

# Le traitement des péri-implantites

## Un défi pour la survie des prothèses implanto-portées



**Dr. Philippe DOUCET**

- Exercice limité à la parodontie
- Assistant hospitalo-universitaire, service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix, Paris V
- dr.doucet @cabinetparo.com



**Dr. Jean-Louis GIOVANNOLI**

- Exercice limité à la parodontie
- gjokleber@aol.com

La péri-implantite est aujourd'hui considérée comme la principale cause de morbidité des implants. La prise de conscience, avec les années, de l'importance de ce problème, pousse les cliniciens à imaginer des approches thérapeutiques pour stopper, voire réparer les séquelles de ces destructions osseuses péri-implantaires, afin de prolonger la durée de vie des prothèses supportées par ces implants.

Les pertes osseuses péri-implantaires peuvent être d'origine infectieuse ou mécanique. On regroupe sous le terme « péri-implantites » les alvéolyses d'origine infectieuse. La prévention de ces péri-implantites passe essentiellement par l'acquisition d'une qualité de nettoyage de la jonction implant/gencive irréprochable. Ce nettoyage qui est relativement aisé sur un implant bien positionné et une prothèse bien conçue, devient beaucoup plus compliqué au niveau d'implants présentant une rétraction gingivale avec exposition du col. En effet, l'état de surface rugueux et la présence des spires rendent le nettoyage beaucoup plus délicat. Cette difficulté à nettoyer le col des implants, ainsi que la présence de poches rendent difficile la stabilisation de la situation péri-implantaire. Néanmoins, lorsqu'une alvéolyse péri-implantaire d'origine infectieuse apparaît autour d'un implant, il est du devoir du chirurgien-dentiste de mettre en place la thérapeutique la mieux adaptée pour stopper sa progression afin de garantir la longévité de la prothèse implanto-portée.

Le traitement des péri-implantites est basé sur :

- Le nettoyage de l'environnement implantaire grâce

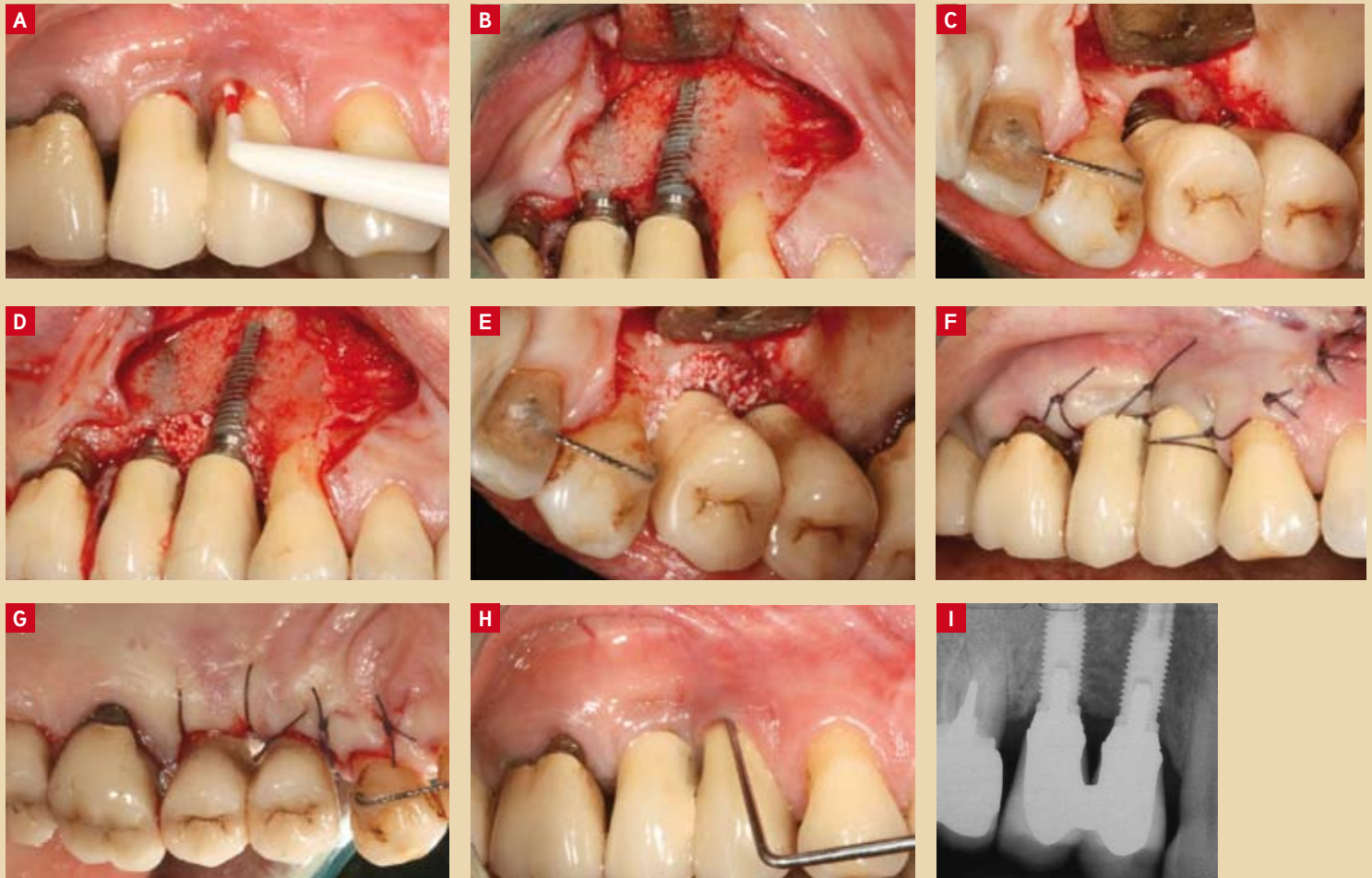
à une hygiène irréprochable du patient et à une maintenance professionnelle adaptée.

- La décontamination de la surface implantaire. C'est l'aspect principal du traitement des péri-implantites. Cette procédure a été rendue plus difficile par l'apparition des états de surface implantaires rugueux. Diverses techniques de décontamination ont été proposées, sans qu'il y ait de consensus sur le sujet. Les principales techniques sont l'utilisation de curettes en carbone ou en titane, l'aéropolissage, le laser, les inserts ultrasoniques spécifiques... Ces techniques sont souvent associées à un traitement antiseptique de surface (souvent à l'eau oxygénée).
- L'élimination chirurgicale des poches résiduelles. Cette stratégie, comme en parodontologie, peut laisser des séquelles esthétiques car elle entraîne parfois une exposition du col, voire des spires des implants (*cas clinique n°1*).
- Dans certains cas, la morphologie de l'alvéolyse péri-implantaire nécessite de mettre en place des techniques de reconstruction osseuse. L'indication de ces techniques est posée lorsqu'une profonde lésion infra-osseuse est présente autour de l'implant,

### Cas clinique 1



Traitement d'une péri-implantite par lambeau repositionné apicalement. La péri-implantite est objectivée par la présence d'une inflammation de la muqueuse et de poches profondes qui saignent au sondage (A, B). Un lambeau de pleine épaisseur est réalisé et laisse apparaître une alvéolyse horizontale péri-implantaire (C). Les implants sont nettoyés et le lambeau est repositionné apicalement (D). Cicatrisation à 6 mois (E, F).



Traitement d'une péri-implantite par une technique de régénération osseuse péri-implantaire à l'aide d'une xéno greffe (Bio oss). La péri-implantite est objectivée par la présence d'une inflammation de la muqueuse et de poches profondes qui saignent au sondage (A). La levée d'un lambeau de pleine épaisseur laisse apparaître une déhiscence osseuse vestibulaire due à la position très vestibulaire de l'implant (B) et une lésion infra osseuse péri-implantaire en palatin, mésial et distal de l'implant (C) liée à la péri-implantite. Après débridement et décontamination des surfaces infectées, la lésion infra-osseuse est comblée à l'aide de Bio-oss (D, E), puis le lambeau est suturé (F, G). À 3 ans post-opératoire, la situation est stable, avec une absence de poche et d'inflammation (H, I).

ou dans les secteurs esthétiques, afin de préserver les volumes tissulaires péri-implantaires. Cette reconstruction se fait le plus souvent à l'aide d'une xéno greffe, associée ou non à une autogreffe. Une membrane résorbable peut également être utilisée pour protéger la greffe (*cas clinique n°2*).

La littérature est encore assez peu abondante sur les méthodes et les résultats du traitement des péri-implantites.

Schwarz et coll. [4], dans une étude menée sur des chiens montrent un réel avantage du débridement chirurgical par rapport au débridement non chirurgical en terme d'amélioration des paramètres cliniques et histologiques. Chez l'homme, très peu de résultats sont disponibles. Une des seules études menée par Leonhardt et coll. en 2003 [3] montre que le débridement chirurgical permet de traiter les péri-implantites dans environ 60 % des cas.

Concernant les différentes méthodes de décontamination décrites dans la littérature (décontamination chimique, lasers, aéropolissage...), aucune ne semble montrer une réelle supériorité, même si les résultats obtenus avec les lasers CO<sub>2</sub> semblent plus précoces [2].

L'intérêt d'adjoindre une antibiothérapie systémi-

que au traitement mécanique n'a pas fait l'objet d'études randomisées.

Les études évaluant l'intérêt des techniques de régénération osseuse guidée (ROG) avec ou sans membrane donnent des résultats plutôt positifs, mais ces techniques n'ont pas été comparées, chez l'homme, à la technique de débridement chirurgical seule. Chez l'animal, l'adjonction d'une technique de ROG améliore les résultats par rapport au débridement chirurgical seul [1]. L'intérêt de ces techniques régénératives résiderait moins dans la résolution du problème infectieux que dans la stabilisation des volumes tissulaires, permettant ainsi de favoriser l'hygiène et de préserver l'esthétique. ◆

## Bibliographie

1. Claffey N, Clarke E., Polyzois I, Renvert S. Surgical treatment of peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2008;35(Suppl. 8): 316-332.
2. Deppe, H., Horch, H. H., Neff, A. Conventional versus CO<sub>2</sub> laser-assisted treatment of peri-implant defects with the concomitant use of pure-phase beta-tricalcium phosphate: a 5-year clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2007;22:79-86.
3. Leonhardt, A., Dahlen, G. & Renvert, S. 5-year clinical, microbiological and radiological outcome following treatment of periimplantitis in man. *J Periodontol.*2003;74: 1415-1422.
4. Schwarz, F., Jepsen, S., Herten, M., Sage,r, M., Rothamel, D., Becker, J. Influence of different treatment approaches on nonsubmerged and submerged healing of ligature induced peri-implantitis lesions: an experimental study in dogs. *J Clin Periodontol.* 2006;33: 584-595.