

Publication  
scientifique de la  
Fédération  
Européenne de  
Parodontologie



Traducteurs:

Dr M. C. Carra. Assistant Professor.  
Dr H. Rangé. Associate Professor.  
Department of Periodontology - Université Denis Diderot,  
Paris VII - Rothschild Hospital, AP-HP, Paris.

**Referees:** Alotaibi, M., Al Ghazal, L.,  
Mullane, S., with Harrison, P.

**Lien vers l'article original JCP:**  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12451/abstract>  
Accès par la page des membres EFP:  
<http://www.efp.org/members/jcp.php>

**Affiliation:** Préparé par les étudiants  
du programme postgraduate de  
Parodontologie, Département  
de Dentisterie Restauratrice et  
Parodontologie, Dublin Dental University  
Hospital, Trinity College, Irlande.

Titre:



# Réponse de phase aiguë après traitement parodontal non chirurgical en « bouche complète » versus par quadrant. Un essai clinique randomisé.

Graziani, F., Cei, S., Orlandi, M., Gennai, S., Gabriele, M., Filice, N., Nisi, M., D'Aiuto, F.

*J Clin Periodontol* 2015 Aug; 42(8): 843–852.

Résumé de l'article original avec l'aimable autorisation de Wiley Online Library

Copyright © 1999-2014 John Wiley & Sons, Inc. Tous droits réservés

Contexte:

Le traitement parodontal non chirurgical (TPNC) a démontré son efficacité en termes de bénéfices pour le patient et de résultats parodontaux. Diverses approches de TPNC existent, mais les preuves scientifiques concernant leur impact systémique restent limitées.

Une approche intensive, dite détartrage et surfaçage radiculaire « Full-Mouth » (en bouche complète) (FM-DSR), a été associée à une forte augmentation des biomarqueurs inflammatoires sur une courte

durée ; ceci pourrait être dû au traumatisme généré par le traitement et à la bactériémie induite. Ces biomarqueurs inflammatoires ayant été associés à un risque cardiovasculaire accru et à la mortalité, une approche intensive de traitement non chirurgical comme le FM-DSR pourrait être associée à un risque plus élevé pour les patients présentant des comorbidités non contrôlées telles que les maladies cardiovasculaires.

Objectifs  
de l'étude:

Cette étude vise à comparer l'effet du détartrage et surfaçage radiculaire effectué par quadrant (Q-DSR) versus le FM-DSR sur des biomarqueurs, à court et à moyen terme, de la réponse inflammatoire et de la fonction endothéliale, ainsi que l'effet sur les paramètres cliniques à moyen terme.

*Publication  
scientifique de la  
Fédération  
Européenne de  
Parodontologie*

**Méthodes:**

38 patients ont participé à cet essai clinique monocentrique avec trois mois de suivi. Les patients présentant une perte d'attache interproximale  $\geq 3$  mm sur au moins 2 dents non adjacentes, un BOP (bleeding on probing)  $\geq 25\%$  et une perte osseuse radiographique ont été inclus. Avant traitement, des échantillons de sang ont été prélevés et les paramètres vitaux ont été enregistrés.

La profondeur de poche (PP), la récession, le saignement, et la plaque ont été enregistrées. Des échantillons de sérum à jeun ont été prélevés et analysés pour déterminer les fractions lipidiques, la CRP sérique, des biomarqueurs inflammatoires (IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ ) et des marqueurs de la fonction endothéliale (E-sélectine, P-sélectine, ICAM-3, et thrombomoduline). Les patients ont été randomisés dans le groupe

Q-DSR (n = 19) ou dans le groupe FM-DSR (n = 19). Le traitement parodontal consistait en un débridement supra et sous-gingival effectué par un seul parodontiste. Les patients du groupe FM-DSR ont reçu un traitement en deux séances distinctes dans les 24 heures.

Les patients dans le groupe Q-DSR ont reçu le traitement en quatre séances à une semaine d'intervalle. Les patients ont été réexaminés 1, 7 et 90 jours après le traitement (le jour 1 pour le groupe FM-DSR était à 24 heures après la fin du traitement; le jour 1 pour le groupe Q-DSR était à 24 heures après la fin du premier quadrant).

Les échantillons sanguins, l'anamnèse médicale et les paramètres vitaux ont été enregistrés lors de chaque visite; les paramètres cliniques ont été évalués uniquement à 90 jours.

**Résultats:**

Les deux approches de traitement permettent une amélioration clinique significative des paramètres parodontaux évalués à 90 jours; aucune différence significative n'a été observée entre les deux approches. Une augmentation statistiquement significative des taux de CRP sériques, d'IL-6 et de TNF- $\alpha$  à 24 heures a été observée pour le groupe FM-DSR par rapport au groupe Q-DSR. Les biomarqueurs inflammatoires sont revenus aux niveaux de référence à trois mois.

Le niveau sérique de CRP et IL-6 à j étaient fortement corrélés avec le temps de traitement et le nombre de poches parodontales  $\geq 6$ mm; indépendamment du groupe testé, les taux de CRP sérique étaient fortement corrélés avec le temps de traitement.

A j1, une augmentation significative de la température corporelle a été observée dans le groupe FM-DSR.

**Limites,  
impact clinique  
et conclusions:**

**Limites:**

- Petit échantillon de patients.
- Les patients de l'étude n'avaient pas de pathologie systémique.. Il n'est donc pas certain que les patients atteints de comorbidités répondraient d'une manière similaire.
- Les patients n'ont pas été examinés entre j1 et j7. La durée de la réponse de phase aiguë n'est donc pas claire.

**Conclusions:**

Le FM-DSR déclenche une réaction de phase aiguë modérée d'une durée minimale de 24 heures par rapport au Q-DSR. Elle pourrait être le résultat de la bactériémie induite et / ou du traumatisme local plus important des tissus mous, éventuellement associé à l'augmentation du temps de traitement liée à l'approche en bouche complète

Les réponses cliniques et inflammatoires associées au FM-DSR étaient comparables à celles du Q-DSR à 3 mois.

**Impact:**

**Que faut-il retenir à l'échelon du praticien ?**

La réponse de phase aiguë après traitement parodontal non-chirurgical pourrait être différente selon le protocole et semblerait plus forte dans les protocoles de traitement intensif telles que le FM-DSR. Chez les patients ayant des antécédents médicaux complexes et/ou des comorbidités incontrôlées, il semblerait prudent de suivre une approche de DSR conventionnelle par quadrant.