

# Chirurgie orale/ Implantologie/ Stomatologie

En 2005, la SSO a publié la deuxième édition révisée des lignes directrices relatives à la qualité en médecine dentaire. Depuis lors, certaines choses ont déjà changé, car les connaissances augmentent constamment dans ce domaine. En conséquence, les techniques changent, de même que les matériaux et parfois même les concepts thérapeutiques. Afin que le médecin-dentiste exerçant en pratique privée maintienne une vue d'ensemble, les associations professionnelles nous présentent les standards de qualité actuels.

## 1. Principes de base régissant les critères d'évaluation

Les mesures visant à garantir la qualité peuvent être formulées en ce qui concerne la structure, le processus et le résultat. La qualité de la structure et celle du processus sont établies en premier lieu par la personne responsable de la gestion du cabinet, alors que la qualité du résultat est circonscrite par les lignes directrices des sociétés professionnelles et dépend de l'état actuel des connaissances scientifiques. La standardisation de la qualité selon différents niveaux (lignes directrices A à C) n'est pas pertinente pour les traitements chirurgicaux. Les lignes directrices qualitatives relatives à la clarification des facteurs de risque, à l'information des patients sur les objectifs du traitement et sur l'intervention chirurgicale, ainsi qu'aux critères d'évaluation des résultats contribuent bien davantage à l'obtention du niveau de qualité souhaité. En conséquence, les présentes lignes directrices qualitatives visent principalement à assurer la qualité des résultats. Elles ont été élaborées en collaboration avec les responsables de l'enseignement de la chirurgie orale dans les universités de Bâle, Berne et Zurich, et avec des collègues chevronnés exerçant en pratique privée.

Pour chacun des thèmes listés ci-après, les cinq critères d'évaluation suivants sont discutés, et les exigences correspondantes sont formulées. Les mesures et facteurs d'évaluation proposés sont des recommandations dont la prise en compte permet d'obtenir des résultats satisfaisants pour le patient et pour le prestataire de soins.

1. Indications des mesures prévues
2. Objectifs des mesures
3. Facteurs de risque susceptibles d'influencer les objectifs
4. Lignes directrices concernant les mesures à entreprendre
5. Indicateurs pour l'évaluation des résultats

### Liste des sujets:

- 2.1 Anamnèse
- 2.2 Examen/diagnostic
- 2.3 Chirurgie orale, généralités
- 2.4 Infections aiguës
- 2.5 Avulsions dentaires
- 2.6 Résection apicale/chirurgie apicale
- 2.7 Opération de kystes
- 2.8 Traumatismes dentaires
- 2.9 Corrections plastiques
3. Implantologie, aspects chirurgicaux
4. Abord des conditions pathologiques/stomatologie

### Domaine d'application

Les recommandations concernent les patients chez lesquels il est prévu d'effectuer une intervention chirurgicale ambulatoire au cabinet, en anesthésie locale ou en anesthésie générale avec intubation, ou chez lesquels des investigations d'une affection du système masticatoire doivent être réalisées.

Des écarts par rapport aux lignes directrices peuvent être admis dans certains cas individuels, pour des motifs documentés et sous la responsabilité du médecin-dentiste, après information du patient ou de son représentant légal.

Les recommandations visent à aider le praticien dans le cadre des soins dispensés au patient et des problèmes qu'il peut rencontrer, et à le protéger de problèmes médicaux-légaux injustifiés. Simultanément, le résultat du traitement peut être influencé dans un sens favorable grâce à l'application de processus standardisés lors de la planification du traitement.

## 2. Critères d'évaluation des mesures à entreprendre dans le domaine de la chirurgie orale

### 2.1 Anamnèse

#### Indication

L'anamnèse doit être recueillie chez chaque patient et sera complétée au cours du traitement. Une distinction est faite entre l'anamnèse générale, à savoir les événements médicaux généraux, et l'anamnèse spéciale. L'anamnèse spéciale concerne les informations relatives au développement et à l'évolution de l'affection médico-dentaire actuelle, ou sur l'efficacité des mesures entreprises.

#### Objectif

L'anamnèse donne des informations approfondies sur les antécédents médicaux et les facteurs de risque relatifs à la santé. Il s'agit d'évaluer la capacité du patient à supporter le traitement prévu.

En cas de doute, le médecin traitant sera consulté.

#### Facteurs compliquant l'anamnèse

Le manque de coopération et/ou de communication peut influencer négativement la collecte des données anamnestiques.

#### Lignes directrices

L'utilisation de questionnaires médicaux est recommandée, pour autant que les données obtenues soient vérifiées en posant des questions ciblées. Ils doivent être mis à jour lors d'une nouvelle consultation.

En situation d'urgence, une anamnèse abrégée est acceptable pour autant qu'elle mette au moins en évidence les risques médicaux actuels relatifs aux mesures d'urgence prévues.

Les données anamnestiques sont documentées dans le dossier du patient.

## Indicateurs pour l'évaluation

Dans le cas d'une intervention chirurgicale et de complications dues à l'absence d'information préopératoire, la saisie a posteriori de l'existence de risques pour la santé doit être évitée.

## 2.2 Examen/diagnostic

### Indication

Une distinction est faite entre l'examen sans symptôme ou signe de maladie (routine), et l'examen en cas de symptômes ou de maladie actuels.

Toutes les investigations et analyses médicales générales et spécifiques nécessaires à la planification précise d'une intervention chirurgicale doivent être effectuées.

### Objectif

Le but de l'investigation est de poser un diagnostic ou un diagnostic de suspicion. Le diagnostic ou le diagnostic différentiel constitue la base du plan de traitement.

Le résultat minimal de l'investigation est d'établir un diagnostic différentiel. Cet objectif est atteint par la conjonction de l'anamnèse et des investigations réalisées.

Les investigations cliniques permettent d'obtenir des constatations objectives sur l'aspect extérieur, le statut neurologique et la fonction.

L'indication à une intervention est basée sur ces données.

### Facteurs défavorables

- Compréhension insuffisante des mesures nécessaires de la part du patient, des proches ou d'un tiers (assurances).
- Manque de coopération du patient, des proches ou des parents (compliance).
- Problèmes physiques (limitation de l'ouverture buccale, handicap physique, etc.)
- Barrières psychologiques
- Contraintes temporelles excessives

### Lignes directrices

Documenter le résultat souhaité en fonction de l'investigation, aussi bien du point de vue du patient que de celui du praticien. Les facteurs limitant l'investigation clinique doivent être documentés. Les risques des mesures diagnostiques doivent être discutés avec le patient. L'information du patient sur les risques qu'il encourt en cas de refus d'examen nécessaires ou d'omission concernant des facteurs de risque sanitaires doit être documentée.

L'investigation comprend toutes les manifestations pathologiques et décrit la situation initiale.

L'examen oral comprend l'évaluation systématique de l'état des dents et du parodontite, de l'occlusion, de l'articulation, des muqueuses, des fonctions et de la sensibilité.

L'examen radiologique est réalisé selon une approche différenciée, de la vue d'ensemble aux examens détaillés, selon les recommandations formulées pour la radiologie.

Les investigations supplémentaires (éventuellement à la demande de spécialistes), telles que les examens bactériologiques et sanguins, les tests allergiques, les analyses de matériaux, seront effectuées de manière sélective.

S'il n'est pas possible de poser un diagnostic précis, il est indispensable d'adresser le patient au spécialiste dans un délai raisonnable. Cela s'applique tout particulièrement lors d'états infectieux inhabituels et lors de suspicion de processus malin.

Les résultats doivent être consignés dans le dossier médical.

### Indicateurs pour l'évaluation

Divergence ou incohérence lors du contrôle de l'évolution par rapport au diagnostic et aux examens correspondants (cliniques, radiologiques).

Divergence entre le diagnostic histopathologique et le diagnostic – ou le diagnostic différentiel – clinique.

## 2.3 Chirurgie orale générale

### Indication

Vérification des diagnostics et du plan de traitement. Prise en compte des facteurs de risque et des attentes du patient. Propositions alternatives, consigner le degré d'urgence, intervention d'urgence.

Dans les interventions électives, proposer un délai de réflexion avant l'opération (au moins 24 h).

Documenter l'indication dans le dossier du patient.

### Objectif

- Créer les conditions pour la guérison d'une maladie
- Éliminer un phénomène pathologique
- Améliorer ou restaurer la forme et la fonction

### Facteurs de risque

- Risques liés à la situation locale (anatomie)
- Compétence propre de l'opérateur relative à l'intervention (formation professionnelle, formation complémentaire et perfectionnement) (cf. critères «SAC» ci-après)
- Degré de difficulté de la technique opératoire
- Infrastructure et fonctionnement des appareils
- Risques imminents pouvant affecter le processus de traitement et être préjudiciables aux résultats du traitement
- Organisation du suivi médico-dentaire
- Communication avec le médecin généraliste, consilium, investigations pluridisciplinaires
- Statut immunitaire
- Anticoagulation (en particulier les nouveaux inhibiteurs du facteur Xa)/ diathèse hémorragique
- Anxiété
- Affection focale avec risque d'extension
- Patients atteints de tumeurs (radiothérapie)
- Polypharmacie (patients prenant plusieurs médicaments; en particulier chimiothérapies, bisphosphonates, denosumab)
- Habitudes du patient (tabagisme)
- Maladies systémiques (diabète, ostéomalacie)
- Corrections esthétiques chez des patients psychiquement labiles
- Immunosuppression

### Lignes directrices

Elles définissent les mesures thérapeutiques chirurgicales et non chirurgicales du point de vue de la diligence requise pour offrir les meilleures perspectives de succès.

Ces lignes directrices sont respectées grâce à la promotion ciblée de conditions-cadres correspondant à l'état actuel des connaissances, et en réduisant les facteurs défavorables en matière de risques et de complications. Il s'agit également d'établir des lignes directrices relatives à l'infrastructure concernant le personnel, les locaux, le matériel et les médicaments, à l'équipement en matière d'instruments et à l'hygiène.

## Critères «SAC»

(Sailer, Pajarola: *Atlas Orale Chirurgie*):

- S = intervention simple (*simple*), sans risques anatomiques ni problèmes de technique opératoire, peu de complications: peut être réalisée en ambulatoire au cabinet par un médecin-dentiste au bénéfice d'une bonne formation.
- A = intervention exigeante (*advanced*) comportant des risques anatomiques, peu de problèmes de technique opératoire, complications prévisibles: peut être réalisée en ambulatoire au cabinet par un médecin-dentiste au bénéfice d'une formation chirurgicale.
- C = intervention complexe (*complex*), difficile, exigeante, technique opératoire sophistiquée, complications prévisibles: peut être réalisée par un médecin-dentiste expérimenté en chirurgie bucco-dentaire ou par un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale.

## Lieu de travail réservée à la chirurgie

- Par principe, toute intervention chirurgicale est réalisée avec des instruments stériles.
- L'hygiène dans les locaux réservés à la chirurgie comprend la définition précise des zones stériles: champ opératoire, tablettes de dépôt des instruments, appareils supplémentaires (forage), le cas échéant avec la possibilité d'utiliser dans des conditions stériles les appareils opératoires auxiliaires (poignée du scialytique ou de la lampe d'opération).
- Vêtements de protection stériles
- Disposition spatiale permettant une réanimation
- Le personnel est formé pour le travail en conditions stériles et l'assistance lors d'interventions chirurgicales et dans des situations d'urgence. De plus, le personnel doit être présent pour maîtriser un incident peropératoire éventuel.

## Équipement technique

- Micromoteurs stériles
- Refroidissement à l'eau stérile pour les instruments rotatifs
- Coagulation (appareil bipolaire: optimal)
- Éclairage du champ opératoire
- Appareil radiologique au fauteuil
- Les fonctions vitales du patient doivent pouvoir être surveillées (équipement d'urgence).

## Mesures organisationnelles

- Un organigramme des urgences doit être disponible, avec les consignes sur le comportement en cas d'urgence et les numéros de téléphone du médecin de garde et du service d'ambulance.

Le choix de la procédure et de la méthode de traitement revient en fin de compte au praticien, qui évalue personnellement la situation et les facteurs négatifs.

## Principes de base:

- pas d'opération dans une zone infectée
- pas d'intervention dont les complications prévisibles ne pourraient être maîtrisées (expertise).

## Indicateurs pour l'évaluation

En font partie les signes associés à un résultat thérapeutique favorable ou défavorable.

Ces signes comprennent p. ex. les infections postopératoires ou les retards de guérison.

Il faut apporter la preuve clinique que l'objectif thérapeutique visé a été obtenu (comparaison de la planification avec le résultat obtenu). L'analyse des données recueillies permet d'identifier les mesures thérapeutiques les plus efficaces «entre les mains» du praticien.

## 2.4 Infections aiguës

## Indication

Degré d'urgence élevé: il faut agir le jour même. En raison du risque d'extension de l'infection aiguë dans la région maxillo-faciale, impossible à évaluer en l'absence d'un diagnostic clinique précis, le patient doit être investigué sans délai.

## Objectif

- Prévenir l'extension et le passage à la chronicité
- Guérison de l'infection, élimination de la cause
- Restauration de la fonction (ouverture buccale)
- Élimination de la douleur

## Facteurs de risque

- Localisation, anatomie locale (nerfs, vaisseaux)
- Traitement analgésique insuffisant
- Radiothérapie
- Immunosuppression
- Bisphosphonates/denosumab

- Anticoagulation (particulièrement par les nouveaux inhibiteurs du facteur Xa)/diathèse hémorragique

## Lignes directrices

Les mesures actives comprennent:

- incision, drainage, traitement de racine, avulsion, antibiothérapie en fonction des facteurs de risque
- contrôle de l'évolution et de la fonctionnalité du drainage, jusqu'à la fin de la phase aiguë
- surveillance jusqu'à l'assainissement définitif

## Indicateurs pour l'évaluation

Persistence d'un exsudat inflammatoire, œdèmes et douleurs, formation de fistule.

- Troubles de la sensibilité, restriction fonctionnelle
- Réévaluation en cas de persistance des symptômes (anamnèse, examen)

## 2.5 Avulsions dentaires (extraction/avulsion chirurgicale)

## Indication

Une dent doit être extraite lorsqu'elle ne peut être assainie par des mesures parodontales, conservatrices, endodontiques ou chirurgicales, orthodontiques ou prothétiques.

L'extraction d'une dent peut être indiquée pour des raisons médico-dentaires, médicales ou sociales.

En l'absence d'une indication formelle, l'avulsion d'une dent sur demande expresse du patient n'est pas admissible.

## Objectif

- Élimination complète de la dent
- Régénération de la perte de tissu osseux
- Élimination de la pathologie concomitante en fonction de l'indication et du diagnostic préalable

## Facteurs de risque

- Anatomie locale (nerfs, vaisseaux, sinus maxillaires, tubérosités, etc.)
- Restriction de l'ouverture buccale
- Pathologie d'étiologie incertaine à la radiographie (p. ex. hémangiome)
- Position de la dent et type de rétention
- Région infectée
- Anticoagulation (particulièrement par les nouveaux inhibiteurs du facteur Xa)/diathèse hémorragique
- Ankylose

- Radiothérapie
- Immunosuppression
- Bisphosphonates/denosumab

### Lignes directrices

Un traitement antibiotique adjuvant de la zone infectée doit être envisagé.

Contrôles ultérieurs en fonction des conditions concomitantes et de la pathologie sous-jacente.

### Indicateurs pour l'évaluation

- Persistance d'un fragment
- Perturbation de la guérison des plaies
- Trouble neurologique
- Douleurs
- Pertes tissulaires
- Tuméfaction
- Restriction fonctionnelle
- Communication bucco-sinusienne

## 2.6 Apectomie/chirurgie apicale

### Indication

- En cas d'échec du traitement endodontique
- Pathologie de la région apicale

### Objectif

- Préserver ou restaurer la fonctionnalité dentaire

### Facteurs de risque

- Anatomie locale (nerfs, vaisseaux)
- Dents avoisinantes
- Infection du parodonte
- Fracture longitudinale de la racine
- Topographie radiculaire
- Parodontite marginale non traitée
- Radiothérapie
- Immunosuppression
- Bisphosphonates/denosumab
- Anticoagulation (particulièrement par les nouveaux inhibiteurs du facteur Xa)/diathèse hémorragique.

### Lignes directrices

Élimination de la pathologie apicale, obturation du canal radiculaire (étanche aux bactéries). Vérification de l'évolution vers la guérison clinique et radiologique.

### Indicateurs pour l'évaluation

- Fonction/conservation de la dent
- Formation d'une fistule
- Pas de guérison apicale sur le cliché radiologique après plus de 12 mois
- Symptômes cliniques (douleurs, tuméfaction, percussion, douleur à la pression)

## 2.7 Opération des kystes (kystes maxillaires)

Kystes maxillaires de faible volume

### Indication

En raison de leur croissance progressive et du risque d'infection, les lésions kystiques (ou kystoïdes) doivent être traitées par voie chirurgicale; un examen histopathologique doit être effectué.

En tant qu'alternative lors de petites ostéolyses apicales (DD: kystes radiculaires): traitement de racine conservateur, observation de l'évolution.

### Objectif

- Exérèse de la paroi du kyste et de la régénération osseuse
- Réduction du volume du kyste et préservation des structures avoisinantes (kyste folliculaire en denture mixte)
- Diagnostic histopathologique

### Facteurs de risque

- Anatomie locale (nerfs, vaisseaux)
- Pertes de substance
- Dents avoisinantes (dévitalisation)
- Risque de fracture lors d'interventions dans le maxillaire inférieur complètement édenté
- Récidives
- Anticoagulation (particulièrement par les nouveaux inhibiteurs du facteur Xa)/diathèse hémorragique

### Lignes directrices

Kystectomie avec traitement de la cause (résection ou extraction) et examen histopathologique.

Surveillance jusqu'à la guérison complète, en fonction du diagnostic histologique (kératokyste).

Lors de suspicion de tumeur odontogène, de processus ostéolytique/kystique de taille relativement importante ou de lésions kystique de nature incertaine, il est indiqué d'adresser le patient à un spécialiste ou à une clinique.

### Indicateurs pour l'évaluation

- Infection, formation de fistule
- Récidive
- Pas de guérison osseuse radiologique après plus de douze mois

## 2.8 Traumatismes dentaires

(à l'exception des fractures coronaires)

### Indication

Le traumatisme aigu est évalué immédiatement, et les mesures urgentes doivent être prises (hémostase, corps étranger, voies respiratoires).

Lors de fractures osseuses et lorsque le patient possède des dents naturelles, il s'agit toujours de fractures ouvertes.

### Objectif

- Restauration de la forme et de la fonction
- Préservation des dents

### Facteurs de risque

- Souillure/contamination
- Lacération des tissus mous
- Tétanos
- Occlusion
- Perte dentaire
- Lésions parodontales
- Dévitalisation
- Lésions osseuses/tissulaires
- Cicatrices
- Germes dentaires
- Traumatisme cranio-cérébral (commotion, contusion, amnésie)
- Radiothérapie
- Immunosuppression
- Bisphosphonates/denosumab
- Anticoagulation (particulièrement par les nouveaux inhibiteurs du facteur Xa)/diathèse hémorragique

### Lignes directrices

- Vérification de la cause et du lien de causalité
- Documentation photographique/contrôle de l'occlusion
- Repositionnement et fixation des os et des dents
- Les fractures osseuses nécessitent une immobilisation rigide
- Traitement des tissus mous
- Vérifier la prophylaxie antitétanique
- Vérification radiologique de la position des fragments et des dents repositionnées
- Contrôle de la fermeté de la contention, de l'occlusion et de l'évolution vers la guérison
- Prophylaxie anti-infectieuse (antibiotiques, hygiène buccale)
- Contrôle radiologique de l'évolution des dents après 14 jours, de la fracture quatre semaines après le retrait de l'attelle, contrôles ultérieurs après trois, six et douze mois (cliniques et radiologiques)

### Indicateurs pour l'évaluation

- Troubles de l'occlusion
- Formation de poches dans la région des dents traumatisées
- Cicatrices
- Persistance de dislocations dentaires
- Perte de vitalité inattendue
- Résorption radiculaire, ankylose
- Modification des contours
- Troubles de la sensibilité

## 2.9 Corrections plastiques

Il s'agit notamment des corrections qualitatives et quantitatives des tissus mous et osseux dans la sphère orale.

### Indication

- Status post-traumatique, séquelles iatrogènes en cas de trouble fonctionnel
- Corrections esthétiques
- Pertes tissulaires après excision de tissus mous
- Correction de défauts avant implantation
- Amélioration morphologique avant traitement prothétique
- Insertion de prothèses
- Avant insertion d'une prothèse (fixe)

### Objectif

- Restauration de la forme
- Augmentation tissulaire (quantitative)
- Correction de défauts (topographiques)
- Amélioration qualitative (rétractions cicatricielles)
- Modification qualitative (gencive)
- Modifications esthétiques et fonctionnelles

### Facteurs de risque

- Situation initiale
- Etat des tissus (cicatrices, rétractions, etc.)
- Type d'inflammation (état des muqueuses, état du parodonte)
- Maladies générales (diabète, ostéomalacie)
- Anatomie
- Risques relatifs à l'opérabilité
- Habitudes du patient
- Labilité psychique en cas de corrections esthétiques
- Radiothérapie
- Immunosuppression
- Bisphosphonates/denosumab
- Anticoagulation (particulièrement par les nouveaux inhibiteurs du facteur Xa)/diathèse hémorragique

### Lignes directrices

En principe, les recommandations formulées pour la chirurgie dento-alvéolaire s'appliquent.

Le choix des mesures chirurgicales est effectué en tenant compte de l'objectif, du pronostic et des capacités du patient quant à la résistance aux contraintes.

### Indicateurs pour l'évaluation

- Récidives
- Nécroses
- Déhiscences
- Séquestres osseux
- Divergence entre l'objectif et le résultat
- Inconfort inhabituel

## 3. Critères d'évaluation en implantologie orale

### Introduction

L'implantologie orale, développée sur la base du concept biologique de l'ostéo-intégration, est devenue une branche importante de la médecine dentaire moderne. Elle doit maintenant être prise en compte lors de la planification du traitement pour la réhabilitation orale des patients partiellement ou complètement édentés. Le traitement est divisé en une partie chirurgicale et une partie prothétique. Pour cette raison, la partie chirurgicale sera abordée en respectant les principes fondamentaux applicables à la chirurgie buccale et parodontale, alors que la partie prothétique sera soumise aux principes régissant la prothétique hybride et/ou conjointe des ponts et des couronnes. Il convient de prendre en compte la «SAC Classification of Implant Dentistry» de Dawson and Chen 2009, et de classer les traitements implantologiques en cas simples (*Simple*), exigeants (*Advanced*) et complexes (*Complex*).

A l'exemple de la procédure adoptée par les experts du groupe chirurgie orale/stomatologie, nous présentons dans ce chapitre les lignes directrices qualitatives dans le domaine de l'implantologie orale. Celles-ci s'accordent également avec les lignes directrices qualitatives élaborées en 1996/97 par la Commission spécialisée de la Société Suisse d'Implantologie orale (SSIO).

### Indication

- Ancre dans l'os alvéolaire de piliers pour la prothèse fixe ou amovible
- Ancre temporaire réciproque pour l'application de forces orthodontiques

### Objectif

- Intégration d'un ou de plusieurs implants dans l'os alvéolaire et les tissus mous (ostéo-intégration), sans lésion des structures anatomiques adjacentes, pour:
  - la restauration/amélioration de la fonction masticatoire
  - la restauration/amélioration de l'esthétique
  - la restauration/amélioration de la phonétique
- Préservation des tissus dentaires naturels
- Eviter les reconstructions prothétiques à haut risque (ponts de longue portée, ponts en extension)
- Prévention de la résorption du processus alvéolaire
- Simplification des traitements orthodontiques

### Facteurs de risque

Le clinicien doit tenir compte des facteurs de risque généraux. Le patient doit être informé de la présence de ses facteurs de risque et doit être renseigné à cet égard de manière adéquate. Quant aux facteurs de risque locaux, il est reconnu qu'un système stomatognathique exempt de maladies infectieuses et que la présence d'os alvéolaire sain dans la région prévue pour l'implantation constituent des conditions préalables fondamentales.

Facteurs de risque généraux élevés (= contre-indication absolue)

- Maladies graves des os, du métabolisme, de la coagulation sanguine, du système cardio-vasculaire, du système immunitaire, etc.
- Immunosuppression
- Consommation excessive d'alcool, abus de drogues
- Bisphosphonates i.v.

Facteurs de risque généraux (= contre-indication relative)

- Radiothérapie
- Diabète grave, notamment diabète juvénile
- Anticoagulation (particulièrement par les nouveaux inhibiteurs du facteur Xa)/diathèse hémorragique
- Tabagisme
- Maladies cardio-vasculaires
- Maladies rénales, etc.

**Facteurs de risque locaux**

(= contre-indication relative)

- Parodontite non traitée
- Restes radiculaires au niveau du site prévu de l'implantation (le cas échéant, procédure d'implantation immédiate après extraction)
- Infection locale
- Maladies érosives ou bulleuses de la muqueuse au niveau du processus alvéolaire
- Bruxisme
- Atrophie importante
- Limitation de l'ouverture buccale

**Lignes directrices****Infrastructure chirurgicale**

- Identiques aux exigences définies par les experts du groupe chirurgie orale/stomatologie.

**Sélection du système d'implants**

- Système d'implants avec contrôle de qualité (certification SQS, Association Suisse pour Systèmes de Qualité et de Management)
- Système d'implants bien documenté à long terme
- La documentation des matériaux implantables doit spécifier les charges/lots de fabrication (Ordonnance sur les dispositifs médicaux).

**Planification/collaboration au sein de l'équipe**

- Documents de planification, avec les résultats des examens cliniques et radiologiques
- Examens radiologiques adéquats (éventuellement avec gabarits)
- Lors de travail en équipe, la planification prothétique doit être réalisée avant la pose des implants et demande un investissement considérable pour les cas complexes
- Le suivi nécessaire à long terme doit être fixé selon entente mutuelle

**Information des patients**

- Information des patients sur les risques opératoires et les risques du traitement (rapport bénéfice/risque)
- Information sur les risques en cas d'échec (y compris péri-implantite)
- Information sur les solutions alternatives
- Devis détaillé

**Documentation**

- Les détails concernant l'indication, la planification du traitement, les accords conclus, l'information du patient et l'information sur les procédés chirurgicaux et prothétiques doivent être consignés dans le dossier du patient.
- Le statut clinique doit être documenté avant la pose des implants (photographie ou modèle).
- La position postopératoire de l'implant doit être documentée par une radiographie.

**Intervention chirurgicale**

- Technique opératoire ménageant les tissus mous et osseux
- Stabilité primaire de l'implant
- Responsabilité de l'opérateur quant à l'obtention d'une position de l'implant conforme à la planification

**Traitement prothétique**

- Le traitement prothétique est réalisé de préférence par le praticien qui a planifié la reconstruction.
- Pour les prothèses implanto-portées, il faut veiller particulièrement à obtenir une précision assurant l'adaptation passive des superstructures.

**Suivi et recall**

- Il faut assurer pour chaque patient un suivi professionnel à long terme avec contrôle de l'évolution.
- L'intervalle des recalls doit être adapté à la situation individuelle.
- Minimum: contrôle clinique annuel et contrôles radiologiques après un, trois, cinq et dix ans
- En cas de résultat pathologique d'un examen clinique ou radiologique, des contrôles à intervalles plus rapprochés sont généralement nécessaires.

**Indicateurs pour l'évaluation**

- Evolution de la cicatrisation des plaies
- Etat des tissus mous, stabilité de l'implant et statut radiologique après la phase de cicatrisation
- Evaluation clinique et radiologique de l'implant en phase de charge fonctionnelle:
  - symptômes subjectifs/douleurs
  - stabilité ou mobilité de l'implant
  - inflammation locale, formation de poches, péri-implantite
  - situation stable au niveau de la crête alvéolaire ou perte osseuse

**Responsabilités en cas d'échec**

- Echec précoce (phase de cicatrisation): chirurgie
- Echec tardif (phase de charge fonctionnelle): chirurgie/prothétique
- Défectuosité des matériaux/défauts de construction du système: fabricant
- Défauts techniques de la superstructure: laboratoire dentaire
- Non-respect des instructions d'hygiène ou des recalls: patient
- En cas d'échec précoce, il est généralement recommandé de faire preuve d'un comportement accommodant en matière de note d'honoraires.

## 4. Critères d'évaluation pour l'abord des affections de la cavité buccale (stomatologie/médecine orale)

### 4.1 Diagnostic des états pathologiques

**Indication**

Lors de chaque contrôle annuel, la cavité buccale doit être inspectée dans son ensemble, avec documentation des observations.

- Anomalies de la forme, de la structure ou de la couleur de la muqueuse buccale
- Douleurs
- Troubles fonctionnels
- Examen prophylactique dans les groupes à risque (âge, habitudes, médicaments et anamnèse)

**Objectif**

En considérant l'anamnèse:

- Dépister des risques pour malignité (tabagisme, alcool)
- Dépister les effets secondaires des médicaments
- Dépistage précoce des lésions précancéreuses et des tumeurs malignes
- Information du patient, explications
- Mise en œuvre sans délai de mesures diagnostiques supplémentaires

**Facteurs défavorables**

- Examens préalables sans diagnostic
- Malentendus, interprétations erronées du patient
- Cancérophobie
- Barrière linguistique
- En ce qui concerne le diagnostic interventionnel, voir aussi les «Facteurs entravant l'évaluation diagnostique».

### Lignes directrices

- Frottis pour la bactériologie (candidose)
- Biopsie des lésions bénignes d'étiologie incertaine (histopathologie, immunohistochimie)
- Les prélèvements tissulaires (biopsies) constituent l'étalon-or, la cytologie (par cytobrosses) est une méthode d'appoint (cave: résultats faussement négatifs).
- Schéma de réflexion: vérification du diagnostic en contrôlant l'évolution, réévaluation lors d'évolution atypique, consilium par le spécialiste, évaluation interdisciplinaire

En cas de doute, il ne faut pas attendre plus d'une semaine (phase d'observation) avant d'entreprendre ou de planifier de nouvelles mesures diagnostiques.

A la moindre suspicion de malignité, il ne faut pas biopsier la lésion, mais adresser sans délai le patient à un spécialiste, ou l'hospitaliser.

Lorsqu'il n'est pas possible de poser un diagnostic, le patient doit être adressé immédiatement à un spécialiste, ou hospitalisé.

### Schéma diagnostique

Voir ci-dessous

### Indicateurs pour l'évaluation

- Biopsie non représentative
- Qualité de l'évaluation histopathologique
- Respect du schéma de réflexion diagnostique
- Persistance de l'incertitude diagnostique
- Retard avant l'instauration de mesures permettant de poser un diagnostic de certitude

## 4.2 Traitement des états pathologiques

### Indication

- Douleurs
- Altérations de la couleur
- Troubles fonctionnels (dégénération)
- Altérations des caractéristiques de surface (ulcère, atrophie)
- Autre altérations (vésicules, desquamation)
- Tuméfactions

### Objectif

- Guérison
- Amélioration des symptômes
- Explications sur les comportements à risque
- Observation pour la détection rapide des lésions à risque

### Facteurs de risque

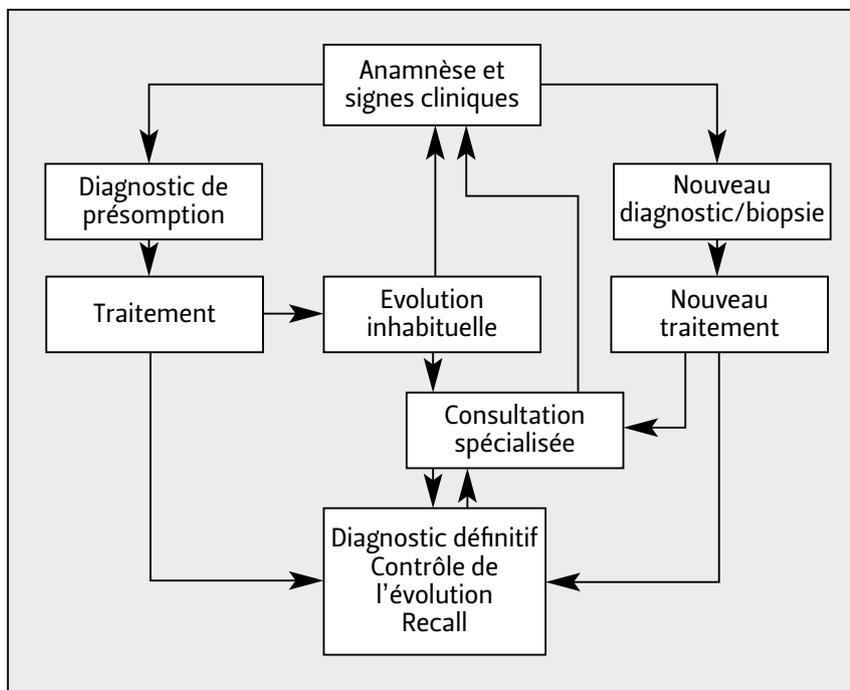
- De manière générale, se référer au point 2.3
- Organisation inadéquate du système de recall
- Localisation des lésions (plancher buccal, canaux excréteurs, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Lésions concomitantes des gencives/du parodonte
- Formes d'évolution atypiques

### Lignes directrices

- Traitement causal, médicaments, chirurgie
- Traitement symptomatique, médicamenteux, protection mécanique (gouttière, plaque)
- Explication des comportements à risque
- Diagnostic et traitement *ex juvantibus*, avec un délai
- Planifier le suivi

### Indicateurs pour l'évaluation

- L'évolution ne correspond pas aux attentes/prévisions.
- Planification du suivi
- Respect de la procédure spécifiée
- Comparaison de l'objectif du traitement avec les résultats obtenus



## 5. Bibliographie

Ayer G: Qualitätssicherung in der Chirurgie. Bericht vom Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie 1997. Die Union 3: 9, 1997.

Advisory Board in General Dental Practice, Faculty of Dental Surgery, Royal College of Surgeons of England. Clinical Standards in General Dental Practice. Heanor Gate Printing Ltd, Derby 1991.

American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Parameters of Care for Oral and Maxillofacial Surgery. J Oral Maxillofac Surg 53, suppl. 5, 1995.

Burke F J T, Wilson N H F: Who needs clinical audit? International Dental J 44: 495-500, 1994.

Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Hopkins A: Appraising clinical guidelines and the development of criteria - a pilot study. J Interprofessional Care: 9: 227-235, 1995.

Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams P C, Higgins B, Purves I, Russell I: Developing valid guidelines: methodological and procedural issues from the North of England Evidence Based Guidelines Development Project. Quality in Health Care 5: 44-50, 1996.

Froehlich F, Universitäts-Poliklinik Lausanne: Qualitätssicherung in der Medizin am Beispiel der Gastroenterologie. Vortrag Workshop Qualitätssicherung im Spital, Ittingen 1998.

Gebert A J: Konzeptuelle Ansätze in der Qualitätsbeurteilung, Qualitätssicherung und Qualitätssicherung. Swiss Surg 1: 8-14, 1995.

Gutzwiller F: Qualitätssicherung im schweizerischen Gesundheitswesen. In: Adler H, Chrzanowski R, Kocher G (Hrsg). Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Schriftenreihe der SGGG 29: 7-23, 1993.

Halbritter S A, Spieler P, Bornstein M M: Risikoläsionen der Mundhöhlenschleimhaut. Diagnostik, Therapie und Nachsorge anhand zweier Fallberichte. Schweiz Monatsschr Zahnmed, 117, 730-745, 2007

Kübler A, Mülling J: Leitlinien für die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Springer Berlin 1998.

Kunkel M, Wagner W: Operative Entfernung von Weisheitszähnen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) 2012

McGeorge A: The Use of Medical Audit for Producing Guidelines of Medical Practice. Swiss Surg 1: 29-34, 1995

Pfisterer M: Praxisrichtlinien für die Schweiz - Was bedeuten sie in der Praxis? Schweiz. Med. Wochenschrift 127: 1177-1178, 1997.

Sailer H F, Pajarola G F: Orale Chirurgie. Farbatlanten der Zahnmedizin Bd. 11. Thieme Stuttgart 1996, 2-22.

Wieland Th: Iatrogene Komplikationen und Qualitätsverbesserung im medizinischen Alltag. Schweiz. Med. Wochenschrift 126: 517-521, 1996.

Dawson A, Chen S, Buser D, Cordaro L, Martin W, Belser U: The SAC Classification in Implant Dentistry - Straightforward - Advanced - Complex. Quintessenz 2009

## 6. Auteurs des lignes directrices en chirurgie orale/implantologie/stomatologie

Marc Baumann, Zurich  
Hermann Berthold, Berne  
Daniel Buser, Berne  
Karl Dula, Thoune  
Andrea Glocker, Zurich  
Nicolas Hardt, Lucerne  
J. Thomas Lambrecht, Bâle  
Gion F. Pajarola, Zurich  
Hermann F. Sailer, Zurich  
Harald Schiel, Bâle  
Philipp Tachezy, St-Gall

Révision du 24.12.2013  
Michael M. Bornstein, Berne  
Vivianne Chappuis, Berne  
Andreas Filippi, Bâle  
Sebastian Köhl, Bâle

Responsables de la traduction française:  
Jacques Rossier  
Thomas Vauthier