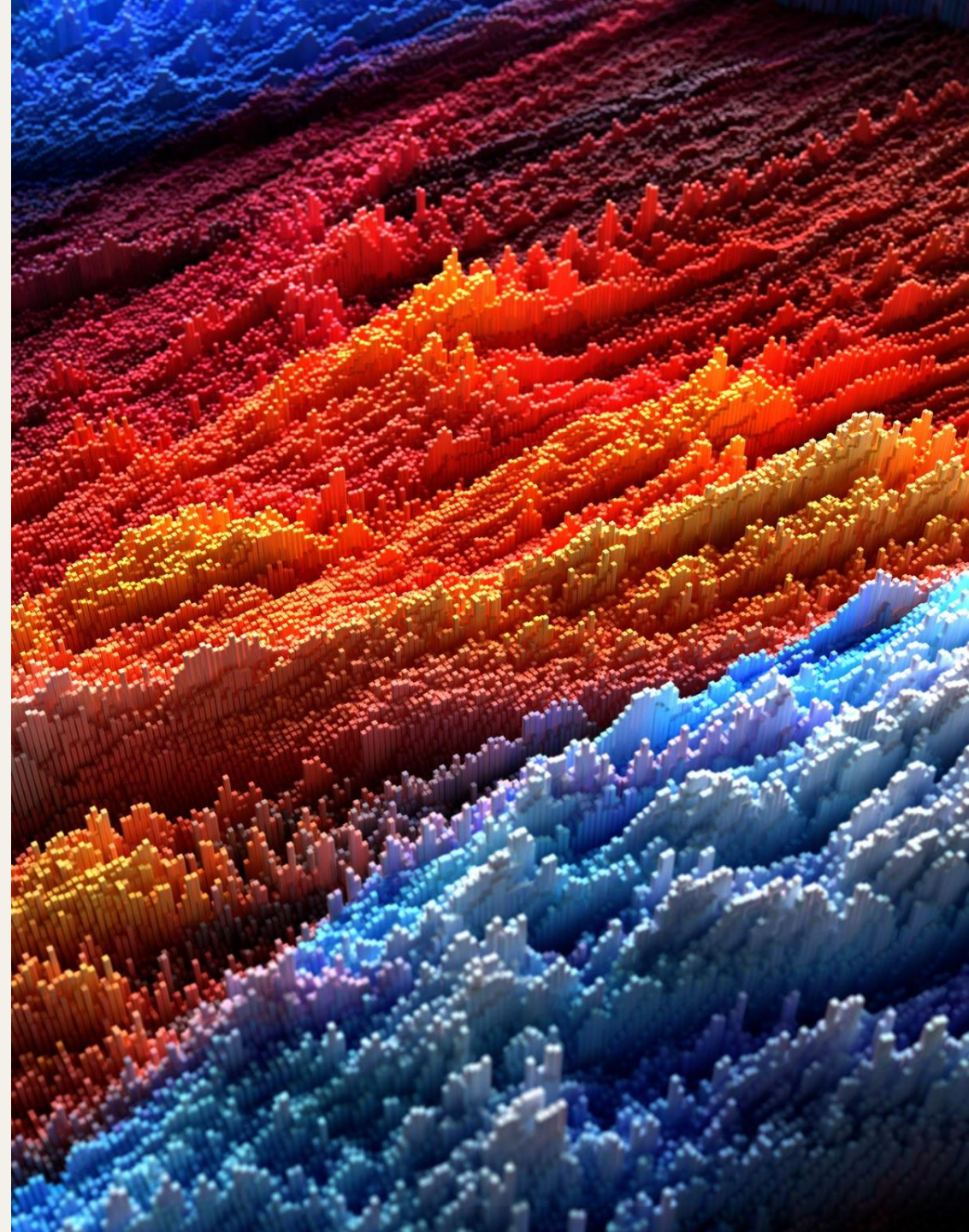


Les implants garantis a vie: mythe ou réalité?



Pr. Olivier Huck

Parodontologie – Faculté de chirurgie dentaire , Université de Strasbourg



« Une solution définitive » : naissance d'un dogme



Brånemark & l'ostéointégration

1965 → 1982 :

l'ancrage osseux direct devient un paradigme.

1986 — Albrektsson & Zarb :

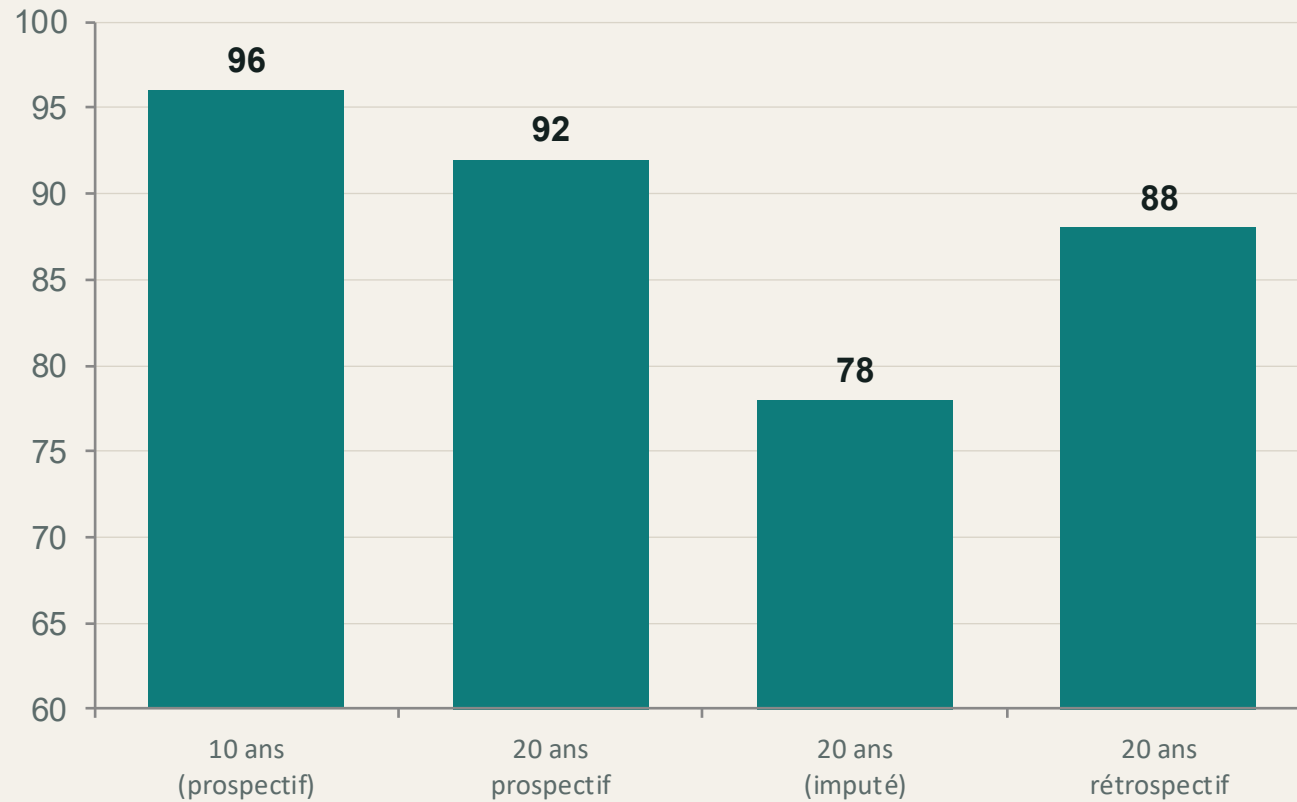
critères de succès — immobilité, perte osseuse < 1,5 mm la 1^{re} année puis < 0,2 mm/an. L'implant « réussi » est censé durer.

“

Le discours clinique — et commercial — a transformé un dispositif fiable en promesse d'éternité.

Or aucun dispositif biologique implanté n'échappe au temps, ni à la susceptibilité de l'hôte.

« Quatre implants sur cinq » — la survie à 20 ans



78 %

Survie réelle estimée à 20 ans

≠

« Survie » (l'implant est là)
n'est pas « succès » (santé des
tissus, pas de perte osseuse)

+

Le risque de complication
augmente avec le temps de
mise en fonction

Méta-analyse à 20 ans — Clin Oral Investig 2024 : survie ~88–92 %, ramenée à ~78 % après imputation.

L'EXPÉRIENCE STRASBOURGEOISE — 15 ANS DE RECHERCHE



Quelles leçons en tirer? sélectionner, surveiller, décider



Le terrain prime sur l'implant

La susceptibilité parodontale du patient se transmet au site implantaire. L'implant n'efface pas la maladie : il en hérite.



Le risque est prévisible

Stades/grades de parodontite et scores de risque identifient en amont les patients chez qui la complication est probable.



La maintenance est non négociable

Sans suivi parodontal et implantaire structuré, le pronostic se dégrade — quel que soit le succès initial.



La gestion des facteurs de risque doit être anticipée

Dès la planification, considérer les particularités anatomiques, techniques, ... pour réduire le risque.

PÉRI-IMPLANTITE: QUELS TRAITEMENTS?



Le principe directeur : gradient thérapeutique MAIS aucun traitement ne résout durablement la péri-implantite. La prévention et la maintenance restent décisives.

Désorganiser le biofilm : nécessaire, parfois insuffisant



Ce que dit la preuve

- Efficace pour traiter la mucosité péri-implantaire.
- Pas de différence nette entre les protocoles adjuvants.
- Efficacité réduite dans les cas sévères / avancés.



Et les antibiotiques ?

- Pas de recommandation pour un usage systématique.
- SRP $\pm$ antibiotiques ne résout pas totalement l'inflammation.

Adapter la chirurgie à l'anatomie du défaut

Décontamination + élimination du tissu de granulation, puis stratégie selon le type de défaut osseux (Schwarz et al., Periodontol 2000, 2022).



Lambeau d'accès

Accès, débridement, repositionnement apical. ↓ PPD ~2,2 mm.

Toute lésion accessible



Résectif — implantoplastie

Lissage des spires exposées. Efficace sur PPD ; nettoyage facilité.

Défaut supracrestal



Reconstructeur — greffe

Comblement osseux, ré-ostéointégration visée.

Infra-osseux > 3 mm, 3-4 parois,
muqueuse kératinisée



Combiné

Implantoplastie + greffe : gère les composantes supra ET infra-osseuses.

Défaut mixte



À garder en tête : récurrence de 8 à 44 % et risque de perte implantaire de 14 à 21 % à 7 ans (Karlsson et al. 2022). Le succès dépend de l'accès à la décontamination.

L'explantation : une option thérapeutique, pas un échec

Recommandée dans les cas avancés (Heitz-Mayfield et al., Clin Oral Impl Res, 2014) — mais sans seuil consensuel (Wentorp et al., Clin Oral Impl Res, 2021).



Échec biologique

- Perte osseuse avancée / progressive
- > 50 % de perte osseuse ?
- ou < 3 mm de contact os-implant ?
- Douleur, inconfort, progression



Échec mécanique

- Fracture de l'implant
- Composants non disponibles
- Limites prothétiques



Cause iatrogène

- Malposition de l'implant
- Positionnement 3D défavorable
- Réhabilitation impossible



Pas de guideline seuil universelle. À l'explantation, la perte osseuse moyenne atteint déjà 66 % (Wentorp et al., 2021). La décision intègre os, douleur, progression, options prothétiques et doit être pensée tôt, partagée avec le patient.

L'implant n'est ni sacré, ni intouchable.

Le conserver « à tout prix » est devenu une faute de raisonnement.



Hier — l'implant infini

- Le retrait = échec personnel du praticien
- On « sauve » l'implant par acharnement thérapeutique
- Chirurgies répétées, coûts, usure des tissus

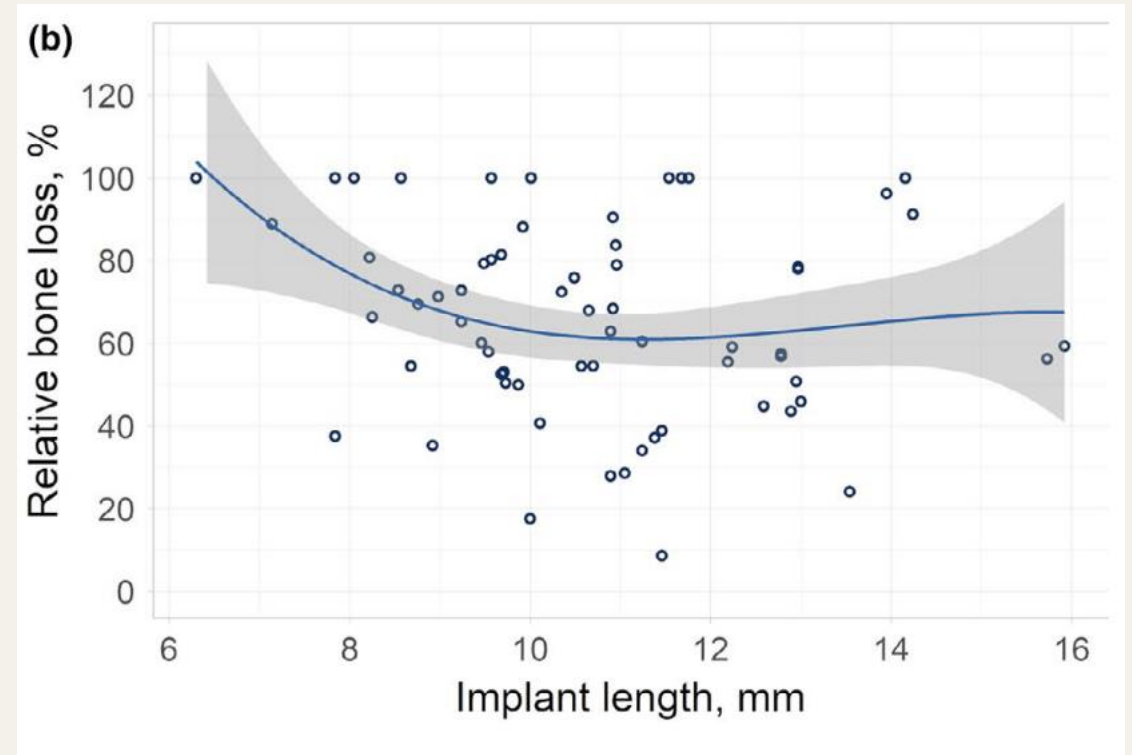
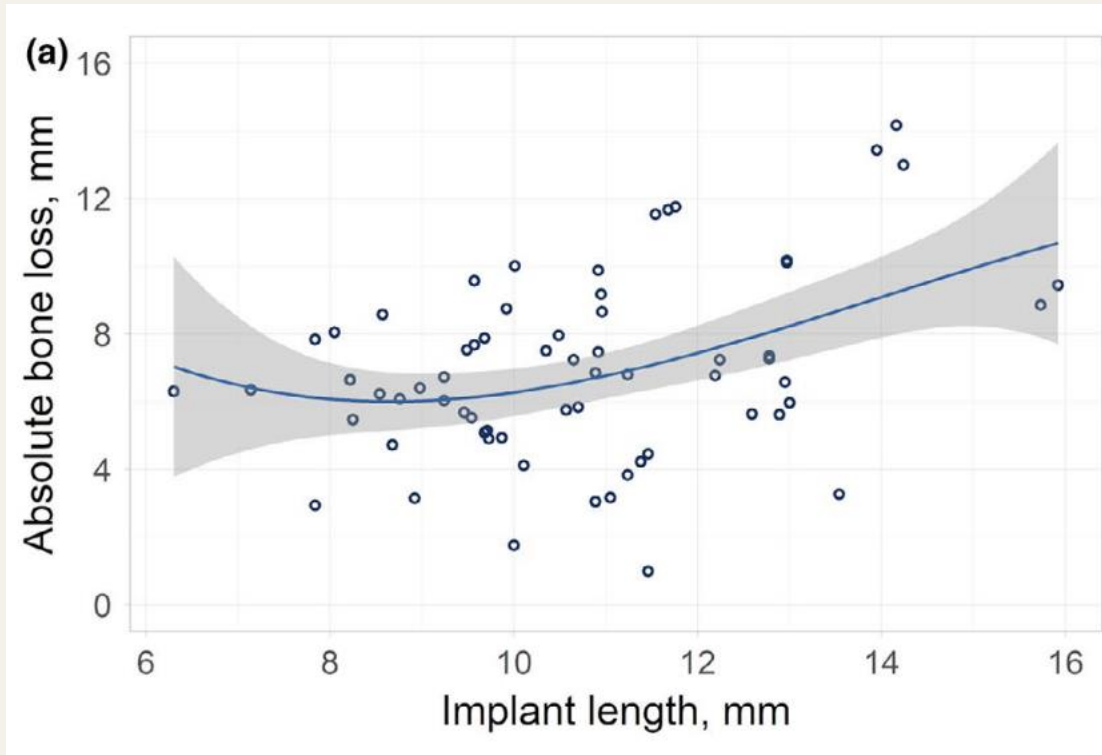


Aujourd'hui — la décision réfléchie

- L'explantation = une option thérapeutique parmi d'autres
- Évaluée sur des critères, pas sur l'affect
- Reconstruire un site sain plutôt qu'entretenir une infection

L'implant n'est ni sacré, ni intouchable.

Pas de critères stricts => décision multifactorielle



Wentorp et al., Clin Oral Impl Res, 2021

Quand l'explantation s'impose : des critères, pas un échec

Seuil clé

> 50 %

de perte osseuse péri-implantaire : le pronostic est mauvais. Le retrait est explicitement recommandé.

D'après les recommandations EFP S3 (Herrera et al., J Clin Periodontol 2023) et la littérature sur la prise en charge de la péri-implantite.

Faisceau d'arguments en faveur du retrait

- Mobilité de l'implant = perte d'ostéointégration → retrait obligatoire
- Perte osseuse > 50 % de la longueur du fixture
- Échec des traitements antérieurs (non-chirurgical puis chirurgical)
- Suppuration / infection récurrente malgré la prise en charge
- Implant non stratégique, morphologie de défaut défavorable
- Préférence du patient, exigence esthétique, rapport bénéfice/risque

Explanter n'est pas renoncer : l'après-retrait

Le retrait s'inscrit dans un plan : préserver l'os, reconstruire, et réhabiliter de façon raisonnée.



Étape 1

Retrait atraumatique

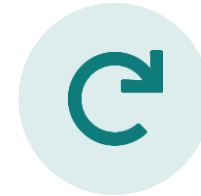
Reverse-torque, trephine fine, piézochirurgie : limiter la perte osseuse résiduelle.



Étape 2

Gestion du site

Cicatrisation dirigée ou régénération osseuse guidée (ROG) pour reconstruire la crête.



Étape 3

Réhabilitation raisonnée

Prothèse fixe/amovible, dento- ou implanto-portée — en intégrant le sur-risque local.

Conclusions

Comment traiter une péri-implantite?

1. S'assurer du diagnostic
 - Si facteur de risque, à modifier ou supprimer!
2. Considérer tous les paramètres:
 - Etendue de la lésion
 - Demande esthétique
 - Coût/bénéfice
 - Faisabilité
3. Prendre en compte la situation globale (santé parodontale?
Traitement prothétique? ...)
4. Importance du suivi à long-terme

Ne pas avoir peur d'explanter!

Thanks

Prof. Olivier Huck
huck.olivier@gmail.com
@Periostrasbourg

