

PAR



AOÛT 2011 - N° 26

OBJETIF

S.F.P.I.O.

- Vos prochains RV régionaux
- Vos prochains RV nationaux et internationaux :

- ADF 2011

- **Congrès International de la SFPIO
Montpellier 23/24 mars 2012**

- EUROPERIO 2012

- Spécial Congrès International
de la SFPIO - Aix-en-Provence 2011

DOSSIER

- Un bon parodonte pour de bonnes articulations
O. Huck, H. Tenenbaum, J.-L. Davideau
- Régénération tissulaire induite
Impact des techniques combinées
S. Mouratet, F. Mora, P. Bouchard
- Le Parodontax[®] :
Une aide efficace au traitement
des maladies parodontales
M. Gosset

QUESTIONS AUTOUR D'UN ARTICLE

- Francesco Cairo : nouvelle classification
en chirurgie muco-gingivale



ACTUALITÉS

Se brosser les dents
est-il dangereux ?
par Oral B

Dentifrice ELMEX[®]
Protection Erosion
Laboratoires GABA

Le meilleur traitement contre la gingivite ? La prophylaxie!



Sans alcool

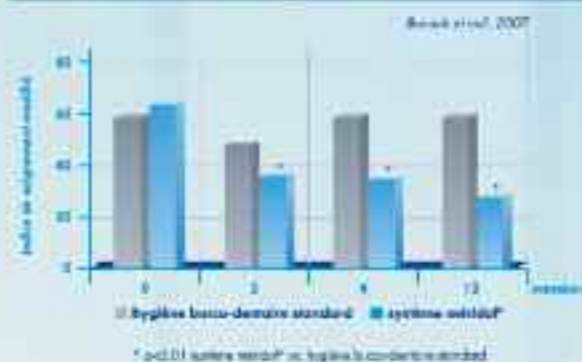
Le système meridol® protège efficacement contre la gingivite.

- Combinaison unique de principes actifs fluorure d'étain / fluorure d'amines Olafleur
- Réduit la plaque bactérienne et inhibe sa reformation
- Restaure une flore buccale saine
- Haute tolérance grâce à une formule douce
- Efficacité scientifiquement prouvée

meridol® un système de soin complet pour une utilisation quotidienne et au long cours : bain de bouche, dentifrice et brosse à dents.

Pour plus d'informations : www.gaba.fr

Réduction significative de la gingivite avec le système meridol®



GABA Laboratoires
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire

Service commercial :
02 37 51 67 59

Recherche meridol®

meridol®
Le baume de vos gencives



E D I T O R I A L

Cher(e)s ami(e)s,

Voici l'heure de la rentrée et du bilan de notre congrès d'Aix. De l'avis de tous, ce fut un beau congrès « un bon cru », tant sur le plan scientifique que de l'ambiance générale. Ces deux éléments sont les caractéristiques de notre confédération : rigueur scientifique sans compromis et convivialité au sein d'une Société qui nous appartient à tous.

Je tiens à remercier Marie-Laure COLOMBIER, Caroline FOUQUE-DERUELLE pour leur énorme travail qui a rendu ce succès possible.

Maintenant place au congrès 2012 qui viendra très vite, puisque nous nous retrouverons à la Faculté de Montpellier les 22, 23 et 24 mars 2012. En raison du congrès d'Europario à Vienne en juin, notre congrès national sera printanier et se déroulera en partenariat actif avec le Collège des Enseignants de Parodontologie. Il sera présidé par notre ami le Pr Philippe GIBERT et la présidence scientifique sera

confiée au Dr Olivier JAME. Nous pouvons être sûrs que la dynamique équipe Montpellieraine nous réservera un accueil grandiose comme ce fut le cas lors du congrès de la Grande Motte en 2008.

Après avoir organisé, cette année, notre congrès avec les autres sociétés francophones, le choix d'associer le CNEP découle de la volonté de la SFPIO de rassembler toutes les composantes de la Parodontologie francophone sans distinguer entre les praticiens libéraux et les universitaires. Nous partageons tous la même passion !!!!

D'ici là nous nous retrouverons à l'ADF pour la séance de la SFPIO (C 57) qui aura lieu le jeudi 24 novembre de 9h à 11h30.

Très bonne rentrée à toutes et à tous.

Xavier STRUILLOU
Président de la SFPIO

SOMMAIRE

L'édito du Président	P. 1
Vos prochains rendez-vous régionaux SFPIO	P. 3
Vos prochains rendez-vous nationaux SFPIO	P. 5
Vos prochains rendez-vous internationaux : EUROPERIO	P. 5
Spécial Congrès international SFPIO Aix-en-Provence 2011	P. 9
O. Huck, H. Tenenbaum, J.-L. Davideau : Un bon parodonte pour de bonnes articulations	P. 13
S. Mouratet, F. Mora, P. Bouchard : Régénération tissulaire induite - Impact des techniques combinées Résumé du Dr Sylvain Mouratet, lauréat du prix de la séance Communication Cliniques sponsorisé par les laboratoires Gaba.....	P. 15
Sciences & Industries : M. Gosset : Le Parodontax® : Une aide efficace au traitement des maladies parodontales.....	P. 21
Le prochain Congrès International SFPIO Montpellier : Pré-programme.....	P. 24
Cycle de Formation Continue en Implantologie 2011/2012	P. 28
Questions autour d'un article : F. Cairo : nouvelle classification en chirurgie muco-gingivale	P. 31
Se brosser les dents est-il dangereux ?	P. 32
Dentifrice elmex®Protection Erosion	P. 34

OBJECTIF PARO

Directeur de la publication
Xavier STRUILLOU

Rédacteur en Chef
Yves REINGEWIRTZ

Attachée de direction
Caroline DENIAUD

Avec la collaboration de :

Pascal AMBROSINI
Alain BORGHETTI
Patrick BOULANGE
Philippe BOUSQUET
Hervé BOUTIGNY
Stephan DUFFORT
Eric MAUJEAN
Virginie MONNET-CORTI
David NISAND
Nicolas PICARD
Christian VERNER
Séverine VINCENT

Editeur
Société Française
de Parodontologie
9, rue Boileau
44000 NANTES
Tél. 02 40 08 06 63
Fax. 02 40 08 06 47
E-mail : sfparo@wanadoo.fr
<http://www.sfparo.org>
n° ISSN 11621532

Conception et réalisation :
Empreinte - Patrice BECKER
LYON - Tél. 04 78 51 47 26

Photos de couverture :
Lors de la séance de clôture,
Caroline Fouque-Deruelle,
Marie-Laure Colombier, Alain
Borghetti et Xavier Struillou
remercient les conférenciers,
les participants et les
Laboratoires pour leur partici-
pation à l'édition 2011 du
congrès de la SFPIO.

AIR N GO PERIO



Traitement des parodontites et des péri-implantites en complément à la thérapie initiale.



Protocole

1^{ère} ÉTAPE :

Sondage, nettoyage et débridement des poches à l'aide des Inserts ultrasonores SATELEC®.



2^e ÉTAPE :

La poudre AIR N GO - PERIO - est généralement utilisée sept à dix jours, après le 1^{er} rendez-vous, lorsque l'inflammation et/ou les saignements ont disparu.



Avec l'amable autorisation de Dr G. Gagnot.

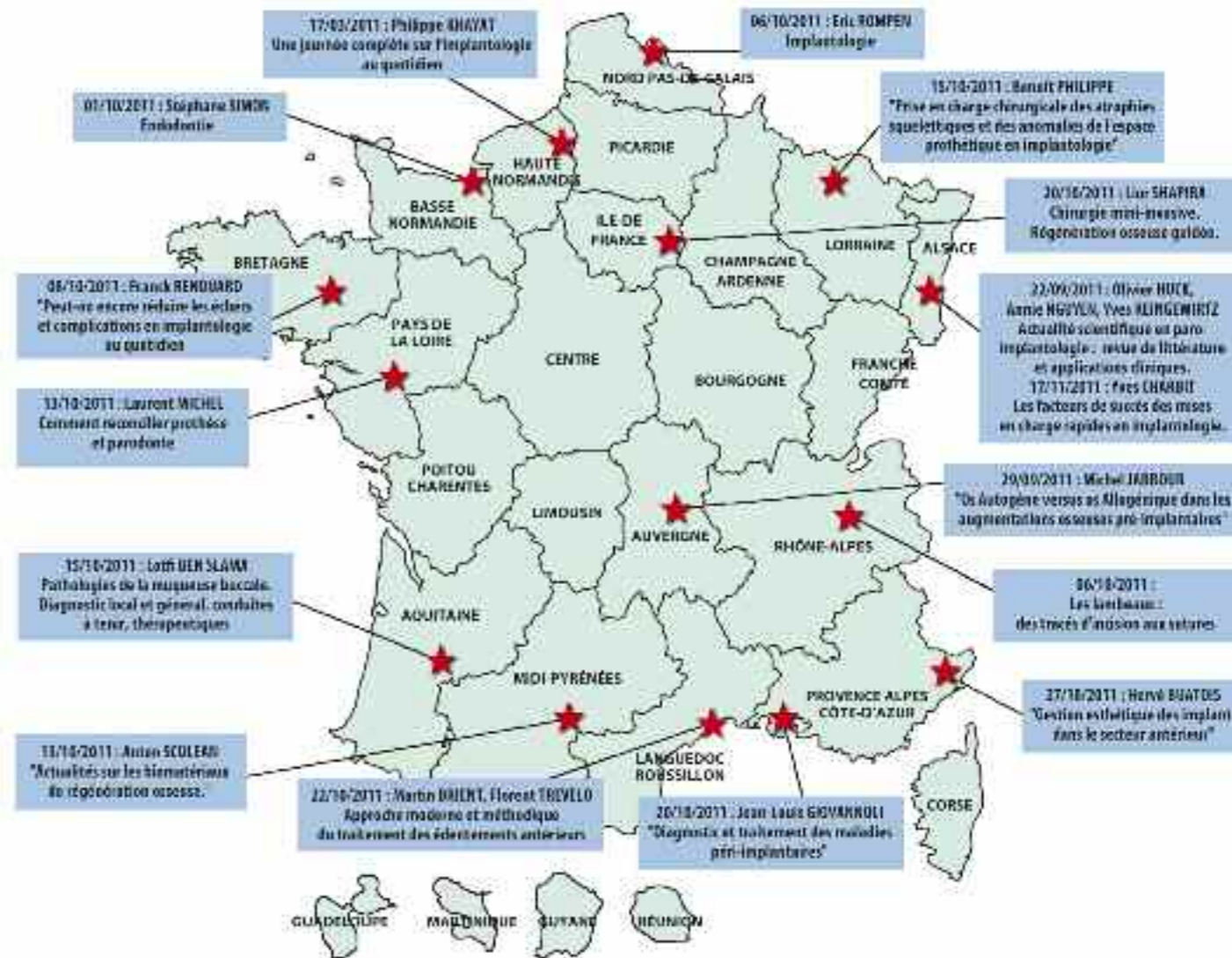


Avec l'amable autorisation de Dr E. Normand.

Protocole complet disponible sur www.airngoconcept.com



Rendez-vous SFPIO



Les membres de la SFPIO peuvent désormais avoir accès en ligne au **Journal of Clinical of Periodontology** en se connectant et en s'identifiant sur le site www.sfparo.org

Contactez le siège de la SFPIO au 02-40-08-06-63 si vous n'avez pas vos identifiants.

A la recherche d'efficacité ?
Système Encode®



Des traitements complets
Améliorer les connaissances
Un partenariat personnalisé

Système de prise d'empreinte Encode® de BIOMET 3i

La solution idéale pour le patient :

- Technologie brevetée révolutionnaire - élimine le besoin d'une prise d'empreinte au niveau de l'implant
- Procédure en une étape
- Inutile de retirer la vis de cicatrisation - préservation des tissus mous



Système d'empreinte Encode® - Un praticien : une réponse personnalisée

- Maintenant disponible sur mesure et pour les piliers de la gamme BIOMET 3i
- Elimine le recours au transfert d'empreinte - Pas de commande et de stock supplémentaire de composants
- Piliers sur mesure disponibles en Titane et Zircon

BIOMET 3i is a registered trademark of Biomet 3i, Inc. All rights reserved. © 2011 BIOMET 3i, LLC. All rights reserved.



Pour élargir vos possibilités avec Encode, contactez dès aujourd'hui votre représentant local BIOMET 3i.
BIOMET 3i France
7-9 rue Paul Vaillant Couturier, 92360 Lavoisier-Perret
Tel : 01 41 05 43 43. Fax commandes : 01 41 05 43 40.
www.biomet3i.com



Vos prochains RV nationaux

• ADF 2011 / SFPIO :

Pérennité des traitements parodontaux et implantaires

Conférence - Code : C57 Jeudi 24 novembre 09h00 - 11h30
Responsable de séance : Dr. Xavier STRUILLOU (Nantes)

- Dr. Benoît Brochery (Université Paris Diderot)
- Dr. Jean-Marc Glise (Toulon)
- Dr. Nicolas Picard (Rouen)

Objectifs : Comprendre les résultats à long terme des traitements parodontaux et implantaires. Se demander si, en 2011, l'implantologie est plus fiable que les traitements parodontaux ?

Mots clés : Résultats à long terme, traitements parodontaux et implantaires Cette séance abordera les clés du succès à long terme des traitements parodontaux et implantaires. Les maladies parodontales ont une prévalence très importante ; cela va de la gingivite qui touche la quasi-totalité de la population aux parodontites agressives et chroniques qui intéressent plus d'un tiers de la population adulte. Toutefois, une prise en charge rigoureuse sur le long terme peut permettre de stopper l'évolution de ces maladies et de conserver durablement des dents malgré un parodonte réduit. La première intervention fera le point sur les possibilités et les limites des traitements parodontaux et donnera les clés d'un traitement parodontal raisonné, gage de succès à long terme. La deuxième conférence abordera les résultats à long terme des traitements de chirurgie plastique parodontale et permettra aux conférenciers d'appréhender quelles sont les techniques actuelles les plus à même d'obtenir un résultat optimal en fonction des objectifs initiaux, à savoir le recouvrement radiculaire et/ou épaissement tissulaire. La troisième intervention se penchera sur les résultats à long terme des traitements implantaires. Ces derniers, loin d'être des traitements miraculeux, doivent être intégrés dans une prise en charge globale et en tout premier lieu, un parfait contrôle des infections parodontales. Les études récentes qui font apparaître une prévalence des péri-implantites de 10 à 20 %, nous oblige à reconsidérer la place de l'implantologie dans la prise en charge globale de nos patients. Une attitude raisonnée capable de fixer les limites des traitements implantaires apparait, tout comme pour la parodontologie, le gage d'un succès à long terme. En conclusion, cette séance essaiera de faire le point sur les avantages et limites des traitements parodontaux et implantaires et sur les façons optimales de les aborder afin d'assurer leur pérennité à long terme, dans l'intérêt de nos patients.

CONGRÈS SFPIO 23-24 mars 2012

30 ans de parodontologie et d'implantologie : bilan et perspectives

Président du congrès : Philippe GIBERT
Président scientifique : Olivier JAME

Vos prochains RV internationaux

• EUROPERIO

L'Autriche accueille le septième Europerio à Vienne. Le plus grand congrès mondial de parodontologie compte accueillir plus de 7000 personnes en 2012. Le président du congrès Gernot WIMMER (Autriche) a sélectionné un comité d'organisation comprenant des membres des différents pays européens. Le comité scientifique, présidé par Richard Palmer (Grande Bretagne), a choisi des thèmes qui sont à la fois très pointus pour aller au fond des problèmes mais se veulent aussi très abordables. En effet, les différents membres ont voulu un congrès où tout le monde retrouve ses centres d'intérêts ; aussi bien à un niveau d'expert qu'un congrès convivial pour tous. Les thèmes sont très variés et recouvrent tout le panel de notre exercice : le diagnostic, le traitement non chirurgical, traitement chirurgical, les nouvelles technologies, en abordant aussi la parodontologie dans le traitement pluridisciplinaire. Les implants ne seront pas non plus en reste avec bien évidemment les sujets les plus attractifs sur la gestion des tis-

4 revues au coeur de votre profession

1 abonnement =
20 crédits
de formation continue

ABONNEZ-VOUS VITE !

Clinic la nouvelle formation
Le mensuel de l'omnipraticien en médecine bucco-dentaire

Cahier Formation Continue :

- des articles cliniques complets
- des nouvelles techniques
- des publications internationales
- des nouveautés produits

Cahier Magazines :

- l'actualité analysée de la profession
- les événements marquants
- tout sur la gestion du cabinet

256€

Les cahiers de prothèse

Développez vos compétences en prothèse

Chaque trimestre, retrouvez :

- un plan de traitement
- des articles cliniques
- de nouvelles techniques
- une centaine des publicitaires majeures

254€

Implant

Pour développer vos connaissances et compétences en implantologie.

Avec Implant, vous maîtrisez les techniques de chirurgie et de prothèse implantaires.

Chaque trimestre, Implant :

- vous forme : dossiers cliniques, rubrique Pas à Pas...
- vous informe : revues de presse et de littérature critiques, compléments de congrès...

255€

JPIO Le Journal de Parodontologie & d'Implantologie Orale

Pour mettre en application vos connaissances en parodontologie et en implantologie orale.

JPIO vous forme sur les développements récents en parodontologie clinique et en implantologie thérapeutique.

Retrouvez chaque trimestre :

- des articles originaux
- des modèles cliniques de formation permanente
- une revue scientifique internationale

258€

EUROPERIO 7

7th Conference of the European Federation of Periodontology

June 6 - 9, 2012
Vienna, Austria
www.europerio7.com

VIENNA 2012
SAVE THE DATE
To join the World leading Conference in Periodontology

des péri-implantaires, et le diagnostic et le traitement des péri-implantaires, sans oublier les traitements assistés par ordinateur. Comme d'habitude, les hygiénistes seront aussi conviées à partager ce congrès avec des sessions adaptées. Vous trouverez la liste des conférenciers ci joints pour les grandes sessions, qui ont été choisies en fonction des orientations décidées par le comité scientifique. Malheureusement il n'y a que 6 français choisis malgré la liste de la SFPIO, qui avait été communiquée suite à nos démarches dans les régions et les facultés. Vous retrouverez pour l'instant, pour nous représenter, Daniel Etienne, David Nisand, Jean Louis Giovannoli, Alexandre Sarfati, Pascal Valentini et Christian Verner. Mais nous insistons pour être encore plus présents

aussi dans les autres sessions qui sont extrêmement importantes et intéressantes soit en clinique ou en recherche. Les posters ne sont pas non plus à oublier ; ils sont souvent pertinents et permettent aux plus jeunes de se faire mieux connaître. Les inscriptions ne sont pas clôturées avant fin novembre. Pour les accompagnants, le charme de Vienne reste incontournable avec ses nombreux châteaux et musées illustres. L'avantage cette fois ci, est que le centre historique est à trois stations de métro du centre des congrès. Il y a donc une relative unité de lieu, et une atmosphère autrichienne authentique. Plus nous serons nombreux plus le poids de la délégation française sera reconnu et les efforts de JL Giovannoli président du comité d'organisation Europerio 7, Alain Borghetti représentant de la SFPIO à l'EFP, Xavier Struillou président SFPIO ainsi que JL. Arduin past-président, seront récompensés. Cela se traduit par une présence plus importante dans les comités, dans les conférences et bien évidemment sur le plan scientifique. Pour augmenter votre satisfaction, la délégation française va demander la traduction en français dans les grandes salles, et nous essaierons d'organiser une soirée francophone pour nous retrouver tous ensemble. Toutes les informations sont sur le site www.europerio7.com. Vous y retrouverez les inscriptions, les formulaires pour soumettre des résumés, les hôtels... Mais nous sommes bien évidemment à votre disposition pour de plus amples renseignements. Alors n'hésitez pas à venir nombreux pour célébrer la parodontologie, passer un très agréable moment et montrer que la parodontologie française est forte, soudée et conviviale.

Bien amicalement
Christian verner Ambassadeur français pour Europerio 7.

Une traduction simultanée en français sera assurée pour les séances principales.

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI, JE SOUHAITE M'ABONNER POUR 1 AN À :

Clinic	256€ au lieu de 305,00€**	+ Engrais avec l'abonnement : tous les articles en PDF sur www.editionsodp.fr , actualités, formations, dossiers, présentations...
Cahiers de prothèse	254€ au lieu de 339€**	
Implant	255€ au lieu de 336€**	
JPIO	258€ au lieu de 331€**	

** Prix hors taxes. Les prix hors taxes sont indiqués en gras. Les prix hors taxes sont indiqués en gras. Les prix hors taxes sont indiqués en gras.

JE JOINS MON RÈGLEMENT PAR

Chèque à l'ordre de : **Wolters Kluwer France** Carte bancaire (ou / American Express)

N° _____ Expire fin _____

Cryptogramme (à joindre à la carte) _____ Date de signature obligatoire : _____

NES COORDONNÉES

Mme Mlle M.

Nom _____ Prénom _____

Adresse prof. pers. _____

Code postal _____ Ville _____

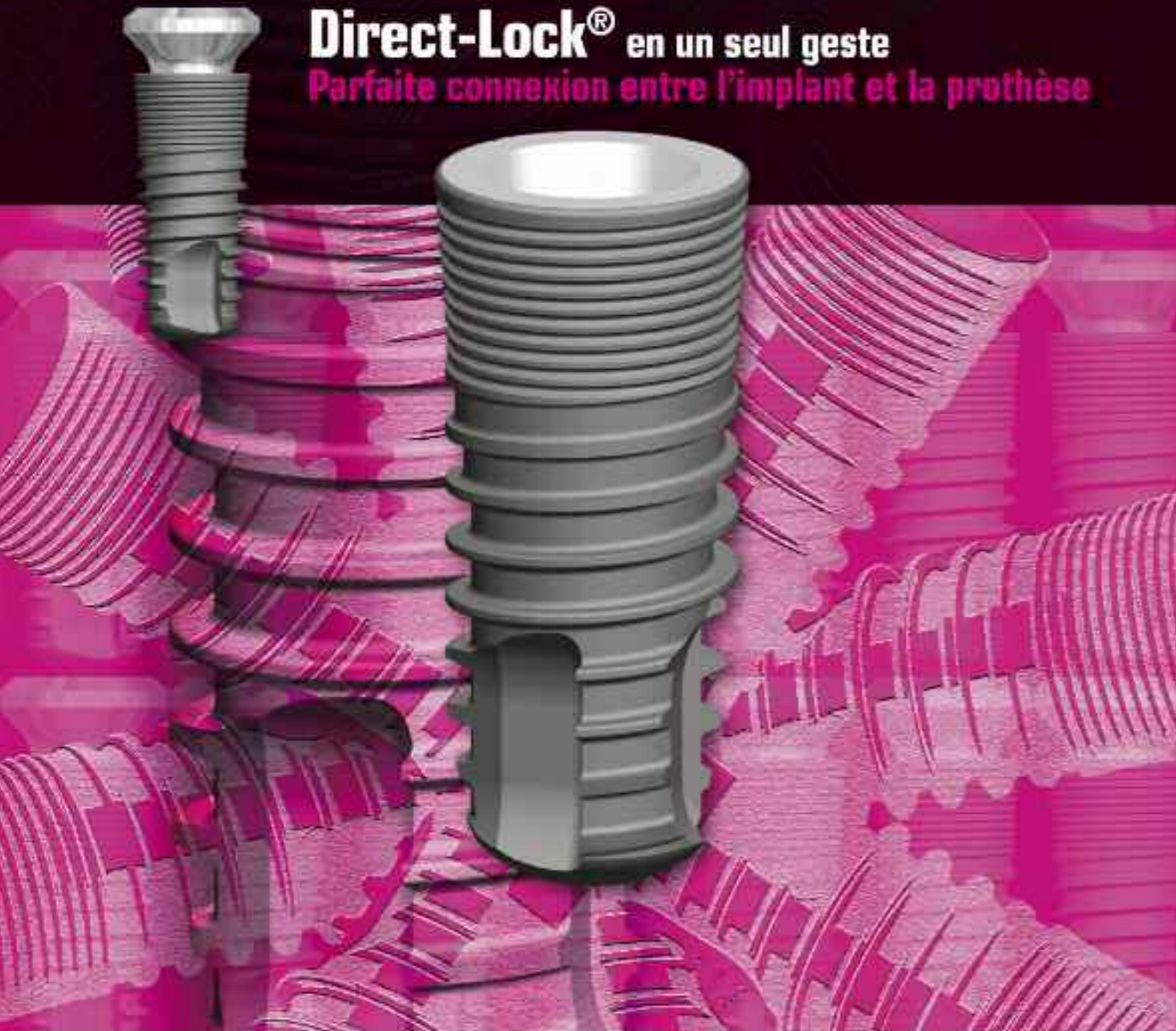
Téléphone _____ Fax _____

E-mail _____

La France retenue pour l'organisation d'un congrès "ciblé" pour le compte de l'EFP en janvier 2014

La Fédération Européenne de Parodontologie (EFP) a souhaité organiser en 2014 une manifestation intermédiaire entre 2 europerios. L'Assemblée Générale de l'EFP a voté à une très large majorité pour l'organisation d'un "focus congress" en France. Ce premier congrès européen se déroulera les 30 et 31 janvier 2014 au CNIT de la Défense sur le thème de "la chirurgie plastique parodontale".

Direct-Lock® en un seul geste
Parfaite connexion entre l'implant et la prothèse



serf
dedienne santé
IMPLANTS ORTHOPÉDIQUES & BENTRIERS

85 avenue des Bruyères - 69153 Décines Cedex - France T. +33 (0)4 72 05 60 10 - F. +33 (0)4 72 02 19 18 - serf@serf.fr

www.serf-dediennesante.com

Chers amis,

C'est sous le soleil de Provence, ponctué d'un léger mistral que s'est déroulé le premier congrès national francophone organisé par la SFPIO.

C'était il y a quelques semaines déjà, mais les souvenirs de ces 3 jours passés « entre nous » sont encore très présents.

Plusieurs mois de travail après que Jean-Luc Ardouin et le bureau national nous aient confié l'organisation du congrès, nous voilà réunis dans un cadre idéal. La ville d'Aix en Provence qui avait accueilli en 2004 le congrès de la SFPIO sous l'égide d'Alain Borghetti et Christine Romagna, s'était préparé à nous recevoir à nouveau avec enthousiasme. Le tandem alsacien Yves Reingewirtz et Henri Tenenbaum nous avait ouvert la voie à Strasbourg l'année passée. Le défi était de taille !

C'est ainsi que dans une joyeuse effervescence, les laboratoires, partenaires incontournables de l'événement, se sont installés côtoyant les premiers congressistes inscrits aux travaux pratiques animés par les laboratoires Actéon, Astra, Johnson et Johnson et Zimmer, au milieu d'une équipe d'étudiants tous dédiés à notre cause et orchestrés en chœur par le bureau de la SFPIO et celui de la SFPIO Sud-Est.

Le programme scientifique concocté par Marie-Laure Colombier et son équipe a fait sembler t-il, l'unanimité. Des conférenciers venus de Belgique, du Canada, d'Italie, du Maroc ou encore de Suisse s'étaient tous donnés RDV au sud, en ce début du mois de juin.

Diversité des sujets, convictions des orateurs, décidés à donner le meilleur, parfois même avec beaucoup d'humour, accents étrangers chantants et enchanteurs, nous ont permis de faire le point sur l'actualité tant en parodontologie qu'en implantologie. Jean-Louis Giovannoli a donné le la en présidant la séance inaugurale qui se déroulait à l'Aqua Bella. Puis durant 2 jours, le grand amphithéâtre a offert sa tribune tout d'abord à Marc



Podium de la séance Posters récompensée par le JPIO, "Journal de Parodontologie et d'Implantologie Orale" de g à dr : Marie-Laure Colombier, Malika Nezzal, Mohamed Elfarouki, Severine Vincent, Yves Reingewirtz. Les prix reviennent à Mohamed El Farouki (M El Farouki, Amine K, Mikou S, Kissa, J, Himmiche M), de Casablanca pour "La tuberculose gingivale, à propos d'un cas"; et à Malika Nezzal (Nezzal M, Bouziane D, Tenenbaum H) de Constantine. Les gagnants se sont partagés un atlas de parodontologie ainsi qu'un abonnement pour une année du JPIO.

Lamy et Urs Belser qui ont échangé leurs points de vue sur l'importance des composants prothétiques dans la stabilité des tissus péri-implantaires. Après une pause-déjeuner gargantuesque, ce fut au tour de Frédéric Duffau, Norbert Cionca et Véronique Benhamou de nous confier les moyens actuels et innovants pour tenter de maîtriser les infections parodontales et péri-implantaires.

De bon matin, samedi, France Lambert, Isabella Rocchietta, Eric Solyom et Hrvoje Jambrec ont dû justifier leurs choix concernant les greffes osseuses et les soulèvements de sinus. La dernière séance fut consacrée à la vidéo au cours de laquelle nous avons tous pu apprécier la parfaite maîtrise de la gestion des tissus par Christine Romagna, Tommie Van de Velde, Patrick Gugerli et Thierry Degorce. Du grand art !

Les présidents de séances Michèle Reners, Patrick Brochut, Franck Renouard et Alain Borghetti ne s'en sont pas pour autant laissés conter et ont soulevé tous les problèmes que nous nous posons dans notre pratique quotidienne. Ils ont dû toute fois céder à la pression d'étudiants zélés, qui tenaient absolument à faire respecter les horaires, prestation traiteur oblige ! A l'attention de certains, je tiens à préciser



Remise des prix des Laboratoires GABA par Marianne Le Reste ; de g à dr: Sylvain Mouraret, Marie-Laure Colombier, Pascal Ambrosini, Marianne Le Reste, Caroline Fouque-Deruelle, Christian Verner.

Les prix reviennent à Sylvain Mouraret (Paris VII) qui a reçu un chèque de 700€ pour "Régénération tissulaire induite. Impact des techniques combinées"; David Joseph (Nancy) qui a reçu le second prix, un chèque de 500€ pour "Alternative à la greffe osseuse autogène pour le traitement des agénésies par la prothèse implantaire" puis Olivier Jame qui a reçu un chèque de 300€ pour "Conservation du volume osseux post extractionnel : techniques et matériaux".



Remise des prix des Laboratoires Pierre Fabre par Marc Watts; de g à dr: Bouchra Abbassi, Marc Watts, Pascal Ambrosini, Marie-Laure Colombier, Philippe Bousquet, Virginie Monnet-Corti, Jacques Lavesque, Emmanuelle Etteadgui, Caroline Fouque-Deruelle

1er prix 500€ pour Bouchra Abbassi (Casablanca) pour « Les parodontites agressives : quel est l'intérêt de l'approche parodontologie-orthodontique dans leur prise en charge ? » 2ème prix 300€ pour Anne Crumbach (Paris 5) pour « Parodontite sévère et orthodontie : gestion d'un traitement complexe » 3ème prix 200€ pour Cécile Rupin (Paris 7) pour « Accroissement gingival et hypertension : à propos d'un cas.

que nos jeunes collaborateurs étaient en marinières marseillaises, 100% huile d'olive et non en marins bretons !

Tout cela aurait pu être si simple s'il n'y avait pas eu en concurrence pléthore de communications toutes plus enrichissantes et pertinentes les unes que les autres dans les séances de communications cliniques recherches et posters, menées allegro par Virginie Monnet-Corti, Pascal Ambrosini, Henri Tenenbaum et Yves Reingewirtz. Pour la première fois, une

Publi-rédactionnel

Lancement du système d'implants CONELOG® en France

Les avantages CAMLOG® multipliés par deux



Les implants Camlog® screw-line et Conelog® screw-line sont des jumeaux qui se complètent parfaitement.

■ CAMLOG® est un fabricant leader de systèmes coniques d'implants et de prothèse. Une longue expérience en recherche et développement, des fautes nulles de qualité, un bon rapport qualité/prix et des services orientés clients ont fait de Camlog un interlocuteur principal.

Le cœur du système implantaire Camlog® est la connexion implant-pilier brevetée tube-in-tube® avec des cames spécifiques Camlog pour un positionnement idéal. Le résultat est une étanchéité au niveau du système Camlog une haute sécurité d'utilisation et une fiabilité exemplaire pour des résultats long terme excellents.

En France les produits CAMLOG® sont distribués par Henry Schain Implantologie.

Des produits faciles à utiliser, des services de premier ordre, orientés vers le client, un bon rapport qualité-prix et les résultats à long terme convaincants du système d'implants CAMLOG® ont fait de celui-ci un des **acteurs majeurs** dans le domaine de l'implantologie dentaire. Pour les implantologistes préférant des connexions coniques, CAMLOG® **élargit son offre-produits** avec l'introduction du système d'implants CONELOG® qui a été lancé en Allemagne à IDS 2011. **Le système est maintenant commercialisé en France.**

Les implants CAMLOG® et CONELOG® ont la **même géométrie (Screw-Line) externe** et peuvent être posés en utilisant le **même set chirurgical**. Cela offre un haut degré de flexibilité dans la pratique et rend la manipulation des instruments **plus simple**. Le set chirurgical CAMLOG®/CONELOG® SCREW-LINE contient des **nouveaux forets à irrigation externe** avec une forme à 4 pans qui offrent une performance de coupe exceptionnelle.

Les implants CONELOG® SCREW LINE sont dotés d'un cône interne autobloquant de (7,5°) et des trois rainures habituelles CAMLOG® sur l'implant avec les cames correspondantes sur les piliers. Ceci permet une manipulation facile et une grande précision des différents éléments du système. Dans

le système d'implants CONELOG® le cône est uniquement engagé avec les piliers, ce qui n'induit pas de décalage de hauteur lors de la prise d'empreinte. La désinsertion des piliers devient une tâche facile, grâce à un instrument spécialement conçu à cet effet.

Les implants CONELOG® SCREWLINE sont disponibles en diamètres 3.3 mm, 3.8mm, 4.3mm, et 5.0mm. Un implant court de 7 mm est disponible pour les diamètres 3.8 mm, 4.3mm, et 5.0 mm. Les longueurs 9 mm, 11 mm, 13 mm et 16 mm sont disponibles pour tous les diamètres d'implants.

Les systèmes d'implants CAMLOG® SCREW-LINE et CONELOG® SCREW-LINE se différencient au niveau de la géométrie de leur connexion mais il n'y a pas de différence de prix entre les deux systèmes. Pour CAMLOG® c'est une question de philosophie et d'expérience personnelle qui orientera le choix de l'utilisateur soit vers un type de connexion à parois parallèles, soit une connexion conique. Le système d'implants CAMLOG® continuera toujours à se développer à l'avenir.

Avec le système d'implants CONELOG® les adeptes de connexions coniques peuvent maintenant également bénéficier des services Gold Standard de CAMLOG®.



Remise des Prix Recherche par les laboratoires SUNSTAR de g à dr: "Jacques-Edouard Goulard, Marie-Laure Colombier, Gérard Brunel, Caroline Fouque-Deruelle, Christian Verner"
1er prix 750€ : Sarah LAURENCIN-DALACIEUX (Toulouse) "Rôle de l'acide lysophosphatidique et de son récepteur LPA1 dans l'ostéogénèse"
2ème prix 400€ : Julien BRAUX (Reims) "Etude du potentiel ostéogénique d'hydroxyapatites dopées en strontium chez la souris"
3ème prix 200€ : Antoine POPELUT (Paris VII) "Accélération in vivo de l'ostéo-intégration implantaire par les liposomes Wnt3a"



A la tribune, lors d'une des séances les plus attendues traitant du choix et de la pérennité des greffes osseuses pré-implantaires : de g à dr: Hrvoje Jambrec, Eric Solyom, France Lambert et Isabelle Rochietta.

séance a été consacrée aux espoirs de la francophonie, animée par Mohamed Himmiche.

Le plus difficile pour les congressistes durant ces 2 jours aura été certainement de devoir faire des choix.

Après délibérations des jurys, GABA a eu le plaisir de remettre 3 prix de communications cliniques à Sylvie Pouraret, David Joseph et Olivier Jame. Lors de la seconde séance de communications cliniques, Bouchra Abbasi, Anne Crumbach et Cécile Rupin furent récompensées par Pierre Fabre. Sunstar Medicadent a doté Sarah Laurencin-Dalacieu, Julien Braux et Antoine Popelut pour leurs communi-

cations très remarquées dans la séance recherche.

Le Journal de Parodontologie et d'Implantologie Orale a récompensé Mohamed el Farouki et Malika Nezzal dans la séance posters.

Guillaume Campard s'est vu, quant à lui offrir l'inscription au prochain congrès par la SFPIO pour s'être distingué lors de la séance des espoirs.

Du côté des festivités, la soirée de bienfaisance à la Bastide de Puget fut une belle réunion de la famille parodontale. Les bénéfices de ce dîner sont allés à l'association « pour le fil d'Ariane » qui a ainsi pu financer plusieurs concerts auprès



L'accueil des congressistes et la parfaite organisation revient à notre responsable administrative, Caroline Deniaud, entourée ici par des aides précieuses.



La prise en charge de l'infection parodontale traitée par Véronique Benhamou, Norbert Cionca, Frédéric Duffau et Patrick Brochut

d'enfants hospitalisés.

Ainsi donc, le RDV annuel de la SFPIO nous a offert la possibilité de nous « cultiver parodontalement » dans une ambiance chaleureuse et amicale.

Pour cela, un grand merci aux conférenciers, à tous les congressistes pour leur participation ainsi qu'à nos partenaires sans qui rien ne serait possible. Merci aux marseillais du bureau de la SFPIOSE qui ont œuvré avec enthousiasme et dévouement pour la réussite de cet événement. Egalement à tous les membres du bureau national pour leur aide précieuse sur place et leur amitié et un grand merci à Xavier Struillou pour sa confiance d'ancien trésorier !

La satisfaction du travail accompli mêlée à la nostalgie sont visiblement des sentiments partagés par tous les comités d'organisation du congrès national de la SFPIO qui doit avoir « un je ne sais quoi de plus »...

Tous nos vœux à l'équipe de Philippe Gibert et Olivier Jame qui prennent le flambeau. Vivement Montpellier les 23 et 24 mars prochains pour perpétuer la tradition de la SFPIO ! ■

Caroline Fouque-Deruelle

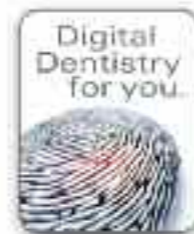
Un pas en avant dans le domaine du diagnostic et de la planification.



Optimisez la sécurité et la prévisibilité du traitement.

Améliorez la qualité et les performances du traitement grâce au diagnostic numérique.

Profitez de la flexibilité de la planification pour des résultats fonctionnels et esthétiques optimisés.



Voici le logiciel NobelClinician Software. Grâce à lui, vous atteignez un niveau supérieur de diagnostic et de plan de traitement. Améliorez vos diagnostics grâce à des combinaisons de vues 2D et 3D et optimisez la pose des implants en fonction de l'anatomie et des besoins prothétiques du patient. Grâce au logiciel NobelClinician Software, vous pouvez collaborer avec vos partenaires de traitement via la fonctionnalité NobelConnect intégrée et présenter les options de

traitement à vos patients. De plus, vous pouvez passer au protocole numérique avec NobelGuide, le concept de chirurgie guidée éprouvé. Lorsque vous travaillez en partenariat avec Nobel Biocare, un pionnier de la dentisterie numérique, vous profitez d'une technologie éprouvée qui vous assure des résultats fonctionnels et une esthétique haut de gamme. **Leur sourire, vos compétences, nos solutions.**

Appelez le 01 49 20 00 30 ou connectez-vous au site nobelbiocare.com/dental



Un bon parodonte pour de bonnes articulations

O. HUCK, H. TENENBAUM, J.-L. DAVIDEAU

La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie chronique systémique inflammatoire à composante auto-immune affectant les articulations via une inflammation synoviale persistante et évoluant de manière progressive et cyclique (Tobon et al., 2010). Les manifestations cliniques sont polymorphes, les plus typiques étant une atteinte des articulations distales, bilatérales et systémiques pouvant conduire à des déformations et pouvant s'associer à des manifestations extra-articulaires (cardiaques, pulmonaires, rénales,...). Cette pathologie affecte 0,5 à 1% de la population mondiale dont une majorité de femmes, ceci avec des disparités géographiques, l'Europe du nord et l'Amérique du nord étant plus touchées. L'apparition et le développement de la polyarthrite rhumatoïde sont soumis à l'influence de plusieurs facteurs de risque tels la consommation de tabac (Costenbader et al., 2008), une susceptibilité génétique (Lee et al., 2009, certains facteurs hormonaux (Salliaux et al., 2009) mais également la présence de certains agents pathogènes dont *Porphyromonas gingivalis*. La physiopathologie est complexe associant un rôle important joué par les nombreux médiateurs de l'inflammation (TNF- α , IL-1, IL-6, IL-15, IL-17) (Cullshaw et al., 2010) à une réaction auto-immune caractérisée par la présence d'auto-anticorps notamment dirigés contre certaines protéines citrullinées (Suurmond et al., 2011).

Depuis plusieurs années, les résultats de nombreuses études épidémiologiques ont mis en évidence un rôle potentiel de facteur de risque joué par les maladies parodontales sur certaines pathologies systémiques telles les maladies cardiovasculaires, le diabète ou la polyarthrite rhumatoïde. Les résultats de certaines études récentes montre une association significative entre présence de parodontites et polyarthrite rhumatoïde (OR=5,7) (Helenius et al., 2008 ; Pischon et al., 2008; Dissisck et al., 2010) mais également un lien entre présence de polyarthrite rhumatoïde et sévérité de l'atteinte



Remise du prix Paro Activ par les Laboratoires Expanscience ; de g à dr: Marie-Laure Colombier, Patrick Mbiajeu, Philippe Bouchard, Olivier Huck et Dominique Planchat.

parodontale, les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde souffrant de pathologies parodontales plus sévères (Ogrendik, 2010). Par ailleurs, malgré ces données épidémiologiques, les causes biologiques reliant les deux pathologies ne sont que partiellement expliquées. Les analyses réalisées sur des prélèvements de liquide synovial au niveau d'articulation atteintes ont mis en évidence la présence de bactéries parodontopathogènes mais également d'anticorps dirigés contre ces mêmes bactéries (Moen et al., 2003 ; Moen et al., 2006). *Porphyromonas gingivalis* semble être la bactérie parodontopathogène la plus impliquée. Cette bactérie possède une enzyme particulière, la peptidyl-arginine-déiminase, enzyme à l'origine d'un processus de citrullination, processus entraînant une modification de la structure des protéines telles la fibronectine, la vimentine ou la kératine, qui entraîne une exposition de certains épitopes reconnus comme « étrangers » par le système immunitaire de l'hôte favorisant ainsi la production d'auto-anticorps (anticorps anti-CCP) (Wegner et al. 2010). Par ailleurs, il apparaît également que les autres facteurs de virulence de *Porphyromonas gingivalis*, notamment les fimbriae peuvent entraîner la production de

nombreuses protéases telles MMP-1, MMP-3 ou MMP-9, protéases pouvant être responsables de la destruction de la matrice extra-cellulaire au niveau de l'articulation atteinte (Detert et al., 2010). Des études concernant l'effet potentiel de la prise en charge de la maladie parodontale sur l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde ont été effectuées. La majorité d'entre elles démontrent un effet positif du traitement de la maladie parodontale sur l'évolution de la pathologie systémique tant au niveau clinique (diminution de l'indice de sévérité de l'atteinte rhumatoïde DAS28) (Ortiz et al., 2009) qu'au niveau biologique (diminution de la concentration de protéine-C réactive dans le sang et de la vitesse de sédimentation du sang) (Pinho et al., 2009 ; Ortiz et al., 2009).

Le dépistage et la prise en charge des maladies parodontales chez les patients à risque ou souffrant de polyarthrite rhumatoïde apparaissent comme nécessaire. Cette prise en charge permettra d'une part, d'augmenter le confort du patient en traitant sa pathologie buccale, mais également de limiter les effets systémiques de ces pathologies sur l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde. Pour ce faire, une collaboration plus importante avec les rhumatologues est à envisager. ■

LISTERINE®

BAIN DE BOUCHE ANTIBACT RIEN USAGE QUOTIDIEN

LISTERINE respecte la flore buccale*

L'importance du geste « bain de bouche au quotidien »

Utilisé chaque jour en complément du brossage, LISTERINE® prévient les problèmes de dents et de gencives et contribue à améliorer significativement l'hygiène bucco-dentaire. Par ailleurs, LISTERINE® favorise l'élimination des bactéries pathogènes présentes dans l'ensemble de la bouche.

LISTERINE
PROTECTION DENTS
ET GENCIVES



LISTERINE
Stay White



LISTERINE
TOTAL CARE



Aux extraits d'huiles essentielles : Menthol, Thymol, Eucalyptol et Salicylate de Méthyle.

+ FLUOR

+ CHLORURE DE ZINC

+ FLUOR + CHLORURE DE ZINC

LISTERINE® S'UTILISE EN TOUTE SÉRÉNITÉ

Composé d'extraits d'huiles essentielles, LISTERINE® apporte une efficacité antibactérienne scientifiquement prouvée⁽¹⁾ et une sensation de fraîcheur inégalée, tout en respectant la flore buccale au long cours (étude réalisée à 6 mois)⁽¹⁾.

- Pas de modification de l'équilibre de la flore buccale⁽¹⁾
- Pas de développement significatif de résistances bactériennes⁽¹⁾
- Pas de coloration, ni formation significative de tartre⁽¹⁾
- Pas d'interaction avec les composés anioniques des dentifrices

UNE GAMME DISPONIBLE EN PHARMACIES ET GRANDES SURFACES



UNE SOLUTION COMPLÈTE DE PRÉVENTION CONTRE LES PROBLÈMES DE DENTS ET GENCIVES



Pour toutes questions, contactez-nous :

N° Vert 0 800 500 055

www.listerinepro.fr

Johnson & Johnson

SANTÉ BEAUTÉ FRANCE

Régénération tissulaire induite Impact des techniques combinées

MOURATET S., MORA F., BOUCHARD P.

Unité de Parodontologie de Paris VII – Hôpital Rothschild

Résumé du Dr Sylvain Mouratet, lauréat du prix de la séance Communication Cliniques sponsorisé par les laboratoires Gaba.

Résumé :

L'efficacité des protéines dérivées de la matrice amélaire dans les traitements des défauts parodontaux infra osseux est bien documentée par plusieurs revues systématiques.^{4, 5, 19}

Un espace de régénération est nécessaire afin d'obtenir une reconstruction optimale. Toutefois, la consistance de l'Emdogain® sous forme de gel peut compromettre le résultat par collapsus des tissus mous notamment dans des défauts infra-osseux supérieurs à 36°.²¹

Compte tenu des résultats contradictoires avec les matériaux de substitution osseuse^{16, 26}, certains auteurs ont proposé une combinaison DMA avec de l'os autogène.¹⁴

Cette technique a pour avantage de permettre une véritable régénération sans l'éventuelle présence de particules d'os de substitution et pourrait bénéficier d'un effet synergique de l'os autogène avec DMA.⁸

Mots clés : régénération parodontale, lésions infra-osseuses, protéines dérivées de la matrice amélaire, os autogène, technique combinée.

Introduction

Le but de tout traitement étant de reconstruire l'entité à l'identique, des procédures de régénération ont été proposées dans les thérapeutiques parodontales chirurgicales. Parmi celles-ci, la régénération tissulaire induite avec protéines dérivées de la matrice amélaire (DMA) dans les traitements des défauts parodontaux infra osseux semble montrer de bons résultats. Nous allons aborder dans cet article la régénération tissulaire induite en techniques combinées.

Revue de la littérature

L'efficacité des protéines dérivées de la matrice amélaire dans les traitements des défauts parodontaux infra osseux est bien documentée par plusieurs revues systématiques.

Notamment dans une méta-analyse de 9 études, Esposito et coll.⁴ comparent lors de chirurgies parodontales un groupe DMA contre un Groupe placebo ou contrôle. Ils observent une amélioration significative de la profondeur de poche de 0,88 mm et du

Cas clinique n° 1






Fig. 1 : Après thérapeutique étiologique, profondeur de sondage à 13mm.

Fig. 1 : Après thérapeutique étiologique, profondeur de sondage à 13mm.

Fig. 3 : Cicatrisation à 29 mois, profondeur de sondage à 3 mm.




Fig. 4 : Radiographie pré-opératoire.

Fig. 5 : Radiographie à 29 mois.

gain d'attache de 1.08 mm en faveur du groupe DMA. Cependant, dans certaines conditions nous observons des récessions, préjudiciable à l'esthétique de nos patients. Six principes biologiques régissent la cicatrisation parodontale^{23, 2} : Histocompatibilité

des surfaces, Exclusion cellulaire, Stabilité précoce du caillot, Maintien de l'espace cicatriciel, Adhésion du caillot et Induction cellulaire. Emdogain®, seul DMA actuellement sur le marché, est sous forme de gel, ce qui peut aller à l'encontre du 4ème principe

biologique de la cicatrisation parodontale : maintien de l'espace cicatriciel, et compromettre alors le résultat par collapsus des tissus. Supposition soutenue par l'étude de Tsitoura et coll.²¹ en 2004 qui observent de moins bons résultats lorsque les dé-

1. Moran GS, et al. Effects of a mouthrinse on an anti-inflammatory agent on supragingival plaque growth. J Clin Periodontol 1996;16:347-352. 2. Fan JH, et al. In vivo antimicrobial effectiveness of an essential-oil containing mouthrinse 13h after a single use and 14 days later. J Clin Periodontol 2000;27:339-343. Johnson & Johnson Santé Beauté France, SAS au capital de 133.325.940, RCS Nanterre - 479 014 724. Siège Social : 1, rue Carle Desrochers - 92130 Neuilly-Matignon. L'adresse GABA de Vente Directe est : pour les produits Merial, Kroyka, Nival et Tiscotin® - 92111, 082.



STRAUMANN® EMDOGAIN

QUELLE EST, POUR VOUS, L'IMPORTANCE D'UNE VÉRITABLE RÉGÉNÉRATION PARODONTALE ?



avant



après

Plus de 100 publications dont des revues à comité de lecture démontrent la sécurité et l'efficacité de Straumann® Emdogain pour la stimulation de la formation de nouveaux tissus parodontaux dur et mou. Ces études cliniques incluent plus de 30000 patients pour 2500 patients.

« Résultats cliniques excellents »
« Bénéfice clinique à long terme »
« Satisfaction patients améliorée »

¹ Tjeltel et al. J Clin Periodontol 2012;39:317-325
² Hsu et al. J Periodontol 2001;72:23-34
³ Alkhouli et al. J Periodontol 2002;73:1115-1128
⁴ Hildebrand et al. J Periodontol 2006;77:290-301
⁵ Schmalz et al. J Clin Periodontol 2007;34:221-229
⁶ Guidice et al. J Periodontol 2004;75:1152-1160
⁷ Sorensen et al. J Periodontol 2004;75:720-733

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

fauts infra-osseux sont supérieurs ou égal à 36°. Certains auteurs ont proposés alors de l'associer à différents biomatériaux afin de s'affranchir de cet inconvénient. Dans différentes études randomisées, les DMA ont été associés :

- avec de l'os humain autogène,^{6,24}
- avec de l'os humain allogène,^{7,9}
- avec de l'os animal d'origine bovine,^{13,16,22,26}
- avec des β -TCP,^{1,10}
- avec des bioverres,^{12,17,18}

Parmi toutes ces études, seules certaines observent des avantages à l'ajout d'un biomatériau aux DMA : Guida et coll.⁶, Yilmaz et coll.²⁴, Lebovic et coll.¹³, Velasquez-Plata et coll.²², Zuccheli et coll.²⁶, Kuru et coll.¹² Les autres études ne montrent aucune différence significative avec ou sans matériaux combinés.

Nous observons que les résultats sont contradictoires avec les matériaux de substitution osseuse, seule la combinaison DMA avec de l'os autogène¹⁴ montre une différence significative des paramètres cliniques dans toutes les études à notre disposition à ce jour. Cette technique a pour avantage une véritable régénération sans l'éventuelle présence de particules d'os de substitution et pourrait bénéficier d'un effet synergique de l'os autogène avec DMA.⁸

A ce jour, nous disposons d'une étude histologique³ chez l'animal montrant la possibilité de régénération avec cette technique combinée. Ils observent à 5 mois un nouveau ciment, un ligament parodontal avec des fibres de Sharpey, et un nouveau tissu osseux similaire au tissu natif. Les études cliniques randomisées chez l'humain montrent : Dans l'étude de Guida et coll.⁶ 2007, sur 28 lésions infra osseuses traitées de 30° environ, 14 avec os autogène +DMA

comparé à 14 avec DMA seul. Les auteurs observent une réduction significative des récessions post chirurgicales avec la technique combinée, ainsi qu'une plus grande proportion de défauts avec un gain substantiel d'attache (≥ 6 mm). Dans l'étude de Yilmaz et coll.²⁴ 2010, sur lésions infra osseuses traitées à 2 ou 3 parois, 20 avec os autogène +DMA comparé à 20 avec DMA seul. Les auteurs observent une ré-

Cas clinique n° 2



Fig. 6 : Après thérapeutique étiologique, profondeur de sondage à 9 mm.



Fig. 7 : Lésion infra-osseuse en distale de 43°.



Fig. 8 : Mise en place des DMA.



Fig. 9 : Prélèvement d'os autogène.



Fig. 10 : Mise en place de l'os autogène.



Fig. 11 : Cicatrisation à 23 mois, profondeur de sondage à 3 mm.



Fig. 12 : Radiographie pré-opératoire.



Fig. 13 : Radiographie à 23 mois.

duction significative de la profondeur de poche de 1 mm, un gain d'attache clinique de 1,2 mm et de niveau osseux de 1,1 mm avec la technique combinée comparée aux DMA seuls.

Discussion

Cette différence dans les résultats de ces 2 études semble s'expliquer par le fait que dans l'étude de Guida et coll.⁶ les défauts sont larges (30°) et peu soutenus, il est observé l'intérêt de l'os autogène pour

éviter le collapsus des tissus mous. Ce qui permet la réduction des récessions post chirurgicales.

Dans l'étude de Yilmaz et coll.²⁴, les défauts sont à 2 ou 3 parois, les tissus mous sont mieux soutenus, il n'est pas observé de différence de récession. Mais dans cette étude, les auteurs utilisent une tréphine pour prélever l'os autogène alors que dans l'étude de Guida et coll.⁶, les auteurs utilisent un bone scraper. L'os autogène prélevé à la

Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie.

PAROEX

0,12%

UNIQUE SOLUTION POUR BAIN DE BOUCHE SANS ALCOOL*



Redonnons le sourire à vos patients

DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE À 0,12%
PRÊT À L'EMPLOI



* parmi les médicaments de la même classe pharmaco-thérapeutique comparables

PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** : Digluconate de chlorhexidine à 0,20% (p/v) ; 0,5360g (pureté) correspondant à digluconate de chlorhexidine : 0,12% pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Excipients : glycérol, tétrahydrofur, méthyle de l'hexylpyridinium, propylène glycol, acétamide, arôme, eau purifiée. **FORME PHARMACEUTIQUE** : Solution pour bain de bouche. **DONNÉES CLINIQUES** : Indications thérapeutiques : Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. Posologie et mode d'administration : RÉSERVE À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bain de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser le contenu d'un demi-podet (12ml) ; si la présentation ne contient pas de podet, utiliser une cuillère à soupe soit environ 15 ml. Le nombre de bains de bouche est de 1 à 5 par jour, d'une minute environ (selon les règles et de préférence, après la brosse à dents). Contre-indications : Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. Mise en garde et précautions d'emploi : Mise en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de effets associés, le conduit à tenir doit être réévalué et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. Précautions d'emploi : Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions : L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). **Effets indésirables** : Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café) - Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (allergie, irritation cutanée-mucuseuse, réaction allergique cutanée voire générale, gonflement des glandes salivaires), nécessitant l'arrêt du traitement. - Occasionnellement, dysgueusie ou cessation de bruits de la langue en début de traitement - Occasionnellement disparition de la muqueuse buccale. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES** : Propriétés pharmacodynamiques : STOMATOLOGIE TRAITEMENT LOCAL A USAGE ANTISEPTIQUE (A) - Appareil digestif et métabolisme. **DONNÉES PHARMACOLOGIQUES** : Durée de conservation : Avant ouverture du flacon : 3 ans - Après ouverture du flacon : 30 jours. **Autres données de l'emballage** : 50 ml, 100 ml, 500 ml et 5000 ml en flacons polyéthyléniques à débiter, avec bouchon VITOP (oxypropylène), et capot IPEI, 300 ml en flacon polyéthylénique à débiter avec bouchon VESTUP (oxypropylène) et capot IPEI avec podet doseur (polypropylène). **AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** : AMM n° 344 640-0 - flacon de 50 ml, AMM n° 344 343-1 - flacon de 100 ml (Agée Collectivités), AMM n° 344 641-7 - flacon de 300 ml avec podet doseur (Remboursement Sécurité Sociale à 15% - Agée Collectivités - Prix : 3,99 € - C.T.J. : 0,16 à 0,69 €), AMM n° 344 642-3 - flacon de 500 ml, AMM n° 346 325-4 - flacon de 5000 ml. **TITULAIRE DE L'AMM** : SUNSTAR France - 16, rue Baudin - 92300 Levallois-Perret. **EXPLOITANT DE L'AMM** : C.S.P. - 76, avenue de M. de - 83350 Caumont d'Auvergne. **DATE DE REVISION DE L'AMM** : Août 2009.

SUNSTAR France

tréphine est probablement de meilleure qualité car il comporte de l'os spongieux, plus riche en facteur de croissance¹¹ (Bone Morphogenic Protein). Ce qui pourrait expliquer l'amélioration des paramètres cliniques observés. Dans la limite de ces études, la technique combinée DMA / os autogène semble être favorable à l'emploi de DMA seul. ■

Conclusion

Cette procédure de régénération des défauts infra osseux larges est très séduisante, et facile à mettre en œuvre. Toutefois, même si les études sont encourageantes, il est prématuré de conclure que l'association DMA/ os autogène est une technique prévisible pour obtenir une régénération parodontale. A ce jour, et dans la limite de ces études, la technique combinée DMA / os autogène semble être préférable dans le traitement des défauts larges peu soutenus par rapport à l'emploi de DMAs seuls. Certaines autres associations pourraient être intéressantes mais sont actuellement controversées. Elles nécessitent de nouvelles études avec plus de puissance pour pouvoir en tirer des conclusions.

Bibliographie

- Bokan, I., Bill, J. S. & Schlagenhaut, U.**
Primary flap closure combined with Emdo- gain alone or Emdogain and Cerasorb in the treatment of intra-bony defects.
Journal of Clinical Periodontology 2006 33, 885-893.
- Bouchard Ph et Etienne D**
La cicatrisation parodontale
Journal de Parodontologie 1993, vol 12, n°3, p 227-236.
- Cochran DL, Jones A, Heijl L, Mellonig JT, Schoolfield J, King GN.**
Periodontal regeneration with a combination of enamel matrix proteins and autogenous bone grafting.
J Periodontol 2003;74:1269-1281.
- Esposito M, Grusovin MG, Papanikolaou N, Coulthard P, Worthington HV.**
Enamel matrix derivative (Emdogain(R)) for periodontal tissue regeneration in intrabony defects.
Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD003875.
- Giannobile WV, Somerman MJ.**
Growth and amelogenin-like factors in periodontal wound healing. A systematic review.
Ann Periodontol. 2003 Dec;8(1):193-204.
- Guida L, Annunziata M, Belardo S, Farina R, Scabbia A, Trombelli L.**
Effect of autogenous cortical bone particulate in conjunction with enamel matrix derivative in the treatment of periodontal intraosseous defects.
J Periodontol. 2007 Feb;78(2):231-8
- Gurinsky, B. S., Mills, M. P. & Mellonig, J. T.**
Clinical evaluation of demineralized freeze-dried bone allograft and enamel matrix derivative versus enamel matrix derivative alone for the treatment of periodontal osseous defects in humans.
Journal of Periodontology 2004 75, 1309-1318.
- He J, Jiang J, Safavi KE, Spångberg LS, Zhu Q.**
Emdogain promotes osteoblast proliferation and differentiation and stimulates osteoprotegerin expression.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004 Feb;97(2):239-45
- Hoidal MJ, Grimard BA, Mills MP, Schoolfield JD, Mellonig JT, Mealey BL.**
Clinical Evaluation of Demineralized Freeze-Dried Bone Allograft With and Without Enamel Matrix Derivative for the Treatment of Periodontal Osseous Defects in Humans
J Periodontol 2008;79:2273-2280.
- Jepsen S., Topoll H., Rengers H., Heinz B., Teich M., Hoffmann T., Machot EA., Meyle J. & Jervøe-Storm PM.**
Clinical outcomes after treatment of intrabony defects with EMD/synthetic bone graft or EMD alone. A multicenter randomized controlled clinical trial.
Journal of Clinical Periodontology 2008 35, 420-428.
- Kirker-Head CA**
Development and application of bone morphogenetic proteins for the enhancement of bone healing
J Orthopaed Traumatol (2005) 6:1-9
- Kuru, B., Yilmaz, S., Argin, K. & Noyan, U.**
Enamel matrix derivative alone or in combination with a bioactive glass in wide intrabony defects.
Clinical Oral Investigations 2006 10, 227-234.
- Lekovic V, Camargo PM, Weinlaender M, Nedic M, Aleksic Z, Kenney EB.**
A comparison between enamel matrix proteins used alone or in combination with bovine porous bone mineral in the treatment of intrabony periodontal defects in humans.
J Periodontol 2000;71:1110-1116
- Leung G, Jin L.**
A combined approach of enamel matrix derivative gel and autogenous bone grafts in treatment of intrabony periodontal defects. A case report.
Prim Dent Care. 2003 Apr;10(2):41-3.
- Melcher AH.**
On the repair potential of periodontal tissues.
J Periodontol. 1976 May;47(5):256-60
- Sculean, A., Barbe, G., Chiantella, G. C., Arweiler, N. B., Berakdar, M. & Brex, M.**
Clinical evaluation of an enamel matrix protein derivative combined with a bioactive glass for the treatment of intrabony periodontal defects in humans.
Journal of Periodontology 2002 73, 401-408.
- Sculean, A., Pietruska, M., Schwarz, F., Willershausen, B., Arweiler, N. B. & Auschill, T. M.**
Healing of human intrabony defects following regenerative periodontal therapy with an enamel matrix protein derivative alone or combined with a bioactive glass. A controlled clinical study.
Journal of Clinical Periodontology 2005 32, 111-117.
- Sculean, A., Pietruska, M., Arweiler, N. B., Auschill, T. M. & Nemcovsky, C.**
Four-year results of a prospective-controlled clinical study evaluating healing of intra-bony defects following treatment with an enamel matrix protein derivative alone or combined with a bioactive glass.
Journal of Clinical Periodontology 2007 34, 507-513.
- Trombelli L, Heitz-Mayfield LJ, Needleman I, Moles D, Scabbia A.**
A systematic review of graft materials and biological agents for periodontal intraosseous defects.
J Clin Periodontol. 2002;29 Suppl 3:117-35.
- Trombelli L, Annunziata M, Belardo S, Farina R, Scabbia A, Guida L.**
Autogenous bone graft in conjunction with enamel matrix derivative in the treatment of deep periodontal intra-osseous defects: a report of 13 consecutively treated patients.
J Clin Periodontol 2006; 33: 69-75
- Tsitoura E, Tucker R, Suvan J, Laurell L, Cortellini P, Tonetti M**
Baseline radiographic defect angle of the intrabony defect as a prognostic indicator in regenerative periodontal surgery with enamel matrix derivative
J Clin Periodontol 2004; 31: 643-647.
- Velasquez-Plata, D., Scheyer, E. T. & Mellonig, J. T.**
Clinical comparison of an enamel matrix derivative used alone or in combination with a bovine-derived xenograft for the treatment of periodontal osseous defects in humans.
Journal of Periodontology 2002 73, 433-440.
- Wikesjö UM, Selvig KA.**
Periodontal wound healing and regeneration.
Periodontol 2000. 1999 Feb;19:21-39.
- Yilmaz S, Cakar G, Yildirim B, Sculean A**
Healing of two and three wall intrabony periodontal defects following treatment with an enamel matrix derivative combined with autogenous bone
J Clin Periodontol 2010; 37: 544-550
- Zitzmann NU, Schärer P, Marinello CP, Schüpbach P, Berglundh T.**
Alveolar ridge augmentation with Bio-Oss: a histologic study in humans.
Int J Periodontics Restorative Dent. 2001 Jun;21(3):288-95.
- Zucchelli G, Amore C, Montebugnoli L, De Sanctis M.**
Enamel matrix proteins and bovine porous bone mineral in the treatment of intrabony defects: A comparative controlled clinical trial.
J Periodontol 2003;74:1725-1735.

Problèmes de gencives ?



Quelle est la pièce indispensable ?



Un complément à vos traitements parodontaux

Un dentifrice unique à l'efficacité prouvée* :

- Avant détartrage ▲ Réduit de 48 % l'indice de saignement**
- En période de soin ▲ Activité antibactérienne équivalente à un dentifrice à base de chlorhexidine***
- En maintenance ▲ Réduit de 41 % l'indice de plaque****



Bases scientifiques des produits de l'industrie

Le Parodontax®, une aide efficace au traitement des maladies parodontales

Marjolaine Gosset
 Docteur en Chirurgie Dentaire, Docteur de l'Université Paris VI, Diplôme d'université en parodontologie Assistante Hospitalo-Universitaire de l'Université Paris Descartes.
Adresse de correspondance :
 Docteur Marjolaine Gosset - Faculté d'Odontologie - Université Paris Descartes - 1, rue Maurice Arnoux - 92120 Montrouge
 01 58 07 67 94 - marjolaine.gosset@parisdescartes.fr
Conflit d'intérêt : Soutien financier de GSK

Introduction

Les maladies parodontales regroupent des pathologies inflammatoires d'origine infectieuse concernant les tissus de soutien de la dent. Parmi ces pathologies, les gingivites, qui concernent uniquement le parodonte superficiel sans entraîner de destructions irréversibles des tissus, sont distinguées des parodontites au cours desquelles des destructions irréversibles du parodonte profond caractérisées par des pertes d'attaches existent. Ces pathologies sont extrêmement fréquentes puisque 80% de la population française présente une gingivite bactérienne (ANAES- 2002) tandis que 95,4% et 82% des adultes de 35 à 64 ans présentent respectivement une perte d'attache et des poches parodontales (1). De plus, de récentes études ont identifié le rôle des parodontites dans des affections systémiques telles que l'athérosclérose (2) ou encore la naissance d'enfants prématurés et de petits poids (3). Ainsi, les parodontites, entraînant des pertes de dents nécessitant un remplacement prothétique pas toujours évident, et qui ont des conséquences sur la santé des individus, représentent un enjeu actuel de santé publique. Le traitement des gingivites et des parodontites nécessite impérativement le contrôle de leur étiologie infectieuse à savoir l'acquisition d'un contrôle de plaque efficace, la désorganisation des biofilms dentaires et l'élimination des facteurs de rétention de plaque tels que le tartre. L'acquisition d'un contrôle de plaque optimal est une étape capitale, indispensable afin d'obtenir les résultats thérapeutiques escomptés et les maintenir dans le temps. Il est obtenu par l'utilisation d'un matériel et d'une technique adaptés. L'utilisation d'agents anti-infectieux véhiculés par les dentifrices ou les bains de bouche constituent une aide intéressante, utilisable au long cours, à ne pas négliger. Parmi les agents anti-infectieux les plus utilisés, citons la chlorhexi-

dine, le chlorure de cétylpyridinium, le triclosan associé aux copolymères ou encore le bicarbonate de soude (4). Le bicarbonate de soude est utilisé depuis de nombreuses années (5) et a connu un important développement après avoir été préconisé en association avec le peroxyde d'hydrogène par Keyes (6). Ce composé exerce une action anti-infectieuse liée à son absorption par les bactéries qui deviennent hypertoniques, gonflent et éclatent. De plus, son emploi rend le milieu buccal hypersodique, instaurant un gradient favorisant l'extraversion des toxines bactériennes et des produits de dégradation de la matrice de la gencive inflammée vers le fluide gingival (7). Enfin, Newburn et ses collaborateurs ont validé l'efficacité in

vitro du bicarbonate de soude sur les bactéries parodontopathogènes (8). L'ensemble de ces propriétés ont amené l'industrie à développer des dentifrices enrichis en bicarbonate de soude, tels que le Parodontax®. Ce dentifrice, commercialisé sous forme de pâte (Parodontax® rouge) ou de gel (Parodontax® vert) se compose de bicarbonate de soude (respectivement 67% et 45%) mais également d'extraits de plantes (4,5% et 5,5%) et de fluor (1400 ppm). L'objectif de ce travail est, après avoir validé l'intérêt du bicarbonate de soude et des plantes médicinales comme principes actifs, d'étudier l'intérêt du Parodontax® dans le contrôle de l'infection et de l'inflammation au cours du traitement étiologique parodontal.

Résultats

Tableau 1 - Apport du Bicarbonate de Soude sur le contrôle de plaque
 L'indice de plaque utilisé est l'indice de Quigley et Hein modifié par Turkey et al.

Étude	Groupes	Produit	Conclusion
Sharma S, J Clin Dent 2001	Groupe 1 : Bicarbonate de soude BS-1000 Groupe 2 : Triclosan-Copolymère - m300	Après 2 broyage : 1,80 (± 2,30) mois de plaque pour le groupe BS / groupe Triclosan (significatif) À 4 semaines : 2,22 (± 0,30) mois de plaque pour le groupe BS / groupe Triclosan (significatif).	Meilleure efficacité du dentifrice au bicarbonate de soude pour limiter la plaque dentaire.
Yildiz M, J Clin Dent 2002	Groupe 1 : BS 65% Groupe 2 : BS 20% Groupe 3 : Triclosan-Copolymère	Après 2 broyage : moins de plaque pour le groupe BS 65% / groupe BS 20% / groupe Triclosan (significatif).	Meilleure efficacité des dentifrices au bicarbonate de soude (dépendant de la concentration de BS) pour limiter la plaque dentaire.
Cetron D, J Clin Dent 2002	Groupe 1 : BS 65% Groupe 2 : BS 20% Groupe 3 : Triclosan-Copolymère Groupe 4 : Fluoride stannéux - Silice	Après 2 broyage : moins de plaque pour le groupe BS 65% / groupe BS 20% / groupe Triclosan / groupe Fluoride (significatif)	pas de différence significative pour le groupe BS 65% / groupe BS 20%
	Groupe 1 : BS 45% Groupe 2 : BS 27% Groupe 3 : Triclosan-Copolymère Groupe 4 : Fluoride stannéux - Silice	Après 2 broyage : moins de plaque pour le groupe BS 45% / groupe BS 27% / groupe Triclosan / groupe Fluoride (significatif)	
Cetron D, J Clin Dent 2002	Groupe 1 : BS 65% Groupe 2 : BS 20%	Après 2 broyage : moins de plaque pour le groupe BS-BSA / groupe Fluoride Gel (significatif)	pas de différence significative pour le groupe BS 65% / groupe BS 20%
	Groupe 1 : BS 65% Groupe 2 : Fluoride stannéux - Silice	Après 2 broyage : moins de plaque pour le groupe BS-BSA / groupe Fluoride Gel (significatif)	
Cetron D, J Clin Dent 2002	Groupe 1 : BS 20% Groupe 2 : Triclosan-Copolymère	Après 2 broyage : moins de plaque pour le groupe BS 20% / groupe Triclosan-copolymère (significatif)	pas de différence significative pour le groupe BS 20% / groupe Triclosan-copolymère (significatif)
	Groupe 1 : BS 65% Groupe 2 : Fluoride stannéux - Silice	Après 2 broyage : moins de plaque pour le groupe BS 65% / groupe Fluoride Gel (significatif)	

* Données issues de l'étude clinique randomisée contrôlée multicentrique de phase III, menée en France, au Royaume-Uni, en Espagne et en Italie, sur 1200 patients atteints de gingivite chronique. Les données sont présentées dans le rapport de l'étude clinique. Les données sont présentées dans le rapport de l'étude clinique. Les données sont présentées dans le rapport de l'étude clinique. Les données sont présentées dans le rapport de l'étude clinique.



Six études se sont spécifiquement intéressées aux bénéfices apportés par l'utilisation d'un dentifrice enrichi en bicarbonate de soude sur le contrôle de plaque. La première de ces études compare l'efficacité d'un dentifrice enrichi au bicarbonate de soude à un dentifrice au triclosan-copolymères, utilisé pendant 4 semaines, sur l'indice de plaque. Les auteurs ont demandé aux 207 patients de cette étude de brosser leurs dents matin et soir avec une brosse à dent, une quantité de dentifrice et une durée (1 minute) identiques sans leur avoir enseigné de technique particulière. Dès le premier brossage, le groupe utilisant le dentifrice au bicarbonate de soude présente significativement moins de plaque, résultat retrouvé à 4 semaines. Ainsi, un dentifrice au bicarbonate de soude semble plus efficace qu'un dentifrice au triclosan-copolymères pour éliminer la plaque dentaire et maintenir de faibles quantités dans le temps (9). Dans les autres études, l'efficacité de dentifrices contenant différentes quantités de bicarbonate de soude (de 20 à 65%) est comparée à des dentifrices du commerce contenant du triclosan-copolymères, des combinaisons de fluorides stanneux-hexamétaphosphate ou de fluorures de sodium-silice. Les auteurs ont demandé aux patients de brosser leurs dents selon un protocole similaire à l'étude précédente. Il apparaît que dès le premier brossage, l'utilisation d'un dentifrice au bicarbonate de soude, quelle que soit sa concentration, permet significativement de diminuer plus efficacement l'indice de plaque que les autres dentifrices (10). Il est cependant nécessaire de préciser que ces études ont été réalisées en simple aveugle, le patient seul ne connaissant pas le dentifrice qu'il utilise. Or, le bicarbonate de soude étant très salé, une distinction par le goût faite par le patient n'est pas exclue.

Apport des Plantes Médicinales (Fig. 1)
Les plantes médicinales contenues dans le Parodontax® sont la camomille, la sauge, la krameria sauvage (ou rhatania), la myrrhe et



Fig. 1 Les plantes médicinales entrant dans la composition du Parodontax®.

Tableau 2 - Apport du dentifrice Parodontax® dans le contrôle de l'infection et de l'inflammation
Le contrôle de plaque est analysé par la mesure de l'indice de plaque de Quigley et Hein modifié par Turkey et al. (PI - plaque index) ou l'Approximal Plaque Index (API) et par analyse de la vitalité de la plaque. L'inflammation gingivale est mesurée par le Gingival Index (GI) de Loe et Silness, le Sulcus Bleeding Index (SBI) et le Bleeding on Probing de Polson (BOP), le Bleeding on Probing d'Ainamo & Bay (BOP*) ou le Bleeding on Probing d'Ainamo & Bay modifié (BOP**).

Étude (Auteurs, Années)	Protocole (n, groupes)	Résultats	Conclusions
Cheng, 2011 (10)	Groupe 1 - n=85 dentifrice Parodontax® Groupe 2 - n=85 dentifrice placebo (plaque index) (fluorure de sodium)	Plaque : pas de différence entre les groupes GI : les patients présentant initialement une inflammation gingivale Bleeding on Probing : diminution significative dans le groupe Parodontax® à 4 semaines et dans le groupe placebo à 4 semaines et à 8 semaines	Dentifrice Parodontax® efficace en terme de diminution de l'indice de plaque et de l'inflammation gingivale.
Wang, 2011 (11)	Groupe 1 - n=20 dentifrice Parodontax® Groupe 2 - n=20 dentifrice placebo	A 2 mois PI : pas de différence de entre les groupes GI, BOP : réduction plus importante dans le groupe Parodontax® à 2 autres groupes (placebo et dentifrice Crest 3000)	Dentifrice Parodontax® plus efficace en terme de diminution de l'indice de plaque et de l'inflammation gingivale.
Wang, 2011 (12)	Groupe 1 - n=25 dentifrice et bicarbonate de soude Parodontax® Groupe 2 - n=25 dentifrice et bicarbonate de soude placebo	A 4 semaines API, SBI : diminution significative dans le groupe Parodontax® pH : augmentation dans le groupe Parodontax® (7,3 à 7,4) et diminution dans le groupe placebo (7,3 à 7,1)	Dentifrice Parodontax® efficace en terme de diminution de l'indice de plaque et de l'inflammation gingivale et d'augmentation du pH salivaire.
Wang, 2011 (13)	Groupe 1 - n=40 dentifrice Parodontax® Groupe 2 - n=40 dentifrice placebo (carbonate de calcium)	A 6 mois PI : réduction plus importante (significative) pour le groupe Parodontax® GI : réduction significative pour les 2 groupes BOP : réduction plus importante (significative) dans le groupe Parodontax®	Dentifrice Parodontax® plus efficace en terme de diminution de l'indice de plaque et de l'inflammation gingivale.
Seo, 2011 (14)	n=32 Groupe 1 dentifrice Parodontax® Groupe 2 dentifrice placebo (fluorure)	A 7 semaines BOP* : diminution dans le groupe Parodontax® (significative) et non dans le groupe placebo	Dentifrice Parodontax® plus efficace en terme de diminution de l'inflammation gingivale.
Seo, 2011 (15)	n=40 Groupe 1 dentifrice Parodontax® Groupe 2 dentifrice placebo (herbes + fluorure de sodium)	A 4 semaines PI : pas de différence entre les 2 groupes GI, BOP** : diminution dans les 2 groupes sans différence significative	Dentifrice Parodontax® efficace en terme de diminution de l'indice de plaque et de l'inflammation gingivale.
Wang, 2011 (16)	n=48 Groupe 1 dentifrice Parodontax® Groupe 2 dentifrice Criglate Tiel (Triclosan-copolymère) Groupe 3 sauge (sauge d'Espagne) (Caulis salviae) Groupe 4 placebo	A 4 semaines PI, GI, BOP, Fluide gingival : diminution dans les 2 groupes (sauf le groupe placebo) Vitalité de la plaque : pas de différence entre le groupe Parodontax®, le groupe sauge et le groupe placebo	Dentifrice Parodontax® efficace en terme de diminution de l'indice de plaque et de l'inflammation gingivale.
Wang, 2011 (17)	Groupe 1 - n=15 dentifrice Parodontax® Groupe 2 - n=15 dentifrice placebo (RS + fluorure)	A 2 semaines PI : pas de différence significative dans les 2 groupes GI : diminution significative dans le groupe Parodontax® (sauf le groupe placebo) à 2 semaines	Dentifrice Parodontax® plus efficace en terme de diminution de l'indice de plaque et de l'inflammation gingivale.
Wang, 2011 (18)	Groupe 1 - n=20 dentifrice Parodontax®	A 4 semaines PI, GI : diminution significative au cours des 4	Dentifrice Parodontax® efficace en terme de diminution de l'indice de plaque et de l'inflammation

l'échinacée. Chacune de ces plantes présente des propriétés anti-inflammatoires intéressantes dans le cadre du traitement parodontal. La camomille contient du chamazulène aux propriétés anti-inflammatoires, favorisant la libération d'histamine et ainsi la fonction phagocytaire, tandis que les autres principes actifs présentent des effets astringents et/ou antiseptiques (11).

Apport du Parodontax® dans le contrôle du pH et du flux salivaire.

La sécheresse buccale et l'acidité de la salive sont reconnues comme agressives pour le parodonte. L'étude menée par Lichtenberg et collaborateurs valide le Parodontax® comme efficace pour obtenir un effet tampon et lubrifiant protecteur des muqueuses. Dans cette étude clinique randomisée en simple aveugle menée en groupe parallèle, la salive est recueillie avant et après un brossage de 2 minutes selon la technique de Bass, réalisé avec une brosse similaire mais des dentifrices différents (dentifrice au bicarbonate de soude ou dentifrices au fluor contenant ou non du menthol). Il apparaît que brosser avec un dentifrice, quel qu'il soit, accroît encore plus la production de salive par rapport à un brossage à l'eau. De plus, seul le Parodontax® permet d'augmenter transitoirement le pH salivaire (12). Cette augmentation du pH salivaire par le Parodontax® a été confirmée par l'étude de Willershausen et collaborateurs, présentée ci-après (13).

Apport du dentifrice Parodontax® dans le contrôle de l'infection et de l'inflammation (tableau 2)

Depuis les années 1980, plusieurs équipes de recherche se sont intéressées aux effets du dentifrice Parodontax® sur le contrôle de plaque et l'inflammation gingivale chez des patients présentant une gingivite. Les résultats de ces études sont présentés dans le tableau 2.

Globalement, ces études ont été majoritairement menées au sein de structures universitaires en recrutant des étudiants ou du personnel (13-16). Il est demandé aux patients de se brosser les dents 2 fois par jour avec le dentifrice Parodontax®, avec un dentifrice placebo (13, 15-20) ou un dentifrice du commerce (14, 16, 21, 22) Les dentifrices placebo contiennent des sels afin de ne pouvoir les rendre distinguables en goût du Parodontax®. Selon l'étude, la brosse à dent peut être fournie (13, 15, 18, 19, 21), la technique enseignée (13, 15), un brossage interproximal demandé (22), la

compliance testée, par exemple par récupération du tube de dentifrice (21, 22). A différents temps allant de 4 jours jusqu'à 6 mois, les patients sont reconvoqués pour un examen clinique, réalisé à un temps fixe après le dernier brossage. La quantité de plaque et l'inflammation gingivale sont alors étudiées. Pour une étude, il est demandé aux patients de ne pas brosser les dents mais d'appliquer du dentifrice dilué afin de tester les propriétés anti-infectieuses et anti-inflammatoires du dentifrice indépendamment de l'action mécanique du brossage (14).

Dans toutes ces études, il apparaît que le Parodontax® permet d'obtenir un contrôle de plaque efficace, diminuant l'indice de plaque (13-17, 19-22), sa vitalité (14, 21) et sa croissance (14). Cet effet est en partie du aux principes actifs contenus dans le Parodontax® car l'application seule de la pâte dentifrice sans brossage mécanique suffit à obtenir cet effet (14). En conséquence, une diminution de l'inflammation gingivale est également obtenue, mise en évidence par une diminution du saignement de la gencive marginale et du sillon gingivo-dentaire (13-22) ainsi que de l'exsudat gingival (21). De plus, dans certaines de ces études, une efficacité supérieure du Parodontax® en comparaison aux autres dentifrices testés, placebo ou du commerce, est obtenue sur ces paramètres cliniques (15, 16, 18, 20). Dans aucune de ces études ne sont rapportés d'effets secondaires.

Enfin, de part sa richesse en bicarbonate de soude, le Parodontax® présente un goût caractéristique qui peut déplaire à une majorité de patients. Il est intéressant de noter que dans une étude menée par De Rysky, après 20 jours d'utilisation de ce dentifrice, seuls 5% des individus trouvent toujours son goût désagréable (23). ■

Conclusion

Le Parodontax®, grâce à sa richesse en bicarbonate de soude représente un traitement adjuvant intéressant et compatible au long cours pour aider au contrôle de l'infection et de l'inflammation indispensable à toute thérapeutique parodontale.

Références Bibliographiques

- Bourgeois, D., Bouchard, P., and Mattout, C. (2007) Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. J Periodontol Res 42, 219-227
- Tonetti, M. S. (2009) Periodontitis and risk for atherosclerosis: an update on intervention trials. J Clin Periodontol 36 Suppl 10, 15-19
- Bobetsis, Y. A., Barros, S. P., and Offenbacher, S. (2006) Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications. J Am Dent Assoc 137 Suppl, 75-135
- Sheen, S., Pontefract, H., and Moran, J. (2001) The benefits of toothpaste—real or imagined? The effectiveness of toothpaste in the control of plaque, gingivitis, periodontitis, calculus and oral malodour. Dent Update 28, 144-147
- Amigoni, N. A., Johnson, G. K., and Kalkwarf, K. L. (1987) The use of sodium bicarbonate and hydrogen peroxide in periodontal therapy: a review. J Am Dent Assoc 114, 217-221
- Keyes, P. H., Wright, W. E., and Howard, S. A. (1978) The use of phase-contrast microscopy and chemotherapy in the diagnosis and treatment of periodontal lesions—an initial report (II). Quintessence Int Dent Dig 9, 69-76
- Miyasaki, K. T., Genco, R. J., and Wilson, M. E. (1986) Antimicrobial properties of hydrogen peroxide and sodium bicarbonate individually and in combination against selected oral, gram-negative, facultative bacteria. J Dent Res 65, 1142-1148
- Newbrun, E., Hoover, C. L., and Ryder, M. L. (1984) Bactericidal action of bicarbonate ion on selected periodontal pathogenic microorganisms. J Periodontol 55, 658-667
- Ghassemi, A., Vorwerk, L. M., Hooper, W. J., Putt, M. S., and Milleman, K. R. (2008) A four-week clinical study to evaluate and compare the effectiveness of a baking soda dentifrice and an antimicrobial dentifrice in reducing plaque. J Clin Dent 19, 120-126
- Putt, M. S., Milleman, K. R., Ghassemi, A., Vorwerk, L. M., Hooper, W. J., Soparkar, P. M., Winston, A. E., and Proskin, H. M. (2008) Enhancement of plaque removal efficacy by tooth brushing with baking soda dentifrices: results of five clinical studies. J Clin Dent 19, 111-119
- Grosso, F. C., Bergamaschi Cde, C., Cogo, K., Franz-Montan, M., Motta, R. H., and de Andrade, E. D. (2008) Use of phytotherapy in dentistry. Phytother Res 22, 993-998
- Lichtenberg, A. J., Brand, H. S., Bots, C. P., and Nieuw Amerongen, A. V. (2006) The effect of toothbrushing on secretion rate, pH and buffering capacity of saliva. Int J Dent Hyg 4, 104-105
- Willershausen, B., Gruber, I., and Hamm, G. (1991) The influence of herbal ingredients on the plaque index and bleeding tendency of the gingiva. J Clin Dent 2, 75-78
- Arweiler, N. B., Auschill, T. M., Reich, E., and Netuschil, L. (2002) Substantivity of toothpaste slurries and their effect on reestablishment of the dental biofilm. J Clin Periodontol 29, 615-621
- Pannuti, C. M., Mattos, J. P., Ranoya, P. N., Jesus, A. M., Lotufo, R. F., and Romito, G. A. (2003) Clinical effect of a herbal dentifrice on the control of plaque and gingivitis: a double-blind study. Pesqui Odontol Bras 17, 314-318
- Yankell, S. L., and Emling, R. C. (1988) Two month evaluation of Parodontax dentifrice. J Clin Dent 1 Suppl A, A41-43
- Emling, R. C. (1988) Double-blind evaluation of the clinical efficacy of an herbal dentifrice against gingivitis and periodontitis. J Clin Dent 1 Suppl A, A27-29
- Saxer, U., Jaschouz, V., and Ley, F. (1994) The effect of Parodontax dentifrice on gingival bleeding. J Clin Dent 5, 63-64
- Saxer, U. P., Menghini, G., Bohnert, K. J., and Ley, F. (1995) The effect of two toothpastes on plaque and gingival inflammation. J Clin Dent 6, 154-156
- Yankell, S. L., Emling, R. C., and Perez, B. (1993) Six-month evaluation of Parodontax dentifrice compared to a placebo dentifrice. J Clin Dent 4, 26-30
- Mullally, B. H., James, J. A., Coulter, W. A., and Linden, G. J. (1995) The efficacy of a herbal-based toothpaste on the control of plaque and gingivitis. J Clin Periodontol 22, 686-689
- Ozaki, F., Pannuti, C. M., Imbrunio, A. V., Pessotti, W., Saraiva, L., de Freitas, N. M., Ferrari, G., and Cabral, V. N. (2006) Efficacy of a herbal toothpaste on patients with established gingivitis—a randomized controlled trial. Braz Oral Res 20, 172-177
- de Rysky, S. (1988) The effects of official herbs on inflammation of the gingival margin: a clinical trial with a newly formulated toothpaste. J Clin Dent 1 Suppl A, A22-24

ANAES - Parodontopathies : diagnostic et traitements, Mai 2002.

LE PROCHAIN CONGRES INTERNATIONAL SFPIO MONTPELLIER 23/24 mars 2012



Président du congrès :
Philippe Gibert

« **30 ans
de parodontologie
et d'implantologie :
bilan et perspectives** »



Président scientifique :
Olivier Jame

PRÉ-PROGRAMME

JEUDI 22 MARS 2012

- WORKSHOP DE L'INDUSTRIE
- SÉANCE INAUGURALE par Ady Palti (jeudi soir)



Ady Palti

spécial " péri-implantite "

L'agression bactérienne observée au niveau du col des implants est tout à fait similaire à celle observée à la jonction muco-gingivale de la dent. D'où la nécessité d'utiliser une instrumentation en Titane, seule réponse à un traitement efficace et parfaitement adapté, sur et à proximité des implants.



4 curettes Gracey "short type"
1 curette Younger Good
1 détartreur 204SD
1 sonde CP15
1 Wire-tray

300,00 € Ttc

VENDREDI 23 MARS 2012

- "BILAN DES 30 ANS DES TRAITEMENTS PARODONTAUX ET IMPLANTAIRE" par Jan WENNSTROM.

- SÉANCE CNEP / SFPIO

Jan Wennstrom



SAMEDI 24 MARS 2012

SÉANCE DES ANCIENS PRÉSIDENTS DE LA SFPIO

VENDREDI 23 ET SAMEDI 24 MARS 2012

SEANCES COMMUNICATIONS ORALES CLINIQUES, RECHERCHE ET POSTERS

Un résumé dactylographié en français doit être adressé avant le 21 Novembre 2011 à la SFPIO
9 rue Boileau 44000 Nantes

PRÉSENTATIONS ORALES :

Les présentations orales, assistées par ordinateur, seront d'une durée de 10 min suivies de 5 minutes de questions. Un projecteur multi-média et un ordinateur seront fournis.

PRÉSENTATIONS AFFICHÉES :

La surface du poster ne doit pas dépasser un cadre de 80 cm x 150cm en hauteur. Les auteurs et/ ou co-auteurs doivent être présents près de leur poster lors des sessions de présentations prévues au programme du congrès.

INSCRIPTION AU CONGRÈS :

L'intervenant est exonéré des droits d'inscription au congrès.

Le ou les co-auteurs doivent acquitter normalement leurs droits d'inscription au congrès

POUR CEUX QUI SOUHAITENT COMMUNIQUER AU CONGRES DE MONTPELLIER
NOUS VOUS INVITONS A TELECHARGER LES ABSTRACTS CLINIQUE, RECHERCHE
ET POSTERS SUR LE SITE INTERNET DE LA SFPIO www.sfparo.org

Cycle de Formation Continue en Implantologie 2011/2012

Niveau 1 : 6-7-8 octobre 2011
Intégration des implants au quotidien

Niveau 2 : 20-21 janvier 2012
Traitement des cas complexes de la zone esthétique

Niveau 3 : 11-12 mai 2012
Chirurgies implantaire avancées

SFPIO – 9 rue Boileau 44000 NANTES
Tél. 02 40 08 06 63 – Fax 02 40 08 06 47 - email : sfparo@wanadoo.fr

Niveau 1 : 6-7-8 octobre 2011 INTÉGRATION DES IMPLANTS AU QUOTIDIEN

Plan de traitement, chirurgie et prothèse des cas simples
Stage sur 3 jours (début jeudi après-midi, vendredi, et fin le samedi à 17h)

- Généralités
- Occlusion et biomécanique implantaire
- La chirurgie implantaire
- Les empreintes
- Les solutions vissées et scellées
- Gestion de la période d'ostéointegration
- Gestion de la réouverture - stade II
- Scellement, équilibrage et maintenance des implants
- Discussion de cas cliniques
- Travaux pratiques chirurgie et prothèse
- Session vidéo

Niveau 2 : 20-21 janvier 2012 TRAITEMENT DES CAS COMPLEXES DE LA ZONE ESTHÉTIQUE

Plan de traitement, chirurgie et prothèse des cas complexes
Stage sur 2 jours (vendredi, samedi) avec TP et vidéos

- Plan de traitement global
- La chirurgie assistée par ordinateur
- Réhabilitations fixées chez l'édenté total
- La zone esthétique
- Gestion des tissus mous
- Gestion des échecs
- Travaux pratiques
 - Pose d'implant dans zone esthétique avec comblement et rtg
 - Pose de 4 ou 5 implants sur mandibule édenté

Niveau 2 : 20-21 janvier 2012 TRAITEMENT DES CAS COMPLEXES DE LA ZONE ESTHÉTIQUE (suite)

Prothèse

- Travail et enregistrement du profil d'émergence
- Les empreintes Complexe
- Travaux pratiques :
 - Empreinte des 4 ou 5 implants sur mandibule édenté

Niveau 3 : 11-12 mai 2012 CHIRURGIES IMPLANTAIRES AVANCÉES

Chirurgie de greffes et de régénérations osseuses
Stage sur 2 jours (vendredi, samedi) avec TP et vidéos

- Les défauts osseux
- Principe des greffes osseuses
- Evaluation des alternatives aux greffes osseuses
- Régénération osseuse – Comblement de sinus
- La chirurgie ultrasonique – Traitement des péri-implantites
- TP de comblement de sinus, TP de régénération et greffes osseuses, TP de piezochirurgie

Intervenants : Philippe Bousquet, Martin Brient, Stéphan Duffort, Eric Maujean, David Nisand, Nicolas Picard, Olivier Reboul, Florent Trevelo

ATTENTION PROMOTION LIMITEE A 20 PLACES
Lieu du cours : UIC - 16 rue Jean Rey - 75015 Paris
Pauses et déjeuners pris sur place

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à la SFPIO – 9 rue Boileau 44000 NANTES
Tél. 02 40 08 06 63 – Fax 02 40 08 06 47 - email : sfparo@wanadoo.fr

Le Docteur :Adresse :

Code postal :Ville :

Téléphone :Fax :E-mail :

Inscription aux 3 sessions 2011/2012 2 950 €

Possibilité de règlement en 2 fois 1475 € à l'inscription, 1475 € au 10 janvier 2012

Mode de règlement :

par chèque à l'ordre de la SFPIO par carte bancaire (Visa ou American Express)

Nom :N° de carte :

Date d'expiration :Date et signature



**Pratiquez en toute sérénité
avec le matériel Zeiss.**

Plénitude... une meilleure ergonomie

Soyez plus détendu lorsque vous travaillez, grâce à un meilleur positionnement lors de vos interventions, et une vision plus précise.



Accompagnement... des formations adaptées

Apprenez à travailler sous un microscope grâce à notre programme de formations (Ergonomie, Microdentisterie, Microchirurgie, Endodontie, Implantologie). Vous serez ainsi formé par des spécialistes utilisant les microscopes Zeiss.



Quiétude... accessible à tous

L'investissement d'un microscope opératoire Zeiss est inférieur à 7€* par jour (financement en leasing)

Découvrez notre gamme de microscopes dentaires sur :
www.v-e-t.fr



Questions autour d'un article



Francesco Cairo

**Nouvelle classification en chirurgie muco-gingivale
par Francesco Cairo**

Le long fleuve tranquille emprunté par la pratique muco-gingivale est en train de connaître une vive évolution. Les prémices de ce changement sont apparus en mars dernier alors que Giuseppe Pini-Prato (G Pini-Prato, J Clin Periodontology, March 2011) semait le doute dans le bien-fondé à utiliser la classification de Miller. Il reprochait notamment à cette dernière

- Les difficultés à distinguer les classes I et II
- La difficulté à évaluer les pertes tissulaires interproximales permettant de distinguer les classes III et IV
- L'impossibilité de classer certaines récessions (notamment palatines)

Cet article signé par l'un des ténors de la chirurgie plastique parodontale européenne vient d'être logiquement complété par une autre équipe italienne, de Sienna. Francesco Cairo (F Cairo & col, July 2011¹) propose une classification des récessions tissulaires divisée en trois catégories basée sur la présence d'une récession tissulaire associée ou non à une perte d'attache inter-proximale, elle-même de profondeur inférieure ou supérieure à la hauteur de la récession. Et les auteurs d'appuyer leur proposition sur une étude dont nous vous proposons un résumé.

¹Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes : an explorative and reliability study. J Clin Periodontol 2011; 38: 661-66.

Deux objectifs à l'actif de cette étude: tester la fiabilité d'une nouvelle classification des récessions gingivales et vérifier cliniquement la valeur prédictive de la classification dans le recouvrement des récessions.

Critères de classification des récessions (RT):

- RT 1 : récession gingivale sans perte d'attachement proximal
- RC 2 : récession gingivale associée à une perte d'attachement interproximal inférieure ou égale à la récession vestibulaire
- RC 3 : récession gingivale associée à une perte d'attachement interproximal supérieure à la récession vestibulaire

Deux résultats marquants :

- 116 récessions ont été évaluées par deux examinateurs auprès de 25 patients. Le coefficient de corrélation de 0,86 montre une analyse presque parfaite des deux testeurs.
 - Dans un groupe de 109 récessions traitées et intégrant cette classification, les résultats montrent à 6 mois une corrélation (p<0,0001) entre les taux de recouvrement et la classe des récessions
- Nous avons interrogé Francesco Nieri sur l'intérêt et les perspectives d'utilisation de cette nouvelle classification tant en pratique courante que dans les protocoles expérimentaux.

OP : Giuseppe Pini-Prato in a recent paper (G Pini-Prato, J Clin Periodontology, March 2011) explained why the classification of Miller could be discussed. Did your team of Sienna think about this classification with the team of Firenze?

Dr Francesco Cairo: Firstly, I think that there is a misunderstanding. In fact, I'm a researcher associated in Periodontology at Florence University and Prof. Pini Prato is my dean. The criticism at the Miller Classification was shared by all group members, although the editorial on JCP is signed only by Pini Prato. In conclusion, the current (new) classification is the only of Florence Perio Department.

OP: How did you identify (find) the interproximal attachment level as the determinant factor in this new classification of the gingival recessions?

Dr Francesco Cairo: The identification of clinical attachment loss is based on the clinical detection of interproximal CEJ, if any. In order to detect the exposed interproximal CEJ, a periodontal probe is used, with the support of a gentle puff of air if needed. The amount of interproximal attachment loss is measured from the interproximal CEJ to the depth of the interproximal pocket when the interproximal CEJ is detectable. When both mesial and distal sites of the experimental tooth showed a CEJ with associated attachment loss, the inter-

proximal site with the highest loss of attachment was considered for the identification of the type of recession.

Three possible recession types are finally identified: Recession Type 1 (RT1) : Gingival recession with no loss of interproximal attachment. Interproximal CEJ was clinically not detectable at both mesial and distal aspects of the tooth. Recession Type 2 (RT2): Gingival recession associated with loss of inter-proximal attachment. The amount of interproximal attachment loss (measured from the interproximal CEJ to the depth of the interproximal pocket) was less than or equal to the buccal attachment loss (measured from the buccal CEJ to the depth of the buccal pocket).

Recession Type 3 (RT3): Gingival recession associated with loss of inter-proximal attachment. The amount of interproximal attachment loss (measured from the interproximal CEJ to the depth of the pocket) was higher than the buccal attachment loss (measured from the buccal CEJ to the depth of the buccal pocket).

OP: Can you comment about the use of this new classification: did the two examiners practice it directly in an easy way?

Dr Francesco Cairo: It is really easy to use the new classification in clinical practice. Our data showed a high reliability of this system with an almost perfect agreement between the examiners. No previous study has assessed the reliability of Miller Classification: our unpublished

data showed that its reliability is less than that showed by the new classification system.

OP : Do you see still any possibility of evolution in this classification?

Dr Francesco Cairo: In my opinion this classification is really interesting since it is not only a reliable method to classify gingival defects but it is also able to predict the possible outcomes of root coverage procedures. In our study (see part 2), the resulting classification was a strong predictor of the final recession reduction (p<0.0001). New up-coming randomized clinical trials from our group will show the impact of the ratio buccal CAL/interproximal CAL on the final root coverage outcomes and the resulting feasibility of complete root coverage also in gingival recession with interproximal CAL loss.

OP: In Europe, italian departments of periodontology (Sienna, Bologne, Florence...) are strongly involved in muco-gingival surgery. Have you any explanation about it?

Dr Francesco Cairo: The clinical research in mucogingival surgery is a strong tradition of some Italian Periodontal Departments. Some clinicians from Italy have strongly contributed to improve the quality level of periodontal plastic surgery in the last two decades. My interest in this field was transmitted to me from my mentor and teacher Prof. G. Pini Prato. ■

Se brosser les dents est-il dangereux ?



Figure 1 : les décolorations bleues/violettes sur la gencive aident à identifier les dommages superficiels.

L'efficacité des brosses à dents électriques oscillo-rotatives ne fait plus aucun doute. La question qui se pose à présent est de savoir si ces brosses à dents sont aussi sûres à l'emploi que les brosses à dents manuelles. Dans ce contexte, on entend par sécurité l'effet du brossage sur les tissus buccaux mous et durs.

Cette revue systématique se fonde sur une recherche de littérature appropriée dans trois bases de données (PubMed-MEDLINE, Cochrane-CENTRAL et EMBASE). Un total de 899 titres uniques ont été trouvés dont, en finale, 35 articles ont montré une réponse à la question posée. La recherche a porté sur les recherches tant « in vivo » qu'« in vitro ».

Dentine, abrasion et force de brossage

Trois des quatre études 'in vitro' ont comparé l'effet sur la dentine du brossage manuel et du brossage électrique. Elles ont mis en évidence une perte de dentine égale, voire moindre, avec la brosse oscillo-rotative. Une étude a examiné de petits disques d'émail détachés. Dans ces conditions, là où les dents ont été brossées immédiatement après une attaque acide, le brossage électrique a provoqué une perte tissulaire plus importante.

Dans cinq articles, l'évaluation de la sécurité s'est fondée sur des 'paramètres substitués' tels que l'abrasion gingivale et la force de brossage. Dans trois articles, l'abrasion gingivale a été examinée après coloration des gencives (voir figure 1).

Les résultats ont montré qu'il n'y avait aucune différence significative entre les brosses manuelles et les brosses électriques. Les deux études qui ont évalué la force de brossage ont toutes deux révélé que la pression exercée était significativement plus importante dans le brossage manuel (± 100 g de plus).

Sécurité : descriptions

Au total, 24 études ont fourni, outre des données sur d'autres paramètres cliniques tels que la plaque et les saignements, des informations descriptives sur la sécurité des brosses utilisées. Plusieurs descriptions de la sécurité ont été données,

Méta-analyse des récessions gingivales

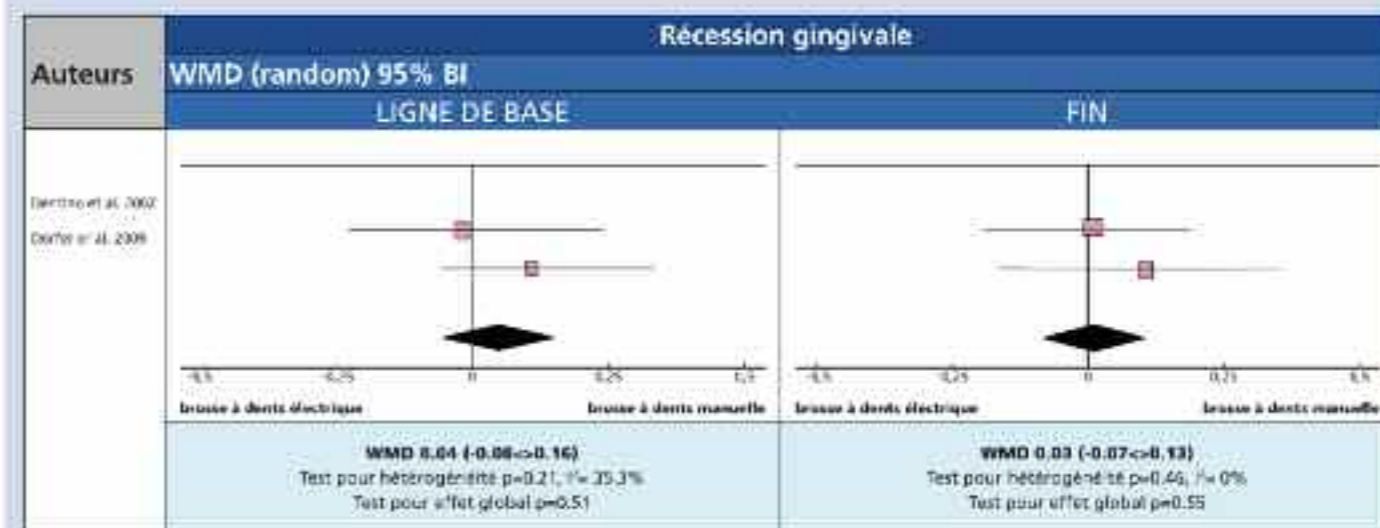


Figure 2 : données relatives aux récessions gingivales mesurées en mm. Forrestplot. La taille du carré rose représente le 'poids' par étude. Le losange est la moyenne pondérée (WMD = \blacklozenge) entre l'intervention test (brosse à dents oscillo-rotative) et l'intervention de référence (brosse à dents manuelle). Sont calculés ici l'intervalle de confiance à 95% (IC) et l'hétérogénéité.

neuf articles ont signalé qu'aucun effet indésirable n'était apparu au cours de la période de test et cinq se sont contentés de dire que l'utilisation des brosses à dents était sûre.

Onze articles ont précisé qu'il n'y avait aucun endommagement des tissus (gingivaux) mous ni aucune autre forme de lésion. Un seul article a fait état d'endommagements minimes, mais sans différence entre les brossages manuel et électrique.

Méta-analyse

Les deux études cliniques qui ont étudié l'apparition d'une récession gingivale en tant que réponse primaire doivent être considérées comme très importantes dans le cadre de la présente étude. Les données disponibles permettent de réaliser une méta-analyse. La figure 2 montre que la récession est identique pour le brossage manuel et le brossage électrique tant en ligne de base qu'en fin d'analyse. La période de suivi était de six mois pour ces deux études.

En conclusion, il s'avère qu'au cours des vingt dernières années, des études très variées ont été menées sur près de deux mille sujets dans le but d'évaluer la sécurité du brossage oscillo-rotatif. On peut en déduire avec une grande certitude que les brosses à dents oscillo-rotatives sont aussi sûres que les brosses à dents manuelles.

Source : *Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne*, volume 16, numéro 2, mars 2011, page 27-28. Dagmar Else Slot et Fridus van der Weijden.

Résumé de : Van der Weijden FA, Campbell SL, Dörfer CE, González-Cabezas C, Slot DE. Safety of oscillating-rotating powered brushes compared to manual toothbrushes: a systematic review. *J Periodontol*. 2011; 82(1):5-24.

Dentifrice elmex® Protection EROSION



Cher(e) Professeur, Cher(e) Docteur,

Les lésions érosives des tissus durs de la dent sont causés par l'action chronique d'acides d'origine non bactérienne sur les surfaces dentaires. Ces acides peuvent être d'origine extrinsèque (aliments ou boissons acides) ou d'origine intrinsèque (reflux gastro-œsophagien, anorexie, boulimie...).

Les laboratoires GABA ont lancé en 2010 la solution dentaire elmex® PROTECTION EROSION pour protéger efficacement l'émail et la dentine contre les attaques acides érosives. Soucieux de mettre au point des systèmes de soin complet pour vos patients, nous avons le plaisir de vous présenter le nouveau dentifrice elmex® PROTECTION EROSION contenant la technologie ChitoActive™.

La technologie unique ChitoActive™ est l'association de chitosan, de chlorure d'étain et du fluorure d'amines Olafluor qui va favoriser la formation d'une couche protectrice contre les attaques acides érosives.

En comparant le dentifrice elmex® PROTECTION EROSION à des dentifrices contrôles fluorés et non fluorés, il a été démontré dans une étude allemande en cours de publication qu'un brossage bi-quotidien avec le dentifrice elmex® PROTECTION EROSION contenant la technologie ChitoActive™ réduisait significativement la perte d'émail de 50 % versus un dentifrice placebo (contrôle négatif) et 33 % versus un dentifrice au fluorure de sodium (contrôle positif). Vous trouverez l'ensemble des données techniques et scientifiques ci-contre.

Nous restons à votre disposition pour toutes informations complémentaires et vous prions d'agréer, cher(e) Professeur, cher(e) Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

Dentifrice elmex® PROTECTION EROSION

Renforce l'émail dentaire et le rend plus résistant aux attaques acides érosives répétées
Protège contre la perte d'émail fragilisé lors du brossage des dents

Agents actifs :

Chlorure d'étain.
Fluorure d'amines Olafluor.
Fluorure de sodium.
Chitosan (0,5%).

Teneur en fluorure :

1400 ppm F- : 700 ppm F- (AmF), 700 ppm F- (NaF)

Teneur en ion stanneux :

3500 ppm Sn²⁺ (SnCl₂).

Ingrédients :

Aqua, Glycerin, Sorbitol, Hydrated Silica, Hydroxyethylcellulose, Aroma, Cocamidopropyl Betaine, Titanium Dioxide, Olafluor, Sodium, Gluconate, Stannous Chloride, Alumina, Chitosan, Sodium Saccharin, Sodium Fluoride, Potassium Hydroxide, Hydrochloric Acid.

Formulation :

Dentifrice.
pH 4.5

Indication :

Brossage quotidien.
Protège efficacement des pertes d'émail dues à l'érosion et des pertes d'émail fragilisé lors du brossage des dents.

Bénéfices du produit :

Le dentifrice elmex® PROTECTION EROSION avec sa technologie unique ChitoActive™ (biopolymère chitosan, chlorure stanneux, et fluorure d'amines) est un dentifrice d'usage quotidien pour les patients à risque érosif ou souffrant d'érosion. L'utilisation régulière du dentifrice elmex® PROTECTION EROSION permet la formation d'une couche protectrice riche en étain sur les surfaces dentaires. Dans un second temps, en cas d'attaques acides érosives, les composés stanneux insolubles s'intègrent dans l'émail fragilisé.

Le dentifrice elmex® PROTECTION EROSION renforce l'émail dentaire, ce qui rend les dents plus résistantes aux attaques acides répétées et à la perte d'émail dentaire fragilisé lors du brossage des dents.

Utilisation :

En utilisation quotidienne, en brossage après chaque repas à partir de l'âge de 6 ans. Pour une protection efficace contre l'érosion dentaire, l'utilisation combinée avec la solution dentaire elmex® PROTECTION EROSION est recommandée.

Précaution d'emploi :

Pour les enfants de 6 ans ou moins : utiliser une quantité de dentifrice de la taille d'un petit pois sous la surveillance d'un adulte afin d'en minimiser l'ingestion. En cas d'apport de fluorure provenant d'autres sources, consulter un dentiste ou un médecin.

Peut contenir des traces de protéine de crustacés, ne pas utiliser en cas d'allergie aux crustacés.

Conditionnement :

Tube de 75 ml (ACL : 993 912 1)
Dentifrice
elmex® PROTECTION EROSION

Preuves scientifiques :

Dans cette étude in situ randomisée, en double aveugle et cross-over, l'efficacité du dentifrice elmex® PROTECTION EROSION sur la réduction de perte d'émail due à l'érosion et la perte d'émail fragilisé lors du brossage des dents a été comparée à un dentifrice au fluorure de sodium (1400 ppm F-) et à un dentifrice placebo sans fluorure. Au cours de 3 phases expérimentales de 7 jours (chacune précédée par 5 jours de washout), des volontaires sains (n=27) ont porté des appareils amovibles contenant des échantillons d'émail, dont les surfaces avaient été scellées à moitié chacune pour servir de zone de référence. Les échantillons du côté gauche de l'appareil ont été brossés 2 fois par jour, les échantillons du côté droit de l'appareil n'ont pas été brossés. Afin de simuler la déminéralisation érosive typiquement observée chez les patients à risque, les appareils ont été immergés ex situ dans 0.5% d'acide citrique (pH 2.6) 6x2 minutes par jour. La perte tissulaire a été déterminée par profilométrie en mesurant la différence de hauteur entre les zones exposées et scellées. Les résultats montrés ici sont des moyennes (± écart type) (Fig 1). L'utilisation du dentifrice elmex® PROTECTION EROSION entraînent 47 % de perte d'émail en moins par rapport au dentifrice NaF et 61 % de perte d'émail en moins par rapport au dentifrice placebo sur les zones non brossées. L'utilisation du dentifrice elmex® PROTECTION EROSION entraînent 33 % de perte d'émail en moins par rapport au dentifrice NaF et 50 % de perte d'émail en moins par rapport au dentifrice placebo sur les zones brossées.



Fig. 1 : L'utilisation quotidienne du dentifrice elmex® PROTECTION EROSION entraîne une meilleure protection (statistiquement significatif) contre l'érosion et la perte d'émail fragilisé lors du brossage des dents qu'un dentifrice au NaF ou qu'un dentifrice placebo.

Le dentifrice elmex® PROTECTION EROSION est donc hautement recommandé pour l'hygiène orale quotidienne des patients à risque érosif ou des patients souffrant d'érosion.

3^e GÉNÉRATION DE
BAIN DE BOUCHE⁽¹⁾

auxinol[®]

Delmopinol 0,2 %

Aide au traitement des gingivites
Aide à la prévention des parodontites

Votre nouvel outil surfactant anti-biofilm

Dispositif médical
de classe IIa. CE 0373

AUXINOL[®] BAIN DE BOUCHE est un dispositif médical de classe IIa. Il contient 0,2% de chlorure de delmopinol par ml. Le delmopinol favorise une lavage mécanique instantané des dents et la prévention des biofilms et de la formation des dents de lait. **INDICATIONS :** • Auxinol[®] est indiqué comme un adjuvant dans le traitement des gingivites et des parodontites. Auxinol[®] se présente sous la forme d'un bain de bouche. **CONTRA-INDICATIONS :** Auxinol[®] ne doit pas être utilisé chez les patients présentant des antécédents d'allergie à l'un des ingrédients. Auxinol[®] ne doit pas être utilisé en cas d'usage prolongé de la cavité dentaire. L'utilisation d'Auxinol[®] est déconseillée chez les patients souffrant de diabète. Auxinol[®] ne doit pas être utilisé pendant l'allaitement. **EFFETS INDÉSIRABLES :** Les effets indésirables d'Auxinol[®] sont temporaires. Ils sont généralement associés à un arôme artificiel de menthe, une altération du goût et une sécheresse de la bouche après utilisation, au début du traitement. Les effets indésirables disparaissent avec la poursuite du traitement. La légère coloration des dents peut être supprimée avec un brossage normal. En cas d'effets indésirables persistants, contactez immédiatement votre chirurgien dentaire, votre médecin ou votre pharmacien. **PRÉCAUTIONS DE CONSERVATION :** Lors de la prise des dents, à conserver à l'écart de la lumière et de l'humidité. Ne pas utiliser après la date de péremption ou le flacon est ouvert au-delà de 30 jours. **CONDITIONNEMENTS AUXINOL[®] BAIN DE BOUCHE :** • Flacon de 120 ml. AEL 9013353 / EAN 3401190153535 • Flacon de 500 ml. AEL 9015099 / EAN 3401190150994. **DATE DE RÉVISION DE LA NOTICE :** Novembre 2010. **Distributeur :** Laboratoires Expanscience - 10, avenue de Valbe - 92419 La Courneuve Laeken, France / Tél. : 01 43 34 42 00 - www.expanscience.com **Fabriquant :** Sandoz Pharma SA, Valde Rodol 29, 20124 Milan, Italie. Pour plus de renseignements : www.parodontix.com

Respecte
l'équilibre
de la flore
buccale⁽²⁾

1. A. W. Sires, J. Nazzari-Ris, M. Nakajima et al. *Journal of Oral Health and Oral Care* 2008; 11(1): 10-15. 2. Sires A. et al. *Journal of Oral Health and Oral Care* 2008; 11(1): 10-15. 3. Sires A. et al. *Journal of Oral Health and Oral Care* 2008; 11(1): 10-15.

EXPANSCIENCE[®]
LABORATOIRES

Eludril Gé

0,5 ml/0,5 g pour 100 ml

RIEN NE CHANGE. ET ÇA CHANGE TOUT*.



Produit **inchangé**
Intérêt **prolongé**
Laboratoire **engagé**

Eludril Gé[®]

0,5 ml/0,5 g pour 100 ml
Chlorhexidine-Chlorobutanol

1^{er} BAIN DE BOUCHE AUTO-GÉNÉRIQUE

* Statut spécialité générique, nom du produit, prix.
** Appartient à la catégorie des spécialités génériques - EEN - Rouge cochenille (E124).

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT : ELUDRIL GÉ 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Solution de diglycosure de chlorhexidine 0,5 ml, chlorobutanol bromé 0,5 g. Pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Titre alcoolique : 42,875 (vol/vol). Excipients : Dextrose de sodium, éthanol à 96 pour cent, glycérol, éthylparabène, solution alcoolique d'huile essentielle de menthe, eau purifiée, sucre caducelle A (E124), Copovidone, alcool éthylique, rouge cochenille (E124). **FORME PHARMACÉUTIQUE :** Solution pour bain de bouche. **DONNÉES CLINIQUES. Indications thérapeutiques :** Traitement local des gingivites et des parodontites. **Contre-indications :** Les patients présentant des antécédents d'allergie à l'un des ingrédients. **Précautions d'emploi :** Ne pas utiliser pendant l'allaitement. **Effets indésirables :** Les effets indésirables d'Eludril Gé sont temporaires. Ils sont généralement associés à un arôme artificiel de menthe, une altération du goût et une sécheresse de la bouche après utilisation, au début du traitement. Les effets indésirables disparaissent avec la poursuite du traitement. La légère coloration des dents peut être supprimée avec un brossage normal. En cas d'effets indésirables persistants, contactez immédiatement votre chirurgien dentaire, votre médecin ou votre pharmacien. **Précautions de conservation :** Lors de la prise des dents, à conserver à l'écart de la lumière et de l'humidité. Ne pas utiliser après la date de péremption ou le flacon est ouvert au-delà de 30 jours. **Conditionnements :** Flacon de 120 ml. AEL 9013353 / EAN 3401190153535 • Flacon de 500 ml. AEL 9015099 / EAN 3401190150994. **Date de révision de la notice :** Novembre 2010. **Distributeur :** Laboratoires Expanscience - 10, avenue de Valbe - 92419 La Courneuve Laeken, France / Tél. : 01 43 34 42 00 - www.expanscience.com **Fabriquant :** Sandoz Pharma SA, Valde Rodol 29, 20124 Milan, Italie. Pour plus de renseignements : www.parodontix.com

1. A. W. Sires, J. Nazzari-Ris, M. Nakajima et al. *Journal of Oral Health and Oral Care* 2008; 11(1): 10-15. 2. Sires A. et al. *Journal of Oral Health and Oral Care* 2008; 11(1): 10-15. 3. Sires A. et al. *Journal of Oral Health and Oral Care* 2008; 11(1): 10-15.

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché : PIERRE FABRE MÉDICAMENT - 45, PLACE ABEL GANCE - 62650 BOULOGNE-LEZ-TOURNAI - Informations médicale : 03 20 35 05 04 - Pharmacovigilance : 03 20 35 05 15. PRÉSENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE : 3009360 952 4 0 - 100 ml en flacon (polyéthylène téréphtalate) + godel (polypropylène). DATE DE PREMIÈRE AUTODISATION / RENOUVELLEMENT : 2010. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE : Juin 2011. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Médicament soumis à prescription médicale. Prix : 2,25 € (D) - 0,52 € (C) - Remboursement Sécurité Sociale à 10%. Agréé aux collectivités. (RM, 110415)

Expanscience est un laboratoire de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux. Pour une information détaillée, se reporter au Prospectus des Caractéristiques du Produit d'origine sur le site internet de l'Agence : www.afssaps.fr

PIERRE FABRE
ORAL CARE

EXPERT EN SOINS DENTAIRES

En harmonie avec la nature

OsseoSpeed™ TX Profile, l'implant anatomique adapté aux crêtes inclinées

Imaginez-vous réussir un maintien osseux à 360° autour de l'implant, même dans les situations de crêtes inclinées ? C'est désormais possible !

Grâce à OsseoSpeed™ TX Profile, un implant anatomique breveté de conception unique, développé pour s'adapter aux crêtes inclinées, vous n'avez plus besoin de choisir entre le maintien de l'os marginal (zone linguale/buccale) et les résultats esthétiques : vous pouvez allier les deux : à 360° autour de l'implant.

Comme tous les implants Astra Tech, l'implant OsseoSpeed™ TX Profile s'appuie sur les innovations majeures et les avantages prouvés de l'Astra Tech BioManagement Complex™. En l'associant aux piliers sur mesure CAD/CAM Atlantis™, vos patients bénéficieront de résultats fonctionnels et esthétiques durables.

Pour de plus amples informations, consultez le site www.astratechdental.fr



PHOTO: J. LEBLANC - 01 20 17 10 00



ASTRATÉCH
DENTAL
par Astra Tech

ASTRA
ASTRATÉCH

 A company in the
AstraZeneca Group

Astra Tech France - 7, rue Eugène & Armand Peugeot, 92563 Rueil Malmaison Cedex
N° Service Clients : 0821 20 01 01 / 01 41 39 04 56 - Fax Service Clients : 01 41 39 97 42
E-mail : commande@france@astratech.com - www.astratechdental.fr

10112 01/12/12 1m 200 mm/1000 x 1000 01/12/12