

AUTEURS

Emma Busoms, Fabiola Dell'Olmo, et Joan Takamoli, avec le Pr José Nart

APPARTENANCE

Etudiants du Postgraduate Programme en Parodontologie, Université Internationale de Catalogne, Barcelone

étude

# Régénération osseuse versus greffe de tissu conjonctif

Thomas De Bruyckere, Célien Eeckhout, Aryan Eghbali, Faris Younes, Paulien Vandekerckhove, Roberto Cleymaet, Jan Cosyn  
J Clin Periodontol. 2018; 45:1375-1387

*Résumé d'après l'article original avec la permission des Editions Wiley Online Library  
Copyright © 1999-2019 John Wiley & Sons, Inc. Tous droits réservés  
JCP Digest 11 publié par l'EFP en août 2019*

## CONTEXTE

Après extraction dentaire, l'os alvéolaire subit des modifications dimensionnelles –y compris dans le cas d'une préservation alvéolaire. La zone la plus touchée par ces changements est la partie centrale de l'os vestibulaire.

Par conséquent, après extraction dentaire, il y aura un manque de volume et de convexité vestibulaire pouvant avoir un impact au niveau esthétique.

Des procédures telles que la régénération osseuse guidée (GBR) ou la greffe de tissu conjonctif (CTG) ont été suggérées comme étant efficaces pour rétablir une épaisseur et une hauteur de tissu suffisantes avant de procéder à la pose d'un implant.

Un seul essai clinique contrôlé randomisé (ECR) comparant GBR et CTG visant à rétablir la convexité vestibulaire au niveau d'un seul implant a déjà été publié. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux approches après un an.

## OBJECTIFS

Comparer, sur une période d'un an, la GBR et la CTG –avec pose d'implant simultanée– pour restaurer la convexité vestibulaire au niveau d'une perte osseuse unitaire.

## MÉTHODES

Cette étude était un ECR en simple aveugle, impliquant 42 patients présentant :

- Un édentement unique au niveau du maxillaire antérieur avec dents adjacentes présentes suite à une extraction datant d'au moins trois mois ;
- Un défaut de classe I (Seibert 1983) ;
- Une largeur d'au moins 6 mm dans le sens vestibulo-palatin au niveau du site post-extractionnel présentant une concavité vestibulaire (V). La concavité V a été compensée après la pose de l'implant à l'aide :
  - de particules de xéno greffe d'origine bovine recouvertes d'une membrane de collagène résorbable dans le groupe GBR ;
  - d'un greffon prélevé au niveau du palais (région prémolaire) au moyen de la technique à incision unique dans le groupe CTG,

Après trois mois, le second temps a été réalisé avec mise en place de piliers de cicatrisation dans les deux groupes.

Une couronne provisoire vissée avec un profil concave a été réalisée. Le profil d'émergence a été modifié (par ajout de composite fluide) au cours des trois mois suivants améliorant ainsi le niveau des tissus mous en regard de la face V. Six mois après la pose de l'implant, une couronne définitive – reproduisant le profil d'émergence obtenu – a été réalisée.

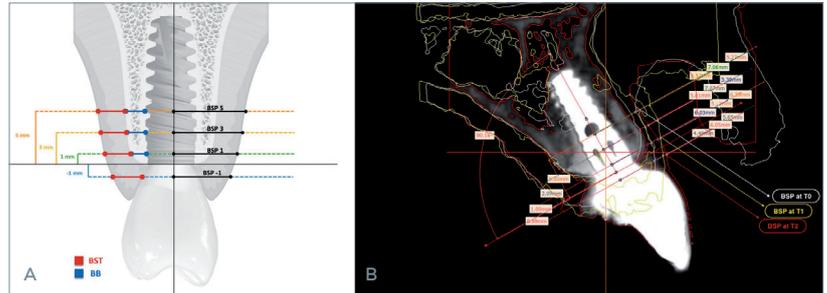
Un CBCT a été réalisé à : t0 (avant chirurgie), t1 (deux semaines après), t2 (un an après). Le profil V des tissus mous (BSP), critère principal, a été analysé grâce à des images transversales. L'épaisseur de l'os V, des tissus mous V et la perte osseuse verticale ont également été évaluées.

Les paramètres cliniques enregistrés étaient les suivants : taux de survie, succès et complications, perte osseuse marginale, profondeur de sondage, indice de plaque et de saignement au sondage, et récession V et papillaire.

Les variables qualitatives des groupes ont été analysées à l'aide du test exact de Fisher. Une analyse de variance (ANOVA) a été utilisée pour analyser les changements dans le temps au sein de chaque groupe et l'impact de la stratégie de traitement.

A | Illustration montrant comment le profil V des tissus mous (BSP), l'épaisseur de l'os V (BB) et l'épaisseur des tissus mous V (BST) ont été mesurés sur des images CBCT à quatre niveaux différents de la plateforme de l'implant.

B | Mesures de BSP à quatre niveaux différents sur les images CBCT superposées à t0 (blanc), t1 (jaune) et t2 (rouge).



# résultats

- Aucune différence significative entre les groupes n'a été observée en termes de défaut V, qui était respectivement de 0,98 mm dans le groupe GBR et de 0,90 dans le groupe CTG.
- Après un an, 1 mm coronairement à la plateforme de l'implant, 1,38 mm sur 2,16 mm de tissu obtenu après chirurgie ont pu être maintenus dans le groupe GBR, tandis que dans le groupe CTG, les valeurs étaient de 1,52 mm sur 1,72 mm.
- Apicalement à l'épaule de l'implant, le gain de BSP variait de 0,77 mm à 1,5 mm dans le groupe GBR et de 0,41 mm à 0,81 mm dans le groupe CTG, le résultat étant statistiquement non significatif.
- Aucun des paramètres cliniques n'a montré de différence statistiquement significative entre les groupes.



## LIMITATIONS

- Suivi court (un an).
- CTG prélevé dans la région palatine pré-molaire et non au niveau tubérositaire, qui pourrait constituer le traitement de choix.
- Manque de standardisation de la quantité de matériaux à greffer.
- Résultats déclarés par les patients et rapport coût-efficacité de la chirurgie non évalués.
- Visibilité limitée des tissus mous via le CBCT.
- Utilisation d'images 2D à partir d'images 3D utilisées pour évaluer BSP au lieu d'une véritable analyse volumétrique.



## CONCLUSIONS

- À un an, il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre l'utilisation de CTG ou de GBR pour restaurer la convexité vestibulaire ou le volume au niveau d'implant unique en zone esthétique.



## IMPACT

- Le GBR ou le CTG peuvent être considérés comme de bonnes alternatives pour reconstruire la convexité au niveau de la face vestibulaire des implants simples.



LIEN VERS L'ARTICLE ORIGINAL:

[www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.13006](http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.13006)

Accès via la page "Membres" du site internet de l'EFP: [www.efp.org/members/jcp.php](http://www.efp.org/members/jcp.php)