

ARTICLE COMMENTÉ

• Arnal HM, Angioni CD, Gaultier F, Urbinelli R, Urban IA. Horizontal guided bone regeneration on knife-edge ridges: A retrospective case-control pilot study comparing two surgical techniques. Clin Implant Dent Relat Res 2022; 24 (2): 211-221.

Presse internationale

Par Adrian BRUN

DDS, PHD
MCU-PH
DÉPARTEMENT DE PARODONTOLOGIE,
UNIVERSITÉ PARIS CITÉ –
UFR ODONTOLOGIE PARIS, HÔPITAL
H. MONDOR – SERVICE DE MÉDECINE
BUCCO-DENTAIRE
UNITÉ DE RECHERCHE URP2496 –
BIOMEDICAL RESEARCH
IN ODONTOLOGY (BRIO)

Le Dr Héléne Arnal a récemment publié, en collaboration avec des collègues du Service de Médecine Bucco-Dentaire de l'hôpital Henri Mondor (Charles Angioni, Frédérick Gaultier), Renaud Urbinelli et Istvan A. Urban, un article sur la régénération osseuse guidée (ROG). Cette étude rétrospective a comparé le gain osseux horizontal obtenu par une technique conventionnelle et une technique récemment rapportée (la « Sausage technique »). Cette dernière a permis un gain osseux nettement plus important que la technique conventionnelle. Le taux de résorption du greffon pendant la cicatrisation était stable indépendamment de la quantité de matériau greffé.

ADRIAN BRUN : Docteur Arnal, vous venez de publier un article qui a pour vocation de comparer les techniques de régénération osseuse traditionnelles avec la « Sausage technique ». Dans votre pratique, qu'est-ce qui vous a amené à faire évoluer vos protocoles et quel gain en tirez-vous ?

HÉLÈNE ARNAL : J'utilisais depuis longtemps la régénération osseuse guidée (ROG) traditionnelle (avec membrane résorbable) pour les cas simples. Pour les cas complexes, j'utilisais la technique des blocs (prélèvement autogène). Voici quelques années, j'ai suivi la formation d'Istvan Urban sur la « Sausage technique ». Le principe et la mise en œuvre m'ont plu. Il n'était plus nécessaire d'utiliser des blocs, ce qui simplifiait l'intervention. J'ai particulièrement apprécié le fait qu'en retirant la nécessité d'un site donneur « suffisant », j'ai pu étendre les indications à un grand nombre de patients.

Concernant les suites opératoires (au cœur des préoccupations de tout praticien), je dirais qu'il n'y a pas trop de différence quand on maîtrise une technique, mais la courbe d'apprentissage est peut-être un peu plus rapide pour la « Sausage technique ».

Certaines techniques sont plus adaptées à la mandibule qu'au maxillaire. Parfois, nous recherchons à avoir un gain horizontal et un gain vertical. Si vous deviez résumer les grandes indications de la « Sausage technique », quelles seraient-elles ?

H. A. : Pour faire simple, je dirais qu'elle fonctionne au maxillaire et à la mandibule et est principalement indiquée pour le gain horizontal. Cependant, notre expérience nous a montré qu'elle était plus indiquée en postérieur qu'en antérieur. En effet, dans notre étude, parmi les patients ayant bénéficié d'une ROG par la « Sausage technique »



pour les sites postérieurs, la perte osseuse moyenne était de 1,7 mm, et celle des patients ayant eu une ROG par la « Sausage technique » pour les sites antérieurs était de 2,9 mm. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de gain osseux en antérieur, mais qu'il n'est pas prédictible. Nous avons émis l'hypothèse qu'une pression parfois élevée (et non maîtrisable) de l'orbiculaire des lèvres sur la zone de greffe pouvait entraîner une perte osseuse plus ou moins importante. Dans ce contexte, la « Sausage technique » sur une grande étendue ne nous semble aujourd'hui pas vraiment indiquée en antérieur. J'indique aussi la « Sausage technique » pour obtenir du gain vertical. On peut obtenir un gain osseux dans une limite de l'ordre de 4 mm (ce qui est déjà très bien), mais principalement au maxillaire postérieur. Cela fonctionne donc, mais le plus souvent, et pour obtenir un gain vertical, une membrane armée est probablement plus indiquée.

Les chirurgies de régénération osseuse peuvent être suivies de complications, infectieuses notamment. Comment les gérez-vous ?

Cela a-t-il des conséquences sur le gain osseux ?

H. A. : Lorsque la technique est bien maîtrisée et l'asepsie respectée, il y a peu de complications. Cela s'explique par le fait qu'il y a très peu d'exposition. Une complication infectieuse peut tout de même survenir, mais, dans ma pratique, cela ne concerne que 2 à 3 % des cas. On distingue alors les complications de haut grade, associées à une suppuration et des douleurs, et celles de bas grade, pour lesquelles la symptomatologie est moindre. Dans tous les cas, l'expérience m'a montré qu'il fallait intervenir vite. Il ne sert à rien de surveiller pendant plusieurs semaines. Avant, il m'arrivait de ne faire qu'une prescription pour les infections de bas grade, et la situation semblait se résoudre. Cependant, un à deux ans plus tard, la perte osseuse était plus importante qu'au moment de la pose des implants. Désormais, j'interviens et je prescris des antibiotiques. Dans la première situation, la résorption associée peut être importante. Dans la seconde, il est possible qu'elle soit moindre, voire uniquement localisée. Je viens cureter la partie infectée pour éviter la dissémination de l'infection à toute la greffe. Les résultats sont le plus souvent bons. [Protocole complet : curetage + prélèvement pour antibiogramme puis application de doxycycline puis rinçage et seulement après l'intervention on débute les antibiotiques].

“Je ne veux plus revenir en arrière. Depuis que je me suis formée à la « Sausage technique », lorsqu'elle est indiquée, il n'est plus pensable pour moi de faire de nouveau de la régénération osseuse traditionnelle”

De manière générale, le suivi est plus facile avec les membranes résorbables (« Sausage technique »), pour lesquelles, passé les six premières semaines, je n'ai plus besoin de revoir le patient avant le contrôle final. Pour les membranes non résorbables, je fais si possible un contrôle toutes les six à huit semaines, pendant toute la durée de la cicatrisation.

Les critères d'exclusion de l'étude comprennent la consommation de plus de 10 cigarettes par jour. Quelle est votre attitude face à la consommation de tabac des patients ?

H. A. : C'est un point important qu'il est en effet nécessaire de souligner. Là encore, l'utilisation d'une membrane résorbable (« Sausage technique ») permet plus de tolérance. Tout en lui conseillant de diminuer ou d'arrêter, et en lui exposant les risques associés, j'accepte d'intervenir même chez un patient fumeur, tant qu'il fume moins de 10 cigarettes par jour. Pour les techniques avec membrane non résorbable, même une faible consommation n'est pas recommandée : si le patient fume, on sait que cela va mal se passer. Pour moi, l'aspect de la muqueuse est très important et donc probablement l'ancienneté du tabagisme. Même si j'envisage une « Sausage technique » (membrane résorbable), que le patient fume peu ou qu'il ait arrêté de fumer, si la muqueuse a un aspect typique observé dans un contexte de consommation tabagique de longue durée (ferme, fibreuse, terne), peu vascularisée, je préfère ne pas intervenir.

Vous précisez, dans les limitations de cette étude, qu'elle est rétrospective. Envisagez-vous de mener une étude prospective ?

H. A. : Ma réponse est simple : non, je ne veux plus revenir en arrière. Depuis que je me suis formée à la « Sausage technique », lorsqu'elle est indiquée, il n'est plus pensable pour moi de faire de nouveau de la régénération osseuse traditionnelle. Je n'ai donc pas prévu de mener une étude prospective comparative sur le sujet. ■



**HÉLÈNE
ARNAL**

DDS, MSC, MDS
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE ET
CHIRURGIE ORALE, HÔPITAL H. MONDOR
SERVICE DE MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE
CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE VILLIERS,
PARIS