

T. Martin¹, M. Dompnier¹, A. Courtet², S. Laribe-Caget¹, C. Raignoux¹

¹Pharmacie, Hopital Rothschild, APHP

²Service de Parodontologie, Hopital Rothschild, APHP ; Université Paris Diderot - Paris 7

tess.martin@aphp.fr

INTRODUCTION

L'implant dentaire, traitement de référence pour le remplacement des dents absentes, est un dispositif médical implantable inséré dans le maxillaire ou la mandibule et destiné à créer un ancrage (racine artificielle) capable de recevoir une prothèse dentaire.

La pose implantaire s'effectue en plusieurs temps : forages successifs, pose d'une vis de couverture (facultative) puis d'une vis de cicatrisation. La mise en charge prothétique s'effectue à l'issue de l'ostéo-intégration de l'implant. L'ostéo-intégration est définie comme « une jonction anatomique et fonctionnelle entre l'os vivant remanié et la surface de l'implant mis en charge ».



L'échec implantaire peut être primaire (absence d'ostéo-intégration avant la mise en charge) ou secondaire (perte d'ostéo-intégration après la mise en charge). En cas d'échec, le remplacement de l'implant est assuré par le fournisseur mais l'ensemble du processus comprenant la dépose et la réimplantation sont à la charge de l'établissement.

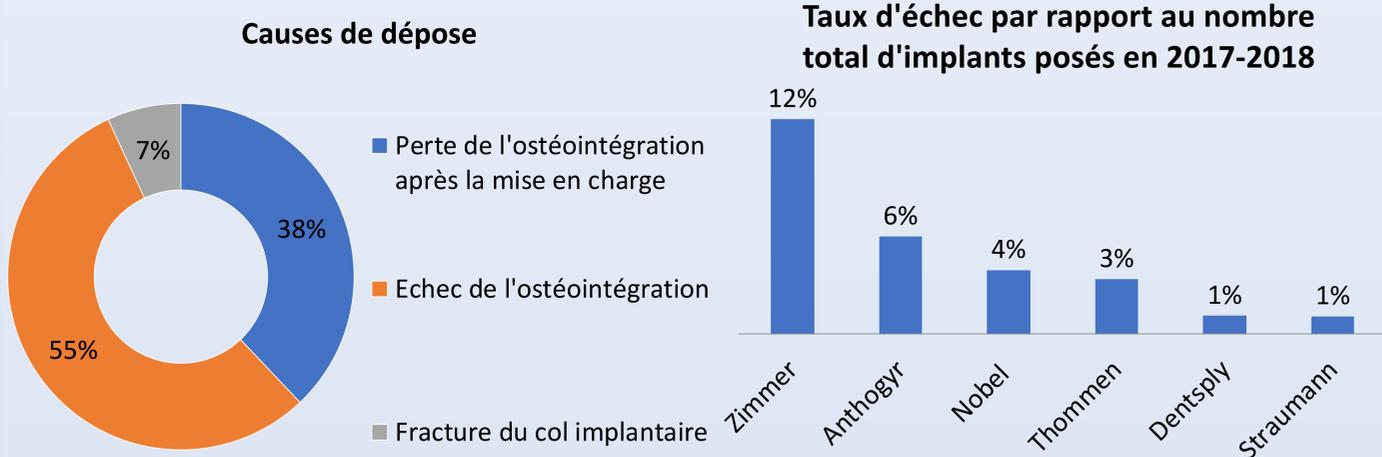
OBJECTIFS

- Effectuer le bilan des échecs implantaires et analyser les causes d'échec.
- Evaluer le manque à gagner pour l'hôpital et les surcoûts liés à l'utilisation des dispositifs médicaux lors de la chirurgie de réimplantation.

MATERIEL ET METHODES

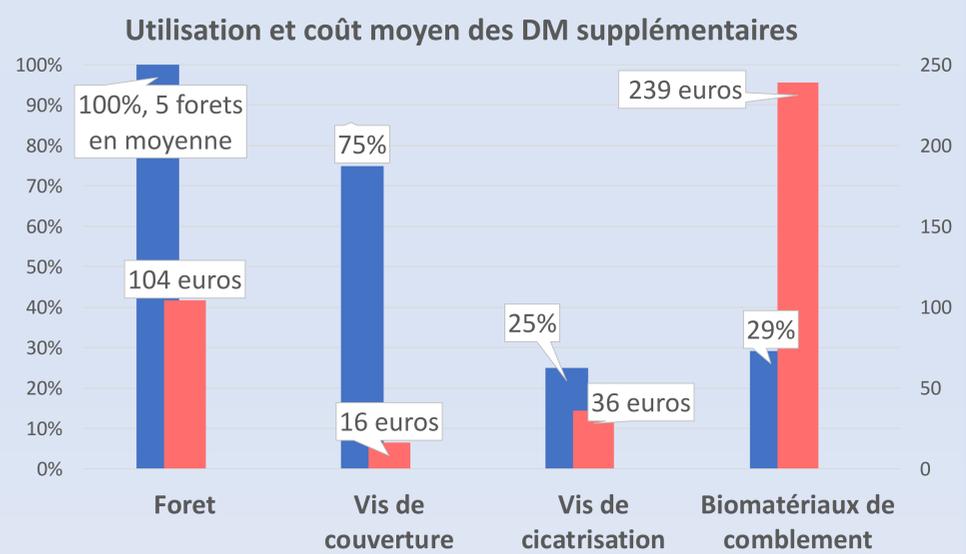
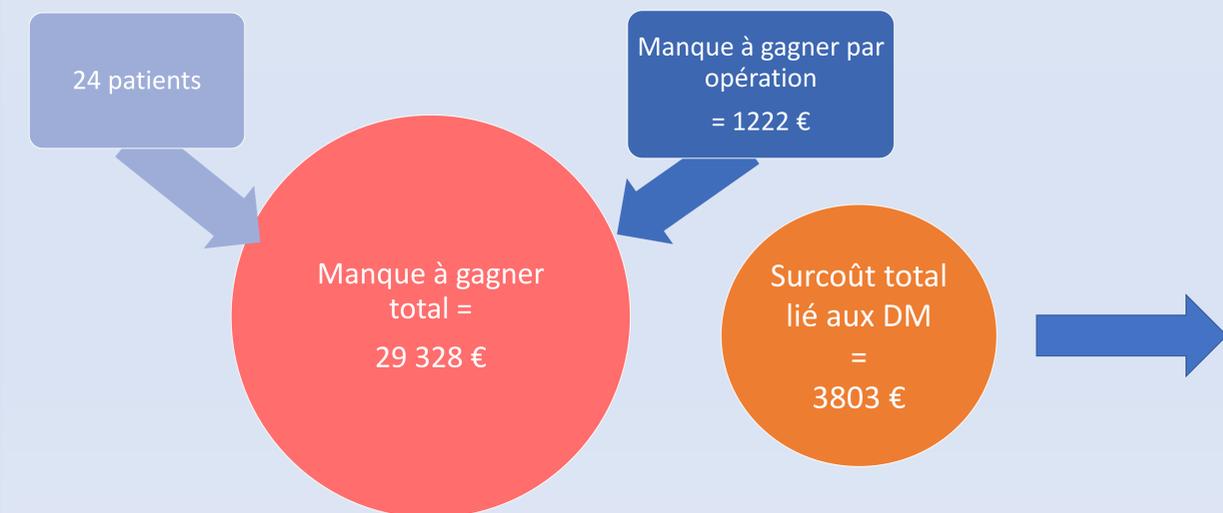
- L'évaluation a été réalisée à l'aide des dossiers de matériovigilance de 2017 et 2018.
- L'évaluation du manque à gagner est basée sur les devis de chirurgie hors nomenclature (**1222 euros par intervention**).
- La traçabilité informatique des dispositifs médicaux ancillaires utilisés lors de la réintervention chirurgicale a permis le calcul du surcoût (TTC).

RESULTATS ET DISCUSSION



Caractéristiques	n ; moyenne (étendue)
Patients	24
Nombre de reposes suite à un échec implantaire	29
Âge en années	65 (31-79)
Hommes, Femmes	14, 10

Analyse des causes d'échecs	
Type d'échec	Primaire = 15 (52%) Secondaire = 14 (48%)
Temps moyen entre la pose et la dépose	14 mois (0-67)
Péri implantite	7 (29% des patients)
Greffe le jour de l'implantation	13 (54% des patients)



CONCLUSION

Sur deux ans, 1166 implants ont été posés à l'hôpital avec un taux d'échec implantaire de 4%, un taux inférieur à celui retrouvé dans la littérature (environ 5%). Les contre-indications à la pose étant respectées, la détermination des causes d'échec n'est pas évidente. Certains éléments comme la différence de taux d'échec selon les marques doit être envisagée et questionner sur les pratiques de pose selon le type d'implant. Le déficit financier lié à ces échecs reste conséquent et fera l'objet d'une information et d'une sensibilisation des praticiens.