

AUTEURS

Ioanna Papalou, Laetitia Harmouche, Sonia Deschamps-Lenhardt, Panagiota Vagia, avec Henri Tenenbaum et Olivier Huck

APPARTENANCE

Rédigé par les étudiants du postgraduate du département de parodontologie de la faculté dentaire de Strasbourg

titre

Perte dentaire chez les patients atteints de parodontite agressive généralisée : Facteurs pronostiques après 17 ans de suivi parodontal

Christian Graetz, Sonja Sälzer, Anna Plaumann, Peter Schlattmann, Maren Kahl, Claudia Springer, Christof Dörfer, et Falk Schwendicke

J Clin Periodontol 2017 : 44(6) : 612-619

Résumé d'après l'article original avec la permission des Editions Wiley Online

Copyright © 1999-2017 John Wiley & Sons, Inc. Tous droits réservés.

JCP Digest 06 publié en Français par l'EFP en Mars 2018

CONTEXTE

La parodontite agressive (PAg) est une maladie parodontale multifactorielle, la génétique jouant un rôle important dans son initiation et sa progression (Genco & Borgnakke, 2013 ; Schaefer et al., 2014), cette dernière étant rapide et sévère (Armitage, 1999). Il existe deux formes de PAg : localisée (PAgL) et généralisée (PAgG).

Le traitement le plus communément réalisé : le débridement mécanique (avec ou sans adjonction d'antibiotiques) semble permettre de conserver les dents concernées à long terme. Toutefois, il existe peu d'études rapportant le taux de survie dentaire sur de longues périodes de suivi et la plupart sont basées sur l'étude d'une population mixte de PAgL / PAgG. Nous manquons donc d'informations concernant la survie dentaire à moyen et long terme chez les patients atteints de PAgG. L'identification des facteurs associés à la perte dentaire chez ces patients est nécessaire à la mise en place d'un traitement individualisé pour la prise en charge de la PAg.

OBJECTIFS

Evaluer le risque de perte dentaire chez les patients atteints de PAgG et ses facteurs pronostiques après traitement parodontal.

MÉTHODES

57 patients atteints de PAgG traités en 1982-1998 à l'université de Kiel (Allemagne). Ont été examinés avant (T0) et après (T1) thérapie parodontale active (APT) ainsi qu'après suivi parodontal (T2). La perte d'attache interproximale devait concerner au moins 3 dents permanentes autres que les molaires et incisives et une perte osseuse $\geq 50\%$ sur minimum 2 dents. Seuls les patients ayant eu un suivi parodontal (SPT) ≥ 9 ans avec ≥ 1 visite/an, un charting annuel et un bilan radiographique à T0 et à T2 pouvaient être inclus.

La phase APT (1.3 \pm 0.8 ans) comprenait un débridement non-chirurgical (DSR) +/- la prise d'antibiotiques dans le cas de destruction parodontale sévère et d'inflammation résiduelle après DSR. Si nécessaire, une contention et un traitement chirurgical complémentaire (lambeau d'accès, amputation radiculaire, tunnelisation) ont été réalisés, mais pas de lambeau apicalisé ni d'ostéoplastie. Tunnelisation ou amputation radiculaire n'ont été réalisées que dans le cas de furcation non accessible à l'hygiène (degré II / III) et montrant une inflammation persistante.

Le SPT (17.4 \pm 4.8 ans [9-28 ans]) incluait à chaque séance une motivation à l'hygiène, le DSR des poches résiduelles et, si besoin, un lambeau d'accès +/- prise d'antibiotiques. Pour évaluer les facteurs pronostiques de perte dentaire, 10 variables ont été prises en compte à T1 : âge, genre, statut tabagique, nombre de dents présentes, PPD maximale, arcade dentaire, mobilité, perte osseuse, degré d'atteinte de furcation et prise d'antibiotiques au cours de la phase APT.

résultats

- 57 patients avec une moyenne d'âge de 34.7±8.0 ans à T0 ont participé à cette étude et 1,505 dents (1,016 non- molaires, 489 molaires) ont été évaluées. Durant la phase APT, 4 patients ont été traités en non-chirurgical et 53 patients ont reçu un traitement chirurgical complémentaire. Vingt-quatre patients ont reçu une antibiothérapie : 15 durant la phase active de traitement (APT) et 13 durant la phase de suivi (SPT).
- Seulement 9.5% des dents ont été perdues durant le suivi à long terme de cette étude avec un faible taux annuel de perte dentaire (0.14±0.18 dent par an et par patient). Durant la phase SPT, trois patients (5%) ont perdu ≥10 dents, 14 (25%) ont perdu 4-9 dents, et 40 (70%) ont perdu 0-3 dents. La PPD a diminué pour toutes les dents au cours de cette étude. La PPD moyenne des dents conservées à T0 (5.8±2.1mm) et à T1 (3.5±1.1mm) était inférieure à celle des dents perdues (T0 =7.16±2.18 mm, T1= 4.63±1.66mm). Les dents qui ont été extraites avaient une PPD moyenne de 6.49±2.53mm.
- Les patients ayant pris des antibiotiques durant la phase active de traitement avaient des PPDs plus importantes à T0 comparés aux patients traités seulement par débridement mécanique. Un total de 34.6% des dents conservées durant la phase de SPT montraient une alvéolyse >50% à T0 comparé à un total de 70% pour les dents perdues durant cette phase de SPT. A T2, seulement 30% des dents conservées – mais 68% de celles extraites –avaient une alvéolyse >50%.
- Cinq des 10 variables indépendantes incluses dans l'analyse de régression ont montré une association statistiquement significative avec la perte dentaire : l'arcade dentaire maxillaire (HR=1.94), les poches résiduelles (HR=1.41), le degré d'atteinte de furcation (I : HR= 4.04, II : HR= 4.44, III : HR= 4.00), une mobilité augmentée (III : HR=5.39), et la consommation tabagique (HR= 4.94).



LIMITES

- Il s'agit d'une étude rétrospective où les résultats du traitement (perte dentaire ou conservation) ne sont pas seulement dus à la maladie mais sont aussi la conséquence d'une prise de décision individuelle et souvent non-calibrée.
- Cette étude n'a pas permis de discriminer les pertes dentaires pour raisons parodontales.
- Il n'a pas été possible de déterminer si les taux de perte dentaire différaient chez les patients perdus de vue.
- Un nombre relativement important de patients n'a pas été inclus dans l'étude à cause de données manquantes.
- Il n'a pas été possible de comparer le type de traitement mis en œuvre à d'autres options de traitements.
- L'échantillon correspondant à des patients compliants, traités dans un cadre universitaire ne permet pas la généralisation des résultats.



CONCLUSIONS

- Cette étude montre des taux de perte dentaire très faibles chez les patients compliants (0.14 dent perdue par an et par patient) et la possibilité de conserver sur le long terme voire à vie la majorité des dents chez ces patients.
- Le risque de perte dentaire était significativement plus important pour les dents maxillaires, les dents présentant des PPD résiduelles >6mm, les dents avec des atteintes de furcation, une mobilité augmentée et chez les fumeurs actifs.



IMPACT

- Les extractions dentaires précoces chez les patients atteints de PAaG devraient être évitées ou au moins reportées jusqu'à la fin de la phase active du traitement parodontal (APT) –moment où les facteurs pronostiques possibles peuvent être évalués globalement.
- L'identification des facteurs de risque pourrait permettre la mise en place de plans de traitements individualisés.



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>