

Astreintes d'urgence en odontologie au CHU de Reims : enquête rétrospective sur un an

Bourgeois G, Miric T, Dessouter A, Urzel V, Dauce P, Klecha A, Lefèvre B, Hafian H

Service d'Odontologie, Unité de Pathologie et Chirurgie buccale, CHU Reims

Le service d'accueil des urgences du CHU de Reims admet toute les nuits, week-ends et jours fériés les patients souffrant de pathologies bucco-dentaires aiguës. Ces patients sont dirigés vers les urgences chirurgicales où un médecin de garde évalue dans un premier temps, la nécessité d'un déplacement de l'interne en odontologie d'astreinte.

Une enquête rétrospective de cette activité est ici présentée sur une période d'un an, à partir des fiches remplies lors des interventions de l'interne. Seules les fiches dûment complétées ont été retenues, soit 229 dossiers exploitables.

La population étudiée montre une prédominance masculine avec un sexe ratio de 0,63. Elle est âgée de 1 à 86 ans avec une médiane située à 22 ans et 6 mois, et environ 70 % des individus sont âgés de moins de 30 ans. Les appels émanent dans 62 % des cas du service d'accueil des urgences chirurgicales adultes et dans 25 % des cas des urgences chirurgicales pédiatriques. Le reste des appels proviennent de cliniques ou d'hôpitaux périphériques dans un périmètre de moins de 50 km pour 5,7 % des cas, de 50 à 100 km pour 4,4 % et supérieur à 100 km pour 1,8 %.

La distribution des appels suit des variations temporelles : annuelles avec une augmentation de la fréquentation durant les vacances scolaires (40 % d'entre eux sont représentés par les mois de juin à août), hebdomadaires avec des interventions trois fois plus fréquentes le week-end qu'en semaine et enfin horaires avec un intervalle 18h00-0h00 représentant la moitié des déplacements. Concernant le motif d'appel retenu par l'accueil des urgences, il s'agit d'un traumatisme dans 43 % des cas, d'un processus infectieux dans 28 % des cas et d'une hémorragie buccale dans 8 % des cas. Les autres appels (20,6 %) regroupent des douleurs dentaires et motifs divers. A noter que les urgences traumatiques représentent à elles

seules 78 % des motifs chez les moins de 15 ans. Par ailleurs un contexte médical prioritaire (accident de la voie publique, affection chronique, infection avec altération de l'état général...) est présent dans 11 % des cas. Une notion de surdosage par automédication (paracétamol et/ou anti-inflammatoires non stéroïdiens) en relation avec la douleur dentaire est retrouvée chez 8 patients (3,4 %).

Un geste odontologique a été réalisé par l'interne d'astreinte 4 fois sur 5 et une ordonnance médicale a été délivrée 3 fois sur 4. La prescription comportait un antibiotique dans 52 % des cas et un antalgique dans 70 % des cas. Les gestes sont réalisés en ambulatoire dans 83 % des cas et une hospitalisation a été requise dans 16 cas (7 %). Parmi les 229 patients retenus, seulement 20 étaient habituellement suivis dans le service d'odontologie et deux d'entre eux ont été revus pour hémorragie buccale.

En conclusion, lorsque l'urgence odontologique est identifiée, une intervention spécifique est nécessaire. Cette enquête montre que la population rencontrée est majoritairement jeune et se présente pour un traumatisme. Plus de 50 % des motifs d'admission aux urgences résultent d'une prise en charge initiale inadéquate (absence de suivi de recommandations, prescriptions inappropriées). Ces données témoignent de la nécessité d'une collaboration étroite entre odontologistes et médecins pour garantir une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient. Par ailleurs, les résultats de cette enquête sont comparables à ceux obtenus en 1998 dans une étude similaire faite au CHU de Reims.

Nom et adresse du conférencier

BOURGEOIS Geoffrey
Service d'Odontologie, CHU Reims
45 rue Cognacq-Jay, 51100 Reims
geoffrey.bourgeois1@voila.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 13, n° 4
2007

page 229

Optimisation de la stabilité implantaire avec une surface SLA modifiée : étude pilote randomisée

Bischof M¹, Nedir R¹, Nurdin N¹, Oates TW², Valderrama P², Jones A², Simpson J³, Toutenburg H⁴, Cochran D²

1. Swiss dental clinics group, Clinique dentaire de Chauderon, Lausanne, Suisse

2. Department of Periodontics, University of Texas Health Science Center, San Antonio, USA

3. Institut Straumann AG, Bâle, Suisse

4. Institut für Statistik, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Allemagne

La composition chimique des surfaces implantaires a le potentiel de modifier les interactions ioniques, l'adsorption des protéines et l'activité cellulaire de l'os environnant. Ainsi, la surface Straumann SLActive®, qui présente des propriétés hydrophiles obtenues par modification chi-

mique de la surface SLA (Sand blasted-Large, Acid-etched), optimise le contact os-implant. Par comparaison à cette dernière, la présence d'os est supérieure de 60 % dès les 2 premières semaines de guérison (Buser et coll., 2004). L'objectif de cette étude a été de comparer l'évo-

lution de la stabilité du complexe os-implant pour ces deux types de surface durant les 6 premières semaines post-opératoires et d'évaluer leur succès à un an.

Soixante-deux implants ont été placés de manière randomisée chez 31 patients, 22 femmes et 9 hommes (âge moyen : $61,1 \pm 13,0$ ans), présentant au moins 2 sites édentés, maxillaires ou mandibulaires postérieurs, parfaitement cicatrisés (> 4 mois post-extraction). Chaque patient a reçu un implant SLA (contrôle) et un implant SLActive® (test). Douze implants ont été posés au maxillaire et 50 à la mandibule. La stabilité des implants a été évaluée par la mesure du quotient de stabilité implantaire (ISQ compris entre 0 et 100), à l'aide de la technique d'analyse de fréquence de résonance Osstell® (Integration Diagnostics, Suède), de manière hebdomadaire, durant les six semaines postopératoires (Bischof et coll., 2004). La stabilité primaire mesurée immédiatement après la pose ne diffère pas significativement pour les deux groupes d'implants (ISQ moyen : $63,7 \pm 6,9$ pour le groupe contrôle, $61,7 \pm 7,6$ pour le groupe test). Les implants montrent une stabilité moyenne décroissante jusqu'à 2 semaines pour les implants SLActive® et jusqu'à 4 semaines pour les implants SLA, qu'ils soient placés dans des sites mandibulaires ($p < 0,01$) ou maxillaires ($p < 0,001$). Leur niveau de stabilité est identique à 6 semaines. L'identification d'un point de transition, pas-

sage de la décroissance à la croissance de la stabilité, suggère une modification du comportement général du métabolisme osseux au contact de la surface de l'implant. Celui-ci évoluerait de la résorption à l'apposition. A la mandibule, ce point d'inflexion s'est produit à 2 semaines pour les implants du groupe test, et à 4 semaines pour ceux du groupe contrôle. Les 62 implants étudiés étaient parfaitement intégrés à 6 semaines et ont été réhabilités. A un an, le succès clinique des implants à surface SLActive® est équivalent à celui des implants du groupe contrôle (100 %).

Cette étude clinique pilote démontre le succès clinique à court terme de la surface SLActive®. En outre, elle confirme le potentiel que possède la modification chimique de la surface SLA pour induire des phénomènes biologiques accélérant le procédé d'ostéointégration. Une analyse plus fine pourrait mettre en évidence les phénomènes de cicatrisation osseuse et le protocole de réhabilitation prothétique être ainsi modifié et accéléré.

Nom et adresse du conférencier

BISCHOF Mark

Swiss dental clinics group

Clinique dentaire de Chauderon

16 place Chauderon, 1003 Lausanne, Suisse

mark.bischof@swissdentalclinics.ch

Migration implantaire bilatérale dans le sinus maxillaire

Boisramé-Gastrin S¹, Zimmermann P¹, Briche T², Denhez F¹

1. Service d'Odontologie, de Chirurgie maxillo-faciale et plastique, Hôpital d'Instruction des armées (HIA), Percy-Clamart

2. Service d'ORL, Hôpital d'Instruction des armées (HIA), Percy-Clamart

De nombreuses complications sont rapportées après la pose d'implants. Au maxillaire postérieur, la mise en place d'implants peut être difficile à gérer par manque de hauteur osseuse ou présence d'un sinus procidens^[1]. Les greffes par interposition au niveau du plancher sinusien constituent une technique courante pour pallier à ces difficultés. Dans certains cas, une simple ostéotomie d'impaction (technique de Summers) suffit.

Les auteurs présentent le cas d'une migration implantaire bilatérale dans le sinus maxillaire. Un traitement implantaire a été proposé pour réhabiliter un édentement maxillaire de classe I. Après examen clinique et radiologique, la proposition thérapeutique consiste à la mise en place de trois implants droits et gauches en technique enfouie. Pour chaque implant distal, du fait du peu de hauteur osseuse, une intervention selon la technique de Summers a été réalisée avec l'obtention d'une bonne stabilité primaire. Trois semaines plus tard, le patient consulte pour contrôle de cicatrisation. L'aspect clinique des zones implantées est normal, il n'y a pas d'operculisations. Une radiographie rétro-alvéolaire visualise les trois implants de chaque côté. A trois mois, la mise en place des vis de cicatrisation est décidée.

Après incision crestale droite et gauche, seuls deux implants sont retrouvés. L'orthopantomogramme montre que les deux implants distaux qui ont migré secondairement dans le sinus. Bien qu'il n'existait aucun signe de sinusite, la dépose des implants a été réalisée.

Les raisons de ce type de migration sont mal connues. La faible hauteur de l'os alvéolaire, une effraction sinusienne lors du geste chirurgical et une fibrose favorisent sans aucun doute le mécanisme de déplacement secondaire de ces implants dans le sinus maxillaire pendant la période de cicatrisation malgré une stabilisation primaire satisfaisante^[2]. La morphologie faciale doit également être prise en compte^[3]. Notre patient est de type carbonique et présente des forces musculaires importantes. L'hypothèse retenue serait liée à une déchirure de la membrane de Schneider lors de la réalisation de la technique d'impaction de Summers suivie d'une fibro-intégration par migration des cellules de la membrane sinusienne favorisée par des mécanismes d'hyperpression intrasinusienne plus ou moins répétés (mouchage...). Ceci pourrait expliquer la migration bilatérale des deux implants distaux dans la cavité sinusienne.