

**Rapporteurs :**

Lory Abrahamian, María Bonnin Linares, Camilo Torres, Amr Khorshed, Ada Lapedra Bosch, Cristina Vallés et Andrés Pascual, avec José Nart

**Affiliation :**

Postgraduate Programme en Parodontologie, Université internationale de Catalogne, Barcelone

**Traducteur :**

Alexandre Courtet Assistant Hospitalo-Universitaire, Département de Parodontologie, Faculté d'Odontologie, Université de Paris

étude

# Antibiothérapie systémique et traitement non chirurgical de la péri-implantite

**Auteurs :**

Yvonne C.M. De Waal, Tine E. Vangsted, Arie Jan van Winkelhoff

## Contexte

La péri-implantite est une maladie inflammatoire qui affecte les tissus péri-implantaires et dont la cause principale est généralement bactérienne. Bien que différentes approches thérapeutiques (non chirurgicales et chirurgicales) aient été proposées ces dernières années, les résultats restent aléatoires.

La thérapeutique non chirurgicale doit toujours précéder la thérapeutique chirurgicale. Plusieurs auteurs ont suggéré que l'utilisation d'antimicrobiens systémiques en adjuvant au traitement non chirurgical apportait un bénéfice supplémentaire.

Cependant, les preuves scientifiques de cette stratégie de traitement restent relativement faibles.

## Objectif

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet de l'association amoxicilline (AMX) et métronidazole (MTZ) dans le traitement non chirurgical de la péri-implantite.

## Matériel et méthodes

- Cet essai clinique randomisé a inclus 62 sujets pour lesquels une péri-implantite a été diagnostiquée. La péri-implantite devait être gérable de manière non chirurgicale.
- Tous les patients ont reçu un débridement mécanique des implants et des dents par des hygiénistes dentaires expérimentés, en une à cinq séances.
- L'instrumentation autour des implants a été réalisée avec des inserts ultrasoniques et un aéropolisseur muni d'un embout sous-gingival. L'instrumentation autour des dents a été réalisée avec des inserts ultrasoniques et des curettes. Des instructions d'hygiène bucco-dentaire personnalisées ont été fournies.
- Les patients ont été répartis au hasard dans l'un des deux groupes suivants :
  - Groupe test : traitement non chirurgical avec un bain de bouche de chlorhexidine (CHX) à 0,12 % + chlorure de cétylpyridinium (CPC) à 0,05 % (deux fois par jour pendant 30 secondes pendant 14 jours) + utilisation d'AMX et de MTZ systémiques (500 mg de chaque, trois fois par jour, pendant sept jours), trois fois par jour pendant sept jours).
  - Groupe témoin : traitement non chirurgical avec un bain de bouche à 0,12 % de CHX + 0,05 % de CPC (deux fois par jour pendant 30 secondes pendant 14 jours).
- Le critère de jugement principal de l'étude était la modification du score de saignement péri-implantaire.
- Les critères de jugement secondaires étaient les changements dans les scores de plaque péri-implantaire et parodontale, les scores de suppuration, les profondeurs de sondage moyennes, les niveaux moyens d'attachement clinique et les niveaux moyens d'os péri-implant.
- La réévaluation a été effectuée à trois mois afin d'évaluer les changements par rapport aux données initiales.

**Table :** Variation moyenne de la profondeur des poches entre le début de l'étude et la réévaluation à trois mois pour les poches péri-implantaires et parodontales initialement peu profondes, modérées et profondes.

|                          |                              | REDUCTION MOYENNE DE LA PROFONDEUR DE POCHE |                                   |                   |
|--------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------|
| N = 57                   | Profondeur de poche initiale | Groupe contrôle (n = 29)                    | Groupe test (n = 28)              | p = valeur        |
| Poches péri-implantaires | ≤3 mm                        | -0,10 (0,86)<br>[3 (2)] ; n = 17            | 0,37 (0,80)<br>[4 (3)] ; n = 19   | ,099              |
|                          | 4-6 mm                       | 1,07 (1,00)<br>[7 (4)] ; n = 26             | 1,29 (0,86)<br>[8 (8)] ; n = 26   | ,407              |
|                          | ≥7 mm                        | 2,42 (1,23)<br>[5 (4)] ; n = 25             | 3,19 (1,53)<br>[4 (3)] ; n = 26   | ,054              |
|                          |                              |   |                                   |                   |
| Poches parodontales      | ≤3 mm                        | 0,36 (0,32)<br>[94 (32)] ; n = 29           | 0,47 (0,23)<br>[92 (30)] ; n = 28 | ,135              |
|                          | 4-6 mm                       | 1,24 (0,52)<br>[40 (20)] ; n = 29           | 1,33 (0,45)<br>[37 (15)] ; n = 28 | ,513              |
|                          | ≥7 mm                        | 2,78 (1,37)<br>[6 (8)] ; n = 19             | 3,75 (1,23)<br>[5 (7)] ; n = 20   | ,025 <sup>a</sup> |
|                          |                              |   |                                   |                   |

<sup>a</sup>Différence significative entre les groupes test et témoin (Independent-Samples Test) ; [...] = nombre moyen de poches (SD) ; n = nombre de patients.

## Résultats

- Soixante-deux patients avec 143 implants atteints de péri-implantite ont été inclus dans cette étude : 32 patients dans le groupe témoin (68 implants) et 30 patients dans le groupe test (75 implants). Au total, 57 patients avec 122 implants ont été réévalués à trois mois.
- Concernant les paramètres cliniques péri-implantaires et parodontaux initiaux, aucune différence n'a été observée entre les deux groupes.
- À trois mois, aucune différence significative entre les groupes n'a été constatée concernant les données cliniques. Cependant, une tendance quant à un certain bénéfice des antimicrobiens systémiques a pu être observée pour les poches péri-implantaires profondes initialement présentes.
- En ce qui concerne l'analyse microbiologique, même si une réduction du nombre moyen de bactéries a été observée entre le début de l'étude et la réévaluation à trois mois, aucune différence significative n'a été constatée, que ce soit pour les implants ou les dents.
- Aucune différence n'a également été constatée entre les deux groupes en termes de résultats/effets indésirables liés aux traitements.
- Vingt patients (11 dans le groupe témoin et neuf dans le groupe test) ont été programmés pour une intervention chirurgicale dont l'explantation de l'implant pour deux patients. Huit patients ont été programmés pour un retraitement non chirurgical pour améliorer le contrôle de plaque et l'observance.

## Limitations

- La période de suivi est peut-être trop courte : une période de suivi plus longue pourrait donner des résultats différents entre les deux groupes.
- Aucune autre limitation affectant la validité des conclusions n'a pu être identifiée.

## Conclusions & impact

- L'utilisation adjuvante d'antibiotiques systémiques au traitement non chirurgical de la péri-implantite ne présente pas de bénéfices supplémentaires à trois mois en termes de paramètres cliniques et microbiologiques.
- La prescription systématique d'une antibiothérapie pour traiter la péri-implantite n'est pas recommandée.
- Une thérapie non chirurgicale méticuleuse et un patient compliant doivent toujours précéder toute intervention chirurgicale pour la gestion de la péri-implantite.



JCP Digest 91 est un résumé de l'article 'Systemic antibiotic therapy as an adjunct to non-surgical peri-implantitis treatment: A single-blind RCT'. J Clin Periodontol. 2021; 48(7): 996-1006. DOI: 10.1111/jcpe.13464.



<https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13464>



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