

Résumé d'après l'article du *Journal of Clinical Periodontology*, volume 48, numéro 10 (octobre 2021), 1282-1292

Editeurs : Phoebus Madianos, Andreas Stavropoulos (Comité des affaires scientifiques de l'EFP)

Rapporteurs :

Nili Cohen Sedek, Yael Horev, et Mary Elias
avec Prof. Moshe Goldstein

Affiliation :

Postgraduate Programme en Parodontologie, Centre Médical
de l'Université Hadassah-Hébreu, Jérusalem, Israël

Traducteur :

Laurent Detzen Assistant hospitalo-universitaire, Département de Parodontologie, Faculté d'Odontologie, Université de Paris

étude

Régénération des défauts intra-osseux et orthodontie : quel timing ?

Auteurs :

Karin Jepsen, Christina Tietmann, Eric Kutschera, Peter Wüllenweber, Andreas Jäger, Daniele Cardaropoli, Lorena Gaveglio, Ignacio Sanz Sánchez, Conchita Martin, Rolf Fimmers, Soren Jepsen

Contexte

La migration pathologique des dents, effet indésirable de la perte d'attache parodontale, est une complication fréquente de la parodontite sévère et une raison pour laquelle les patients ont recours à un traitement orthodontique.

Avant tout mouvement orthodontique, le contrôle de l'inflammation parodontale doit être réalisé, suivi d'une phase correctrice visant à reconstruire les dommages causés par la maladie parodontale, y compris la régénération des défauts intra-osseux.

Des études ont suggéré différents intervalles de temps entre les procédures de régénération et le début du mouvement orthodontique. Pour des résultats parodontaux favorables, certains auteurs préconisent un mouvement orthodontique tardif (six à douze mois après la chirurgie de régénération) tandis que d'autres montrent des résultats satisfaisants pour un mouvement orthodontique précoce (presque immédiatement ou jusqu'à trois mois après la chirurgie de régénération).

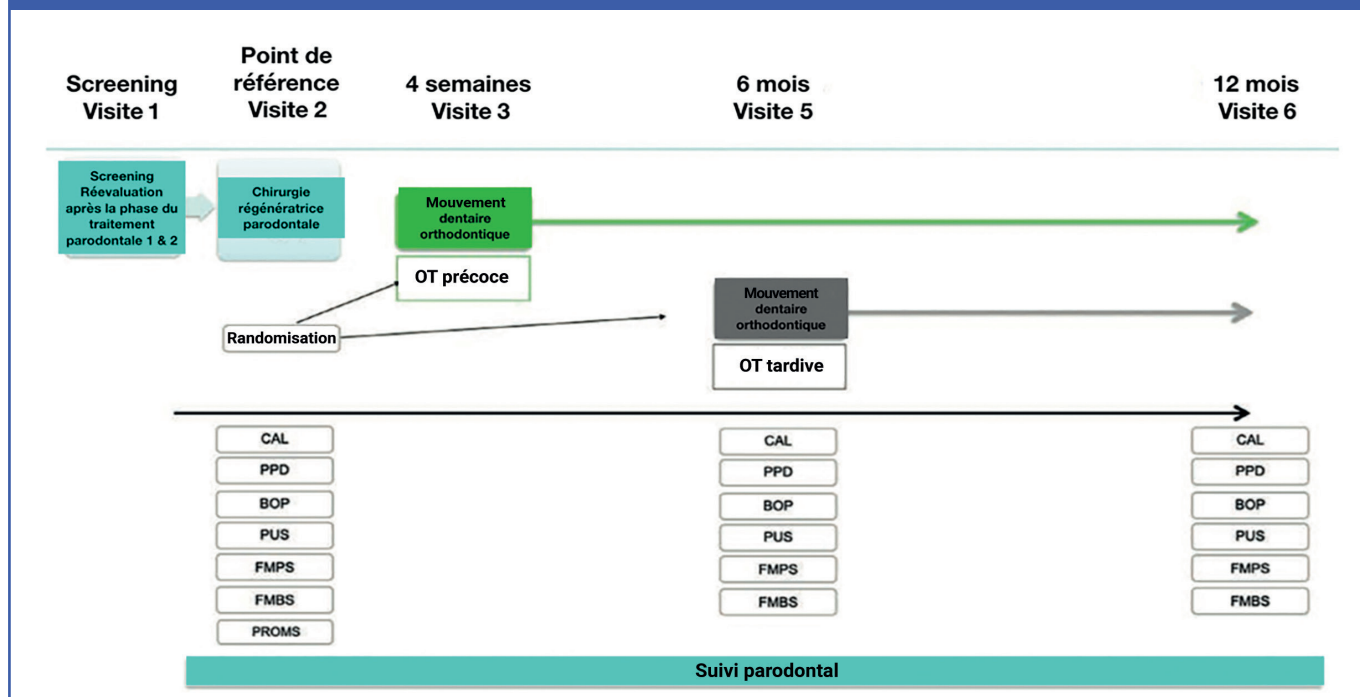
Cependant, aucun essai clinique contrôlé randomisé comparant ces deux modalités de traitement n'est disponible à l'heure actuelle.

Objectif

L'objectif de cette étude est de comparer l'initiation d'un traitement orthodontique précoce (quatre semaines) et tardif (six mois) après une chirurgie régénérative pour traiter les défauts intra-osseux chez les patients atteints de parodontite sévère (stade IV) et d'établir la supériorité clinique d'un protocole de traitement.

Matériel et méthodes

- Essai clinique, multicentrique, multinational, randomisé, en groupes parallèles. Suivi à 12 mois.
- Tous les patients ont été diagnostiqués avec une parodontite de stade IV.
- Les patients devaient avoir terminé la phase non chirurgicale du traitement avec un score de plaque et un score de saignement en bouche <25% et présenté un défaut intra-osseux n'ayant pas été traité à l'issue de la phase correctrice. Les dents incluses étaient des incisives, des canines ou des prémolaires présentant un défaut intra-osseux pour lequel une régénération parodontale était indiquée et présentant une migration pathologique nécessitant un traitement orthodontique.
- Critères d'exclusion : atteinte de furcation, tabagisme >5 cigarettes par jour, troubles métaboliques non contrôlés, contre-indication médicales aux procédures chirurgicales orales et hypersensibilité aux produits à base de collagène.
- Thérapie régénératrice : toutes les procédures régénératives ont été réalisées par un seul parodontiste dans chaque centre. Différents biomatériaux ont été utilisés en fonction de la configuration du défaut.
- Avant le traitement orthodontique, les patients ont été répartis au hasard en deux groupes :
 1. Groupe de traitement précoce (quatre semaines après la régénération) : 23 patients, âge moyen de 45 ans.
 2. Groupe de traitement tardif (six mois après la régénération) : 20 patients, âge moyen de 52 ans.
- Le mouvement orthodontique a été adapté à chaque individu à l'aide de systèmes de multi-attaches en appliquant des forces et des mouvements de faible intensité. Les appareils ont été retirés après avoir atteint les objectifs du traitement (positionnement prévu des dents).
- Le suivi parodontal a été assuré tous les deux mois pendant toute la durée du traitement.
- Le critère de jugement principal était le gain d'attache clinique (CAL). Les critères de jugement secondaires étaient la réduction de la profondeur de poche (PPD), le saignement au sondage, la fermeture de la poche, la douleur rapportée par le patient à l'aide du score visuel analogique (EVA) et la cicatrisation.



Résultats

- Une amélioration du gain de CAL et une réduction de la PPD ont été observées dans les deux groupes sur les sites concernés après 12 mois. Ces paramètres cliniques étaient statistiquement significatifs.
- Gain CAL (12 mois) : Δ CAL était de 0,89 mm en faveur du traitement orthodontique précoce (quatre semaines) par rapport au traitement tardif (six mois). La différence n'était pas statistiquement significative.
- Réduction de la PPD (12 mois) : Δ PPD était de 0,31 mm en faveur du traitement orthodontique précoce (quatre semaines). La différence n'était pas statistiquement significative.
- Le pourcentage de fermeture des poches dans les sites concernés était similaire dans les deux groupes : 91 % (quatre semaines) et 85 % (six mois).
- Le pourcentage de fermeture des poches sans saignement au sondage dans les sites concernés était de 69 % (quatre semaines) vs. 75 % (six mois).
- L'ÉVA des patients et la cicatrisation parodontale étaient bonnes dans les deux groupes et sans différences entre les groupes.
- Pour pallier à l'effet des différences entre les centres, une analyse complémentaire a été effectuée. Les résultats ont montré un Δ CAL significatif en faveur du traitement précoce (quatre semaines) dans trois des quatre centres.

Limitations

- L'examen en aveugle n'a pas été possible au cours des six premiers mois en raison de l'application précoce d'un appareil orthodontique dans le premier groupe.
- La mesure des poches au niveau de sites associés au traitement multi-attaches était techniquement difficile et pouvait être inexacte.
- La comparaison du défaut par radiographie avant et après le traitement orthodontique n'était pas possible en raison des différentes positions des dents à la fin du mouvement orthodontique.
- Le suivi a été limité à 12 mois après la régénération.
- Les molaires n'ont pas été incluses dans cette étude.

Conclusions & impact

- Pour les patients atteints de parodontite de stade IV présentant un contrôle de plaque optimal, une compliance adéquate et respectant les séances de suivi parodontal (tous les deux mois), de bons résultats ont été obtenus dans le groupe précoce (quatre semaines), où les dents présentant des défauts intra-osseux ont été traitées par régénération suivie d'un traitement orthodontique pour traiter la migration pathologique des dents.
- Ces résultats étaient au moins aussi bons que ceux obtenus après l'initiation ultérieure du traitement orthodontique (six mois).
- Les résultats suggèrent que l'initiation d'un traitement orthodontique est possible dès quatre semaines après la régénération des défauts infra-osseux et qu'un gain de CAL et des paramètres parodontaux favorables peuvent être obtenus.
- Ces résultats autorisent une durée totale de traitement plus courte.



JCP Digest 94 est un résumé de l'article "The effect of timing of orthodontic therapy of the outcomes of regenerative surgery in patients with stage IV periodontitis: a multicenter randomized trial". J Clin Periodontol. 2021; 48(10): 1282-1292. DOI: 10.1111/jcpe.13528.



<https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13528>



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