

LES ARTICLES DES LAURÉATS
DES SÉANCES COMMUNICATIONS
PUBLIÉS DANS CE NUMÉRO
Bonne lecture !



Arthur BRINCAT - Marseille

Traitement des péri-implantites : approche régénératrice

A. Brincat, A. Boyer, L. Tholozan, V. Monnet-Corti

2^{ème} prix Thommen de la Séance Communication Clinique Implantologie

Isaac Maximiliano BUGUENO VALDEBENITO - Strasbourg & Paris

Implication des microvésicules d'origine endothéliale induites par l'infection par *Porphyromonas gingivalis* dans l'inflammation endothéliale

I.M. Bugueno Valdebenito, F. Batool, F. El-Ghazouani, E. Anglès-Cano, N. Benkirane-Jessel, F. Toti, O. Huck

1^{er} prix SFPIO de la Séance Communication Recherche

Guilhèm JOLIVET - Strasbourg

Technique du tunnel fermé latéralement : revue de la littérature et identification des facteurs pronostiques à partir d'une série de cas

G. Jolivet, C. Petit, O. Huck

1^{er} prix Philips de la Séance Communication Poster Clinique

Raphaël BROCHAND - Paris

Les maladies parodontales peuvent-elles être considérées comme un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer ?

R. Brochand, M.L. Colombier

3^{ème} prix Editions CdP de la Séance Communication Poster Recherche

Mathias FAURE-BRAC - Marseille

La temporisation en implantologie

M. Faure-Brac, A. Brincat, S. Melloul, V. Monnet-Corti, A. Antézack, E. Eskenazi-Solal, C. Sadowski, P. Leclercq, C. Mansuy

2^{ème} prix Crinex de la Séance Communication Poster Clinique

Rodrigo MARTIN-CABEZAS - Strasbourg

Recouvrement des récessions multiples en secteur postérieur par la technique du tunnel modifié tracté coronairement

R. Martin-Cabezas, O. Huck

2^{ème} prix Colgate de la Séance Communication Recherche Clinique

Marie DUBAR - Lille

Associations potentielles entre la maladie d'Alzheimer et l'état parodontal : où en sommes-nous ?

M. Dubar, C. Fevrier, J. Roose, F. Boschin, E. Delcourt-Debruyne, K. Agossa

2^{ème} prix SFPIO de la Séance Communication Recherche

Matthias GAUDARD - Nice

Nouvelle matrice collagénique tridimensionnelle (Creos Mucogain®) dans le recouvrement de récessions gingivales multiples de classes

1 et 2 de Miller : série de cas

M. Gaudard, J.M. Heurtebise, S. Vincent-Bugnas

2^{ème} prix ex aequo Colgate de la séance Clinique Muco-gingivale

TRAITEMENT DES PÉRI- IMPLANTITES : approche régénératrice

INTRODUCTION

Les péri-implantites sont des lésions inflammatoires d'origine infectieuse autour de l'implant avec perte de tout ou partie de l'ostéointégration. Leur prévalence ne cesse d'augmenter, atteignant jusqu'à 20% des patients et 10% des implants. ⁽¹⁾

Actuellement, aucun « gold standard » n'a pu être défini concernant leur traitement. ⁽²⁾ Le traitement étiologique non chirurgical, efficace pour le traitement de la mucosite, ne l'est pas pour la péri-implantite. Il constitue une étape préliminaire indispensable mais non suffisante.

Lorsque les lésions osseuses péri-implantaires ont une allure verticale avec plusieurs parois osseuses, les procédures de chirurgie parodontale régénératrice peuvent être utilisées. Nous allons décrire, à travers un cas clinique, un de nos protocoles de prise en charge globale des maladies périimplantaires.

DIAGNOSTIC

Une patiente de 61 ans sans antécédent médical nous est adressée pour un traitement parodontal.

L'examen clinique et radiographique montre une inflammation importante, de nombreuses poches parodontales (dont la plus profonde est de 7mm associée à un défaut intra-osseux) et une alvéolyse généralisée. (Fig 1)



Fig 1 : Examen clinique et radiographique.

La péri-implantite se caractérise par la présence de trois facteurs

BRINCAT Arthur, Attaché Hospitalier /
Unité Fonctionnelle de Parodontologie, Service
d'Odontologie - APHMarseille

**BOYER A., THOLOZAN L.,
MELLOUL S., DUMAS C.**, Assistant-
Hospitalo-Universitaire / Unité Fonctionnelle
de Parodontologie, Service d'Odontologie -
APHMarseille / Aix-Marseille Université

FAURE-BRAC M., ANTEZACK A.,
Interne en DES Médecine Bucco-Dentaire /
Unité Fonctionnelle de Parodontologie, Service
d'Odontologie - APHMarseille / Aix-Marseille
Université

MONNET-CORTI V., Professeur
des Universités - Praticien Hospitalier / Unité
Fonctionnelle de Parodontologie, Service
d'Odontologie - APHMarseille / Aix-Marseille



indispensables ⁽³⁾ : une augmentation de la profondeur de sondage (supérieur à 6mm), un saignement ou suppuration au sondage, une perte osseuse radiographique supérieure ou égale à 3mm.

Le diagnostic est une parodontite stade 4 grade B associée à une péri-implantite au niveau de 36 (5 ans après mise en fonction) et une mucosite autour de 46. ⁽³⁾

TRAITEMENT NON CHIRURGICAL

La première étape du traitement est l'identification et le contrôle des facteurs de risques. ⁽⁴⁾ Les objectifs sont l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire, l'élimination des foyers infectieux parodontaux et la désorganisation du biofilm supra et infra gingival. On constate une hygiène parodontale et péri-implantaire déficiente (score de plaque de 72%), une maladie parodontale active et des excès de ciment de scellement. Une thérapeutique étiologique/initiale parodontale est entreprise. Le traitement étiologique (non chirurgical) autour des implants est donc basé sur les mêmes principes que le traitement parodontal mais avec l'utilisation d'une instrumentation spécifique : des inserts ultrasonores en titane pour ne pas altérer la surface implantaire et ne pas disséminer des particules dans le sulcus péri-implantaire et un aéro-polisseur muni d'une buse diminuant la puissance avec une poudre de glycine limitant le risque d'emphysème. On y associe une désinfection locale minutieuse avec de la chlorhexidine à 0,2%. Au niveau implantaire, le traitement non chirurgical permet de faire diminuer l'inflammation localement, essentiellement par récession

tissulaire, la symptomatologie et améliore les résultats des traitements chirurgicaux.⁽⁵⁾

Lors de la réévaluation à trois mois on note la réduction des profondeurs de sondage, la diminution du score de saignement et du score de plaque. (Fig 2)

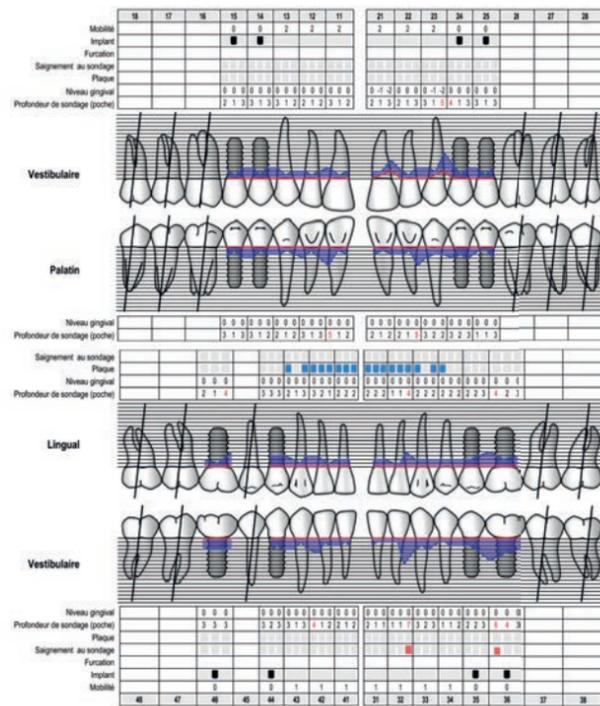


Fig 2 : Sondage parodontal lors de la réévaluation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical est réalisé sous bi-antibiothérapie (amoxicilline et métronidazole 500mg trois fois par jour pendant une semaine). Après élévation d'un lambeau mucopériosté et débridement (Fig 3A), l'objectif est la décontamination de la surface implantaire.⁽⁶⁾ Cette dernière est réalisée mécaniquement par lissage du micro-filetage (Fig 3B), (implantoplastie à l'aide de fraises spécifiques), par aéro-polissage et brossage avec des brosses en titane. Puis on effectue une désinfection chimique avec de la chlorhexidine, de la povidone iodée, de l'eau oxygénée avec des rinçages successifs de sérum physiologique. Une attention particulière est portée à l'élimination des particules de titane. Une fois la surface implantaire nettoyée, on effectue la mise en place d'un biomatériau de comblement osseux (Fig 3C), (Bio-Oss, Geistlich®)



Fig 3A, 3B, 3C : Débridement (Inserts Titane, Actéon®), implantoplastie (Fraises en carbure de tungstène, Komet®), comblement (Bio-Oss, Geistlich®)

dans le défaut osseux (ici défaut à trois parois), puis le lambeau est repositionné.

MAINTENANCE, SUIVI PARODONTAL ET PÉRI-IMPLANTAIRE

La patiente est revue lors de la dépose des points à 10 jours puis tous les mois pendant 6 mois. A un an post-opératoire on note une absence d'inflammation (Fig 4A) et de poche parodontale supérieure à 3mm (Fig 4C). Sur la radiographie (Fig 4B) un comblement du défaut osseux est visible. La fréquence des rendez-vous est ensuite établie selon le diagramme de Lang et Tonetti⁽⁷⁾ à savoir tous les 3 mois dans ce cas.

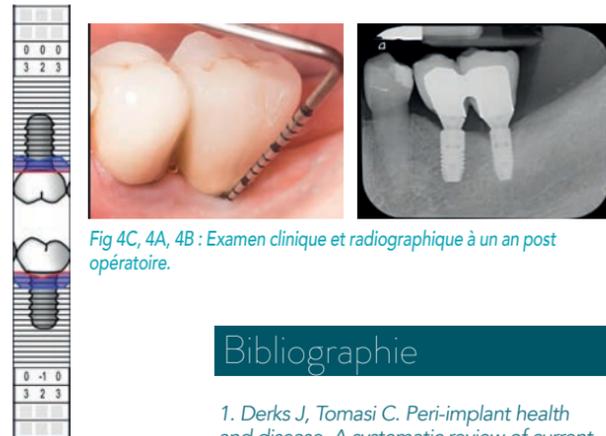


Fig 4C, 4A, 4B : Examen clinique et radiographique à un an post opératoire.

Bibliographie

1. Derks J, Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. *J Clin Periodontol.* 2015;42 Suppl 16: S158-71.
2. Claffey N, Clarke E, Polyzois I, Renvert S. Surgical treatment of peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2008; 35:316-32.
3. Berglundh T et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45 Suppl 20: S286-S291.
4. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *J Periodontol.* 2018 ;89 Suppl 1: S267-S290.
5. Renvert S, Roos-Jansåker AM, Claffey N. Non-surgical treatment of peri-implant mucositis and peri-implantitis: a literature review. *J Clin Periodontol.* 2008; 35:305-15.
6. Claffey N, Clarke E, Polyzois I, Renvert S. Surgical treatment of peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2008; 35:316-32.
7. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent.* 2003;1(1):7-16.

TePe®

A partir de plastique biosourcé

GOOD news pour la planète!

Nous sommes heureux de vous présenter TePe GOOD™ – une brosse à dents unique, fabriquée à partir de bioplastique.

Grâce à l'utilisation de matières premières renouvelables, telles que la canne à sucre et l'huile de ricin, jusqu'à 95% des émissions de CO₂ sont recyclées au cours du cycle de vie. Naturellement, la production est faite à 100% à partir d'énergie verte, issue notamment de nos installations de panneaux solaires.



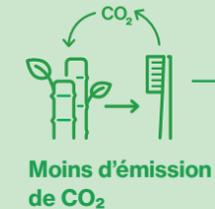
La brosse à dents TePe GOOD™ est disponible en 3 variantes: Regular souple, Compact souple et Mini extra-souple.

TePe France SAS
Parc « Les Grillons » Bâtiment 1
60 Route de Sartrouville, 78230 Le Pecq
Téléphone au 01 85 76 69 70
info.france@tepe.com
www.tepe.com/good

Made in Sweden



Huile de ricin



Moins d'émission de CO₂



Energie solaire



Canne à sucre

95% de CO₂ recyclé