

Éditeur : Phoebus Madianos *Président, Commission des Affaires Scientifiques*

Editeur adjoint : Andreas Stavropoulos *Vice-président, Affaires Scientifiques*

Traductrices : Sabine Fessi *Postgraduate Programme en Parodontologie et Dentisterie Implantaire, Université Paris Diderot, Paris*

Isabelle Fontanille *Assistante hospitalo-universitaire. Département de parodontologie, Faculté d'Odontologie, Université Paris Diderot, Paris*

#### AUTEURS

Ana Castro, Simone Cortellini, Valerie Oud, Bahoz Sanaan, Tony Vanderstuyft, Astrid Wylleman, Andy Temmerman, Wim Teughels, et Marc Quirynen

#### APPARTENANCE

Postgraduate Programme de Parodontologie de l'Université Catholique de Louvain, Belgique

## étude

# Le contour des restaurations prothétiques est un indicateur de risque de la péri-implantite: Une analyse radiographique transversale

Michitsuna Katafuchi, Bradley F. Weinstein, Brian G. Leroux, Yen-Wei Chen, Diane M. Daubert  
J Clin Periodontol. 2017; 45 (2): 225-232

*Résumé d'après l'article original avec la permission des Editions Wiley Online Library  
Copyright © 1999-2018 John Wiley & Sons, Inc. Tous droits réservés  
JCP Digest 02 publié par l'EFP en décembre 2018*

## CONTEXTE

Des facteurs de risque de la péri-implantite tels que mauvaise hygiène orale, antécédents de parodontite, tabac et diabète ont été décrits dans la littérature.

Les facteurs de risque prothétiques connus associés à la péri-implantite sont le ciment résiduel et une limite prothétique positionnée à  $\leq 1,5$  mm de la crête osseuse.

Toutefois, le contour prothétique (angle d'émergence et/ou profil d'émergence) n'a jamais été évalué en tant que facteur de risque de la péri-implantite dans une étude clinique.

## OBJECTIFS

Le but de cette étude était de déterminer si l'angle ou le profil d'émergence pourrait être associé à un risque plus élevé de péri-implantite.

## MÉTHODES

Cette étude transversale portait sur 96 patients avec 225 implants (durée moyenne du suivi : 10,9 ans). La définition de la péri-implantite correspondait à la présence d'un saignement au sondage et/ ou de suppuration, avec 2 mm de perte osseuse détectable après remodelage initial et une profondeur de poche  $\geq 4$  mm. Les profils et angles d'émergence ont été mesurés sur des radiographies digitales prises avec la technique des plans parallèles.

L'angle d'émergence a été calculé comme étant l'angle entre le grand axe de l'implant et une ligne tangente à la prothèse. Un angle  $>30$  degrés était défini comme le point limite pour les prothèses en surcontour

Le profil d'émergence était classé en trois catégories : concave, droit ou convexe. Les mesures ont été répétées trois fois en distal et en mésial, la sélection majoritaire étant retenue comme profil d'émergence. Pour les implants bone-level (BL), le pilier était considéré comme faisant partie de la restauration, alors que pour les implants tissue-level (TL), le profil et l'angle d'émergence étaient mesurés à partir de la plateforme. L'examineur ne connaissait pas le statut implantaire lors de son analyse radiographique afin d'éviter un biais potentiel.

## résultats

Quatre-vingt-trois patients avec 168 implants répondaient aux critères d'inclusion de l'étude dont 101 implants bone-level et 67 implants tissue-level.

- En prenant l'implant comme référence, la prévalence de la peri-implantite était de 22,8% pour le groupe BL et de 7,5% pour celui du groupe TL.
- Dans le groupe BL, la moyenne  $\pm$  écart type de l'angle d'émergence était de 27,8 degrés  $\pm$  11,6 au niveau de la surface mésiale et de 25,1 degrés  $\pm$  10,3 au niveau de la surface distale
- Dans le groupe TL, la moyenne  $\pm$  écart type de l'angle d'émergence était de 28,6 degrés  $\pm$  14,4 au niveau de la surface mésiale et de 28,3 degrés  $\pm$  13,3 au niveau de la surface distale.
- Les angles d'émergence étaient plus larges pour les profils convexes (moyenne 37,6 degrés,  $\pm$  11,7) en comparaison avec les profils droits ou concaves (26,7 degrés,  $\pm$  8,9). Cette tendance était similaire pour les deux types d'implants.
- Le taux de péri-implantite était significativement plus élevé lorsque l'angle d'émergence était  $>$ 30 degrés pour les implants BL. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour les implants TL.
- Pour les deux groupes, le profil d'émergence était statistiquement associé à la péri-implantite.
- Pour les implants BL, la combinaison d'un profil convexe à un large angle d'émergence a montré le taux le plus élevé de péri-implantite (37,8%). Ce n'était pas le cas pour les implants TL.



## LIMITES

- Taille de l'échantillon : le groupe TL comprenait un petit nombre de patient dont deux seulement présentaient des péri-implantites. Aucune conclusion ne peut être tirée de cela.
- Design de l'étude : le statut de l'implant était utilisé comme résultat primaire au lieu de la perte osseuse marginale au niveau des sites interproximaux. L'association directe entre le contour de la prothèse et la perte osseuse marginale est donc inconnue.
- L'aspect lingual et vestibulaire du contour prothétique ne peut pas être visualisé avec la technique des plans parallèles.



## CONCLUSIONS

- Un angle d'émergence  $>$ 30 degrés est un indicateur de risque significatif pour la péri-implantite et un profil convexe crée un risque supplémentaire pour les implants BL mais pas pour les implants TL.
- Dans la littérature, il n'y a pas suffisamment de preuves pour mettre en avant le rôle des prothèses implanto-portées en surcontour dans le développement de la péri-implantite. Cependant, les preuves relatives aux restaurations dentaires en surcontour et débordantes pourraient expliquer le mécanisme en lien avec une prévalence augmentée des péri-implantites dans le groupe des implants BL de cette étude.
- Une étude à plus grande échelle et à plus long terme concernant la prévalence des péri-implantites autour des implants avec plateforme-switching et son lien avec le contour prothétique est nécessaire.



## IMPACT

- L'influence du contour prothétique sur le risque de développer une péri-implantite devrait être prise en considération lors de la pose d'implant et de la fabrication de la restauration prothétique.



LIEN VERS L'ARTICLE ORIGINAL :

<https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpe.12813>

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