

TRAITEMENT DE PÉRI-IMPLANTITES PAR IMPLANTOPLASTIE LORS DE LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE : Une série de cas

Résumé de l'article primé lors des journées du CNEP Toulouse 2021 : Prix meridol® du Jury scientifique



BRINCAT Arthur, A.H.U. (1) (2)
Exercice privé exclusif en parodontologie et implantologie, Toulon (83)

ANTEZACK Angéline, A.H.U. (1) (2) (3) Ancienne interne

MONNET-CORTI Virginie, PU-PH. (1) (2) (3)
Cheffe du service de parodontologie, Hôpital de la Timone
Enseignant-chercheur, IHU méditerranée infection
Responsable de la sous-section de parodontologie, Aix-Marseille Université

(1) Ecole de Médecine Dentaire, Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, Aix-Marseille Université
(2) Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Hôpital Timone, Service de Parodontologie, Marseille
(3) Institut de Recherche pour le Développement (IRD), MEPHI Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

INTRODUCTION

Plusieurs traitements chirurgicaux ont été proposés pour traiter la péri-implantite mais la littérature ne permet pas d'établir de « gold standard ». Un effet bénéfique a néanmoins été rapporté à la suite d'une implantoplastie associée à une approche chirurgicale résective ou régénérative¹. L'objectif de cette analyse de cas cliniques était d'évaluer la survie implantaire (définie par l'absence de perte osseuse évolutive)² sur une durée de six mois à trois ans après traitement chirurgical associant une implantoplastie.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Quatre-vingt-onze péri-implantites chez 57 patients ont été incluses. Initialement, les données suivantes ont été évaluées : profondeur de poche, saignement ou suppuration au sondage, perte osseuse radiographique. Suite à un traitement non chirurgical, une thérapie chirurgicale résectrice ou régénératrice a été réalisée en fonction de l'anatomie des défauts osseux³. Après élévation d'un lambeau mucopériosté, le tissu inflammatoire a été éliminé. Une décontamination mécanique de la surface implantaire par implantoplastie a été réalisée et complétée par un brossage avec des brosses en titane et un aéro-polissage pour les parties de l'implant inaccessibles à l'implantoplastie et pour éliminer les particules de titane du site opératoire. Puis une décontamination chimique a été effectuée. Les défauts infra-osseux ont été comblés à l'aide d'un matériau de substitution osseuse (xéno greffe ou alloplastique), et recouverts ou non d'une membrane résorbable. Après la dépose des sutures à 10 jours, un contrôle clinique a eu lieu à 1 mois, 3 mois, 6 mois post-opératoire, puis pendant le suivi péri-implantaire selon le Implant Disease Risk Assessment (IDRA)⁴ calculé. Un examen radiographique a été réalisé à 6 mois, un an, puis chaque année.

RÉSULTATS

Trois implants chez deux patients ont dû être déposés à cause de récurrence ou d'évolution de la péri-implantite. Le traitement chirurgical associant l'implantoplastie a permis un taux de survie implantaire de 96,7 % sur une période de 6 à 36 mois. Ces résultats sont comparables aux autres études impliquant une implantoplastie¹. Cependant, notre étude comporte certaines limites : nous avons uniquement calculé le taux de survie implantaire et il ne prend pas en compte les signes cliniques nécessaires à la santé péri-implantaire et nous n'avons pas fait d'analyse sur les modifications des paramètres cliniques et radiologiques.

CONCLUSION ET IMPLICATIONS CLINIQUES

La présente série de cas a démontré que l'implantoplastie au cours du traitement chirurgical des péri-implantites a permis d'obtenir des conditions biologiques favorables pour maintenir les implants fonctionnels avec un taux de survie implantaire de 96,7 % sur une durée de 6 mois à trois ans.

CAS CLINIQUE

Un patient de 81 ans nous est adressé pour des suppurations spontanées autour des implants supportant un bridge complet scellé.



Fig 1 : Situation initiale
On remarque une suppuration spontanée et une muqueuse très inflammatoire.

L'examen clinique (Fig 1) montre une gencive inflammatoire, un saignement et une suppuration lors du sondage associé à des poches supérieures à 6mm et une suppuration à la palpation.

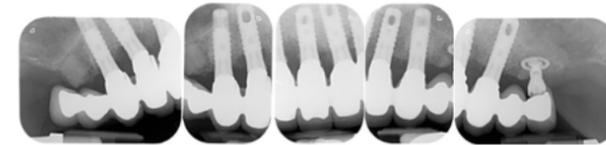


Fig 2 : Bilan rétro-alvéolaire. Alvéolyse horizontale.

L'examen rétro-alvéolaire (Fig 2) révèle une perte osseuse horizontale. Une péri-implantite est diagnostiquée sur l'ensemble des implants. Un traitement non chirurgical est d'abord effectué : modifications des facteurs de risques (enseignement à l'hygiène péri-implantaire, conseils alimentaires : arrêt grignotage sucré), instrumentation sous-muqueuse (inserts titane Implant Protect® Satelec).

La présence d'une alvéolyse horizontale, de classe II selon Schwarz⁵, indique une chirurgie résectrice avec implantoplastie. Après anesthésie, un lambeau d'épaisseur totale permet l'élimination du tissu inflammatoire à l'aide de curettes (Hu-Friedy®) et d'ultrasons (Implant Protect®, Satelec) en titane. Des excès de ciments sont éliminés. Les implants sont lissés (implantoplastie) à l'aide de fraises spécifiques en carbure de tungstène (Komet®)⁶ sur contre-angle rouge sous irrigation stérile et abondante, puis décontaminés pour les zones difficiles d'accès à l'aide d'un aéro-polisseur spécifique (buse Perio® et poudre de glycine) et par des brosses en titane (IPP-Pharma) (Fig 3).



Fig 3 : Élévation du lambeau de pleine épaisseur, exérèse du tissu inflammatoire et implantoplastie.

L'implant disque est déposé. La zone opérée est rincée minutieusement avec un liquide antiseptique (H₂O₂ 3%). Le lambeau

est suturé au niveau osseux résiduel. (Fig 4) Une antibiothérapie par amoxicilline 1g deux fois par jour pendant une semaine a été prescrite.



Fig 4 : Sutures. Points matelassiers verticaux périostés afin de positionner le lambeau au niveau du rebord osseux.

Un an après le traitement chirurgical et avec un protocole de maintenance tous les 3 mois, on note une absence de signes inflammatoires et infectieux. Les implants ont pu être conservés malgré la présence de récessions, ils sont accessibles au brossage. L'usage de la prothèse implanto-portée sans suppuration péri-implantaire permet au patient de s'alimenter et de parler correctement ce qui a amélioré sa santé et sa qualité de vie à l'âge de 82 ans (Fig 5).



Fig 5 : Résultat à un an post-opératoire.
Le patient ne présente plus de signes inflammatoires ni infectieux

Bibliographie

1. Brincat A, Ohanessian R, Toma S, Monnet-Corti V. L'implantoplastie pour le traitement des péri-implantites : revue systématique de la littérature. Partie 1. Parodontologie Implantologie Orale. 2021 1:40-55.
2. Renvert S, Lindahl C, Roos Jansäker A-M, Persson GR. Treatment of peri-implantitis using an Er:YAG laser or an air-abrasive device: a randomized clinical trial. J Clin Periodontol. janv 2011;38(1):65-73.
3. Brincat A, Dumas C, Melloul S, Monnet-Corti V. Péri-implantites : protocoles de traitements. Implant 2020;26:1-14.
4. Heitz-Mayfield LJA, Heitz F, Lang NP. Implant Disease Risk Assessment IDRA-a tool for preventing peri-implant disease. Clin Oral Implants Res. 2020 Jan 31.
5. Schwarz F, Herten M, Sager M, Bieling K, Sculean A, Becker J. Comparison of naturally occurring and ligature-induced peri-implantitis bone defects in humans and dogs Clin Oral Implants Res. 2007 Apr;18(2):161-70.
6. Brincat A, Ohanessian R, Toma S, Monnet-Corti V. L'implantoplastie pour le traitement des péri-implantites : revue systématique de la littérature. Partie 2. Protocoles chirurgicaux associés, matériel et mise en œuvre. Parodontologie Implantologie Orale. 2021 2:32-51.