

Éléments de diagnostics différentiels : maladies parodontales - pathologies péri-implantaires

La prévalence des maladies parodontales montre des résultats hétérogènes à travers le monde. En Asie et en Afrique, les parodontites sont en augmentation alors qu'en Europe et aux USA, elles sont en diminution (1). Mais, dans la plupart des pays, la prévalence des parodontites reste importante avec 20 % des adultes et 2 % de jeunes atteints de parodontites sévères. Dans les pays industrialisés, il y aurait 57 % de patients avec un ou plusieurs édentements dont seulement 16 % traités, 96 % par des traitements conventionnels et 4 % par implants (Millenium Research Group 2007). Cependant, l'activité implantaire est en nette augmentation dans les pays développés et les pathologies péri-implantaires pouvant survenir restent difficiles à diagnostiquer et à traiter.



Dr Yves LAUVERJAT

- Maître de conférences des universités en Parodontologie
- Praticien hospitalier
- Co-responsable du diplôme d'université d'implantologie de Bordeaux 2



Fig. 1 : Aquilino et coll. (2) montrent sur 10 ans, en secteur postérieur édenté, un taux de survie des dents adjacentes de 92 % en prothèse fixe, 66 % avec une prothèse mobile et de 81 % si l'espace reste non traité

Influence des parodontites en implantologie

Les taux de survie implantaire sont comparables aux résultats des traitements parodontaux sur 10 ans soit en moyenne de 82 à 94 % avec une perte osseuse de 0,7 mm à 1,3 mm. Pour Schou et coll. (3), les patients qui ont perdu leurs dents pour des raisons liées à la parodontite comparés aux patients édentés pour d'autres causes ont un risque significatif de développer une « péri-implantite » sur une période de 10 ans (risque de 10 %). Malgré cette forte augmentation des complications chez ce type de patient, le taux de survie globale des implants sur 10 ans de 90 % ne montre pas de différence significative avec les patients où la perte

dentaire n'est pas associée aux parodontites.

Nous pouvons donc, en nous basant sur ces études, proposer aux patients, avec des antécédents de parodontite, des traitements implantaires mais avec des contrôles et une maintenance régulière afin de s'assurer de la stabilisation des lésions parodontales.

Les pathologies péri-implantaires

Les ressemblances avec les maladies parodontales sont fortes mais il faut bien différencier certains éléments étiologiques importants.

L'analyse de la littérature (4) propose une classification étiologique des pathologies péri-implantaires :

- avec une origine infectieuse
- avec une origine occlusale

Définitions :

- péri-implantite : processus inflammatoire affectant les tissus autour d'un implant ostéointégré en fonction et provoquant une perte du support osseux (First European Workshop on periodontology)
- trauma occlusal : la charge sur les implants excède l'adaptation osseuse physiologique causant l'échec implantaire (Hurzelzer, et al. - Journal of periodontology ;1998).

C'est là un des points de différence essentiel avec la parodontite où l'étiologie d'origine occlusale n'est pas directe mais considérée comme un facteur aggravant.

Il est aussi utilisé une classification chronologique (Fig. 2) suivant le processus de cicatrisation et de maturation tissulaire ; on distingue :

- les échecs primaires : pendant la phase d'ostéointégration et avant la mise en charge fonctionnelle
- les échecs secondaires : pendant la phase de maturation osseuse et de la mise en charge fonctionnelle

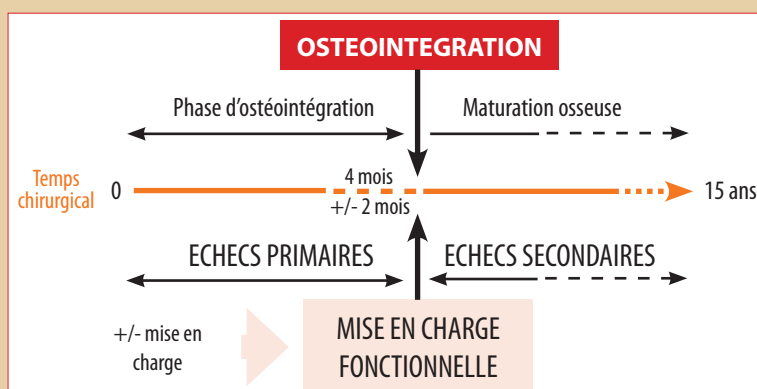


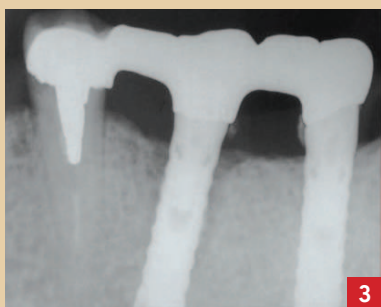
Fig. 2 : classification chronologique des échecs implantaires

TABLEAU 1 - Critères responsables des échecs primaires et secondaires

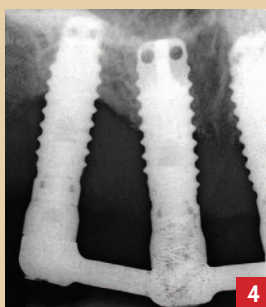
Les échecs primaires	<ul style="list-style-type: none"> - problèmes médicaux - anatomiques, chirurgicaux (Fig.9) - bactériens (infection croisée, parodontite non traitée ou stabilisée) - occlusal, mise en charge prématurée.
Les échecs secondaires	<ul style="list-style-type: none"> - les maladies des tissus péri-implantaires (péri-implantite, mucosite) (Fig. 4, 5, 6, 8) - le trauma occlusal (Fig. 7, 11) - la combinaison de ces 2 facteurs (échec mixte) (Fig.3) - les fractures (Fig. 10)

TABLEAU 2 - Diagnostic différentiel entre le trauma occlusal et l'infection bactérienne péri-implantaire

Paramètres cliniques	Trauma occlusal	Infection bactérienne
Saignement	-	++
Exsudat	-	+/-
Plaque	-(+)	++
Mobilité	oui	non (sauf si perte totale tout autour de l'implant)
Radiographie	Perte le long de l'implant (Fig. 3, 7, 11)	Perte horizontale ou circonférentielle (Fig.4, 5, 8)



3



4

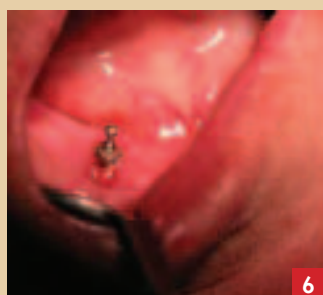


5

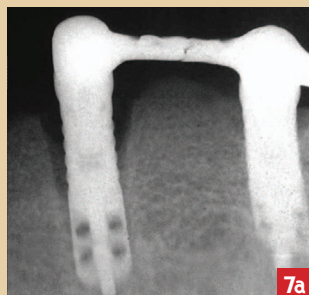
Fig. 3 : lésion osseuse le long de l'implant mésial, on note l'importance du cantilever dû à la connexion dentaire (étiologie occlusale) et l'excédent de ciment souvent impliqué dans les lésions péri-implantaires (étiologie infectieuse)

Fig. 4 : lésion osseuse péri-implantaire stabilisée depuis 15 ans, il n'y a pas de perte osseuse le long des implants mais horizontale autour des implants restant encore stables

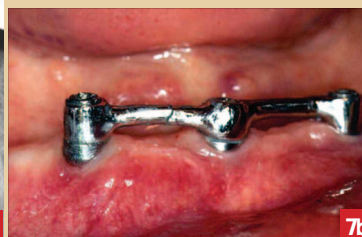
Fig. 5 : lésion osseuse péri-implantaire circonférentielle caractéristique, les surfaces rugueuses implantaire sembleraient augmenter la contamination bactérienne



6



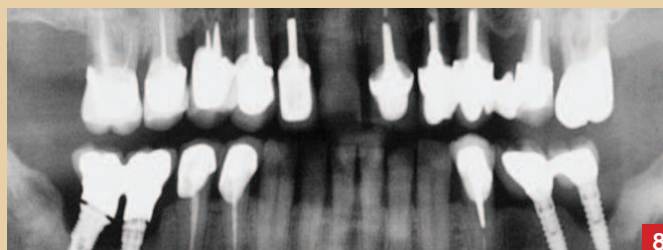
7a



7b

Fig. 6 : mucosite, inflammation des tissus péri-implantaires sans perte osseuse, souvent lors d'absence de tissu kératinisé ; normalement réversible avec un contrôle de plaque correct ; ici difficile dans l'intrados d'un complet

Fig. 7a et 7b : lésion osseuse le long de l'implant, l'étiologie occlusale est fortement impliquée, il y a une absence clinique d'inflammation malgré la fracture de la barre et la mobilité de l'implant



8

Fig. 8 : perte osseuse péri-implantaire lors d'une parodontite non stabilisée, les implants n'ont encore aucune mobilité (mauvais ajustage prothétique sur les implants en 46, 47 aggravant l'infection)



Fig. 9 : lésion péri-implantaire apicale

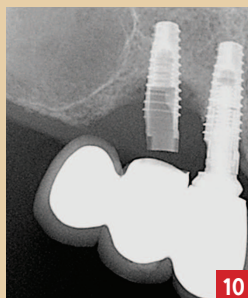
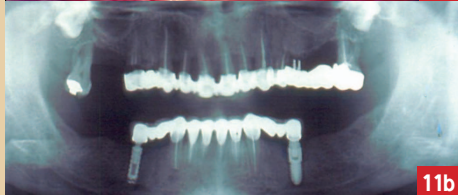


Fig. 10 : lésion osseuse autour de la zone fracturée implantaire, l'ostéointégration est maintenue sur la partie implantaire non fracturée



11a



11b

Fig. 11a et 11b : lésion osseuse le long des implants (b) avec mobilité clinique et absence d'inflammation (a) traduisant une étiologie occlusale

Lésion apicale implantaire (Fig. 9).

Les étiologies possibles :

- échauffement osseux
- mise en charge prématurée
- contamination implantaire durant la pose
- corps étrangers (pâte, débris radiculaire)
- compression excessive de l'implant
- présence d'os nécrotique
- forage au-delà de la longueur implantaire

Bibliographie

- 1- Flemmig T, Beikler T : Decision making in implant dentistry: an evidence-based and decision -analysis approach. *Periodontology* 2000 VOL 50,2009,15461723.
- 2- Aquilino SA et coll ; Ten-years survival rates of teeth adjacent to treated and untreated posterior bounded edentulous space ; *JProsthet Dent*2001:85 455-460.
- 3- Schou et coll: implant treatment in periodontitis-susceptible patients:a systematic review . *j Oral Rehabil* 2008 :35: 9-22.
- 4- Implant dentistry , *Periodontology* 2000, vol 17 ; 1998.