

## Éditorial

Chères Consœurs,  
Chers Confrères,

Notre profession est en perpétuelle évolution avec la nécessité de s'adapter à de nouvelles exigences.

Conscient de cela, Pierre Fabre Oral Care souhaite renforcer sa place auprès de vous, en vous faisant bénéficier d'un nouveau service: ELUMED.

L'objectif d'ELUMED est de vous proposer une lecture d'articles scientifiques pertinents (méta-analyse, revue de la littérature, recommandations / guidelines) faisant le point (consensus / controverse) sur des aspects de votre pratique clinique quotidienne.

Deux fois par an, vous trouverez dans ces pages, des données scientifiques et médicales permettant de rester au contact d'une actualité scientifique prolifique.

Nous restons bien sûr à votre écoute afin de faire évoluer ELUMED pour qu'il puisse à terme faire partie intégrante de votre environnement professionnel.

Mes Chères Consœurs  
et Chers Confrères,

c'est donc avec beaucoup de plaisir que nous vous accompagnerons à travers ce nouveau rendez-vous.

Bonne lecture !

Confraternellement,

Dr Jean-Philippe GATIGNOL,  
responsable médical PFOC.

## Implantologie

Comment débiter ce nouveau rendez-vous sans aborder l'Implantologie ?

De plus en plus largement pratiqué dans les cabinets dentaires, cette "jeune" discipline odontologique qui attire de nombreux praticiens fait partie de l'arsenal thérapeutique indispensable à la prise en charge des patients.

Le grand principe fondateur de l'implantologie (ostéointégration) considéré comme un acquis et les nombreuses avancées "secondaires" (surface implantaire, chirurgie plastique parodontale, examen radiologique, implantation immédiate...) assurent le "succès" de cette discipline.

Ainsi, les attentes des patients en terme de résultats fonctionnels et esthétiques ainsi que leur pérennité peuvent être aujourd'hui légitimes.

De nombreux congrès, publications, ouvrages se consacrent à cette discipline alimentant le rationnel médico-scientifique indispensable à une pratique sécurisée et de qualité.

Mais, il est intéressant d'en faire un "tri sélectif". La littérature scientifique y contribue, favorisant l'émergence de "l'évidence des pratiques par la preuve scientifique".

Nous vous présentons dans ce premier numéro, quatre publications faisant le point

sur quatre thèmes importants:

- **Implantologie et bisphosphonates:** Recommandations de bonne pratique de la Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale (SFSCMFCO).

- **Echecs en Implantologie:** les raisons identifiées

- **L'utilisation des implants courts** dans les secteurs postérieurs.

- **Le traitement de la péri-implantite**

L'implantologie est une grande avancée pour l'odontologie et les patients...

Aidons-la à grandir.

## Sommaire

### p2 **Implantologie et Bisphosphonates**

RECOMMANDATIONS  
DE BONNE PRATIQUE  
DE LA SFSCMFCO

### p4 **Review: Reasons for failures of oral implants**

B.R. CHRCANOVIC,  
T. ALBREKSSON  
A. WENNERBERG

### p6 **Meta-analysis of single crown supported by short (<10 mm) implants in the posterior region**

L.A. MEZZOMO, R. MILLER,  
D. TRICHES, F. ALONSO,  
R.S.A. SHINKAI

### p7 **The therapy of peri-implantitis: a systematic Review**

L.J.A. HEITZ-MAYFIELD  
A. MOMBELLI



# Implantologie et bisphosphonates

**La mise en place d'implants dentaires nécessite un interrogatoire médical préalable rigoureux et exhaustif.** Il s'agit souvent d'une patientelle âgée, qui a pu prendre parfois sans vraiment en avoir conscience, un traitement aux bisphosphonates. Il est du devoir du praticien, tant sur le plan médical que médico-légal, de rechercher ces antécédents et d'évaluer avec le patient de manière objective la balance bénéfice-risque d'un traitement implantaire dans ce contexte. La Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale a présenté en juillet 2012 des recommandations de bonne pratique établies à partir des données scientifiques de la littérature et validées par un groupe d'experts. L'intégralité de ces recommandations est accessible sur le site de la société : [sfscmfco.fr](http://sfscmfco.fr).

**Pr. Pierre BRETON, Chirurgien maxillo-facial, Président de la SFSCMFCO**

Le nombre de patients traités par bisphosphonates (BP) et concernés par la pose d'implants dentaires est en constante augmentation du fait de l'allongement de la durée de vie.

**L'objectif de ces recommandations** est d'apporter au praticien une aide décisionnelle face aux patients traités par BP.

## 1 RAPPELS BISPHOSPHONATES

### A. PRINCIPAUX EFFETS:

- Inhibent les ostéoclastes, s'opposent à la destruction du tissu osseux.
- Agissent sur le remodelage osseux.
- Leur résistance à la dégradation enzymatique leur permet de rester de nombreuses années dans le tissu osseux.

### B. INDICATIONS :

#### • Pathologies malignes

telles que le myélome, les hypercalcémies malignes, les métastases osseuses.

#### Mode d'administration:

par voie intraveineuse (IV), à des doses bien supérieures à celles préconisées dans les pathologies bénignes.

#### • Pathologies bénignes

telles que l'ostéoporose, la maladie de Paget, la dysplasie fibreuse.

#### Mode d'administration:

par voie orale mais aussi, parfois et plus récemment, par voie IV.

### C. COMPLICATION:

Ostéonécrose des mâchoires (ONM) spontanée ou provoquée.

## 2 OSTÉONÉCROSE DES MÂCHOIRES

### A. INCIDENCE:

- Patients traités par BP en cancérologie = 1 et 10 %.
- Patients traités par BP pour des affections bénignes = 0,001 et 0,10 %.

### B. MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES :

Pas complètement élucidés.

### C. MANIFESTATIONS CLINIQUES:

Douleur, œdème localisé, infection des tissus mous, mobilité dentaire, halitose, suppuration et dénudation osseuse.

### D. FACTEURS DE RISQUE

1. Type de Molécule, durée d'utilisation, dose cumulée

#### **Pour les BISPHOSPHONATES EN IV Risque /type de molécule**

- Plus de 90 % des cas d'ONM chez des patients avec un cancer et traités par BP par voie IV.

- Le risque augmente significativement avec la durée du traitement et, par conséquent, avec la dose cumulée.

- Des données prospectives montrent que l'incidence d' ONM est estimée à 1,5 % chez des patients traités pour des affections malignes durant 4 à 6 mois contre 7,7 % pour des durées de traitement de 37 à 48 mois.

#### **Pour les BISPHOSPHONATES ORAUX Risque /type de molécule**

- La prévalence est estimée à 0,21 % pour des traitements supérieurs à 4 ans. Elle n'est que de 0,04 % pour des traitements de moins de 4 ans.

- D'autres études ont montré que le risque était multiplié par 2 au delà de 2 ans de traitement et par 5 au delà de 5 ans.

### 2. Facteurs locaux bucco-dentaires

- Avulsion dentaire
- Mauvaise hygiène
- Maladie parodontale
- Traumatisme prothétique...

### 3. Facteurs de comorbidité

- Tabac
- Diabète...

# RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE, CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE, ET CHIRURGIE ORALE.

Juillet 2012

## 3 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES PATIENTS SOUS BISPHOSPHONATES ET CANDIDATS À LA POSE D'IMPLANTS

### A. PATIENTS SOUS BP POUR UNE AFFECTION MALIGNNE

#### À retenir...

- La pose d'implant n'est pas recommandée chez les patients traités par BP en intraveineuse pour une affection maligne

### B. PATIENTS SOUS BP POUR UNE PATHOLOGIE OSSEUSE BÉNIGNE (ou ayant eu un traitement antérieur par BP pour pathologie osseuse bénigne)

#### 1- Risque ONM

Risque semble très faible et non prédictif  
Survenue:

- Rapidement après la pose, directement lié à l'acte chirurgical
- Tardive plusieurs années après la pose d'implants.

#### 2- Pronostic de l'implant

##### Cas BP oraux

- Taux de succès comparables à ceux obtenus chez des patients non traités (mais sur de courtes périodes de suivi).
- Une étude rétrospective concernant des femmes traitées pour ostéoporose depuis 1 à 3 ans et ayant reçu des implants (sans interruption des BP par voie orale), a montré un taux de succès comparable à celui de patientes non traitées (93,5% versus 95,5%).
- Les échecs précoces d'intégration osseuse sont attribués à l'acte chirurgical.
- Les échecs tardifs (implants déjà ostéointégrés) ont cependant été rapportés.

##### Cas BP intraveineuse (ex: en injection annuelle)

Aucune donnée actuelle ne permet d'apprécier le risque lié à la pose d'implants.

#### À retenir...

La pose d'implants est possible mais après une évaluation stricte du risque.

#### Critères d'évaluation du risque

- Type de molécule
- Durée du traitement
- Facteurs aggravants :
  - maladie parodontale
  - mauvaise hygiène bucco-dentaire
  - traumatisme d'origine prothétique ;
- Autres facteurs (évoqués comme possibles facteurs de risque) :
  - âge supérieur à 65 ans
  - sexe féminin
  - traitements concomitants (chimiothérapie, anti-angiogéniques, corticothérapie...)
  - comorbidités (diabète, tabac, obésité...).

Le risque ONM semble très faible, non prédictible. Son apparition ne peut toutefois être écartée.

#### 3- Protocole (Affections bénignes)

- Information précise concernant les risques liés à la pose d'implants (possible, faible, non prédictible).
- Il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement avant et après la pose d'un implant.
- L'acte opératoire sera le moins traumatisant possible.
- Une antibiothérapie ainsi qu'une antiseptie locale par bains de bouche sont recommandées à partir de la veille de l'intervention et jusqu'à cicatrisation muqueuse complète.
- La cicatrisation osseuse sera surveillée de manière prolongée.
- En cas d'implantation multiple, il est recommandé de débiter par une implantation localisée et de considérer les réponses tissulaires avant d'intervenir sur d'autres secteurs.
- Une maintenance parodontale est évidemment recommandée deux fois par an.

### C. RECOMMANDATIONS EN CAS DE PERI-IMPLANTITE

#### • En première intention:

approche non chirurgicale recommandée (traitement mécanique, désinfection et traitement médicamenteux) avec un suivi mensuel.

#### • En seconde intention:

une chirurgie péri-implantaire sera proposée en évitant au maximum une exposition du tissu osseux.

#### • En cas d'échecs:

réaliser la dépose de l'implant en minimisant l'exposition osseuse associée à une fermeture primaire sans tension.

• De la veille de l'intervention et jusqu'à cicatrisation muqueuse complète, seront instaurées une antiseptie locale par bains de bouche ainsi qu'une antibiothérapie.

• En cas d'apparition d'une ONM, le recours à un service spécialisé est souhaitable.

## 4 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES PATIENTS PORTEURS D'IMPLANTS ET CANDIDATS À UN TRAITEMENT PAR BP

Un bilan bucco-dentaire (clinique et radiologique, suivi des traitements nécessaires) réalisé avant d'instaurer un traitement par BP, réduit de manière significative le risque de survenue d'une ONM.

La dépose du ou des implants ostéointégrés n'a aucune justification et n'est pas recommandé au seul motif d'un traitement par BP à venir.

Le spécialiste de la cavité orale doit informer son patient d'avoir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, de signaler toute manifestation clinique anormale et d'avoir un suivi régulier (au moins 2 fois par an) afin de détecter précocement et de traiter toute pathologie péri-implantaire.

# Review : Reasons for failures of oral implants

## Cette revue de la littérature détaille les facteurs responsables des échecs implantaire

- 311 articles publiés de 2004 à 2013
- Ne sont considérés que les implantations "classiques" : implants en titane ostéointégrés en remplacement de dents absentes.
- Sont donc exclus de l'étude les implants supports de prothèses maxillo-faciales, les implants zygomatiques, les techniques de comblements, les patients irradiés...

## Les pertes d'implants peuvent être :

- **Primaires** (1 à 2 % des cas) en relation avec une non-ostéointégration liée en général à une mauvaise technique chirurgicale mais aussi peut-être à des causes inconnues (réponse de l'organisme à un corps étranger)
- **Secondaires** (majorité des cas) en relation avec une perte osseuse marginale liée en général à une péri-implantite constatée surtout **au bout d'une première année de mise en fonction.**

## Critères identifiés relatifs aux succès/échecs implantaires

### 1 CRITÈRES RELATIFS À L'IMPLANT

#### A. ENVIRONNEMENT CHIRURGICAL

##### • Antibiothérapie préventive

Selon certaines études, l'antibiothérapie pré-opératoire versus placebo, améliore la survie des implants. Explications: augmentation du niveau d'asepsie locale durant la phase chirurgicale induisant une meilleure cicatrisation et à terme, une meilleure ostéointégration. Cependant, d'autres études ne montrent pas de différence, que l'antibiothérapie soit pré et/ou post-opératoire.

##### • Lambeau d'accès ou implantation trans-gingivale

Pas de différence notée.

##### • Forage adapté à la densité osseuse

Plus la densité osseuse est faible et plus la taille des forets doit être sous-

dimensionnée au regard du diamètre de l'implant afin d'augmenter la stabilité primaire.

• **Importance du torque** (couple de torsion lors de l'insertion de l'implant). Le risque d'échec diminue fortement avec l'augmentation du moment de torsion, surtout en cas de mise en charge immédiate. Celui-ci doit être supérieur à 32Ncm: augmentation de la stabilité primaire et meilleure ostéointégration.

##### • Stabilité primaire

Elle est capitale dans le succès implantaire.

• **Implant enfoui ou non:** technique en un temps ou en deux temps.

Certaines études ne montrent pas de différence dans la survie des implants. Mais d'autres travaux montrent de meilleurs taux de survie dans la technique classique en deux temps (mise en charge différée).

##### • Existence de complications per ou post-opératoires

La survenue de complications (perforation du plancher nasal ou sinusien, lâchage des sutures, œdème important, infection...) multiplie le risque de perdre les implants par trois voire quatre.

##### • Implantation immédiate après avulsion dentaire ou implanta- tion différée de plusieurs mois.

La plupart des études ne montrent pas

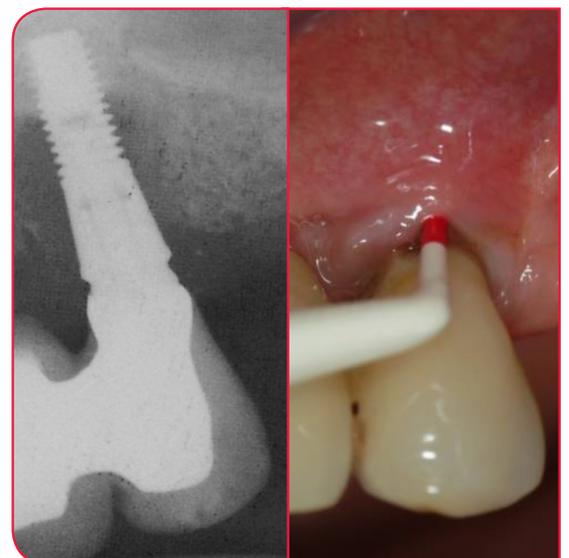
de différence dans la survie implantaire. Cependant certains travaux notent un taux d'échecs plus important en cas d'implantation immédiate.

##### • Expansion de la crête à l'aide d'ostéotomes

Les taux d'échecs sont importants (une étude citée note 11 échecs sur 80 implants posés sur 40 patients).

##### • Expérience du chirurgien

Une évidence est précisée dans cet article: un praticien inexpérimenté a beaucoup plus d'échecs.



# B.R. CHRCHANOVIC\*, T. ALBREKTSSON\* \*\*, A. WENNERBERG\*.

\* Department of Prosthodontics, Faculty of Odontology, Malmeo University, Malmeo

\*\* Department of Biomaterials, Goteborg University, Goteborg, Sweden  
Journal of Oral Rehabilitation, 2014

## B. CARACTÉRISTIQUES DES IMPLANTS

### • Longueur

En général, plus les implants sont longs (supérieurs à 10 mm) et plus les taux de succès sont élevés.

### • Diamètre

Les études sont contradictoires entre des implants larges ou étroits et à longueurs égales.

### • Nombre d'implants

Plus le nombre d'implants (sur une même zone anatomique) est élevé et plus le taux d'échecs augmente. Hypothèses : larges voies d'abord compromettant une bonne vascularisation, temps opératoire allongé et contamination de la plaie accrue.

### • Etats de surface des implants

Il semblerait que le titane commercialement pur, la surface oxydée, le titane avec plasma vaporisé, avec hydroxyapatite ou une surface rugueuse améliorent l'ostéointégration.

chez des édentés totaux (ancrages pour prothèses complètes) que pour les implants placés chez des édentés partiels. Surtout en cas d'implants courts.

### • Maxillaire versus mandibule

La plupart des études montrent des taux d'échecs supérieurs au maxillaire par rapport à la mandibule (densité osseuse moindre, corticales fines, implants souvent plus court au maxillaire dans les régions postérieures de fait du volume sinusien...).

### • Densité osseuse

C'est un élément clef qui détermine des échecs précoces. Les taux d'échecs sont majorés dans les os de type III et IV.

### • Statut médical

Les relations entre état médical et taux d'échecs sont mal documentées. En cas de diabète, les rares études sont contradictoires, cependant des taux d'échecs sont plus importants en cas de syndrome métabolique.

## 2 CRITÈRES RELATIFS AU PATIENT

## A. CONDITIONS LOCALES

### • Maladies parodontales

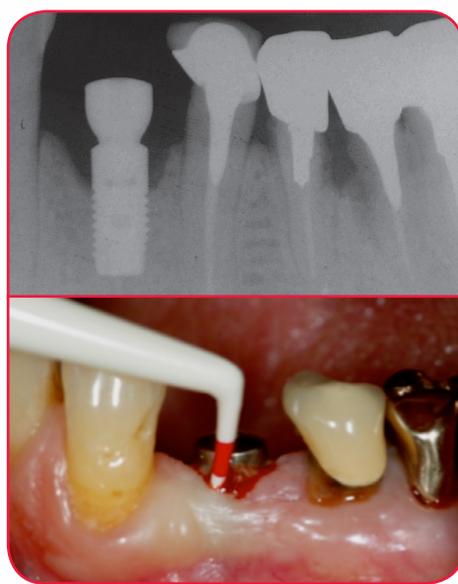
Les patients présentant des antécédents de parodontite présentent davantage d'échecs que les patients au parodonte sain. Et ceci est plus marqué pour les antécédents de parodontites agressives que pour les parodontites chroniques. Les échecs sont surtout conséquents en cas d'indice de plaque élevé.

### • Bruxisme

Les patients présentant des parafunctions ont plus d'échecs 41 % versus 12 % dans une étude citée, surtout en cas de mise en fonction immédiate.

### • Statut du niveau d'édentation

Globalement les taux d'échecs sont plus importants pour les implants placés



## B. CONDITIONS GÉNÉRALES

### • Âge

La majorité des études ne montrent pas de différence selon l'âge sauf considérant l'ostéoporose qui augmente avec l'âge.

### • Fumeurs versus non fumeurs

22 études sur 27 montrent que le tabagisme affecte très négativement la survie des implants.

### • Hygiène bucco-dentaire

Les échecs sont accrus en cas de mauvaise hygiène.

## À retenir...

### Les taux d'échecs les plus élevés sont constatés pour :

- Faible torque lors de l'insertion.
- Inexpérience du chirurgien.
- Implants au maxillaire (versus mandibule).
- Implants situés dans les zones postérieures des mâchoires.
- Implants chez les gros fumeurs.
- Os de type III ou IV (surtout avec des implants courts).
- Les implants courts.
- Manque de stabilité primaire.
- Trop grand nombre d'implants dans une même région.
- Implants non vissés.
- Ancrages pour prothèses complètes amovibles.
- Technique non enfouie.
- Mise en charge immédiate.
- Implantation immédiate après avulsion

# Meta-analysis of single crowns supported by short (<10 mm) implants in the posterior region

L.A. MEZZOMO,  
R. MILLER,  
D. TRICHES,  
F. ALONSO,  
R.S.A. SHINKAI.

J Clin Periodontol 2014; 41: 191–213

**Cette méta-analyse permet d'évaluer** les échecs, complications et facteurs de risques (maladies systémiques, tabagisme, bruxisme, mauvaises conditions locales...) d'une implantation avec des implants courts ( $\leq 10$  mm) chez des patients partiellement édentés présentant une sévère résorption osseuse postérieure, versus des implants longs associés à des greffes osseuses.

**Cette méta-analyse a ciblé** 535 articles dont 16 études retenues, 762 implants chez 360 patients évalués après un an de mise en fonction et jusqu'à dix ans.

## Caractéristiques des implants:

- Longueur des implants de 5 à 10 mm.
- Diamètres de 3,3 à 6 mm.
- État de surface des implants: 85 % de type rugueux.

## 1

### PROBLÉMATIQUE

Les régions postérieures limitent la pose d'implants de longueur conventionnelle du fait de la résorption osseuse (maladies parodontales, édentations anciennes, atrophie), position du nerf alvéolaire inférieure, volume sinusien...

Plusieurs techniques chirurgicales ont été proposées pour pallier à ces situations : élévation du plancher sinusien, élévation de la crête, distraction osseuse, latéralisation du nerf alvéolaire inférieure...

Ces techniques complexes allongent la durée de la réhabilitation, augmentent les risques et le coût.

Les implants courts représentent alors une alternative aux techniques plus lourdes.

Si les implants courts avaient, auparavant, des taux d'échecs plus élevés que les implants de longueur conventionnelle, les choses ont changées depuis 10 ans.

Cela est lié aux modifications du profil des implants et de leur état de surface qui augmentent le contact implant / os et induisent une néoformation d'os plus rapide.

De ces faits, les implants courts sont actuellement recommandés pour les régions à faibles densités osseuses couplées à des forces occlusales importantes telles les régions postérieures maxillaires.

## 2

### FACTEURS DE RISQUES IDENTIFIÉS

• Les patients aux antécédents de maladie parodontale présentent plus

d'échecs que ceux qui en sont indemnes.

• Les taux d'échecs sont plus importants chez les gros fumeurs.

• Le rôle des maladies systémiques reste inconnu.

• **Faible densité osseuse:** cette étude conclut que les effets d'une faible densité osseuse sur le pronostic de ces implants courts en secteur postérieur reste inconnu.

• **Le ratio couronne / implant** (1,5 ou plus) ne serait pas un facteur de risque biomécanique majeur.

• Éviter les contacts occlusaux en latéralité.

• Un ratio entre 0,5 et 1 est toujours préférable.

## 3

### PRINCIPAUX RÉSULTATS DE CETTE MÉTA-ANALYSE

• **Echecs implantaires :** 5,9 %.

• **Echecs de nature biologique** (douleur persistante, neuropathie, péri-implantite non contrôlée, mobilité...) : 3,8 %.

• **Echecs prothétiques** (fracture ou perte du composant de recouvrement de la couronne...) : 2,8 %.

• **Perte d'os marginal :** 0,83 mm.

• **Majorité des implants perdus** (89 %) le furent avant la mise en charge.

• La première année est une période cruciale. Ceci pourrait être expliqué par une minime déviation lors du forage qui va élargir la partie marginale du forage nuisant ainsi à une bonne stabilité primaire. Et en considérant également qu'une faible perte osseuse de 2 mm sur un implant de 6 mm est considérable au regard d'un implant plus long.

• Les complications concernant ces implants courts sont moins fréquentes au maxillaire par rapport à la mandibule.

• Les implants de diamètres 3,75 à 4,3 mm

(regular-diameter) sont moins sources d'échecs que les implants de plus gros diamètre.

• Augmenter le diamètre pour compenser la petite longueur n'est pas une solution.

• L'état de surface rugueux augmente la survie des implants au regard d'une surface lisse.

• L'état de surface est plus important que la longueur de l'implant.

• La technique chirurgicale aurait un impact: la technique enfouie semblant meilleure que la technique en un temps.

## 4

### CONCLUSION

Les études citées montrent des résultats comparables pour les implants courts par rapport à celles portant sur des implants plus longs situés dans les mêmes régions et après augmentation du volume osseux.

**Les implants courts sont, par conséquent, une bonne alternative dans ces régions postérieures en comparaison de la pose d'implants plus longs associés à des techniques chirurgicales avancées. Et ceci, avec un ratio avantages / risques favorable.**

Cependant les résultats de cette méta-analyse doivent être pris avec précautions du fait de nombreux biais inhérents à des manques de précisions des études analysées.

## À retenir...

• **Les implants courts sont une bonne alternative dans les régions postérieures en comparaison de la pose d'implants plus longs associés à des techniques chirurgicales avancées.**

• **Ratio avantages / risques favorable.**

• La première année est une période cruciale.

• 89 % des implants perdus le sont avant la mise en charge.

• Les implants de diamètres 3,75 à 4,3 mm (regular-diameter) sont moins sources d'échecs.

• **L'état de surface rugueux augmente la survie des implants au regard d'une surface lisse.**

• **La technique chirurgicale enfouie (2 temps) semblent meilleure que la technique en un temps.**

• Les complications concernant les implants courts sont moins fréquentes au maxillaire par rapport à la mandibule.

# The therapy of peri-implantitis : a systematic review

L.J.A. HEITZ-MAYFIELD,  
A. MOMBELLI.

The international Journal  
of Oral & Maxillofacial Implants ;  
Volume 29, supplément, 2014

**Cette revue de la littérature a pour objectif d'évaluer l'efficacité des traitements des péri-implantites. 43 revues ont été sélectionnées.**

## 1 LA PÉRI-IMPLANTITE

- **La péri-implantite** se définit comme une inflammation des tissus autour de l'implant, dans un contexte infectieux, avec une perte osseuse.
- **Sa prévalence**, selon l'étude, concerne 10% des implants chez 20 % des patients entre 5 et 10 ans après la pose des implants.
- Les patients aux antécédents de parodontites, les fumeurs et la fréquence des séances de maintenance, influent sur ces pourcentages.
- **Le champ des recherches sur les péri-implantites est relativement récent.**
- Nombreuses approches thérapeutiques proposées et aucun protocole n'est vraiment validé.

## 2 POINTS D'ANALYSE CRITIQUE

- **Les critères diagnostics de la péri-implantite ne sont pas bien définis et varient considérablement selon les études.**
- Il en est de même concernant les critères d'une guérison ; par exemple la récurrence de la maladie après douze mois signe-t-elle un échec thérapeutique ou est-ce un nouveau processus pathologique ?
- Les critères d'exclusion des patients sont aussi variables selon les études (fumeurs ou pas, diabète mal contrôlé, patientes enceintes, prise d'antibiotiques les mois précédents le traitement...)
- La durée du suivi des patients est également variable : de 3 mois à 7 ans.
- Les études varient aussi selon le type d'implant, sa surface, la présence d'un implant adjacent...
- Les seuils de profondeur des poches ou du niveau de l'inflammation ne sont pas homogènes d'une étude à l'autre au regard de l'indication chirurgicale ou pas.

- **Aucune étude randomisée identifiée** (par exemple concernant l'indication ou pas d'une antibiothérapie systémique).
- Difficile d'évaluer les avantages d'un protocole par rapport à un autre. De plus, certains traitements sont combinés rendant difficile l'évaluation d'une seule procédure.
- Les auteurs signalent que toutes les études évaluées présentent un risque élevé de biais dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats.

## 3 APPROCHE THÉRAPEUTIQUE : ÉLÉMENTS BÉNÉFIQUES

**Bien qu'aucune donnée ne soit en faveur soit d'un traitement non chirurgical, soit d'un traitement chirurgical de la péri-implantite, les éléments suivants semblent être bénéfiques :**

- **Thérapeutique initiale**
  - Recommandation pour l'hygiène bucco-dentaire.
  - Arrêt du tabagisme.
  - État des reconstitutions prothétiques au regard de l'accès au contrôle de la plaque avec, éventuellement, remplacement de ces reconstitutions.
  - Débridement non chirurgical avec ou sans antiseptiques.
- **Thérapeutique chirurgicale** (si la résolution de la péri-implantite n'est pas complète après le traitement non chirurgical)
  - Lambeau muco-périosté permettant un nettoyage minutieux de la surface implantaire contaminée.
  - Stabilisation de la perte osseuse avec un matériau de comblement ou une greffe, recouverte ou pas d'une membrane résorbable.
- **Protocole post-opératoire anti-infectieux**
  - Antibiothérapie systémique per ou post-opératoire.
  - Antiseptique en bains de bouche durant toute la période cicatricielle (plusieurs semaines).

- **Maintenance**
  - Entre 3 et 6 mois.
  - Recommandation pour l'hygiène bucco-dentaire.
  - Élimination du biofilm supra-gingival.



## À retenir...

- **Prévalence de la péri-implantite :** 10% des implants chez 20% des patients entre 5 et 10 ans après la pose des implants.
- **Absence d'études randomisées identifiées dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des péri-implantites.**
- **Difficile d'évaluer les avantages d'un protocole thérapeutique par rapport à un autre.**
- **Les éléments thérapeutiques bénéfiques :**
  - **Traitement initial.**
  - **Traitement chirurgical.**
  - **Protocole postopératoire anti-infectieux.**
  - **Maintenance trimestrielle ou semestrielle.**



# Opinion

La nouvelle revue innovante ELUMED propose dans son premier volet une actualité en implantologie.

Elle fait notamment un focus sur les échecs implantaire et les péri-implantites qui, à ce jour, n'offrent aucun traitement fiable et reproductible à long terme, reconnu au sein de la communauté scientifique.

La popularité de l'implantologie implique de plus en plus d'implants en bouche ce qui amène un nombre croissant de complications (mucosites, peri-implantites) et d'échecs implantaire. État de surface, tissus mous gingivaux, tension des tissus périphériques, antécédents de parodontites, tabac, sont des facteurs importants dans la recrudescence des complications comme évoquées dans ce premier

numéro d'ELUMED.

À la lecture de ces articles, deux points interpellent :

Le premier point évoque les "conditions d'utilisation" d'implants. Les communications sur les implants "simples à poser" sont nombreuses, ce qui est initiateur de méconnaissance de la zone clé de l'implantologie : le joint implanto-prothétique.

Le second point suggère "l'inexpérience du chirurgien-dentiste" : en cours d'acquisition de connaissances, d'expériences, le jeune confrère se retrouve faussement rassuré grâce à un implant "facile à poser" dans n'importe quelle situation clinique. De nombreux critères de succès et notamment de prévention des péri-implantites vont lui manquer dont il ne sera qu'indirectement la cause lorsqu'elles surviendront.

Le respect des données acquises de la science, appliquées dans un contexte humain, du besoin et de la demande, est le point primordial de l'avenir de l'implantologie comme de l'omnipratique. Le vrai succès implantaire rime avec la satisfaction réelle du patient et du praticien. Cela passe par la connaissance de ce patient, par une pratique clinique minutieuse, par le respect de la biologie et par une volonté de mise en œuvre d'un programme de maintenance. Et surtout, de ne pas se laisser mettre sous tutelle, que E. Kant définissait comme "de se servir de son propre entendement sans la conduite d'un autre".

Dr Jean Pierre BRUN,  
Docteur en Chirurgie Dentaire,  
Expert auprès de  
la Cour d'Appel de Grenoble

## EluMed

EluMed est une publication de  
**Pierre Fabre Oral Care**

45 place Abel Gance  
92100 Boulogne  
France

**Direction de la publication:**  
Dr Jean-Philippe GATIGNOL  
jean.philippe.gatignol@pierre-fabre.com

**Conception graphique:**  
JB-CONSEIL

**Impression:**  
SIA

805 036  
Réimpression mai 2016

**Prochain  
numéro**  
**Parodontologie**

# Elugel

## SOIN D'HYGIENE LOCAL DE LA GENCIVE

### GEL BUCCAL

contient 0,20 % de Chlorhexidine • SANS ALCOOL\*



- Action ciblée
- Temps de contact optimisé
- 2 à 3 fois par jour pendant 1 à 4 semaines
- Sur les sites opératoires après une intervention (Implants, sutures, vis de cicatrisation...)
- Chez les sujets ne pouvant réaliser un brossage efficace.

\*sans alcool éthylique

**Pierre Fabre  
ORAL CARE**

  
**Pierre Fabre**  
Consumer Health Care  
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT