

Postgraduate Programme en Parodontologie, Rambam  
Health Care Campus, Israël

Alexandre Courtet    Assistant hospitalo-universitaire, Département de Parodontologie, Faculté d'Odontologie, Université de Paris

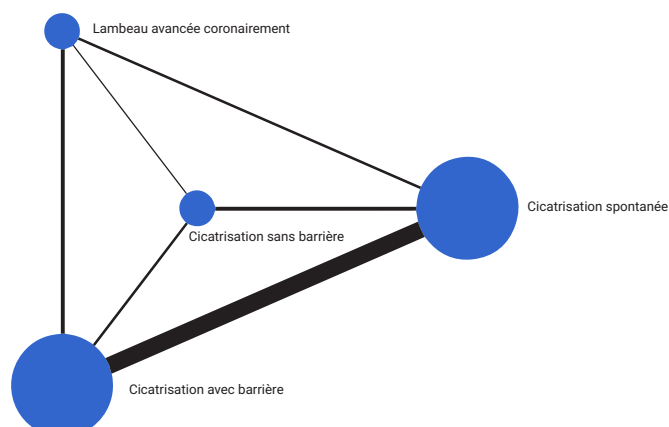
# Fermeture ou non de l'alvéole lors d'une préservation alvéolaire : quelle technique ?

João Roig Martins, Tassiane Panta Wagner, Ana Carolina Vallim, William Konflanz, Flak Schwendicke, Roger Keller Celeste, Alex Nogueira Haas

## Matériel et méthodes

- Les auteurs ont passé en revue les essais cliniques évaluant différentes techniques de préservation alvéolaire :
  - Préservation alvéolaire avec «fermeture primaire» :
    - lambeau avancé coronairement ;
    - greffe de gencive libre ;
    - greffe de tissu conjonctif.
  - Préservation alvéolaire sans fermeture primaire (barrière exposée) et techniques sans fermeture de l'alvéole :
    - préservation alvéolaire (sans barrière) ;
    - pas de préservation alvéolaire (cicatrisation spontanée).
- Les comparaisons de la dimension horizontale de la crête alvéolaire ont été effectuées au moins deux mois après avulsion soit par mesure clinique, soit par évaluation radiographique.
- Les auteurs ont ensuite effectué une analyse statistique pour classer les techniques en fonction de leur efficacité clinique.

**Figure :** Cartographie issue de la méta-analyse en réseau des résultats cliniques et tomographiques après la préservation de crête alvéolaire avec trois techniques et la guérison spontanée.



La taille des nœuds est proportionnelle au nombre de patients recevant chaque traitement. La largeur des lignes est proportionnelle au nombre d'essais comparant proportionnellement les traitements connectés.

**Tableau :** Tailles d'effet comparées (changement moyen de la largeur de la crête alvéolaire en millimètres) et probabilité d'être le meilleur traitement (rangs) pour chaque approche de fermeture de l'alvéole) et estimées à partir d'une méta-analyse en réseau.

Traitement de référence	Traitement comparatif	Taille de l'effet*	Intervalle prédictif à 95%
Cicatrisation spontanée	Fermeture primaire	1,18	0,21 to 2,13
	Cicatrisation avec barrière	1,10	0,49 to 1,69
	Cicatrisation sans barrière	0,46	-0,70 to 1,64
Fermeture primaire	Cicatrisation avec barrière	-0,08	-1,02 to 1,64
	Cicatrisation sans barrière	-0,71	-1,98 to 0,57
Cicatrisation avec barrière	Cicatrisation sans barrière	-0,62	-1,78 to 0,54
Probabilité d'être le meilleur traitement			
	Fermeture primaire	52,7%	
	Cicatrisation avec barrière	39,1%	
	Cicatrisation sans barrière	8,2%	
	Cicatrisation spontanée	0%	

\* Les valeurs positives indiquent une largeur de crête plus élevée dans le traitement comparatif que dans le traitement de référence. Les valeurs négatives indiquent une largeur de crête plus faible dans le traitement comparatif que dans le traitement de référence.

## Résultats

- Vingt-deux essais cliniques ont été inclus dans l'étude.
- À deux mois, la mise en place d'un substitut osseux seul au sein de l'alvéole était équivalent à une cicatrisation spontanée en terme de réduction de la dimension horizontale de la crête alvéolaire. L'ajout d'une barrière était quant à lui bénéfique.
- La réalisation d'un lambeau avancé coronairement, d'une greffe gingivale libre ou d'une greffe de tissu conjonctif conduisait à une meilleure préservation de la largeur de crête alvéolaire en comparaison à la mise en place d'une membrane.
- Aucune différence significative n'a été constatée entre la préservation de la crête alvéolaire avec fermeture primaire de l'alvéole et la préservation de la crête alvéolaire avec cicatrisation secondaire (avec ou sans barrière).
- Aucune différence significative n'a été constatée entre les différentes techniques de fermeture de l'alvéole.

### Limitations

- Seule la dimension horizontale de la crête alvéolaire a été évaluée dans cette revue systématique. Néanmoins, une évaluation complète ne peut être faite sans la dimension verticale.
- L'hétérogénéité est très élevée. Toute conclusion tirée des résultats de la comparaison statistique doit être prise avec réserve.

### Conclusions & impact

- Pour maintenir la largeur de la crête alvéolaire, l'utilisation d'un substitut osseux dans une alvéole ne présente que peu ou pas d'avantages.
- L'alvéole doit être scellée : le substitut osseux doit être recouvert afin de réduire les changements de largeur de l'os alvéolaire.
- La meilleure façon de recouvrir le substitut osseux est d'utiliser des tissus autogènes, comme un lambeau avancé coronairement, une greffe gingivale libre ou une greffe de tissu conjonctif.
- Cet article fournit des preuves scientifiques pour recouvrir un substitut osseux afin de réduire le rétrécissement horizontal post-extractionnel de l'alvéole.

 JCP Digest 103 est un résumé de l'article "Comparison of the efficacy of different techniques to seal the alveolus during ridge preservation : meta-regression and network meta-analysis". *J Clin Periodontol.* 2022; 49(7): 528-536. DOI: 10.1111/jcpe.13628

 <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13628>

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