Médirisq est un cabinet de courtage créé par des professionnels de santé pour des professionnels de santé

L'ACTU JURIDIQUE

Perte d'une couronne implanto-portée

contact@medirisq.fr
04 76 70 9000
www.medirisq.fr

1-Rappel des faits

Femme de 70 ans qui consulte un chirurgien-dentiste dans le but de faire réaliser des prothèses implanto-portées fixes en remplacement d'une prothèse amovible mandibulaire. L'examen clinique permet d'objectiver une parodontite chronique avec un parodonte fin. Après réalisation d'un orthopantomogramme, constatant l'absence au niveau maxillaire des dents 18/17/26/27 et 28 et à la mandibule de celles n°34/33/32/31/41/42 ainsi qu'une occlusion antérieure en bout à bout, un devis lui est établi en vue de la pose d'une prothèse fixe maxillaire implanto-portée et stellite bas stabilisé par un implant. Après réflexion, une nouvelle consultation est réalisée un mois plus tard avec proposition d'une réhabilitation fixe de la mandibule, finalement refusée par la patiente qui ne souhaite pas de greffe osseuse mandibulaire. Cette dernière consultera à nouveau deux mois plus tard et une réhabilitation uniquement de la mandibule par arcade réduite lui sera proposée et finalement acceptée. Le plan de traitement consiste à la prise en charge initiale de la parodontite, à l'extraction de la dent n°16, en raison d'une lyse osseuse importante, avec soin composite de la dent n°14 ainsi qu'à la pose de 3 implants mandibulaires sur les sites 35, 43 et 45. Cette pose sera effectuée trois mois plus tard avec la réalisation d'une sanification parondotale basse. Au cours de la consultation de contrôle, 15 jours plus tard, il est noté une bonne évolution de la plaie et il est procédé à l'avulsion des points de suture avec réalisation d'une sanification parodontale haute. Le second temps chirurgical consiste deux mois plus tard à la pose des piliers provisoires avec une réhabilitation prothétique définitive 8 semaines après avec pose d'une couronne céramo métallique au niveau du site 35 et bridge au niveau des sites 43/44 plus une dent postiche sur le site 45 en raison de la trop grande proximité avec le trou mentonnier et le nerf dentaire. Dans les suites, la patiente a consulté à plusieurs reprises pour un épisode inflammatoire pour lequel le praticien préconise un brossage méticuleux en raison d'un nettoyage inter-dentaire insuffisant et pratique une irrigation sous-gingivale à la Chlorhexidine. Elle présente par la suites des douleurs à la mâchoire et des tensions aux muscles masséters et temporaux, avec une mobilité dentaire, motivant le port nocturne d'une gouttière pour traiter le bruxisme ainsi qu'une nouvelle irrigation à la Chlorhexidine. La patiente reconsulte six mois plus tard en urgence pour la perte de l'implant au niveau du site 35 pour lequel une proposition de repose d'un nouvel implant est discuté. Cependant, la patiente fera finalement le choix de consulter un nouveau chirurgien-dentiste.

2-Procédure

La protection juridique de cette patiente va se rapprocher de l'Assureur du chirurgien-dentiste en vue de la mise en place d'une expertise amiable contradictoire afin d'évaluer les préjudices de leur sociétaire.

Après accord des parties, cette expertise est réalisée en présence de la patiente ainsi que de deux Experts chirurgiens-dentistes respectivement désignés par les deux Compagnies d'Assurance.

3-Décision

Dans leur rapport, les Experts estiment que l'information a été clairement donnée avec l'établissement de devis et une prescription préopératoire correcte. Malgré l'analyse conforme du chirurgien-dentiste en faveur de la réhabilitation maxillaire et des molaires de la mandibule ce dernier est passé outre conformément aux vœux de la patiente. Il est reproché au chirurgien-dentiste la prise en charge tardive de la parodontopathie qui s'est faite au moment de la chirurgie implantaire. Ils retiennent ainsi qu'au terrain potentiellement inflammatoire s'est ajouté un déficit fonctionnel faisant supporter les contraintes de mastication uniquement sur des incisives et sur les couronnes implanto-portées qui ne pouvaient pas suppléer l'absence des molaires 37/36/46 et 47. La lyse osseuse péri-implantaire a fini par générer la perte de l'implant du site 35. Par ailleurs, ils relèvent que l'abrasion des faces occlusales des dents 33/32/31 et 41 signe une occlusion en bout à bout générant des contraintes importantes donc une usure de l'émail révélant la structure dentinaire. Les Experts concluent qu'en se laissant imposer un certain traitement le chirurgien-dentiste endosse la responsabilité complète de l'échec tant pour la couronne implanté portée du site 35 que sur le bridge qui devra être déposé en raison d'une cratérisation importante au niveau de l'implant site 43 et naissante au niveau du site 44.

L'Assureur du praticien a ainsi dû supporter l'indemnisation des dépenses de santé actuelles de la patiente ainsi qu'un pretium doloris pour un montant total de 7 943,75 €.

Analyse Médico-Légale

Quelle que soit la spécialité exercée, le devoir d'information et le consentement aux soins (implantologie, relevé de sinus, greffe osseuse etc) doivent figurer dans le dossier du patient.

Enfin, et surtout, le professionnel de santé ne doit jamais accepter les pressions du patient pour la réalisation de soins qui ne seraient pas conformes aux règles de l'art car, dans tous les cas, c'est le praticien qui reste seul responsable.