

Dr. Carole LECONTE

Diplômée de la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse III

Lauréate de l'université

Exercice exclusif en chirurgie orale, parodontologie et implantologie à Paris 2

FACE À L'ÉCHEC : prendre un peu de recul avant d'agir !

Face à l'échec, notre approche va être décisive pour transformer une situation délicate en une thérapeutique fiable et pérenne. Dans un contexte de complication ou d'échec, l'analyse est complexe, souvent multidisciplinaire, et va impliquer la santé du patient, la biomécanique, les hygiènes buccale et de vie, et un peu de psychologie! Comprendre et corriger les facteurs de risque est une étape essentielle car ils sont très nombreux. L'essentiel est de ne pas se jeter dans une thérapeutique de plus, mais de prendre du recul afin d'adopter une stratégie proactive qui optimisera nos chances de succès.

INTRODUCTION

L'échec fait partie de tout exercice. Il est frein, barrière, sanction, apprentissage, il est parfois mérité et parfois incompris. Qu'il soit implantaire, prothétique, esthétique ou fonctionnel, il est le pourcentage qui part de nos cabinets ou qui amène le nouveau patient à sonner à votre porte. Si l'expérience est le nom que l'on donne à nos échecs, elle doit nous inciter à la remise en cause permanente de notre gestion des facteurs de risques mais aussi de la prise en compte de ce que l'on nomme aléas.
A défaut d'une impossible compréhension universelle, il est plus que jamais nécessaire de s'intéresser à une vision réellement globale.

PEUT-ON RÉUSSIR LÀ OÙ LE PATIENT A MIS LE MODÈLE EN ÉCHEC ?

L'organe dentaire, au-delà de la génétique plus ou moins favorable qui le prédispose à une résistance très inégale, au-delà des problèmes bio-fonctionnels multifactoriels, présente les atouts pour une longévité idéale.

Avec une proprioception extrêmement fine qui s'associe à des arcs réflexes protecteurs, avec l'amorti desmodontal et les déplacements adaptatifs qu'il permet, avec l'attache gingivale et son rempart collagénique initialement parfaitement étanche, avec la hauteur alvéolaire et la facilité d'entretien à distance des insertions musculaires qu'il permet,… les dents naturelles sont le modèle que nos traitements n'égaleront jamais.



Fig 1: « si le patient a réussit à détruire son parodonte, sans comprendre ni changer les causes, rien ne lui résistera »

Les implants sont au contraire impérativement plus fins, ankylosés, sans proprioception ni attache gingivale réelle.

De plus, l'hygiène buccale, l'hygiène de vie, le stress, l'alimentation, les toxines…font que la grande majorité des patients qui ont besoin de nos actes de parodontologie et d'implantologie sont précisément ceux qui ont réussi à détruire l'organe modèle, idéal de résistance et de biologie.

Il faut donc différencier les indications d'agénésies, de fractures ou de trauma, des situations de pertes de tissus pour raisons biologiques et/ou comportementales au pronostic hautement plus réservé (parodontales, fortes résorptions post-extractionnelles…).

UNE APPROCHE MÉCANISTE MAIS PAS UNIQUEMENT

Une difficulté de la chirurgie orale est d'avoir ses indications majeures dans des situations multifactorielles complexes et souvent défavorables.
La qualité des connaissances acquises et des outils mis à

notre disposition nous permettent depuis de longues années de donner une nième chance à nos patients de retrouver une esthétique et une fonction, dont le résultat dépendra grandement de la situation initiale: conséquences et fondations, le piège se construit ici.

La littérature donne des taux de survie et succès extrêmement divergents. Les case reports ne peuvent être transposés à une grande série, et la complexité des facteurs font perdre le sens des conclusions des méta-analyses. Les critères d'évaluation, souvent trop limités, sont à l'antithèse d'une approche globale essentielle. Même les études rétrospectives doivent être analysées uniquement dans leur contexte, comme celle du Pr De Angelis de 10 à 18 ans (2017), qui n'a considéré comme facteurs de risques que tabac, bruxisme, reconstruction osseuse, ratio couronne/racine et présence de cantilever.
Cette étude a montré que le facteur majeur de complication était le bruxisme. Mais quid du reste ? La somme d'études parcellaires peut-elle donner une image réaliste? À défaut de mieux, ces analyses sont le sang qui coule dans nos veines, mais le recul clinique actuel nous impose de reconstruire une image multicritères bien plus élaborée. L'ensemble qui influe sur le succès dépasse largement les critères cités par exemple ! Le facteur santé peut-il se résumer au tabac, tout comme les facteurs mécaniques ne dépendent-ils que des charges occlusales?

UN FACTEUR PEUT EN CACHER UN AUTRE

Lister de façon constructive, non exhaustive, des facteurs interagissant sur la pérennité est un besoin fondamental :
- état de surface implantaire,
- design du corps implantaire et des connections,
- prothèses scellées ou transvissées
- facteurs prothétiques biomécaniques (précision d'usinage, design transgingival, ajustage/matching, solidité, …)
- facteurs patients locaux biomécaniques (classe d'angle, parafonctions…)
- hygiène buccale
- système immunitaire
- microbiote buccal et intestinal (actions locales et générales)
- santé générale du patient (stress, hormones oestrogènes, PTH…, absence de carences protéiques, vitaminiques ou en oligo-éléments, …)
- tabac, alcool …
- dextérité chirurgicale (opérateur dépendance)
- maintenance
- suivi occlusal, radiologique, entretien de la motivation

Mais aussi et beaucoup plus difficile à évaluer :
- plan de traitement
- délais entre les rendez-vous, délais de cicatrisation
- temporisation
- communication, motivation, psyché (compréhension, motivation coopération des patients…)

À l'image des facteurs de succès, les causes d'échecs sont tout autant multiples, souvent combinées, et parfois cachées ou inconnues.

L'évolution constante des connaissances et du décodage de notre art nous amène à revoir en permanence nos choix, stratégies, matériaux et techniques…

Il faut ainsi trouver l'équilibre impossible entre recul clinique essentiel et progrès nécessaire.
Mais pas seulement : lors de tout échec, il est fondamental de prendre du recul, d'analyser l'ensemble des éléments à notre portée, point de vue technique, clinique, mais aussi biologique.
Nous savons qu'un implant, même mal posé, même avec une prothèse imparfaite, est supposé s'ostéo-intégrer et vieillir dans une certaine stabilité hors problème aigü. La résilience du corps humain est à la fois un allié précieux mais également un cache qui peut conduire à une perte de chance quand elle favorise le déni. C'est ainsi que certains patients abiment progressivement et continuellement des dents saines, puis des dents soignées, puis des bridges, puis des implants… conduisant perpétuellement à de nouvelles sources d'échec ou de vieillissement prématuré des traitements.

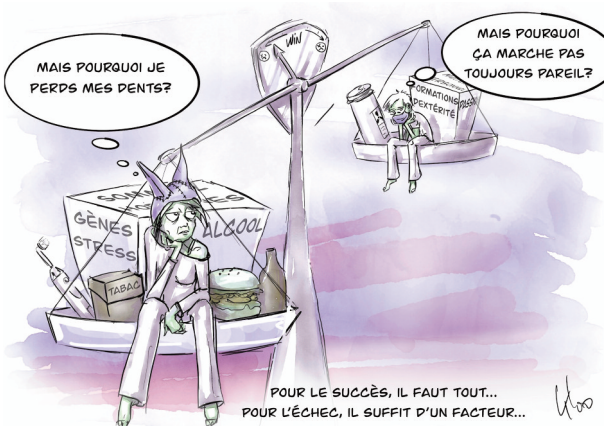


Fig. 2 : pathogénie, biologie et techniques: quand la balance nous met en échec.

La part de la biologie est également trop souvent sous-estimée par les praticiens et reste masquée par le déni de nombreux patients. En parodontologie, un des intérêts de la phase médicale et de rééducation est de permettre une phase de reprise en main, correction progressive des mauvaises habitudes et en quelque sorte, de travail du patient. Les traitements parodontaux impliquent moins le rapport d'achat, et moins la croyance en une solution thérapeutique qui dépendrait principalement du praticien dans l'inconscient du patient.
Bien sûr, il y a aussi des complications/échecs purement mécaniques liées à une conception trop fragile (pilier étroit pour une molaire unitaire, pilier full zircone en postérieur chez un bruxomane, …), des fractures de fatigue liées à des mauvais réglages occlusaux, des techniques qui induisent des mismatching comme l'emploi de piliers coulés, ou liés à une thérapeutique mal conduite (protocole mal réalisé, mauvaise gestuelle, biomatériau aux piètres propriétés…).

Première consultation d'un patient en échec

Lorsque l'on est confronté à une première consultation sur une situation de traitement qui n'est pas en succès, il est essentiel de savoir prendre le temps de demander les radiographies des différentes étapes idéalement sur au

moins les 10 ans précédent et si possible de récupérer les photos.
Réaliser en premier lieu un profilage du patient (bilan médical, sanguin psychologique), analyser le système implantaire posé et les avantages/inconvénients liés, évaluer l'occlusion et l'hygiène buccale. Idéalement, un échange avec le(s) praticien(s) précédent(s) doit être réalisé pour aider la compréhension de la situation et limiter les risques de reproduire une situation délicate, sans éluder le besoin de décoder le contexte et mieux appréhender le vécu du patient.
Prenez un maximum de notes avec les expressions et mots du patient qui retranscrivent beaucoup.
Non seulement vous, mais aussi (et surtout) le patient doivent mettre le doigt sur les facteurs de risques qui doivent tous être pris en compte dans l'analyse initiale, l'approche thérapeutique qui en découlera devient ainsi totalement proactive.
Si on ne change pas les raisons qui ont conduit à la perte des dents ou aux échecs des autres traitements, il est illusoire de croire en une nouvelle solution juste parce que c'est nous qui allons la réaliser. Un mauvais positionnement d'implants avec des couronnes de piètre réalisation en échec peuvent masquer des cofacteurs comme une dysbiose et des carences.

Importance des mots utilisés, des photos montrées, des radiographies annotées.

La condition psychologique du patient va énormément influencer sa perception de la consultation, le crédit apporté à l'analyse, et va impacter sa réaction vis à vis du problème et des propositions de traitement mais également sur le prise de conscience éventuellement essentielle pour le pronostic à long terme.
Dans une situation d'échec, qu'il soit issu d'un traitement réalisé par nos soins ou ceux d'une autre équipe, la sensibilité du patient va être extrême. Les mots vont avoir une résonance très forte avec un ancrage mnésique marqué. En effet, l'ancrage de la mémoire est beaucoup plus grand pour toute information associée à une émotion, et une situation compliquée concentre bien des critères pour cela.
Il est essentiel de faire comprendre au patient que la première phase sera un moment de réflexion bicéphale : de notre part mais aussi de la leur, sur l'ensemble des facteurs de risques potentiels dont une partie nous échappe forcément, et leur échappe souvent à cause du déni et des (mauvaises) habitudes.
La perversité de cette approche étiologique réside dans le fait que la présence de facteurs n'implique pas nécessairement le problème; et qu'à chaque problème ne sont pas correlées toutes les causes probables.
Pour autant, avant de défaire pour refaire (ou prendre la décision de ne pas réitérer), il faut analyser et chercher réellement au risque de retomber dans la spirale des complications.
Il est très difficile de parler vrai à un patient, tout en conservant la distance et le choix des mots. Il faut garder à l'esprit que nous ne comprenons pas tous les facteurs, tout comme nos radiographies, nos bilans ou analyses sont limités à ce que l'on connait ou ce que l'on croit, en passant à côté de la complexité du vivant, de l'homéostasie.

IMPLIQUONS LES PATIENTS, IL FAUT UN AVANT ET UN APRÈS

Il est essentiel d'impliquer le patient, et dans bien des situations de travailler en équipe.
L'utilisation des emails à destination des patients permet de leur faire parvenir radiographies et photographies qui sont les meilleurs moyens d'échange vis à vis de leur situation. L'objectif est leur prise de conscience pour qu'il y ait un avant et un après.
Les situations sont souvent le fruit de problèmes chroniques qui polluent leur santé depuis des années. Sans shifting, le patient ne corrigera pas ses facteurs de risques comportementaux qui sont essentiels.
Une approche psychologique, connectée avec l'analyse clinique augmentent les chances de permettre la naissance d'une motivation réelle et profonde, essentielle pour repenser et maintenir dans le temps les changements nécessaires dans l'hygiène buccale et le mode de vie.
Les problèmes chroniques peuvent sembler insurmontables quand ils ne paraissent tout simplement pas existants pour les patients….une photo de très bonne qualité est le témoin neutre et éloquent du brossage non efficace, des abrasions généralisées ou encore d'une supraclusion.
Sur le même principe, adresser au patient ses radiographies, en ayant pu expliquer et annoter certaines en font les témoins neutres, objectifs, irréfutables, qui viennent donner de la valeur à nos explications.
Attention, certains patients ne sont pas capables de changer. Il faut alors adapter le traitement vers des stratégies simples, les seules à permettre le minimum de fiabilité dans un contexte de facteurs patients-dépendants défavorables.

LAISSONS DU TEMPS AUX PATIENTS !

La pérennité de traitement chez le patient qui avait beaucoup détruit demande en amont et en aval des changements profonds et sur la durée.
Le piège des techniques trop rapides sont qu'elles ne prennent souvent pas en compte ce besoin, cette variable.



Fig 3: les maladies parodontales sont multifactorielles. Leur traitement doit donc prendre en compte toutes les dimensions de cet ensemble complexe. Ici, la patiente a corrigé son hygiène de vie, arrêté le tabac, la nicotine, limite son stress, corrigé son alimentation, appliqué une hygiène buccale efficace...et nous avons assaini le parodonte, traité les poches avec un laser Erbium et réalisé des ROG, compensé la supracclusion le temps de cicatriser au niveau des poches pour enfin réaliser un traitement orthodontique (Dr Fauquet- Roure, Issy-les-Moulineaux).

Ainsi par exemple, les limites d'un all on 4 ou 6 avec extractions, implantations et mise en charge immédiate n'est pas tant dans l'analyse clinique, ni la réalisation, mais principalement dans la biologie très concrète du patient !
S'il a besoin d'un tel acte, c'est qu'il a su détruire avec un certain talent tout son parodonte et/ou ses dents, et qu'il a mis en échec tous les traitements depuis des années. Ne regarder que l'aspect technique d'une telle réhabilitation nous expose à une variabilité inter patients non acceptable à mon sens. La difficulté est que parfois nous agissons en pompiers, nous arrivons trop tard, nous avons peu de choix, et nous souhaitons pour multiples bonnes raisons, aller vite, ne pas traumatiser le patient avec une prothèse adjointe, … De plus, cette approche améliore la phase transitoire en éliminant les compressions d'une temporisation amovible, et apporte une solution globale d'un point de vue occlusal, esthétique et fonctionnel.
Nous voyons tous des situations où les extractions ont induit peu de résorptions, alors que chez d'autres patients à l'équilibre biologique instable, les mêmes extractions vont induire un remodelage conséquent.
Les extractions multiples accentuent ce phénomène difficilement prévisible qui n'est pas forcément contré efficacement par les comblements, et dont la cicatrisation ne sera pas forcément osseuse avec une néo-corticale résistante en surface, mais qui dans bien des cas seront le lit d'un os néoformé à moins de 20 % à 6 mois.
Quand les facteurs de risques patients-dépendants semblent faibles, nous pouvons répondre aux situations d'échecs assez rapidement et proposer des actes combinés, mais avec l'expérience, il me semble que dans le cas contraire, il est essentiel de faire du step-by step, avancer pion après pion en expliquant au patient que c'est la qualité de cicatrisation de l'étape actuelle seule qui permet d'envisager la suite, et à défaut s'orienter vers des solutions adjointes par exemple.
Tous ceux qui ont réussi à détruire le modèle ne pourront être des candidats aux implants. Il faut un filtre clinique dès le départ, et éventuellement en cours de traitement si on descelle une dysfonction biologique de la cicatrisation.

BILAN MÉDICAL, SON ANALYSE ET SES LIMITES

Evaluer une CRP ou un dosage de parathormone peut s'avérer essentiel, cependant nous n'avons pas l'habitude de faire réaliser des bilans sanguins pour nos patients, ni parfois les connaissances pour les interpréter. De plus, ces analyses ne montrent pas tout !
Nous ne dosons que ce que nous connaissons, nous n'évaluons que ce qui est circulant, et piège : certaines valeurs normales en apparence peuvent cacher une carence réelle comme le calcium ou le magnésium.
Il peut paraitre important avant un traitement implantaire lourd, face à des facteurs de risque, face à une situation d'échec comme une parodontite active ou une péri-implantite, devant des récessions marquées à un âge trop précoce… de vérifier certaines valeurs biologiques.
Les déséquilibres sont souvent silencieux pour les patients, et le mode de vie tend vers des dérèglements de plus en plus fréquents, que les patients peuvent prendre par-dessus l'épaule. Syndrome métabolique, diabète, ostéoporose… se construisent au fil des ans à force de stress, mauvaise hygiène de vie, mauvaise alimentation, dysbiose…
Les patients pensent faire bien, font mal, sont en déni, et sont souvent incapable d'entendre que si la résilience du corps humain permet de fonctionner normalement en faisant tout mal, cela crée des dérèglements qui deviendront plus ou moins définitifs, détruisant ou faisant vieillir prématurément les tissus et organes comme le parodonte.
Le point crucial est que l'impact peut devenir très visible lors des phénomènes de cicatrisations comme ceux qui permettent les remaniements post-extractionnels, les cicatrisations parodontales, les régénérations osseuses ou les intégrations implantaires !
Un bilan avec NFS, Glycémie, Cholestérol, TG, Calcium, Magnésium globulaire, Zinc, GGT, TSH, T4, PTH, vitamines C, D, B9, B12 peut correspondre à un bilan sanguin « de base » dans un contexte de population actuelle, mais encore faut-il savoir l'interpréter ! Les anomalies de calcium ou magnésium sont extrêmement rares dans le sang circulant alors que leurs carences sont fréquentes.
Il faut toujours corréler cela au taux de T4, thyroxine, l'hormone thyroïdienne qui permet de « fixer » le calcium, et surtout à la PTH, parathormone, hypercalcimiante, qui favorise la résorption osseuse et la réabsorption rénale et digestive du calcium pour maintenir l'homéostasie. Un taux élevé de PTH est donc un mauvais signe. Il faut souvent commencer cela pour une révision du mode de vie, rééquilibrer le microbiote intestinal, favoriser la synthèse endogène (cutanée) de la vitamine D, arrêter les macrodoses de vitamine D dont les effets sont moins réguliers et favorisent une fuite de magnésium, essentiel à l'activation de la vitamine D. Il faut aussi limiter l'alcool et les alimentations acidogènes qui induisent une fuite de calcium par pouvoir tampon.
On se rend compte que cela touche tout le mode de vie, et nécessité une rééducation, une forte volonté qui ne peut exister que par prise de conscience de l'impact du patient dans l'échec des dents qui prévalait à l'échec des implants!
Bien souvent, ce ne sont pas que l'axe implantaire, la surface ou le design prothétique qui jouent le rôle décisif !

CONCLUSION

Les patients doivent être moteur et être éclairés, éveillés, pour tout traitement, mais plus encore quand nous sommes face à une situation d'échec. Il faut leur donner les moyens de comprendre la complexité de sa situation, bannir les regards simplistes et le lien primaire : « ça a raté parce que ça a été mal fait », et élargir l'analyse aux grands groupes de co-facteurs qui influencent tout vieillissement de tout traitement: l'aspect clinique technique pur, l'aspect mécanique des composants, et l'aspect biologique découlant des gènes, hygiène buccale et hygiène de vie.
Thompson, en 1999, a comparé des bilans médicaux remplis par les patients eux-mêmes, et les a corrélés avec des tests de laboratoire, mettant en évidence que de nombreux patients n'ont pas conscience de leur état de santé réel. La sphère buccale est sujette à une complexité assez unique qui peut faire que certains traitements peu élégants perdurent des années alors que d'autres pourtant magnifiques, vieillissent mal ! Rappelons encore une fois que si un patient est capable de détruire son parodonte, sans corriger les causes, rien ne lui résistera ! Soyons proactifs !

TEST D'AUTO-ÉVALUATION

de 4 à 6 affirmations induisant des réponses par Vrai ou Faux.

- L'échec est toujours prévisible : FAUX
- La fiabilité des traitements implantaires les rendent préférables aux soins parodontaux car ils limitent l'impact de la santé sur la pérennité : FAUX
- La maintenance et le suivi occlusal sont des éléments clefs du succès à long terme car le bruxisme est une des principales sources de complications à long terme et concerne un grand nombre de patients implantés : VRAI
- Le microbiote digestif est essentiel pour la santé buccale, notamment à travers ses effets indirects sur l'immunité et la santé des os : VRAI
- Un taux de magnésium plasmatique dans les normes indique que le patient n'est pas en carence et ne nécessite pas de correction de l'alimentation ou la prise de compléments : FAUX

SYNTHÈSE DES POINTS ABORDÉS

- La pérennité du parodonte et des implants dépend de très nombreux facteurs biologiques et fonctionnels.
- Une approche proactive de la santé est essentielle avant tout traitement, surtout face à un échec.
- Ne pas traiter un problème tant que la compréhension et la gestion des facteurs de risque n'est pas établie.
- Le travail en équipe est essentiel.
- Réaliser systématiquement des clichés initiaux, des principales étapes et du suivi pour mieux comprendre, analyser, suivre et impliquer les patients.
- Expliquez aux patients qui comprennent généralement plus que l'on imagine : ils sont la clef du succès.

BIBLIOGRAPHIE

Smeets R, Henningsen A, Jung O, Heiland M, Hammächer C, Stein JM. Definition, etiology, prevention and treatment of peri-implantitis--a review. Head Face Med. 2014;10:34. Published 2014 Sep 3. doi:10.1186/1746-160X-10-34

Rahman N, Walls A. Chapter 12: Nutrient Deficiencies and Oral Health. Monogr Oral Sci. 2020;28:114-124. doi: 10.1159/000455379. Epub 2019 Nov 7. PMID: 31940618.

Gutierrez Gossweiler A, Martinez-Mier EA. Chapter 6: Vitamins and Oral Health. Monogr Oral Sci. 2020;28:59-67. doi: 10.1159/000455372. Epub 2019 Nov 7. PMID: 31940621.

Graves, D T et al. "The Oral Microbiota Is Modified by Systemic Diseases." Journal of dental research vol. 98,2 (2019): 148-156. doi:10.1177/0022034518805739

Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Brägger U, Hämmerle CH, Lang NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. Clin Oral Implants Res. 2003 Jun;14(3):329-39. doi: 10.1034/j.1600-0501.000.00934.x. PMID: 12755783.

F. De Angelis, P. Papi, F. Mencio, D. Rosella, S. Di Carlo, G. Pompa. Implant survival and success rates in patients with risk factors: results from a long-term retrospective study with a 10 to 18 years follow-up Eur Rev Med Pharmacol Sci 2017 Vol. 21 - N. 3 -433-437

Thompson KS, Yonke ML, Rapley JW, Cobb CM, Johnson V. Relationship between a self-reported health questionnaire and laboratory tests at initial office visits. J Periodontol. 1999 Oct;70(10): 1153-7. doi: 10.1902/jop.1999.70.10.1153. PMID: 10534068.