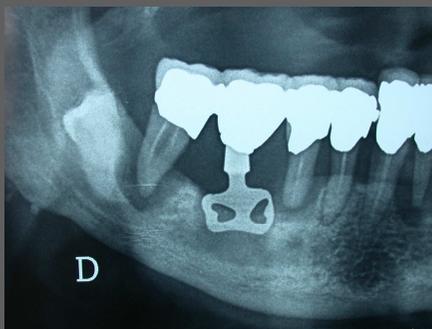
**AE**

Si pose de plusieurs implants : débiter par un secteur localisé (juger des réponses tissulaires avant une pose plus large)

**AE**

Suivi régulier avec "maintenance" (deux fois par an).

À adapter en cas de modification du traitement par BP et du risque associé



### **3. CONDUITE À TENIR ET MODALITÉS DE SUIVI**

#### **3.3. BP**

#### **PERI-IMPLANTITE DENTAIRE**

**AE**

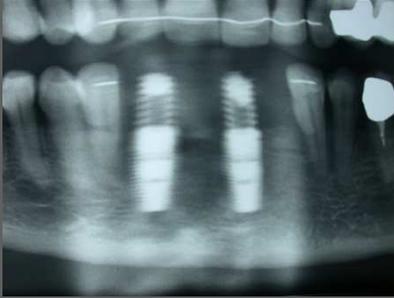
Augmente le risque d'ON .. prise en charge rapide :

1/ d'abord privilégier des mesures conservatrices : approche mécanique (désinfection de surface, curetage) et antibiotiques + suivi régulier mensuel

2/ puis, chirurgie de révision autour de l'implant  
pas d'exposition de l'os  
fermeture primaire sans tension des plaies

3/ puis dépose de l'implant  
exposition osseuse minimale, curetage doux, régularisation de la crête alvéolaire et fermeture primaire sans tension

prescription d'antibiotiques (amoxicilline 2g/j ou clindamycine 600 mg/j) et de bains de bouche à la chlorhexidine  
la veille de l'intervention puis jusqu'à cicatrisation complète



### 3. CONDUITE À TENIR ET MODALITÉS DE SUIVI

#### 3.3. BP

#### OSTEONECROSE PERI-IMPLANTAIRE

##### Grade C

1/ traiter la douleur, l'infection tissulaire, et minimiser la progression de la nécrose :

- antalgiques, AB et bains de bouche antiseptiques
- débridement superficiel
- suivi rapproché du patient
- concertation avec le médecin prescripteur : poursuite du traitement BP ?

2/ si pas d'amélioration :

- retrait de l'implant
- séquestrectomie, curetage sans exposer d'avantage l'os sain

3/ si plus grave : mesures plus radicales en milieu chirurgical maxillofacial spécialisé





Les recommandations ne nous dispensent pas  
de faire preuve de **discernement** dans la prise en charge du patient  
Attitude la plus appropriée en fonction de nos propres constatations

**Réalisation d'un panoramique dentaire et avis stomatologique ou maxillofacial  
avant mise en route d'un traitement par BP**

**Information** du patient...relation de **confiance**  
Consigner **l'évaluation des risques** dans le dossier...**sérénité**

Futures recommandations BP et chirurgie orale  
en septembre 2013

**secrétariat : 01 42 16 13 05**  
**blandine.ruhin@psl.aphp.fr**