

SEPTEMBRE 2018

#47



OBJECTIF

PARO

Prochains RV :

Congrès de l'ADF

du 27 nov. au 1er déc. p30-33

Séance SFPIO à l'ADF

Jeudi 29 Novembre, 14h

Simone CORTELLINI, Diego

CAPRI et Peter EICKHOLZ

**2ème journée SFODF/SFPIO
le 15 décembre**

L'orthodontie, une
alliée du traitement
parodontal p34-39

Le bureau national 2018-2020

Retour sur l'EGHD 2018

Retour sur EuroPerio9

Congrès annuel 2019
de la SFPIO : Paris les 14 & 15 juin

Article scientifique Adeline MATEU

Nouveautés partenaires



SFPIO



Hypersensibilité dentinaire ? Recommandez un soulagement immédiat et durable

Le dentifrice elmex[®] SENSITIVE PROFESSIONAL™ aide vos patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire à profiter de la vie sans limites

- ✓ Soulagement durable dès la première utilisation ^{*,1,2}
- ✓ Effet en 60 secondes seulement ^{*,2}
- ✓ La technologie Pro-Argin[®], dont l'efficacité est cliniquement prouvée, répare les zones hypersensibles des dents ³
- ✓ Niveau de fluorure recommandé pour la prévention des caries, goût agréable



www.colgateprofessional.fr



*Lorsque le dentifrice est appliqué directement sur les zones hypersensibles pendant 60 secondes
1 Hamlin D, et al. Am J Dent. 2012;25:146-152. I
2 Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009; 20(Spec Iss): 123-130. I
3 Petrou I, et al. J Clin Dent. 2009; 20 (Spec Iss): 23-31.

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

COLGATE-PALMOLIVE SAS au capital de 6 911 150€ RCS 478 991 649 Nanterre F- 92700 Colombes

OBJECTIF

Chers Amis, Chères Amies,

C'est un plaisir et une vraie responsabilité que de succéder à Virginie Monnet-Corti à la présidence de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale.

Son travail dans la continuité de celui de Jean-Luc Ardouin et de Xavier Struillou a renforcé la SFPIO qui est désormais une société scientifique reconnue et incontournable.



C'est sur ces bases solides que nous souhaitons continuer à travailler en renforçant notamment les sociétés régionales qui sont les poumons de notre confédération et qui sont mises à l'honneur dans ce numéro au travers des manifestations qu'elles organisent dans un environnement de plus en plus concurrentiel. Pour y répondre et accompagner leur développement, nous allons initier un mécanisme de réversion inspiré du système méritocratique mis en place par la fédération européenne de Parodontologie.

Nous souhaitons également améliorer encore la visibilité de notre société auprès des patients et de nos confrères médecins. Dans cette perspective la SFPIO va déployer, en association avec d'autres sociétés savantes et des associations de patients, des brochures et des recommandations tout en faisant évoluer le site internet et en modernisant notre revue.

Le troisième axe de développement est de poursuivre l'excellente dynamique de nos événements nationaux. Vous retrouverez ainsi dans ce numéro les programmes de la journée multidisciplinaire co-organisée avec la SFODF le samedi 15 décembre, celui de l'ADF consacré aux lésions inter radiculaires le jeudi après-midi 29 novembre, et celui de du congrès national organisé à Paris du 14 au 15 juin 2019.

Les cycles de formation continue (parodontologie, implantologie et chirurgie muco-gingivale) sont pleins chaque année. C'est une grande responsabilité qui doit nous inciter à les faire évoluer afin de répondre encore mieux à la demande des omnipraticiens tout en consolidant nos rapports avec nos partenaires de l'industrie.

Enfin, avec l'aide de Xavier et de Virginie nous allons continuer à promouvoir la parodontie Française en Europe à travers des événements comme EuroPerio et la journée de prévention dans les maternités qui font l'objet de quelques pages dans ce numéro.

Pour mener ce projet ambitieux dans un cadre associatif, il est primordial de réunir un groupe de personnes compétentes, volontaires avec un réel désir de travailler ensemble pour le bien de la société. Merci d'avance à Caroline, Marjolaine, Josselin, Virginie, Alain, Séverine, Christian, Véronique, Nicolas, Brenda, Xavier, Wiem, Yves, Corinne, Matthieu, Sara, Stephan, Philippe, Sylvie, Loïc, Aurore, Guillaume, Patrick, Philippe et Jean-Luc aidés par Caroline et Delphine pour leurs énergies, leurs idées et leurs motivations.

Former, transmettre, encourager pour mieux soigner voilà l'ADN de notre société !

Bonne rentrée et bonne lecture,

David NISAND

Comment garantir le succès de vos traitements implantaires ?

Avec des fondations solides.

Exactement. Prédicibilité et succès à long terme grâce à la *dream team*¹ Geistlich



Geistlich Bio-Oss®



Geistlich Bio-Oss®
Pen



Geistlich Bio-Oss®
Collagen



Geistlich Bio-Gide®

EXACTEMENT
inimitable.

swiss made

¹ Jung RE, et al.: Clin Oral Implants Res. 2013; 24(10):1065-73.
Dispositifs médicaux de classe III réservés aux Professionnels de Santé.
Org. Cert. TÜV : CE 0123. Lire attentivement la notice avant toute utilisation.
Geistlich Pharma France www.geistlich.fr / www.shop.geistlich.fr

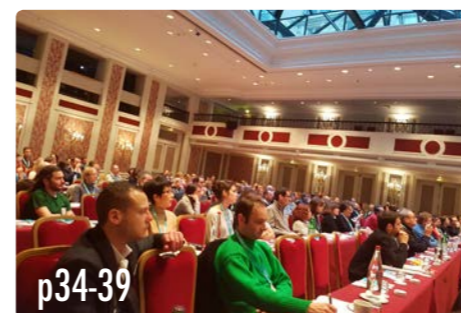
ADOPAR00718

SOMMAIRE

DANS CE NUMÉRO



- | | |
|-------|---|
| 7 | LES RENDEZ-VOUS SFPIO EN RÉGION
Calendrier des manifestations régionales à venir |
| 8-11 | LES BRÈVES DE LA SFPIO
Le nouveau bureau, le site internet |
| 13-15 | RETOUR SUR L'EGHD 2018
Les journées de prévention dans les maternités
L'Atelier Education Thérapeutique ANDAR |
| 18-28 | RETOUR SUR EUROPERIO9
Le congrès EuroPerio9, La soirée Blue meridol |
| 30-33 | LE CONGRÈS ADF 2018
Les moments forts, La séance SFPIO |
| 34-39 | JOURNÉE MULTIDISCIPLINAIRE SFODF/SFPIO
Introduction par Olivier SOREL, Résumés des séances |



- | | |
|-------|---|
| 40-41 | LE CONGRÈS SFPIO 2019 |
| 43-45 | ARTICLE SCIENTIFIQUE : ADELIN MATEU
Fusobacterium nucleatum et cancer colorectal |
| 47 | MIEUX CONNAÎTRE NOS PARTENAIRES
Sunstar répond à nos questions |
| 48-52 | LES PARTENAIRES VOUS INFORMENT |

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

PRODUCTION - IMPRESSION
PARRESIA
109, avenue Aristide Briand
CS 90042 - 92541 Montrouge Cedex

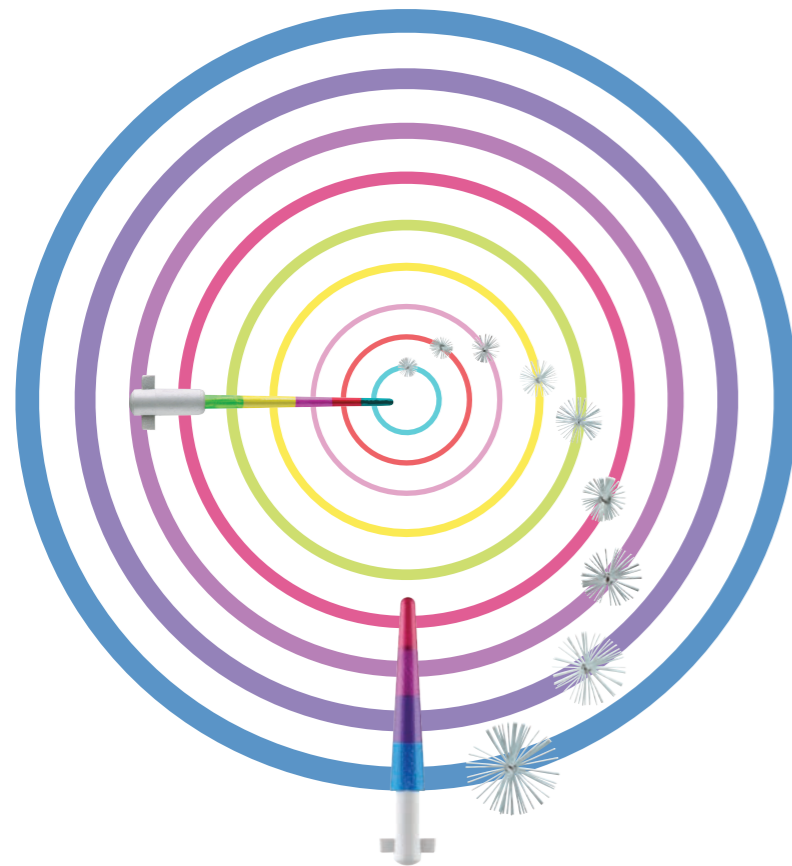


RÉDACTEUR EN CHEF : Yves REINGEWIRTZ
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : David NISAND
SECRETARIAT ADMINISTRATIF SIÈGE : Delphine BOHU et Caroline DENIAUD

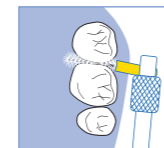
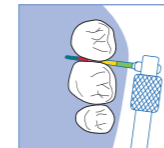
AVEC LA COLLABORATION DE : Jean-Luc ARDOUIN, Aurore BLANC, Alain BORGHETTI, Wiem BOUAZIZ-ZOUAOUI, Patrick BOULANGE, Philippe BOUSQUET, Loïc CALVO, Guillaume CAMPARD, Aymeric COURVAL, Philippe DUCHATELARD, Stéphan DUFFORT, Caroline FOUQUE, Marjolaine GOSSET, Corinne LALLAM, Sara LAURENCIN, Matthieu LEININGER,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

CURAPROX

POUR UNE APPROCHE SUR MESURE DU NETTOYAGE INTERDENTAIRE

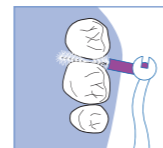
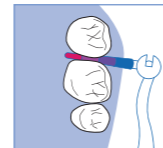


Prévention primaire



CPS Prime

Prévention secondaire



CPS Perio
Nouveau

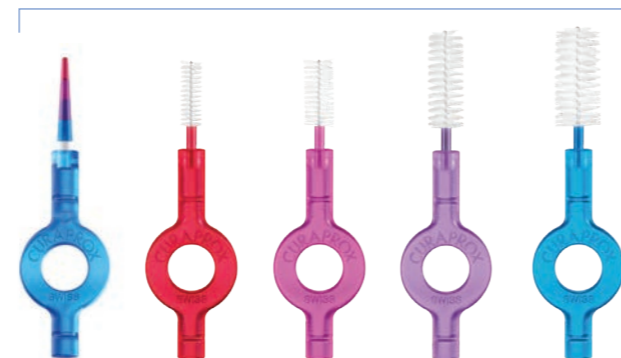
Le système CURAPROX

Une mesure précise - Un choix personnalisé - Des patients motivés

CPS Prime



CPS Perio



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

 SWISS PREMIUM ORAL CARE

Les rendez-vous SFPIO en région

NORMANDIE
27/10/2018 : Jean-Louis GIOVANNOLI
Le risque infectieux en implantologie

PARIS
04/10/2018 : Raphael LEPEULE
Aleksandar DAKIC
Le bon usage des antibiotiques : enjeux stratégiques
Point sur la réalité du quotidien en parodontie et en implantologie
06/12/2018 : Xavier VELLA
L'étage transmuqueux en implantologie

HAUTS DE FRANCE
14/11/2018 : François BOSCHIN
Remplacer une incisive en 2018

BRETAGNE
13/10/2018 : Georges KHOURY
Thérapeutiques implantaires et mises en applications pratiques pour une qualité optimale

ALSACE
11/10/2018 :
« Les conférences auxquelles vous avez échappé :
Retour sur les conférences marquantes de l'Euro-Perio9 à Amsterdam
Actualité en recherche clinique en parodontologie :
Stress et Maladies parodontales
20/12/2018 : Dan LIPSKER
Pathologie médicale de la cavité buccale

VAL DE LOIRE
08/11/2018 : Philippe BOUCHARD, Maria-Clotilde CARRA, Hélène RANGÉ
Etat de santé générale et parodontite

RHÔNE-ALPES
13/12/2018 :
TP extraction/implantation immédiate - Implantation précoce
Séance de formation pratique et vidéo chirurgicale

AUVERGNE
25/10/2018 : Alain HOORNAERT
Régénération osseuse guidée – Cours et travaux pratiques

AQUITAINE
18/10/2018 : Andrea MOMBELLI
Péri-implantite : mirage ou catastrophe ? Etiologie, diagnostic et prise en charge : une mise à jour
13/12/2018 : Myriam DRIDI
Mécanismes étiopathogéniques des maladies parodontales et les répercussions cliniques
Prise en charge des lésions intra-osseuses et des lésions interradiculaires

SUD-EST
04/10/2018 : Philippe COLIN
ROG ou Bloc osseux ; que choisir ?
06/12/2018 : Hadi ANTOUN
Gestion du secteur esthétique, de l'implantation immédiate à la reconstruction 3D

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

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

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

Le bureau national SFPIO 2018-2020

David NISAND a présenté le nouveau bureau national. Celui-ci est composé de 26 membres des sociétés régionales. Afin d'améliorer les échanges au sein de la confédération, un nouveau poste a été créé « Responsable des relations entre les présidents de régions ».

D'autre part, à l'heure où les nouveaux médias deviennent un biais majeur de communication, l'équipe Communication s'est agrandie. Dorénavant, elle se compose de 5 personnes chapeautées par Caroline FOUQUE.

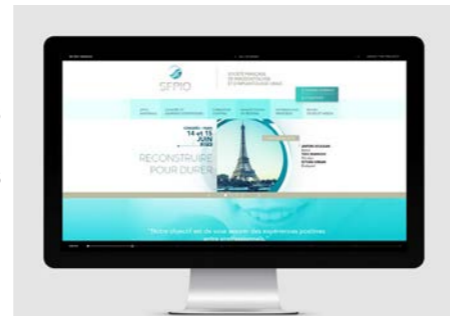
L'équipe scientifique, sous l'égide de Marjolaine GOSSET, s'est également étoffée afin de répondre aux nombreuses sollicitations de projets et collaborations avec les autres sociétés scientifiques.

Nous souhaitons la bienvenue aux nouveaux arrivants et remercions chaleureusement les inconditionnels de continuer à partager leur savoir et leur temps pour la société.

Retrouvez la composition détaillée du bureau à la page 11

Le site internet de la SFPIO mis en ligne en mars 2011 se refait une beauté.

Il sera plus pratique et s'adaptera aux différents supports que nous utilisons tous quotidiennement. Vous y trouverez les informations sur la confédération, les régions, les évènements, les articles à ne pas manquer ... On a hâte de vous le présenter !



Résumé de l'article GRAND ANGLE du magazine Inserm

Par Aymeric COURVAL

LES DENTS : Miroirs de notre santé ?

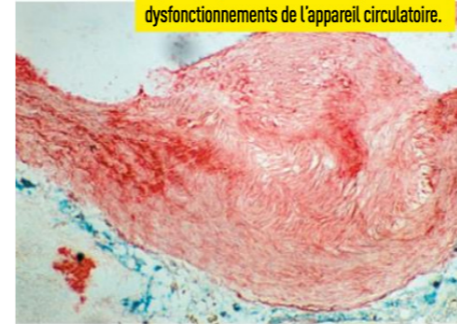
Dossier réalisé par Kheira Bettayed

Martelé depuis plusieurs années : une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut avoir des conséquences sanitaires sérieuses. Selon une enquête de l'UFSBD, un quart des personnes interrogées (23%) a indiqué ne pas se brosser les dents au moins deux fois par jour et 53% ne jamais utiliser de dispositif de nettoyage interdentaire. Or, une mauvaise hygiène peut s'avérer dramatique. La diversité du microbiote buccal est impressionnante : plus de 700 espèces bactériennes ont été répertoriées. Chez la plupart des personnes avec une bonne hygiène bucco-dentaire, « bonnes et mauvaises bactéries cohabitent selon un certain équilibre ; or dans le cas contraire de mauvaise hygiène, cette harmonie est rompue !

Le déséquilibre de la flore buccale peut induire plusieurs maladies : la carie et la maladie parodontale. « Alors que dans l'ensemble de la population, l'incidence de la carie recule grâce aux campagnes de prévention, celle des maladies parodontales augmente » constate Martine Bonnaure-Malet. Selon l'UFSBD 46% des Français méconnaissent que les maladies parodontales pourraient avoir des effets bien au delà de la bouche même, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les accouchements prématurés. Les bactéries stimuleraient les défenses immunitaires. Lesquelles, pour s'en débarrasser, déclencheraient une inflammation chronique. Et au final celle-ci favoriserait les maladies citées.



La parodontite semble être un facteur de risque dans le développement et la progression des maladies cardiovasculaires. Ici, une plaque d'athérome à l'origine de dysfonctionnements de l'appareil circulatoire.



© Inserm/Centre de recherche cardiovasculaire

D'autres pathologies graves sont concernées comme l'obésité, la polyarthrite rhumatoïde... Chez les femmes enceintes cette fois, les infections du parodonte pourraient expliquer certains accouchements prématurés et la pré-éclampsie.

Un peu partout en France plusieurs essais cliniques ont été lancés pour démontrer que la parodontite favorise bien toutes les maladies qui lui sont associées comme l'étude Bhyrra qui vise à mesurer l'effet de différents actes de prévention de la parodontite sur la polyarthrite rhumatoïde ou l'étude diapiro un peu similaire qui s'occupe de patients diabétiques ou un autre essai qui concerne les maladies cardio-vasculaires (Parocard).

De fait, quelques études ont déjà montré que le traitement de la maladie parodontale pourrait améliorer l'état des patients atteints de certaines pathologies extra orale.

« S'il s'avère que le traitement de la parodontite améliore les maladies ciblées, nous pourrions proposer un changement des pratiques cliniques, comme un remboursement du surfaçage, au moins pour les patients à risque » explique Giuseppina Caligiuri. Une hospitalisation suite à un infarctus revient en moyenne à 6470 euros contre environ 150 euros pour une séance de surfaçage radiculaire, selon une estimation publiée par l'équipe de Gabriel Steg.

Coté traitements, actuellement la solution de première intention est mécanique, et consiste en un brossage des dents associé au détartrage dentaire et au surfaçage radiculaire. Le problème c'est que près de 10% des patients ne répondent que très partiellement à ces traitements indique Philippe Lesclous. Cette équipe a identifié pas moins de trois cytokines d'intérêt. Parmi elle : l'interleukine 33 (IL-33), qui est surproduite dans la gencive des patients qui souffrent de parodontite chronique. Une étude a montré que cette molécule favoriserait la résorption osseuse associée à la parodontite chronique. D'où l'idée d'empêcher son action pour éviter une perte de l'os alvéolaire.

La bio impression en 3D est une piste futuriste que l'équipe de Jean-Christophe Fricain tente de développer. Ce procédé high-tech consiste à imprimer des tissus biologiques en 3 dimensions via des bio-imprimantes ! En attendant de nouvelles thérapies pour mieux traiter la parodontite, la meilleure arme reste sa prévention via le brossage des dents, le détartrage et le surfaçage.

A la lumière des nouvelles connaissances dans ce domaine, la recherche se structure afin de développer des traitements performants pour contrer cette maladie et surtout optimiser la prévention. Car, dans le cas de la maladie parodontale, le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir » n'a jamais sonné aussi juste.

La bactérie *Porphyromonas gingivalis*, responsable de parodontites, est aussi associée aux maladies cardiovasculaires et au diabète et pourrait jouer un rôle dans l'obésité et les accouchements prématurés.



© Inserm/SFPIO/Pharlab

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

50 € + frais de port

homme ou femme, taille XS à XL

Pantalon assorti (sans logo)

45 € + frais de port

homme ou femme, taille XS à XL

Taille rallongée

50 € + frais de port

Calot sérigraphié SFPIO

11 € + frais de port

taille unique



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

02 40 08 06 63

contact@sfpio.com



Caroline FOUQUE

Secrétaire Générale
Responsable Communication
Responsable du cycle de
parodontologie et du cycle CPP



Marjolaine GOSSET

Présidente Scientifique



David NISAND

Président
Représentant ADF



Josselin LETHUILLIER

Trésorier



Patrick BOULANGE

Trésorier adjoint

RELATION PARTENAIRES



Séverine VINCENT-BUGNAS

Responsable relation avec les
partenaires de l'Industrie



Loïc CALVO

Responsable relation avec les
partenaires de l'Industrie

ÉQUIPE COMMUNICATION - Caroline FOUQUE



Aurore BLANC

Responsable adjointe
de la Communication



Véronique MOLINA

Responsable adjointe
de la Communication



Sylvie PEREIRA

Responsable adjointe
de la Communication

RELATION SOCIÉTÉS RÉGIONALES



Philippe DUCHATELARD

Responsable des relations entre
les Sociétés Régionales



Matthieu LEININGER

Responsable des relations entre
les Présidents de Région



Brenda MERTENS

Responsable réseaux sociaux



Wiem BOUAZIZ-ZOUAOU

Responsable réseaux sociaux



Yves REINGEWITZ

Responsable Objectif Paro

ÉQUIPE FORMATION CONTINUE



Alain BORGHETTI

Responsable
du cycle de parodontologie



Virginie MONNET-CORTI

Responsable
du cycle de parodontologie
Représentante EFP



Stephan DUFFORT

Responsable
du cycle d'implantologie



Philippe BOUSQUET

Responsable Adjoint
du cycle d'implantologie

ÉQUIPE SCIENTIFIQUE - Marjolaine GOSSET



Nicolas PICARD

Vice-président scientifique



Corinne LALLAM

Responsable projets



Sara LAURENCIN

Représentante Faculté



Christian VERNER

Coordinateur
Recherche clinique

RELATION AVEC LES INSTITUTIONS



Jean-Luc ARDOUIN

Représentant ADF



Xavier STRUILLOU

Représentant ADF



Guillaume CAMPARD

Relation AAP



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



**TÊTE DE BROSE
SENSI ULTRA-THIN**

Pour un brossage plus efficace
et des gencives protégées*



DENTIFRICE RÉPARE GENCIVES ET ÉMAIL

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



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

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

Poursuivre les soins qui commencent entre vos mains



Retour sur l'EGHD 2018



Oral-B et la SFPIO ont uni leurs forces à l'occasion de la journée de la santé parodontale en menant une semaine de prévention bucco-dentaire dans les maternités françaises

Aujourd'hui, grâce aux nombreuses campagnes d'information, petits et grands commencent à bien connaître l'impact d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur la santé de leurs dents ... Mais beaucoup ignorent encore, que certaines pathologies parodontales peuvent affecter, au-delà de la santé dentaire, d'autres aspects de la santé générale et entraîner par exemple des complications chez les femmes enceintes (naissance avant terme, enfant petit pour l'âge gestationnel, pré-éclampsie...). Avec le soutien de l'EFP, Oral-B et la SFPIO ont ainsi lancé une vaste campagne de sensibilisation dans les maternités françaises...



Oral-B, investi dans de nombreuses missions de Santé Publique

Ora-B qui poursuit une démarche scientifique systématique, aussi bien dans la mise au point de technologies de pointe, que dans la réalisation de projets de santé publique, a mis sur pied il y a 5 ans un groupe d'experts, le GRPM (Groupe Paro Médecine) composé de chirurgiens-dentistes et de médecins. Ce groupe a pour mission d'alerter tous les professionnels de santé sur les liens entre médecine bucco-dentaire et médecine générale. Il a notamment mis au point 4 recommandations simples et courtes à destination des Professionnels de la Santé (rhumatologie, maladies cardiovasculaires, diabète et bien sûr grossesse).



La SFPIO, travaille depuis de nombreuses années à développer la connaissance de la maladie parodontale.

Parmi ses nombreuses missions, La SFPIO étudie les relations entre la Parodontologie et les autres disciplines qui s'y rattachent. Elle y forme des chirurgiens-dentistes, des médecins et leurs collaborateurs en organisant plusieurs fois par an des conférences de haut niveau.

La SFPIO et Oral-B, tournés vers un objectif commun : l'amélioration de la santé bucco-dentaire

Oral-B a noué avec la SFPIO un partenariat il y a presque 20 ans. Chaque année, nous menons ensemble des actions de prévention ainsi que des programmes tournés vers une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire au service d'une meilleure santé parodontale. Depuis 2 ans, Oral-B et la SFPIO organisent, à la Faculté dentaire de Montpellier, une journée conférence multidisciplinaire à l'occasion de la journée européenne de la Parodontologie sur le thème des liens entre santé générale et santé parodontale.



Nantes 16 mai

Une campagne de prévention auprès des femmes enceintes impulsée par l'EFPP

L'EFPP (European Fédération Of Peridodontology) mène depuis plusieurs mois, avec Oral-B, au niveau Européen une campagne de sensibilisation sur les liens entre santé parodontale et grossesse. La SFPIO et Oral-B ont voulu la relayer en France en menant conjointement une campagne de prévention nationale.



Nancy 15 mai



Nancy 15 mai



Rennes 16 mai

En 2018 Oral-B et la SFPIO innovent en organisant une semaine de prévention dans les maternités de France

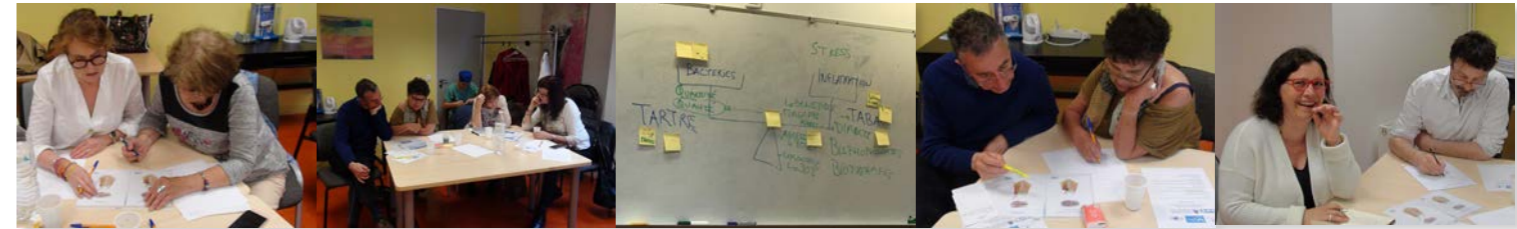
Cette année nous avons voulu aller encore plus loin en étendant l'opération de sensibilisation à toute la France, et en allant directement au contact des patients, et plus particulièrement des futures mamans et de leur famille. Egalement sollicités, les enseignants en Parodontologie de plusieurs UFR se sont investis dans le projet. A l'occasion de la journée de la Parodontologie, c'est donc une semaine entière de prévention bucco-dentaire qui a eu lieu dans 6 maternités entre le 14 et le 18 mai. Des équipes d'enseignants-praticiens hospitaliers, d'externes et internes en Odontologie se sont constituées à Rennes, Nancy, Metz, Nantes, Toulouse et Colombes, associant des membres de la SFPIO et ce en collaboration avec les chefs des services de gynécologie obstétrique. Ces journées avaient pour but de sensibiliser les patientes, leur entourage mais aussi le personnel des maternités sur l'existence de ces liens, sur l'importance des visites chez le dentiste pendant la grossesse et idéalement avant, et sur la nécessité d'un bon brossage. Au programme, des messages simples, et des conseils personnalisés, avec démonstration du brossage manuel et électrique oscillo rotatif, échantillons et documents explicatifs, le tout dans la bonne humeur ! A Metz, Nancy et Rennes des réunions de staff ont permis d'aller encore plus loin dans la formation du personnel de la maternité. Intéressée par cette démarche, la presse locale a relayé l'opération dans de nombreux supports papier, radio et même TV !

Nous souhaitons de beaux bébés à toutes les Mamans et nous donnons rendez-vous pour une nouvelle semaine de prévention en mai 2019 !

L'ANDAR et la SFPIO, en partenariat avec Oral-B, ont proposé un Atelier Education Thérapeutique



Le mardi 15 mai 2018, pour la Journée Européenne de la Parodontologie, l'ANDAR et la SFPIO, en partenariat avec Oral-B, ont proposé un Atelier Education Thérapeutique, Maladie Parodontale et Polyarthrite Rhumatoïde.



Pour la première fois, la SFPIO s'est associée avec une Association de Malades pour la promotion de la Santé Parodontale. Connaissances de la maladie parodontale, liens parodontite - santé générale et prévention par l'hygiène bucco dentaire ont été les thèmes travaillés lors de cette demi-journée.

Cette journée a été très appréciée par les patients (témoignages sur <http://polyarthrite-andar.com/Retour-Journee-Europeenne-de-la-Parodontologie>). Elle témoigne du souhait et du travail de la SFPIO d'accroître l'information des patients en relation directe avec les Associations de Malades.

Traitement des **ÉPISODES DOULOUREUX** de courte durée de l'adulte, d'intensité moyenne à sévère ou ne répondant pas à un antalgique non opioïde seul

Antarène® Codéine
ibuprofène codéine

**ASSOCIATION
UNIQUE
EN FRANCE**

**Association antalgique
unique en France**

REMBOURSÉ À 65%
et agréé aux collectivités



Les cycles de formation continue 2018 - 2019



RETROUVEZ LES PROGRAMMES DÉTAILLÉS SUR LE SITE DE LA SFPIO :
www.sfpio.com

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

Nombre de places limité

Accès privilégié aux praticiens ayant déjà suivi le cycle de formation continue en Parodontologie



BE UNIQUE.
BE PRAMA.



#BEPAMA
prama.sweden-martina.com



Le cap des 10 000 est franchi !

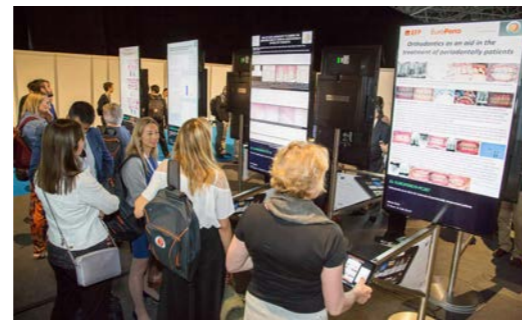
Affluence record cette année au congrès de la Fédération Européenne de Parodontologie à Amsterdam, où le cap des 10 000 participants a été franchi pour la première fois. Participants venus traditionnellement des pays de l'Europe de l'ouest, mais aussi nombreuse assistance venue d'Europe centrale, de Russie, et d'Asie. Canaliser un pareil flot d'inscrits exige une organisation au cordeau, et toute l'équipe organisatrice avec à sa tête Michèle Reners n'a pas failli à cette tâche colossale. Le grand hall de 4 000 places s'est vidé et rempli méthodiquement durant les quatre jours du congrès, faisant même face à des mobilisations records, comme lors de la chirurgie en direct conduite en direct par Zucchelli et forçant une partie du public discipliné à suivre la séance sur des écrans géants en dehors de la salle.



Le grand hall de 4 000 places s'est vidé et rempli méthodiquement durant les quatre jours du congrès, faisant même face à des mobilisations records, comme lors de la chirurgie en direct conduite en direct par Zucchelli et forçant une partie du public discipliné à suivre la séance sur des écrans géants en dehors de la salle.



Au menu du congrès, près de 1 800 sujets présentés, en incluant les plus de 1 700 posters s'affichant comme des mille-feuilles bien programmés sur une trentaine de tableaux électroniques. Ces posters donnaient en outre lieu à des présentations passionnantes au cours desquelles les représentants français bénéficiaient du soutien actif de leurs services respectifs (voir plus loin la liste des présentations françaises).



Avec sept séances conduites en parallèle, les présentations en salle ont enthousiasmé chercheurs et cliniciens. Le nombre et la qualité des présentations rendent vaine la possibilité d'en faire un résumé exhaustif ; ce n'est pourtant faire injure à personne que dégager deux conférences qui marqueront notre exercice futur et qui doivent résonner comme un signal de remise en question pour chacun d'entre nous.

La conférence visant à bousculer nos habitudes concerne bien sûr la nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires. Ian Chapple, Mariano Sanz, Soren Jepsen et Tord Berglundh ont rendu digeste un agencement



qui va permettre dès l'identification de la pathologie d'en prévoir les grandes lignes du plan de traitement. Avec cette nouvelle classification, c'est une page qui se tourne depuis les jalons jetés par Armitage en 1999 ; tous les spécialistes et notamment les universitaires vont avoir la responsabilité de diffuser ce nouveau message pour permettre une harmonisation des protocoles entre différents pays et continents.

Second sujet phare ayant marqué les participants, la dernière conférence traitant des cauchemars rencontrés par des praticiens chevronnés. Véritables confidences publiques, ces témoignages ont pris le contre-pied de ce qui est habituellement présenté. Ainsi Caroline Fouque, Giulio Rasperini et Jean-louis Giovannoli nous ont fait un condensé de ce qui représente la hantise de tous cliniciens. Des objectifs de recouvrement non atteints après une chirurgie muco-gingivale aux expositions de biomatériau et membrane dans la région incisive maxillaire antérieure, aux dramatiques conséquences

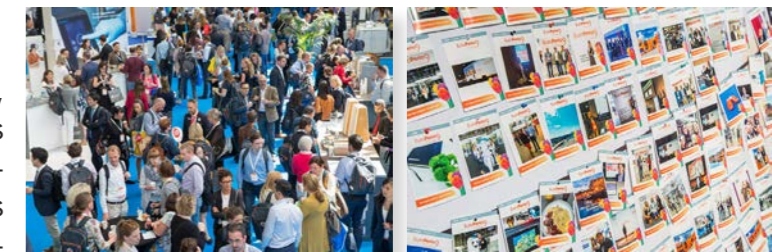


des déficits tissulaires, des péri-implantites ponctuelles à celles particulièrement invalidantes touchant chaque secteur postérieur, qui plus est après des chirurgies de reconstruction osseuse pré-implantaire, les témoignages ont exigé des différents orateurs une grosse dose de modestie, d'humilité et d'honnêteté. Les conséquences



en termes de responsabilité éthique, de communication, de gestion de stress autant que de difficulté technique ont été discutées avec la participation interactive de la salle.

Côté « jardin », les Laboratoires une fois encore ont prouvé leur rôle essentiel de partenaire au niveau de l'interface recherche-praticiens.



Le rendez-vous est pris pour les deux prochains RV de l'EFP, à Dublin dans 18 mois pour le 3ème Master Clinic, et dans 3 ans à Copenhague pour la 10ème édition du congrès ; Phoebus Madianos succèdera alors à Michèle Reners.



Yves REINGEWIRTZ



Soirée Frenchy SFPIO - Blue Cocktail meridol Jeudi 21 Juin à l'Appartement Hoxton Hotel

Soirée organisée
en partenariat
avec Colgate **meridol**



Après Madrid et Londres, une fois encore Marianne LE RESTE, Mehdi AIT-LAHSEN et toute leur équipe de Colgate meridol ont organisé la soirée Frenchy d'EuroPerio9.

Leur enthousiasme a été communicatif !
A Amsterdam, mais un peu comme à la maison, la soirée s'est déroulée à l'appartement de l'hôtel Hoxton.



La soirée fut ponctuée par de jolies surprises drôles et émouvantes. On s'en souviendra!
Petit bémol, le RDV frenchy a été victime de sa réputation, nous avons dû refuser du monde.
Promis à Copenhague, nous prévoyons déjà « une grande réunion de famille SFPIO » !
Merci à tous de votre présence et de votre amitié.

Le bureau de la SFPIO



C'est dans cette ambiance familiale et chaleureuse que les amis de la SFPIO s'étaient retrouvés pour fêter la fin de présidence de Virginie MONNET-CORTI après 4 ans de très loyaux services et accueillir comme il se doit le nouveau président de la SFPIO, David NISAND.

Cette soirée «Frenchy d'EuroPerio9» a été l'occasion de fêter un bel anniversaire : celui des 20 ans de partenariat entre la SFPIO et Colgate, initié lors d'un premier symposium organisé lors du lancement de meridol à Marseille en 1998. 20 ans d'une relation étroite faite de confiance mutuelle en ayant à cœur de développer activités et outils éducatifs tant pour les patients que pour les professionnels dentaires. 20 ans après l'enthousiasme reste intact et notre engagement réciproque se traduit encore et toujours par de nombreux et beaux projets!
Ce fut également l'occasion de souligner le passage de flambeau entre Virginie Monnet-Corti et David Nisand dans un moment de convivialité à l'image de cette soirée!

L'équipe Colgate



Posters Français présentés lors d'EuroPerio9

La santé de la parodontologie française se mesure à l'aune du nombre de praticiens présents (457 français parmi 8 017 praticiens inscrits), et du nombre de sujets soumis.

Ci-dessous la liste des posters français retenus pour EP9 :



POSTER DISCUSSIONS

Periodontology / Aetiology and Pathogenesis

Effects of Porphyromonas gingivalis LPS and LR12 peptide on TREM-1 expression by monocytes
DUBAR Marie, CARRASCO K, GIBOT S, BISSON C

A new 3D in vitro model of gingival tissue to assess host-pathogen interactions

BUGUENO Isaac Maximiliano, BATOOL F, KELLER L, BOPP-KUCHLER S, BENKIRANE-JESSEL N, HUCK O

Periodontology / Diagnosis and Risk Factors

Intra-familial Transmission of Periodontal Pathogens : A Systematic Review and Meta-Analysis
BENNANI Maha, MORA F, RANGÉ H, BOUCHARD P, CARRA M-C

Periodontology / Periodontal Medicine

Association between periodontitis and chronic kidney disease : systematic review and meta-analysis
DESCHAMPS-LENHARDT Sonia, MARTIN-CABEZAS R, HANNEDOUCHE T, HUCK O

Impact of periodontitis on rupture of intracranial aneurysm

BONAFÉ Arthur, ORTI V, BONAFÉ A, MERTENS B

Towards a better understanding of biological relationships between periodontal diseases and human carotid atherosclerosis

BRUN Adrien, RANGÉ H, MEILHAC O, MAZIGHI M, AMARENCO P, LESÈCHE G, MICHEL J-B, BOUCHARD P

Patients with inflammatory bowel disease have an increased risk of periodontitis correlated to disease activity

FUMERY Océan, FUMERY M, AGOSSA K, BRAUX J, DEVAUCHELLE B, LOREAU J, DAKPÉ S, BRAZIER F, NGUYEN-KHAC E, DUPAS J-L

Periodontal Status and Eating Disorders

KARIMOVA Anna, PALLIER A, BOILLOT A, COLON P, RINGUENET D, BOUCHARD P, RANGÉ H

Periodontology / Periodontal regeneration

Anti-inflammatory functionalized membrane for periodontal regeneration: in vivo evaluation in periodontitis-induced mouse model

BATOOL Fareeha, BUGUENO I-M, THOMAS L, ARAGON J, IRUSTA S, BENKIRANE-JESSEL N, TENENBAUM H, HUCK O

Periodontology / Periodontal Therapy

Adjunctive photodynamic therapy improved non-surgical management of severe generalized chronic periodontitis: a 6-months split mouth randomized clinical trial

HARMOUCHE Laetitia, COURVAL A, MATTHIEU A, PETIT C, SEVERAC F, HUCK O, DAVIDEAU J-L

Implant Dentistry / Bone regeneration therapies

Sinus Lift without Graft Material : Stability of the increased bone volume (1 to 7 years follow up study)

STRUBE Nicolas

Implant Dentistry / Implant therapy (surgical and restorative protocols)

Immediate loading of post extraction tapered implants with machined collar. Preliminary clinical and radiological results

MORA Francis, CARRA M-C, DETZEN L, BOUCHARD P

PIEZOTOME

CUBE

Votre solution pour des extractions simples et reproductibles



Dr. Stéphane DIAZ

A quel moment vous semble-t-il nécessaire de recourir à la piezochirurgie pour vos avulsions ?

Dès lors que la préservation de l'os est un critère important.

Pourquoi ? Comme tout praticien, j'ai connu de nombreuses situations d'avulsion difficiles. Un délabrement de la dent au niveau juxta-osseux, une racine longue, une dent plus ou moins ankylosée dans un os de forte densité (type 1), un apex globuleux, des racines fusionnées apicalement... Et ces facteurs sont parfois combinés ! Aujourd'hui, dès lors qu'au moins l'un de ces critères de difficulté est présent, j'ai recours à la piezochirurgie.

Depuis que vous utilisez le Piezotome®, pourriez-vous affirmer que vos extractions sont plus prévisibles et moins traumatiques ?

Absolument ! Le temps où l'os était davantage un ennemi de combat qu'un allié de restauration, est désormais révolu. Aujourd'hui, comme pour un traitement implantaire, un traitement endodontique ou une anesthésie intra-

osseuse, je prends le temps utile en amont pour planifier chaque avulsion. Le recours à la piezochirurgie est souvent un moyen prévu à l'occasion de cette planification, permettant ainsi de diminuer le temps et les suites opératoires. J'ai aussi adopté dans certains cas l'avulsion en plusieurs temps opératoires. Toutes les racines d'une même dent ne sont pas nécessairement extraites le même jour. Cette technique est parfois intéressante dans les situations difficiles, car il n'y a pas de gêne causée par un saignement abondant, le site n'étant pas inflammatoire lors du second temps opératoire. La dent, n'étant plus fonctionnelle entre temps, perd naturellement de sa cohésion à l'os, facilitant ainsi l'extraction. La résorption post-extractionnelle finale est moindre qu'avec une procédure en un temps. L'allongement du délai est souvent récupéré *in fine*, car les procédures de régénération sont moins souvent nécessaires.

Quels gains cliniques le Piezotome vous apporte-t-il ?

La préservation du tissu osseux m'a souvent permis d'éviter d'avoir recours à des techniques de ROG. En cela, le



gain de temps est important, car l'os régénéré naturellement dans l'alvéole permet d'obtenir un site implantaire plus rapidement exploitable que dans le cas d'un os obtenu par comblement avec des granules. D'autre part, le recours aux membranes est ainsi rendu moins fréquent.

Les instruments manuels classiques sont utilisés de manière plus légère, seulement pour la phase finale. Ceci permet d'éliminer le risque de fracture radulaire et osseuse.

En plus des avantages précédemment décrits, l'inertie des inserts sur les tissus mous constitue une sécurité appréciable.

En 3 mots, que vous a apporté le Piezotome dans votre pratique quotidienne ?

Les extractions difficiles ?
Même pas peur !

CAS CLINIQUE © Dr. S. DIAZ

« Les extractions difficiles ? Même pas peur ! »



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Fig. 1 - Une résorption radulaire rend difficile l'avulsion de cette 46 aux racines fusionnées.

Fig. 2 - L'avulsion de la 46 a été réalisée avec l'aide de la piezochirurgie avec un délabrement osseux minimal.

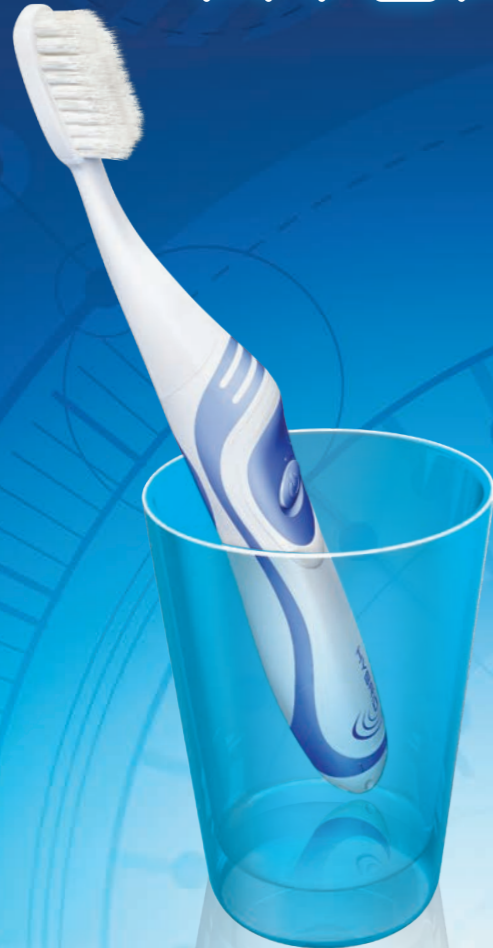
Fig. 3 - Un implant 4,5 x 9 a pu être mis en place à 4 mois.

Ce dispositif médical est classé IIa selon la Directive Européenne applicable en vigueur. Il porte le marquage CE. Organisme notifié : LNE-GMED 0459. Ce dispositif médical pour soins dentaires est réservé aux personnels de santé ; il n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. Ce matériel a été conçu et fabriqué selon un système d'assurance qualité certifié EN ISO 13485. Lire attentivement le manuel d'utilisation disponible sur www.acteongroup.com. Fabricant : SATELEC® Groupe ACTEON® (France). Date de création : juillet 2018.



Inava

HYBRID TIMER



10x 10X plus de plaque éliminée dans les espaces interdentaires*

98% de satisfaction**

2 Temps de brossage optimal

Rechargeable sur secteur
1 mois d'autonomie

Brosse à dents électrique
TECHNOLOGIE Sonique
30000 vibrations/minute***



Brosse à dents manuelle
TECHNOLOGIE Inava
Brossette Inava Sensibilité

l'efficacité en profondeur, la douceur en plus

Pierre Fabre
ORAL CARE

www.pierrefabre-oralcare.fr
www.pierrefabreoralcare-services.fr

219 538 - septembre 2018

*Comparaison de l'efficacité de brossage avec une brosse à dents manuelle (test in vitro)

**Étude clinique réalisée sous contrôle odontologique sur 110 sujets après 15 jours d'utilisation.

***Performance maximale atteinte

POSTER | RESEARCH

Periodontology / Aetiology and Pathogenesis

Respective role of membrane and nuclear estrogen receptor (ER) α in the bone sparing effects of estrogen in the mandible : implications of ER α modulation

VINEL Alexia, COUDERT A-E, BUSCATO M, VALERA M-C, OSTERTAG A, KATZENELLENBOGEN J-A, KATZENELLENBOGEN B-S, BERDAL A, BABAJKO S, ARNAL J-F, FONTAINE C

Periodontology / Diagnosis and Risk Factors

Bariatric Surgery and Periodontal Status : a Systematic Review with Meta-analysis

FONTANILLE Isabelle, BOILLOT A, RANGÉ H, SALES-PERES C, CARRA M-C, CZERNICHOW S, BOUCHARD P

Contribution of infrared spectroscopy in the detection of specific salivary biosignatures of multifactorial diseases

DERRUAU Stéphane, MATEU A, GOBINET C, UNTEREINER V, PIOT O, LORIMIER S

How self-reported health impacts the relationship between oral health self-assessment and periodontal status ?

BOILLOT Adrien, DAKIC A, CZERNICHOW S, CARRA M-C, BOUCHARD P

Periodontal Susceptibility Test (PST) and Periodontal Risk Assessment how strong is the link ?

LAURENCIN-DALICIEUX Sara, CAZAJUS C, BARTHET P, DELAYE E, VINEL A

Periodontology / Periodontal Medicine

Ankylosing spondylitis : A link between periodontal disease and patient care in periodontology

MERTENS Brenda, MISTRAL M-I, ORTI V, PERS Y

Importance of periodontal conditions during pregnancy : knowledge of French pregnant women

VAGIA Pabagjota, PETIT C, BENEZECH J, DAVIDEAU J-L, HUCK O

Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes : a mapping of clinical research activity over the past 20 years

KOFFI-COULIBALY Nadin Thérèse, POCKPA Z-A-D, MOBIO S, KONÉ D, STRUILLOU X, SOUEIDAN A

What do pregnant women and childbirth professionals know about periodontal disease ?

MOLL Vivien, LACALM E, MONNET-CORTI V

Periodontology / Periodontal plastic surgery

Study of the position of greater palatine foramen and palatine groove on CT scan

DUMAS Cathy Louise, FAURE BRAC M, MONNET-CORTI V

Periodontology / Periodontal regeneration

Clot adhesion's strength to dentin, bone and connective tissues : in vitro analysis

FESSI Sabine, RASPERINI G, PAGNI G, COSSELLU G, FEDELE R, PELLEGRINI G

Periodontology / Periodontal Therapy

Knowledge and management of halitosis among French and Lebanese dentists : a self-reported questionnaire based study

TENENBAUM Henri, HARMOUCHE L, HUCK O, DAVIDEAU J-L

Periodontal treatment increases quality of life outcomes in Type 1 and Type 2 diabetic patients with periodontitis : the randomized-controlled trial DIAPERIO

CANCEILL Thibault, VINEL A, LAURENCIN-DALICIEUX S, MAUPAS-SCHWALM F, BLASCO-BAQUÉ V, HANAIRE H, ARRIVÉ E, NABET C, SIXOU M, GOURDY P, MONSARRAT P, VERGNES J

Implant Dentistry / Basic Implant Dentistry

3D vision and students' performance with haptic simulation in implantology

JOSEPH David, PAOLI N, VINCENT M, TRAN N, AMBROSINI P

Variations in peri-implant soft tissue thickness during the healing process in the posterior areas : a prospective clinical study

NERZIC Manon, TAVITIAN P, TRAMINI P, BOUSUQUET P

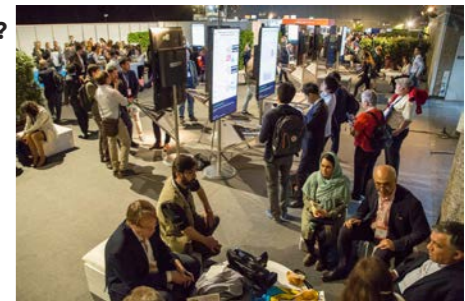
Implant Dentistry / Bone regeneration therapies

Allogenic graft ridge augmentation

PAOLI Nathalie, JOSEPH D, RHEIN A, AMBROSINI A

Evaluation of autologous bone grafts for reconstruction of alveolar ridge

FOURCADE Claire, JULIEN G, ZAHI B



Implant Dentistry / Diagnosis and risk factors in implant therapy

Deproteinized bovine bone in maxillary sinus floor elevation : compatibility in patients treated with bisphosphonates
 BOSCHIN François, LEVERD C, LECLERCQ O, PENEL G

Implant survival rate in allergic patients a 10-year cohort study

GADEAU Marika, RANGÉ H, RENOUEAU F, BOUCHARD P, BEN MOHAMED I, CARRA M-C

Quantitative evaluation of relative bone volume in patients with oligodontia

KERNER Stéphane, SAMEE N, DETZEN L, TOUPENA S, FOURNIER B, FELIZARDO R

Implant Dentistry / Implant therapy (surgical and restorative protocols)

High insertion torque, crestal bone loss and implant failure up to 12-month follow-up: a systematic review with meta-analysis
 ITANI Sarah, BOILLOT A, HAUCHARD E, SAMTMANN O, BENICHOUL

Soft and hard tissue changes around single dental implants : A systematic review of clinical parameters affecting esthetic outcomes

AZORIN Sophie, BOUSQUET P

Implant Dentistry / Peri-implant Diseases

Innovations in implant and periodontal therapy : how about plasma ?
 COUSTY Sarah, LAURENCIN-DALICIEUX S, LARRIBE J, DUBUC A

Titanium wear particles in peri-implantitis

GHIGHI Maxime, GOSSET M



POSTER | CLINICAL REPORT

Periodontology / Aetiology and Pathogenesis

Subgingival flora of patients with moderate to severe periodontitis presents Trichomonads, so what?
 BISSON Catherine, LEC P-H, BLIQUE M, MACHOUART M, THILLY N

Periodontology / Diagnosis and Risk Factors

Clinical case report presentation of a rare gingival disease
 SALGADO Pablo Luciano

Diagnostic difficulty between severe chronic periodontitis and generalized aggressive periodontitis among adults

BONTEMPS Léa, CHACUN D, BELLAKHDAR F, DRIDI S-M

Management of an atypical gum lesion in an emergency setting

BELLAKHDAR Fadel, BONTEMPS L, DRIDI S-M

Periodontology / Periodontal Medicine

Role of the periodontist in the diagnosis of the Cowden Syndrome. Case report
 GRANGETTE Louise, BLANC A, COLOMBIER M-L, RENOUX M

Periodontology / Periodontal plastic surgery

Can an exposed connective tissue graft lead to a full coverage in recession treatment?
 CORTASSE Benjamin

Choice of the best root coverage techniques for multiple recessions for best esthetic outcome

ESKENAZI-SOLAL Elsa, DUMAS C, KARSENTI P, MELLOUL S, MONNET-CORTI V

Choice of the root coverage technique for multiple recessions in the aesthetic sector

KARSENTI Pascal, MELLOUL S, SOLAL E, DUMAS C, MONNET-CORTI V

Does tunnelling technique with connective tissue graft stabilize facial soft tissues in immediate implant placement

DARNAUD Christelle, DE SANCTIS F, AROCA S

How To Manage Complications In Periodontal Plastic Surgery ?

LUGARI Hugo, BOYER A, FOUQUE C, MONNET-CORTI V

Interproximal tunneling with customized connective tissue graft : a micro-surgical technique for interdental papilla reconstruction

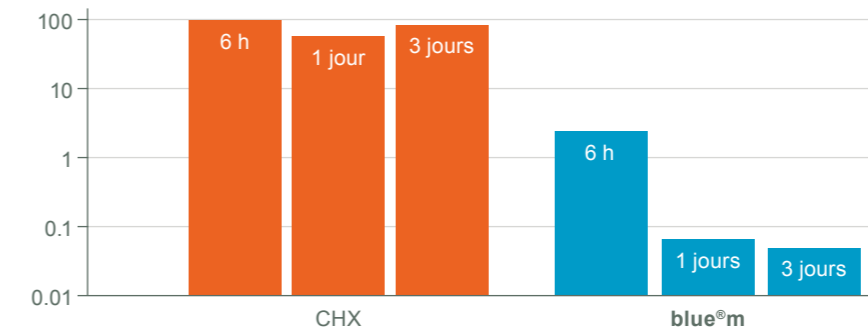
AGOSSA Kevimy, KELLER J-F, FEUILLET D

Blue[®]m une alternative à la chlorhexidine.

Etude pilote: bain de bouche blue[®]m plus efficace que la chlorhexidine*

- ✓ efficace pour l'élimination des pathogènes unicellulaires de la carie (planctoniques) S. mutans
- ✓ efficace pour l'élimination des pathogènes multicellulaires (biofilm) de la carie du S. mutans
- ✓ très efficace pour l'élimination des biofilms épais et âgés (3 jours)
- ✓ presque 10 fois plus efficace que la chlorhexidine

Pourcentage de cellules survivantes



Elimination des cellules du biofilm (± SD)

Biofilm	Chlorhexidine	blue [®] m
6 h	10.13 (± 11.70) %	97.80 (± 0.59) %
1 j	38.53 (± 33.37) %	99.94 (± 0.07) %
3 j	20.53 (± 21.29) %	99.96 (± 0.04) %



www.proparo.fr
www.bluemcare.com

blue[®]m
 oxygen for health

* Etude pilote du: Dr. Céline M. Lévesque
 Associate Professor, Oral Microbiology, Faculty of Dentistry, University of Toronto Canada Research Chair in Oral Microbial Genetics
 Honorary Associate Professor, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong

In vitro evaluation of antimicrobial activity of blue[®]m mouthwash: a pilot study
 Aim: to evaluate the antibiofilm and antimicrobial effects of blue[®]m mouthwash against the caries pathogen Streptococcus mutans.
 Date: January 24, 2018

Periodontology / Periodontal regeneration

Alveolar socket preservation using phytogetic bone substitute : a long-term clinical and histological evaluation
REINGEWIRTZ Yves, BUGUENO VALDEBENITO I-M, BILLING A, HUCK O

Minimally invasive treatment for reconstruction of lost interdental papilla using an injectable cross-linked hyaluronic acid
MONNET-CORTI Virginie, DERMAN M, MOLL V, ANTEZACK A

Periodontal intrabony defects treated with regenerative therapy Emdogain : over 10 years long term results and teeth survival rate. A multicenter retrospective study in private practices.
BLANC Aurore, GLISE JM, BORGHETTI A, MONNET-CORTI V

Periodontal regeneration of intrabony defects in the esthetic area
THOLOZAN Léa, PIGNOLY M, MOLL V, MONNET-CORTI V

The orthodontic-periodontic interrelationship in treatment of aggressive periodontitis : a case series
ANTEZACK Angeline, PIGNOLY M, GLISE J-M, MOREAU A, MONNET-CORTI V

Periodontology / Periodontal Therapy

Benefits of hypnosis for periodontal treatment
ZLOWODKI Aude-Sophie

GOPERIO : A mobile health concept for patient motivation in periodontal therapy
GARYGA Valentin, POCHELU F, SANTAMARIA J, AOUINI W, THIVICHON-PRINCE B, LAMBERT F, MAUCORT-BOULCH D, GUEYFFIER F, GRITSCH K, GROSGOGEAT B

Long Term Evaluation of Metal-Etched Periodontal Splints During Supportive Periodontal Therapy
HASSON Jean-Nicolas, BRAND E, FRICKER D, MICHAUD L, BRAEGGER U

Periodontal Cure Using Antiparasitic Treatment and Microscopic Biofilm Monitoring : A Report of 10 Cases
BONNER Marc

Implant Dentistry / Bone regeneration therapies

Guided bone regeneration procedure for delayed implant placement in the esthetic zone : a 5 year case report
HAMDI Zeineb, BOUCHARD P, MORA F, ANTOUN H

Guided bone regeneration with bone harvested on the same surgical site (Column Technique)
SMIRANI Rawen, VIGOUROUX F, LAUVERJAT Y

Implant Dentistry / Implant therapy (surgical and restorative protocols)

A biomimetic and aesthetic approach using natural teeth as provisional after extraction and implantation with immediate loading
JALLADAUD Mathilde, MILLOT G

A modified socket-shield technique to preserve inter-implants papilla : an 8 years case report
MOREAUX Sébastien, CHÉREL F

A periodontal plastic surgical approach to mimic the alveolar contour in immediate implant placement and immediate provisionalisation (IPIP) procedure : a case report
MOURLAAS Julien, DAGBA A

Keratinized mucosa and peri implant health : Interests and therapeutic indications
DEGAEY Romain, NAFASH G, DELCOURT-DEBRUYNE E, BOSCHIN F

Preservation of the initial tissue volume during protocols of extraction/immediate implantation unitary in the maxillary anterior sector. Case Report
PISCITELLO Sébastien, GUISTI M

Implant Dentistry / Peri-implant Diseases

A new method of extraoral sealing of implant-supported crowns to prevent the risk of peri-implantitis
BRINCAT Arthur

Peri implantitis in 2018 : a big challenge
GUISTI Mathieu, PISCITELLO S

Two-years follow-up of severe peri-implantitis : a case-report
MARTIN-CABEZAS Rodrigo, DESCHAMPS-LENHARDT S, DAVIDEAU J, TENENBAUM H, HUCK O



Tous unis pour l'excellence en dentisterie

CONGRÈS ADF 2018 STAND 4L16

Chaque vision a son histoire, et la nôtre a commencé il y a plus de 60 ans.

Depuis lors, nos innovations et réalisations sont devenues des références en dentisterie dans le monde entier.

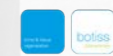
Notre vision a toujours été de créer plus que des sourires, mais aussi une confiance durable pour les dentistes, les laboratoires et leurs équipes, les partenaires, les réseaux dentaires et bien sûr les patients.

En tant que fournisseur de soins dentaires de premier plan, Straumann est reconnu pour son innovation et sa qualité confirmée par des preuves scientifiques.

Pour poursuivre notre mission, Straumann et ses partenaires se sont unis pour former **Straumann Group**.

Ainsi, en favorisant les marques internationales, nous élevons la qualité et encourageons l'excellence en dentisterie.

Aujourd'hui nous souhaitons vous remercier, car grâce à votre confiance Straumann est devenu un des leaders des fournisseurs d'implants dentaires en France, et cette belle aventure nous souhaitons la poursuivre avec l'ensemble des marques et partenaires qui constituent le groupe et que nous aurons plaisir à vous présenter tout au long de l'année.



Straumann Group : pour plus de sourires dans le monde

CONGRÈS
ADF
2018

DU 27 NOVEMBRE
AU 1^{er} DÉCEMBRE

SOIGNER, L'ENGAGEMENT QUI NOUS UNIT

PALAIS DES CONGRÈS - PARIS
PROGRAMME SCIENTIFIQUE
DÈS LE MARDI 27 NOVEMBRE
EXPOSITION INTERNATIONALE
À PARTIR DU MERCREDI 28 NOVEMBRE

ADF AGIR ENSEMBLE
ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE

ADFCONGRES.COM
FACEBOOK.COM/ADFASSO
@ADFASSO #CONGRESADF2018

Comi
dent

CONGRÈS
ADF
2018

Rendez-Vous à l'ADF 2018

Du mardi 27 novembre au samedi 1^{er} décembre
Retrouvez-nous lors de plusieurs moments forts :

LE STAND SFPIO

Du mercredi 28 nov. au samedi 1^{er} déc. 2018

Nous serons heureux de vous accueillir sur le stand
ESPACE S (1L23) tout au long du congrès



LA SÉANCE SFPIO

Traduction française
assurée

Jeudi 29 novembre 2018 de 14:00 à 17:00

Gestion des lésions inter radiculaires

Retrouvez les résumés originaux de la séance pages 32 et 33 - La transcription en français sera bientôt disponible sur le site et l'application du congrès

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Jeudi 29 novembre 2018 de 17:15 à 18:30

Pour rappel, cette Assemblée est ouverte aux membres des Conseils
d'Administration des Sociétés régionales à jour de leur cotisation

Texte complet à retrouver dans les Statuts de la Confédération, Article 16



Traduction
française
assurée

La séance SFPIO - Jeudi 29 nov. 2018

Gestion des lésions inter radiculaires

14h00 • **Simone CORTELLINI** (Belgique)

Introduction of the topic, specificity of the non surgical treatment in regard to multi rooted teeth
Diagnostic, pronostic et traitement non-chirurgical des lésions inter-radiculaires



The furcation area of multi-rooted teeth represents a unique site within the periodontal structures with specific characteristics and peculiar clinical and therapeutic challenges. When periodontitis occurs, these teeth are mostly characterized by the formation of deep pockets and by a pattern of periodontal breakdown that involves both vertical and inter-radicular spread of attachment and bone loss. Deep pockets at molars are frequently associated with a combination of horizontal furcation defects, craters and intrabony defects at one or more of the roots.

Molars presenting with furcation involvement have approximately double risk for tooth loss compared with molars with no furcation involvement. However, studies report that even teeth with degree III furcation involvement have good survival rates when periodontitis is treated and the patient is included into supportive periodontal care programs. Risk of tooth loss/extraction for multi-rooted teeth with furcation involvement increases in a degree and time dependent fashion: the degree of the defect is significantly associated with risk of tooth loss, increasing from furcation degree I to III.

The definition of compromised molar has been based primarily on the horizontal classification of furcation involvement as class I, II and III. Beside horizontal involvement, vertical furcation component seems to be an important predictor of survival and are associated with increased risk of tooth loss. Therefore, clinicians' attention should be placed on both horizontal and vertical furcation involvement in molars.

The diagnosis of furcation lesions is quite challenging; the integration of clinical and radiographic estimates of both horizontal (Class I to III) and vertical (subclass A to C) involvements is key to diagnosis, prognosis and treatment planning of the compromised molar. This requires the combination of periodontal probing, periapical radiographs and, in some instances, even the introduction of three-dimensional imaging tools.

The aims of treatment of teeth presenting with furcation lesions are similar to the ones of non-furcated teeth, including elimination of the subgingival biofilm and calculus from the exposed surfaces of the furcation and establishment of a favorable anatomy to facilitate proper plaque control and thus prevent further attachment loss.

The difficulty in achieving these goals is mainly due to the anatomical complexity of the furcation area with significant variation among different teeth. Morphological factors that may contribute to the development and the treatment of furcation lesions are: the length of the root trunk, the presence of root concavities, enamel projections, the diameter of the furcation entrance and the depth of the involvement, which influence accessibility for diagnosis and debridement.

Teeth with furcation involvement are one of the greatest challenges in periodontal therapy because furcation involved teeth respond less favorably to conventional periodontal therapy than do non-furcated molars or non-molar teeth. The efficacy of non-surgical therapy is limited by the accessibility to the defect, which makes it difficult, if not impossible in some instances, to debride the furcation area properly during non-surgical periodontal instrumentation.

Initial furcation involvement of degree I can be successfully managed by non-surgical mechanical debridement. Teeth presenting with furcation degree II or III often require surgical therapy after the non-surgical phase. Proposed surgical approaches span from resective to regenerative strategies

- NIBALI, L., ZAVATTINI, A., NAGATA, K., DI IORIO, A., LIN, G. H., NEEDLEMAN, I. & DONOS, N. 2016. Tooth loss in molars with and without furcation involvement - a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*, 43, 156-66.
- TONETTI, M. S., CHRISTIANSEN, A. L. & CORTELLINI, P. 2017. Vertical subclassification predicts survival of molars with class II furcation involvement during supportive periodontal care. *J Clin Periodontol*, 44, 1140-1144

14h50 • **Diego CAPRI** (Italie)

The dentist's twilight zone: the class II inter-radicular lesion...
Les lésions de furcation de classe II : régénération ou réparation?



In the last twenty years newly developed techniques and highly engineered biomaterials have been introduced with the goal of restoring periodontal health even for teeth where the infection has destroyed 50% or more of clinical attachment. Nonetheless, when confronted with a class II furcated molar, the dentist often falters in pronouncing a prognostic forecast for That Specific Molar.

In this regard the "furcated molar" clinical dilemma, already highlighted at the beginning of the nineties, with statements such as: "assigning the prognosis for the multi-rooted tooth is equal to a toss of a coin"¹ hasn't changed much ... In 2009 a review paper² covertly advised for implant replacement of furcated molars with furcation involvement. While acknowledging the technical complexities that the, often complex, molar anatomies present this lecture wants to shed an optimistic light on the several clinical options, that allow us to successfully retain the majority of class II furcated molars. When prosthetic rehabilitation is indicated in a posterior area of the mouth, molars with inter-radicular lesions can be approached with root separation and/or resection (RSR). The RSR procedure³ has been extensively and successfully utilized following a very specific sequence of therapies that must be performed in accordance with certain principles aimed at maximizing the final result. Proper case selection and accurate execution of this traditional resective method grants good results in the long term, with success rates comparable to those currently reported for implant replacements. The RSR may, to a certain extent, also find an application in furcated molars where a more conservative adhesive restoration has been selected.

The lost inter-radicular clinical attachment can be improved via several reconstructive approaches, through the use of physical barriers according to the guided tissue regeneration principles or by utilizing biological mediators such as amelogens⁴ with or without bone grafts.

The reconstructive options are usually selected in cases where the involved molar does not present any "dental lesion", such as caries or fractures, and does not carry an old ill fitting prosthetic restoration in need of replacement.

Every "regenerative" attempt aimed at ameliorating, or possibly eliminating a class II inter-radicular lesion is extremely demanding, both in the preoperative case selection where extreme care must be taken in selecting the patient and evaluating the oral cavity and that specific tooth, and in the surgical execution of the procedures where minor details can produce a big difference in the final result.

The objective of this lecture is to share with the attendees all of the relevant information regarding the treatment of class II inter-radicular molar lesion and allowing them to be able to select the best course of action when they feel that they have entered the twilight zone of the furcation dilemma.

1- McGuire MK. Prognosis versus actual outcome: a long-term survey of 100 treated periodontal patients under maintenance care. *J Periodontol*. 1991 Jan; 62(1): 51-8

2- Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Weiger R. Endodontics or implants? A review of decisive criteria and guidelines for single tooth restorations and full arch reconstructions. *Int Endod J*. 2009 Sep; 42(9): 757-74

3- Carnevale G, Pontoriero R, Di Febo G. Long-term effects of root-resective therapy in furcation-involved molars. A 10 years longitudinal study. *J. Clin. Periodontol*. 1998; 25: 209 - 214

4- Aimetti M, Romano F, Pigella E, Piemontese M. Clinical evaluation of the effectiveness of enamel matrix proteins and autologous bone graft in the treatment of mandibular Class II furcation defects: a series of 11 patients. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2007 Oct; 27(5):441-7

15h40 • **Peter EICKHOLZ** (Allemagne)

Class 3 furcation : which treatment and when to extract and place implant
Atteinte de furcation de classe III : quand traiter et quand extraire



If periodontal destruction expands into the furcation region of molars attachment loss and bone loss will occur not only in a vertical but also in a horizontal direction between the roots. What is the prognosis of this situation if not treated? How will disease naturally progress? What is the prognosis if furcation involvement is through-and-through (class 3)? Class 3 furcation involvement is not easy to detect. Even after treatment prognosis of class 3 furcations is worse than class 1 and 2 (survival of about 60%). In class 3 furcations the interradicular niche may be eliminated by resective therapy. However, extraction of molars with severe furcation involvement and replacement by dental implants may be an alternative. What is the prognosis of treatment alternatives? Regular supportive periodontal therapy (SPT) significantly improves long-term prognosis of molars with furcation involvement. Resective therapy has a good prognosis if the retained roots still have about 50% of the original bone support. Molars with class 3 furcation involvement or severe bone loss alone are good candidates for resective therapy. In case of degree III involvement and severe bone loss prognosis is bad. Reports on long-term survival/success of implants inserted in the molar region are scarce. A case series on implants in the molar region and resective molar therapy reports similar cumulative success rates (>90%) after up to 13 years. In molars of minor strategical significance "palliative" furcation therapy (nonsurgical and surgical antiinfective therapy without elimination of the furcation followed by regular SPT with re-instrumentation) may be an option.

• Pretzl, B., Kaltschmitt, J., Kim, T.-S., Reitmeir, P., Eickholz, P.: Tooth loss after active periodontal therapy. 2. Tooth-related factors. *J Clin Periodontol* 35, 175-182 (2008).

• Dannewitz, B., Zeidler, A., Hüsing, J., Saure, D., Eickholz, P., Pretzl, B.: Loss of molars in periodontally treated patients: results ten years and more after active periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 2016; 43 (1): 53-62

L'ORTHODONTIE, UNE ALLIÉE DU TRAITEMENT PARODONTAL

15 DÉCEMBRE
2018 / LE WESTIN
PARIS



Journée multidisciplinaire SFODF/SFPIO

Le thème de cette deuxième édition décrité par Olivier SOREL



Président du Conseil
d'administration de la
SFODF

Le travail bidisciplinaire entre la parodontologie et l'orthodontie n'a qu'un seul but : la bonne santé de la sphère orale de nos patients. Cette bonne santé n'est pas toujours une évidence. La vie et les bactéries se chargent d'atteindre plus ou moins profondément les structures parodontales : la parodontite ou les parodontites entraînent des pertes irréversibles des structures superficielles gingivales qui provoquent des déséquilibres particulièrement inesthétiques et des structures alvéolaires osseuses qui peuvent mettre en péril la pérennité des dents et qui provoquent des mouvements dentaires qui affectent autant l'équilibre occlusal que celui du sourire.

L'orthodontie ne peut rien tant que la parodontite est active. Ne pas la diagnostiquer et mettre en place des forces orthodontiques entraînerait une aggravation iatrogène des lésions générées par une parodontite active.

L'orthodontiste doit impérativement faire un examen parodontal de dépistage avant d'entreprendre son action thérapeutique. Si cet examen met en évidence une simple gingivite comme une parodontite active, il doit adresser le patient au dentiste généraliste qui lui a adressé le patient. Si le patient est venu de lui-même, il peut être adressé directement à un spécialiste de parodontologie. Il peut y avoir un conflit déontologique si le patient revient avec un « certificat » de bonne santé parodontale, alors que notre jugement est opposé. Dans ce cas, et comme il n'est pas possible d'aliéner notre responsabilité, le traitement orthodontique n'est pas possible. L'explication au patient peut alors être délicate, mais il suffit d'être clair et confraternel en précisant que les avis peuvent être différents.

La plupart du temps, le patient arrive chez l'orthodontiste une fois la parodontite guérie avec des conséquences plus ou moins importantes sur les structures parodontales. L'orthodontie peut alors avoir un intérêt pour minimiser voire corriger les effets de la maladie. Par principe, les patients guéris qui entreprennent cette démarche doivent impérativement avoir un suivi de maintenance parodontale fréquent et régulier pendant le traitement orthodontique.

L'orthodontie est particulièrement indiquée afin de corriger les déplacements secondaires liés à l'affaiblissement parodontal. La récession parodontale suit la perte verticale de l'os alvéolaire. Le rapport racine clinique / couronne clinique évolue en faveur de la couronne clinique avec, comme conséquence, un centre de résistance des dents qui se déplace apicalement. Avec l'inflammation qui excite le remaniement osseux et l'augmentation de la distance entre le point d'application des forces naturelles (le bras de levier), à forces égales, le moment développé est beaucoup plus puissant ($M = d \times F$), ce qui provoque les déplacements tant redoutés par les patients. Que peut l'orthodontiste ?

Dans un premier temps : RIEN. Tant que le patient présente une parodontite active, il est formellement exclu de vouloir mobiliser les dents, sous peine de voir la situation parodontale se dégrader. Dans un deuxième temps, une fois que nos collègues parodontistes

ont rétabli une situation saine, bien que dégradée par les bactéries, l'orthodontie est d'un grand secours :

- La correction des mouvements secondaires permet de rétablir un équilibre occlusal propice à une meilleure répartition des forces masticatoires et occlusales en général. Ces traitements sont mécaniquement délicats à contrôler notamment à cause du centre de résistance bas, loin des attaches orthodontiques. Les pertes osseuses et gingivales laissent des marques comme des espaces inter-proximaux décapillés noirs particulièrement disgracieux, des racines non recouvertes modifiant les proportions dentaires...

- La prise en compte des proportions dentaires va, dans certaines situations, changer cette donne, soit par addition, soit par soustraction, en déplaçant le point de contact vers la gencive. Ceci entraîne une diminution de la distance point de contact / crête alvéolaire favorisant la papille qui peut alors occuper l'espace inter-proximal. C'est un phénomène que nos confrères prothésistes maîtrisent dans les réhabilitations de grande étendue. Si, en maîtrisant l'anatomie de l'espace proximal, il est possible de voir les papilles reflleurir, la gencive, elle, ne pourra pas, avec l'aide de l'orthodontie, remonter vers la couronne. Mais, là, les greffes parodontales peuvent faire des miracles. Quoi que :

- Pour maîtriser la distance point de contact – crête osseuse, l'autre solution peut être de faire remonter le niveau osseux par égression des dents. L'égression entraîne une apposition verticale qui revient à créer de l'os alvéolaire en dessous de l'attache épithéliale (AE). Le rapport racine clinique / couronne clinique ne change pas au cours de ce mouvement. S'il est trop faible, l'égression conduira à l'extraction de la dent qui laisse alors suffisamment d'os pour pouvoir positionner un implant. Si la racine est suffisamment haute, elle sera apte à supporter une couronne prothétique qui rétablira un rapport couronne / racine acceptable.

- Le cas des traitements orthodontiques après maladie parodontale et guérisons sont des cas à risques qui nécessitent une prise en charge délicate et adaptée. Le premier point qui est peut-être le point majeur est qu'il n'est pas possible de mobiliser les dents sans une guérison totale de la maladie parodontale sous peine de la voir se réactiver de façon parfois sévère. Là, un travail en parfaite coordination entre les deux spécialités est nécessaire avec, au départ, un accord préalable de la parodontologie pour commencer l'orthodontie et avec une maintenance parodontale rapprochée tous les deux ou trois mois.

Pour avoir, depuis ma plus tendre enfance, pratiquer des sports collectifs, je sais que, seul, je ne suis rien. Jouer en équipe nécessite une confiance en ses partenaires, ne pas être dans le jugement et pratiquer le respect de l'autre.

Ce sont ces valeurs que je retrouve dans la pratique de l'orthodontie au service des patients, dans l'exercice respectif de la parodontologie et de l'orthodontie.

Olivier SOREL

LE PROGRAMME SCIENTIFIQUE



09.00 INTRODUCTION

David NISAND (Paris) - Président SFPIO
Olivier SOREL (Rennes) - Président SFODF

09.10 Isabelle FONTANILLE (Paris)

Les besoins en orthodontie du patient parodontal

09.50 Michel LE GALL (Aubagne)

Traitement orthodontique correcteur des migrations secondaires

10.30 PAUSE CAFE

11.10 Corinne LALLAM (Boulogne-Billancourt)

La planification du traitement chez le patient parodontal candidat à l'orthodontie - point de vue du parodontiste

11.50 Pierre CANAL (Montpellier)

Importance du contexte parodontal et spécificité du traitement d'ODF du patient adolescent ou jeune adulte

12.30 COCKTAIL DEJEUNATOIRE

14.00 Jean-Marc GLISE (Toulon)

Optimisation de la régénération parodontale par l'orthodontie

14.40 Olivier SOREL (Rennes)

Gestion orthodontique de la distance point de contact - crête osseuse : vers un rapprochement du haut vers le bas ou du bas vers le haut

15.20 Parole aux membres

Cas cliniques en discussion avec une table ronde multidisciplinaire

16.30 CONCLUSION

Proposition de fiches séquentielles thérapeutiques communes SFPIO/SFODF

17.00 VERRE DE L'AMITIÉ

La parodontie médicale



Avec des vidéos en complément sur le web



Uniquement par correspondance et sur le web

165 €

Dans le souci constant de rendre la pratique de la parodontie encore plus gratifiante, les Éditions CdP ont réuni dans un coffret unique les quatre Mémentos cliniques rédigés par le docteur Jacques Charon et ses collaborateurs.

La parodontie y est traitée de manière exhaustive :

- La relation humaine et la communication au cabinet dentaire
- La prévention primaire
- Le diagnostic en parodontie, de l'examen clinique au plan de traitement
- Les différents traitements des maladies parodontales

L'objectif des auteurs est de fournir aux lecteurs des ouvrages essentiellement pratiques qui leur serviront de guide tout au long de leur exercice quotidien en parodontie.

Bon de commande à retourner avec votre règlement à : Éditions CdP® – Service VPC

102 rue Étienne Dolet – 92240 Malakoff – Tél. : **N° Vert 0 800 94 98 91** – e-mail : vpc@editionscdp.fr

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Oui, je commande :

Titre	Code	ISBN	Quantité	Prix ^{TTC}	Total
Parodontie de A à Z Parution Décembre 2017	84593	978-2-84361-397-5	<input type="text"/>	165 €	<input type="text"/>
				Frais de port	0,01 €
				Montant total	<input type="text"/>

Je règle :

Par chèque bancaire ou postal à l'ordre d'Initiatives Santé

Par carte bancaire n° (sauf American Express) :

N°

Expire fin

N° de cryptogramme CB :

(3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte)

Date et signature obligatoires

DC1801

Mes coordonnées : personnelles professionnelles

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax :

J'indique mon e-mail pour recevoir gratuitement la Lettre d'info du Chirurgien-dentiste :

@



**Pierre
CANAL**
(Montpellier)

Professeur des Universités émérite / Co-auteur de trois livres sur l'orthodontie de l'adulte / Ancien président du Conseil National des Universités pour l'orthodontie / Ancien président du collège national des enseignants en ODF / Titulaire de l'Angle Society of Europe / Membre d'Honneur et Conseiller de la SFODF

11h50 – 12h30

Importance du contexte parodontal et spécificité du traitement d'ODF du patient adolescent ou jeune adulte

RÉSUMÉ

Le patient adolescent ou adulte jeune a un parodonte souvent en assez bon état même si l'hygiène n'est pas toujours idéale. La prise en compte du contexte parodontal et l'utilisation d'une thérapeutique orthodontique de qualité nous permettront d'envisager des traitements optimum ou dans un certain nombre de cas la chirurgie pourra être évitée! Lorsque celle-ci s'avérera nécessaire, sa réalisation dans un premier temps thérapeutique permettra quand elle est possible de diminuer le temps de traitement ainsi que les risques d'atteintes parodontales.

Le contexte parodontal sera un élément important lors du choix de notre thérapeutique! L'aide du parodontiste (au niveau de la thérapeutique parodontale de soutien mais aussi au niveau de la motivation à l'hygiène) sera un élément essentiel nécessaire à la réussite du traitement orthodontique de l'adulte jeune et de l'adolescent. Huit cas permettront d'illustrer ces propos.



**Isabelle
FONTANILLE**
(Paris)

CES en Parodontologie Paris V / Postgraduate Européen en Parodontologie et Dentisterie Implantaire Paris VII / Assistante hospitalo-universitaire, Paris VII, hôpital Rothschild

09h10 – 09h50

Les besoins en orthodontie du patient parodontal

RÉSUMÉ

D'après des données récentes, près d'un patient adulte sur deux est susceptible de souffrir d'une parodontite. En fonction du stade de sévérité, des migrations secondaires - de type diastème, version, égression - peuvent être associées, conduisant le patient à une demande fonctionnelle et esthétique dans le cadre de sa prise en charge globale. Ces migrations représentent également un défi pour le praticien puisque le succès du traitement parodontal passe par la diminution de l'indice de plaque, l'élimination de l'inflammation et le gain d'attache. Le traitement orthodontique sur parodonte réduit représente actuellement une véritable option nécessaire voire indispensable pour une réhabilitation prothétique dento-ou implanto-portée pérenne et dans certains cas une bonne alternative au traitement implantaire.

OBJECTIFS

- Actualiser la classification des maladies parodontales
- Définir les migrations secondaires et leurs conséquences sur la santé parodontale
- Savoir indiquer un traitement orthodontique



**Jean-Marc
GLISE**
(Toulon)

Exercice exclusif de la Parodontie et Implantologie à TOULON / Ancien Assistant HU en parodontologie à Marseille / Chargé de cours au DU Chirurgie Plastique de Marseille / Ancien président de SFPIO Sud Est

14h00 - 14h40

Optimisation de la régénération parodontale par l'orthodontie

RÉSUMÉ

La régénération parodontale est un moyen d'obtenir la fermeture de lésions osseuses initiées par la maladie parodontale. Ce concept a évolué depuis les dernières décennies et aujourd'hui, dans un contexte parodontal favorable, on est en mesure de reconstruire un système d'attache parodontal et de fermer des lésions intra-osseuses.

Cela fait appel à des actions biologiques mettant en jeu un certain nombre de mécanismes que l'on rencontre également dans le remodelage osseux orthodontique.

Et si l'orthodontie pouvait être un moyen de traitement des lésions intra-osseuses ?

L'objectif de l'exposé sera de montrer les rapprochements existants entre ces disciplines qui peuvent être complémentaires.



**Olivier
SOREL**
(Rennes)

Spécialiste qualifié en ODF / Professeur des Universités / Président de la SFODF / Praticien Hospitalier / Responsable de l'UF de la sous-section 56-02 d'ODF / Responsable de l'UF d'ODF de Rennes

14h40 - 15h20

Gestion orthodontique de la distance point de contact - crête osseuse : vers un rapprochement du haut vers le bas ou du bas vers le haut

RÉSUMÉ

Les données épidémiologiques (HAS) à propos de la maladie parodontale sont édifiantes : 80 % des adultes présentent une gingivite (grade c) ; 10 à 60%, selon les populations étudiées, présentent au moins une perte d'attache > 4 mm ; les pertes de papilles avec des espaces triangulaires noirs sont retrouvées chez 18% des jeunes de moins de 20 ans et, chez l'adulte, ce pourcentage ne fait qu'augmenter avec l'âge. Constat alarmant, après traitement orthodontique, il peut atteindre 67%.

La collaboration entre parodontiste et orthodontiste semble, au vu de ces faits, une nécessaire évidence. En premier lieu, un traitement orthodontique chez l'adulte ne peut être entrepris qu'avec un état parodontal non inflammatoire. Une consultation préalable systématique chez le chirurgien-dentiste référent ou un parodontiste est indispensable.

Ensuite, il nous faut lutter contre les effets iatrogènes du traitement orthodontique en prenant en compte l'anatomie dentaire qui joue un rôle majeur. La divergence des faces proximales a une influence directe sur la distance du point de contact à la crête osseuse ainsi que sur la distance inter-radiculaire. Ces distances sont impliquées dans le taux de présence des papilles. La réduction amélaire proximale permet de restructurer la position du point de contact et l'espace inter-radiculaire et ainsi de contrôler l'effet iatrogène.

En outre, l'espace gagné par RAP permet de contrôler la version vestibulaire des incisives et donc la sollicitation du parodonte toujours fragile en regard.

Si l'on peut abaisser le point de contact vers la crête osseuse, peut-on élever le niveau de la crête osseuse vers le point de contact ? Quand l'alvéolyse horizontale est générale, ce n'est pas envisageable. En revanche, quand le phénomène est localisé à une ou deux dents, l'orthodontie peut apporter une solution par égression dentaire. Lors d'un mouvement d'égression, de façon similaire à l'évolution naturelle des dents, le ligament dento-alvéolaire travaille dans le sens d'une apposition osseuse, le niveau alvéolaire augmente verticalement et rattrape le niveau général. Les tissus mous périodontaux suivent ce mouvement et permettent le nivellement des collets gingivaux. L'attache épithéliale reste située au même niveau radicaire de départ. La longueur de la racine est déterminante : soit elle est suffisante pour servir et mettre en place une réhabilitation coronaire, soit elle est insuffisante, l'égression est alors poussée à l'extrême, la racine est extraite et elle sera remplacée par un implant.

L'ingression orthodontique travaille dans le sens de la résorption osseuse. L'attache épithéliale reste au même niveau sur la racine, les tissus mous suivent le mouvement ce qui peut permettre le nivellement des collets gingivaux mais pas un rapprochement des points de contact avec la crête osseuse.

La gestion des tissus parodontaux par l'orthodontie reste très délicate. Les effets iatrogènes sont à envisager de façon très précautionneuse. Le travail en multidisciplinarité est essentiel. La consultation de suivi parodontal doit être au moins trimestrielle durant tout le traitement orthodontique.

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.



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



CONGRÈS • PARIS
14 et 15
JUIN

RECONSTRUIRE POUR DURER

2019

CONFÉRENCIERS

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

Président scientifique
Xavier Struillou *Nantes*

Présidente du congrès
Emmanuelle Ettedgui *Paris*

Président SFPIO
David Nisand *Paris*

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



Le congrès annuel de la SFPIO vous accueillera
à la MAISON de la CHIMIE - Paris les 14 et 15 juin 2019 !
Les inscriptions sont ouvertes sur le site www.sfpio.com

PROGRAMME

Reconstruire pour durer

Vendredi 14 juin : 9h00 - 12h30

Reconstruire le parodonte
Anton SCULEAN (Berne, Suisse)

Vendredi 14 juin : 14h00 - 17h30

Reconstruire le sourire et la fonction : Approche pluridisciplinaire des cas complexes
Tidu MANKOO (Windsor, Angleterre)

Samedi 15 juin : 9h00 - 12h30

Reconstruire les tissus durs et les tissus mous en chirurgie implantaire
Istvan URBAN (Budapest, Hongrie)

Pourquoi avoir choisi la Maison de la Chimie pour accueillir le congrès 2019 ?

Adresse historique et incontournable de l'événementiel parisien, la Maison de la Chimie doit sa prestigieuse renommée à ses nombreuses spécificités, et tout particulièrement à une situation géographique exceptionnelle, en plein cœur de Paris.

Le caractère distinctif de la Maison de la Chimie réside aussi, dans l'originalité d'une architecture audacieuse, qui combine avec élégance les charmes d'un hôtel particulier du XVIIIème siècle à une authentique décoration Art Déco.

Ce cadre à taille humaine, fonctionnel et chaleureux, où dominant volumes et lumière constitue tout naturellement un environnement propice à l'échange des idées, tout en réunissant l'ensemble des conditions matérielles propres à assurer la réussite des événements les plus divers.



28 rue St Dominique
Paris 7^{ème}



PHILIPS
sonicare

ProtectiveClean

ProtectiveClean

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

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



Capteur de pression
Un accompagnement pour une expérience tout en douceur



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

Signal de remplacement de la tête de brosse



innovation+you*

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

FUSOBACTERIUM NUCLEATUM ET CANCER COLORECTAL : une revue systématique de la littérature

MATEU Adeline¹, DERRUAU S.², JOURDAIN ML.³, SERGHERAERT J.⁴, BRAUX J.⁵

¹Interne en Médecine Bucco-dentaire, Faculté de Strasbourg, Pôle odontologique de Reims

²Sous-section Biologie orale, Faculté de chirurgie dentaire de Reims, Assistant hospitalo-universitaire

³Sous-section Parodontologie, Faculté de chirurgie dentaire de Reims, Assistante hospitalo-universitaire

⁴Interne en Médecine Bucco-dentaire, Faculté de Reims, Pôle odontologique de Reims

⁵Sous-section Parodontologie, Faculté de chirurgie dentaire de Reims, Maître de conférences



INTRODUCTION

Le concept actuel en pleine croissance de « médecine parodontale » vise à démontrer que le milieu buccal ne peut être isolé du reste de l'organisme. Ainsi, de nombreuses relations entre le microbiote buccal et le développement de maladies systémiques ont été mises en évidence, et montrent que le diagnostic ainsi que le traitement des maladies parodontales peuvent non seulement préserver la fonction, l'esthétique de nos dents mais aussi prévenir de ses effets délétères sur la santé générale. C'est ainsi que les connaissances en médecine parodontale affluent et pourraient alors guider les praticiens vers des approches plus globales du patient.

De récentes études réalisées autour de la dysbiose du microbiote intestinal montrent que cette dernière semblerait faciliter la formation du cancer colorectal (CRC) (3ème cancer en France et dans le monde en termes d'incidence) (1). En effet, si longtemps la dégénérescence maligne a été étudiée comme un phénomène ayant sa propre pathogénie, de récentes investigations visant à rechercher les facteurs de risques des maladies cancéreuses ont montré que plus d'un cancer sur six dans le monde serait d'origine infectieuse (2). Ainsi, le développement de cancers colorectaux pourrait être lié à des profils bactériens spécifiques. Au sein de ces derniers, la prévalence accrue d'une bactérie parodontopathogène (*Fusobacterium nucleatum*) a pu être mise en évidence dans les cohortes de patients atteints de CRC. Une revue systématique de la littérature a été réalisée afin de préciser le lien qui existe hypothétiquement entre *Fusobacterium nucleatum* et le CRC. L'association de l'évolution du cancer avec le taux de *Fusobacterium nucleatum* retrouvé au sein des tissus lésés ainsi que sa potentielle corrélation avec les maladies parodontales ont été analysées.

MATERIELS ET METHODES

Les bases de données Pubmed, Cochrane et Embase ont été interrogées sans contrainte temporelle en utilisant des mots clés référencés ciblant *Fusobacterium nucleatum* (*Fusobacterium nucleatum*, *Fusobacterium*) et les cancers colorectaux (neoplasms, colorectal neoplasms). Les critères d'inclusion retenus visent à sélectionner les articles concernant des études cliniques humaines, en anglais et en français en excluant les études animales et fondamentales. Les revues et avis d'auteurs ont été exclus de l'étude mais ont alimenté la discussion. La sélection des articles a été réalisée par deux examinateurs selon le titre et le résumé puis après lecture des articles dans leur intégralité. La qualité des articles retenus a été analysée conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

RESULTATS

Après recherche dans les bases de données, 118 articles ont été retenus. Après les différentes étapes de sélection par titres, résumés et lectures d'articles entiers, seules 27 études répondant aux critères d'inclusions et d'exclusions ont pu être incluses. La majorité des études incluses sont des études Cas-Témoins, de grade C selon la Haute Autorité de Santé, et sont considérées comme présentant un faible niveau de preuve scientifique.

Quantification de *Fusobacterium nucleatum*

Un regroupement des études quantifiant *Fusobacterium nucleatum* chez les patients atteints de cancers colorectaux a été réalisé (3-18). L'ensemble des études rapportent que la technique de quantification était une amplification en chaîne par polymérase (PCR). Les résultats exprimés en pourcentage ont été regroupés dans le tableau 1, rassemblés par type d'étude et par type de prélèvement (matières fécales, muqueuse, salive). Il en ressort chez toutes les études Cas-Témoins (3-14), une augmentation du *Fusobacterium nucleatum* chez le sujet atteint de cancer colorectal par rapport au patient contrôlé. Cependant, les taux demeurent assez hétérogènes et marqués par des écarts types et des moyennes élevés. Ce constat est semblable pour les études de cohortes (15,16), ainsi que pour les études rétrospective (17) et transversale (18) incluses. L'ensemble du corpus s'associe dans leurs résultats concernant les taux augmentés de *Fusobacterium nucleatum* au sein du tissu colique cancéreux par rapport au tissu sain (Tableau. 1).

Auteurs	Résultats (CRC vs Témoins)
Cas Témoins – Matières Fécales	
Suehiro et al. (3) (2017)	54% vs 10% M = 51.3 M = 10.85
Ano et al. (4) (2013)	31,9% vs 11,7% σ = 14.8 σ = 0.8
Wu et al. (5) (2013)	68% vs n/a
Cas Témoins – Muqueuse	
Yu et al. (6) (2016)	65,8% vs 20%
Li et al. (7) (2016)	87,13% vs n/a
Viljoen et al. (8) (2015)	82% vs 81% M = 63.7 M = 41.7
Kostic et al. (9) (2012)	20,3% vs 5,5% σ = 22.4 σ = 29
Tahara et al. (10) (2014)	52,3% vs 30,3%
Yamaoka et al. (11) (2018)	75% vs 69,3%
Cas Témoins – Multiples (Muqueuse, Selle, Salive)	
Mira et al. (12) (2015)	60% vs 22,2%
Chen et al. (13) (2012)	3,72% vs 0,18%
Russo et al. (14) (2017)	5,15% vs n/a
Cohorte – Muqueuse	
Mima et al. (15) (2015)	13%
Mima et al. (16) (2016)	13%
Rétrospective – Muqueuse	
Ito et al. (17) (2015)	94%
Transversale – Muqueuse	
Noshjo et al. (18) (2016)	8,6%

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des résultats de quantification de *Fusobacterium* dans le cas de CRC.

Variation du *Fusobacterium nucleatum* selon l'évolution du cancer colorectal

Certaines études (6,8,15,19) ont voulu mettre en évidence une éventuelle relation entre les taux de *Fusobacterium nucleatum* détectés et le stade d'évolution de la maladie. Une augmentation du taux a été rapportée à travers la séquence tissu sain, tissu adénomique (considéré comme un stade initial tumoral bénin) et l'adénocarcinome figurant comme cancer avéré. Deux études ont analysé l'évolution de ce taux au sein de tissus atteints de cancers avérés (8,15), évoquant une augmentation de la quantité de *Fusobacterium nucleatum* retrouvées au sein des tissus en fonction des stades croissants de la maladie, et plus particulièrement entre les stades III et IV (TNM) (Tableau 2).

Auteurs	Résultats		
Séquence Normal-Adénome-CRC			
Yu, et al. (6) (2016)	Normal (1)	Adénome (2)	CRC (3)
	0,27%	0,61%	1,69%
	2,26x entre (1) et (2)		6,26x entre (1) et (3)
Évolution selon Stade TNM			
Mima et al. (15) (2015)	Augmentation du taux de <i>F. nucleatum</i> au Stade III/IV		
Viljoen et al. (8) (2015)	Augmentation du taux de <i>F. nucleatum</i> au Stade III/IV		
Comparaison colon normal, polypes, maladies inflammatoires de l'intestin, et cancer			
Edmiston et al. (19) (1982)	Espèces anaérobiques constantes		

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des résultats de l'évolution de *Fusobacterium nucleatum* selon le stade de la maladie

Lien étiopathogénique avec les maladies parodontales

La littérature reste encore restreinte sur le sujet avec une unique étude de cohorte (20) mettant en avant le lien bucco-systémique pour les maladies parodontales modérée à sévère avec un Hazard ratio de 1,22. Ainsi, *Fusobacterium nucleatum* tend à être en faveur d'une évolution négative du cancer colorectal et donc d'un potentiel cancer plus agressif (Tableau 3).

Variabiles	Hazard Ratio
Maladie parodontale de manière générale et CRC	(HR : 0.89 ; 95% CI: 0.72-1.10)
Parodontite modérée à sévère et CRC	(HR : 1.22 ; 95% CI: 0.91-1.63)
Perte dentaire de manière générale et CRC	(HR : 0.89 ; 95% CI: 0.76-1.03)
Perte de plus de 17dents et CRC	(HR : 1.23 ; 95% CI: 1.01-1.51)

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des résultats de la cohorte sur le lien entre CRC et *Fusobacterium nucleatum* selon Momen-Heravi (2017)

DISCUSSION**Hétérogénéité des résultats**

La grande hétérogénéité des résultats peut s'expliquer par des

types d'échantillons variés : muqueuse colique, matière fécale, recueil multiple. On peut également analyser cette hétérogénéité par les effectifs des études marqués par des différentiels retrouvés au niveau de l'appariement entre Cas et Témoins et de l'iniquité de nombre d'inclusion entre Cas et Témoins. Le stade de la maladie n'a pas souvent été pris en compte or nous avons pu constater dans les résultats que le taux de *Fusobacterium nucleatum* augmente en fonction de l'évolutivité du cancer. En conséquence, en cas d'inclusion de patients sans prise en compte des divers stades inclus, les résultats de positivité au *Fusobacterium nucleatum* peuvent varier. Concernant, les patients sains, une hétérogénéité existe également et peut se justifier par une différence au sein de la sélection avec certaines études incluant des patients sains sans CRC tandis que d'autres se contentent de biopsies tissulaires considérées comme saines mais souvent adjacentes au cancer sur des patients atteints de CRC.

Mécanismes d'action

Divers mécanismes répertoriés et étudiés dans les articles tentent d'expliquer le potentiel rôle oncogénique de cette bactérie dans la carcinogenèse colorectale. La persistance d'une inflammation chronique (21) peut impacter la santé générale en inhibant, à distance, en raison de la sécrétion de médiateurs de l'inflammation sur une longue période, un certain nombre de mécanismes protecteurs de l'organisme tels que l'apoptose, ou en générant des mutations génétiques, en stimulant l'angiogenèse et la prolifération cellulaire. Tous ces éléments peuvent concéder une augmentation de l'oncogenèse et représenter des hypothétiques explications de la carcinogenèse constatée lors d'infections bactériennes. De plus, certains facteurs biologiques portés par *Fusobacterium nucleatum* pourraient également intervenir d'une façon plus directe. Ainsi, FadA, une adhésine connue pour être un facteur de virulence de *Fusobacterium nucleatum*, pourrait permettre d'activer la prolifération cellulaire tumorale en activant l'expression d'oncogènes (22). De nombreux autres éléments ont été retrouvés avec notamment une capacité à induire une mutation inhibitrice de la protéine APC (23) qui semblerait proscrire son action initiale surpresseur de tumeur, une baisse des lymphocytes T (24) jouant un rôle originel important dans la défense de notre organisme, une augmentation de la méthylation des îlots CpG (11) pouvant avoir un impact sur la fonction des gènes suppresseurs de tumeurs, une augmentation de la synthèse des miARN21 qui sont des ARN non codants contrôlant l'expression génique post-transcriptionnelle pouvant aller jusqu'à la suppression de leur expression, ou une augmentation de la synthèse de certaines interleukines comme l'IL-6 pro-inflammatoire par les cellules de l'hôte (25).

CONCLUSION

Cette revue de la littérature nous montre une potentielle implication de *Fusobacterium nucleatum* dans la carcinogenèse colorectale ainsi qu'un possible lien avec les stades d'évolution de la maladie. Cette bactérie anaérobie commensale buccale retrouvée en plus grande quantité dans la sphère orale lors du développement

des maladies parodontales est connue pour entraîner une réponse inflammatoire immunitaire buccale. Un lien bucco-systémique entre cancer colorectal et maladies parodontales pour des stades modérés à sévères a été mis en évidence. A ce jour, la nature de ce lien n'est pas élucidée, néanmoins, une infection colique à porte d'entrée buccale à *Fusobacterium nucleatum* pourrait être envisagée. Par ailleurs, *Fusobacterium nucleatum* pourrait être un

facteur aggravant et opportuniste de la pathologie colorectale. Devant ces hypothèses, de nouvelles études doivent être réalisées de façon structurée afin de pouvoir affiner ces connaissances.

Thèse soutenue le 09/07/2018 à Strasbourg, jury : Pr Huck O., Pr Meyer F., Dr Jung S., Dr Braux J.

BIBLIOGRAPHIE

- CDU-HGE collège des universitaires en hépato-gastro-entérologies. Hépato-gastro-entérologie 2ème édition CDU-HGE. 2ème. Elsevier Masson; 2012.
- Les cancers d'origine infectieuse [Internet]. Institut Pasteur. 2017 [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/dossiers/cancers-origine-infectieuse>
- Suehiro Y, Sakai K, Nishioka M, Hashimoto S, Takami T, Higaki S, et al. Highly sensitive stool DNA testing of *Fusobacterium nucleatum* as a marker for detection of colorectal tumours in a Japanese population. *Ann Clin Biochem.* janv 2017;54(1):86-91.
- Ahn J, Sinha R, Pei Z, Dominianni C, Wu J, Shi J, et al. Human gut microbiome and risk for colorectal cancer. *J Natl Cancer Inst.* 18 déc 2013;105(24):1907-11.
- Wu N, Yang X, Zhang R, Li J, Xiao X, Hu Y, et al. Dysbiosis signature of fecal microbiota in colorectal cancer patients. *Microb Ecol.* août 2013;66(2):462-70.
- Yu J, Chen Y, Fu X, Zhou X, Peng Y, Shi L, et al. Invasive *Fusobacterium nucleatum* may play a role in the carcinogenesis of proximal colon cancer through the serrated neoplasia pathway. *Int J Cancer.* 15 2016;139(6):1318-26.
- Li Y-Y, Ge Q-X, Cao J, Zhou Y-J, Du Y-L, Shen B, et al. Association of *Fusobacterium nucleatum* infection with colorectal cancer in Chinese patients. *World J Gastroenterol.* 21 mars 2016;22(11):3227-33.
- Viljoen KS, Dakshinamurthy A, Goldberg P, Blackburn JM. Quantitative profiling of colorectal cancer-associated bacteria reveals associations between *Fusobacterium* spp., enterotoxigenic *Bacteroides fragilis* (ETBF) and clinicopathological features of colorectal cancer. *PloS One.* 2015;10(3):e0119462.
- Kostic AD, Gevers D, Pedamallu CS, Michaud M, Duke F, Earl AM, et al. Genomic analysis identifies association of *Fusobacterium* with colorectal carcinoma. *Genome Res.* févr 2012;22(2):292-8.
- Tahara T, Yamamoto E, Suzuki H, Maruyama R, Chung W, Garriga J, et al. *Fusobacterium* in colonic flora and molecular features of colorectal carcinoma. *Cancer Res.* 1 mars 2014;74(5):1311-8.
- Yamaoka Y, Suehiro Y, Hashimoto S, Hoshida T, Fujimoto M, Watanabe M, et al. *Fusobacterium nucleatum* as a prognostic marker of colorectal cancer in a Japanese population. *J Gastroenterol.* avr 2018;53(4):517-24.
- Mira-Pascual L, Cabrera-Rubio R, Ocon S, Costales P, Parra A, Suarez A, et al. Microbial mucosal colonic shifts associated with the development of colorectal cancer reveal the presence of different bacterial and archaeal biomarkers. *J Gastroenterol.* févr 2015;50(2):167-79.
- Chen W, Liu F, Ling Z, Tong X, Xiang C. Human intestinal lumen and mucosa-associated microbiota in patients with colorectal cancer. *PloS One.* 2012;7(6):e39743.
- Russo E, Bacci G, Chiellini C, Fagorzi C, Niccolai E, Taddei A, et al. Preliminary Comparison of Oral and Intestinal Human Microbiota in Patients with Colorectal Cancer: A Pilot Study. *Front Microbiol.* 2017;8:2699.
- Mima K, Sukawa Y, Nishihara R, Qian ZR, Yamauchi M, Inamura K, et al. *Fusobacterium nucleatum* and T Cells in Colorectal Carcinoma. *JAMA Oncol.* août 2015;1(5):653-61.
- Mima K, Nishihara R, Qian ZR, Cao Y, Sukawa Y, Nowak JA, et al. *Fusobacterium nucleatum* in colorectal carcinoma tissue and patient prognosis. *Gut.* 2016;65(12):1973-80.
- Ito M, Kanno S, Noshio K, Sukawa Y, Mitsuhashi K, Kurihara H, et al. Association of *Fusobacterium nucleatum* with clinical and molecular features in colorectal serrated pathway. *Int J Cancer.* 15 sept 2015;137(6):1258-68.
- Noshio K, Sukawa Y, Adachi Y, Ito M,

- Mitsuhashi K, Kurihara H, et al. Association of *Fusobacterium nucleatum* with immunity and molecular alterations in colorectal cancer. *World J Gastroenterol.* 14 janv 2016;22(2):557-66.
- Edmiston CE, Avant GR, Wilson FA. Anaerobic bacterial populations on normal and diseased human biopsy tissue obtained at colonoscopy. *Appl Environ Microbiol.* mai 1982;43(5):1173-81.
- Momen-Heravi F, Babic A, Tworoger SS, Zhang L, Wu K, Smith-Warner SA, et al. Periodontal disease, tooth loss and colorectal cancer risk: Results from the Nurses' Health Study. *Int J Cancer.* 1 févr 2017;140(3):646-52.
- Coussens LM, Werb Z. Inflammation and cancer. *Nature.* 19 déc 2002;420(6917):860-7.
- Rubinstein MR, Wang X, Liu W, Hao Y, Cai G, Han YW. *Fusobacterium nucleatum* promotes colorectal carcinogenesis by modulating E-cadherin/ β -catenin signaling via its FadA adhesin. *Cell Host Microbe.* 14 août 2013;14(2):195-206.
- Yang Y, Weng W, Peng J, Hong L, Yang L, Toyama Y, et al. *Fusobacterium nucleatum* Increases Proliferation of Colorectal Cancer Cells and Tumor Development in Mice by Activating Toll-Like Receptor 4 Signaling to Nuclear Factor- κ B, and Up-regulating Expression of MicroRNA-21. *Gastroenterology.* mars 2017;152(4):851-866. e24.
- Salmon H, Franciszkiwicz K, Damotte D, Dieu-Nosjean M-C, Validire P, Trautmann A, et al. Matrix architecture defines the preferential localization and migration of T cells into the stroma of human lung tumors. *J Clin Invest.* mars 2012;122(3):899-910.
- Anestakis D, Petanidis S, Kalyvas S, Nday CM, Tsavre O, Kioseoglou E, et al. Mechanisms and Applications of Interleukins in Cancer Immunotherapy. *Int J Mol Sci.* 13 janv 2015;16(1):1691-710.

G·U·M®
PerioBalance®

Mieux connaître nos partenaires

UN ALLIÉ À
VOS CÔTÉS

GUM® PerioBalance® est un complément alimentaire à base de **Lactobacillus reuteri Prodentis®**.

Lactobacillus reuteri Prodentis® est un probiotique d'origine humaine composé de deux souches brevetées de bactéries lactiques. Son efficacité a été validée dans de nombreuses études cliniques.

Pour un usage en complément du Détartrage Surfaçage Radiculaire.

Pour plus d'informations
contact@fr.sunstar.com
gumgencives.fr/periobalance



SUNSTAR
FRANCE

55/63 rue Anatole France
92300 Levallois-Perret



Monsieur Gilles PICHON
Directeur des Ventes – Réseau Médicament
SUNSTAR France

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

SUNSTAR
GUM GUIDOR®

Contact France :
Tél : 0141066464
@ : contact@fr.sunstar.com

Pouvez-vous nous présenter votre société ?

Sunstar est un groupe familial japonais créé en 1932 à Osaka par M. Kunio Kaneda : à l'origine, la société produisait des adhésifs, puis s'est diversifiée en lançant des produits pour les motos et en 1946 le premier dentifrice en tube au Japon.

Sunstar a été baptisée ainsi en référence au brossage des dents, d'abord le matin au lever du soleil – Sun – puis une nouvelle fois lorsque les étoiles – Star – apparaissent dans la nuit.

La santé bucco-dentaire est ainsi devenue l'activité principale du groupe, complétée par des produits cosmétiques et des boissons de bien-être ; des activités empreintes d'une même philosophie : Toujours s'efforcer d'aider les personnes partout dans le monde à améliorer leur santé et leur qualité de vie.

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

En 1988, Sunstar, leader au Japon en HBD rachète l'américain Butler, ce qui marquera le début de son internationalisation. La stratégie d'expansion continue en l'an 2000, lorsque Sunstar rachète Médicament, son distributeur Butler en France, reconnue pour son expertise dans la promotion et la commercialisation de produits dentaires qu'ils soient d'utilisation au fauteuil ou pour la motivation à l'hygiène du patient. Dix-huit ans plus tard, la marque GUM est devenue la seconde marque du marché de l'hygiène bucco-dentaire en pharmacie et para* alors que Paroex est le second bain de bouche de la catégorie avec AMM**.

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

Il est toujours intéressant de rappeler que la marque GUM a été créée spécifiquement par un parodontiste, le Dr John O. Butler en 1923. Cette origine est à jamais gravée dans toutes nos approches et décisions sur nos propositions et évolutions brosses à dents, brossettes interdentaires et accessoires GUM. Nous avons une vraie volonté de répondre aux besoins du quotidien en termes de Prévention, de Traitement et surtout de Maintenance parodontale et implantaire. Les marques et gammes GUM®, PAROEX® et GUIDOR® répondent précisément à ces trois phases et

nous sommes les seuls, dans un même laboratoire, à couvrir tous ces domaines. Elles reflètent un engagement de plus de 40 ans d'échanges exclusifs avec les professionnels du monde dentaire allant de l'enseignement à la spécialisation.

Quels produits concernent plus particulièrement les soins en parodontologie ?

La presque totalité de nos gammes est consacrée aux soins parodontaux, c'est dans notre ADN !

- GUM et sa gamme interdentaire incontournable (Trav-Ler®, Bi-direction®, Soft-Pick®, etc.) intervenant dans tous programmes de prévention et de maintenance.
- PAROEX® en solution bain de bouche et GUM PAROEX pour son relai en gel dentifrice pour accompagner vos soins et chirurgies.
- Et enfin GUIDOR®, gamme de produits premium (GUIDOR Easy-Graft et GUIDOR Matrix Barrière®) pour répondre aux nécessités de reconstruction, réparation et régénération tissulaire parodontale. Cette gamme bénéficiant d'un recul de plus de 20 ans, c'est rare !

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

Un vrai partenariat ne se juge que par des relations pérennes en étroite collaboration avec la profession. En toute modestie, SUNSTAR par le biais du réseau Médicament répond à cette définition et continue jour après jour à s'investir dans ce sens. Notre objectif commun est de rendre les meilleurs services aux patients (qualité produit, disponibilité et coût raisonné en pharmacie) tout en assurant le professionnel d'avoir à sa disposition les produits les plus adaptés et performants. Notre investissement va bien au-delà, SUNSTAR est le partenaire principal de l'OMS et du Joslin Institute d'Harvard pour la recherche sur les effets directs et indirects des infections de la bouche sur le corps, et en particulier sur le diabète.

C'est notre devise tant convoitée « Gencives saines. Vie saine » !

*Source : openHealth CAM € Août '18. Marché de l'Hygiène bucco-dentaire hors AMM.

** Source : openHealth CAM € Août '18. Segment des bains de bouche avec AMM.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

hyadent : pour le traitement des récessions gingivales

Amsterdam, EuroPerio, Juin 2018

Hyadent BG : il s'agit d'un produit à base d'acide hyaluronique.

L'acide hyaluronique ou hyaluronane (AH) est une substance naturellement présente dans le corps humain. Il s'agit d'un des principaux composants de la matrice extracellulaire des tissus conjonctifs, du liquide synovial et de nombreux autres tissus.

Les acides hyaluroniques à chaînes courtes présentent des caractéristiques très intéressantes pour la cicatrisation des plaies et des tissus, grâce à leurs propriétés angiogéniques, immunostimulantes et anti-inflammatoires.



A EuroPerio dans la session Regedent, animée par le Dr Aroca, le Pr Sculean (Uni Berne) a présenté ses premiers résultats de recouvrement radiculaire avec l'acide hyaluronique Hyadent BG. Dr Miron du Canada a également présenté ses cas de traitement de récession gingivale en combinaison ou sans autres matériaux. De même Dr Pilloni de la Sapienza de Rome a présenté différents traitements utilisant les qualités de l'acide hyaluronique qui régénère et ne laisse donc pas de cicatrices.

Les avantages de l'acide hyaluronique :

- Gel facile à utiliser
- Apprécie le sang et a tendance à stabiliser le caillot (pas besoin de champ sec et sans sang comme pour l'amélogénine)
- Antibactérien

Pour commander : contact@proparo.fr ou par téléphone : 01 83 64 06 35

Notre site internet : www.proparo.fr

Récession profonde Miller classe II - hyaDENT BG

Prof. Anton SCULEAN - Université de Berne, Suisse



Situation initiale



Tunnel



Tunnel mobilisé



Grefte de tissu conjonctif



Application de hyaDENT BG



Application de hyaDENT BG



Positionnement de la greffe de conjonctif dans le tunnel



Application de hyaDENT BG sur le tissu conjonctif



Suture



Situation après guérison

LA NOUVELLE JAUGE « PERIO » DE CALIBRATION DES ESPACES INTERDENTAIRES



L'emploi correct des brossettes interdentaires souples de nouvelle génération de la marque CURAPROX permet aux patients d'éviter la formation de nouvelle plaque dentaire et le maintien de la plaque structurée plus ancienne dans les espaces interdentaires.

Cet objectif est rempli grâce à l'utilisation des jauges colorées de calibrage des espaces interdentaires, Interdental Acces Probe Prime, bien connues des praticiens qui permettent de choisir la brossette de la taille adaptée à l'espace interdentaire à laquelle elle est destinée.

Les chirurgiens-dentistes ont l'habitude d'utiliser cette jauge de calibration Prime destinée aux espaces interdentaires de taille standard. Elle permet un gain de temps et l'assurance d'une bonne observance du traitement.



La sonde IAP existe désormais également dans la gamme Perio pour les espaces interdentaires plus larges.

De nombreux patients nécessitent le passage de brossettes plus larges ; ils pourront à présent réaliser de manière plus rationnelle leur maintenance de prévention secondaire et tertiaire.

Les Jauges IAP Prime et IAP Perio sont stérilisables à l'autoclave.

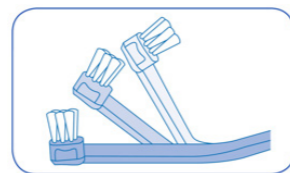
LA BROSSE A DENTS 708 IMPLANT/ORTHO



Rien de plus difficile que d'éliminer la plaque dentaire entourant le collet des couronnes implanto-portées, l'émergence des piliers des prothèses implanto-portées et les surfaces adjacentes aux brackets orthodontiques sous les arcs orthodontiques.

Cet objectif est rempli grâce à l'utilisation de la nouvelle brosse à dents CS 708 Implant/Ortho.

Grâce à la courbure et à la flexibilité de sa tête de taille réduite pouvant être angulée de façon personnalisée, l'angle idéal de brossage est facile à trouver.



Sa tête compacte, munie de 7 bouquets de brins souples et résistants de diamètre 12/100ème de mm en Curen® atteint ces zones difficiles d'accès pour éliminer la plaque dentaire.

La brosse à dents CS 708 a été développée en collaboration avec le Docteur Kirsten WARRER (Professeur à la Faculté Dentaire de Aarhus Danemark) et le Docteur Hugo Roberto LEWGOY (Professeur à la Faculté Dentaire de Sao Paulo Brésil).

DENTIFRICES BE YOU



La gamme de dentifrices proposés par CURAPROX s'agrandit dans le même esprit : aucun perturbateur endocrinien, aucune nanoparticule.

Les professionnels dentaires connaissent bien les dentifrice ENZYCAL 0 et ENZYCAL 1450 et leurs atouts techniques : avec ou sans Fluorure de Sodium, le complexe Lactoperoxydase/Glucose oxydase/Amyloglucosyde permettant de réduire le métabolisme des bactéries cariogènes.



Les professionnels dentaires connaissent également bien les dentifrices BLACK is WHITE et WHITE is BLACK qui contiennent en plus de l'hydroxyapatite, du charbon actif destiné à retirer les dépôts colorés (tabac, vin, café, thé ...) et le filtre Sparkling Blue permettant l'effet blanchissant cosmétique sans danger pour la surface de l'émail.



Ils vont à présent apprécier la nouvelle gamme de dentifrices Be You pour leurs qualités et leur tendance Fun.

Les dentifrices Be You sont techniques, ils reprennent les standards des 2 autres gammes et possèdent des particularités nouvelles : Fluorure de Sodium 950ppm, Xylitol permettant de réduire le métabolisme des bactéries cariogènes, Glucose oxydase pour son effet blanchissant, extraits de plantes pour leurs vertus anti-inflammatoires, provitamine B5 pour ses effets réparateurs et apaisants, billes de menthol pour sa fraîcheur durable.

La gamme de dentifrices Be You propose 6 goûts avec des propriétés indispensables :



- **Rising star: Pamplemousse Bergamote**
- **Pure happiness: Pêche Abricot**
- **Candy lover: Pastèque**
- **Challenger: Ginger tonic Kaki**
- **Day dreamer: Mûre Réglisse**
- **Explorer: Pomme Aloé**

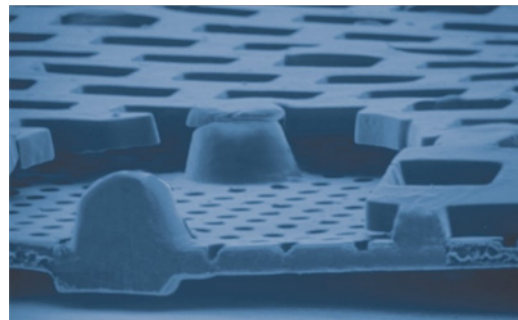
Ces dentifrices protègent des caries, rafraichissent l'haleine de manière durable, aident à supprimer les sensibilités dentaires, stimulent la salivation, empêchent l'apparition des aphtes, réduisent l'apparition de la plaque dentaire, ménagent les gencives.

COMMUNIQUÉ SUNSTAR

GUIDOR bioresorbable *matrix barrier*: une technologie répondant au concept de régénération

GUIDOR *matrix barrier* est une **barrière matricielle synthétique** à structure multicouches spécialement conçue pour la **Régénération Tissulaire et Osseuse Guidée**.

Conçue selon les principes biologiques d'exclusion cellulaire pour répondre aux 5 critères¹ d'une vraie membrane de régénération *ad integrum*² (Intégration Tissulaire, Exclusion cellulaire, Cliniquement adaptée pour des techniques prédictibles, Maintien de l'espace de régénération, Biocompatibilité), GUIDOR *matrix barrier* présente une structure unique en 3D qui permet une intégration des tissus mous tout en empêchant leur invagination dans le défaut ce qui contribue à une «véritable occlusion cellulaire».³



La couche externe, faisant face aux tissus mous, laisse passer les cellules conjonctives à l'intérieur même de la membrane, permettant ainsi de coloniser rapidement l'inter-espace, de stabiliser la membrane et ainsi d'optimiser les conditions de régénération.

La couche interne faisant face aux tissus durs, retarde le passage de ces cellules conjonctives tout en laissant passer les nutriments, procurant donc la fonction barrière.

Cette couche interne présente également des plots radiculaires qui maintiennent l'espace suffisant pour permettre la régénération du ligament parodontal et de l'os dans les cas de RTG.

Composition et fonction, une histoire de précision

GUIDOR *matrix barrier*, composée de polymères résorbables qui sont utilisés depuis plus de 20 ans dans l'industrie pharmaceutique et alimentaire, est constituée d'un mélange d'acide polylactique biorésorbable et d'un ester d'acide citrique. GUIDOR *matrix barrier* est **100% synthétique** et ne contient aucune substance d'origine animale ou humaine.



La composition précise de GUIDOR *matrix barrier* lui confère sa malléabilité et rigidité. Se conservant au froid entre 2 et 8°C, elle doit être sortie du réfrigérateur au moins 15 minutes avant son utilisation.

A température ambiante, elle sera alors manipulable et découpable en fonction de la forme du défaut.

A température corporelle, elle devient malléable et peut s'adapter au défaut, tout en gardant une certaine rigidité de forme pour un maintien de l'espace sous-jacent.

GUIDOR *matrix barrier* est la 1ère membrane avec une biorésorbabilité contrôlée grâce à sa composition équilibrée. Elle est conçue pour maintenir sa fonction barrière pendant au moins 6 semaines, pendant lesquelles sa structure reste stable permettant ainsi de maintenir l'espace nécessaire à la régénération, avant de commencer ensuite à se résorber à partir de 3 mois.³

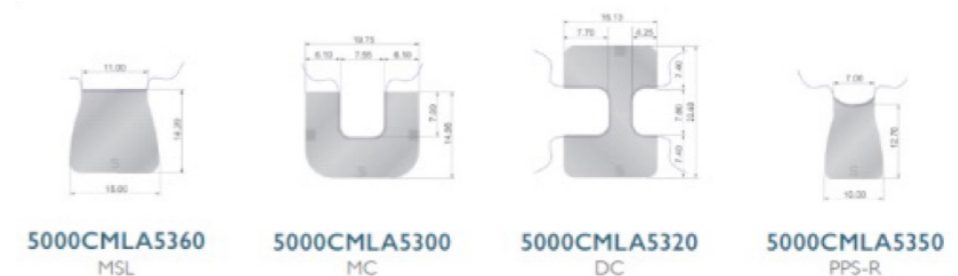
Indications

GUIDOR *matrix barrier* existe en 6 différentes configurations en fonction des indications soit de régénération osseuse guidée (ROG), soit de régénération tissulaire guidée (RTG).

En ROG, les configurations de GUIDOR *matrix barrier* servent à faciliter la régénération et l'augmentation osseuse dans les défauts à l'intérieur des contours osseux et dans ceux où une augmentation modérée du volume osseux au-delà des contours osseux est souhaitée. Un matériau de greffe osseuse pour le maintien approprié de l'espace doit être utilisé pour permettre la régénération osseuse. Dans les défauts présentant une morphologie très favorable, cela est cependant laissé au jugement du praticien.



En RTG, GUIDOR *matrix barrier* est indiquée pour le traitement chirurgical des défauts parodontaux, pour aider à la régénération et à l'intégration des composants du tissu parodontal. Une barre coronaire épaisse supplémentaire ainsi qu'une ligature intégrée garantissent une « véritable occlusion cellulaire »³.



1. Scantlebury T, Ambruster J, The development of Guided regeneration: making the impossible possible and the unpredictable predictable, J Evid Based Dent Pract. 2012 Sep;12(3 Suppl):101-117
2. Scantlebury T, Guided regeneration. A decade of Technology, J Perio 1993 64 1129-1137
3. Fugazzotto PJ, The role of guided tissue regenerative therapy in today's clinical practice, J of Imp & Adv Clin Dent. Vol.3, No.1. Dec/Jan 2011

Avant utilisation, lire attentivement le mode d'emploi
CE 0197 dispositif médical de classe III non remboursé par l'Assurance Maladie - membrane de régénération tissulaire et osseuse à usage dentaire

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Gingivites, Parodontites, Halitose : les méta-analyses confirment l'intérêt des probiotiques à EuroPerio

Prolacsan (Danemark) probiotique breveté à base de Lactobacillus Brevis et Plantarum.

Proparo/ Thommen propose une nouvelle méthode pour remplacer les bactéries nocives par des bactéries utiles dans la cavité buccale. ProlacSan®, un probiotique spécialement développé pour une utilisation dentaire, est maintenant disponible. Un probiotique est constitué de millions de bactéries utiles, améliorant la flore bactérienne buccale.

Acta à EuroPerio a présenté les avancées dans le domaine du microbiote (Human Microbiome Project). Acta a souligné l'intérêt des Probiotiques pour le parodonte (voir les méta-analyses de Gruner et al (2016), Matsubara et al (2016) et Jayarma et al (2016)) et l'effet délétère à long terme des antibiotiques sur le microbiome humain.



ProlacSan® est disponible sous forme de gel en seringue, ce qui permet d'injecter facilement des bactéries utiles dans les poches dentaires. Le gel est appliqué après le détartrage et le traitement des poches dentaires, (par exemple par la PDT, désinfection à la Lumière Activée FotoSan®). Ceci est effectué pour éliminer le maximum de bactéries nocives. ProlacSan® est également disponible en pastilles à prendre à la maison à raison d'une par jour pendant 3 mois après le traitement.

Comment fonctionne un probiotique ?

Il y a au moins 3 mécanismes décrits dans la littérature scientifique :

1. Les bactéries utiles supplantent les nocives et renforcent la flore buccale
2. Les bactéries utiles libèrent des substances qui sont inhibitrices ou mortelles pour les bactéries nocives
3. Les bactéries utiles réduisent la réponse inflammatoire de l'hôte dans le tissu environnant

Pour aider à perfectionner son art

ZEISS EXTARO 300



EXTARO 300 de ZEISS Des avancées dans la visualisation.

Le sélecteur de modes du microscope EXTARO 300 optimise votre vision en fonction de vos besoins :

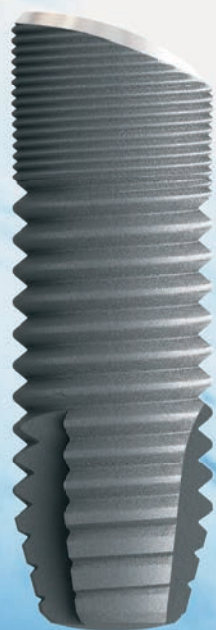
- **Mode fluorescence** : pour la détection des caries et des matériaux composites
- **Mode NoGlare** : pour gommer les brillances et les reflets
- **Mode TrueLight** : pour travailler les matériaux composites en lumière naturelle
- **Mode Orange Color** : pour travailler les matériaux composites sous lumière jaune
- **Mode Green Color** : pour la chirurgie

EXTARO 300 est équipé d'un varioscope permettant des distances de travail de 200 à 430mm réglable d'un seul doigt.

EXTARO 300 intègre une caméra HD connectable réseau et sans fil via l'application ZEISS Connect App.



EXTARO® 300 (classe I) est un microscope chirurgical à usage dentaire, destiné à améliorer la visualisation peropératoire lors d'une chirurgie ou lors d'une consultation. Fabriqué par : Carl Zeiss Meditec AG. Distribué par : Carl Zeiss Meditec France. Nous vous invitons avant toute utilisation à lire attentivement et dans leur totalité les instructions figurant dans les guides utilisateurs remis aux professionnels de santé. Le contenu de ce document imprimé peut diverger des clauses autorisant actuellement le produit ou l'offre de service dans votre pays. Pour obtenir de plus amples informations, prendre contact avec votre représentant régional ZEISS. Sous réserve des modifications techniques des dispositifs et des éléments constitutifs de l'équipement livré. EXTARO 300 est une marque commerciale ou une marque déposée de la société Carl Zeiss Meditec AG ou d'autres sociétés du groupe ZEISS en Allemagne et/ou dans d'autres pays © Carl Zeiss Meditec AG, 2017. Tous droits réservés. Réf. : CZMF_Com 05 17_006



Astra Tech Implant System®

La Terre n'est pas plate

L'anatomie des crêtes dentaires de vos patients non plus

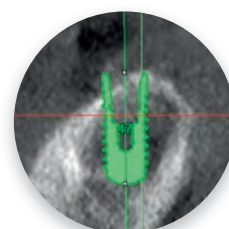
Le monde de l'implantologie dentaire comporte déjà beaucoup de défis cliniques, alors pourquoi utiliser les protocoles classiques à tout prix ?

Plutôt que de recourir à une augmentation osseuse pour pouvoir utiliser un implant conventionnel à col rectiligne, découvrez l'implant OsseoSpeed® Profile EV. Grâce à sa conception unique, il épouse les contours naturels des topographies osseuses inclinées. Parce que les crêtes inclinées exigent des implants inclinés anatomiques.

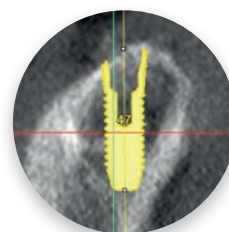
OsseoSpeed® Profile EV - Il est temps de bousculer le modèle classique

www.dentsplysirona.com

OsseoSpeed® Profile EV : Implant pour soins dentaires, réservé aux professionnels de santé. Dispositif médical de classe IIb. Organisme certificateur: CE0123. Fabricant : Dentsply Implants Manufacturing GmbH. Non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice avant toute utilisation. Rev 02/2017.



Approche conventionnelle
vs
approche innovante



THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

Le partenaire de toutes vos solutions dentaires

 **Dentsply
Sirona**
Implants