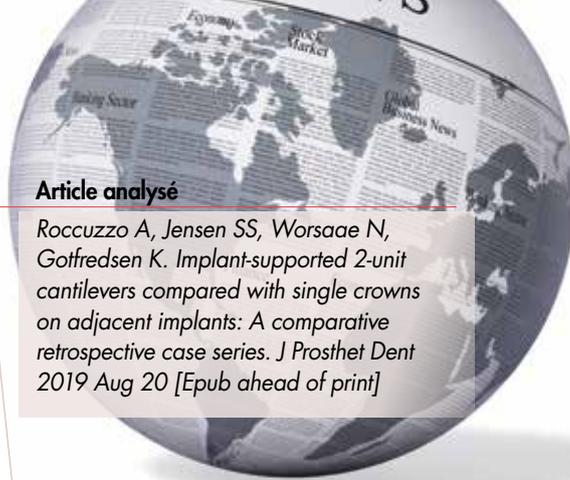


Article analysé

Rocuzzo A, Jensen SS, Worsaae N, Gøtfredsen K. Implant-supported 2-unit cantilevers compared with single crowns on adjacent implants: A comparative retrospective case series. *J Prosthet Dent* 2019 Aug 20 [Epub ahead of print]



Prothèse fixée plurale 2 dents sur un implant avec élément en extension

Pascal De March
MCU-PH, Université de Lorraine
Responsable de rubrique

La réhabilitation d'un édentement antérieur à l'aide d'une prothèse fixée sur implant représente toujours un défi en matière d'intégration esthétique. Cette difficulté est d'autant plus grande lorsque deux dents adjacentes sont manquantes car la présence de papilles naturelles est principalement liée à leur niveau d'attachement sur les dents en bordure de l'édentement. Afin de prévenir la résorption osseuse péri-implantaire et

d'optimiser la présence d'une papille ou pseudo-papille gingivale, une distance de 1,5 mm est recommandée entre un implant et une dent naturelle, et de 3 mm entre deux implants. Ajouté au diamètre des implants disponibles, l'espace laissé par deux dents manquantes est souvent insuffisant, en particulier à la mandibule, pour envisager la pose de deux implants. Parmi les alternatives thérapeutiques, celle d'un implant unique soutenant deux éléments solidaires, dont l'un en extension, apparaît comme une solution inté-

ressante préservant les dents naturelles adjacentes; mais avec quel niveau de risque et pour quel résultat? Les auteurs de cet article ont voulu répondre par une étude rétrospective conduite avec les données de 23 patients issus d'une cohorte initiale de 34 dont 16 ont finalement constitué le groupe test de patients réhabilités par deux couronnes solidaires dont une en extension, portées par un seul implant, et 7 le groupe témoin des patients réhabilités par deux couronnes unitaires sur deux implants adjacents.

Pas assez de tissus osseux?

copaSKY ultra-court!

5,2 mm

L'implant ultra-court copaSKY vous permet de traiter sans augmentation les patients qui n'ont pas assez de tissus osseux. Cela réduit les coûts et ménage les tissus durs et mous.

DENTAL INNOVATIONS
SINCE 1974

breident

breident France · T: +33 4 75 34 20 96 · F: +33 4 75 32 05 93 · www.breident.com · @: france@breident.com

DÈS OCTOBRE,
DÉCOUVREZ
COMMENT
INVERSER
LE PROCESSUS
D'ÉROSION
DE L'ÉMAIL



TRANSPARENCE



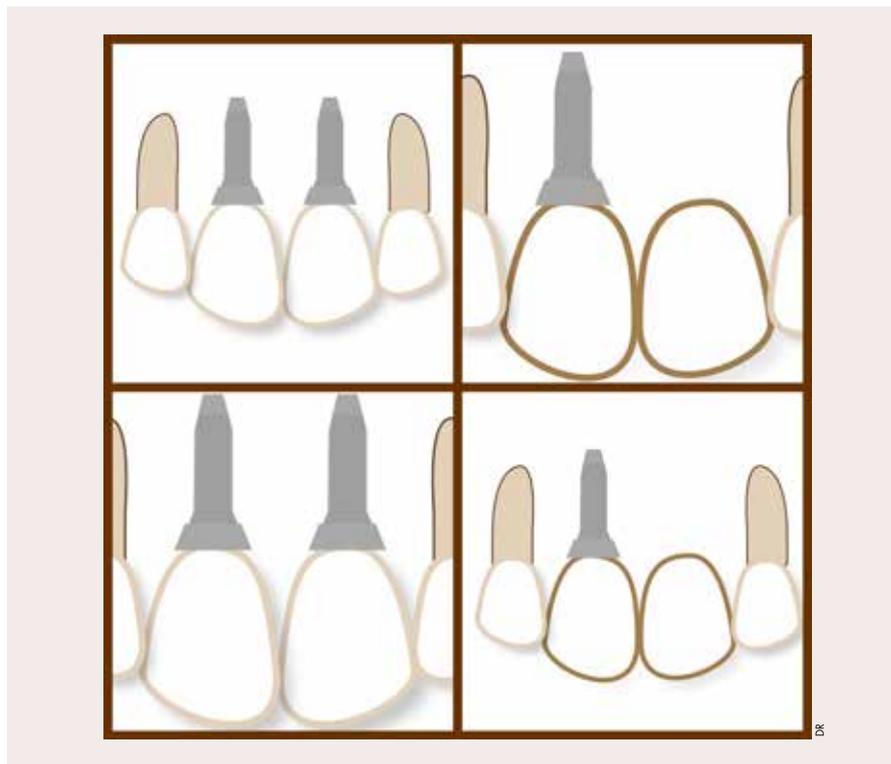
JAUNISSEMENT



FRAGILITÉ



SENSIBILITÉ



Tous les systèmes prothétiques étaient scellés et les contacts occlusaux réglés plus légers sur l'élément en extension. Les données rétrospectives considérées ont été celles recueillies lors d'exams cliniques et radiographiques de contrôle programmés entre 2 et 8 semaines après scellement des prothèses, puis à 1, 3 et 5 ans, et qui ont été consignées dans une base de données. Les patients de cette cohorte ont été rappelés pour le recueil des données de fin de suivi employé pour cette étude. Il a été réalisé par l'un de ses auteurs entre avril et juin 2016 sur les 23 patients de la cohorte qui se sont présentés. Les paramètres pris en compte ont été la survie des implants, le niveau d'os péri-implantaire perdu mesuré par sondage et analyse radiographique, ainsi que des paramètres d'ordre prothétique dont le volume et le niveau des papilles. À l'issue d'une période d'observation moyenne de 33,3 (+/- 19,3) mois pour le groupe test, et de 47,6 (+/- 36,3) mois pour le groupe témoin, les auteurs présentent 100 % de survie pour les implants du groupe test contre un implant perdu après 4 ans dans le groupe témoin (93 % de survie),

une perte osseuse moyenne similaire de moins de 1 mm pour les deux groupes (avec une perte moyenne légèrement supérieure entre deux implants adjacents), un indice de présence papillaire qualifié d'acceptable à bon dans la grande majorité des situations pour les deux groupes, mais une papille qui remplit moins de la moitié de l'espace interdentaire dans 14 % des cas entre les deux implants du groupe témoin, de bons indices prothétiques relatifs aux formes et couleurs des dents réalisées pour les deux groupes, et une meilleure adaptation marginale pour les 2 éléments solidaires sur un seul implant que sur les couronnes unitaires sur implants, différence que les auteurs attribuent dans leur discussion à la difficulté de réglage des points de contact proximaux pour ces éléments unitaires. Par ailleurs, excepté un implant perdu pour péri-implantite dans le groupe témoin, aucune pathologie signée par une poche ≥ 5 mm ni aucune complication prothétique (fracture, dévissage, descellement...) n'a été rapportée. Après avoir discuté leurs résultats par rapport à d'autres études présentant

également des résultats favorables avec l'usage de cantilever, mais sur des prothèses avec un plus grand nombre d'éléments d'ancrage, les auteurs concluent que la réalisation d'un élément en exten-

sion solidaire d'une couronne scellée sur un seul implant constitue un traitement validé et prédictible dans les secteurs antérieurs, en particulier lorsque l'espace mésio-distal disponible est limité. ☺

COMMENTAIRE

➤ Dans notre première rubrique de septembre, nous avons expliqué les différents niveaux de preuves attribués aux publications scientifiques selon la rigueur des protocoles conduits tout au long de l'étude, et évoqués les outils statistiques employés pour comparer objectivement les données de différents groupes, afin d'en tirer des conclusions qui seront toujours discutées en fonction des éventuels biais de l'étude en question. La lecture critique de cet article illustre parfaitement cette notion par le nombre et la nature des biais à considérer pour en appréhender les conclusions. À la fin de leur discussion, les auteurs concèdent certaines limites dans leur étude. Ils évoquent ainsi que les analyses radiographiques n'ont pas fait l'objet d'une procédure standardisée et que deux marques d'implants ont été utilisées selon les cas. De plus, ils citent aussi la large dispersion de la période de suivi selon les cas, le faible nombre de cas et le fait qu'ils ont utilisé de manière rétrospective des données d'une autre étude. L'évocation de ces limites ne les empêche pourtant pas de rejeter leur hypothèse nulle d'une absence de différence entre les deux groupes (test et témoins) et de conclure en validant le traitement avec un élément en extension. L'analyse critique des parties « matériels » et « méthodes » et des résultats montre à quel point, en plus du très faible nombre de sujets dans chaque groupe (16 pour le groupe test et 7 pour le groupe témoins), la très grande variation de la période de suivi, dont la fin correspond à l'examen réalisé par l'un des auteurs, impacte la valeur des résultats présentés. On observe ainsi pour le groupe témoin une période de suivi qui varie de 12 à 120 mois et pour le groupe test de 7 à 64 mois selon les cas. Plus précisément pour le groupe test, 4 cas ont été inclus 12 mois ou moins après la pose de la prothèse et seulement 2 cas ont atteint 5 ans au moment du recueil final de données! Par ailleurs, les auteurs n'indiquent pas si les cas traités correspondent à un traitement au maxillaire ou à la mandibule, ce qui est

totallement différent à bien des égards (la nature et le volume de l'os, la direction et l'intensité des forces occlusales entre autres). Le manque de randomisation de cette étude vient aussi du fait que si la collecte des données finales a bien été faite par le même opérateur, ce n'est pas le cas des données rétrospectives de début de traitement également utilisées. Toutes ces limites et ces très grandes variations dans les données considérées qui concernent trop peu de cas font que les auteurs n'ont pas pu réaliser de tests statistiques pour comparer les deux groupes de manière objective. Ils n'auraient donc pas dû rejeter une hypothèse nulle qu'ils n'étaient pas en mesure de vérifier. Si cet article se révèle à faible niveau de preuve scientifique, il doit être considéré à la lumière de l'analyse critique de sa méthodologie pour ce qu'il est réellement: un témoignage d'expériences cliniques de l'ordre du rapport d'une série de cas plutôt qu'une réelle étude comparative. Sa vraie conclusion devrait donc être que sur l'expérience de 16 cas suivis sur une période variant de 7 à 64 mois après la pose de la prothèse, un traitement par deux éléments prothétiques solidaires, dont un en extension, soutenus par un seul implant, a donné de bons résultats en matière de survie implantaire, de faible perte osseuse autour de l'implant et de critères d'intégration prothétique dont la présence de papilles. Si elle ne permet pas de valider scientifiquement cette option thérapeutique, cette étude qui est l'une des seules à s'y intéresser et qui se trouve publiée dans une revue de référence nous montre que sur la base de l'expérience clinique, ce traitement n'est pas insensé. C'est ce qui en fait finalement tout son intérêt et donc son mérite de vous être rapportée. Cela est sans doute insuffisant mais dans ce domaine pétri d'incertitudes et d'aléas thérapeutiques qu'est l'implantologie prothétique, c'est déjà beaucoup. ☺

**"UN TÉMOIGNAGE
D'EXPÉRIENCES
CLINIQUES"**

DÈS OCTOBRE,
LES RÉPONSES...



...À TOUTES
VOS QUESTIONS
SUR L'ÉROSION

sous l'égide de



avec le soutien de

