

Résumé d'après l'article du *Journal of Clinical Periodontology*, volume 48, numéro 4 (avril 2021), 581-589

Editeurs: Phoebus Madianos, Andreas Stavropoulos (Comité des affaires scientifiques de l'EFP)

**Rapporteurs :**

Eirini Chatzopoulou, Alexandre Courtet, Francis Mora, Philippe Bouchard, Hélène Range et Maria Clotilde Carra

**Affiliation :**

Postgraduate Programme en Parodontologie et Dentisterie Implantaire, Département de Parodontologie, Hôpital Rothschild, Université de Paris

**Traducteur :**

Alexandre Courtet Assistant Hospitalo-Universitaire, Département de Parodontologie, Faculté d'Odontologie, Université de Paris

étude

# Sondage autour des implants : avec ou sans la restauration prothétique ?

**Auteurs :**

Marta García-García, Javier Mir-Mari, Rui Figueiredo, Eduard Valmaseda Castellón

## Contexte

Le sondage péri-implantaire est considéré comme un outil d'examen clinique essentiel pour le contrôle de la santé des tissus mous péri-implantaires et le diagnostic des maladies péri-implantaires (Berglundh et al., 2018).

Cependant, de nombreux facteurs tels que la force de sondage, l'épaisseur et l'angulation de la sonde ou la position apico-coronaire de l'implant peuvent interférer avec la profondeur de sondage péri-implantaire (PPD). Par conséquent, il est encore difficile d'établir un consensus concernant le seuil de la profondeur de sondage péri-implantaire «saine» et «pathologique».

Certains auteurs ont donc considéré le saignement au sondage (BOP) comme un paramètre plus fiable que la PPD pour évaluer l'inflammation péri-implantaire (Renvert et al., 2018).

La conception de la restauration prothétique peut également conduire à une mesure incorrecte de la PPD. Les couronnes en sur-contour ou avec une morphologie incorrecte peuvent limiter l'accessibilité au sondage. Par conséquent, il a été proposé de retirer la restauration prothétique pour améliorer la fiabilité du sondage (Serino et al., 2013).

Aucune étude n'a évalué l'impact du fait de ne pas retirer la restauration prothétique avant la mesure du PPD dans les restaurations implantaires unitaires sans perte osseuse proximale (IBL).

## Objectif

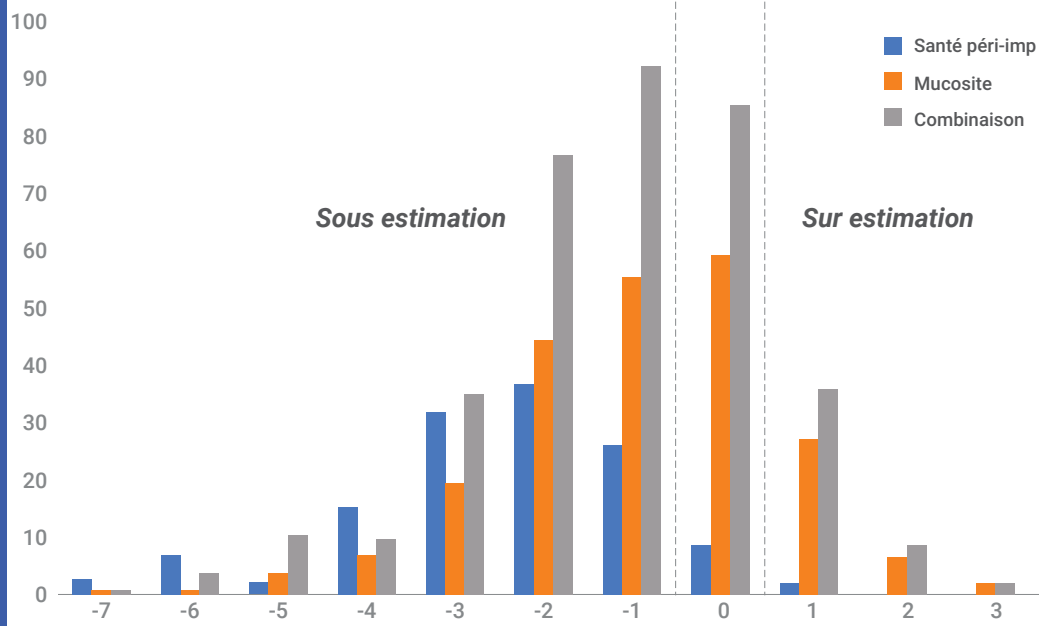
L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les différences de PPD avec et sans la restauration prothétique sur des implants postérieurs unitaires sans perte osseuse proximale (IBL). L'objectif secondaire était de déterminer l'effet du diagnostic (santé péri-implantaire ou mucosite) et de l'emplacement de l'implant (prémolaire ou molaire) sur les différences de PPD.

## Matériel et méthodes

- Cette étude transversale a recruté 62 patients au sein l'unité de maintenance implantaire de l'Université de Barcelone.
- Seuls les patients présentant un implant postérieur unitaire, positionné au niveau osseux, sans col lisse et sans perte osseuse proximale détectée radiographiquement ont été inclus. La restauration prothétique devait être vissée sans pilier intermédiaire. Un suivi clinique d'au moins un an à partir de la mise en charge prothétique était requis.
- Seuls les implants en santé péri-implantaire ou présentant une mucosite ont été inclus (Berglundh et al, 2018)
- Un seul examinateur a évalué les variables suivantes sur six sites par implant :
  - Avant le retrait de la prothèse : profondeur de sondage parodontal (PPD1), BOP, indice de plaque modifié de Mombelli (mPI) et la hauteur de tissu kératinisé (HTK).
  - Après le retrait de la prothèse : profondeur de sondage parodontale (PPD2), distance entre l'épaulement de l'implant et la limite marginale de la muqueuse (DIM), définie comme la récession ou la hauteur trans-muqueuse et le niveau d'attache (AL). La différence PPD1 - PPD2 a été calculée pour chaque site et la moyenne pour chaque implant.
- Des curettes en plastique et une irrigation avec du gluconate de chlorhexidine / chlorure de cétylpyridinium ont été utilisées pour nettoyer les implants. Les restaurations prothétiques ont été retouchées dans les zones interférant avec le contrôle de plaque. Les patients ont reçu des instructions d'hygiène orale et ont été inclus dans un programme de maintenance parodontale.
- Le critère de jugement principal était la différence PPD1 - PPD2 avec et sans la restauration prothétique. Les critères de jugement secondaires étaient la différence PPD1 - PPD2 en fonction de l'emplacement de l'implant (prémolaire vs. molaire) et le diagnostic (santé péri-implantaire vs. mucosite).

## Graphique :

Différences (en mm) entre la PPD1 et la PPD2 dans le groupe "santé péri-implantaire", groupe "mucosite" et la combinaison des deux groupes



## Résultats

- Soixante-deux patients ont contribué à 372 sites, sondés avec et sans la restauration prothétique. L'âge moyen était de 54 ans et le suivi moyen de 71 mois. Dix patients étaient fumeurs. Vingt implants ont été placés dans la région prémolaire et 42 dans la région molaire. L'indice de plaque moyen était de 0,3 ( $\pm 0,9$ ), la HTK moyenne de 2,2 mm ( $\pm 1$  mm), la DIM moyenne de 2,80 mm ( $\pm 1,43$  mm) et le niveau d'attache moyen de 1,59 mm ( $\pm 0,51$  mm).
- La PPD2 était significativement plus élevée que la PPD1 pour les six sites avec une différence moyenne de 1,15 mm ( $\pm 1,24$  mm) ( $p < 0,001$ ).
- Les valeurs de PPD1 et PPD2 étaient identiques pour 23,6% des sites. La surestimation atteignait 1 mm pour 12,9 % des sites. Une sous-estimation a été observée pour 63,5% des sites et elle dépassait 2mm pour 38% des sites.
- L'analyse par sous-groupes d'implants en santé péri-implantaire et d'implants atteints de mucosite a montré des valeurs de PPD2 plus élevées que celles de PPD1 ( $p < 0,001$ ). La différence moyenne de PPD était plus prononcée pour les implants en santé péri-implantaire (1,48 mm) par rapport aux implants atteints de mucosite (0,95 mm) sans différence statistiquement significative ( $p = 0,115$ ).
- La DIM ne différait pas entre les implants en santé péri-implantaire et ceux atteints de mucosite.
- La différence entre PPD1 et PPD2 était similaire pour les prémolaires et les molaires, à l'exception des sites vestibulaires où la différence était significativement plus importante pour les prémolaires (1,5 mm) que pour les molaires (0,7 mm) ( $p = 0,048$ ).

## Limitations

- Un point de référence standardisé pour des mesures reproductibles de la profondeur de sondage n'a pas été possible en raison des différents systèmes implantaires et des différences de conception prothétique.
- Un seul examinateur a effectué toutes les mesures cliniques.
- Les implants et les restaurations prothétiques ont été placés par plusieurs dentistes dans différents contextes et aucune autre information relative au traitement n'a pu être obtenue.
- Seules les restaurations implantaires postérieures unitaires ont été incluses. Les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés aux implants placés en zone antérieure et aux restaurations plurales.
- L'effet du tabagisme ou du contrôle de la plaque sur la PPD n'a pas été évalué.

## Conclusions & impact

- Dans les limites de cette étude, la présence de la restauration prothétique altère l'enregistrement de la PPD avec une sous-estimation moyenne de -1,15 mm ( $\pm 1,24$  mm).
- La sous-estimation de la PPD peut être plus prononcée sur des implants en santé péri-implantaire que sur des implants présentant une mucosite.
- L'emplacement de l'implant (molaire/prémolaire) n'affecte pas les mesures de la PPD avec et sans la restauration prothétique.
- Des études futures sont nécessaires pour évaluer l'impact éventuel de la restauration prothétique sur la mesure de la PPD au fil du temps ainsi que pour les implants avec une perte osseuse déjà présente.

JCP Digest 88 est un résumé de l'article 'Probing single-tooth dental implants with and without prostheses: a cross-sectional study comparing healthy and peri-implant mucositis sites'. J Clin Periodontol. 2021; 48(4): 581-589. DOI: 10.1111/jcpe.13436.

<https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13436>

Accès via la page "membres" du site de l' EFP: <http://efp.org/members/jcp.php>