



Article analysé
Politis C, Agbaje J, Van Hevele J, Nicolielo L, De Laat A, Lambrechts I, Jacobs R. Report of neuropathic pain after dental implant placement: a case series. Int J Oral Maxillofac Implants 2017; 32 (2): 439-44.

Implantologie et douleurs neuropathiques postopératoires

Pascal De March
MCU-PH, Université de Lorraine
Responsable de rubrique

En chirurgie implantaire, les douleurs postopératoires persistantes sont parmi les complications les plus difficiles à gérer, d'abord pour le patient qui ressent une souffrance à différents niveaux d'expression physiques et psychologiques qui entrent en résonance, ensuite pour le praticien qui peine parfois à prendre la mesure des conséquences d'une douleur exacerbée ou inhabituellement persistante, et qui ne cède pas aux précautions ou aux mesures antalgiques courantes. Les actes de chirurgie orale, dont la pose d'implants, peuvent léser ou irriter durablement une branche du nerf trijumeau à la mandibule, mais aussi au maxillaire, avec des conséquences importantes pour le patient comme pour le praticien. Les douleurs neuropathiques sont ainsi causées par une lésion ou une affection du système nerveux somato-sensoriel. Comment gérer ces douleurs face auxquelles les praticiens se trouvent souvent démunis ? Les auteurs de cet article nous donnent des éléments de réponse grâce à une

étude rétrospective incluant 26 patients adressés au département de chirurgie orale et maxillo-faciale de Louvain entre janvier 2013 et juin 2014 pour des douleurs postopératoires persistantes après la pose d'implants à la mandibule, au maxillaire ou dans la région zygomatique. Les types de symptômes varient selon les patients : de la perte de sensibilité à des douleurs continues de nature variable. Ils sont apparus moins de 24 heures après la pose de l'implant pour 17 patients dont 12 présentaient une lésion nerveuse établie. Chez d'autres patients, les symptômes sont survenus après la mise en charge ou dans une période indéterminée. Tous les patients inclus ont été suivis pendant au moins un an après le diagnostic initial. Selon les cas, le traitement appliqué a été chirurgical, incluant la dépose de l'implant, son apicectomie, la décompression du nerf par ostéotomie sagittale (split), par cryothérapie ou encore par traitement pharmacologique. Sur les 26 patients inclus, la cause de la douleur par la mise en évidence d'une lésion d'un nerf a pu



être établie pour 17 d'entre eux, mais est demeurée indéterminée pour les 9 autres. 18 patients souffrants ont reçu un implant mandibulaire, mais les 8 autres un implant maxillaire dont 2 zygomatiques. La méthode chirurgicale, qui constitue la première option thérapeutique en cas de lésion nerveuse avérée, a pu réduire la douleur chez 2 patients sans thérapeutique complémentaire et chez 12 autres patients avec un soutien pharmacologique supplémentaire. En cas de contre-indication ou d'inefficacité du

traitement chirurgical, une combinaison d'amitriptyline (antidépresseur qui provoque diminution du recaptage présynaptique de la noradrénaline et de la sérotonine dont la transmission synaptique est facilitée) et de vitamines a été administrée. Cette combinaison a permis de réduire la douleur chez 8 patients sur 15 ainsi traités. Les auteurs expliquent que la lésion d'un nerf ou d'une branche nerveuse au cours de la pose d'implant est l'une des causes principales des douleurs neuropathiques et que ces lésions nerveuses peuvent aboutir à des douleurs orofaciales persistantes, surtout si le nerf alvéolaire inférieur (V.3) est concerné. Une douleur inhabituellement aiguë dans les 24 heures qui suivent la pose ou la mise en charge d'un implant doit être rapidement évaluée et traitée, car elle peut signer une lésion nerveuse. Pour être efficace, la décompression chirurgicale, en première option la dépose de l'implant, doit intervenir le plus tôt possible. Dans l'étude, 2 retraits d'implant dans les trois mois après les symptômes ont permis une amélioration, alors que ce ne fut pas le cas pour ceux ôtés après 4 mois. Par ailleurs, l'usage de faibles doses d'antidépresseur peut aussi être efficace pour calmer les symptômes, mais aucun traitement pharmacologique n'a pu résoudre à lui seul des douleurs neuropathiques. Les auteurs insistent donc sur la nécessité des mesures préventives à l'implantologie, en particulier la localisation du nerf alvéolaire inférieur, et sur la vigilance face aux douleurs postopératoires ne cédant pas aux antalgiques habituels, en particulier lorsque des implants sont posés à proximité de canaux neuro-vasculaires. Ils recommandent donc la dépose précoce de l'implant sous 48 heures en cas de risque avéré, car aucun traitement chirurgical ou médical ne guérit complètement une douleur neuropathique établie. L'antidépresseur amitriptyline semble alors le seul recours pour en améliorer les symptômes.

QUESTIONS À



Reinhilde JACOBS, professeur des universités à l'université de Louvain (Belgique), responsable du service de radiologie orale et maxillo-faciale (<https://www.uzleuven.be/nl/diensten-centra-en-afdelingen/centrum-voor-dentomaxillofaciale-beeldvorming>) et coordinatrice du groupe de recherche OMFS-IMPATh (<https://www.omfsimpath.be/>); prévention et gestion des risques associés aux chirurgies orales, dont les lésions neuro-vasculaires).

Vous avez dirigé l'étude rapportée dans cette revue, existe-t-il des signes qui permettent de faire à coup sûr le diagnostic positif d'une lésion nerveuse indiquant la dépose de l'implant ?

Un patient présentant une douleur neuropathique immédiatement après la pose d'un implant exprime des signes et symptômes postopératoires différents par rapport à la douleur postopératoire normale liée au traumatisme chirurgical de la pose d'un implant, tels que l'inflammation et l'enfllement. Dans les premières 24 heures après la chirurgie, ces patients contacteront leur chirurgien-dentiste ou se rendront aux urgences, après la levée de l'anesthésie, faisant état très souvent d'une pression nerveuse et/ou d'une douleur intolérable au niveau de la zone en question. Il est impératif de diagnostiquer ces patients dans les plus brefs délais pour permettre d'entamer le traitement approprié le plus rapidement possible. Ultérieurement, les symptômes peuvent évoluer, rendant le diagnostic et les chances de rémission plus difficiles.

En quoi la dépose précoce de l'implant permet-elle une évolution favorable de la lésion et des douleurs associées ?

En cas de pression directe ou indirecte (par le biais d'un hématome) au niveau du nerf, l'implant doit être retiré le plus rapidement possible. Plus le retrait de l'implant se fait rapidement, meilleures seront les chances de rémission du nerf. La spécialiste Tara Renton recommande, dans une série de cas rapportés, une dépose dans les 30 heures suivant la pose de l'implant. Dans le cas où une véritable lésion nerveuse est présente, un traitement chirurgical basé sur la régénération ou la transplantation peut être envisagé. Le facteur temps demeure bien évidemment crucial : plus le traitement est effectué rapidement suite à la lésion nerveuse, meilleur sera le pronostic. Il est donc recommandé d'entamer le traitement dans les premières 30 heures suivant le traumatisme nerveux. Sans cela, la totalité du traitement devrait avoir lieu dans un délai maximal de six semaines suite à ce traumatisme. De nouvelles méthodes telles que des procédures de régénération nerveuse par le biais de cellules souches et

de bioimpression de structures nerveuses ont été décrites, mais davantage de séries de cas demeurent nécessaires pour les valider.

Des implants posés à distance des troncs nerveux ou canaux vasculo-nerveux principaux peuvent-ils également causer des douleurs de type neuropathiques ? Si oui, pourquoi ?

Ceci peut en effet se produire. Selon Tara Renton, environ 50 % des lésions sont en fait causées par un traumatisme indirect dû à la formation d'un hématome (voir <http://trigeminalnerve.org.uk/about-us/staff-profiles/>). En effet, le forage étant effectué jusqu'à une profondeur plus importante que celle de la mise en place de l'implant, la formation d'un hématome en dessous de ce dernier pourrait induire une pression au niveau du nerf. Une telle pression pourrait à son tour causer une compression neuropathique et potentiellement résulter en des dégâts permanents.

Quelles peuvent être les étiologies possibles des douleurs neuropathiques pour lesquelles une lésion nerveuse n'est pas établie ?

La douleur neuropathique orofaciale regroupe principalement des phénomènes douloureux souvent complexes aux étiologies maintes fois incertaines. Certains patients sont aussi fréquemment référés assez tardivement chez un spécialiste. À un tel stade avancé, les symptômes pourraient déjà avoir évolué, et les médicaments prescrits ainsi que les traitements antérieurs administrés pourraient masquer encore plus les symptômes. Le diagnostic différentiel devient alors difficile, induisant parfois un cas non diagnostiqué et où l'étiologie peut être remise en cause.

VOIR AUSSI...

Jacobs R et al. Neurovascular disturbances after implant surgery. Review. Periodontol 2000, 2014; 66 (1): 188-202.

Devine M, Taylor S, Renton T. Chronic post-surgical pain following the placement of dental implants in the maxilla: a case series. Eur J Oral Implantol 2016, 9 Suppl 1 (2): 179-86.

Yilmaz Z et al. A Survey of the opinion and experience of UK dentists: Part 1: The incidence and cause of iatrogenic trigeminal nerve injuries related to dental implant surgery. Implant Dent 2016; 25 (5): 638-45.