



**Eludril,
source de soins
pour la bouche.**

ELUDRIL, solution pour bain de bouche. Flacon de 90 en verre opacifié. Composition : pour 100 mL, de solution pour bain de bouche : solution de diglycérate de chlorobutanol : 0,5 ml, chlorobutanol tétrahydraté : 0,5 g. Excipients : alcool de caryophyllate, éthanol à 95 par cent, glycérol, tétraméthyl ammonium alcoolique d'huile essentielle de menthe, eau purifiée, rouge cochenille A & 129. Titres alcoolique : 42,8 % (v/v). Indications : traitement local d'appoint des affections de la cavité buccale et lors de soins post-opératoires en odontostomatologie. Posologie et mode d'administration : RÉSERVE À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Dilution locale en bain de bouche. Ne pas avaler. Posologie adulte : 10 à 15 ml de solution 2 fois par jour à diluer dans le gobelet d'eau et compléter avec du liquide avec de l'eau tiède. Effectuer le bain de bouche jusqu'à écoulement du produit dosé. Si nécessaire, cette posologie peut être portée à 3 fois par jour, sachant que la dose maximale est de 25 ml à diluer, 3 fois par jour. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser ELUDRIL, solution pour bain de bouche. La durée du traitement peut être de 7 semaines dans les inflammations gingivales et les parodontites. Le geste de traitement ne pourra être prolongé au-delà de 7 semaines que sur avis médical. CDT : 4,62 € à 3,94 €. Contre-indications : Contre-indication HE 0007 JAMAIS ÊTRE UTILISÉ en cas d'hypersensibilité à la chlorobutanol ou chlorobutanol ou aux autres constituants de la solution. Éviter les parties et prothèses d'implant. Ne pas mettre le produit en contact direct avec le produit dans le conduit auditif. Éviter le contact direct avec les yeux. Ne pas utiliser le produit à l'intérieur de la cavité buccale. Une allergie préexistante peut engendrer une réaction des dents, généralement au contact des prothèses. Interactions et précautions d'usage : d'autres médicaments est à éviter comme la benzocaïne, l'ibuprofène, le paracétamol, l'aspirine, ... Effets indésirables : Risque de sensibilisation à l'un des composants de la solution. **Sanofi**®. **Propriétés Pharmacodynamiques** : Classe pharmacologique : Préparation stomatologique - Anti-infectieux pour traitement oral local. Code ATC : AN1A03. La solution pour bain de bouche ELUDRIL, est composée de 2 antiseptiques : le diglycérate de chlorobutanol à 0,5 % et le chlorobutanol tétrahydraté également des propriétés légèrement analgésiques. L'activité antiseptique de la solution pour bain de bouche ELUDRIL, a une efficacité in vitro sur des germes pathogènes. Par son activité antiseptique sur certaines bactéries, la solution pour bain de bouche ELUDRIL, permet de diminuer l'impact de plaque et par conséquent, de réduire l'inflammation gingivale. ANM n° 346 237-6 / 987, Mis en vente le 06/09/2007. **BBB** (BBB) Agée aux collectivités. Prix : 2,81 €. **PERRIERE FABRE MEDICAL** - Laboratoire PERRIERE FABRE ORAL CARE, 45 place des Capucins, 80524 ECLAIRONNE Cedex. Information médicale : Les Formulaires, 11136 - Carrières Sur-Seine. Tél. 0800 05 05 64. Pharmacopie - 01 46 13 04 11. * Pour une information complète, consultez le dictionnaire Vidal.

Objectif *paro*

JUILLET 2009 - N° 20

S.F.P.I.O.

- Congrès de la S.F.P.I.O. Strasbourg 2010
Pré-programme

DOSSIER

- **Prise en charge pluridisciplinaire d'une parodontite juvénile : traitement paro-ortho-prothétique**
France Lambert / Eric Rompen
- **Le congrès de l'E.A.O. Interview du Dr Pascal Valentini**
- **Le choix de l'implant conditionne-t-il l'environnement implantaire?**
*Sandra Bellanger / Jean-François Keller / Yves Douillard
Philippe Duchatelard, Jean-François Borel*
- **Europerio 6**
Pascal Ambrosini



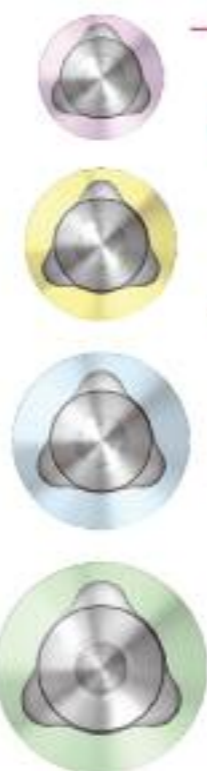
NobelReplace™

Le système implantaire le plus utilisé au monde*

Connexion interne à trois lobes pour des restaurations prothétiques précises et sécurisées

Surface TiUnite® et Groovy™ pour une ostéointégration optimisée

Conception implantaire reproduisant la forme des racines d'une dent naturelle



Système à code couleur pour une identification rapide et aisée des composants ainsi qu'une utilisation facile

Code couleur : protocole de forage étape par étape pour des protocoles chirurgicaux prévisibles

10 ANNÉES D'EXPÉRIENCE AVEC LA SURFACE TIUNITE®
De nouvelles données confirment la stabilité à long terme.

* Source : Millennium Research Group

Grâce à sa polyvalence, sa facilité d'utilisation et sa prévisibilité, NobelReplace Tapered s'avère être la conception implantaire la plus utilisée au monde.* NobelReplace Tapered est considéré comme un système implantaire généraliste, qui convient aux protocoles chirurgicaux à une ou deux étapes et aux os de faible ou forte densité, tout en of-

frant une stabilité initiale optimale en continu. NobelReplace Tapered est un système qui évolue pour répondre aux besoins chirurgicaux et prothétiques des praticiens et de leurs patients – des restaurations unitaires classiques aux solutions plures plus avancées. Qu'ils soient débutants ou expérimentés, les praticiens bénéficient d'un système unique en

matière de flexibilité et de spectre d'applications. Nobel Biocare est le leader mondial en solutions dentaires innovantes basées sur les preuves. Pour plus d'informations, contactez un spécialiste produit Nobel Biocare au numéro 01 49 20 00 30 ou consultez notre site Internet, www.nobelbiocare.com/nobelreplace

E D I T O R I A L



Se former, c'est participer aux séances organisées en régions par la SFPIO, c'est aussi avoir été présent en nombre au congrès de l'EFP à Stockholm, même si la séance du grand auditorium n'était pas traduite en français. Nous espérons obtenir de l'EFP, une traduction à Vienne, mais cette fois-ci dans de bonnes conditions financières.

Les vacances approchent, mais n'oublions pas nos obligations d'information et de formation en parodontologie et en implantologie.

Nos disciplines évoluent, nos patients veulent toujours en savoir plus, et pour cela, ils consultent surtout internet.

La SFPIO a rédigé en 2008 un communiqué de presse sur les maladies parodontales et vient de rédiger un communiqué de presse sur l'implantologie avec le partenariat de GABA et l'agence de presse de GABA.

Communiquer c'est aussi le document post congrès de Nice que le laboratoire Pierre Fabre Oral Care distribue dans les cabinets.

Nous préparons pour le jeudi 30 Janvier 2010, une journée exceptionnelle à Paris sur les péri-implantites avec le Pr Stéfan RENVERT. Ce qui était annoncé, il y a quelques années, comme exceptionnel, semble devenir fréquent.

Comprendre, anticiper, prévenir, la péri-implantite risque de faire partie de notre quotidien très rapidement. En attendant de se retrouver à l'ADF, dans la séance de la SFPIO du jeudi après-midi et sur le stand commun que nous aurons dans l'exposition, avec la SFE, le CNO et la société de Pédodontie, bonnes vacances à tous.

Jean-Luc ARDOUIN
Président de la SFPIO

SAMEDI 30 JANVIER 2010 - PARIS
CONFERENCE

« Les péri-implantites
sont-elles la paro de demain »
avec le Pr. STEFAN RENVERT



Directeur de la publication
Jean-Luc ARDOUIN

Rédacteur en Chef
Pascal AMBROSINI

Attachée de direction
Caroline DENIAUD

Avec la collaboration de :

- Pierre BARTHET
- Alain BORGHETTI
- Patrick BOULANGE
- Philippe BOUSQUET
- Jean-Marc DERSOT
- Stephan DUFFORT
- Caroline FOUQUE DERUELLE
- Laure GARBARINI
- Véronique HONNORAT
- Eric MAUJEAN
- Virginie MONNET-CORTI
- David NISAND
- Bernard PAQUELET
- Nicolas PICARD
- Yves REINGEWIRTZ
- Christine ROMAGNA
- Xavier STRUILLOU
- Christian VERNER

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

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



Président SFPIO
JL Ardouin



Président
Y Reingewirtz



STRASBOURG
Palais de la Musique et des Congrès
3, 4 et 5 juin 2010



PRE-PROGRAMME

Président scientifique : Pr H Tenenbaum

Jeudi 3, 18 h : Séance inaugurale – La parodontologie au cœur de la santé

Vendredi 4, 9 h : Paro-médecine : relations entre maladies parodontales et maladies systémiques

Vendredi 4, 14 h 30 : Le pronostic à long terme des traitements parodontaux et implantaires

Samedi 5, 9 h : Peut-on espérer régénérer le parodonte ?

Samedi 5, 14 h 30 : Gestion des complications implantaires

*Séances Recherche, DU, Communications cliniques
et Posters en continu les vendredi et samedi*

Prise en charge pluridisciplinaire d'une parodontite juvénile : traitement paro-ortho-prothétique.

France LAMBERT

Spécialiste en parodontologie, Chef de Clinique Adjoint, Service de Parodontologie et de Chirurgie Buccale, Université de Liège, Belgique.

Eric ROMPEN

Spécialiste en parodontologie, Professeur et Chef de Service, Service de Parodontologie et de Chirurgie Buccale, Université de Liège, Belgique.

Correspondance à : france.lambert@chu.ulg.ac.be

INTRODUCTION

Les parodontites juvéniles ont une certaine prévalence dans la population française et belge. Ces atteintes parodontales, chez des sujets jeunes provoquent des lésions majeures ayant des conséquences fonctionnelles et esthétiques non négligeables. Une prise en charge parodontale est impérative, mais pour la plupart des patients, le traitement de cette maladie de l'adulte jeune nécessite une intervention pluridisciplinaire (orthodontique et/ou prothétique). La présentation de ce cas clinique vise à documenter chaque étape de ce type de traitement. Il associe une approche thérapeutique conservatrice et peu invasive avec l'utilisation de nouvelles technologies implantaires.

DIAGNOSTIC

Cette patiente âgée de 18 ans se présente dans notre Service de Médecine Dentaire, avec comme plainte majeure, la migration sévère des incisives supérieures et l'aspect disgracieux de son sourire. Elle est non fumeuse et en bonne santé générale.

L'examen clinique et radiologique initial met en évidence, des pertes osseuses ainsi que la présence de poches parodontales actives localisées au niveau des incisives supérieures et d'une des premières molaires supérieures. D'autre part, la migration asymétrique des incisives traduit la présence de troubles de la fonction linguale associées à des parafunctions occlusales (photos 1, 2, 3 / fig. 1).

Le diagnostic d'une parodontite juvénile associée à des troubles occlusaux, a été établi.

TRAITEMENT

Un traitement par surfaçage associé à une antibiothérapie par voie orale (Amoxicilline/Métronidazole) a été réalisée en thérapie initiale [1, 2]. Des ajustements occlusaux par meulages sélectifs ont permis d'équilibrer l'occlusion. Après la réévaluation parodontale à 8 semaines, une chirurgie parodontale a été envisagée dans le secteur 26 [3, 4] (photo 4). La parodontite était dès lors stabilisée, cependant, les dents 21 et 22 présentent

toujours un pronostic incertain à long terme.

RÉHABILITATION ORALE

Un traitement orthodontique a été entrepris afin de repositionner les fronts dans leurs situations initiales. Parce que les dents 21 et 22 avaient perdu plus de 50% de leur support osseux, une composante d'extrusion leur a été appliquée afin de régénérer la morphologie osseuse et gingivale dans cette région et de réduire le bras de levier extra-alvéolaire [5] (photo 5).



Photo 1



Photo 3



Photo 2

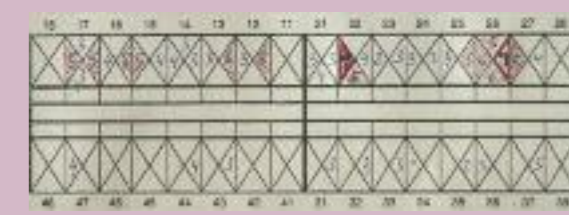


Fig. 1

Situation clinique et radiologique de départ. On met en évidence des pertes osseuses sévères au niveau des incisives supérieures ainsi que leurs migrations, probablement liés à une dysfonction linguale et des parafunctions occlusales.

Découvrez les nouveautés de la collection **Mémento**

5%
de réduction



L'ÉPIDÉMIOLOGIE CLINIQUE

Michèle Muller-Bolla, Denis Bourgeois, Michel Sixou, et al.

ISBN : 2-84361-130-8 • WD7831

52€

L'épidémiologie clinique intervient à toutes les étapes de la démarche clinique : diagnostic, prévention, traitement, pronostic. Elle aide les praticiens à assurer une prise en charge optimale des patients en fonction de leurs spécificités ou de leurs demandes et permet de sélectionner les méthodes ou les protocoles cliniques les plus efficaces.

En amont des soins, elle aidera les chirurgiens dentistes à assurer leurs obligations d'information et, par l'intermédiaire de la dentisterie basée sur les faits, elle indiquera les pratiques à adopter. Ce Mémento permettra au praticien ou à l'étudiant de mieux analyser les informations qui lui sont communiquées (publications, conférences, descriptifs et modes d'emploi de produits) afin de ne retenir que celles de qualité.

ENDODONTIE

S. Simon

L'endodontie repose sur des principes établis il y a plus de quarante ans. Seuls les moyens pour atteindre ces objectifs ont considérablement évolué. Ainsi, des innovations comme la rotation continue, les localisateurs d'apex électroniques, les nouveaux systèmes d'obturation à la gutta chaude ont rendu l'endodontie de qualité, et abordable à l'ensemble de la profession. L'abondante iconographie propose schémas explicites et illustrations de cas cliniques, rendant la lecture accessible et agréable à tous.

Volume 1 : Traitements

S. Simon, avec la collaboration de W.-J. Perrot
ISBN : 2-84361-130-8 • WD7831

49€

Volume 2 : Retraitements

S. Simon, P. Machtois
ISBN : 2-84361-132-2 • WD7834

49€

Pour en savoir plus,
rendez-vous sur
www.editionsccdp.fr



LES ULTRASONS EN ODONTOLOGIE

Applications thérapeutiques

G. Gagnot et al.

ISBN : 2-84361-126-1
WD7826

49€

Dans cet ouvrage, premier sur le sujet, sont exposées les bases cliniques des ultrasons, et l'application de ces principes. Les modes d'action sont décrits en détaillant chaque famille d'inserts. Les indications et les recommandations d'utilisation sont précisées. Les éléments clés permettent au praticien de mieux apprécier son geste clinique et à l'enseignant de simplifier les recommandations d'une instrumentation spécifique.



CHIRURGIE OSSEUSE PRÉIMPLANTAIRE

G. Princ, T. Piral

ISBN : 2-84361-127-8
WD7827

49€

L'ouvrage présente les principes chirurgicaux, l'instrumentation spécifique nécessaire et l'utilisation des principes osseux. Il développe les différentes techniques chirurgicales, des prélèvements osseux endobuccaux aux reconstructions préimplantaires. Servi par une riche iconographie, il vous permettra une parfaite maîtrise des techniques préimplantaires dans le plan de traitement.



LES LASERS EN ODONTOLOGIE

J.-P. Rocca

ISBN : 2-84361-123-0
WD7825

49€

BON DE COMMANDE

À retourner avec votre règlement à : Éditions CdP® - Service VPC Santé - CP 816
1 rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - 92856 Rueil-Malmaison Cedex
TÉL : 01 76 73 40 50 - Fax : 01 76 73 48 57 - E-mail : vpc@editionsccdp.fr

Je désire commander l'(es) ouvrage(s) suivant(s) :	Prix TTC	Total
L'épidémiologie clinique	WD7837 2-84361-136-0	52€
Endodontie - Volume 1 - Traitements	WD7831 2-84361-130-8	49€
Endodontie - Volume 2 - Retraitements	WD7834 2-84361-132-2	49€
Chirurgie osseuse préimplantaire	WD7827 2-84361-127-8	49€
Les lasers en odontologie	WD7825 2-84361-123-0	49€
Les ultrasons en odontologie	WD7826 2-84361-126-1	49€

Sur la totalité de ma commande

Sous total	▶
Remise - 5%	▶
Total remise déduite	▶
Frais de port	▶
Montant total	▶

Je complète mes coordonnées : personnelles professionnelles

Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél : _____ Fax : _____

Email (pour recevoir gratuitement « la lettre d'info du chirurgien dentiste ») : _____

Je règle ma commande :

par chèque bancaire ou postal à l'ordre de Wolters Kluwer France SAS

par carte bancaire (hors American Express)

n° _____

Expire fin _____

n° de cryptogramme CB _____

(3 derniers chiffres au dos de votre carte)

Date et signature obligatoires : _____



Photo 4 : Chirurgie parodontale avec ostéoplastie visant à supprimer la poche résiduelle en distal de 26 après la thérapie initiale. Cette dent ne présentait pas d'atteinte de furcation et avait donc un bon pronostic.



Photo 5 : Pendant le traitement orthodontique visant à rétrécir la poche résiduelle en distal de 26 après la thérapie initiale. Cette dent ne présentait pas d'atteinte de furcation et avait donc un bon pronostic. Leurs bords incisifs ont progressivement été meulés.



Photo 6

Situation clinique après traitement orthodontique. La dent 21 apparaît radiologiquement tout à fait saine, cependant, une récession gingivale persiste en mésio-vestibulaire. La dent 22 présente toujours une poche infra-osseuse combinée à son faible support osseux résiduel, son pronostic est mauvais à long terme.



Photo 7



Photo 8 : Chirurgie muco-gingivale 21 : Greffe de conjonctif enfoui dans le but de recouvrir et d'épaissir les tissus mous en mesio-vestibulaire.

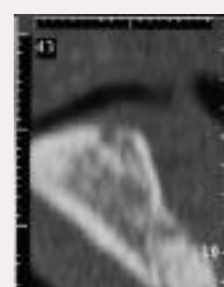


Photo 9 : Image de l'examen tomographique 3 mois après la gestion d'alvéole d'extraction.

22 : Extraction atraumatique et gestion d'alvéole. L'alvéole d'extraction a été comblée avec un biomatériau peu résorbable (Bio-Oss®, Geistlich, Switzerland), en vestibulaire et en palatin, des poches en semi-épaisseurs ont été réalisées pour y glisser une greffe de conjonctif enfoui. L'objectif de cette intervention est de limiter le remodelage post-extractionnel en exploitant les qualités non ou peu résorbables de ce biomatériau et de « booster » le biotype gingival pour rendre les futurs tissus péri-implantaires plus favorables.[10, 11]

indispensable afin de diagnostiquer précocement une éventuelle récurrence parodontale ou orthodontique.[9]

CONCLUSION

L'orthodontie au service de la parodontologie est un concept à considérer, qui peut être extrêmement bénéfique, surtout dans des cas de parodontites agressives. Une approche thérapeutique pluridisciplinaire est nécessaire pour traiter ce type de cas complexes. La combinaison d'une technique d'implantation peu invasive et de l'utilisation d'un design et d'un matériau implantaire innovateurs ont permis d'obtenir un résultat esthétique optimal. ■

Geistlich
Bio-Gide®

Geistlich
Bio-Oss®

Le choix des experts



+ de 600 publications
 + de 20 ans d'expérience
 2 biomatériaux fiables

LEADING REGENERATION

BIBLIOGRAPHIE

1. Kaner, D., et al., *Controlled-delivery chlorhexidine chip versus amoxicillin/ metronidazole as adjunctive antimicrobial therapy for generalized aggressive periodontitis: a randomized controlled clinical trial.* J Clin Periodontol, 2007. 34(10): p. 880-91.
2. Guerrero, A., et al., *Adjunctive benefits of systemic amoxicillin and metronidazole in non-surgical treatment of generalized aggressive periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial.* J Clin Periodontol, 2005. 32(10): p. 1096-107.
3. Wisner-Lynch, L.A. and W.V. Giannobile, *Current concepts in juvenile periodontitis.* Curr Opin Periodontol, 1993: p. 28-42.
4. Zachrisson, B.U., *Clinical implications of recent orthodontic-periodontic research findings.* Semin Orthod, 1996. 2(1): p. 4-12.
5. Salama, H. and M. Salama, *The role of orthodontic extrusive remodeling in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior to implant placement: a systematic approach to the management of extraction site defects.* Int J Periodontics Restorative Dent, 1993. 13(4): p. 312-33.
6. Rompen, E., et al., *Soft tissue stability at the facial aspect of gingivally converging abutments in the esthetic zone: a pilot clinical study.* J Prosthet Dent, 2007. 97(6 Suppl): p. S119-25.
7. Oliva, J., X. Oliva, and J.D. Oliva, *One-year follow-up of first consecutive 100 zirconia dental implants in humans: a comparison of 2 different rough surfaces.* Int J Oral Maxillofac Implants, 2007. 22(3): p. 430-5.
8. Kohal, R.J., G. Klaus, and J.R. Strub, *Zirconia-implant -supported all-ceramic crowns withstand long-term load: a pilot investigation.* Clin Oral Implants Res, 2006. 17(5): p. 565-71.
9. Buchmann, R., et al., *Aggressive periodontitis: 5-year follow-up of treatment.* J Periodontol, 2002. 73(6): p. 675-83.
10. Barone, A., et al., *Xenograft versus extraction alone for ridge preservation after tooth removal: a clinical and histomorphometric study.* J Periodontol, 2008. 79(8): p. 1370-7.
11. Sartori, S., et al., *Ten-year follow-up in a maxillary sinus augmentation using anorganic bovine bone (Bio-Oss). A case report with histomorphometric evaluation.* Clin Oral Implants Res, 2003. 14(3): p. 369-72.



Photo 10a



Photo 10b



Photo 10c



Photo 11a



Photos 10 :

a : Situation clinique avant placement de l'implant.

b : Placement d'un implant monobloc en zirconie (Prototype). Un accès chirurgical peu invasif avec un « mini » lambeau en semi-épaisseur a été employé.

c : Mise en esthétique immédiate : la partie coronaire de l'implant a été légèrement retouchée et une couronne provisoire en résine a été adaptée et mise en totale sous occlusion.

Photos 11 a, b : notons le profil vestibulaire des tissus avant et après la chirurgie implantaire. Les tissus mous sont refoulés en vestibulaire et supportés par le profil implantaire. Le design transgingival de l'implant présente une gorge visant à stabiliser mécaniquement les tissus.

Photo 11b



Photo 12a



Photo 12b



Photo 13a



Photo 13b



Photo 13c

Photos 12 a, b : Pilier dentaire et implantaire avant placement des couronnes définitives 10 mois après placement de l'implant. On peut apprécier l'intégration tissulaire tant en vue occlusal que vestibulaire.

Photos 13 a, b, c : Couronnes finales. L'harmonie du sourire a été restauré et la maladie parodontale a été stabilisée.

Traitement paro/implantaire : France Lambert
 Traitement orthodontique : Gérald Cornet
 Traitement prothétique : Olivier Domken
 Réalisation des céramiques : Mirko Picone
 Prototype implantaire : Nobel Biocare

**LANCEMENT
MONDIAL**

Les ultrasons en version survitaminée !



PIEZOTOME
Piezo-Ultrasonic-Surgery-Unit

Nouvelle génération pour 3 fois plus de puissance

- La première pièce à main lumière LED en chirurgie osseuse.
- Les ultrasons de forte puissance à la portée de tous : mode Piezotome = chirurgie osseuse + mode Newtron = traitements conventionnels.
- Ecran tactile large et convivial de 5,7".
- Concept mains-libres PiezoTouch™ : 1^{ère} pédale progressive en chirurgie osseuse ultrasonore.

Découvrez tout l'univers Piezotome sur
www.piezotome.com



**NOUVEAU LOGICIEL
DE DÉTECTION !**



Prix de l'Innovation ADF 2007
© Capital Inno/Sophie Raine

**PerioScan –
UN SEUL APPAREIL POUR LE DIAGNOSTIC ET LA THERAPIE**

Le premier appareil à ultrasons à commande intuitive.

Une véritable innovation : PerioScan de Sirona permet non seulement d'éliminer les concrétions, mais aussi de les détecter de manière ciblée et fiable. Lors des interventions en zone sous-gingivale, il assiste idéalement votre sens tactile et garantit ainsi un traitement précis et en douceur et ce sans rien changer à vos habitudes de travail. Assurez-vous une longueur d'avance dans le domaine de la parodontologie avec PerioScan et le pack d'informations correspondant pour votre salle d'attente. Pour plus d'information, contactez dès aujourd'hui votre distributeur Sirona agréé ou consultez notre site Internet www.sirona.fr
Avec Sirona, chaque journée est une belle journée.

www.sirona.fr

The Dental Company

sirona

Le choix naturel pour l'augmentation de la crête



- Membrane biologique naturelle
- Assure un excellent environnement de cicatrisation et guide la régénération des tissus vitaux^{1,2}
- Conserve la matrice en collagène naturel et les propriétés mécaniques péricardiques d'origine, grâce au procédé exclusif Tutoplast[®] 1
- Excellente manipulation, hydratation rapide
- Durée de conservation de cinq ans, conservation à température ambiante^{1,2}

Caractérisée par sa grande qualité et ses performances exceptionnelles, la membrane CopiOs Pericardium dérivée du bovin est un choix naturel. La membrane CopiOs Pericardium offre une barrière de longue durée. Elle représente le choix idéal pour les procédures d'augmentation de la crête avec des particules ou des greffons, lorsque la capacité d'adaptation aux contours est essentielle.

Gros plan



Fig. A Déficit vestibulaire Fig. B Implant en place Fig. C Membrane CopiOs Pericardium et greffon en place Fig. D Membrane CopiOs Pericardium placée sur la greffe avant fermeture Fig. E Vue à 4 mois postopératoires : implant parfaitement oséo-intégré

¹ Steigmann M. Pericardium membrane and xenograft particulate grafting materials for horizontal alveolar ridge defects. *Implant Dent.* 2006;15:186-191.
² Kistler S, Bayer G, Kistler F, Am Ledt L. Experience with the biological Tutoplast® membrane in implant practice. *Implantologie Journal.* 2004;8:47-48.
³ Schoepf C. Allgraft Safety: The efficacy of the Tutoplast Process. *Int Magazine Oral Implant.* 2006;1:10-15.
⁴ Rothamel D, Schwarz F, Sager M, Herten M, Scléan A, Becker J. Biodegradation of differently cross-linked collagen membranes: an experimental study in the rat. *Clin Oral Implants Res.* 2005;16(3):369-78.
 Références disponibles sur www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez

Zimmer Dental SAS

2 Place Gustave Eiffel - B.P. 40237
94528 Rungis Cedex

Pour plus d'informations, contactez votre représentant commercial au 01 45 12 35 35.



Le Congrès de l'EAO

Monaco 2009

Le 18^{ème} congrès de l'EAO (European Association for Osseointegration) se déroulera à Monaco du 30 septembre au 3 octobre 2009 sur le thème « lignes de conduite pour le praticien » sous la coprésidence des Dr Carlo Maiorana (Italie) et Pascal Valentini (France). Cet évènement réunit comme chaque année les plus grands spécialistes mondiaux en implantologie, nous avons donc interrogé le Dr Pascal Valentini pour en savoir plus sur le programme scientifique du congrès et sur les principaux thèmes abordés cette année.



Dr Pascal Valentini

Vous êtes co-président du prochain congrès de l'EAO qui se déroule à Monaco du 30 septembre au 3 octobre. Pourquoi avoir choisi Monaco et pourquoi une coprésidence avec un italien ?

L'EAO organise son congrès annuel en alternance entre un pays du nord et du sud de l'Europe. Cette année, notre choix s'est porté sur Monaco, ville très agréable en cette période de l'année. De plus, Monaco est située au point de rencontre entre la France et l'Italie. Il a ainsi été décidé qu'un Français et un Italien co-présideraient le congrès. Les Italiens sont habituellement très présents aux congrès de l'EAO, les Français un peu moins. Nous espérons que les Français viendront en nombre cette année et, pourquoi pas, constitueront la majorité de l'auditoire.

Le thème principal du congrès s'intitule « Guidelines for the practitioner ». Pourquoi avoir choisi ce thème ? Ce congrès s'adresse-t-il à l'ensemble des praticiens ou à des praticiens plus expérimentés ? Comment ce congrès s'organise-t-il et combien attendez-vous de participants ?

Ce congrès sera orienté vers la clinique. Il s'adresse aussi bien aux spécialistes qu'aux omnipraticiens. Différents sujets seront

abordés, parmi lesquels les applications cliniques des nouvelles technologies ou les complications des traitements implantaires qui intéressent les spécialistes, tandis que les omnipraticiens y trouveront des clés pour bien sélectionner leurs patients. Notre objectif est que les praticiens qui participent au congrès de l'EAO en repartent avec des idées très claires pour une mise en pratique rapide. Nous espérons mobiliser plus de 2500 participants pour cet évènement.

Pour en revenir aux thèmes qui seront abordés, l'originalité de ce congrès repose sur trois points majeurs. Pour la première fois nous parlerons de complications. Aujourd'hui, l'implantologie est pratiquée de façon presque routinière et donc nous devons gérer de plus en plus de complications chirurgicales et prothétiques, à court comme à long terme. Afin de mieux informer nos patients des résultats à long terme des traitements mis en œuvre nous avons demandé à des praticiens expérimentés de nous présenter des cas cliniques avec 10 ans de recul, traitant par exemple de la greffe des sinus ou de la mise en charge immédiate. Ces cas, analysés en confrontation avec les données de la littérature, nous permettront de nous nourrir de leur expérience et seront riches d'informations. De plus, nous avons voulu établir un lien entre l'implantologie et la médecine en générale en consacrant une session aux spécificités du traitement implantaire chez des patients diabétiques ou souffrant d'affections du système immunitaire. Enfin, une session portera sur la gestion de la douleur, thème trop rarement traité. Nous désirons mieux comprendre sa physiologie afin d'améliorer sa prise en charge et nos techniques. Nous avons voulu dynamiser les sessions en privilégiant les discussions et les échanges. Ainsi, des

cours pré-congrès, constitueront le cadre d'un débat entre 2 spécialistes, défendant 2 options différentes, sur des thèmes chirurgicaux ou prothétiques tels que le traitement de l'édenté complet ou la gestion des sites d'extraction. Ceci permettra de préciser les indications de certaines techniques et de clarifier les idées sur leur mise en œuvre. Lors de sessions plénières telles que Parodontologie et Implantologie : Ou est la frontière ? deux implantologistes et deux parodontologistes analyseront des plans de traitements. L'objectif est que tout praticien comprenne que c'est le patient qui est au centre du traitement : pour une situation clinique donnée il n'y a pas un traitement standard mais plusieurs. En revanche, pour un patient il y a un seul plan de traitement qui sera spécifique de ce patient.

Le congrès de l'EAO est international. Existe-t-il une homogénéisation internationale ou tout du moins européenne des formations en implantologie ? Est-ce envisageable et quels en seraient les bénéfices ? L'EAO pourrait-elle y jouer un rôle ?

Aujourd'hui, en Europe, la spécialité en Implantologie n'existe pas et c'est regrettable. L'EAO qui est l'organisation européenne de référence en implantologie se devait de prendre une initiative dans ce domaine. Sans pour autant proposer une harmonisation des formations, ce qui n'est pas dans son domaine de compétence, l'EAO mettra en place à partir de 2010 un protocole de certification dirigé par un comité présidé par le professeur Georg Watzek. Il s'agit d'un examen ouvert à tous les praticiens qui aura pour but d'apporter une reconnaissance décernée par l'EAO. Dès la première année une trentaine de spécialistes seront évalués. Ils devront pour cela satis-

faire dans un premier temps à un examen écrit suivi d'une épreuve orale au cours de laquelle ils présenteront plusieurs cas cliniques devant un jury.

Parmi les thématiques abordées dans clinical advances se trouve celle de l'implantation immédiate, très en vogue ces dernières années. Pourquoi cibler cette technique : est-elle toujours d'actualité à ce jour ?

Ce thème reste crucial car nous ne parvenons pas à ce jour à une bonne gestion de l'alvéole post-extractionnelle qui permettrait de réduire la perte osseuse vestibulaire, aux conséquences souvent inesthétiques. Beaucoup d'interrogations subsistent, sur la possibilité de stabiliser la résorption osseuse péri-implantaire. Pour certains auteurs, l'implantation immédiate ne permet pas de prévenir l'alvéolyse. Récemment, les travaux de Jan Lindhe montrent que malgré l'utilisation d'un matériau de comblement, il semble difficile de stabiliser la perte osseuse marginale. Selon d'autres spécialistes, une mise en charge immédiate sans occlusion après implantation réduirait cette perte osseuse, voire l'annulerait. Une autre école recommande de procéder au comblement de l'alvéole après extraction avant la pose de l'implant. Ces différentes techniques seront présentées et discutées.

Une séance est attribuée aux péri-implantites, s'agit-il d'une prise de conscience des problèmes à long terme. Le congrès présentera-t-il des évolutions des connaissances dans ce domaine ?

Cette séance consacrée aux complications répond à une attente des praticiens. La péri-implantite étant une des principales compli-



**Un partenaire innovant
pour le dentaire**



EyeMag® Pro S
de 3,2x à 5x



EyeMag® Pro F
de 3,2x à 5x



EyeMag® Smart
2,5x



Vision Equipment Technology

27, Avenue de l'Opéra
75001 PARIS
Tél. : 01 70 38 53 39
Fax : 01 70 38 54 89
E-mail : infosgv-e-t.fr



CARL ZEISS MEDITEC

NOUVELLES DONNÉES CLINIQUES

NOTRE ENGAGEMENT AMÉLIORER L'OBSERVANCE DE VOS PATIENTS

Les patients qui utilisent Oral-B® Triumph™ avec SmartGuide™

- **Se brossent mieux les dents** qu'avec Triumph™ sans SmartGuide™^{1,2}
- **Se brossent les dents avec moins de pression** que s'ils utilisaient Triumph™ sans SmartGuide™¹
- **Se brossent les dents plus longtemps** qu'avec les brosses à dents manuelles classiques²

Oral-B PROFESSIONAL CARE 9900™
TRIUMPH SMART GUIDE



Le premier et seul écran SmartGuide™ autonome est un écran sans fil permettant de renseigner en temps réel le patient

- Le seul capteur de pression avec signal d'alerte
- Minuteur de brossage de quadrant
- Indicateur de remplacement de la brosse
- 4 modes de brossage

*La précision du brossage a été testée en mesurant 1. le temps moyen passé à brosser chaque quadrant et 2. le temps moyen passé à brosser les surfaces buccales versus linguales.
Références : 1. Data on file. P&G. 2. Walters PA et al. J Contemp Dent Pract. 2007;8:1-9.



DÉCOUVREZ UN NOUVEAU PLAISIR DE DÉTARTREUR

Symmetry IQ
4000 SERIES

AVEC ÉCLAIRAGE À FIBRE OPTIQUE

Le nouveau générateur d'ultrasons Symmetry IQ 4000.

Légère et ergonomique, la pièce à main de grand diamètre réduit la pression et la fatigue de la main.

L'éclairage à fibres optiques améliore la visibilité, réduit la fatigue oculaire et aide à se tenir dans une position neutre.

Le générateur piézoélectrique multifonction est doté d'une commande à effleurement et d'une mémoire, augmentant l'efficacité de la prise en charge des patients.



ENVIE D'UN INSTRUMENT QUI DURE?

Une durée de vie supplémentaire de **50%**

Tranchant et longévité

Un alliage révolutionnaire permettant une durée accrue de 50% ainsi que un gain de temps lors de l'affûtage et donc moins de fatigue en perspective.

Procédé de fabrication

Différents traitements ont été appliqués au cours du processus de fabrication de façon à réduire la perte de matière engendrée par l'affûtage et cette particularité est présente sur toutes les parties de l'instrument. Les détartreurs qui possèdent cette technologie peuvent être affûtés autant de fois que vous le voulez.

Le manche diamant

Ce modèle unique dispose d'un large diamètre permettant une prise sûre et d'un poids optimum pour le confort de la main.

Un cône confortable et reconnaissable.

Le cône entre la lame et le manche augmente le sens tactile et s'identifie par sa couleur bleu océan.

Finition soignée

Les détartreurs équipés de la technologie EverEdge® se caractérisent par une finition particulièrement soignée avec une lame tranchante pour un meilleur détartage.

everedge
TECHNOLOGY

Hu-Friedy

Manufacturers:
Hu-Friedy Mfg. Co., Inc.
3232 Rockwell Street
Chicago IL 60618, USA
www.hu-friedy.com

EC Representative:
Hu-Friedy Mfg. Co., Inc.
Zweigniederlassung Deutschland
Rudolf-Diesel-Straße 8 · D-69181 Leimen · Germany
www.hu-friedy.eu

Hu-Friedy France:
Didier Loquet
Tél: +33 (0) 2.40.94.06.85
Handy: +33 (0) 6.14.48.60.49
e-mail: loquetd@wanadoo.fr

cations à long terme. L'objectif est, entre autres, de faire le point sur l'étiologie des péri-implantites (infectieuse et/ou mécanique), de présenter les traitements des tissus durs et des tissus mous actuellement mis en oeuvre en soulignant leurs limites, et d'ouvrir la discussion sur la nécessité d'évoluer vers de nouvelles techniques. Nous nous interrogerons sur la possibilité de décontaminer efficacement une surface implantaire et de réparer une lésion pour obtenir la réostéointégration d'une surface implantaire contaminée.

Une session s'intéresse aux applications cliniques de nouvelles technologies telles que l'utilisation de cellules souches ou de facteurs de croissance. Ces techniques nous permet-

tront-elles à l'avenir une meilleure gestion des tissus osseux ? A-t-on une idée de la façon dont on pourrait utiliser ces produits au cours de nos traitements ?

Différentes technologies sont actuellement expérimentées pour permettre un meilleur contrôle de la réparation et de la cicatrisation osseuse. Ces techniques font appel à l'utilisation des facteurs de croissance, des protéines morphogéniques et des cellules souches. Cependant, l'utilisation des facteurs de croissance et des protéines morphogéniques rencontre plusieurs problèmes. Pour agir, il est nécessaire que ces molécules soient en contact suffisamment longtemps avec les cellules cibles : il faut

donc que le matériau servant de transporteur soit capable de fixer ces molécules et de les relarguer lentement. D'autre part, les protéines morphogènes osseuses (BMP), mêmes recombinantes sont délicates à manipuler, n'oublions pas que Marshall Urist a isolé les premières BMP à partir d'un sarcome. En ce qui concerne les cellules souches, leur utilisation en association avec des protéines morphogènes permettrait de procéder à des reconstructions osseuses de grande étendue suite à une résection osseuse post tumorale. Des applications cliniques ont été publiées dans la littérature en 2004. Nous verrons le suivi de tels patients : peut-on les appareiller avec des prothèses implanto-portées, existe-t-il des effets secondaires ?... L'ob-

jectif est de préciser les possibilités de ces différents traitements et dans quels délais seront-ils utilisables.

Lors des congrès de l'EAO, les industriels sont toujours très présents. La crise financière a-t-elle eu un impact sur leur mobilisation ?

Non, les industriels ont tous répondu présents pour cet événement : ils ont en effet conscience que le congrès annuel EAO reste incontournable car il constitue la vitrine de l'implantologie européenne. Ils se doivent donc d'y participer, ce qui est profitable pour tout le monde... Ainsi, 9 séances « satellite industry symposia » seront organisées à Monaco en Octobre prochain. ■

Le choix de l'implant conditionne-t'il l'environnement implantaire?

Dr Bellanger Sandra - AHU Parodontologie CHU Clermont Ferrand, Ancienne Interne des hôpitaux de Montpellier

Dr Keller Jean-François - AHU Science Biologiques CHU Lyon, Ancien Interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand

Dr Duchatelard Philippe - Ancien AHU Parodontologie CHU Clermont-Ferrand

Dr Borel Jean-François - Ancien AHU Pathologies Buccales CHU Clermont-Ferrand, Ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand

Dr Douillard Yves - MCU Parodontologie CHU Clermont Ferrand

De nos jours, l'ostéo-intégration est une donnée acquise de la science et validée par l'ensemble de la communauté scientifique(1). La problématique actuelle réside au niveau de la jonction implant/pilier. Plusieurs réponses sont proposées pour obtenir une meilleure stabilité du niveau osseux et des tissus mous péri-implantaires, mais aucune n'affronte le problème dans sa globalité. Nous proposons une approche nouvelle de la jonction implant /pilier dans un concept implantaire original.

Des phénomènes de **cratérisation** sont régulièrement observés. Dès les années 86, **Albrektsson** les définissait comme une perte de l'ostéo-intégration sur les premières spires de l'implant(7)(8). Cette lyse osseuse cretala située à la zone de connexion du pilier sur l'implant semble être multifactorielle. Le micro-hiatus au niveau du joint, appelé **micro-gap** est une source de perturbation de l'espace biologique et ceci quelque soit la technique chirurgicale (enfouie, non-enfouie) (2)(4)(6). Les multiples vissages-dévisages du pilier et les contraintes occlusales vont perturber l'espace biologique et engendrer une perméabilité entre le milieu buccal et le tissu osseux(3)(5). Pour éviter ces

problèmes, certains auteurs ont proposé de modifier le degré d'enfoncement implantaire. En positionnant l'implant juxta-gingival, on est confronté à un problème esthétique. Le surenfouissement de l'implant crée une poche parodontale. Pour réduire la lyse osseuse, il a été proposé de réduire le diamètre du pilier par rapport au col implantaire(4). Ce principe décrit comme **Platform switching®** réduit le périmètre de contamination. On note effectivement une diminution de la lyse osseuse qui est moins étendue et moins profonde mais pas sa disparition complète. L'application de contraintes mécaniques est également avancée comme un facteur de lyse osseuse, ce qui a conduit

certaines firmes à développer des micro-spires (**MicroThread®**). Elles sont localisées au niveau du col implantaire et sont censées optimiser la répartition des forces par l'augmentation de surface au contact de l'os. Les études *in-vitro* n'ont pas montré un réel avantage (9). Zipprich et coll. ont étudié la zone de jonction implant /pilier en appliquant sur les piliers des forces de 200N, obliques à 30°(10). Ils ont immergé ce complexe dans un fluide et réalisé des enregistrements vidéo en imagerie sous rayons X. Les résultats sont éloquentes. Pour des connectives à plat, internes ou externes, le hiatus est important et permet une pénétration du fluide dans la jonction. La connexion de type cône morse permet une

étanchéité parfaite. La friction engendrée par l'insertion d'un cône sur cône avec une conicité autour de 5° ne permet pas de micromouvements donc pas d'infiltration liquidienne. Une conicité trop élevée permettra d'avoir un mouvement de balancier au niveau de l'apex du pilier alors qu'à l'opposé, une conicité trop faible ne tolérera pas de démontage. Suite à ces constatations, les Drs Douillard, Duchatelard et Borel ont repris le cahier des charges et mis au point un nouveau profil implantaire. Le **TwinKon®** est un implant transgingival, qui ne nécessite pas de ré-interventions sur la gencive pour la mise en place des parties secondaires. La cicatrisation des tissus mous n'est donc jamais perturbée et les conditions restent optimales



UN NOUVEL IMPLANT, UN NOUVEAU PILIER,
UNE LIBERTÉ DE CHOIX
NATURELLE AVEC CAMLOG

camlog®

a perfect fit®

pour assurer la pérennité du résultat clinique. L'innovation majeure de cet implant réside dans le design d'un col implantaire transmuqueux, cintré, le **Tissue Creeping Profile®**. Ce nouveau concept de profil offre dès les premières heures suivant l'implantation, un berceau à la formation d'un manchon gingival. (Fig. 1). L'intégration tissulaire autour du Tissue Creeping Profile® est d'une nature particulière par rapport aux cicatrises observées classiquement : l'épaississement muqueux est visible. Véritable sertissage conjonctif, il crée un bouclier résistant aux agressions bactériennes, réduisant ainsi les risques de résorption osseuse (Fig. 2). De plus, cette modification du biotype réduit les risques de transparence muco-gingivale, générateur d'aspect inesthétique. Le Tissue Creeping Profile® présente également l'avantage d'offrir une matrice cicatricielle osseuse. L'os néoformé comble progressivement les défauts osseux et un phénomène de clavetage de l'implant est observé dans la majorité des conditions d'implantation, même les plus délicates. (Fig. 3). On peut ainsi s'affranchir des contraintes habituelles de positionnement implantaire : l'enfouissement du TwinKon® est modulable, sans risque d'altérer le résultat final. Le TwinKon® présente une connexion innovante avec un **cône morse externe** de 5° d'inclinaison assurant une résistance importante à la dissociation. La

stabilité de la jonction implant/prothèse est donc garantie. Par rapport à une connectique interne, le cône externe offre également l'avantage de ne pas fragiliser le col implantaire et de diminuer les bras de levier des forces masticatoires. Les risques de rupture mécanique sont ainsi considérablement réduits. Cette connectique permet d'éloigner du système d'attache tissulaire, la jonction implant/prothèse. L'espace biologique est ainsi respecté, quelque soit les manipulations prothétiques. L'équilibre entre les zones septiques et aseptiques n'est pas perturbé, réduisant les risques de résorption osseuse (Fig. 4). Un anneau de PEEK® radio-opaque protège cette jonction cette jonction tout au long de la cicatrisation. L'intégrité est conservée, les caractéristiques mécaniques intactes. Pour pouvoir élaborer dans les meilleures conditions ce nouvel implant, les concepteurs ont repris scrupuleusement chacun des écueils implantaires. Il en ressort trois solutions innovantes majeures que sont : le **Tissue Creeping Profile®**, l'adjonction d'un anneau de PEEK® et une connexion à **cône morse externe**. La qualité des résultats cliniques obtenus après 2 ans de recul permet de confirmer ce que la théorie nous laissait espérer. La réussite d'un traitement implantaire se fait par le bénéfice rendu à nos patients via une fonction masticatoire retrouvée et une intégration esthétique de nos prothèses. ■

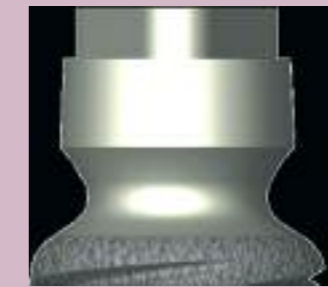


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3a



Fig. 3b



Fig. 4a



Fig. 4b

Figure 1. Partie supérieure du TwinKon®

Figure 2. Espace biologique

Figure 3a. Cicatrisation muqueuse à 4 mois

Figure 3b. Rétro-alvéolaire de contrôle à 1 mois

Figure 4a. Extraction-implantation immédiate de 8 implants mandibulaires

Figure 4b. Cicatrisation osseuse à 23 mois.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bränemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindström J, Hallen Oohman A. Osseointegrated implants in the treatment of edentulous jaw: experience from a 10-year period. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*. 1969;16 sup.1-132.
2. Berglundh T. The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clinical Oral Implants Research* 1991;2:81-90.
3. Bouri A, Bissada N, Al-Zahrani M, Faddoul F, Nouneh I. Width of keratinized gingiva and the health status of the supporting tissues around dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2008;23:323-326.
4. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Kourhy P.M. Le concept de platform-switching et ses implications. *Implant* 2008;14(3):185-98.
5. DeAngelo SJ, Kumar PS, Beck FM, Tatakis DN, Leblebicioglu B. Early soft tissue healing around one-stage dental implants: Clinical and microbiologic parameters. *J Periodontol* 2007;78:1878-1886.
6. Gargiulo AW. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *Journal of Periodontology* 1961;32:261-7
7. Lindhe J. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*-4th ed. Copenhagen : Munksgaard, 2003.
8. Schroeder A. The Herskovits implant. preliminary report on a new implantation method. *SSO Schweiz Monatsschr Zahnheild*. 1974 Jul;84(7):742-7.
9. Schrottenboer J, Tsao Y-P, Kinariwala V, Wanf H-L. Effect of microthreads and platform-switching on crestal bone stress levels: a finite element analysis. *J Periodontol* 2008;79:2166-2172.
10. Zipprich H, Weigl P, Lange B, Lawer HC. Micromovement at the implant-abutment interface: measurement, causes and consequences. *Implantologie*; 2007,15(1):31-46.

PIASCLEDINE® 300

insaponifiables d'avocat et de soja

DES RACINES ET DES DENTS



1 Gélule/jour
au milieu des repas
Déconseillé pendant la grossesse

COMPOSITION : Extrait total d'insaponifiable avo-casjo 300,00 mg, correspondant à : insaponifiable d'huile d'avocat 100,00 mg et insaponifiable d'huile de soja 200,00 mg silice colloïdale anhydre (Aérosil 200), butylhydroxytoluène. **Composition de l'enveloppe de la gélule :** gélatine, polyborate 80, dioxyde de titane, amylose, oxyde de fer jaune. **DONNÉES CLINIQUES :** références bibliographiques : - En immunologie : traitement symptomatique à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou. - En rhumatologie : traitement d'appoint des arthroses. Posologie et mode d'administration : • Mode d'administration : Voie orale. La gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. • Posologie : 1 gélule par jour au milieu d'un repas. CI : 0,52 g. Contre-indications : Antécédents de réactions allergiques avec un des composants du produit. Grossesse et allaitement : Grossesse : • Données animales : Il n'y a pas de données fiables de tératogénèse chez l'animal. • Données cliniques : En clinique, il n'existe pas actuellement de données suffisamment pertinentes pour évaluer un éventuel effet malformatif ou fœtotoxique de PIASCLEDINE, lorsqu'elle est administrée pendant la grossesse. En conséquence, l'utilisation de PIASCLEDINE est déconseillée pendant la grossesse. Allaitement : sans objet. Effets indésirables : - Rares : vertiges, nausées, diarrhées, troubles digestifs. - Rares : réactions d'hypersensibilité. - Exceptionnelles : atteintes hépatiques avec élévation des transaminases, des phosphatases alcalines, de la bilirubine et de la gamma GT. - Affections gastro-intestinales : diarrhées et épigastralgies (fréquence inconnue). **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES.** Propriétés pharmacodynamiques : ANTI-ROSE (M : Système locomoteur). PARODONTOPATHIES (A : Appareil digestif et métabolisme). A visée topique. ANM 321 493 4 : 15 gélules sous plaquette thermoformée PVC/Alu. Prix : 7,85 €. Remb. SS à 35% - Agréé coll. Laboratoire Expanscience - 10, avenue de l'Arche - 92420 COURBEVOIE - Tél. 01 48 34 60 00 - ANM : 197792, mise à jour du texte : Décembre 2007.

N° de dossier ANM 321 493 4 - Juin 2008

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES



Bain de bouche
méridol®
à utiliser
au quotidien et
au long cours
pour des
gencives saines.

Grâce à sa combinaison unique aux propriétés antibactériennes **fluorure d'étain / fluorure d'amines Olafleur**, le bain de bouche **méridol®** préserve la bonne santé des gencives fragiles.

L'utilisation quotidienne de **méridol®** bain de bouche :

- **inhibe la reformation de plaque dentaire** : moins 62% de plaque sans brossage versus placebo⁽¹⁾,
- **modifie favorablement la composition de la flore bactérienne** : diminution des bactéries associées à la gingivite et augmentation des bactéries protectrices (coccies)⁽²⁾.

Sa **composition sans alcool** est bien tolérée par les muqueuses et la présence de fluor permet une utilisation quotidienne agréable, même au long cours.

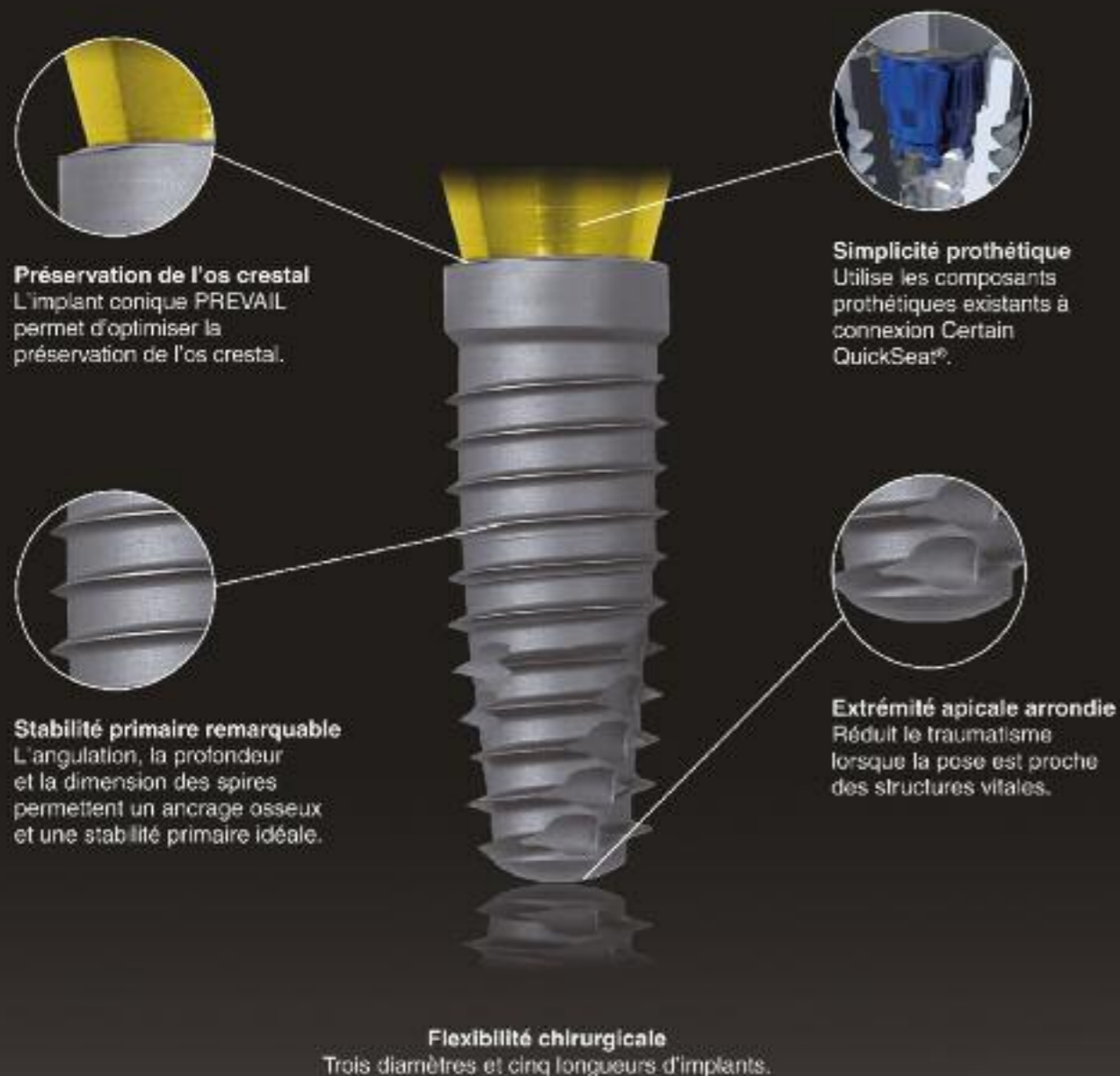
⁽¹⁾Konzell et coll., 1990 - ⁽²⁾Zimmermann et coll., 1993

www.vos-gencives.com

Service commercial
Chirurgiens-Dentistes
Tél : 02 37 51 67 59

méridol®
Soins des gencives

L'implant conique PREVAIL®



Préservation de l'os crestal
L'implant conique PREVAIL permet d'optimiser la préservation de l'os crestal.

Simplicité prothétique
Utilise les composants prothétiques existants à connexion Certain QuickSeat®.

Stabilité primaire remarquable
L'angulation, la profondeur et la dimension des spires permettent un ancrage osseux et une stabilité primaire idéale.

Extrémité apicale arrondie
Réduit le traumatisme lorsque la pose est proche des structures vitales.

Flexibilité chirurgicale
Trois diamètres et cinq longueurs d'implants.

BIOMET 3i France • 7/9 rue Paul Vaillant Couturier – 92300 Levallois Perret
Tel : 01 41 05 43 43 • Fax Commandes : 01 41 05 43 40
3i.fr | adv@biomet.com • www.biomet3i.com

Certain, QuickSeat and PREVAIL are registered trademarks of BIOMET 3i LLC. BIOMET is a registered trademark and BIOMET 3i and design are trademarks of BIOMET, Inc. ©2009 BIOMET 3i LLC. All rights reserved.

EUROPERIO 6

4 au 6 juin - Stockholm

Dr Pascal Ambrosini



Délégation française nombreuse pour participer au congrès de la fédération européenne de parodontologie : plus de 200 inscrits français. En tout cas pas assez nombreuse pour mériter (ou pour financer) une quelconque traduction des conférences dans la langue de Molière. On a bien compris que nous étions dans un congrès international, donc en anglais, espagnol ou italien mais pas en français. Pour l'organisation, les Suédois nous ont un peu déçus : un lieu plutôt austère, un accueil laborieux avec de longues files d'attente pour récupérer son dossier d'inscription, une salle prestige trop petite pour les nombreux participants empêchés d'entrer par manque de place, des salles annexes pas beaucoup plus grandes et peu confortables.

Tant pis, l'essentiel est dans le programme qui lui est si bien rempli que l'on a du mal à choisir sa séance. Concernant l'approche thérapeutique des maladies parodontales, les séances nous confirment que la parodontologie est maintenant une discipline mature : les moyens et critères de diagnostic sont clairs, les traitements sont maîtrisés par des protocoles validés et reproductibles. La thérapeutique initiale de la maladie parodontale est maintenant bien définie, avec des résultats basés sur une évidence scientifique précise. Ce congrès nous a également présenté de superbes présentations concernant les techniques de chirurgie muco-gingivale, avec en particulier les conférenciers italiens, qui maîtrisent le recouvrement radi-

culaire et répondent ainsi au demande esthétique des patients (et surtout patientes). De nombreuses situations de récession qui, il y a encore quelques années, étaient laissées en l'état et contrôlées par des mesures de prévention, bénéficient maintenant de protocole de traitement efficace. L'un des enjeux qui continue à créer des débats et de nombreuses voies de recherche reste la régénération des lésions parodontales osseuses. La clinique profite de l'évolution des techniques les plus actuelles d'ingénierie tissulaire : les facteurs de croissance, l'induction sélective, l'utilisation des cellules souches sont des protocoles qui sont développés et commercialisés dans divers pays européens. Malheureusement ces produits ne sont pas encore diffusés dans l'hexagone, notre marché semblant toujours un plus lent à démarrer et restant réduit pour les importateurs. Une large part a été réservée dans les séances scientifiques pour l'implantologie. On a pu faire le point sur l'impact de l'utilisation des biphosphonates pour les patients implantables. Dans l'état actuel des thérapeutiques, la consommation de ces produits par voie orale, pour le traitement des terrains ostéoporotiques n'a pas de conséquence sur l'ostéointégration et n'induit pas de risques de nécrose des maxillaires. Les technologies implantaires développées permettent non seulement de remplacer la dent perdue, d'obtenir un résultat prévisible grâce à des techniques d'imagerie et de modélisation informatique sûres mais également un

résultat rapide par des mises en esthétique immédiate ou des mises en charge rapide. La gestion des volumes osseux par la régénération, les techniques de greffe osseuse ou le comblement du bas fond sinusiens permet de diminuer de façon importante les contre indications anatomiques à l'insertion des implants. En parallèle à ce développement de l'implantologie orale, et de façon logique, une nouvelle zone de compétence se développe pour les parodontistes. C'est la maintenance des implants et le traitement des complications : les périimplantites. Les rapports montrent une augmentation importante de ces syndromes qui pourraient devenir une part non négligeable de notre activité dans les prochaines années. Il faut mentionner également que ce congrès est l'occasion de présentation recherche, clinique et d'exposition de posters. Comme dans les précédentes éditions, la présence française pour les posters est limitée. C'est un moyen de communication qui ne retient guère les suffrages de nos concitoyens, mais qui pourtant reflète bien la dynamique de la recherche nationale. Nous avons pu entendre une dizaine de conférenciers français dans ce congrès international qui ont bien illustré la parodontologie nationale. Après le congrès, il restait un peu de temps pour visiter Stockholm en liesse pour cause de fête nationale. Si la température n'a guère dépassé les 15 ° au mieux de la journée, la chaleur est dans le cœur des suédois. Rendez vous à Vienne en 2012. ■

twinkon®
by teJka



www.twinkon.com

L'acidité des aliments: un risque quotidien



Pro-Émail lutte quotidiennement contre l'érosion amélaire

Pro-Émail, une formule brevetée contre
l'érosion amélaire :

- 1450 ppm de Fluor
- pH=7,2
- Une base douce
- Une faible abrasivité

 GlaxoSmithKline
GlaxoSmithKline Santé Grand Public



PAROEX

0,12 %

A NOUVEAU DISPONIBLE EN PHARMACIE

Digluconate de chlorhexidine
la bonne formule !

0,12 %

Sans Alcool



Solution pour bain de bouche
Remboursé à 35 % par la Séc. Soc.

PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche. Flacons de 300 ml (avec godet doseur) et de 500 ml. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** : Digluconate de chlorhexidine à 20% (m/v) : 0,636g (quantité correspondant à digluconate de chlorhexidine : 0,12g pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Excipients : glycérol, acésulfame potassique, huile de ricin polyoxyéthylénée, propylène glycol, azouline, arôme, eau purifiée. **FORME PHARMACIUTIQUE** : Solution pour bain de bouche. **DONNÉES CLINIQUES** : **Indications thérapeutiques** : Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration** : RÉSERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Rinçage local en bain de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser 12 à 15ml (godet doseur). Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). **Contre-indications** : Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi** : Mises en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait espérer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. **Précautions d'emploi** : Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions** : L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). **Effets indésirables** : Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café) - Irritation de sensibilité à l'un des constituants de la solution (parotidite, maux de gorge, maux de gorge, maux de gorge, maux de gorge). Occasionnellement, dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement - Occasionnellement, desquamation de la muqueuse buccale. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES** : **Propriétés pharmacodynamiques** : STOMATOLOGIE/TRAITEMENT LOCAL À USAGE ANTISEPTIQUE (A : appareil digestif et métabolisme). **DONNÉES PHARMACIUTIQUES** : **Durée de conservation** : Avant ouverture du flacon : 3 ans - Après ouverture du flacon : 30 jours. **Nature et contenu du récipient** : 300 ml en flacon (polyéthylène téréphtalate) avec bouchon VISIOP (polypropylène et capot (PE) avec godet doseur (polypropylène) 500 ml en flacon (polyéthylène téréphtalate) avec bouchon VISIOP (polypropylène et capot (PE). **PRÉSENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE** : ANVA 344 6417 - Flacon de 300 ml avec godet doseur Remboursement Sécurité Sociale à 35% - Agée Collectivités (P : 3396, C3) : 086 8 07406, ANVA 344 6423 - Flacon de 500 ml. **TITULAIRE DE L'AMM** : SUNSTAR France - 11, rue Bardin - 92200 Levallois-Perret. **EXPLOITANT DE L'AMM** : CSF - 75, avenue du Midi - 63000 Courmoult-d'Auvergne. **DATE DE RÉVISION DE L'AMM** : Octobre 2008.

Agence HENRY & SIBOGUE PAR-PD/12-08

Gencives qui saignent. Que prescrire ?



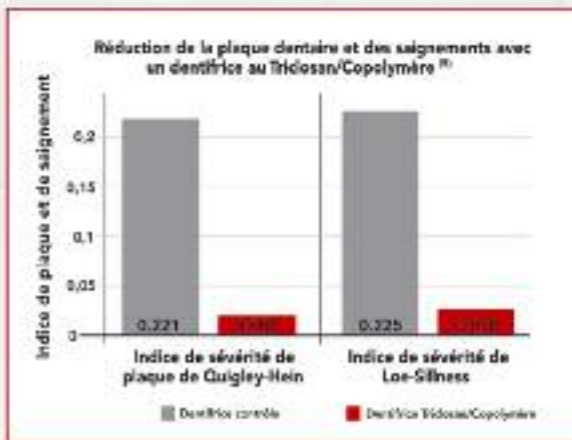
NOUVEAU PharmaSystem
Formule double action pour le soin
quotidien des gencives à problèmes.

Colgate Total Protection Gencives - PharmaSystem avec sa formule Triclosan/Copolymère à l'efficacité cliniquement prouvée et recommandée par des experts dentaires français¹⁾, a un double mode d'action :

- Action inhibitrice sur le processus inflammatoire (saignement, rougeur, gonflement)²⁾
- Action antibactérienne pour réduire la plaque dentaire^{3) 4)}

Une formule qui aide à agir sur la cause et les symptômes des problèmes de gencives

Ce système composé d'un dentifrice et d'un bain de bouche est vendu en pharmacie et parapharmacie. Service commercial : 02.37.51.67.59.



1 Bouchard P et al. JIPO (2007) 26(suppl) : 53-57
 2 Lindhe J et al. (1993) J Clin Periodontol 20(5) : 327-334
 3 Paragakis TS et al. (2005) J Clin Dent 16 (Suppl) : 51-520
 4 Amornchat C et al (2004) Maloioi Dent J 29(2) : 109-111
 5 Garcia-Godoy F et al. (1990) Am J Dent 3 (Spec Issue) : 515-526

Colgate

VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

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