

AUTEURS

Nagore Ambrosio & Honorato Ribeiro-Vidal, et David Herrera

APPARTENANCE

Rédigé par les étudiants du postgraduate en parodontologie et dentisterie implantaire. Faculté d'odontologie, Université Complutense de Madrid, Espagne

titre

Chirurgie de régénération parodontale versus chirurgie d'assainissement dans les défauts intra-osseux chez l'homme : résultats d'une étude clinique randomisée à 20 ans sur la conservation des dents, la récurrence de la parodontite et le coût de traitement

Pierpaolo Cortellini, Jacopo Buti, Giovanpaolo Pini Prato, Maurizio S. Tonetti.
J Clin Periodontol 2017 : 44 : 58-66.

*Résumé d'après l'article original avec la courtoisie de Wiley Online Library
Copyright © 1999-2017 John Wiley & Sons, Inc. All Right Reserved
JCP Digest publié en français par l'EFP en janvier 2018*

CONTEXTE

Les poches profondes résiduelles associées à des défauts intra-osseux sont un facteur de risque de récurrence et de progression des parodontites. Différentes approches thérapeutiques ont été proposées, du lambeau d'assainissement aux techniques de régénération parodontale. Il a été montré que l'approche régénérative permet l'obtention d'un meilleur gain d'attache (GA) et d'une meilleure réduction de la profondeur de poches (PP). Cependant, la stabilité des résultats des techniques de régénération n'a pas été comparée à celle des techniques d'assainissements sur une période de plus de 15 ans.

OBJECTIFS

- Comparer la stabilité clinique de 3 modalités de traitement (2 approches différentes de chirurgie de régénération versus le lambeau d'assainissement seul) pour les défauts intra-osseux sur une période de 20 ans avec suivi parodontal (maintenance).
- Evaluer par une analyse de récurrence les coûts de ré-intervention engendrés pour chaque groupe.

MÉTHODES

Cet article décrit les 20 ans de suivi des participants d'une précédente étude clinique randomisée publiée par Cortellini et collaborateurs en 1995¹.

Après une phase de thérapeutique initiale, 45 patients avec 45 défauts intra-osseux (sans lésions inter-radicaire) ont été randomisés en 3 bras de traitement : (1) membrane e-polytetrafluoroéthylène renforcée en titane (e-PTFE) et technique de préservation papillaire modifiée (MPPT Tit group) ; (2) membrane e-PTFE avec un lambeau d'accès (Flap e-PTFE group) ; et (3) lambeau d'assainissement seul (Flap group). Le suivi parodontal (maintenance) était effectué tous les mois la première année, puis tous les 3 mois pendant le reste des 20 ans de suivi dans un cabinet privé.

Le critère de définition de la récurrence au niveau de la dent traitée était une augmentation de la PP ≥ 2 mm avec persistance de saignement au sondage détectée par l'hygiéniste lors des visites de suivi puis confirmée par le calcul d'une perte d'attache ≥ 2 mm par un examinateur calibré. Pour ces sites, une ré-intervention était effectuée soit un traitement non-chirurgical (détartrage-surfçage radicaire) soit un traitement chirurgical (lambeau d'assainissement ou chirurgie de régénération). Des statistiques descriptives et analytiques ont été menées, la variable principale était le changement moyen de niveau d'attache, le changement moyen de PP et la perte dentaire. Le nombre de récurrence dans chaque groupe et le coût de la ré-intervention ont été déterminés.

1 Cortellini, P., Pini Prato, G., & Tonetti, MS. (1995) Periodontal regeneration of human intra-bony defects with titanium reinforced membranes. A controlled clinical trial. *Journal of Periodontology* 66 (9), 797-803.

résultats

De baseline à un an :

- Il n'existait pas de différence entre les groupes à baseline (examen initial).
- A 1 an, le gain d'attache était plus élevé dans le groupe 1 (MPPT Tit group), puis dans le groupe 2 (Flap e-PTFE group) et enfin dans le groupe 3 (Flap alone). Les PP résiduelles étaient plus élevées dans le groupe 3 (Flap group) comparé au groupe 1 (MPPT Tit group) et 2 (Flap e-PTFE group) (article Cortellini et al., 1995).

Résultats à 20 ans :

- 4 patients ont été perdus de vue durant la période de suivi de l'étude (1 dans le groupe 1 (MPPT Tit group), 1 dans le groupe 3 (Flap-alone group) et 2 dans le groupe 3 (Flap e-PTFE group). Tous les autres patients ont été observants pour les visites de suivi parodontal tous les 3 mois.
- Seules 2 dents ont été perdues, les 2 par des patients du groupe 3 (Flap-alone group).
- La perte d'attache était statistiquement plus élevée dans le groupe 3 (Flap-alone group) comparé au groupe 1 (MPPT Tit group): $1.4 \pm 0.4 \text{ mm}$; $p=0.008$ et au groupe 2 and Flap e-PTFE : $1.1 \pm 0.4 \text{ mm}$; $p=0.029$. Aucune différence n'a été montrée entre les 2 groupes de chirurgie de régénération.
- La récurrence de la parodontite a été observée dans les 3 groupes mais plus fréquemment dans le groupe 3 (Flap group) avec 15 événements chez 8 patients, que dans le groupe 1 (MPPT Tit) avec 5 événements chez 4 patients et que dans le groupe 2 (Flap e-PTFE) avec 6 événements chez 5 patients. Quand la récurrence a été stratifiée sur la PP résiduelle à 1 an, une corrélation entre les sites $\geq 5 \text{ mm}$ et une fréquence plus élevée de récurrence nécessitant une ré-intervention était observée ($p=0.0024$, $r^2=0.31$).
- Une ré-intervention a été nécessaire pour 26 cas de récurrence de la maladie, par DSR (21/26), chirurgie d'assainissement (2/26), chirurgie de régénération (1/26) ou avulsion (2/26). Le plus grand nombre de ré-intervention a été observé dans le groupe 3 (Flap group) (15/26), puis dans le groupe 2 (Flap e-PTFE) (6/26) et dans le groupe 1 (MPPT Tit) (5/26). Les Odds Ratio (OR) que chaque visite nécessite une ré-intervention ont été comparés et le groupe 3 présentait un $OR=3.4$ ($p=0.013$) comparé au groupe 1 et un $OR=2.6$ ($p=0.042$) comparé au groupe 2. Aucune différence n'a été observée entre les 2 groupes de chirurgie de régénération.
- Les coûts moyens à la première intervention, des 2 techniques de régénération étaient supérieurs comparés à la technique d'assainissement (€549). Cependant, However, les coûts moyens de ré-intervention étaient plus élevés pour le groupe 3 (Flap group) ($\text{€}501.27 \pm \text{€}210.54$), en comparaison avec le groupe 2 (Flap e-PTFE) ($\text{€}159.00 \pm \text{€}88.95$) et le groupe 1 (MPPT Tit) ($\text{€}99.79 \pm \text{€}54.14$).



LIMITES

- La faible validité externe puisque l'étude correspond à un scénario favorable (patients hautement motivés, patients non-fumeurs, traités en cabinet privé avec un excellent niveau de soins parodontaux). Par conséquent, des échantillons de population plus larges et différentes populations d'étude sont nécessaires.
- Ce sont des résultats préliminaires (étude pilote) qui doivent être confirmés par des études à plus grande échelle.



CONCLUSIONS

- Les 3 techniques chirurgicales sont des modalités thérapeutiques efficaces des défauts intra-osseux profonds et les résultats peuvent être maintenus à 20 ans avec un suivi parodontal régulier. Cependant, les sites traités par régénération sont plus stables cliniquement, alors que ceux traités par chirurgie d'assainissement seule sont associés à un taux de récurrence plus élevé.
- Les techniques de régénération offrent de meilleurs résultats à long terme: meilleur gain d'attache à court terme, absence de perte dentaire, progression plus faible de la parodontite, moins besoin de ré-intervention.
- Le coût de traitement initial était plus élevé pour l'approche régénérative. Néanmoins, le coût de ré-intervention devenait supérieur sur le long terme (20 ans de suivi) pour l'approche d'assainissement seule comparé aux techniques de régénération.



IMPACT

- Les cliniciens devraient considérer les avantages à long terme d'utiliser une approche de régénération dans le traitement des défauts intra-osseux profonds.
- L'analyse cumulée des coûts de traitement souligne que les coûts initialement supérieurs des techniques de régénération parodontale sont partiellement annulés par la moindre nécessité et le moindre coût de ré-intervention.



LIEN VERS L'ARTICLE ORIGINAL :

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12691/full>

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