



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**TRAITEMENT DES AGÉNÉSIES DENTAIRES MULTIPLES LIÉES AUX DYSPLASIES
ECTODERMIQUES OU À D'AUTRES MALADIES RARES,
CHEZ L'ENFANT ATTEINT D'OLIGODONTIE,
AVEC POSE DE 2 IMPLANTS (VOIRE 4 MAXIMUM)
UNIQUEMENT DANS LA RÉGION ANTÉRIEURE MANDIBULAIRE,
AU-DELÀ DE 6 ANS, ET CE JUSQU'À LA FIN DE LA CROISSANCE,
APRÈS ÉCHEC OU INTOLÉRANCE DE LA PROTHÈSE CONVENTIONNELLE**

Classement CCAM : 07

Codes : LBQP001 - LBMP001 - 06NC030 - HLBD056 - 06NC031
06NC032 - 06NC033 - 06NC034 - 06NC035 - 06NC036
06NC037 - HBMD019 - 06NC038 - 06NC039 - 06NC040
06NC041 - 06NC042 - 06NC043 - 06NC044 - 06NC045
06NC046

DÉCEMBRE 2006

Service évaluation des actes professionnels

L'ÉQUIPE

Ce dossier a été réalisé par le Dr Françoise SAINT-PIERRE, chef de projet, au Service évaluation des actes professionnels.

La recherche documentaire a été effectuée par Sophie DESPEYROUX, documentaliste, avec l'aide de Julie MOKHBI, sous la direction du Dr Frédérique PAGES, docteur ès sciences.

L'organisation de la réunion et le secrétariat ont été réalisés par Félix MULLER.

.....
Pour tout contact au sujet de ce dossier :

Tél. : 01 55 93 71 12

Fax : 01 55 93 74 35

E-mail : contact.seap@has-sante.fr

Service évaluation des actes professionnels
Chef de service, Dr Sun Hae Lee-Robin
Adjoint au chef de service, Dr Denis Jean David, docteur ès sciences

SYNTHÈSE

INTRODUCTION

L'évaluation des 21 actes concernant la prise en charge du traitement des agénésies dentaires multiples liées aux dysplasies ectodermiques ou à d'autres maladies rares fait suite à un premier rapport Anaes de 2004 concernant la pose d'implants chez l'enfant atteint d'agénésies dentaires. Cette évaluation complémentaire a été demandée par l'Uncam, en vue de l'inscription et de la tarification des actes suivants à la Classification Commune des Actes Médicaux :

- Enregistrement des rapports maxillo-mandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur.
- Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires.
- Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire.
- Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire.
- Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical.

Pose d'implant préprothétique intra-osseux intrabuccal :

- *le premier implant au cours de la même séance de pose d'implant,*
- *chacun des suivants jusqu'au 4^{ème} implant au cours de la même séance de pose d'implants.*

Dégagement et activation d'implant préprothétique intra-osseux intrabuccal :

- *le premier implant au cours de la même séance de dégagement et activation d'implant,*
- *chacun des suivants jusqu'au 4^{ème} implant au cours de la même séance de dégagement et activation d'implants.*

Pose de moyen de liaison sur implants intrabuccaux :

- *le premier moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même séance de pose de moyen de liaison,*
- *chacun des suivants jusqu'au 4^{ème} implant au cours de la même séance de pose de moyen de liaison.*

Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire.

Ablation d'un implant préprothétique intra-osseux intrabuccal avec résection osseuse :

- *le premier implant au cours de la même séance d'ablation d'implant,*
- *chacun des suivants au cours de la même séance d'ablation d'implants.*
- Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant moins de 9 dents.
- Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant de 9 à 13 dents.
- Pose d'une prothèse amovible complète mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine.
- Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents.
- Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents.
- Pose d'une prothèse amovible complète mandibulaire supra-implantaire à châssis métallique.
- Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra-implantaire.

CONTEXTE

Contexte médical

Les agénésies multiples peuvent être associées à des maladies rares avec syndromes malformatifs complexes. Les maladies les plus fréquentes, et les plus représentatives en nombre de patients atteints, sont les dysplasies ectodermiques (plus de 150 formes ont été individualisées à ce jour parmi lesquelles environ 111 présentent des anomalies dentaires).

Leur fréquence est estimée de 1 à 7 pour 100 000 naissances, toutes formes confondues.

Dans une population suédoise jeune, la fréquence de l'oligodontie isolée était évaluée à 0,090 %, et la fréquence de l'oligodontie associée à une dysplasie ectodermique était comprise entre 0,045 % et 0,0090 %, soit 45 à 9 pour 100 000 habitants.

Des centres de référence pour maladies rares, parmi lesquels des centres de référence pour les manifestations odontologiques des maladies rares, sont désignés et labellisés pour 5 ans, sur avis du comité national consultatif de labellisation.

Nomenclatures étrangères

Ces actes n'ont pas été identifiés dans les nomenclatures étrangères.

ÉVALUATION

La méthode proposée par la HAS pour évaluer le service attendu ou rendu des actes professionnels est fondée sur les données scientifiques identifiées et la position des professionnels réunis dans un groupe de travail.

Une recherche documentaire sur la période 1990 - sept 2006 a été effectuée par interrogation des principales bases de données bibliographiques médicales (*Medline*, la *Cochrane Library*, *National guideline clearinghouse* et *HTA Database*). 363 documents ont été obtenus ; 35 ont été cités, et 15 ont été analysés.

Publications étudiées

Il existe très peu de littérature concernant ces actes.

Ont été analysés :

- une conférence de consensus sur les implants chez les jeunes patients ainsi que 9 études de cas issus d'un premier rapport Anaes 2004 (l'analyse a été réorientée pour ce nouveau dossier),
- trois études de cas et 1 étude prospective,
- un rapport HAS de 2005 concernant l'anesthésie générale en odontostomatologie.

Indications

Agénésies dentaires multiples liées aux dysplasies ectodermiques ou à d'autres maladies rares, chez l'enfant atteint d'oligodontie, avec pose de 2 implants (voire 4 maximum) uniquement dans la région antérieure mandibulaire, au-delà de 6 ans, et ce jusqu'à la fin de la croissance, après échec ou intolérance de la prothèse conventionnelle.

L'ensemble de ces actes concerne l'oligodontie mandibulaire (la pose d'implants au maxillaire est contre-indiquée chez l'enfant).

Efficacité / Sécurité

Étape préimplantaire

Aucune littérature identifiée.

Étape chirurgicale

Douze études de cas (n=18) décrivent la pose d'implants chez l'enfant (âge moyen : 8,1 ans).

Une seule étude prospective évalue le taux de survie des implants (n=168) à 2 ans. Le taux de survie est de 85 % pour les enfants de moins de 11 ans et 87 % pour les jeunes entre 11 et 18 ans ; ce taux de survie était inférieur au groupe adulte (95 %) tout au long du suivi.

Dans toutes les études, la pose se fait en 2 temps avec un dégagement et activation de l'implant, 4,5 mois en moyenne, après la pose.

L'utilisation d'attachements unitaires sphériques boules comme moyens de liaison a été rapportée (5 cas). La réalisation d'une barre de jonction reliant 2 implants, et clipée au niveau de la prothèse implantoportée, a également été rapportée (5 cas). En présence de 4 implants, les 2 barres unilatérales étaient séparées au niveau de la ligne médiane afin de tenir compte de l'accroissement possible de la dimension transversale mandibulaire antérieure.

Le resserrage d'un attachement boule est décrit 4 mois après sa pose (1 cas).

Aucun cas de retrait chirurgical d'implant n'a été décrit dans la littérature.

Deux cas d'enfouissement d'implant (anodonties partielles avec éruption des dents voisines de l'implant) ont nécessité de changer le pilier en choisissant un pilier plus long, et ensuite de corriger la prothèse.

Étape prothétique

Aucune étude évaluant les prothèses implantoportées chez l'enfant n'a été identifiée.

Les études de cas portant sur la pose d'implants soulignent que les prothèses et les dispositifs d'attachement des prothèses doivent être contrôlés régulièrement. Chez un enfant suivi durant 3 ans, il a été décrit un repositionnement des parties femelles O ring à 2 reprises pour compenser une expansion transversale de 2 mm et la réalisation d'une 2^{ème} prothèse mandibulaire.

En conclusion, comme le soulignait le précédent rapport Anaes 2004, les bénéfices fonctionnels, esthétiques et psychologiques, considérables par rapport aux méthodes prothétiques traditionnelles, doivent être mis en balance avec l'existence de possibles complications, particulièrement dans certains cas d'édentation partielle, telles que la nécessité de changer les piliers ou la possibilité d'avoir à retirer les implants à une date ultérieure.

Les études de cas restent peu nombreuses, et des études cliniques à long terme sont nécessaires.

Place dans la stratégie diagnostique et thérapeutique

Traitement alternatif avant la fin de la croissance, quand échec ou intolérance de la prothèse amovible conventionnelle.

Conditions d'exécution

Il existe un consensus dans la littérature sur la nécessité d'un environnement spécifique avec une équipe pluridisciplinaire, ayant une formation spécifique, pour une prise en charge globale de l'enfant ainsi que sur la nécessité d'un plateau technique adéquat.

Le recours à l'anesthésie générale peut être préconisé. Cinq études rapportent la pose d'implants sous anesthésie générale.

Impact sur la santé de la population, le système de soins et les programmes de santé publique

Aucune étude n'a été identifiée.

Position du groupe de travail

Population cible

Les dysplasies ectodermiques sont multiples (150), mais il existe aussi d'autres exemples, bien que rarissimes, où des cas sévères d'agénésie existent (syndromes de Rieger, Pierre Robin, Down). La prise en charge des agénésies multiples doit donc s'appliquer à tous les syndromes génétiques, et doit exclure tous les syndromes non génétiques.

Les centres de référence évaluent actuellement la prévalence, mais ne sont pas complètement en mesure de la chiffrer. Pour l'instant, la maladie est sous-diagnostiquée, mais le nombre de patients par an ne saurait excéder 100.

Étape préimplantaire

Le groupe souhaite modifier le libellé « Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires » avec « Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages et/ou sur logiciel de simulation des arcades dentaires ».

L'utilisation du logiciel est intéressante, car il permet de visualiser les dimensions réduites des crêtes et les modifications structurales chez l'enfant (possibilité ou pas de poser des implants), et il débouche directement sur la réalisation du guide chirurgical à partir des données obtenues. Le logiciel donne une information sur la structure osseuse avec une analyse densitométrique.

Les radios panoramiques et le scanner ou la tomographie volumique sont indispensables. Les résultats du scanner seront demandés sur CD Rom, et non sur papier.

La téléradiographie de profil permet d'apprécier la croissance.

Étape chirurgicale

Le plateau technique nécessite un bloc opératoire classique avec présence d'un anesthésiste si agénésie générale (AG).

L'intervention se fera sous sédation ou sous AG selon la décision de l'équipe.

- La pose en 2 temps est privilégiée, mais toutefois la pose en 1 temps ne doit pas être totalement exclue. Le dégagement de l'implant se fera 4 mois minimum après la pose.

Quand un implant est retiré, la pose d'un nouvel implant ne saurait être envisagée avant minimum 1 an.

- Pose de moyens de liaison : les moyens unitaires sont à privilégier durant la croissance, et la barre sera éventuellement envisagée en fin de croissance.

Dans tous les cas, un suivi très régulier (tous les 3-6 mois) est impératif.

Les piliers doivent être révisés au moins 2 fois par an (au début à 3 mois puis 6 mois) pour vérifier l'ostéointégration avec un suivi clinique et radiographique (rétro-alvéolaire), ainsi qu'une maintenance (détartrage).

Il est important de mentionner que la pose d'implant chez l'enfant ne peut être envisagée comme la solution définitive. Le plan de traitement initial pourra être reconsidéré tout au long de la croissance. L'enfant est un individu en évolution, et l'on peut être amené à réintervenir.

Étape prothétique

La prothèse avec châssis métallique ne saurait être réalisée avant la fin de la croissance.

La prothèse à plaque base résine sera rebasée, et réajustée en fonction de la croissance.

Le groupe estime qu'il manque 3 libellés :

- réfection de la base d'une prothèse amovible complète mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine,
- réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant de 9 à 13 dents,

- réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant moins de 9 dents.

Les agénésies multiples peuvent être associées à des maladies rares avec syndromes malformatifs complexes. Les maladies les plus fréquentes, et les plus représentatives en nombre de patients atteints, sont les dysplasies ectodermiques (plus de 150 formes ont été individualisées à ce jour, parmi lesquelles environ 111 présentent des anomalies dentaires).

Leur fréquence est estimée de 1 à 7 pour 100 000 naissances, toutes formes confondues.

Le nombre de patients concernés par l'acte ne saurait excéder 100 patients par an (avis d'experts).

CONCLUSION

Chez l'enfant, à partir de 6 ans, et ce jusqu'à la fin de la croissance, en présence d'agénésies dentaires multiples liées aux dysplasies ectodermiques ou à d'autres maladies rares, la pose de 2 (voire 4) implants uniquement dans la région antérieure mandibulaire permet de stabiliser une prothèse implantoportée.

Les bénéfices fonctionnels, esthétiques et psychologiques, considérables par rapport aux méthodes prothétiques traditionnelles, doivent toutefois être mis en balance avec l'existence de possibles complications, particulièrement dans certains cas d'édentation partielle, telles que la nécessité de changer les piliers, ou la possibilité d'avoir à retirer les implants à une date ultérieure. La prothèse implantoportée est le seul traitement alternatif pour remplacer les dents absentes après échec ou intolérance de la prothèse amovible conventionnelle.

En conclusion, le SA est jugé suffisant pour 18 actes :

- ASA importante (II), car gravité de la pathologie (handicap fonctionnel et social, qualité de vie, malnutrition), et absence d'alternative pour 13 actes.
- ASA sans objet pour 5 actes (ablation, dégagement, révision).

Avis défavorable pour les 3 actes concernant les prothèses à châssis métallique qui ne sont proposées qu'en fin de croissance.