

OBJECTIF PAR

SEPTEMBRE 2017 - N°44

A venir

2 GRANDS EVENEMENTS

La SFPIO a le privilège de partager une journée avec la SFODF

Et de recevoir le Professeur Pierpaolo CORTELLINI

ORTHODONTIE
ET INTERCEPTION
MUCO-GINGIVALE

JOURNÉE
multidisciplinaire
SFODF / SFPIO

16 DÉCEMBRE
2017 / LE WESTIN
PARIS



www.journee-sfio.com

SFODF SFPIO

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

CONFÉRENCIER
SANDRO CORTELLINI

DATE DE L'ÉVÉNEMENT
20 JANVIER 2018

LENDREZ-DE-DENTS
EUROSITES GEORGES V
20, Avenue Georges V - 75008 Paris



LE POINT SUR LES CYCLES DE
PARODONTOLOGIE DE LA SFPIO
par Caroline FOUQUE



Informations membres

Manifestations en régions
Les inside News de la SFPIO
Les cycles de formation nationaux

Dossier spécial Congrès

Retour sur le congrès de Toulouse
La remise de prix
Compte rendu du Conseil d'Administration

Les évènements à venir

ADF 2017 - Séance SFPIO
Journée multidisciplinaire SFODF/SFPIO
Le Congrès 2018 - Paris
EuroPerio9 - Amsterdam

Articles scientifiques

5 articles/résumés des communi-
cations ayant reçu le 1er prix des séances
Communications lors du congrès de
Toulouse 2017

Rubrique Partenaires

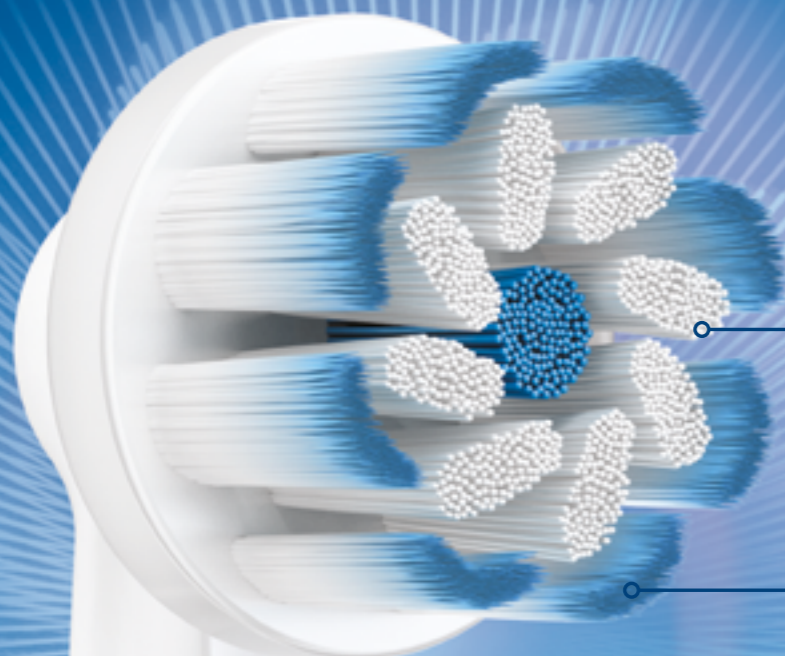
Questions à Johnson&Johnson
Les partenaires vous informent

Dans ce numéro,
Retrouvez les articles
des sujets primés à
Toulouse 2017
page 47 à 65

SFPIO

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

NOUVELLE TÊTE DE BROSSÉ SENSU ULTRA-THIN :
UNE TÊTE DE BROSSÉ REVOLUTIONNAIRE POUR UN BROSSAGE
PLUS EFFICACE* ET DES GENCIVES PROTEGEES



BRINS CENTRAUX

pour une élimination efficace
de la plaque dentaire

BRINS PÉRIPHÉRIQUES

pour un nettoyage tout en
douceur de la bordure gingivale

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

0 825 878 498

Service 0,15 €/min
+ prix appel

Et rendez-vous sur dentalcare.fr**

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

© 2016 P&G

SOMMAIRE

Editorial	4-5
Rendez-vous SFPIO en région	7
Les Inside News de la SFPIO	9-11
Les cycles de formation nationaux	12-14
Dossier spécial Congrès de Toulouse 2017	16-29
Retour sur les moments forts du congrès	
Retranscription conférence du 9 juin 2017	
Remise des prix des séances communications	
Conseil d'Administration du 10 juin 2017	
La SFPIO vous donne RDV à l'ADF 2017	31
La séance SFPIO à l'ADF 2017	33-36
Journée multidisciplinaire SFODF/SFPIO	38-39
Le congrès SFPIO 2018	40-42
L'EFP nous informe & EuroPerio9	44-45
Article scientifique - Marie DUBAR - 1 ^{er} prix Recherche	47-51
Article scientifique - Vivien MOLL - 1 ^{er} prix Clinique 1	53-55
Article scientifique - Tamara AVRAAMOVA - Prix spécial du jury	56-57
Article scientifique - Laetitia HARMOUCHE - 1 ^{er} prix Clinique 3	59-62
Article scientifique - Simone RAKOTO ALSON - 1 ^{er} prix Poster	63-65
Questions à Simone RAKOTO ALSON - La parodontologie à Madagascar	66
Mieux connaître nos partenaires	69
Les partenaires de la SFPIO vous informent	71-74



Editeur et Réalisation

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

Impression

AFORTIORI - Tél. : 01 48 11 00 20

Directeur de la publication
Virginie MONNET-CORTI

Rédacteur en chef
Yves REINGEWIRTZ

Secrétariat administratif siège
Delphine BOHU
Caroline DENIAUD

Avec la collaboration de :

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



Pour avoir eu le privilège et la lourde charge de présider le jury de l'internat en Odontologie cette année. Je me sens le devoir de partager avec vous plusieurs réflexions à ce sujet.

Tout d'abord une mise au point concernant l'annulation d'une partie des épreuves. Il est exact que les 461 étudiants en odontologie de toute la France qui ont passé le concours de l'internat, mardi 30 mai à Rungis (Val-de-Marne) ont dû repasser l'une des deux épreuves le 30 juin, l'une des questions posées avait été utilisée « *comme sujet d'étude à la faculté de Reims en 2010* », entraînant une « *rupture d'égalité* » entre les candidats.



Une petite question de Parodontologie faisait partie des questions tirées au sort. Elle nous a permis de constater que les réponses étaient, chez l'ensemble des candidats retenus, de très bonne qualité.

Mon point de vue sur l'internat en Odontologie

A l'heure où j'écris ces lignes, il est possible que certaines des informations que je détiens à ce sujet soient obsolètes.

Pourquoi l'internat en Odontologie ?

Au tout début, les Professeurs Henri Zattara et Edmond Benque l'ont créé pour sélectionner et former les futurs enseignants. Cet internat donnait une seule « spécialité » : une Attestation d'Etudes Approfondies. Selon les facultés, certains internes avaient la possibilité d'intégrer le CECSMO, les autres, pour la plupart choisissaient de se former en Parodontologie et Implantologie Orale par le biais de DU et/ou d'incorporation à l'équipe de paro-implantologie Hospitalo-Universitaire. Les derniers, moins nombreux, choisissaient indifféremment l'endodontie, la prothèse, l'odontologie pédiatrique et la chirurgie orale exclusivement.

Depuis 2012 et la réforme de l'Internat en Odontologie ce dernier est devenu qualifiant et ouvre la porte à 3 spécialités : la Chirurgie Orale (CO), l'Orthopédie Dento-Faciale (ODF) et la Médecine Bucco-Dentaire (MBD) par l'intermédiaire de 3 Diplômes d'Études Spécialisées (DES).

Le DES MBD « a pour but de former les futurs praticiens hospitalo-universitaires et de permettre à ces spécialistes de prendre en charge les patients à besoins spécifiques même si dans la pratique pour le moment chaque interne module un peu cette formation selon ses préférences personnelles » et de manière informelle à partir de la 2ème année. En effet, la plupart du temps, à de rares exceptions près, les disciplines choisies par ordre d'importance sont : « parodontologie-implantologie orale » « endodontie » « prothèses » « odontologie pédiatrique »...

Ce qui, grosso modo, correspond à la réalité du terrain libéral Français, Européen et outre-Atlantique. Il n'est plus à démontrer qu'un exercice exclusif à certaines disciplines odontologiques est possible, viable et surtout nécessaire pour adresser les patients dont la prise en charge nécessite une compétence supplémentaire et un plateau technique dédié avec du personnel formé.

On aurait pu continuer comme cela encore longtemps mais !

1. La « manière informelle » a créé bien des conflits entre les disciplines et les responsables de DES et des difficultés d'accès à la formation aux internes en MBD.
2. Le terme de MBD va remplacer celui d'Odontologiste qui avait remplacé celui de chirurgien-dentiste « généraliste »...
3. Les CNU d'Odontologie ont été regroupés : il n'existe plus un CNU par sous-section d'enseignement ou discipline odontologique.

4. Le ministère de la Santé propose (attention cela est au conditionnel car c'est en pourparlers) :

- Un internat en odontologie pour tous : médecin bucco-dentaire généralistes et spécialistes.
- De nouvelles spécialités* en plus d'ODF et CO : odontologie pédiatrique, endodontie, parodontologie, réhabilitation orale fonctionnelle, santé publique.

*Sous condition que ces spécialités correspondent à de vrais besoins en soins pour les patients. Comme l'écrivait le Pr L Maman pour « *Mieux répondre aux besoins de santé sur l'ensemble du territoire en tenant compte de l'évolution de l'odontologie avec des exigences de lisibilité et de qualité des formations en harmonie avec les standards internationaux* »...

!! Attention être spécialiste ne permet plus d'exercer les autres spécialités, ni la médecine bucco-dentaire générale !!

5. A la fin de l'internat, l'assistant hospitalo-universitaire (AHU) sera chef de clinique assistant (CCA) à temps complet pour permettre à certains internes un accès privilégié aux carrières hospitalières et hospitalo universitaires.

Qu'est-ce cela change pour les praticiens (libéraux ou pas) ?

- Non exclusifs : rien ! Ils continueront à avoir le droit d'exercer toutes les disciplines odontologiques y compris l'ODF, la CO etc ...
- Exclusifs : rien non plus ! Sauf qu'ils pourront, s'ils le souhaitent, demander une Validation des Acquis de l'Expérience (comme cela s'est toujours fait en période transitoire) pour obtenir la Spécialité qu'ils exercent déjà.

N.B : Il ne devrait pas y avoir de cotation différente des actes (ni de remboursement) sauf, peut-être la consultation de spécialiste.

Alors en quoi cela intéresse-t-il la SFPIO ?

La SFPIO représente presque l'ensemble des praticiens français exclusifs en parodontologie et/ou implantologie et ceux, encore plus nombreux, parodontologues compétents non exclusifs. Elle est adhérente et société fondatrice de l'EFP.

Au niveau universitaire européen, la commission pédagogique post-graduate de l'EFP, présidée par le Pr Moshe Goldstein, délivre l'accréditation des diplômes de parodontologie pouvant donner droit à la spécialité européenne (2 programmes français sont accrédités : Paris 7 et Strasbourg).

En France, les Collèges Nationaux des Enseignants, sont les interlocuteurs du ministère, pour définir les nouvelles spécialités en médecine bucco-dentaire.

Celui de Parodontologie (CNEP), en concertation avec la SFPIO et l'EFP, est favorable à la création d'un DES de Parodontologie à part entière comme cela existe déjà depuis longtemps en Europe et aux États-Unis, Canada, Japon, etc.

Et l'implantologie alors ?

Comme vous le savez, cette thérapeutique ne représente pas une discipline unique mais, comme l'occlusodontie, une discipline transversale qui intéresse la prothèse, la chirurgie orale, la parodontologie, l'orthodontie, l'odontologie pédiatrique, la prise en charge des patients vulnérables ...

Le Pr Branemark avait choisi de ne former et d'équiper, dans un premier temps (en 1985), que les parodontistes exclusifs français, par le biais de la SFPIO pour poser ses « fixtures » dans un souci de qualité. Ce savoir parodontal était un gage de sécurité permettant d'envisager les meilleurs taux de succès. Cette qualité s'appliquait aussi bien en terme de plateau technique que d'habitude de la chirurgie des tissus durs et mous parodontaux.

A l'heure actuelle, les techniques d'implantation orale sont enseignées au cours du 2eme cycle des études d'odontologie. Pour les internes, elles seront approfondies dans un socle transversal commun à plusieurs spécialités.

Chers collègues et amis parodontistes et implantologistes, chers membres de la SFPIO, nous vous donnerons régulièrement des informations à ce sujet.

Pour qu'il n'y ait pas une fois de plus d'exception française à la prise en charge de nos patients, nous souhaitons tout simplement faire ce qui existe déjà dans de nombreux autres pays avec efficacité et éthique : l'existence d'une **spécialité en Parodontologie**.

Parodontalement Vôtre,

Virginie Monnet-Corti

Un soin complet pour une bouche plus saine



La nouvelle brosse à dents intelligente Philips Sonicare DiamondClean Smart

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

innovation you*



Capteurs intelligents



Reconnaissance intuitive de la tête de brosse



3 Têtes de brosse haute performance



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

PHILIPS
sonicare

31

Rendez-vous SFPIO en région

PARIS
05/10/2017 : Michel JABBOUR
Les augmentations osseuses pré-implantaires : Arbre décisionnel thérapeutique
07/12/2017 : Caroline FOUQUE
Traitement des récessions parodontales complexes, gestion des complications et des échecs

BRETAGNE
19/10/2017 : Frédéric DUFFAU & Alexandre MATHIEU
Vos patients sont à côté de la plaque?

ALSACE
07/09/2017
Actualité scientifique en paro-implantologie 2017
14/12/2017 : David NISAND
Implantologie dans les secteurs postérieurs atrophés : sinus lift ou implants courts ?

VAL DE LOIRE
05/10/2017 : Virginie MONNET-CORTI
La Chirurgie Plastique Parodontale : où en sommes-nous ?

AUVERGNE
28/09/2017 : Peter Uwe GEHRKE
Optimisation des résultats cliniques en prothèse sur implants

AQUITAINE
07/12/2017 : Christine ROMAGNA
Cas complexes pluridisciplinaires paro-implanto-occluso. Evolution ou régression de nos pratiques ?

RHÔNE-ALPES
21/09/2017 : Christer DAHLIN
Acquisitions récentes en ROG

SUD-OUEST
19/10/2017 : Arnaud CONSTANTIN
Actualisation des connaissances en paro/médecine

CÔTE D'AZUR
05/10/2017 : Nitzan BICHACHO
Après-midi spéciale implantologie

LANGUEDOC-ROUSSILLON
07/10/2017 : Pierre BARTHET & Antoine SANCIER
Prise en charge globale et simplifiée des parodontites
17 & 18/11/2017
Stage de formation en parodontologie : Chirurgie parodontale au service de l'esthétique

SUD-EST
19/10/2017 : Marcel G. LE GALL
Incidence du schéma occlusal sur le niveau cristallin péri-implantaire
07/12/2017 : Mauro MERLI
The Integrated treatment plan - from diagnosis to timing in complex clinical cases

Les membres de la SFPIO peuvent avoir accès en ligne au
Journal of Clinical Periodontology

en se connectant et en s'identifiant sur le site www.sfparo.org

Contactez le siège de la SFPIO si vous n'avez pas vos identifiants
02 40 08 06 63 ou sfpionational@gmail.com





Son ouvrage

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

Disponible par 50 exemplaires
au tarif spécial membre de 100 euros + frais de port



Ses plaquettes

« Ce que vous devez savoir sur les maladies parodontales »

Disponibles par 200 exemplaires
au tarif spécial membre de 52,50 euros (frais de port inclus)

Ses vêtements à l'effigie de la SFPIO



Blouses brodées SFPIO 50 euros + frais de port
homme ou femme, taille XS à XL

Pantalon assorti (sans logo) 45 euros + frais de port
homme ou femme, taille XS à XL
Taille rallongée 50 euros + frais de port

Calot sérigraphié SFPIO 11 euros + frais de port
taille unique

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

02 40 08 06 63

sfpionational@gmail.com

EN BREF

- Guillaume CAMPARD prend la suite de Caroline COMPAGNON au poste de président de la SFPIO Val de Loire.
- La SFPIO Rhône-Alpes change son logo. « C'est une page de l'histoire qui se tourne. »
Damien FEUILLET, président SFPIORRA
- Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE tire sa révérence de la présidence de la SFPIO Nord-Picardie.

Voici les événements SFPIO à venir pour 2018 ...
De quoi commencer à remplir votre agenda !!!

JANVIER 2018

Jeudi 11 – Jean-Charles RIVOIRE

Mieux convaincre c'est mieux soigner : la clé du développement en paro-implantologie
Lieu : Hôtel OCEANIA – Clermont Ferrand



Samedi 20 – PierPaolo CORTELLINI – JOURNÉE DE CONGRÈS ANNUEL

Conserver les dents avec des atteintes parodontales terminales : un challenge ?
Lieu : Eurosites Georges V – Paris



Jeudi 25 – Marc SABEK

Règlement arbitral et CCAM : Honoraires et Convention
Lieu de la manifestation à définir



Jeudi 25 – Leonard BRAZZOLA & Adrien GARNIER

Prothèses implantaires : l'expertise suisse
Lieu : UFR Odontologie de Nantes



FEVRIER 2018

Jeudi 1er – Thierry DEGORCE

Stratégies implantaires du secteur antérieur : du plus simple au plus complexe

Lieu : Hôtel Mercue-Meriadeck – Bordeaux



SEPTEMBRE 2018 Suite

Jeudi 28

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



MARS 2018

Jeudi 15 – Gilles GAGNOT

Le débridement parodontal : Acquérir la maîtrise dans l'utilisation des instruments ultrasonores

Lieu : Casino de Royat



OCTOBRE 2018

Jeudi 18 – Andrea MOMBELLI

Péri-implantite : mirage ou catastrophe ? Etiologie, diagnostic et prise en charge : une mise à jour

Lieu : Hôtel Burdigala – Bordeaux

**Jeudi 22 – Hervé BUATOIS**

Prévisibilité des résultats de régénération osseuse pré implantaire

Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon



DECEMBRE 2018

Jeudi 13 – Myriam DRIDIMécanismes étiopathogéniques des maladies parodontales et les répercussions cliniques
Prise en charge des lésions intra-osseuses et des lésions interradiculaires

Lieu : Hôtel Burdigala – Bordeaux



AVRIL 2018

Jeudi 12

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

**Jeudi 13**TP extraction/implantation immédiate Implantation précoce
Séance de formation pratique et vidéo chirurgicale

Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon



SEPTEMBRE 2018

Vendredi 14 & samedi 15 – Giovanni ZUCHELLI

MASTER COURSE

Lieu : Bologne – ITALIE

**Jeudi 20 – Irena SAILERS**

Prothèse fixe en 2020 – nouveaux concepts, nouveaux matériaux, nouvelles technologies

Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette – Lyon



Retrouvez la liste complète des bureaux
et des évènements en région sur le site internet

www.sfparo.org

Les cycles de formation continue 2017 - 2018



Les cycles de formation nationaux

Retrouvez le programme détaillé sur le site de la SFPIO :
www.sfparo.org

Lieu des cours : UIC - 16 rue Jean Rey - 75015 Paris



Caroline FOUQUE

Caroline FOUQUE nous en dit plus sur le cycle de formation approfondie en Chirurgie Plastique Parodontale

Depuis janvier 2017, un nouveau module vient compléter les 3 cycles de formation continue qui se jouent à guichet fermé depuis 12 ans au pied de la Tour Eiffel en octobre, janvier et mai sous la houlette d'Alain Borghetti.



Les TPs sont appuyés par des présentations StepByStep, envoyés aux participants à l'issue de la formation

Alain Borghetti, Stephan Duffort, Marjolaine Gosset, Corinne Lallam, Jacques Malet, Virginie Monnet-Corti, David Nisand, Séverine Vincent, Xavier Struillou sont là pour faire part de leurs expériences et tours de mains.



La concentration est de mise lors des TPs sur mâchoires animales

Les 3 premiers cycles apportent toutes les connaissances nécessaires à une pratique quotidienne de la parodontologie. Ce nouveau cycle permet de se perfectionner exclusivement en chirurgie plastique parodontale. Toutes les techniques actuelles sont détaillées et réalisées lors de TP, encadrés par une équipe très spécialisée.

Stage d'Implantologie avancée 2017/2018

Programme et enseignement dirigé par :

Stéphan DUFFORT

Assisté de :

Philippe BOUSQUET

Session 1 : 13 & 14 OCTOBRE 2017
La zone antérieure esthétique
et l'édenté complet

Session 2 : 25 & 26 MAI 2018
La chirurgie osseuse pré-implantaire
Alternatives
Complications

SESSIONS
INDÉPENDANTES
Venez participer à une
Session en particulier
ou au Stage complet

Cycle de formation continue en parodontologie 2017/2018

Programme et enseignement dirigé par :

Alain BORGHETTI

Assisté de :

Caroline FOUQUE

Niveau 1 : 12, 13 & 14 OCTOBRE 2017
Préserver la denture naturelle existante

Niveau 2 : 18 & 19 JANVIER 2018
Avoir recours à la chirurgie parodontale avancée,
à la prothèse et/ou à l'implantologie

Niveau 3 : 25 & 26 MAI 2018
Chirurgie plastique parodontale

COMPLET

Cycle de formation approfondie en Chirurgie Plastique Parodontale 2018

Programme et enseignement dirigé par :

Caroline FOUQUE

Assistée d'une équipe
enseignante d'exception

Niveau 4 : 18 ET 19 JANVIER 2018
Session d'approfondissement en Chirurgie
plastique parodontale

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



Le nombre de participants volontairement limité à 20 personnes permet d'offrir un enseignement adapté aux attentes de chacun.

Pour que ces 2 jours de formations soient suivis de réels progrès cliniques, un certain niveau d'expérience et de connaissance est requis. Ce quatrième module est ainsi réservé aux participants des 3 premiers cycles ou à ceux qui auraient d'excellentes raisons d'y avoir dérogé!



Marjolaine GOSSET a revêtu la casquette de patiente le temps de la chirurgie en direct à 4 mains réalisées par Caroline FOUQUE et Virginie MONNET-CORTI

La première cession de janvier 2017 fut un bel échange, convivial et enrichissant au cours duquel l'enthousiasme était de mise ! Quel encouragement pour la suite ! Nous avons à cœur de continuer sur cette lancée pour toujours mieux transmettre notre passion !

Bien parodontalement !

Caroline Fouque



Moment de convivialité dans la salle de repos du cabinet de David NISAND et Jacques MALET, accueillant les participants lors d'une matinée de formation et de chirurgie en direct



Nouveau Sensodyne Rapide Action

AGIT VITE

pour prévenir les situations de ce type



Aidez vos patients à **SOULAGER RAPIDEMENT LA DOULEUR DUE À LA SENSIBILITÉ**



Le nouveau Sensodyne Rapide Action est une formule unique conçue pour agir vite et accélérer l'obturation des tubuli dentinaires.¹ Des études cliniques montrent qu'il commence à soulager les dents sensibles 60 secondes seulement après un brossage des zones sensibles^{2,3} et qu'il procure une protection durable* contre la sensibilité dentaire et son impact sur la vie quotidienne.^{4,5}

*Avec deux brossages quotidiens

Dispositif Médical de classe IIa (CE0120). Fabricant: Smithkline Beecham Ltd. Lire attentivement les instructions figurant sur l'emballage. Ne pas utiliser chez l'enfant. CHFR/CHSENO/0051/17/05
Références: 1. Accepté pour présentation à l'IADR 2017, Abstract n°2631820. 2. Données GSK 207211. 3. IADR 2017, Abstract n° : 2635085. 4. Parkinson CR *et al.* Am J Dent. Aout 2015 28(4) :190-196. 5. Baker S *et al.* Validation longitudinale du questionnaire sur l'expérience liée à l'hypersensibilité dentaire (DHEQ). Poster présenté à l'IADR/AADR/CADR General Session & Exhibition
 GlaxoSmithKline Santé Grand Public - RCS Nanterre 672 012 580



Dossier spécial Congrès de Toulouse 2017

*Retour sur les moments forts
qui ont ponctué ce magnifique congrès !*



Le congrès National de la Société Française de Parodontologie et Implantologie orale a eu lieu dans la célèbre ville rose, Toulouse, le 8 juin dernier.

La soirée pré-congrès

Pierre Fabre Oral Care, partenaire historique des chirurgiens-dentistes et de la SFPIO, très implanté dans le Sud-Ouest, a eu l'honneur de recevoir & d'organiser la soirée scientifique précongrès dans un lieu prestigieux de la ville au Musée des abattoirs.

Pierre Fabre
ORAL CARE Organisateur de la soirée



Le musée des abattoirs de Toulouse



La conférence de Jean-François CLERVOY
Ingénieur et spationaute

Plus de 200 personnes étaient présentes, pour assister à une conférence d'exception animée par le spationaute Jean-François Clervoy sur les innovations spatiales au service de l'Humanité et les répercussions sur la Santé.



Le musée des abattoirs de Toulouse



Jean-François CLERVOY entouré de la SFPIO toulousaine

Le congrès national de la SFPIO à Toulouse a refermé ses portes sur un franc succès en terme de fréquentation. Plus de 400 visiteurs ont battu le sol du Centre de Congrès Pierre-Baudis pour participer au programme scientifique et visiter l'exposition.

Le congrès en image



Pause dans l'espace d'exposition



L'équipe des étudiants bénévoles Toulousains

Efficaces et présents ils ont accueilli les visiteurs, géré le vestiaire, organisé le prêt des casques de traduction ... un grand merci !

Ce magnifique congrès a été organisé de main de maître par Loïc CALVO, président du Congrès et président de la SFPIO Sud-Ouest, avec la chaleureuse et efficace collaboration du bureau de la SFPIO Sud-Ouest.



Le bureau de la SFPIO Sud-Ouest

De gauche à droite : Ronan Barré, Loïc Calvo, Christophe Marty, Christophe Lafforgue, Véronique Honorat, Sara Laurencin, Eric Baysse, Pierre Barthet, Alexia Vinel, Christophe Sergent et Matthieu Rimbert

Le programme scientifique élaboré avec soin par Isabella ROCCHIETTA et David NISAND a suscité l'engouement des praticiens de toute la France, voir même outre atlantique.



Les orateurs de la Séance magistrale du vendredi matin en compagnie du comité d'organisation du congrès

De gauche à droite : Loïc Calvo, Ronan Barré, Yves Reingewirtz, Isabella Rocchietta, Giano Ricci, Virginie Monnet-Corti et David Nisand



Isabella Rocchietta, présidente scientifique du congrès, entourée de Giano Ricci et Daniel Buser, conférenciers lors du congrès

Le diner de Bienfaisance a, encore cette année, permis de faire la connaissance d'une belle association dans une ambiance festive.

L'implication de nos partenaires annuels dans l'organisation de Workshop, de la soirée pré-congrès, leur soutien des séances communications avec des prix de qualité, leur présence dans l'exposition ... a contribué à la réussite et à la convivialité de cet événement.

Tablée de fête lors du diner de Bienfaisance

Tour de table de gauche à droite : Sara Laurencin, Jan Derks, Jean-Pierre Albouy, Daniel Buser, Isabella Rocchietta, Giano Ricci, David Nisand, Virginie Monnet-Corti, Edmond Benqué et Loïc Calvo



Brigitte Meillon, présidente et fondatrice de l'Association VICTOIR reçoit le chèque de soutien de la SFPIO lors du diner de Bienfaisance

Les 8,9,10 juin 2017 a eu lieu à Toulouse, le congrès international de la SFPIO : The Pink Matter.

Le mot du président

Ce congrès international n'aurait pas été possible sans l'aide et le soutien du bureau national de la SFPIO. Nous remercions tous nos partenaires pour leur aide à l'organisation de ce congrès. Nous tenons également à remercier le Dr Isabella Rocchietta de s'être investie totalement et d'avoir su réunir un panel de conférenciers aussi prestigieux. Enfin, au nom des organisateurs de ce congrès, nous souhaitons remercier très chaleureusement les conférenciers, les auteurs de communication, les congressistes, venus de toute l'Europe et même au-delà, ainsi que tous les participants et volontaires pour leur contribution à la réussite de ce congrès organisé par le SFPIO Sud-ouest.

Nous avons dépassé les 400 participants. Si ce congrès a été un succès, c'est avant tout grâce à vous tous les membres de la SFPIO. Vous avez su répondre présents, vous avez par votre enthousiasme fait la propagande pour ce magnifique congrès. Nous espérons que nous avons su répondre à vos attentes et que vous garderez un bon souvenir de votre court passage à Toulouse. Nous souhaitons que ce congrès vous ait donné l'envie de participer aux congrès suivants et que nous soyons toujours plus nombreux.

Loïc CALVO

Retranscription conférence du 9 juin 2017

« Augmentation des tissus durs et des tissus mous : WOW »

Vivianne CHAPPUIS (Bern, Suisse) et **Daniel BUSER** (Bern, Suisse)

Retranscription du Dr Elsa ESKENAZI-SOLA, Marseille

La conférence s'est axée sur plusieurs thèmes traités par les Drs Buser et Chappuis.



INTRODUCTION – Dr Daniel Buser

Aujourd'hui, la thérapeutique implantaire est devenue une routine. Dans le service d'implantologie de Bern, environ 500 patients par an sont traités par 700 à 800 implants. Plus de 90% des patients se présentant dans le service sont édentés partiellement. Le remplacement d'une dent unitaire représente plus de 50% des indications et environ 70% des implants sont placés après une extraction. Sans tabac, on constate plus de 95% de succès à 10 ans.

La chronologie du plan de traitement est essentielle :

- Quand extraire ?
- Quand Implanter ?
- Quand faire la mise en charge ?

Les facteurs influençant les résultats thérapeutiques sont tout d'abord le clinicien (qui représente 80% du succès à long terme) mais aussi le patient, les biomatériaux utilisés et l'approche thérapeutique.

Les demandes du patient sont : un succès des résultats esthétiques et fonctionnels à long terme et un faible risque de complications. Cela représente les objectifs primaires que l'on peut distinguer des objectifs secondaires qui sont : le moins d'interventions chirurgicales possible, le moins de morbidité et de douleur possible, une faible période de cicatrisation, un faible coût.

La chirurgie implantaire a 3 objectifs principaux :

- L'ostéointégration dans la bonne position : guidée par le projet prothétique
- L'implant doit être totalement intégré dans de l'os sain : minimum 1mm d'os tout autour de l'implant
- L'implant doit être totalement entouré de muqueuse kératinisée saine.

Le succès sur le plan esthétique nécessite une bonne connaissance de la biologie tissulaire (génétiquement déterminée).

Il faut rechercher à rétablir des papilles de même que le rebord de la gencive marginale doit être harmonieux vis-à-vis des collets des dents adjacentes. L'intervention chirurgicale est parfois nécessaire pour atteindre ces objectifs.

Le volume osseux doit être restauré pour une amélioration de l'architecture des tissus mous. C'est en effet ce volume osseux qui guide l'harmonisation des tissus mous.

La hauteur de l'os alvéolaire des dents adjacentes est un facteur important de la présence des papilles.

Par ailleurs, un implant entouré de dents naturelles a plus de chance de conserver des papilles.

Les altérations post-extractionnelles des tissus durs et mous – Dr Vivianne Chappuis

Dès les premières minutes après l'extraction, la gencive marginale vestibulaire s'effondre dans l'alvéole. Cette diminution vestibulaire est génétiquement programmée. Même en plaçant un implant immédiatement après l'extraction, on constate quand même une résorption vestibulaire. On ne peut donc pas empêcher le remodelage de l'os vestibulaire.

Le Dr Chappuis a mené en 2013 une étude clinique sur l'appréciation de cette perte osseuse pour pouvoir la prévoir. Il apparaît que la plus grande résorption osseuse se fait au milieu de la face vestibulaire alors que les zones proximales conservent leur niveau osseux.

L'épaisseur initiale de la corticale vestibulaire est le seul facteur qui peut être corrélé à la résorption parmi tous les facteurs étudiés par son équipe.

Sur un phénotype épais, on constate donc en moyenne 1mm de résorption alors que sur un phénotype fin, on constate en moyenne 7,5mm de résorption (soit environ 60% de la quantité d'os vestibulaire). Or seulement 5% des patients ont un phénotype épais.

Son équipe observe également une modification de l'épaisseur des tissus mous qui intervient dans la phase précoce de la cicatrisation.

Sur un phénotype épais, on constate que les tissus mous conservent leur épaisseur alors que sur un phénotype fin, les tissus mous s'épaississent et compensent en partie la perte osseuse.

Une préservation des alvéoles peut être réalisée grâce à différentes techniques mais une préservation à 100% est impossible (Avila- Ortiz et al JDR 2014)

La mise en place d'implant après extraction(s) : Dans quel cas immédiatement ? Différée précoce ? Différée tardive ? – Dr Daniel Buser

IMMÉDIAT : (RARE : PRÉVALENCE DE 5 À 20%)

Il existe une récession des tissus mous après la pose d'un implant lorsque celle-ci est effectuée immédiatement après une extraction. Dans 20 à 30% des cas, cette récession est supérieure à 1mm après 3 ans.

De plus, plusieurs études sur les CBCT montrent une résorption significative de l'os alvéolaire vestibulaire dans ces cas-là.

Les implants mal positionnés sont un facteur de risque important de ces pertes.

Il apparaît donc qu'une sélection précautionneuse des cas est obligatoire : pas de problème parodontal avant la pose d'implant, si le biotype est épais, et la maintenance très assidue.

Le protocole d'extraction/implantation immédiate peut se faire dans le cas où les parois post-extractionnelles sont intactes et s'il y a une bonne épaisseur des tissus durs et des tissus mous.

Dans ces cas, une approche sans lambeau est préconisée, de même qu'une position de l'implant étudiée grâce à une aide informatique qui permet un axe optimal.

Une greffe avec des biomatériaux doit être effectuée dans l'espace entre l'implant et la paroi osseuse vestibulaire résiduelle.

Enfin, la restauration provisoire unitaire ne doit pas avoir de contacts occlusaux mais doit être uniquement esthétique.

DIFFÉRÉE PRÉCOCE (LA PLUPART DES CAS : PRÉVALENCE >80%)

Dans le cas où le biotype est fin ou si les parois ne sont pas intactes, mais il reste au moins 2 parois osseuses post-extractionnelles et une quantité suffisante d'os apical permettant la stabilité primaire de l'implant, une pose différée précoce sera le traitement de choix.

Une extraction sans lambeau et atraumatique sera réalisée et une période de cicatrisation de 6 à 8 semaines sera souhaitée. Un tissu cicatriciel bien vascularisé s'est formé dans l'alvéole. Lors de la pose de l'implant, les copeaux d'os autogène sont utilisés afin de conserver le pouvoir ostéogénique de cet os via les facteurs de croissance. Il est mélangé au sang du patient et positionné au contact de l'implant dans les zones où l'os alvéolaire est manquant.

Ici aussi, un parfait positionnement de l'implant dans les 3 sens de l'espace est recommandé.

Puis, un substitut osseux est mélangé à l'os autogène et au sang du patient et comblera de manière plus large le défaut. Une double membrane sera positionnée pour maintenir cette nouvelle architecture.

Les sutures seront faites sans aucune tension grâce à des points matelassiers verticaux.

La dépose des points sera prévue à 15 jours.

La réouverture et la pose d'une coiffe provisoire sera réalisée après 8 semaines sauf si la stabilisation primaire est insatisfaisante ou si il existait une lésion apicale importante auquel cas, on attendra 4 mois.

Ce protocole a été résumé dans une vidéo par l'équipe du Dr Buser : an animation vidéo for Early Implant Placement with Simultaneous Contour Augmentation using GBR. The video has been produced by the Buser Team in Bern/Switzerland in collaboration with Periopixel/Madrid

Le lien est : <https://www.youtube.com/watch?v=4kWtoINiToG>

En conclusion, la thérapeutique esthétique implantaire est un challenge. Le niveau de difficulté est toujours élevé. Les cliniciens doivent donc être impliqués et bien formés.

Ils doivent coller aux procédures basées sur les preuves (evidence based medicine)

Le remplacement d'une dent unitaire antérieure est désormais bien documenté et la plupart des cas sont des cas d'extractions/implantations immédiates. Dans ces cas-là, les praticiens doivent parfaitement comprendre la biologie des tissus impliqués.

Aujourd'hui, les praticiens ont à leur disposition de nombreuses options de traitement de sites post-extractionnels. La sélection du timing approprié est cruciale.

Le clinicien doit choisir l'approche thérapeutique qui offre :

Une grande prédictibilité en termes de résultats esthétiques
Un faible risque de complications

Le traitement de choix dépend donc des facteurs de risques anatomiques et des compétences du clinicien.

DIFFÉRÉE TARDIVE (TRÈS RARE : PRÉVALENCE <2%)

La pose différée tardive à plus de 6 mois après l'extraction sera privilégiée dans certains cas.

Une préservation de la crête alvéolaire est fortement recommandée. Elle ne stoppera pas la résorption osseuse mais diminuera le volume de la résorption et l'atrophie de la crête.

Dans les secteurs esthétiques, les implants placés ultérieurement auront besoin dans la plupart des cas d'une greffe simultanée pour optimiser les résultats esthétiques.

Quels matériaux pour la régénération ? Résultats à long terme – Dr Vivianne Chappuis

Dans le cadre de la régénération, on a besoin de réparer des vaisseaux existants endommagés, de la présence d'ostéoblastes pour la création d'un nouvel os et de stabilité des tissus.

Jepsen, en 2006, 2007 et 2015 se pose la question du comportement des biomatériaux et de la quantité d'os nouveau qu'ils peuvent apporter.

Il constate qu'il n'y a pas de stimulation particulière avec Emdogain® ou PTH.

Les ostéocytes restent emprisonnés dans de l'os en formation et agissent comme des cellules neurales, échangeant des informations, des BMP et des facteurs de croissance. Ils sont connectés aux vaisseaux sanguins qu'ils ont la capacité de stimuler.

Par ailleurs une autre étude (Caballé et Serrano, 2014) montre que lorsqu'on récupère de l'os autogène à proximité du site et qu'on la place dans du sang du patient pendant 30 minutes, il y a un relargage de BMP et de facteurs de croissance qui sont les médiateurs de la néoformation osseuse. Si on incorpore par la suite un substitut osseux dans ce mélange, une migration cellulaire va s'établir. Si la morphologie du défaut est plus compliquée, on peut également utiliser des membranes résorbables (beaucoup plus favorable aux tissus mous) humidifiée avec le sang du patient, pour plus de stabilité.

La fermeture du site doit être minutieuse car une cicatrisation de première intention est attendue. Les points matelassiers verticaux seront privilégiés.

En conclusion, la greffe osseuse idéale n'existe pas donc on procède à ces mélanges os autogène + sang + biomatériaux qui servent de tuteurs.

La morphologie du défaut est décisive pour guider les choix thérapeutiques. Il faut donc se pencher sur la forme du défaut et étudier toutes les parois. Cela guidera la décision finale.

Les blocs d'allogreffe ont un taux d'échec très élevé, si l'os est exposé, la perte du biomatériau est d'en moyenne 84%.

Il existe des alternatives : la technique de la saucisse dont le protocole est : la perforation de la corticale osseuse à la fraise, le mélange os autogène + sang pendant 30 min puis l'ajout du substitut osseux. Une membrane est positionnée et remplie de ce mélange final (comme une saucisse). On peut espérer 3 à 5 mm de gain osseux avec cette technique.

Une autre alternative est de fixer un bloc d'os autogène et une membrane résorbable et de combler les espaces avec un substitut osseux. Cette technique donne moins de résorption et un niveau osseux stable (< 0,2mm après 10 ans)

En conclusion, les allogreffes sont un biomatériau que l'on peut utiliser si on les combine avec des membranes et de l'os autogène.



Remise des prix des Séances Communications

SÉANCE COMMUNICATIONS RECHERCHE *Sous l'égide du CNEP*

Président de séance Sylvie JEANNE (Rennes, Fr)
Jurys Sara LAURENCIN (Toulouse, Fr) & Xavier STRUILLOU (Nantes, Fr)

1^{er} prix Colgate (500 €) : Marie DUBAR

DUBAR M., GIBOT S., BISSON C. (Nancy)
Etude clinique et in vitro du récepteur soluble TREM-1 dans la parodontite



2^{ème} prix Information Dentaire (Ouvrage) : Ahnoada AHNOUX-KOUADIO

Ouvrage « La gencive pathologique » - Myriam DRIDI

AHNOUX-KOUADIO A., KAKOU-NGAZOAS S., KONE D., COULIBALY N-T.,
KAMAGATE A., MOBIO Y-S., DOSSO M. (Abidjan, Côte d'Ivoire)
Caractéristiques cliniques et microbiologiques des parodontites agressives en côte d'Ivoire



3^{ème} prix SFPIO (Invitation Congrès 2018) : Marie-Laure JOURDAIN

JOURDAIN M-L., PIERRARD L., KANAGARATNAM L., SERGHERAERT J., LEFÈVRE B.,
GANGLOFF S.C., BRAUX J. (Reims)
Dosage de l'expression des peptides antimicrobiens à partir de frottis gingivaux chez les patients atteints de parodontite chronique généralisée modérée ou sévère: Etude pilote



Prix spécial du jury Straumann (Ouvrage) : Tamara AVRAAMOVA

Ouvrage « ITI treatment guide »

GRUDYANOV A., KRECHINA E., KHATAGOV A., AVRAAMOVA T. (Moscou, Russie)
The relationship between the periodontal status and cardiovascular system according to the clinical and laboratory data



De gauche à droite :
Solange LEROUX,
Marie-Laure JOURDAIN,
Ahnoada AHNOUX-KOUADIO,
Virginie MONNET-CORTI,
Sylvie JEANNE,
Marie DUBAR,
Frédéric HERISSON
et Axel DE RENTY

SÉANCE COMMUNICATIONS CLINIQUE 1 *Thème : Muco-gingival*

Président de séance Eric BAYSSE (Cahors, Fr)
Jurys Corinne LALLAM (Boulogne Billancourt, Fr) & Stephan DUFFORT (Lyon, Fr)

1^{er} prix Colgate (500 €) : Vivien MOLL

MOLL V., DERMAN M., MOREAU M., MONNET-CORTI V. (Marseille)
Le point sur l'acide hyaluronique dans le traitement de la perte partielle ou totale des papilles



2^{ème} prix Editions CdP (Ouvrage) : Chloé BARBANT

« Chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire » - Virginie MONNET-CORTI, Alain BORGHETTI

BARBANT C., LALLAM C., MONNET-CORTI V. (Boulogne Billancourt)
Gestion des récessions gingivales de classe III avec lésions cervicales d'usure



3^{ème} prix SFPIO (Invitation Congrès 2018) : Rodrigo MARTIN-CABEZAS

MARTIN-CABEZAS R., DAVIDEAU J-L., TENENBAUM H., HUCK O. (Strasbourg)
Traitement des récessions gingivales multiples par la technique du tunnel déplacé coronairement



De gauche à droite : Stephan DUFFORT, Virginie MONNET-CORTI, Eric BAYSSE, Vivien MOLL et Frédéric HERISSON

SÉANCE COMMUNICATIONS CLINIQUE 2 Thème : Implants

Président de séance **Christophe MARTY** (Saix, Fr)
Jurys **Patrick BOULANGE** (Metz, Fr) & **Alexia VINEL** (Toulouse, Fr)

1^{er} prix Colgate (500 €) : Vage BRUTIAN

BRUTIAN V., BADALYAN K. (Moscou, Russie)
Recession coverage on teeth and implants



2^{ème} prix Acteon (1 kit implantologie) : Wafa EL KHOLTI

EL KHOLTI W., KISSA J. (Casablanca, Maroc)
Le rôle de la gencive kératinisée dans le maintien de la santé péri-implantaire



3^{ème} prix SFPIO (Invitation Congrès SFODF/SFPIO 2017) : Julien GALA

GALA J., BARTHET P., LAURENCIN S. (Toulouse)
Aménagement parodontal différé au service de la pérennité implantaire



De gauche à droite : Patrick BOULANGE, Virginie MONNET-CORTI, Wafa EL KHOLTI, Julien GALA, Christophe MARTY, Vage BRUTIAN, Frédéric HERISSON, Anne LANDELLE et Alexia VINEL

SÉANCE COMMUNICATIONS CLINIQUE 3 Thème : Parodontologie

Président de séance **Christophe LAFFORGUE** (Labastidette, Fr)
Jurys **Aurore BLANC** (Boulogne Billancourt, Fr) & **Marjolaine GOSSET** (Paris, Fr)

1^{er} prix Pierre Fabre (500 €) : Laetitia HARMOUCHE

HARMOUCHE L., COURVAL A., MATHIEU A., HUCK O., DAVIDEAU J-L. (Strasbourg)
Résultats du traitement photodynamique Fotosan à 3 mois



2^{ème} prix Philips (100€ + 1 BAD électrique) : Lénaïc DURAND

DURAND L., CALVO L., BARTHET P., LAURENCIN S. (Toulouse)
Repenser la communication en parodontologie à l'aide du «design thinking»



3^{ème} prix SFPIO (Invitation Congrès SFODF/SFPIO 2017) : Inessa TIMOFEEVA

TIMOFEEVA I., LAURENCIN S., BOUCHOUCHA E., VAYSSIÈRE C., GROUSSOLLES M., MORIN M., NABET C. (Toulouse)
La santé parodontale des femmes enceintes au 1 trimestre. Etude descriptive



De gauche à droite : Virginie MONNET-CORTI, Marc WATTS, Christophe LAFFORGUE, Laetitia HARMOUCHE, Aurore BLANC, Lénaïc DURAND, Inessa TIMOFEEVA et Christophe BRANCHU

SEANCE COMMUNICATIONS CLINIQUE 4 Thème : Biomatériaux etc

Président de séance **Christophe SERGENT** (Ramonville Saint Agne, Fr)
Jurys **Philippe BOUSQUET** (Béziers, Fr) & **Josselin LETHUILLIER** (St Clément de Rivière, Fr)

1^{er} prix Pierre Fabre (500 €) : Marion PIGNOLY

PIGNOLY M., MONNET-CORTI V. (Marseille)
Régénération parodontale et orthodontie en secteur esthétique

Pierre Fabre
ORAL CARE

2^{ème} prix Straumann (Invitation Congrès Bone and Tissue Days 2017) : Etienne LABASSY

LABASSY E., BIGOT C. (Paris)
Orthodontie et régénération parodontale

straumann
simply doing more

3^{ème} prix SFPIO (Invitation Congrès SFODF/SFPIO 2017) : Alexandra BOYER

BOYER A., GLISE J-M., MONNET-CORTI V. (Marseille)
Utilisation des B-TCP dans la préservation des alvéoles postextractionnelle

Editions
CdP



De gauche à droite : Christophe BRANCHU, Marion PIGNOLY, Virginie MONNET-CORTI, Alexandra BOYER et Axel DE RENTY

SEANCE COMMUNICATIONS POSTER

Président de séance **Mathieu RIMBERT** (Toulouse, Fr)
Jurys **Brenda MERTENS** (Montpellier, Fr) & **Alain BORGHETTI** (Martigues, Fr)

1^{er} prix Editions CdP (1 an abonnement revue) : Simone RAKOTO ALSON

RAKOTO ALSON S., RASOARISEHENO F. J., RAVELOMANANTSOA M. A.,
DAVIDEAU J-L., TENENBAUM H. (Mahajanga, Madagascar)
Relation entre maladie parodontale et hypertension artérielle à Madagascar

Editions
CdP

2^{ème} prix Straumann (Ouvrage) : Alexandre EPAILLARD

Ouvrage « ITI treatment guide »

EPAILLARD A., MATHIEU A., GOSSET M., DOUCET P. (Paris)
Apport de l'entretien motivationnel au sein de l'éducation thérapeutique du patient en parodontologie : revue de littérature

straumann
simply doing more

3^{ème} prix SFPIO (Invitation Congrès 2018) : Wafa NASRI

NASRI W., HARZI M., BEN ABDALLAH S. (Monastir, Tunisie)
Implantation immédiate ou différée dans le secteur antérieur que choisir?

SFPIO



De gauche à droite : Paul MATTOU, Alexandre EPAILLARD, Simone RAKOTO ALSON, Wafa NASRI, Alain BORGHETTI, Mathieu RIMBERT, Brenda MERTENS et Axel DE RENTY

L'AIR-FLOW[®] handy 3.0 → PROPHYLAXIE PREMIUM SOUS ET SUPRA-GINGIVAL



POUDRE AIR-FLOW[®] PLUS

À base d'érythritol pour un traitement plus confortable



EMS-DENTAL.COM

AIR-FLOW[®] est une marque d'EMS Electro Medical Systems SA, Suisse

AFh.3 ed. 03/2017

Le Conseil d'Administration annuel de la SFPIO s'est tenu le samedi 10 juin 2017, à Toulouse, lors du congrès annuel. Voici un extrait du compte-rendu.

Le compte rendu intégral peut vous être adressé par email, sur simple demande à l'adresse : sfpionational@gmail.com

38 présents : BARTHET Pierre (Sud Ouest), BAYSSE Eric (Sud Ouest), BLANC Aurore (Paris), BOSCHIN François (Nord Picardie), BOULANGE Patrick (Lorraine), BOUSQUET Philippe (Languedoc), CALVO Loïc (Midi-Pyrénées), CARROTTE Damien (Rhône-Alpes), CHANGEY Rémi (Val de Loire), DALIFARD Michel (Normandie), DELATTRE Cyril (Aquitaine), DERSOT Jean-Marc (Normandie), DUCHATELARD Philippe (Auvergne), DUFFORT Stéphane (Rhône-Alpes), EL RAYES Joseph (Auvergne), ETTEGUI Emmanuelle (Paris), FESQUET Olivier (Languedoc), FEUILLET Damien (Rhône-Alpes), FOUQUE Caroline (Sud Est), GARBARNI Laure (Bretagne), GERARD Nathalie (Aquitaine), GOSSET Marjolaine (Paris), HONNORAT Véronique (Sud Ouest), JEANNE Sylvie (Bretagne), JOSEPH David (Lorraine), LAFFORGUE Christophe (Midi-Pyrénées), LAURENCIN Sara (Midi-Pyrénées), LEININGER Matthieu (Alsace), LETHUILLIER Josselin (Languedoc), MARTY Christophe (Sud Ouest), MOLINA Véronique (Paris), MONNET-CORTI Virginie (Haute-Normandie), NISAND David (Auvergne), REINGEWIRTZ Yves (Alsace), STRUILLLOU Xavier (Haute-Normandie), VALAT Jérôme (Aquitaine), VINCENT-BUGNAS Séverine (Côte d'Azur), VINEL Alexia (Sud Ouest)

BILAN MORAL DE LA PRÉSIDENTE

960 membres au 30 mai 2017. La SFPIO fait maintenant partie des 5 sociétés européennes les plus importantes de l'EFPP.

Les projets finalisés, pérennes :

- Le livre « J'ai peur de perdre mes dents, que faire docteur ? », les plaquettes « Ce que vous devez savoir sur les maladies parodontales », les fiches à l'attention des patients en partenariat avec Sunstar, PFOC et Oral B et l'interrogatoire médical en paro et implanto en partenariat avec Colgate et les films PFOC hygiène péri-implantaire sont accessibles depuis le site de la SFPIO www.sfpio.org, onglet « Informations membres ».
- Les vidéos Colgate sur le brossage et l'hygiène Parodontale sont disponibles en accès restreint aux membres, sur la page d'accueil du site.
- Le groupe Facebook « My SFPIO »
- 2ème journée de la Santé Parodontale Européenne (11 mai 2017)
- La journée « Les dentistes à l'écoute des patients » (29 mai 2017)
- Les Webinars Colgate

Les projets en cours :

- Le JCP Yearbook 2014 en Français est rendu chez l'éditeur

Point presse :

- Rubrique dans l'Information Dentaire
- Rubrique dans le JPIO
- Objectif Paro – Toujours un succès

LES POINTS À L'ORDRE DU JOUR :

- 1- Etat d'avancement de l'enregistrement du nom de la SFPIO auprès de l'INPI
- 2- Bilan financier
- 3 - La SFPIO et les sociétés régionales : Le nom des régions, le cout des impressions de plaquettes d'annonce des manifestations en région, problématique des NPAI.
- 4 - Informations relatives à l'élection du bureau national en janvier 2018
- 5 - Les cycles : le nouveau cycle de formation approfondie en chirurgie plastique parodontale
- 6 - L'ADF 2017 : la séance SFPIO aura lieu le jeudi MATIN de 9H à 12H et non l'après-midi comme les années précédentes.
- 7 - Congrès SFPIO/SFODF : La SFPIO et la SFODF organise une journée commune le 16 Décembre 2017. Cette année, la SFODF se charge de l'organisation et prendra en charge l'intégralité des frais. L'année suivante ou dans deux ans, la SFPIO se chargera à son tour de l'organisation si c'est un succès et si elle le souhaite.
- 8 - Congrès 2018 : Une journée exceptionnelle le 20 janvier 2018
- 9 - EFP - EuroPerio9 : Dates : 20-23 JUIN 2018 Amsterdam.
- 10 - Congrès 2019 : En attente de proposition régionale
- 11 - Prix « Philippe Lemaître » en collaboration avec le CNEP



La séance SFPIO

Judi 30 novembre 2017 de 9:00 à 12:00

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

L'Assemblée Générale de la SFPIO
se tiendra, comme de coutume, lors du congrès de l'ADF.

Venez y assister le :
Judi 30 novembre 2017 à 17h00



La SFPIO est heureuse de vous accueillir sur son **stand ESPACE S (1L31)**
lors du congrès de l'ADF et vous propose
un **cocktail apéritif réservé aux membres de la SFPIO**

**LE VENDREDI 1ER DÉCEMBRE 2017
À 12H30**

Nous vous y attendons nombreux !

**PARTICIPEZ À
NOTRE GRAND
JEU CONCOURS À
L'OCCASION DU
CONGRÈS DE L'ADF
ET GAGNEZ**

1er prix :
Une place pour la journée
de congrès de la SFPIO
2018 - Paris le 20 janvier

2ème prix :
L'adhésion 2017 à la
société régionale de votre
choix

3ème prix :
La blouse brodée du logo
de la SFPIO

BULLETIN DE PARTICIPATION



Pour jouer, remplissez ce bulletin, découpez le et déposez-le
sur le stand de la SFPIO (stand 1L31) au congrès de l'ADF
avant le vendredi 1er décembre 2017 à 12h !

Jeu concours

A l'occasion du congrès de l'ADF du 28 novembre au 2 décembre 2017,
un tirage au sort vous permettra peut être de gagner
1 des 3 prix mis en jeu !

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Email :

Tél. :



LES FONDAMENTAUX SOURCE DE SÉRÉNITÉ

DU 28 NOVEMBRE AU 2 DÉCEMBRE

Programme scientifique dès le
mardi 28 novembre

Exposition internationale à partir du
mercredi 29 novembre



**AU PALAIS
DES CONGRÈS
DE PARIS**

Concept On1™

On1 est un nouveau concept prothétique. Il préserve la fixation des tissus mous en agissant comme base de piliers entre la pose de l'implant et la finalisation. Les tissus mous sont ainsi préservés pendant la prise d'empreinte et la pose de composants prothétiques.

Restaurer facilement les implants

Rien de plus simple que de connecter le transfert d'empreinte ou votre pilier préféré grâce à la base qui place la connexion au niveau du tissu.

Préserver la fixation des tissus mous

Les tissus mous sont préservés pour une cicatrisation optimale. La base reste en position pendant que les piliers définitifs, provisoires ou de cicatrisation sont placés.

Bénéficier d'une flexibilité prothétique

Les deux options de hauteur de base permettent d'optimiser les résultats esthétiques à court et à long terme.

Choisir entre une solution scellée ou transvissée

En fonction des indications ou des préférences cliniques, vous pouvez choisir une restauration finale scellée ou transvissée.



Base On1



Cicatrisation



Provisoire/
Définitif



Rendez-vous sur nobelbiocare.com/on1

La séance SFPIO à l'ADF 2017

CONGRÈS
ADF
2017

Interview de la présidente de la séance SFPIO qui se déroulera lors du congrès de l'ADF 2017

Jeudi 30 novembre 2017 de 9:00 à 12:00

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



Virginie MONNET-CORTI

Objectif Paro : Pr MONNET-CORTI, vous présidez cette année la séance SFPIO à l'ADF consacrée aux tissus mous péri-implantaires. Les parodontistes ne devraient pas laisser les implantologistes traiter ce sujet ?

Virginie MONNET-CORTI :

Au début était la Société Française de Parodontologie (SFP) puis un jour le Pr Branemark vint nous présenter ses implants en « prime time » et il fut décidé de devenir la SFP et Implantologie Orale (SFPIO).

Les responsables du programme de la parodontologie (Myriam Dridi) et de l'implantologie orale (Addy Antoun) du comité scientifique du congrès de l'ADF 2017 ont décidé conjointement de demander à la SFPIO de traiter ce sujet. Alors ce sont des membres et conférenciers de la SFPIO, qui aborderont ce sujet car cela fait partie de leur compétence première et de leur exercice quotidien.

Objectif Paro : Peu de sujets entretiennent autant la polémique que la nécessité de la présence d'un bandeau de GK autour des implants. Quelle approche enseignez-vous à vos étudiants ?

Virginie MONNET-CORTI :

Comme dans les années 1980, en parodontologie, le questionnement du bienfait d'un bandeau de tissu kératinisé autour des dents avait été sujet à controverse clinique et théorique. Il a fallu attendre les publications scientifiques des années 2010 concernant les implants pour mettre un terme à ce questionnement : Oui il est nécessaire d'avoir un bandeau de muqueuse péri-implantaire kératinisée et IMMOBILE autour des implants dentaires pour permettre la pratique d'une bonne hygiène péri-implantaire et résister aux agressions mécaniques et traumatismes locaux. Ceci est d'autant plus important que les tissus mous péri-implantaires sont moins vascularisés que la gencive et donc

se défendent et cicatrisent moins bien. N'oublions pas que selon le dernier rapport consensuel du 6ème workshop Européen sur les maladies péri-implantaires, 80% des patients porteurs d'implants présentent une mucosite, et 25 à 56% une péri-implantite. Mais je crois, mon cher Yves Reingerwitz, que tu vas nous dire quand et comment augmenter la quantité de tissu kératinisé. Je suis impatiente de t'écouter.

Objectif Paro : Pensez-vous que les techniques de chirurgie muco-gingivale enseignées au cycle de parodontologie de la SFPIO soient un atout nécessaire avant de réaliser des traitements implantaires ?

Virginie MONNET-CORTI :

Oui. Je suis convaincue que toutes les techniques de chirurgie muco-gingivale sont utiles et nécessaires à la réalisation d'un traitement implantaire pérenne. Il existe des cas cliniques « idéaux » pour insérer un implant : crête osseuse volumineuse et tissu kératinisé immobile, épais et haut, avouez qu'ils sont assez rares en pratique quotidienne. Alors que faire dans les autres situations cliniques : s'abstenir faute de compétence ? Faire fi de la biologie et de l'evidence-based dentistry et poser « quand même » en croisant les doigts ? Je ne pense pas que cela soit éthiquement respectable. Ce que je dis à mes étudiants de 2ème cycle mais aussi aux internes et aux collègues de mon DU « Au 21ème siècle, si l'on pose des implants, il faut savoir aménager les tissus mous péri-implantaires ou référer nos patients sans réticence pour leur bonne santé ».

Objectif Paro : Quel timing privilégiez-vous dans la gestion des tissus mous péri-implantaires : avant ou pendant la pose des implants ?

Virginie MONNET-CORTI :

Je privilégie toujours la gestion des tissus

mous avant et pendant la pose de l'implant si je ne mets pas l'implant le jour de l'extraction.

Objectif Paro : Cette question sera-t-elle abordée par les orateurs de cette séance ADF ?

Virginie MONNET-CORTI :

Oui cette question est très importante et les orateurs ont la consigne de donner leur avis précis sur cette question fondamentale. Je compte notamment sur Jacques Malet pour partager son expérience y compris sur la réussite esthétique fondée en grande partie sur la composante « rose ».

Je vous laisse le plaisir de venir les écouter et surtout les questionner à ce sujet car il y aura un temps de parole dédié aux congressistes pour que chacun reparte avec des « trucs et astuces » scientifiques à mettre en œuvre dès le lundi matin au cabinet dentaire.

Objectif Paro : Les différences anatomiques entre parodonte et tissus péri-implantaires entraînent-elles des approches techniques différentes dans la gestion des tissus mous ?

Virginie MONNET-CORTI :

La muqueuse péri-implantaire possède les caractéristiques d'un tissu cicatriciel, riche en collagène et pauvre en cellules avec très peu de structures vasculaires. Tandis que la gencive est attachée à la surface dentaire par des fibres de collagène, la muqueuse péri-implantaire ne possède pas ce système d'attache, la rendant plus facilement détachable de la surface implantaire. De ce fait les techniques de chirurgie plastique parodontale sont moins prévisibles autour des implants. Chloé Barbant va nous expliquer pourquoi et nous donner des conseils pratiques d'adaptation de nos techniques parodontales en tenant compte de ces spécificités tissulaires.

Jeudi 30 novembre 2017 | *Gestion des tissus mous péri-implantaires :*
De 9:00 à 12:00 | *quand l'implantologie a besoin de la parodontie*

Responsable scientifique : Virginie MONNET-CORTI
Conférenciers : Chloé BARBANT, Jacques MALET et Yves REINGEWIRTZ

Introduction : La muqueuse péri-implantaire a une influence significative sur le résultat implantaire. Les complications autour des implants peuvent être infectieuses (mucosites, péri-implantites) ou des récessions des tissus mous péri-implantaires. Quel est le rôle du tissu muqueux kératinisé dans ces complications biologiques? Une largeur minimale maintient-elle la santé des tissus péri-implantaires? La réaction du tissu muqueux est-elle si différente de celle du tissu gingival? Différents facteurs peuvent influencer négativement la stabilité de la muqueuse péri-implantaire. Quelles procédures pouvons-nous utiliser pour prévenir ces problèmes? Est-ce que les greffons gingivaux autour des implants sont moins efficaces qu'autour des dents? Devons-nous utiliser des procédures spéciales pour obtenir de meilleurs résultats? Nous essaierons de répondre à toutes ces questions et proposerons des protocoles de plans de traitement, issus de la chirurgie plastique parodontale pour prévenir les complications biologiques, en particulier dans la zone esthétique, ce qui est un véritable défi!



• Chloé BARBANT

Différence entre tissu « péri dentaire et péri implantaire »
Qu'a-t-on appris de la gestion des tissus mous autour des dents supportant des restaurations prothétiques ?

Le succès du traitement implantaire ne se limite plus à l'ostéo-intégration de l'implant. La santé des tissus mous constitue un objectif essentiel pour garantir un résultat esthétique et fonctionnel. Les notions de biotype, d'accessibilité au contrôle de plaque et à la maintenance demeurent les principales préoccupations pour une stabilité tissulaire pérenne dans le temps, que ce soit pour les dents couronnées que pour les implants.

Les manifestations parodontales, telles que l'inflammation et les récessions, représentent les premières complications des dents restaurées et plusieurs études ont évalué leur incidence autour des implants à 7,5 ans après la mise en fonction de l'implant. Ces manifestations seraient, d'une part, expliquées par le remodelage tissulaire lié à la pose de la prothèse et/ou de l'extraction, et par les agressions bactérienne et mécanique soumises aux tissus mous.

Alors que les tissus péri-implantaires, considérés comme cicatriciels, ont de nombreux points communs avec les tissus gingivaux, ils présentent néanmoins des particularités histologiques, comme la faiblesse de l'attache fibreuse et du réseau vasculaire, rendant ces tissus moins résistants qu'autour des dents naturelles. La gestion de ces tissus est donc indispensable dans la thérapeutique implantaire pour prévenir ou corriger les défauts tissulaires.

Néanmoins, il est, aujourd'hui, en implantologie, difficile d'obtenir des consensus quant à la conduite à tenir et la prédictibilité de résultat. C'est la raison pour laquelle, les aménagements des tissus péri-implantaires se réfèrent aux mêmes techniques et connaissances éprouvées en parodontie. Nous pouvons donc transposer les différentes techniques de greffes déjà connues au service de la réhabilitation implantaire avec l'apport de greffons conjonctif ou épithélio-conjonctif, selon l'indication. Même si, d'après de nombreuses revues de littérature, les conditions muqueuses péri-implantaires influencent peu la stabilité de l'implant, dès lors que le contrôle de plaque reste efficace, le sens clinique nous incite à favoriser, comme autour des dents, la création d'un environnement muqueux optimal, avec une quantité suffisante de muqueuse kératinisée pour maintenir une santé et une intégrité tissulaire.

Nous tâcherons d'expliquer lors de cette séance comment les structures anatomiques des tissus péri-implantaires vont influencer les décisions thérapeutiques et la nécessité d'utiliser les techniques muco-gingivales connues en parodontie au service de l'implantologie.

Références :

1. Jung RE, Zembic A, Pjetursson BE, Zwahlen M, Thoma DS. Systematic review of the survival rate and the incidence of biological, technical and esthetic complications of single crowns on implants reported in longitudinal studies with a mean follow-up of five years. Clin Oral Implants Res 2012; 23(suppl 6):2-21.
2. Caplanis N., Romanos G., Rosen P., Bickert G. Sharma A, Lozada J. Teeth versus implants: mucogingival considerations and management of soft tissue complications. CDA Journal. 2014; 42(12): 841-58



• Yves REINGEWIRTZ

Augmentation de la quantité de tissu kératinisé autour des implants : quand et comment ?

Quand augmenter la quantité de tissu kératinisé autour des implants ? En tout premier lieu il faut répondre à cette question : la présence de tissu kératinisé autour des implants est-elle indispensable ?

L'évidence de la nécessité d'une largeur de 2mm de muqueuse kératinisée (MK) a été démontrée chez l'animal par Warrer (1995), ou dans des expérimentations cliniques chez l'homme (Abrahamsson (1996), Bouri (2008), Kim (2009), Boynuegri (2013), Ladwein (2015)). Ces résultats ont été confirmés dans des revues systématiques par Lin (2013), Moraschini (2017) et Dragan (2017). Ils permettent d'établir une association positive entre une largeur adéquate de MK et des tissus péri-implantaires sains, et a contrario entre l'absence de MK et une quantité plus importante de plaque, d'inflammation gingivale, de récession muqueuse ou de perte d'attache.

Différents auteurs remettent en question la nécessité d'un bandeau de 2mm de MK afin d'éviter une inflammation péri-implantaire, dans des expérimentations animales avec Strub (1991) ou dans le cadre d'études chez l'homme (Wennström (1994),

Jemt (1996), Brägger (1997), Schrott (2001)). Pour certains auteurs, l'absence de MK n'augmente pas la profondeur de poche ni les récessions muqueuses (Wennström (1994), Bengazi (1996)) ni la perte d'attache ou la résorption osseuse péri-implantaire (Chung (2006), Roos-Jansäker (2006)). La revue de littérature de Wennström en 2012 conclut au manque de niveau de preuve entre une largeur de MK de 2mm et un état de santé implantaire.

Cette remise en question est récemment contestée dans deux études prospectives, avec Baquain (2012), montrant qu'une absence de MK est un facteur de risque d'échec précoce, puis avec Oh2 (2017). Ce dernier montre dans une étude clinique prospective contrôlée randomisée que l'absence de MK entraîne un accroissement significatif de l'indice gingival, du saignement au sondage ainsi qu'une résorption osseuse péri-implantaire significativement plus marquée.

A quel moment et comment réaliser cet apport ? L'apport de gencive kératinisée peut être réalisé préventivement dès le stade de l'extraction dentaire, associé ou non à un biomatériau, afin de limiter l'effondrement physiologique post-extractionnel (Fickl (2008), Thalmair (2013), Jung (2013)). La hauteur de MK peut également être améliorée lors de la mise en place ou lors de la découverte de l'implant par vestibuloplastie (lambeau repositionné apicalement) associé à une greffe épithélio-conjonctive ou par la mise en place d'un greffon conjonctif enfoui, cette technique offrant les meilleurs résultats esthétiques (Stimmelmayer (2012), Jung (2013)). La morbidité consécutive au prélèvement du greffon palatin peut être réduite par l'utilisation de substituts de tissus mous xénogènes ou allogènes (Lorenzo (2012) ; Thoma (2014)).

Réaliser l'apport de MK après le temps implantaire prothétique et après l'installation d'une péri-implantite compliquée éventuellement d'une récession muqueuse expose le chirurgien au délicat problème du recouvrement et de la toxicité de la surface implantaire avasculaire exposée.

Références :

1. Wennström J, Derks J. Is there a need for keratinized mucosa around implants to maintain health and tissue stability? Clin Oral Impl Res 2012 ; 23: issue S6; 136-146
2. Oh S-L, Masri RM, Williams DA, Ji C, Romberg E. Free gingival grafts for implants exhibiting lack of keratinized mucosa: a prospective controlled randomized clinical study. J Clin Periodontol 2017 ; 44 : 195-203



• Jacques MALET

Apport des tissus mous pour la pérennité à long terme des résultats esthétiques

INTRODUCTION

La chirurgie implantaire suit une approche globale intégrant à la fois l'os et les tissus mous afin d'aboutir au meilleur résultat, de prévenir les complications et d'assurer une stabilité à long terme.

Notre approche met l'accent sur la gestion des tissus mous à toutes les étapes du traitement pour obtenir un résultat esthétique optimal, favoriser la cicatrisation et minimiser la morbidité du traitement.

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE TISSUS MOUS

Les complications des tissus mous peuvent se produire dans les premières phases, ainsi que dans les mois / années qui suivent la mise en place des implants. Ils peuvent être la conséquence d'un remodelage osseux ou d'un effet néfaste des techniques d'augmentation osseuse. Un biotype fin et/ou l'implantation immédiate sont « également deux facteurs qui augmentent le risque de complications des tissus mous.

Une mauvaise gestion des tissus mous peut avoir des conséquences néfastes : tissus cicatriciels visibles, manque de volume global, ombre inesthétique ou récession. Ceci peut compromettre le résultat esthétique et potentiellement le pronostic des implants.

Pour gérer de telles complications après la pose de la prothèse, des techniques d'augmentation des tissus mous sont possibles afin d'optimiser le pronostic et le résultat esthétique. Ces techniques sont issues de la chirurgie plastique parodontale avec quelques modifications. Cependant, il faut noter que le résultat de la chirurgie plastique à ce stade, est peu prévisible en raison de la présence de l'implant et de la prothèse. La connaissance de l'étiologie des complications, permet de développer une approche préventive pour un résultat plus prévisible.

PRÉVENTION DES COMPLICATIONS DE TISSUS MOUS

Modification du biotype

Quelque soit la situation clinique, nous devons examiner les tissus mous en priorité.

Si le biotype est fin, une greffe de tissu conjonctif (GTC) est souvent nécessaire. Le moment de sa mise en œuvre dépendra de la technique sélectionnée pour la mise en place de l'implant. La décision s'appuie

sur les possibilités de réduire la morbidité tout en limitant le risque chirurgical. On tendra donc à réduire le nombre de chirurgies, mais aussi à limiter les complications post-opératoires. Avec les GTC, la sélection du site de prélèvement et éventuellement l'utilisation d'un substitut des tissus mous sont des facteurs clés pour améliorer le confort du patient.

Implant immédiat

C'est la situation la plus exigeante, car les modifications osseuses après l'extraction sont peu prévisibles. La sélection des cas, la prévention osseuse (biomatériaux) et la prévention des tissus mous (GTC) sont les 3 paramètres à prendre en compte pour anticiper les changements de volume et assurer une stabilité à long terme.

Techniques d'augmentation osseuse

La mise en place précoce de l'implant 6 à 8 semaines après l'extraction (après la fermeture des tissus mous) est la condition optimale pour effectuer une augmentation osseuse avec le risque le plus bas et sans réduction du vestibule. En outre, cette approche permet de générer une nouvelle quantité de tissus mous. Une GTC supplémentaire peut être indiquée pendant la cicatrisation osseuse si le volume vestibulaire à 3 mois n'est pas suffisant.

Stabilité à long terme

L'expérience clinique montre que les volumes obtenus après une augmentation osseuse se réduisent à long terme, tandis que les tissus mous greffés augmentent au fil du temps. Cette constatation justifie une approche globale prenant systématiquement en compte les tissus mous.

CONCLUSION

Bien que la présence d'os soit une condition préalable à une ostéointégration initiale, la qualité et la quantité de tissus mous semblent être des éléments cruciaux pour la stabilité à long terme. La connaissance de la manipulation, de la cicatrisation et des techniques de greffe de tissu conjonctif est essentielle pour proposer des solutions de traitement prévisibles. La greffe de tissu conjonctif, bien qu'étant une chirurgie relativement invasive, reste la technique de référence. Les perspectives entrevues par les techniques alternatives de prélèvement, et, à l'avenir, par de nouveaux substituts de tissus mous, devraient limiter la morbidité de nos traitements, pour une meilleure qualité de vie du patient.

Références :

Benic GI, Mokti M, Chen CJ, et al. Dimensions of buccal bone and mucosa at immediately placed implants after 7 years: a clinical and cone beam computed tomography study. Clin Oral Implants Res. 2012;23:560-566.
Chappuis V, Engel O, Shahim K, et al. Soft Tissue Alterations in Esthetic Postextraction Sites: A 3-Dimensional Analysis. J Dent Res. 2015;94:1875-1935.

**Système d'implant
Tapered Screw-Vent®**



Riche d'une expérience clinique de plus de 15 ans et d'un taux de survie cumulé,¹ le système d'implant Tapered Screw-Vent offre d'excellentes caractéristiques pour les traitements d'implantologie modernes :

- Forme conique pour des protocoles de mise en charge immédiate avec suffisamment d'os^{1,2}
- Une haute stabilité primaire indiquée lors d'une mise en charge immédiate^{1,2}
- La topographie de la surface MTX® offre un contact os-implant élevé avec d'excellentes propriétés ostéoconductrices³
- La technologie Platform Plus™ exclusive de Zimmer est une connexion hexagonale à friction conçue pour protéger l'os cristaux des forces occlusales.

¹ Ormianer Z, Palti A. The use of tapered implants in the maxillae of periodontally susceptible patients: 10- Year Outcomes. Int J Oral Maxillofac Implants 2012; 27: 442-448.

² El Chaar E, Bettach R. Immediate placement and provisionalization of implant-supported, single-tooth restorations: a retrospective study. Int J Periodontics Restorative Dent 2011; 31(4).

³ Todisco M, Trisi P. Histomorphometric evaluation of six dental implant surfaces after early loading in augmented human sinuses. J. Oral Implantol 2006; 32 (4): 153-166

Pour plus d'informations, contactez-nous au 01 45 12 35 35.

www.zimmerbiometdental.fr

Toutes les marques citées ici sont la propriété de Zimmer Biomet ou de ses filiales sauf mention contraire. Le système d'implant Tapered Screw-Vent est fabriqué et distribué par Zimmer Dental, Inc. En raison des exigences de la réglementation, la division dentaire de Zimmer Biomet continuera à fabriquer des produits sous les noms de Zimmer Dental Inc. et de Biomet 3i LLC jusqu'à nouvel ordre. ZB0104FR REVA 10/16. ©2016 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.



ORTHODONTIE ET INTERCEPTION MUCO-GINGIVALE

16 DÉCEMBRE
2017 / LE WESTIN
PARIS



Journée multidisciplinaire SFODF/SFPIO

« Partageons nos connaissances
Enrichissons-nous de nos différences »



Virginie MONNET-CORTI
Présidente de la SFPIO



Olivier SOREL
Président de la SFODF

NOUVELLE JOURNÉE MULTIDISCIPLINAIRE

Une ère nouvelle s'est ouverte avec l'avènement d'une dentisterie multidisciplinaire portée par les avancées respectives des spécialités de l'odontologie moderne.

Les parodontologues, comme les orthodontistes, ont en commun le parodonte qu'ils soignent, préservent et protègent. Ce parodonte, unique objet de leur bienveillance, à la fois fragile et fort, ressource d'un potentiel de vie incroyable et vulnérable comme Goliath, est à la merci des contraintes mécaniques portées par les fonctions, et des micro-organismes si nombreux dans la cavité buccale. Jouant sur ce même terrain, nos spécialités ne pouvaient que se rencontrer, mais comment sublimer cette rencontre ?

Le travail inter-disciplinaire exige de connaître les potentialités et les limites de chacun.

La confrontation nous oblige à adopter une démarche modeste à l'écoute de l'autre où l'échange grandit nos possibilités thérapeutiques, nous pousse dans nos retranchements et nous permet de repousser les limites que nous nous fixons. **Il nous rend plus efficaces.**

Les occasions de partager nos connaissances avec nos confrères spécialistes ne sont pas si nombreuses, alors, organiser une journée avec la SFPIO nous est apparu comme une évidence. Le thème de cette première journée est « **Orthodontie et Interception muco-gingivale** ».

OBJECTIFS

Nous nous intéresserons donc au tissu superficiel du parodonte. Sur ce point, la parodontologie est d'un grand secours pour renforcer un parodonte faible, alors que l'orthodontie peut avoir des effets iatrogènes indésirables. Cibler le moment de ce renforcement offre au patient, par une interception muco-gingivale appropriée, la chance d'un avenir parodontal meilleur.

Quand doit-on intercepter ces pathologies ?

Dans le cadre d'un traitement orthodontique, nous définirons les mouvements potentiellement à risques afin de pouvoir comparer la situation parodontale avant traitement et le pronostic de cet état après mouvement orthodontique. Cette notion de comparaison avant/après entre dans la prise de décision du moment de l'interception. L'expérience des praticiens et les solutions proposées sont aussi des éléments dans la prise de décision.

Enfin, le temps de cicatrisation nécessaire doit être pris en compte dans la planification des interventions de chacun. Ceci nous amènera à définir **les responsabilités respectives des praticiens** et à préciser les éléments du dossier nécessaires pour informer le patient sur les plans thérapeutique, chronologique et financier.

Nous aborderons ensuite **l'espace inter-proximal et sa relation avec les papilles** où orthodontistes et parodontistes ont chacun des prises en charge innovantes et efficaces.

La journée se poursuivra par **une séance « Cas cliniques »** où nous réfléchirons collectivement sur les cas que vous soumettrez à l'analyse des intervenants, afin de dégager la ou les solutions de prise en charge les mieux adaptées (une charte de présentation vous sera adressée au préalable, afin de disposer des éléments nécessaires : anamnèse, photographies, radiographies...).

«Rappelons-nous que seul nous ne sommes rien»



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

Mieux connaître Pierpaolo CORTELLINI

Dr Pierpaolo Cortellini a reçu son MD à l'Université de Florence (Italie) en 1980, et son DDS en 1984 à l'Université de Sienne (Italie). Dr Cortellini est le fondateur de ATRO et ERGOPerio (Berne CH), entités de recherche à but non lucratif. Il est past président de la Société Italienne de Parodontologie et de l'EFP. Promoteur et coordinateur de six "projets Educatifs nationaux" de l'ISDP, il fut président scientifique d'EuroPerio6 et du 1^{er} EFP Master Clinic. Il gère un cabinet de pratique privée multidisciplinaire sur Florence (Italie). Dr. Cortellini est investi dans la recherche clinique en parodontologie depuis 1982, plus particulièrement en régénération parodontale, esthétique et diagnostic. Dr. Cortellini fait des conférences en Italie et dans le monde ; il est référent pour le principal journal scientifique dans le domaine de la parodontologie, et l'auteur de plus de 100 publications originales dans des journaux scientifiques.



Pierpaolo CORTELLINI

Découvrir le programme

En présence de dents avec des atteintes parodontales terminales, les praticiens se posent souvent la même question clé : Dois-je traiter ces dents ou les extraire et les remplacer par des implants ? Modifier le pronostic de dents avec des atteintes parodontales terminales chez des patients affectés par la maladie parodontale implique une stratégie complète de traitement en trois étapes : 1/ le diagnostic, 2/ le contrôle de la maladie parodontale, 3/ la réalisation de chirurgie parodontale et dans certains cas de chirurgie régénérative, lorsque indiqué. Suivre cette stratégie permettra de modifier le pronostic général du patient et par la suite plus spécifiquement de ses dents. Le nouveau et "juste" pronostic du patient permettra également la mise en place sereine d'implants, si nécessaire. Les dents et les implants des patients traités parodontalement et suivis dans le cadre d'un suivi de maintenance parodontale auront une meilleure durée de vie et peu d'effets secondaires seront à noter.

Samedi 20 janvier 2018 – 9:00 – 18:00

Part 1. Contexte biologique et clinique

Raisonnement de régénération parodontale
Classification et diagnostic des lésions osseuses parodontales
Les matériaux de régénération
Efficacité clinique et généralisation : les résultats cliniques

Part 2. L'approche chirurgicale

Des bases biologiques permettant le choix de la stratégie régénératrice
L'évolution des méthodes de lambeaux et résultats cliniques
Les lambeaux de conservation de papille et chirurgie peu invasive

Part 3. Le potentiel et les limites de régénération parodontale

Traitement des lésions endo-paro : les dents avec des atteintes parodontales terminales
Analyse coûts-avantages de l'approche régénératrice
Arbres décisionnels : Quand faire quoi

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

CONFÉRENCIER

SANDRO CORTELLINI

DATES DU CONGRÈS

20 JANVIER 2018

LIEUX DU CONGRÈS

EUROSITES GEORGES V
28, Avenue Georges V · 75008 Paris


SFPIO

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Le Docteur :
 Adresse :

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

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

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

Mode de règlement

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

Souhaite recevoir

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

Merci de retourner ce formulaire à : SFPIO - 9 RUE BOILEAU - 44000 NANTES
Pour plus d'information, contacter le : 02 40 08 06 63

COMITÉ D'ORGANISATION

Virginie MONNET-CORTI
 David NISAND

SFPIO : Jean-Luc Ardouin - Aurore Blanc - Alain Borghetti - Patrick Boulange - Philippe Bousquet - Philippe Duchatelard - Stéphan Duffort - Caroline Fouque - Marjolaine Gosset - Corinne Lallam - Josselin Lethuillier - Brenda Mertens - Virginie Monnet-Corti - David Nisand - Nicolas Picard - Yves Reingewirtz - Xavier Struillou - Christian Verner - Séverine Vincent-Bugnas

LES PARTENAIRES 2017 DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PARODONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE

PLATINIUM

Pierre Fabre
ORAL CARE

Colgate
 NOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Dentsply
 Sirona

GOLD

Oral-B

PHILIPS
 sonicare

SUNSTAR

VET ZEISS

CLASSIQUE

ACTEON

Initiatives
 SANTE

straumann
 simply doing more

EMS
 LABORATOIRES

Nobel
 Biocare

gsk
 CLASSICLINE

Geistlich
 Biomaterials

HENRY SCHEIN

ZIMMER BIOMET
 Your progress. Our promise.

Johnson & Johnson
 MADE IN FRANCE

JUNIOR

curaden

PREO

THOMMEN

mectron
 medical technology

PeriodSystem

TePe

Biomatériaux@Straumann®

Straumann® Emdogain®
 Orchestrez la cicatrisation
 des plaies buccales.

Vos patients sont de plus en plus exigeants en ce qui concerne l'esthétique, le confort et l'efficacité. Emdogain® est la solution que vous recherchez pour répondre à ces exigences. Emdogain® accélère la cicatrisation des tissus mous après la chirurgie et minimise l'inconfort pour le patient en réduisant le gonflement et la douleur. Il initie et favorise un processus de cicatrisation naturel qui mène au résultat esthétique souhaité par le patient.



Straumann® Emdogain® est un dispositif médical de classe III fabriqué par l'Institut Straumann AG et destiné aux professionnels de santé dans le cadre de la régénération bucco-dentaire des tissus et de l'os. Lire attentivement la notice d'utilisation. Dispositif médical non remboursé par les organismes de santé. Document publicitaire à destination des professionnels de santé.

* en faire plus tout simplement

straumann
 simply doing more*

«Xavier Struillou vient d'être élu au sein de l'executive committee de l'EFP. Il sera donc le coordinateur de la journée Européenne de la Santé gingivale 2018, la journée annuelle initiée par l'EFP et organisée par les sociétés nationales de chaque pays membre.

Il participera également à tous les comités EFP – postgraduate, undergraduate, Workshop, scientific affairs, communications et le congress task force – ainsi qu'aux comités d'organisation d'EuroPerio9 et du Perio Master Clinic 2020.

Xavier Struillou deviendra le président de l'EFP lors de l'assemblée générale de 2020.»

Extrait d'EFP news



Xavier STRUILLOU

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

EuroPerio9
JUNE 20-23 | 2018
RAI AMSTERDAM

2nd ANNOUNCEMENT

9th Congress of the European Federation of Periodontology

efp.org

EuroPerio9

AMSTERDAM WILL BECOME THE WORLD CAPITAL OF DENTAL PROFESSIONALS FOR FOUR DAYS

DEAR FRIENDS AND COLLEAGUES,

There is now less than a year to go before the world's biggest perio event – EuroPerio9! The entire organising committee is working harder than ever to bring you an exciting and unforgettable congress.

The rich and varied scientific programme features more than 120 speakers from all over the world who are masters in the field of periodontology and implant dentistry. The schedule includes new features, such as TED-style talks by alumni of the EFP post-graduate programmes in periodontology, a debate session about a critical topic, and – for the first time at EuroPerio – live surgery.

Of course, there will also be sessions for the whole dental team as well as the now-famous 3D session. And clinicians will be especially keen to attend the “nightmare session” and the session on treatment planning, which will give them plenty of tips to improve their daily practice. The latest key research in periodontology and implant dentistry will be presented and discussed by some of the world's leading experts.

But we also ask you to come along and present your scientific studies or interesting clinical cases to the perio world. So, please prepare your abstracts and submit them before the November 28, 2017 deadline.

The social programme has been quite easy to organise, as the city of Amsterdam offers plenty of activities and possibilities. Following the huge success of the Congress Party in London, we are going to hold a similar event here. And the location – very close to RAI Amsterdam – is absolutely amazing!

We hope that visitors to EuroPerio9 will also take their time to enjoy Amsterdam and its surroundings. It may be difficult to choose where to go, as there is so much to see – the museums, the canals, the nearby North Sea beaches, the beautiful little villages, ...

So, save the dates in your diary and remember that early registration saves you money. And please make sure, that your abstracts arrive before the deadline. You will find all the information you need on our website.

The whole organising team is waiting to see you in Amsterdam next year.

Get ready for EuroPerio9 now!
And make EuroPerio9 your EuroPerio!



Michèle Reners

IMPORTANT DATES

Monday, September 25, 2017

Start online registration and abstract submission

Tuesday, November 28, 2017

Deadline for submission of abstracts

Deadline for submission of manuscripts for EFP Clinical Research Prize

Wednesday, February 28, 2018

Latest notification / classification of accepted abstracts

Wednesday, March 14, 2018

End of early registration fee

Friday, June 8, 2018

End of regular fee

Wednesday, June 20 – Saturday, June 23, 2018

EuroPerio9

MARK THEM
IN YOUR
CALENDAR!



Zoom sur

La chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire

JPIO

Vient de paraître ! Enfin disponible : la réédition du best-seller **Chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire** coordonné par les professeurs **Virginie Monnet-Corti** et **Alain Borghetti**.

-5%



Ce livre est devenu le manuel de référence en chirurgie plastique parodontale : le succès de cet ouvrage repose sur l'exposé des techniques les plus récentes par des cliniciens expérimentés et leur analyse critique des résultats.

→ **Nouveau : le livre associe désormais la thématique « péri-implantaire » car cette chirurgie plastique spécifique est devenue aujourd'hui indispensable.**

→ **Grâce à la collaboration de spécialistes de renommée internationale, à l'apport de nouveaux contributeurs, à une actualisation de tous les chapitres en tenant compte de la littérature scientifique la plus récente et aux très nombreux illustrations et cas cliniques, ce livre dresse dans ce domaine un état des connaissances actuelles à ce jour inégalé.**

Sous la direction :



du **P^r Virginie Monnet-Corti**



et du **D^r Alain Borghetti**

Je découvre l'ouvrage



Bon de commande à retourner avec votre règlement à : **INITIATIVES SANTÉ** -

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

DC1701

Mes coordonnées : personnelles professionnelles

Oui, je commande :

Titre	Code	ISBN	Quantité	Prix ^{TTC}	Total
Chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire	G10963	978-2-84361-321-0	<input type="text"/>	187 € 177,65 €	<input type="text"/>
				Frais de port	<input type="text"/> 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 :

5% de réduction en ligne avec le code **AUTO17**

www.editionscdp.fr/boutique

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Email :



Article scientifique

1er prix
Séance Communication Recherche
Toulouse 2017

ETUDE CLINIQUE ET IN VITRO DU RECEPTEUR SOLUBLE TREM-1 DANS LA PARODONTITE

AUTEURS :

DUBAR Marie, GIBOT Sébastien, STRAZIELLE Catherine, BISSON Catherine

Faculté de Chirurgie Dentaire - Rue du Dr Heydenreich 54000 Nancy



Dr Marie DUBAR

INTRODUCTION

Les récepteurs de la famille TREM (*Triggering Receptor Expressed on Myeloid cells*) mis en évidence au niveau des membranes de cellules de la lignée myéloïde, comme les monocytes/macrophages ou encore les polynucléaires neutrophiles, jouent un rôle dans les premières étapes de la réponse inflammatoire. Un des récepteurs de cette famille, TREM-1, a particulièrement été étudié pour son rôle dans la modulation de l'inflammation, montrant une implication en lien avec les voies de signalisation TLR (*Toll Like Receptor*) 2-4. Il existe entre les récepteurs TLR et le récepteur TREM-1 un synergisme d'activation formant une boucle d'amplification aboutissant d'une part à la production augmentée de cytokines pro-inflammatoires et chimiokines (IL-1 β , TNF α , IL-6, IL-8) et d'autre part à une diminution de la synthèse de cytokines anti-inflammatoires (IL-10) par certaines cellules immunitaires (Bouchon et al., 2000 ; Bleharski et al., 2003 ; Tessarz et al., 2008). Ces cytokines pro-inflammatoires, retrouvées en fortes concentrations dans le fluide crémulaire de patients atteints de parodontite, sont impliquées dans le recrutement des Polynucléaires Neutrophiles (PNN) mais aussi dans l'ostéoclastogénèse ou la libération par les fibroblastes de Métalloprotéinases Matricielles (MMP) (Hajishengallis, 2014).

Une forme soluble du récepteur TREM-1, TREM-1s, reflet de son activation, correspondant à la partie extracellulaire du récepteur clivée notamment par des MMP, joue le rôle de leurre pour le ligand de TREM-1. Cette molécule a été retrouvée en forte concentration dans les fluides biologiques de patients souffrant de diverses pathologies inflammatoires. Le sepsis, la polyarthrite rhumatoïde, les pneumopathies, l'infarctus du myocarde sont autant de maladies où le récepteur TREM-1 est à l'étude (Derive et al., 2013 ; Hommes et al., 2014 ; Boufenzler et al., 2015 ; Chen et al., 2015). La modulation de la voie d'activation de TREM-1, notamment dans le sepsis ou l'infarctus du myocarde, a montré des bénéfices *in vivo* pour les animaux traités. En effet la modulation de l'activation de ce récepteur permet de limiter l'amplitude de la réponse inflammatoire sans pour autant l'inhiber, permettant ainsi de conserver les effets bénéfiques et de limiter les effets délétères.

A l'heure actuelle, peu d'études cliniques ont été mises en place afin de déterminer l'implication du récepteur TREM-1 et de sa forme soluble dans la parodontite.

Les objectifs de notre étude étaient donc d'évaluer les variations des concentrations de TREM-1s entre des sites issus de patients avec une parodontite (2 sites pathologiques et 1 site sain) et d'un site sain provenant d'un patient témoin indemne de toute maladie parodontale en fonction des différents indices cliniques parodontaux et de déterminer l'environnement bactérien ainsi que l'impact du stress psychologique sur ces concentrations. En parallèle, l'effet du LPS de *Porphyromonas gingivalis*, parodontopathogène majeur, sur l'expression de TREM-1 et la production de TREM-1s a été étudié dans un modèle cellulaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Population étudiée :

30 patients (Malades) consultant dans le département de Parodontologie du CHU de Nancy ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants : patients adultes, atteints de parodontite chronique ; présentant au moins 2 sites d'une profondeur de poches parodontales \geq 5 mm et au moins 1 site sain (Profondeur de sondage \leq 3 mm). Les critères de non-inclusion étaient : patients bénéficiant d'une antibiothérapie systémique (dans les 6 mois précédents) ou de tout traitement médicamenteux

influençant l'environnement parodontal (anti-inflammatoires, antiépileptiques, immunosuppresseurs) ; femmes enceintes (modification de la flore bactérienne) ; patients ayant bénéficié d'un surfaçage radiculaire réalisé dans les 6 mois précédant le prélèvement.

10 patients contrôles (Témoins) ont été sélectionnés sur la base des critères suivants : patients adultes, indemnes de parodontite et pris en charge pour un contrôle dentaire ou un détartrage. Les mêmes critères de non-inclusion que pour les patients malades étaient appliqués aux témoins.



ETUDE CLINIQUE ET IN VITRO DU RECEPTEUR SOLUBLE TREM-1 DANS LA PARODONTITE (suite)

Déroulement de l'étude :

Après information aux patients et recueil de la non-opposition, des examens cliniques avec le relevé des indices cliniques parodontaux (indice de plaque PII, indice gingival GI de Loe et Silness, profondeur de poche parodontale PPD, perte d'attache PA, présence d'un saignement au sondage, d'une mobilité dentaire) et un bilan radiographique de routine ont été réalisés. Un prélèvement bactérien et un prélèvement de fluide crévulaire sur 2 sites pathologiques et 1 site sain chez les Malades et sur 1 site sain pour les Témoins ont été effectués, de même qu'un prélèvement salivaire (Salivette®, réalisée au lever pour chaque patient). Les concentrations de TREM-1s et de cortisol salivaire ont été déterminées par des tests ELISA (R&D system). 11 parodontopathogènes ont été identifiés et quantifiés par une PCR semi-quantitative (kit MicroDent Plus 11). Les patients ont également répondu à l'auto-questionnaire du Stress Perçu de Cohen.

Modèle cellulaire :

L'isolement des monocytes, issus du sang périphérique de 4 volontaires sains, a été réalisé par sélection négative immunomagnétique à l'aide du kit EasySep™ Human Monocyte Isolation whole blood (Stemcell™ Technologies). Les monocytes ont été mis en culture 24 heures en présence ou non de 1µg/ml de LPS de *P. gingivalis* (Invivogen). Les concentrations de TREM-1s ont également été déterminées par des tests ELISA et l'expression membranaire de TREM-1 par cytométrie en flux après marquage avec un anticorps anti-TREM-1 couplé au fluorochrome APC (Miltenyi Biotec).

Analyses statistiques :

Le test de Student a été utilisé pour la comparaison des moyennes, le test de Mann-Whitney a été employé lorsque les variances étaient non homogènes et le test ANOVA lorsque plusieurs groupes étaient impliqués. Les corrélations ont été estimées par un coefficient de corrélation de Spearman. Une valeur p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.

RÉSULTATS

Variations entre sites et indices cliniques parodontaux :

Nous avons observé des concentrations de TREM-1s significativement plus élevées dans les sites pathologiques par rapport aux sites sains des Malades et sites sains des Témoins (respectivement $325,9 \pm 24,97$ vs $72,87 \pm 12,43$ et $32,05 \pm 6,98$ pg/ml, $p < 0,001$) (Figure 1A). De plus les concentrations augmentaient significativement avec la PPD (1B), les indices PII (1E), GI (1D) et la présence d'une mobilité dentaire (1C).

TREM-1s salivaire :

Les concentrations de TREM-1s salivaires étaient plus élevées dans notre groupe Malades par rapport à notre groupe Témoins (2242 ± 1884 vs $867,5 \pm 581,2$ pg/ml, $p = 0,0436$). Et une corrélation significative a été constatée entre les concentrations de TREM-1s salivaire et du fluide crévulaire lorsqu'une moyenne était appliquée entre les différents sites prélevés ($r = 0,3772$, $p = 0,015$).

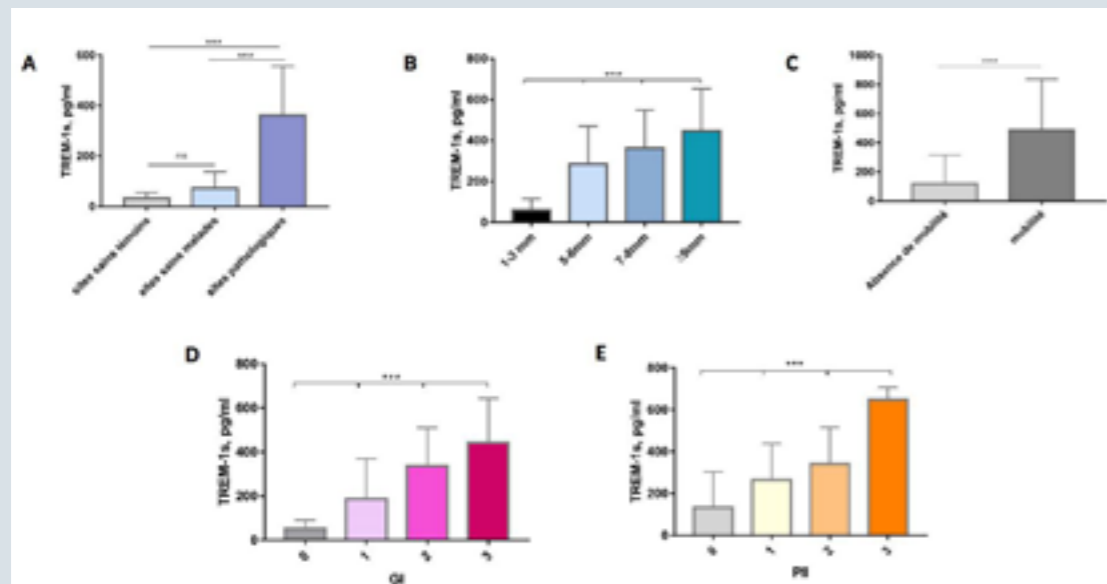


Figure 1 : Variations des concentrations de TREM-1s (A) en fonction des sites et (B, C, D, E) des paramètres cliniques parodontaux. Moyenne ± écart-type ; ns = non significatif, *** $p < 0,001$

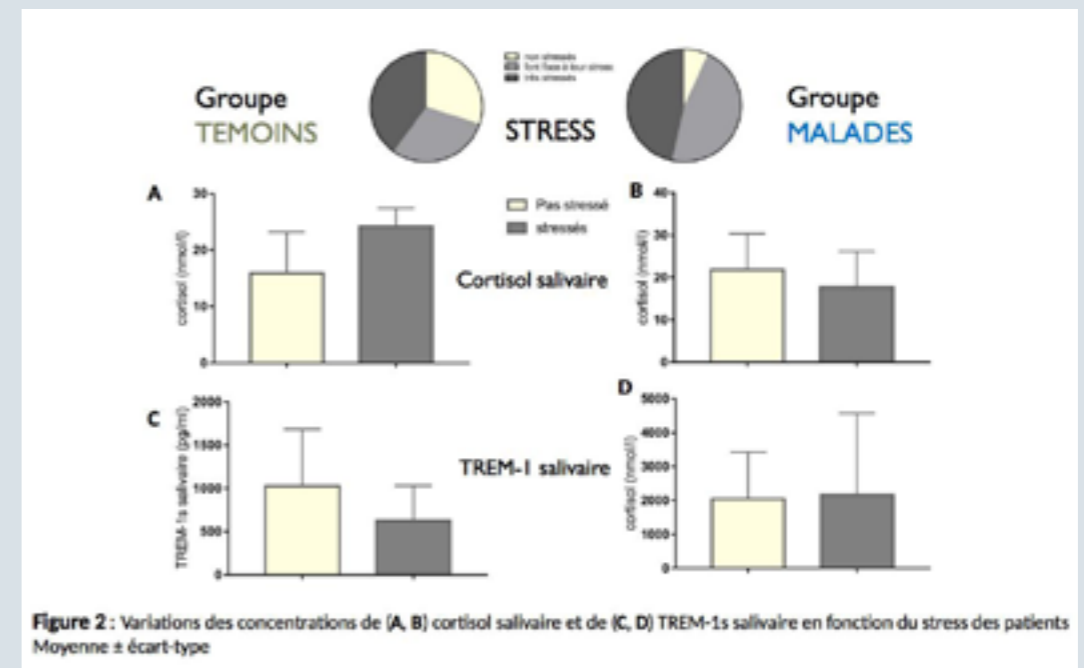


Figure 2 : Variations des concentrations de (A, B) cortisol salivaire et de (C, D) TREM-1s salivaire en fonction du stress des patients. Moyenne ± écart-type

Contexte de stress :

L'analyse de l'auto-questionnaire nous a permis de constater que notre population de patients Malades était plus stressée que celle des Témoins (94% vs 70%). En outre chez les Témoins stressés des taux de cortisol plus élevés et des taux de TREM-1s salivaire plus faibles que pour les Témoins non stressés étaient observés (respectivement $24,2 \pm 3,24$ vs $15,91 \pm 7,29$ nmol/l et $626,6 \pm 404,8$ vs $1027 \pm 658,5$ pg/ml). Ces tendances semblaient inversées chez les Malades ($17,77 \pm 8,37$ vs $21,83 \pm 8,54$ nmol/l et 2163 ± 2009 vs 2049 ± 1378 pg/ml) (Figure 2).

Environnement bactérien :

Cinq bactéries parodontopathogènes ont été retrouvées en forte quantité et de manière fréquente (à plus de 50% des sites) quel que soit la PPD : Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, Tannerella forsythia (complexe rouge de Socransky), Fusobacterium nucleatum et Campylobacter rectus (bactéries du complexe orange de Socransky) (Tableau 1). De plus des concentrations de TREM-1s plus faibles étaient retrouvées dans les sites où la bactérie Aggregatibacter actinomycetemcomitans était présente par rapport à ceux où les 3 bactéries du complexe rouge étaient identifiées ($158,1 \pm 97,8$ vs $322,4 \pm 188,4$ pg/ml, $p = 0,03$) (Figure 3).

Modèle cellulaire :

Nous avons constaté que le LPS de *P. gingivalis* induit l'expression membranaire de TREM-1 (29% d'augmentation) (Figure 4B) ainsi que le relargage par les monocytes de TREM-1s ($126,8 \pm 50,42$ vs $60,43 \pm 32,92$ pg/ml pour les cellules non stimulées, $p < 0,001$) (4A).

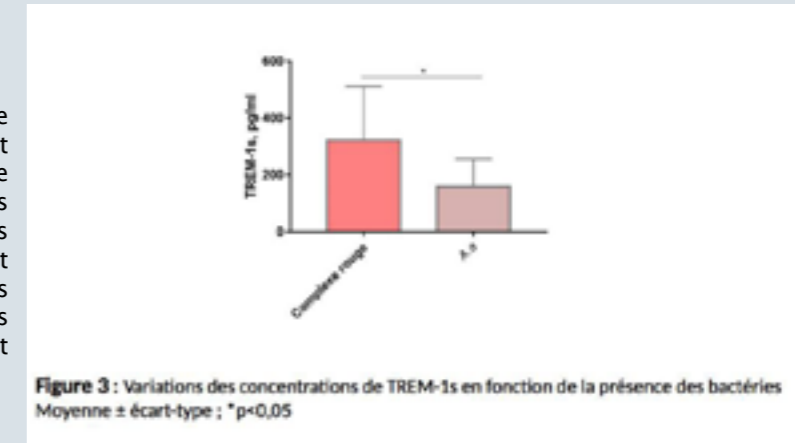


Figure 3 : Variations des concentrations de TREM-1s en fonction de la présence des bactéries. Moyenne ± écart-type ; * $p < 0,05$

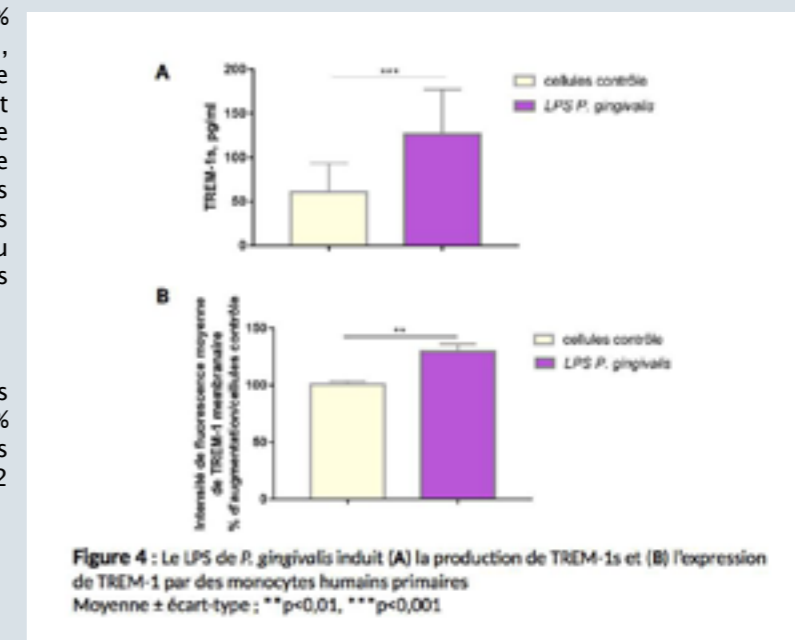


Figure 4 : Le LPS de *P. gingivalis* induit (A) la production de TREM-1s et (B) l'expression de TREM-1 par des monocytes humains primaires. Moyenne ± écart-type ; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

ETUDE CLINIQUE ET IN VITRO DU RECEPTEUR SOLUBLE TREM-1 DANS LA PARODONTITE (suite)

Tableau 1 : Répartition des bactéries parodontopathogènes en fonction de la profondeur de poche parodontale

Parodontopathogènes (10 ⁴)	sites pathologiques « groupe Malades » (- = absence, ++ moins de 50% des sites, +++ plus de 50% des sites)		
	Sites PPD<5mm (20 sites)	Sites PPD<8mm (24 sites)	PPD>9mm (14 sites)
A.a	-	+	+
P.g	++	++	++
P.i	+	+	+
T.f	++	++	++
T.d	++	++	++
P.m	-	-	+
F.n	++	++	++
C.r	++	++	++
E.n	-	-	+
E.c	-	-	+
O.p	-	-	+

DISCUSSION

Les différences observées entre groupes Malades et Témoins concernant les concentrations de TREM-1s salivaire et crévulaire en fonction des sites prélevés ou des indices cliniques parodontaux sont en concordance avec les résultats des études de Bisson et coll. de 2012 Bostanci et coll. de 2013. Dans cette dernière les concentrations salivaires étaient positivement corrélées aux paramètres cliniques parodontaux. L'évolution des concentrations de TREM-1s du fluide crévulaire et salivaire avec les symptômes inflammatoires de la maladie renforce l'idée que TREM-1s, à l'instar de l'IL-1 puisse être un possible indicateur de l'état inflammatoire de la maladie parodontale (test PST évaluant la séquence génomique codant une hypersécrétion d'IL-1).

Les niveaux de TREM-1s salivaires semblent fluctuer inversement en fonction du stress chez les Malades par rapport aux Témoins. Ces variations pourraient s'expliquer par un effet immunosuppresseur du stress chez nos Témoins dû notamment à la libération augmentée de cortisol, hormone du stress par excellence, et que cet effet est perturbé chez nos Malades de par la présence des pathogènes parodontaux modulant la réponse immunitaire de l'hôte (Tian et al., 2014). L'augmentation de la population des Témoins nous permettrait d'infirmer ou confirmer ces résultats.

Le pouvoir cytotoxique vis-à-vis des cellules immunitaires

de la bactérie A. actinomycetemcomitans peut expliquer les faibles concentrations de TREM-1s dans les sites la contenant. Cependant peu de nos sites présentaient la bactérie, des études ultérieures seront nécessaires pour renforcer cette hypothèse.

CONCLUSION

Depuis la découverte des récepteurs de la famille TREM, les études se sont multipliées et ont accumulé les preuves de leur capacité à moduler la réponse inflammatoire. TREM-1 semble impliqué dans la pathogénicité de diverses pathologies et la modulation de cette voie est un axe de recherche thérapeutique prometteur en cours de développement notamment dans le sepsis. Dans notre travail nous avons confirmé la présence de TREM-1s dans le fluide crévulaire des patients atteints de parodontite chronique avec des concentrations élevées dans les poches profondes et en lien avec les symptômes inflammatoires de la pathologie. Les résultats in vitro corroborent la capacité de certains parodontopathogènes tel que P. gingivalis à activer ce récepteur. La modulation de la voie de TREM-1 par des peptides inhibiteurs pourrait être une stratégie intéressante à explorer en tant qu'adjuvant du traitement parodontal conventionnel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BISSON C, MASSIN F, LEFÈVRE PA, THILLY N, MILLER N, GIBOT S. Increased gingival crevicular fluid levels of soluble triggering receptor expressed on myeloid cells (sTREM)-1 in severe periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2012;**39**(12):1141-1148.

BLEHARSKI, JR, KIESSLER V, BUONSANTI C, SIELING PA, STENGER S, COLONNA M, et al. A role for triggering receptor expressed on myeloid cells-1 in host defense during the early-induced and adaptive phases of the immune response. *J. Immunol.* 2003;**170**:3812-3818.

BOSTANCI N, OZTÜRK VÖ, EMINGIL G, BELIBASAKIS GN. Elevated oral and systemic levels of soluble triggering receptor expressed on myeloid cells-1 (sTREM-1) in periodontitis. *J Dent Res.* 2013;**92**(2):161-165.

BOUCHON A, DIETRICH J, COLONNA M. Cutting edge: inflammatory responses can be triggered by TREM-1, a novel receptor expressed on neutrophils and monocytes. *J. Immunol.* 2000;**164**(10):4991-4995.

BOUFENZER A, LEMARIE J, SIMON T, DERIVE M, BOUAZZA Y, TRAN N, et al. TREM-1 Mediates Inflammatory Injury and Cardiac Remodeling Following Myocardial Infarction. *Circ Res.* 2015;**116**(11):1772-1782.

CHEN X, EKSIÖGLU EA, CARTER JD, FORTENBERY N, DONATELLI SS, ZHOU J, et al. Inactivation of DAP12 in PMN inhibits TREM1-mediated activation in rheumatoid arthritis. *PLoS ONE.* 2015;**10**(2):e0115116.

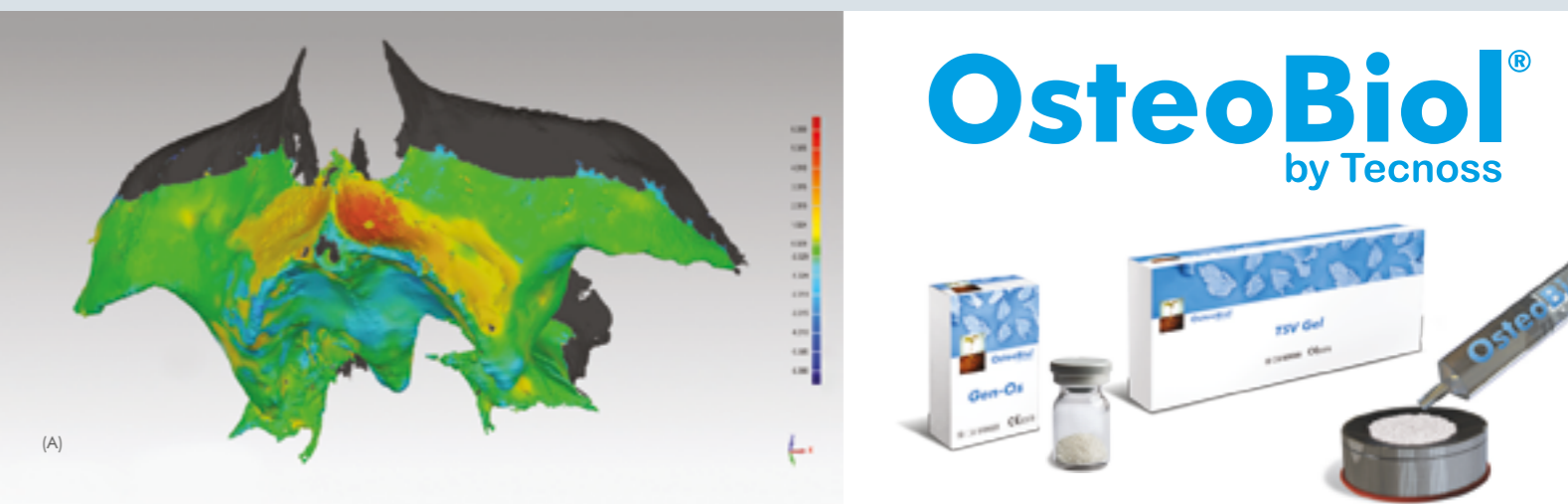
DERIVE M, BOUFENZER A, BOUAZZA Y, GROUBATCH F, ALAUZET C, BARRAUD D, et al. Effects of a TREM-like transcript 1-derived peptide during hypodynamic septic shock in pigs. *Shock.* 2013;**39**(2):176-82.

HAJISHENGALLIS G. Immuno-microbial pathogenesis of periodontitis: Keystones, pathobionts, and the host response. *Trends Immunol.* 2014;**35**(1):3-11.

HOMMES TJ, HOOGENDIJK AJ, DESSING MC, VAN'T VEER C, FLORQUIN S, COLONNA M, et al. Triggering receptor expressed on myeloid cells-1 (TREM-1) improves host defence in pneumococcal pneumonia. *J Pathol.* 2014;**233**(4):357-67.

TESSARZ AS, CERWENKA A. The TREM-1/DAP12 pathway. *Immunol Lett.* 2008;**116**(2):111-6.

TIAN R, HOU G, LI D, YUAN T-F. A possible change process of inflammatory cytokines in the prolonged chronic stress and its ultimate implications for health. *ScientificWorldJournal.* 2014;**2014**:780616.



UNE COMBINAISON UNIQUE POUR LA STABILISATION DU GREFFON
OsteoBiol® Gen-Os® porcin cortico-spongieux avec collagène + TSV gel thermosensible

Progressivement résorbable⁽¹⁾ | Favorise l'os néoformé et la vascularisation de la zone greffée⁽²⁾ | Stabilité exceptionnelle^(A)

(1) Nannmark U, Sennerby L - CIDRR, 2008 Dec; 10(4): 264-70

(2) Prof. Imad About et al - Dental Materials Journal, 2016 Sep 29 Epub ahead of print

(A) CBCTs montrant une augmentation horizontale jusqu'à 5 mm : les zones jaunes et rouges illustrent l'augmentation osseuse

Superposition des scanners pré-opératoires et cone beams post-opératoires en simultanée : remerciements au Pr Tiziano Testori



Distribué par :
Laboratoires PRED
79 avenue Aristide Briand
94118 Arcueil cedex, France
Tél 01 41 98 34 00
Fax 01 41 98 34 11
info@pred.fr - www.pred.fr

osteobiol.com

REGENERATION SCIENCE

INSPIRED BY NATURE



Inava **NOUVEAU** HYBRID



Brosse à dents électrique
Technologie Sonique



Brosse à dents manuelle
Technologie Inava



**L'efficacité en profondeur,
la douceur en plus**

L'innovation HYBRID par Inava



Technologie SONIQUE avec vibration des brins à haute fréquence pour un brossage optimisé



Brossette Inava interchangeable dotée de brins coniques souples aux extrémités non traumatisantes

10X

Élimine **10X** plus de plaque dans les espaces interdentaires par rapport à une brosse à dents classique*



Légereté et ergonomie pour une utilisation facilitée



Brosse à dents rechargeable
Autonomie 1 mois



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

Pierre Fabre
ORAL CARE

www.inava.fr

Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MÉDICAMENT



Article scientifique

1er prix
Séance Communication Clinique 1
Toulouse 2017

Le point sur l'acide hyaluronique dans le traitement de la perte partielle ou totale des papilles

AUTEURS :

Dr MOLL Vivien, AHU sous section d'enseignement Parodontologie, ancien interne des hôpitaux de Marseille

Dr DERMAN Myriam, ancien interne MBD des hôpitaux de Marseille

Pr MONNET-CORTI Virginie, sous section d'enseignement Parodontologie, Praticien hospitalier APHM, Responsable du DU parodontologie théorique et clinique de Marseille, Présidente de la SFPIO



Dr Vivien MOLL

La présence de la papille interdentaire est un facteur esthétique déterminant pour la forme et le contour des dents antérieures. Sa perte même partielle entraîne inévitablement la présence d'un trou noir. L'absence de la papille dans le secteur antérieur fait partie des problématiques esthétiques fréquemment rencontrées par le parodontiste surtout dans une population où près de 80% de la population expose son parodonte lors du sourire (1). L'arsenal thérapeutique reste cependant limité et c'est dans ce contexte que s'intègre un traitement minimalement invasif pour régénérer la papille : l'injection d'acide hyaluronique (2).

La papille interdentaire

La papille interdentaire est une structure anatomique fragile constituée de deux versants vestibulaire et lingual rejoint par un col non kératinisé. En plus de son rôle esthétique elle joue un rôle physiologique de barrière, un rôle mécanique dans la phonation évitant les fuites d'air et lors de la mastication par la déflexion alimentaire. Sa forme anatomique est véritablement dictée par un certain nombre de facteurs qui sont autant d'indicateurs pouvant entraîner la formation d'un trou noir ou tendre à la régénération de la papille (3) (figure 1).

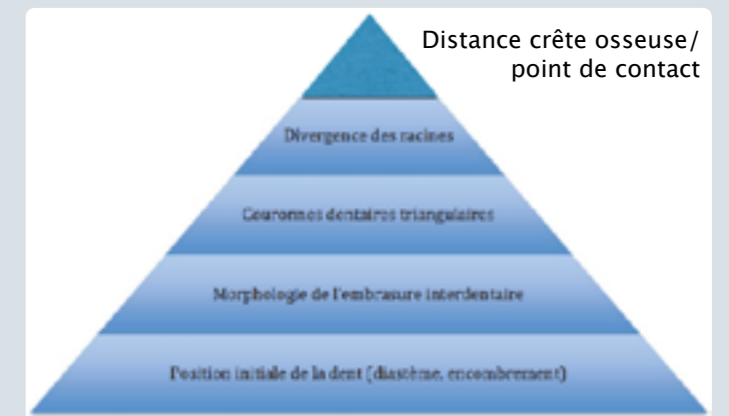


Figure 1 : Hiérarchie des facteurs de risque de l'apparition de triangles noirs

La perte de la papille est définie en 4 classes, selon la classification de Nordland et Tarnow (3), en fonction de leur perte de hauteur et se mesure selon trois marqueurs anatomiques le point de contact, le point le plus apical (vestibulaire) et le point le plus coronaire (proximale) de la jonction amélo-cémentaire (figure 2).



Figure 2 : Classification de Nordland et Tarnow (3) de la classe 0 à gauche qui remplit entièrement l'espace interdentaire à la classe III à droite avec une absence de totale de papille.



Le point sur l'acide hyaluronique dans le traitement de la perte partielle ou totale des papilles (suite)

L'acide hyaluronique

La législation française autorise l'injection d'acide hyaluronique par les chirurgien-dentiste suite à la lettre du secrétaire d'état chargé de la Santé du 16 février 2012 adressée à l'ONCD. L'acide hyaluronique (AH) est un glycosaminoglycane de la famille des polysaccharides. Il est synthétisé par l'intermédiaire de bactéries comme le *Streptococcus zooepidemicus* ou *Bacillus subtilis*. L'AH joue un rôle biologique dans la structuration et la régulation de la matrice extracellulaire, dans la protection mécanique et dans l'hydratation cutanée (5). L'objectif de l'injection d'AH dans les papilles est d'utiliser ses propriétés physico-chimiques et notamment son hygroscopie. L'AH est la molécule clé de l'hydratation cutanée, de par sa taille, sa structure hélicoïdale qui lui permet de retenir une grande quantité d'eau et d'ions et lui confère une capacité d'extension et de plasticité des tissus au niveau des espaces extracellulaires.

Protocole d'injection d'AH

L'injection se fait sous anesthésie locale et suit un protocole de 4 injections en regard de l'espace interdentaire :

- 1 injection traçante de 0,05ml le long de la ligne muco-gingivale (figure 3)



Figure 3 : injection traçante à la LMG

- 1 injection à 2-3mm la base de la papille de 0,05ml selon un axe de 45° (figure4)



Figure 4 : injection en base de papille avec un angle de 45°

- 1 injection au sommet de la papille
- 1 injection en palatin

L'injection est réalisée à l'aide d'un stylo injecteur permettant une injection contrôlée continue ou en goutte. Les injections peuvent être répétées à intervalle de 3 semaines avec une moyenne de 3 injections (6).

RÉSULTATS

L'objectif est la diminution de la surface du triangle noir. Dans ce cas clinique les résultats à 1 mois montrent une réduction de plus de 50% de la surface du triangle noir (figure 5 et 6) améliorant considérablement l'esthétique de la papille.



Figure 5 : Situation initiale



Figure 6 : Résultat à 1 mois

Plusieurs auteurs ont étudié les effets de l'injection d'acide hyaluronique sur le volume des papilles. Mansouri et al (7) et Awartani et al (8) obtiennent une réduction d'environ 40% alors que Becker et al (9) et Lee et al (10) montrent des résultats plus proches de 90% avec un écart-type important. Les résultats dépendent essentiellement de l'importance de la perte de substance initiale. Dans une autre étude Lee et al (11) décrit les conditions pour obtenir un résultat de 100% : surface du triangle noir inférieure à 0,25mm², une hauteur inférieure à 1mm, une largeur de moins de 0,5mm, une distance inférieure ou égale à 6mm entre la crête osseuse et le point de contact.

CONCLUSION

Bien que les étiologies de la présence ou de l'absence de la papille sont bien connues, aucune solution n'est actuellement prédictible. Les techniques chirurgicales qui ont été décrites montrent des résultats variables et la tendance se tourne donc vers la régénération et l'ingénierie tissulaire.

L'acide hyaluronique permet de repulper la papille grâce à ses propriétés viscoélastiques et par un remodelage de la matrice extracellulaire. Malgré tout il est nécessaire d'évaluer plus précisément au travers d'autres études les indications et la longévité d'un traitement par injection d'acide hyaluronique dans les papilles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Liébart M, Fouque-Deruelle C, Santini A, Dillier F, Monnet-Corti V, Borghetti A. Smile Line and Periodontium Visibility. *Periodontol Pract Today*.2004;1(1):17-25
2. Monnet-Corti V et Borghetti A. Gestion des anomalies de la papille interdentaire. in Borghetti A et Monnet-Corti V *Chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire*. ed CdP, Rueil-Malamaison. 2018. pp287-306.
3. Sharma AA, Park JH. *Ethetic Considerations in Interdental Papilla: Remediation and Regeneration*. *J Esthet Restor Dent*. 2010;22(1):18-28
4. Nordland WP, Tarnow DP. A classification System for loss of Papillary Height. *J Periodontol*. 1998 ;69(10) :1124-6
5. Gall Y. Hyaluronic acid: structure, metabolism and implication in cicatrisation]. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2010;137 Suppl 1:S30-39
6. Monnet-Corti V, Missika P, Monsenego P, Delobel P. L'injection d'acide hyaluronique pour repulper les papilles interdentaires ? *Information dentaire* 2016 ;30(98)
7. Mansouri SS, Ghasemi M, Salmani Z, Shams N. Clinical application of hyaluronic acid gel for reconstruction of interdental papilla at the esthetic zone. *J Islam Dent Assoc Iran*. 2013 ;(25) :152-157
8. Awartani FA, Tatakis DN. Interdental papilla loss : treatment by hyaluronic acid gel injection : a case series. *Clin Oral Investig* 2015
9. Becker W, Gabitov I, Sepanov M, Kois J, Smidt A, Becker BE. Minimally invasive treatment for papillae deficiencies in the esthetic zone : a pilot study. *Clin implant Dent Relat Res*. 2010 ;12(1) :1-8
10. Lee WP, Kim HJ, Yu SJ, Kim BO. Six month Clinical Evaluation of interdental papilla reconstruction with injectable hyaluronic acid gel using an image analysis system : six month clinical evaluation of interdental papilla reconstruction. *J Esthet restor dent*. 2016 ;28(4) :221-30
11. Lee WP, Seo YS, Kim HJ, Yu SJ, Kim BO. The association between radiographic embrasure morphology and interdental papilla reconstruction using injectable hyaluronic acid gel. *J Periodontal Implant Sci*. 2016 ;46(4) :277

TePe – votre expert du nettoyage interdentaire

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

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



TePe Original

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

TePe France SAS,
Tél +33 (0) 1 85 76 69 70
info.france@tepe.com
www.tepe.com/fr





La relation entre le statut parodontal et le système cardio-vasculaire selon des données cliniques et de laboratoire

Traduit de l'anglais par Aymeric Courval

AUTEURS :

A. Grudyanov, E. Krechina, O. Tkacheva, T. Avraamova, A. Khatagov

Central Institute of Scientific Researches on Dentistry and Maxillofacial Surgery of Russia, Moscow



Dr Tamara AVRAAMOVA

INTRODUCTION

Une forte prévalence et la sévérité de la parodontite justifient d'avantage d'études sur sa relation avec les maladies systémiques et les facteurs de risque de cette maladie dans le but de planifier des mesures préventives et thérapeutiques efficaces. Selon le Russian Green Paper, l'infection locale dans le parodonte peut affecter l'état des grands vaisseaux et constitue l'un des facteurs de risque de l'athérosclérose.

OBJECTIF

La détermination de l'état structurel et fonctionnel de la paroi vasculaire chez des patients atteints de parodontite de divers degrés, l'étude des facteurs de risque pour le développement de l'athérosclérose associée à des maladies parodontales inflammatoires et pour clarifier l'effet du traitement étiologique non chirurgical et le traitement chirurgical sur le statut parodontal et le système cardiovasculaire.

MÉTHODES

Selon l'hypothèse des lésions endothéliales chroniques, les premiers changements dans la structure du glycocalyx vasculaire conduisent à une cascade de trouble, tels que: l'augmentation de l'adhérence plaquettaire à la couche sous-endothéliale et la libération de facteurs de croissance.

4 groupes de patients ont été constitués: patients atteints de parodontite légère (MP) -25, modérée -34 (Mod.P), parodontite sévère 30 (SP) et un groupe témoin sans parodontite (n = 20). Les taux de hs-CRP et le profil lipidique ont été mesurés sur l'analyseur biochimique «Sapphire 400» (Hirose Electronic System Co., Ltd - au Japon). Les niveaux d'IL-6 ont été dosés sur l'analyseur Microplate Washer - France. L'état structurel-fonctionnel de la paroi vasculaire des artères carotides communes et externes a été défini par la méthode du balayage duplex avec analyse Doppler, ainsi que la vasodilatation dépendante de l'endothélium (VDDE) et la vitesse de l'onde du pouls. Le risque de développer une maladie cardiovasculaire a été évalué par échelle SCORE. Le test ANOVA a été utilisé pour l'analyse statistique.

Dans un second temps, les patients atteints de parodontite et d'athérosclérose de l'artère brachio-céphalique (ABC) ont été divisés en 2 groupes. Le premier groupe (18

personnes) - un traitement anti-inflammatoire local (TAL). Le deuxième (17 personnes) -TAL + traitement chirurgical. La densité des capillaires dans le parodonte a été évaluée par capillaroscopie, l'intégrité la couche de glycocalyx par microscopie en champ sombre et l'élasticité de l'ABC - par balayage par ultrasons. Les résultats ont été évalués avant, 2 semaines et 6 mois après le traitement.

RÉSULTATS

Avec l'augmentation de la sévérité de la parodontite (P) chez les patients atteints, par rapport au groupe témoin, hs-CRP et IL-6 étaient augmentés de 66,7% (p <0,05), 95,2 (p <0,01) et 2,8 fois (p <0,001). Le spectre lipidique a aussi évolué avec une sévérité croissante de la parodontite, les lésions athérosclérotiques des artères carotides ont été identifiées. L'augmentation de l'épaisseur complexe de l'intima-média comme marqueur de l'athérosclérose a été observée chez les patients souffrant de parodontite modérée (ModP) et sévère (SevP) (9,1% et 16,7%). Chez les patients atteints de MP, ModP et SP la vitesse des ondes pulsatiles était de 9,7 m/s, 10,3 m/s et 11,4 m/s. La VDDE a également changé en fonction de la gravité de la parodontite: 11,6%, 10,7% et 8,7%.

Le traitement initial de la parodontite : Après 6 mois, la densité des capillaires était augmentée, mais le glycocalyx et la tonalité de l'ABC n'avaient pas changé.

Le traitement initial + chirurgical : Selon les résultats du Doppler extra-crânien avec correspondance des couleurs, des modifications de la lame vasculaire ont été évaluées dans la zone de la plaque d'athérome aux différentes périodes, également : avant, immédiatement après le traitement et 6 mois après.

6 mois après l'amélioration des tonalités de l'ABC (1-2% p<0.05), l'épaisseur du glycocalyx endommagé a diminué dans la plaque de 0.30µm ± 0.5µm (p<0.001). La densité des capillaires a plus augmenté.

Au bout de 6 mois, la capillaroscopie a montré la normalisation des boucles capillaires avec une densité des capillaires augmentée de 2,2 fois dans la gencive marginale.

CONCLUSION

La réponse inflammatoire systémique a augmenté chez les patients atteints de parodontite. Chez les patients atteints de parodontite afin de prévenir la progression de la maladie et le développement de la maladie cardiovasculaire, il est nécessaire de surveiller le

métabolisme lipidique et de déterminer le contenu de la hs-CRP pour déterminer l'état structuro-fonctionnel de la paroi vasculaire. Les résultats permettent de considérer la parodontite comme un facteur de risque supplémentaire pour les maladies cardiovasculaires. Le traitement chirurgical de la parodontite a permis d'obtenir des résultats plus significatifs : rétablissement du glycocalyx endothélial, amélioration de la tonalité de l'ABC et récupération de la microcirculation dans le parodonte. L'estimation du risque cardiovasculaire individuel basée sur le diagnostic parodontal précoce, l'analyse de chaque facteur de risque devrait optimiser les programmes de dépistage et les mesures préventives globales.

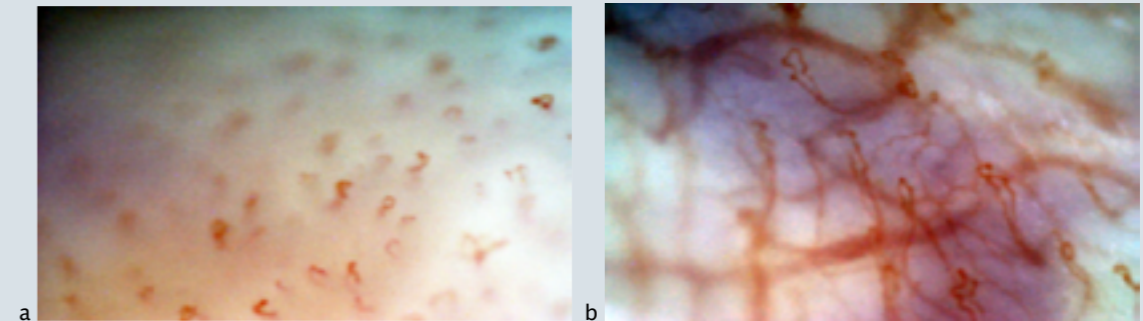


Image 1. Patient S., 49, parodonte intact (capillaroscopie)
a - micro vaisseaux dans la gencive attachée; b - microvessels in the transition fold

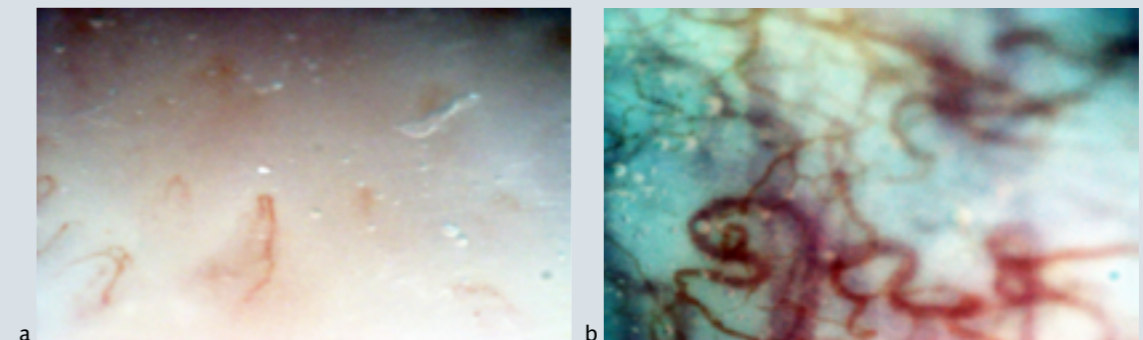


Image 2. Patient O., 45, parodontite modérée et athérosclérose sub-clinique
a - micro vaisseaux dans la gencive attachée; b - microvessels in the transition fold

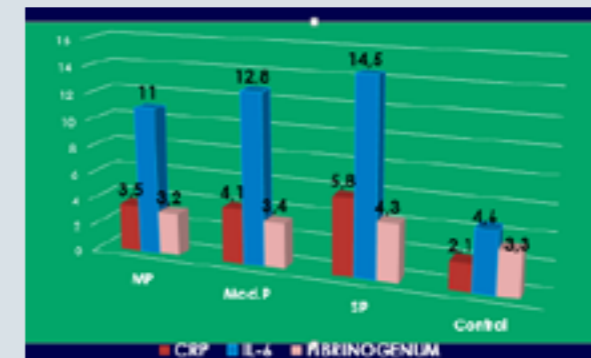


Image 3. Indicateurs de la réponse inflammatoire systémique chez les patients atteints de parodontite.



Tous les biomatériaux ne sont pas identiques...
Regardez de plus près !



GPFADT0617

30 ANS
de recul clinique avec Geistlich Bio-Oss®

20 ANS
de recul clinique avec Geistlich Bio-Gide®

1000
publications scientifiques*



*Nombre d'occurrences lors d'une recherche sur PubMed

Dispositifs médicaux de classe III réservés aux Professionnels de Santé.
Organisme certificateur TÜV : CE 0123 .
Lire attentivement les notices avant utilisation.



www.geistlich.fr

swiss made



La thérapie photodynamique dans le traitement des parodontites chroniques

AUTEURS :

***Harmouche L.**, ***Courval A.**, ***Matthieu A.**, ***Petit C.**, #**Severac F.**, ***Huck O.**, ***Davideau J-L.**

*Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires, Unité Fonctionnelle de Parodontologie

▣Diplôme Universitaire de Parodontologie Clinique

#Groupe Méthodes en Recherche Clinique, Service de Santé Publique,

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), 1 place de l'hôpital, 67000, Strasbourg



Dr Laetitia HARMOUCHE

INTRODUCTION

Les maladies parodontales résultent d'un déséquilibre entre les défenses de l'hôte et une agression bactérienne sous forme de biofilms supra- et sous-gingivaux. Les soins primaires/traitement initial parodontaux visent à réduire la charge bactérienne contribuant ainsi à la réduction de l'inflammation par des moyens essentiellement mécaniques, hygiène bucco-dentaire pour les biofilms supra-gingivaux et détartrage-surfaçage (DSR) pour les biofilms sous-gingivaux dans les poches parodontales. Cependant le DSR présente des limites mécaniques, notamment au niveau des poches profondes, des atteintes de furcation, des courbures radiculaires et des concavités mais également du fait de l'invasion tissulaire bactérienne (Mombelli et al. 2011). Pour pallier à ces difficultés, des thérapeutiques complémentaires sont utilisées, notamment la chirurgie parodontale qui aboutit à une meilleure réduction de poches (suppression des réservoirs bactériens) pour les poches résiduelles >5mm (Heitz-Mayfield et Lang 2013), mais qui peut être associée à une rétraction tissulaire et à un coût opératoire élevé. L'antibiothérapie systémique est également proposée et contribue à une amélioration de l'état parodontal mais présente le risque d'effets secondaires et de développement de résistance bactérienne (Feres et al. 2012). De ce fait, de nouvelles thérapeutiques locales ont été développées comme l'antibiothérapie locale, le laser et la photothérapie dynamique (PDT) (Heitz-Mayfield et Lang 2013).

La PDT est une thérapie adjuvante au DSR. Elle consiste à placer un agent photosensibilisant dans la poche parodontale à traiter. Cet agent sera ensuite activé par une irradiation lumineuse entraînant la libération de radicaux libres causant des dommages irréversibles à la membrane bactérienne ainsi que des modifications nucléiques (Sgolastra et al. 2013). Deux méta-analyses récentes (Sgolastra et al. 2013 ; Xue et al. 2017) n'ont pas pu établir de recommandations cliniques quant à l'utilisation de la PDT en parodontologie du fait de résultats contradictoires dans la littérature, ces contradictions étant principalement dues à une hétérogénéité des protocoles de traitement et des populations étudiées.

L'objectif de cette étude a ainsi été d'évaluer les effets cliniques à 6 mois de la PDT sur le traitement parodontal non-chirurgical initial de patients présentant des parodontites chroniques sévères avec un protocole qui permettra d'en préciser les indications.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Population étudiée

Les patients inclus sont suivis au Service de Parodontologie de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg. Pour être inclus les patients devaient i) être en bonne santé générale, ii) avoir au moins 40 ans, iii) présenter une parodontite chronique sévère généralisée iv) avoir au moins 22 dents avec une symétrie des lésions parodontales, v)

au moins 5 poches > à 4mm par quadrant, et 1 molaire au moins par quadrant. Les patients fumant plus que 10 cig/j, ayant suivi un traitement antibiotique dans les 6 mois précédents, ou ayant bénéficié d'un traitement parodontal spécialisé dans l'année précédente étaient exclus. Les patients ont signé un consentement éclairé.



La thérapie photodynamique dans le traitement des parodontites chroniques (suite)

Protocole

Cette étude a été réalisée en essai thérapeutique randomisé split-mouth en double aveugle. Chaque arcade était divisée en deux quadrants : un quadrant contrôle/placebo étant traité par DSR et un quadrant test/Fotosan ayant reçu en complément au DSR, l'application de l'agent photosensibilisant activé par la lumière LED (PDT).

Ce traitement a été réalisé dans le cadre de la démarche habituelle de la thérapeutique initiale. La PDT a été appliquée 2 fois dans chaque site à 7j d'intervalle. Ce procédé a été répété à 3 mois dans les poches résiduelles >3mm. Les indices cliniques analysés étaient essentiellement la profondeur de poche parodontale, le saignement au sondage (BOP), et l'indice de plaque (PI), relevés en initial, 3 et 6 mois.

L'agent photosensibilisant utilisé était le bleu de toluidine, appliqué dans la poche pour au moins 60s (figure 1), et il a été activé par une lumière LED de longueur d'onde adaptée (630nm) pendant 10 à 30s (figure 2) (FotoSan®630).



Figure 1 : Application de l'agent photosensibilisant



Figure 2 : Application de la lumière LED

Analyse statistique

L'unité statistique de référence est le site. L'évolution des moyennes de poches est le critère d'évaluation primaire. Les critères secondaires sont les évolutions des

moyenne du PI, BOP, et du nombre de poche >5mm. Pour comparer les variances des différents paramètres le test ANOVA a été utilisé. Une analyse logistique de régression multivariée a été également effectuée pour évaluer l'impact des différents facteurs influençant les résultats thérapeutiques, comme le type de dent, la profondeur de poche, et le BOP initial. Une p-value < 0.05 a été jugée significative.

RÉSULTATS

Sur 27 patients inclus, 21 patients ont été suivis sur 6 mois. Les données démographiques et parodontales initiales sont regroupées dans le tableau 1. Les données parodontales sont comparables entre les deux groupes (groupe placebo vs. groupe Fotosan) p<0.05.

Concernant l'évolution globale de l'indice de plaque et du BOP, on constate qu'il y a une réduction de près de 50% dans les deux groupes mais sans différences significatives entre les groupes (graphe 1 et 2). Au niveau de l'évolution de la moyenne des profondeurs de poches on remarque une efficacité des deux traitements mais sans différence significative (graphe 3). Cependant pour les poches supérieures à 5mm le traitement Fotosan® est plus efficace dans la réduction de ces poches que le traitement placebo (p<0.05) (graphe 4).

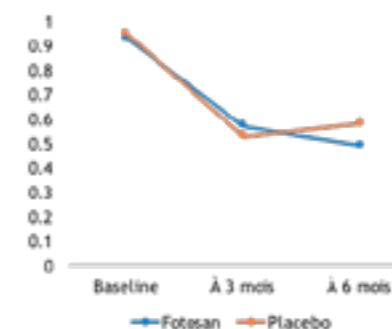
D'autre part, Tomasi et al. 2007 ont montré que les résultats d'un traitement variaient entre les sites dentaires. Ainsi le type de dents, la PPP initiale, BOP et PI sont des facteurs déterminants dans le résultat du traitement parodontal non-chirurgical. Par conséquent des sous-analyses par sites ont été réalisées afin de préciser s'il existe des sites plus aptes à bénéficier de la PDT.

La supériorité du traitement Fotosan® a été analysée en prenant en compte l'effet de la profondeur initiale de poche < ou ≥ à 7mm associé au BOP (tableau 2) et l'effet du type de dent (Molaires vs. Non-molaires) associé à la profondeur initiale de poche < ou ≥ à 7mm (tableau 3) et sur le nombre de poche résiduelle >5mm à 6 mois. Les résultats montrent que le traitement Fotosan® réduit fortement le nombre de poches résiduelles pour les sites présentant des poches profondes et saignant au sondage (-20%) et pour les sites présentant initialement des poches profondes sur les non-molaires (-27%). Enfin, chez les patients présentant un indice de plaque faible tout au long du traitement on observe un effet positif du traitement Fotosan® sur la réduction de profondeur de poche.

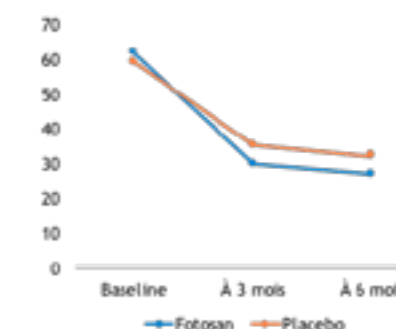
Tableau 1 : données initiales (PPP : profondeur de poche ; BOP: saignement au sondage; PI: indice de plaque de Silness et Loe 1964)

	Groupe Fotosan (DSR + PDT)	Groupe placebo (DSR)
Sexe	7 H (33.3 %) et 14 F (66.6 %)	
Âge moyen	50 ans	
Fumeurs (<10 cig/j)	7 (33.3 %)	
Nombre de dents/groupes	13.02 (1.41)	13.07 (0.94)
Moyenne des poches mm (SD)	4.08(0.65)	4.15(0.60)
BOP % (SD)	67.7(29.6)	67.7(27.9)
PI	0.99(0.44)	0.99(0.48)
PPP>5mm nb de sites (SD)	17.4 (10.64)	18.28 (9.20)

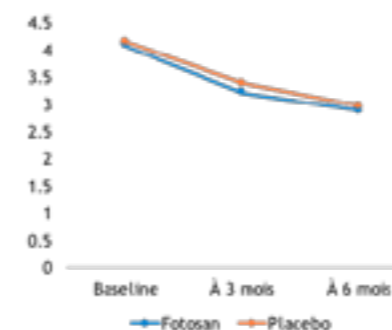
Graphe 1 : Indice de plaque



Graphe 2 : BoP



Graphe 3 : Moyenne de profondeur de poches



Graphe 4 : Nombre de poches > 5mm

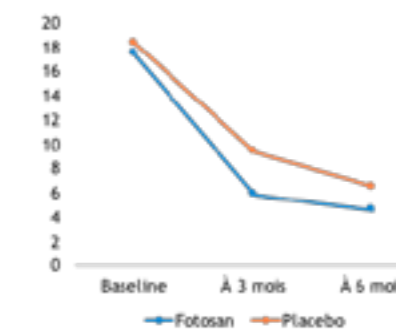


Tableau 2

PD < 7mm + BOP-	PD ≥ 7mm + BOP-
OR= 1.71 (p= 0.120)	OR=1.55 (p=0.825)
PD < 7mm + BOP+	PD ≥ 7mm + BOP+
OR=1.45 (p=0.693)	OR=5.53 (p=0.007) *

Tableau 3

Non-molaire + PD < 7mm	Non-molaire + PD ≥ 7mm
OR= 1.60 (p= 0.270)	OR=3.26 (p=0.05) *
Molaire + PD < 7mm	Molaire + PD ≥ 7mm
OR=1.32 (p=0.787)	OR=1.46 (p=0.873)

DISCUSSION

À notre connaissance, cette étude est la première à analyser l'effet de la PDT par site, en fonction du type de dent, de la profondeur initiale de poche et la sévérité de l'inflammation gingivale. Cette étude met en évidence que le choix des critères d'évaluation des résultats thérapeutiques influence fortement l'analyse et l'impact clinique du traitement FOTOSAN®. Si l'on considère l'évolution moyenne des poches parodontales, il n'y a pas ou peu d'effet de la PDT à 6 mois. La méta-analyse réalisée par Sgolastra al. en 2013 a révélé que la PDT améliorait la réduction de la profondeur de poche de 0.19mm en moyenne. Cette réduction n'était pas statistiquement significative et les auteurs n'ont pas pu établir de recommandations cliniques. Par contre, si l'on considère la persistance de poche >5mm à 6 mois on observe un effet positif global du traitement FOTOSAN® et donc une réduction des besoins en chirurgie (Heitz-Mayfield et al. 2005). Cet effet positif s'observe essentiellement sur certains sites en particulier les poches ≥7mm enflammées. Ce seuil de profondeur de poche initial de 7mm a été choisi puisqu'il s'est avéré que l'apport majeur des antibiotiques systémiques se trouvait au niveau de ce type de poche (Haffajee et al. 2003). Cela peut s'expliquer par les difficultés d'accès aux traitements mécaniques. Le fait que ce sont les non-molaires qui semblent bénéficier de cet effet positif suggèrent que d'autres facteurs de

risques limitent l'action du traitement FOTOSAN® sur ce type de dents. D'autres analyses sont en cours pour voir l'impact des atteintes de furcation. Enfin, un bon contrôle de plaque amplifie l'effet positif du traitement FOTOSAN®, suggérant que la réduction des biofilms supra-gingivales facilite l'effet de la PDT.

CONCLUSION

En conclusion, la photothérapie dynamique présente l'avantage de ne pas avoir d'effets secondaires et est bien acceptée par les patients. Elle peut réduire les indications de chirurgie ou d'antibiothérapie. Cependant, il semble judicieux de l'utiliser là où elle a le plus de valeur ajoutée, notamment au niveau des poches profondes et enflammées, et ce, chez des patients avec une bonne compliance à l'EHBD.

REMERCIEMENTS

Cette étude fait partie du projet PRI 5716 soutenu par les HUS et la Société Thommen Medical®.

BIBLIOGRAPHIE

- Feres, M., Figueiredo, L. C., Soares, G. M. S. and Faveri, M. (2015), *Systemic antibiotics in the treatment of periodontitis*. *Periodontol* 2000, 67: 131-186.
- Haffajee AD, Socransky SS, Gunsolley JC. (2003) *Systemic anti-infective periodontal therapy*. *Ann Periodontol*, 8(1):115-81.
- Heitz-Mayfield, L. J. A. (2005), *How effective is surgical therapy compared with nonsurgical debridement?*. *Periodontology* 2000, 37: 72-87.
- Heitz-Mayfield, L. J. A. and Lang, N. P. (2013), *Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Learned and unlearned concepts*. *Periodontology* 2000, 62: 218-231.
- Mombelli, A., Cionca, N. and Almaghouth, A. (2011), *Does adjunctive antimicrobial therapy reduce the perceived need for periodontal surgery?*. *Periodontology* 2000, 55: 205-216.
- Sgolastra F, Petrucci A, Severino M, Graziani F, Gatto R, Monaco A. *Adjunctive photodynamic therapy to non-surgical treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis*. *J Clin Periodontol* 2013; 40: 514-526.
- Tomasi, C., Leyland, A. H. and Wennström, J. L. (2007), *Factors influencing the outcome of non-surgical periodontal treatment: a multilevel approach*. *Journal of Clinical Periodontology*, 34: 682-690.
- Xue D, Tang L, Bai Y, Ding Q, Wang P, Zhao Y. (2017) *Clinical efficacy of photodynamic therapy adjunctive to scaling and root planing in the treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis*. *Photodiagnosis Photodyn Ther*, 18:119-127.



Relation entre maladie parodontale et hypertension artérielle à Madagascar

AUTEURS :

S RakotoAlson¹, FJ Rasoariseheno¹, MA Ravelomanantsoa¹, JL Davideau², H Tenenbaum²

¹Sous-section parodontologie Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar.

Université de Mahajanga, Madagascar

²Sous-section parodontologie Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg.

Université de Strasbourg France



Dr Simone RAKOTO ALSON

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle constitue un fléau mondial étant la maladie cardio-vasculaire la plus fréquente. Elle touche plus d'un milliard de personnes, soit 25 à 30 % de la population mondiale adulte. Elle augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, de maladie coronarienne, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de troubles cognitifs, et a été à l'origine de 7 à 8 millions de décès dans le monde en 2011 [1,2]. Selon l'OMS, à Antananarivo et Toliara (Madagascar) en 2005, 51,2% des adultes souffraient d'hypertension artérielle [3].

Les maladies parodontales affectent 20 à 50% de la population mondiale [4]. Dans la région de Menabe à Madagascar en 2011, personne n'était épargnée par cette pathologie avec 47 % des sujets atteints de parodontite [5].

De nombreuses études épidémiologiques ont montré une association entre parodontite et hypertension artérielle dans différents pays [6,7].

Ainsi, l'objectif de cette étude est de rechercher une relation entre état parodontal et hypertension artérielle dans la population malgache.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude cas-témoins, réalisée chez tous les patients venus en consultation dans un centre de santé de base sis à Antananarivo, Madagascar, entre mars et juin 2016.

Les patients inclus étaient les individus âgés de plus de 18 ans, ayant plus de 10 dents naturelles en bouche et n'ayant reçu aucun traitement parodontal dans les 6 mois avant l'inclusion. Étaient exclus les individus tabagiques, alcooliques, ou sous traitement antihypertenseur.

Les sujets hypertendus avec une pression artérielle dépassant 140mmHg pour la systolique (PAS) et 90 mmHg pour la diastolique (PAD) constituaient nos cas et les témoins étaient des sujets normotendus, c'est à dire avec PAS comprise entre 120 et 139 mmHg et PAD entre 80 et 89 mmHg [2].

L'indice de plaque d'O'Leary [8] et l'indice de saignement papillaire [9] ont été utilisés respectivement pour évaluer le niveau d'hygiène orale et le degré d'inflammation gingivale. L'atteinte du parodonte profond a été évaluée par la profondeur de poche parodontale et le niveau de perte d'attache.

La parodontite a été définie par la présence d'une perte d'attache de plus de 4 mm au niveau d'au moins 3 sites sur différentes dents. S'il n'y a que des modifications

d'aspect de la gencive et/ou présence de saignement gingival sans atteinte du parodonte profond, il s'agit d'une gingivite [5].

Les données collectées ont été analysées avec le logiciel SPSS pour Windows 20.0 en utilisant le test de Student pour comparer les moyennes. La différence était significative si $p < 0,05$ pour un degré de confiance de 95%.

RÉSULTATS

Ont été inclus 84 sujets dont 32 cas et 52 témoins, âgés de 25 à 81 ans et un âge moyen de 41,70 ans $\pm 13,28$. L'hypertension artérielle touchait plus souvent les sujets jeunes avec un pourcentage de 31,2 % entre 25 et 34 ans.

Dans la présente étude, le genre et la profession ne variaient pas en fonction de la pression artérielle car le genre féminin prédominait pour les deux groupes et la majorité des sujets travaillait dans le secteur tertiaire (enseignement, tourisme, banque, commerce, hôtellerie, restauration, informatique, médecine ...) (61,5% pour les témoins et 50% pour les cas).

La parodontite touchait plus les hypertendus que les normotendus ; OR=1,22 (IC 95 % : 0,45-3,30).



Relation entre maladie parodontale et hypertension artérielle à Madagascar (suite)

Tableau I : Distribution des sujets selon le type de maladies parodontales et le statut tensionnel

Type de maladies parodontales	Statut tensionnel		Total
	Normotendus	Hypertendus	
Gingivite	15 (28,8%)	8 (25,0%)	23 (27,4%)
Parodontite	37 (71,2%)	24 (75,0%)	61 (72,6%)
Total	52 (100%)	32 (100%)	84 (100%)

Tableau II : Distribution des sujets selon les valeurs des paramètres parodontaux et le statut tensionnel

Paramètres parodontaux	Statut tensionnel	
	Normotendus	Hypertendus
Indice moyen de plaque (%)	66,97±14,25	73,36±15,03*
Indice moyen de saignement papillaire	1,09±0,61	1,19±0,67
Perte moyenne d'attache (mm)	4,69±1,66	5,09±1,80
Profondeur moyenne de poche (mm)	1,94±0,33	2,20±0,61**
Nombre moyen de sites avec profondeur de poche entre 4 et 6mm	5,6 ± 9,9	11,6 ± 14,1*
Nombre moyen de sites avec profondeur de poche entre 6 et 8mm	0,8±2,1	1,9±3,2*
Nombre moyen de sites avec profondeur de poche de plus de 8mm	0,1±0,6	0,2±0,6

*p≤0,05 **p≤0,01

Le nombre moyen de sites entre 4 et 6mm et entre 6 et 8mm de profondeur de poche est plus élevé chez les hypertendus que chez les normotendus : 11,6 ± 14,1 versus 5,6 ± 9,9 et 1,94±3,2 versus 0,83± 2,1, respectivement (p<0,05). Il en est de même pour la valeur moyenne de profondeur des poches parodontales : 2,20± 0,6 versus 1,93±0,6 (p<0,01). L'indice moyen de plaque des hypertendus est supérieur à celui des normotendus : 73,3±15,0 versus 66,9±14,2 (p< 0,05). Nous n'avons pas trouvé d'association significative entre les autres paramètres parodontaux et l'hypertension artérielle.

DISCUSSION

L'état parodontal des sujets hypertendus était plus dégradé comparé à celui des sujets ayant une tension normale dans la présente étude. Ainsi, les maladies parodontales seraient liées à un risque d'hypertension artérielle.

En effet, la parodontite est une maladie infectieuse à composante inflammatoire, d'étiologie bactérienne mais multifactorielle. Une réponse inflammatoire de l'hôte peut l'induire par sécrétion accrue de médiateurs de

l'inflammation aboutissant à la destruction parodontale. Les bactéries parodontopathogènes par bactériémie, ainsi que la réponse de l'hôte face aux agressions bactériennes par libération des médiateurs pro-inflammatoires, pourraient influencer sur l'élévation de la pression artérielle en induisant une inflammation vasculaire systémique entraînant ensuite une dysfonction endothéliale à l'origine d'une pathologie cardio-vasculaire notamment l'élévation de la tension artérielle [6].

Une étude microbiologique des plaques sub-gingivales des patients hypertendus pour quantifier les bactéries parodontopathogènes a été menée en 2010. Les résultats ont montré une association positive entre l'accroissement des bactéries parodontopathogènes (*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* ...) et la prévalence de l'hypertension artérielle [7].

CONCLUSION

Une relation existerait ainsi entre état parodontal et hypertension artérielle pour la population malgache. Cette étude souligne la nécessité d'une prise en charge parodontale chez les sujets hypertendus à Madagascar.

RÉFÉRENCES

1. Robitaille C, Dai S, Waters C, Loukine L, Bancej C, Quach S, Ellison J, et al. Diagnosed hypertension in Canada: incidence, prevalence and associated mortality. *CMAJ* 2012;184 (1): 49-56.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003; 42(6):1206-52.
3. OMS. Enquête Steps Anatanarivo et Toliara note de synthèse. 2005. www.who.int/chp/steps
4. Muhammad AN. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J HealthSci (Qassim)*. 2017; 11(2): 72-80.
5. Rakoto Alson S, Ramarason J, Ralairimanana LFE, Rakotoarison RA, Aunezifort P, Ralison G. Santé parodontale dans la région du Menabe à Madagascar. *Revue d'odontostomatologie malgache en ligne* ISSN 2220-069X 2011 ; Vol 3 : 18-28.
6. Tsioufis C, Kasiakogias A, Thomopoulos C, Stefanadis C. Periodontitis and blood pressure: the concept of dental hypertension. *Atherosclerosis*. 2011;219:1-9.
7. Desvarieux M, Demmer RT, Jacobs DR, Jr, Rundek T, Boden-Albala B, Sacco RL, et al. Periodontal bacteria and hypertension: The oral infections and vascular disease epidemiology study (INVEST) *J Hypertens*. 2010;28:1413-21.
8. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *J Periodontol* 1972 Jan;43(1):38.
9. Saxer UP, Mülhemann HR. Motivation und Aufklärung. *SSO Schweiz Monatsschr Zahnheilkd* 1975; 85 (9) :905-19.

Retrouvez les articles des communications ayant reçues le 2^{ème} prix lors du congrès de Toulouse dans le prochain numéro d'Objectif Paro

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

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

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

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

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

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

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

LABASSY E., BIGOT C. (Paris)

Orthodontie et régénération parodontale

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

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

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

Questions à Simone RAKOTO ALSON

La parodontologie à Madagascar

Chère Consoeur,
Vous êtes présente à nos côtés, lors des congrès nationaux et internationaux de parodontologie. Vous êtes enseignante et responsable de la sous-section Parodontologie à l'Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar. Le premier prix que vous venez d'obtenir lors du récent congrès de Toulouse nous donne l'opportunité de mieux connaître votre lieu et vos conditions de travail.



Dr Simone RAKOTO ALSON

Objectif Paro : Pourriez-vous vous présenter et nous présenter vos conditions d'exercice ou d'enseignement ?

Pr Simone RAKOTO ALSON :

Je suis le Professeur RAKOTO ALSON Simone, agrégée en Odonto-Stomatologie, spécialité parodontologie, responsable de la mention Odonto-Stomatologie et de la sous-section Parodontologie à l'Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar (IOSTM). Il s'agit de l'unique centre de formation d'Odonto-stomatologiste à Madagascar et dans la région de l'Océan Indien où l'enseignement suit le système LMD depuis 2015. Le programme d'enseignement est quasi identique à celui des facultés francophones en Afrique et en Europe ; Ce sont les infrastructures qui les diffèrent. En ce qui concerne la discipline parodontologie à l'IOSTM, l'enseignement théorique, dirigé, pratique et clinique, a été adapté à celui de la faculté dentaire de Strasbourg. En effet, j'y ai effectué des stages d'approfondissement disciplinaires en parodontologie et de perfectionnement en recherche et à la formation durant quatre années successives avant d'accéder au grade de professeur d'enseignement supérieur en parodontologie.

Objectif Paro : Quelles sont à vos yeux les différences essentielles entre la pratique ou l'enseignement dans nos deux pays ?

Pr Simone RAKOTO ALSON :

Comme il a été déjà dit ci-dessus, ce sont uniquement les moyens à dispositions qui différencient la formation. La plupart des enseignants malgaches ont des diplômes postuniversitaires délivrés en France et ont suivi dans la mesure du possible, des formations continues en France, pour être à jour des avancées des technologies et

des recherches. En effet, les formations de spécialité postuniversitaire en Odonto-Stomatologie n'existaient pas à Madagascar. C'est seulement cette année que la formation d'interne qualifiant en Odonto-Stomatologie a vu le jour.

Objectif Paro : Quels types de collaboration existent entre L'IOSTM et les facultés dentaires françaises ?

Pr Simone RAKOTO ALSON :

Une convention de partenariat existe déjà entre l'IOSTM et 3 facultés dentaires françaises. Il y a des étudiants de la faculté dentaire en France qui viennent en stage de vacances à l'IOSTM, et des enseignants de Madagascar viennent effectuer des stages dans les facultés de France. Des enseignants de ces 3 facultés dentaires de France seront sollicités à participer à l'enseignement de l'interne qualifiant en Odonto-Stomatologie malgaches.

Objectif Paro : Avez-vous de nouveaux projets d'étude en Paramédecine ?

Pr Simone RAKOTO ALSON :

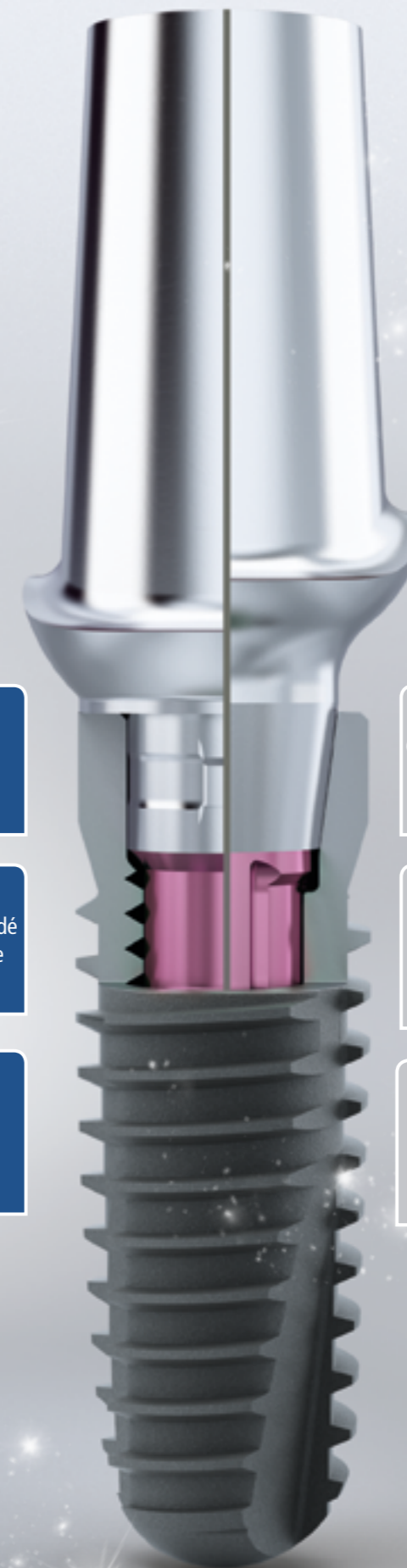
Les projets en cours cette année sont la relation entre Polyarthrite Rhumatoïde et Maladie Parodontale ainsi que maladies générales et état parodontal.

Objectif Paro : Souhaitez-vous adresser un message à vos collègues de la SFPIO ?

Pr Simone RAKOTO ALSON :

A tous les collègues de la SFPIO, je souhaite la pérennisation de nos échanges de publications de recherche et je vous adresse nos vifs remerciements de nous avoir accepté parmi vous depuis toutes ces années.

CAMLOG®,
convainquant par
ses multiples
AVANTAGES



Deux connectiques, une géométrie extérieure, une seule trousse de chirurgie. Manipulation aisée, conception ergonomique.

Surface Promote®, Permet une ostéointégration rapide, succès fondé sur des preuves scientifiques. Implant en titane grade 4.

Connexion Tube in Tube™. La connexion brevetée et fiable qui offre l'option Platform Switching.

CAMLOG®/CONELOG® GUIDE, Guide de forage précis avec butées de profondeur. Planification en 3D avec suggestion prothétique. Possibilité de restauration provisoire immédiate.

Prothèse CAMLOG®/CONELOG® Trois positionnements possibles des piliers, insertion simple et rapide. Un portefeuille prothétique complet pour diverses indications.

Technologie numérique. CAMLOG®/CONELOG® offre un portefeuille produit de haute technicité, scanbody, scanpost, base titane et des bibliothèques de pièces compatibles avec plusieurs systèmes CAO/CFAO.

camlog
Groupe HENRY SCHEIN

Pour toute commande, merci de composer le 02 47 68 95 00

Pour tout renseignement, rendez-vous sur notre site internet : www.henryschein.fr - rubrique implantologie



UTILISER UN BAIN DE BOUCHE TOUS LES JOURS PENDANT 6 MOIS ? OSEZ AVEC LISTERINE® !



LUTTE CONTRE LA PLAQUE

Près de 5 fois plus de sites sans plaque après 6 mois vs méthodes mécaniques* 1-2



RESPECT DE L'ÉQUILIBRE DE LA FLORE

Pas de modification significative de la flore bactérienne saprophyte³



SANS RISQUE DE COLORATION⁴

Une formule unique aux 4 extraits d'huiles essentielles**

NOUVEAU :



commandez des échantillons de Listerine® Total Care et Listerine® Total Care ZERO 95 ml pour vos patients

<http://pro.gamme-listerine.fr>

Réservé aux cabinets dentaires en ville en France métropolitaine

OSEZ L'EFFICACITÉ AU QUOTIDIEN



Mieux connaître nos partenaires

Dans ce numéro Josselin LETHUILLIER, Responsable partenaires SFPIO, vous propose de découvrir Johnson & Johnson au travers de quelques questions posées à Caroline GROUSSET, Chef de Produit Senior – Relations Professionnels de Santé JJSBF

Johnson & Johnson

SANTÉ BEAUTÉ FRANCE



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

Caroline GROUSSET : Johnson & Johnson Santé Beauté France (JJSBF) est une entreprise du Groupe Johnson & Johnson, leader mondial de la santé, répartie sur 3 secteurs d'activités : le secteur pharmaceutique, le secteur des dispositifs médicaux, et le secteur Consumer dont JJSBF fait partie. JJSBF est un acteur majeur dans l'univers de la santé, du bien-être et des cosmétiques, grâce à un portefeuille unique de marques iconiques : Le Petit Marseillais®, Neutrogena®, Les Dermo-Cosmétiques de Biafine®, Listerine®, Nett®, Vania®, et plusieurs médicaments d'automédication.

En prenant soin des particularités de chaque personne et en anticipant ce dont elles ont besoin, Johnson & Johnson Santé Beauté France imagine pour elles et leurs proches des solutions et expériences qui les aident à vivre pleinement et en bonne santé. En France, Johnson & Johnson Santé Beauté France a réalisé un chiffre d'affaires de 371,6 millions d'euros et la société embauche 830 collaborateurs répartis sur les différentes fonctions : marketing – ventes siège & terrain – R&D – Production – Fonctions support.

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

Caroline GROUSSET : Listerine®, historiquement très proche de l'univers des parodontistes et de la SFPIO, propose d'aller plus loin dans les bonnes pratiques en hygiène bucco-dentaire en proposant un bain de bouche quotidien et complémentaire au brossage pour un usage au long cours. En effet, il est cliniquement prouvé que Listerine® aux 4 huiles essentielles* permet de réduire la plaque dentaire⁽¹⁾ tout en respectant l'équilibre de la flore bactérienne buccale⁽²⁾ et sans provoquer de coloration⁽³⁾.

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

Caroline GROUSSET : Dans ce cadre, Listerine® propose une gamme complète avec en particulier : Pour la prévention des problèmes parodontaux : Listerine® Total Care Zero (sans alcool, avec fluor et chlorure de zinc) Pour la protection des dents et des gencives : Listerine® Anti Caries (sans alcool et avec fluor) Pour la fraîcheur : Listerine® Fraîcheur intense Pour le traitement de la sensibilité dentaire : Listerine® Professionnel Traitement Sensibilité (sans alcool, avec du fluor et de l'oxalate de potassium. Ceci est un dispositif médical).

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

Caroline GROUSSET : Pour vous accompagner dans votre pratique, Listerine® a mis à disposition depuis janvier une plateforme digitale à destination des praticiens dentaires. Sur ce site, vous pourrez découvrir la commande d'échantillons gratuits Listerine® ayant pour vocation de vous aider dans le conseil en hygiène auprès de vos patients. <https://pro.gamme-listerine.fr/>

* Thymol, Salicylate de méthyle, Menthol, Eucalyptol sur la gamme Listerine® cosmétique, hors Listerine® soin blancheur

1. Araujo M Et al. Meta-analysis of the effect of an essential oil containing mouthrinse on gingivitis and plaque. J Am Dent Assoc. 2015;146(8):610-622.
2. Minah et al. Effects of 6 months use of an antiseptic mouthrinse on supragingival dental plaque microflora. J. Clin. Periodont. 1989; 16: 347-352.
3. Charles et al. Comparative antiplaque and antigingivitis effectiveness of a chlorhexidine and an essential oil mouthrinse. J Clin Perio 2004 ; 31 :878-884.)

Listerine® Professionnel Traitement Sensibilité. Traitement de la sensibilité dentaire. Classe : IIa. CE 0123. Fabricant : Johnson & Johnson GmbH (Neuss). Avant toute utilisation, se reporter aux instructions d'utilisation. Septembre 2017.

* Hors Listerine® Traitement sensibilité et Listerine® soin blancheur
** Thymol, Salicylate de méthyle, Menthol, Eucalyptol sur la gamme Listerine® cosmétique, hors Listerine® soin blancheur
1- Araujo M et al. Meta-analysis of the effect of an essential oil containing mouthrinse on gingivitis and plaque. J Am Dent Assoc. 2015;146(8):610-622.
2- Based on a meta-analysis in Araujo et al and/or post-hoc study analyses.
3- Minah et al. Effects of 6 months use of an antiseptic mouthrinse on supragingival dental plaque microflora. J. Clin. Periodont. 1989; 16: 347-352.
4- Charles et al. Comparative antiplaque and antigingivitis effectiveness of a chlorhexidine and an essential oil mouthrinse. J Clin Perio 2004; 31:878-884.
Johnson & Johnson Santé Beauté France - SAS au capital de 153 285 948 € - RCS Nanterre 479 824 724. Siège social : 1, rue Camille Desmoulins - 92130 Issy-les-Moulineaux Locataire Gérant de Vania Expansion SAS pour les produits Vania, Kotydia et Nett. M17L013APP.



Soulagez la sensibilité
en quelques secondes.



AVANT
Tubules ouverts

APRÈS
Tubules obturés en **60 SECONDES**
avec le dentifrice¹
elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™

elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ doté de la technologie Pro-Argin®
soulage **immédiatement**² et **durablement**.

• En ambulatoire, recommandez le système de soin elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ pour prolonger le traitement des dents sensibles

• Le nouveau dentifrice elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ **RÉPARE & PRÉVIENT** aide à renforcer les gencives et à prévenir la récession gingivale, cause d'hypersensibilité



¹ Ayad F, Ayad N, Delgado E, et al. J Clin Dent. 2009;20(4):115-122. ² Pour un soulagement immédiat appliquer avec le doigt pendant 1 minute sur la zone sensible. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation le marquage CE. Les dentifrices elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ et la solution dentaire elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ sont des dispositifs médicaux de classe IIa pour soulager les dents sensibles. Lire attentivement les instructions des produits avant usage, CE 0483. Mise à jour 12/2015. Dentifrices: Pour un soulagement immédiat, appliquer jusqu'à 2 fois par jour directement avec le bout du doigt, en massant doucement pendant 1 minute. Colgate-Palmolive manufacturing Poland. Solution dentaire: Rincer pendant 30 secondes et puis recracher. Ne pas avaler. Utiliser 2 fois par jour, matin et soir. Colgate-Palmolive manufacturing Poland.

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



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Colgate® annonce la tenue de son nouveau Webinar en partenariat avec la SFPIO le 20 Octobre 2017.

Ce tout nouveau webinar organisé par Colgate, en association avec la SFPIO, se tiendra le **Vendredi 20 Octobre de 13h00 à 14h00** et aura pour sujet :

« **CHIRURGIE PARODONTALE : COMMENT INTEGRER LA MICRO-CHIRURGIE DANS VOS CABINETS ?** »

L'essor de la microchirurgie a permis une évolution des concepts en chirurgie plastique parodontale. Son application intègre une réflexion chirurgicale et un plateau technique qui la rendent accessible et tendent à optimiser nos résultats.

Les participants auront la possibilité de poser leurs questions en direct aux conférenciers lors de ce Webinar entièrement gratuit.



Dr Vivien Moll



Dr Nicolas Henner

Pour s'inscrire :
<https://www.colgatetalks.com/professional-education/>

FR Colgate-Palmolive SAS au capital de 6911180 euros. RCS 478 991 649 Nanterre. F-92700 Colombes
BE E.R. : Y. Vandendorpe, Colgate-Palmolive Belgium S.A., boulevard du Souverain 165, 1160 Bruxelles

I AM
POWERFULLY
RESPONSIVE*

* Je suis puissant et réactif

PIEZOTOME
CUBE

Adaptation dynamique de la puissance
pour des chirurgies osseuses de qualité



- Efficacité et sécurité maximales par un ajustement automatique de la puissance (Technologie D.P.S.I.)
- Chirurgies plus rapides avec une pièce à main CUBE LED améliorée (6 pastilles céramiques)
- Elargissez vos compétences chirurgicales avec des inserts exclusifs
- Favorisez l'acceptation des patients grâce à des chirurgies atraumatiques

DPSI Dynamic Power System Inside**

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.satelec.com/documents.
Fabricant : SATELEC® (France). Date de création : juillet 2016. 1709SAOBJPAROPM018

SATELEC® S.A.S A Company of ACTEON® Group
17 av. G. Eiffel | BP 30216 | 33708 MERIGNAC cedex | France
Tel. +33 (0) 556 340 607 | Fax. +33 (0) 556 349 292 | info@acteongroup.com | www.acteongroup.com

** Système intégré d'ajustement automatique de la puissance

ACTEON

Les partenaires de la SFPIO vous informent

COMMUNIQUÉ DE PRESSE



Remise des Prix Colgate® Colgate® récompense de jeunes conférenciers et soutient les Sociétés Scientifiques en Odontologie

A l'occasion des différents congrès qui ont eu lieu récemment, Colgate® a eu l'occasion de réaffirmer, par la remise de différents prix, son soutien aux Sociétés Scientifiques en Odontologie et aux jeunes qui en seront les acteurs de demain !



Prix Colgate® Communications 2017



Séance Communication Recherche :
Docteur Marie DUBAR

Etude clinique et in vitro du récepteur soluble TREM-1 dans la parodontite
M. Dubar, S. Gibot, C. Bisson (Nancy)

Séance Communication Clinique 1 - Thème Muco-gingival :
Docteur Vivien MOLL

Le point sur l'acide hyaluronique dans le traitement de la perte partielle ou totale des papilles
V. Moll, M. Derman, M. Moreau, V. Monnet-Corti (Marseille)

Séance Communication Clinique 2 - Thème Implants :
Docteur Brutian VAGE (Moscou, Russie)
Recession coverage on teeth and implants

Remis en présence des jurys par Frédéric Hérisson, Chef de Projets Affaires Scientifiques Colgate®, lors du congrès national de la SFPIO à Toulouse, du 8 au 10 juin 2017.



Dr Marie DUBAR



De gauche à droite : Pr Virginie MONNET-CORTI (Présidente de la SFPIO), Dr Vivien MOLL



Prix elmex® du Meilleur Conférencier 2016*



Docteur Diana SOLIS pour sa communication :

Le collage aux dents atteintes d'amélogénèse imparfaite héréditaire : revue systématique de la littérature et étude microstructurale. Solis D, Le Thai A, Savard E, Vennat E, Dursun E (Paris, France)

Remis en présence du jury par Dr Carine Morro, responsable Affaires Scientifiques Colgate®, lors des 47èmes Journées Internationales de la SFOP à Marseille les 17 et 18 Mars 2017



Dr Diana SOLIS

* la cérémonie de remise du prix 2017 s'effectuera lors des prochaines Journées Internationales de la SFOP.

*** Fin ***

Colgate, leader mondial en hygiène bucco-dentaire s'est fermement engagé à améliorer la santé bucco-dentaire dans le monde. La société commercialise des dentifrices, brosses à dents, bain de bouche et autres accessoires sur des marques internationalement reconnues, telles que: Colgate®, elmex®, meridol® et Duraphat®. Colgate continue à construire son succès grâce à l'innovation et un engagement plus fort avec les professionnels dentaires, les patients et les consommateurs. Pour plus d'informations, visitez www.colgateprofessional.fr, www.colgate.fr et www.colgate.be

FR Colgate-Palmolive SAS au capital de 6911180 euros. RCS 478 991 649 Nanterre. F-92700 Colombes BE E.R. : Y. Vandendorpe, Colgate-Palmolive Belgium S.A., boulevard du Souverain 165, 1160 Bruxelles



Parocline® 2% Gel pour usage dentaire

ANTIBIOTIQUE LOCAL :

- Agit sur la flore pathogène¹
- Fortes concentrations in situ²
- Libération lente et continue¹
- 1 traitement = 3 applications

PAROCLINE® agit au cœur de la poche parodontale.

PAROCLINE® est indiqué dans le traitement antibactérien en complément des traitements mécaniques habituels des parodontites. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques. Les recommandations de bonne pratique de l'ANSM (Juillet 2011) relative à la prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire précise que "L'antibiothérapie par voie locale, à libération immédiate ou contrôlée, n'est pas indiquée en odontologie et en stomatologie en raison de la faiblesse du niveau de preuve en termes de bénéfice thérapeutique et d'une sécurité d'emploi problématique par risque de sélection de mutants résistants." Toute prescription d'antibiotique a un impact sur les résistances bactériennes. Elle doit être justifiée.

DENOMINATION : PAROCLINE 2 %, gel pour usage dentaire. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Pour une seringue : Chlorhydrate de minocycline - Quantité correspondant à minocycline base : 10,0 mg. Excipients : hydroxyéthylcellulose, chlorure de magnésium, copolymère d'acrylates et de méthacrylates (EUDRAGIT RS), triacétine, glycérol. FORME PHARMACEUTIQUE : Gel pour usage dentaire. DONNEES CLINIQUES : Indications thérapeutiques : Traitement antibactérien en complément des traitements mécaniques habituels de la parodontose. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques. Posologie et mode d'administration : Insérer le bout de l'applicateur dans les poches parodontales de chaque dent le plus profondément possible, avant l'administration d'une quantité suffisante de gel pour remplir les poches. Environnement 25 mg de gel sont administrés dans les poches de 5 à 7 mm de profondeur. Le traitement commencera par des applications tous les 14 jours, jusqu'à un total de 3 ou 4 applications (4 à 6 semaines). Ensuite, les applications seront faites tous les 3 mois. Contre-indications : Allergie aux antibiotiques de la famille des tétracyclines. L'emploi de ce médicament doit être évité chez l'enfant de moins de 8 ans, en raison du risque de coloration permanente des dents et d'hypoplasie de l'émail dentaire. Grossesse et Allaitement (voir rubrique Grossesse et allaitement). Association avec les rétinoïdes (voir rubrique Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions). Mises en garde et précautions d'emploi : Le brossage des dents, l'utilisation de bains de bouche ou de fil dentaire doivent être limités pendant les deux heures qui suivent l'application, ainsi que toute prise alimentaire. En raison de la possibilité de sensibilisation locale, la zone traitée devra être soigneusement observée. Si les signes et/ou les symptômes de sensibilisation (prurit, œdème, papules) se développent, il convient d'arrêter le traitement. Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en considération avant l'utilisation de ce médicament, en particulier : le surdosage expose à un risque d'hépatotoxicité ; la minocycline doit être utilisée avec précaution en cas d'insuffisance hépatique. En cas d'apparition d'éruption cutanée, de fièvre ou d'adénopathies, il convient d'arrêter le traitement (cf. Effets indésirables). Des cas de syndrome d'hypersensibilité ont été rapportés avec la minocycline. Le risque de survenue et la sévérité de ces réactions semblent être plus élevés chez les patients de phénotype foncé (phototype V-VI). Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions : Association contre-indiquée : Rétinoïdes (voie générale) ; risque d'hypertension intra-crânienne. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi : Anticoagulants oraux : augmentation de l'effet des anticoagulants oraux et du risque hémorragique. Contrôle plus fréquent du taux de prothrombine et surveillance de l'INR ; adaptation éventuelle de la posologie des anticoagulants oraux pendant le traitement anti-infectieux et après son arrêt. Sel, oxydes, hydroxydes de magnésium, d'aluminium et de calcium (topiques gastro-intestinaux) : diminution de l'absorption digestive des cyclines. Prendre les topiques gastro-intestinaux à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). Sels de fer (voie orale) : diminution de l'absorption digestive des cyclines (formation de complexes). Prendre les sels de fer à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). Problèmes particuliers du déséquilibre de l'INR : De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il apparaît difficile de faire la part entre la pathologie infectieuse et son traitement dans la survenue du déséquilibre de l'INR. Cependant, certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées : il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines. Grossesse et allaitement : La minocycline passe dans le placenta et le lait maternel ; son emploi doit être évité chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent (risque d'anomalie du bourgeon dentaire ou de dyschromie dentaire chez l'enfant). Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines : Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en compte, à savoir : attirer l'attention des conducteurs ou utilisateurs de machines sur les risques de sensations vertigineuses avec impression d'idéation ralentie. Effets indésirables : Irritation gingivale, douleur locale, ecchymose, œdème gingival, abcès dentaire, Diarrhée, douleur gastrique. Les syndromes suivants ont été rapportés : Syndrome d'hypersensibilité consistant en une réaction cutanée (tel que éruption cutanée ou dermatite exfoliative), éosinophilie et une ou plusieurs des manifestations suivantes : hépatite, pneumopathie, néphrite, myocarde, péricardite. Fièvre et lymphadénopathie peuvent être présentes. (Cf. Rubrique «Mises en garde et précautions particulières d'emploi»). Déclaration des effets indésirables suspectés : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : www.anms.sante.fr. Surdosage : En cas de surdosage, faire un lavage gastrique. Il n'existe pas d'antidote spécifique. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES : Propriétés pharmacodynamiques : PRODUIT PROFESSIONNEL DENTAIRE - ANTI-BIOTIQUE DE LA FAMILLE DES CYCLINES (A : Appareil digestif et métabolisme / J : Anti-infectieux). La minocycline est un antibiotique de la famille des tétracyclines. Ce gel, de par son principe actif, la minocycline, a une activité antimicrobienne qui porte sur la majeure partie de la flore responsable des parodontites. SPECTRE D'ACTIVITE ANTI-BACTERIENNE : les concentrations critiques séparent les souches sensibles des souches de sensibilité intermédiaire et ces dernières, des résistantes : S ≤ 4 mg/l et R > 8 mg/l. La prévalence de la résistance acquise peut varier en fonction de la géographie et du temps pour certaines espèces. Il est donc utile de disposer d'informations sur la prévalence de la résistance locale, surtout pour le traitement d'infections sévères. Ces données ne peuvent apporter qu'une orientation sur les probabilités de la sensibilité d'une souche bactérienne à cet antibiotique. Lorsque la variabilité de la prévalence de la résistance en France est connue pour une espèce bactérienne, elle est indiquée entre parenthèses : ESPECES SENSIBLES : Aérobie à Gram positif : Bacillus, Entérocoque (40-80%), Staphylococcus méti-S, Staphylococcus méti-R* (70-80%), Streptococcus A (20%), Streptococcus B (80-90%), Streptococcus pneumoniae (20-40%). Aérobie à Gram négatif : Branhamella catarrhalis, Brucella, Escherichia coli (20-40%), Haemophilus influenzae (10%), Klebsiella (10-30%), Neisseria gonorrhoeae, Pasteurella, Vibrio cholerae. Anaérobies : Propionibacterium acnes. Autres : Borrelia burgdorferi, Chlamydia, Coccidioides immitis, Leptospira, Mycoplasma pneumoniae, Rickettsia, Treponema pallidum, Ureaplasma urealyticum. ESPECES RESISTANTES : Aérobie à Gram négatif : Acinetobacter, Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Pseudomonas, Serratia. *La fréquence de résistance à la métricine est environ de 30 à 50% de l'ensemble des staphylocoques et se rencontre surtout en milieu hospitalier. Remarque : ce spectre correspond à celui des formes systémiques de la minocycline. Avec les présentations pharmaceutiques locales, les concentrations obtenues in situ sont très supérieures aux concentrations plasmatiques. Quelques incertitudes demeurent sur la cinétique des concentrations in situ, sur les conditions physico-chimiques locales qui peuvent modifier l'activité de l'antibiotique et sur la stabilité du produit in situ. Propriétés pharmacocinétiques : Les concentrations de minocycline dans le fluide gingival du sillon sont restées à des niveaux cliniquement efficaces pendant une durée minimum de trois jours après l'administration de 0,05 g de gel (1 mg de minocycline) dans les poches parodontales. Les concentrations sériques de minocycline après administration sous gingivale comme après administration orale de 0,5 g de gel (10 mg de minocycline), sont de l'ordre de 0,1 à 0,2 µg/ml. Ces concentrations sont plus faibles que celles observées après administration orale de 100 à 200 mg/jour de minocycline, doses utilisées en thérapeutique systémique. DONNEES PHARMACOLOGIQUES : Incompatibilités : sans objet. Durée de conservation : 2 ans. Précautions particulières de conservation : A conserver entre + 2°C et + 8°C (au réfrigérateur). A conserver dans l'emballage extérieur d'origine et à l'abri de la lumière. Nature et contenu du récipient : 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (aluminium). Boîte de 1 ou 3 seringues(s). Précautions particulières d'élimination et de manipulation : Un traitement préalable - détartrage et polissage radiculaire - est toujours conseillé ; il devra être le moins traumatique possible. La mesure de la profondeur moyenne des poches sera effectuée à l'aide d'une sonde parodontale. L'application du gel sera faite en dehors de la présence de la salive : l'isolement des dents est impératif. Une anesthésie pourra être nécessaire. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : SUNSTAR FRANCE - 55/63, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS-PERRET. EXPLOITANT DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : CENTRE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - 76, avenue du Midi 63800 COURNON D'AUVERGNE. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : 339 125-4 : 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium), boîte de 1. 339 940-5 : 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium), boîte de 3. DATE DE PREMIERE AUTORISATION / DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION : 28 juin 1995 / 28 juin 2010. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE : Décembre 2015. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Liste I. Réservé à l'usage professionnel.

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

