

OBJECTIF PAR



DÉCEMBRE 2017 - N°45

REJOIGNEZ VOTRE SFPIO EN RÉGIONS

36 manifestations déjà annoncées
pages 7 & 10-12



CONGRÈS SFPIO 2018

Pierpaolo CORTELLINI

Samedi 20 janvier 2018

Chateaufort Georges V

28 avenue Georges V, PARIS



Informations membres

Manifestations en régions

Les brèves de la SFPIO

Les cycles de formation nationaux

Hommage à Jean-Pierre CHAIRAY

Les événements à venir

Le Congrès 2018 - 20 janvier - Paris

EuroPerio9 - 20/23 juin - Amsterdam

Retour de Congrès

La SFPIO à l'ADF

Retour sur la journée SFODF SFPIO

Congrès de Toulouse 2017 :

les communications gagnantes

Questions autour d'un article

OP accueille le Dr Se Lim Oh

Rubrique Partenaires

Mieux connaître PRED

Les partenaires vous informent

EuroPerio9 vous attend

du 20 au 23 juin 2018

RAI Amsterdam

Europaplein, AMSTERDAM

*Dans ce numéro,
Retrouvez les articles
des sujets primés à
Toulouse 2017
page 33 à 46*



COMBINAISON
GAGNANTE !

0,12%
CHLORHEXIDINE & SANS
ALCOOL



REMB. SÉC. SOC. 15% (Flacon 300 ml)

PAROEX
Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %



PRÊT À L'EMPLOI

SOMMAIRE

Editorial	5
La SFPIO réserve à ses membres	6
Rendez-vous SFPIO en région	7
Hommage à Jean-Pierre CHAIRAY	8
Les manifestations et formations continues en région 2018	10-12
Les brèves de la SFPIO	13-14
Retour sur l'invitation de la Russie	16-17
Retour sur le Congrès ADF 2017	19-21
Retour sur la Journée SFODF/SFPIO	23-25
L'EFP nous informe	26
Dossier spécial EuroPerio9	27-29
Article scientifique - Ahnoda AHNOUX-KOUADIO - 2ème prix Recherche	33-34
Article scientifique - Chloé BARBANT - 2ème prix Clinique 1	35-37
Article scientifique - Vage BRUTIAN - 1er prix Clinique 2	38-39
Article scientifique - Etienne LABASSY - 2ème prix Clinique 4	40-43
Article scientifique - Alexandre EPAILLARD - 2ème prix Poster	44-46
Article scientifique - Hassina OUNNACI - Orthèse gingivale : Rapport d'un cas	47-48
Questions autour d'un article : Le Dr Se Lim Oh répond à Objectif Paro	50-51
Mieux connaître nos partenaires	53
Les partenaires de la SFPIO vous informent	54



Editeur et Réalisation

Société Française de Parodontologie
9, rue Boileau 44000 NANTES
Tél. 02 40 08 06 63
E-mail : sfpionational@gmail.com
Site internet : <http://www.sfparo.org>
N° ISSN 1162-1532

Impression

AFORTIORI - Tél. : 01 48 11 00 20

Directeur de la publication

Virginie MONNET-CORTI

Rédacteur en chef

Yves REINGEWIRTZ

Secrétariat administratif siège

Delphine BOHU et Caroline DENIAUD

Avec la collaboration de :

Jean-Luc ARDOUIN, Aurore BLANC, Alain BORGHETTI, Patrick BOULANGE, Philippe BOUSQUET, Aymeric COURVAL, Philippe DUCHATELARD, Stéphane DUFFORT, Caroline FOUQUE, Marjolaine GOSSET, Corinne LALLAM, Sara LAURENCIN, Josselin LETHUILLIER, Brenda MERTENS, Virginie MONNET-CORTI, David NISAND, Nicolas PICARD, Yves REINGEWIRTZ, Xavier STRUILLOU, Christian VERNER, Séverine VINCENT-BUGNAS

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.

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

SUNSTAR
FRANCE



TOUS NOS
MEILLEURS
VŒUX
POUR CETTE
NOUVELLE
ANNÉE



9, rue Boileau - 44000 NANTES
Tél : 02 40 08 06 63
www.sfparo.org

PARODONTOLOGIE

Chères amies et chers amis,

Pour la belle histoire de la Parodontologie et de l'Implantologie Orale Française, au travers de la SFPIO, un nouveau chapitre va s'ouvrir courant 2018 avec un nouveau président et une nouvelle équipe.

Je souhaite que le plus grand nombre d'entre vous participe à l'écriture de cette suite. De nouvelles rencontres professionnelles vous attendent tous. Soyez prêts, en renouvelant votre adhésion (n'oubliez pas de rester membres de la SFPIO ;-)).

Ce bel outil de formation et de promotion de la Parodontologie et de l'Implantologie Orale continuera à se bonifier au gré des années puisqu'il est entièrement dédié à l'amélioration permanente de la prise en charge de nos patients pour la promotion de leur santé bucco-dentaire et générale. En cela nous remplissons notre mission de Santé Publique par la réduction des risques et par le développement de la prévention et de l'éducation **pour la santé**.

Je dédicace aussi toutes ces actions à nos partenaires de l'industrie qui ont, pour la plus grande majorité, été à notre écoute et ont toujours répondu présent pour nous apporter leur soutien. Sans eux rien n'aurait été possible !

Pour un bilan détaillé de nos actions depuis 4 ans, je vous propose d'aller sur notre site et notre page facebook et de visionner un diaporama qui montre bien la quantité d'énergie que nous avons déployé au profit de l'aboutissement et de la réussite de nos projets :

- Une fois encore notre séance au congrès de l'ADF 2017 a fait salle comble et nous remercions vivement Myriam Dridi qui a organisé un programme d'excellence global concernant nos disciplines et les conférenciers qui ont animé un beau débat autour des liens entre parodontie et implantologie.
 - En novembre 2017, nous avons eu le privilège de représenter la SFPIO auprès de nos homologues russes à Moscou qui nous ont accueillis avec beaucoup de gentillesse et d'intérêt.
 - Notre première journée Multidisciplinaire SFODF/SFPIO de décembre 2017 a elle aussi rencontré un franc succès « à guichet fermé » avec de très nombreuses questions/réponses dans une ambiance conviviale de fêtes de Noël. Merci à Olivier Sorel et son équipe pour son enthousiasme et dynamisme au service de la réussite de cet événement. La seconde édition de ces rencontres aura lieu en décembre 2018 ! Réservez ce moment !
 - Vous trouverez aussi tous les nombreux et excellents « Rendez-Vous SFPIO en région », j'aimerais pouvoir assister à la plupart de ces manifestations en 2018 !
 - EuroPerio9, du 20 au 23 juin 2018 promet d'être un événement majeur de la décennie avec une participation française très nombreuse et très appréciée. Merci à toutes les équipes qui ont envoyé des demandes de communications et posters (69 résumés envoyés pour la France – 4ème pays ayant envoyé le plus de résumés).
 - En 2018, la SFPIO Sud-Ouest fêtera ses 50 ans et ce sera avec le soutien et la participation de la SFPIO Nationale.
 - Le congrès 2019 aura lieu à Paris, merci à l'équipe locale d'avoir accepté ce challenge !
- Enfin je vous laisse découvrir de nombreuses informations de toute première importance dans ce numéro OP « spécial nouvel an ».

Ces quelques années à la présidence de la SFPIO et au sein d'une équipe exceptionnelle que je remercie chaleureusement pour son dynamisme, sa joie de vivre et son efficacité m'ont donné beaucoup de bonheur, et resteront à jamais gravées dans ma mémoire. Je porterai un regard bienveillant et serai toujours à la disposition des successeurs.

Bonne année à tous.
Parodontalement vôtre,

Virginie MONNET-CORTI



La SFPIO réserve à ses membres

L'ouvrage

« J'ai peur de perdre mes dents, que faire Docteur ? »

Disponible par 50 exemplaires

Tarif spécial membre : 100 € + frais de port



La plaquette

« Ce que vous devez savoir sur les maladies parodontales »

Disponibles par 200 exemplaires

Tarif spécial membre : 52,50 € (frais de port inclus)

Les tenues à l'effigie de la SFPIO

Blouses brodées SFPIO

homme ou femme, taille XS à XL

50 € + frais de port

Pantalon assorti (sans logo)

homme ou femme, taille XS à XL

45 € + frais de port

Taille rallongée

50 € + frais de port

Calot sérigraphié SFPIO

taille unique

11 € + frais de port



31

Rendez-vous SFPIO en région

HAUTS DE FRANCE
21/03/2018 : Julien BRAUX
2018 : avancées diagnostiques et thérapeutiques en parodontologie

PARIS
15/03/2018 : Kenton KAISER
Hypnose en odontologie
07/06/2018 : Frédéric DUFFAU, Matthieu DALIBARD et Alexandre MATHIEU
Après midi TP Education à l'hygiène Orale
Soirée conférence Education thérapeutique

LORRAINE
01/02/2018 : Frédéric DUFFAU
Vos patients sont-ils à côté de la plaque?

ALSACE
25/01/2018 : Frédéric CUISINIER
Utilisation des cellules souches mésenchymateuses en parodontologie
19/04/2018 : Philippe SEBBAG
Considérations parodontales avant, pendant et après une réhabilitation implantaire

NORMANDIE
04/2018 : Jean-Louis GIOVANNOLI
Les péri-implantites

VAL DE LOIRE
25/01/2018 : Leonard BRAZZOLA & Adrien GARNIER
Prosthetic-driven implant planning : La clef du succès implantaire ?
05/2018 : Emilio ARGUELLO

AUVERGNE
15/03/2018 : Gilles GAGNOT
Le débridement parodontal : Acquérir la maîtrise dans l'utilisation des instruments ultrasonores

AQUITAINE
01/02/2018 : Thierry DEGORCE
Stratégies implantaires du secteur antérieur : du plus simple au plus complexe

SUD-OUEST
12/04/2018
Le débridement parodontal : 1/2 journée avec TP utilisation des inserts

LANGUEDOC-ROUSSILLON
25/01/2018 : Marc SABEK
Règlement arbitral et CCAM : Honoraires et Convention
24/03/2018 : Renaud NOHARET
Apport des outils digitaux dans la planification et l'optimisation des résultats implantaires

SUD-EST
08/02/2018 : Robert MACCARIO
CCAM, Honoraires et Convention
14/06/2018 : Pietro FELICE
Traitement des secteurs postérieurs : Reconstruction ou implants courts ?

RHÔNE-ALPES
25/01/2018 : Frank SCHWARZ
Comment prévenir et gérer les maladies péri-implantaires
01/03/2018 : Jacques HASSID, Marie Claude EKSTRAND
L'assainissement parodontal au quotidien
22/03/2018 : Hervé BUATOIS
Prévisibilité des résultats de régénération osseuse pré implantaire
26/04/2018 : Dominique ESTRADE
Les contentions en 2018

Pour en savoir plus et passer commande, contactez le siège social de la SFPIO !

02 40 08 06 63

sfpionational@gmail.com

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.sfparo.org

Si vous n'avez pas vos identifiants, contactez le siège de la SFPIO :

02 40 08 06 63 ou sfpionational@gmail.com

Hommage à Jean-Pierre CHAIRAY

In Memoriam

Le professeur Jean-Pierre Chairay, enseignant à la faculté de Paris VII nous a quittés en septembre dernier, il venait d'avoir 83 ans.

Cette grande figure de la faculté « Garancière » aura formé et initié pendant toute sa vie de nombreux étudiants à la parodontologie avec une conviction et un engagement à une époque où notre discipline n'avait pas encore décroché toutes ses lettres de noblesse... !

Personne emblématique au sein de de la faculté Paris VII, il fût Président de l'AEO (Association de l'Ecole Odontologique, organisatrice des prestigieux Entretiens de Garancière) avant d'en devenir Président d'Honneur. Sa présence au sein du comité d'organisation de l'ADF en faisait un ambassadeur de la formation continue post-universitaire.

Son activité d'expert l'avait amené à prendre la présidence de la CNEJOS (Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odonto-Stomatologie) dont il était encore le Conseiller du Président.

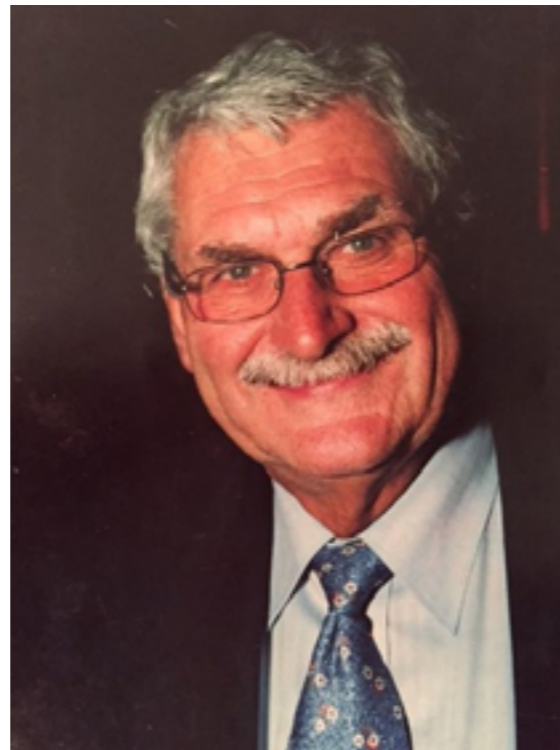
Sa rigueur, son exigence, l'amenaient souvent à de grands « coup de gueule » qui étaient immédiatement suivis d'embrassades d'excuses.

Jean-Pierre était un homme de valeur, attaché à des valeurs humanistes qu'il défendait avec intransigeance, un modèle pour ceux qui ont eu la chance de le fréquenter.

Merci pour tes enseignements.

La SFPIO tenait à présenter à sa famille, son épouse exemplaire Michèle et ses enfants Stéphane, Bénédicte et Arnaud ses plus sincères condoléances.

Charles MICHEAU



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. 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 TePe brossettes interdentaires est conforme à la norme ISO 16409:2016.



TePe Original

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 Soft

Avec filaments extrêmement souples. Pour les gencives fragiles et sensibles.



TePe Angle™

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

TePe France SAS

Parc "Les Grillons", Bâtiment 1
60 route de Sartrouville
78230 Le Pecq

Tél +33 (0) 85 76 69 70
Fax +33 (0) 85 76 69 69
info.france@tepe.com

www.tepe.com/fr



Les manifestations et formations continues en région 2018

Région Alsace

Jedi 25 janvier 2018, à partir de 19h30
Utilisation des cellules souches mésenchymateuses en parodontologie
Frédéric CUISINIER
Lieu : Hôtel Sofitel Strasbourg Grande Ile

Jedi 19 avril 2018, à partir de 19h30
Considérations parodontales avant, pendant et après une
réhabilitation implantaire
Philippe SEBBAG
Lieu : Hôtel Sofitel Strasbourg Grande Ile

Samedi 2 et dimanche 3 juin 2018
Week-End Adhérents Alsace à Europapark

Jedi 11 octobre 2018, à partir de 19h30
Actualités scientifiques en paro-implantologie
Lieu : Hôtel Sofitel Strasbourg Grande Ile

Jedi 20 décembre 2018, à partir de 19h30
Pathologie médicale de la cavité buccale
Dan LIPSKER
Lieu : Hôtel Sofitel Strasbourg Grande Ile

Région Aquitaine

Jedi 1er février 2018
Stratégies implantaires du secteur antérieur : du plus
simple au plus complexe
Thierry DEGORCE
Lieu : Hôtel Mercue-Meriadeck – Bordeaux

Jedi 18 octobre 2018
Péri-implantite : mirage ou catastrophe ? Etiologie,
diagnostic et prise en charge : une mise à jour
Andrea MOMBELLI
Lieu : Hôtel Burdigala – Bordeaux

Jedi 13 décembre 2018
Mécanismes étiopathogéniques des maladies parodontales
et les répercussions cliniques
Prise en charge des lésions intra-osseuses et des lésions
interradiculaires
Myriam DRIDI
Lieu : Hôtel Burdigala – Bordeaux

Formation pratique et clinique en Implantologie 2018
26-27-28 avril 2018 : L'implantologie du plan de
traitement à la prothèse

Formation pratique et clinique en Parodontologie 2018
12-13 janvier 2018 : Diagnostic et bases du traitement
des maladies parodontales
01-02 juin 2018 : Thérapeutiques chirurgicales
19-20 octobre 2018 : Chirurgie muco-gingivale –
Traitements pluridisciplinaires

Région Auvergne

Jedi 11 janvier 2018, 18h30 – 21h30, ANNULÉ
Mieux convaincre c'est mieux soigner : la clé du
développement en paro-implantologie
Jean-Claude RIVOIRE
Lieu : Hôtel OCEANIA – Clermont Ferrand

Jedi 15 mars 2018, 8h30 – 17h30
Le débridement parodontal : Acquérir la maîtrise dans
l'utilisation des instruments ultrasonores
Cours et Travaux Pratiques
Gilles GAGNOT
Lieu : Casino de Royat

Région Bretagne

Programme 2018 en cours d'élaboration

Région Côte d'Azur

Programme 2018 en cours d'élaboration

Région Haute Normandie

Programme 2018 en cours d'élaboration

Région Hauts de France

Mercredi 21 mars 2018 – 19h45
2018 : avancées diagnostiques et thérapeutiques en
parodontologie
Julien BRAUX

Mercredi 14 novembre 2018 – 19h45
Remplacer une incisive en 2018
François BOSCHIN

Région Languedoc Roussillon

Jedi 25 janvier 2018
Règlement arbitral et CCAM : Honoraires et Convention
Marc SABEK

Samedi 24 Mars 2018
Apport des outils digitaux dans la planification et
l'optimisation des résultats implantaires
Dr Renaud NOHARET

Région Lorraine

Jedi 1 février 2018, 9h à 17h
Vos patients sont-ils à côté de la plaque?
Frédéric DUFFAU
Lieu : école de chirurgie, Faculté de médecine, Vandoeuvre
les Nancy

Septembre ou Octobre 2018
Les US et coutumes du traitement initial

Région Normandie

Avril 2018
Les péri-implantites
Dr Jean-Louis GIOVANNOLI
Lieu : Deauville

Région Paris

Jedi 15 mars 2018 – Soirée de conférence
Hypnose en odontologie
Kenton Kaiser
Lieu : Hôtel Napoléon, 40 av. de Friedland, Paris

Jedi 7 juin 2018 – Après midi TP et Soirée de conférence
Après midi TP Education à l'hygiène Orale en partenariat
avec Curaprox
Soirée conférence Education thérapeutique
Frédéric DUFFAU, Matthieu DALIBARD et Alexandre
MATHIEU
Lieu : Hôtel Napoléon, 40 av. de Friedland, Paris

Jedi 4 octobre 2018 – Soirée conférence
Prescription moderne des antibiotiques
Raphael LEPEUL (Médecin)
Le point sur les recommandations en parodontie et
implantologie
Aleksandra DAKIC
Lieu : Hôtel Napoléon, 40 av. de Friedland, Paris

Jedi 6 décembre 2018 – Soirée conférence
L'étage transmuqueux
Xavier VELLA
Lieu : Hôtel Napoléon, 40 av. de Friedland, Paris

Région Rhône Alpes

Jedi 25 janvier 2018
Comment prévenir et gérer les maladies péri-
implantaires
Dr Frank SCHWARZ
Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon

Jedi 1er Mars 2018 – Formation pratique
L'assainissement parodontal au quotidien
Dr Jacques HASSID, Marie-Claude EKSTRAND
Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon

Jedi 22 mars 2018
Prévisibilité des résultats de régénération osseuse pré
implantaire
Dr Hervé BUATOIS
Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon

**Jedi 26 avril 2018 – Conférence et
formation pratique**
Le POURQUOI et le COMMENT de la contention
Dominique ESTRADÉ
Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon

Vendredi 14 et samedi 15 Septembre 2018
MASTER COURSE Giovanni ZUCHELLI
Lieu : Bologne – ITALIE

Jedi 20 Septembre 2018
Prothèse fixe en 2020 : Nouveaux concepts, nouveaux
matériaux, nouvelles technologies
Pr Irena SAILER
Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon

**Jedi 13 décembre 2018 – Formation
pratique avec vidéo chirurgicale**
TP extraction/implantation immédiate Implantation précoce
Séance de formation pratique et vidéo chirurgicale
Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon

Région Sud-Est

Jedi 08 février 2018 – 18h00 à 22h00
CCAM, Honoraires et Convention
Dr Robert MACCARIO

Jedi 14 juin 2018 – 14h00 à 21h00
Traitement des secteurs postérieurs : Reconstruction ou
implants courts ?
Dr Pietro FELICE

Jedi 04 octobre 2018 – 18h00 à 22h00
ROG ou Bloc osseux ; que choisir ?
Dr Philippe COLIN

Jedi 06 décembre 2018 – 14h00 à 21h00
Gestion du secteur esthétique, de l'implantation immédiate
à la reconstruction 3D
Dr Hadi ANTOUN

Jeudi 12 avril 2018

Le débridement parodontal : 1/2 journée avec TP utilisation des inserts

Vendredi 28 septembre 2018

50 ans de paro dans le Sud Ouest : journée avec plusieurs conférenciers

Jeudi 25 janvier 2018

Prosthetic-driven implant planning : La clef du succès implantaire ?

Leonard BRAZZOLA & Adrien GARNIER

Lieu : UFR Odontologie de Nantes – 1 place Alexis Ricordeau – Nantes

Samedi 2 juin 2018

Dr Emilio ARGUELLO, Harvard University

Lieu : Hôtel l'Hermitage – La Baule

Octobre 2018

Programme en cours d'élaboration

Cycle de Parodontologie 2017/2018

La Parodontologie de A à Z

– Jeudi 16 Novembre 2017

– Jeudi 7 Décembre 2017

– Jeudi 11 Janvier 2018

– Jeudi 8 février 2018

– Jeudi 15 Mars 2018

– Jeudi 5 avril 2018

Lieu : Euro Meeting Center (EMC), Gare sud, Nantes

Cycle de prothèse sur implants 2017/2018

– Jeudi 16 Novembre 2017

– Jeudi 7 Décembre 2017

– Jeudi 11 Janvier 2018

– Jeudi 8 février 2018

– Jeudi 15 Mars 2018

– Jeudi 5 avril 2018

Lieu : Euro Meeting Center (EMC), Gare sud, Nantes

Retrouvez toutes
les manifestations
en régions
sur le site internet
de la SFPIO

www.sfparo.org

Dans le calendrier
en page d'Accueil

ou Rubrique :
Les SFPIO régionales
Contacts et informations

Les brèves de la SFPIO

Le Yearbook 2014 disponible en français

En ce début d'année, je vous invite à lire la version française du « YEARBOOK 2014 : Compte rendu du 10ème Workshop européen en Parodontologie » de l'EFPP consacré à la chirurgie plastique parodontale. Cet énorme travail de traduction a été assuré grâce à l'énergie de nos pairs et secrétaires du bureau. Un grand merci à Sara LAURENCIN pour l'important travail de relecture finale de l'intégralité des 11 articles scientifiques composant ce Yearbook. Rendez-vous sur le site de la SFPIO pour le feuilleter !

Nouvelle classification en parodontologie

En novembre 2017 s'est tenue à Chicago une réunion regroupant des experts de l'AAP et de l'EFPP concernant une nouvelle classification en parodontologie. Les conclusions doivent paraître en mars 2018.

Avancée de L'Enquête PRADICO

L'étude PRADICO (PRatiques Anticoagulants oraux Directs Chirurgie Orale), « ENQUÊTE PORTANT SUR LA GESTION PÉRIOPÉRAtoire DES ANTICOAGULANTS ORAUX CHEZ LES PATIENTS SUBISSANT UNE INTERVENTION DE CHIRURGIE BUCCALE, UNE INTERVENTION D'IMPLANTOLOGIE OU DE PARODONTOLOGIE » suit son cours. Elle est entrée dans sa seconde phase en juin dernier. A l'issue de cette deuxième phase, en juillet 2018, l'analyse des résultats pourra débuter.

Dons et parrainages 2017 de la SFPIO

En 2017, la SFPIO s'est engagée auprès des acteurs du monde dentaire en parrainant L'Université Paris Descartes à l'occasion de la Journée du 29 mai 2017 « Pathologies Buccales et Rhumatismes inflammatoires chroniques – Les dentistes à l'écoute des patients », en soutenant Les Apprentis d'Auteuil, La Fédération Française de Cardiologie, ou encore en parrainant La Faculté d'Odontologie de Nice lors de la rentrée solennelle de la Faculté de Nice le 5 décembre 2017.

Journée Européenne de La Paro 2018

L'ANDAR et la SFPIO (Société Française de Parodontologie et Implantologie Orale) s'associent pour vous proposer un atelier se rapportant à la santé/soins parodontaux. Cet atelier est organisé dans le cadre de la Journée Mondiale de la santé parodontale (événement de la Société Européenne de la Parodontologie www.efpp.org). Cet atelier serait prévu en région Parisienne, dans le courant du mois de mai.

Que vous soyez intéressé pour y participer ou non, nous avons besoin de vous pour cibler les objectifs de cette séance et plus largement de connaître votre avis. Nous vous remercions du temps que vous prendrez pour répondre aux questions qui vous sont proposées. Cela ne vous prendra que quelques minutes !

Vous trouverez le lien vers le questionnaire en ligne sur le site et la page Facebook de la SFPIO.

Soirée de Bienfaisance du vendredi 19 JANVIER 2018 au profit de la Fondation ARTHRITIS

La soirée de Bienfaisance qui se déroulera le vendredi 19 janvier 2018, la veille de la journée de congrès annuel SFPIO sera au bénéfice de la Fondation Arthritis.

Historiquement, la Fondation Arthritis est la transformation de l'Association de Recherche sur la Polyarthrite (ARP) créée en 1989. Elle fût la première initiative pour favoriser la recherche sur les rhumatismes les plus graves.

Dans chacun de ces grands domaines de la recherche, la Fondation Arthritis, sur l'avis de son Conseil Scientifique, a à cœur de soutenir les meilleurs projets - ambitieux, innovants et détaillés - et les équipes les plus dynamiques, dans un souci de complémentarité avec les organismes publics de financement de la recherche, et dans une perspective d'excellence au plan international.

Créer la Fondation Arthritis a été une victoire des malades et de leurs familles.

Guérir les rhumatismes les plus graves, c'est l'objectif de la Fondation, créée et reconnue d'utilité publique (RUP) par décret du premier ministre le 29 juin 2006. Avec une dotation de 6 millions d'euros et le mécénat en nature de la société Clarins, l'ensemble des dons collectés sont redistribués à 100% à la recherche.

Pour en savoir plus, regardez ce petit film : <https://www.youtube.com/watch?v=um0dswZ90Ls>

Soutenez la Fondation en effectuant un don : <http://www.fondation-arthritis.org/soutenir/don/>



Les 50 ans de la Parodontologie Toulousaine

2018 signe l'année des 50 ans de la parodontologie à Toulouse.

A cette occasion, une journée de conférences est organisée le 28 septembre prochain. Alors, SAVE THE DATE !



DATES DU CONGRÈS

20 JANVIER 2018

CONSERVER LES DENTS AVEC DES ATTEINTES PARODONTALES TERMINALES : UN CHALLENGE ?

CONFÉRENCIER

SANDRO CORTELLINI

LIEUX DU CONGRÈS

EUROSITES GEORGES V
28, Avenue Georges V · 75008 Paris

· FORMULAIRE D'INSCRIPTION ·

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

S'inscrit à la journée de congrès Paris 2018 (Déjeuner inclus)

- Membres SFPIO (sur justificatif) 220 €
- Inscription congrès au tarif membre + Adhésion annuelle 270 €
- Non membre 320 €
- Etudiant DU Parodontologie ou Implantologie (justificatif obligatoire) 160 €
- Etudiant CES Parodontologie (justificatif obligatoire) 160 €
- Interne en Odontologie (justificatif obligatoire) 160 €
- Assistante dentaire, Hygiéniste dentaire 160 €
- Etudiant 6ème année (justificatif obligatoire) 50 €

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 :

Souhaite recevoir :

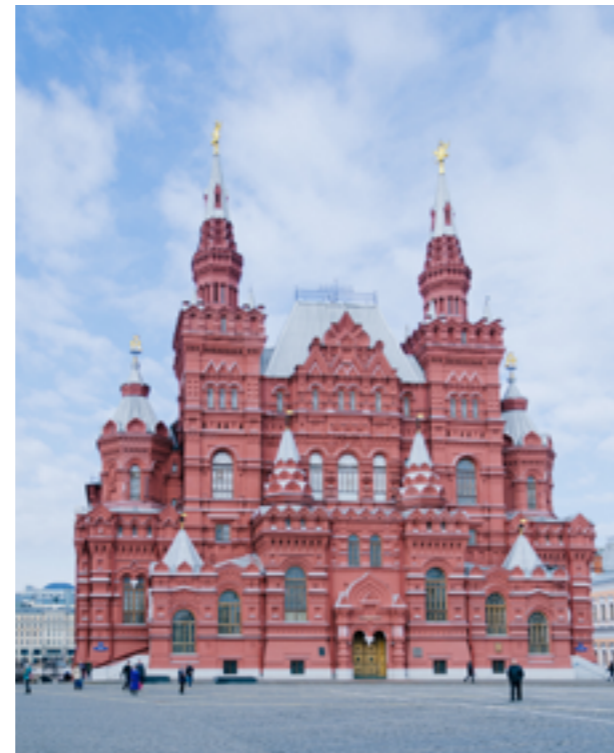
- Des fiches de réduction SNCF : Quantité :
- La liste des hôtels sur Paris

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.sfparo.org

Retour sur l'invitation de la Russie

Au cours du dernier trimestre 2016, la société russe de parodontologie, par l'intermédiaire du Pr Alexander Grudyanov, président de la société russe de parodontologie et membre d'honneur de la SFPIO, a proposé au Pr Virginie Monnet-Corti d'être l'invitée d'honneur de la conférence nationale russe de parodontologie qui se tenait à Moscou le jeudi 16 novembre 2017.

Une fois validée la proposition de communiquer sur le sujet qui nous a déjà rassemblés à l'ADF 2016, sous la présidence de Caroline Fouque avec Charles Micheau, nous avons accompagné Virginie en délégation.



Le programme rassemblait des communications scientifiques et cliniques. Pr Grudyanov a présenté une réflexion scientifique critique et clinique sur les péri-implantites. De nombreux conférenciers ont partagé leurs travaux de recherche : rôle des probiotiques, développement de la recherche sur les bactériophages, imagerie médicale...

L'institut de médecine dentaire accueille des étudiants de toute la Russie en cours de qualification pour leur spécialité dentaire ou maxillo-faciale. A l'occasion de cette rencontre « bi-latérale » nous avons été invités à faire partie du jury de validation des diplômes en parodontie.

Les étudiants et leurs professeurs ont exposé des cas cliniques en présence de leurs patients. La remise de diplôme par notre Présidente est à l'image de la Société : rigoureuse, souriante et couronnée de succès en présence des professeurs et des doyens de la profession.

Nous avons été impressionnés par le service sur six étages, l'hygiène et la technique : blocs de chirurgie maxillo-faciale, cabinets, stérilité et asepsie, imagerie 3D...

La convivialité de l'accueil et l'énergie de toutes les parties nous ont rassemblés pour faire de ce séjour un moment inoubliable, professionnel et festif. Une chose est sûre : la parodontie à Moscou est francophile!

Aurore Blanc et Cyril Goubron



Virginie MONNET-CORTI et Aurore BLANC



Alexander GRUDYANOV et Virginie MONNET-CORTI



Russes et Français réunis pour la remise des prix

Arthrodont

ENOXOLONE 1%

Décongestionnant et antalgique au cours des affections gingivales et blessures par prothèse chez les enfants de plus de 3 ans et chez les adultes.

GINGIVITES - LÉSIONS PARODONTALES

Numéro
1
des prescriptions*

DENTIFRICE A L'ENOXOLONE ANTI-INFLAMMATOIRE
pour freiner le cercle vicieux des affections gingivales



Antalgique
+
Décongestionnant

À utiliser en brossage quotidien
dès 3 ans

Pierre Fabre
ORAL CARE

pierrefabre-oralcare.fr

Notre science au service de la santé bucco-dentaire

* Données xponent Mars 2017.

Pour une information complète sur le produit, veuillez consulter la base de données publiques des médicaments :
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> - 807443 - 17/09/69865070/PM/001 - Décembre 2017.

Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MÉDICAMENT

Retour sur le Congrès ADF 2017

CONGRÈS
ADF
2017

Stand et Jeu concours

La SFPIO vous a accueilli, cette année encore, sur son stand Espace S tout au long du congrès.



La présidente Virgine MONNET-CORTI, entourée des assistantes de la SFPIO, Caroline DENIAUD et Delphine BOHU



De Gauche à Droite : Loïc CALVO, Christian VERNER, Yves REINGEWIRTZ, Marjolaine GOSSET, Caroline DENIAUD et Nathalie REINGEWIRTZ

Le cocktail du vendredi midi a été l'occasion toute trouvée pour le tirage au sort des 3 gagnants du jeu concours proposé sur le stand, dont voici les résultats :

1er prix gagné par Nathalie GERARD – Saint Loubes
Une place pour la journée de congrès de la SFPIO 2018 – Paris le 20 janvier

2ème prix gagné par Fabienne POUILLOT – Brignogan-plages
L'adhésion 2018 à la société régionale de votre choix

3ème prix gagné par Sophie MONNERET – Garches
La blouse brodée du logo de la SFPIO

Assemblée Générale

L'assemblée générale de notre société s'est déroulée le jeudi 30 novembre 2017.

Le compte rendu pourra vous être envoyé par email sur simple demande au siège social de la société :
sfpionational@gmail.com

Gestion des tissus mous péri-implantaires : quand l'implantologie a besoin de la parodontie

Judi 30 novembre 2017 de 9:00 à 12:00

Séance SFPIO

Un nombre important de confrères se sont retrouvés au troisième jour du congrès ADF pour assister à la séance SFPIO et réfléchir à la délicate question des tissus mous péri-implantaires. Myriam Dridi à l'origine de la thématique accompagnait la présidente de séance Virginie Monnet Corti.

Chloé Barbant en première partie nous a expliqué les différences anatomiques entre tissus parodontaux et tissus péri-implantaires permettant d'expliquer la fragilité des seconds face à la prolifération bactérienne. Elle justifiait ainsi les mesures préventives à réaliser tant au niveau de l'épaississement des tissus mous qu'au niveau des mesures d'hygiène strictes à suivre après la réhabilitation implantaire.

Une étude exhaustive des récentes revues de la littérature proposée par Yves Reingewirtz nous permettait ensuite de répondre aux questions sensibles de l'indication de la présence de muqueuse kératinisée autour des implants et du timing de l'apport de ces tissus kératinisés. Une récente RCT conduite par Se Lim Oh (voir le résumé dans la rubrique « Questions autour d'un article »), démontrant à 18 mois une résorption osseuse crestale autour d'implants situés dans des zones postérieures et dépourvus de muqueuse kératinisée permettait de conclure à la nécessité de cette présence afin de maintenir le niveau osseux stable dans les zones où l'hygiène est difficile à réaliser.



De Gauche à Droite : Yves REINGEWIRTZ, Chloé BARBANT et Jacques MALET

L'apport de muqueuse kératinisée peut être réalisé avant ou pendant la pose des implants ; ne pas le faire signifie s'exposer à des complications que seul l'apport de muqueuse kératinisée pourra résoudre. Les solutions chirurgicales tardives, sources de morbidité surtout en cas d'autogreffe, sont psychologiquement mal acceptées par le patient.

La séance était conclue par Jacques Malet avec la présentation de différentes techniques chirurgicales permettant d'améliorer le pronostic à long terme des réhabilitations implantaires.



Aurore BLANC et Philippe DUCHATELARD, du bureau SFPIO étaient dans l'assistance.

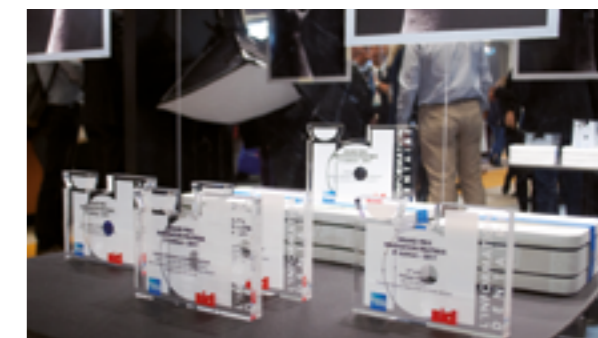
Les autres séances « Paro-Implanto » du congrès ont mis en évidence la part essentielle de la SFPIO en tant qu'organisme phare de la formation continue française ; les membres du bureau étaient « sur le pont », C Fouque, S Duffort, C Lallam, A Blanc, B Mertens, D Nisand, P Bousquet, X Struillou.



De Gauche à Droite : Jacques MALET, Virginie MONNET-CORTI, Chloé BARBANT, Yves REINGEWIRTZ, Myriam DRIDI et Alain BORGHETTI

Grand prix Amex 2017

Grand Prix **id** 3^e édition
INNOVATION PRATIQUE
 avec **AMERICAN EXPRESS**
 Une émotion sans cesse renouvelée...



Pour la première fois, le grand rendez-vous fédérateur de l'ADF avait été choisi pour remettre le Grand Prix Innovation pratique.



Une ambiance chaleureuse et conviviale a régné sur la remise du Grand Prix Innovation pratique, sous l'égide de l'Information Dentaire. Pour cette troisième édition, c'est sur le stand du partenaire institutionnel American Express qu'ont été remis les trophées, à l'issue d'un exposé par chacun des lauréats, démontrant une nouvelle fois l'inventivité, la créativité et l'implication des participants.

Cette année, après l'examen des candidatures, le jury scientifique, coordonné par Michèle Reners et composé de Frédéric Bohin, Anne Claisse, Emmanuel d'Incau, Virginie Monnet-Corti et René Serfaty, a salué les innovations de Philippe Bagur (1^{er} prix), Hélène Delebarre et Hélène Raybaud (2^e prix), Gary Finelle et Antoine Popelut (3^e prix). Ils ont respectivement présenté un système pour poser en toute sécurité les inlays-onlays, un site Internet d'aide au diagnostic des lésions nodulaires de la muqueuse orale et un pilier de cicatrisation anatomique par CFAO en implantation immédiate.



Les cycles de formation continue 2018 - 2019



RETROUVEZ LES PROGRAMMES DÉTAILLÉS SUR LE SITE DE LA SFPIO :

www.sfparo.org

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



STAGE D'IMPLANTOLOGIE AVANCÉE 2018 / 2019

Stéphan DUFFORT
Philippe BOUSQUET

Session 1 : 5 & 6 OCTOBRE 2018

La zone antérieure esthétique
et l'édenté complet

Session 2 : 17 & 18 MAI 2019

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

CYCLE DE FORMATION CONTINUE EN PARODONTOLOGIE 2018 / 2019

Alain BORGHETTI
Caroline FOUQUE
Virginie MONNET-CORTI

Niveau 1 : 4, 5 & 6 OCTOBRE 2018

Préserver la denture naturelle existante

Niveau 2 : 18 & 19 JANVIER 2019

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

Niveau 3 : 17 & 18 MAI 2019

Chirurgie plastique parodontale

CYCLE DE FORMATION APPROFONDIE EN CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE 2019

Caroline FOUQUE
Virginie MONNET-CORTI

Niveau 4 : 18 & 19 JANVIER 2019

Session d'approfondissement en Chirurgie
Plastique Parodontale

Exclusivement réservé aux personnes ayant suivi le cycle de formation continue en Parodontologie de la SFPIO

Retour sur la Journée SFODF/SFPIO

La 1ère journée multi-disciplinaire SFODF/SFPIO s'est déroulée samedi 16 décembre dernier dans le cadre grandiose de l'hôtel The Westin, Paris.

Près de 200 praticiens, membres ou non de la SFODF et de la SFPIO, étaient présents pour assister aux 7 conférences qui se sont succédées pendant cette journée.

Ils ont pu profiter, pendant les pauses, du magnifique buffet ainsi que de la dizaine d'exposants à leur écoute.



De Gauche à Droite : Olivier SOREL, Alain BERY, Virginie MONNET-CORTI, Damien BREZULIER, Caroline FOUQUE, David NISAND et Jacques MALET





Orthodontie-parodontie : une responsabilité partagée ? – Alain BERY

RÉSUMÉ : Les orthodontistes et les parodontologistes sont de plus en plus appelés à collaborer. Si l'un d'entre eux entre en conflit avec un patient mécontent de son traitement, doit-on considérer que l'autre praticien est également responsable ?



Aspect pronostique du déplacement dentaire provoqué sur les tissus parodontaux – Damien BREZULIER

RÉSUMÉ : Quelle sera la répercussion sur les tissus parodontaux si nous versons les incisives mandibulaires, ou encore, quel réaménagement parodontal autour d'une molaire ingressée ? Telles sont quelques-unes des questions que nous nous posons lors de l'élaboration de nos plans de traitement.

En prenant appui sur des cas cliniques et à la lumière de la bibliographie actuelle, nous évaluerons les répercussions des différents types de déplacements dentaires sur les structures parodontales.



Aspect parodontal des corticotomies – Jean-Baptiste CHARRIER

RÉSUMÉ : Les corticotomies sont devenues une technique de routine à visée de facilitation orthodontique. L'évolution de ces 15 dernières années a permis le développement de techniques mini-invasives. Les conséquences parodontales sont amoindries du fait du caractère moins invasif de ces nouvelles techniques. Nous dresserons un état des lieux des techniques proposées et de leurs répercussions parodontales.



L'interception parodontale chez l'enfant et l'adolescent : place de la chirurgie plastique parodontale avant ? pendant ? après ? – Caroline FOUQUE

RÉSUMÉ : Chez l'adulte, un certain consensus existe sur le fait d'indiquer le recouvrement chirurgical des récessions gingivales existantes avant l'orthodontie, et ce, en fonction des déplacements prévus. Mais qu'en est-il chez l'enfant ? A partir de quel âge pouvons-nous raisonnablement proposer d'intervenir ? Face à chaque jeune patient, la même question se pose : l'intervention est-elle indispensable ? Serait-il préjudiciable d'intervenir en cours de traitement ? Est-il préférable d'attendre la fin du traitement et une plus grande maturité de l'enfant au risque d'aggraver la situation pré-opératoire ? Autant de questions auxquelles nous tenterons de répondre.



Récessions gingivales et orthodontie de l'adulte. Chronologie thérapeutique et choix de la technique – Jacques MALET

RÉSUMÉ : Le traitement des récessions gingivales en orthodontie est basé sur l'évaluation du risque parodontal. Quels sont les éléments de décision pour un geste chirurgical préventif ou correcteur ? Faut-il réaliser ce geste avant ou après le traitement orthodontique ? Quelle est la prévisibilité du résultat en fonction de la situation initiale ? Nous verrons que les techniques chirurgicales contemporaines permettent de proposer des traitements plus prévisibles, moins invasifs et avec une intégration esthétique optimale.

Comment parfaire l'esthétique du sourire : toujours en rose ! – Virginie MONNET-CORTI

RÉSUMÉ : L'esthétique du sourire s'appuie sur des données numériques, physiques, physiologiques et psychologiques de la beauté, sans oublier les désirs du patient. Elle est déterminée par la forme, la couleur et la position des lèvres, des dents et des tissus gingivaux. L'examen du parodonte dans le cadre facial puis dans le cadre labial permet d'analyser la visibilité de la gencive lors du sourire naturel et forcé, la santé parodontale, le contour gingival, la ligne esthétique gingivale, la présence des papilles. L'ensemble de ces données va permettre d'établir un score d'esthétique gingivale, de déterminer les origines de la dysharmonie et les traitements envisagés. Nous verrons à travers des cas cliniques comment et à quel moment du plan de traitement orthodontique global, la chirurgie plastique parodontale peut modifier l'aspect et la morphologie gingivale afin de rétablir une harmonie du sourire. La chirurgie plastique parodontale additive corrige le préjudice esthétique d'un manque de gencive en hauteur ou en épaisseur par des techniques de déplacements tissulaires ou de greffes. La chirurgie plastique parodontale soustractive traite les défauts d'espace biologiques et les excès de tissus perçus lors des éruptions passives incomplètes par gingivectomie ou déplacement apical des tissus gingivaux, associés ou non à une ostéoplastie ou une ostéotomie.



Aménagement orthodontique de l'espace inter-proximal – Olivier SOREL

RÉSUMÉ : Prendre en charge les patients adultes pose des problèmes particuliers. Les tissus parodontaux, avec le temps et la maturation, sont de plus en plus fragiles ; avec le déplacement dentaire, une vigilance accrue est nécessaire afin de prévenir les effets iatrogènes. La papille interdentaire est un des éléments les plus fragiles : l'alignement dentaire peut entraîner sa perte avec l'ouverture d'espaces noirs triangulaires disgracieux. La forme des dents est l'élément pathogénique de cet effet. Les formes triangulaires et ovoïdes sont impliquées dans ce phénomène. Maîtriser ces formes devient nécessaire, soit par réduction soit par adjonction. Le respect des proportions dentaires est alors le facteur de choix. En maîtrisant la forme des dents, nous jouerons

sur la distance entre le point de contact et la crête osseuse et celle entre les racines. Ces deux distances déterminent les conditions de la présence des papilles. Nous illustrerons par la présentation de cas cliniques le bien-fondé de cette démarche.

Cette belle journée s'est vue clôturée par un verre de l'amitié dans le jardin d'hiver.

A l'année prochaine pour la 2ème journée multidisciplinaire SFODF/SFPIO !

Vous pouvez dès à présent réserver votre Samedi 15 décembre 2018.



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

• Plus de 1700 résumés soumis pour EuroPerio9 •

Madrid, Espagne 11 Décembre 2017 – Plus de 1740 résumés ont été soumis pour EuroPerio9, le plus grand rassemblement mondial réservé à la parodontologie et l'implantologie orale. Cela représente une augmentation de 10 % de la participation comparativement à EuroPerio8 en 2015.

Bloquez votre agenda et inscrivez-vous dès à présent à EuroPerio9, du 20 au 23 Juin 2018 à Amsterdam, Pays-Bas. Le congrès de l'EFP (Fédération Européenne de Parodontologie) est l'évènement à ne manquer sous aucun prétexte si vous souhaitez rester à la pointe de la connaissance sur les maladies parodontales.

Pourquoi s'inscrire ?

EuroPerio est le rassemblement scientifique le plus important au monde consacré à la parodontologie. La dernière rencontre qui s'est déroulée à Londres en juin 2015, EuroPerio8, a réuni presque 10,000 personnes.

Plus de 1 740 résumés dans le domaine de la parodontologie et l'implantologie ont été soumis, en provenance de 87 pays. Ne manquez pas les présentations de plus de 120 d'experts mondiaux échangeant sur des sujets tels que :

- Le fardeau mondial de la parodontite
- Activité physique et parodontite
- Le rôle de la nutrition et les conséquences de l'obésité sur la santé parodontale
- L'impact de troubles du sommeil sur la santé parodontale
- Le rôle du microbiome intestinal dans la maladie parodontale
- Les liens entre maladie parodontale et diabète, maladie cardiovasculaire

EuroPerio9

Nommée ambassadrice de l'EFP pour la France, le docteur Caroline Fouque, secrétaire nationale de la SFPIO, nous présente le prochain congrès EuroPerio 9



Caroline FOUQUE

OBJECTIF PARO : Un congrès européen réunissant près de 10000 paros, n'est ce pas un peu trop ?

Dr Caroline FOUQUE :

Du point de vue d'organiseurs d'autres congrès internationaux, très certainement !! Europerio est devenu le RDV mondial de la paro ; les asiatiques, américains ou australiens s'y pressent ! 10 000 me paraît, somme toute, un nombre assez cohérent !

OBJECTIF PARO : Pouvez-vous nous parler de la nouvelle équipe aux commandes de ce grand congrès ? Nous a-t-elle concocté des séances innovantes ?

Dr Caroline FOUQUE :

Oui ! Il y aura pour la première fois des chirurgies en direct, mais aussi des conférences sous le format TED ou encore des séances débats et bien sûr les sessions vidéos en 3D dans des salles adaptées à une très grande affluence.

OBJECTIF PARO : Le programme scientifique sera-t-il à la hauteur de ce grand rendez-vous ?

Dr Caroline FOUQUE :

Sans aucun doute ! Le plus dur est de faire des choix parmi tout ce qui nous est proposé tant en parodontologie qu'en implantologie ! Mais il n'est pas question de rater la chirurgie en direct sur l'aménagement muqueux péri-implantaire ou la présentation de la nouvelle classification des maladies parodontales. Il ne faudra pas non plus manquer les séances de communications cliniques, pépites scientifiques de très grande qualité. Faire des choix...

OBJECTIF PARO : Est-ce qu'il y aura des séances magistrales avec traduction ?

Dr Caroline FOUQUE :

Oui, la SFPIO a choisi de faire traduire toutes les séances magistrales par le Dr Marie-Pascale Hippolyte, parodontiste et fidèle traductrice de la langue de Shakespeare.

OBJECTIF PARO : On vous a croisé lors des précédentes éditions d'EuroPerio. Qu'est ce que ces rendez-vous vous ont personnellement apporté ?

Dr Caroline FOUQUE :

Des heures de cours d'anglais ! Plus sérieusement, travailler dans une autre langue, avec des confrères étrangers, c'est l'occasion d'un petit dépassement personnel et de rencontres très enrichissantes. Jusqu'à présent, mes enfants étaient fiers de moi. Pour Europerio9, j'interviens dans la "nightmare session"... je ne suis pas sur de pouvoir faire un retour très triomphant! RDV le samedi 23 juin à 9h00!!

OBJECTIF PARO : Nous avez-vous mijoté un rendez-vous frenchy, comme à Londres ?

Dr Caroline FOUQUE :

Oui c'est en cours ! C'est vrai que nous avons tous d'excellents souvenirs des soirées très conviviales et festives de Londres ou encore de Madrid ! Vous saurez tout d'ici quelques jours par mail et sur le facebook de la SFPIO. Mais réservez dès à présent votre vendredi soir !



SMILE IS IN THE AIR*



- ▶ FINI LES CUPULES
 - ▶ FINI LA PÂTE À POLIR
 - ▶ UTILISATION RÉDUITE DE L'INSTRUMENTATION
MANUELLE ET ULTRASONIQUE
- ems-dental.com

EMS 
MAKE ME SMILE.™

AFPM_09/17 "Il y a du sourire dans l'air" - Faites-moi sourire. Dispositif Médical (DM) de classe IIa - Marquage CE 0124 - Organisme certificateur : DEKRA Certification GmbH - Fabricant EMS SA. DM pour soins dentaires, réservé au professionnel de santé. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation.

Chers membres,

Concours photo

C'est avec plaisir que nous souhaitons partager avec vous la belle initiative conjointe de la SFPIO et de l'EFP.

Nous savons de source sûre qu'il y a parmi vous de nombreux professionnels talentueux qui le sont également quand ils touchent à la photographie dentaire. C'est pourquoi cette année, pour la première fois, va se dérouler le 1er Concours Photo « 1st EFP Photo Contest ». Nous sommes sûrs qu'il y a beaucoup de photographes excellents parmi vous qui saisissez l'opportunité de présenter leur travail à Amsterdam à l'occasion d'EuroPerio9, et de montrer au monde dentaire que notre société nationale est pleine de talents créatifs.

Vous pouvez dès à présent soumettre vos meilleures photographies dentaires à l'adresse suivante : sfpionational@gmail.com

Date limite d'envoi : **Le lundi 26 février 2018**

Une fois les soumissions collectées, nous ferons une pré-sélection des photos qui représenteront notre pays et la société nationale à EuroPerio9. Les gagnants seront notifiés courant mars 2018. Vos pairs sur place à Amsterdam pour EuroPerio9 choisiront alors un gagnant par catégorie, un jury expert accordera de son côté le Prix du Jury.

Les conditions de participation et le règlement du concours sont disponibles sur simple demande à : sfpionational@gmail.com



*Réservez votre soirée
le jeudi 21 juin 2017
pour la Soirée Frenchy EuroPerio9*

Le mois de juin est considéré comme la haute saison à Amsterdam.
Ne tardez pas à réserver votre hôtel!

L'hébergement

RAI Amsterdam, service de réservation hôtelier, a été sélectionné comme Agence de logement officielle pour EuroPerio9 et propose un panel de chambres aux alentours du site de congrès à des tarifs compétitifs.

Plus d'informations sur le site du congrès : www.efp.org/europerio9

Les articles lauréats du Congrès 2017

Les articles des communications ayant reçu un prix lors du congrès de Toulouse présentés dans ce numéro d'Objectif Paro :

2^{ème} prix Séance Communication Recherche : Ahnoada AHNOUX-KOUADIO

AHNOUX-KOUADIO A., KAKOU-NGAZOAS S., KONE D., COULIBALY N-T., KAMAGATE A., MOBIO Y-S., DOSSO M. (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Caractéristiques cliniques et microbiologiques des parodontites agressives en côte d'Ivoire

2^{ème} prix Séance Communication Clinique 1 : Chloé BARBANT

BARBANT C., LALLAM C., MONNET-CORTI V. (Boulogne Billancourt)

Gestion des récessions gingivales de classe III avec lésions cervicales d'usure

1^{er} prix Séance Communication Clinique 2 : Vage BRUTIAN

BRUTIAN V., BADALYAN K. (Moscou, Russie)

Recession coverage on teeth and implants

2^{ème} prix Séance Communication Clinique 4 : Etienne LABASSY

LABASSY E., BIGOT C. (Paris)

Orthodontie et régénération parodontale

2^{ème} prix Séance Communication Affichée : Alexandre EPAILLARD

EPAILLARD A., MATHIEU A., GOSSET M., DOUCET P. (Paris)

Apport de l'entretien motivationnel au sein de l'éducation thérapeutique du patient en parodontologie : revue de littérature

Retrouvez les articles des communications ayant reçu le 3^{ème} prix lors du congrès de Toulouse dans le prochain numéro d'Objectif Paro

3^{ème} prix Séance Communication Clinique 1 : Rodrigo MARTIN-CABEZAS

MARTIN-CABEZAS R., DAVIDEAU J-L., TENENBAUM H., HUCK O. (Strasbourg)

Traitement des récessions gingivales multiples par la technique du tunnel déplacé coronairement

3^{ème} prix Séance Communication Clinique 3 : Inessa TIMOFEEVA

TIMOFEEVA I., LAURENCIN S., BOUCHOUCHA E., VAYSSIÈRE C., GROUSSOLLES M., MORIN M., NABET C. (Toulouse)

La santé parodontale des femmes enceintes au 1 trimestre. Etude descriptive

3^{ème} prix Séance Communication Clinique 4 : Alexandra BOYER

BOYER A., GLISE J-M., MONNET-CORTI V. (Marseille)

Utilisation des B-TCP dans la préservation des alvéoles postextractionnelle

3^{ème} prix Séance Communication Affichée : Wafa NASRI

NASRI W., HARZI M., BEN ABDALLAH S. (Monastir, Tunisie)

Implantation immédiate ou différée dans le secteur antérieur que choisir?

Le contenu des articles présentés dans la revue Objectif Paro engage la seule responsabilité de leurs auteurs. Vous pouvez réagir si vous le souhaitez en adressant un email à notre secrétariat qui transmettra aux auteurs.

Un soin complet pour une bouche plus saine



La nouvelle brosse à dents intelligente Philips Sonicare DiamondClean Smart

Nettoyage, soin des gencives, retrait des tâches, conseils personnalisés, optimisation du brossage, check-up et système de soin bucco-dentaire complet.

innovation you*



Capteurs
intelligents



Reconnaissance
intuitive de la
tête de brosse



3 Têtes de brosse
haute performance



PHILIPS
sonicare

Découvrez nos produits sur www.dentiste.philips.fr
ou au numéro vert : 0 800 710 580.



Article scientifique

2ème prix
Séance Communication Recherche
Toulouse 2017

COMPARAISON DE LA FLORE SITES SAINS/ SITES MALADES DE SUJETS ATTEINTS DE PARODONTITES AGRESSIVES

AUTEURS :

AHNOUX-KOUADIO A.¹, KAKOU-NGAZOA S.², KONE D.¹, COULIBALY N.T.¹, KAMAGATE A.¹, MOBIO Y.S.¹, DOSSO M.²

¹Service de Parodontologie.UFR Odonto-Stomatologie, Abidjan : 22 BP 612 Abidjan 22

²Laboratoire de biologie moléculaire, Institut Pasteur, Abidjan.



Dr Ahnoada AHNOUX-KOUADIO

INTRODUCTION

Les bactéries du biofilm dentaire jouent un rôle déterminant dans la pathogénie des maladies parodontales. Les 1ères bactéries parodonto pathogènes identifiées sont *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a), *Porphyromonas gingivalis* (P.g) et *Tannerella forsythia* (Tf) (2). Parmi ces bactéries, Aa et Pg ont été reconnues comme responsables des parodontites agressives. Ces bactéries seraient présentes à des taux élevés dans les sites atteints par la maladie (1). Ce qui laisse supposer qu'elles seraient soit absentes des sites sains, soit présentes mais à des taux faibles. Afin d'évaluer la différence entre la flore des sites sains et des sites malades, nous avons réalisé cette étude qui a eu pour objectif de rechercher à l'aide de la Polymerase Chain Reaction (PCR) multiplex Aa, Pg et Tf dans les sites de sujets atteints de parodontites agressives en Côte d'Ivoire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Population d'étude

Les sujets ont été recrutés parmi les patients venus en consultation ou pour un traitement dans le service de parodontologie du Centre de Consultations et de Traitements en Odonto-Stomatologie (CCTOS) de l'UFR d'Odonto-Stomatologie d'Abidjan de février 2016 à avril 2017. Le diagnostic de parodontites agressives s'est basé sur la classification des maladies parodontales de l'American Academy of Periodontology AAP (1).

Un examen clinique et radiographique a été réalisé pour tous les patients. Les sites sains étaient des sites localisés au niveau d'une dent qui ne présentait aucun saignement au sondage, ni perte d'attache.

Parmi les critères d'exclusion figuraient le tabac, la grossesse, et la prise d'antibiotiques dans les 3 mois précédant l'examen.

Prélèvement bactérien et analyse bactériologique

Le prélèvement de la flore des sites sains a été fait en introduisant une pointe de papier stérile dans le sulcus

pendant 20 secondes. Un prélèvement par cadran a été effectué lorsqu'il y'avait une dent saine par cadran. Le même procédé a été appliqué pour les sites malades où un prélèvement a été fait au niveau de la poche la plus profonde de chaque cadran.

Tous les échantillons ont été transférés à la plateforme de biologie moléculaire de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire pour analyse bactérienne. Au laboratoire, l'ADN a été extrait à l'aide d'un automate MagNA Pure Compact de Roche et de kits d'extraction spécifiques : Nucleic Acid Isolation kit I* de Roche. La technique de la nested PCR multiplex décrite par Ready et coll (3) a été utilisée pour rechercher les 3 pathogènes dans les échantillons de plaque. A chaque PCR un contrôle positif et un contrôle négatif ont été associés.

Les fragments d'ADN issus de la PCR ont été mis en évidence par électrophorèse sur gel d'agarose et visualisés à l'aide du Gel Doc Imager de Bio Rad.

Analyse statistique

Le test de Student a permis d'analyser les différences de prévalence bactérienne entre les sites sains et les sites malades.

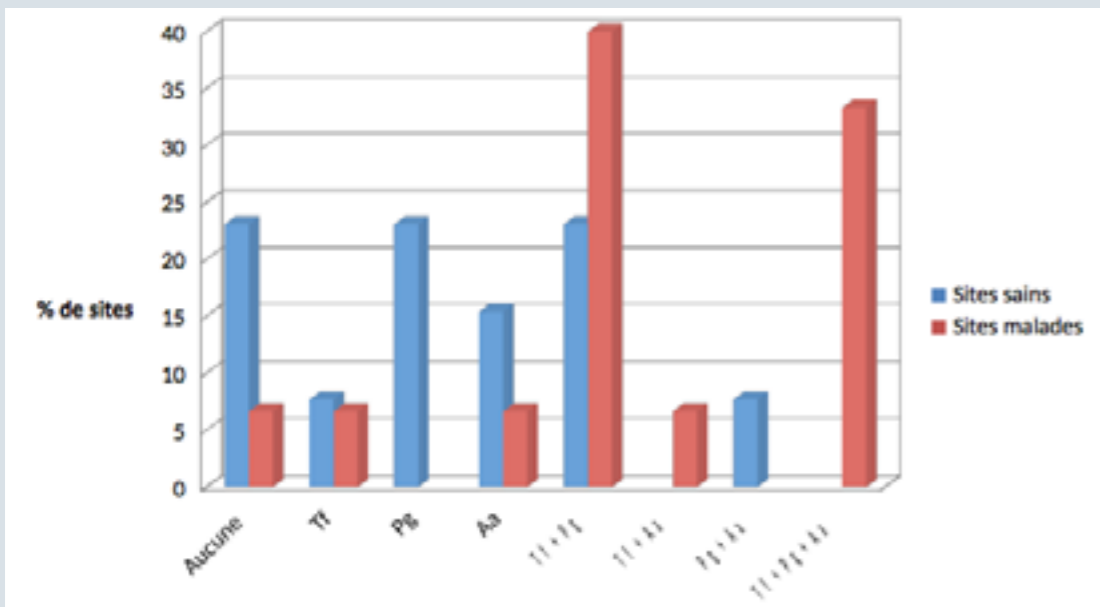


Fig1. Fréquence des bactéries individuellement et en combinaison dans les sites sains et sites malades de parodontites agressives

RÉSULTATS

Au total, notre échantillon était constitué de 30 sujets atteints de parodontites agressives. Parmi eux, 4 n'avaient aucun sites sains.

On constate que individuellement Aa, Pg et Tf sont plus fréquentes au niveau des sites sains; par contre dans les sites malades les associations bactériennes sont plus fréquemment observées. Ainsi, Tf et Pg sont présentes dans 40% de sites malades et 23% de sites sains tandis que la combinaison Tf, Pg Aa se retrouve dans 33% de sites malades et est absente des sites en bonne santé parodontale.

DISCUSSION – CONCLUSION

Des différences existent entre la flore des sites sains et celle des sites malades chez les sujets atteints de parodontites agressives en ce qui concerne la présence des bactéries pathogènes Aa Pg et Tf.

En effet, lorsque Aa est présente dans les sites sains, c'est le plus souvent individuellement c'est-à-dire en l'absence de Pg et Tf. Dans les sites malades la prévalence de Aa est plus importante quand Pg et Tf sont dans la flore.

Dans les sites atteints de parodontites agressives, Pg est toujours associé à Tf. En l'absence de Tf, Pg n'est présent que dans les sites parodontalement sains. Cette donnée peut s'expliquer par le fait que Pg et Tf font partie d'un complexe bactérien décrit par Socransky et coll, le complexe rouge qui est fortement associé aux signes cliniques des parodontites notamment à la profondeur de poches et au saignement au sondage (4).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1-6.
- 2) Genco R, Kornman K, Williams R, Offenbacher S, Zambon J, Listgarten M, Michalowicz B, Page R, Schenkein H, Slots J, Socransky S, Van Dyke T. Consensus report of periodontal diseases: pathogenesis and microbial factors. *Ann Periodontol* 1996; 1:926-932.
- 3) Ready D, D'Aiuto F, Spratt DA, Suvan J, Tonetti MS, Wilson M. Disease severity associated with presence in subgingival plaque of *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, and *Tannerella forsythia*, singly or in combination, as detected by Nested Multiplex PCR. *J. Clin. Microbiol.* 2008; 3380-3383.
- 4) Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL Jr. Microbial complexes in subgingival plaque. *J. Clin. Periodontology* 1998; 25 : 134-144.



GESTION DES RECESSIONS DE CLASSE III AVEC LESIONS CERVICALES D'USURE

AUTEURS :

Chloé BARBANT *, **Corinne LALLAM ****, **Virginie MONNET-CORTI*****

* Chirurgien Dentiste, parodontie exclusive à Boulogne, titulaire du DU de Parodontologie Pratique et Théorique de l'UFR d'Odontologie de Marseille.

** Chirurgien Dentiste, parodontie exclusive à Boulogne, ex-Assistante Hospitalo-Universitaire Paris V.

*** PU-PH à l'UFR d'Odontologie de Marseille (La Timone), Présidente de la SFPIO.



Dr Chloé BARBANT

INTRODUCTION

Les récessions sont souvent le résultat d'un brossage traumatique et associées à des lésions cervicales d'usure, ou non carieuses (LCNC). En présence de récessions de classe III de Miller (1), avec leur spécificité de recouvrement que l'on connaît, nous sommes confrontés à une situation délicate alliant un traitement restaurateur et une technique de recouvrement muco-gingivale.

La position de la ligne de recouvrement joue un rôle essentiel dans notre stratégie thérapeutique et permet d'anticiper le résultat, indispensable pour une communication optimale avec le patient et éviter toute insatisfaction.

SPÉCIFICITÉ DES RÉCESSIONS DE CLASSE III DE MILLER

Les récessions de classe III sont caractérisées par une perte d'attache interproximale, diminuant la hauteur de la papille interdentaire, lit d'ancrage vasculaire indispensable pour les techniques chirurgicales de recouvrement. Cette perte papillaire a donc pour conséquence de limiter le recouvrement radiculaire.

Néanmoins, Cairo et coll.(2) nuancent cette généralité, avec une nouvelle classification distinguant la sévérité de la perte d'attache. Ils démontrent, en effet, que les récessions aux pertes d'attache interproximales inférieures à la perte d'attache vestibulaire ont un potentiel de recouvrement complet, contrairement aux récessions aux pertes d'attache interproximales plus sévères.



Fig. 1 : Détermination de la ligne de recouvrement maximale (LMR-ligne orange) après identification de la jonction amélo-cémentaire (JAC- ligne rouge) (4) : mesure de la hauteur papillaire idéale, du point de contact à la JAC (pointillés blancs), reportée au sommet de la papille résiduelle.

La détermination de la ligne de recouvrement maximale (3) est donc primordiale pour prévisualiser le résultat. (Fig. 1)

PROBLÉMATIQUE DES LÉSIONS CERVICALES D'USURE (LCNC)

Les LCNC sont d'origine multifactorielle (brossage traumatique, érosion...). Rarement prises en compte dans les études décrivant le recouvrement radiculaire, ces lésions peuvent représenter un réel facteur d'échec. Pini-Prato et coll. (5) ont établi une classification des LCNC afin de mettre en évidence les paramètres à analyser, tels que la visibilité de la JAC et la présence d'une « marche », et les problématiques qui s'y rapportent.

Alors que les traitements restaurateur ou muco-gingival seront respectivement indiqués pour les lésions coronaires et les lésions radiculaire, il existe deux situations où l'association des deux thérapeutiques est indispensable : en cas de perte tissulaire corono-radiculaire ou en présence de récessions de classe III, avec un recouvrement radiculaire partiel. (Fig. 2)



Fig. 2 : La restauration composite (zone jaune) reconstruit la partie coronaire à la LMR (pointillés oranges). La partie apicale (zone rouge) est recouverte par la chirurgie muco-gingivale.

GESTION DES RECESSIONS DE CLASSE III AVEC LESIONS CERVICALES D'USURE (suite)

PROBLÉMATIQUE DES LÉSIONS CERVICALES D'USURE (LCNC) suite

En fonction de la position de la LMR par rapport à la lésion cervicale, Zucchelli et coll. (6) ont proposé un protocole selon les différentes situations cliniques rencontrées. Les situations de type III et IV correspondent aux cas où le recouvrement de la LCNC est incomplet (Fig. 3). Dans cet article sera illustrée la situation de type III, la plus complexe, où la LMR se situe dans la zone la plus profonde de la concavité. C'est donc dans cette zone critique que se situera la jonction entre la restauration composite et le lambeau positionné coronairement. L'intérêt de cette thérapeutique est d'éviter la formation d'une pseudopoché, d'un hiatus ou d'un profil d'émergence incorrect, rendant le contrôle de plaque difficile.

C'est pourquoi, Zucchelli et coll. (6) débutent leur protocole par la réduction de la profondeur de la LCNC en réalisant une coronoplastie pendant la phase restauratrice associée à une radiculoplastie réalisée pendant la chirurgie. (Fig. 4)



Fig. 4 : Réalisation d'une coronoplastie sous forme d'un chanfrein, à la fraise flamme diamantée, pour modifier le profil d'émergence de la dent et du futur composite.

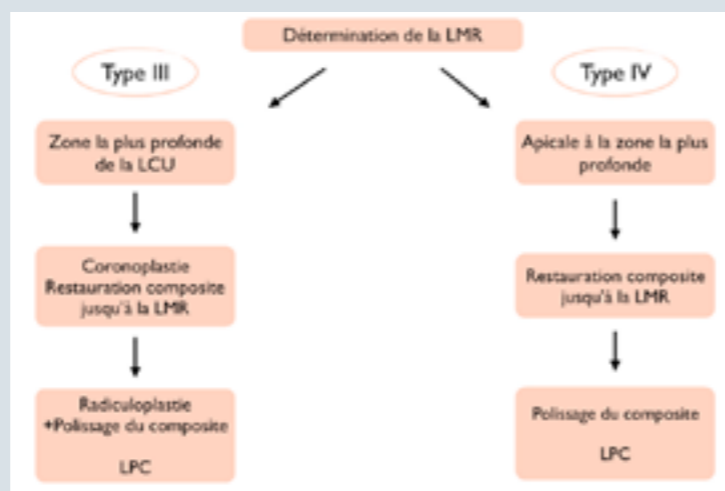


Fig. 3 : Arbre décisionnel détaillant le protocole opératoire pour les situations de type III et IV, décrites par Zucchelli et coll. (6).

INTÉRÊT DU TRAITEMENT RESTAURATEUR

Le traitement restaurateur a pour objectif de reconstruire le défaut tissulaire coronaire jusqu'à la LMR, de modifier le profil d'émergence de la dent et de fournir une surface convexe et lisse pour positionner et soutenir le lambeau positionné coronairement.

L'enjeu de cette étape est d'optimiser le joint de la restauration grâce à un champ opératoire étanche et un polissage soigné et d'éviter la persistance d'un hiatus entre le composite et la gencive pour faciliter le contrôle de plaque. Ainsi, il est recommandé de réaliser la restauration avant la chirurgie (Fig. 5 a-b-c). Le ou les praticiens ont alors le choix de combler entièrement la LCNC et de corriger la restauration à la LMR, le jour de l'intervention, ou de réaliser la restauration jusqu'à la LMR directement.

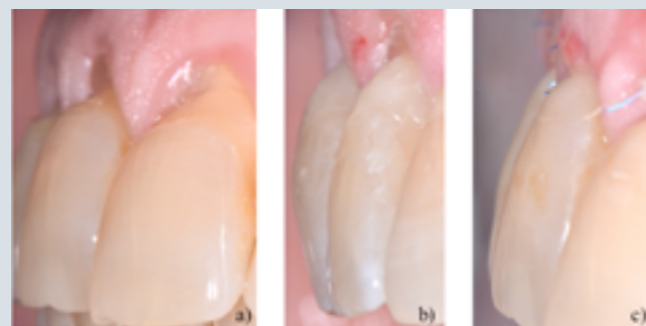


Fig. 5 : a) Situation initiale. b) Situation avec la restauration composite réalisée, sous digue, jusqu'à la LMR et polie pendant la chirurgie. c) Situation 10 jours après l'intervention avec stabilité du lambeau positionné coronairement.

APPORT DU GREFFON CONJONCTIF

Zucchelli et coll. (6) estime que le caillot sanguin se formant dans la concavité de la LCNC est suffisant pour augmenter l'épaisseur de la gencive et que l'adjonction d'un greffon conjonctif n'est (supprimer : finalement) utile qu'en cas de défaut de tissu kératinisé apical à la récession.

Néanmoins, plusieurs revues systématiques et essais randomisés (7, 8) recommandent l'apport d'un greffon conjonctif pour optimiser et pérenniser le recouvrement radiculaire tout en augmentant la quantité de tissu kératinisé.

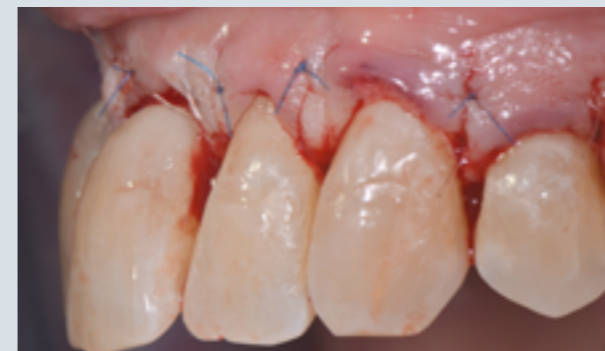


Fig. 6 : Sutures du lambeau mobilisé selon la technique tunnel (9). Les greffons sont fixés de part et d'autre par des fils 6/0 monofilaments (fils bleus) en regard de 11/21, 13 et 23. Le greffon est exposé en regard de 23 pour favoriser l'augmentation de la hauteur de tissu kératinisé.

En cas de LCNC profonde, le greffon sera, alors, positionné dans la concavité pour soutenir le lambeau. En présence d'un biotype fin, l'épaississement du tissu kératinisé restant la priorité, le greffon sera positionné apicalement à la JAC, à distance égale à la hauteur de tissu kératinisé initiale. (Fig. 6)



Fig. 7 : Résultat à 6 mois post opératoire.

Les récessions de classe III restent les situations les plus délicates à gérer, d'autant plus en présence de lésions cervicales non carieuses. La stratégie thérapeutique doit être réfléchie et anticipée en amont, grâce à la détermination de la ligne de recouvrement maximale.

Cette analyse s'inscrit inévitablement dans une démarche pluridisciplinaire et doit être discutée avec le patient pour éviter toute déception, qui serait vécue comme un échec. Enfin, seule une maintenance régulière, avec surveillance de la technique de brossage et de l'inflammation, garantit une stabilité et une pérennité à long terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 1985; 5: 8-13
2. Cairo F. et coll. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes : an explorative and reliability study. *J. Clin. Periodontol.* 2011; 38: 661-6
3. Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. *J. Periodontol.* 2006; 77: 714-21.
4. Cairo F., Pini-Prato G. A technique to identify and reconstruct the cemento-enamel junction level using combined periodontal and restorative treatment of gingival recession. *A prospective clinical study. Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 2010; 30: 573-81
5. Pini-Prato G. et coll. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *J. Periodontol.* 2010; 81(6):885-90
6. Zucchelli G. et coll. Non-carious cervical lesions associated with gingival recessions : a decision-making process. *J. Periodontol.* 2011; 82: 1713-24
7. Hofmänner P. et coll. Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions—A systematic review. *Quintessence Int.* 2012; 43(7): 545-54
8. Cairo F. et coll. Coronally advanced flap with and without connective tissue graft for the treatment of single maxillary gingival recession with loss of inter-dental attachment. *A randomized controlled clinical trial. J.Clin. Periodontol.* 2012; 39:760-8
9. Allen AL. Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 1994; 14: 216-27.



TRAITEMENT DES RÉCESSIONS PÉRI-DENTAIRES ET PÉRI-IMPLANTAIRES

AUTEURS :

Dr BRUTIAN Vage, Chirurgien-dentiste à l'Institut Central de Recherche Scientifique en Odontologie à Moscou, spécialisée en Parodontologie, Implantologie et Chirurgie Orale

Kristina BADALYAN, Ph.D, Professeur associé, chercheur et chirurgien-dentiste à l'Institut Central de Recherche Scientifique en Odontologie à Moscou, spécialisée en Parodontologie, Implantologie et Chirurgie Orale.



Vage BRUTIAN

La récession gingivale (RG) a été définie comme la condition selon laquelle la gencive marginale est localisée apicalement à la jonction amélo-cémentaire laissant la racine dentaire exposée à l'environnement buccal. Les conséquences de cela sont souvent un défaut esthétique, l'hypersensibilité dentaire et le développement de caries radicaires. Ces surfaces exposées sont aussi sujettes à l'abrasion. Selon Albandar, 58 pourcent des patients de 30 ans ont une récession de 1mm et cela a tendance à augmenter avec l'âge. Lorsque la récession atteint 3mm la situation clinique tend à empirer. Les récessions péri-implantaires vestibulaires représentent des complications de plus en plus importantes en implantologie avec le risque d'affecter négativement le résultat esthétique et la satisfaction des patients.

Il existe, dans la littérature scientifique, suffisamment de preuves qui confirment la possibilité de traiter, avec succès, par différentes techniques chirurgicales, les récessions gingivales. D'après notre expérience clinique et selon la littérature, la technique la plus fiable est le lambeau d'avancement coronaire. Cependant, afin de garantir la stabilité dans le temps des résultats, une technique à deux étages est préférable en associant un greffon de conjonctif libre.

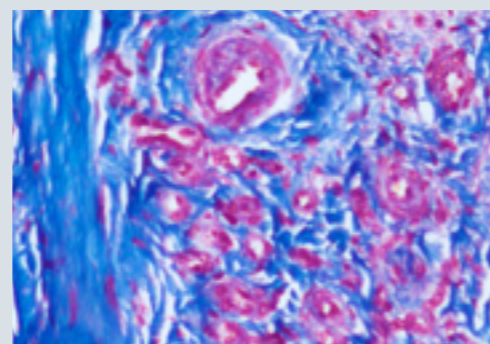
OBJECTIF

Le but de cette étude clinique et histologique (ECH) était de comparer les résultats cliniques du lambeau d'avancement coronaire (LAC) avec greffon conjonctif provenant de différents sites palatins dans le traitement de récessions péri-dentaires et péri-implantaires. L'utilisation de méthodes de mesure en 3D a permis d'étudier la dynamique de la cicatrisation des greffons au niveau des sites greffés afin d'évaluer l'impact de l'épaisseur des différents greffons conjonctifs sur le résultat final dans de recouvrement radiculaire ou implantaire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

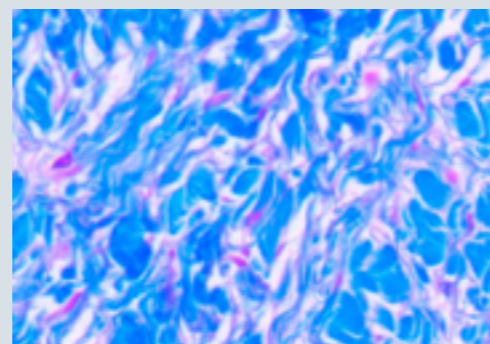
Vingt-et-un patients, soit un total de 36 récessions de Classe I ou II de Miller ont été incluses. Des modèles d'étude précis ont été réalisés au départ et lors des visites de contrôle. Ils ont été scannés et superposés virtuellement pour évaluer numériquement les mesures des résultats cliniques, dont l'épaisseur moyenne des tissus mous marginaux (ETM). La dynamique de cicatrisation a été mesurée dans une zone d'intérêt prédéfinie au niveau des sites greffés. A ce niveau des différences de volume en fonction du temps ont été calculées.

Sur les coupes histologiques scannées des greffons tubérositaires et palatins, nous avons pu mettre en évidence plus de tissu adipeux et plus de vaisseaux sanguins sur les greffons palatins (Figure 1) ce qui apporte une meilleure revascularisation mais plus de rétraction.



(Figure 1) Coupe histologique du greffon palatin

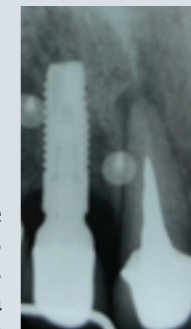
Le greffon tubérositaire, lui, est plus dense avec plus de fibres de collagène et un maillage qui assure plus de stabilité d'épaisseur (Figure 2).



(Figure 2) Coupe histologique du greffon tubérositaire

RÉSULTATS

La réduction de la hauteur de la récession ainsi que le recouvrement radiculaire étaient significativement plus élevés (2,1mm et 97.1% respectivement) lorsque les sites avaient été greffés avec un greffon provenant de la tubérosité en comparaison avec les sites traités avec greffon provenant de la région prémolo-molaire du palais (1,4mm et 86.7% respectivement). Les résultats histologiques ont montré un réseau dense de fibres de collagène qui maintient les tissus mous non seulement à court terme (4 mois) mais aussi après 16 mois.



(Figure 3) Radio de l'implant en position de 12



(Figure 4) Récession sur la 12, Classe I de Miller, biotype fin

(Figure 5) Lambeau de demi-épaisseur, le col de l'implant est visualisé

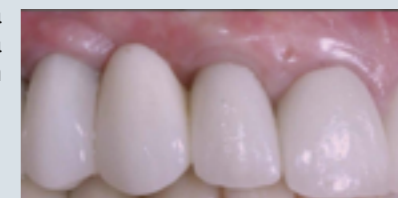
(Figure 6) Mise en place du greffon tubérositaire suturé avec des points simples avec fils résorbables en PGA (acide polyglycolique)

CONCLUSIONS

Le LAC associé à un greffon conjonctif provenant de la tubérosité a donné plus d'épaisseur gingivale et de meilleurs résultats cliniques comparé au LAC avec greffon provenant d'autres régions du palais. L'augmentation de l'épaisseur gingivale était associée à de meilleures suites opératoires en termes de réduction de la récession, recouvrement radiculaire et résultats esthétiques. Pour le recouvrement radiculaire lorsque le bon diagnostic est posé, il existe différentes approches de cette technique chirurgicale à deux étages avec greffon libre (palatin ou tubérositaire) ou bien avec matrices dermiques acellulaires (substituts collagéniques). C'est important pour assurer la stabilité du caillot sanguin et une meilleure adhésion du lambeau. Cependant, en ce qui concerne les implants, la densité et l'épaisseur tissulaire sont essentielles, c'est la raison pour laquelle, cette technique associée à un greffon provenant de la tubérosité est préférable.



(Figure 7) Résultats à 6 mois, bonne cicatrisation des tissus mous



(Figure 8) Résultats à 3 ans. Stabilité du niveau de la gencive marginale

BIBLIOGRAPHIE

1. NELSON SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol* 1987; 58:95-102.
2. ZUCHELLI G, AMORE C, MONTEBUGNOLI L, DE SANCTIS M. Bilaminar techniques for the treatment of recession type defects. *J Periodontol* 2003; 69:138-145.
3. BURKHARDT R, JOSS A, LANG NP. Soft tissue dehiscence coverage around endosseous implants: A prospective cohort study. *Clin Oral Implants Res* 2008;19:451-457.
4. ZUHR O, BAUMER D, HÜRZELER M, The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: Critical elements in design and execution. *J Clin Oral Implants Res* 2014;41(suppl):123-142.
5. DELLAVIA C, RICCI G, PETTINARI L, ALLIEVI C, GRIZZI F, GAGLIANO N. Human palatal and tuberosity mucosa as donor sites for ridge augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2014;34:179-186.



ORTHODONTIE ET RÉGÉNÉRATION PARODONTALE

AUTEURS :

LABASSY Etienne, Chirurgien-dentiste Qualifié en Orthodontie, Crépy en Valois

BIGOT Claude, MCU-PH, Paris



Dr Etienne LABASSY

L'espérance de vie a presque triplé par rapport à ce qu'elle était au siècle des Lumières. Cette « quantité de vie » s'accompagne d'un désir de « qualité de vie » à savoir, pour les patients, garder leurs dents dans une esthétique de santé et de sourire.

La parodontie et l'orthodontie font partie des thérapeutiques permettant la réalisation de ces souhaits.

En parodontie l'agression bactérienne provoque des réactions inflammatoires septiques destructrices des tissus, en revanche, lors de la cicatrisation, la réparation, voire la régénération, ainsi qu'en orthodontie des processus inflammatoires semblables, aseptiques, sont déclenchés et provoquent une reconstruction plus ou moins complète des tissus parodontaux perdus.

Un dogme consensuel s'impose : la nécessité d'un parodonte sain ou assaini (Ericsson I, Lindhe J, 1978).

RÉPARATION : c'est la restauration de tissus nouveaux sans rétablir la structure et la fonction des tissus perdus. (Melcher, 1969).

RÉGÉNÉRATION : c'est un processus biologique par lequel l'architecture et la fonction d'un tissu lésé sont intégralement restaurés (Melcher, 1969).

La réparation peut survenir au cours des phases de repos des parodontites ou succéder à une intervention thérapeutique médicale ou chirurgicale, alors que la régénération est toujours la suite d'une chirurgie.

De nombreuses études ont montré l'efficacité des techniques de régénération avec l'utilisation des membranes selon les principes de régénération tissulaire guidée (Ogihara, 2006) ou avec l'application des protéines dérivées de la matrice amélaire (Emdogain®) selon les principes de la régénération tissulaire induite.

Ces techniques ont pour effet de favoriser la prolifération et la différenciation des cellules souches tout en empêchant la migration épithéliale.

Nemcovsky et al. (2007) après avoir démontré le fort potentiel des cellules desmodontale dans l'apposition osseuse, cherchent à déterminer l'influence du mouvement orthodontique sur la cicatrisation parodontale chez le rat. Ils constatent que lorsque l'on déplace une dent à travers un défaut créé chirurgicalement, sans inflammation, la longueur de l'épithélium de jonction résiduel est significativement plus courte que lorsque la dent n'est pas déplacée. Ce résultat a été confirmé par d'autres auteurs : le mouvement orthodontique aurait la faculté d'inhiber partiellement la progression apicale de l'épithélium de jonction (Melsen et Agerbaek, 1991).

TRAITEMENT ORTHO-PARODONTAL AVEC TECHNIQUE DE RÉGÉNÉRATION : INTÉRÊT ET CHRONOLOGIE PAR RAPPORT AU DÉPLACEMENT DENTAIRE PROVOQUÉ

De nombreuses études ont examiné l'impact de l'orthodontie dans le traitement des lésions intra-osseuses par les procédures régénératives conduites avant le déplacement dentaire. Certaines d'entre elles soulignent un effet d'optimisation par l'orthodontie des résultats acquis par la chirurgie. Les techniques de régénération tissulaire guidée (RTG) permettent, selon la majorité des auteurs, une préparation au traitement orthodontique par la création de nouvelles fibres de collagène desmodontale et supra crestale sur la surface en tension, permettant ainsi la transmission du stimulus des forces orthodontiques à l'os alvéolaire. Ces auteurs estiment que les différentes techniques réparatrices aboutissent à un long épithélium de jonction, qui ne correspondent pas à une attache physiologique (Chen, 2010).

Une étude sur l'animal a montré que toutes les poches induites en début d'expérimentation n'étaient plus détectables après l'étape orthodontique précédée par une chirurgie régénératrice : un comblement des lésions par du tissu cémentaire, ligamentaire et osseux a été observé (Diedrich, 1996 ; Diedrich et al., 2003). Ce gain est le résultat de la conjugaison de l'effet régénératif de la procédure chirurgicale et de l'effet d'optimisation du déplacement dentaire provoqué.

Une étude sur le chien a permis de voir que des lésions inter-radiculaires de classe III ont pu être réduites, voire éliminées, grâce à un traitement combiné chirurgie parodontale/ingression orthodontique (Da Silva et al., 2006).

Re et al. dans des études menées sur l'ingression d'incisives maxillaires présentant une alvéolyse angulaire, montrent que ce type de mouvement sur un parodonte assaini permet l'élimination de poches initialement profondes, un gain d'attache clinique, le rétablissement d'une longueur de couronne clinique harmonieuse, ainsi que la réduction des récessions parodontales et de la distance entre les jonctions amélo-cémentaires et le niveau de l'os marginal (Reet al.). Le traitement commence à 10 jours postopératoires avec un comblement complet des lésions intra-osseuses observé au bout de 1 an. Cardaropoli et Re confirment des résultats stables au bout de 12 ans (Cardaropoli et Re, 2005). Les conclusions de ces rapports de cas doivent être étayées et confirmées par d'autres études, sur un plus grand nombre de sujets et pendant une plus longue période.

DISCUSSION

Ces études cliniques, animales et humaines permettent de mieux comprendre comment le mouvement orthodontique influence la cicatrisation d'une lésion intra-osseuse ou inter radiculaire en fonction du défaut et du type de mouvement (Ghezzi et al., 2008).

Toutefois, il n'existe pas de consensus indiquant l'intérêt, l'efficacité, la reproductibilité et la place des techniques de régénération par rapport à un mouvement orthodontique. Une question intéressante se pose alors : un mouvement orthodontique peut-il limiter les indications de certaines thérapeutiques parodontales par les mécanismes cellulaires et moléculaires qu'il favorise ?

En effet :

- Booshardt et Sculean (2009), Reichert et al. (2009) et Da Silva et al. (2009) confirment que la restauration complète du parodonte (selon MELCHER) reste encore une **illusion**, et que les différentes techniques régénératives ne peuvent restaurer qu'une partie du volume parodontal détruit.
- L'Orthodontie stimule la réparation parodontale.
- Les techniques de régénération retardent le début du traitement orthodontique tant attendu par les patients.
- Le mouvement dentaire ne perturbe-t-il pas la cicatrisation si on déplace les dents trop rapidement, et semble interférer avec la régénération (Da Silva).
- Un traitement orthodontique préalable à la chirurgie parodontale peut permettre de faciliter les possibilités de régénération en diminuant la taille des lésions, en augmentant la proximité des cellules progénitrices.
- Un long épithélium de jonction est bien compatible avec la santé parodontale et résiste aux attaques bactériennes (Mangusson, Beaumont, Cortellini).
- Il existe une transition et des interactions épithélo-mésenchymateuses (restes épithéliaux de Malassez), pouvant dispenser des techniques régénératrices (D.Bossahardt.). Il suffit de laisser le « temps au temps » long et lent de la cicatrisation.

On peut conclure que si la régénération peut être optimisée par certaines techniques, Il est préférable, de la différer après le traitement orthodontique du fait de l'action potentialisatrice de ce déplacement provoqué (Steffensen).

Quelques exemples cliniques illustrent ces propos :

Cas1 : C'est le cas d'une patiente de 40 ans qui se plaint de migration pathologique de 11 (Fig1-2).

Après une prise en charge parodontale (Cédric FIEVET), un alignement dentaire ainsi qu'une ingression et fermeture espaces ont été pratiqués (Fig3).

Le résultat esthétique est satisfaisant et la radiographie montre une correction des défauts verticaux s'apparentant à une régénération (Fig4-5).



Fig1 Situation Clinique après préparation parodontale initiale : migrations dentaires

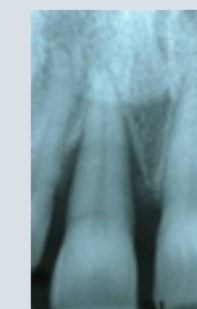


Fig2 Radio initial (défauts osseux angulaires)

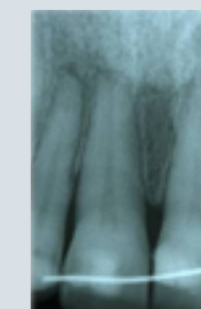


Fig4 Radiographie de fin de traitement: comblement des défauts angulaires, image de régénération.

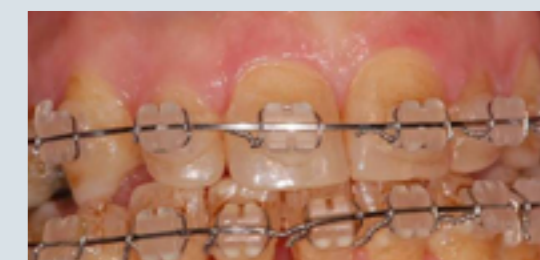


Fig3 Traitement orthodontique



Fig5 Fin de traitement

ORTHODONTIE ET RÉGÉNÉRATION PARODONTALE (suite)

Cas 2 : Une patiente de 60 ans se plaint de mobilités dentaires, de l'ouverture d'un diastème inter-incisifs maxillaire disgracieux (Fig6).

La radiographie (Fig7) montre un défaut vertical large et profond.

Avant toute chirurgie régénératrice, une orthodontie a été décidée (Fig8), Les résultats parodontaux montrent une densification osseuse et une diminution de l'angle de jonction de la dent et du rebord alvéolaire plus compatible avec une meilleure réparation et éventuellement une régénération osseuse (Steffensen, 1993) (Fig9-10).

Si une régénération est envisagée, une microchirurgie peu invasive sera plus indiquée.



Fig6 Examen endo buccal (ouverture de diastème et migrations dentaires)

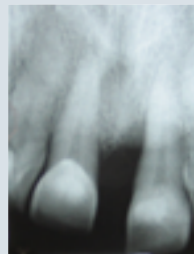


Fig7 Examen radiologique initial : défaut osseux large



Fig9 Examen radiologique après contention : modification de la forme des défauts, plus favorable à une éventuelle régénération (Steffensen, 1993)



Fig8 Traitement orthodontique partiel pour éviter un appui sur des dents à parodonte réduit



Fig10 Aspect esthétique en fin de traitement

Cas 3 : Situation clinique complexe (Fig11-12) : Egression importante de 21, diastème, supraclusion. Prothèse ou Implant ?

Avant tout projet prothétique une orthodontie est nécessaire (Fig13-14) : Une ingressión des dents antérieures et une coordination intra et inter arcades a permis après une greffe conjonctive (Fig16-17-18) (Cédric FIEVET), et une restauration prothétique d'obtenir un résultat satisfaisant. La radiographie de 21 (Fig15) montre un gain osseux.



Fig11 Migrations dentaires et nécrose pulpaire de 11(choc)

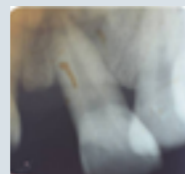


Fig12 Radiographie de 11 (image apicale)



Fig13 Traitement orthodontique et micro-vis d'ancrage



Fig14 Suite de traitement

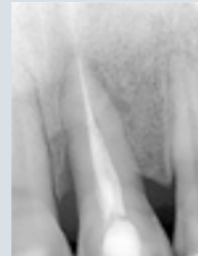


Fig15 Radio de fin de traitement : gain osseux



Fig16 Amélioration de défauts gingivaux par une greffe conjonctive (Cédric FIEVET)



Fig17 Maturation tissulaire à 15 jours

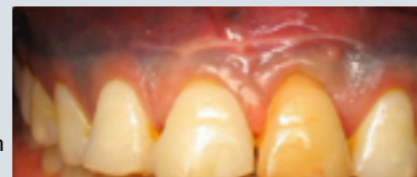


Fig18 Cicatrisation à 1mois

Cas 4 : Situation de récession de 14 et 15 (Fig20) chez un jeune patient de 30 ans une ingressión sélective (Fig21) de ces deux dents a permis (sans greffe, ni lambeau déplacé) de traiter ces récessions d'une façon satisfaisante et stable (Fig22).



Fig20 Récessions localisées niveau 14-15



Fig21 Ingressión de 14-15 et fibrotomie vestibulaire



Fig22 Fin de traitement : résultat stable sur 10 ans

Cas 5 : Les molaires sont les dents qui ont le taux de perte le plus important chez les sujets atteints de maladie parodontale non traitée.

Le traitement des atteintes de furcation, ou atteintes inter-radiculaires, représente souvent un problème en parodontie, principalement associé à leur anatomie complexe et irrégulière.

Le cas présenté est une situation d'une 36 très mobile, en égression et présentant une atteinte de furcation de classe

III ; la vitalité de la dent est conservée (Fig23) Un traitement initial antibactérien est réalisé suivi d'un traitement orthodontique effectué avec un mouvement d'ingressión s'ancrant sur une micro-vis (Fig24)

Les résultats cliniques et radiologiques sont spectaculaires, la mobilité devient physiologique et l'on passe d'une atteinte de furcation de classe III à une atteinte de classe I dont le pronostic est plus favorable et plus compatible avec de possibles traitements régénérateurs (Da Silva et al., 2006) (Fig25).



Fig23 Atteinte de furcation classe III

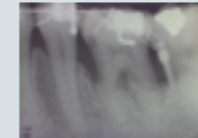


Fig24 Résultat radiographique après traitement orthodontique (ingressión avec ancrage utilisant une microvis)



Fig25 Passage d'une atteinte de classe III à une atteinte de classe I à mobilité importante et égression

CONCLUSION

L'application d'une force orthodontique adéquate sur un parodonte sain ou assaini permet au moins la préservation du volume tissulaire initial, stimule l'apposition osseuse, ce qui suggère un effet bénéfique et une facilitation des thérapies parodontales en intervenant dans la cicatrisation, la réparation, voire la régénération.

Avec l'essor et les succès de l'implantologie et la vague « titane » il nous a semblé pertinent de mettre l'accent sur l'efficacité du traitement ortho-parodontal.

Une bonne coordination de toutes les étapes du traitement global ainsi qu'une relation biunivoque des différents participants permet de faire-ce-que-le-patient-nous-demande-de-faire : conserver ses dents, même avec un volume parodontal réduit.

BIBLIOGRAPHIE

- Dieter D, Bossahardt, Anton Sculan. Does periodontal tissue regeneration really work? *Periodontology* 2000; Vol 51, 2009, 208-219.
- Cardapoli D, Re S. Interdental papilla augmentation procedure following orthodontic treatment in a periodontal patient. *J Periodontol* 2005; 76:655-661.
- Chen FM, Zhang J, Zhang M, An Y, Chen F, Wu ZF. A review on endogenous regeneration technology in periodontal medicine. *Biomaterials* 2010; 31:7892-7927.
- Da Silva VC, Cirelli CC, Ribeiro FS, Costa MR, Comelli Lia RC, Cirelli JA. Orthodontic movement after periodontal regeneration of class II furcation: a pilot study in dogs. *J Clin Periodontol* 2006; 33:440-448.
- Diedrich P. Guided tissue regeneration associated with orthodontic therapy. *Semin Orthod* 1996; 2:39-45.
- Diedrich P, Fritz U, Kinzinger G, Angelakis J. Interactions of periodontal regeneration and orthodontic tooth movement. *J Orofac Orthop* 2003; 64:214-227.
- Ericsson I, Thilander B, Lindhe J. Periodontal conditions after orthodontic tooth movements in the dog. *Angle Orthod* 1978; 48:210-218.
- Mangusson, Lindhe. A long junctional epithélium Alocus minoris resistance in plaque infection? 1993
- Melsen B. Tissue reaction following application of extrusive and intrusive forces to teeth in adult monkeys. *Am J Orthod* 1986; 89:469-475.
- Melsen B. Periodontal response to orthodontic treatment. *J Parodontol* 1989; 8:207-213.
- Melsen B. Tissue reaction to orthodontic tooth movement. A new paradigm. *Eur J Orthod* 2001; 23:671-681.
- Melsen B, Agerbaek N. Can attachment gain be achieved by means of orthodontic measures? *Prakt Kieferorthop* 1991; 5:11-16.
- Melsen B, Agerbaek N, Eriksen J, Terp S. New attachment through periodontal treatment and orthodontic intrusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1988; 94:104-116.
- Melsen B, Agerbaek N, Markenstam G. Intrusion of incisor in adult patients with marginal bone loss. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1989; 96:232-241.
- Nemcovski CE, Sasson M, Beny L, Weinreb M, Vardimon AD. Periodontal healing following orthodontic movement of rat molars with intact versus damaged periodontia toward a bony defect. *Eur Orthod* 2007; 29:338-344.
- Ogihara S, Marks HM. Enhancing the regenerative potential of guided tissue regeneration to treat an intrabony defect and adjacent ridge deformity by orthodontic extrusive force. *J Periodontol* 2006; 77:2093-2100.
- Re S, Corrente G, Abundo R, Cardapoli D. Orthodontic movement into bone defects augmented with bovine bone mineral and fibrin sealer: a reentry case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2002b; 22:138-145.
- Steffenson B, Weber HP. Relationship between the radiographic periodontal defect angle and healing after treatment. *J Periodontol* 1989; 60:248-254.
- Vardimon AD, Nemcovski CE, Dre E. Orthodontic tooth movement enhances bone healing of surgical bony defect in rats. *J Periodontol* 2001; 72:858-864.



APPORT DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL AU SEIN DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN PARODONTOLOGIE : REVUE DE LITTÉRATURE

AUTEURS :

Alexandre EPAILLARD, Alexandre MATHIEU, Marjolaine GOSSET, Philippe DOUCET

Faculté de chirurgie dentaire de Montrouge, Université Paris Descartes, 1 rue Maurice Arnoux, 92120 Montrouge



Dr Alexandre EPAILLARD

En prenant part à l'éducation thérapeutique (ETP), l'entretien motivationnel (EM) a montré des résultats significatifs au niveau de la compliance des patients dans la prise en charge de pathologies chroniques comme le diabète, l'asthme ou les pathologies cancéreuses. Cet article a pour but de présenter notre recherche bibliographique, visant à étudier si l'entretien motivationnel apporte des résultats similaires pour le traitement des pathologies parodontales.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN PARODONTOLOGIE

Selon la HAS (6), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients atteints d'une maladie chronique à mieux vivre avec leur pathologie. C'est un processus continu et permanent, faisant partie intégrante de la prise en charge. En parodontologie, l'objectif est double : **restaurer la santé parodontale du patient et maintenir ces résultats dans le temps** afin d'améliorer sa qualité de vie (biologique et psychologique). Le patient est donc mis au centre du traitement, et c'est par sa coopération lors des phases initiales du traitement, mais aussi et surtout lors des séances de thérapeutique parodontale de soutien, que ces deux objectifs vont être obtenus.

Tout patient aux prises avec un problème de dépendance se trouve à un instant donné dans un état psychologique

plus ou moins avancé de changement comportemental (Prochaska et DiClemente, années 70). À l'échelle de la parodontologie, le problème de dépendance peut être défini comme la difficulté du patient à changer ses habitudes de brossage et ses comportements à risque (Fig. 1).

En général, lors de la première consultation, le patient est **ignorant** (de sa maladie, de ce qu'il doit changer pour aider au traitement). Le fait de se présenter à la consultation marque une volonté de se soigner et laisse percevoir une dynamique de changement potentielle. À ce moment l'ETP prend tout son sens : elle permet de donner au patient des **connaissances** (adaptées à son niveau socioculturel) qui permettront d'induire les modifications de ses habitudes d'hygiène. Cette phase est la plus importante, et chez certains patients, elle pourra parfois durer des années.

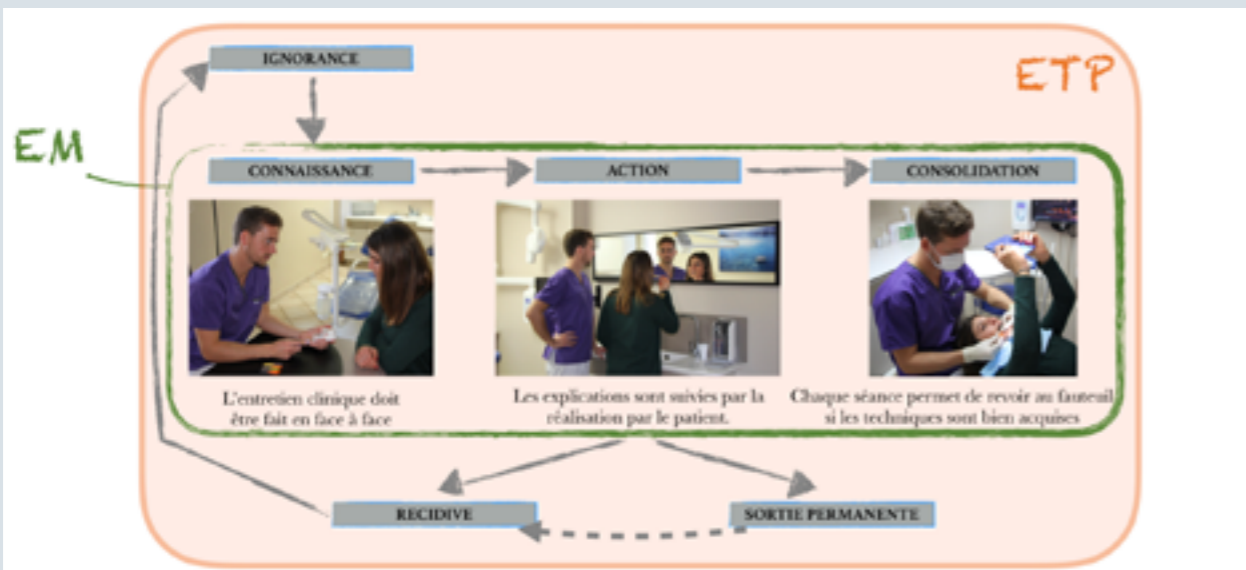


Fig. 1 : Etapes du changement comportemental du patient en parodontologie

Une fois le patient motivé et prêt à changer, arrive la phase de **changement**. En parodontie, le patient débute son traitement parodontal, il arrive en séance d'ETP muni de son matériel de brossage. Avec toutes les informations qu'il aura reçues, le patient va intégrer de nouveaux comportements dans son quotidien : c'est la phase de **compliance**. Il peut être intéressant d'aider le patient à s'organiser pour intégrer ces changements. Cependant, la compliance reste susceptible de s'effriter plus ou moins rapidement : le patient peut alors évoluer vers une phase de **récidive**. C'est pourquoi l'ETP ne s'arrête pas lorsqu'à la réévaluation parodontale, le patient semble avoir compris sa maladie parodontale et acquis une hygiène orale et des comportements adaptés.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'EM est une méthode qui a été définie par les deux psychologues Miller et Rollnick dans les années 80. Elle vise à renforcer la motivation propre d'un patient face à un besoin de changement comportemental. Il s'agit d'un **dialogue centré sur le patient**, dans une atmosphère **empathique et valorisante**. L'EM est orienté vers un objectif déterminé, il est **directionnel**. La relation vise à augmenter

la motivation au changement en respectant l'ambivalence et en explorant les valeurs propres et les perceptions du sujet. L'intervenant aide la personne à énoncer ses propres motivations à changer. Le changement intervient d'autant plus que le patient s'appuie sur les motivations intrinsèques qu'il aura formulées.

L'EM pourra ainsi intervenir en parodontologie lors des premiers rendez-vous avec le patient, au bureau par un dialogue ciblé et orienté, puis lors des séances d'éducation de l'hygiène orale au fauteuil, tout en gardant ce principe d'empathie et de valorisation. L'objectif est d'accélérer et de renforcer les passages des différents stades de changements comportementaux. Le patient est donc censé passer plus rapidement de la phase de « connaissance », à la phase « action », puis « consolidation », le tout, avec pour objectif une sortie permanente.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre recherche bibliographique est résumée dans le tableau suivant (Fig. 2), et le détail de chaque article sélectionné présenté dans le tableau récapitulatif (Fig. 3) A chaque fois, l'EM est comparé une méthode d'enseignement classique à l'hygiène orale (EHO).

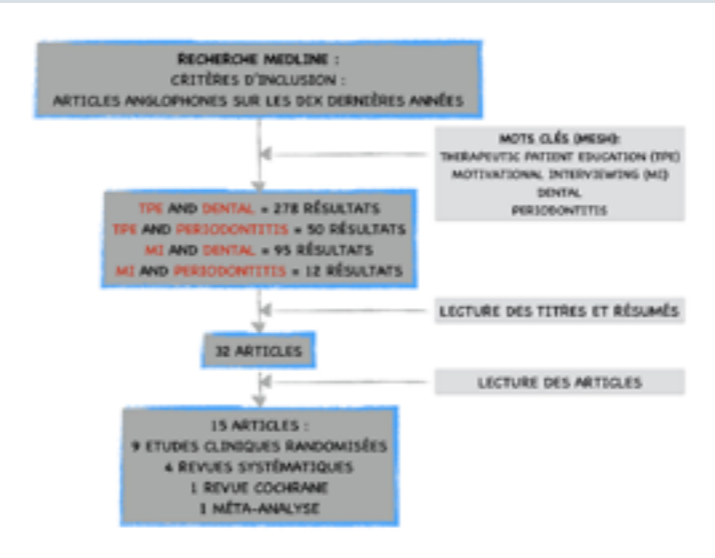


Fig. 2 : Recherche bibliographique

(num ref) auteurs, année	Revue	Type d'article	Résultats
(2) Anselsson et al., 2006	J. Clin. Prev.	RCU	Différence de 2 semaines d'absence de saignement de gencives
(3) Cardapoli et al., 2012	Clin. Oral Implants	RCU	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(4) Chapple et al., 2015	Int. J. Dent. Hygiene	RCU	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(5) Jönsson et al., 2006	Int. J. Dent. Hygiene	RCU	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(7) Guo et al., 2015	Trials	RCU	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(8) Naidu et al., 2015	Oral Health	RCU	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(9) Sakthi et al., 2007	J. Dent. Res.	RCU	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(10) Shamsi et al., 2012	Open Dent. Journal	RCU	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(17) Johansson et al., 2007	J. Clin. Prev.	RCU	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(11) Gao et al., 2008	J. Periodontol.	Revue systématique	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(12) Cascaes et al., 2014	Rev. Saúde Pública	Revue systématique	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(13) Petersen et al., 2005	J. Periodontol.	Revue systématique	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(14) Winer et al., 2016	J. Dent. Res.	Revue systématique	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(15) Bana et al., 2005	Paris, 2005	Revue Cochrane	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique
(16) Brady TJ., 2003	Prev. Chronic Dis.	Méta-analyse	Différence de 100% de réussite à l'ETP par rapport à la méthode classique

Fig. 3 : Tableau récapitulatif

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les conclusions importantes tirées de chaque article sont résumées dans la figure 3. Mais les principales informations sont les suivantes :

- L'EM apporte un vrai bénéfice en permettant au patient de se sentir réellement concerné par la thérapeutique, écouté, et pris en considération. (8, 10, 11, 12, 13, 14)
- L'EM implique plus de séances avec le patient, et induit donc une meilleure compréhension de sa maladie et des nécessités de changement comportemental, par rapport à des séances classiques d'EHO. (9)
- L'EM semble réduire les risques de récidive, car le discours est répété un plus grand nombre de fois au patient, et est adapté à son niveau de compréhension, et à ses motivations propres. (2, 3, 4, 6, 7, 16, 17)

- En revanche, L'EM ne semble pas induire de bénéfices significatifs s'il est appliqué aux patients les moins compliants, à savoir les enfants, les personnes âgées, et les personnes de faible niveau socio-culturel, par rapport à l'EHO classique. (15)

- Enfin, les différents supports parfois utilisés (vidéos, macro-modèles, schémas, etc.) et le contenu du rendez-vous n'apportent pas de réel bénéfice pour l'EM par rapport à un EHO classique. (5)

On comprend donc ici que c'est bien la méthode du **dialogue positif, adapté** à chaque patient et **centré** sur celui-ci, qui semble être responsable des résultats plus favorables. Le patient comprend mieux sa maladie, devient plus compliant, plus rapidement, et plus durablement.

RÉSULTATS ET DISCUSSION (suite)

Cependant, notons tout de même que si l'ensemble des articles étudiés montrent une efficacité de la méthode, deux revues systématiques (11 et 12), montrent bien des résultats légèrement supérieurs, mais de façon non significative. Les échantillons sont parfois trop faibles pour être considérés comme représentatifs. Ainsi, **d'autres études sont nécessaires** pour montrer le réel impact sur le long terme.

De plus, on remarque que l'ensemble des EM dans les articles étudiés ont été effectués par des psychologues spécialisés, quand les EHO ont été fait par des parodontistes. Ceci semble être un biais important dans les résultats. En effet, pour être applicable en cabinet libéral, cela signifie qu'il faudrait que les psychologues puissent intervenir directement au sein de l'ETP, en faisant partie intégrante du plan de traitement, ou que les parodontistes soient formés à cette méthode de dialogue avec le patient. Ce n'est actuellement pas le cas en France.

Enfin, le temps nécessaire et le nombre de séances indispensables pour obtenir des résultats immédiats et durables sur les patients, complique la réalisation au cabinet dentaire. Dans les études, les séances d'EM durent en moyenne une heure, et sont au minimum de deux, afin d'être efficaces.

CONCLUSION

L'EM apporte de réels bénéfices sur la compliance du patient en lui permettant de se sentir concerné par la thérapeutique, et de devenir acteur du traitement de sa maladie parodontale. Plus les séances dédiées à l'EM sont longues et répétées, plus les résultats sont durables dans le temps. Cependant, d'autres études sont nécessaires afin de montrer si cette technique est applicable au cabinet dentaire libéral, et par quel professionnel de santé elle doit être réalisée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haynes RB. A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. In: Sackett DL, Haynes RB, eds, *Compliance With Therapeutic Regimens*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1976 ; 322 p.
2. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981(8):281-294.
3. Cardaropoli D, Gaviglio L. Supportive periodontal therapy and dental implants: an analysis of patients' compliance. *Clin Oral Implants Res*. 2012;23(12):1385-8.
4. Chapple ILC, Hill K. Getting the message across to periodontitis patients: the role of personalised biofeedback. *International Dental Journal*, 2008;58(5):294-306.
5. Jönsson B., Lindberg P, et coll. Improved compliance and self-care in patients with periodontitis – A randomized control trial. *Int J Dent Hyg*, 2006;(4)77-83.
6. HAS-INPES. *L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions- réponses ; 2007.*
7. Gao X, Chin Man Lo E. Face to face individual counseling and online group motivational interviewing in improving oral health: study protocole for RCT. *Trials*. 2015;16:416
8. Naidu R, Nunn J. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster RCT. *BMC Oral Health*. 2015; 15:101
9. Sniehotta FF, Araújo Soares V, Dombrowski SU. Randomized controlled trial of a one-minute intervention changing oral self-care behavior. *J Dent Res*. 2007;86(7):641-5
10. Shamani S, Jansson L. Oral Hygiene Behaviour Change During the Nonsurgical Periodontal Treatment Phase. *Open Dent Journal*, 2012;6, 190-196
11. Gao X, Lo EC, Kot SCC, Chan KC. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol*. 2014;85(3):426-37
12. Cascaes AM, et coll., 2014, Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(1):142-153.
13. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol* 2005 Dec;76(12):2187-93.
14. Werner H, Hakeberg M, et coll. Psychological Interventions for Poor Oral Health: A Systematic Review. *J Dent Res*. 2016;95(5) 506-514.
15. Renz AN, Newton JT. Changing the behavior of patients with periodontitis. *Periodontol* 2000. 2009;51:252-68.
16. Brady TJ, Murphy L, et coll. A meta-analysis of health status, health behaviors, and healthcare utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:120112.
17. Johansson LA, Oster B, Hamp SE. Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. *J Clin Periodontol*. 1984 Nov;11(10):689-99.



ORTHÈSE GINGIVALE : RAPPORT D'UN CAS

AUTEUR :

OUNNACI Hassina Assistante spécialiste en parodontologie. CHU. TIZI OUZOU



Dr Hassina OUNNACI

RÉSUMÉ

La perte d'attache parodontale, la récession gingivale et la perte des papilles interdentaires dans la région antérieure maxillaire peuvent souvent entraîner des problèmes esthétiques et fonctionnels, et il devient difficile pour le dentiste de fournir une solution esthétique pour le tissu gingival manquant et de maintenir une bonne hygiène [1, 3, 4]. Les chirurgies plastiques parodontales effectuées dans le cas de récessions avancées de classe III et IV de Miller, donnent généralement des résultats esthétiques peu prévisibles. La prothèse gingivale peut être utilisée comme alternative dans de tels cas.

Ce rapport de cas décrit la réalisation d'une orthèse gingivale à base de résine acrylique, après assainissement parodontale. Fournissant ainsi une solution économique, fonctionnelle et esthétiquement acceptable.

MOTS-CLÉS : récession gingivale, esthétique, Chirurgie plastique parodontale, orthèse gingivale.

INTRODUCTION

Le Glossary of periodontal terms de l'American Academy of Periodontology (AAP, 2001 4th Edition) a défini la récession gingivale comme « le déplacement de la gencive marginale apicalement à la jonction amélo-cémentaire ». Elle se traduit par une dénudation radiculaire, exposant à l'environnement buccal une surface cémentaire. C'est un motif de consultation fréquent. Elle suscite chez les patients un sentiment d'aspect inesthétique perçu et exprimé, plus ou moins associé à des hypersensibilités radiculaires.

Une option appropriée dans les cas de récession gingivale légère à modérée (Classe I et II de Miller [1]) est de faire une chirurgie plastique parodontale (recouvrement radiculaire). Cependant, lorsque l'atteinte est avancée et sévère [1] (Classe III et classe IV de Miller) la chirurgie plastique parodontale peut donner des résultats esthétiques moins prévisibles ou provoquer une récurrence [1]. Dans ce cas, une alternative thérapeutique est possible et consiste en un remplacement gingival [1, 3, 4].

L'orthèse gingivale est un substitut artificiel, également connue sous le nom de masque gingival [4], unité de remplacement gingival [2], gencive artificielle [2, 4], fausse gencive et prothèse gingivale [2]. Elle est contre-indiquée dans le cas de mauvaise hygiène bucco-dentaire, santé parodontale instable, risque élevé de carie, tabac et allergies aux matériaux de fabrication [1, 2].

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Patiente âgée de 39ans, qui s'est présentée au service de parodontologie, pour motif esthétique et fonctionnel. La patiente était très mécontente de l'aspect inesthétique (dents allongées) signalé avec une plainte de récession gingivale et d'insatisfaction avec des espaces élargis entre ses dents antérieures maxillaires entraînant un bourrage alimentaire et une perturbation de la phonation.

À l'examen clinique, on lui a diagnostiqué une parodontite chronique généralisée modérée à sévère par endroit. L'examen clinique a révélé des espaces inter dentaires ouverts et des surfaces radiculaires exposées (récession classe IV de Miller) sur l'ensemble des dents avec présence de poches parodontales.

La patiente a été prise en charge avec une thérapie de phase I, qui comprenait des instructions d'hygiène buccale, un détartrage sus et sous-gingival et un surfaçage radiculaire. Des instruments ultrasons et manuels ont été utilisés.

Un suivi d'un mois a montré que la patiente respectait les règles d'hygiène buccale et la maladie parodontale est stabilisée. L'aspect de dents longues laisse toujours la patiente insatisfaite pour cela on a opté pour la réalisation d'une orthèse gingivale, en résine acrylique, afin de répondre à sa demande esthétique.

ORTHÈSE GINGIVALE : RAPPORT D'UN CAS (suite)



Fig. 1 Cas après réévaluation



Fig. 3 mise en bouche de l'orthèse gingivale



Fig. 2 Orthèse gingivale en résine auto polymérisable



Fig. 4. Sourire après insertion de l'orthèse gingivale

DISCUSSION

La perte d'attache parodontale et la perte osseuse créent souvent des espaces inter dentaires ouverts, des couronnes cliniques allongées et une phonétique altérée, compromettant ainsi l'esthétique et la fonction, aboutissant à une baisse de la confiance sociale du patient.

Dans le cas de récession de Classe III et classe IV de Miller, la chirurgie plastique parodontale peut donner des résultats esthétiques moins prévisibles ou provoquer une récurrence. L'orthèse gingivale peut fournir, alors, des options rapides, simples et peu coûteuses pour restaurer les tissus gingivaux perdus^[4].

Dans le cas présenté, la patiente avait un état parodontal

compromis avec présence de récessions avancées. Après la phase I, on a pu stabiliser sa maladie parodontale et on a opté pour la réalisation d'une orthèse gingivale. Cette dernière est une approche plus prévisible pour remplacer l'architecture des tissus perdus, en particulier lorsque une plus grande quantité de tissus à besoin de remplacement. Elle a permis d'obtenir un résultat esthétique, une diminution de l'hypersensibilité, un empêchement du bourrage alimentaire et une amélioration de la phonétique.

CONCLUSION

A l'aide de l'orthèse gingivale, les caractéristiques esthétiques et phonétiques du maxillaire antérieur peuvent être restaurées lorsque la perte du support parodontal est évidente.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Aditya Sinha, Sankar Madhvan, ShivamurthyRavindra, SudhakaraBhat.** *Gingival Veneer: Non-esthetic to estheticsmile. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 13, Issue 11 Ver. IV (Nov. 2014), PP 26-29.*
2. **Anju Rana, AnujAgarwal, RG Shiva Manjunath, Shankar T Gokhale, Chandna Nair, Neeraj Chandra.** *Gingival Veneer: An Alternative to a RelapsedPeriodontalTreatment! Journal of Dental Sciences and Oral Rehabilitation, January-March 2016;7(1):40-44.*
3. **KanikaAgarwal, S.P Singh, TushikaBansal, PriyaRastogi.** *Turn up yoursmile by gingival masks - A prostheticapproach: Case report. International Journal of Applied Dental Sciences 2015;1(2): 09-11.*
4. **Syed MurtazaRazaKazmi.** *Severe Gingival Recession: Gingival Veneer a Method of Camouflage. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 2015, Vol. 25 (7): 549-550*



Ensemble pour aller plus loin.

La réussite d'un cabinet dentaire passe par le travail d'équipe. Une équipe experte construite avec soin. Un allié formidable qui vous permet d'obtenir des résultats exceptionnels pour vos patients et votre cabinet. Zimmer Biomet Dental repousse les frontières de la santé bucco-dentaire depuis de nombreuses années. Nous pouvons faire encore plus ensemble.

Choisir Zimmer Biomet Dental vous ouvre de nouvelles perspectives. Nos produits de qualité, nos solutions innovantes, notre service et notre support vous permettent de vous recentrer sur l'essentiel et de vous projeter vers l'objectif que vous souhaitez atteindre.

C'est possible avec Zimmer Biomet Dental.

Soyez ambitieux. Appelez le 01 41 05 43 43 pour plus d'informations.

zimmerbiometdental.com

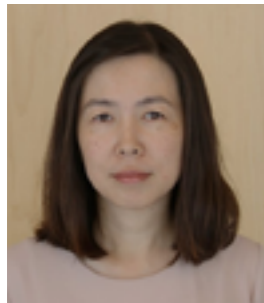
Toutes les références à Zimmer Biomet Dental incluses dans ce document désignent les filiales dentaires de Zimmer Biomet Holdings, Inc. Sauf autre indication mentionnée ici, toutes les marques sont la propriété de Zimmer Biomet. Ce document est exclusivement destiné aux cliniciens. ZB0127FR REV A 01/17 ©2017 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.

 **ZIMMER BIOMET**
Your progress. Our promise.™



Questions autour d'un article

Notre sélection se porte sur un article rédigé par une équipe américaine de l'University of Maryland School of Dentistry à Baltimore : **Se-Lim Oh, Radi M. Masri, D A Williams, Chao Ji & Elaine Romberg** *J Clin Periodontol* 2017 ; 44 : 195-203. Elle aborde la délicate question de l'importance de la présence de muqueuse kératinisée autour des implants. Les auteurs nous proposent une étude clinique randomisée portant sur 28 patients porteurs d'implants (n=41) posés dans les secteurs postérieurs représentant donc des zones où l'hygiène est difficile à réaliser pour le patient et où l'accumulation de plaque et l'apparition de mucosite ou de péri-implantite représentent un risque majeur. Les patients sont divisés en deux groupes recevant, pour l'un, des conseils de prophylaxie, pour l'autre, une greffe épithélio-conjonctive et des conseils de prophylaxie. Les paramètres cliniques de l'inflammation sont relevés à 6, 12 et 18 mois, et des clichés radiographiques reproductibles permettent de suivre le niveau crestal péri-implantaire. Les auteurs montrent dans le groupe test (avec greffe) à 18 mois au niveau des tissus mous péri-implantaires : un déplacement apical de la ligne de jonction muco-gingivale, une augmentation de la hauteur de muqueuse kératinisée, une diminution des récessions gingivales avec recouvrement des spires sur 5 des 14 implants traités (6 des 14 implants présentaient des récessions avec exposition des spires coronaires), une absence de différence entre les deux groupes concernant la profondeur de sondage, et une diminution significative de GI (indice gingival) et BoP (saignement au sondage). Sur le plan osseux, les résultats montrent une résorption osseuse crestale à 18 mois significativement plus importante dans le groupe contrôle que dans le groupe bénéficiant de la greffe épithélio-conjonctive (mésial: $p = 0,0005$, distal $p = 0,042$).



Dr Se-Lim Oh, DMD, MS

School Assistant Professor
Division of Periodontics, University of Maryland School of Dentistry

Se-Lim Oh, Radi M. Masri, D A Williams, Chao Ji & Elaine Romberg J Clin Periodontol 2017 ; 44 : 195-203

Objectif Paro : You have shown in your study that late bone resorption (after at least 6 months of loading) was prevented by grafting a FGG. Do you believe that early resorption shown by Cochran (2009) could be also prevented by fixing implants in a well keratinized site?

Dr. Se-Lim Oh : The etiology for early bone resorption may be different from the etiology for late bone resorption. With current knowledge, without a study addressing this specific question, a simple answer cannot be provided. Further, a direct comparison with Cochran et al. (2009) is not possible: 1) Cochran et al. did not describe the clinical parameters for the implants included in their study. Therefore, we do not know whether the implants were surrounded by more than 2 mm keratinized mucosa or less than 2 mm of KM. 2) It is difficult to compare the two studies directly due to the differences in inclusion criteria. Cochran et al. included complete edentulous mandibular cases with fixed prostheses on multiple implants or partially edentulous cases in the anterior maxilla single- or multi-unit fixed partial dentures. Our study included only single-unit implant restorations and maxillary anterior implant restorations were not included. 3) Several other factors, such as the gingival phenotypes and the platform switching design, might also influence bone remodeling process. 4) To date, the etiology of the bone loss occurring between implant placement and delivery of final prosthesis is not known.

Objectif Paro : Vous avez montré dans votre étude que la résorption osseuse tardive (après au moins 6 mois de mise en charge) était évitée en réalisant une greffe gingivale libre. Croyez-vous que la résorption précoce montrée par Cochran (2009) pourrait aussi être évitée en fixant des implants dans un site bien kératinisé ?

Dr Se-Lim Oh : L'étiologie de la résorption osseuse précoce peut être différente de l'étiologie de la résorption osseuse tardive. Avec les connaissances actuelles, sans une étude portant sur cette question spécifique, une réponse simple ne peut être fournie. De plus, une comparaison directe avec Cochran et al. (2009) n'est pas possible: 1) Cochran et al. n'a pas décrit les paramètres cliniques des implants inclus dans leur étude. Par conséquent, nous ne savons pas si les implants étaient entourés de plus de 2 mm de gencive kératinisée ou de moins de 2 mm de gencive kératinisée. 2) Il est difficile de comparer directement les deux études en raison des différences dans les critères d'inclusion. Cochran et al. incluent des cas complets de mandibules édentées avec des prothèses fixes sur des implants multiples ou des cas partiellement édentés dans les prothèses partielles fixes maxillaires simples ou multiples. Notre étude ne comprenait que des restaurations implantaire unitaires et des restaurations implantaire maxillaires antérieures. 3) Plusieurs autres facteurs, tels que les phénotypes gingivaux et la conception de la plateforme switching, pourraient également influencer le processus de remodelage osseux. 4) À ce jour, l'étiologie de la perte osseuse survenant entre le placement de l'implant et la pose de la prothèse finale n'est pas connue.

Objectif Paro : On figure 2b, we see that you let a thin gingival layer between the crown and the graft. Is it a recommended and systematic approach? You also recommend not to perform any release incision?

Dr. Se-Lim Oh : We included implants with less than 2 mm of KM. I preserved a thin layer of keratinized mucosa if available (Case 1 in Figure 2b). I believe that this thin layer was helpful to prevent the free gingival graft from displacing coronally so that the graft could be placed more securely at the position where I would like to place. Meanwhile, I removed the entire mucosa if no KM existed (Case 2, #13 implant, in Figure 2e). In these cases, I secured the FGGs below the attached gingiva of adjacent tooth and/or the available KM of adjacent implant. I actually made vertical releasing incisions on several other cases. Therefore, it depends on cases.

Objectif Paro : Concerning the coverage of the exposed threads, did you perform any particular treatment of the surface of those threads? What is the kind of attachment and what about the mechanism: is it a creeping attachment?

Dr. Se-Lim Oh : I did not perform any specific treatment for the exposed threads. Since we did not perform histologic evaluations, it can be assumed that a long junctional epithelial attachment may be established. We have observed the postoperative coronal migration of mucosal margin in several cases. We will present these data at the 26th annual meeting of the European Academy of Osseointegration.

Objectif Paro : You have observed significant differences in almost all clinical parameters between the test and the control group, but not concerning the pocket depth. Do you have any explanation about that?

Dr. Se-Lim Oh : The mean pocket depths (from 2.6 to 3.4) at the facial site of the control group increased during the 18 months of observation while the mean pocket depths (from 3.0 to 2.7) in the experimental group were stable. I believe that the reason for no significant difference in the pocket depth is that pocket depth depends on crestal bone level (along with mucosal inflammation). Crestal bone level is not likely to change by performing FGGs.

Objectif Paro : Your prospective controlled randomized study has a very nice design. May we ask you the topic(s) on which you are working on now?

Dr. Se-Lim Oh : We are working on a long-term follow-up for this study. We are also working on the etiology of peri-implantitis.

Objectif Paro : Sur la figure 2b, nous voyons que vous laissez une fine couche de gencive entre la couronne et la greffe. Est-ce une approche recommandée et systématique? Vous recommandez également de ne pas effectuer d'incision de décharge ?

Dr. Se-Lim Oh : Nous avons inclus les implants avec moins de 2 mm de gencive kératinisée. J'ai conservé une fine couche de gencive kératinisée si disponible (cas 1 sur la figure 2b). Je crois que cette mince couche a été utile pour empêcher la greffe gingivale libre de se déplacer coronairement de sorte que la greffe pourrait être placée plus solidement à la position que je souhaite. Pendant ce temps, j'ai enlevé toute la muqueuse s'il n'y avait pas de gencive kératinisée (cas 2, implant n° 13, figure 2e). Dans ces cas, j'ai sécurisé les greffes gingivales libres en dessous de la gencive attachée de la dent adjacente et / ou du tissu kératinisé disponible de l'implant adjacent. J'ai effectivement fait des incisions de décharges verticales sur plusieurs autres cas. Par conséquent, cela dépend des cas.

Objectif Paro : Concernant la couverture des spires exposées, avez-vous effectué un traitement particulier de la surface de ces spires? Quel est le genre d'attachement et qu'en est-il du mécanisme: est-ce une attache rampante ?

Dr. Se-Lim Oh : Je n'ai effectué aucun traitement spécifique pour les spires exposées. Puisque nous n'avons pas effectué d'évaluations histologiques, on peut supposer qu'un long épithélium de jonction peut être établi. Nous avons observé la migration coronaire postopératoire de la gencive marginale dans plusieurs cas. Nous présenterons ces données lors de la 26ème réunion annuelle de l'Académie européenne d'ostéo-intégration.

Objectif Paro: Vous avez observé des différences significatives dans presque tous les paramètres cliniques entre le groupe test et le groupe contrôle, mais pas concernant la profondeur de la poche. Avez-vous des explications à ce sujet ?

Dr. Se-Lim Oh : Les profondeurs moyennes des poches (de 2,6 à 3,4mm) au site vestibulaire du groupe témoin ont augmenté pendant les 18 mois d'observation alors que les profondeurs moyennes des poches (de 3,0 à 2,7mm) dans le groupe test étaient stables. Je crois que la raison pour laquelle il n'y a pas de différence significative dans la profondeur de poche est que la profondeur de poche dépend du niveau de l'os crestal (avec l'inflammation des muqueuses). Le niveau de l'os crestal n'est pas susceptible de changer en effectuant des greffes gingivales libres.

Objectif Paro : Votre étude randomisée contrôlée prospective a un très beau design. Pouvons-nous vous demander le (s) sujet (s) sur lequel vous travaillez actuellement ?

Dr. Se-Lim Oh : Nous travaillons sur un suivi à long terme pour cette étude. Nous travaillons également sur l'étiologie de la péri-implantite.

Aidez vos patients à retrouver des gencives saines



Mieux connaître nos partenaires



Vos conseils professionnels

Au moins

50% des adultes souffrent de gingivite dans le monde,¹ mais **2 sur 3** ne la traitent pas²

La parodontopathie a un impact sur la vie quotidienne

L'analyse des témoignages des patients indique que la gingivite peut avoir un impact négatif sur la vie quotidienne, entraînant anxiété et gêne et entravant la vie sociale, en particulier lorsque l'entourage en remarque les symptômes.³

Le dentifrice parodontax contribue à libérer les patients des conséquences de la gingivite.³

Au bout de 30 jours, les patients ont signalé :



Moins d'anxiété

2 patients sur 3 ne s'inquiétaient plus de leur santé gingivale⁴



Une meilleure vie sociale

2 patients sur 3 n'évitaient plus les interactions sociales⁴



Une confiance en soi accrue

2 patients sur 3 avaient davantage confiance en eux⁴

Traitement et entretien

En complément d'une bonne hygiène bucco-dentaire et de conseils professionnels, les patients atteints de gingivite ou qui y sont prédisposés peuvent bénéficier de l'utilisation de **parodontax** pour une santé gingivale optimale.^{5,6}

4X plus de plaque dentaire éliminée*⁷

48% de réduction de l'indice de saignements gingivaux*⁷

Conseillez le dentifrice parodontax pour aider vos patients à garder une santé gingivale optimale entre deux visites



Gencives saines

Dans ce numéro Josselin LETHUILLIER, Responsable partenaires SFPIO, vous propose de découvrir le laboratoire PRED au travers de quelques questions posées à Pierre-Yves LE MAOUT, Président de la société PRED



PRED
LABORATOIRES



Pierre-Yves LE MAOUT

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

Pierre-Yves LE MAOUT :

PRED existe depuis près de 50 ans. L'activité initiale était la promotion de médicaments et produits d'hygiène. Par la suite PRED a ajouté une activité pharmaceutique et une activité de distribution de produits techniques innovants. Aujourd'hui ce sont 2 réseaux et 70 personnes au service des dentistes.

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

Pierre-Yves LE MAOUT :

PRED a été un pionnier des biomatériaux de régénération en dentaire et a même déposé des brevets il y a près de 30 ans. La parodontologie, puis l'implantologie ont été des axes majeurs de développement. Aujourd'hui notre activité dans ces domaines est surtout liée aux biomatériaux et membranes Osteobiol d'une part, et aux produits d'hygiène comme les brossettes et dentifrices.

OBJECTIF PARO : Quels produits concernent plus particulièrement les soins en parodontologie ?

Pierre-Yves LE MAOUT :

PRED a pour vocation de proposer aux dentistes les meilleures solutions conformes aux derniers acquis scientifiques de la santé bucco-dentaire, respectant au mieux la préservation tissulaire. Nous sommes partenaires de nombreuses formations de haut niveau.

Nous organisons les 14 et 15 juin 2018 notre premier congrès « Nouvelles approches de la dentisterie contemporaine ».

Le thème de la 1ère journée présidée par le Dr Jean-Pierre Attal sera « Esthétique, adhésion et ultra préservation tissulaire ».

Celui de la 2ème journée présidée par le Dr Patrick Palacci sera « Préservation tissulaire et régénération osseuse ».

Ce congrès illustre notre volonté de soutenir et diffuser les progrès de la médecine bucco-dentaire.

Dispositif Médical de classe I. Fabricant: Smithkline Beecham Ltd. Lire attentivement les instructions figurant sur l'emballage. Ne pas utiliser chez l'enfant. CHFR/CHPAD/0024/17/06

*En comparaison avec un dentifrice ordinaire après un nettoyage professionnel et deux brossages par jour pendant 24 semaines.
Références : 1. CDC Perio 2016 ; Half of American Adults have Periodontal disease. 2. Données internes, GSK, segmentation de parodontax, août 2015. 3. Données internes, GSK, Firefish : Le patient d'abord. Impact de la maladie parodontale sur la qualité de vie, mars 2016. 4. Données internes, GSK, étude d'adoption du goût (n = 600), Italie, 2016. 5. Kakar A, et al. Evaluate the Efficacy of Different Concentrations of Sodium Bicarbonate Toothpastes. Session Générale et Exposition de l'IADR, Le Cap, Afrique du Sud, 2014. Extrait n° : 754. 6. Données internes, GSK, RH01530, janvier 2013. 7. Données internes, GSK, RH02434, janvier 2015.

Les partenaires de la SFPIO vous informent

NOUVEAUTÉ PRODUIT

HENRY SCHEIN
IMPLANTOLOGIE



La demande de prothèses esthétiques augmente. Avec leur biocompatibilité optimale, les solutions implantaires céramiques occupent une place centrale. La compatibilité élevée avec les tissus mous de la zircone est reconnue. C'est la raison pour laquelle la société CAMLOG BIOTECHNOLOGIES propose désormais les implants en céramique CERALOG®.

CERALOG® HEXALOBE ET CERALOG® MONOBLOC

Les implants CERALOG® sont en zircone tétragonale ultra-pure stabilisée par l'yttrium. Elle est obtenue par Ceramic Injection Molding (CIM). Aussi bien la géométrie externe que la texture de surface duale sont créées par ce procédé unique de moulage par injection de céramiques.

L'implant CERALOG® Hexalobe de CAMLOG repose sur un véritable système en deux parties associé à un pilier en polymère haute performance PEKK. Le pilier peut être fixé à l'implant par le biais d'une vis en titane ou en or, selon son choix. Pour les solutions entièrement en céramique, l'implant CERALOG® Monobloc vient compléter la gamme.

La manipulation du système d'implant CERALOG® est simple, notamment grâce au pilier vissé et à la procédure chirurgicale claire. La teinte ivoire qui est proche de la teinte d'une dent naturelle et les propriétés de la zircone permettent d'obtenir des résultats hautement esthétiques.

Les implants existent en trois longueurs (8, 10 et 12 mm) et un diamètre (4 mm).

Pour plus d'informations, veuillez contacter le service clients au 02 47 68 95 00 – implantologie@henryschein.fr ou votre représentant.

Camlog Implants, Dispositifs Médicaux de Classe IIb pour soins dentaires, réservés aux professionnels de santé non remboursables par la sécurité sociale au titre de la LPP. Organisme certificateur 0123 .Mandataire ALTATECH GmbH Lisez attentivement les instructions figurant sur la notice d'utilisation.

DONNEZ AUX PATIENTS LE BROSSAGE LE PLUS DOUX D'ORAL-B

NOUVELLE TÊTE DE BROSSURE SENSI ULTRA-THIN :
UNE TÊTE DE BROSSURE REVOLUTIONNAIRE POUR UN BROSSAGE
PLUS EFFICACE* ET DES GENCIVES PROTÉGÉES



BRINS CENTRAUX

pour une élimination efficace
de la plaque dentaire

BRINS PÉRIPHÉRIQUES

pour un nettoyage tout en
douceur de la bordure gingivale

Recevez votre échantillon de la nouvelle
tête de brosse Sensi Ultra-Thin Oral-B**
en appelant le

0 825 878 498

Service 0,15 €/min
+ prix appel

Et rendez-vous sur dentalcare.fr**

* Comparé à une brosse à dents manuelle classique
** offre exceptionnelle limitée à 1 échantillon par dentiste et dans la limite des stocks disponibles
Procter & Gamble France SAS 391 543 576 RCS Nanterre - Capital € -
163 quai Aulagnier 92600 Asnières-sur-Seine
© 2016 P&G

PATIENTS SUJETS À LA PARODONTITE ? TRANSFORMEZ VOTRE RECOMMANDATION EN OBSERVANCE.



meridol® PARODONT EXPERT développé spécifiquement pour les patients aux gencives sujettes à la parodontite:

- Plus haute concentration en agents antibactériens de la gamme de dentifrices meridol®
- Renforce la résistance des gencives contre la parodontite
- Son goût unique encourage l'observance

Ions stanneux (Sn²⁺)
haute efficacité
antibactérienne

Fluorure d'Amines Olafleur (AmF)
stabilise les ions stanneux et les
transporte directement à la gencive

**Caprylyl Glycol
et Phenylpropanol**
boostent l'efficacité antibactérienne

