

AVRIL 2019

#49



OBJECTIF

PARO

Prochain Rendez-vous :

**Congrès SFPIO
13 au 15 juin 2019
Maison de la Chimie - Paris**

Etude SFPIO/IFOP

**La nouvelle classification de
Chicago**

**Intérêt des statines comme thé-
rapeutique adjuvante au traite-
ment parodontal, par Catherine
PETIT et Olivier HUCK**



SFPIO





AIDEZ VOS PATIENTS À OBTENIR
LE MEILLEUR DES BROSSAGES POUR
DES DENTS PLUS PROPRES ET
DES GENCIVES PLUS SAINES*



TÊTE DE BROsse
SENSI ULTRA-THIN

Pour un brossage plus efficace
et des gencives protégées*



DENTIFRICE RÉPARE GENCIVES ET ÉMAIL

Aide à réduire les problèmes de gencives et
à prévenir les dommages causés à l'émail*



*Comparé à une brosse à dents manuelle classique et à un dentifrice ordinaire

Procter & Gamble France SAS 391 543 576 RCS Nanterre -
Capital social de 152 400 € - 163 quai Aulagnier 92600 Asnières-sur-Seine. © 2016 P&G

Poursuivre les soins qui commencent entre vos mains



DANS CE NUMÉRO



11

EDITO DU PRÉSIDENT

5

LES RENDEZ-VOUS SFPIO EN RÉGION
Calendrier des manifestations régionales à venir

7

LES BRÈVES DE LA SFPIO
Ca bouge en région, les webinars

8

COMMUNIQUÉ DE PRESSE ETUDE SFPIO/IFOP
Plus de 4 français sur 10 ont peur de perdre leurs dents

11

ZOOM SUR LA JOURNÉE DU 31 MAI 2019

14

LE CONGRÈS SFPIO 2019

Le programme pré-congrès, détaillé & le dîner de bienfaisance

18

LA NOUVELLE CLASSIFICATION DE CHICAGO

26

ARTICLE SCIENTIFIQUE : Catherine PETIT & Olivier HUCK
Intérêt des statines comme thérapeutique adjuvante
au traitement parodontal

31

SAVE THE DATE : CONGRÈS SFPIO 2020

36

SAVE THE DATE : JUILLET 2019
International Conference on Oral Malodour

38

MIEUX CONNAÎTRE NOS PARTENAIRES
Sweden & Martina répond à nos questions

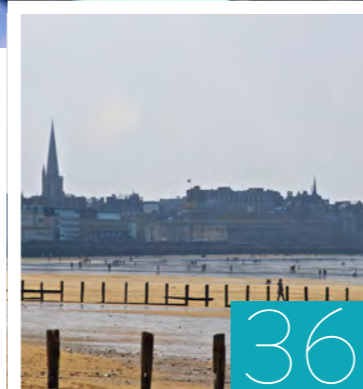
41

LES PARTENAIRES VOUS INFORMENT

42



18



36

ÉDITEUR ET RÉALISATION

Société Française de Parodontologie
9, rue Boileau - 44000 NANTES
Tél. 02 40 08 06 63
E-mail : contact@sfpio.com
Site internet : www.sfpio.com
N° ISSN 1162-1532

PRODUCTION - IMPRESSION

PARRESIA
109, avenue Aristide Briand
CS 80068 - 92541 Montrouge Cedex

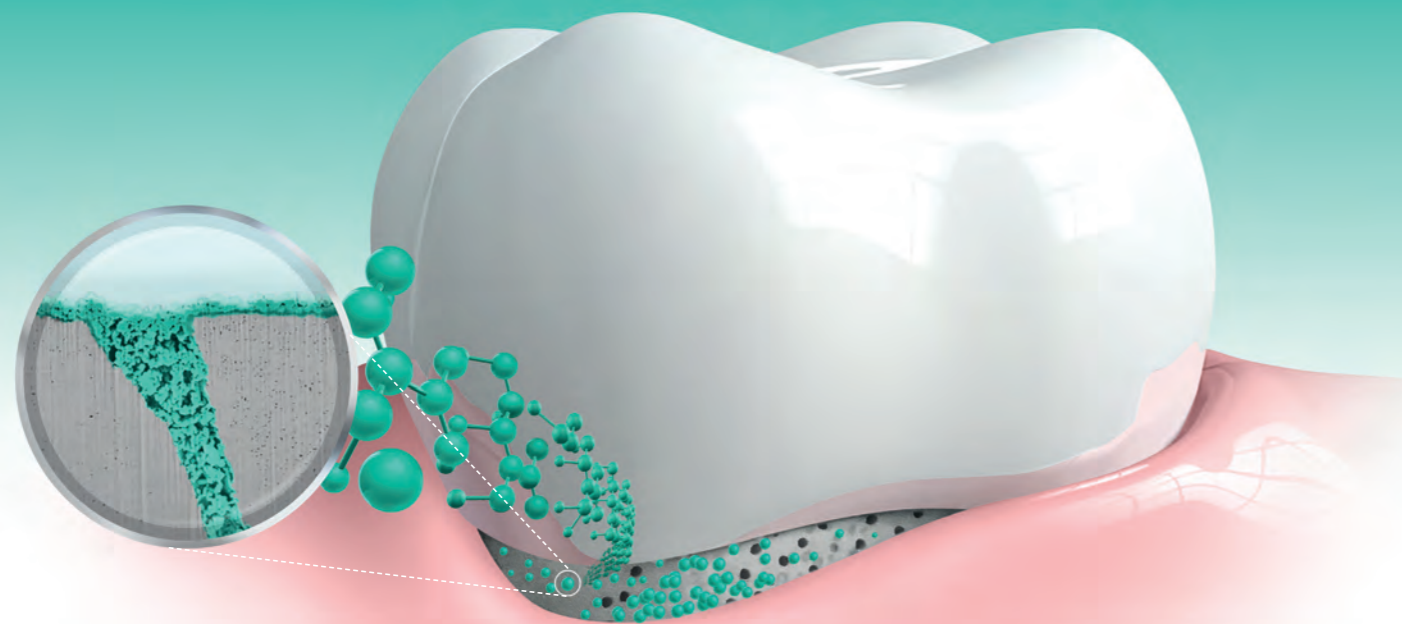
RÉDACTEUR EN CHEF: Yves REINGEWIRTZ

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION: David NISAND

SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF - SIÈGE: Delphine BOHU et Caroline DENIAUD

AVEC LA COLLABORATION DE: Jean-Luc ARDOUIN, Aurore BLANC, Alain BORGHETTI, Wiem BOUAZIZ-ZOUAOUI, Patrick BOULANGE, Philippe BOUSQUET, Loïc CALVO, Guillaume CAMPARD, Philippe DUCHATELARD, Stéphane DUFFORT, Caroline FOUQUE, Marjolaine GOSSET, Corinne LALLAM, Sara LAURENCIN, Matthieu LEININGER, Josselin LETHUILLIER, Brenda MERTENS, Véronique MOLINA, Virginie MONNET-CORTI, David NISAND, Sylvie PEREIRA, Nicolas PICARD, Yves REINGEWIRTZ, Xavier STRUILLOU, Christian VERNER, Séverine VINCENT-BUGNAS

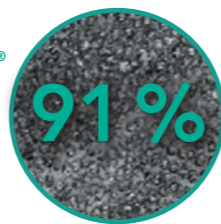
Hypersensibilité dentinaire ? Un soulagement instantané^{*,1} et durable² qui commence avec votre recommandation



elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ avec sa technologie PRO-ARGIN® unique

- Bloque instantanément l'influx douloureux*:
60,5% de réduction de l'hypersensibilité dès la première utilisation^{1,**}
- Soulage la douleur durablement :
80,5% de réduction de l'hypersensibilité après 8 semaines^{2,**}
- Obturation supérieure des canalicules dentinaires :
91% d'occlusion contre **67%** avec une technologie fluorure stanneux / fluorure de sodium^{3,#}

Technologie
PRO-ARGIN®



Pour plus d'informations, consultez le site www.colgateprofessional.fr

Contact Commercial :
02 37 51 67 59

* Pour un soulagement instantané de la douleur, appliquez directement sur les zones sensibles avec le bout du doigt et massez délicatement pendant 60 secondes.

** Comparé à la valeur initiale

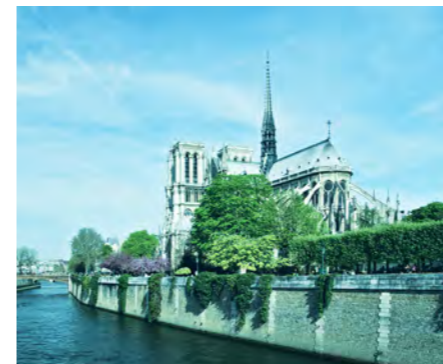
Étude *in vitro*, après 5 applications par rapport à la technologie fluorure stanneux / fluorure de sodium (p < 0,05)

Références : 1. Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009 ; 20 (Spec Iss) : 123-130. 2. Docimo R, et al. J Clin Dent. 2009 ; 20 (Spec Iss) : 17-22. 3. Hines D, et al. Poster accepté, Juillet 2018 IADR. Colgate-Palmolive Company 2018.

Le dentifrice elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ est un dispositif médical de classe IIa pour soulager l'hypersensibilité dentinaire. Lire attentivement les instructions figurant sur l'emballage. CE 0483. Colgate-Palmolive manufacturing Poland, Sp. z o.o., Aleja Colgate 2, Swidnica 58-100, Poland. Mise à jour septembre 2018

elmex

COLGATE PALMOLIVE SAS au capital de 6 911 180€ RCS 478 991 649 Nanterre F - 92700 Colombes



LE DEVENIR DE LA DENTISTERIE

Chers Amis, chers collègues,

Quel bouleversement de voir s'effondrer sous nos yeux la charpente en bois de chêne et la flèche de Notre-Dame de Paris.

C'est dans l'espoir d'une reconstruction rapide et respectueuse de son histoire que nous avons souhaité consacrer notre page de couverture à Notre-Dame de Paris.

Notre profession est en pleine mutation avec des bouleversements dont il est difficile de mesurer les conséquences à court et moyen terme : une nouvelle convention qui fait claudiquer nos logiciels et complexifie à la fois nos activités et le rapport avec nos patients, l'arrivée massive de praticiens français formés à l'étranger dans des facultés payantes parfois privées sans aucun contrôle possible sur l'état de leurs connaissances, le développement rapide de centre de soins financés par des mutuelles ou des fonds d'investissement malgré les déboires récents de certains d'entre eux.

Tous ces bouleversements intimement liés par ailleurs, interrogent légitimement sur le devenir d'une dentisterie privée de qualité et à l'écoute des besoins du patient.

Nous serions présomptueux de croire que la lecture de ce numéro permettra de lever ces doutes mais nous entretenons l'espoir que vous trouviez de l'intérêt dans la lecture des résultats du sondage que nous avons mené en collaboration avec l'IFOP et que l'article sur la nouvelle classification des maladies parodontales permettra d'éclaircir cette dernière.

Nous souhaitons également vous informer que la SFPIO a intégré, grâce au travail de Jean-Luc Ardouin et de Xavier Struillou, le conseil d'administration du CNP (Conseil National Professionnel des chirurgiens dentistes) nous permettant de devenir un interlocuteur privilégié des instances gouvernementales concernant notamment la formation continue.

Entre deux patients, à la pause déjeuner, devant le café du matin ou suite à une annulation impromptue, toute l'équipe d'Objectif Paro espère que sa lecture sera utile, vous donnera pourquoi pas le sourire et l'envie de venir échanger, apprendre, discuter lors de nos manifestations en régions ou sur Paris.

Bonne lecture,

David NISAND
Président de la SFPIO

LES RENDEZ-VOUS SFPIO EN RÉGIONS

NORMANDIE

31/05/2019 : Gérard J. CHICHE
Réhabilitations esthétiques en céramique

BRETAGNE

19/10/2019 : Franck BONNET
Esthétique en implantologie

VAL DE LOIRE

25/05/2019 : Michel BARTALA
Prothèse fixée et parodontie : permettre l'intégration biologique et esthétique
**10/10/2019 : Thibaud CASAS
Julien GUIOL**
Implantologie numérique

AQUITAINE

17/10/2019 : Caroline FOUQUE
La chirurgie plastique parodontale dans tous ses états

SUD OUEST

**10/10/2019 : Amélie MAINJOT
Eric ROMPEN**
Réhabilitations prothétiques en contexte parodontal

HAUTS DE FRANCE

12/06/2019 : Frédéric GADENNE
Les greffes osseuses pré-implantaires
17/10/2019 : Tony ROLO
Régénération des défauts parodontaux infra-osseux avec chirurgie mini invasive
Orlando MARTINS
La péri-implantite et la pratique clinique quotidienne

PARIS

**23/05/2019 : Sabine FESSI
Clément MESSECA**
Quizz sur les nouvelles classifications des maladies parodontales
**17/10/2019 : Thierry ROUSSEL
Romain ORLU**
Traitement Endo/Paro VS implant

ALSACE

29 et 30/06/2019 :
Week end SFPIO spécial Nouvelle Classification des MP à Europapark
19/09/2019 :
Actualité scientifique en paro-implantologie

AUVERGNE

17/10/2019 : Sophie-Myriam DRIDI
La parodontologie en 2019 : Comment les dernières avancées scientifiques bouleversent nos thérapeutiques !

RHÔNE-ALPES

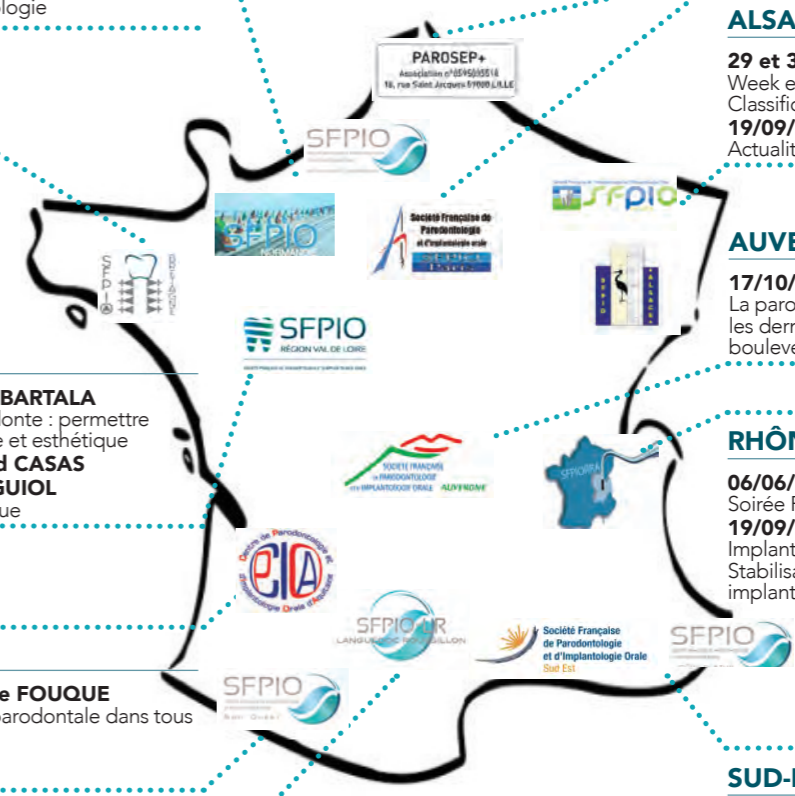
06/06/2019 :
Soirée PERIO MASTER
19/09/2019 : Frauke MULLER
Implantologie chez la personne âgée – Stabilisation de prothèses amovibles par implants

SUD-EST

13/06/2019 : Eric ROMPEN, France LAMBERT et Geoffroy LECLOUX
Présent et futur de l'augmentation tissulaire
03/10/2019 : Gary FINELLE
Flux numérique et implantologie : Vers une optimisation de nos protocoles de traitement

LANGUEDOC ROUSSILLON

06/06/2019 : Olivier HENRY-SAVAJOL
Implants courts : évolution ou révolution ?
03/10/2019 : Jean-Marc GLISE
Faut-il réparer ou régénérer les lésions intra-osseuses ?



Straumann® BLX

L'excellence pour l'implantation immédiate

Chaque membre de la SFPIO a accès en ligne au **Journal of Clinical Periodontology** en se connectant et en s'identifiant sur le site **www.sfpio.com**

Si vous n'avez pas vos identifiants, contactez le siège de la SFPIO :
02 40 08 06 63 ou contact@sfpio.com

Retrouvez toutes les manifestations SFPIO sur le site internet de la SFPIO : **www.sfpio.com**



Stage de formation en Implantologie - le 29/03/2019

Transmission de témoin à la SFPIO Languedoc-Roussillon

La SFPIO Languedoc-Roussillon a débuté l'année 2019 avec un nouveau bureau. Après 6 ans de « bons et loyaux » services le Président Olivier JAME a passé le relais à Olivier FESQUET entouré d'un nouveau conseil d'administration qui s'étoffe de deux jeunes recrues, Sophie AZORIN et Manon NERZIC.

La première réunion a reçu un conférencier de renom, tout juste rentré du Perio Master clinique de l'EFP de Hong-Kong, Jean Louis GIOVANNOLI, pour faire le point sur les péri-implantites et leurs relations avec les maladies parodontales.

Dans la foulée le premier stage de formation a affiché complet grâce à l'investissement de l'ensemble des membres du conseil d'administration.

Le nouveau bureau qui va épauler Olivier FESQUET est composé de Josselin LE-THUILLIER (trésorier), Christele ARTZ (secrétaire générale), Philippe BOUSQUET et Didier DIASPARRA (vice président scientifique).



Laure GARBARINI - Présidente SFPIO Bretagne

Une présidente pour la SFPIO Bretagne

La présidence de la SFPIO Bretagne est collégiale depuis le départ du président Bertrand HERCOUET.

Il a été décidé en Assemblée que la trésorière Laure GARBARINI prendra le poste de présidente pour 1 an.

Le responsable de la communication, Hervé GUILLOU devient trésorier et Alexandre PHILIPPAKIS, responsable internet devient responsable de la communication des flyers.

Nous avons le plaisir d'accueillir au sein du bureau Caroline BOLLE, les lyonnais la connaissent, je crois.

Elle participera à l'organisation des formations pratiques, ce qui devrait nous permettre d'organiser à nouveau des TP à partir de 2020.

En 2019, vous pourrez retrouver Franck BONNET en octobre et Sofia AROCA en décembre.

En 2020, nous prévoyons des travaux pratiques en janvier et mars. Nous aurons le plaisir de recevoir Marc LAMY et Geoffrey LECLoux en septembre puis Myriam DRIDI en décembre.

Pascale TABOT
Secrétaire SFPIO Bretagne

Retour sur le Webinar du 27 février

En collaboration avec la Fondation Arthritis

Santé orale et rhumatismes inflammatoires chroniques : Quels liens ?

La Fondation Arthritis et la Société Française de Parodontologie Orale, avec le soutien de l'Institut Français de la Recherche en Odontologie, se sont associés pour réaliser une conférence en ligne autour de la Santé orale et rhumatismes inflammatoires chroniques pour apporter réponses à toutes vos questions : Quels sont les liens entre RIC et parodontite ? Quels sont les soins dentaires à réaliser avant de débiter une biothérapie ? Quels seront les effets de cette biothérapie sur la maladie parodontale ? Les parodontites sont-elles dues à une bactérie en particulier ? Faut-il analyser les bactéries de ma bouche ?

Retrouvez la vidéo de ce webinar sur le site de la SFPIO, rubrique Webinars



Retour sur le Webinar du 13 février

En collaboration avec Colgate

Nouvelle classification des maladies parodontales : quels diagnostics maintenant ?

Les conférenciers du Département de Parodontologie, U.F.R. d'Odontologie, Université Paris-Diderot, Hôpital Rothschild AP-HP Paris ont brillamment démontré en quoi cette nouvelle classification, qui s'impose aujourd'hui à tous les odontologistes spécialisés ou non, modifie l'approche clinique quotidienne. Richement illustré et agrémenté de nombreux cas cliniques, ce Webinar a ainsi pu explorer toutes les incidences de cette classification et aboutir à une vision claire, synthétique et pédagogique utile à tous.

Retrouvez le lien vers le replay de ce webinar sur le site de la SFPIO, rubrique Webinars

De gauche à droite : Pr Philippe BOUCHARD, Dr Maria-Clotilde CARRA, Dr Stéphane KERNER, Dr Francis MORA, Mehdi AIT-LAHSEN (Colgate)



La boutique en ligne SFPIO est opérationnelle depuis le début du mois.

Venez y passer commande de vêtements médicaux à l'effigie de la SFPIO, de plaquettes d'information patient « Ce que vous devez savoir sur les maladies parodontales » ou encore de l'ouvrage « J'ai peur de perdre mes dents, Que faire Docteur ? ».

TePe – votre expert du nettoyage interdentaire

La large sélection TePe de brossettes interdentaires offre une solution pour chaque besoin. Les brossettes sont développées en collaboration avec des experts dentaires pour garantir un maximum d'efficacité, de confort et de qualité. Pour un meilleur confort, sur toutes les tailles et les modèles, le fil métallique est recouvert de plastique.

Tous les modèles ont un manche plat et ergonomique pour une bonne prise en main et un bon contrôle. Toute la gamme de brossettes interdentaires TePe est conforme à la norme ISO 16409:2016.



TePe Originales

Neuf tailles, identifiées par leur couleur. Les quatre plus petites tailles ont un cou flexible pour plus de durabilité et un accès plus facile.



TePe Extra-Souples

Conçues avec des filaments extrêmement souples, adaptées aux gencives fragiles et sensibles.

Contactez-nous pour connaître vos conditions spéciales Dentistes
L'équipe TePe France se tient à votre disposition!
Tél +33 (0) 85 76 69 70 info.france@tepe.com

Pour plus d'information, venez visiter notre nouveau site web:
www.tepe.com



TePe Angle™

Avec un cou pré-coudé pour accéder plus facilement aux molaires, et aux faces palatine et linguale.

Communiqué de presse ETUDE SFPIO/IFOP

PLUS DE 4 FRANÇAIS SUR 10 ONT PEUR DE PERDRE LEURS DENTS ⁽¹⁾

Paris, le 15 Mars 2019 - Dents qui bougent, dents qui se déchaussent, la peur de perdre ses dents concerne plus de 4 Français sur 10. Or, les parodontites constituent la principale cause de perte de dents, contrairement aux idées reçues. A l'occasion de la journée mondiale de la santé gingivale, la SFPIO présente les résultats d'une étude menée en partenariat avec l'Ifop, auprès de plus de 1 000 Français pour mesurer leur niveau de connaissance des maladies parodontales et ainsi les sensibiliser aux risques et conséquences de ces maladies. La SFPIO a conçu un livret pour répondre à toutes les questions sur les maladies parodontales.

Saignement des gencives, halitose, déchaussement des dents : des signes d'alerte méconnus des Français

Plus de 40% des Français ont déjà eu peur de perdre leurs dents et ce sont les femmes qui se sentent les plus concernées (46%) et les 50-64 ans (46%)⁽¹⁾. Si plus de 8 répondants sur 10 considèrent que le déchaussement des dents peut conduire à la perte des dents (85%), le saignement des gencives n'est cité que par 6 répondants sur 10 (60%), et seuls 3 sur 10 identifient la mauvaise haleine comme signe d'alerte potentiel (31%). Et pourtant, ces 3 symptômes sont des signes caractéristiques des maladies parodontales.

Des signes d'alerte négligés par les Français

Plus de 9 Français sur 10 ont déjà vécu l'une de ces 3 situations (78% un saignement des gencives, 60% une mauvaise haleine et 37% un déchaussement des

dents), une proportion qui augmente chez les personnes ayant peur de perdre leurs dents (95%). Et bien que 90% des Français considèrent qu'il existe des solutions pour pallier l'un de ces problèmes, parmi ceux ayant déjà vécu l'un d'eux, ils sont seulement 25% à avoir pris rendez-vous chez le dentiste pour en parler, 43% ont attendu l'occasion d'une visite de contrôle et près d'1 sur 3 n'est pas allé consulter⁽¹⁾. Saignements des gencives, hypersensibilité, mobilités voire perte de dents, difficultés à s'alimenter et à communiquer : les conséquences de la maladie parodontale peuvent être très invalidantes.

Maladie parodontale, première cause de la chute des dents, avant la carie

Chez les adultes, la maladie parodontale constitue la cause la plus importante de perte des dents. Elle est provoquée par une prolifération de mauvaises bactéries buccales face à une réponse immunitaire



Principale cause de perte des dents estimée par les Français :

- les caries profondes, les infections (67%)
- l'inflammation, le saignement des gencives (33%)⁽¹⁾

Communiqué de presse ETUDE SFPIO/IFOP



Saignement des gencives, mauvaise haleine, déchaussement des dents constituent pour les français un facteur de risque de ⁽¹⁾ :

- Diabète pour 37%
- Accidents cardio-vasculaires pour 35%
- Polyarthrite rhumatoïde pour 33%
- Maladies pulmonaires pour 29%
- Accouchement prématuré pour 27%
- Bébés de faible poids à la naissance pour 15%



permissive. Cette maladie se caractérise par une inflammation chronique des tissus de soutien de la dent (parodonte, os, gencive, ...) et n'affecte donc pas la dent elle-même.

Lorsque l'inflammation ne touche que la gencive, il s'agit d'une gingivite. Non traitée, elle gagne les structures profondes du parodonte et s'accompagne de la destruction irréversible des tissus d'ancrage : elle se nomme alors parodontite. La gencive recule, une hypersensibilité dentaire apparaît, les dents bougent anormalement et finissent, à terme, par tomber. Un saignement des gencives peut donc être un signe de maladie parodontale sous-jacente, signe peu connu des Français.

L'évolution des maladies parodontales n'est pas irréversible. Plus l'atteinte est détectée précocement, plus le traitement sera conservateur.

Maladie parodontale : un facteur de risque de nombreuses maladies encore peu ancré dans les esprits

Selon diverses études, la maladie parodontale pourrait favoriser de nombreuses maladies telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'obésité, la polyarthrite rhumatoïde, ou encore les accouchements prématurés. Et pourtant 4 personnes interrogées sur 10 considèrent que ces problèmes bucco-dentaires peuvent constituer des facteurs de risques d'autres maladies ⁽¹⁾.

Plusieurs méta-analyses ont mis en évidence un risque de maladie cardiovasculaire et notamment d'hypertension artérielle accru de 1,6 fois chez les patients atteints de parodontites ⁽²⁾.

Chez le diabétique, la parodontite non traitée rend le contrôle du taux de glycémie, plus difficile. La maladie parodontale est reconnue comme sixième cause de complication du diabète ⁽³⁾.

Les femmes enceintes souffrant de maladies parodontales ont un risque significativement supérieur aux autres d'accoucher

prématurément et de donner naissance à des bébés de petit poids ⁽⁴⁾.

De récents travaux ont montré que les personnes qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde ont 1,2 fois plus de risques de présenter une maladie parodontale, maladie qui pourrait participer au développement des polyarthrites rhumatoïdes ⁽⁵⁾. Enfin, une méta-analyse a conclu que les parodontites et la mauvaise hygiène sont associées aux pneumonies nosocomiales consécutivement à la colonisation orale des pathogènes respiratoires et que les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont associées aux parodontites ⁽⁶⁾.

« Les résultats de cette étude nous montrent que la pédagogie autour des maladies parodontales est plus que nécessaire. Notre rôle repose sur l'information du malade, la prévention des maladies parodontales, leurs traitements, mais aussi sur le fait de référer un patient atteint de parodontite sévère et présentant des facteurs de risque de maladies inflammatoires, à son médecin traitant » commente David NISAND, président de la SFPIO.

Un livret pour tout savoir sur les maladies parodontales

Mes dents se déchaussent, est-ce normal ? Mes dents bougent, dois-je m'inquiéter ? Qu'est-ce qu'une parodontite ? Mes gencives saignent, que faire ?

Le livret « J'ai peur de perdre mes dents, que faire docteur ? » conçu par la SFPIO répond à une multitude de questions sur les maladies parodontales (gingivites, parodontites) et délivrent de nombreux conseils d'hygiène bucco-dentaire. Co-édité en partenariat avec Webdentiste, ce guide pratique de parodontie et d'implantologie est accessible sur le site de la SFPIO.

(1) Etude SFPIO/ IFOP « Les Français et la peur de perdre ses dents ». Sondage réalisé auprès d'un échantillon de 1 008 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, du 18 au 19 Février 2019. (2) Martin-Cabezas R, Seelam N, Petit C, Agossa K, Gaertner S, Tenenbaum H, Davideau JL, Huck O. Association between periodontitis and arterial hypertension: A systematic review and meta-analysis. Am Heart J. 2016 Oct. (3) Loe, H. (1993). «Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus.» Diabetes Care 16(1): 329-334. (4) Nabet C, Lelong N, Colombier ML, Sixou M, Musset AM, Goffinet F, Kaminski M; Epipap Group. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. J Clin Periodontol. 2010. (5) Fuggle NR, Smith TO, Kaul A, Sofat N Hand to Mouth: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association between Rheumatoid Arthritis and Periodontitis. Front Immunol. 2016. (6) Scannapioco F.A., Busch R.B., Pajus S. (2003). Association between periodontal disease and risk for nasocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. Ann Periodontol ; 8:54-69.



Une gencive saine pour un beau sourire



gumhealthday.efp.org



EFP partners



SFPIO

NORMANDIE

From Augusta to Deauville!

**“CARTE BLANCHE
AU DOCTEUR GERARD J. CHICHE
LE 31 MAI 2019
DEAUVILLE”**



Professeur Gérard J. Chiche
Diplômé de l'Université Paris 7, Professeur Emérite de l'Université de Louisiane,
Professeur au Collège de médecine dentaire à Augusta University en Géorgie,
et titulaire de la Chaire de la Thomas P. Hinman Society.
Ancien président de l'American Academy of Esthetic Dentistry
Il est respectivement avec Alain Pinault et avec Hitoshi Aoshima l'auteur des ouvrages:
« Esthétique des restaurations antérieures fixes », et « Smile Design-guide pour
clinicien, céramiste et patient », tous deux publiés par Quintessence Pub. Co

L'EXCELLENCE ESTHETIQUE - AESTHETIC MASTERCLASS

“VENEZ VIVRE L'EXPERIENCE D'UNE JOURNEE UNIQUE, INOUBLABLE!”

PROGRAMME DU COURS

“REHABILITATIONS ESTHETIQUES EN CERAMIQUE”

Cette présentation reviendra sur les points clés formulés en approche systématique et étape par étape, pour résoudre les problèmes esthétiques en vue de résultats fiables et d'un meilleur soutien du laboratoire. Cette présentation décrira également en détails la planification du traitement et la gestion des facettes en porcelaine ainsi que toutes les techniques de couronnes en céramique.

La sélection du système céramique, des ciments et adhésifs ainsi que leur séquence de collage seront élaborés en détails afin d'obtenir des résultats optimaux.

La dentisterie esthétique interdisciplinaire et la réhabilitation occlusale en céramique seront également soulignées afin de contrôler tous les facteurs esthétiques nécessaires dans le contexte des combinaisons avec les thérapies parodontales, orthodontiques et implantaire, en vue de la protection à long terme des restaurations toutes céramiques.

COURS DANS LE CADRE PRESTIGIEUX DU THEATRE DU CASINO DE DEAUVILLE,
EXPO PARTENAIRES, DEJEUNER, PAUSES CAFES ET COCKTAIL DANS LE SALON DES AMBASSADEURS.



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

FAITES PARTIE DES 150 PROCHAINS A BENEFICIER DE NOTRE OFFRE!

150 BADGES PAS UN DE PLUS!
595 €
A 950€



CETTE OFFRE COMPREND:
UN COUPON LE BUFFET CAPE D'AZUL, 2 PAUSES CAFES, UN REPAS RECEPTIONNEL ET UN COCTAIL DE BIENREVENIR.
SERVIRONS AUTOUR DES EQUIPAGES AU SALON DES AMBASSADEURS ET SUR LES TERRASSES DU CASINO DE DEAUVILLE.

Nom : Prénom : Adresse :
Ville : Code Postal : Tel : e-mail :
Profession : Nombre de participants :

Bulletin d'inscription à retourner, accompagné de votre règlement à :
Dr Michel Benouaiche 25 Place du Général de Gaulle 76600 Le Havre e-mail : benouaichemichel@gmail.com

ZOOM SUR LA JOURNÉE DU 31 MAI 2019

CARTE BLANCHE À GÉRARD J. CHICHE

Cette année, la SFPIO-Normandie organise à nouveau une Masterclass exceptionnelle

Après avoir reçu le Prof. Branemark, puis le Prof. Jan Lindhe, c'est le Professeur Gérard J. Chiche qui sera accueilli le 31 mai 2019 à Deauville.

Sa présence en France est rare, et, à cette occasion, il a accepté de répondre à 3 questions.



Gerard J. CHICHE

SFPIO-Normandie: Professeur Gérard Chiche, si vous deviez vous présenter aux praticiens français, que leur diriez-vous ?

Prof. G.J. Chiche : Je leur dirai que j'ai passé toute ma vie professionnelle à intégrer dans ma profession ma culture française d'origine avec sa solide fondation esthétique et l'approche systématique de la culture américaine. Cela a été rendu possible en travaillant successivement, au fil des années, avec des maîtres céramistes très talentueux: Alain Pinault à Paris, Hitoshi Aoshima à Tokyo et, depuis que je travaille en Géorgie, Aram Torosian de Los Angeles. Ils m'ont permis de me consacrer en profondeur aux nombreux aspects de la dentisterie esthétique pendant ces 35 dernières années.

Son parcours est atypique. Avec un diplôme de Docteur en Chirurgie Dentaire à Paris 7, il est allé aux USA. Il est aujourd'hui Professeur Emérite de l'Université de Louisiane, Directeur du Center for Esthetic & Implant Dentistry at Georgia Regents University College of Dental Medicine à Augusta (Géorgie), titulaire de la Chaire de la Thomas P. Hinman Society.

Ancien Président de l'American Academy of Esthetic Dentistry, il est mondialement connu pour être le co-auteur, chez Quintessence, de 2 ouvrages de référence: le 1er paru en 1994, Esthetic of Anterior Fixed Prosthodontics avec Alain Pinault et le 2ème paru en 2004, Smile Design: a Guide for Clinician, Ceramist and patient avec Hitoshi Aoshima.

Dr S. Aimplee, G. Chiche & Mr A. Torosian



Augusta University - Esthetic Team

ZOOM SUR LA JOURNÉE DU 31 MAI 2019



Dr. S. Aimplee, B. Ferguson A. Sananez, & Mr. A. Torosian

SFPIO-Normandie: A l'occasion de votre MasterClass du 31 mai à Deauville, vous allez traiter de l'excellence esthétique dans les restaurations dentaires. Jusqu'où peut-on aller, aujourd'hui, dans les restaurations du secteur antérieur ?

Prof. G.J. Chiche : Nous pouvons trouver une zone de confort très respectable avec un travail de routine sur les six dents antérieures et créer une approche systématique basée sur la proportion, la longueur, la ligne du sourire, ...

La prochaine étape consisterait à s'élargir à la dentisterie interdisciplinaire comprenant la Parodontie, l'Orthodontie et les implants. Enfin, lorsque vous employez une bonne gestion de l'occlusion, en particulier, pour traiter les patients, qui se présentent avec une attrition importante, vous pouvez effectuer des réhabilitations qui sont dictées, au départ, par les besoins esthétiques du patient, mais quoi doivent intégrer toute une méthodologie occlusale, et en même temps, vous devez aboutir, en fin de compte, à des préparations conservatrices. Bien que cela demande évidemment une planification adaptée à chaque patient, il y a néanmoins de nombreuses règles pratiques qui peuvent nous faciliter la tâche.

Enfin, chaque cas nécessite une approche disciplinée dans la gestion de la restauration en céramique adaptée: facette porcelaine, couronne en lithium disilicate, couronne en zircone traditionnelle, en zircone translucide. La gestion de chacune de ces modalités comprend, non seulement, la rigueur de la préparation, mais aussi, pour chaque cas, les attentes de résistance mécanique et de translucidité, la sélection de l'adhésif ou du ciment, la technique de collage et un contrôle précis de tous ces paramètres à chaque étape. Toutes ces notions, toutes ces étapes et toutes ces considérations seront précisément décrites lors de cette journée du 31 mai 2019.

SFPIO-Normandie: Si vous deviez vous projeter dans les dix prochaines années, sur quelles recherches vous orienteriez-vous ?

Prof. G.J. Chiche : Je travaillerai à la simplification des systèmes numériques qui devront systématiquement intégrer l'ensemble du processus de diagnostic dento-facial, à la fois pour les dents naturelles et les implants, et jusqu'aux restaurations définitives.

Dans le même temps, je me concentrerais sur une amélioration conjointe de l'esthétique et de la résistance mécanique des restaurations en céramique monolithique CAD-CAM. Par exemple, la création de matériaux multicouche qui soient plus réalistes avec plus de variations. Beaucoup de ces éléments sont déjà sur le marché, mais je me concentrerais sur la simplicité et l'accès pour la majorité des praticiens, ce qui, je pense, prendra encore plusieurs années.

Le bureau de la SFPIO-Normandie vous attend, très nombreux, à cet événement de portée nationale.

Profitez d'une offre très intéressante, les 150 premiers inscrits bénéficient de frais d'inscriptions réduits. Pour vous inscrire, voici le lien :

<https://www.abcdent.fr/evenements/l-excellence-esthetique-aesthetics-masterclass-2162>



Formation continue Les cycles 2019 - 2020

COURS THÉORIQUE, TP, CHIRURGIE EN DIRECT


SFPIO
www.sfpio.com

Lieu des cours :
MAISON de la CHIMIE
28 rue Saint-Dominique - 75007 Paris

STAGE D'IMPLANTOLOGIE AVANCÉE 2019 / 2020

Stéphan DUFFORT

Session 1 : 11 & 12 OCTOBRE 2019

La zone antérieure esthétique et l'édenté complet

Philippe BOUSQUET

Session 2 : 15 & 16 MAI 2020

La chirurgie osseuse pré-implantaire
Alternatives aux greffes osseuses
Complications biologiques

CYCLE DE FORMATION CONTINUE EN PARODONTOLOGIE 2019 / 2020

Alain BORGHETTI

Niveau 1 : 10, 11 & 12 OCTOBRE 2019

Préserver la denture naturelle existante

Caroline FOUQUE

Niveau 2 : 17 & 18 JANVIER 2020

Avoir recours à la chirurgie parodontale avancée, à la prothèse et/ou à l'implantologie

Virginie MONNET-CORTI

Niveau 3 : 15 & 16 MAI 2020

Chirurgie plastique parodontale

CYCLE DE FORMATION APPROFONDIE EN CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE 2020

Caroline FOUQUE

Niveau 4 : 17 & 18 JANVIER 2020

Session d'approfondissement en Chirurgie
Plastique Parodontale

Virginie MONNET-CORTI



CONGRÈS • PARIS
14 et 15
JUN

RECONSTRUIRE POUR DURER

2019

CONFÉRENCIERS

ANTON SCULEAN *Berne*
TIDU MANKOO *Windsor*
ISTVAN URBAN *Budapest*

Président scientifique
Xavier Struillou *Nantes*

Présidente du congrès
Emmanuelle Ettedgui *Paris*

Président SFPIO
David Nisand *Paris*

● Maison de La Chimie
28, Rue Saint-Dominique,
75007 Paris



SFPIO

www.sfpio.com

Contact : sfpionational@gmail.com

LE CONGRÈS ANNUEL DE LA SFPIO
VOUS ACCUEILLERA À LA MAISON
DE LA CHIMIE - PARIS LES 14 ET 15 JUIN 2019 !

PROGRAMME

“Reconstruire
pour durer”

VENDREDI 14 JUIN :
9H00 - 12H30

Reconstruire les tissus durs et
mous en parodontologie
Anton SCULEAN (Berne, Suisse)

VENDREDI 14 JUIN :
14H00 - 17H30

Prise en charge pluridisciplinaire
de la zone esthétique : de
la restauration unitaire aux
réhabilitations complexes
Tidu MANKOO (Windsor,
Angleterre)

SAMEDI 15 JUIN :
9H00 - 12H30

Reconstruction des tissus durs et
mous en Chirurgie Implantaire
Istvan URBAN (Budapest,
Hongrie)

Inscrivez - vous sur www.sfpio.com

NOUVEAUTÉ MEMBRES

Choisissez le Forfait Congrès
+ Dîner de bienfaisance et
Bénéficiez d'un tarif préférentiel



Les Séances magistrales se dérouleront dans l'Amphithéâtre Lavoisier

LE CONGRÈS SFPIO 2019

PROGRAMME PRÉ-CONGRÈS Jeudi 13 juin 2019

A l'occasion du congrès, nos partenaires Geistlich et Colgate ont accepté d'organiser des workshops réservés aux participants au congrès.



Geistlich
Biomaterials

JEUDI 13 JUIN : 15H00 - 18H00
Workshop Geistlich

« Aménagements des tissus mous : approche autologue ou collagène xénogénique ? »

Sofia AROCA
Modérateur : **Georges KHOURY**

Limité à 40 participants



Sofia AROCA



JEUDI 13 JUIN : 18H30 - 19H15
Workshop Colgate

« La nouvelle classification des maladies parodontales »

Marjolaine GOSSET et Maria-Clotilde CARRA

Limité à 100 participants



Marjolaine GOSSET



Maria Clotilde CARRA

Colgate invite les participants à prolonger ce workshop par un cocktail dînatoire



PROGRAMME CONGRÈS Vendredi 14 & samedi 15 juin 2019

Comme chaque année, des séances parallèles accompagnent les séances magistrales

VENDREDI 14 JUIN : 9H00 - 12H30

- « Reconstruire les tissus durs et mous en parodontologie »
Anton SCULEAN (Berne, Suisse)
- Séance Communication Clinique Parodontologie
11 présentations orales
- Séance Communication Recherche
10 présentations orales



Anton SCULEAN

VENDREDI 14 JUIN : 14H00 - 17H30

- « Prise en charge pluridisciplinaire de la zone esthétique : de la restauration unitaire aux réhabilitations complexes »
Tidu MANKOO (Windsor, Angleterre)
- Séance Communication Clinique Implantologie
10 présentations orales
- Séance Communication Clinique Muco-gingivale
9 présentations orales



Tidu MANKOO



VENDREDI 14 JUIN à partir de 20H

Dîner de Bienfaisance (Les Jardins du Pont Neuf)

SAMEDI 15 JUIN : 9H00 - 12H30

- « Reconstruction des tissus durs et mous en Chirurgie Implantaire »
Istvan URBAN (Budapest, Hongrie)
- Séance Communication Recherche Clinique
10 présentations orales
- Séance Communication Poster
19 présentations orales



Istvan URBAN

Exposition de 50 posters tout au long du congrès !

LE CONGRÈS SFPIO 2019

Le congrès approche,
Emmanuelle ETTEGUI
nous met l'eau à la bouche !



Emmanuelle ETTEGUI
Présidente du congrès
et de la SFPIO Paris



28 rue St Dominique
Paris 7^e

Le congrès approche, les missions deviennent de plus en plus concrètes.

L'organisation de l'événement, des journées scientifiques et de la soirée de bienfaisance, des workshops est motivée par vos encouragements.

Vous êtes nombreux à nous envoyer des mails ou à nous téléphoner.

nous devons proposer des solutions stables. Cette stabilité dans le temps est un challenge quotidien dans les traitements et pour les patients.

Les conférenciers que nous attendons sont reconnus pour leurs compétences, leurs expériences et aussi pour leur don du partage. Leur résumé reflète l'investissement qu'ils y mettent. J'espère qu'ils répondront à vos attentes et que nous aurons trois belles séances plénières.

Le thème du congrès « Reconstruire pour durer » est précis, on aimerait l'éternité, on se contentera de la longévité ...

Il est parfois nécessaire de reconstruire afin d'améliorer l'environnement des dents ou des implants et leur permettre d'évoluer dans un environnement fort et en bonne santé le plus longtemps possible.

Ces traitements parodontaux et implantaire sont chronophages et nécessitent souvent un investissement financier et parfois émotionnel des patients, nous

Par ailleurs, plus de 100 consœurs et confrères ont soumis leur résumé pour participer au congrès. La sélection est en cours ... Cela signifie que pendant tout le congrès, il y aura en parallèle, des séances cliniques en implantologie, en parodontie, en chirurgie mucogingivale et des séances de recherche fondamentale et clinique.

De quoi satisfaire les plus gourmands de sessions généreuses et innovantes !

Aussi, réservez vite votre soirée du vendredi 14 pour venir prendre un verre, diner et discuter en bord de Seine, aux Jardins du Pont Neuf, sentir les premières ambiances estivales sur l'île de la Cité, tout en écoutant un groupe live de musique latin jazz .

Les bénéfices de ce diner iront à l'association « la fabrique nomade » créée il y a 3 ans par Ines Mesnar. Son association permet de valoriser et favoriser l'insertion professionnelle des artisans migrants et réfugiés en France.

La migration liée aux guerres et conflits représente des centaines de millions d'individus. C'est un chemin difficile qui change les vies et qui laisse des personnes démunies à leur arrivée.

Cette association a fait écho par sa solidarité internationale et par l'insertion

de femmes et d'homme artisans, passionnés de leur art, souvent obligés de l'oublier à leur arrivée en France.

« Si ces hommes et femmes ont fait le difficile «choix» de quitter leur pays, ils n'ont pas choisi de perdre ce qu'ils sont. Notre travail permet aux artisans de reprendre leur métier, trouver leur juste place dans la société et donner surtout un nouveau sens à leur vie après l'exil.»
lafabriquenomade.com

La SFPIO s'associera cette année à cette volonté d'intégration.

Je nous souhaite nombreux au congrès, nombreux au diner de bienfaisance et heureux de ces moments partagés.

A très vite

Emmanuelle ETTEGUI



SOUTENEZ LA FABRIQUE NOMADE

Faites un don
Devenez bénévole
Recrutez un artisan
Participez aux ateliers
Inscrivez vous au diner de bienfaisance !

Toutes les informations sur :
lafabriquenomade.com

Inscription en ligne
sur www.sfpio.com



L'équipe du bureau parisien
heureuse de recevoir le congrès 2019

Martin BIOSSE-DUPLAN, Béchara HALABI,
Chloé BARBANT, Philippe DOUCET,
Emmanuelle ETTEGUI, Thierry TAIEB,
Cédric FIEVET, Anne CRUMBACH,
Véronique MOLINA, Christelle DARNAUD
et Emilie BORDET

Sans oublier les absents : Matthieu
DALIBARD, Eric MAUJEAN, Frédéric
DUFFAU et Hélène RANGÉ



CONGRÈS • PARIS
**14 et 15
JUIN**

RECONSTRUIRE POUR DURER

2019

CONFÉRENCIERS

ANTON SCULEAN *Berne*
Reconstruire les tissus durs et mous en parodontologie

TIDU MANKOO *Windsor*
Prise en charge pluridisciplinaire de la zone esthétique :
de la restauration unitaire aux réhabilitations complexes

ISTVAN URBAN *Budapest*
Reconstruction des tissus durs et mous en Chirurgie
Implantaire

● Maison de La Chimie
28, Rue Saint-Dominique,
75007 Paris

SOINS QUOTIDIENS

SOINS SPÉCIFIQUES

Inava

TECHNOLOGIE PROFESSIONNELLE

PARMI
LES MARQUES LES PLUS
RECOMMANDÉES PAR LES
CHIRURGIENS-
DENTISTES*

UN PACTE D'EFFICACITÉ AVEC VOS PATIENTS



Pour passer commande, rendez-vous
sur le site www.pierrefabreoralcare-services.fr

225 827 - Janvier 2019

· FORMULAIRE D'INSCRIPTION ·

Le Docteur :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone fixe : Portable :
E-mail (obligatoire pour confirmation d'inscription) :

S'inscrit au congrès annuel Paris 2019 (Déjeuners et pauses inclus)

Membre SFPIO (sur justificatif) 460 €
 Non membre 560 €
 Etudiant DU / CES Parodontologie ou Implantologie / Interne en Odontologie * 250 €
 Assistante dentaire, Hygiéniste dentaire 250 €
 Etudiant 6ème année * 50 €

Participe au dîner de bienfaisance le vendredi 14 juin 2019 - Les jardins du Pont Neuf
 par personne 120 €

Forfait Congrès et Dîner de bienfaisance

Membre SFPIO 560 €

* Justificatif à joindre au règlement

Mode de règlement

Par chèque à l'ordre de la SFPIO
 Par carte bancaire (Visa ou American Express)
Nom :
Numéro de carte :
Date d'expiration :
Date et signature :

Merci de retourner ce formulaire à :
SFPIO - 9 RUE BOILEAU - 44000 NANTES

Pour plus d'information, contacter le :
02 40 08 06 63 ou www.sfpio.com

Pierre Fabre
ORAL CARE

* Enquête IMAGO - Décembre 2017.

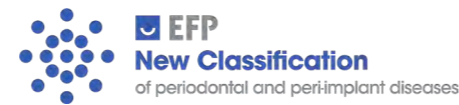
Notre science au service de la santé bucco-dentaire

Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT

LA NOUVELLE CLASSIFICATION DE CHICAGO

LA NOUVELLE CLASSIFICATION DE CHICAGO Partie 1 : diagnostic des parodontites

Dr Xavier STRULLOU, Dr David NISAND, Dr Hélène RANGÉ, Dr Marjolaine GOSSET



Les connaissances sur les maladies parodontales ont réalisé des avancées majeures au cours des deux dernières décennies. La classification de 1999 (Armitage, 1999) ne correspondait plus aux données acquises de la science. En effet, des études significatives avaient été réalisées durant cette période et avaient permis d'améliorer la compréhension de la progression de la maladie, des facteurs de risque associés ainsi que de la nature complexe et individuelle de chaque patient. Il était donc temps de promouvoir la mise en place d'une nouvelle classification. Pour cela, 170 experts venus du monde entier se sont réunis à Chicago sous l'égide de l'Académie Américaine de Parodontologie (AAP) et de la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP). Une nouvelle « Classification des Conditions et Maladies Parodontales et Péri-implantaires » (Caton, Tonetti et al., 2018), fruit de 3 années de travail, a donc été adoptée et publiée simultanément dans le Journal of Periodontology et le Journal of Clinical Periodontology. Elle servira de système de diagnostic pour les prochaines années dans le monde entier. Elle permettra aux cliniciens de diagnostiquer et traiter les patients de façon optimale ainsi qu'aux chercheurs d'investiguer l'étiologie, la pathogénèse, l'histoire naturelle et le traitement des maladies parodontales. Dans cet article, nous nous limiterons à la nouvelle classification des parodontites (Papapanou, Tonetti et al. 2018).

I. Principales modifications pour la classification des parodontites

Les recherches entreprises depuis la classification de 1999 ont démontré qu'il n'existait plus une évidence scientifique suffisante pour considérer les parodontites agressives et chroniques comme deux entités pathophysiologiques distinctes. Ces deux formes chroniques et agressives sont donc regroupées dans la nouvelle classification sous le terme unique de « Parodontites ».

Une classification des parodontites basée sur un système multi-dimensionnel de Stades et de Grades, comme celui utilisé en Oncologie a été adopté (Tonetti, Kornman et al., 2018). Dans ce système la définition du STADE est basée sur la sévérité de la

maladie ainsi que sur la complexité de sa prise en charge alors que le GRADE se réfère à des éléments biologiques tels que le taux de progression de la maladie, le risque d'une éventuelle évolution de la maladie ou ses répercussions sur la santé générale. Ce système de classification est une construction simple qui pourra facilement être adaptable au cours du temps en fonction de l'avancée des connaissances scientifiques.

Trois différentes formes de Parodontites ont été clairement identifiées :

1. Les parodontites nécrotiques
2. Les parodontites comme une manifestation directe de maladies systémiques
3. Les parodontites

II. Diagnostic d'une parodontite

Le système de diagnostic et de classification des parodontites doit répondre à 3 objectifs :

1. Identifier les patients présentant une parodontite ;
2. Identifier la forme spécifique de parodontite ;
3. Décrire le schéma clinique et les différents éléments qui pourraient affecter/ modifier la prise en charge clinique, le pronostic ainsi que les potentielles implications sur la santé orale ou systémique

Le diagnostic d'un patient souffrant d'une parodontite est un diagnostic CLINIQUE basé sur :

1. La présence d'une perte d'attache clinique interdentaire (CAL) détectable sur au moins 2 dents non-adjacentes, ou
2. Une perte d'attache vestibulaire ≥ 3 mm associée à un sondage > 3 mm détectable sur au moins 2 dents

Cette perte d'attache ne pouvant être attribuable à des causes non-parodontales telles qu'une récession gingivale d'origine traumatique, une carie au niveau cervical de la dent, une perte d'attache sur la face distale d'une seconde molaire associée à une malposition ou un site d'avulsion de la dent de sagesse, une lésion endodontique se drainant au travers du parodonte marginal ou encore la présence d'une fracture radiculaire verticale.

III. Les parodontites

Dans le système retenu de stades et de grades utilisé pour la classification des parodontites, il est important de prendre en compte un certain nombre d'éléments tels que la sévérité, la complexité des lésions et de leur prise en charge, l'étendue, le taux de progression de la maladie, les facteurs de risque et les interrelations avec la santé générale.

III.1. L'étendue et ou la distribution des lésions parodontales

Tout comme dans la classification de 1999, le « world workshop » de 2018 reprend **la notion d'étendue** de la maladie tout en lui ajoutant **la notion de distribution**.

Pour chacun des quatre stades de parodontites, l'étendue sera considérée comme **localisée** si moins de 30% des dents sont affectées ou **généralisée** si plus de 30% des dents sont affectées. De même, la distribution indiquera si les secteurs molaires / incisifs sont atteints.

III.2. Les STADES des parodontites (Tableau N°1) Les parodontites de stade I

Le stade I correspond à la frontière entre les gingivites et les parodontites et donc aux stades précoces de la perte d'attache en réponse à une persistance d'une inflammation gingivale associée à une dysbiose du biofilm. Une identification précoce et la prise en charge de ces individus susceptibles est un véritable challenge et offre l'opportunité d'un traitement au stade débutant de la maladie avec un rapport coût / bénéfice favorable. Le développement de tests d'identification de biomarqueurs salivaires caractéristiques des parodontites ainsi que de nouvelles techniques d'imagerie devrait, à l'avenir, permettre d'améliorer la détection précoce des parodontites de Stade I.

Le traitement à ce stade de la maladie sera alors axé sur la diminution des facteurs de risque, l'optimisation du contrôle de plaque notamment interproximal et une instrumentation non-chirurgicale des poches > 3 mm.

Les parodontites de stade II

Le stade II correspond à un stade établi de parodontite où les

		Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
Sévérité	Perte d'attache interdentaire	1 à 2 mm	3 à 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Alvéolyse radiographique	<15%	15 à 33%	$\geq 50\%$	$\geq 50\%$
	Dents absentes pour raison parodontales	0	0	≤ 4	≥ 5
Complexité	Profondeur de poche	≤ 4 mm	≤ 5 mm	≥ 6 mm	≥ 6 mm
	Alvéolyse radiographique	Horizontale essentiellement	Horizontale essentiellement	Verticale ≥ 3 mm	Verticale ≥ 3 mm
	Lésions inter-radiculaires	Non ou classe I	Non ou classe I	Classes II ou III	Classes II ou III
	Défaut crestal	Non ou léger	Non ou léger	Modéré	Sévère
	Besoin en réhabilitation complexe	Non	Non	Non	Oui
Etendue	Cela s'ajoute à chaque stade et l'étendue sera soit localisée si $< 30\%$ des dents, soit généralisée si $\geq 30\%$ des dents				

Tableau N1 : les différents STADES des parodontites en fonction de la sévérité, de la complexité des lésions et de leur étendue

dommages créés par la maladie peuvent clairement être identifiés lors d'un examen clinique initial méticuleux. A ce stade, les lésions restent modérées avec des pertes d'attache de 3 à 4mm au niveau des sites les plus atteints, des poches parodontales de 5mm au maximum, une alvéolyse atteignant au maximum le tiers de la hauteur radiculaire et principalement de façon horizontale.

Dans les stades I et II, aucune dent n'a été perdue pour raison parodontale.

Tout comme pour la prise en charge du stade I, le traitement du stade II sera non-chirurgical du fait de l'absence de lésions complexes (lésion inter-radiculaire de classe I au maximum) et de poches profondes.

Les parodontites de stade III

Au stade III des parodontites, les dommages sont déjà importants et en l'absence de traitement, le pronostic est mauvais et pourra aboutir à la perte de toutes ou partie des dents. Ce stade est caractérisé par la présence de lésions parodontales profondes (poches profondes > 5 mm, alvéolyse atteignant ou dépassant la moitié de la hauteur radiculaire) et la prise en charge clinique est compliquée par la présence de défauts intra-osseux complexes ainsi que par des lésions inter-radiculaires de classe II et III. De même, à ce stade un nombre limité de dents peuvent déjà avoir été perdues pour des raisons

LA NOUVELLE CLASSIFICATION DE CHICAGO

parodontales ce qui peut aboutir à la présence de défauts de crête localisés qui compliquent le remplacement des dents manquantes par des implants.

Le traitement de ce stade III fera appel à une prise en charge initiale non-chirurgicale par détartrage/ surfaçage qui devra être souvent complétée par une phase chirurgicale secondaire. Cette phase chirurgicale sera soit une chirurgie d'assainissement / chirurgie de la poche afin d'éliminer les poches profondes résiduelles et prendre en charge les atteintes de furcation, soit une chirurgie à visée régénératrice pour traiter les lésions intra-osseuses et /ou inter-radicaux complexes. Toutefois au stade III les fonctions masticatoires sont préservées et le traitement de ce stade de parodontite ne requerra pas de réhabilitation complexe afin de restaurer la fonction et l'esthétique.

Les parodontites de stade IV

Le stade IV correspond à un stade avancé de parodontite, associé des dégâts parodontaux déjà très importants et des pertes dentaires nombreuses avec une perte associée de la fonction masticatoire. En l'absence d'un contrôle rigoureux de la parodontite et d'une réhabilitation globale adéquate, la dentition est fortement compromise.

Ce stade de la maladie est caractérisé par la présence de lésions parodontales profondes pouvant s'étendre jusqu'à la portion apicale de la racine et/ou un historique de pertes dentaires multiples.

Cliniquement, cela se traduit par des pertes d'attache très sévères associées à des poches très profondes, des lésions inter-radicaux de classe III et la présence de lésions intra-osseuse profondes. Des hypermobilités dentaires sont associées à ce stade de parodontite, compliquées par un trauma occlusal secondaire à la perte d'un certain nombre de dents et à l'absence de calage postérieur.

La prise en charge de ce stade de parodontite fera appel à une prise en charge globale multidisciplinaire où, en parallèle d'un traitement parodontal complexe, il faudra avoir recours à des réhabilitations prothétiques et parfois orthodontiques, globales afin de restaurer le calage et la fonction masticatoire.

III.3. Les GRADES des parodontites

Le système de Grades vient compléter le système de Stades et s'intéresse au taux et à la vitesse de progression de la parodontite. Le critère primaire est constitué par la possibilité d'obtenir des éléments d'évidence directs ou indirects de la progression de la maladie. L'évidence directe est basée sur une étude longitudinale au cours du temps c'est-à-dire sur la possibilité de **consulter des documents antérieurs (sondage**

et/ou radiographies superposables) et ainsi d'évaluer la progression sur une période de temps donnée en termes de perte d'attache et/ou d'alvéolyse. En l'absence de données antérieures, on utilisera un critère d'évidence indirect qui sera un **ratio entre le pourcentage d'alvéolyse et l'âge du patient** au niveau de la dent la plus atteinte parodontalement.

Les grades de parodontites peuvent être modifiés par la présence de facteurs de risque comme la consommation tabagique ou la présence d'un diabète.

L'objectif d'un système de grades est d'identifier les patients à haut risque de progression pour lesquels les thérapeutiques parodontales sont les moins prédictibles.

Les cliniciens devraient appréhender le système de grades en considérant le Grade B (taux modéré de progression) comme étant la norme des parodontites. Les patients à haut risque, Grade C, présentent un risque accru de progression de la parodontite ainsi qu'une moindre réponse aux traitements parodontaux. Dans l'évaluation du risque, la présence de facteurs de risque majeurs comme une forte consommation tabagique (>10 cigarettes par jour) ou un diabète non équilibré (hémoglobine glyquée HbA1c ≥7%) pourront amener à modifier et majorer le grade même en l'absence d'une évolution rapide au cours des 5 dernières années. En effet il est clairement identifié qu'en présence de ces deux facteurs de risque, le risque d'une moindre réponse au traitement et/ou d'une progression ultérieure de la maladie est fortement augmenté.

La classification distingue 3 GRADES (Tableau N°2).

Le GRADE A où la vitesse de progression est lente.

Dans le Grade A, il n'y a pas d'évidence de progression de la maladie au cours des 5 dernières années, le ratio entre le % de perte osseuse / âge du patient est compris entre 0,25 et 1, les quantités de plaque et de biofilm sont en adéquation avec les destructions parodontales observées. Les patients peuvent être fumeurs mais avec une consommation <10 cigarettes / jour et ils peuvent également présenter un diabète équilibré (HbA1c <7%).

Le GRADE B où la vitesse de progression est modérée.

Dans le Grade B, il y a une évidence de progression de la maladie au cours des 5 dernières années. La perte d'attache et/ou la perte osseuse radiologique observées sont **<2mm au cours des 5 dernières années**. Le ratio entre le % de perte osseuse / âge du patient est compris entre 0,25 et 1, les quantités de plaque et de biofilm sont en adéquation avec les destructions parodontales observées. Les patients peuvent être fumeurs mais avec une consommation <10 cigarettes / jour et ils peuvent également présenter un diabète équilibré (HbA1c <7%).

Le GRADE C où la vitesse de progression est rapide.

Dans le Grade C, il y a une évidence de progression forte de la maladie au cours des cinq dernières années. La perte d'attache et/ou la perte osseuse radiologique observées sont **≥2mm au cours des cinq dernières années**. Le ratio entre le % de perte osseuse / âge du patient est >1, les quantités de plaque et de biofilm sont en inadéquation avec les destructions parodontales observées. Les données recueillies peuvent suggérer des périodes de destruction rapides et/ou un début précoce de la maladie qui peuvent se caractériser par une localisation spécifique au niveau des molaires / incisives ou une absence de réponse aux thérapeutiques de contrôle bactérien. Les parodontites des patients fumeurs avec une **consommation >10 cigarettes/jour** et celles des patients présentant un **diabète non-équilibré (HbA1c ≥7%)** sont de grade C.

IV. Conclusion

Le diagnostic individualisé de parodontite pour un patient (notion de médecine personnalisée) devrait prendre en compte trois dimensions :

1. La mise en évidence clinique de la présence d'une parodontite basée sur la présence d'une perte d'attache clinique sur deux dents non-adjacentes (nécessité d'un sondage parodontal complet),
 2. L'identification de la forme spécifique de parodontite : les parodontites nécrosantes, les parodontites comme une manifestation directe de maladies systémiques ou les parodontites,
 3. La description de la forme clinique et de la progression de la maladie par un système de Stades et de Grades
- Concernant le diagnostic des parodontites, cette nouvelle classification supprime la distinction entre parodontite agressive et chronique pour ne retenir qu'une seule grande catégorie de

	Risque de progression	Grade A Faible	Grade B Modéré	Grade C Rapide
Critères	Perte d'attache ou alvéolyse radiographique sur les 5 dernières années	Non	< 2 mm	≥ 2 mm
	Ratio pourcentage d'alvéolyse/âge	< 0,25	0,25 à 1	> 1
Facteurs modifiants	Ratio quantité de plaque/destruction parodontale	Importante/faible	Normal	Faible/importante*
	Consommation quotidienne de cigarettes	Non	< 10	≥ 10
	Diabètes	Non	Oui HbA1c < 7,0%	Oui HbA1c ≥ 7,0%

Tableau N°2 : définition des trois différents grades de parodontite qui tiennent compte du taux de progression de la maladie et de la présence de facteurs de risque majeurs

Parodontites qui seront ensuite sous caractérisées en fonction :

- de leur étendue (**parodontite localisée** si moins de 30% des dents sont affectées ou **parodontite généralisée** si plus de 30% des dents sont affectées) et/ou de leur localisation (molaires/incisives),
- de la sévérité, la complexité des lésions et de leur prise en charge. Pour cela un système avec 4 stades permet de distinguer entre les formes débutantes et modérées de parodontite (Stades I et Stade II) et les formes sévères (Stade III) pouvant nécessiter une réhabilitation globale pluridisciplinaire (Stade IV),
- du taux de progression de la maladie et de la présence de facteurs de risque majeurs tels que le tabac ou le diabète.

Ce nouveau système de classification des maladies parodontales se veut plus simple et plus évolutif en permettant d'adapter la classification aux nouvelles données et connaissances scientifiques sur la physiopathologie des maladies parodontales et péri-implantaires qui apparaîtront dans les années à venir. La classification de 1999 est maintenant obsolète et cette nouvelle classification pour le diagnostic clinique des parodontites devra progressivement s'imposer auprès des cliniciens, des enseignants, des étudiants et des chercheurs.

Bibliographie

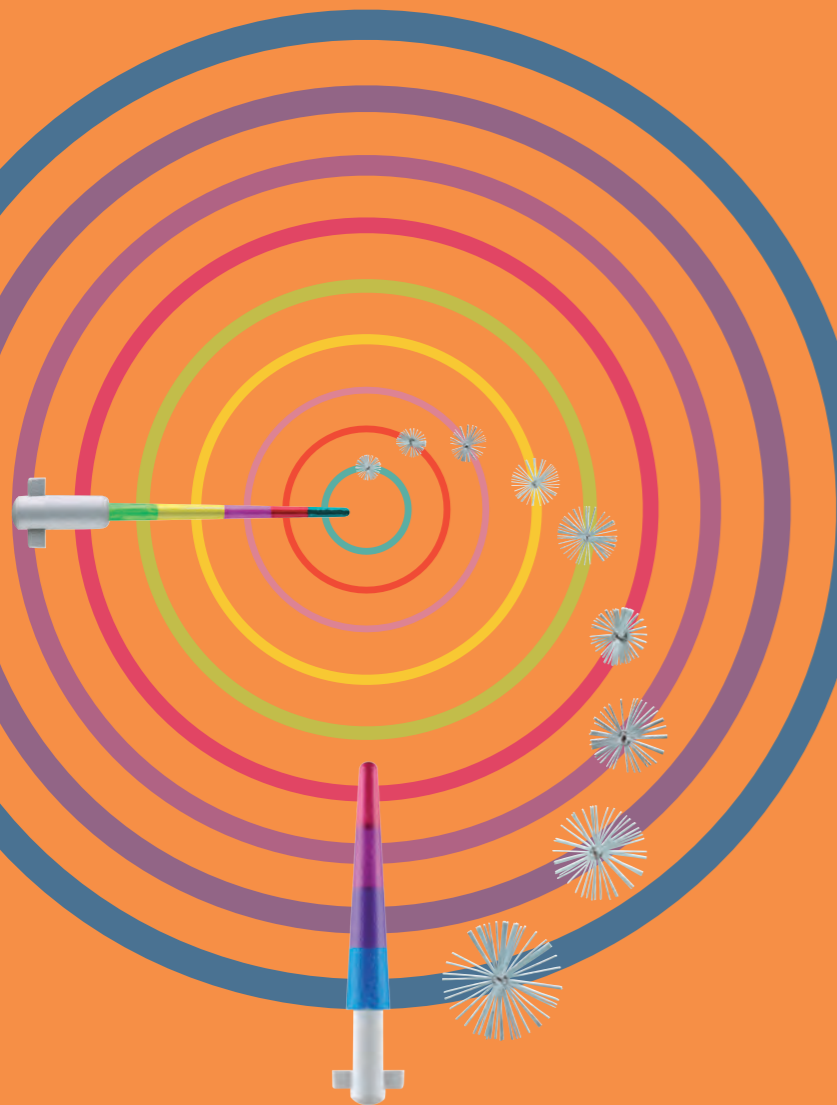
1 Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999 Dec;4(1):1-6.
2 Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999

classification. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S1-S8.
3 Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kerschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS.

Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-S182.
4 Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172.

LE SYSTÈME

Une mesure précise
Un choix personnalisé
Des patients motivés



Préventions primaire et secondaire



CPS Prime



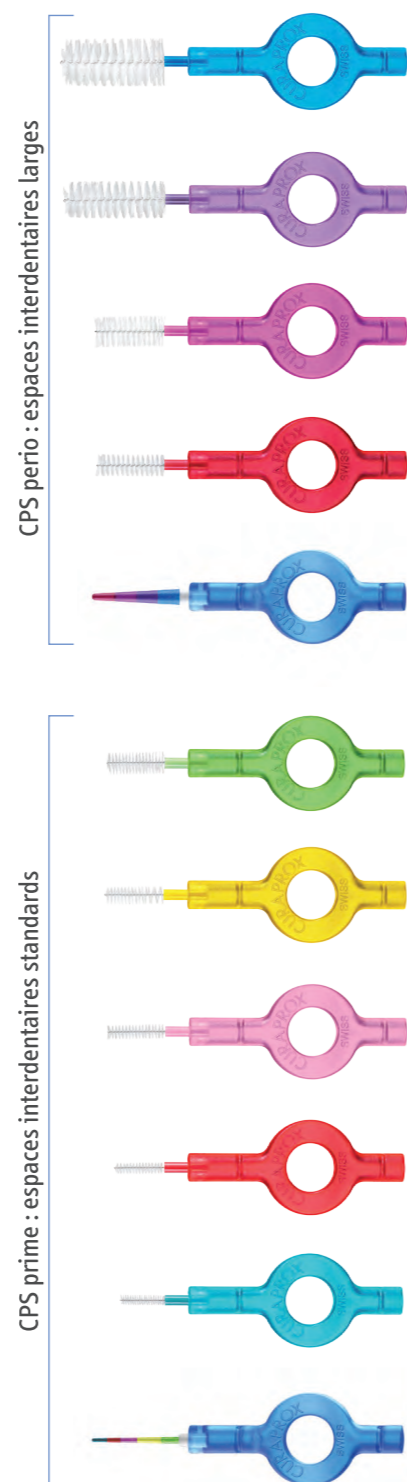
CPS Perio



Contactez-nous : Tél. : 33 (0)1 43 54 49 10
E-Mail : contact@curaden.fr - www.curaprox.com

CURAPROX

BROSSETTES INTERDENTAIRES



INTÉRÊT DES STATINES COMME THÉRAPEUTIQUE ADJUVANTE AU TRAITEMENT PARODONTAL

À partir de l'article « Contribution of Statins towards Periodontal Treatment: A Review » de Catherine Petit, Fareeha Batool, Isaac Maximiliano Bugueno, Pascale Schwinté, Nadia Benkirane-Jessel et Olivier Huck paru dans le journal *Mediators of Inflammation*. 2019. DOI: 10.1155/2019/6367402

INTRODUCTION

La maladie parodontale est une maladie inflammatoire d'origine infectieuse caractérisée par une destruction progressive des tissus parodontaux aboutissant à la perte de l'organe dentaire (Kinane et al., 2017). La pathogénie de la parodontite implique une interaction complexe de cascades immunitaires et inflammatoires initiées par des bactéries du biofilm oral (Cekici et al., 2014). Le traitement conventionnel consistant en des séances de détartrage et de surfaçage radiculaire (DSR) est partiellement inefficace chez certains patients, impliquant la persistance de poches parodontales profondes (Cobb et al., 2002). Par conséquent, plusieurs thérapies adjuvantes ont été testées pour améliorer les résultats au traitement parodontal. Dans ce contexte, l'administration systémique et locale de médicaments tels que des antibiotiques, des bisphosphonates, des anti-inflammatoires, des anticytokines, des probiotiques et des prébiotiques ont été testées pour réduire la charge bactérienne et contrôler l'inflammation (Agossa et al., 2016; Akram et al., 2017; Martin-Cabezas et al., 2016). De même, l'utilisation de statines dans le traitement parodontal a récemment été explorée (Estanislau et al., 2015). Les statines, ou inhibiteurs de la 3-hydroxy-3-méthylglutaryl coenzyme A réductase (HMG-CoA réductase), constituent un groupe de médicaments utilisés principalement dans le traitement de l'hyperlipidémie et la prévention des maladies cardiovasculaires (Martin-Ruiz et al., 2018). Leur structure cyclique leur confère des propriétés pharmacologiques différentes, notamment en ce qui concerne l'hydrophilie ou la lipophilie, leur transport, leur métabolisme ou encore leur clairance. Le choix de la molécule parmi les 9

PETIT Catherine, AHU, Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaire, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Faculté de Chirurgie-Dentaire, Université de Strasbourg INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), UMR 1260, laboratoire de nanomédecine régénérative, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg (FMTS)



HUCK Olivier, PU-PH, Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaire, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Faculté de Chirurgie-Dentaire, Université de Strasbourg INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), UMR 1260, laboratoire de nanomédecine régénérative, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg (FMTS)



statines connues a donc son importance (Fong et al., 2014). En plus de leur action hypolipémiante, les statines possèdent des effets pléiotropes en raison de leurs propriétés anti-inflammatoires, antioxydantes, antibactériennes et immunomodulatrices (Margaritis et al., 2017; Sakoda et al., 2006; Whitaker et al., 2017; Zeiser et al., 2018). Ces propriétés pourraient faire des statines un traitement adjuvant de choix au traitement parodontal en vue de favoriser la régénération parodontale (Cicek et al., 2016; Pradeep et al., 2016).

Effet des statines sur la réponse inflammatoire

En cas de parodontite, le recrutement de cellules inflammatoires dans les poches parodontales, telles que les leucocytes, les macrophages et les lymphocytes polymorphonucléaires, est associé à la libération d'un réseau complexe de cytokines. Les statines agissent sur plusieurs mécanismes physiopathologiques impliqués dans les réponses immunitaire et inflammatoire. La suppression de l'HMG-CoA réductase inhibe par exemple la phosphorylation de Rac et de p21Ras, des membres de la superfamille des GTPases, impliqués dans la transcription

de molécules pro-inflammatoires via la voie des MAP kinase (MAPK). Les statines suppriment également l'activation du facteur nucléaire kappa B (NF- κ B), réduisant ainsi l'expression des molécules pro-inflammatoires (Pahan et al., 2006) (Figure 1).

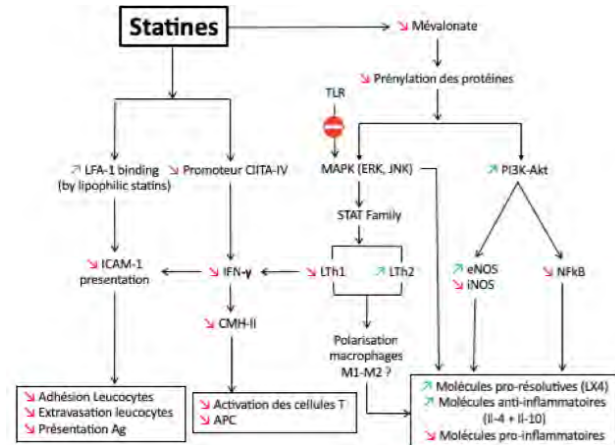


Figure 1 : Effet des statines sur la réponse immunitaire et inflammatoire. La fermeture directe du site LFA1 par les statines lipophiles empêche son interaction avec ICAM-1, entraînant une diminution de la chimiotaxie des leucocytes et une réduction de la présentation de l'antigène. L'inhibition par les statines de l'induction du CMH-II par IFN- γ mène à une diminution de l'activation des cellules T. Enfin, en réduisant la production de mévalonate, les statines amènent à la résolution de l'inflammation via les voies ERK, MAPK et PI3k-Akt.

In vivo, les statines sont responsables de la réduction de la cyclooxygénase-2 (COX-2), de la prostaglandine E2 (PGE2), de l'interleukine 1 β (IL-1 β), de l'IL-6, de l'IL-8, du facteur de nécrose tumorale α (TNF- α), de l'interféron gamma (IFN- γ), de la protéine C réactive (CRP), des facteurs de stimulation des colonies 2 et 3 (CSF2, CSF3), du recrutement de cellules inflammatoires mononucléées et de plusieurs récepteurs de type Toll (TLR) dans divers modèles de parodontite induite expérimentalement (PIE) ou de défaut parodontal aiguë (DPA) (Sousa et al., 2016 ; Jin et al., 2014 ; Machado et al., 2014). Des essais cliniques ont également mis en évidence une augmentation du taux d'IL-10 dans le fluide créviculaire gingival (GCF) de patients hyperlipidémiques traités par statines (Cicek et al., 2016).

De surcroît, la plupart des statines inhibent les métalloprotéases (MMP) impliquées dans la dégradation des protéines de la matrice extracellulaire, contribuant à la destruction du tissu parodontal. In vitro, la simvastatine inhibe puissamment l'expression de MMP-1, MMP-8 et MMP-9 induite par les lipopolysaccharides (LPS) bactériens (Poston et al., 2016). In vivo, une diminution de MMP-1, MMP-2, MMP-8 et MMP-9 a également été observée après administration de statines (Balli et al., 2014 ; Dalcico et al., 2013).

En outre, les effets anti-inflammatoires des statines améliorent la résolution de l'inflammation parodontale initiée par plusieurs médiateurs endogènes chimiques et lipidiques, tels que les lipoxines, les résolvines, les protectines et les marésines, pourraient éventuellement expliquer les résultats positifs du traitement adjuvant à base de statines (Hasturk et al.,

2006 ; Spite et al., 2010). Cependant, des études supplémentaires doivent explorer l'effet exact des statines sur les médiateurs pro-résolutifs.

D'autre part, diverses études ont démontré un effet inhibiteur des statines sur la nitric oxide synthase (NOS), impliquée dans la destruction tissulaire induite par l'inflammation (Herrera et al., 2011). In vivo, la rosuvastatine réduit de manière significative l'expression de la NOS inducible gingivale (iNOS) et la destruction des tissus induite par l'inflammation (Kırzioğlu et al., 2018). De son côté, le mévalonate, un des produits de l'HMG-CoA, est capable d'inhiber la kinase active au phosphatidylinositol-3 (PI3-Akt), une kinase qui phosphoryle et stimule la NOS endothéliale (eNOS). Par conséquent, en réduisant la concentration de mévalonate, les statines régulent positivement la production de NO dérivée de eNOS, ce qui se traduit par une vasorelaxation conduisant à une amélioration de l'angiogenèse et de la cicatrisation parodontale (Pahan et al., 2006).

Effet des statines sur la réponse immunitaire

Les statines sont capables de moduler la réponse immunitaire en faveur de la cicatrisation parodontale. In vitro, l'atorvastatine et la simvastatine provoquent une augmentation du nombre de cellules T régulatrices (Treg) humaines contrôlant l'immunité adaptative (Kagami et al., 2009 ; Mausner-Fainberg et al., 2008). De plus, la simvastatine est capable d'inhiber in vivo la stimulation de plusieurs TLR (1, 2, 3, 4, 6, 7 et 9) par les LPS d'Aggregatibacter actinomycetemcomitans (A.a), réduisant ainsi la capacité de cette bactérie parodontopathogène à échapper à la réponse immunitaire innée (Jin et al., 2014).

D'un autre côté, les statines diminuent l'expression du complexe majeur d'histocompatibilité II (CMH-II) par inhibition du transactivateur de la classe II du complexe majeur d'histocompatibilité (CIITA) dans plusieurs types de cellules, y compris les monocytes et les macrophages (Lee et al., 2008). Cet effet confère aux statines un effet potentiel de modulation de l'hôte sur le traitement parodontal en diminuant la présentation des antigènes bactériens par les cellules présentatrices d'antigènes, processus associé au recrutement massif de cellules immunitaires impliquées dans la destruction tissulaire (Cekici et al., 2014). En outre, Plusieurs études ont démontré l'inhibition de l'antigène-1 associé aux fonctions lymphocytaires (LFA-1) par les statines dans de nombreuses maladies inflammatoires et immunes autres que la parodontite. Or, LFA-1 est une intégrine qui est activée à la surface des fibroblastes (FB) par l'IFN- γ et représente, avec son ligand principal, la molécule d'adhésion intercellulaire-1 (ICAM-1), un facteur critique dans les stades précoces de l'inflammation. La lovastatine, la simvastatine et la mévastatine, mais pas la pravastatine, sont capables d'inhiber l'interaction in vitro de LFA-1 / ICAM-1 en se liant au site L de LFA-1 (Weitz-Schmidt et al., 2001). De cette manière, les statines limitent l'exacerbation de la réponse inflammatoire à

médiation immunitaire au site de la lésion. Cependant, l'impact des statines sur la liaison de LFA-1 dans le contexte de la cicatrisation parodontales reste inexploré.

Effet des statines sur le métabolisme osseux

Lorsque le front inflammatoire de la parodontite migre vers l'os alvéolaire, il stimule l'ostéoclastogenèse à l'origine de la destruction de l'os alvéolaire (Graves et al., 2011). Or les statines ont un impact sur le métabolisme osseux en promouvant l'ostéogénèse et en diminuant l'ostéoclastogenèse et l'apoptose des ostéoblastes (OB) (Zhang et al., 2014). Les statines permettent la régénération parodontale via les protéines Erk/BMP-2 qui améliorent la formation osseuse (Chen et al., 2010) et en antagonisant le TNF- α via la MAP kinase (MAPK) à l'origine d'une différenciation ostéoclastique (Yamashita et al., 2008). De plus, elles augmentent significativement les facteurs de différenciation des OB tels que la phosphatase alcaline, l'ostéocalcine, la sialoprotéine osseuse, la BMP-2 (Kim et al., 2011), l'ostéopontine et le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF) (Maeda et al., 2004) (Figure 2).

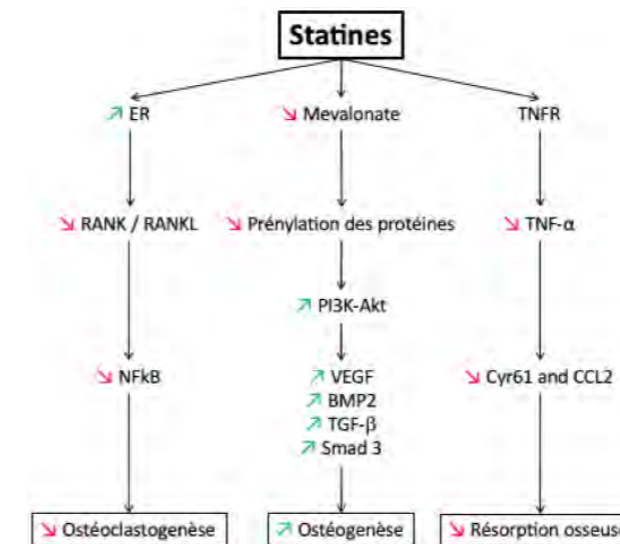


Figure 2 : Effet des statines sur le métabolisme osseux. Les statines diminuent l'ostéoclastogenèse en modulant la voie RANK/RANKL et le signal NF- κ B. Les statines promeuvent l'ostéogénèse en stimulant l'expression de VEGF, BMP2 et TGF- β par la voie PI3K-Akt. Enfin, les statines préviennent la résorption osseuse médiée par l'inflammation en diminuant TNF- α , via les récepteurs à TNF.

L'inhibition de l'HMG-CoA réductase par les statines diminue la prénylation du farnésyle pyrophosphate et du géranylgeranyl pyrophosphate, ce qui entraîne une augmentation des niveaux de BMP-2 et de VEGF par la voie PI3-Akt. Il est intéressant de noter que le VEGF et la BMP-2 régulent la différenciation des OB et la formation osseuse pendant la réparation et la régénération osseuses (Hu et al., 2016 ; Reyes et al., 2018).

En ce qui concerne les BMP, la simvastatine et la lovastatine accroissent les taux de BMP-2, augmentant par conséquent l'activité des OB in vitro (Dalcico et al., 2013 ; Kim et al., 2011). Les statines constituent alors une option rentable par rapport aux facteurs de croissance tels que BMP-2 pour la promotion de la cicatrisation osseuse (Stein et al., 2005 ; Wang et al., 2016).

Les statines hydrophobes (simvastatine, atorvastatine et céri-
vastatine) augmentent également l'expression de l'ARNm du VEGF dans les OB (Maeda et al., 2003). De même, la simvastatine augmente l'expression de l'ostéoprotégérine dans le tissu parodontal (Dalcico et al., 2013) et intensifie la calcification matricielle dans les cellules souches de la moelle osseuse humaine en diminuant la taille moyenne des colonies fibroblastiques (Baek et al., 2005). In vivo, les statines stimulent la croissance et la réparation osseuses en augmentant l'angiogenèse (Liu et al., 2014). Plus particulièrement, les statines avec un anneau lactone (lovastatine et simvastatine) augmentent la minéralisation de la matrice extracellulaire et stimulent la différenciation des OB par les cellules desmodontales via la voie ERK1/2 (Kim et al., 2011).

En outre, plusieurs essais cliniques ont montré une diminution significative de la résorption osseuse liée à l'utilisation de la simvastatine, de la rosuvastatine et de l'atorvastatine en complément au DSR (Lazzerini et al., 2013 ; Jim et al., 2014 ; Chang et al., 2013). De plus, les statines accroissent la formation osseuse en inhibant l'apoptose des OB et en augmentant le TGF- β contre la voie de signalisation Smad3 (Kaji et al., 2008).

De surcroît, les statines suppriment l'ostéoclastogenèse via la voie de signalisation RANK/RANKL. Simvastatine, atorvastatine et fluvastatine inhibent, in vitro et in vivo, l'expression de l'activateur du récepteur de RANK qui, avec RANKL, est requise pour la différenciation des précurseurs des ostéoclastes (Sousa et al., 2016, Fernandes de Araújo et al., 2013, Jin et al., 2014, Dalcico et al., 2013, Pokhrel et al., 2017). Au reste, l'IL-10 est également impliquée dans l'inhibition de la résorption osseuse en empêchant la voie RANK/RANKL (Evans et al., 2007). Les statines pourraient donc potentiellement réduire la résorption osseuse induite par l'inflammation (Kırzioğlu et al., 2017).

En conséquence, les statines empêchent la destruction osseuse tout en promouvant la régénération osseuse.

Effet antibactérien des statines

La parodontite est une maladie polymicrobienne capable de détourner la réponse immunitaire adaptative. L'infection non contrôlée empêche la cicatrisation parodontale et peut amoindrir le résultat thérapeutique en diminuant le gain d'attache clinique. Par conséquent, l'élimination des agents pathogènes parodontaux est la pierre angulaire du traitement parodontal.

Or, les statines peuvent contrer les bactéries en inhibant l'intermédiaire de la voie de biosynthèse des isoprénoïdes,

précurseurs du cholestérol, nécessaire à la croissance et à la stabilité de la membrane bactérienne. En outre, l'action des statines sur la production de lipoxine A4 (LXA4), un médiateur lipidique pro-résolutif qui améliore la clairance bactérienne, réduit la gravité de la maladie parodontale (Russel et al., 2014 ; Serhan et al., 2003). En inhibant la synthèse des isoprénoïdes, les statines entravent ainsi les molécules de signalisation intracellulaires telles que Rho ou Rac (Laufs et al., 2002). L'activité antibactérienne des statines a été démontrée in vivo vis-à-vis des bactéries anaérobies, y compris des agents pathogènes parodontaux tels que A.a et P.g (Emani et al., 2014). Néanmoins, toutes les statines ne présentent pas d'activité antibactérienne. Le degré d'inhibition de l'HMG-CoA réductase correspond directement aux capacités des statines à réduire le cholestérol (Liao et al., 2005), mais il ne semble pas correspondre à leur potentiel antibactérien (Ko et al., 2017). D'autres mécanismes que la diminution du cholestérol est mis en jeu dans l'action antibactérienne des statines. L'enzyme mTOR, régulée principalement par les TLR via deux voies majeures (voie dépendante de NF-κB et voie dépendante de PI3-Akt), est également impliquée dans la clairance bactérienne favorisée par les statines (Abdel-Nour et al., 2014).

Par conséquent, il est possible que les statines possèdent certaines propriétés antibactériennes qui pourraient faciliter le traitement parodontal. Cependant, la parodontite étant une maladie polymicrobienne, la sensibilité de divers autres agents pathogènes parodontaux aux statines doit également être évaluée.

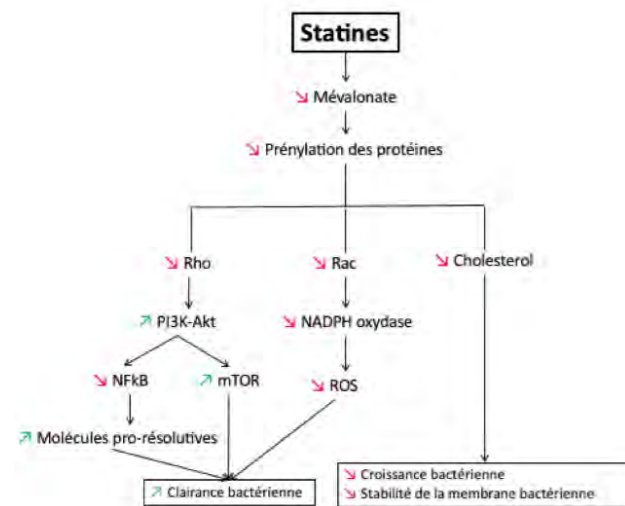


Figure 3 : Effet antibactérien des statines
Les statines stoppent la croissance bactérienne et perturbent la stabilité de leur membrane en diminuant le taux de cholestérol. Les statines augmentent la clairance bactérienne en diminuant la signalisation de NF-κB et de ROS (via les voies de la PI3K-Akt et de la NADPH oxydase, respectivement) et en renforçant la libération des molécules pro-résolutives.

Études cliniques de l'impact des statines sur les résultats au traitement parodontal

L'effet de l'administration locale de statines en complément du traitement parodontal non chirurgical a été étudié dans 20 essais cliniques (Tableau 1). Parmi les études identifiées, 13 ont montré une réduction significative de la maladie parodontale, et des défauts intra-osseux ainsi qu'un gain d'attache significatif chez des patients en bonne santé, 2 études ont eu les mêmes résultats chez des patients diabétiques de type II bien contrôlés et 3 autres chez des fumeurs. Au contraire, dans 2 études, les groupes tests utilisant l'atorvastatine ou la simvastatine n'ont montré aucune différence significative par rapport au groupe témoin après seulement 45 jours de suivi (Gunjiganur Vemanaradhya et al., 2017, Surve et al., 2015). Néanmoins, pour ces études, les auteurs ont constaté une réduction statistiquement significative des taux de plaque, de saignement au sondage, d'IL-6 et d'IL-8 après traitement parodontal (Gunjiganur Vemanaradhya et al., 2017).

Parmi les 4 études ayant comparé la réponse au traitement parodontal non chirurgical obtenu avec différentes statines, une étude n'a montré aucune différence significative entre l'atorvastatine et la simvastatine (Surve et al., 2015), alors que de meilleurs résultats ont été obtenus par l'atorvastatine dans une autre étude (Martande et al., 2017). Les deux études restantes ont mis en évidence une efficacité accrue de la rosuvastatine par rapport à l'atorvastatine (Pradeep et al., 2016, Garg et al., 2017). Fait intéressant, des études sur les effets du traitement adjuvant par les statines sur les marqueurs biologiques du GCF ont montré que l'administration de simvastatine réduit considérablement l'IL-6 et l'IL-8 pro-inflammatoires et augmente l'IL-10 anti-inflammatoire (Gunjiganur Vemanaradhya et al., 2017, Surve et al., 2015, Grover et al., 2016).

Dans toutes les études dans lesquelles la simvastatine, l'atorvastatine ou la rosuvastatine ont été administrées localement conjointement à une approche chirurgicale, les auteurs ont observé une réduction significative de la maladie parodontale et une amélioration significative du gain d'attache clinique et du comblement osseux pour le groupe test par rapport au groupe témoin (Kinra et al., 2010 ; Martande et al., 2016 ; Pradeep et al., 2016 ; Rajan et al., 2017) (tableau 1). Parmi ces études, la différence moyenne de profondeur de poche entre les groupes test et contrôle varie de $1,3 \pm 0,21\text{mm}$ à $2,51 \pm 0,22\text{mm}$ ($p < 0,001$). Ainsi, la différence moyenne de gain d'attache entre les groupes test et contrôle va de $1,16 \pm 0,09\text{mm}$ à $2,35 \pm 0,08\text{mm}$ ($p < 0,001$). De plus, la différence moyenne de comblement des défauts infra-osseux entre le groupe test et le groupe contrôle varie de $1,336 \pm 0,714$ à $3,08 \pm 0,07$ ($p < 0,001$).

Enfin, 7 études ont évalué l'impact de l'administration systémique de statine sur les résultats cliniques du traitement parodontal non chirurgical (tableau 2). Parmi celles-ci, 4 ont montré des améliorations significatives concernant le gain d'attache

clinique, la réduction de la maladie parodontale et/ou de la perte de dents par rapport au groupe témoin (Poston et al., 2016 ; Cunha-Cruz et al., 2006 ; Fentoğlu et al., 2010 Meisel et al., 2014). Au contraire, les 3 autres études n'ont montré aucune différence significative des résultats cliniques parodontaux entre le groupe recevant une administration systémique de statines et le groupe témoin (Fajardo et al., 2010 ; Fentoğlu et al., 2012 ; Sangwan et al., 2016). Ces divergences pourraient être dues au suivi très court des 3 études susmentionnées (3 mois) par rapport aux autres (suivi de 3 mois à 7 ans). De plus, l'une des études n'a pas comparé les résultats du groupe test avec un groupe contrôle (Fentoğlu et al., 2010).

DISCUSSION

En agissant sur la réponse immuno-inflammatoire, la régénération osseuse et l'activité antibactérienne, les statines favorisent la cicatrisation et la régénération des plaies parodontales. Elles agissent par plusieurs voies physiopathologiques étroitement liées les unes aux autres, soulignant leur intérêt de cibles thérapeutiques potentielles.

Cependant, le mode d'administration des statines affecte les résultats du traitement parodontal. L'administration systémique orale des statines réduit l'inflammation parodontale et la perte de dents qui en résulte (Meisel et al., 2014), mais la faible dose résultante disponible pour les tissus parodontaux après métabolisme hépatique les rend relativement moins efficaces (Zhang et al., 2014). Par ailleurs, une dose plus élevée peut entraîner des effets indésirables systémiques (Grover et al., 2014 ; Martinez et al., 2018). Pour éviter ces effets secondaires, diverses stratégies d'application locales, permettant une délivrance spécifique au site d'intérêt, réduisant la dose requise, la fréquence d'application et la biodisponibilité dans le sang (Zhang et al., 2014 ; Da Rocha et al., 2015 ; Joshi et al., 2016), tout en améliorant l'observance du patient (Mombelli et al., 2004), ont été testées dans la littérature. Le développement et la sélection d'un vecteur optimal de délivrance des statines est crucial car il renforce la rétention des statines sur la lésion et agit comme un support pour la croissance et la différenciation cellulaires (Park, 2009). Par conséquent, il doit être capable de résister à l'environnement buccal, aux échanges de fluide continus à l'intérieur de la poche et à l'afflux salivaire.

Plusieurs études démontrent que les propriétés anti-inflammatoires des statines varient en fonction du type et de la dose de statine utilisée (Schwinté et al., 2017). Au niveau cellulaire, la modulation de la polarisation des macrophages, d'un phénotype M1 pro-inflammatoire à un phénotype M2 pro-résolutif, par l'administration systémique de médicaments immuno-modulateurs, résout l'inflammation persistante associée à la parodontite chronique (Sima et al., 2013). Dans ce contexte, il faut explorer la possibilité pour les statines de passer de M1 à M2 afin de favoriser la cicatrisation et la régénération des plaies parodontales. En outre, il reste à déterminer si une réduction des taux plasmatiques de cholestérol total et de LDL-cholestérol induite par les statines dans l'espace parodontal pourrait

réduire le recrutement des macrophages afin d'améliorer les résultats du traitement parodontal.

Concernant l'application locale des statines, la plupart des études cliniques se basent sur un dosage de 1,2% (principalement l'atorvastatine, la simvastatine et la rosuvastatine) (Pradeep et al., 2016 ; Pankaj et al., 2018 ; Kumari et al., 2017 ; Pradeep et al., 2012). Cependant, d'autres dosages doivent être testés pour confirmer la concentration idéale.

La littérature se concentre principalement sur l'utilisation de statines en tant que complément au traitement parodontal non chirurgical (Akram et al., 2018 ; Meza-Mauricio et al., 2018 ; Muniz et al., 2018). L'impact des statines dans le traitement parodontal chirurgical reste relativement moins exploré, à l'exception de quelques études où elles sont combinées à d'autres agents régénératifs tels que l'allogreffe ou le PRF (Martande et al., 2016 ; Pradeep et al., 2016). En outre, tous les types de statines n'ont pas encore été étudiés et dans la plupart des études impliquant des statines, la période de suivi n'a pas dépassé 9 mois (Grover et al., 2016 ; Agarwal et al., 2016). Par conséquent, il est impératif de suivre les études cliniques avec différents types de statines et pendant des périodes plus longues que celles couramment investies afin d'obtenir un aperçu plus profond et plus authentique de leurs avantages à long terme.

De plus, les études menées jusqu'à présent concernaient principalement des patients hyperlipidémiques, des patients diabétiques ou des fumeurs. Or, des atteintes systémiques, telles que l'obésité ou le syndrome métabolique, modifient considérablement la réponse de l'hôte aux agents pathogènes parodontaux (Zhou et al., 2011), mais pourraient également altérer la réponse au traitement. Par exemple, les effets induits par les statines chez les rats présentant un syndrome métabolique sont différents de ceux observés chez les rats sains (Jin et al., 2014), soulignant le potentiel de modulation de l'effet pharmacologique en raison de l'état systémique. Même si les essais cliniques menés chez des patients diabétiques ou présentant une hyperlipidémie ont montré des résultats prometteurs lorsque les statines sont administrées de manière concomitante avec un traitement parodontal non chirurgical (Poston et al., 2016 Fentoğlu et al., 2010 ; Fentoğlu et al., 2012 ; Sangwan et al., 2016), des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes biologiques différentiels modulés par l'administration de statines. Il serait également important d'évaluer la tolérance et l'efficacité des statines chez des sujets présentant différentes conditions systémiques où la réponse du traitement parodontal est altérée (par exemple, une maladie du foie, un dysfonctionnement rénal ou un état immunodéprimé).

En ce qui concerne l'administration systémique de statines, une étude a montré que l'utilisation d'une combinaison de deux statines de pharmacocinétiques différentes (atorvastatine et pravastatine) chez des patients hyperlipidémiques améliore leur profil lipidique par rapport à ceux traités par une monothérapie (Athtyros et al., 2001). L'impact de la combinaison de

deux statines sur la réponse au traitement parodontal pourrait être intéressante à tester, d'autant qu'une telle association permettrait de réduire les doses de chacune des deux statines et donc leurs effets indésirables potentiels (Ogai et al., 2015). De même, l'incidence de l'incorporation de statines avec des agents antimicrobiens, des facteurs de croissance ou d'autres molécules pro-génératives au sein d'un système d'application local pourrait être étudiée en complément du traitement parodontal non chirurgical. L'intégration de statines dans des gels (Gunjiganur Vemanaradhya et al., 2017) ou des dentifrices (Rosenberg et al., 2015) pourrait améliorer la facilité d'application et pourrait être potentiellement bénéfique dans la phase de maintenance parodontale.

CONCLUSION

L'impact des statines sur la régénération osseuse a fait l'objet de nombreuses études, mais son effet sur la cicatrisation des tissus mous reste moins exploré. De plus, l'impact des statines sur les molécules pro-résolutives n'a pas encore été étudié dans le contexte de la guérison et de la régénération parodontales. Le choix d'une dose optimale de statines, en fonction du mode d'administration du médicament et du support utilisé, peut renforcer l'impact positif de cette molécule

sur les résultats du traitement parodontal. De même, l'association de statines avec des facteurs de croissance ou d'autres médicaments sur un support d'administration locale performant pourrait favoriser la régénération parodontale. Cependant, toutes les statines connues n'ayant pas encore été testées, de nouvelles études doivent évaluer leur impact sur les réponses antibactérienne, inflammatoire, immunitaire et ostéoprogénitrice. De nouvelles recherches donc sont nécessaires pour caractériser au mieux les capacités régénératives des statines pour le parodonte.

Les lecteurs souhaitant obtenir le détail des tableaux 1 et 2, ainsi que le détail de la bibliographie peuvent s'adresser directement aux auteurs à l'adresse : huck.olivier@gmail.com

Tableau 1 : études cliniques évaluant l'impact de l'administration locale de statines sur la cicatrisation parodontale

Tableau 2 : études cliniques évaluant l'impact de l'administration systémique de statines sur la cicatrisation parodontale

SAVE THE DATE

LE CONGRÈS ANNUEL DE LA SFPIO
VOUS ACCUEILLERA AU GRAND LARGE
Palais des Congrès de Saint-Malo
LES 12 ET 13 JUIN 2020 !

Présidente scientifique
Corinne Lallam Paris

Président du congrès
Patrick Boulange Metz

Président SFPIO
David Nisand Paris



proparo

soins des dents et des implants

Membranes

Smartbrane

La membrane intelligente (procédé breveté). Existe en 10x10 mm.

Ossix Plus

La membrane à résorption lente. Fiable au moment crucial.

Ossix Volumax

Matrice pour gagner du volume osseux.

Tiseos

Membrane synthétique à base de plantes.

Bio-Mem ptf

Membrane non résorbable renforcée titane ou non.

Prévention et maintenance

Perisolv

Pour éliminer TOUS les tissus de granulation sans agression.

Bluem gel

Pour la cicatrisation de la gencive après la chirurgie.

Hyadent BG

Acide hyaluronique : pour les traitements parodontaux
Acide hyaluronique : promoteur naturel de la régénération.

20%
de remise
dès 5 produits
achetés

Substituts osseux

The Graft

Le substitut osseux porcin au plus proche de l'humain.

Osopia

Ha-Tcp nouvelle génération.

Instruments

Deppeler

Tous les instruments de paro et le kit de tunnelisation.

ADS

Les instruments utilisés par le Pr Hürzeler pour la micro-chirurgie.

REGEDENT
smart regeneration

DEPPERER®
SWISS DENTAL
MANUFACTURE

bluem
oxygen for health

CMS Dental A/S
OUR INNOVATION YOUR SUCCESS

**Tous les biomatériaux
et bien plus sur...**

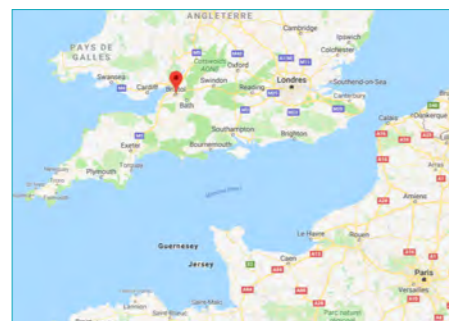
www.proparo.fr

SAVE THE DATE

INTERNATIONAL CONFERENCE ON ORAL MALODOUR

14-16 Juillet 2019

Lieu : De Vere Tortworth Court Hotel, Wotton
Under Edge, GL12 8HH



CONFERENCE FEES

Early bird rates are available upon registering for the event. The early bird rate will finish on the 14 June.

On 15 June the rates will increase to £450 standard and £250 student standard.

Registration closes on 01 July 2019.



Le prochain congrès de l'ISBOR, l'International Society for Breath Odour Research, va se dérouler à Bristol du 14 au 16 Juillet prochain. L'ISBOR a été créée sous l'impulsion d'une équipe de microbiologistes et de cliniciens issus des grands centres de recherche internationaux. Citons quelques noms des pionniers ayant participé aux travaux fondateurs, Joseph Tonzetich (UBC Vancouver, Canada), Walter Loesche Ann Arbor Michigan, USA), Mel Rosenberg (TAU, Israël), Ken Yaegaki (Yokohama, Japon), Daniel Van Steenberghe (Leuven, Belgique), Michael Newman (UCLA, USA). C'est John Greenman et Saliha Saad qui seront nos hôtes dans le cadre du très british De Vere Tortworth Court Hotel (Wotton Under Edge, GL12 8HH). Les membres de l'équipe de recherche sur l'halitose de l'Université de West of England nous transmettent l'invitation suivante :

The last conference of the International Society for Breath Odour Research (ISBOR) was held over a decade ago and since then, there have been very

**UWE
Bristol** University
of the
West of
England

few conferences or meetings that have focussed entirely or specifically on Oral Malodour research. Yet the field has continued to grow in this intriguing area of science.

This conference will provide an opportunity for experienced workers in the field to give an invaluable update to those who continue to research and have an interest in this area. It will also provide an ideal opportunity to engage, make new connections and inform new individuals (e.g. students, scientists, industry experts and clinicians) of this exciting area of research, in which in recent years the influence of the Oral Microbiota on our whole well-being has become ever more apparent.

Topics will cover oral malodour physiology, microbial ecology, diagnosis, measurement and treatment with a particular focus on the very important role of the oral microbiota, not just in malodour but also in Cardiovascular Disease, Diabetes, Rheumatic Diseases and Dementia.

The conference is aimed at academics, clinicians, professionals from the oral care industries and students.

Tout confrère intéressé par ce rendez-vous clé, enseignant du monde hospitalo-universitaire ou praticien soucieux de donner des réponses actualisées sur ce sujet encore tabou, peut obtenir des informations plus précises en s'adressant directement au docteur Saad : Saliha.saad@uwe.ac.uk ou à l'adresse yves.reingewirtz@orange.fr

Contact hôtel : Totworth.reservations@devere.com



De Vere Tortworth Court Hotel

SAVE THE DATE

Le prochain congrès du CNEP
aura lieu du 13 au 15 septembre 2019
à Lille



Pour plus d'information, www.cneparo.fr

JPIO, l'information validée en parodontologie et en implantologie



Des articles et des auteurs de référence !

- ✓ Des numéros thématiques.
- ✓ Des articles originaux validés par un comité d'experts.

La seule revue de presse scientifique francophone en parodontologie.

199 €
au lieu de 288 €*
soit 31 % de réduction

Votre abonnement d'un an comprend :

- ✓ 4 numéros trimestriels
- ✓ 1 numéro hors-série
- ✓ l'accès illimité aux archives de la revue et à la recherche documentaire sur editionsmdp.fr

BULLETIN D'ABONNEMENT SPÉCIAL MEMBRES SFPIO

À COMPLÉTER ET À RETOURNER AVEC VOTRE RÈGLEMENT À : Service Clients Initiatives Santé - c/o Abosiris - BP53 - 91540 Mennecy. Contact par email : service-clients@editionsmdp.fr ou par téléphone au 01 84 18 10 56 ou en ligne : www.editionsmdp.fr

Oui, je m'abonne au JPIO.

Je suis membre SFPIO et bénéficie du tarif privilégié de **199 €** au lieu de **288 €***.

JE JOINS MON RÈGLEMENT PAR :

- Chèque à l'ordre de : Éditions CdP
 Carte bancaire (Sauf American Express)

N°

Expire fin : 3 derniers n° au verso de la carte

Date et signature obligatoires

MES COORDONNÉES : Mme Mlle M.

Nom : Prénom :

Adresse : professionnelle personnelle

Code postal : Ville :

Pays :

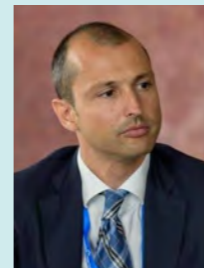
Téléphone : Fax :

Orientation d'exercice : Omnipratique Parodontologie/Implantologie
 ODF Prothèse Endodontie Odonto pédiatrique
 Odonto conservatrice Enseignant Etudiant

Je souhaite recevoir gratuitement « La lettre d'info du chirurgien-dentiste », chaque mois, à l'adresse email suivante : @

MIEUX CONNAITRE NOS PARTENAIRES

Alberto MARTINA
Administrateur Délégué
Sweden & Martina



Alberto MARTINA,
Administrateur Délégué
Sweden & Martina

répond aux questions des Responsables Partenaires SFPIO, Séverine VINCENT-BUGNAS et Loïc CALVO

Pouvez-vous nous présenter votre société ?

45 années d'expérience, des ventes directes en France, des filiales en Espagne, au Portugal, au Royaume-Uni et aux États-Unis et un très bon positionnement dans plus de 30 pays dans le secteur de l'implantologie : Voilà ce qu'est Sweden & Martina. Grâce à la recherche scientifique, à sa flexibilité et à sa réactivité, l'entreprise promeut des concepts cliniques innovants, proposant des solutions concrètes et efficaces : une vision globale incluant la recherche in vitro, in vivo et clinique est le secret d'une asise solide et sûre. Toutes les activités de conception et de production sont menées dans les locaux de l'entreprise en Italie, pour assurer un contrôle total et direct sur tous les aspects du processus, et donc la pleine responsabilité du produit final.

Pouvez-vous en quelques mots nous rappeler la création et l'avènement de votre société telle qu'on la connaît aujourd'hui ?

Comme c'est le cas lors de nombreuses histoires de succès, notre entreprise a subi plusieurs étapes de croissance et de développement ; en voici les plus cruciales : 1- distribution de produits d'excellence, sélectionnés uniquement en vertu d'accords exclusifs 2- traiter directement avec le praticien. Sweden & Martina a été la première entreprise en Italie à créer, former et développer un vaste groupe de commerciaux du secteur dentaire depuis 1971 3- d'une entreprise commerciale à une entreprise industrielle : un solide département Recherche et Développement en relation continue avec les praticiens et les universités d'une part, et une usine

de production à la pointe de la technologie d'autre part sont devenus le véritable noyau de l'entreprise au cours des 20 dernières années.

Quels apports spécifiques pensez-vous pouvoir apporter aux praticiens spécialistes, ou dont la pratique est « orientée » paro ou implantologie ?

L'un de nos objectifs au cours de la dernière décennie a été de placer au centre de notre recherche scientifique non seulement les tissus durs, mais aussi les tissus mous, dont le rôle est fondamental pour le succès de toute thérapie implantaire :

“ une vision globale incluant la recherche in vitro, in vivo et clinique ”

De nombreuses études scientifiques in vitro et in vivo ont démontré que la longévité de tout système implantaire est garantie non seulement par son ostéo-intégration, mais aussi par la santé des tissus mous.

Conformément à ces objectifs, Sweden & Martina a développé Prama, le premier implant au col transgingival qui a littéralement révolutionné l'approche du praticien sur la prothèse sur implant. La combinaison de la surface UTM (Ultrathin Threaded Microsurface) et de la morphologie cylindrique de l'implant assure la présence de tissus mous épais et stables au fil du temps, ce qui donne d'excellents résultats esthétiques.

Quels produits concernent plus particulièrement les soins en parodontologie ?

Les tissus mous sains doivent être l'objectif des traitements parodontaux et des implants. Afin d'obtenir ce résultat, Sweden & Martina a conçu des implants Prama et une gamme de prothèses XA. Grâce au traitement de surface UTM Prama implant est en mesure de conditionner positivement l'organisation et la prolifération ultérieure des fibroblastes, assurant ainsi la présence de tissu mou kératinisé autour de la couronne sur l'implant. Les piliers XA, ayant le même profil convergent et le même micro-filetage, agissent sur la base des mêmes concepts ; ils peuvent être utilisés sur des implants Bone Level, même si l'insertion est légèrement plus profonde. En cas de péri-implantite, Sweden & Martina a conçu Periset, un kit de perceuses pour le traitement de la péri-implantite. Celui-ci permet d'éliminer les agents pathogènes et les tissus endommagés à la surface de l'implant.

Quel message souhaitez-vous adresser aux membres de notre société ?

Après avoir concentré la plupart de nos recherches sur les avantages de la morphologie convergente, de la technique B.O.P.T. à l'implant Prama et à la gamme de prothèses XA, nous avons stimulé l'intérêt des implantologues, des chirurgiens dentistes et des parodontistes. La société a organisé de nombreuses formations en Italie et à l'étranger, et a hâte de commencer ce voyage en France, avec des praticiens et techniciens locaux.

sweden & martina
IMPLANTOLOGY
Contact - Tél: +39 049 91 24 300
@ : info@sweden-martina.com

**Anna NILVÉUS
OLOFSSON**

DDS, Responsable
du département
d'Odontologie et des
Affaires Scientifiques
chez TePe



LE DÉFI DE METTRE EN PLACE ET DE MAINTENIR DES HABITUDES SAINES

Bien que le brossage des dents soit une habitude déjà établie pour la grande majorité des patients, il en est tout autre en ce qui concerne le nettoyage interdentaire. L'intérêt du nettoyage interdentaire semble évident pour nous, professionnels de l'hygiène bucco-dentaire, mais comment surmonter les difficultés liées à la transmission des méthodes à nos patients et les aider à adopter et à maintenir des habitudes saines ?

Comprendre le processus vers un changement d'habitudes

Chez les patients en bonne santé, l'objectif est bien sûr de conserver les bonnes habitudes qui font déjà partie de leur quotidien. Cependant, dans le traitement des maladies parodontales ou des caries, des patients soucieux de leur santé et un changement conscient et actif des habitudes sont nécessaires pour atteindre le niveau souhaité d'hygiène buccale. En cherchant à améliorer la santé bucco-dentaire d'un individu, il est donc très utile de comprendre certains des mécanismes qui se cachent derrière le changement et la mise en place de nouvelles habitudes, à savoir le processus par lequel de nouveaux comportements sont pleinement adoptés.

L'importance d'une approche centrée sur le patient

Faire le point sur la situation du patient au départ encouragera sa motivation et la mise en place d'habitudes amenées à durer. La base est une relation respectueuse entre le praticien et le patient, ce qui crée également un sens de la responsabilité mutuelle. Le partage de toutes les informations pertinentes avec le patient est essentiel car la

connaissance est un facteur important dans le processus d'acquisition de nouvelles habitudes.

Le professionnel se doit d'informer le patient de son état et de l'importance de l'hygiène orale, de l'aider dans son auto-évaluation et, si nécessaire, d'envisager de modifier ses habitudes. Ainsi, le patient s'engagera activement dans sa vie quotidienne. Cependant, lors de telles négociations, les souhaits et les convictions du patient doivent être respectés avant de

parvenir à un accord.

Créer un impact immédiat par la communication verbale et non-verbale peut contribuer à la qualité de l'interaction. Le langage corporel, le contact visuel et les expressions faciales, associés à une écoute active et au ton de la voix, sont des outils efficaces pour créer un lien et une relation de confiance.

L'habitude souhaitée du nettoyage interdentaire

La recherche montre également qu'évaluer les capacités et la motivation du patient avant de donner un conseil en matière de soins bucco-dentaires favorisera l'observance. Les recommandations relatives au



dispositif de nettoyage interdentaire optimal doivent donc être fondées sur la situation clinique ainsi que sur la dextérité manuelle et la motivation du patient. Le choix d'un dispositif facile à utiliser et la prise en compte des préférences du patient faciliteront les résultats. On peut noter ici que les résultats de la recherche indiquent que la brosse interdentaire est le dispositif de nettoyage le plus efficace et celui que la plupart des patients préfèrent utiliser.

L'interaction se poursuit pendant que le praticien explique au patient comment utiliser le dispositif choisi et s'assure qu'il maîtrise la technique, tandis que le patient assume la responsabilité de pratiquer la méthode d'hygiène buccale à domicile afin de créer l'habitude du nettoyage interdentaire.



Contexte, répétition et temps

Les participants d'une étude ont été suivis pour mesurer la mise en place de l'utilisation d'un dispositif de brossage interproximal, choisi de leur plein gré. La régularité a augmenté avec le temps et il a fallu en moyenne 66 jours, avec une plage de temps comprise entre 18 et 254 jours, pour que l'habitude soit pleinement adoptée. Notons qu'une occasion manquée d'utilisation n'a aucun impact sur le processus, bien que la répétition de l'activité renforce l'automatisme jusqu'à la création d'une habitude stable.

Compte tenu de ces méthodes, il est naturel de guider le patient dans la recherche d'un contexte propice au nettoyage interdentaire. Il peut être effectué dans la salle de bain en même temps que le brossage du soir, mais cela n'est pas toujours adapté.

En outre, tous les obstacles susceptibles d'interférer avec la mise en place d'habitudes doivent, autant que possible, être éliminés. Par exemple, il pourrait être utile de recommander au patient de se procurer suffisamment de dispositifs pour durer pendant toute la période d'adaptation. L'écart entre l'intention de créer une habitude et son adoption complète doit être minimisé, en particulier parce que le processus peut prendre un certain temps. L'utilisation d'un journal de suivi ou la définition d'objectifs intermédiaires peut également faciliter cette mise en place.

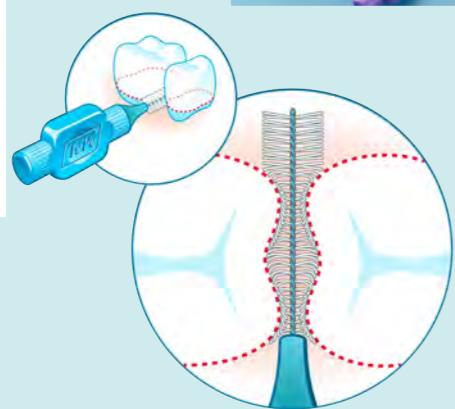
Références

- Dalonges DA, Fried JL. Creating Immediacy Using Verbal and Nonverbal Methods. J Dent Hyg. 2016 Aug;90(4):221-5.
- Deinzer R, Schmidt R, Harnacke D, Meyle J, Ziebolz D, Hoffmann T, Wöstmann B. Finding an upper limit of what might be achievable by patients: oral cleanliness in dental professionals after self-performed manual oral hygiene. Clin Oral Investig. 2018 Mar;22(2):839-846.
- Imai PH, Hatzimanolakis PC. Encouraging client compliance for interdental care with the interdental brush: The client's perspective. Can J Dent Hygiene. 2010 44:56-60.
- Lally P, Van Jaarsveld CHM, Potts HWW, Wardle J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. Eur J Soc Psychol. 2010 40:998-1009.
- Sälzer S, Slot DE, Van der Weijden FA, Dörfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis--a meta-review. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S92-105.

Même si le processus est interrompu ou si une habitude est perdue, cela devient un peu plus facile chaque fois que l'on tente de rétablir l'habitude. Comprendre cela est utile tant pour le praticien que pour le patient et permettra d'adopter un mode de vie plus sain.

Conclusion

Sans la participation et la motivation du patient, les professionnels des soins dentaires ne réussiront jamais à faire du nettoyage interdentaire une habitude ancrée. Le praticien a un rôle important à jouer, à la fois en tant que facteur de motivation psychologique et en tant qu'instructeur dans le choix et l'utilisation des dispositifs appropriés. Faciliter la formation d'habitudes chez le patient est certes un défi - mais aussi un stimulant.



LES PARTENAIRES VOUS INFORMENT



La faculté d'odontologie de Lorraine et CURADEN France annoncent leur partenariat

Promouvoir l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire à large échelle pour répondre au besoin de santé orale et de bien-être. Un projet humain et médical.

La faculté d'odontologie de Lorraine, dédiée à la formation initiale des étudiants en chirurgie-dentaire, à la formation continue des chirurgiens-dentistes et à la recherche fondamentale en odontologie, et Curaden France, filiale de Curaden AG entreprise suisse spécialisée dans les produits d'hygiène bucco-dentaire annoncent la mise en place d'un partenariat stratégique.

Cet accord va permettre de promouvoir à grande échelle l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire.



Une association d'experts de la santé orale

Ce partenariat permet aux deux partenaires de placer la prophylaxie bucco-dentaire au cœur du parcours de soins des patients ; en Prévention Primaire destinée à maîtriser l'étiologie et les facteurs de risques pour empêcher l'apparition des maladies carieuses et parodontales, aussi bien qu'en Prévention Secondaire qui a pour objectif d'agir au plus tôt pour limiter les lésions qu'en Prévention Tertiaire qui a pour but de soigner les conséquences des maladies carieuses et parodontales et d'éviter les récurrences.

Ensemble, les parties partagent les objectifs suivants :

- contribuer à la formation des étudiants de la faculté ; optimiser la qualité des enseignements au sein de la faculté d'odontologie de Lorraine,
- promouvoir les nouvelles technologies de l'Odontologie au sein de la faculté dans ses différents aspects et modes d'exercice,
- proposer aux étudiants et aux praticiens tout au long de leur parcours professionnel un soutien technique et professionnel dans les modalités d'exercice de leur profession.



Pr Jean-Marc Martrette (PU-PH), Doyen de la Faculté d'Odontologie de Lorraine

Dr Claude-Jacques Cywie Professional Education & Training Manager (Curaden France)

Faculté d'Odontologie de Lorraine :
Jordan MAYER | jordan.mayer@univ-lorraine.fr

Curaden France :
Dr. Claude-Jacques CYWIE | claudes-jacques.cywie@curaden.fr

TRAITEMENT D'APPOINT DES INFECTIONS BUCCALES ET DES SOINS POST-OPÉRATOIRES EN STOMATOLOGIE

La prescription des bains de bouche à base de chlorhexidine doit être réservée aux patients ne pouvant assurer une hygiène correcte par le brossage des dents.

PAROEX

Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %

PERFORMANCE PRÊTE À L'EMPLOI



Pour adultes et enfants de 6 ans et plus.

Mentions légales disponibles sur le site <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

SUNSTAR
FRANCE

LES PARTENAIRES VOUS INFORMENT

COLGATE® LANCE UNE FORMULE NOUVELLE GÉNÉRATION POUR UNE BOUCHE SAINÉ

Après des décennies de recherche, le nouveau Colgate Total® s'inspire de la biochimie de la bouche pour offrir une protection proactive de toutes les surfaces buccales et aider à prévenir les problèmes buccaux les plus fréquents.



Saviez-vous que les dentifrices fluorés classiques* offrent des résultats plus limités car le fluorure protège principalement les tissus durs (c'est à dire 20 % de la bouche) et ne possède pas d'action significative sur les bactéries. Or, juste après le brossage, les bactéries se redéposent très rapidement sur l'ensemble des surfaces buccales composées de tissus durs (20 %) et de tissus mous (80 %). En se brossant les dents deux fois par jour avec le nouveau dentifrice Colgate Total®, les patients luttent activement contre les bactéries sur 100 % des surfaces buccales pour avoir une bouche saine¹.

Formulé à l'aide d'une combinaison brevetée de Dual-Zinc et Arginine, le nouveau dentifrice Colgate Total® protège contre les bactéries de deux manières distinctes :

1. Colgate Total® se fixe et détruit les bactéries dans la salive et

les biofilms de plaque qui se déposent sur les tissus durs et mous. La combinaison Dual Zinc & Arginine interfère avec le métabolisme des nutriments qui est essentiel à la survie et à la croissance de ces bactéries.

2. Colgate Total® fortifie les défenses naturelles des tissus mous en déposant une barrière protectrice dans toute la cavité buccale. En agissant ainsi, il protège les tissus mous et durs contre la fixation et le développement des bactéries pour prévenir la formation de réservoirs bactériens.

RÉSULTATS CLINIQUES

Ce dentifrice multi-bénéfices permet une réduction bactérienne supérieure sur les dents, la langue, les joues et les gencives a été démontrée en 4 semaines, 12 heures après le brossage**¹.

Des diminutions significatives de la plaque dentaire et de l'irritation gingivale ont également été démontrées après 6 mois en comparaison avec un dentifrice fluoré classique non antibactérien².

Outre un excellent contrôle de la plaque dentaire et de l'irritation gingivale, le nouveau dentifrice Colgate Total® au Dual-Zinc et Arginine a fait la preuve de son efficacité pour une bouche saine, notamment sur la formation de tartre et l'hypersensibilité dentinaire, la réduction des dyschromies extrinsèques, l'halitose, la prévention des caries et la protection de l'émail.

Le Docteur Patricia Verduin, Directrice de la R&D de Colgate®, souligne que : « La vision qu'ont les patients de leur santé a changé depuis le lancement du Colgate Total® originel, il y a plus de 20 ans. Le focus initial sur une prévention des maladies et la résolution de certains problèmes, s'est transformé en une approche holistique et préventive contribuant à une vie pleine et connectée». Lorsqu'il s'agit de dentifrices, les patients cherchent désormais à s'assurer qu'ils ont fait tout leur possible pour avoir une bouche saine, pour leur permettre de mieux se connecter au monde qui les entoure.»

Grâce au nouveau Colgate Total® les patients disposent maintenant d'une solution innovante pour une santé bucco-dentaire proactive et plus complète***, délivrée par un dentifrice offrant une protection prouvée contre les bactéries sur la langue, les dents, les joues et les gencives.

¹ Prasad K et al, J Clin Dent 2018; 29 (Special Issue. A)

² Delgado E et al, J Clin Dent 2018; 29 (Special Issue A)

*Définis comme dentifrices non antibactériens.

**Réduction supérieure statistiquement significative des bactéries cultivables sur les dents, la langue, les joues et les gencives grâce au dentifrice Colgate Total® vs un dentifrice fluoré non antibactérien après 4 semaines, 12 heures après le brossage.

***Par rapport aux dentifrices fluorés classiques non antibactériens.

Pour plus d'informations, visitez
www.colgateprofessional.fr et www.colgate.fr



PHILIPS

sonicare

ProtectiveClean

ProtectiveClean

Élimine jusqu'à 7 fois plus de plaque** tout en restant doux pour les gencives.

Pour plus d'informations, connectez-vous sur :
www.dentiste.philips.fr
ou contactez notre numéro vert :
0 800 710 580.



Capteur de pression

Un accompagnement pour une expérience tout en douceur



Enlève jusqu'à 7x plus de plaque dentaire**

Signal de remplacement de la tête de brosse



innovation + you*

*Innovation et vous. **Par rapport à une brosse à dents manuelle.


sweden & martina



BE UNIQUE.
BE PRAMA.



#BEPRAMA

prama.sweden-martina.com