

# Conserver ou implanter : le débat existe-t-il vraiment ?



Dr Corinne LALLAM

Après 40 ans, la maladie parodontale est la principale cause de perte des dents. Bien que les traitements parodontaux aient pour objectif de reculer voire de éviter cette conséquence possible des maladies sévères localisées ou généralisées, la décision d'extraire s'intègre évidemment dans un plan de traitement global. L'importance des destructions conduit à une réflexion sur le rapport bénéfices / risques de conserver certaines dents. Le projet thérapeutique est à rapporter au profil du patient et à ses facteurs de risques.

En parodontie on utilise depuis longtemps cette approche des facteurs de risques qui permet d'évaluer le profil d'un patient et son risque parodontal (Tonetti 2003).

Depuis peu l'implantologie avec le diagramme de Heintz Mayfield en 2020 s'est emparée de cet outil en l'enrichissant de paramètres

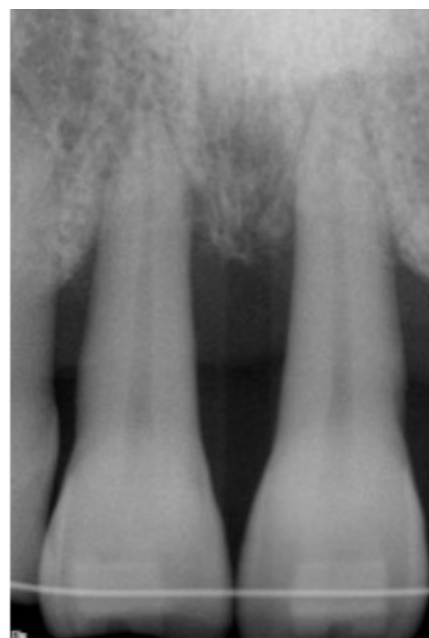


Fig. 1

spécifiques aux implants et mettant à avant le risque de de maladie implantaire. En 2022, un nouvel outil a associé le risque dentaire et le risque parodontal (Lallam et Decup 2022) pour une approche pluridisciplinaire. Quand on s'intéresse au taux de survie et on doit se rappeler que survivre c'est exister au-delà du seuil critique. Une dent compromise est donc une dent dont le degré d'atteinte rend le pronostic et le taux de succès compliqués. Mais ce taux varie en fonction des facteurs et des indicateurs de risques (tabac, diabète etc...)

Les classifications actuelles des maladies parodontales ont intégré ces facteurs de risques. Ainsi, l'impact du tabac sur le potentiel de cicatrisation, sur le pronostic dans le temps ou sur les risques de récurrence reste un facteur incontournable. Si une dent est extraite et remplacée par un implant, le risque de péri-implantite est fortement augmenté chez un patient fumeur comme chez un patient aux antécédents de parodontite. Il n'est pas possible de ne pas en avoir conscience et d'évaluer alors le bénéfice de conserver le plus longtemps possible des dents même compromises à condition de stabiliser le problème inflammatoire.

La décision de conserver ou d'extraire repose donc d'abord sur une analyse clinique précise. La perte d'attache, la perte osseuse, le type de lésions et leur potentiel de réparation, la quantité de tissu kératinisé résiduel et son épaisseur sont essentiels. Cependant la fonction attendue de la dent et son intérêt dans une réhabilitation globale actuelle

ou à venir est à anticiper et peut conduire à moduler la décision.

Dans la littérature, le taux de survie des implants n'excède pas celui des dents compromises à condition qu'elles soient maintenues et traitées. (Sarafidou et coll 2022, Cortellini et coll 2020, Levin et coll 2013).

Taux de survie de dents compromises et traitées en parodontie versus implants

	DENTS + PARO	IMPLANTS
2013	96 à 83 %	100 à 77 %
2022	100 à 82 %	100 à 95 %

Le niveau de survie de dents compromises traitées endodontiquement surpasse dans la littérature le taux de survie des implants à long terme et ce, même si les traitements ne sont pas réalisés par des spécialistes (Setzer et coll 2014).

Taux de survie de dents compromises avec traitement endo et paro versus implants

	DENTS + ENDO	IMPLANTS
2013	98 à 90 %	96 à 73 %

Le dernier point qui peut tout faire basculer ; c'est le projet global et le plan de traitement.

La Fédération Européenne de Parodontie a publié en juin 2022 de nouvelles recommandations pratiques cliniques fondées sur les données probantes de la littérature notamment concernant la prise en charge des parodontites de stade IV avec pertes dentaires, lésions osseuses complexes et un besoin



Fig. 2



Fig. 3

de réhabilitation pluridisciplinaire. Certains patients avec des migrations secondaires couplent gêne fonctionnelle et déficit esthétique.

Les dernières recommandations de l'EFPP quant à la prise en charge des parodontites sévères de stade III ou IV ont intégré par exemple l'orthodontie comme un allié incontournable (Jepsen et coll 2021). Réaligner les dents égressées ou qui ont migré, permet de gérer l'occlusion mais augmente aussi le gain d'attache et le gain osseux.

La fréquence des séances de maintenance et leur régularité reste essentielle dans ce succès (Campos et coll 2021, Carvahlo et coll 2021).

**Pour conclure**, les patients à profils à risques de perdre leurs dents sont aussi des profils à risques de perdre leurs implants. Ce n'est donc pas un critère suffisant pour ne pas conserver des dents compromises. La solution idéale n'est pas d'extraire mais de modifier au mieux le profil de risques du patient notamment en termes de santé, environnement, hygiène de vie... Extraire une ou plusieurs dents nécessite donc une réflexion globale, argumentée puisque finalement la seule raison de justifier une extraction d'un point de vue parodontal reste la mobilité axiale ! ■



Fig. 4



Fig. 5

## Bibliographie

1. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). Lang NP, Tonetti MS. Oral Health Prev Dent. 2003;1(1):7-16.

2. Implant Disease Risk Assessment IDRA-a tool for preventing peri-implant disease. Heitz-Mayfield, Heitz et Lang : Clin Oral Implant Res 2020 : 1-7

3. Évaluation du Risque Dento-Parodontal (RDP), un outil pour tous pour la santé orale Corinne Lallam, Franck Decup. L'Information Dentaire n°40 | 16 novembre 2022 (page 24-34)

4. Periodontal regeneration versus extraction and dental implant or prosthetic replacement of teeth severely compromised by attachment loss to the apex: A randomized controlled clinical trial reporting 10-year outcomes, survival analysis and mean cumulative cost of recurrence. Cortellini P, Stalpers G, Mollo A, Tonetti MS. J Clin Periodontol. 2020 Jun;47(6):768-776.

5. Tooth preservation vs. extraction and implant placement in periodontally compromised patients: A systematic review and analysis of studies. Sarafidou K 1, Ioanna Lazaridi 2, Sotirios Gotsis 3, Yvoni Kirmanidou

4, Dimitra Vasilaki 4, Hiroshi Hirayama 5, Konstantinos Michalakis 6 J Prosthodont 2022 Oct;31(8):e87-e99.

6. Tooth preservation or implant placement: a systematic review of long-term tooth and implant survival rates. Levin L, Halperin-Sternfeld M. J Am Dent Assoc. 2013;144(10):1119-33.

7. Comparison of long-term survival of implants and endodontically treated teeth. F C Setzer 1, S Kim J Dent Res 2014 Jan;93(1):19-26.

8. The effect of timing of orthodontic therapy on the outcomes of regenerative periodontal surgery in patients with stage IV periodontitis: A multicenter randomized trial. Jepsen K, Tietmann C, Kutschera E, Wüllenweber P, Jäger A, Cardaropoli D, Gaveglio L, Sanz Sanchez I, Martin C, Fimmers R, Jepsen S. J Clin Periodontol. 2021 Oct;48(10):1282-1292.

9. The Effects of Patient Compliance in Supportive Periodontal Therapy on Tooth Loss: A systematic Review and Meta-analysis. Campos ISO, de Freitas MR, Costa FO, Cortelli SC, Rovai ES, Cortelli JR. J Int Acad Periodontol. 2021 Jan 1;23(1):17-30

10. Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: An updated systematic review. Carvalho R, Botelho J, Machado V, Mascarenhas P, Alcoforado G, Mendes JJ, Chambrone L. J Clin Periodontol. 2021;48(8):1019-1036.

## Ce qu'il faut retenir :

1. Les facteurs de risques du patient notamment le tabac sont à prendre en compte dans la décision de conserver ou extraire.
2. Le rapport bénéfices / risques de conserver des dents

parodontalement compromises doit tenir compte d'une analyse clinique, radiographique mais aussi du profil du patient et du projet global.

3. Les patients ayant une maladie parodontale sont plus susceptibles de développer une péri-implantite. L'indication d'implant doit donc évaluer ce risque accru dans le choix thérapeutique et sa mise en œuvre.

