

Régénération Tissulaire Guidée pour les défauts infra-osseux

Needleman I, Worthington HV, Giedrys-Leeper E, Tucker R

Résumé en langue simplifiée

Régénération tissulaire guidée pour les défauts infra-osseux.

Les traitements actuels des maladies parodontales ne permettent pas de restaurer l'os endommagé, ni les tissus supportant les dents. Il y a ainsi des limites à la prise en charge des patients atteints de parodontite avancée. La technique chirurgicale appelée régénération tissulaire guidée (RTG) pourrait permettre la régénération et ainsi améliorer les résultats obtenus avec les techniques chirurgicales conventionnelles. Les résultats de cette revue systématique ont montré un certain nombre d'avantages à utiliser la RTG dans les défauts infra-osseux, mais avec de grandes variations dans les résultats comparativement à la chirurgie conventionnelle. Il n'a pas été possible d'identifier clairement les facteurs responsables de cette variabilité. Ainsi, les patients et les professionnels de santé doivent considérer la prédictibilité de la technique et la comparer avec les autres méthodes de traitement avant de prendre la décision finale du recours à la RTG. Les effets indésirables du traitement étaient généralement mineurs et similaires entre les groupes, malgré un temps de traitement accru pour le groupe avec RTG. Nous recommandons de futures recherches pour analyser les causes de la variabilité des résultats et pour identifier quelles caractéristiques de la pathologie ou du patient sont plus clairement associées à un effet bénéfique.

This is a Cochrane review abstract and plain language summary, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration, currently published in The Cochrane Database of Systematic Reviews 2009 Issue 1, Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley and Sons, Ltd.. The full text of the review is available in The Cochrane Library (ISSN 1464-780X). This record should be cited as: Needleman I, Worthington HV, Giedrys-Leeper E, Tucker R. Guided tissue regeneration for periodontal infra-bony defects. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD001724. DOI: 10.1002/14651858.CD001724.pub2. This version first published online: April 23. 2001 Last assessed as up-to-date: January 13. 2006

Date de traduction : 01/01/09

Résumé

Contexte

Le traitement conventionnel des maladies parodontales destructrices stoppent la maladie mais ne permettent pas de regagner l'os ou les autres tissus perdus au cours de la maladie. La régénération tissulaire guidée (RTG) est une procédure chirurgicale dont le but spécifique est de régénérer les tissus parodontaux dans les cas de pathologie avancée, ce qui permettrait de dépasser les limites de la thérapie conventionnelle. Objectifs

Evaluer l'efficacité de la RTG dans le traitement parodontal des défauts infra-osseux, par rapport à la chirurgie conventionnelle (débridement à lambeau ouvert), et les facteurs associés aux résultats obtenus. Stratégie de recherche

La recherche électronique a porté sur The Cochrane Oral Health Group Trials Register, MEDLINE et EMBASE jusqu'en avril 2004. La recherche manuelle a concerné: Journal of Periodontology, Journal of Clinical Periodontology, Journal of Periodontal Research et les références de tous les articles et revues de la littérature pertinents, jusqu'en avril 2004. En plus, nous avons contacté les experts/groupes/compagnies impliqués dans la recherche en chirurgie, en vue de trouver d'autres essais cliniques ou des études non publiées ou pour clarifier des données manquantes ou ambiguës. Nous avons posté des demandes de données dans deux groupes de discussion électronique sur la parodontologie. Critères de sélection

Essais cliniques randomisés conduits sur au moins 12 mois et comparant la régénération tissulaire guidée (avec ou sans matériau de greffe) au lambeau ouvert de débridement

pour le traitement de défauts parodontaux infra-osseux. L'analyse des furcations et les études s'intéressant spécifiquement aux parodontites agressives ont été exclues. Recueil des données et analyse

La recherche des études et l'extraction des données ont été effectuées de façon indépendante. La qualité méthodologique des études était évaluée en double, en utilisant des grilles spécifiques et en estimant la concordance par des sores kappa. La qualité méthodologique des études a été utilisée dans l'analyse de sensibilité pour tester la robustesse des conclusions. Les recommandations statistiques de la Collaboration Cochrane ont été suivies, et les résultats exprimés sous la forme de différence moyenne (avec intervalle de confiance à 95%) pour les critères de jugement continus et de risque relatif (RR avec intervalle de confiance à 95%) pour les critères de jugement binaires, calculés au moyen de modèles à effet aléatoire. Toute forme d'hétérogénéité a été analysée. Le critère de jugement principal était le changement en niveau d'attache. Résultats principaux

La recherche bibliographique a fourni 626 titres, parmi lesquels 596 n'étaient clairement pas pertinents pour la revue systématique. Les textes intégraux de 32 études potentiellement pertinentes ont été obtenus et 15 études ont été exclues. Ainsi 17 essais cliniques randomisés ont été inclus dans la revue systématique, 16 études analysant la RTG seule et deux études analysant la RTG + substituts osseux (une étude comprenait les deux bras de traitement). Aucune perte dentaire n'a été reportée dans toutes les études, bien que ces données soient incomplètes lorsque le suivi des patients n'était pas complet. Pour le changement en niveau d'attache, la différence moyenne entre la RTG et le débridement par lambeau ouvert était de 1.22 mm (Intervalle de Confiance à 95% avec effet aléatoire: 0.80 à 1.64, Chi2 d'hétérogénéité=69.1 (ddl=15), $p < 0.001$, I²=78%), et la différence moyenne entre la RTG + substituts osseux était de 1.25 mm (IC 95%: 0.89 à 1.61, Chi2 d'hétérogénéité=0.01 (ddl=1), $p=0.91$). La RTG montre un bénéfice significatif vis-à-vis du nombre de sites ne parvenant pas à un gain d'attache de 2 mm, avec un risque relatif de 0.54 (IC à 95% avec effet aléatoire: 0.31 à 0.96, Chi2 d'hétérogénéité=8.9 (ddl=5), $p=0.11$). Le nombre de sujets à traiter par RTG pour obtenir un site supplémentaire de 2 mm ou plus de gain d'attache par rapport à la technique par lambeau ouvert vaut donc 8 (IC 95% de 5 à 33), en se basant sur un incidence de 28% de sites n'ayant pas gagné 2 mm ou plus d'attache dans le groupe témoin. Pour une incidence en baseline dans le groupe témoin de 5% et de 33%, le nombre de sujets à traiter vaut respectivement 71 et 4. La réduction des profondeurs de poche était meilleure pour la RTG par rapport au lambeau de débridement: 1.21 mm (IC 95% 0.53 à 1.88, Chi2 d'hétérogénéité=62.9 (ddl=10), $p < 0.001$, I²=84%), ou pour la RTG + substituts osseux, avec une différence moyenne pondérée de 1.24 mm (IC à 95% 0.89 à 1.59, Chi2 d'hétérogénéité=0.03 (ddl=1), $p=0.85$). Pour les récessions gingivales, une différence statistiquement significative a été mise en évidence entre la RTG et le débridement par lambeau ouvert (différence moyenne 0.26 mm (IC à 95% avec effet aléatoire de 0.08 à 0.43, Chi2 d'hétérogénéité=2.7 (ddl=8), $p=0.95$), avec un changement plus important pour le groupe témoin. Concernant le sondage des tissus durs lors d'une ré-ouverture chirurgicale, un gain statistiquement significatif a été trouvé en faveur de la RTG par rapport au débridement par lambeau. Ceci se traduit par une différence moyenne pondérée de 1.39 mm (IC à 95% de 1.08 à 1.71, Chi2 d'hétérogénéité=0.85 (ddl=2), $p=0.65$). Pour la RTG + substituts osseux, la différence est plus importante, avec une différence moyenne de 3.37 mm (IC à 95% de 3.14 à 3.61). Les effets indésirables étaient généralement mineurs, malgré un temps de traitement accru pour le groupe avec RTG. L'exposition de la membrane a été reportée fréquemment, mais sans preuve d'un effet sur la guérison.

Conclusions des auteurs

La RTG a permis d'obtenir de meilleurs effets sur les mesures de sondage, par rapport au traitement parodontal par débridement en lambeau ouvert, avec un gain d'attache amélioré, une profondeur de poche réduite, une moindre augmentation de la récession gingivale et une augmentation du gain de tissu dur lors de la ré-ouverture chirurgicale. Toutefois il existe une grande variabilité entre les études et la pertinence clinique de ces changements est inconnue. Ainsi est-il difficile de poser des conclusions générales sur les bénéfices cliniques de la RTG. Alors qu'il existe des éléments de preuve en faveur de la RTG par rapport au débridement par lambeau ouvert, les facteurs influençant les résultats ne sont pas clairement reportés dans la littérature, ce qui peut conduire à des biais. Ainsi, les patients et les professionnels de santé doivent considérer la prédictibilité de la technique et la comparer avec les autres méthodes de traitement avant de prendre la décision finale du recours à la RTG. Etant donné que les données fournies par les essais cliniques inclus furent souvent incomplètes, nous recommandons pour les futurs essais de suivre le guide CONSORT, que ce soit pour l'élaboration du protocole ou pour la rédaction du rapport final. Il y a ainsi peu de valeur informative dans les recherches futures qui ne seraient que de simples études d'efficacité. La priorité devrait être l'identification des facteurs associés à l'amélioration des résultats, et à l'identification des critères de jugement pertinents à l'échelle du patient. Ce type de recherche pourrait inclure des études observationnelles afin de générer des hypothèses à tester dans des essais cliniques, des études qualitatives centrées sur le patient et des essais cliniques explorant des méthodes d'analyse innovante telle que la modélisation multi-niveau. La chirurgie à lambeau ouvert devrait rester le groupe témoin dans ces études.