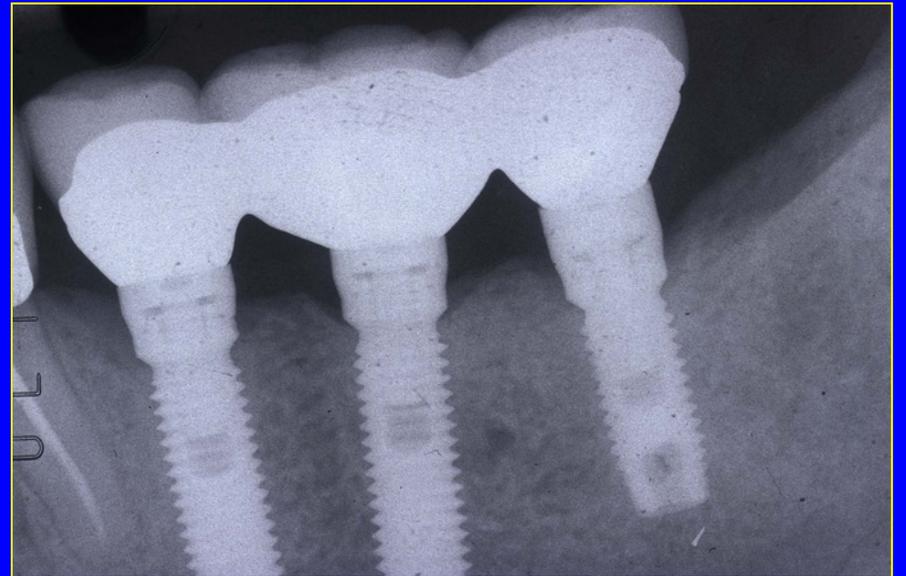


Gestion des complications implantaires

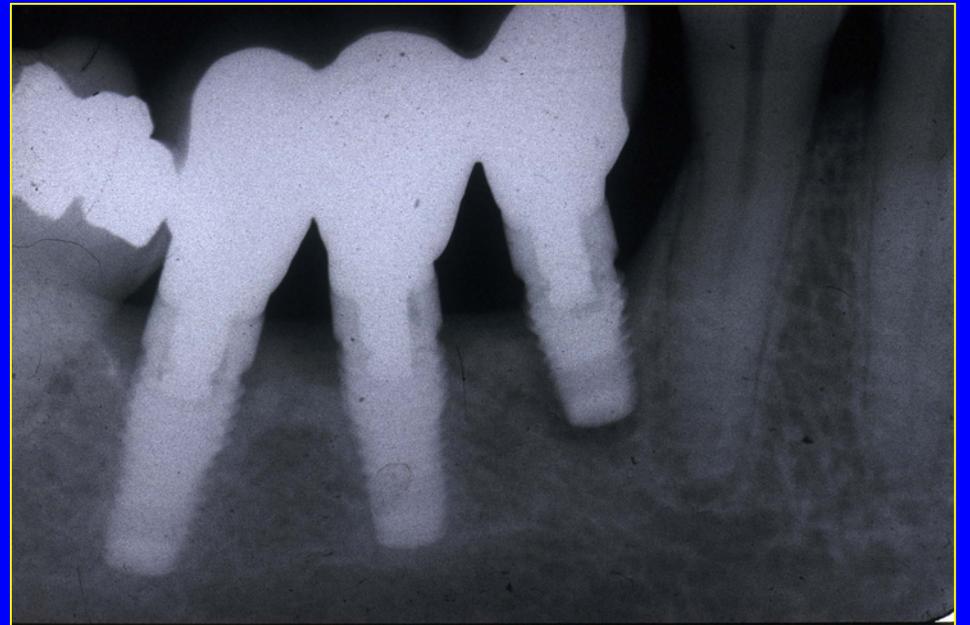
**Les implants ostéo-intégrés
ont un taux de succès de**

95 %

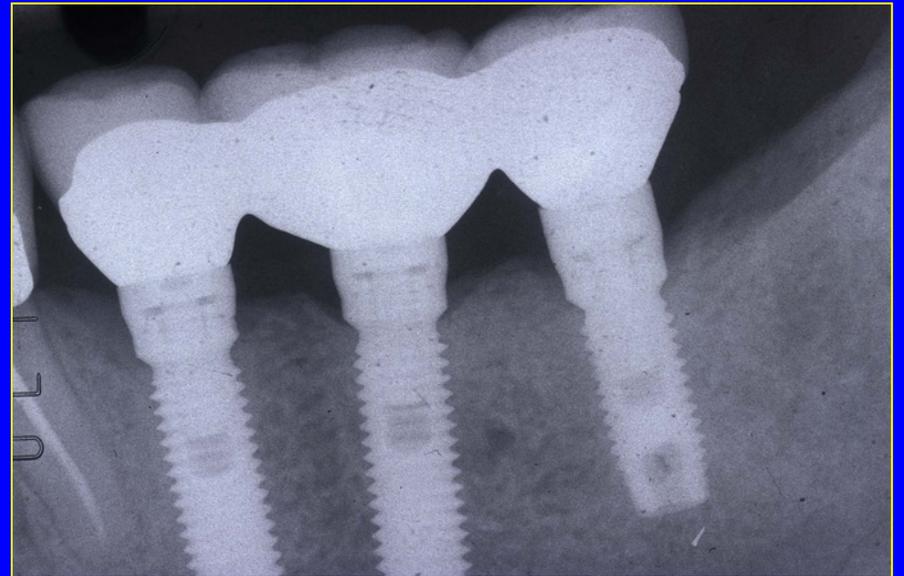


**Les implants ostéo-intégrés
ont un taux d'échecs de**

5 %



**Une technique nouvelle
apporte des complications
nouvelles.**



L'échec est

statistiquement mesurable,

mais non individuellement

prévisible...



L 'échec est
le fondement
du succès

Lao Tseu

L'expérience est le nom
que l'on
donne à nos échecs.

Oscar Wilde

Sans échec,
pas de morale

Simone de Beauvoir

REPÈRES

Gestion des composants en implant

Marc BERT
avec la collaboration de

Consultez la vidéo en ligne



<https://youtu.be/XoxGPKFm3AE>

En cas de détresse respiratoire, les secours réaliseront une intubation permettant de réouvrir les voies aériennes. Le patient sera ensuite dirigé vers un service d'ORL où le composant sera extrait soit à l'aide de la pince de Magill servant à l'intubation s'il est sus-glottique, soit par une endoscopie sous anesthésie générale s'il est accessible. Si le composant n'est pas accessible, seule une bronchotomie par thoracotomie permettra son extraction, avec une hospitalisation de plusieurs jours pour poursuivre une corticothérapie avec antibiothérapie systémique de quelques jours.

Le meilleur traitement d'une inhalation réside dans sa prévention...

Prévention des inhalations

La prévention des inhalations obéit au même principe que celle de la déglutition : sécuriser ses instruments et ses composants (figures 19-7 à 19-15) !



Figures 19-7, 19-8 :
Les premiers systèmes utilisés, comme ici l'implant IM2, avaient des vis à fente classique difficiles à manipuler sans risques.

edp sciences

La leçon de philo

PAR CHARLES PÉPIN



L'échec, la voie de la réussite

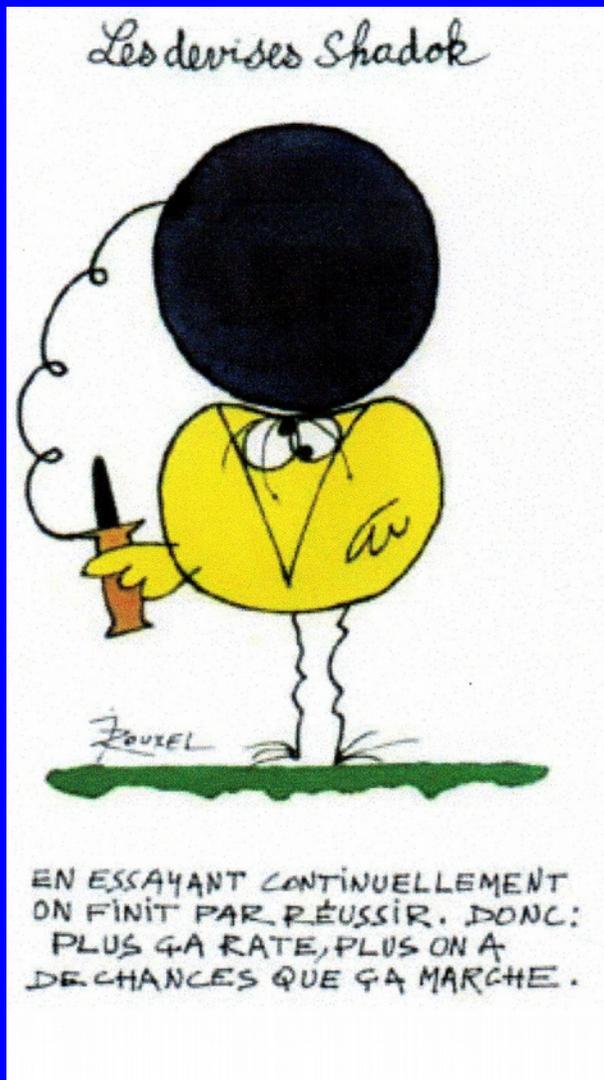
Une véritable philosophie de l'échec serait capable de mettre en évidence la vertu de celui-ci, de montrer qu'une sagesse peut être enfantée par l'échec quand le succès, lui, ne produit au mieux qu'une ivresse. Cette vertu de l'échec est la grande absente de la tradition philosophique occidentale. Ce que les « grands philosophes » nous en disent serait plutôt de nature à nous culpabiliser. Lorsque nous nous trompons, lorsque nous « errons », c'est, selon Descartes, que nous avons fait un mauvais usage de notre volonté – cette faculté humaine la plus importante, la seule par laquelle nous ressemblons à Dieu. Il y a donc vraiment de quoi s'en vouloir ! Pour Kant, l'échec serait davantage dû à un mauvais usage de la raison, cette faculté grâce à laquelle nous essayons de nous arracher à nos penchants les plus bas. Échouer, c'est alors échouer dans le processus même de notre humanisation ! Quelle distance avec cette idée, tellement salutaire pourtant, que nos échecs peuvent nous grandir – avec cette idée, révélée par Freud, puis Lacan, vérifiée dans toute l'histoire de la médecine, que c'est quand « ça ne marche pas » que nous comprenons un peu comment ça marche. Tel est pourtant le sens du symptôme : un dysfonctionnement qui en dit long sur notre « fonctionnement ». Mais prenons un exemple plus simple : votre presse-agrumes. Lorsqu'il marche, vous ne vous

posez aucune question : vous disposez votre demi-orange, appuyez sur un bouton et récoltez votre jus. C'est le jour où il ne marche pas, se bloque, s'enraie, que vous commencez à vous intéresser à lui : vous le touchez, le retournez, le démontez – c'est le jour où il ne marche plus que vous commencez à comprendre comment il marche. De même pour le capitalisme mondialisé : la crise qu'il traverse jette une lumière nouvelle sur sa réalité. « Crise » est un dérivé du grec *krinein*, « séparer ». La crise, c'est le moment où le réel s'ouvre : le moment d'essayer de voir un peu ce qui s'y passe. Telle est la vertu de l'échec : nous offrir un temps d'arrêt, d'examen, de retour sur soi ; nous offrir la chance d'arrêter d'avancer. Bien sûr, il est des échecs dont nous ne nous relevons pas, des ratés auxquels nous avons le malheur de nous identifier, confondant douloureusement « avoir raté » et « être un raté ». Bien sûr, nous n'avons pas tous

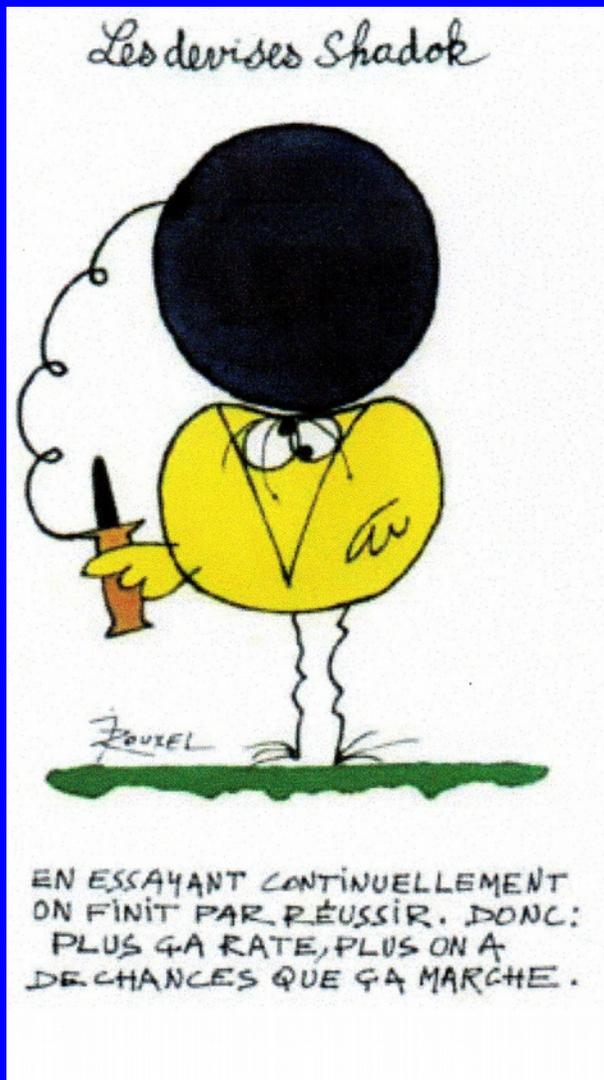
les mêmes ressources pour rebondir. Raison de plus pour rappeler que la réussite n'est pas le succès. Il est des succès dangereux, trop précoces, trop enivrants : le sport de haut niveau regorge d'exemples de champions détruits par un succès prématuré. Nous oublions si souvent que le succès a un coût, que la réussite n'est jamais une succession de succès. La réussite, sur le long terme, est toujours une succession d'échecs et de succès.

Charles Pépin, philosophe, nous invite dans ses chroniques à réfléchir autour d'un concept philosophique. Dernier ouvrage paru : Un homme libre peut-il croire en Dieu ? (Éditions de l'Opportun, 2012). Il donne chaque lundi à 18 heures, au cinéma MK2 Hautfeuille, à Paris, une conférence de philosophie pratique et existentielle (MK2.com).

Lao Tseu: L'échec est le fondement du succès



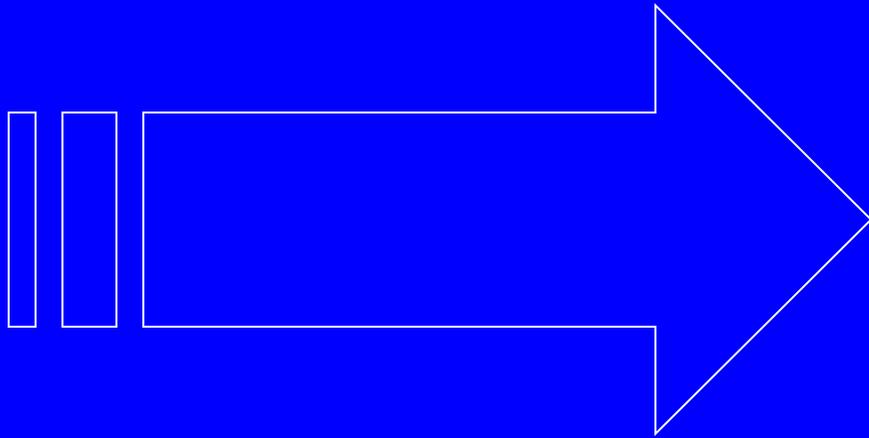
Lao Tseu: L'échec est le fondement du succès



**Apprenons par
nos échecs !**

apprenons par nos échecs

* **comprendre**



prévenir

apprenons par nos échecs

* **comprendre**

* **traiter**



logique du traitement

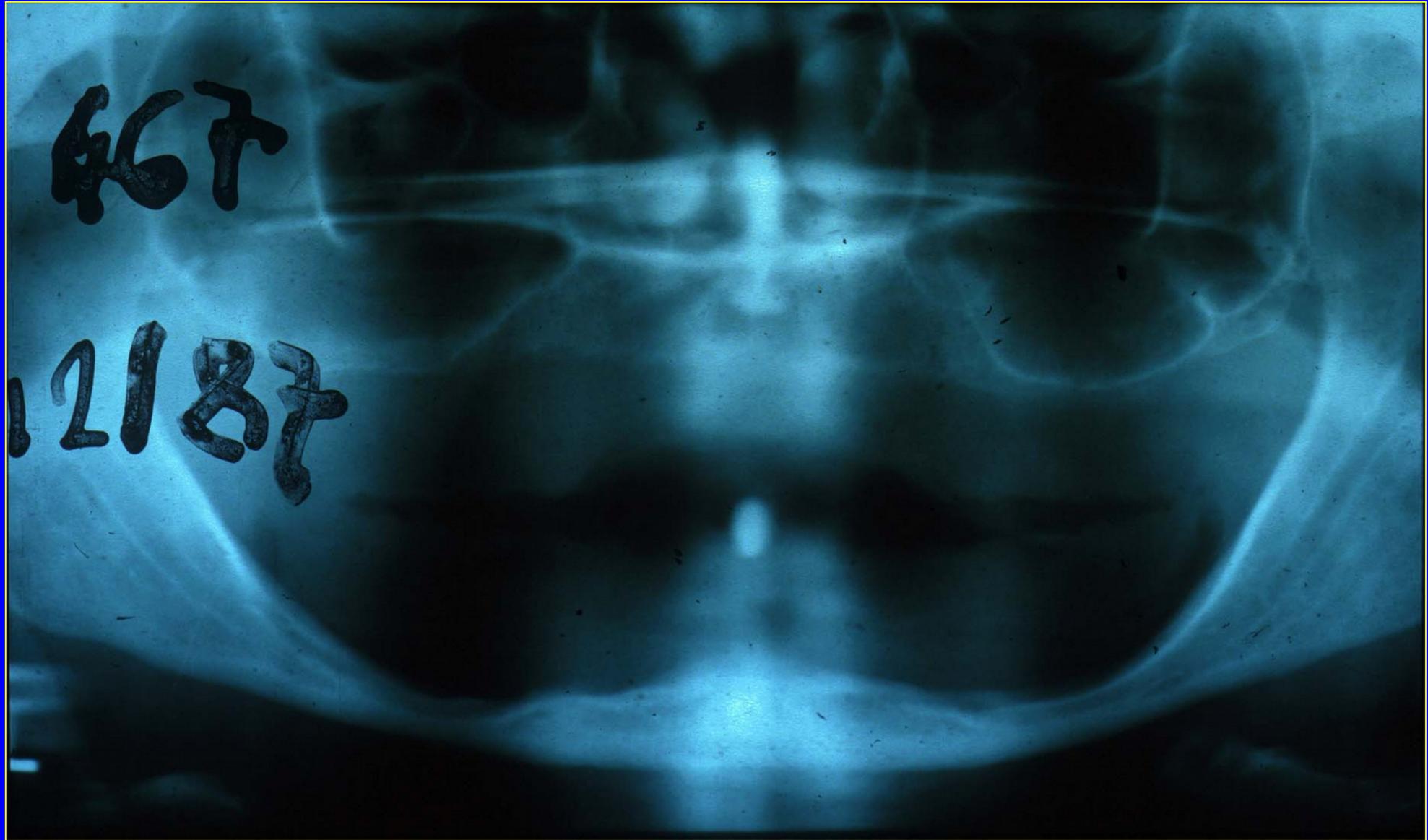
apprenons par nos échecs

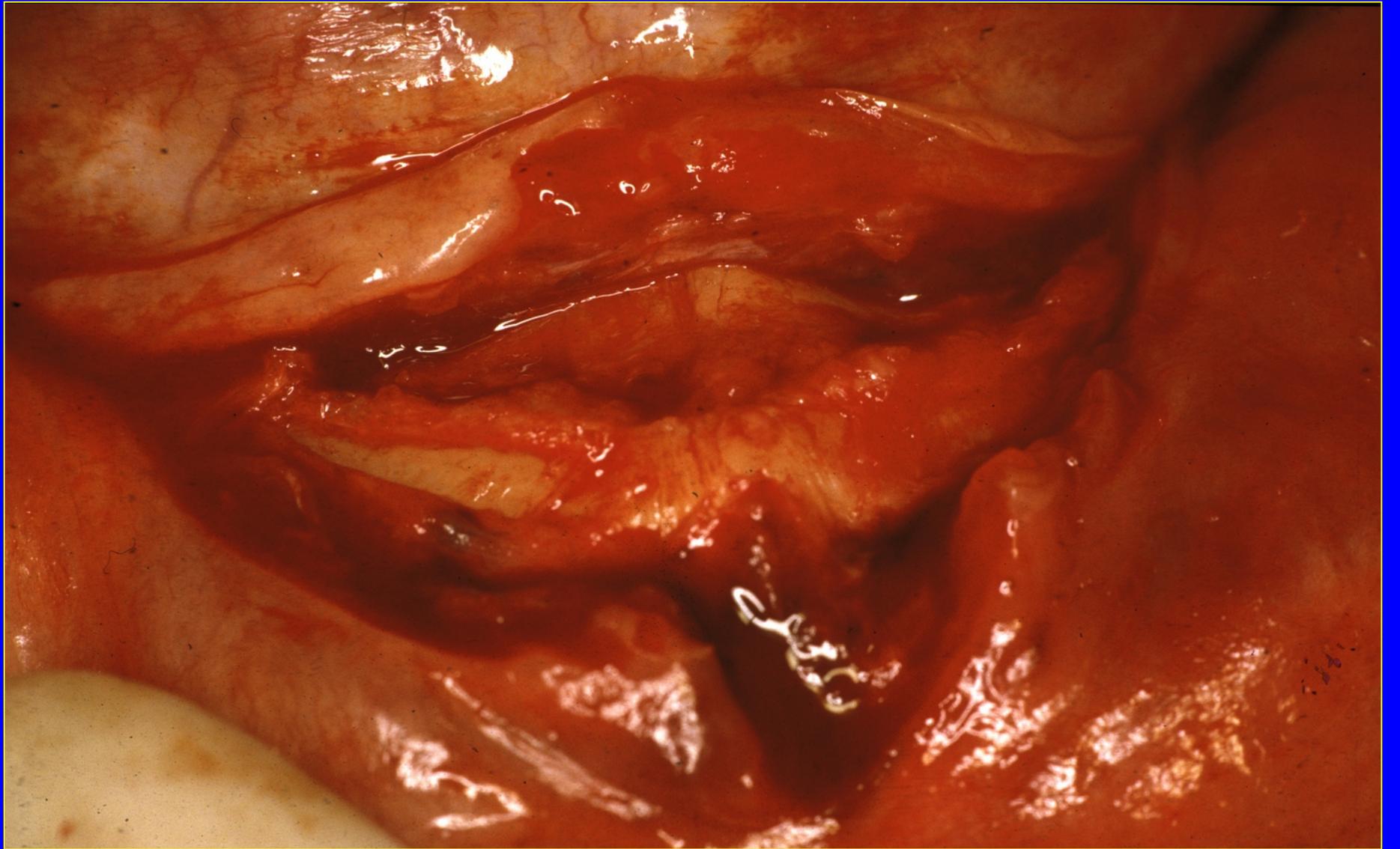
à propos

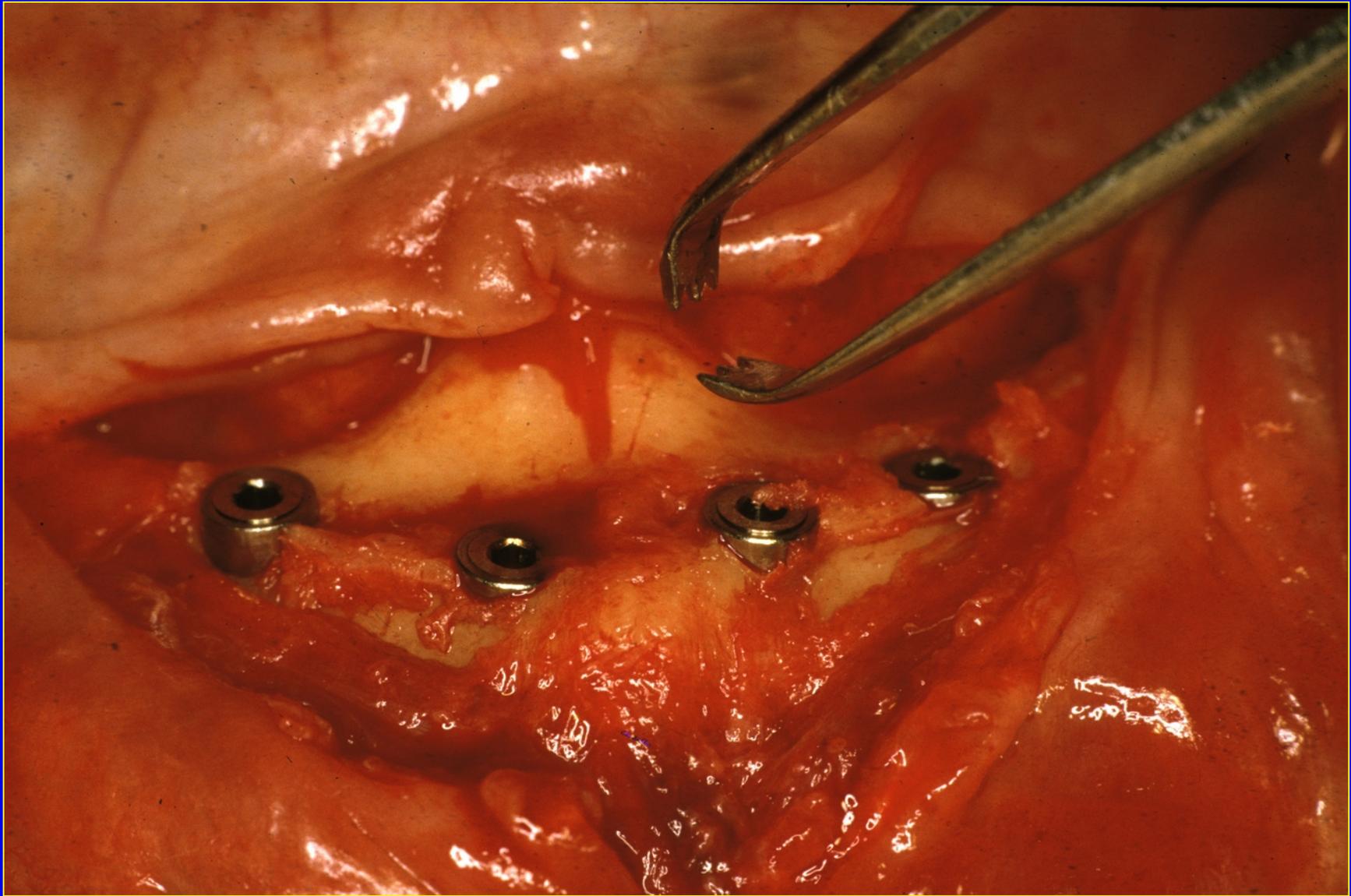
d'un cas...

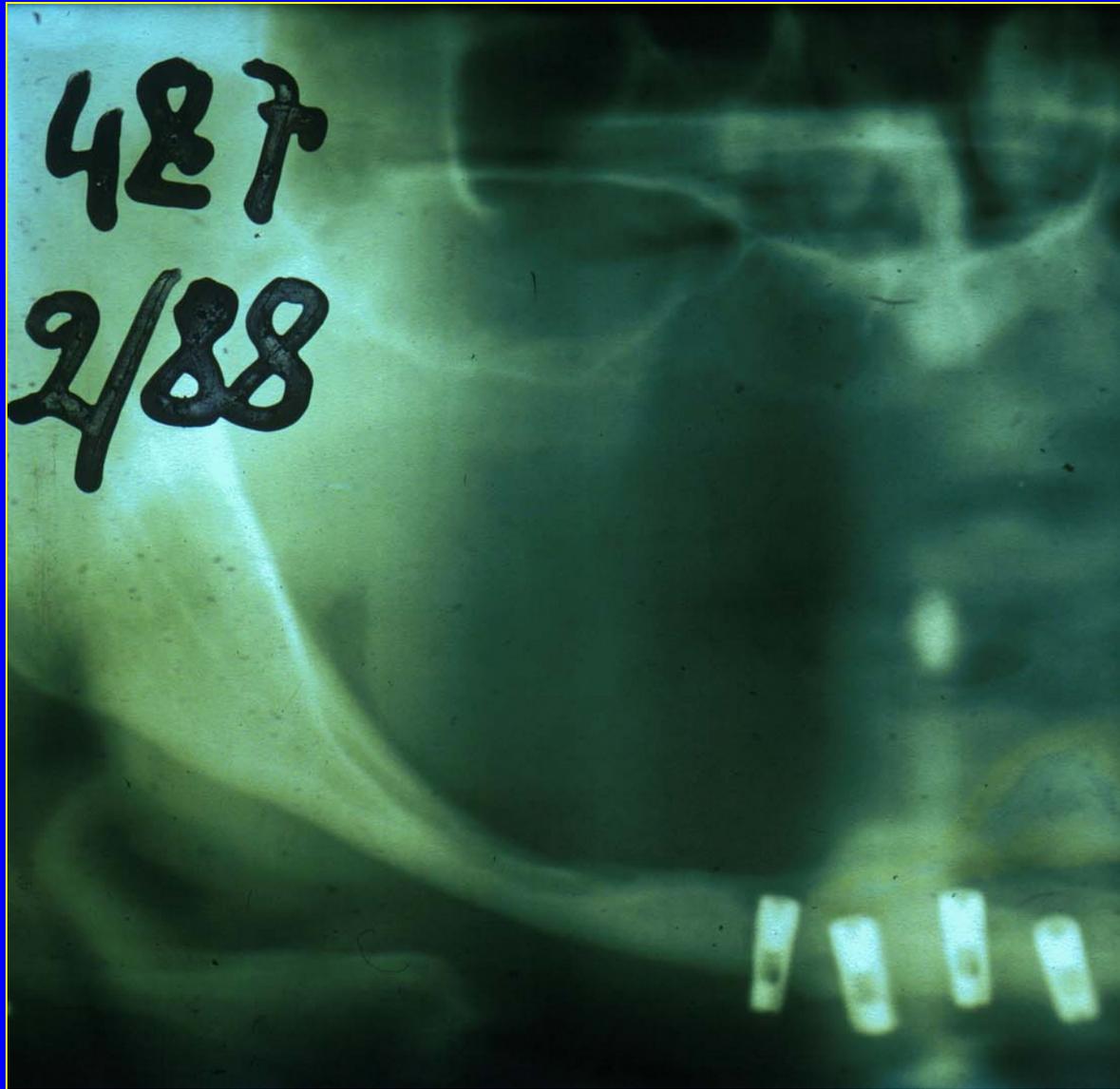
467

12187

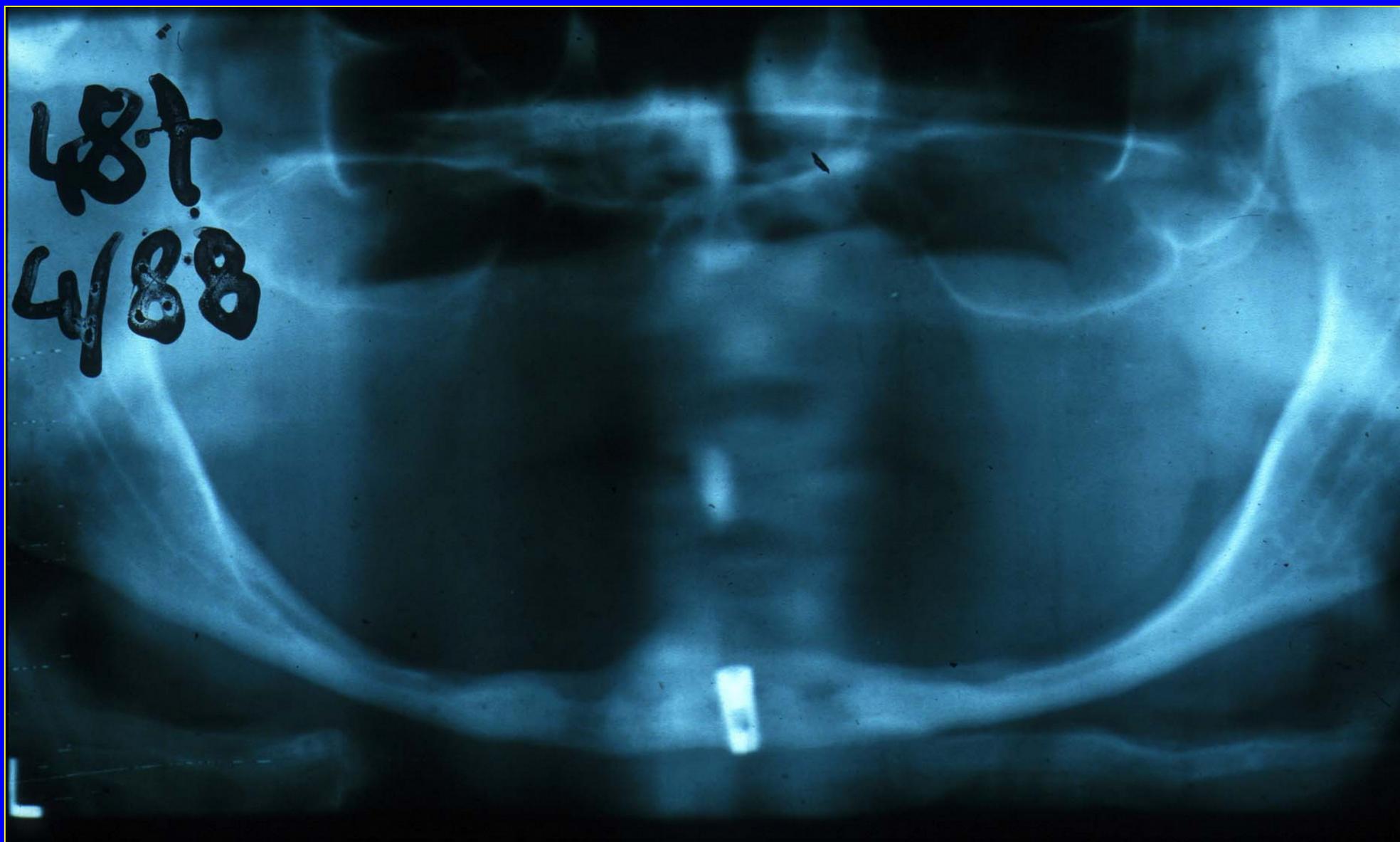


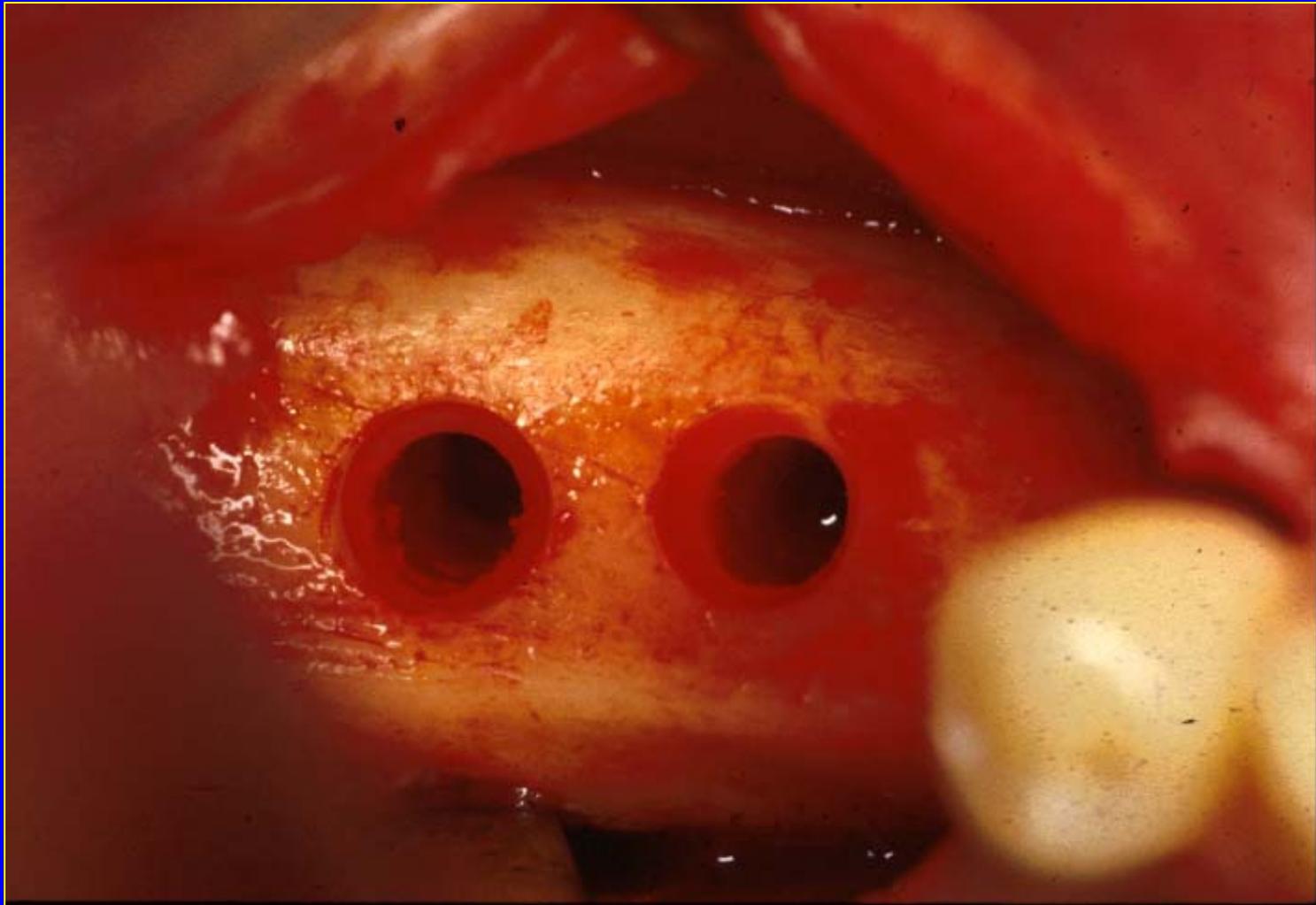






487
4/88





L'os de type I

La réaction mécanique lors de la pose de l'implant va provoquer une réaction différente au niveau de l'os cortical et de l'os médullaire suivant le concept suivant :

- os cortical : saignement, collapsus des vaisseaux, nécrose du tissu osseux avoisinant, résorption (ne se produit jamais au contact direct os-implant mais provient de l'intérieur), néoformation d'os ;

- os médullaire : saignement, néoformation d'os qui prend la responsabilité de maintenir l'implant (os lamellaire).

Ainsi, plus on obtient une stabilité mécanique durant le placement de l'implant, plus on tue des cellules osseuses qui se nécrosent.

Jan Lindhe, 2002

l'os de type I

Implants courts (7, 8.5 mm) situés dans l'os cortical:

- * Bert (1994): 25 % de taux d'échec;**
- * Zarb (1985): 28 % de taux d'échec.**

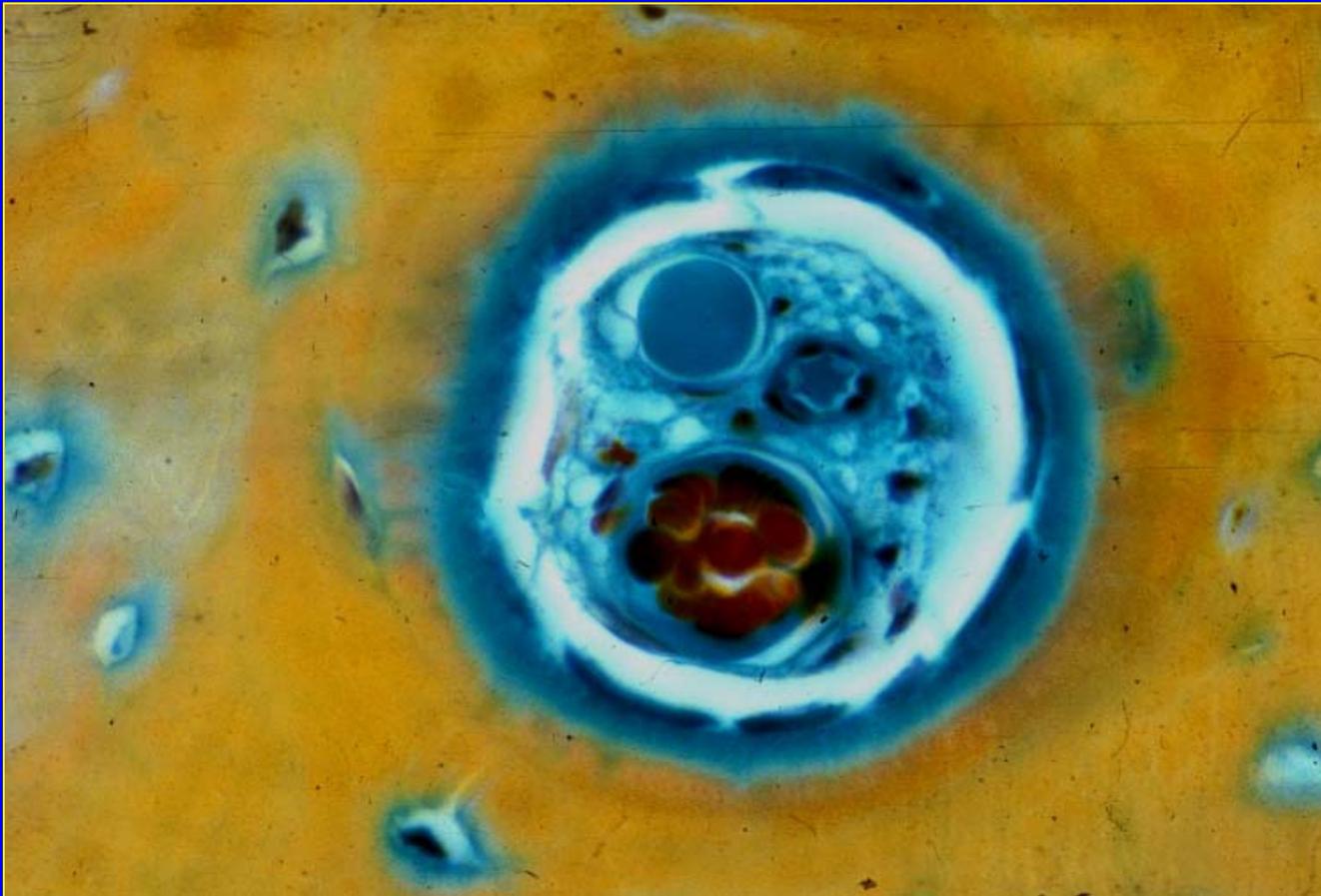
mauvaise vascularisation de l'os

La réparation osseuse ne peut

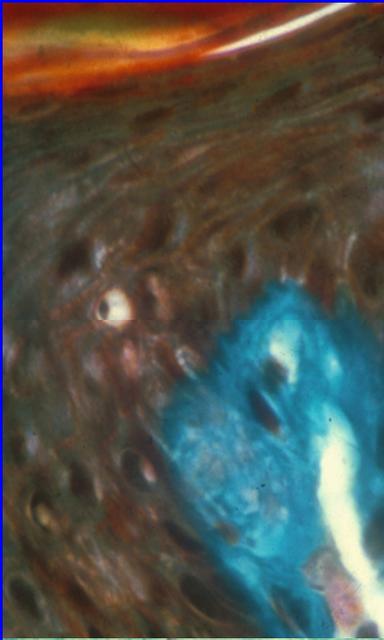
commencer que lorsqu'une circulation

sanguine locale est installée.

Réparation osseuse



- * un stimulus
- * une cellule
- * une nutrition



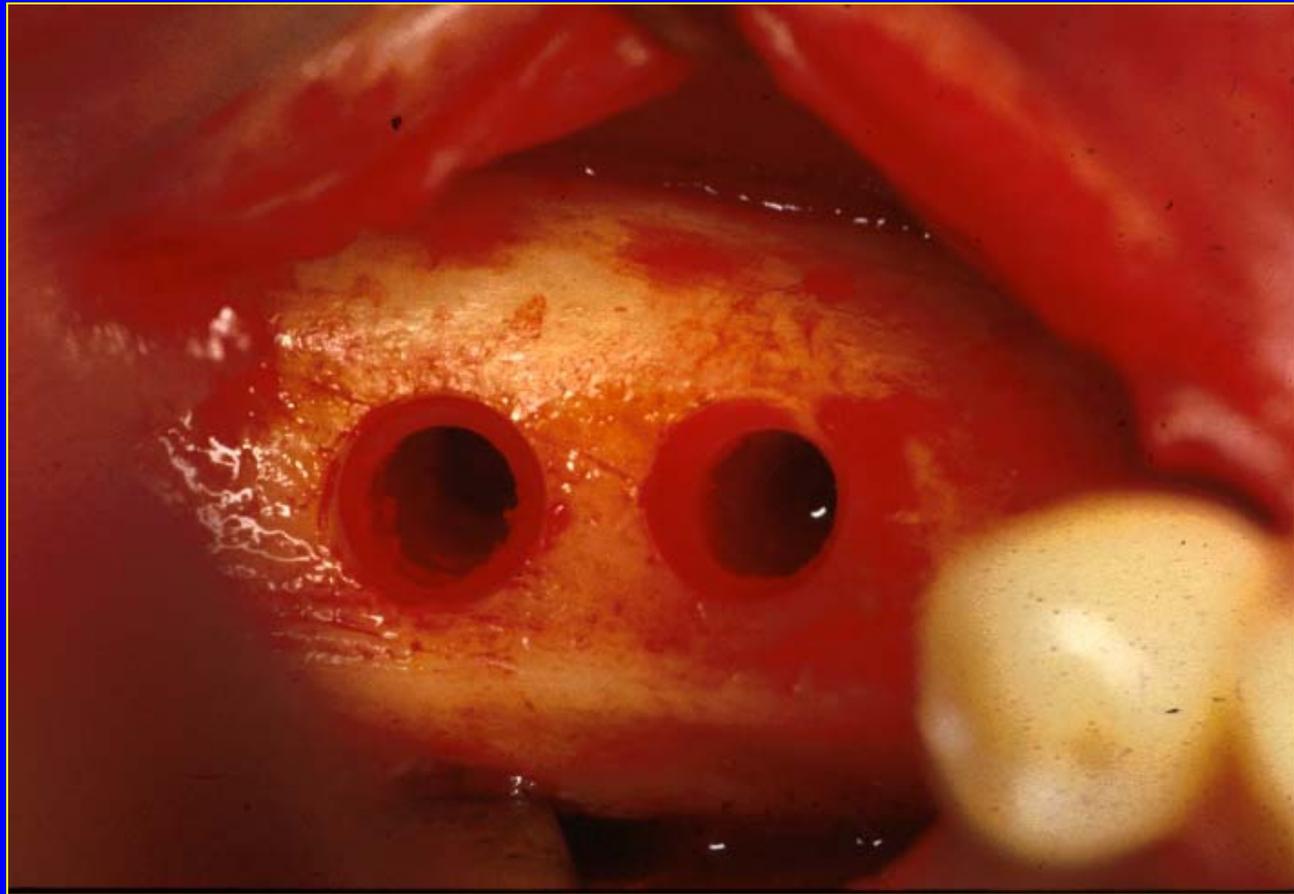
épithélium: non-vascularisé

tissu conjonctif: vascularisé

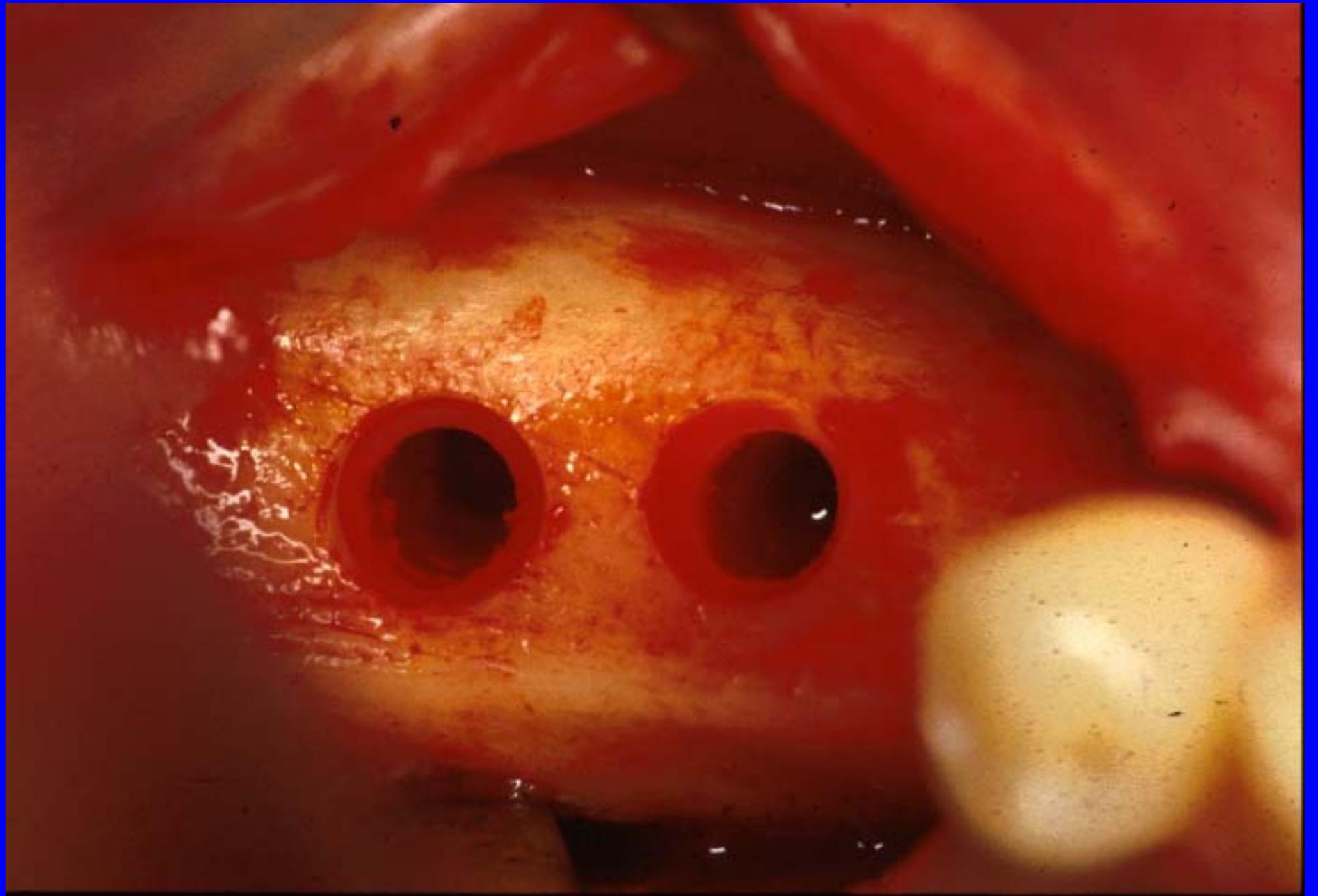
os cortical: mal vascularisé

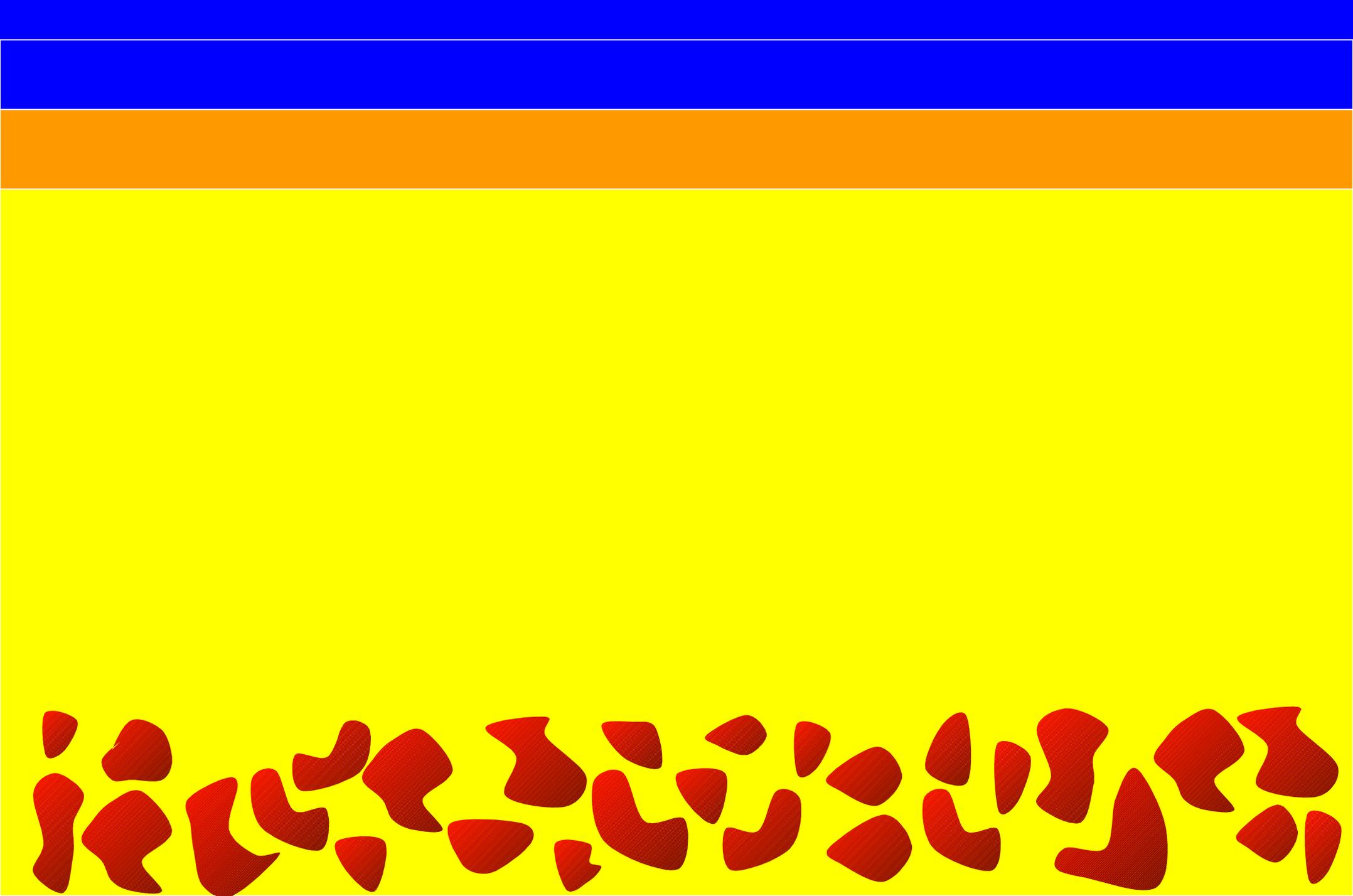
os spongieux trabéculaire: vascularisé





L 'os cortical cicatrise quatre fois plus lentement que l 'os spongieux trabéculaire







تصميم وتصنيع

os cortical

ostéoclastes?

macrophages?



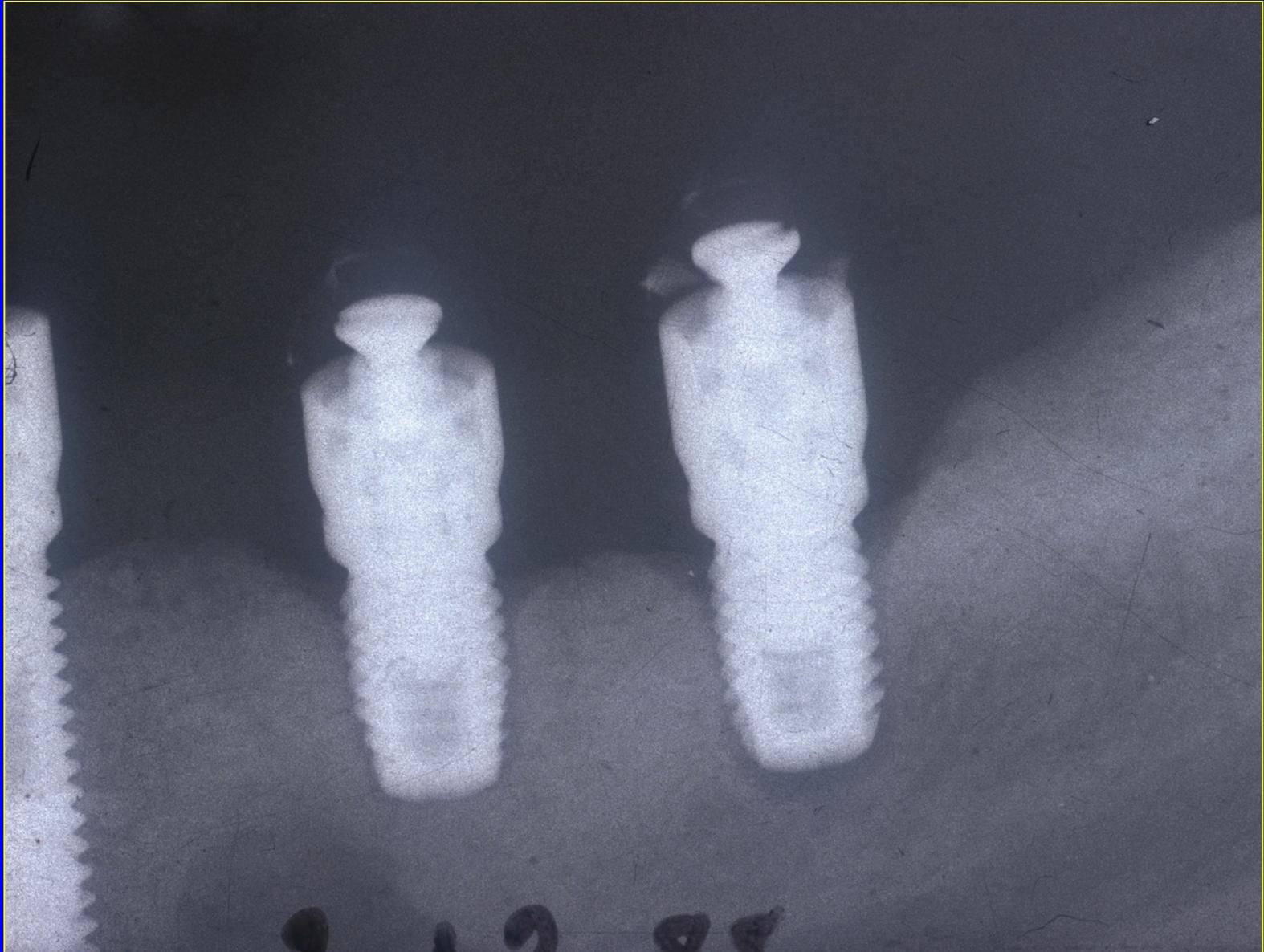
**os
dégradé:**

- * fraisage**
- * immobilisation
de l'implant**

os cortical



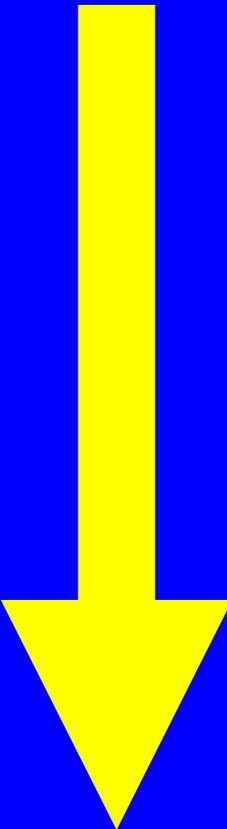
**Hyalinisation,
transformation
en tissu
fibreux**



Bert M., Itic J., Serfaty R.:

**La stimulation endostée en
implantologie: étude et
résultats après 2 ans**

Les Cahiers de Prothèse, 1989; 65: 23-31



Stimulation endostée

6 semaines

Mise en place des implants

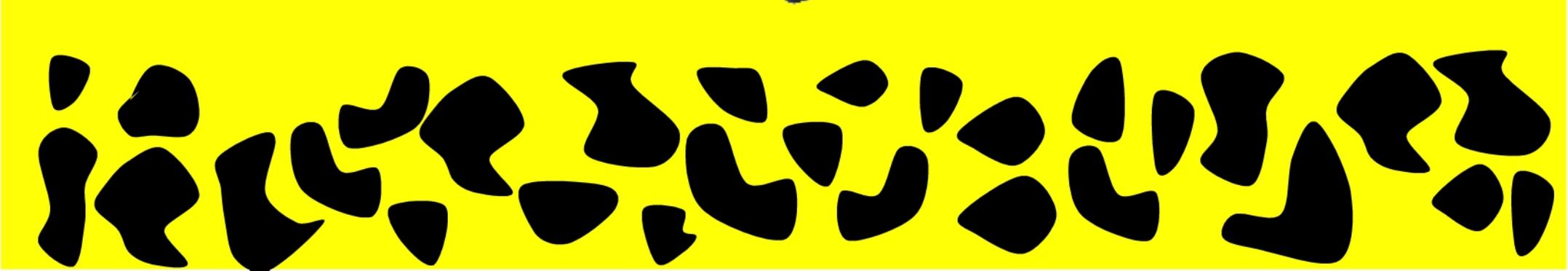
6 mois

Mise en fonction des implants



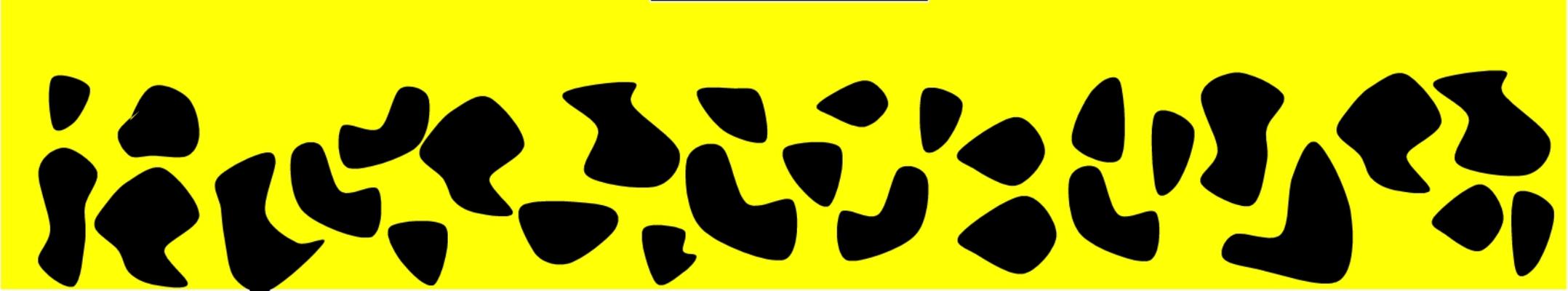
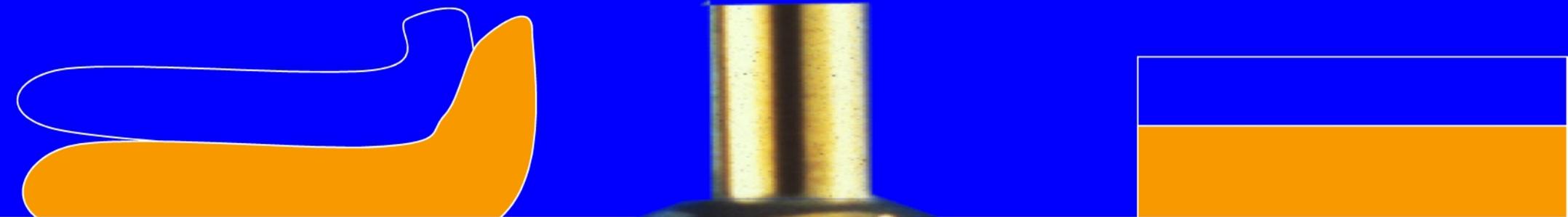




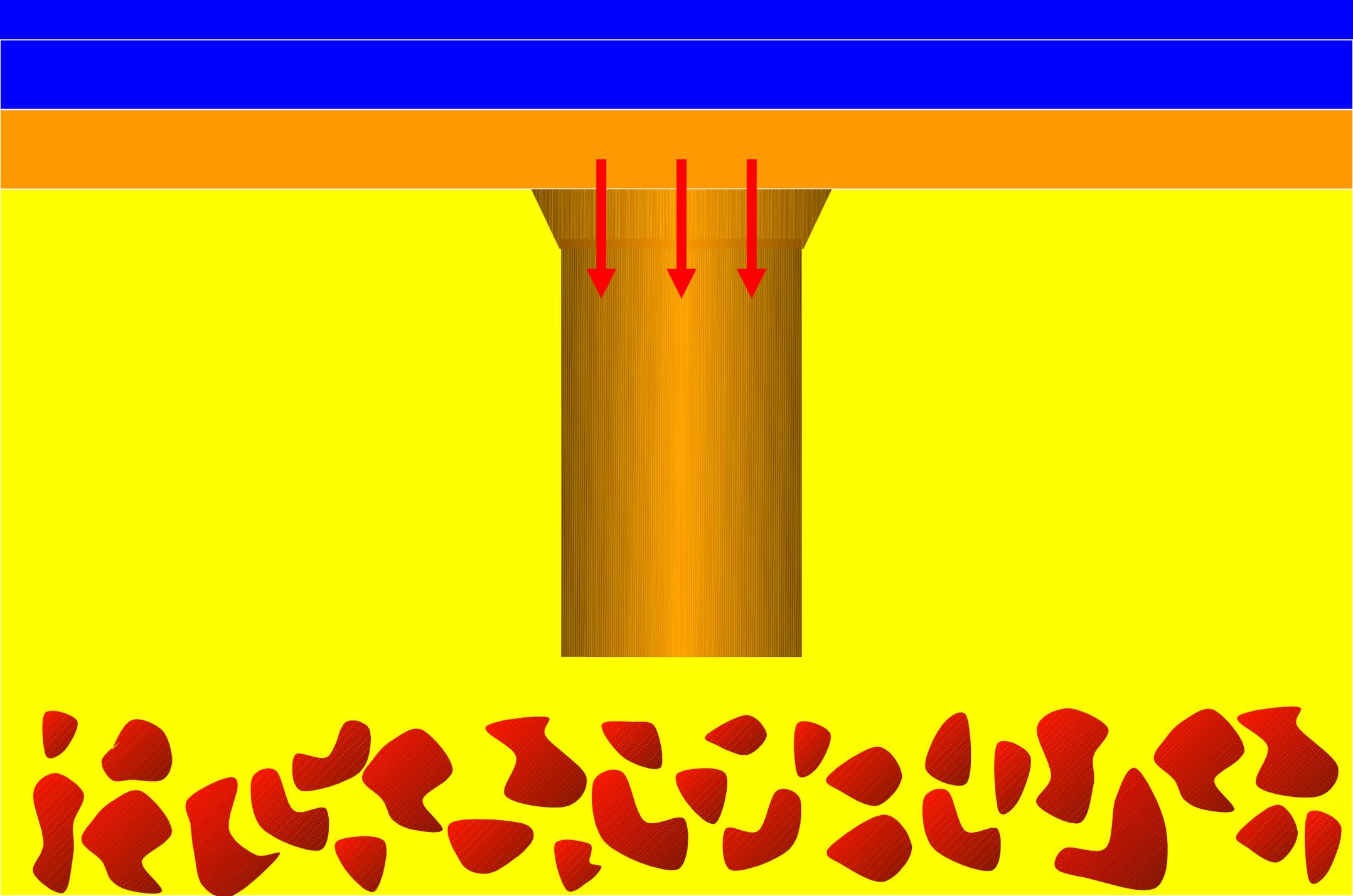


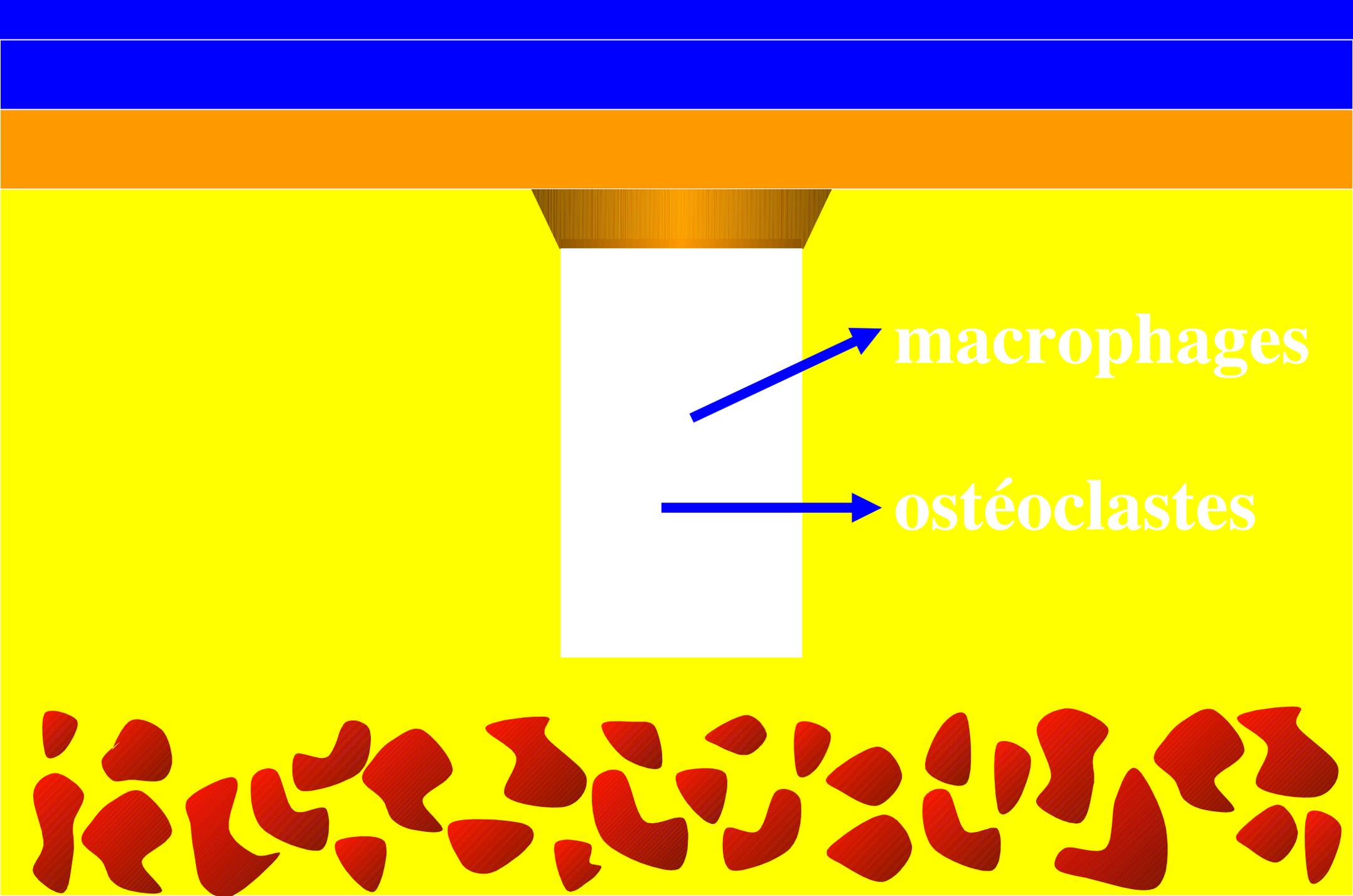










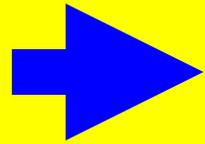


macrophages

ostéoclastes

os cortical

os lésé,
uniquement
par
le fraisage



néo-alvéole

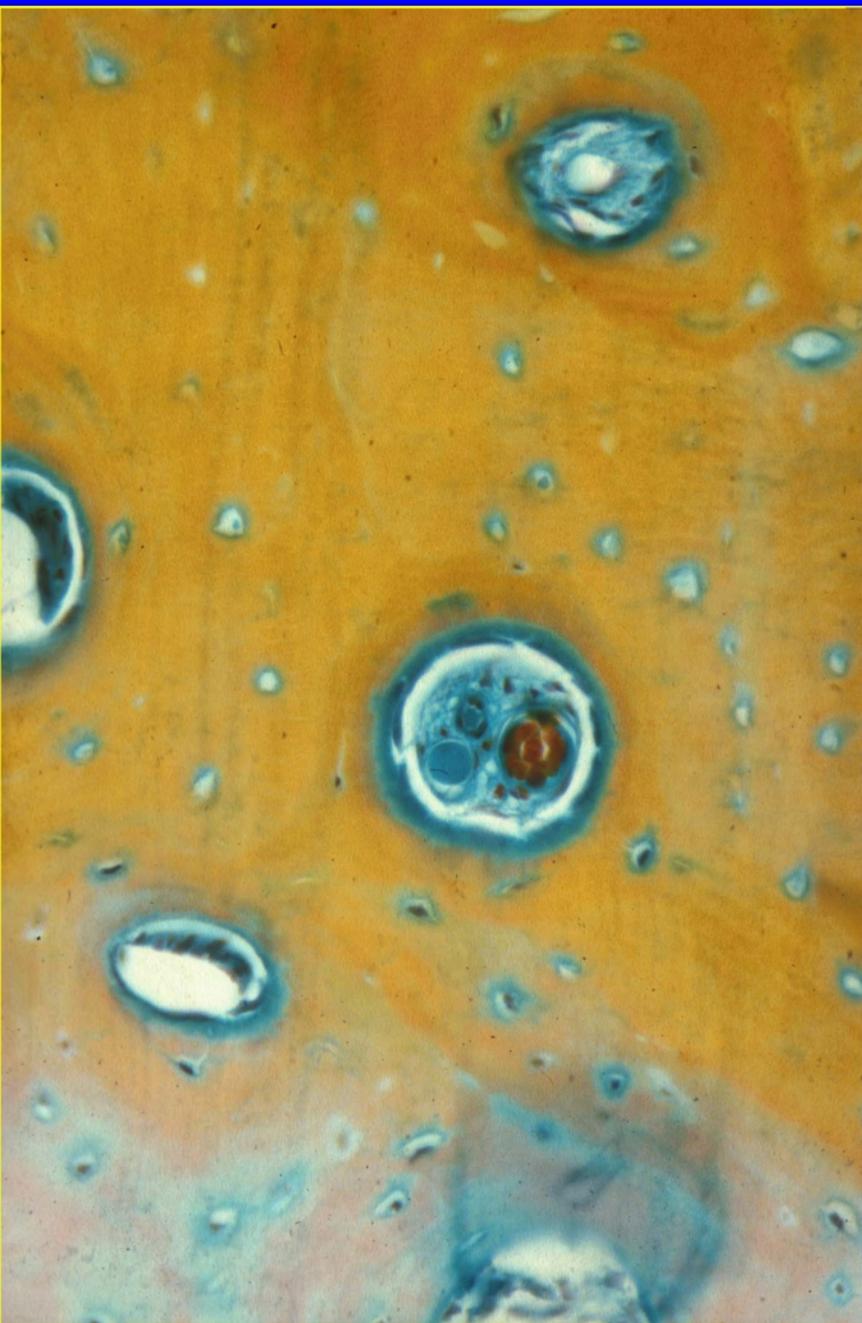


ostéoclastes



macrophages





néo-alvéole

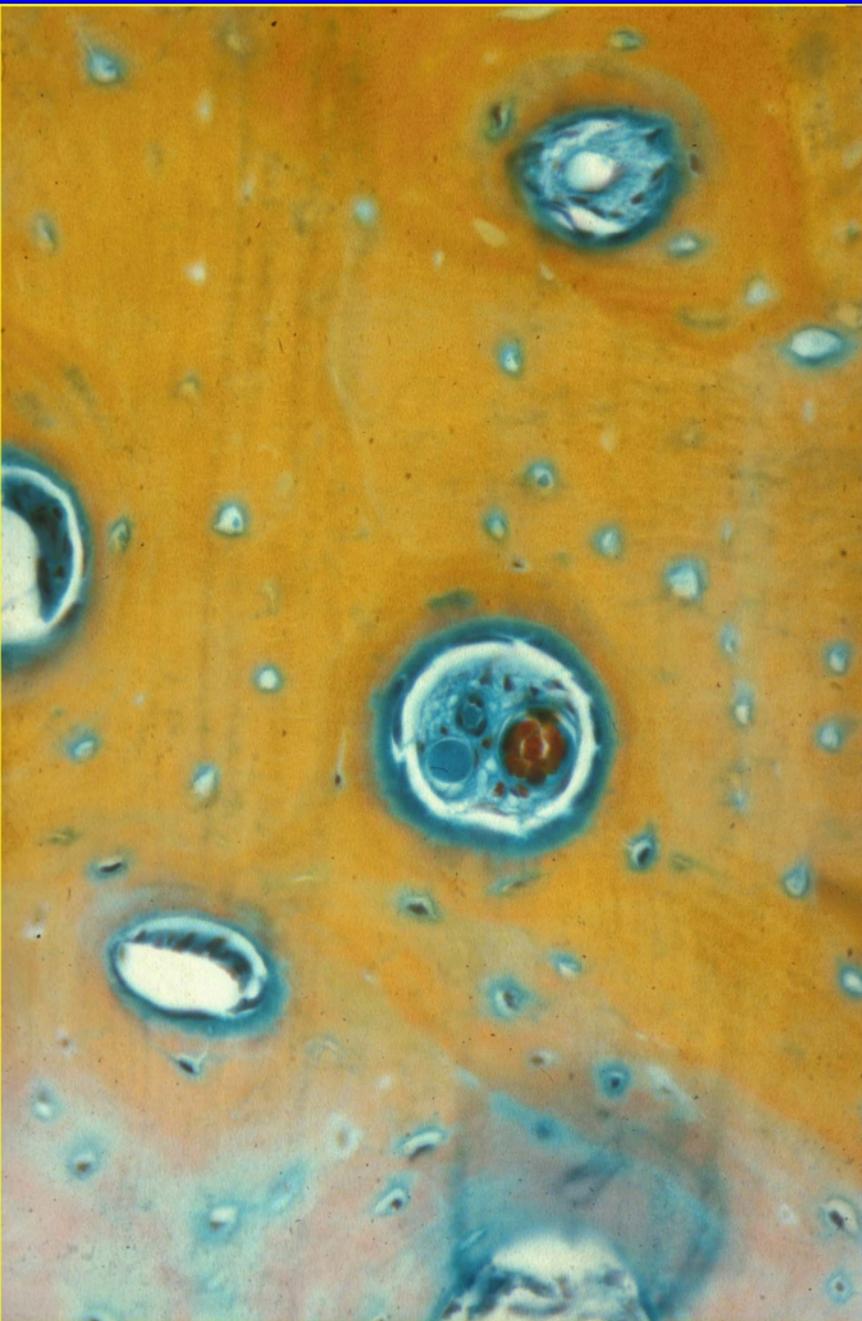


ostéoclastes



macrophages





Réparation

de l'os lésé,

néo-

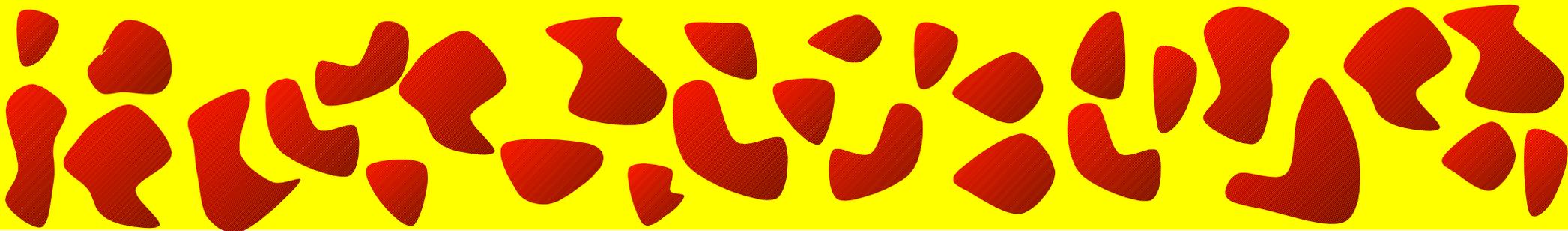
vascularisation de

l'os cortical



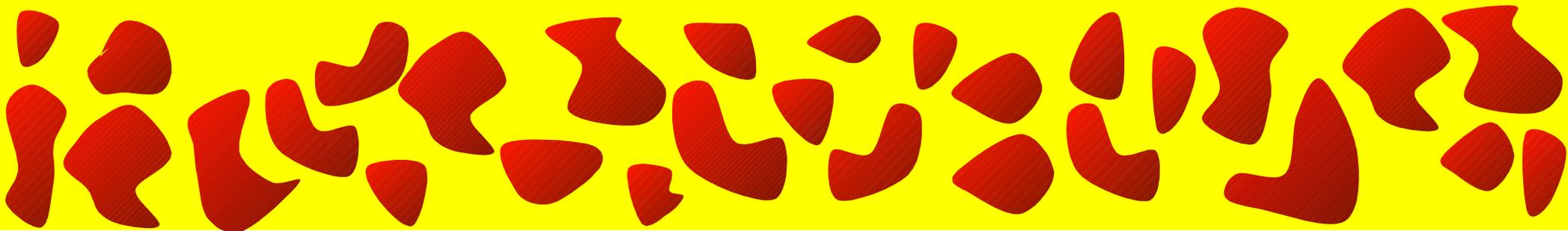
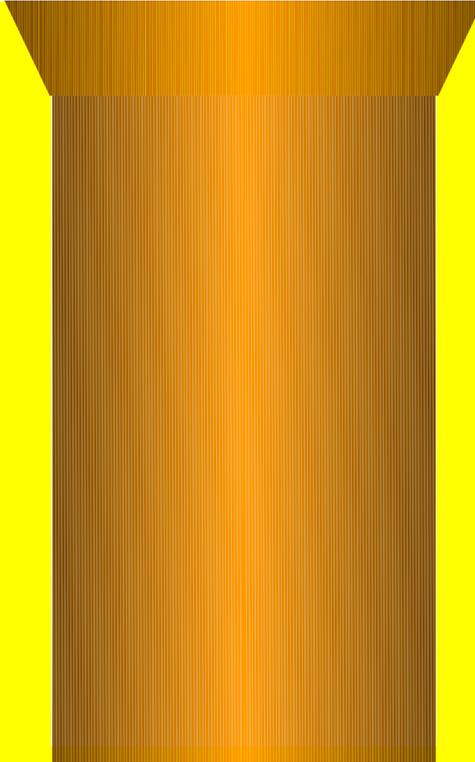
temps

0



6

semaines



6

semaines



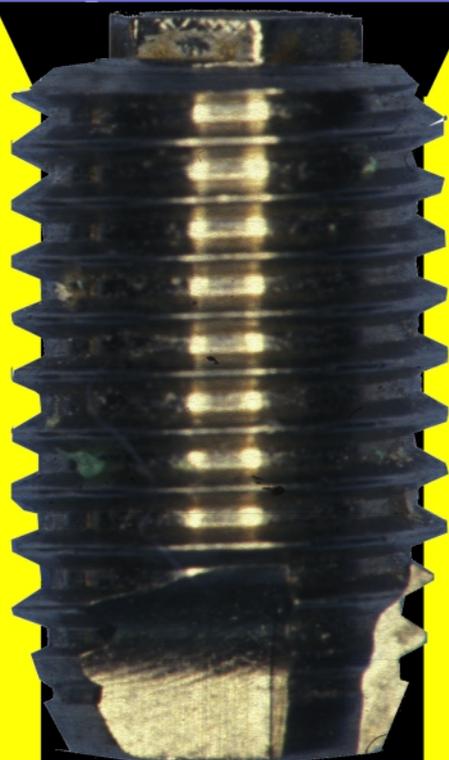
6

semaines



6

semaines



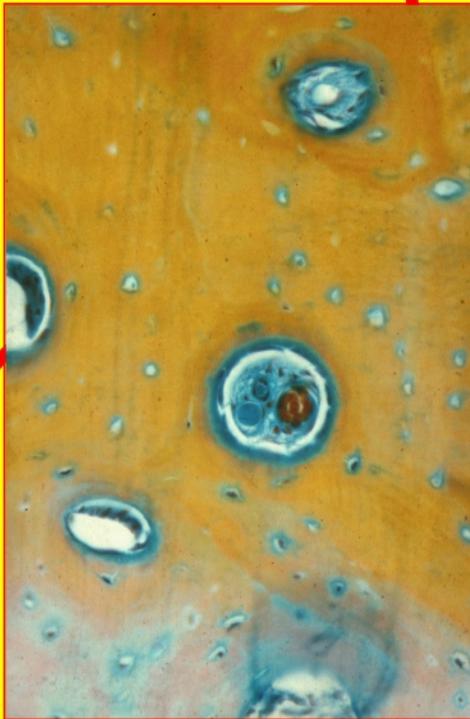
6

semaines



os cortical

ostéoblastes



Ostéo-

intégration

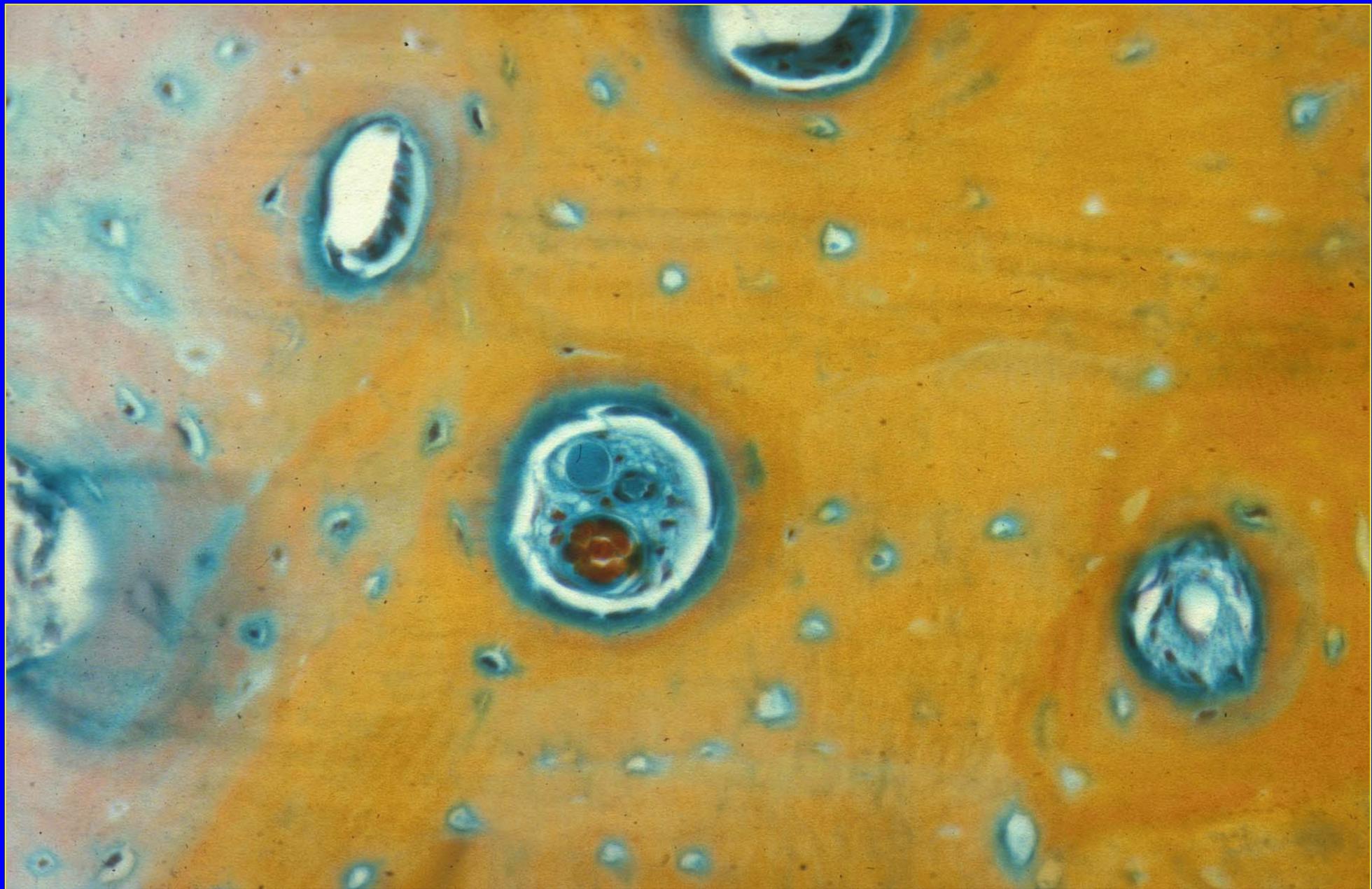
4-5

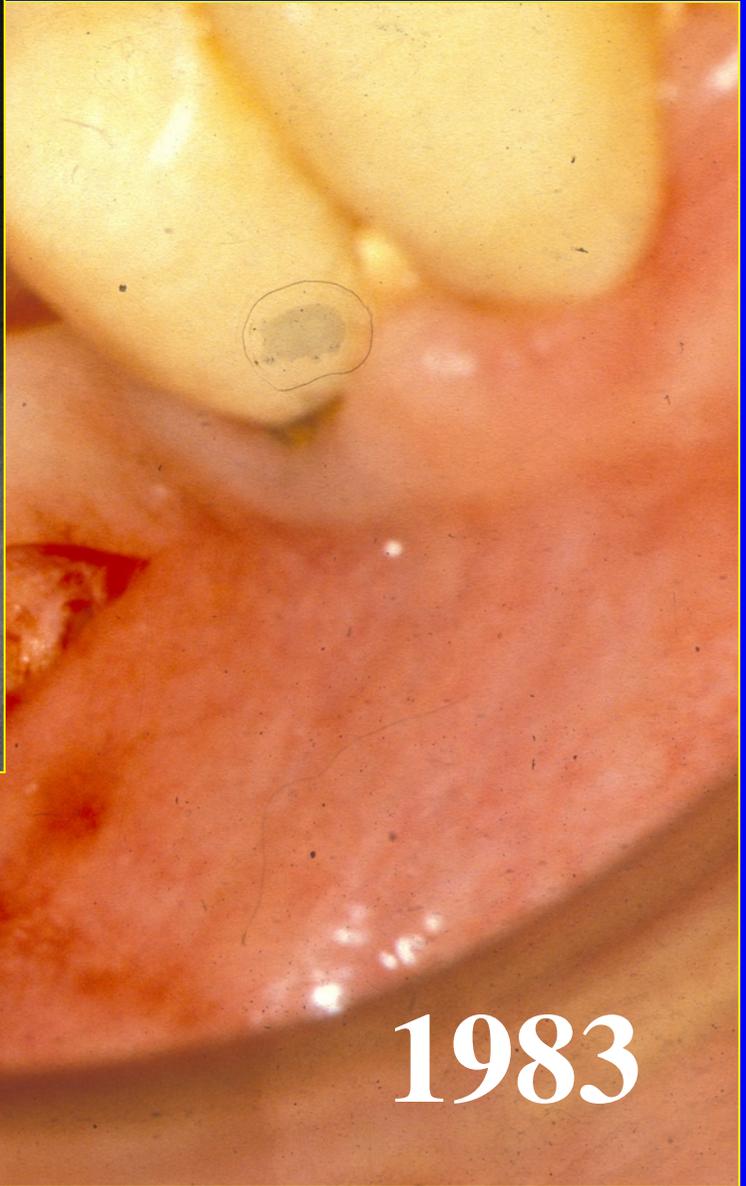
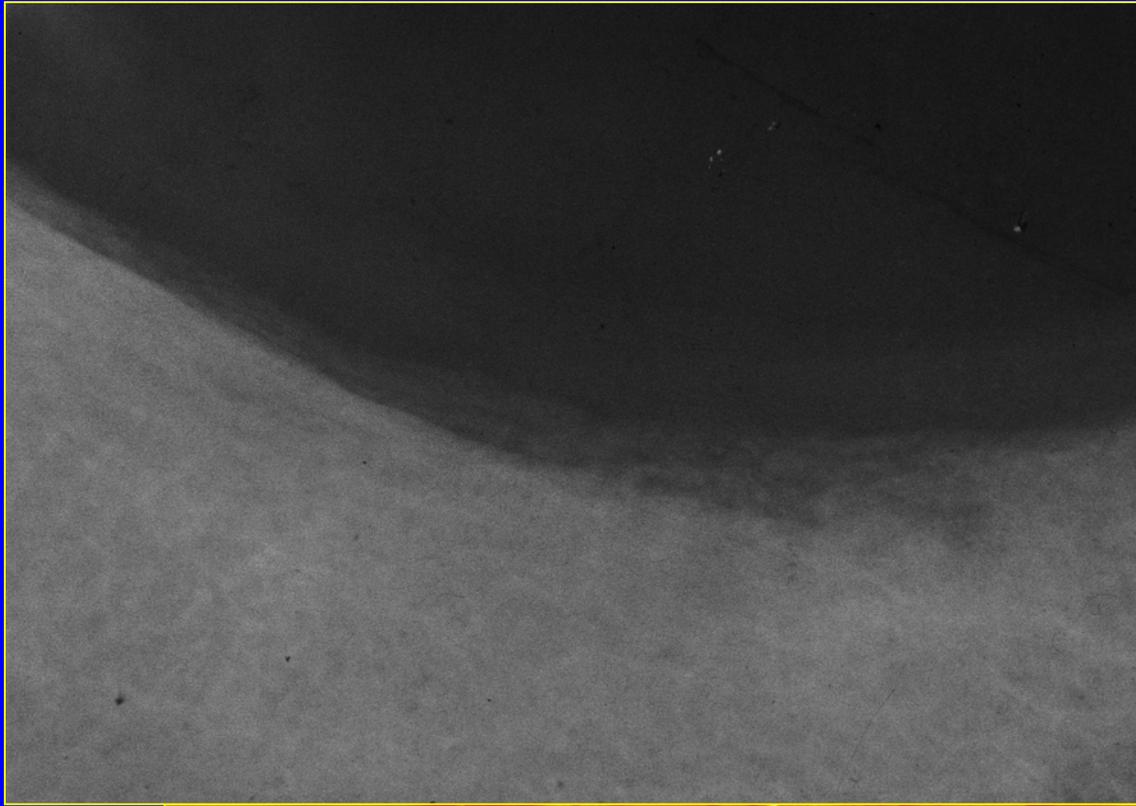
mois



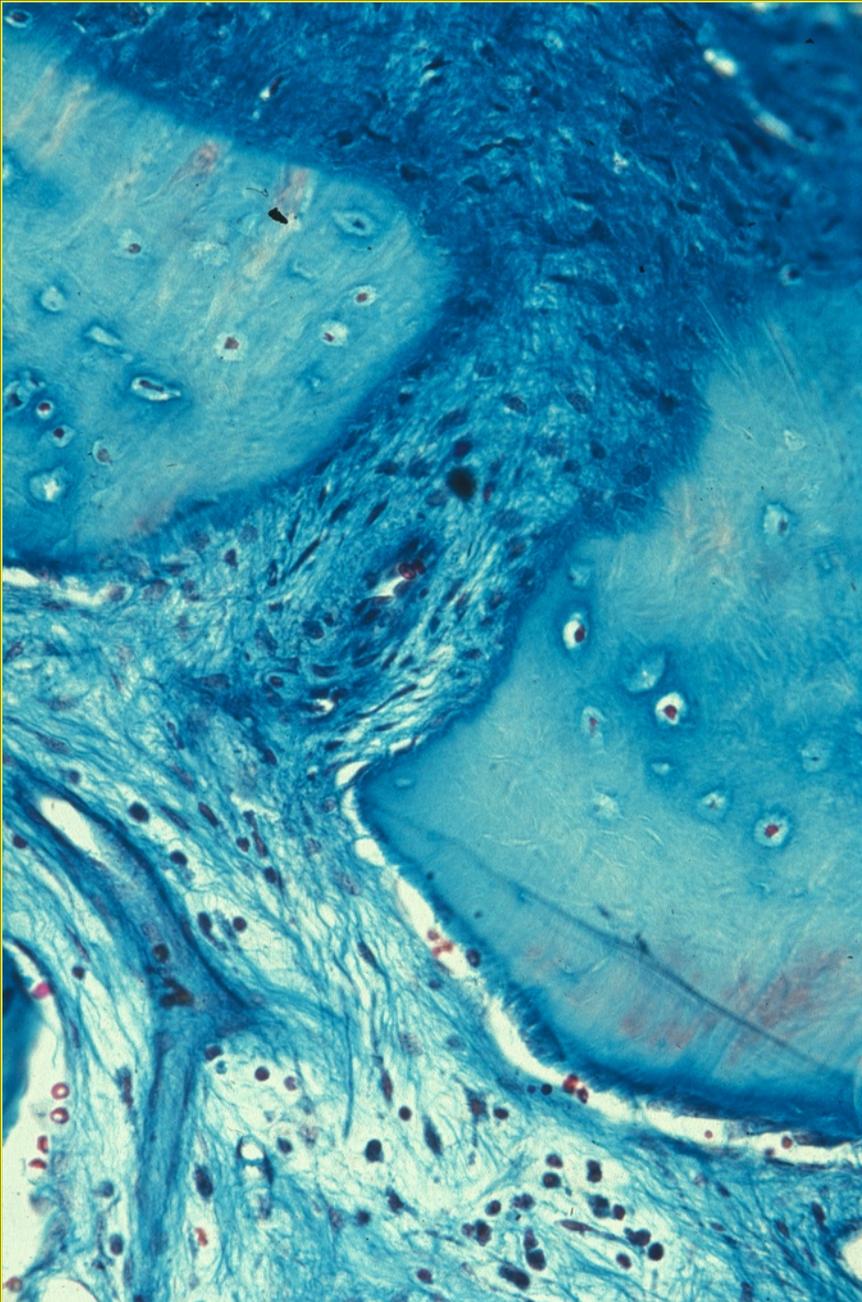
**Les cellules pré-osseuses sont
essentiellement localisées dans
les régions périvasculaires**

Melcher et Eastoe, 1983





1983



Lapin

2° semaine après

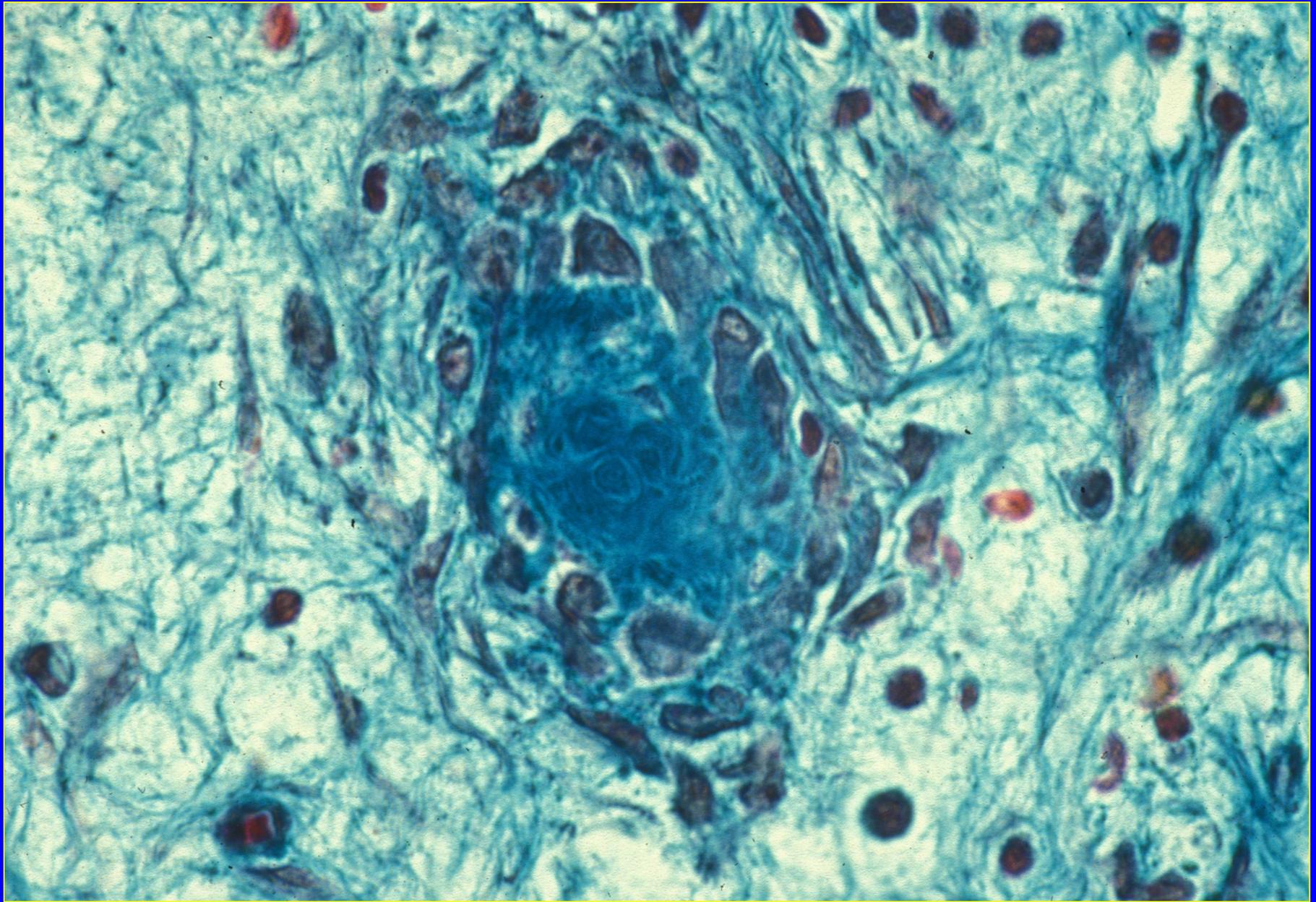
le forage

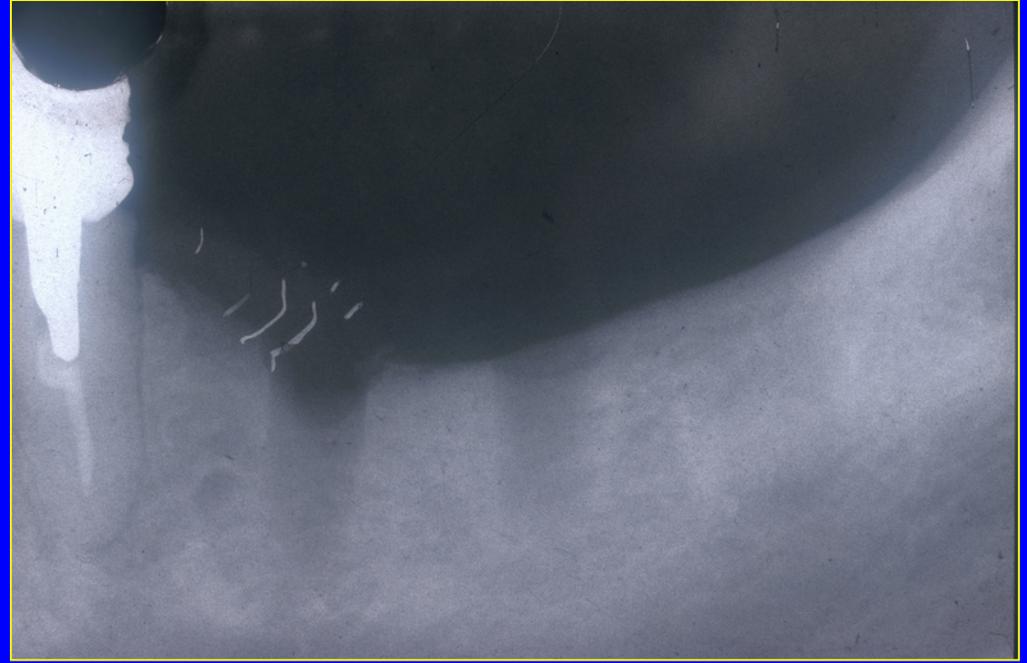
coupe décalcifiée

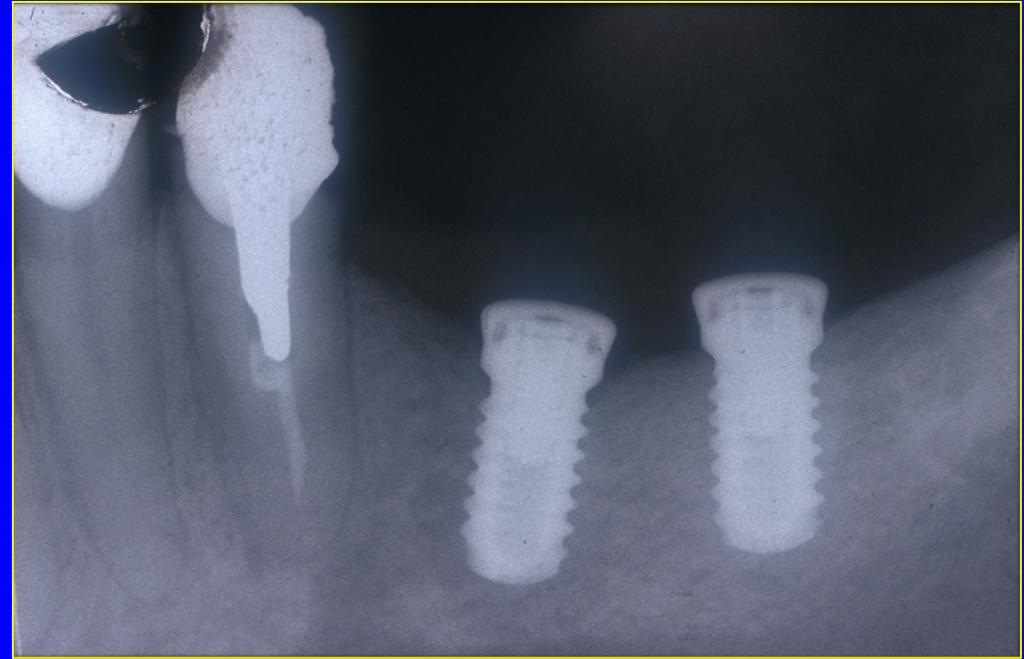
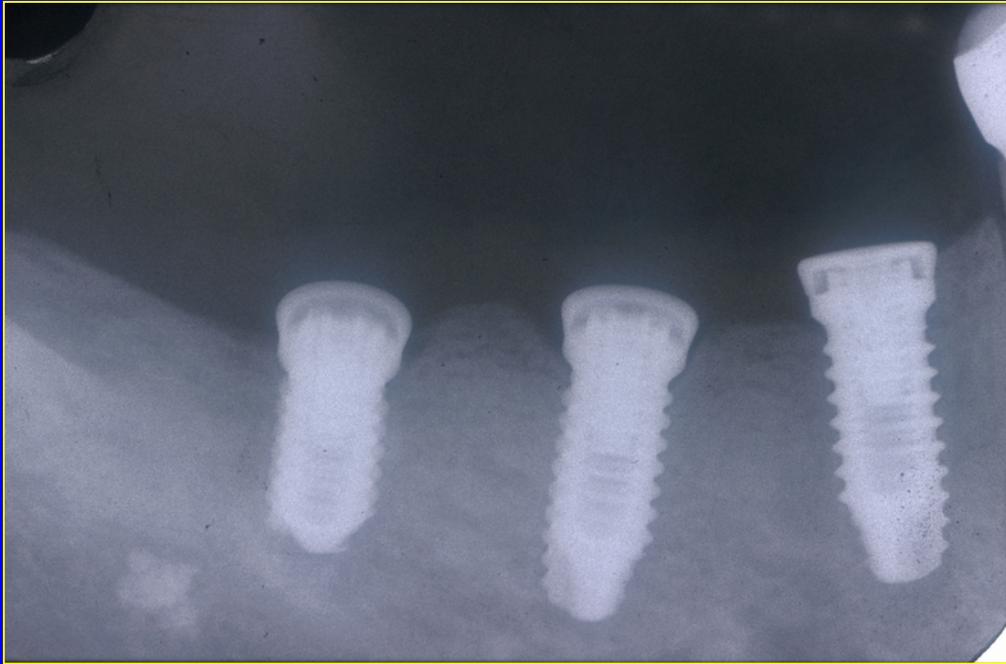
inclusion paraffine

coloration: trichrome

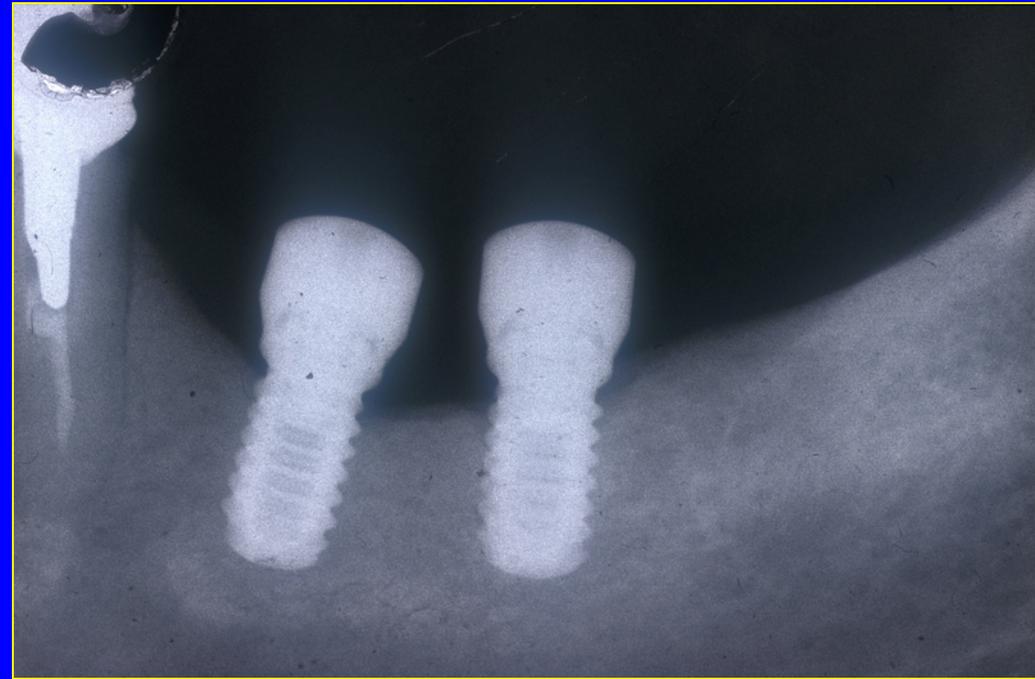
de Masson



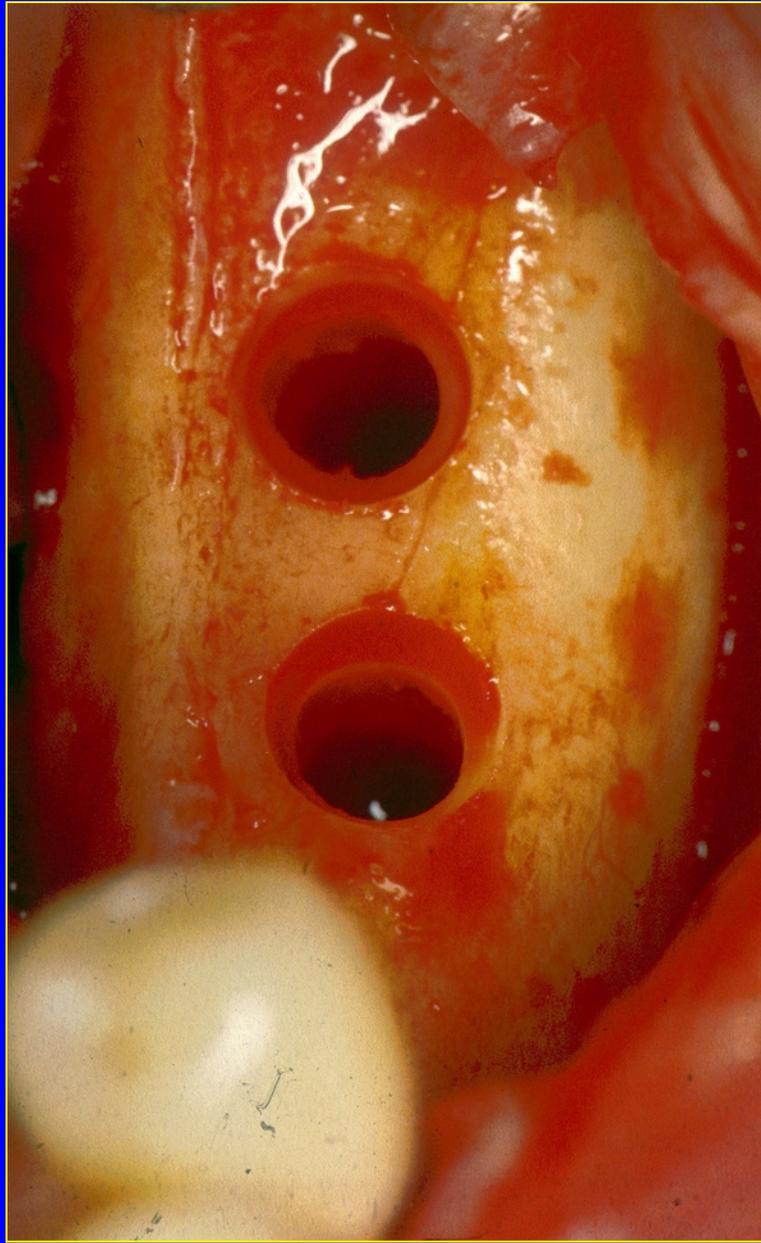


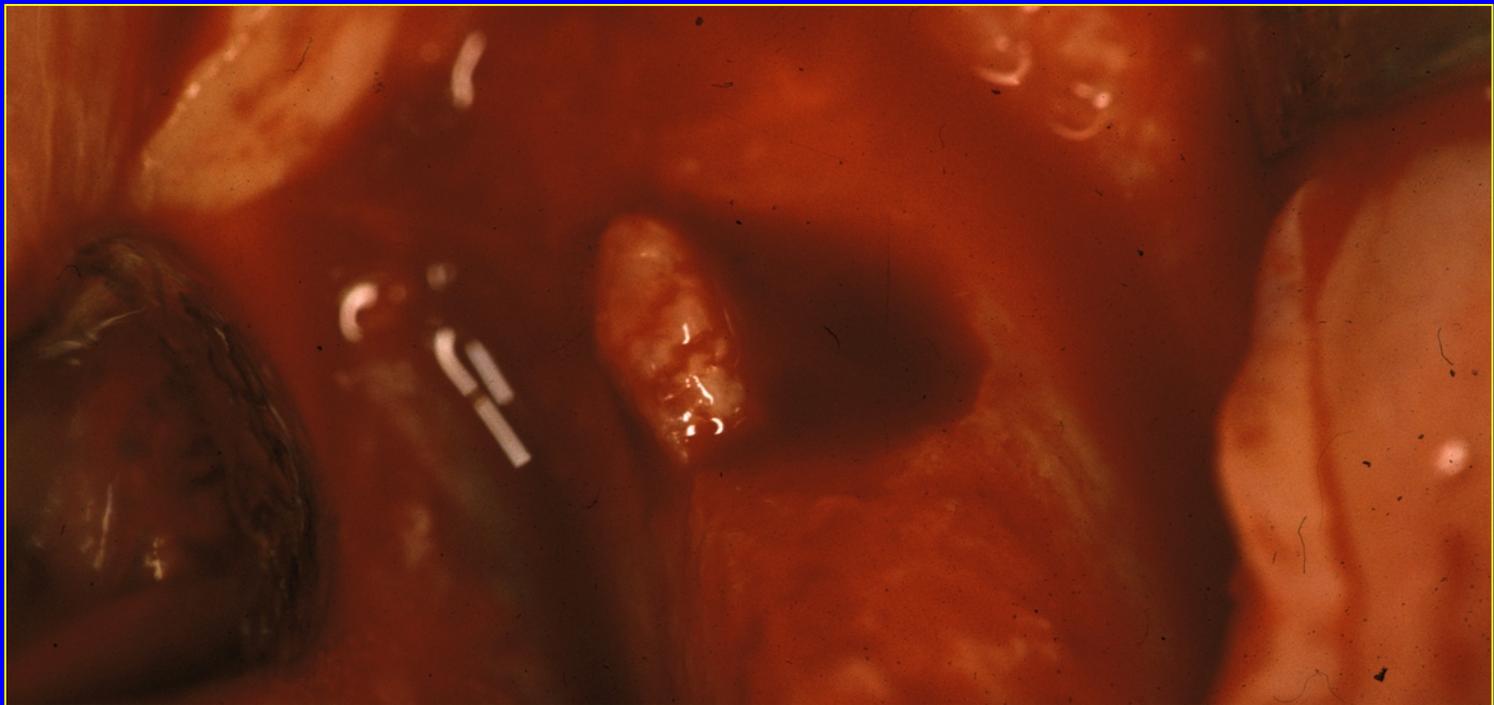
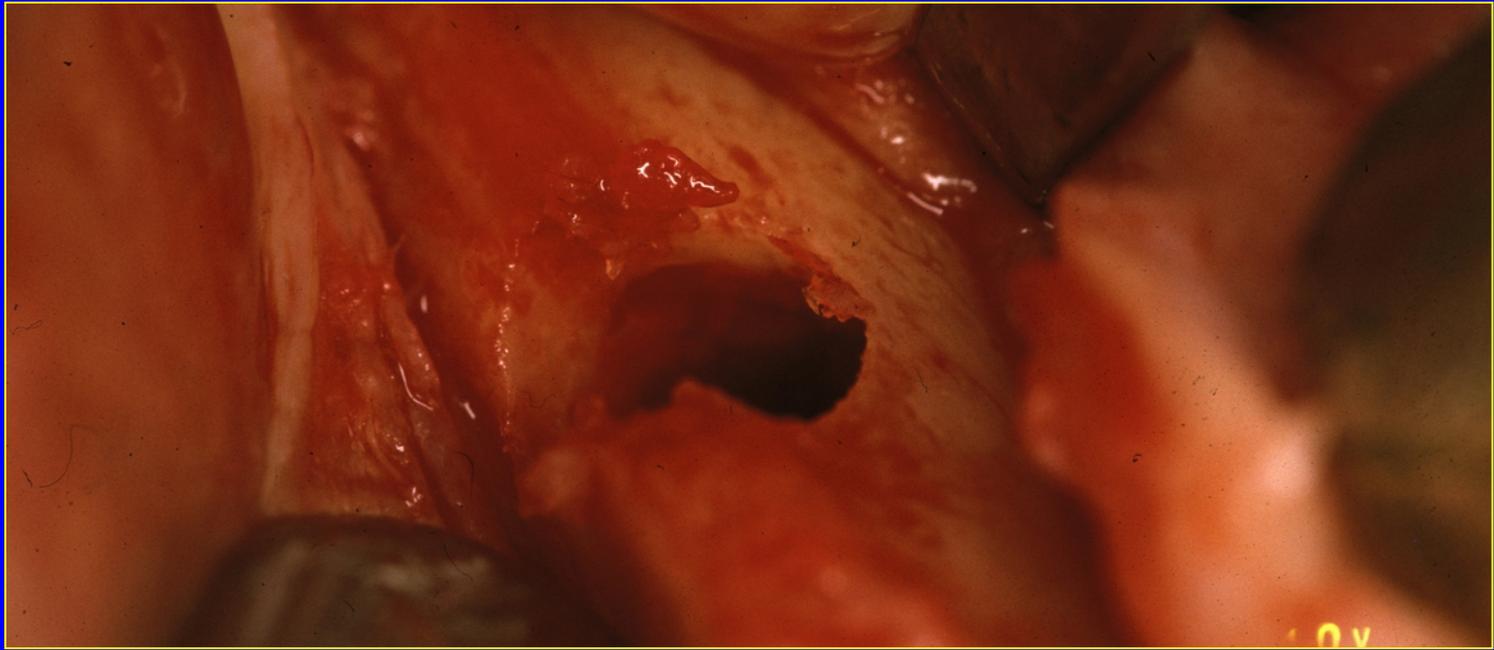


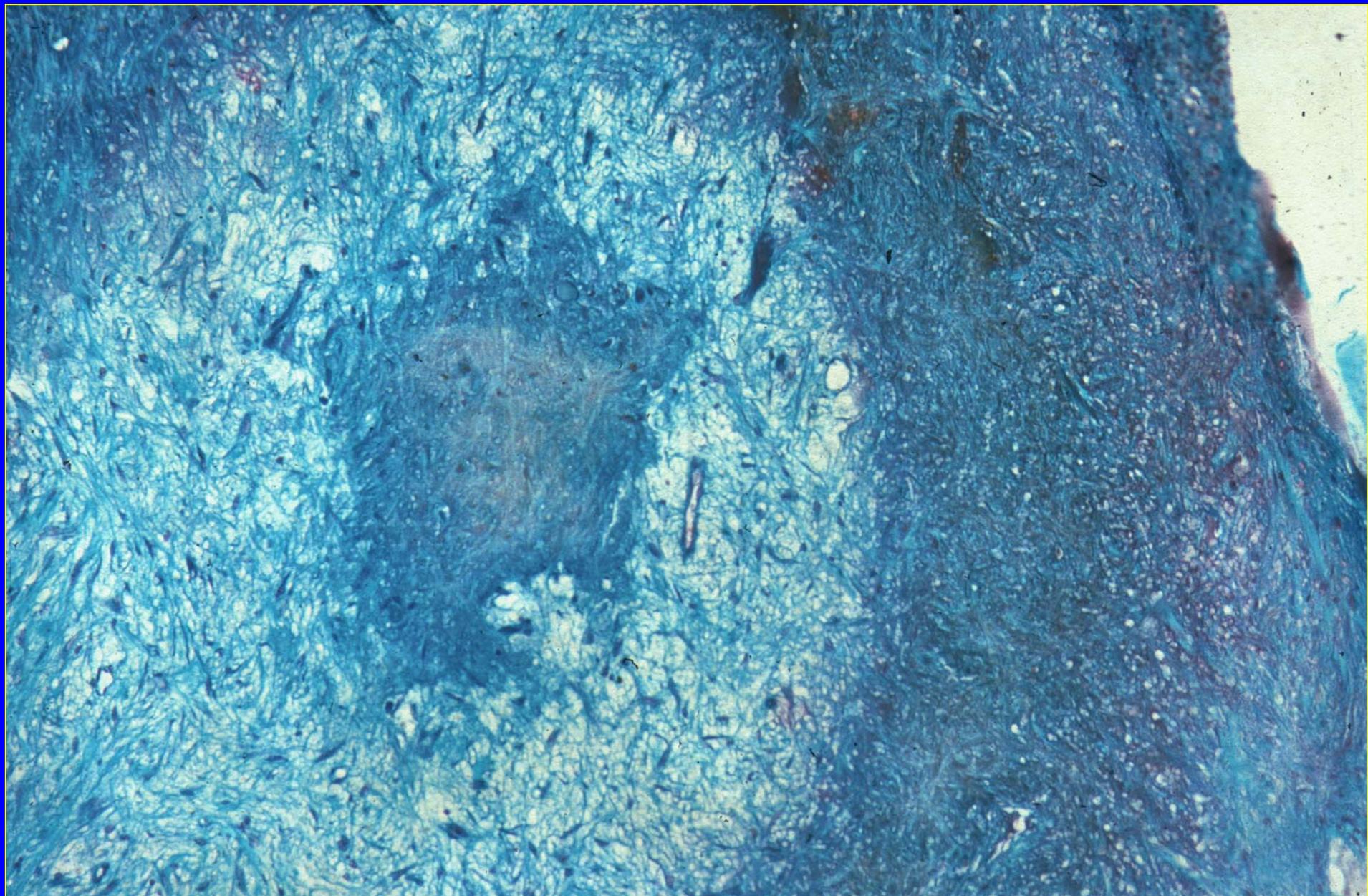
6 semaines
6 weeks

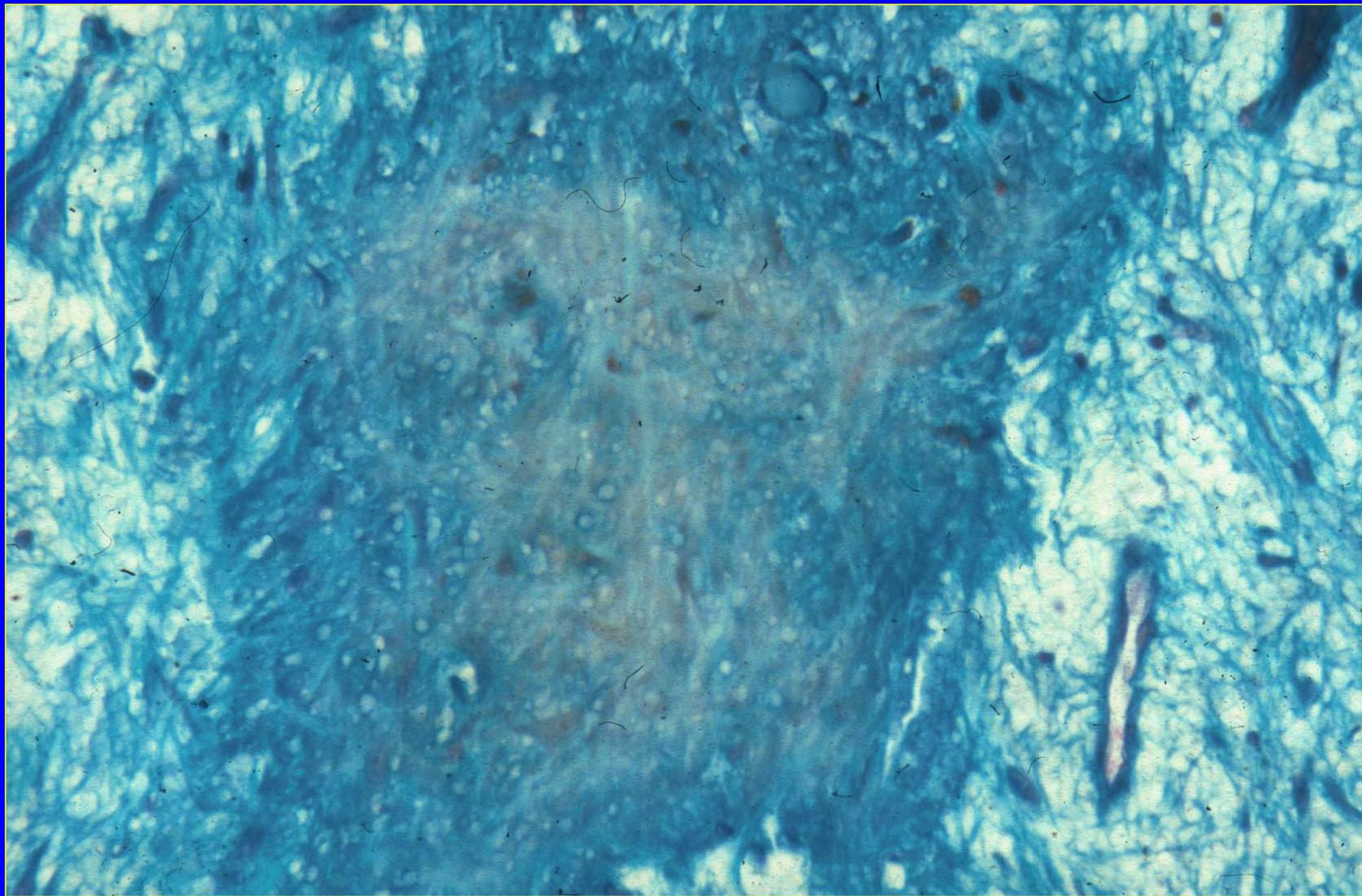


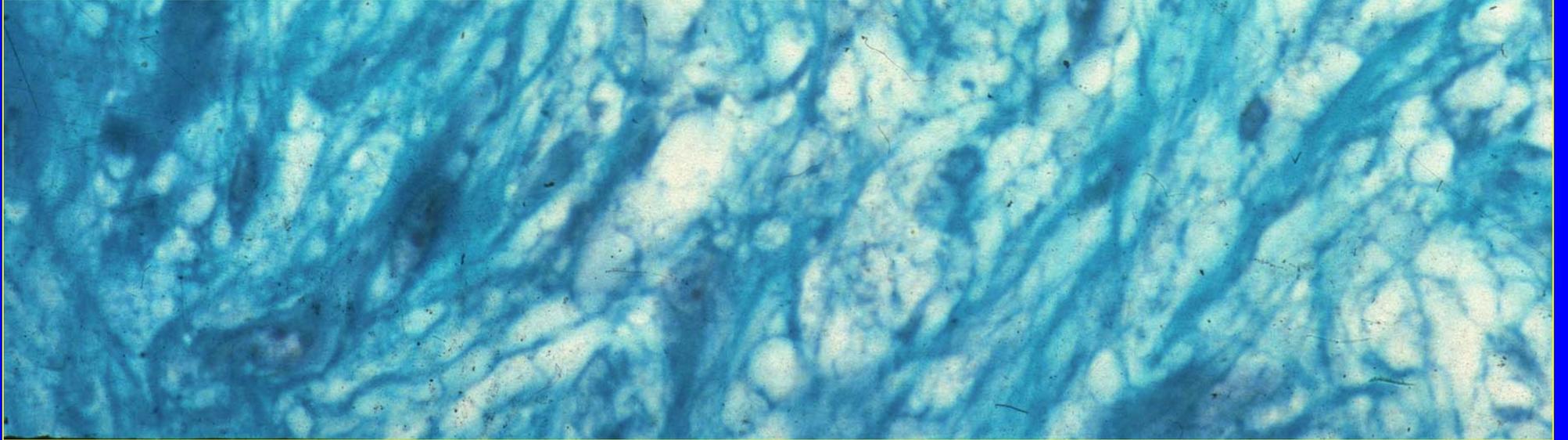
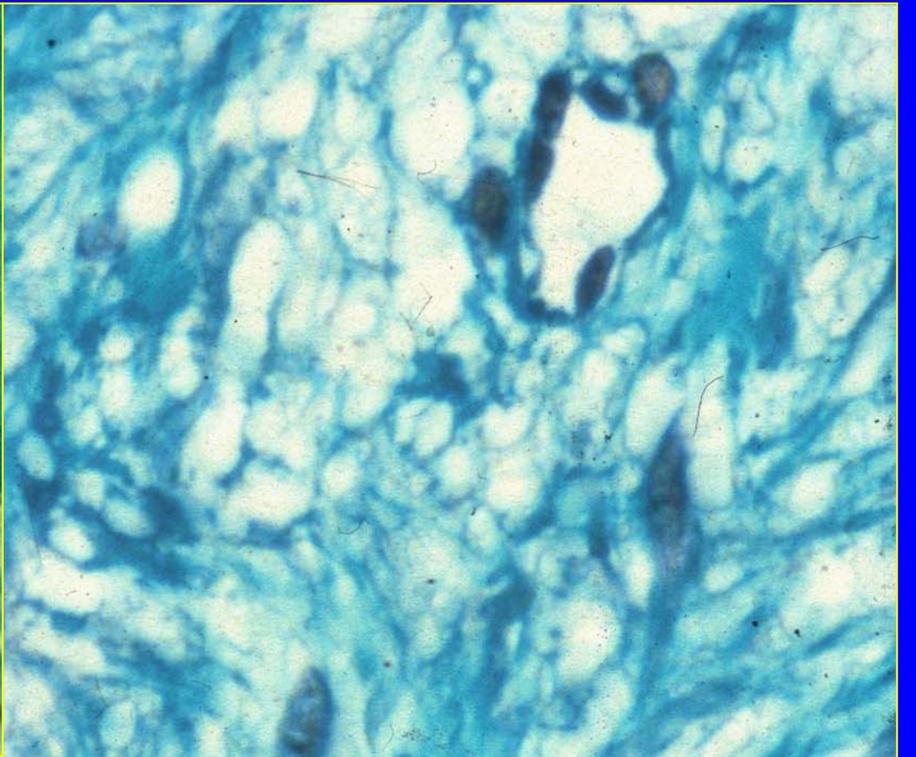
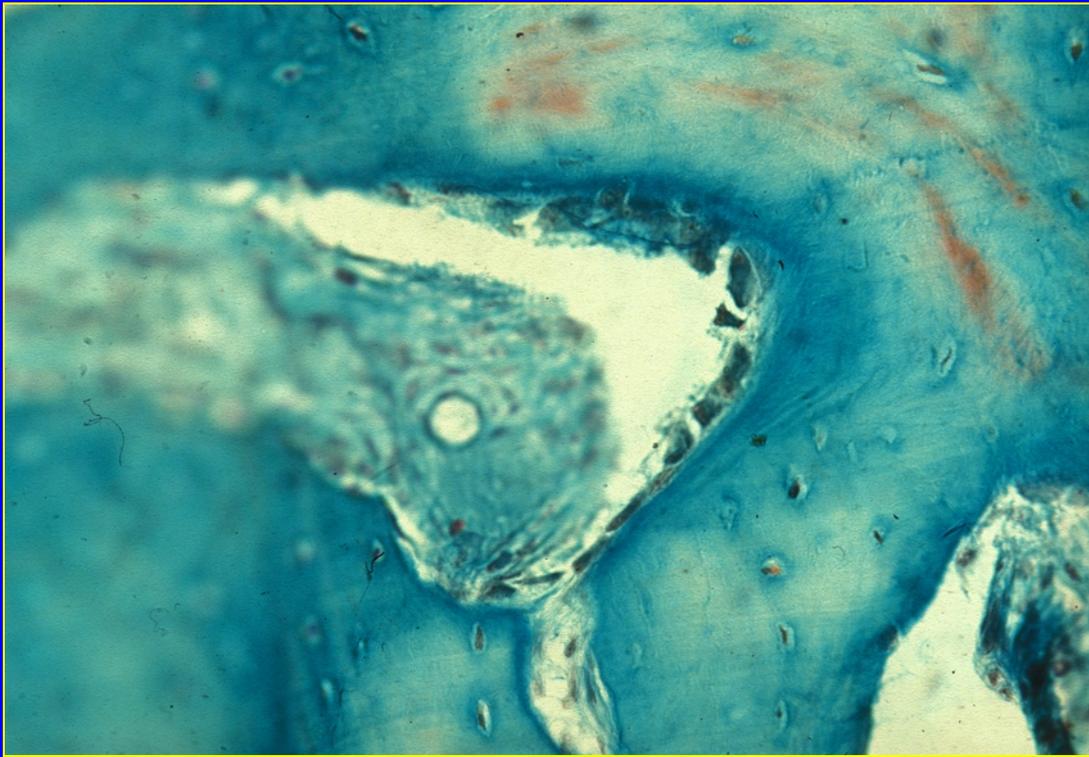
6 mois
6 months

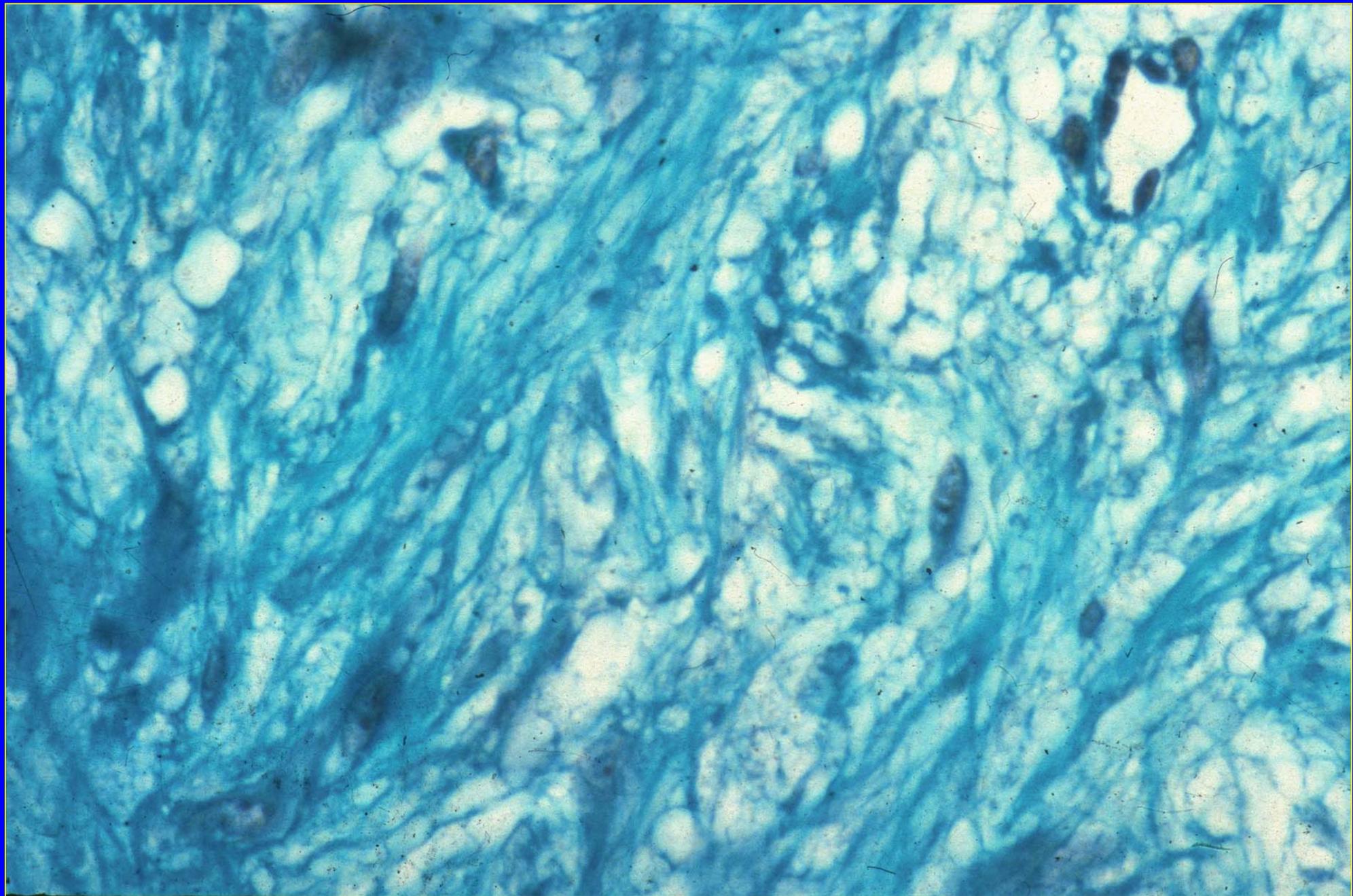


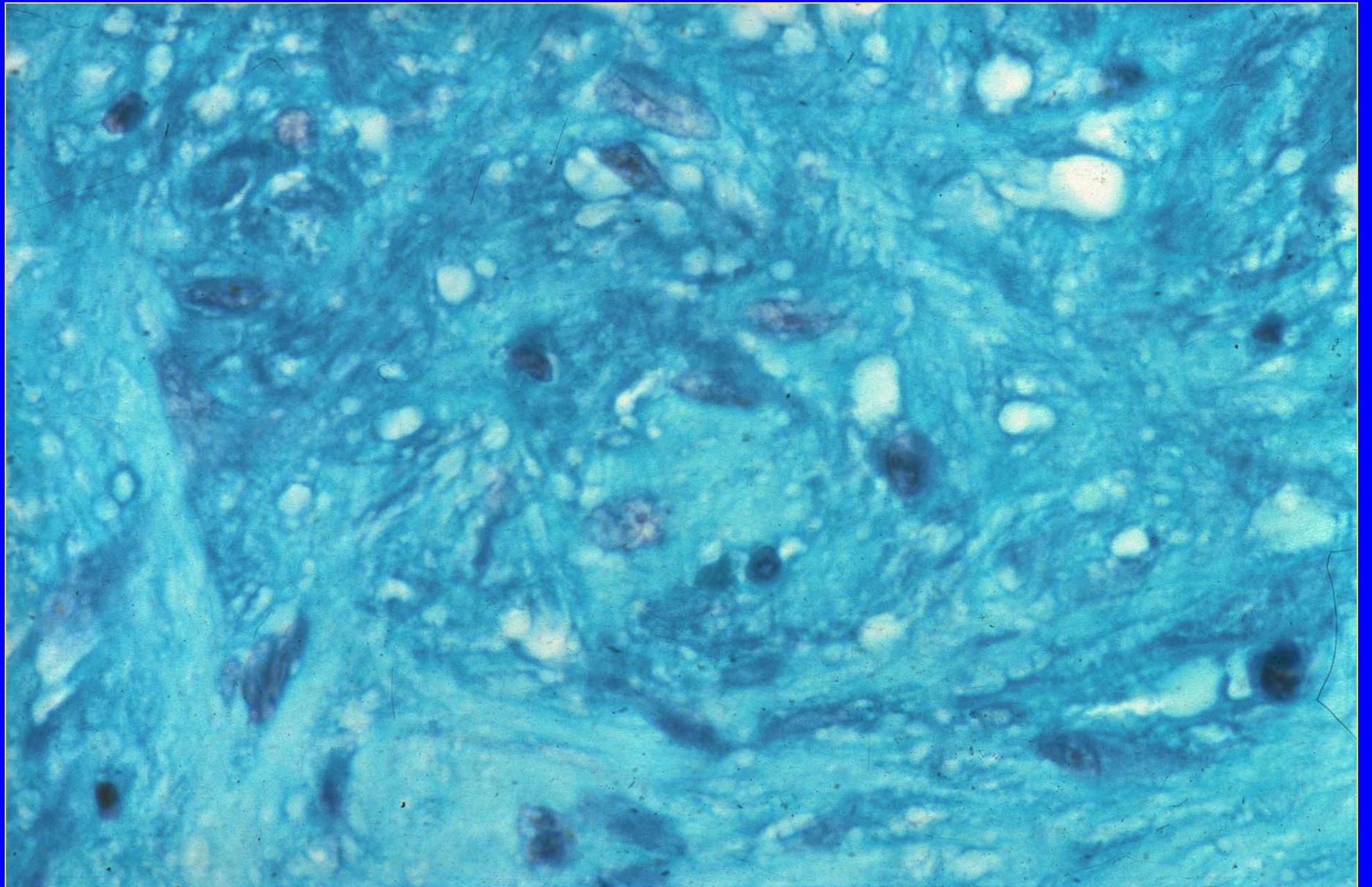


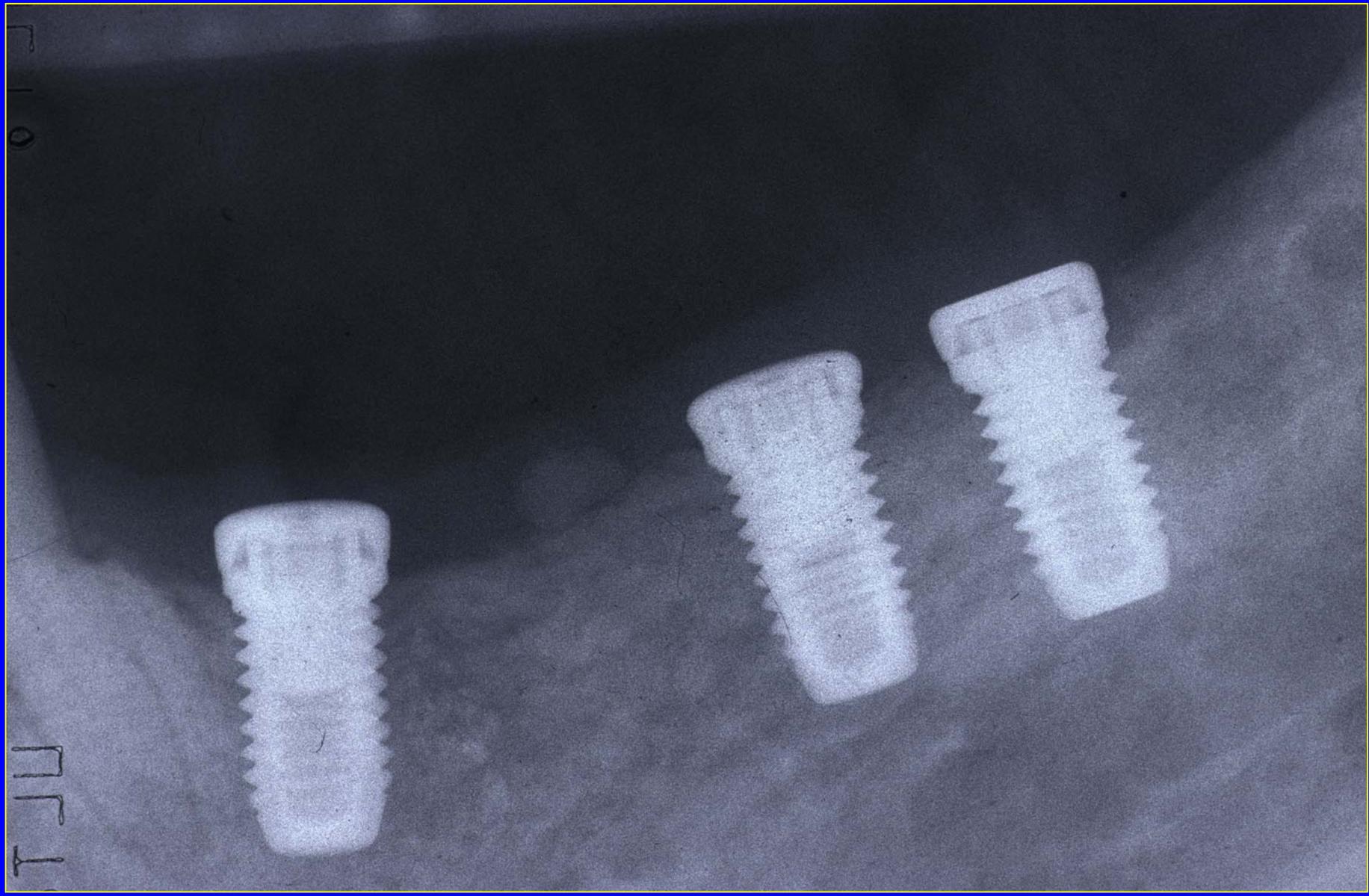






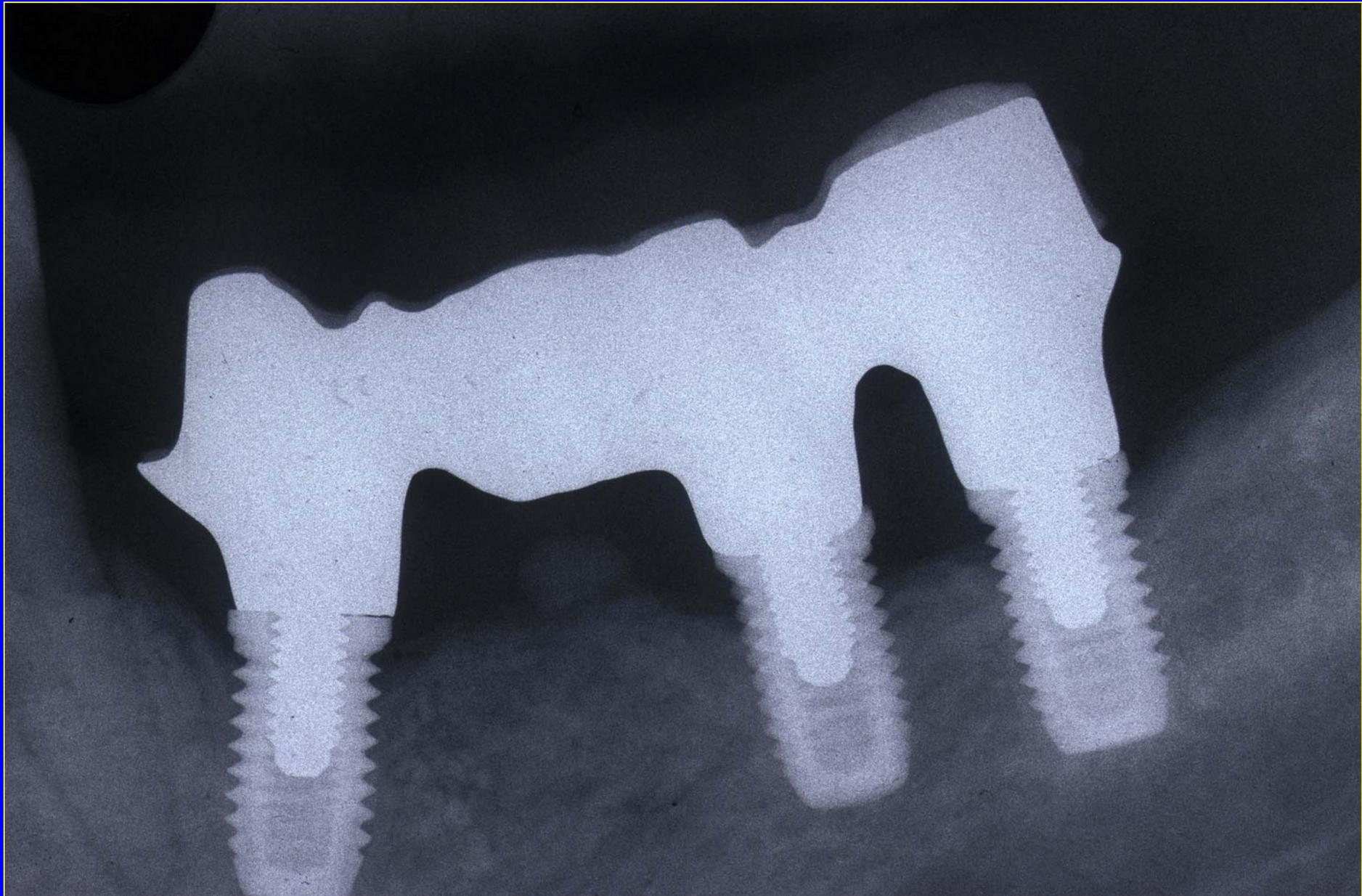


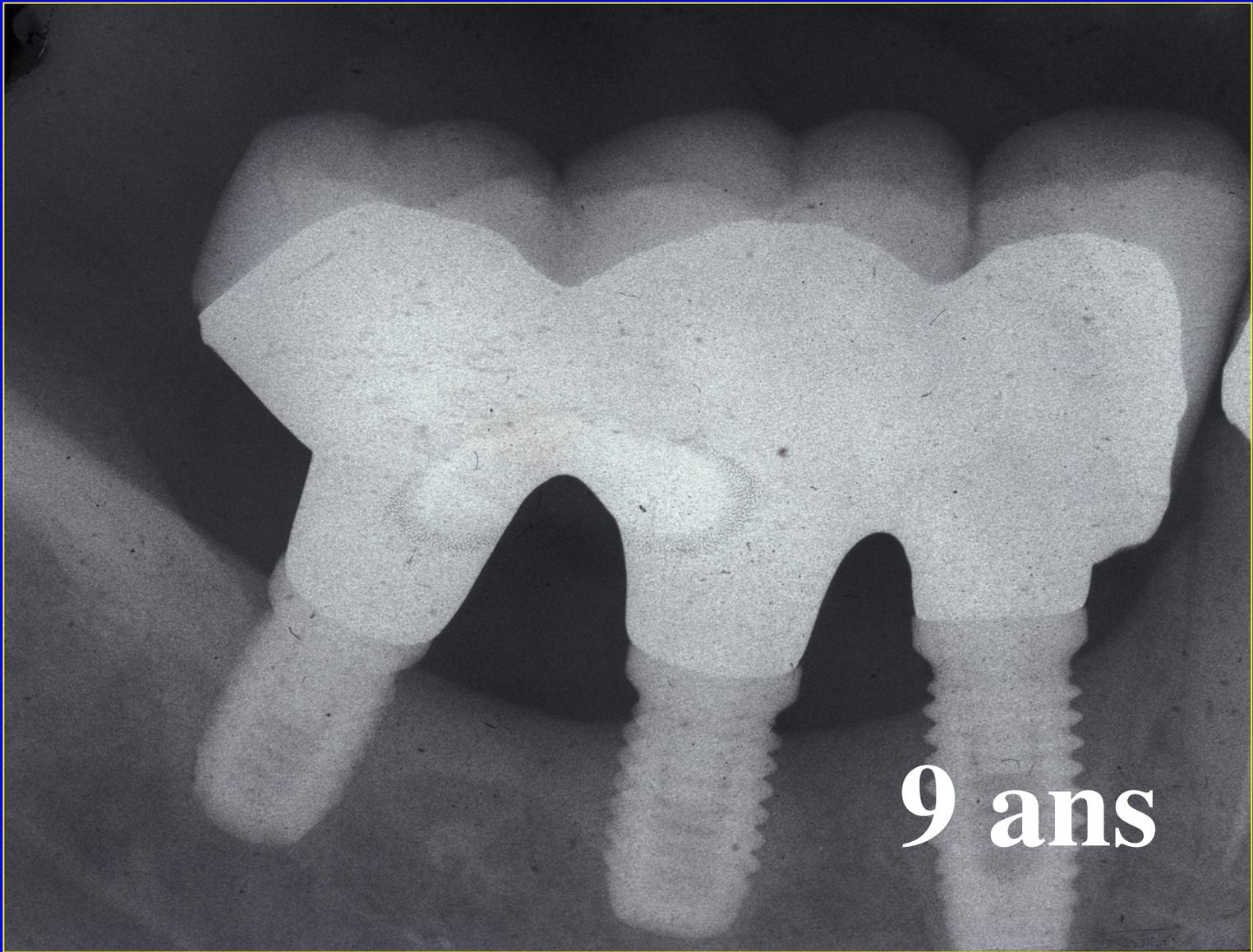




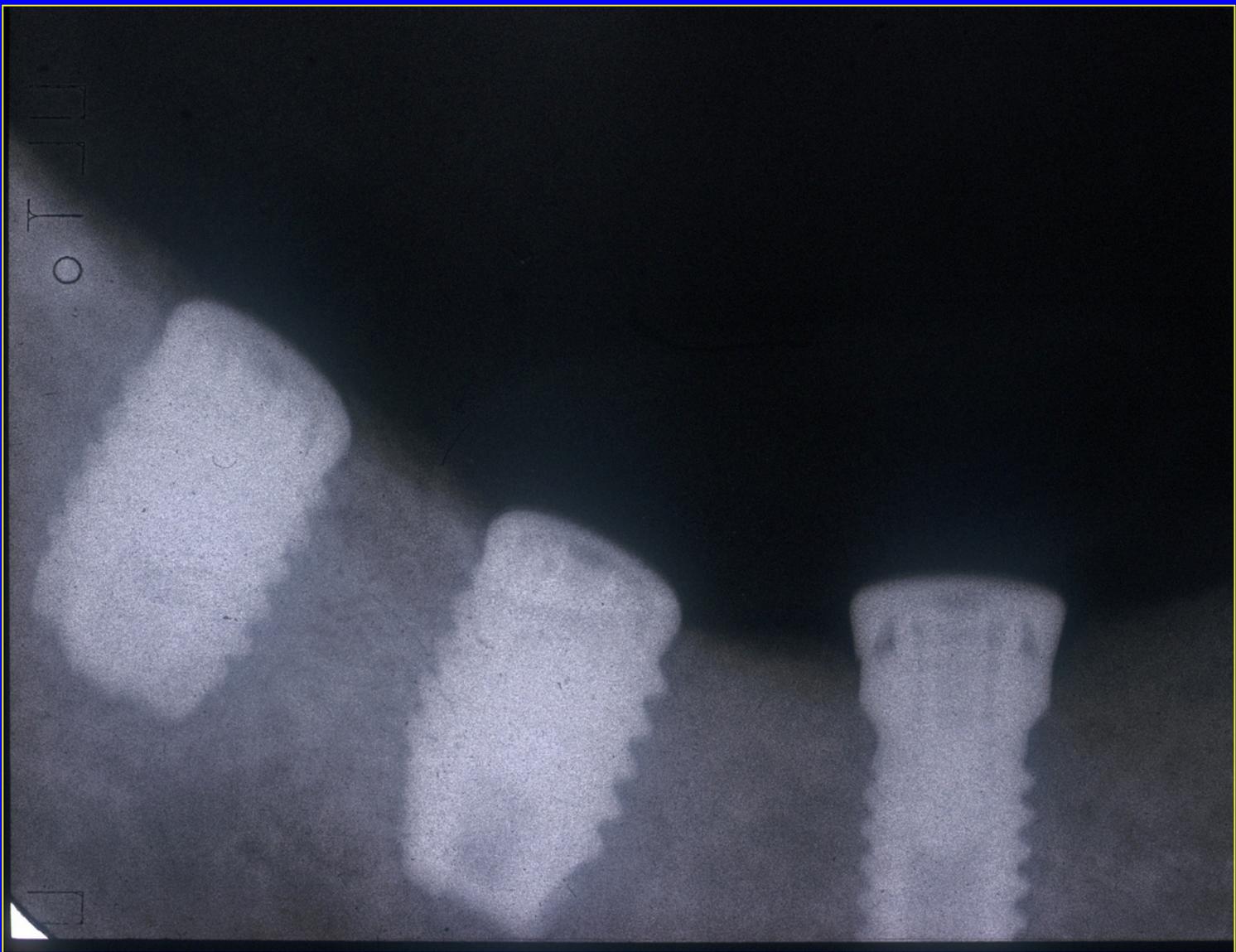
010

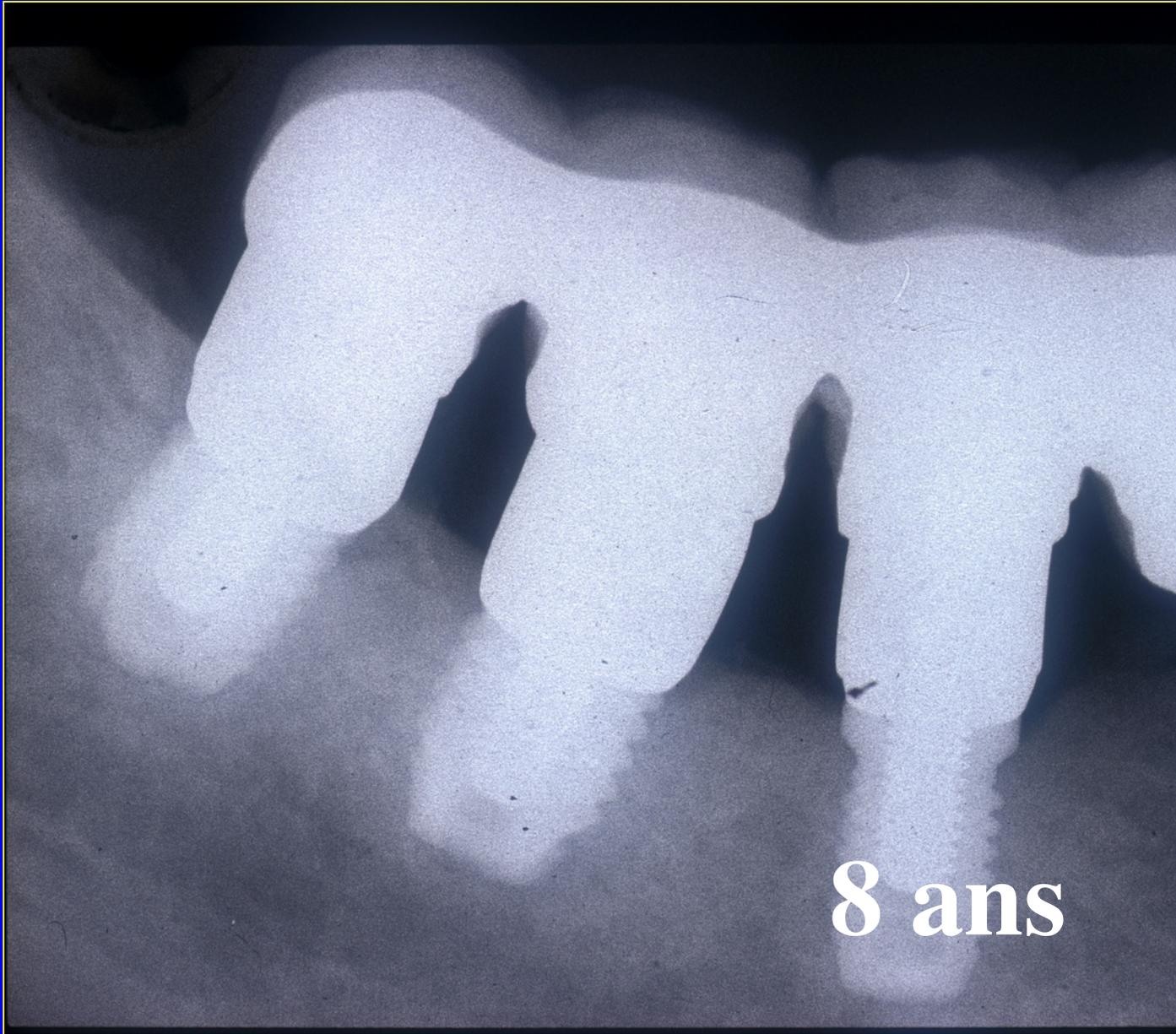
TJU



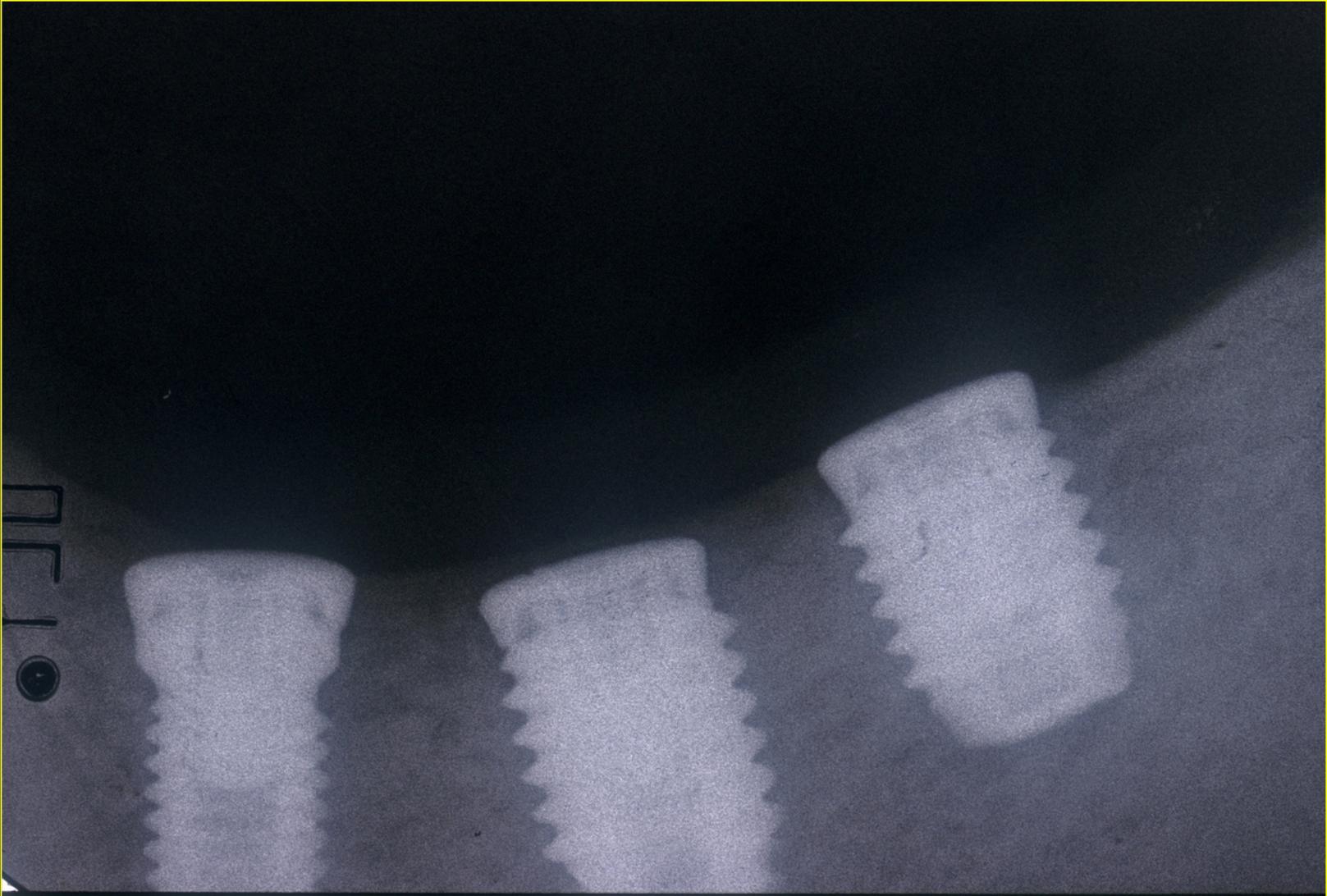


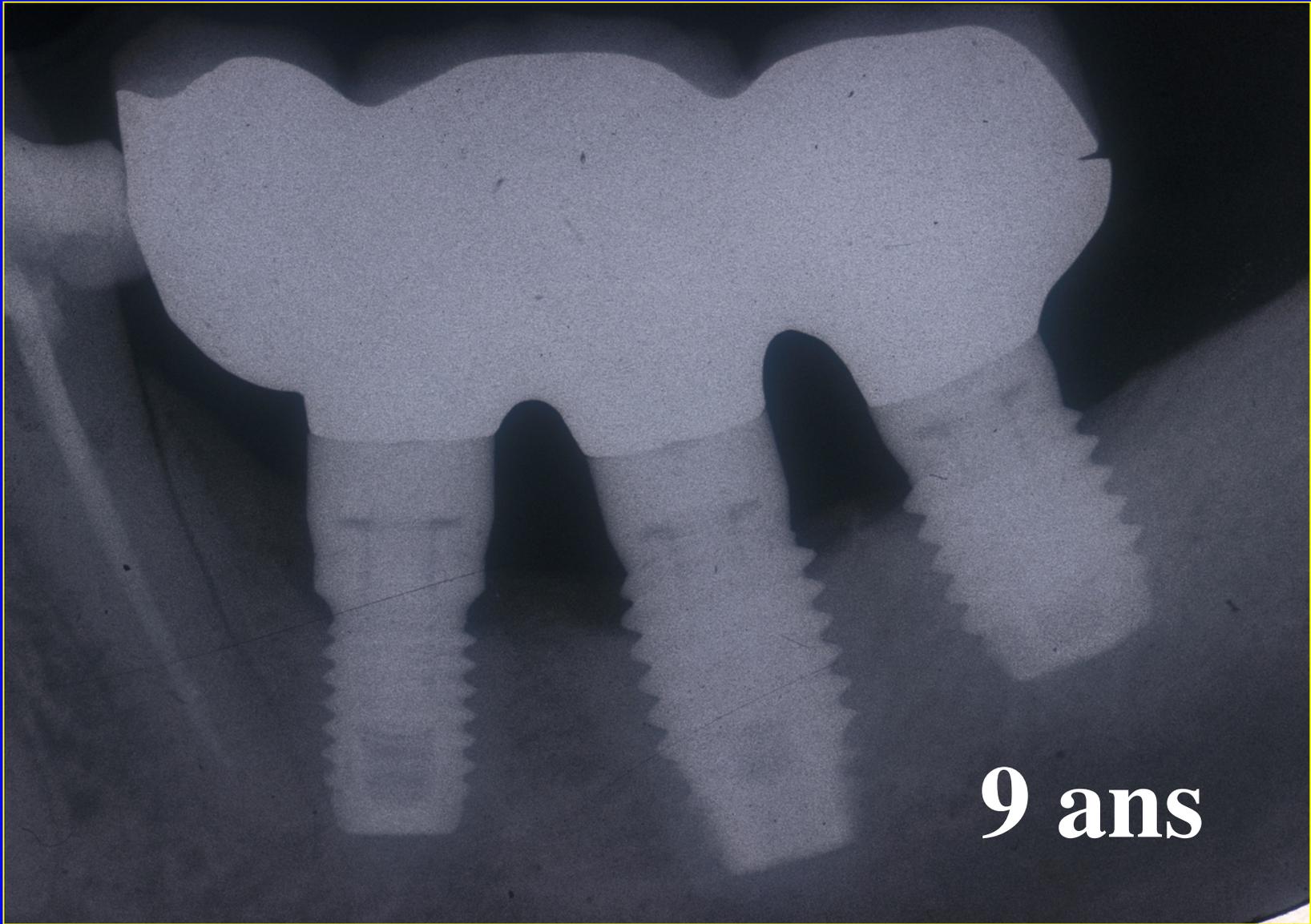
9 ans





8 ans





9 ans

Implants de 7 et 8,5 mm sans stimulation osseuse, secteur mandibulaire postérieur

Année	nb. Impl.	nb patients	femmes	hommes	échecs	% échecs
1986	17	13	7	6	6	35,2
1987	19	17	9	4	4	21,0
1988	22	20	11	9	5	22,7
1989	17	11	7	4	4	23,5
1990	12	6	3	3	3	25,0
Total	87	67	37	26	22	25,2

Implants de 7 et 8,5 mm avec stimulation osseuse, secteur mandibulaire postérieur

Année	nb. Impl.	nb patients	femmes	hommes	échecs	% échecs
1989	17	14	8	6	1	5,7
1990	20	15	7	8	2	10,0
1991	18	13	7	6	0	0,0
1992	32	21	12	9	2	6,2
1993	45	19	13	6	1	2,2
1994	42	18	8	10	2	4,7
1995	38	20	9	11	1	2,6
1996	26	10	5	5	0	0,0
1997	32	12	7	5	1	3,1
1998	20	8	5	3	1	5,0
1999	36	12	5	7	1	2,8
2000	16	5	3	2	0	0,0
2001	12	4	2	2	0	0,0
2002	18	7	5	2	1	5,5
2003	11	4	2	2	0	0,0
Total	383	182	98	84	13	3,4

La stimulation endostée en implantologie.

Bilan après 20 ans

*Endosteal stimulation during implantology.
Assessment after 20 years*

Résumé

MOTS-CLÉS

- Os de type I,
os de type IV,
cicatrisation osseuse,
vascularisation osseuse

KEYWORDS

- Bone quality type I
Bone quality type IV
Bone healing
Bone vascularisation

Introduite en 1987 et publiée en 1989, la technique de la stimulation endostée permet de prendre en compte la nature de l'os dans deux cas spécifiques :

- pour l'os de type I, peu vascularisé, différentes études montrent un pourcentage d'échecs allant de 12 à 58 %. La stimulation endostée permet de traiter ces cas avec un pourcentage d'échecs ne dépassant pas 5 % ;

- pour l'os de type IV, pauvre en trabécules osseuses, les études montrent des pourcentages d'échecs allant de 22 à 44 %. La stimulation endostée permet de traiter ces cas avec un pourcentage d'échecs ne dépassant pas 4,5 %.

Des travaux histologiques et des publications permettent de valider cette technique en apportant une réponse fondamentale aux résultats cliniques.

Abstract

First introduced in 1987 and published in 1989, the technique of endosteal stimulation makes it possible to take account of the nature of the bone in the following two specific cases:

- For bone quality type I, with little vascularisation, different studies record a percentage failure from 12 to 58%. Endosteal stimulation makes it possible to treat such cases where the percentage of failures does not exceed 5%;

- For bone quality type IV, with depleted bone trabeculae, the studies show percentage failures from 22 to 44%. Endosteal stimulation makes it possible to treat such cases where the percentage of failures does not exceed 4.5%.

Histological work and publications help validate this technique and provide a fundamental response to clinical results.

AOS 2014;270:38-46
DOI: 10.1051/aos/2014407
© EDP Sciences 2014



► **Marc BERT**, Docteur en Sciences odontologiques,
Expert près la Cour d'appel de Paris.

**Ogiso M., Tabata T., Lee R.R.,
Borgese D.:**

**Delay method of implantation enhances
implant-bone binding: a comparison
with the conventional method.**

***Int J Oral Maxillofac Implants,
1995, 10: 415-420.***

Méthode habituelle: l'implant est placé immédiatement après la préparation de la cavité osseuse.

Technique retardée: l'implant est placé 2 semaines après la préparation de l'os.

... Cette étude a montré que beaucoup de fines trabéculations osseuses et de capillaires se forment autour de la cavité avec la technique retardée, alors qu'aucun ne se forme au moment de l'implantation avec la méthode habituelle. La méthode retardée montre une formation osseuse plus rapide et plus grande, et moins de tissu fibreux entourant l'implant.

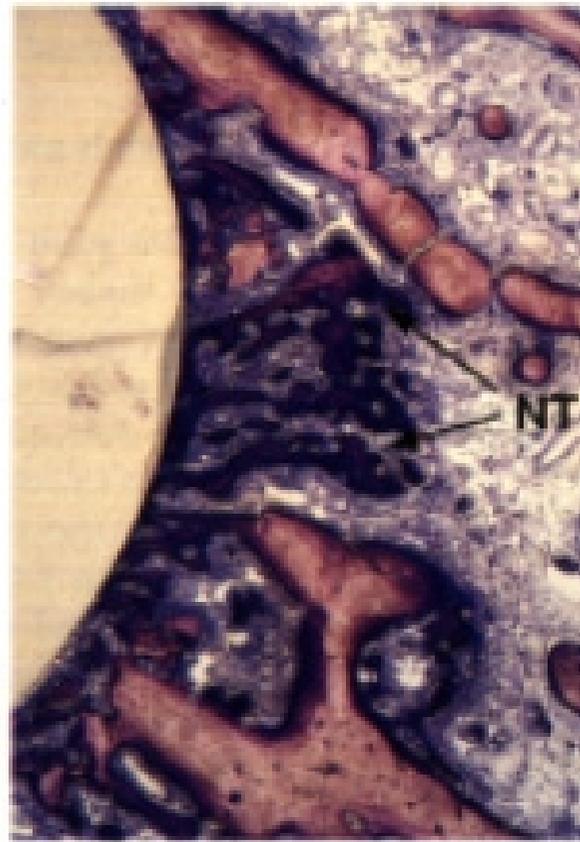
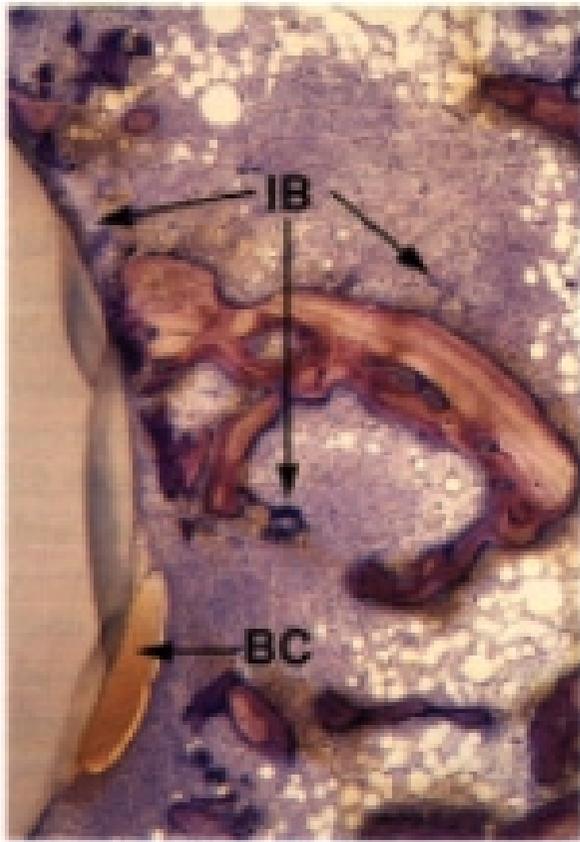


Fig 2 (Left) Originally trabecula-poor spongiosa of conventional-method implant at 5 days. Widely formed thick fibrous tissue had enveloped the implant; immature bone (IB) extended into the surrounding fibrous tissue from the trabeculae surface, and blood clots (BC) remained on a portion of the implant surface. Toluidine blue stain; original magnification $\times 10$.

Fig 3 (Right) Originally trabecula-rich spongiosa of delay-method implant at 5 days. Most of the implant surface faced not only the cut bone surface of the slightly stained original large trabeculae, but also the highly stained narrow trabeculae (NT) formed during the delay period in the original intertrabecular spaces. Toluidine blue stain; original magnification $\times 10$.

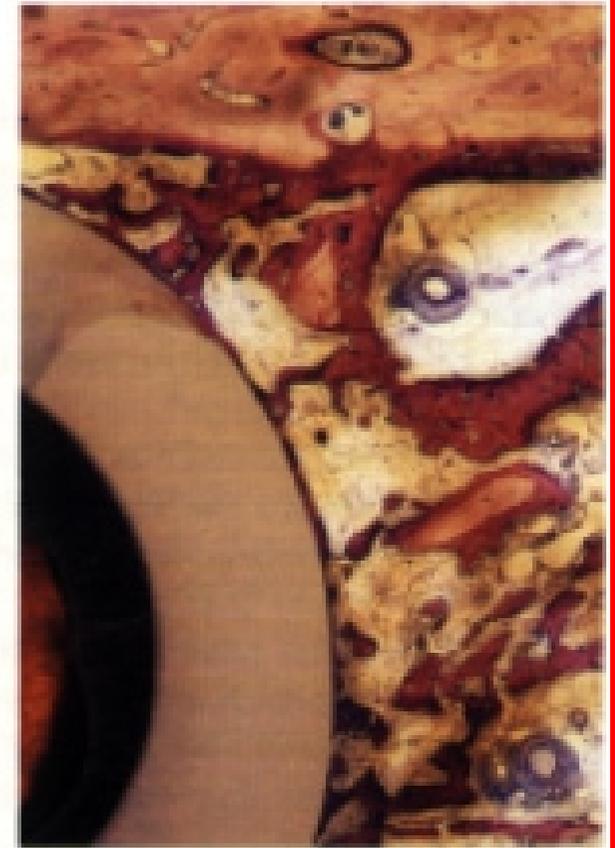
habituelle

retardée

*Résultat 5 jours après la mise en place de l'implant.
Coloration au bleu de toluidine.*

Fig 11 (Left) Originally trabecula-poor spongiosa of conventional-method implant at 14 days. No added bone appeared on wide areas of the implant surface, which was encapsulated by fibrous tissue (EFT). Toluidine blue stain; original magnification $\times 10$.

Fig 12 (Right) Originally trabecula-poor spongiosa of delay-method implant at 14 days. Although there were fewer newly formed trabeculae before and after implantation because of bone resorption, added bone formation had occurred on most of the implant surface. Toluidine blue stain; original magnification $\times 10$.

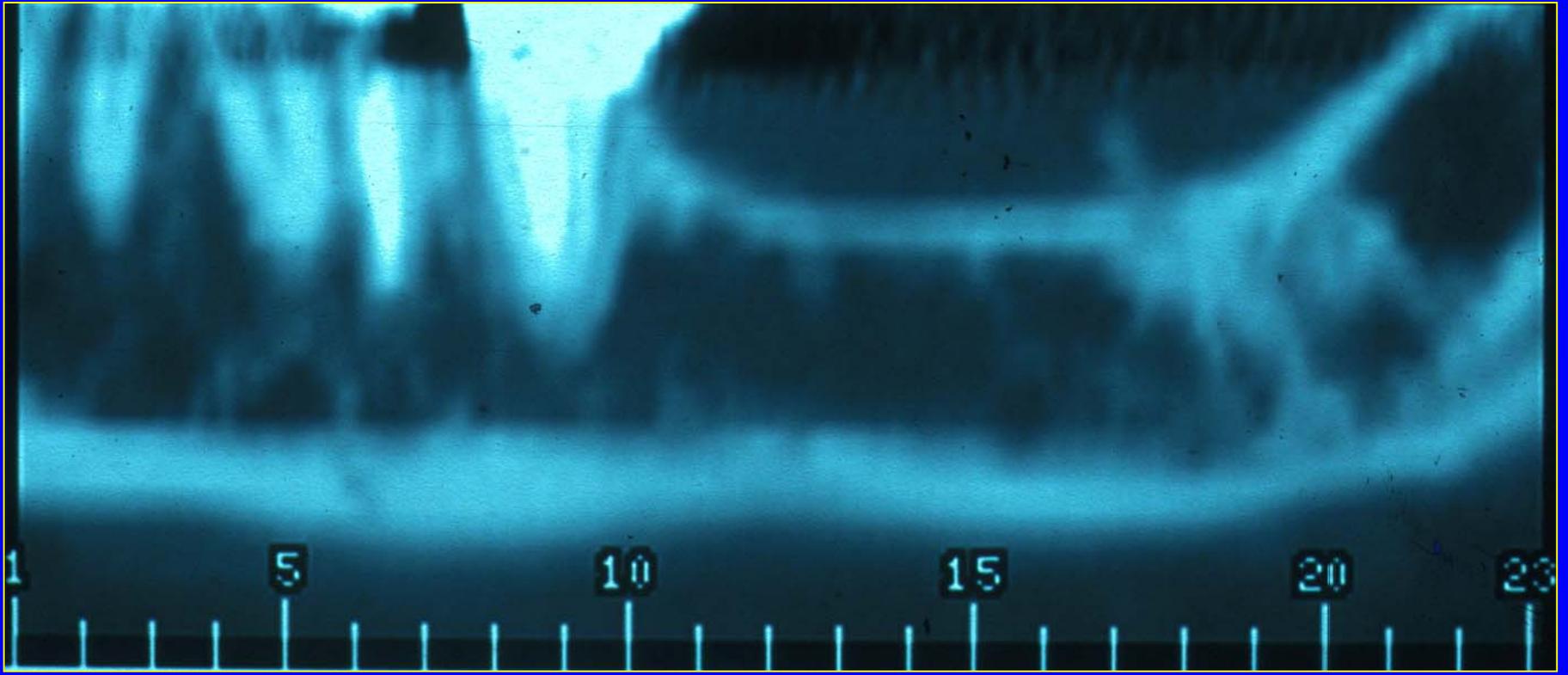


habituelle

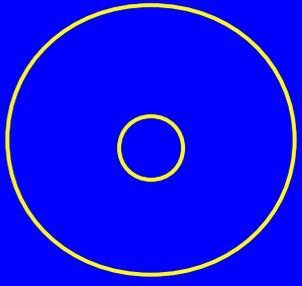
retardée

*Résultat 15 jours après la mise en place de l'implant.
Coloration au bleu de toluidine.*

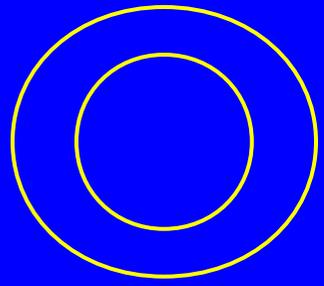
Ogiso and al., 1995



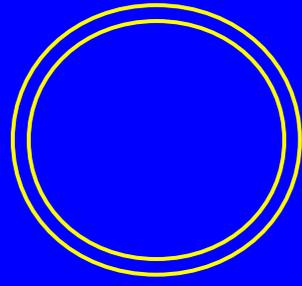
I



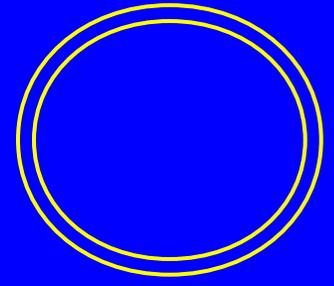
II



III



IV



Jaffin R.A., Bermann C.L.:

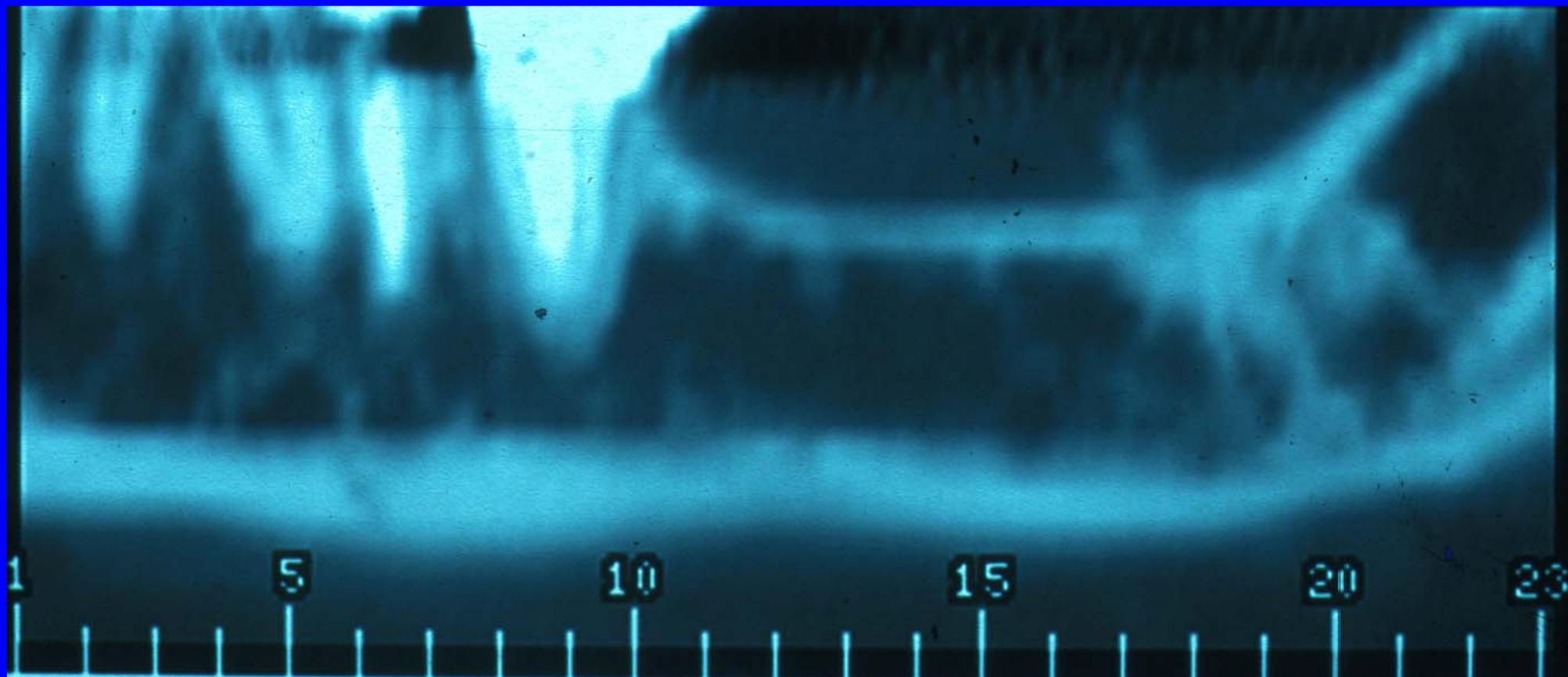
**The excessive loss of Brånemark
fixtures in type IV bone: a 5-year analysis.**

J Periodontol 1991; 62: 2-4.

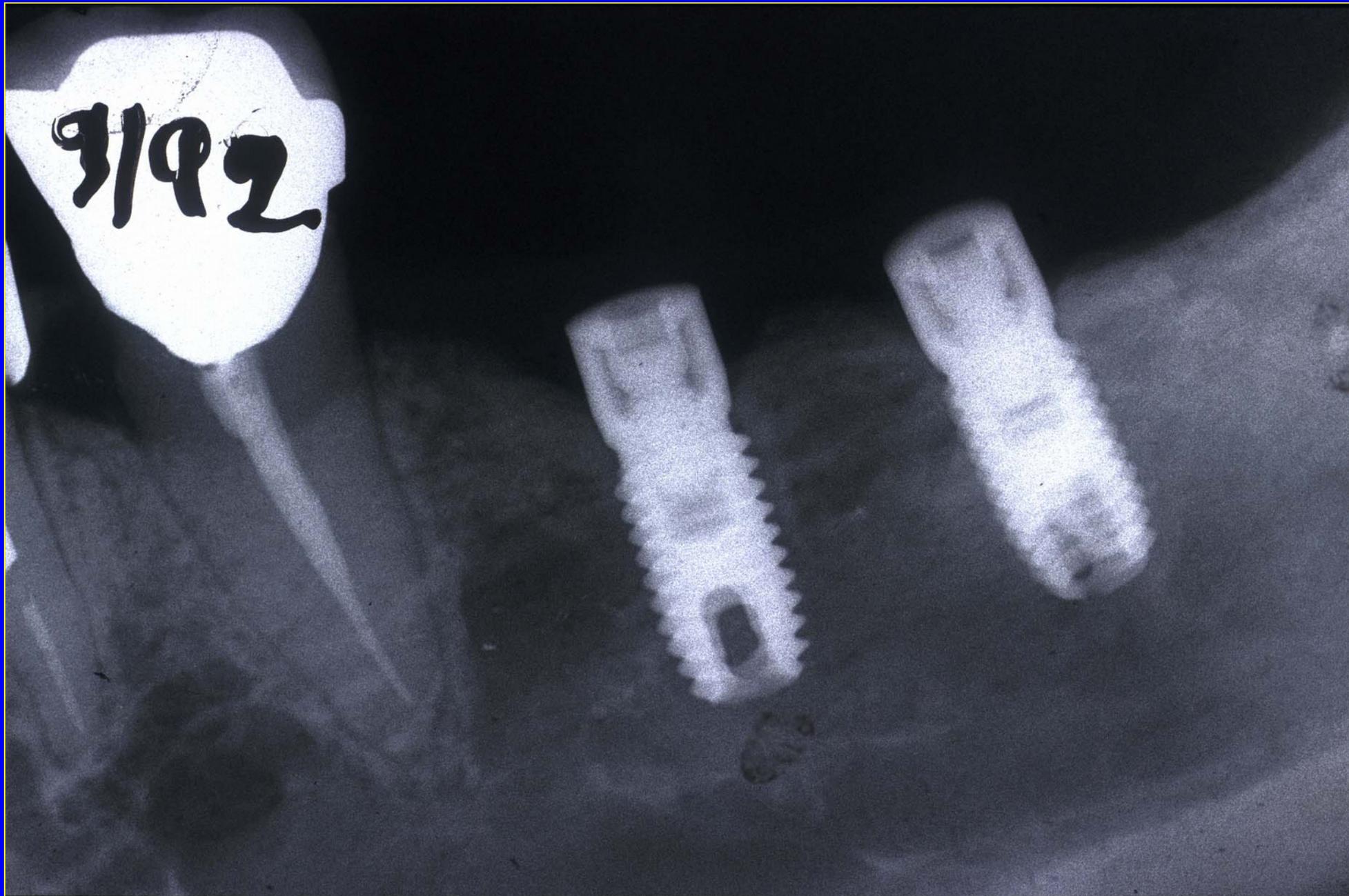
Taux d'échec

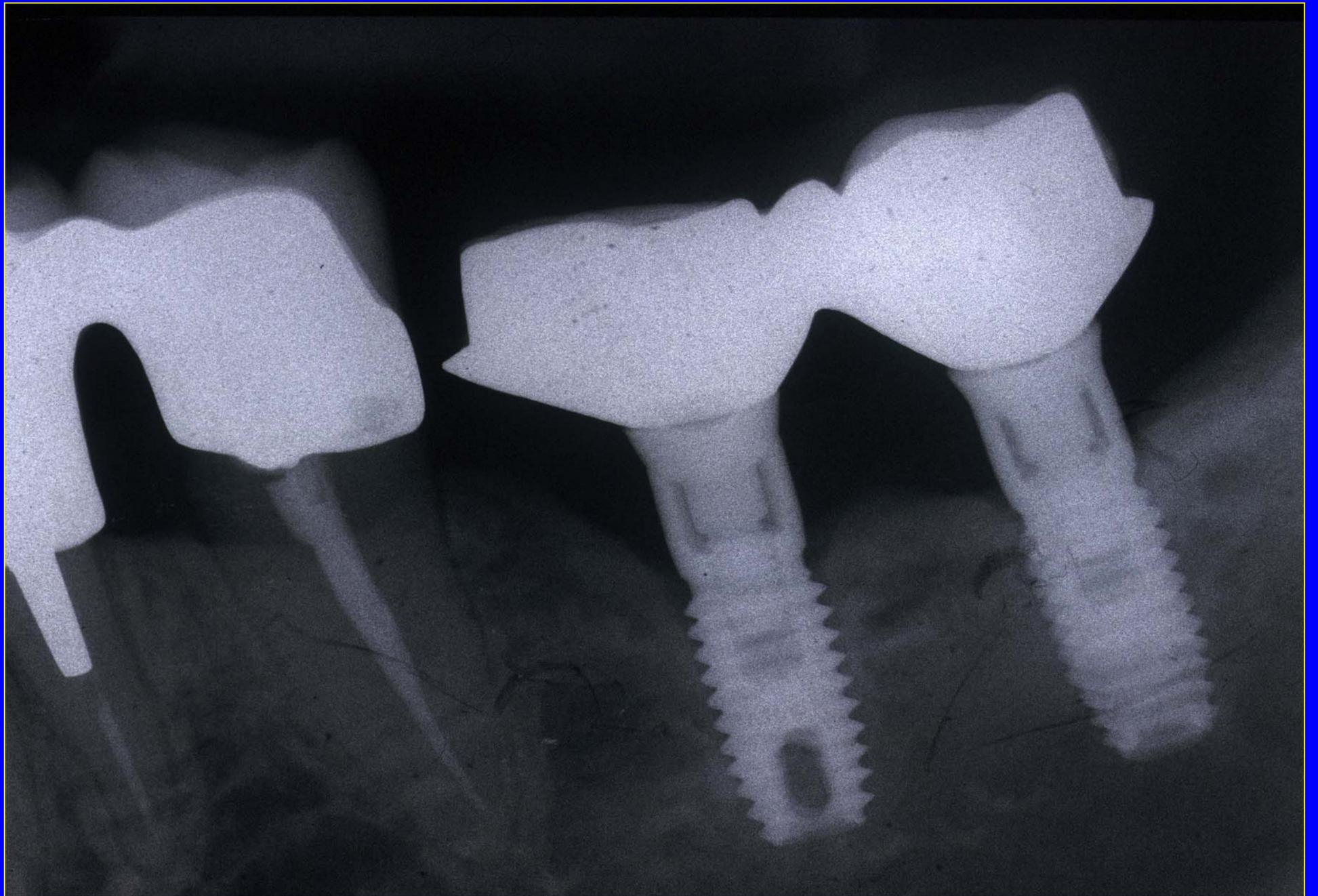
os de type I, II et III: 3 % (29/952)

os de type IV: 35 % (36/102)



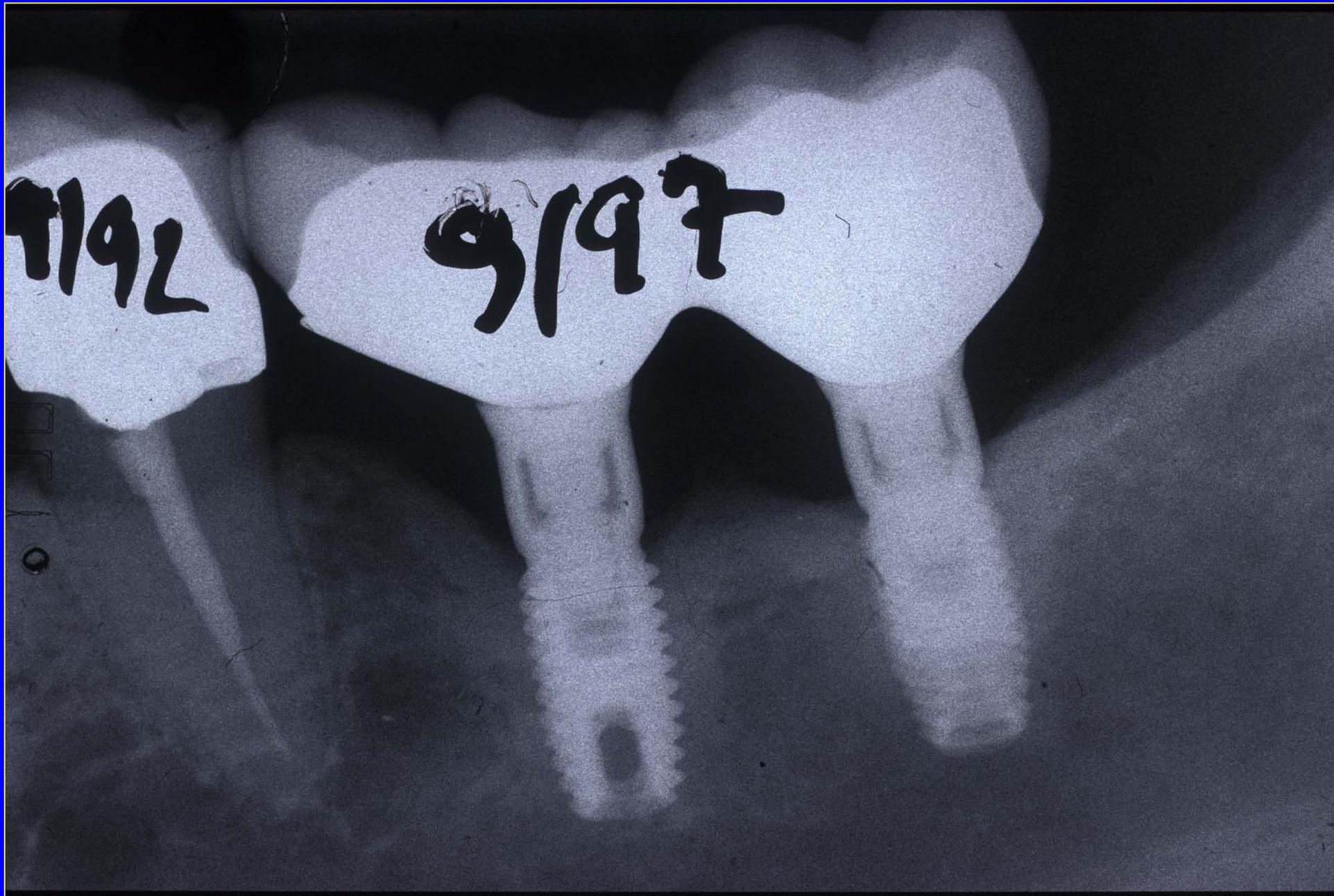


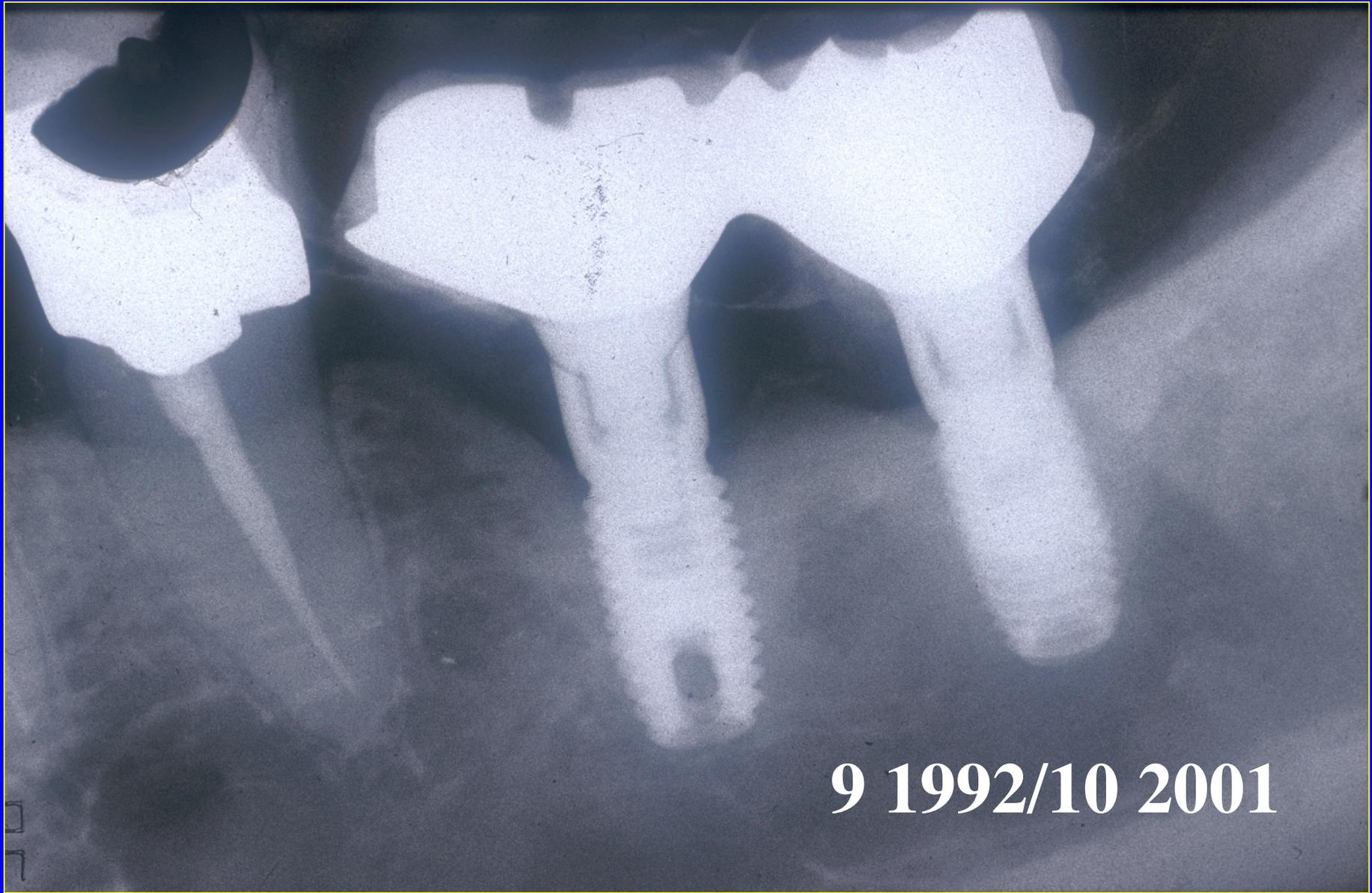


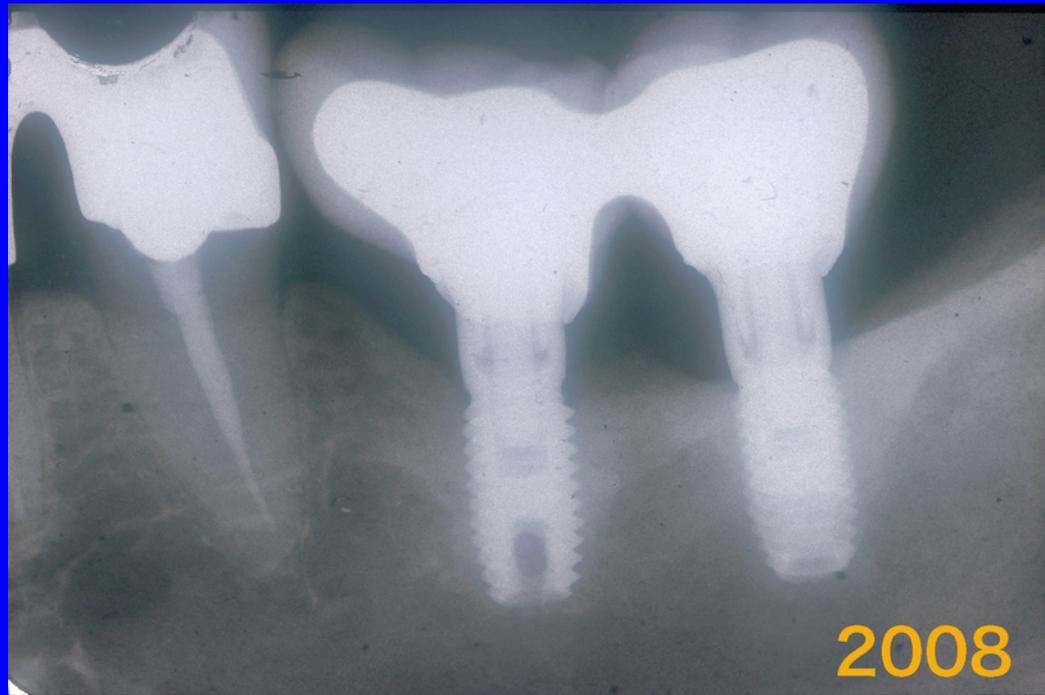
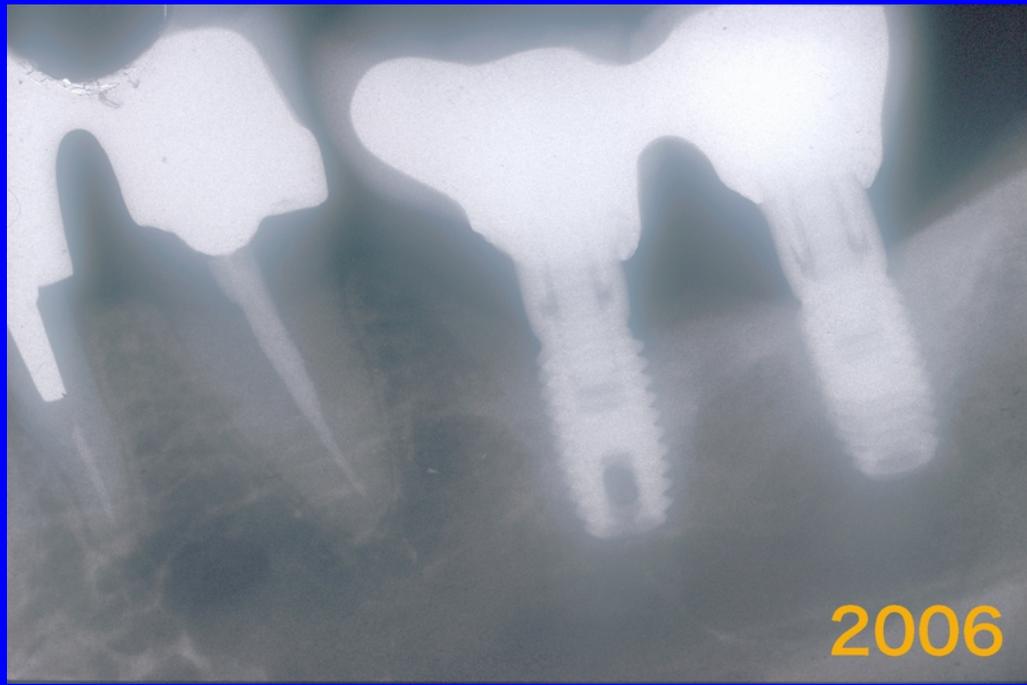


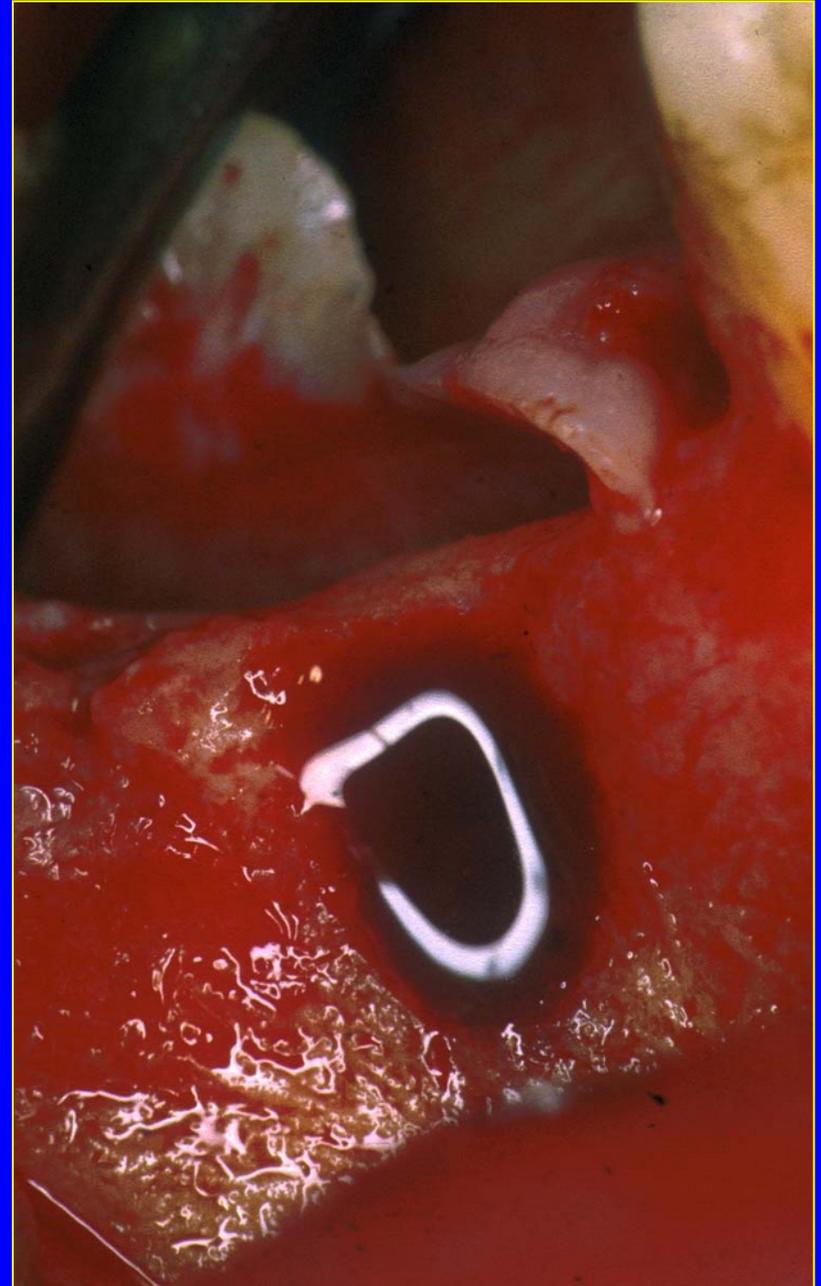
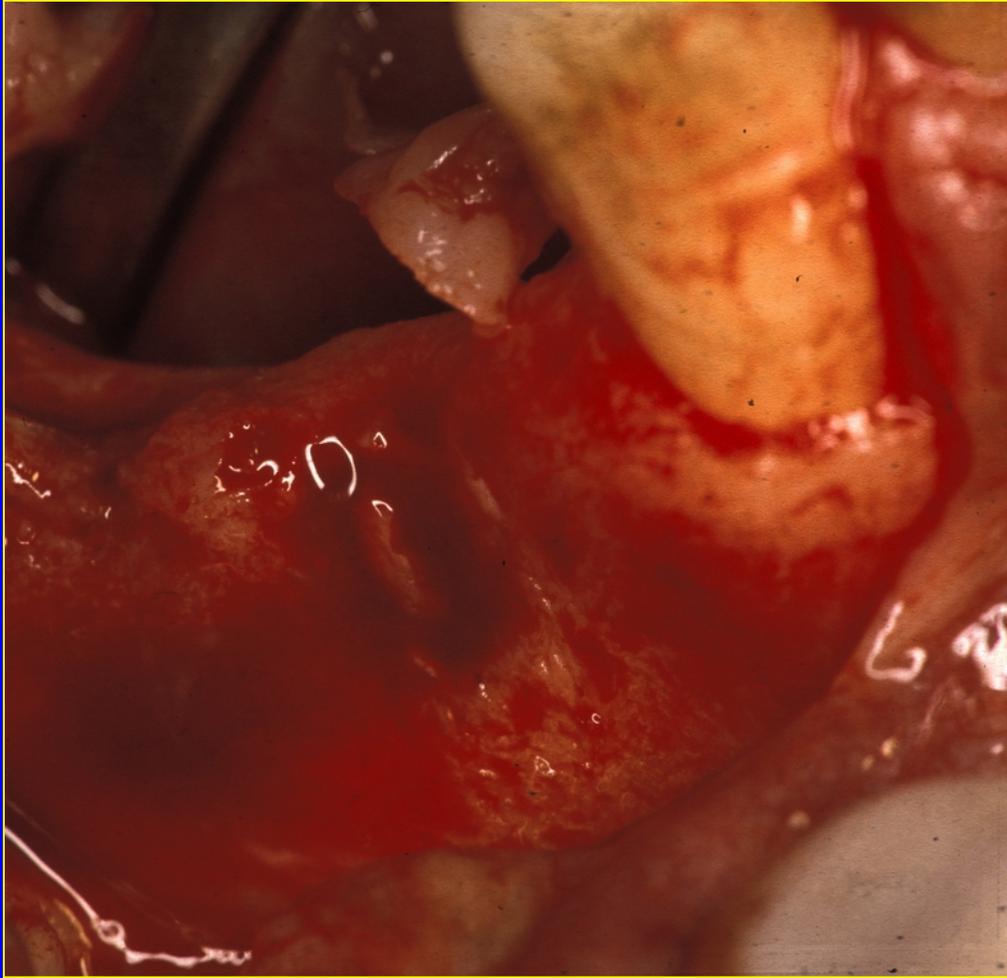
9192

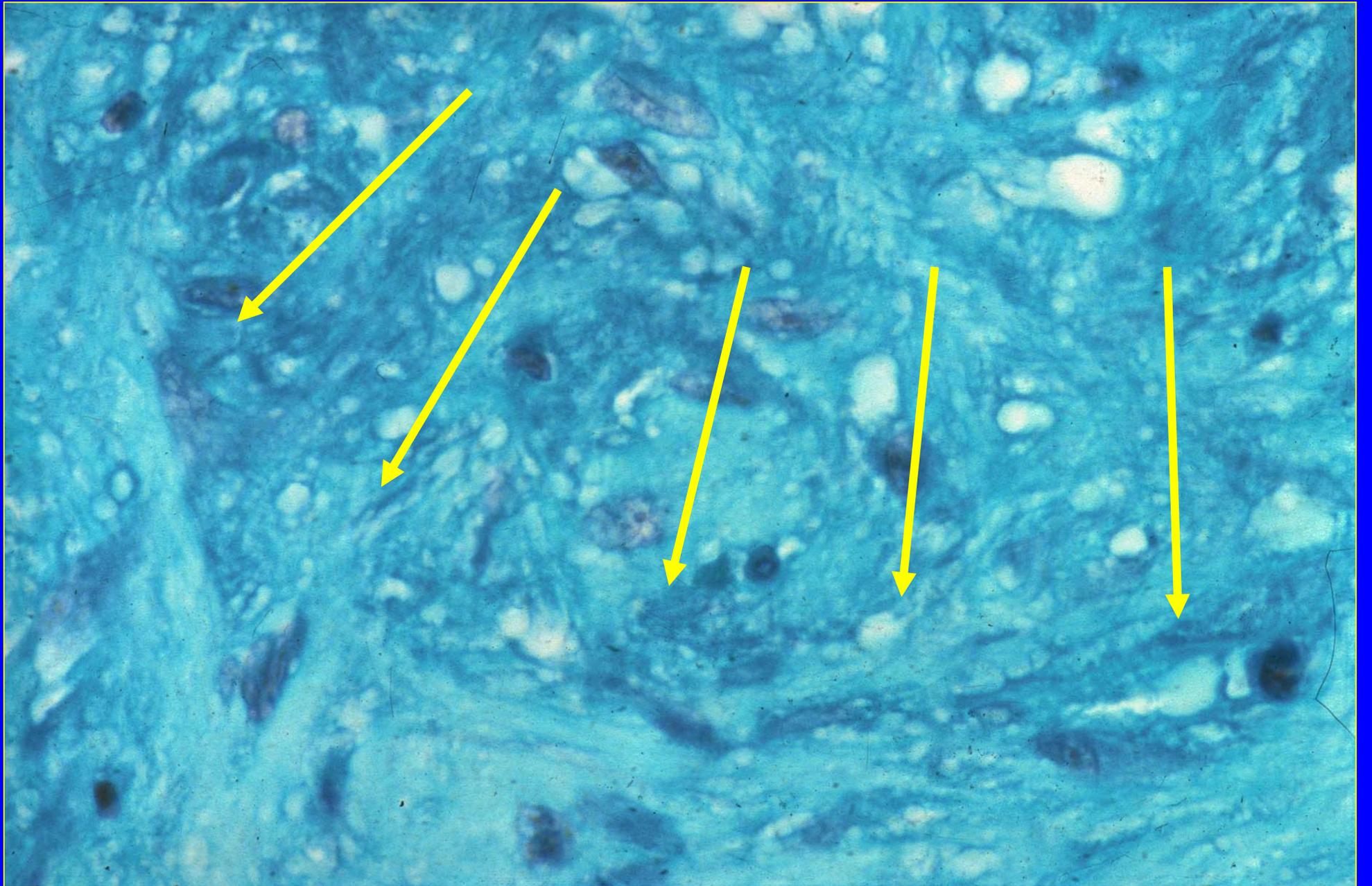
9197





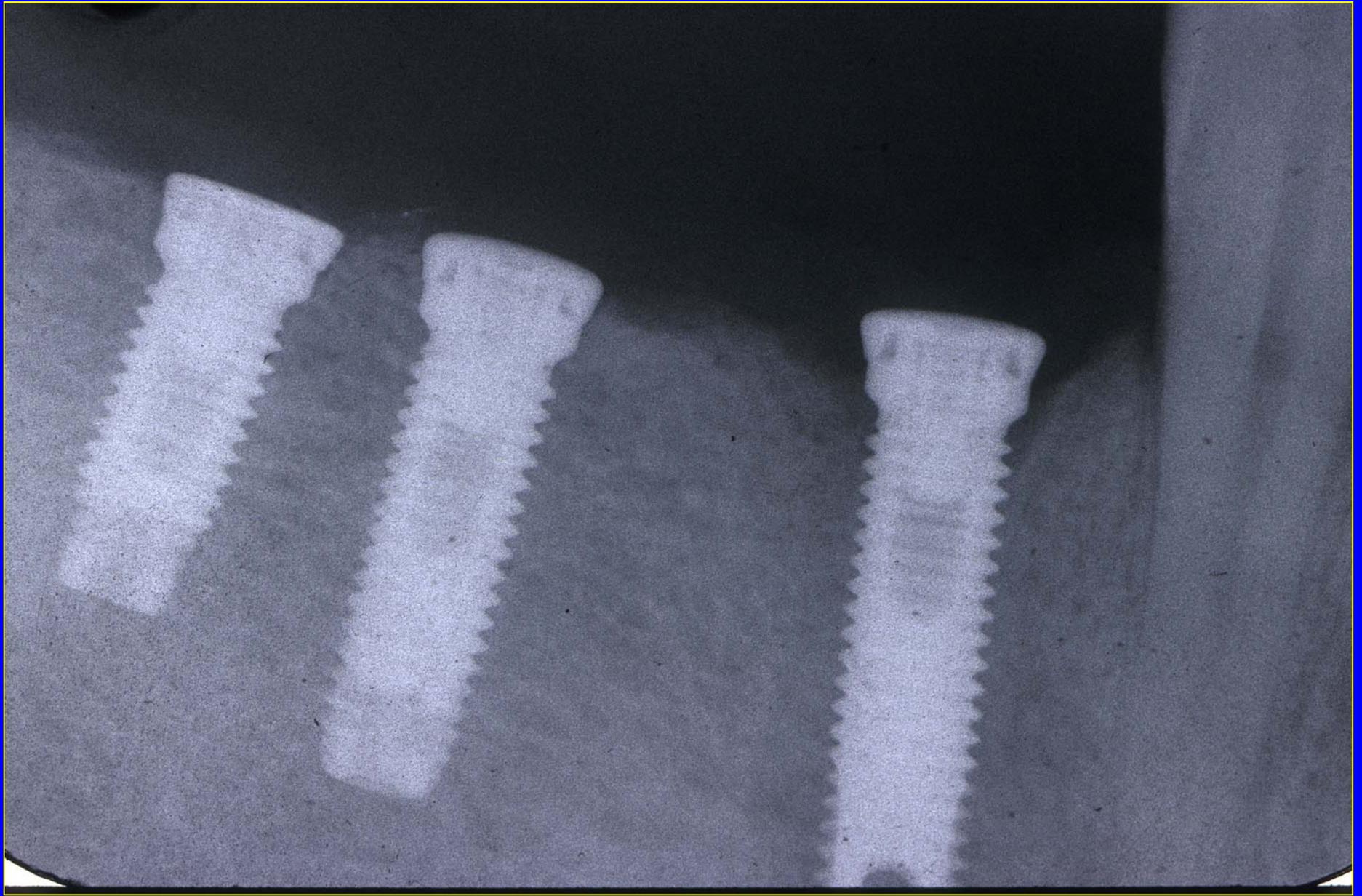


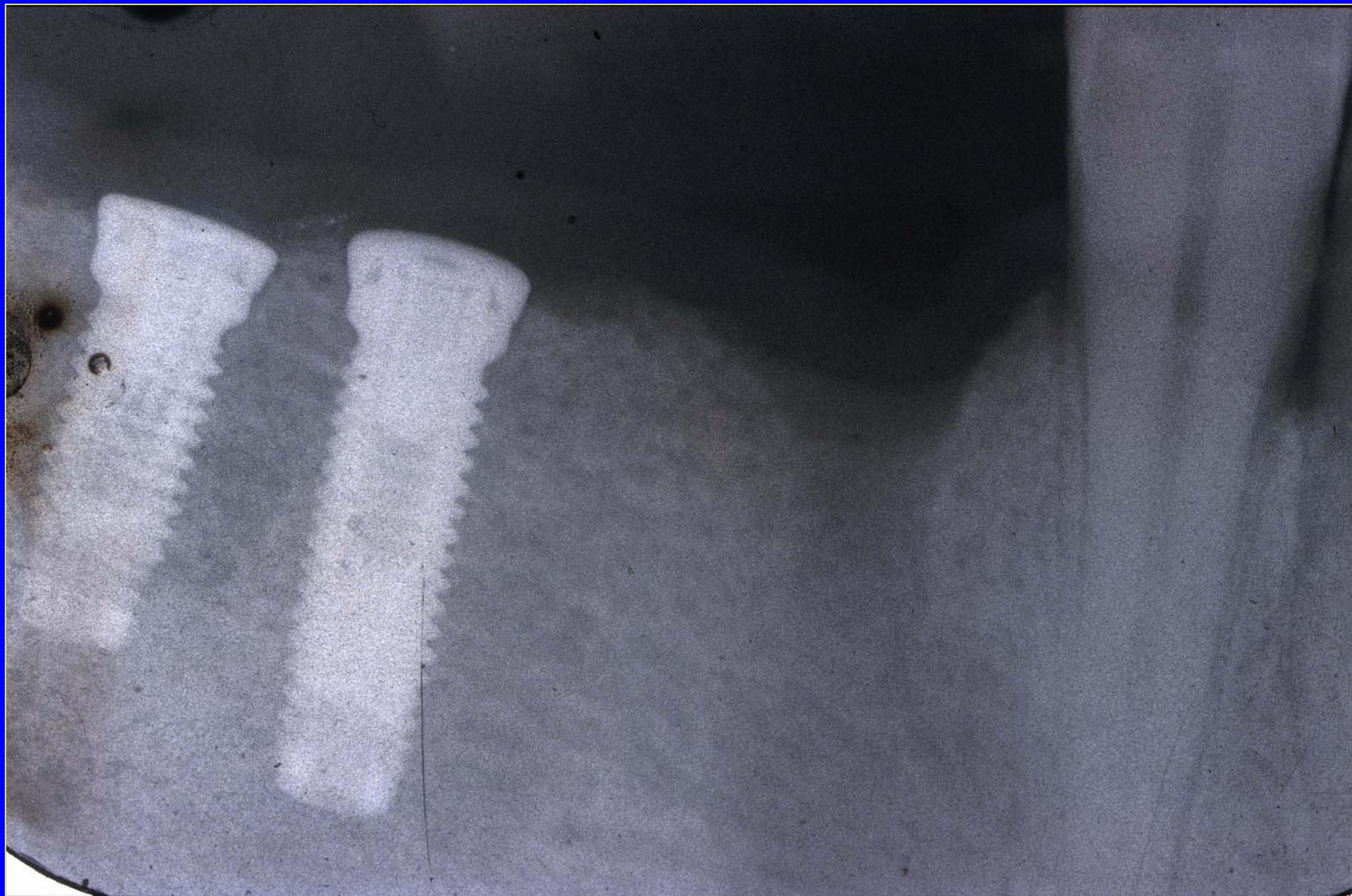


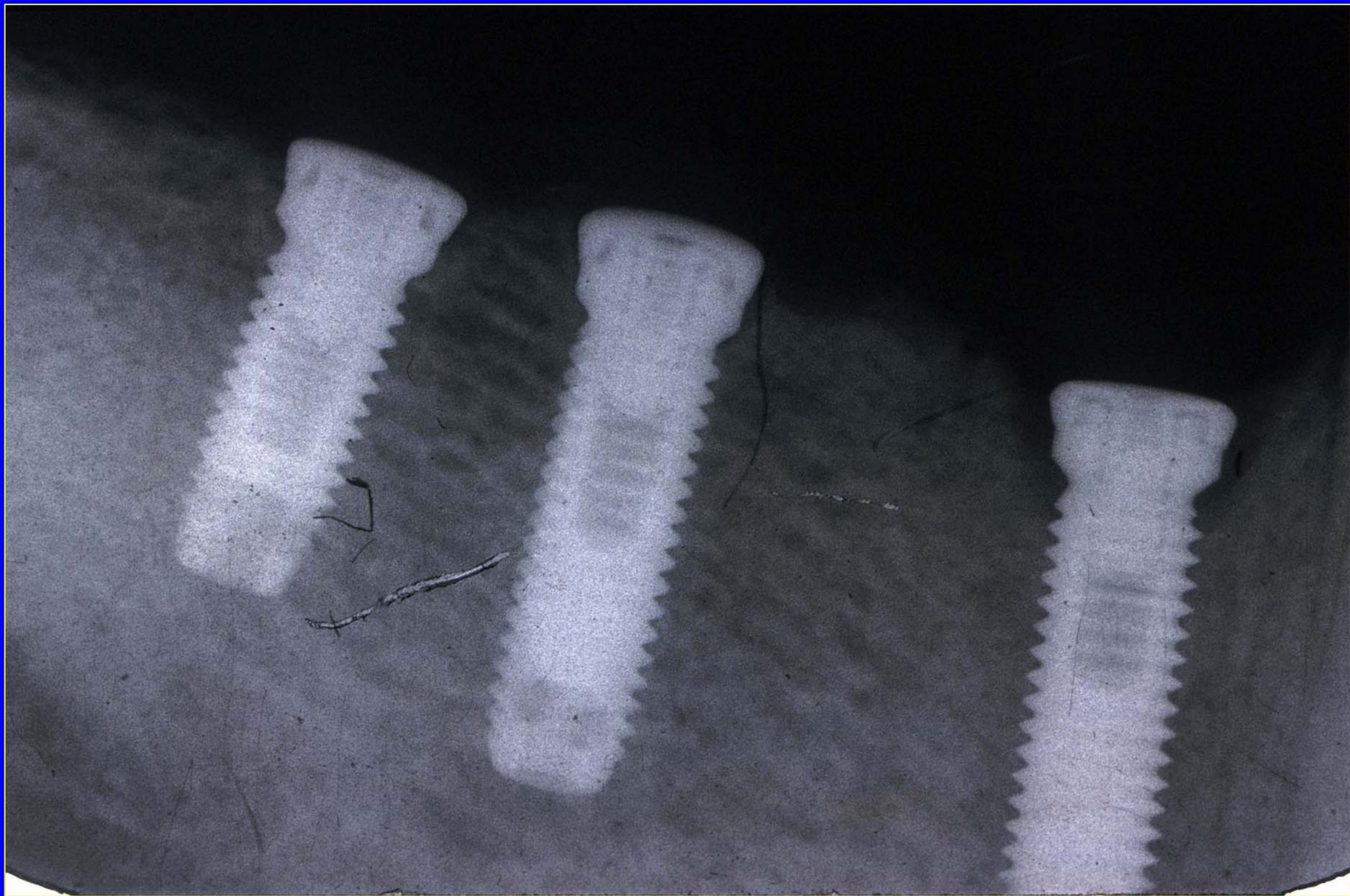


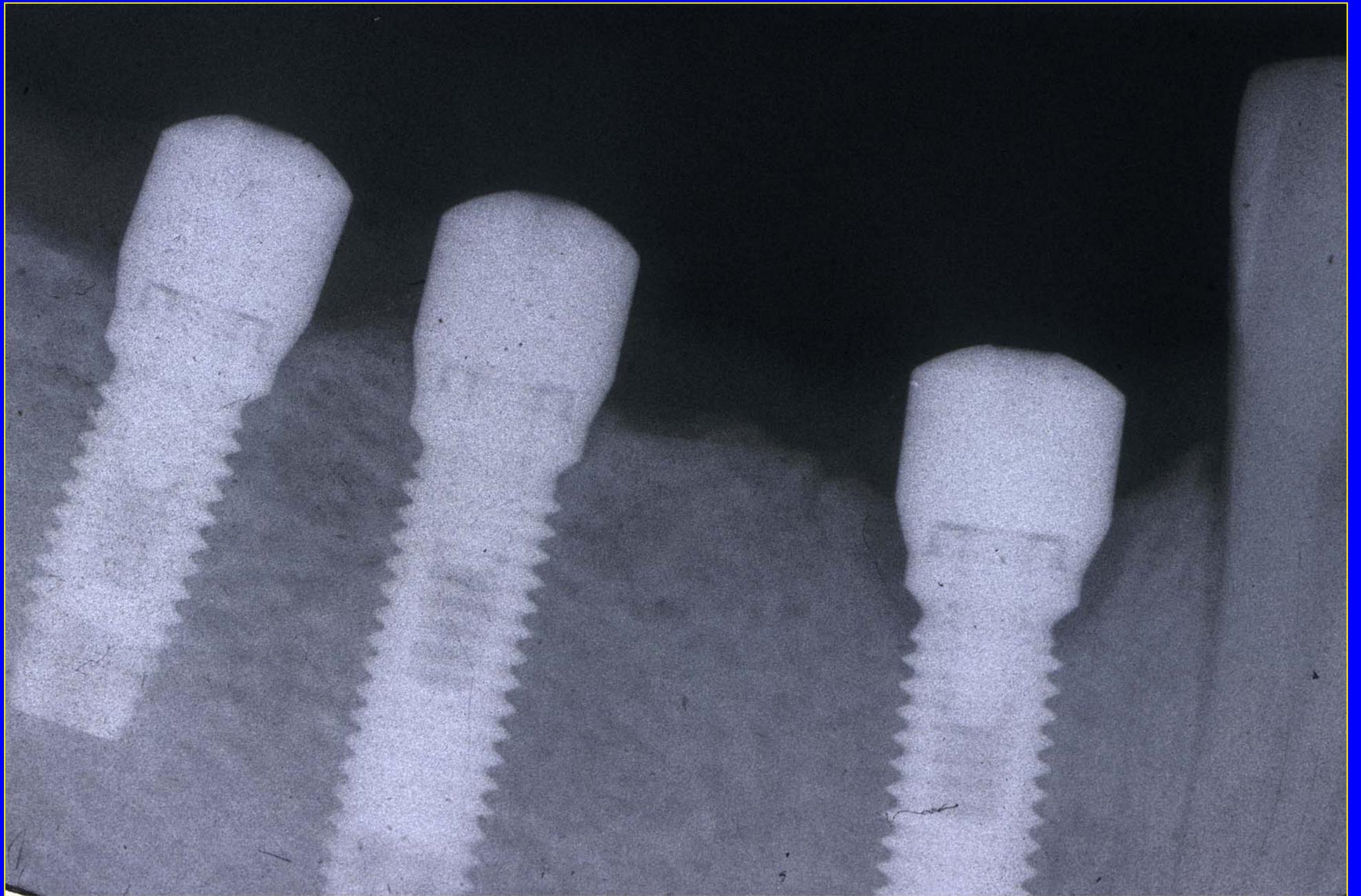
méthode

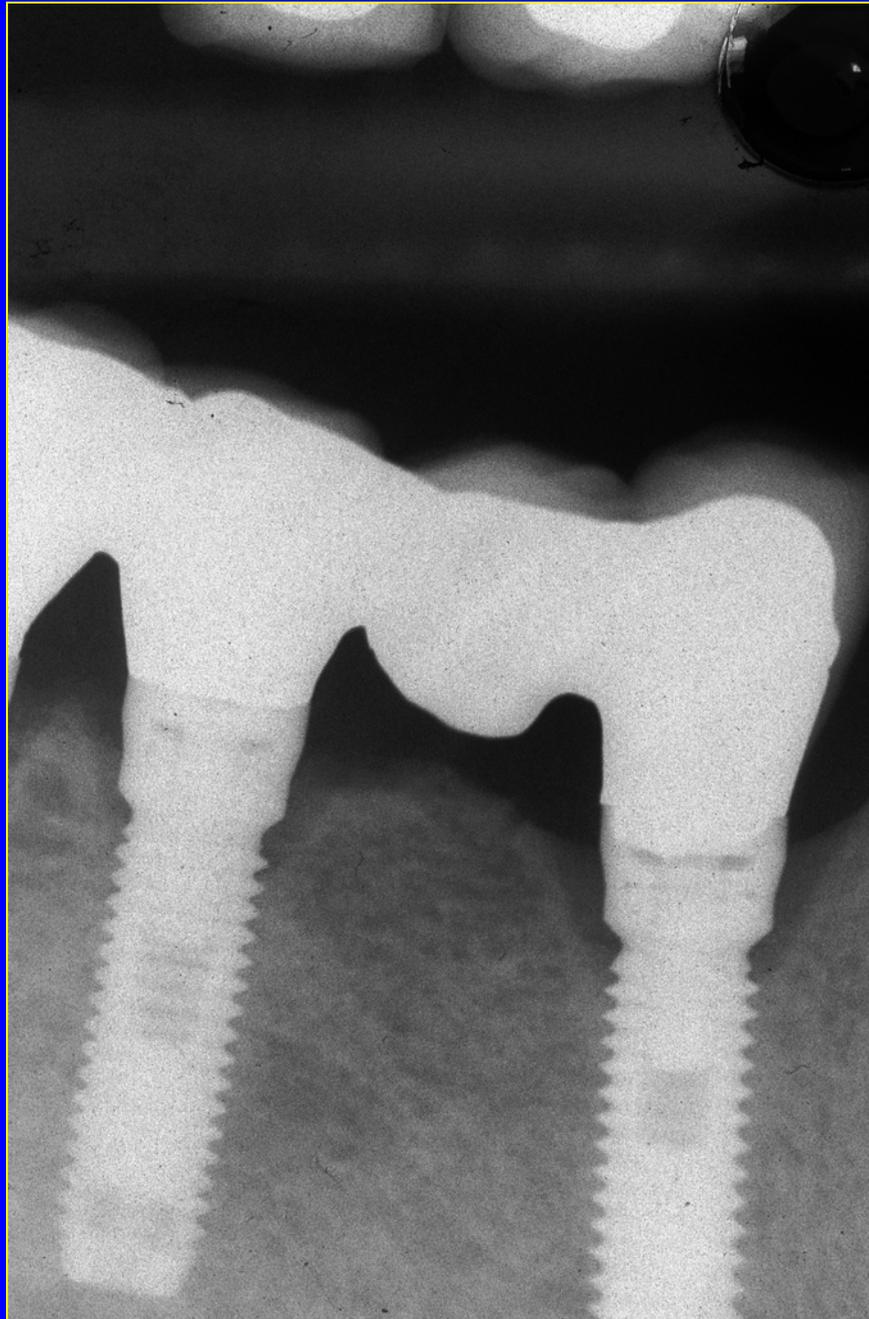
Afin de profiter du potentiel vasculaire lié au processus cicatriciel, mis en évidence par la stimulation endostée, les implants sont remis en place 6 semaines après leur dépose.



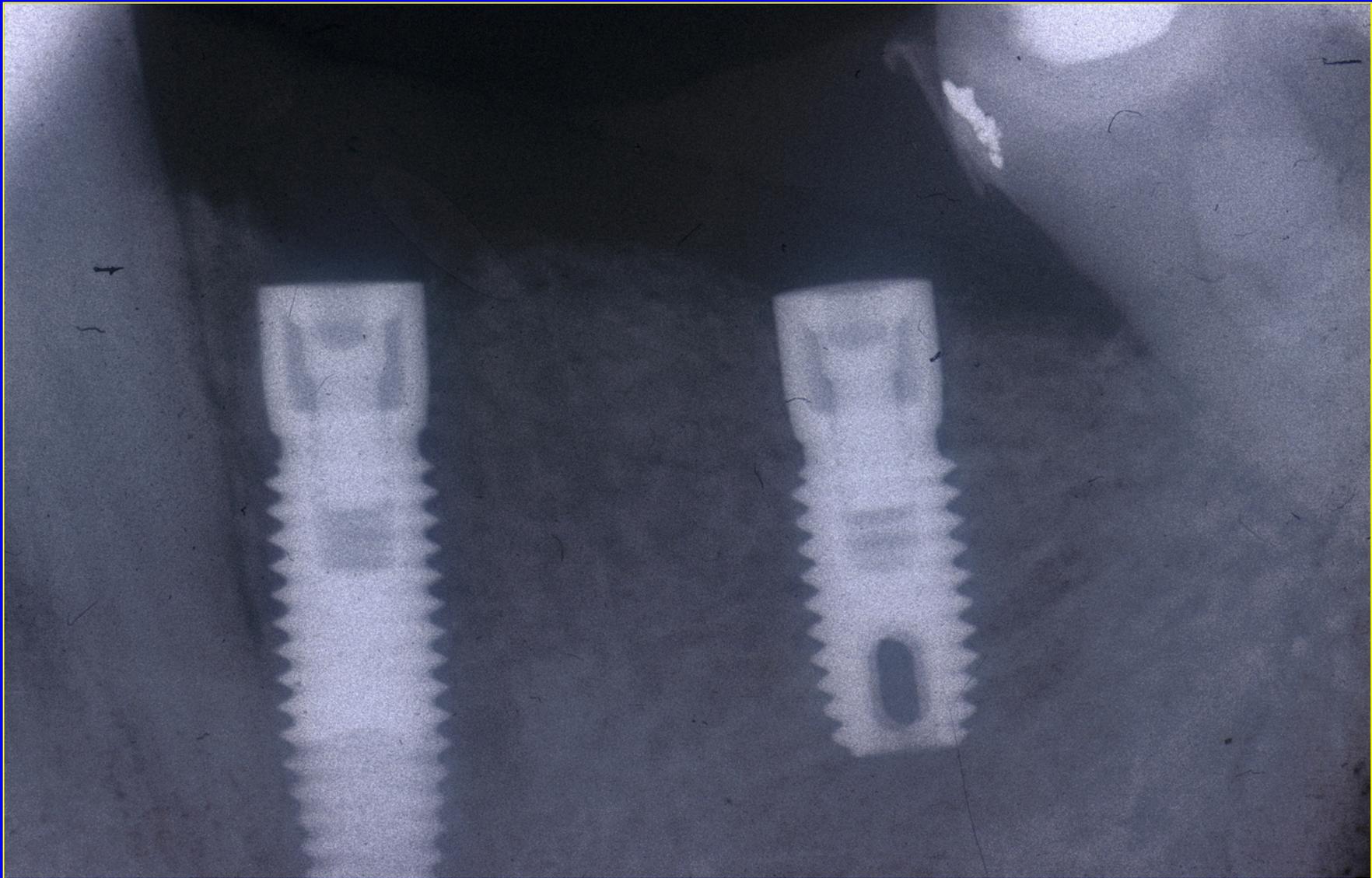


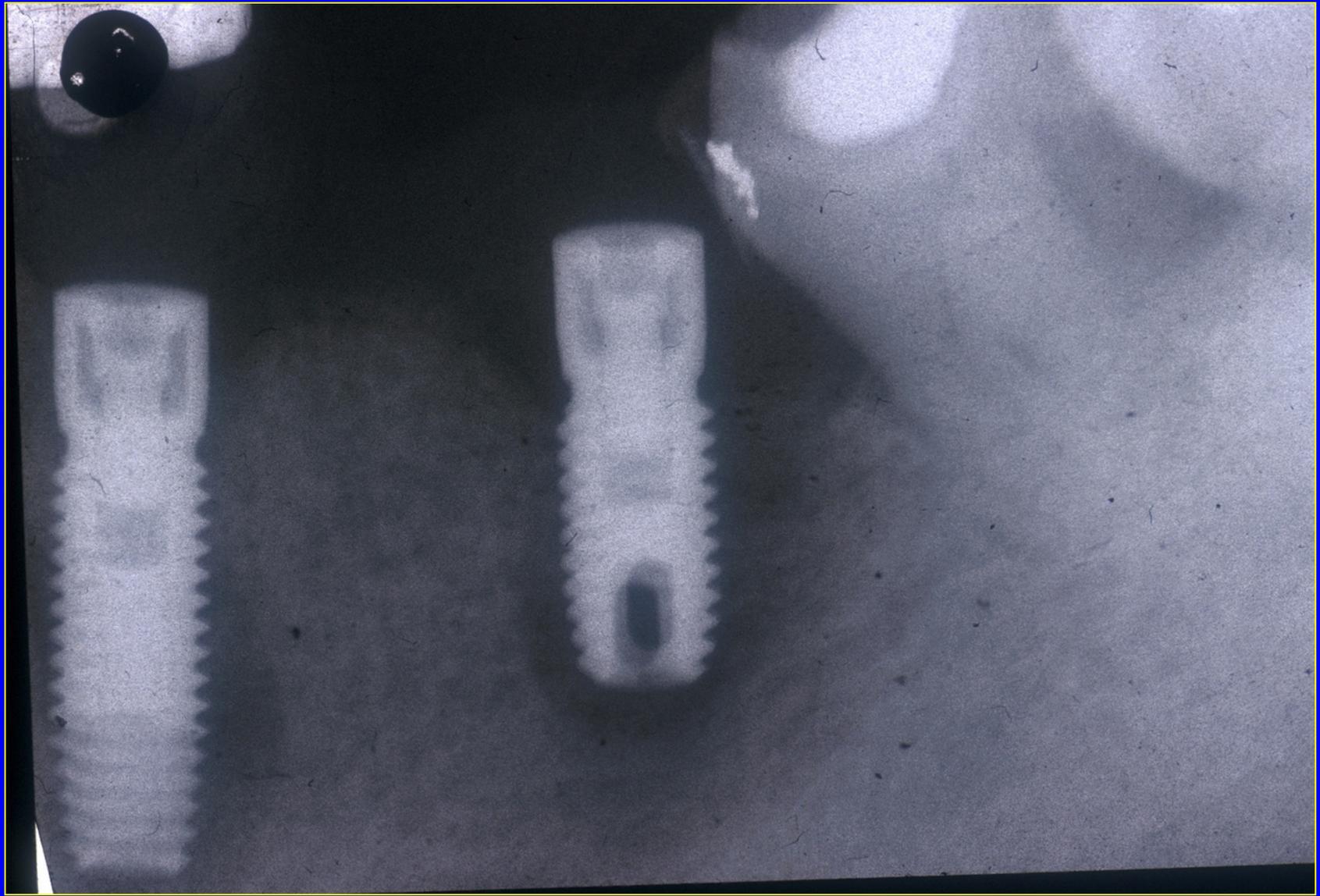


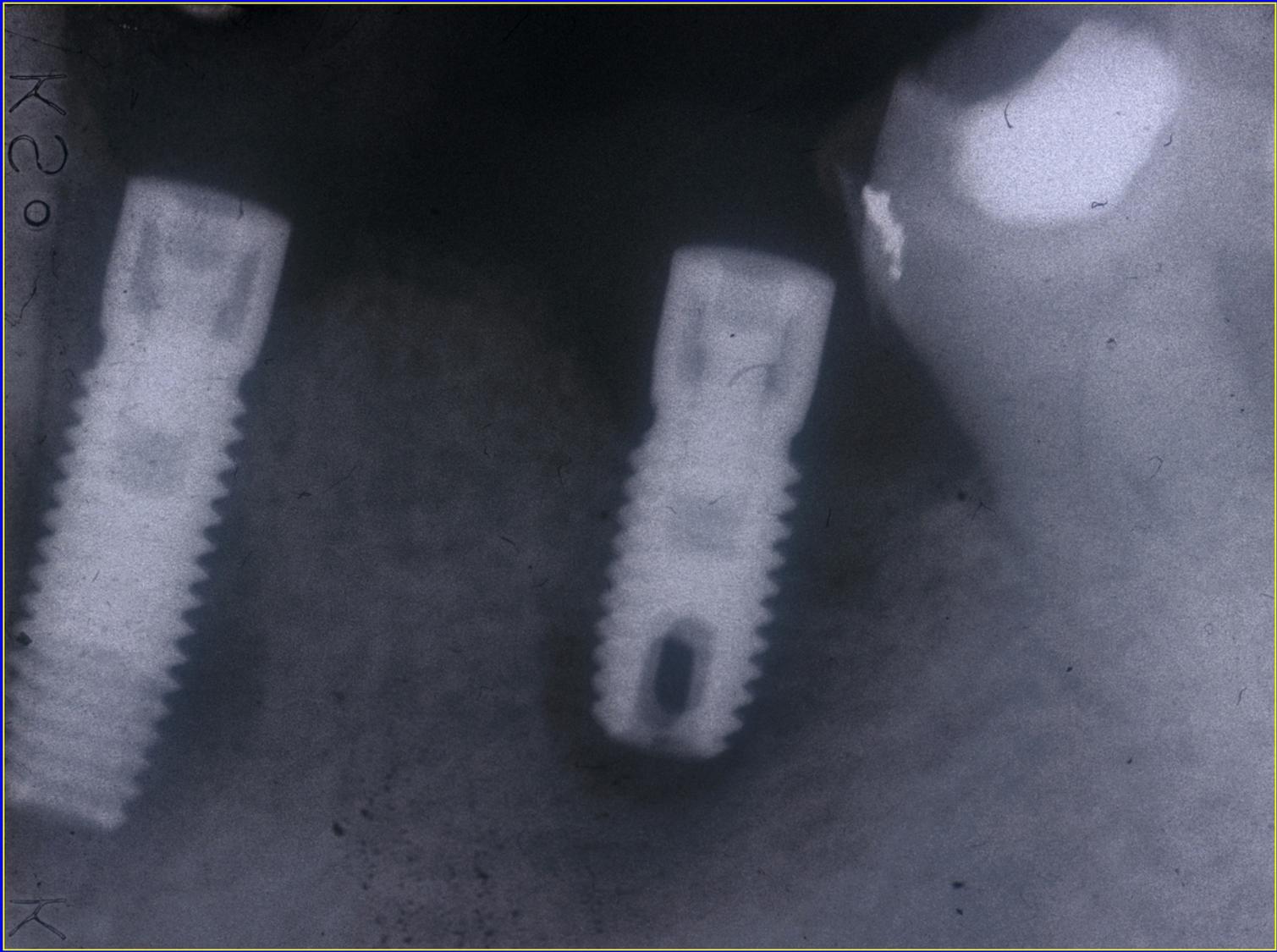


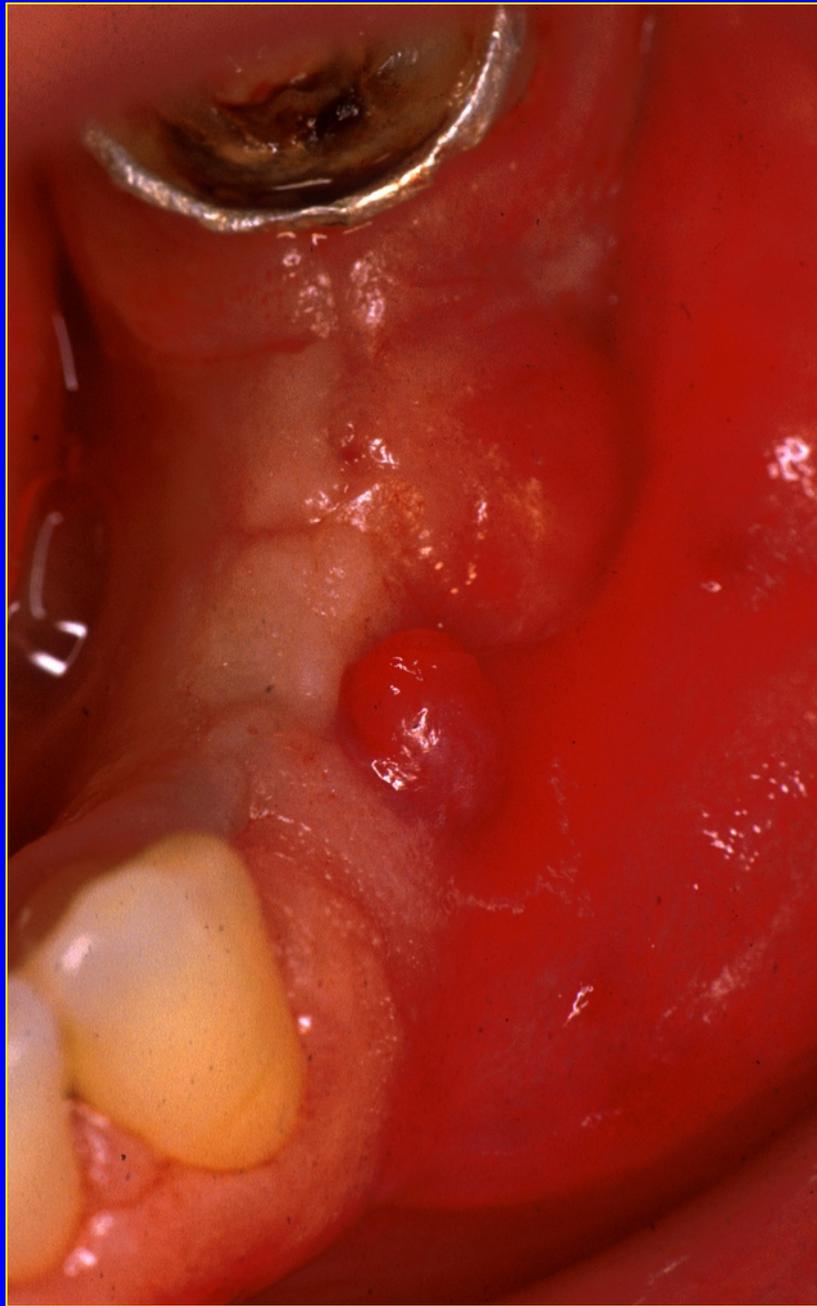


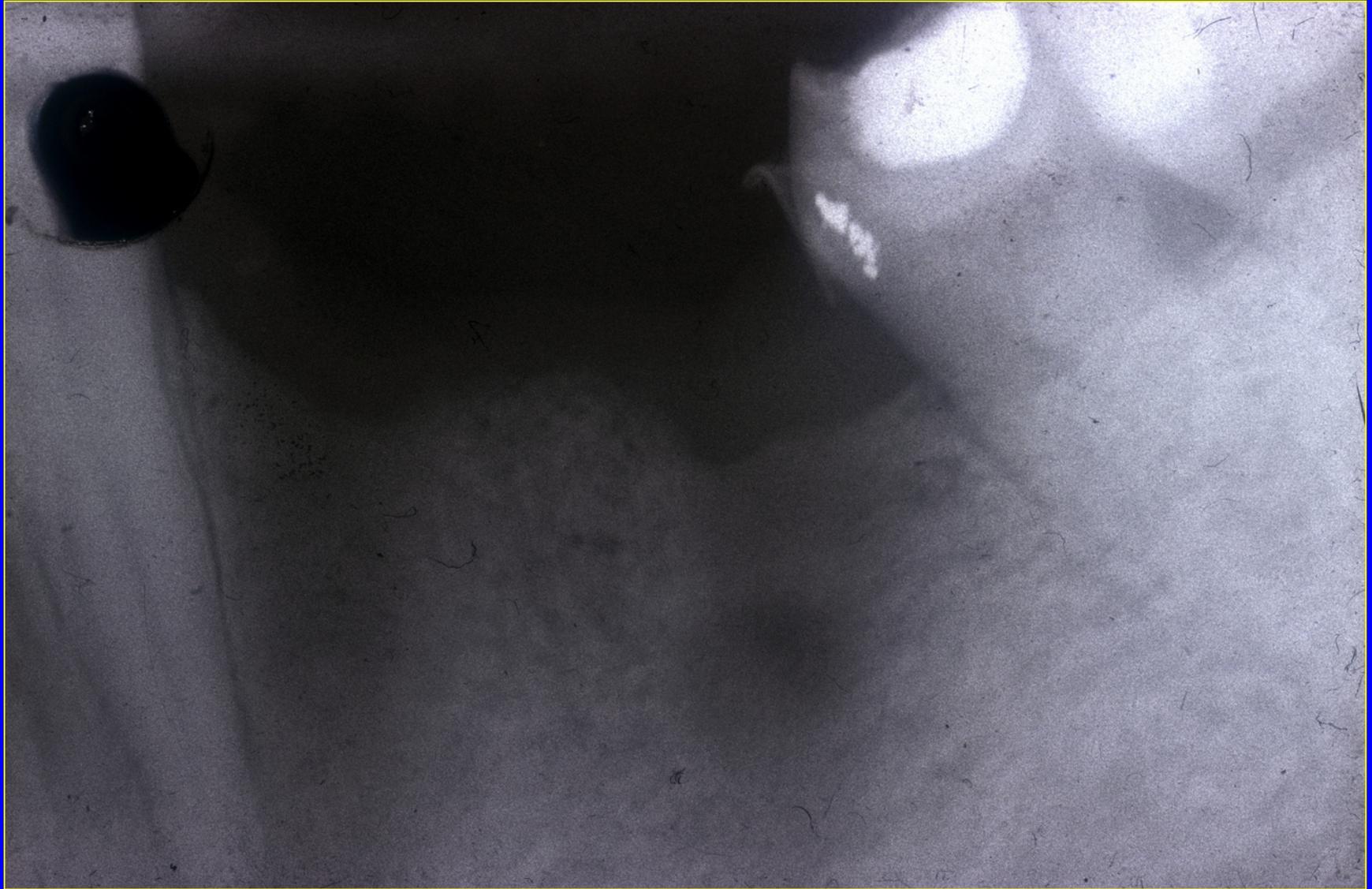
6 ans

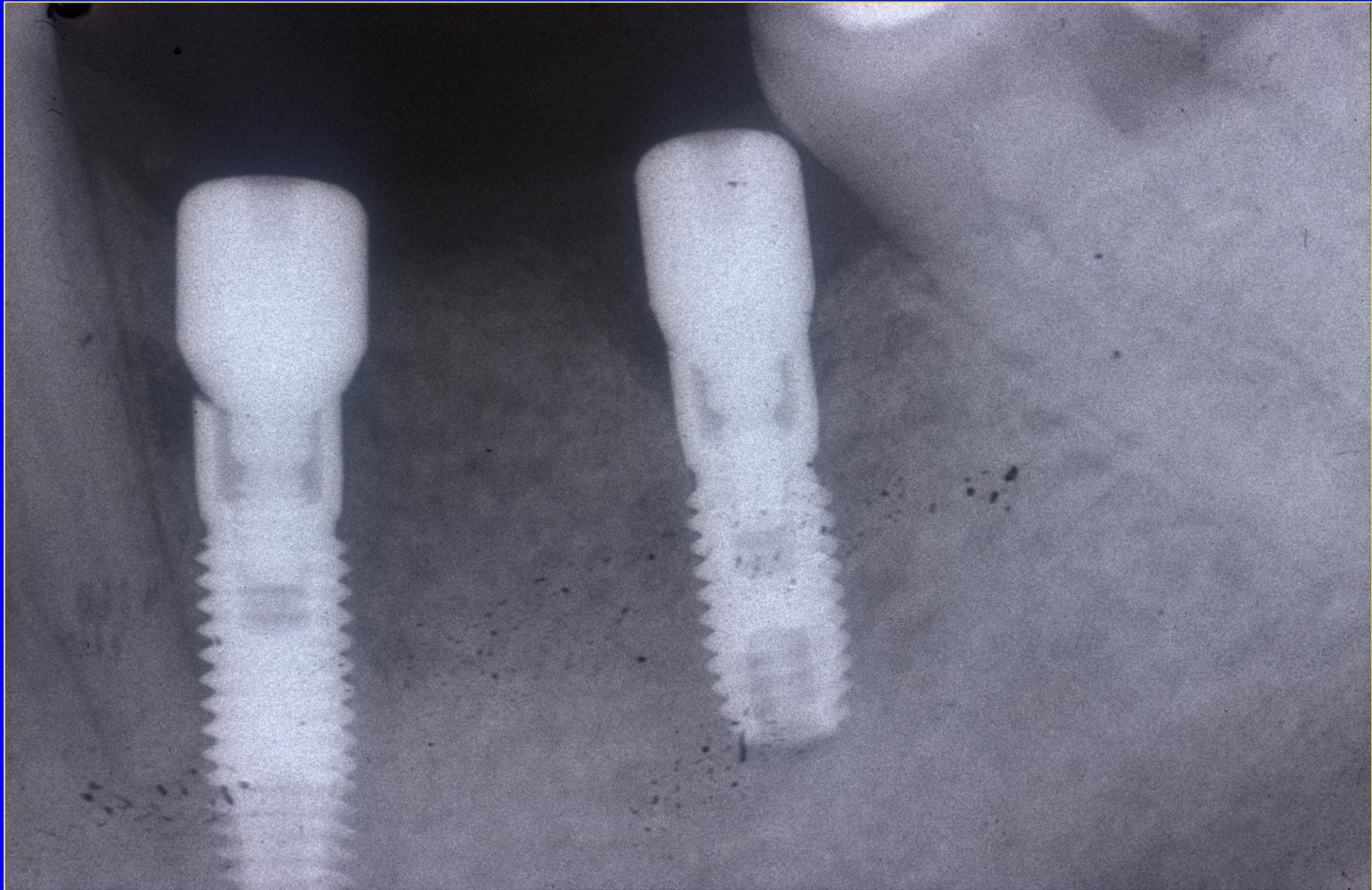


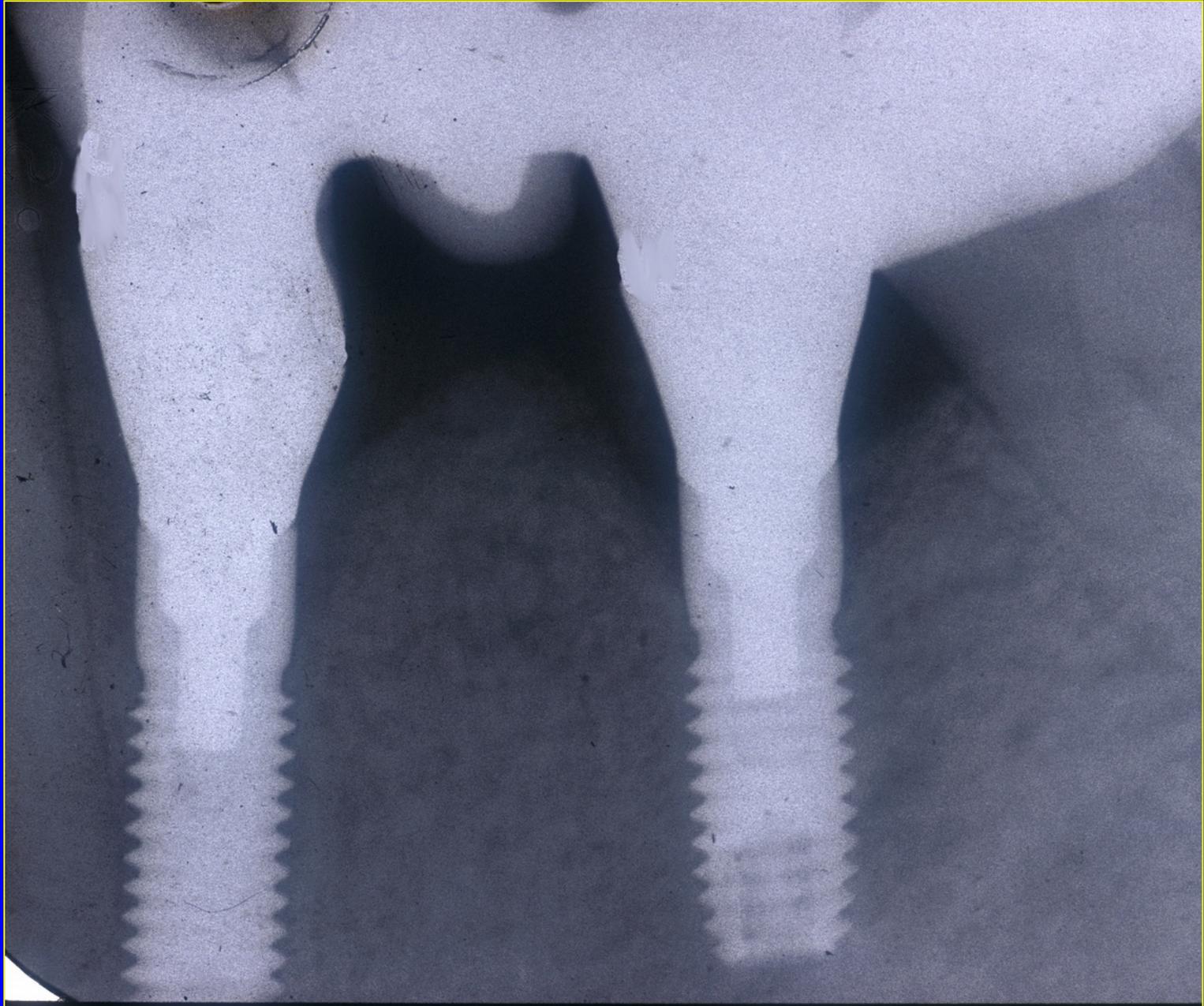












résultats

- implants en titane

Entre 1986 et 2012, 11 522 implants en titane ont été mis en place:

- 6 223 à la mandibule**
- 5 299 au maxillaire.**

Le taux d'échec global est de 3,82 % (440 implants), soit:

- 256 à la mandibule (4,12 %)**
- 184 au maxillaire (3,18 %)**

428 implants ont été remis en place après 6 semaines:

- 392 du même diamètre et de la même longueur**
- 36 d'un diamètre supérieur à l'implant déposé.**

Le taux d'échec global est de 3,65 % (15 implants, 5 au maxillaire, 10 à la mandibule), soit un taux de succès de

96,35 % .

**Mardinger O., Ben Zvi Y., Chaushu G.,
Nissan J., Manor Y.:**

**A retrospective analysis of replacing dental implants
in previously failed sites.**

***Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Biol*
*2012; 114: 290-293.***

144 patients, âgés de 31 à 73 ans, suivi de 48 mois en moyenne

144 implants remplacés, 133 succès (93 %)

Dans les 11 échecs, 11 implants remplacés. Succès 83 %

« Les résultats observés doivent encourager les praticiens à renouveler une pose implantaire après un premier échec, voire après un deuxième, particulièrement si le projet prothétique est remis en cause ».

Wang F, Zhang Z, Monje A et al

Intermediate long-term clinical performance of dental implants placed in sites with a previous early implant failure: a retrospective analysis.

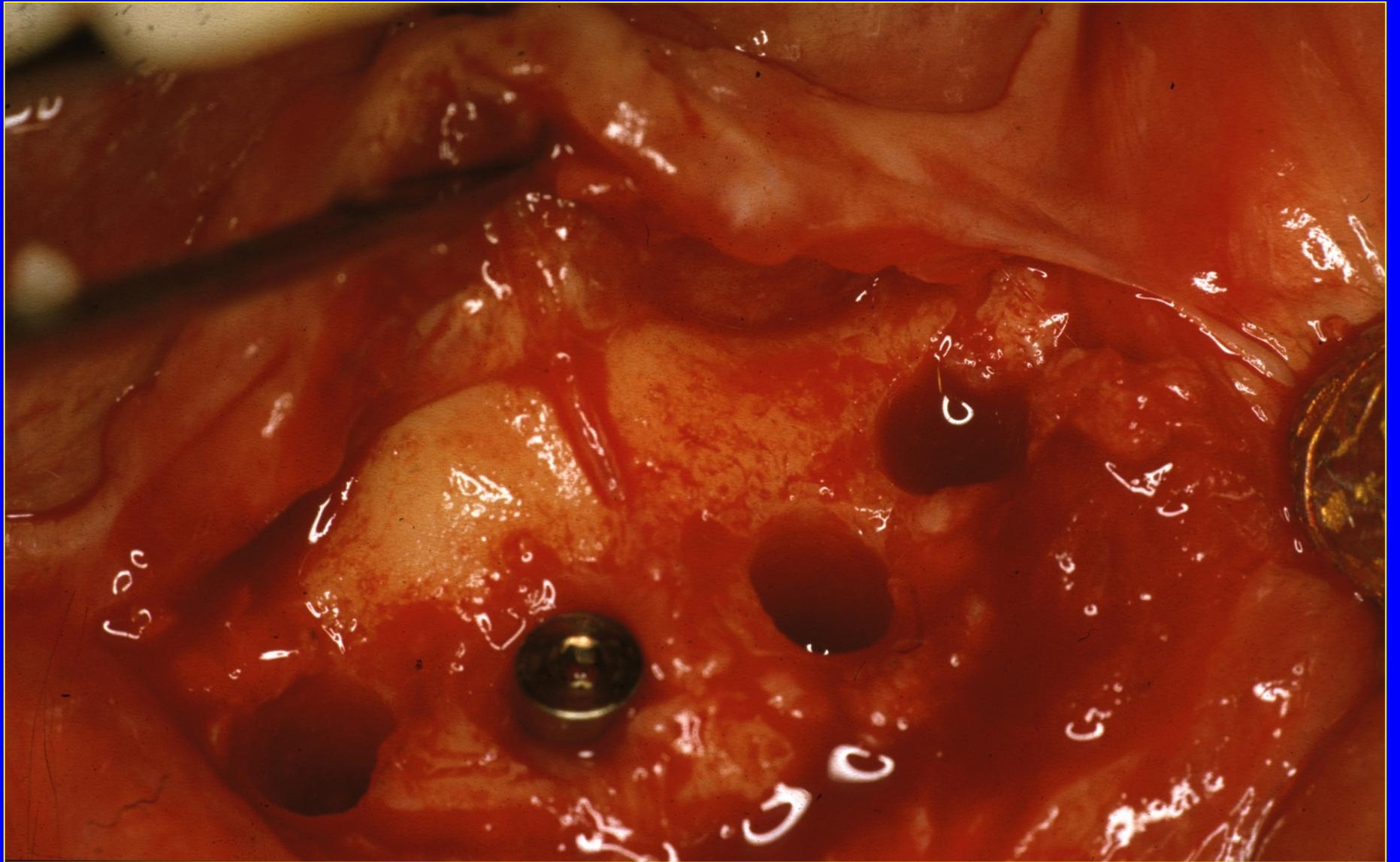
Clin Oral Implants Res 2015; 26: 1443-1449.

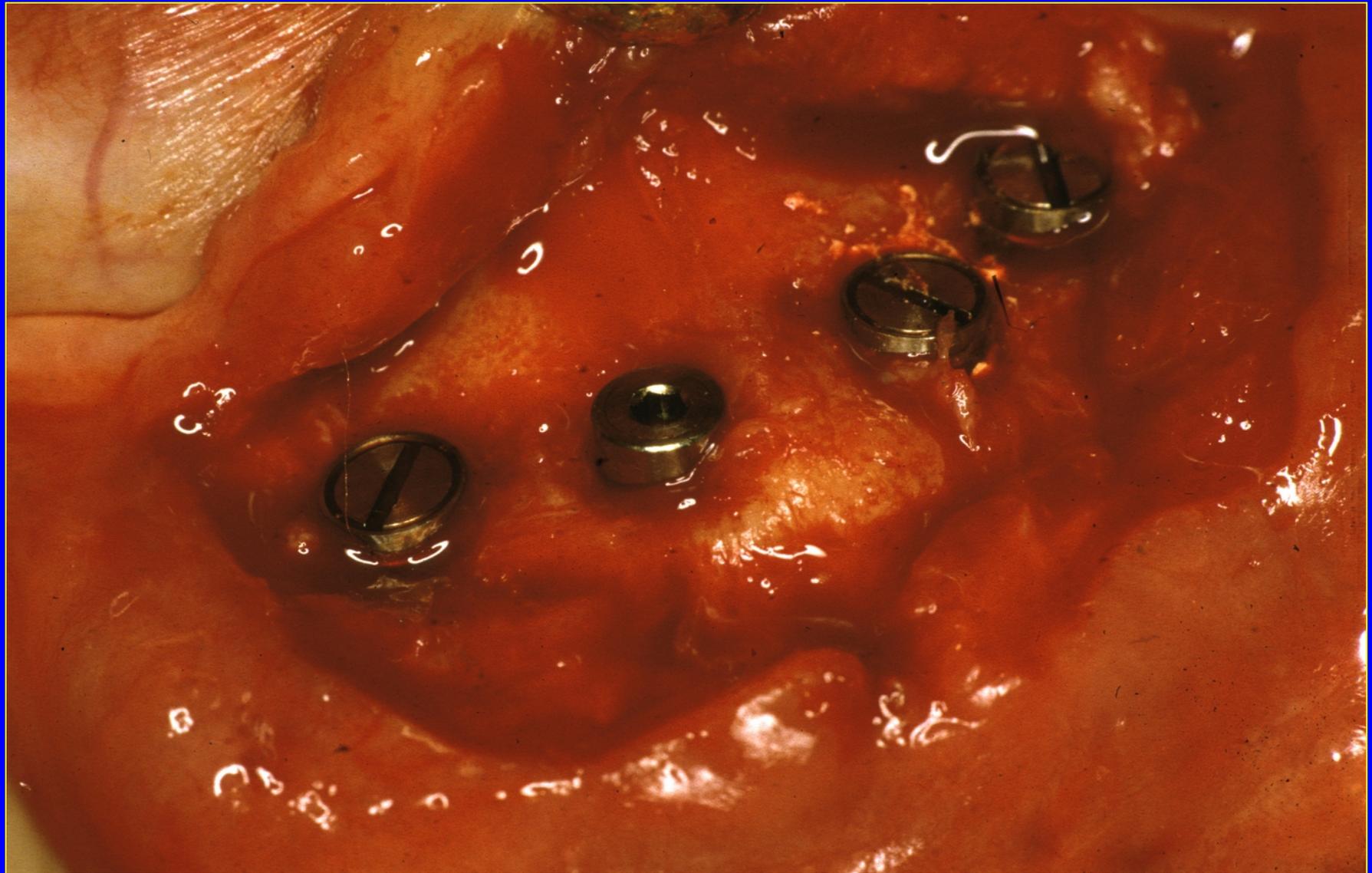
100 implants sur 66 patients

Taux de survie cumulé à 27 mois: 94,6 %

Dans les limites de cette étude, les auteurs ont conclu que l'échec précoce n'est pas un obstacle pour le remplacement de l'implant dans le même site après un temps de cicatrisation adéquat pour les tissus durs ou mous.

Wang et al, 2015





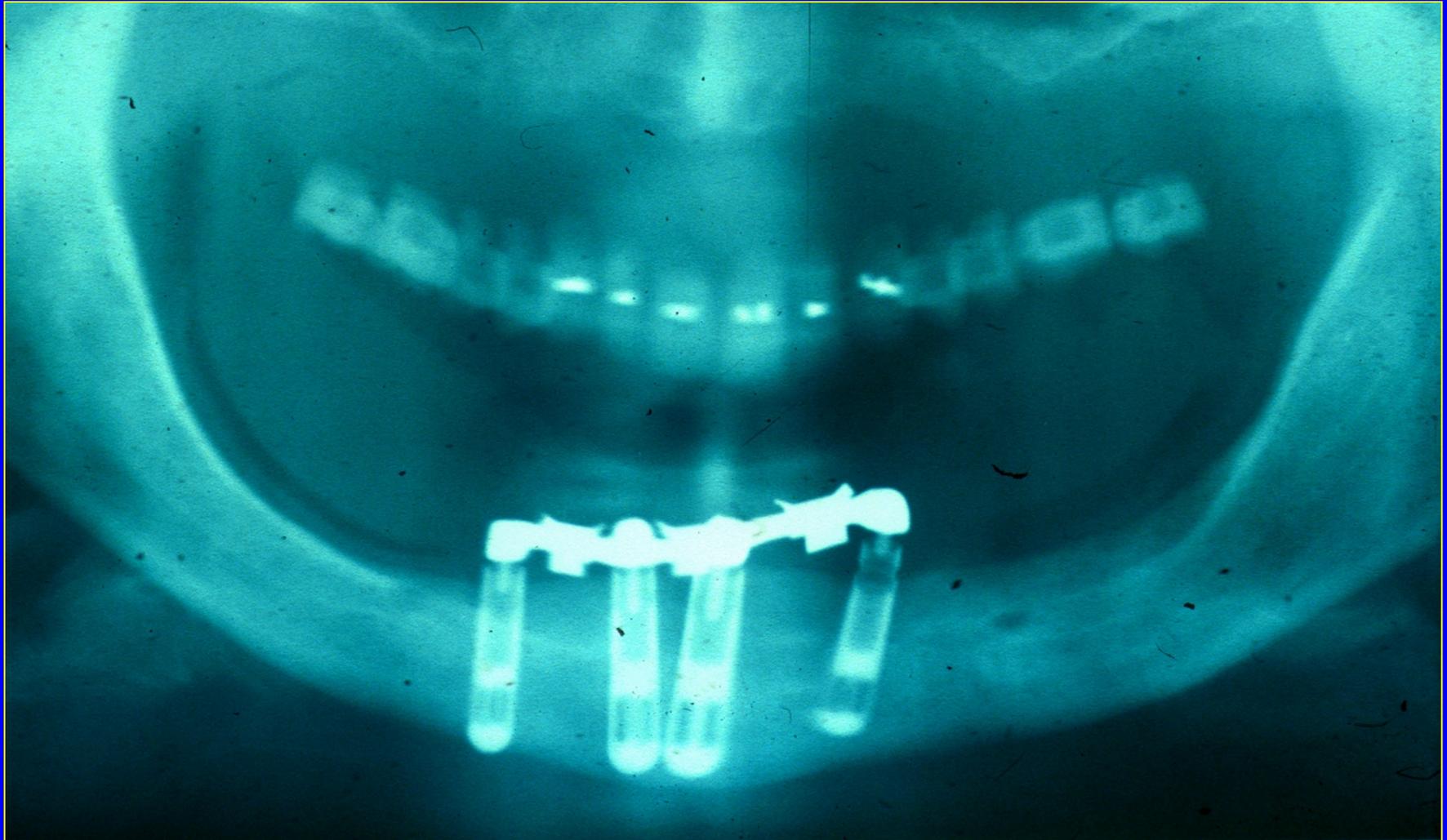
487

888

L



Perforation du bord inférieur de la mandibule



**Wesseling K.H., Neukamm F.W.,
Scheller H.:**

**Clinical aspects of osseointegrated
implants in the extremely resorbed
edentulous upper and lower jaws.**

Z Zahnärztl Implantol, 1990, 6: 35-42.

*105 patients traités avec 516 implants de Brånemark,
dont 107 perforant le bord inférieur de la mandibule*

Taux d'échec

implants perforants 4,7 %

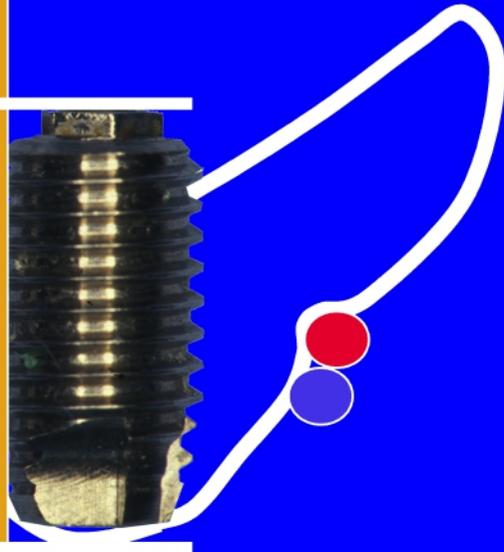
implants non perforants 5,4 %

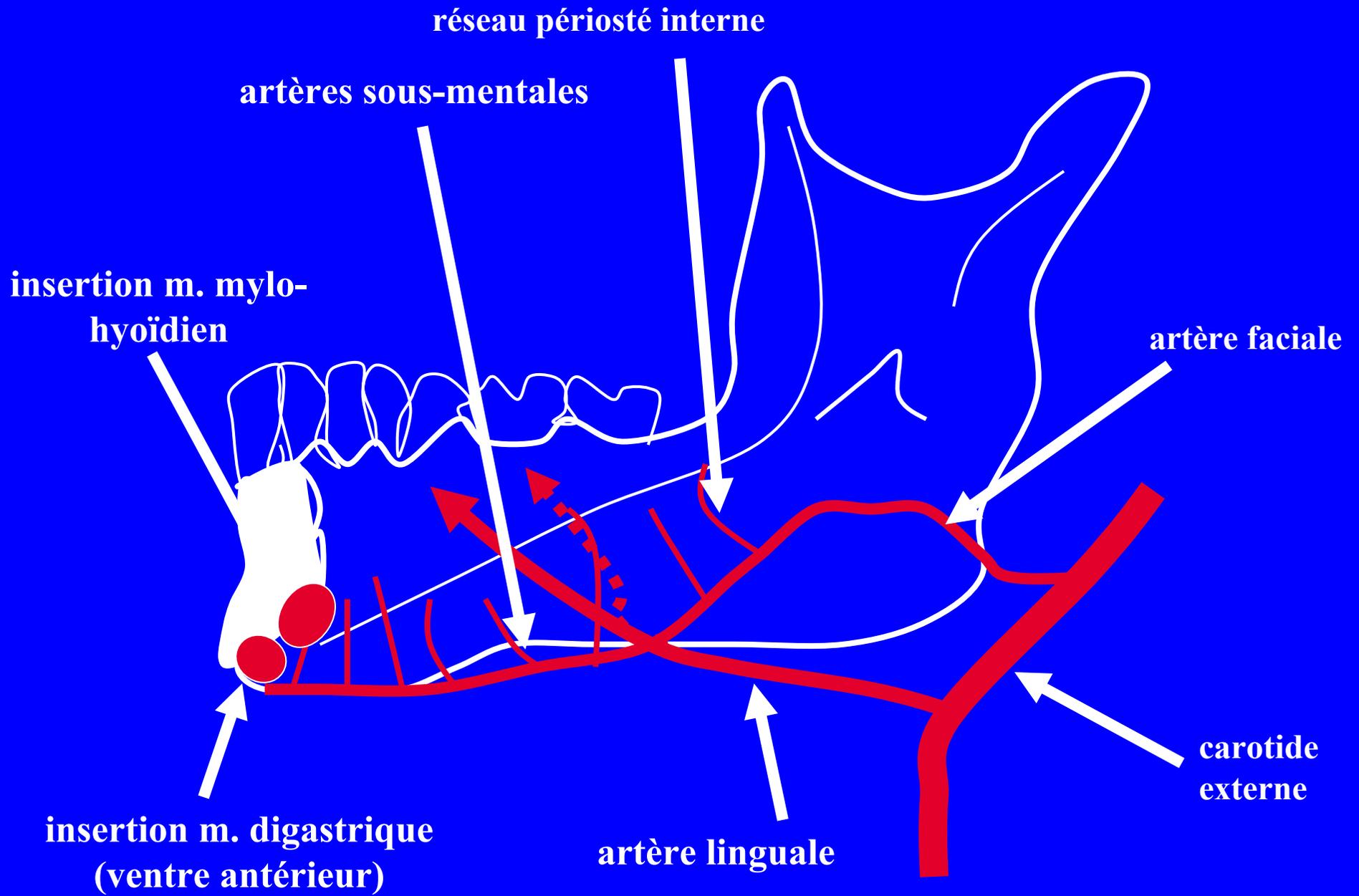
Wesseling et coll., 1990

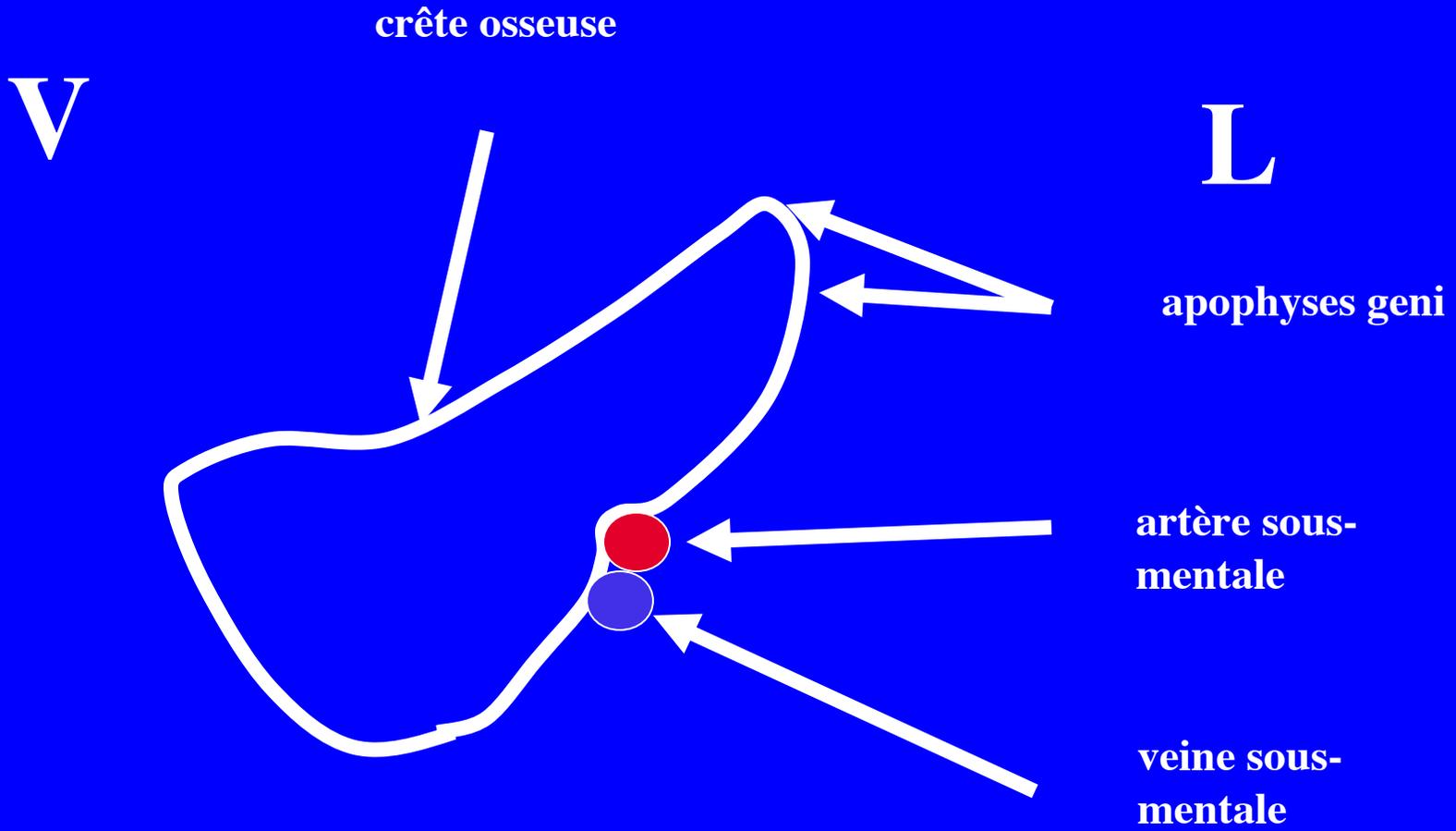
Effraction de la corticale inférieure de la mandibule

- Contaire, en raison d'un manque
de hauteur osseuse

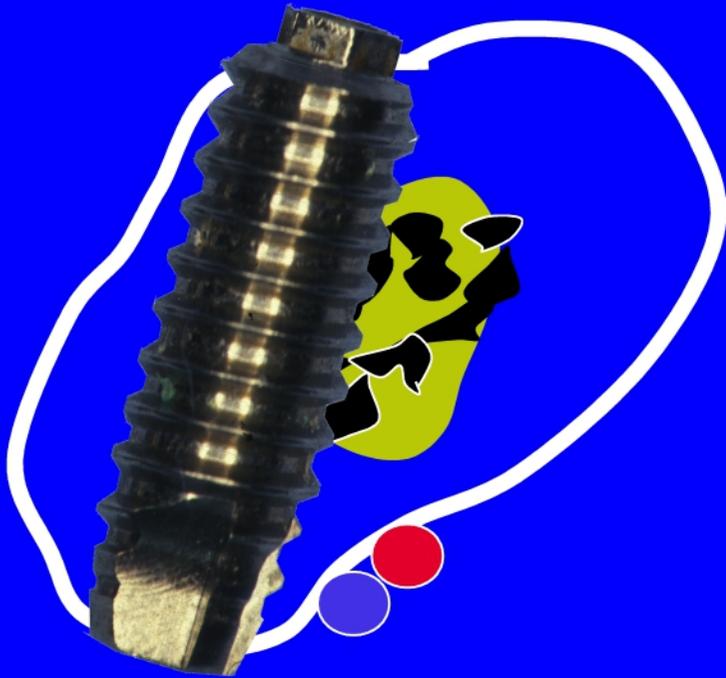
7
mm



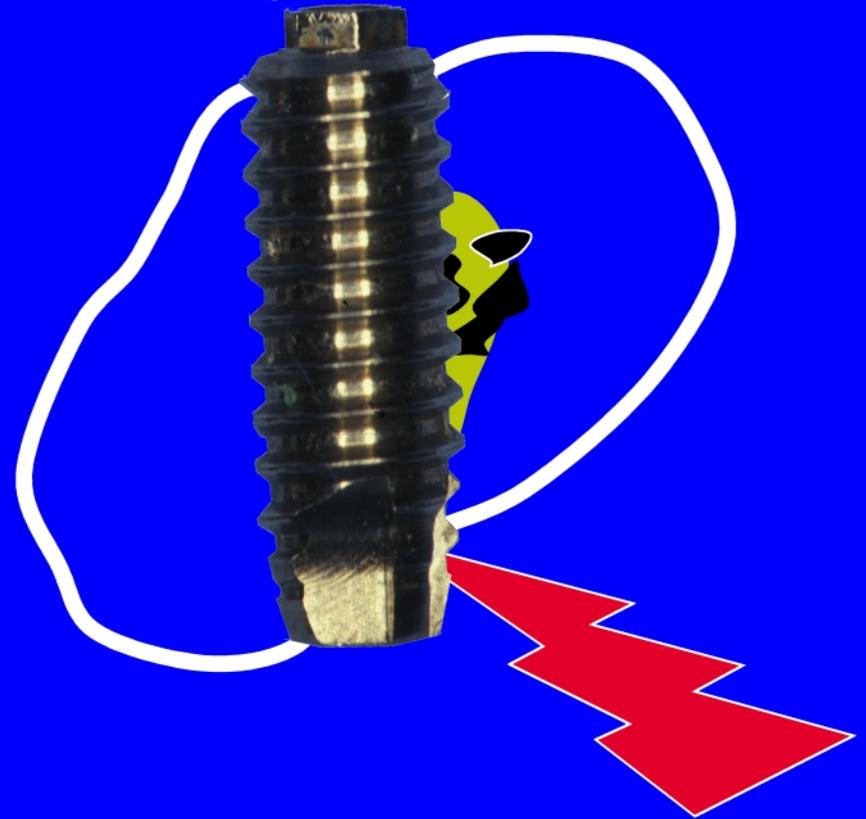




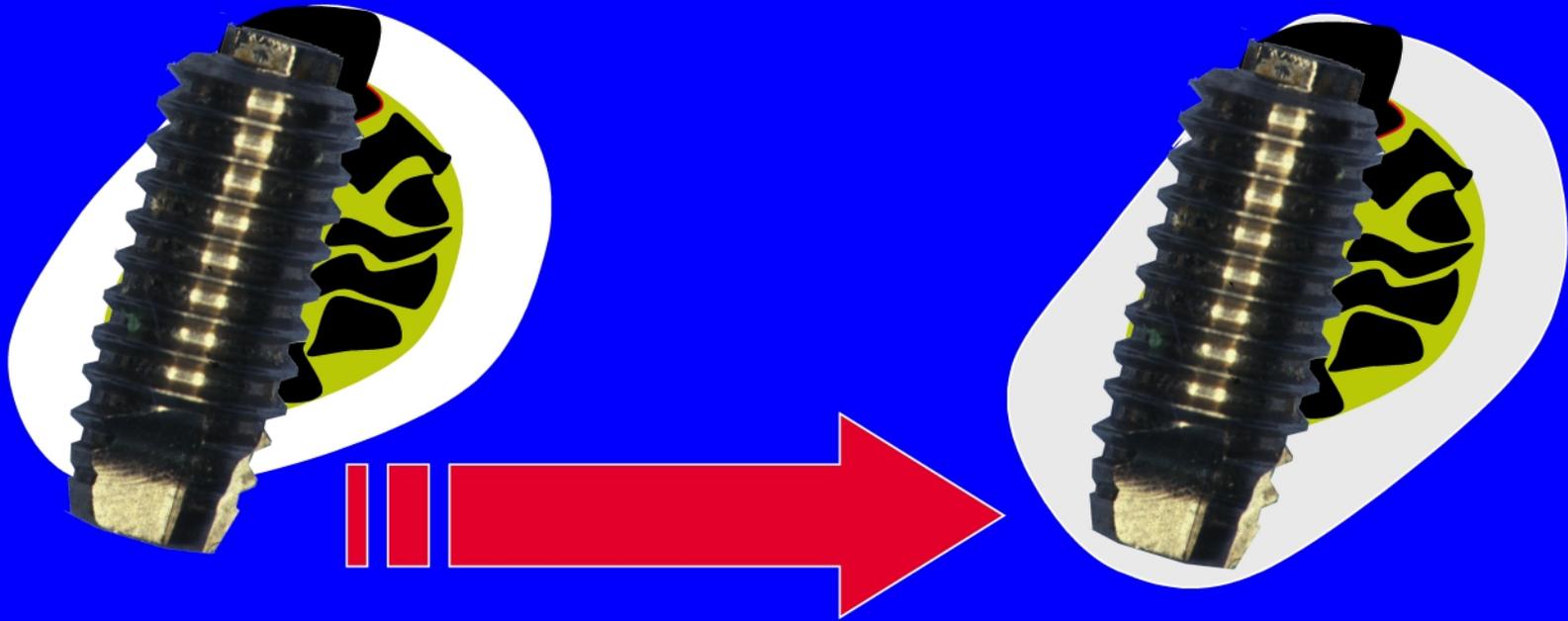
oui



non







Effraction de la corticale inférieure

de la main

2 - accidentelle, lors de l'intervention

**Pesudo M, Alpy A, L'Homme A
Cousty S, Courtois B:**

**Une complication rare en implantologie:
l'hématome du plancher buccal.**

Med Buccale, Chir Buccale 2012: 18; 377-381.

**Hématome du plancher buccal suite à la pose
de 2 implants symphysaires: 21 cas**

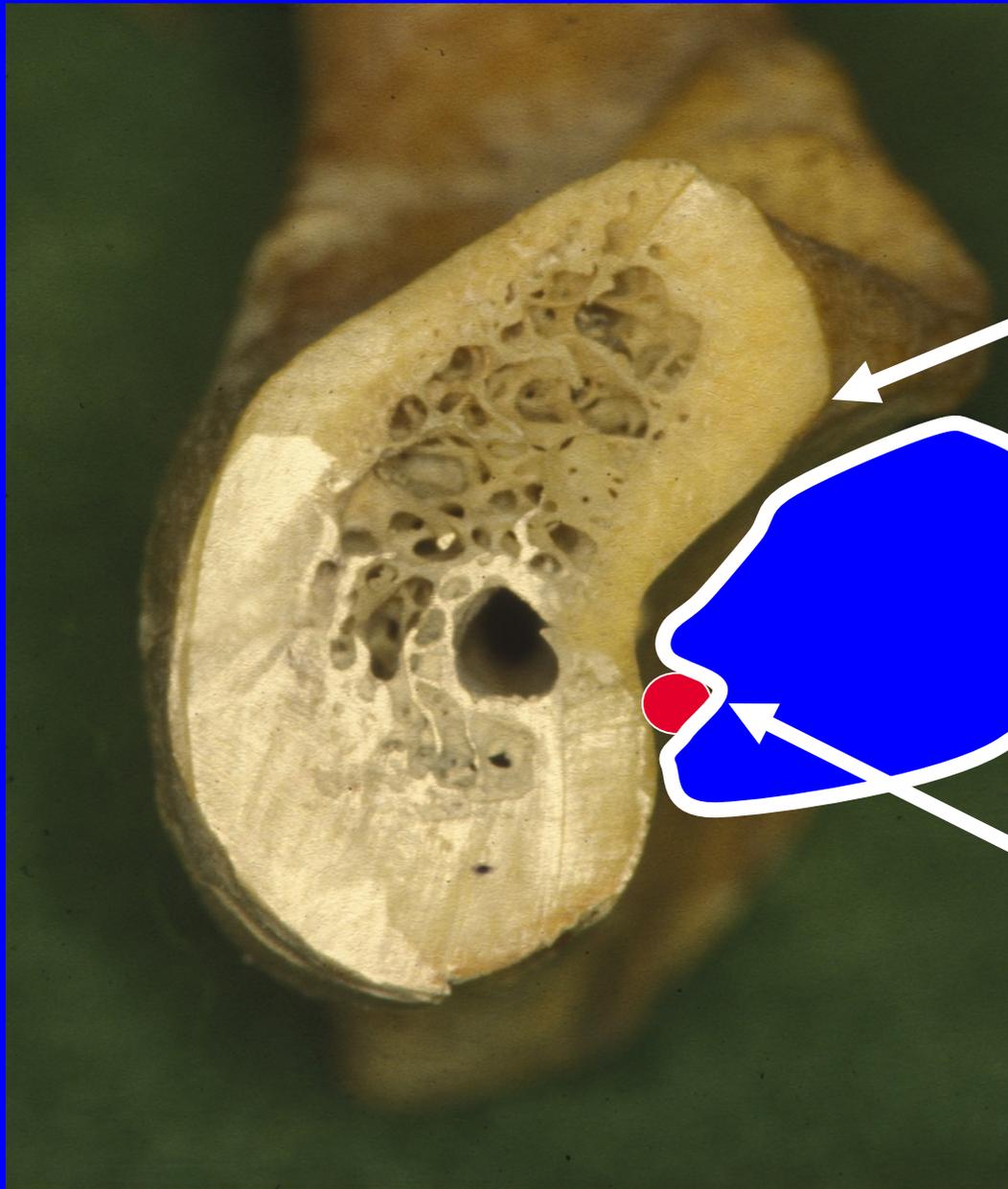
**Détresse respiratoire aiguë
17 cas**

**Absence de détresse respiratoire
aiguë: 4 cas**

Intubation: 10 cas

Trachéotomie: 7 cas

Observation intensive



**ligne mylo-
hyoïdienne**

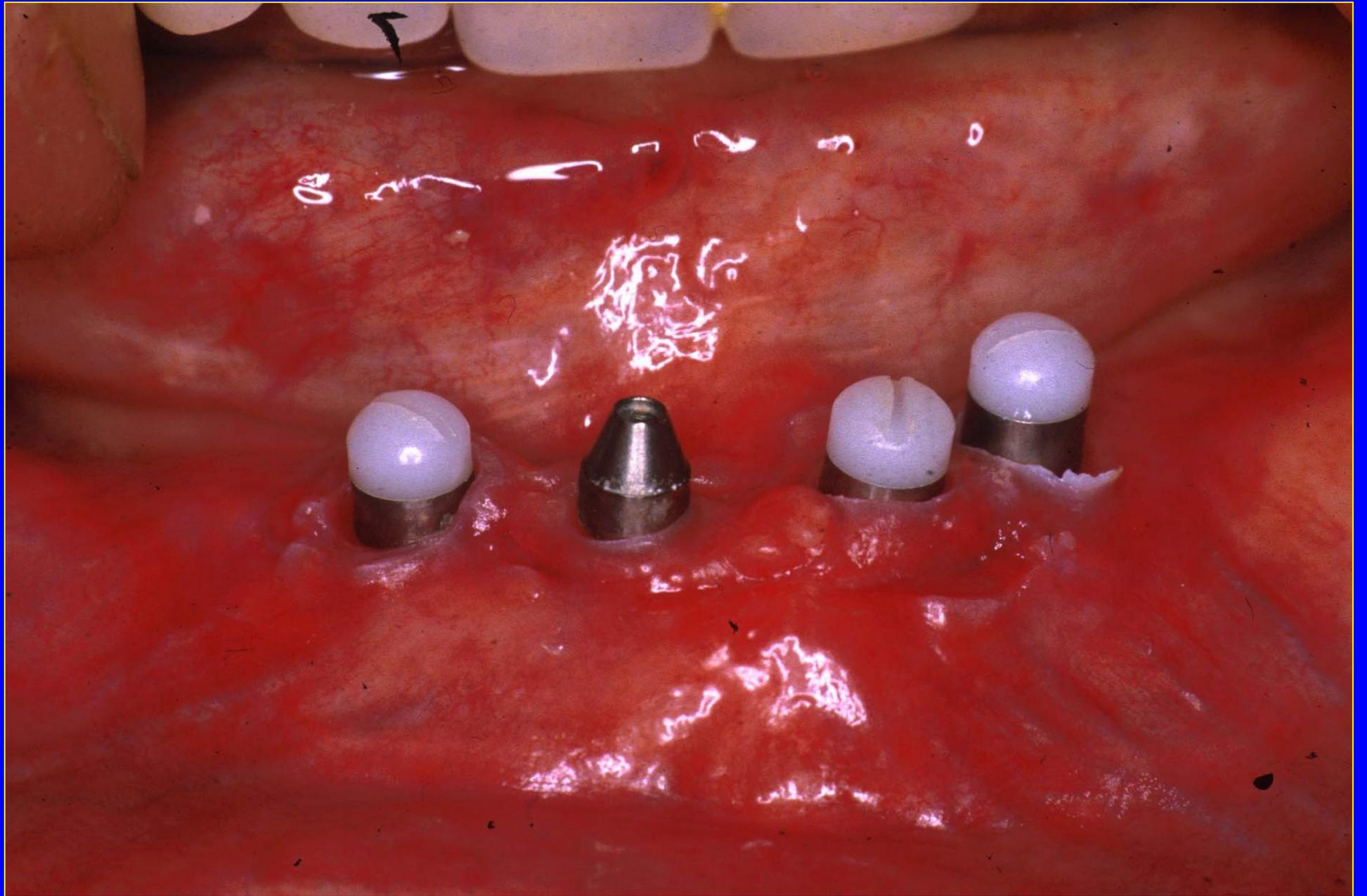
**glande sous-
maxillaire**

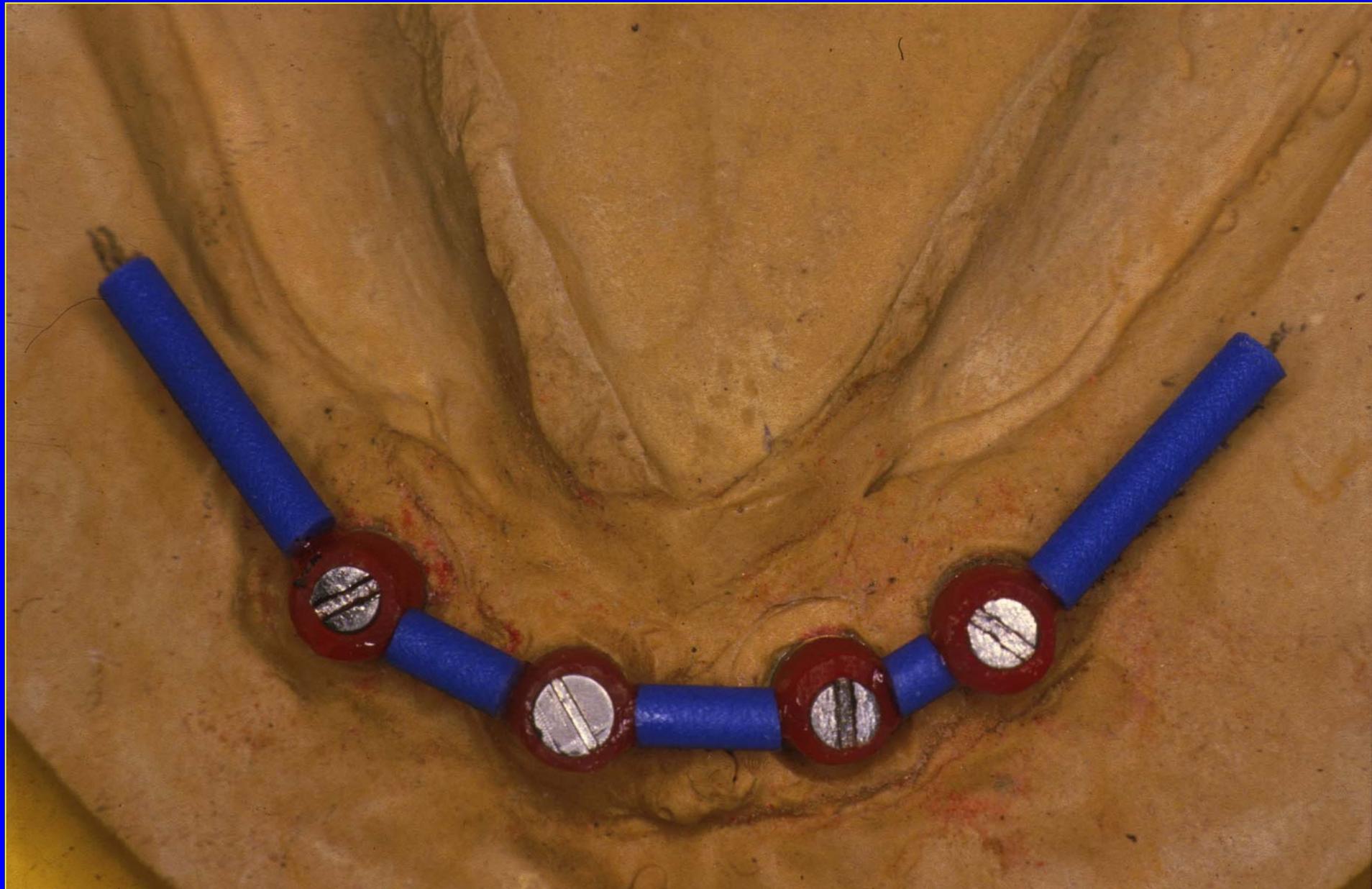
**artère faciale
ou artère
sous mentale**



Effraction de la glande sous maxillaire:

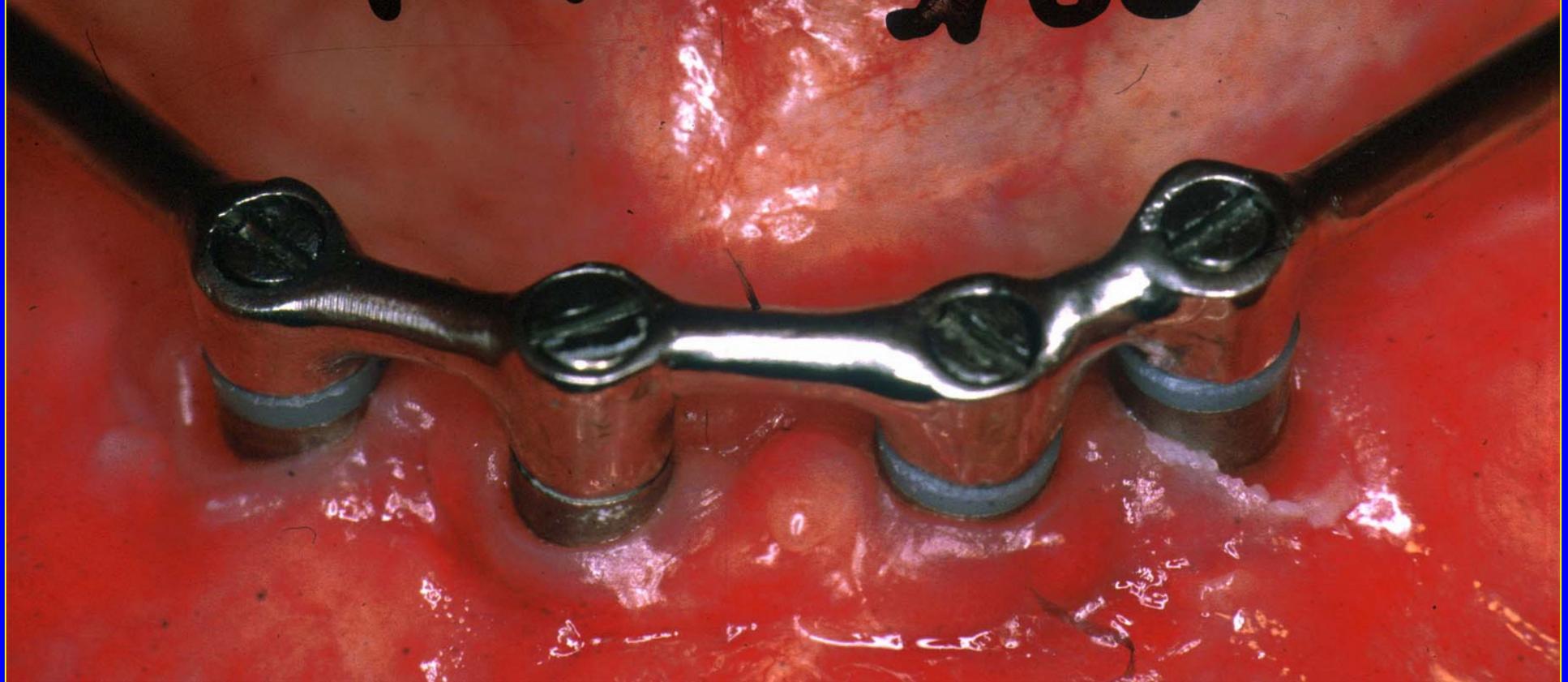
- * oedème du plancher de
la bouche;**
- * douleurs importantes
pouvant irradier vers
l'oreille**
- * fièvre**





487

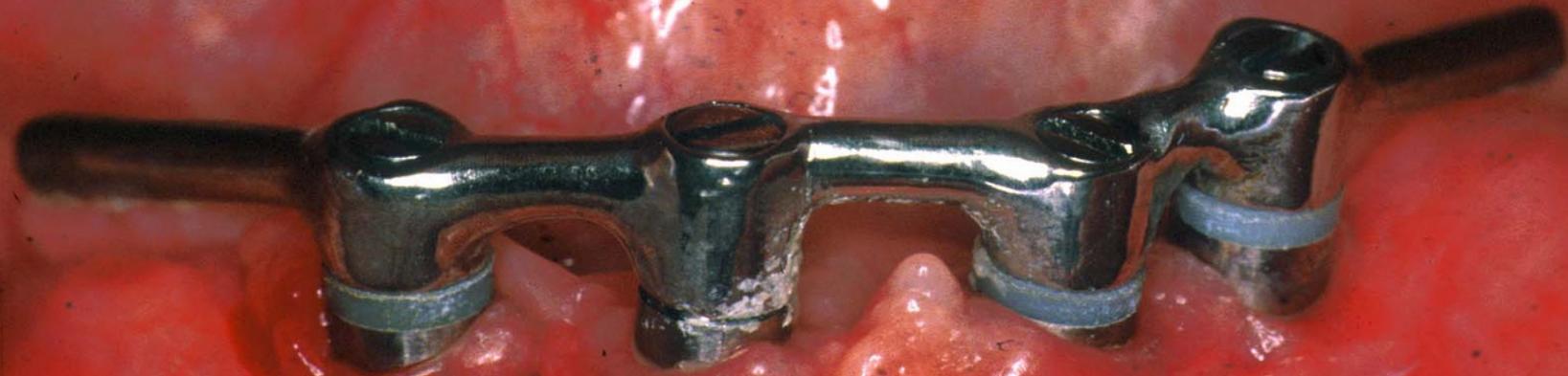
9/88

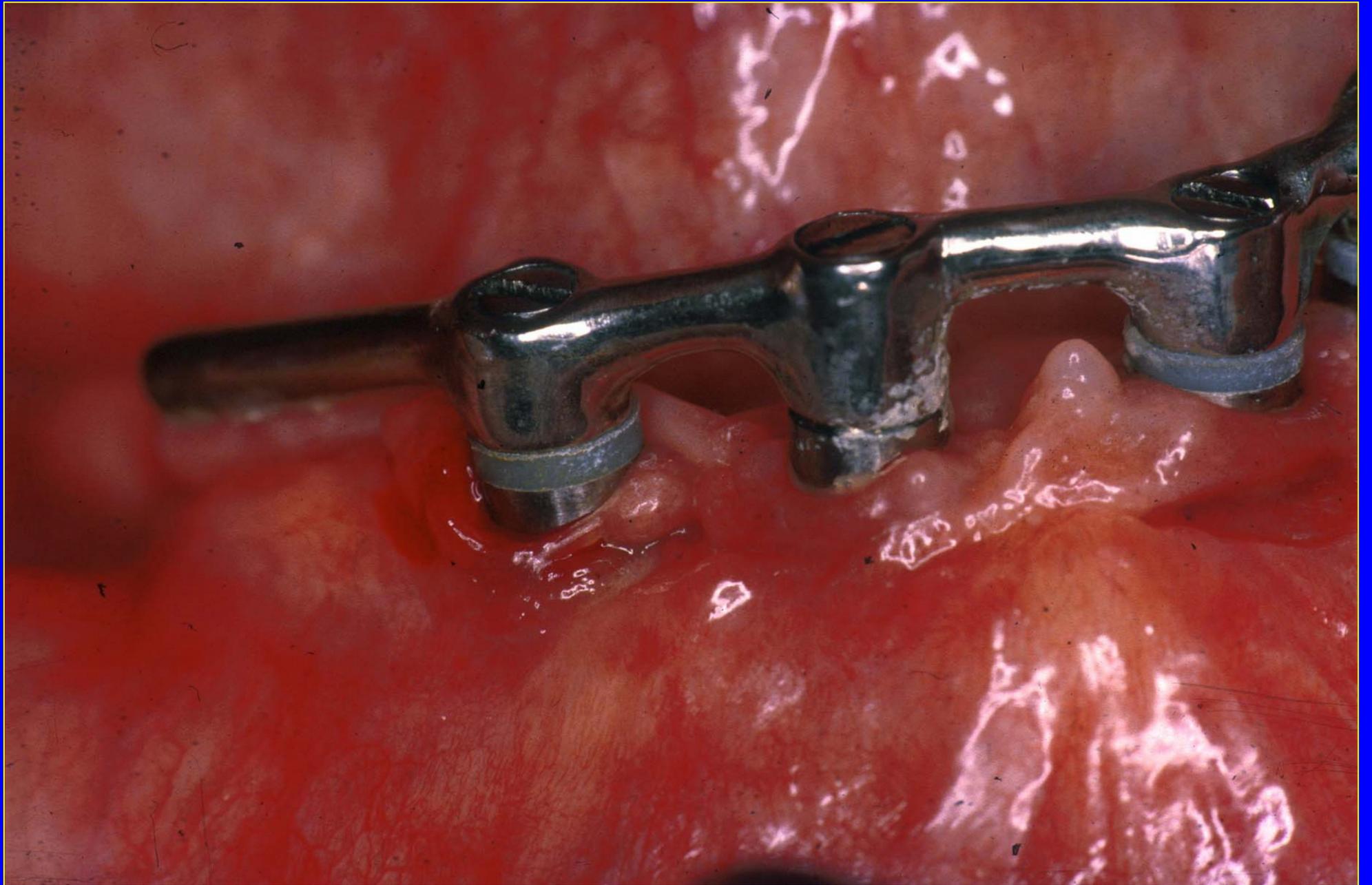




487

9/90





**Smedberg J.I., Svensåter G.,
Edwardsson S.:**

**The microflora adjacent to
osseointegrated implants supporting
maxillary removable prostheses.**

Clin Oral Implants Res, 1993, 4: 165-171.

Les résultats ont montré que la fréquence globale était significativement ($p < 0,05$) supérieure pour le *lactobacillus*, les sous-espèces de *prevotella* et les levures chez les sujets qui avaient une prothèse amovible par rapport à ceux porteurs d'une prothèse fixe. L'insertion d'une prothèse amovible s'accompagne d'une flore paro-implantaire plus agressive.

*taux d'échecs des implants stabilisant
une prothèse adjointe de recouvrement*

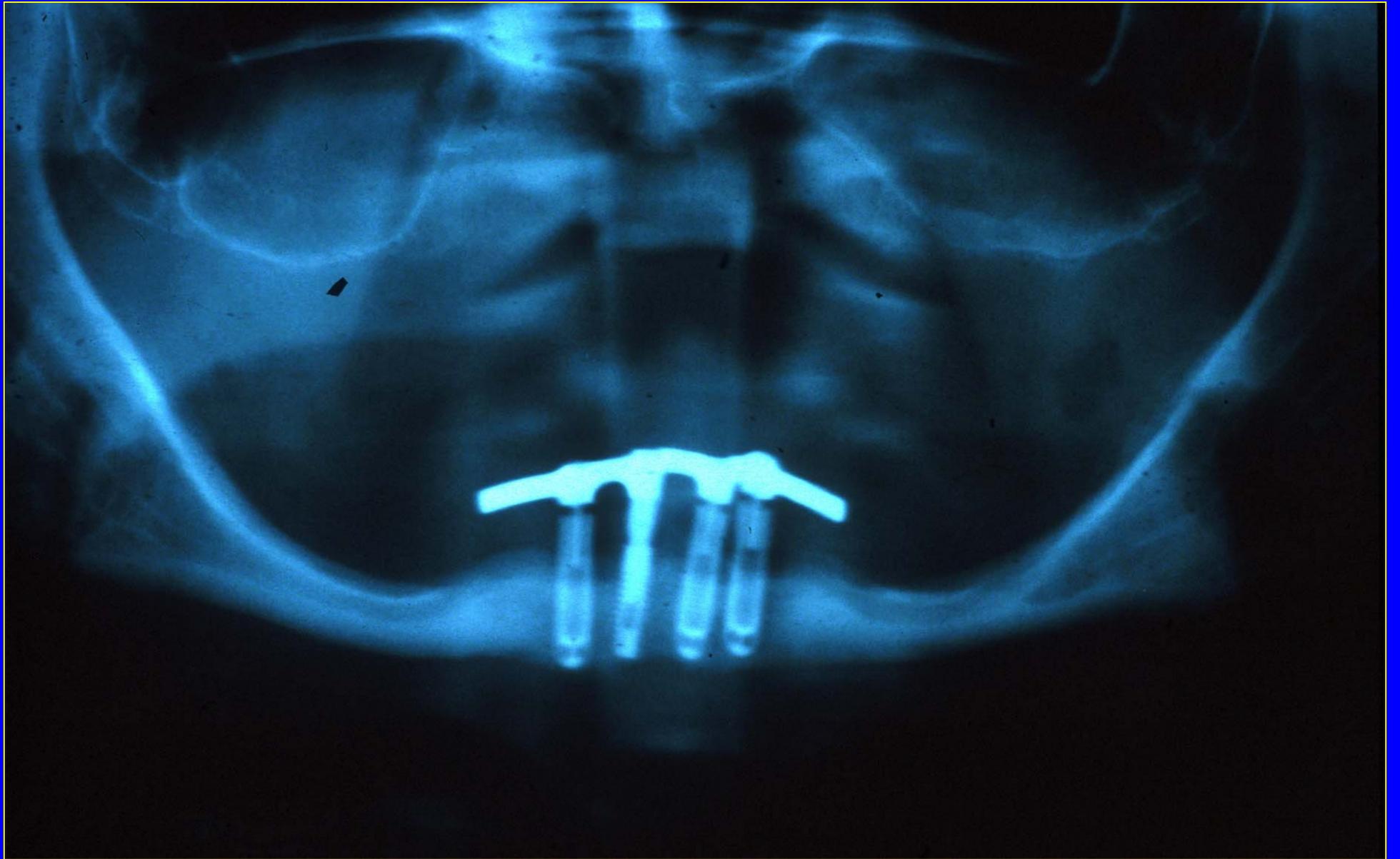
maxillaire mandibule

Zarb (1991)	16 %	5,06 %
Engquist (1991)	29 %	13,7 %
Kirsch (1991)	11,5 %	7,2 %

taux d'échecs des implants stabilisant une prothèse fixe

maxillaire mandibule

Zarb (1991)	11,2 %	3,20 %
Albrektsson (1988)	10,9 %	2,62 %
Kirsch (1991)	1,9 %	2,8 %



Taylor T.D.:

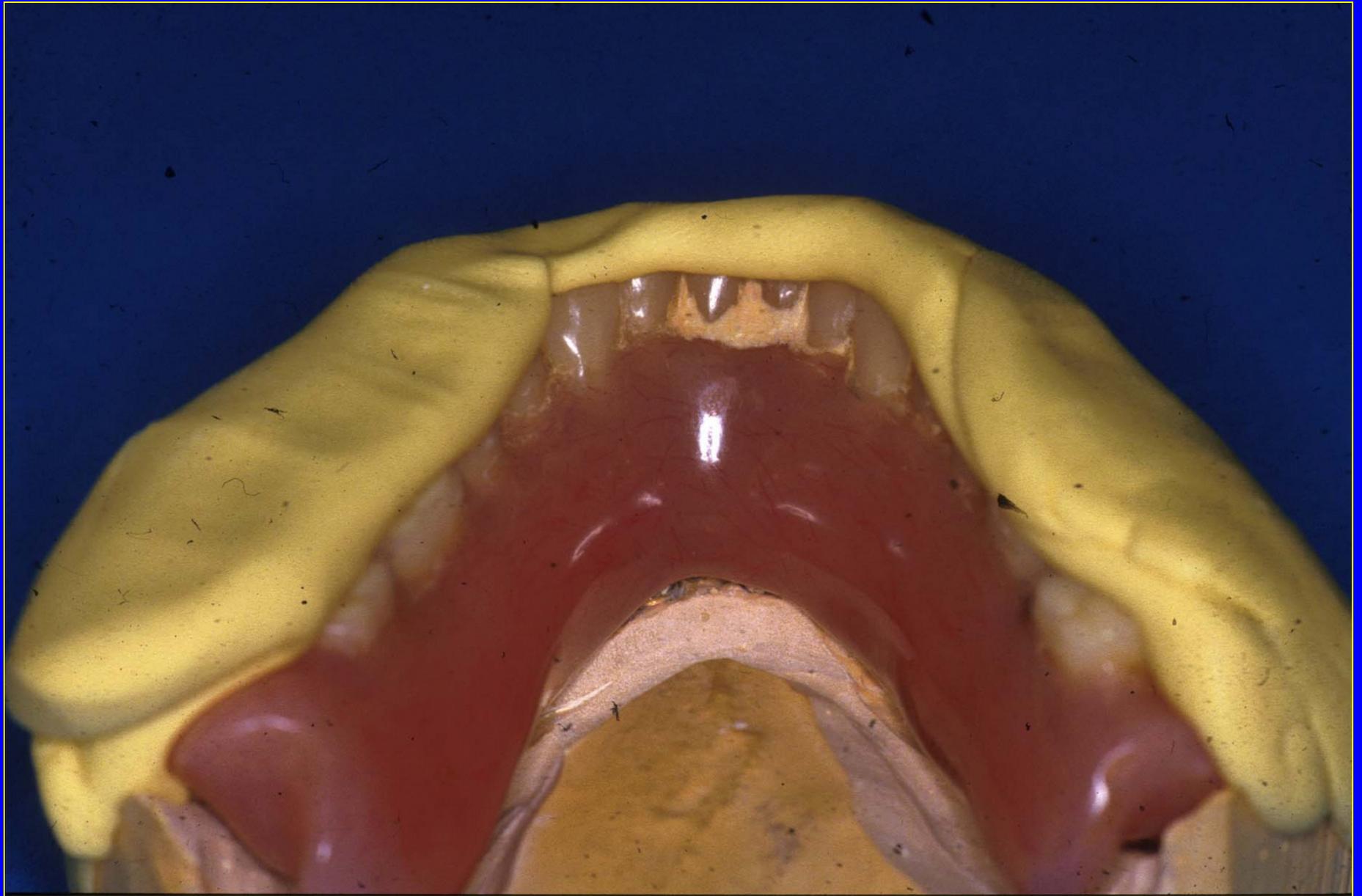
**Osteogenesis of the mandible
associated with implant
reconstruction: a case report.**

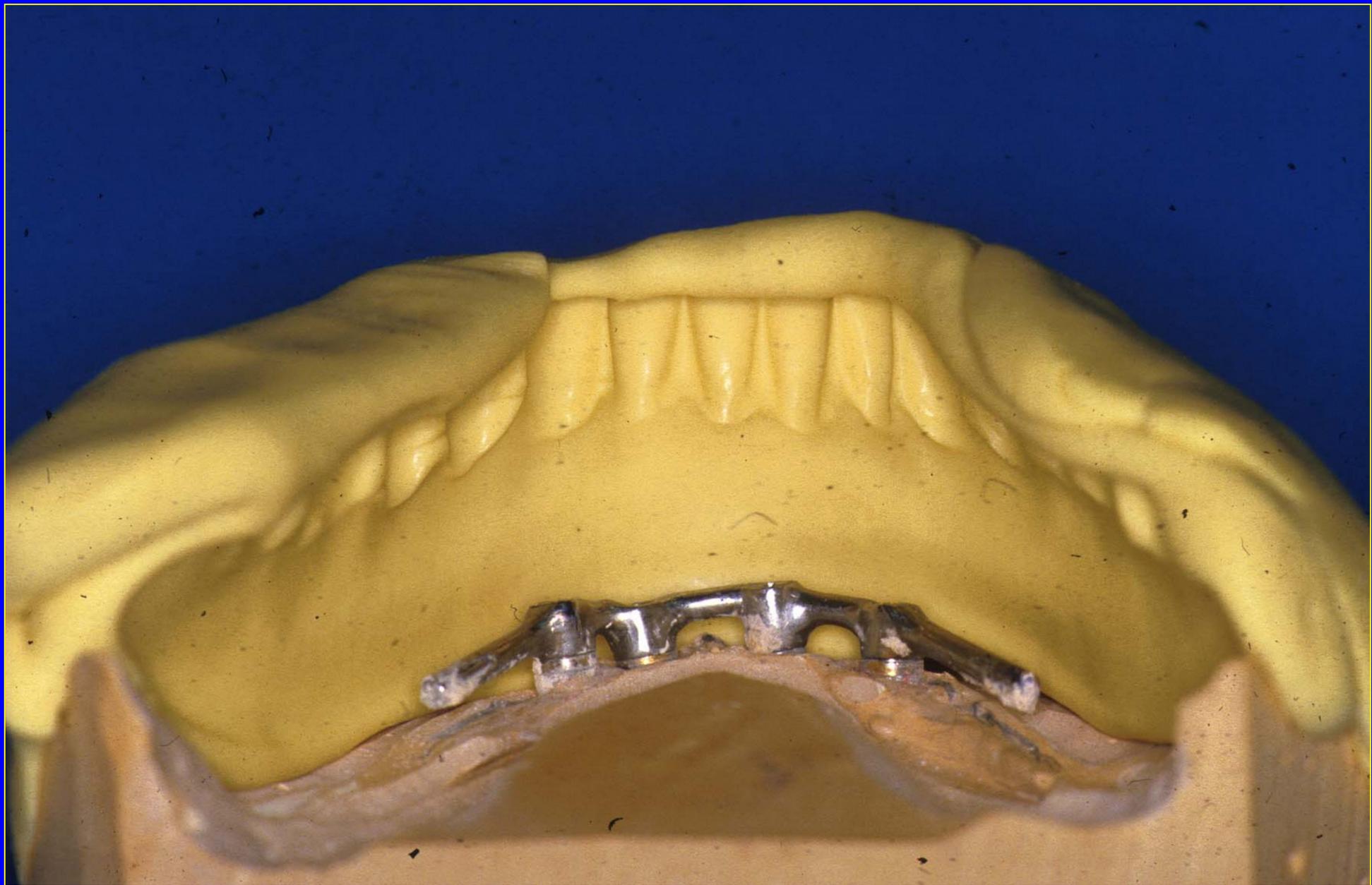
Int J Oral Maxillofac Implants, 1989, 4: 227-235.

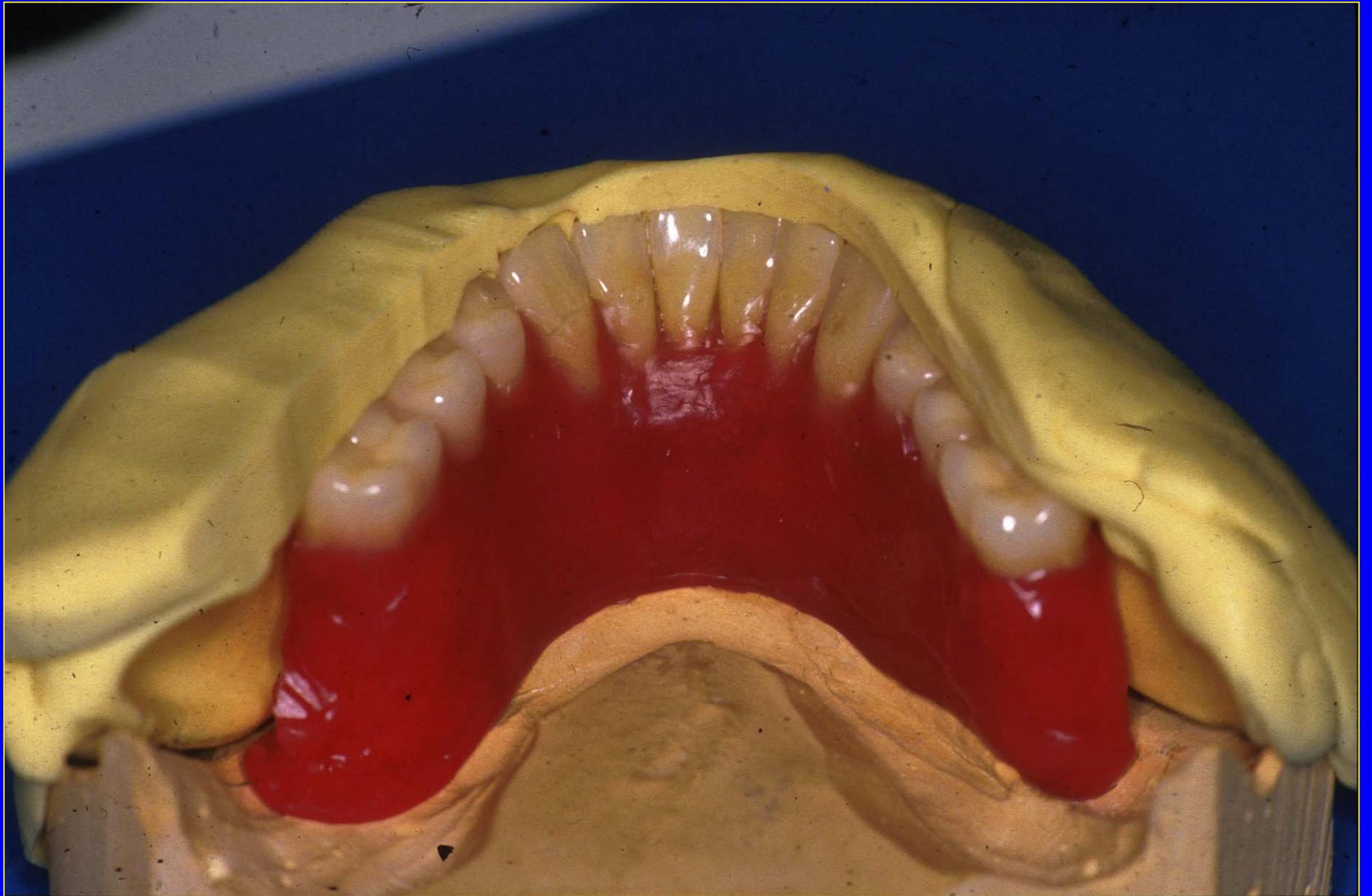
Dans ce cas, la mandibule a subi dans les régions latérales une croissance verticale d 'environ 3 mm en hauteur et provoquait une gêne en dessous des éléments en extension de la prothèse, sans augmentation de l 'épaisseur de la gencive.

Taylor T.D., 1989

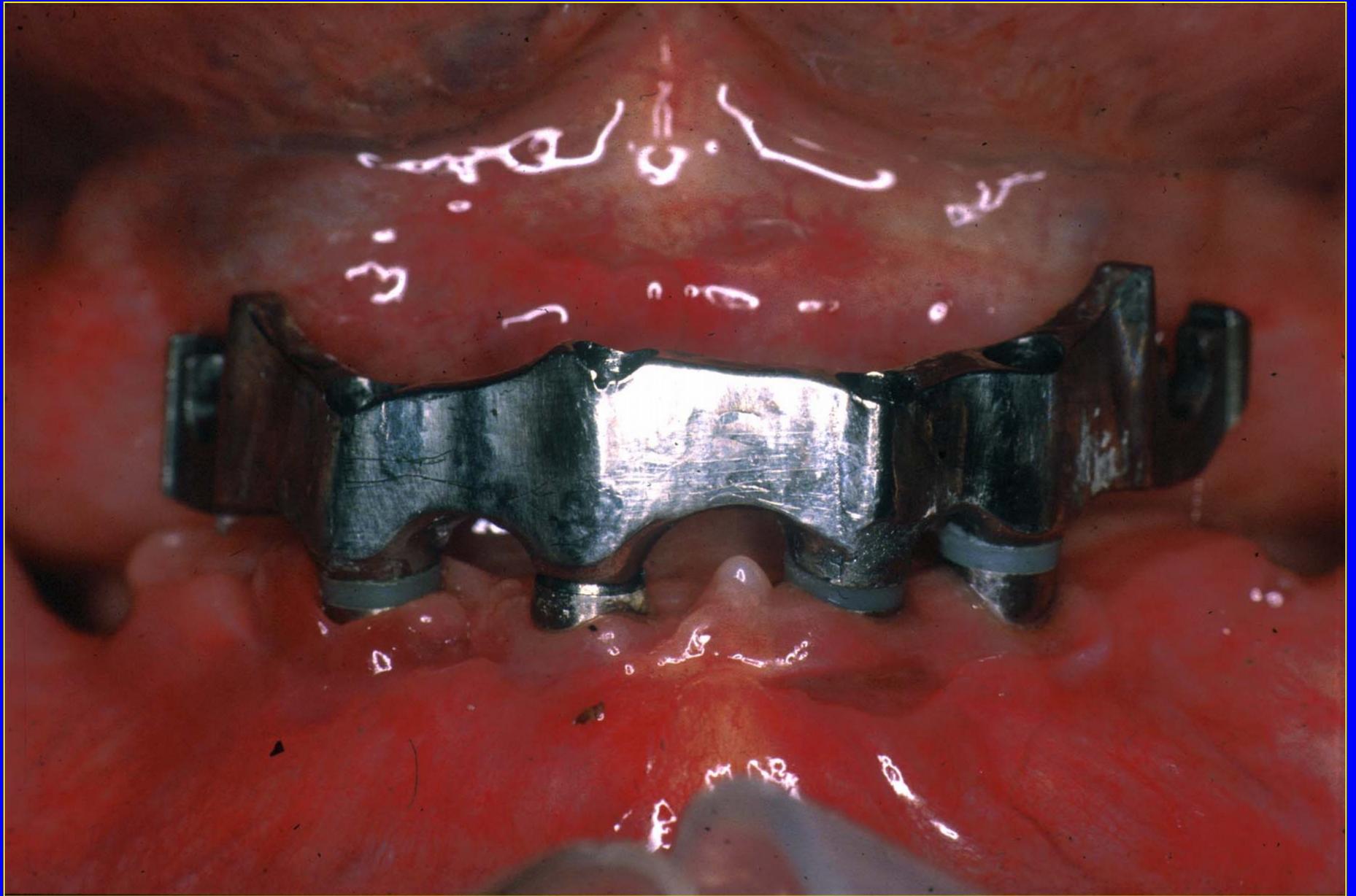




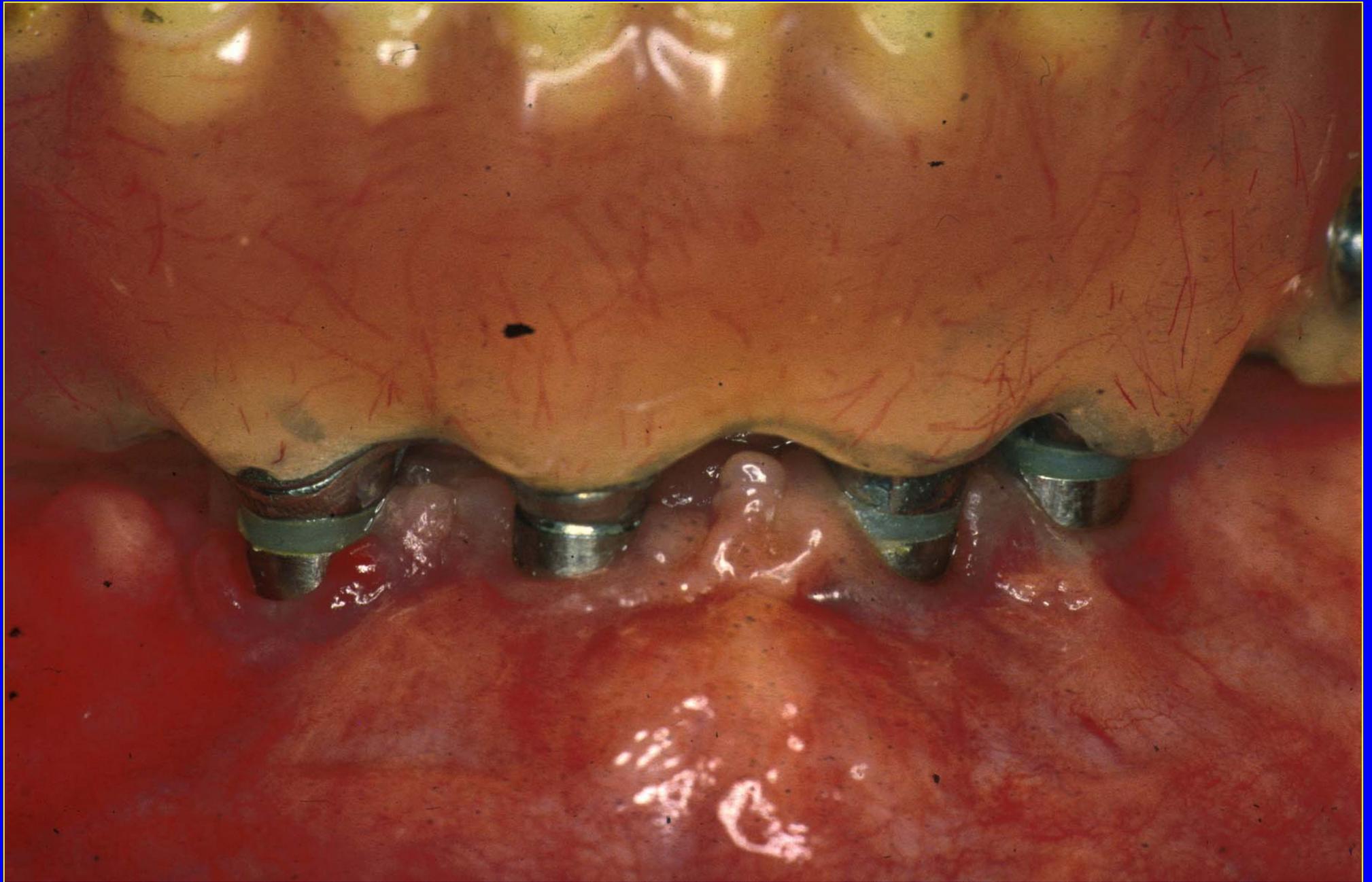


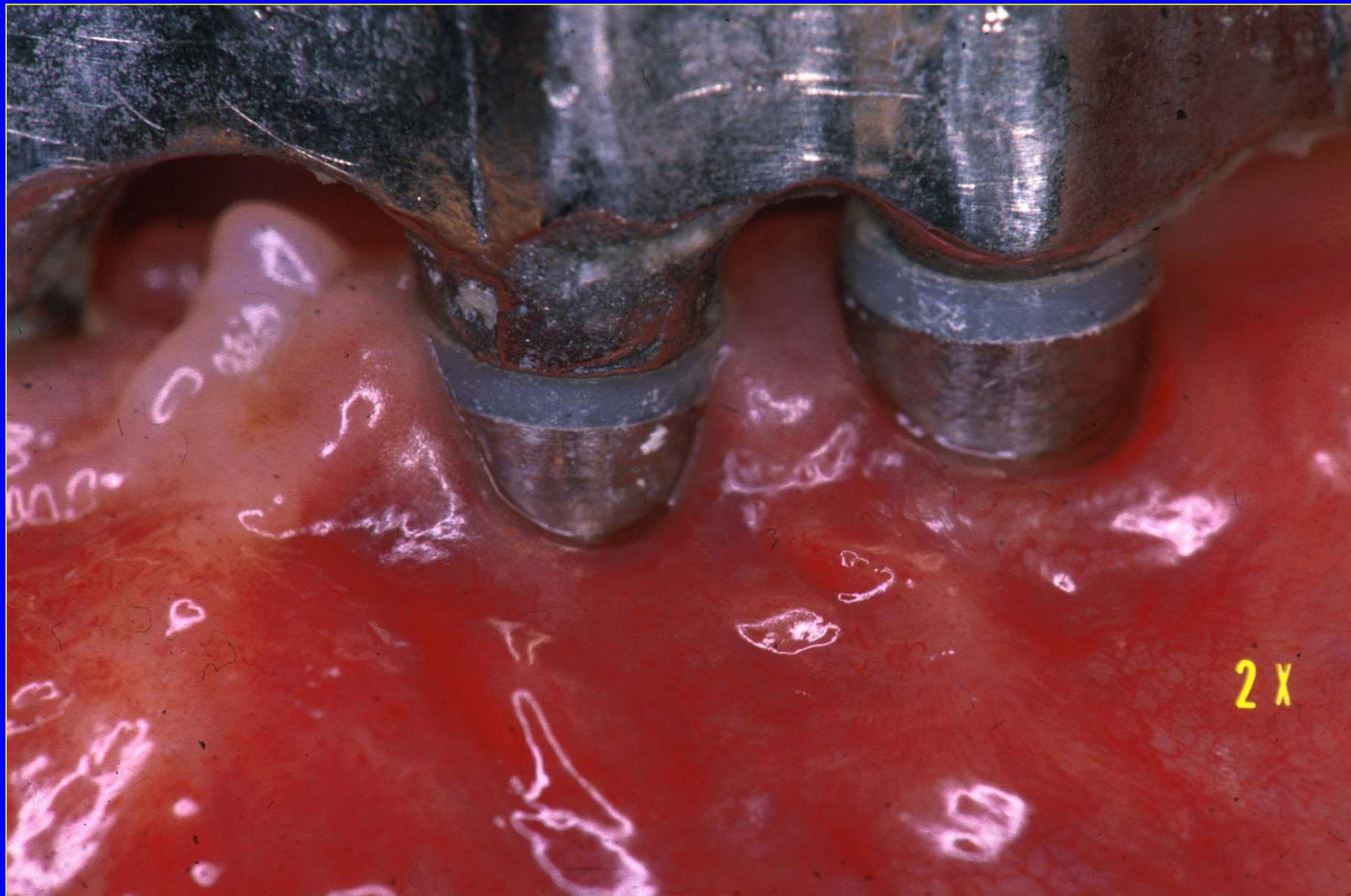




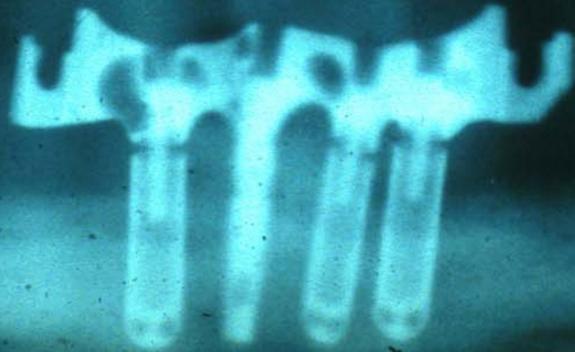








4, 22 6/99



Murphy W.M.:

**Clinical and experimental
bone changes after
intraosseous implantation.**

J Prosthet Dent, 1995, 73: 31-35.

En complément, de nombreuses évidences se sont accumulées pour montrer que l'atrophie mandibulaire peut être ralentie et même inversée après une implantation. Des augmentations de la hauteur et de la densité osseuses ont été rapportées, ce qui n'est pas inattendu au regard des lois de Wolff qui sont une réponse universelle de l'os à l'augmentation des charges fonctionnelles.

Murphy W.M., 1995

Wolff J.:

**Das gesetz der transformation
der knochen.**

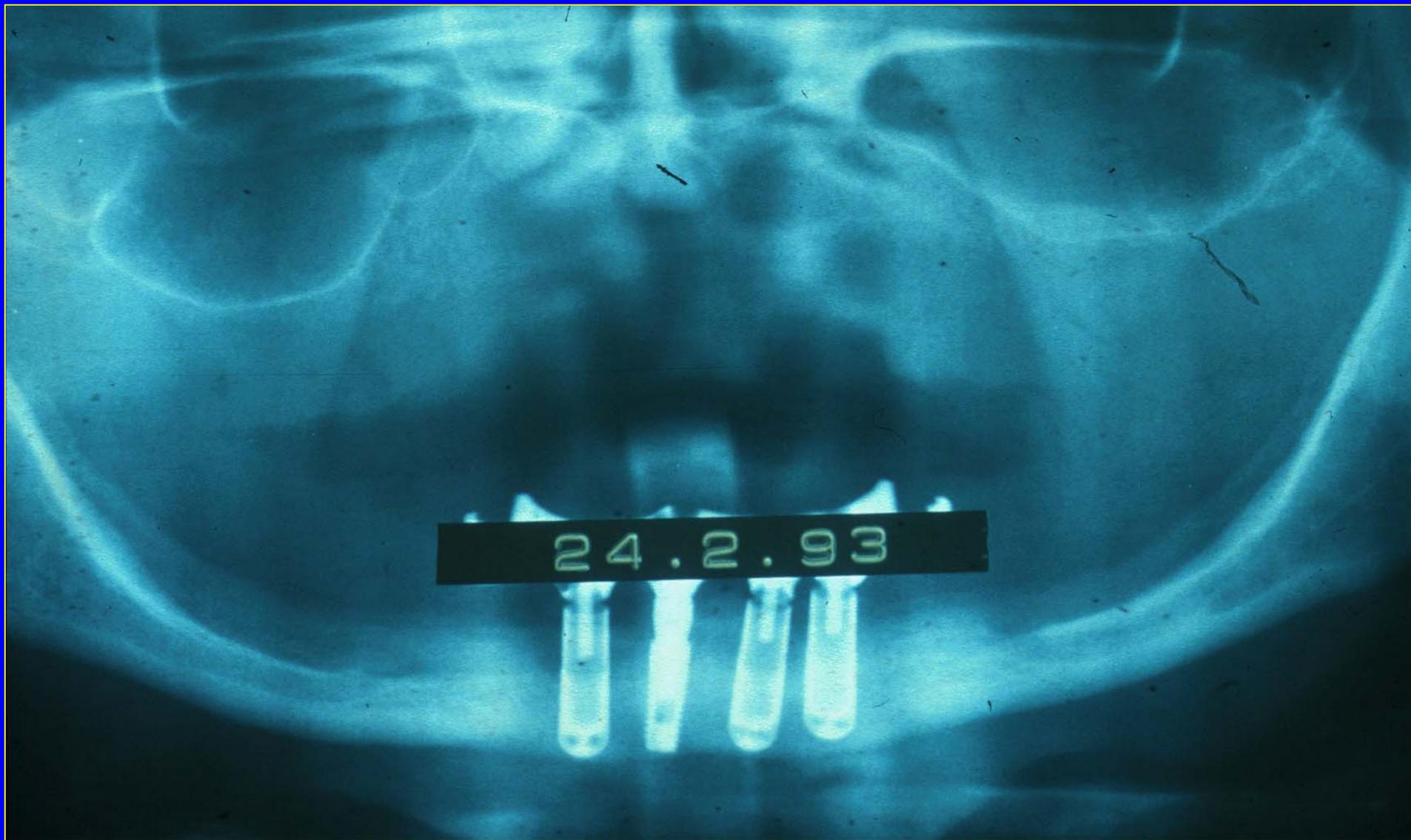
Hirschwald édit, Berlin, 1892.

**Sollicitations
osseuses**

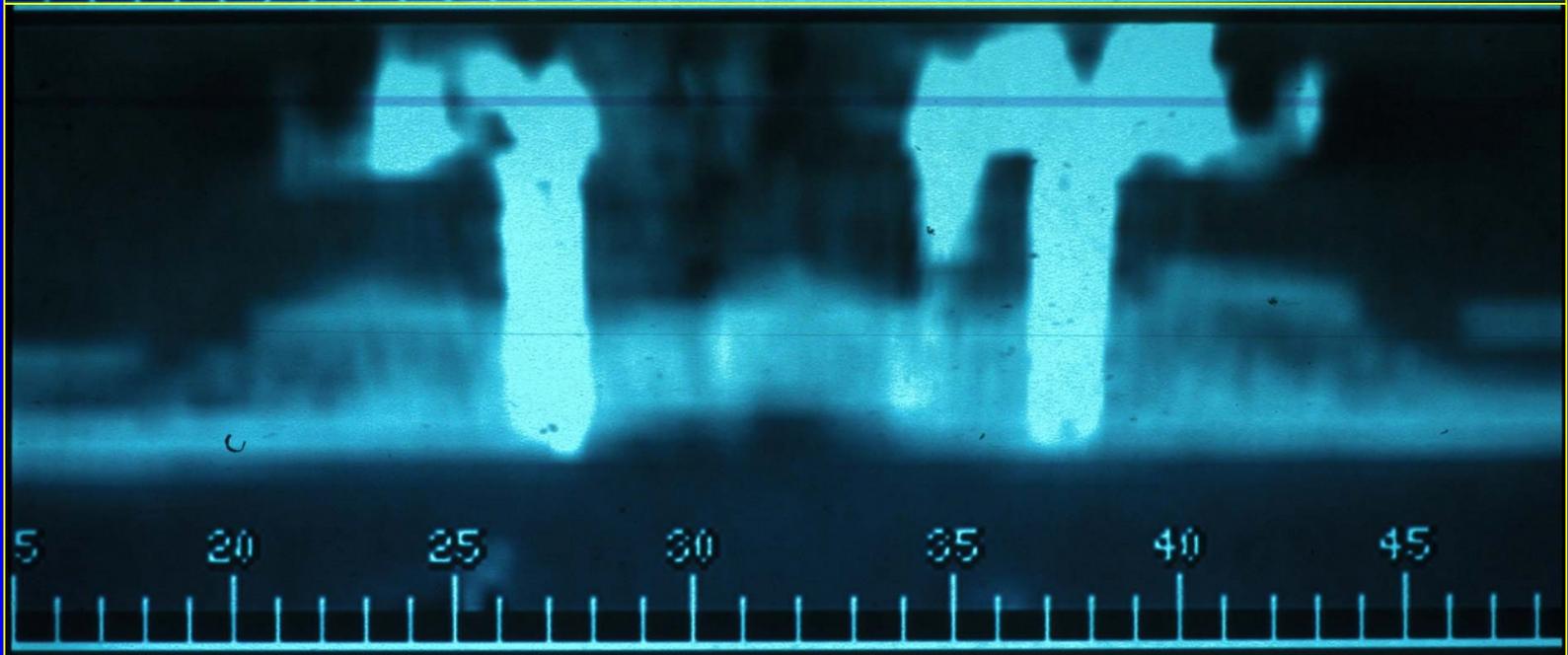
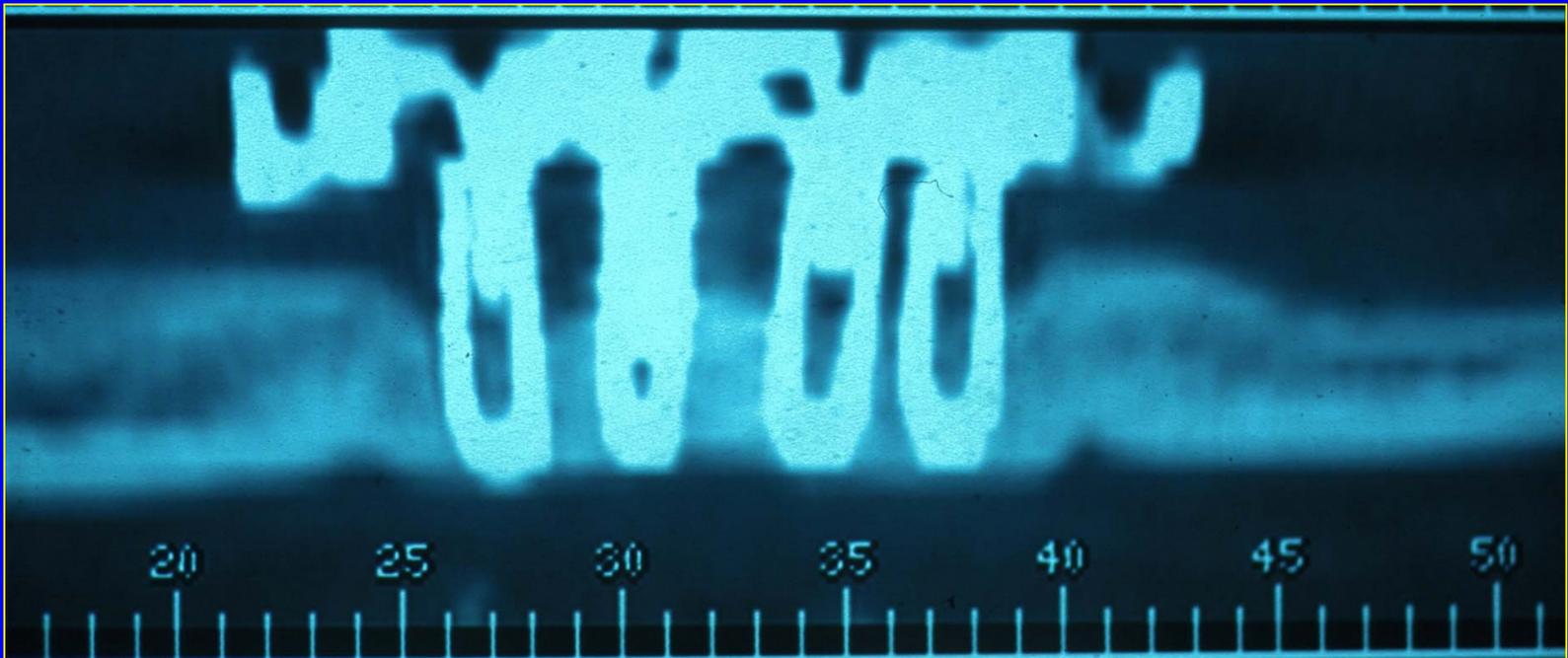


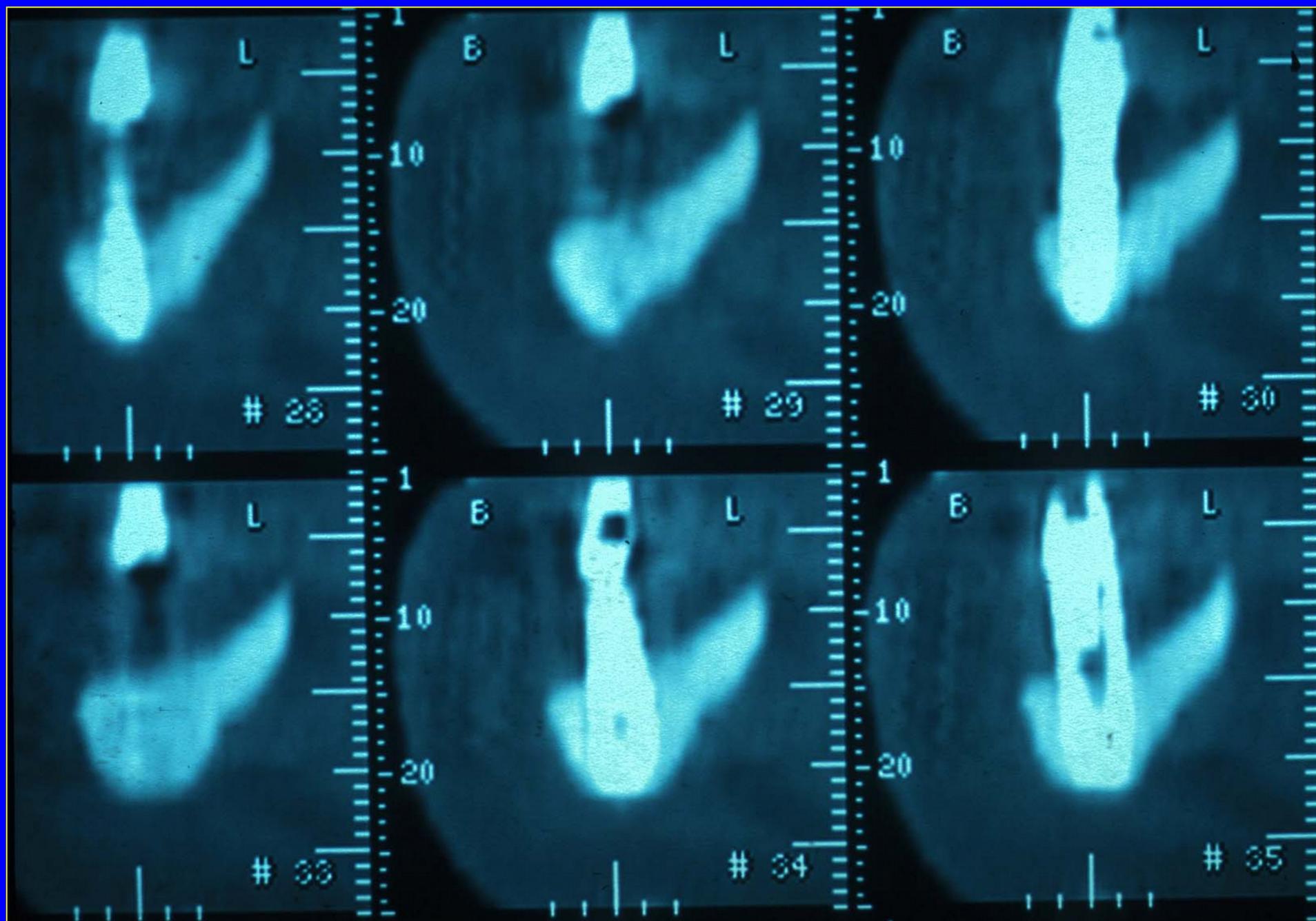
Efforts supérieurs aux limites physiologiques	résorption osseuse
Efforts supérieurs à la normale à l'intérieur des limites physiologiques	formation osseuse
Efforts normaux	état d'équilibre
Sollicitations insuffisantes hypotrophie	fonte osseuse

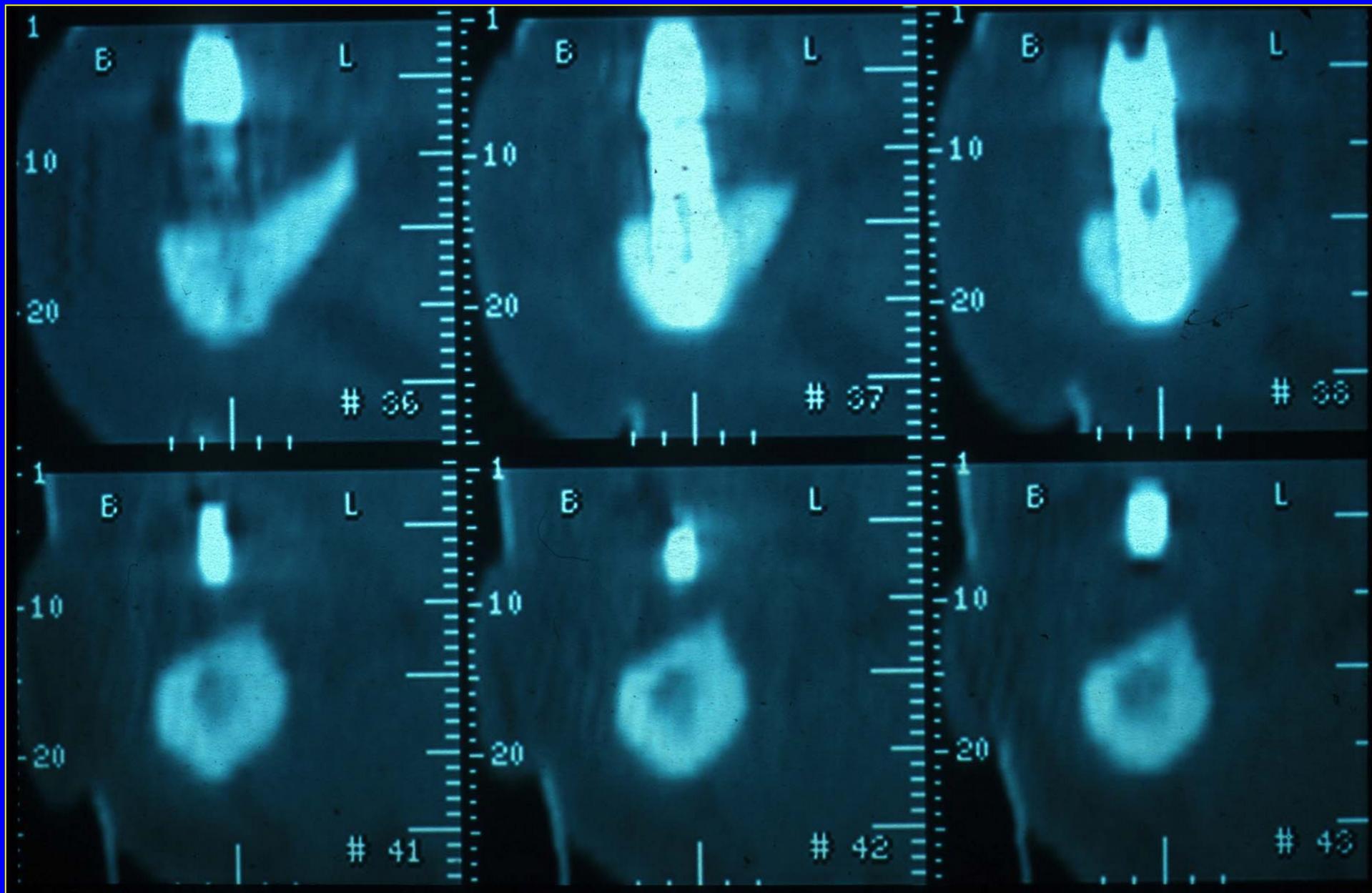
Wolff, 1892

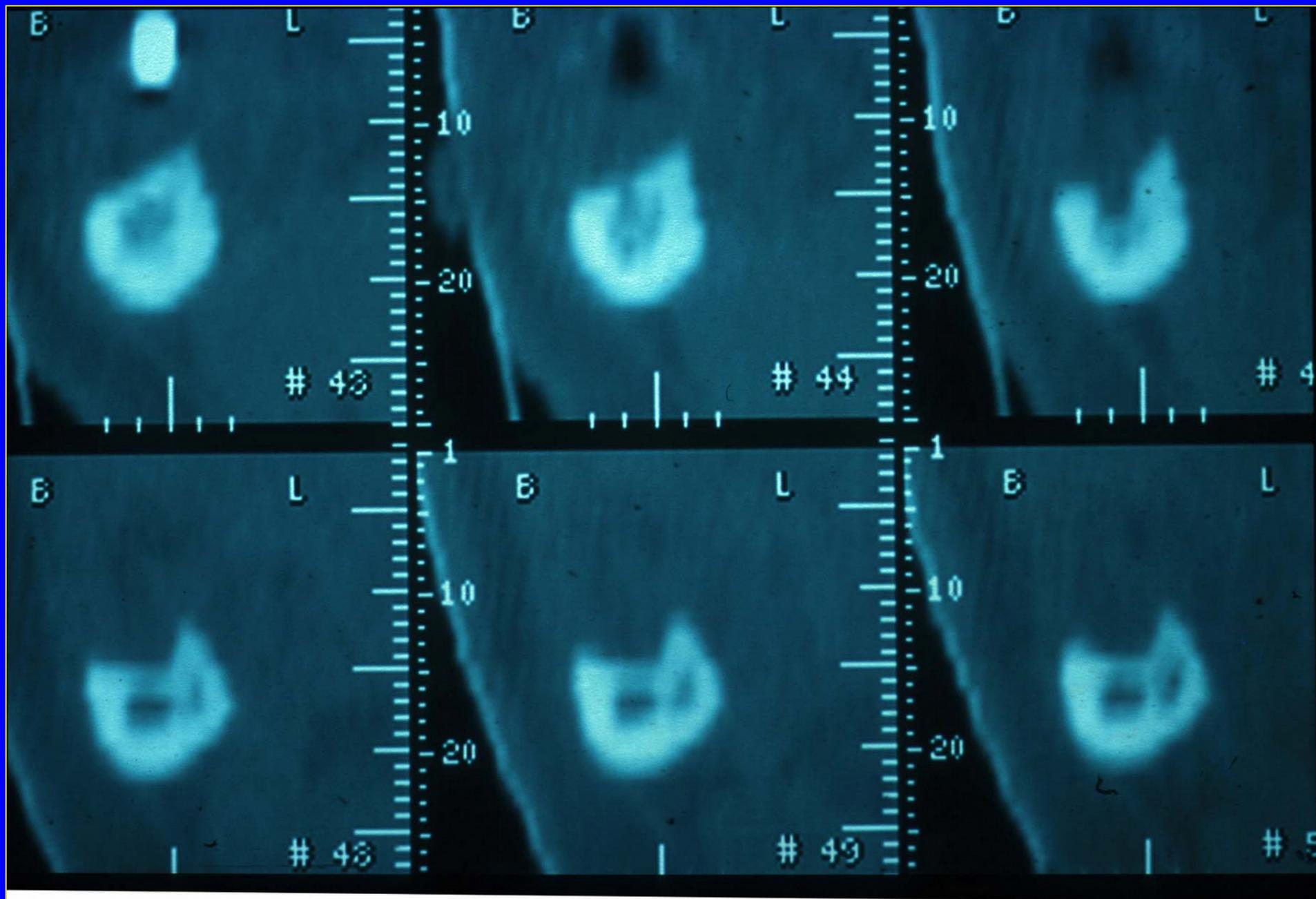


24.2.93

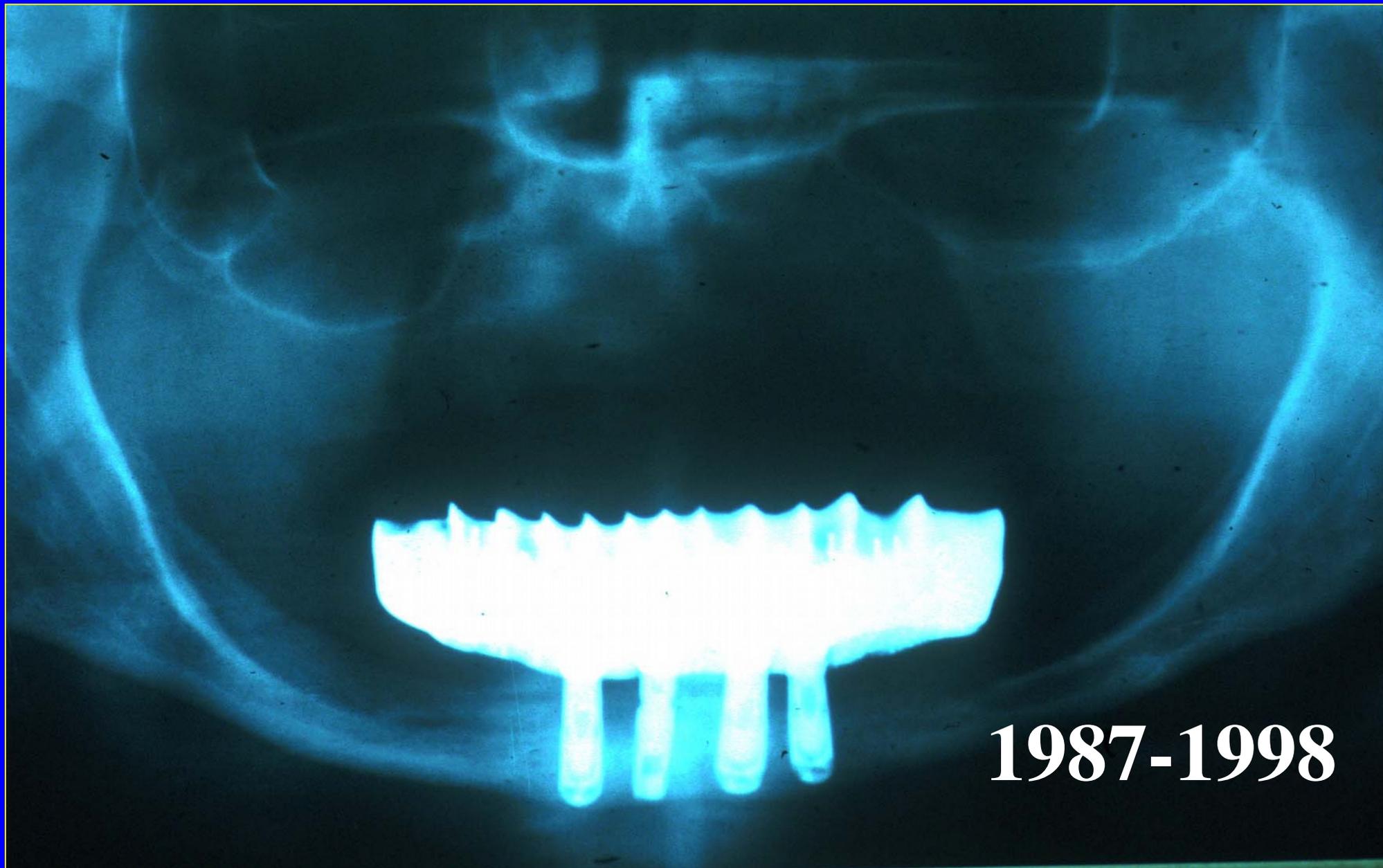




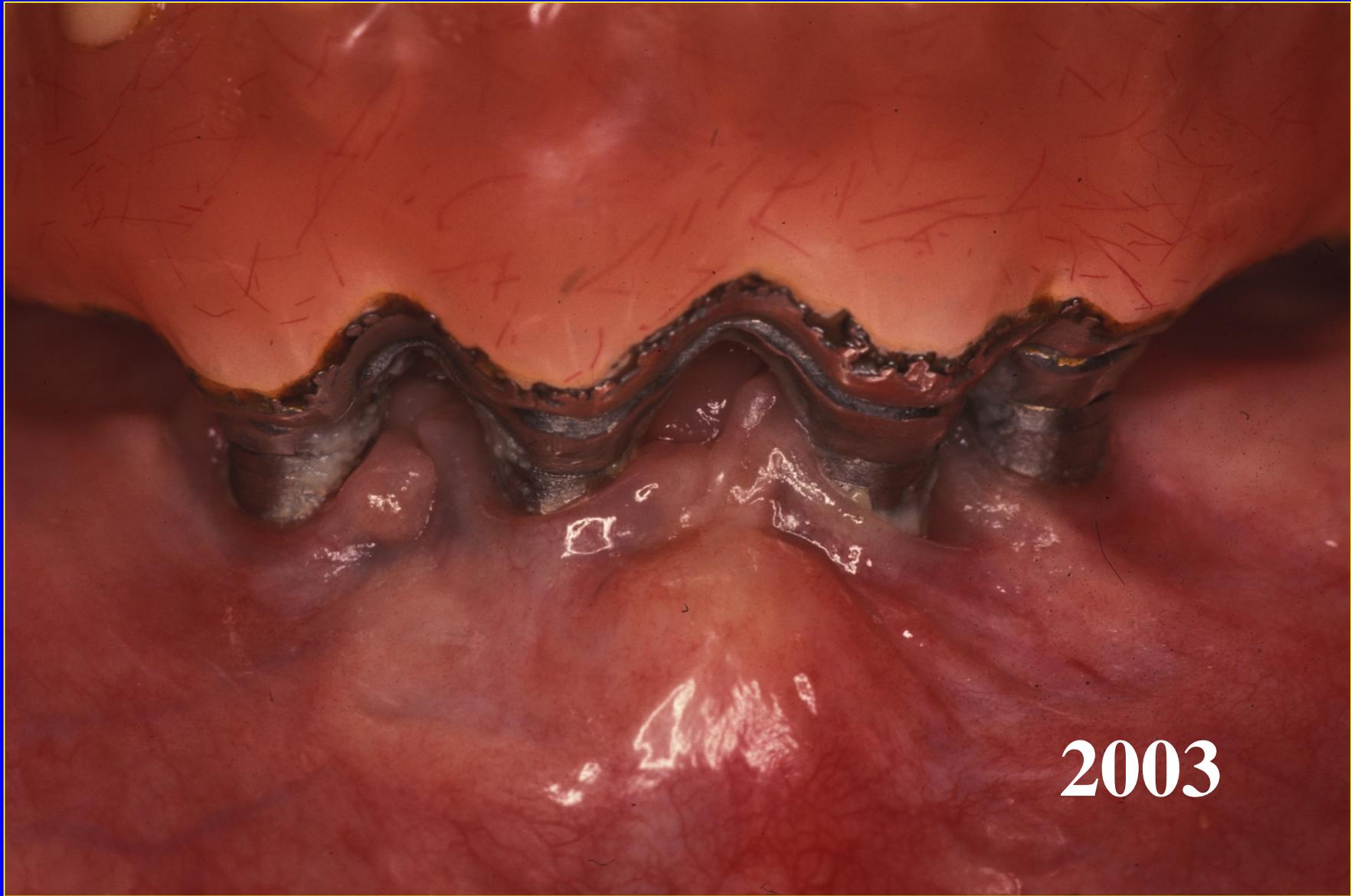


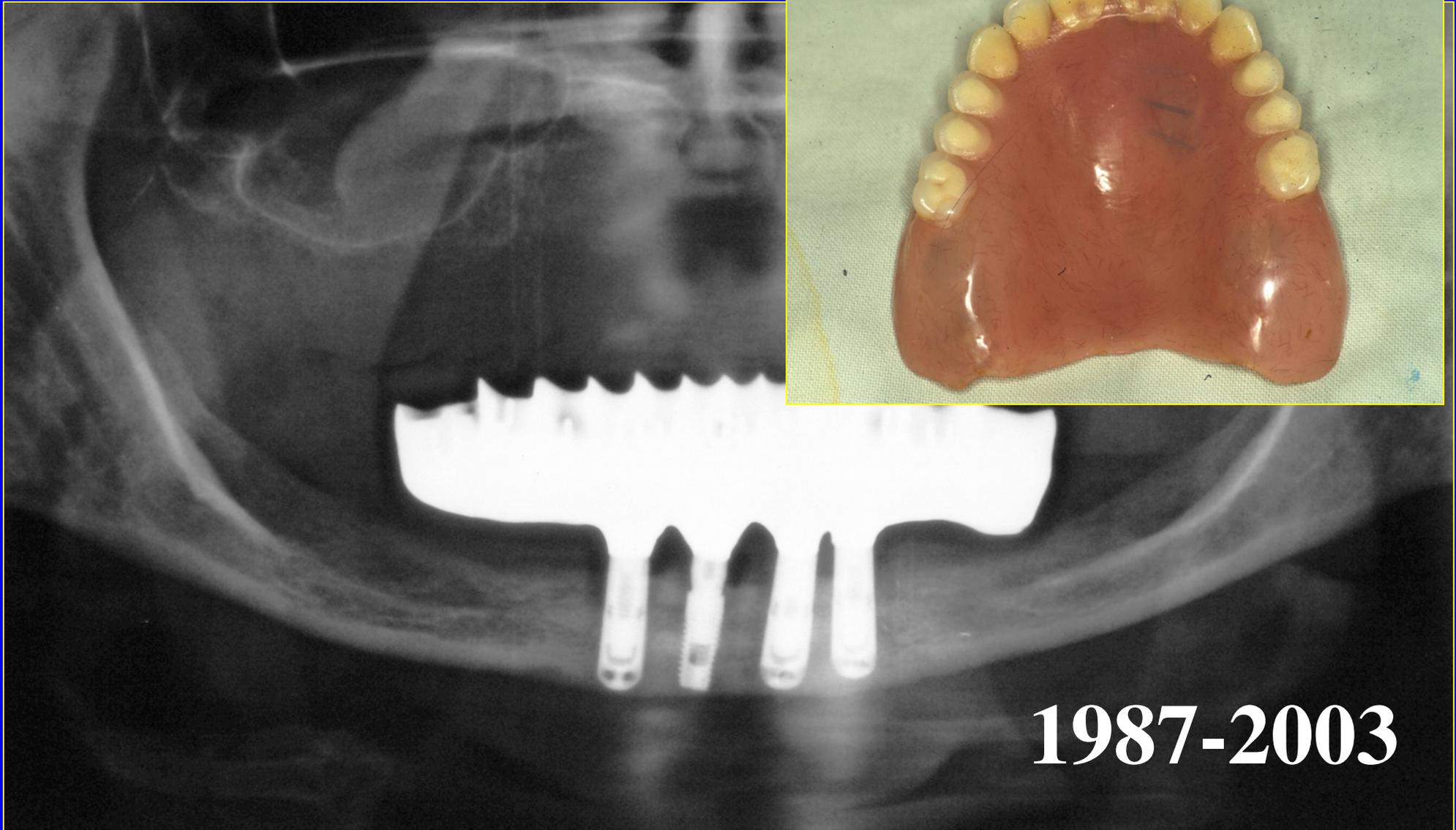






1987-1998





1987-2003

Fracture de la prothèse antagoniste

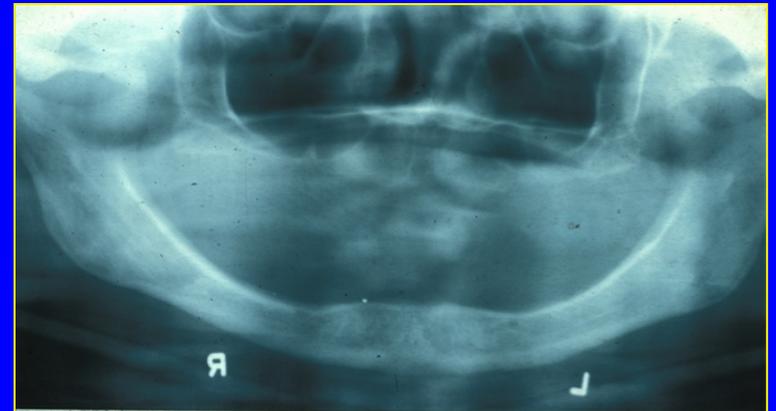
Naert (1991): 71 prothèses de recouvrement à la mandibule: 7 cas de fracture de la prothèse adjointe antagoniste (10 %);

Naert (1992): 58 bridges ostéo-intégrés à la mandibule: 6 cas de fracture de la prothèse adjointe antagoniste (16,5 %).

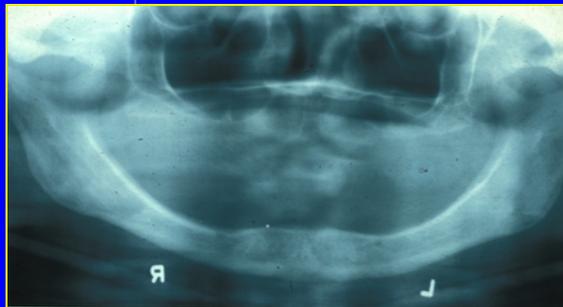
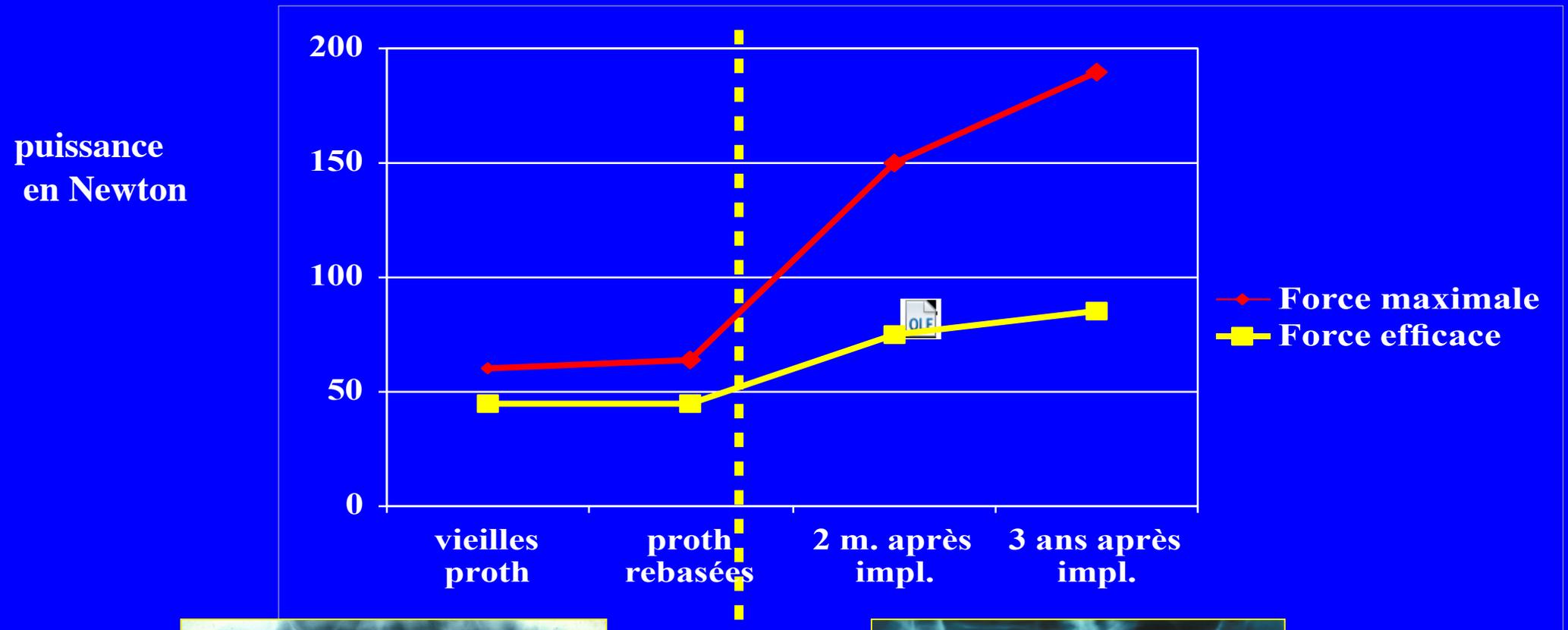
Carlsson G.E., Haraldson T.:

Functional response.

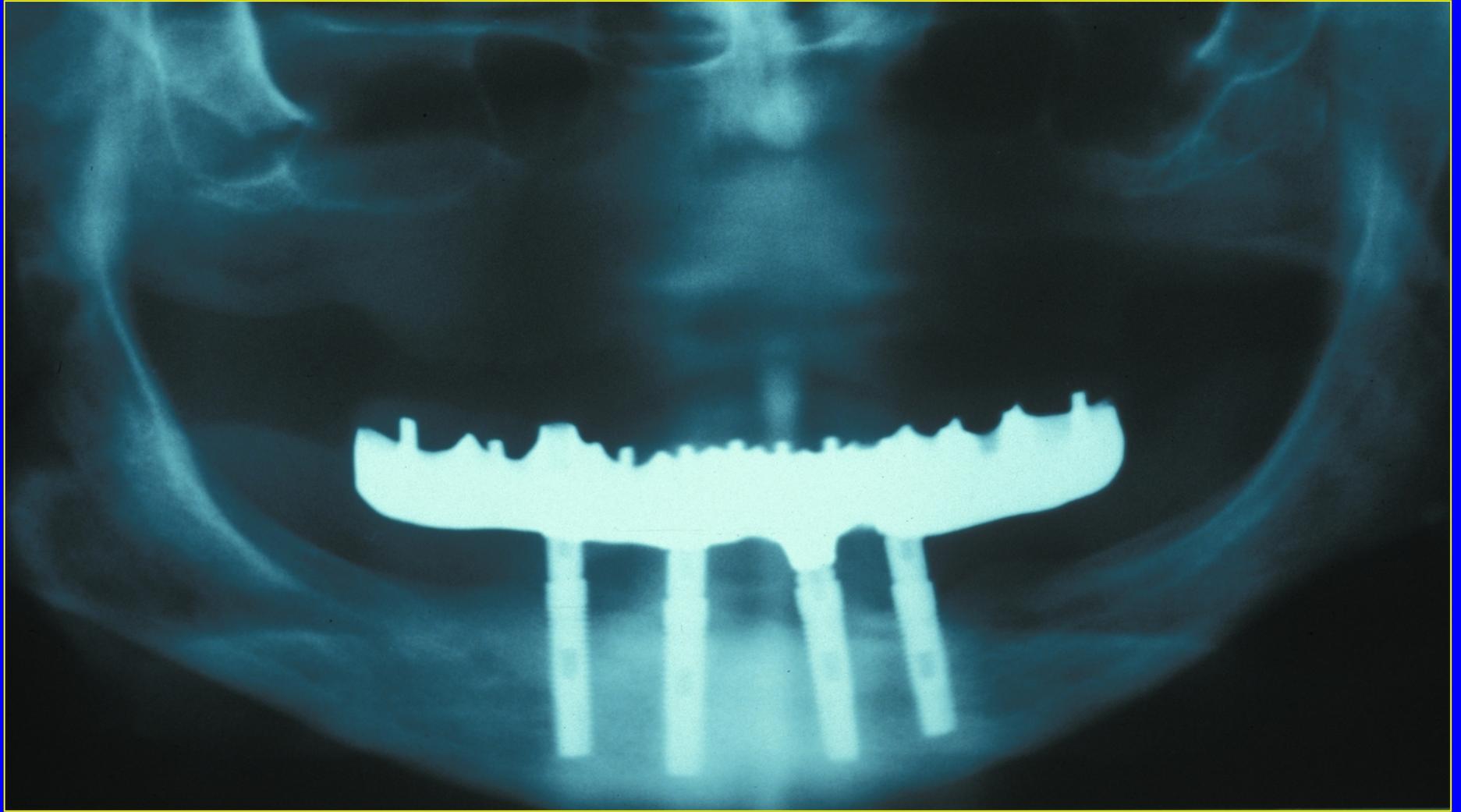
*in: Brånemark P.I., Zarb G., Albrektsson T.:
Tissue-Integrated Prostheses, 1985,
Quintessence edit,
Chicago, Ill*



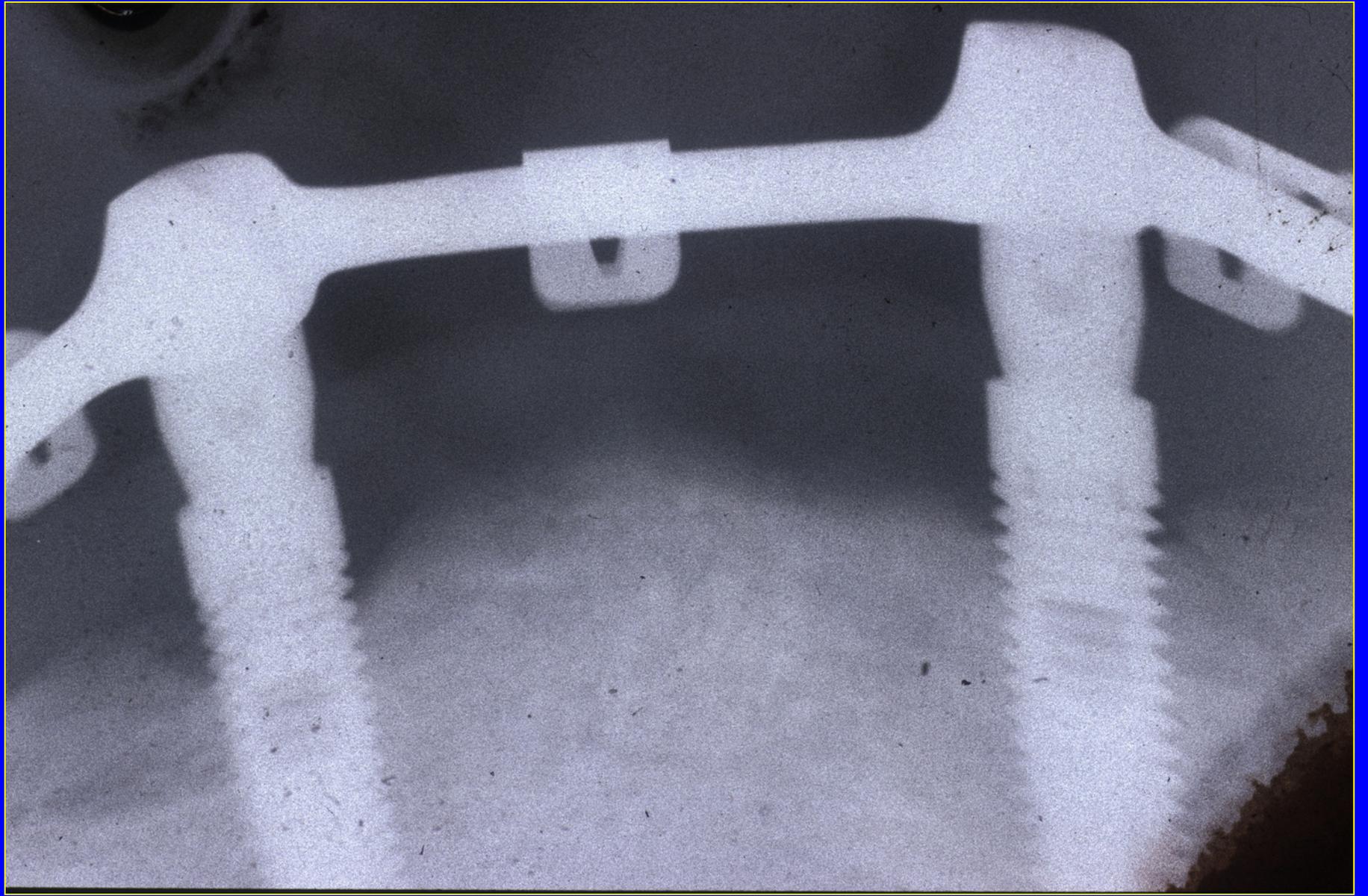
Evolution de la puissance manducatrice

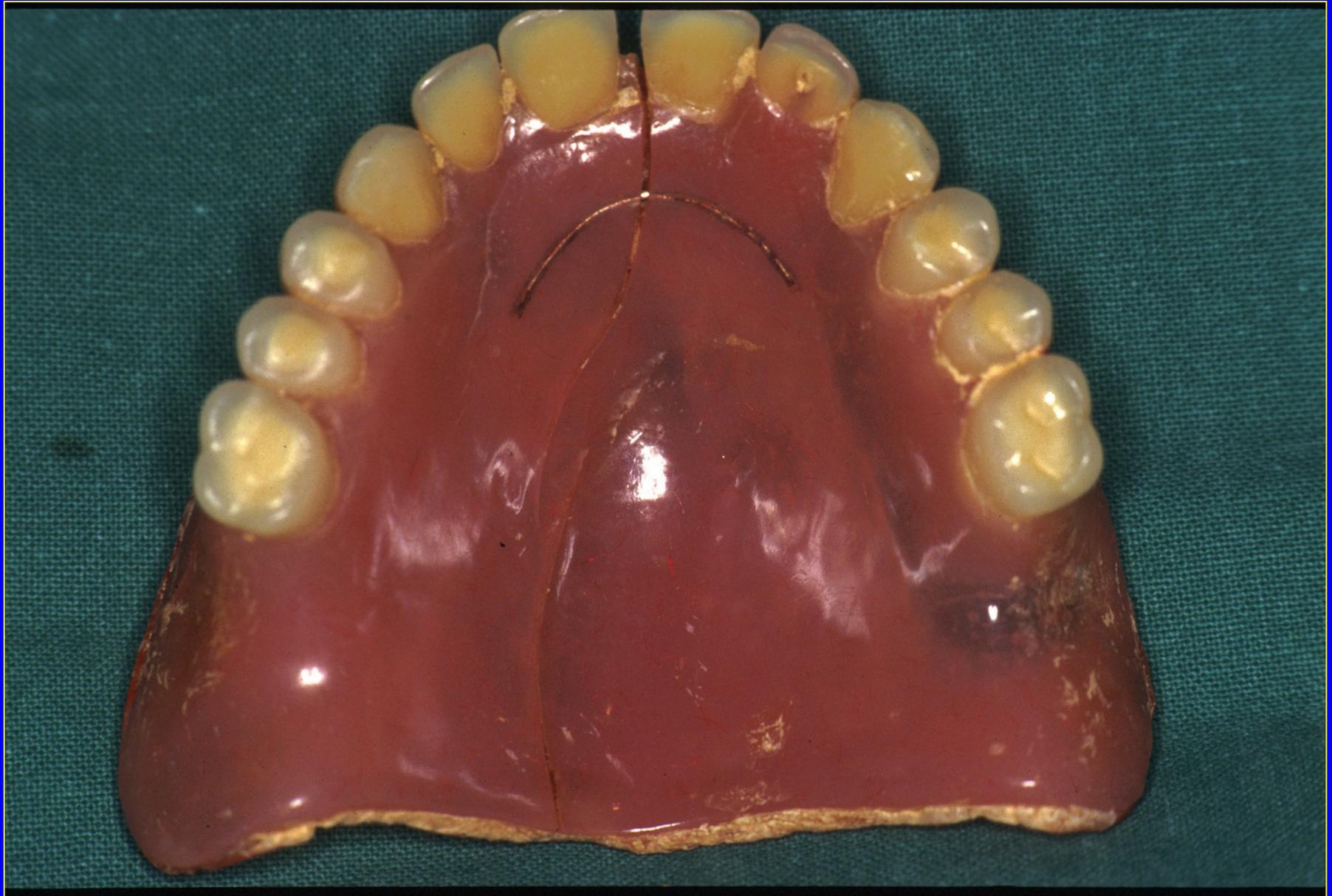


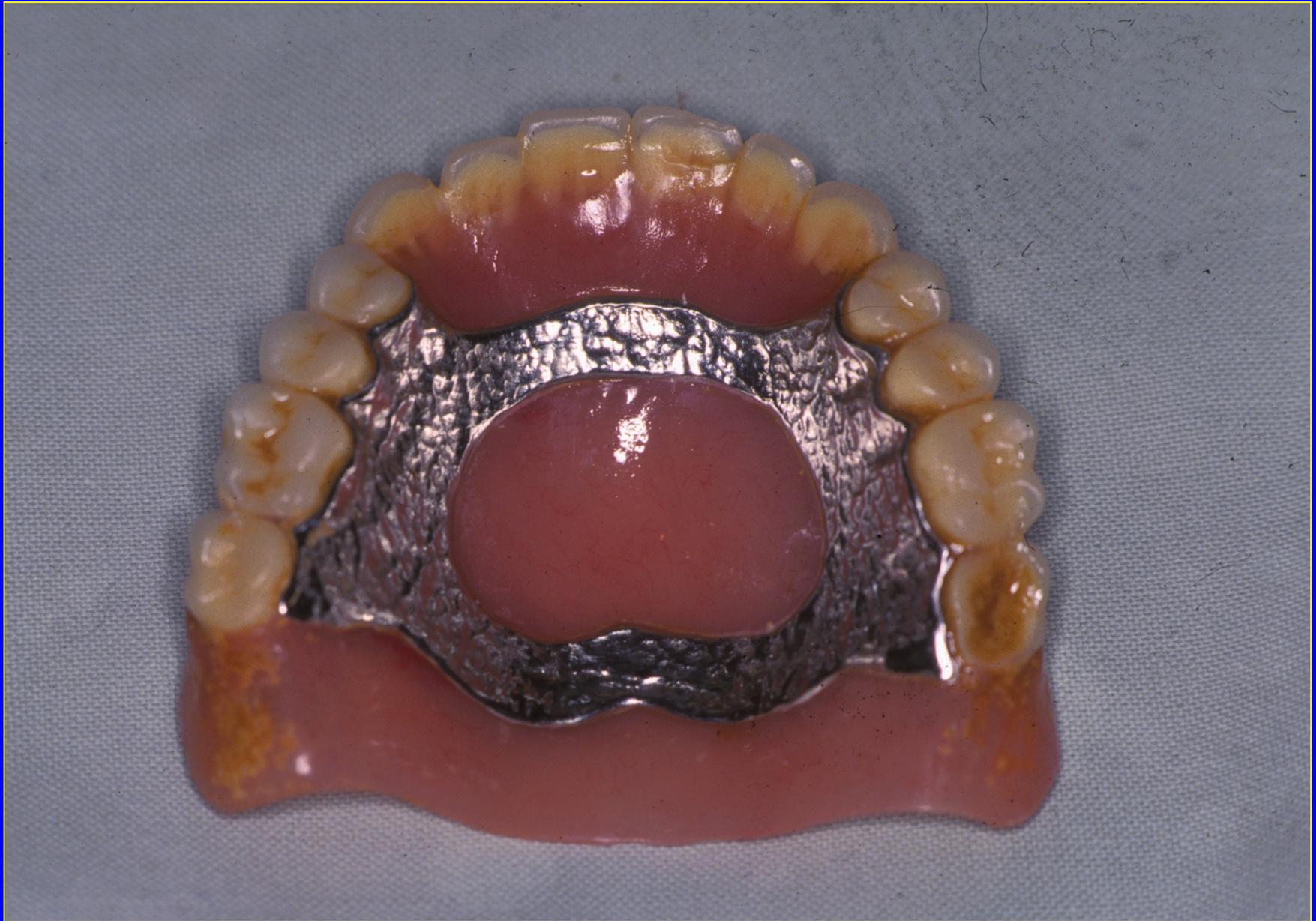
*Carlsson et coll,
1985*

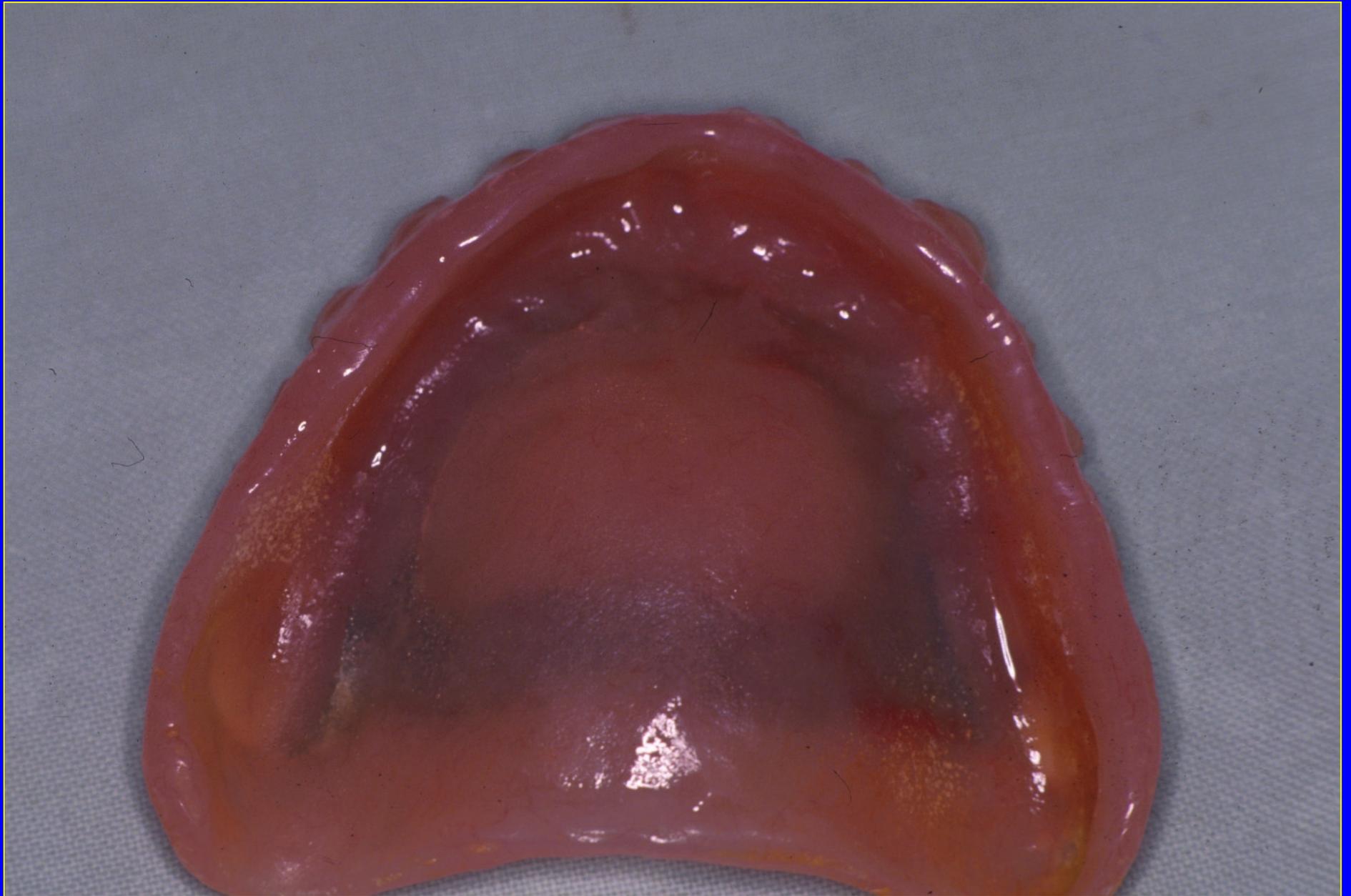


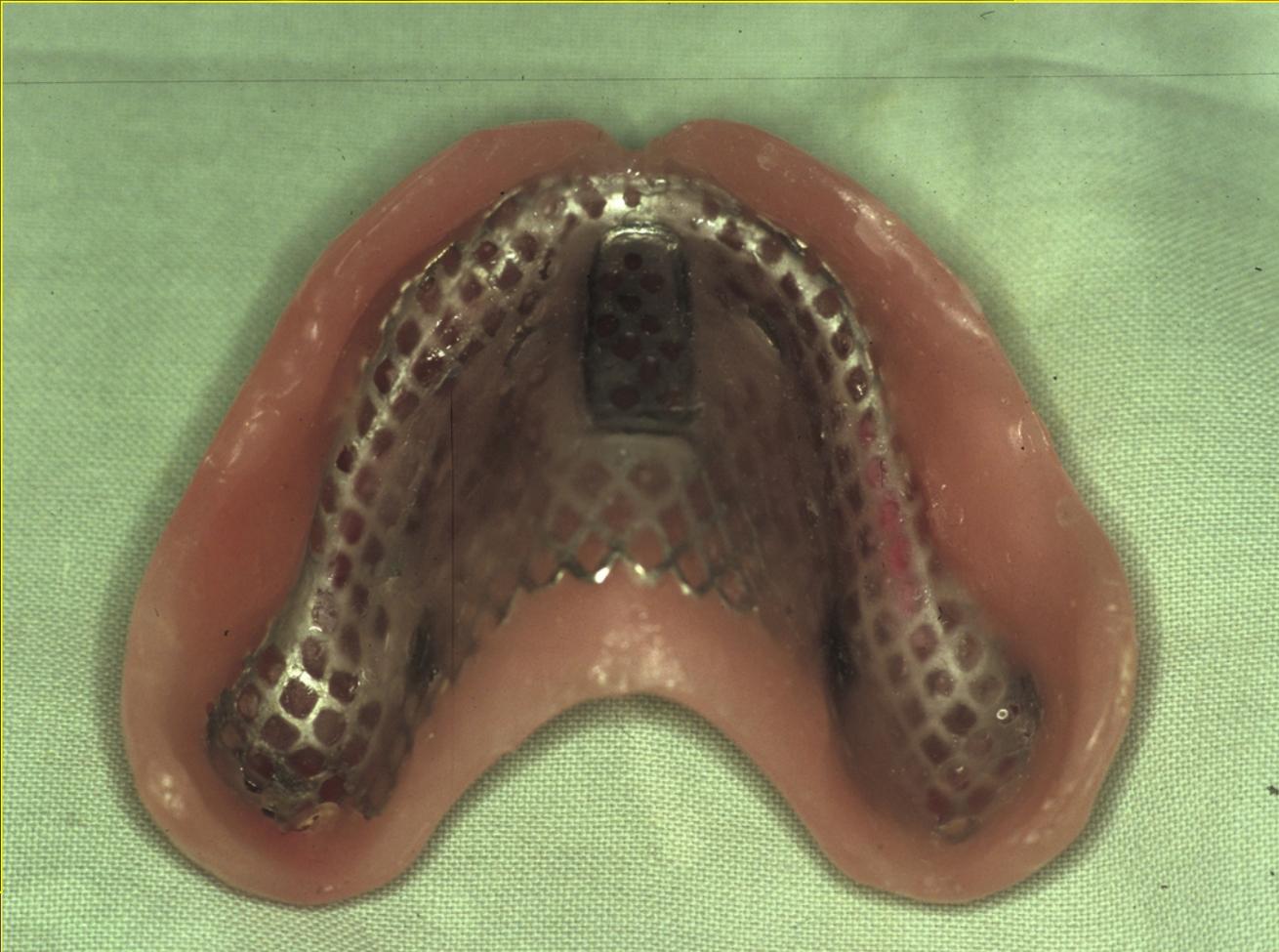












1987-2003

Efforts supérieurs
aux limites physiologiques

résorption

osseuse

Efforts supérieurs à la normale à
l'intérieur des limites physiologiques

formation

osseuse

Efforts normaux

état

d'équilibre

Sollicitations insuffisantes

fonte osseuse

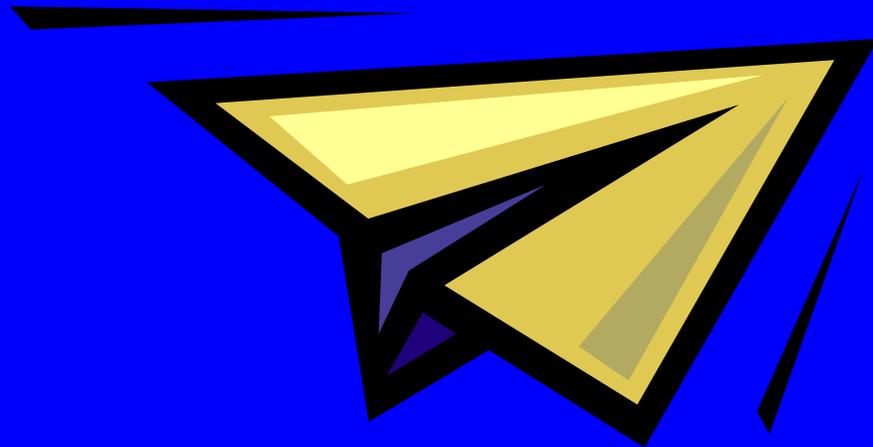
hypotrophie





2 règles:

1: ne rien négliger;



CHECK LISTE DR 300

CARNET DE ROUTE , HOROMETRE & ESSENCE VERIFIES
CLES DE CONTACT ENLEVEES
COMMANDES LIBRES , SENS D'ACTION CORRECT,
FREINS SERRES , ESSENCE OUVERTE
BATTERIE MARCHE , NIVEAU D'ESSENCE VERIFIE,
POMPE EN MARCHE , PUIS ARRET
VOLETS ESSAI PUIS SORTIS.

VISITE EXTERIEURE

AILES : revêtement , volets , ailerons , feux , pitot ,
avertisseur de décrochage vérifiés .
ATTERRISSEURS : carénages , pneus , amortisseurs bon état
MOTEUR : capot fixé , prises d'air propres .
HELICE : bon état , courroie d'alternateur vérifiée .
HUILE : niveau vérifié , bouchon et trappe fermés

FICHE PRÉLIMINAIRE

● NOM : _____ adressé par le Dr : _____
 PRÉNOM : _____
 N° : _____ TÉL : _____

Prothèse faite par le DOCTEUR : _____

DOSSIER CLINIQUE

à faire

Questionnaire médical _____
 Examen clinique _____
 Entretien pré-implantaire _____

à faire par le Docteur

Ordonnance pré-implantaire _____
 Ordonnance post-implantaire _____
 Lettre au correspondant _____
 Lettre mise en place des implants _____
 Lettre mise en fonction _____

DOSSIER RADIOGRAPHIQUE

à faire

ordonnance faite le		date de réception	remise au patient le
<input type="checkbox"/>	_____ Radios rétro-alvéolaires	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____ Radio panoramique	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____ Radio de profil	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____ Examen scanner	<input type="checkbox"/>	_____

DOSSIER PHOTOGRAPHIQUE

à faire

	date	faites par le Docteur
<input type="checkbox"/> Photographies pré-opératoires	_____	_____
<input type="checkbox"/> Photographies de l'intervention	_____	_____
<input type="checkbox"/> Photographies mise en fonction	_____	_____
<input type="checkbox"/> Photographies prothèse d'attente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Photographies prothèse d'usage	_____	_____

DOSSIER PROTHÉTIQUE

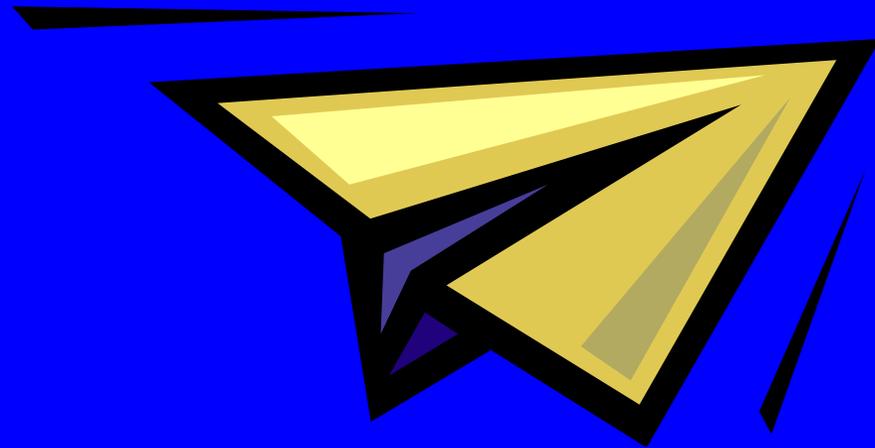
à faire

	date	faites par le Docteur
<input type="checkbox"/> Modèles d'étude	_____	_____
<input type="checkbox"/> Arc facial	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cire ajoutée de diagnostic	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gouttière chirurgicale	_____	_____

2 règles:

1: ne rien négliger;

2: se préparer au pire !



**La compréhension
de la biologie
réduit les échecs**

Gestion pratique des complications en implantologie

Marc BERT

avec la collaboration de Thierry BEHAR

