



**9 & 10
JUN**

**CONGRÈS • LA GRANDE MOTTE
PAS D'IMPLANTO SANS PARO
ENTRE LES DEUX, ON NE CHOISIT PAS !**

2023

LE PROGRAMME

192 av. Jean Béne,
34280, La Grande Motte

Présidente scientifique
Virginie Monnet-Corti *Marseille*

Président du congrès
Olivier Fesquet *Agde*

Présidente SFPIO
Caroline Fouque *Marseille*



SFPIO

www.sfpio.com

  contact@sfpio.com

Jeudi 8 juin

14h00-18h00 - Atelier « Gestion du stress et récupération »

Proposé par Emergencim Formations

20h00 - Soirée pré-congrès 25 ans de partenariat entre Colgate et la SFPIO

Vendredi 9 juin

08h45 - Allocutions de bienvenue

09h00 - 10h45

Récessions à la mandibule - Réussites et cauchemars : Parlons-en !

Séance présidée par Emmanuelle Ettegui

- Comment choisir sa technique ? Feriez-vous les mêmes choix ?

Sofia Aroca, Caroline Fouque et Sylvie Pereira

10h45-11h15 - PAUSE

11h15-13h00

Les complications en implantologie, ça existe, mais ça se gère !

Séance présidée par Marjolaine Gosset

- Croissance et implant quelle solution ? Philippe Bousquet
- Données actuelles sur le traitement des complications péri implantaires

Olivier Huck

PAUSE DEJEUNER DANS L'EXPOSITION : 13H00 - 14h15

14h15 - 16h00

Les tissus péri-implantaires sans complexe dans le secteur antérieur maxillaire

Séance présidée par Olivier Fesquet

- Treatment and increasement of periimplant soft tissue - José Nart
- Reconstruire les tissus durs péri-implantaires - Thierry Degorce

16h30 - 17h30

Graine de conférenciers

Séance présidée par Xavier Struillou

- Lésions endo-parodontales : du diagnostic au traitement - Kadiatou Sy
- Chirurgie guidée : planifier pour optimiser - Alexandre Courtet
- Recouvrir les recessions pour traiter l'hypersensibilité ? - Angeline Antezack

20h00 - SOIRÉE DE BIENFAISANCE À LA PAILLOTTE BAMBOU

Samedi 10 juin

09h00 - 11h00

La réhabilitation esthétique et fonctionnelle sur parodonte réduit

Séance présidée par Josselin Lethuillier

- Implant placement in patients with periodontitis: can we prevent peri-implantitis?

Ignacio Sanz Sanchez

- Prothèse fixée sur parodonte réduit : préservation et contention - Michel Bartala
- Dentisterie biomimétique et parodonte : le juste équilibre - Anne Longuet

11h00-11h30 - PAUSE

11h30-13h30

Vertical and horizontal ridge augmentation: How far can we go?

Séance présidée par David Nisand

- Augmentation osseuse préimplantaire verticale et horizontale: Jusqu'ou peut-on aller ?

Istvan Urban et Hélène Arnal

13h30 - DÉJEUNER DE CLÔTURE & REMISE DES PRIX

Vendredi 9 juin

Formation à destination des assistant(e)s dentaires

Séance présidée par Michèle Reners & Didier Diasparra

09h15 - 10h45 - PAUSE - 11h15-13h00

- Comment rendre le patient parodonto-conscient

Dr Typhaine Bensaidani, Dr Michèle Reners, Dr Nicolas Blanc Sylvestre

PAUSE DEJEUNER DANS L'EXPOSITION : 13H00 - 14h15

14h15 - 16h00 - PAUSE - 16h30 - 17h15

- La chirurgie parodontale et implantaire

Dr Patrick Marsal, Dr Margaux Vignon, Dr Didier Diasparra



Sofia Aroca
Paris



Caroline Fouque
Marseille



Sylvie Pereira
Paris



Philippe Bousquet
Béziers



Olivier Huck
Strasbourg



José Nart
Barcelone



Thierry Degorce
Tours



Kadiatou Sy
Lyon



Alexandre Courtet
Paris



Angeline Antezack
Marseille



Ignacio Sanz
Sanchez Madrid



Michel Bartala
Bordeaux



Anne Longuet
Paris



Istvan Urban
Budapest



Hélène Arnal
Paris

Vendredi 9 juin
9h15 - 13h00

Comment rendre le patient
parodonto-conscient



Michèle RENERS
(Liège)

9h15-10h45 - **Michele RENERS**
Comment bien communiquer avec le patient



Nicolas BLANC-SYLVESTRE
(Montpellier)

10h45-11h15 : Pause

11h15-12h15 - **Typhaine BENSARDINI**
L'explication de la maladie parodontale peut être simple !



Typhaine BENSARDINI
(Montpellier)

12h15-13h00 - **Nicolas BLANC SYLVESTRE**
Comparaisons des différents moyens de contrôle du biofilm

Vendredi 9 juin
14h15 - 17h15

La chirurgie parodontale
et implantaire



Patrick MARSAL
(Fontvieille)

14h15-15h10 - **Patrick MARSAL**
Rôle de l'assistante dans la préparation de la salle d'implantologie



Margaux VINON
(Montpellier)

15h15-16h00 - **Margaux VINON**
Instrumentation en parodontologie et implantologie



Didier DIASPARRA
(Vaison-La-Romaine)

16h00-16h30 : Pause

16h30-17h15 - **Didier DIASPARRA**
La place de l'assistante dans le dans l'équipe soignante : un rôle clef !

Vendredi 9 juin
8h45 - 9h00

Allocutions de Bienvenue
Caroline Fouque
Olivier Fesquet
Virginie Monnet-Corti

Vendredi 9 juin
9h00 - 10h45

Récessions à la mandibule - Réussites et cauchemars : Parlons-en !
Séance présidée par Emmanuelle Ettedgui
Comment choisir sa technique ?
Feriez-vous les mêmes choix ?

Les récessions mandibulaires sont fréquentes, nous y sommes confrontées au quotidien, et les patients ont peur de perdre leur dent. Diminuer les sensibilités, améliorer l'accès au nettoyage et le pronostic des dents sont les objectifs des chirurgies de renforcement muqueux et de recouvrement. Mais le contexte est particulier et nous faisons face à des difficultés entraînant parfois des complications voire des échecs.

Caroline FOUQUE
(Marseille)



Sofia AROCA
(Paris)



Sylvie PEREIRA
(Paris)



Pourquoi ? L'analyse des paramètres cliniques doit elle être différente ? Quelle technique pour quelle récession ? 3 expertes seront présentes pour partager leur expérience et répondre à ces questions.



Vendredi 9 juin
9h10 - 12h00

Séances Cliniques 1 (Muco-gingival, implants et péri-implantaire)

Jurys de séance :

Damien FEUILLET et Myriam DRIDI

9H15-9H30 - M. FIQUET (Paris)

Rapport de cas : Gestion de récessions parodontales multiples dans le secteur incisif mandibulaire par une combinaison de tunnel fermé latéralement et tracté coronairement

Différentes procédures peuvent être envisagées pour le traitement de récessions parodontales dans le secteur antérieur mandibulaire en fonction de paramètres inhérents à la situation clinique. La greffe épithélio-conjonctive est le traitement de choix pour l'augmentation de la quantité de tissu kératinisé lorsque celle-ci est insuffisante¹. Le recouvrement radiculaire obtenu par cette thérapeutique est cependant peu prédictible. La littérature a montré ces dernières années la possibilité de traiter ces défauts muco-gingivaux par un tunnel fermé latéralement pour des récessions unitaires² et par la combinaison d'un tunnel fermé latéralement et tracté coronairement pour des défauts multiples³, avec l'obtention d'un meilleur taux de recouvrement radiculaire.

Le patient, M. G, 31 ans, en bonne santé générale et non fumeur, présente deux récessions parodontales vestibulaires de respectivement 8mm sur 41 et 3 mm sur 31, apparues dès la fin du traitement orthochirurgical du patient il y a 12 ans et stables depuis. Le parodonte est fin et festonné et présente une inflammation modérée sur le pourtour de la récession de 41. La hauteur de tissu kératinisé (TK) est de 5mm sur les bords de la récession. Le contrôle de plaque est rendu difficile en apical de la récession sur 41 du fait de la hauteur de la récession et de l'absence de TK. Il n'y a pas de lésion cervicale d'usure non carieuse, et la jonction amélo-cémentaire est bien identifiable. La racine de 41 est légèrement en dehors du couloir alvéolaire. Radiologiquement, on ne note pas d'alvéolyse interproximale. 31 et 41 présentent donc récessions de classe I (Cairo, 2011)⁴ A- (Pini prato et al, 2010). Après un enseignement à l'hygiène orale et une thérapeutique non chirurgicale, le traitement chirurgical a pu être envisagé dans l'objectif d'obtenir un recouvrement des récessions, un épaississement du phénotype parodontal et un gain de TK sur 41. La présence de TK en quantité suffisante sur le reste du secteur, la position vestibulaire de la racine et la demande esthétique du patient nous a conduit à éliminer la greffe épithélio-conjonctive. Les techniques de lambeau déplacé coronairement ont également été écartées, la hauteur importante de récession sur 41 rendant la possibilité d'enfouir le greffon en plaçant le lambeau coronairement sans tension difficile. Un tunnel fermé latéralement³ sur 41 et tracté coronairement sur 31 associé à un greffon de conjonctif enfoui prélevé par la technique de l'incision unique a donc été réalisé. Le tunnel a été préparé de 43 jusqu'en mésial de 32 et fermé latéralement sur 41 par des points simples au fil 6/0 monofilament complétés par des points suspendus sur 31.

A 6 mois, le recouvrement radiculaire complet ainsi qu'un épaississement du biotype a été obtenu sur 41 et sur 31. 4 mm de TK ont été obtenus sur 41.

Le recouvrement radiculaire obtenu à la suite de cette intervention est cohérent avec les résultats décrits par Sculean et ses collaborateurs dans les études décrivant le tunnel fermé latéralement^{2,3}. De plus le résultat esthétique obtenu, évalué au moyen du Root Coverage Esthetic Score⁵, est supérieur à celui qui aurait pu être obtenu avec une greffe épithélio-conjonctive.

Le recouvrement radiculaire complet à 6 mois a été obtenu ainsi qu'un épaississement du phénotype et un gain de TK sur 11. Le patient est satisfait. Le traitement des récessions de 31

et 41 chez ce patient est un succès.

dans le traitement étiologique des accroissements gingivaux d'origine médicamenteuse, réalisé en coopération avec le médecin prescripteur. Tout aussi importante, la déclaration de pharmacovigilance, est aujourd'hui trop peu souvent réalisée, alors qu'elle permet de faire évoluer les recommandations et d'attirer la vigilance des professionnels de santé.

Dans ce contexte, l'indication de l'exérèse chirurgicale des excès tissulaires est fortement réduite. L'échange avec le médecin, lui, devient essentiel et systématique. La substitution médicamenteuse est le plus souvent possible et permet d'obtenir des effets durables.

9H30-9H45 - J. LAMBOLEZ (Barcelone, Espagne)

Treatment of multiple recession defects with vestibular incision subperiosteal tunnel access (VISTA) using a acellular dermal matrix membrane as substitute - A 12 months of postoperative follow-up

The purpose of this case report was to support the efficacy of a vestibular incision subperiosteal tunnel access (VISTA) using a acellular dermal matrix membrane as substitute to treat generalised maxillary RT1 recessions.

An array of therapeutic options are available for treatment of gingival recession defects, though many of these are better suited for treatment of isolated defects.

Some of the limitations of current techniques include the need for harvesting of autogenous donor tissues and their associated morbidity, as well as scar formation at the recipient site resulting from surface incisions. Moreover, muscle pull during healing often leads to incomplete root coverage or relapse of the recession.

The current case report introduce a minimally invasive approach applicable for multiple recession defect in the maxillary anterior region with the use of a Decellularized Dermis Allograft (OrACELL®) Access to the surgical site is obtained by means of an approach referred to as vestibular incision subperiosteal tunnel access (VISTA). This entails making an access incision in the maxillary anterior frenum, followed by elevation of a subperiosteal tunnel. VISTA allows for both access as well as an opportunity to coronally reposition the gingival margins of all involved teeth.

The current report describes the technique and a case documentation for treatment of RT1 defects, demonstrating stable, long-term outcomes.

Patient 1 was a 48-year-old woman who presents 2 to 3mm RT1 recession defect at the maxillary from 1.5 to 2.5. All sutures were removed at the 3-week post-operative visit. After 12 months of postoperative follow-up, partially to complete root coverage was observed.

9H45-10H00 - C. ANGIONI (Paris)

Accroissement gingival d'origine médicamenteuse : et si le traitement étiologique suffisait ?

Devant la prescription de plus en plus fréquente d'inhibiteurs calciques pour le traitement de l'hypertension artérielle (dont la prévalence est en augmentation - près de 30% de la population adulte serait concernée d'ici les 10 prochaines années), face à une volonté de réaliser des thérapeutiques de moins en moins invasives et avec le souhait d'avoir des résultats durables, le traitement parodontal de l'accroissement gingival induit par la prise de médicaments - impliquant souvent une thérapeutique chirurgicale secondaire - tirerait partie d'une thérapeutique étiologique plus patiente.

Monsieur T, Madame S et Monsieur M consultent, adressés par leurs chirurgien-dentistes, respectivement pour « gonflement de la gencive » et « gêne ». L'anamnèse, l'examen clinique et radiographique des patients permettent de conclure à la présence d'un accroissement gingival lié

à la prise d'amlodipine (HTA), dans un contexte de maladie parodontale.

Le médecin généraliste est contacté, la substitution du médicament anti-hypertenseur est demandée dès le début de la prise en charge parodontale et le traitement non-chirurgical est mené.

Pour les 3 patients présentés, le traitement parodontal non-chirurgical, associé à la substitution de l'amlodipine, a permis une disparition de l'accroissement gingival, et une stabilisation de la maladie parodontale, 3 à 12 mois après l'initiation de la thérapeutique étiologique.

Les situations présentées permettent d'apprécier l'importance de la patience (jusqu'à 1 an) dans le traitement étiologique des accroissements gingivaux d'origine médicamenteuse, réalisé en coopération avec le médecin prescripteur. Tout aussi importante, la déclaration de pharmacovigilance, est aujourd'hui trop peu souvent réalisée, alors qu'elle permet de faire évoluer les recommandations et d'attirer la vigilance des professionnels de santé.

Dans ce contexte, l'indication de l'exérèse chirurgicale des excès tissulaires est fortement réduite. L'échange avec le médecin, lui, devient essentiel et systématique. La substitution médicamenteuse est le plus souvent possible et permet d'obtenir des effets durables.

10H00-10H15 - A. JAWAD (Toulouse)

Application de la « Wall Technique » pour le traitement d'un défaut intra-osseux associé à une récession gingivale de type RT2

Le traitement des défauts intra-osseux par chirurgie régénérative est aujourd'hui largement documenté dans la littérature, avec des résultats néanmoins variables selon l'anatomie du défaut. Ainsi les défauts larges, avec disparition d'une ou plusieurs parois, sont de moins bons pronostics en termes de gain d'attache clinique et de gain osseux radiographique. Afin d'éviter l'effondrement des tissus mous recouvrant le défaut, l'utilisation de biomatériaux de substitution osseux en comblement et de membrane en recouvrement ont été suggérés. Plus récemment, des auteurs ont proposé d'interposer un greffon de conjonctif en regard de la paroi osseuse manquante pour améliorer le pronostic de régénération tout en permettant le recouvrement des récessions gingivales associées. Nous discuterons, au travers d'un cas clinique, des spécificités et intérêts de cette technique associant régénération tissulaire et recouvrement de récession.

Suite au traitement non chirurgical de sa parodontite généralisée stade 3 grade A, notre patiente, Mme T., présentait une lésion résiduelle de 9mm de profondeur avec saignement en distal de la 23, la disparition totale de la paroi osseuse vestibulaire objectivée au CBCT et une récession gingivale de classe RT2 de Cairo de 4 mm. Afin de traiter les 2 défauts, osseux et gingival, en une seule intervention, nous avons choisi d'appliquer la « wall technique » décrite par Zucchelli et collaborateurs en 2014, qui associe les principes de la régénération tissulaire guidée et l'interposition d'un greffon de conjonctif en regard de la paroi osseuse manquante. Le contrôle clinique à 15 jours a montré une bonne intégration tissulaire.

Cette technique constitue une alternative intéressante au traitement des défauts intra-osseux à 2 parois associés à des récessions gingivales. De nouvelles études randomisées contrôlées avec un suivi à long terme seraient utiles à l'avenir afin d'évaluer l'efficacité clinique et radiologique de cette technique comparée aux techniques de régénération tissulaire conventionnelles.

10H15-10H30 - E. MAURY (Toulouse)

Aménagement des tissus parodontaux par la technique de tunnel modifiée dans le cadre d'une réhabilitation esthétique

La réhabilitation esthétique du sourire passe entre-autre par une harmonisation du rose et du blanc. Un des motifs fréquents de consultation est l'apparition des collets ou de racines dyschromiées. Une analyse du projet prothétique en amont est primordiale.

Dans le cas présenté ici, la patiente souhaitait refaire des couronnes anciennes et inesthétiques, mais également masquer l'aspect « grisé » des racines de ses incisives latérales maxillaires.

Afin de répondre à son motif de consultation tout en respectant l'équilibre dento-parodontal, nous avons choisi de commencer par une réfection prothétique de ses incisives centrales et latérales maxillaires. Secondairement, après une phase de temporisation par couronnes provisoires afin de valider le nouvel alignement des collets, nous avons réalisé une chirurgie plastique parodontale par la technique du tunnel modifiée associée à une greffe de conjonctif enfoui.

Les résultats obtenus ont été un renforcement de l'épaisseur gingivale et un recouvrement des récessions résiduelles. Le choix de cette technique a été guidé par une démarche actuelle de parodontie minimalement invasive tout en ayant un pronostic optimal et durable.

10H30-10H45 - S. MONLEZUN (Bordeaux)

Evolution des concepts dans la gestion des alvéoles d'extraction: Protocole IEM ARP

La compréhension des mécanismes biologiques de la cicatrisation alvéolaire et des grands principes régissant la Régénération Osseuse Guidée (ROG) a permis de faire émerger un nouveau concept de préservation et de régénération alvéolaire minimalement invasif. Ce protocole nommé « IEM ARP » (Intentionally Exposed Membrane Alveolar Ridge Preservation) est basé sur l'utilisation d'une membrane non résorbable en d-PTFE qui vient sceller l'alvéole d'extraction, cette dernière étant volontairement laissée exposée pendant 4 à 6 semaines. Cette technique, facile à mettre en œuvre, est particulièrement adaptée à la gestion des alvéoles avec destruction d'une ou plusieurs parois alvéolaires. Le principal avantage par rapport à une ROG conventionnelle, outre le fait que les résultats en termes de régénération osseuse sont excellents, réside dans le fait qu'elle n'induit pas de distorsion muco-gingivale et permet de maintenir une grande quantité de tissu kératinisé. Il en résulte une simplification du plan de traitement, appréciable tant pour le patient que pour le praticien. L'objectif de cette communication est de présenter ce protocole à travers plusieurs cas cliniques et d'apporter les preuves fondées sur la littérature qui justifient cette approche, qui, au premier abord, pourrait paraître surprenante.

Présentation de plusieurs cas cliniques illustrant ce protocole : Photos, radios avec suivi jusqu'à 2 ans / Gain de tissu kératinisé important et Régénération osseuse optimale sans induction d'une disorsion muco-gingivale / Pourquoi une membrane non résorbable? / Quid du risque infectieux: Un protocole basé sur la littérature.

L'utilisation de membranes non résorbables d-PTFE laissées volontairement exposées dans les protocoles de préservation et de régénération alvéolaire semble être une alternative thérapeutique prometteuse. Lorsque ce protocole est utilisé pour traiter les sites d'extractions avec déhiscence d'une paroi alvéolaire, il permet d'obtenir une régénération optimale et prédictible du site sans pour autant induire de distorsion muco-gingivale ce qui simplifie nettement la gestion ultérieure des tissus mous.

10H45-11H15 - PAUSE

11H20-11H35 - M. FAURE-BRAC (Marseille)

Gestion de l'absence de tissu kératinisé péri-implantaire a proximité du canal de Sténon

Le canal de Sténon peut représenter un risque anatomique dans les zones postérieures maxillaires lorsqu'il faut réaliser un aménagement des tissus péri-implantaires.

Suite à l'extraction de la 16 antrale, chez une patiente de 36 ans, une fermeture de l'alvéole a été réalisée par une technique de la boule de Bichat. Six mois plus tard, l'implant a été mis en place associé à une élévation sous-sinusienne. Ces interventions ont entraîné une absence de vestibule et de tissu kératinisé et la présence de l'ostium du canal de sténon dans la muqueuse

péri-implantaire à proximité directe du col implantaire. Une greffe gingivale libre péri-implantaire est alors réalisée avant la prothèse d'usage afin de recréer un vestibule et permettre les manœuvres d'hygiène tout en préservant le canal de Sténon. Lors de la réévaluation à six mois post opératoire, la greffe gingivale a permis d'obtenir un vestibule de hauteur de 3 mm permettant un contrôle de plaque efficace. Le canal de Sténon a été préservé et la sialorrhée n'a pas été impactée. Les risques de l'intervention étaient le traumatisme du canal de Sténon et le développement d'un sialocèle pouvant impacter la sialorrhée. La greffe gingivale a représenté la meilleure solution thérapeutique en fonction des objectifs. L'aménagement des tissus mous péri-implantaires est nécessaire pour permettre les manœuvres d'hygiène et maintenir à long terme la santé péri-implantaire.

11H35-11H50 - C. SADOWSKI (Marseille)

L'aménagement des tissus mous : avant, pendant ou après la pose de l'implant ?

La présence d'un tissu kératinisé immobile est indispensable au maintien de l'environnement tissulaire péri implantaire et donc au maintien de la santé péri-implantaire.

Au travers de trois cas cliniques illustrés par des photos et vidéos, nous verrons les principales indications d'augmentation du tissu kératinisé en pré, per et post implantaire.

Pré opératoire : Patiente, présentant une résorption osseuse post-extractionnelle secteur 3 ayant entraîné l'insertion d'une bride muqueuse sur la crête.

Per-opératoire : Patiente, présentant une absence de tissu kératinisé au niveau de l'implant 44 lors du stade II.

Post opératoire : « All on six » maxillaire posé 6 mois auparavant. L'examen clinique révèle une proximité des implants « 23/24 » et l'absence de tissu kératinisé en vestibulaire de ces implants associés à une bride muqueuse.

Afin d'augmenter la hauteur et l'épaisseur de tissu kératinisé, une greffe épithélio-conjonctive a été réalisée pour chaque cas.

Lors du contrôle post-opératoire à 6 mois, les patients présentaient des profondeurs de sondage PS<4mm associées à un indice de plaque PI<20% et un saignement au sondage BOP<10% ainsi qu'une hauteur de tissu kératinisé ≥ 2 mm permettant un meilleur accès au brossage et la pérennité de ces implants.

La gestion des tissus mous péri-implantaires peut être entreprise avant, pendant ou après la pose de l'implant. Cependant, nous avons observé un gain de tissu kératinisé supérieur lorsque l'aménagement muco-gingival était réalisé avant ou pendant la pose de l'implant.

C'est pourquoi, lorsque la situation l'indique la gestion des tissus mous péri implantaires ne doit pas attendre la mise en fonction de l'implant. L'augmentation de la hauteur de tissu kératinisé (> 2mm) est associée à une diminution des indices de plaque et de saignement grâce à un brossage moins douloureux, minimisant ainsi l'incidence de la mucosite péri-implantaire.

Vendredi 9 juin

11h15 - 13h00

Les complications en implantologie :

ça existe, mais ça se gère !

Séance présidée par Marjolaine Gosset

Philippe BOUQUET (Béziers)

Croissance et implant : quelles solutions ?



Les implants ostéo-intégrés se comportent comme des dents ankylosées, et leur évolution au cours de la croissance ne suit pas les procès alvéolaires des dents adjacentes. Il est

commun de dire que cette croissance diminue après 20 ans, mais certaines études montrent que pour plusieurs groupes de population elle ne diminuera qu'après 30 ans, en restant toujours présente. Les conséquences sont esthétiques et fonctionnelles et touchent particulièrement les dents antérieures maxillaires. L'apparition d'infra-position des reconstructions prothétiques et la vestibulisation relative des implants, montrent la différence d'évolution avec les dents adjacentes. Le préjudice esthétique et fonctionnel peut être très important.

Une étude pré-implantaire peut évaluer les facteurs de risque du patient, tels que l'âge, le type facial et le sexe, et permettre de prévenir ou retarder l'apparition de ces désordres. Un positionnement plus palatin de l'implant et l'utilisation de prothèses trans-vissées peuvent laisser une possibilité de compensation de cette évolution au

cours des années de vieillissement. En cas d'infraclusion majeure, avec une différence de hauteur de collet importante, si les tissus péri-implantaires sont conservés, une technique chirurgicale, associée à un traitement orthodontique l'orthodontic bone stretching (OBS) peut permettre de repositionner l'implant sur l'arcade. Si les tissus péri-implantaires présentent une récession, la dépose de l'implant avec une régénération osseuse sera nécessaire.

Dans ce type de complication implantaire, la prévention doit être une priorité. La pose d'implant chez l'adolescent et le jeune adulte doit être retardée. Les principales causes d'utilisation des implants dentaire dans cette population sont, en dehors des pertes traumatiques, les agénésies, les résorptions internes et externes, et les ankyloses. Pour une temporisation à moyen terme l'utilisation de techniques de collage, le traitement des résorptions ou le repositionnement des dents ankylosées peuvent nous permettre de patienter et d'assurer une pérennité de nos traitements implantaires en zone esthétique.



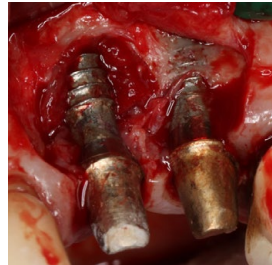
Olivier HUCK (Strasbourg)

Données actuelles sur le traitement des complications péri implantaires



Avec l'essor de l'implantologie, les complications péri-implantaires sont de plus en plus fréquemment diagnostiquées dans nos cabinets. Afin de proposer un plan de traitement adapté, le praticien

doit prendre en compte l'ensemble des paramètres liés au patient, au site et à l'implant. S'ouvre alors à lui différentes alternatives, maintenir, régénérer ou explanter. Lors de cette conférence, nous ferons le point sur les différentes options thérapeutiques envisageables en se basant sur leurs résultats à long-terme. Nous essaierions de proposer au praticien, un arbre décisionnel afin de l'aider à orienter ses choix thérapeutiques face à une péri-implantite notamment.



doit prendre en compte l'ensemble des paramètres liés au patient, au site et à l'implant. S'ouvre alors à lui différentes alternatives, maintenir, régénérer ou explanter. Lors de cette conférence, nous ferons le point sur

13H00 - 14H00 : PAUSE DÉJEUNER DANS L'EXPOSITION

Vendredi 9 juin
14h15 - 16h00

Les tissus péri-implantaires sans complexe dans le secteur antérieur maxillaire
Séance présidée par Olivier Fesquet

José NART (Barcelone, Espagne)

Treatment and increase of periimplant soft tissue



Implant esthetics has been related scientifically with thick peri-implant tissues. Either when extracting a tooth and placing an immediate implant

with high esthetic demands or when dealing with a per-implant deficiency, soft tissues are a clinical need. Currently, research has shown a perfect understanding on the performance of the harvested grafts depending on the sites and its clinical behaviour



Thierry DEGORCE (Tours)

Reconstruction des tissus durs péri-implantaires en zone esthétique
Intérêt des substituts allogéniques particuliers



Les pertes de volume osseux qui suivent l'extraction d'une dent impliquent de reconstruire l'os pour permettre l'intégration osseuse des implants dans un axe conforme au projet prothétique

et créer des volumes stables en adéquation avec les exigences esthétiques et la maintenance. Différentes techniques et différents matériaux de régénération sont à notre disposition et doivent être choisis pour répondre au challenge sans qu'aucun consensus encore soit admis aujourd'hui.

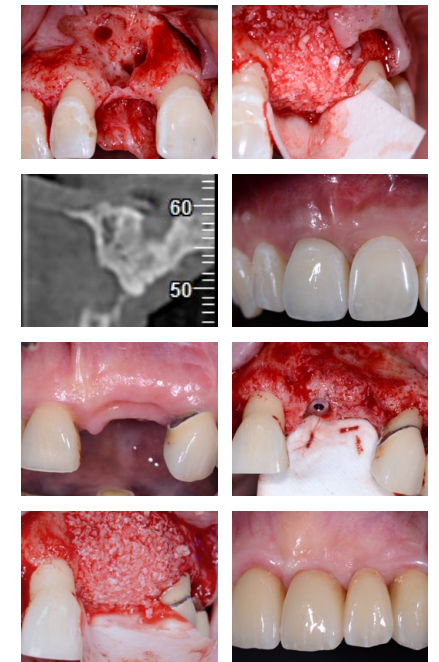
Compte tenu de sa grande capacité de cicatrization et de sa prédictibilité, l'os autogène a longtemps été considéré comme le « Gold Standard » des greffes osseuses intra-buccales. Toutefois, l'invasivité du prélèvement, le temps opératoire, l'insuffisance de volume des sites donneurs et les potentielles complications post-opératoires vasculaires et nerveuses, ont conduit à développer et utiliser plus régulièrement des substituts osseux.

L'os allogénique, issu des arthroplasties de hanches, est présenté sous forme particulière, sous forme de lames corticales ou bien sous forme de bloc cortico-spongieux. Sans limite de quantité, il permet d'éviter un prélèvement autogène sur un site donneur.

Le comblement alvéolaire allogénique après extraction des dents permet de minimiser l'alvéolyse et permettra dans certaines indications de placer l'implant sans nécessité d'une deuxième reconstruction osseuse. En particulier dans des situations initiales d'alvéoles altérées, l'association avec une

membrane résorbable et une greffe gingivale pour fermer l'alvéole, permet de maintenir le volume initial pour une parfaite intégration esthétique de la restauration implanto-portée.

La technique de régénération osseuse guidée est utilisée pour des défauts étendus de une à trois dents le plus souvent couplé à une membrane résorbable réticulée rigide et stabilisée. Un volume important associé à une bonne qualité de l'os reconstruit à la fois horizontalement et verticalement a été observé dans de nombreuses situations cliniques parfois complexes comme des reprises d'échecs implantaires esthétiques. Au cours de notre exposé, nous présenterons nos protocoles, nos résultats et notre recul qui semble démontrer une bonne stabilité dimensionnelle de l'os reconstruit.



Vendredi 9 juin
16h30 - 17h30

Graine de conférencier
Séance présidée par Xavier Struillou

Kadiatou SY (Lyon)

Lésions endo-parodontales : du diagnostic au traitement



Le traitement des lésions endo-parodontales (LEP) représente un véritable défi pour le chirurgien-dentiste. Cela tient non seulement à la difficulté diagnostique

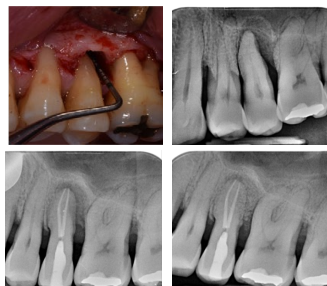
mais également au manque de données et de consensus quant à la prise en charge de ce type d'affection. Seulement 31 à 45% des chirurgiens-dentistes, souvent des spécialistes, seraient compétents pour les diagnostiquer et les prendre en charge, tandis qu'une grande majorité (92%) se sent insuffisamment formée.

Le principal facteur étiologique de ce type de lésion est microbien. Cliniquement les LEP se manifestent par la présence d'une poche parodontale profonde atteignant ou proche de l'apex couplée à une réponse négative ou altérée aux tests de vitalité pulpaire. D'autres signes et symptômes sont signalés telle qu'une résorption osseuse dans la zone apicale (lésion péri-apicale) Actuellement, la prise en charge de l'LEP consiste en des traitements endodontiques et parodontaux non chirurgicaux nécessitant une désinfection endo-canalair, une instrumentation supra et sous-gingivale afin d'éliminer le principal facteur étiologique et de restaurer la réponse immunitaire physiologique de l'hôte. L'utilisation de médicaments intracanaux (MIC) est également proposée depuis des décennies comme complément à l'instrumentation chimio-mécanique. De plus, des études récentes montrent que la mise en

place d'une MIC améliorerait les paramètres parodontaux (profondeur de poche, gain d'attache) en favorisant la désinfection du canal radicaire et la cicatrisation parodontale, indépendamment du type d'instrumentation et de la qualité de l'obturation finale. La classification de Chicago (2017), propose un diagnostic plus détaillé des LEP avec un système descriptif qui tient compte de (i) l'intégrité radicaire (présence/absence de fracture ou de perforation), (ii) l'état parodontal (présence/absence de parodontite) et (iii) l'étendue de la destruction tissulaire autour de la dent. Le but est d'orienter le praticien dans sa prise en charge en prenant en compte le pronostic de la lésion. Cependant, quelques questions persistent :

- Quelle est la chronologie de la prise en charge et la durée de cicatrisation entre le traitement endodontique et le traitement parodontal en particulier chez un patient présentant une maladie parodontale active ?
- La mise en place d'une médication intracanalair est-elle préconisée pour ce type de lésion ?

Autant de questions que peut se poser le clinicien pour prendre en charge une LEP. Nous tâcherons d'y répondre à travers l'étude de cas cliniques.



Vendredi 9 juin
16h30 - 17h30

Graine de conférencier
Séance présidée par Xavier Struillou

Alexandre COURTET (Paris)

Chirurgie guidée : planifier pour optimiser



Les exigences quotidiennes d'une pratique implantaire amènent à des situations parfois stressantes. La chirurgie guidée est un outil indispensable, parfaitement intégré dans notre exercice. Sa mise en œuvre

technique est codifiée. Au-delà de ses bénéfices cliniques, elle apporte une réflexion profonde sur la performance chirurgicale et la sécurité médicale. Cette conférence sera l'occasion de mettre en lumière l'importance des compétences techniques et non techniques dans la prise en charge chirurgicale implantaire de nos patients

technique est codifiée. Au-delà de ses bénéfices cliniques, elle apporte une réflexion profonde sur la performance chirurgicale et la sécurité médicale. Cette conférence sera l'occasion de mettre en lumière l'importance des compétences techniques et non techniques dans la prise en charge chirurgicale implantaire de nos patients



Angeline ANTEZACK (Marseille)

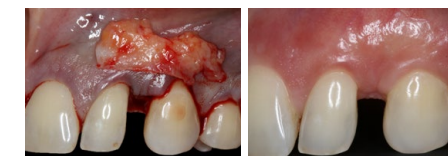
Recouvrir les recessions pour traiter l'hypersensibilité ?



Les récessions parodontales sont très fréquentes, avec une prévalence variant de 30 à 100% selon les populations étudiées. Celles-ci s'accompagnent d'hypersensibilité

Dans cette conférence nous aborderons les questions suivantes : Quels sont les bénéfices des techniques de recouvrement radicaire dans le traitement de l'hypersensibilité dentinaire ? Quelle technique de recouvrement radicaire est la plus efficace ? Quels paramètres parodontaux sont associés à la suppression de l'hypersensibilité dentinaire ?

dentinaire dans une grande partie des cas. Parmi les approches thérapeutiques, les chirurgies de recouvrement radicaire permettent une suppression de l'hypersensibilité dentinaire dans 70,8% des cas et constituent ainsi un traitement de choix permettant d'améliorer la qualité de vie des patients.



Vendredi 9 juin
14h15 - 17h00

Séances Cliniques 2 (Parodontologie)

Jurys de séance :
Kevimy AGOSSA et Isabelle FONTANILLE

14H20-14H35 - A. BRINCAT (Marseille)

Association de l'acide hyaluronique à une xénogreffe pour le traitement des défauts infra-osseux parodontaux : à propos de 18 cas

Le traitement des défauts parodontaux infra-osseux est possible grâce aux techniques de régénération tissulaire. La chirurgie mini-invasive associée à des biomatériaux de régénération comme l'acide hyaluronique et les xénogreffes pourrait améliorer la cicatrisation. 18 patients atteints de parodontite stade III ou IV présentant 19 lésions intra-osseuses ont été traités par chirurgie de régénération parodontale minimalement invasive associant de l'acide hyaluronique à une xénogreffe (Collapat II®). Le critère d'évaluation principal est le gain d'attache clinique. Les critères d'évaluation secondaires sont : la profondeur de poche, la hauteur de récession, la profondeur du défaut infra-osseux, le saignement au sondage, l'indice de plaque. Les résultats sont observés à un an post-opératoire. Le gain d'attache clinique moyen est de 3,83 mm. La profondeur de sondage a été réduite en moyenne de 5,33 mm. La récession a été augmentée en moyenne de 1,5mm. La profondeur du défaut osseux a été réduite en moyenne de 2,6 mm.

Les résultats sont comparables à ceux de la littérature. L'étude de Bozic et al. qui associe du Bio-Oss® avec de l'acide hyaluronique, montre à 6 mois un gain d'attache clinique de 3,65 ± 1,67 mm avec une réduction de la profondeur de poche de 4,54 ± 1,65 mm, et une augmentation de la récession gingivale de 0,89 ± 0,59 mm.

Une méta analyse récente (Ostos-Aguilar et al.) n'a pas montré d'effet supplémentaire de l'utilisation d'acide hyaluronique en association avec un substitut osseux pour le gain d'attache clinique ou la réduction de la profondeur de poche mais a montré des différences significatives pour le comblement osseux à 12 mois.

Les résultats obtenus chez les 18 patients traités par chirurgie mini-invasive associée à l'acide hyaluronique et à une xénogreffe ont montré une amélioration des paramètres cliniques et radiographiques.

14H35-14H50 - C. SANCHO (Toulouse)

L'Histiocytose langerhansienne

L'histiocytose langerhansienne (HL) est une maladie rare pouvant toucher tous les tissus. Les premières manifestations de l'HL concernent souvent la cavité orale et consistent en des ulcérations buccales, mobilités dentaires, douleurs et saignements gingivaux. Ces atteintes se manifestent par des lésions ostéolytiques des os et une altération granulomateuse ou ulcérée de la muqueuse buccale. Les principaux diagnostics différentiels incluent une parodontite sévère ou une parodontite apicale. Nous rapportons un cas rare d'HL unifocale localisé au niveau des molaires mandibulaires et mimant une lésion parodontale sévère.

Un jeune homme de 28 ans, fumeur avec comme antécédents une ostéomyélite du fémur gauche, présentait un tableau de parodontite localisée sévère au niveau des molaires mandibulaires. Après l'échec de la prise en charge parodontale non-chirurgicale et devant l'aggra-

vation de la lésion ostéolytique, une biopsie exérèse a été réalisée. Le diagnostic d'HL a été posé. Une prise en charge pluridisciplinaire avec, localement, l'avulsion des dents mobiles et le curetage osseux et un traitement systémique par biphosphonates a été indiqué.

Nous rapportons un cas rare d'HL unifocale localisé au niveau des molaires mandibulaires et mimant une lésion parodontale sévère.

Un jeune homme de 28 ans, fumeur avec comme antécédents une ostéomyélite du fémur gauche, présentait un tableau de parodontite localisée sévère au niveau des molaires mandibulaires. L'examen clinique et radiologique montrent une lésion ostéolytique intéressant la dent 36 et un début de lésion au niveau de la 46. Après l'échec de la prise en charge parodontale non-chirurgicale et devant l'aggravation de la lésion ostéolytique, une biopsie exérèse a été réalisée. Le diagnostic d'HL a été posé. Une prise en charge pluridisciplinaire avec, localement, l'avulsion des dents mobiles et le curetage osseux et un traitement systémique par biphosphonates a été indiqué.

14H50-15H05 - J.LARRIBE (Toulouse)

Les thérapeutiques endo-parodontales peuvent-elles s'appliquer aux dents considérées comme perdues ?

La symbiose thérapeutique endodontique et parodontale se pose comme alternative thérapeutiques face à l'implantologie. Au travers de ce cas clinique, nous montrerons qu'une conservation des dents 32-31-41-42 reste possible malgré une situation clinique de départ particulièrement compromise.

Mme F - 66 ans - ASA 1 - Non fumeuse - Avec des antécédents de parodontite.

Motif de consultation : douleurs au niveau des dents 31-42 mobiles avec des écoulements purulents et des épisodes d'abcès récurrents. L'analyse clinique et les examens complémentaires parodontaux et radiologiques montrent d'importantes pertes osseuses au niveau des dents 42-41-31-32. Une prise en charge conservatrice endodontique et régénératrice parodontale furent déterminées.

Sur 36 mois, une réduction des profondeurs de poches, un gain osseux et une conservation des dents fut possible en suivant :

- Phase thérapeutique endodontique et de contentions pré-chirurgicale 33-43.
- Phase parodontale étiologique et chirurgicale par lambeau d'assainissement et RTG (Emdogain, Os allogénique, Membrane collagénique acellulaire)
- Phase de maintenance parodontale et occlusale.

Le processus cicatriciel dans ce type de traitement se manifeste par : une réduction de profondeur de poche, un gain attache clinique, une diminution des mobilités, un gain osseux visible radiologiquement. Le succès clinique des thérapeutiques régénératrices parodontales sur des dents considérées comme « hopeless » passe par une interconnexion et une analyse fine du contexte global (âge, pathologie, tabac, observance), du contexte local (parois résiduelles, conservations de corticale, angulations et types des défauts, profondeurs de poches, mobilités, inflammations) et du contexte thérapeutique (phase parodontale étiologique et régénératrice, endodontique, maintenance). L'approche minimalement invasive et le gradient thérapeutique prend tout son sens au travers de ce cas clinique. La synergie des thérapeutiques endodontiques et parodontales se pose en véritables alternative à des avulsions multiples qui auraient nécessité par la suite des réhabilitations complexes.

15H05-15H20 - R. OHANESSIAN (Marseille)

Régénération du parodonte profond au cours du déplacement orthodontique

Les migrations dentaires représentent une des complications majeures des parodontites et sont, dans la plupart des cas, associées à des lésions infra-osseuses. Dans la littérature, la synergie paro-orthodontique a montré une efficacité dans la résolution de ce type de lésion et dans le repositionnement dentaire fonctionnel.

Plusieurs patients atteints de parodontites de stade III ou IV consultent pour des migrations dentaires d'apparition récente. Tous bénéficient d'un traitement parodontal non chirurgical. Après réévaluation, plusieurs poches parodontales présentent des profondeurs de sondage supérieures ou égales à 6 mm associées à des lésions infra-osseuses. Un traitement parodontal chirurgical par régénération tissulaire induite est réalisé et suivi, un mois après, d'un traitement orthodontique.

Les résultats à 1 an montrent un gain d'attache moyen de 5mm associé à une réduction moyenne des profondeurs de sondage de 4mm et une résolution radiologique des défauts infra-osseux.

Les résultats d'un récent essai randomisé ont montré qu'il n'existait pas de différence significative en terme de réduction des profondeurs de sondage et gain d'attache clinique lorsque le traitement orthodontique était entrepris 1 mois vs 6 mois après la chirurgie parodontale régénératrice. Toutefois, démarrer le traitement orthodontique à 1 mois post-chirurgie présente l'avantage de réduire la durée du traitement pour le patient ce qui peut s'avérer être un facteur motivationnel non négligeable. Pris dans leur ensemble, ces résultats montrent que le traitement orthodontique initié 1 mois après la chirurgie parodontale est bénéfique à la régénération parodontale des défauts infra-osseux et à la formation d'une nouvelle attache parodontale.

La synergie paro-orthodontique peut s'avérer efficace lorsque le traitement orthodontique est mis en place 1 mois après régénération tissulaire induite dans l'obtention d'un résultat clinique à la fin du traitement orthodontique.

15H20-15H35 - A. LARDERET (Strasbourg)

Régénération des défauts intra-osseux par technique NIPSA

La Non-Incised Papilla Surgical Approach ou NIPSA est une approche minimalement invasive récente en chirurgie parodontale régénérative. Proposée en 2018 par Moreno-Rodriguez et al., cette technique permet l'approche apicale des lésions parodontales infra-osseuses résiduelles isolées et profondes par voie vestibulaire. La préservation complète de la papille inter-dentaire permet la stabilisation du caillot sanguin, la vascularisation de la plaie et une intégration esthétique optimale.

Nous présentons un patient de 81 ans atteint d'une parodontite généralisée de stade 4 grade B en maintenance parodontale depuis une dizaine d'années. Le patient présente une poche résiduelle étroite et profonde (PP = 9mm) en mésio-vestibulaire de 21 avec une mobilité II de Miller associée. Le patient est compliant, l'hygiène bucco-dentaire est perfectible (FMPS de 38%) et l'inflammation faible (FMBS de 13%).

Nous commençons par réitérer l'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire, nous remplaçons la contention maxillaire et nous réitérons l'instrumentation non chirurgicale au niveau des poches résiduelles. Nous réalisons le traitement chirurgical de la lésion infra-osseuse sur 21 avec la technique NIPSA et l'application de dérivés de la matrice amélaire (EMD)

et comblement osseux (Xenoflex). Nous réinstaurons enfin le programme de maintenance parodontale chez le patient. À 3 mois nous observons une diminution de la perte d'attache clinique au niveau de 21, une réduction de la profondeur de poche (PD = 4mm) avec disparition du saignement au sondage.

D'autres techniques chirurgicales minimalement invasives auraient également été indiquées dans le traitement de cette lésion, mais nous avons décidé d'appliquer la technique NIPSA pour la prédictibilité de ses résultats cliniques, sa simplicité de mise en oeuvre et le faible risque de complications post-opératoires et esthétiques.

L'application de la technique NIPSA a permis la régénération du défaut infra-osseux sur 21 afin d'améliorer le pronostic de cette dent, tout en préservant les tissus supra-crestaux et papillaires.

15H35-15H50 - E. IBRAHIM (Strasbourg)

Intérêt de la SFA dans les traitements des lésions infra-osseuses

L'objectif de ce cas était le traitement des lésions infra-osseuses par Single Flap Approach (SFA). Un patient de 32 ans non fumeur et en bonne santé se présente pour des lésions osseuses en regard des molaires. Après bilan parodontal, le patient présentait 96 % de saignement au sondage, 58% de plaque, une profondeur de poche maximum à 13mm, 78% des dents avaient une perte d'attache égale ou supérieure à 4mm. Des lésions infra-osseuses sévères étant localisées en regard des molaires et incisives, le diagnostic de parodontite molaire/ incisive stade 3 grade C est posé.

Les étapes 1 et 2 (séance unique sous antibiothérapie) du traitement parodontal ont été réalisées. Les réévaluations ont mis en évidence la présence de poches > 6 mm en regard des dents 16 26 36 46 22 ainsi qu'un indice de plaque et un indice gingival encore très élevé à cause du manque de compliance du patient. La compliance étant erratique, de multiples séances de motivation à l'hygiène bucco-dentaire ont de nouveau été réalisées. Les dents 36 et 46 ont été régénérées selon la technique du SFA avec utilisation de substituts osseux et de dérivés de la matrice amélaire.

À 6 mois post-chirurgie, aucune poche supérieure à 6 mm n'était présente. Un bon contrôle de plaque ainsi qu'un faible taux d'inflammation gingivale étaient maintenus. La prise en charge non chirurgicale ainsi que la régénération parodontale ont permis le rétablissement d'une attache parodontale stable en regard des dents ayant un pronostic affaibli.

Après intervention ainsi qu'une maintenance parodontale régulière un bon pronostic au long terme est obtenu. Cependant ceci ne peut s'obtenir qu'en coordination avec le patient, avec un bon contrôle de plaque.

Cette approche a permis un gain d'attache tout en limitant au maximum la perte tissulaire.

16H00-16H30 - PAUSE

16H30-16H45 - C. THAN TRONG (Toulouse)

Prise en charge d'une dent antérieure en parodontite terminale et gestion des conséquences tissulaires

La cicatrisation d'une alvéole post extractionnelle s'accompagne généralement d'une résorption osseuse ayant lieu dans les 3 mois à l'issue du geste. La perte volumique en hauteur et en épaisseur des tissus osseux et muqueux peut compliquer la réhabilitation, qu'elle soit implantaire ou dento-portée.

Chez un patient atteint de parodontite localisée de stade 3 grade C présentant une mobilité terminale de la 22, une préservation alvéolaire a été entreprise de manière concomitante à l'extraction avec la mise en place d'un greffon mixte à l'issue de l'extraction. Du biomatériau osseux d'origine bovine a été mis en place avec une membrane collagénique. Un greffon épithélio-conjonctif a été prélevé au palais et désépithélialisé au niveau des berges terminales. Les parties conjonctives ont été enfouies et la partie centrale épithélialisée a recouvert le site post-extractionnel afin de limiter la perte tissulaire en hauteur.

Afin de conserver l'esthétique du patient, le fragment résiduel a été collé sur une contention vestibulaire. Concernant la réhabilitation de la 22 et compte tenu de l'âge du patient, notre choix s'est porté sur la réalisation d'un bridge collé en zircone avec un excellent pronostic à moyen terme, en accord avec le gradient thérapeutique.

Nous avons un recul clinique à la hauteur de 2 ans.

Le point clé dans la gestion de ce cas clinique a été l'anticipation des conséquences post-extractionnelles, qui auraient compliqué la réhabilitation esthétique du patient en engendrant une perturbation de la ligne des collants particulièrement disgracieuse en secteur antérieur.

Une préservation alvéolaire par greffe osseuse et greffe gingivale concomitante peut permettre d'anticiper l'effondrement tissulaire post extractionnel.

16H45-17H00 - C. BIÉ (Toulouse)

Prise en charge parodontale d'un patient atteint d'angioedème héréditaire

L'angioedème héréditaire (AOH) est une maladie qui provoque la survenue d'oedèmes plus ou moins sévères. C'est un déficit en C1-inhibiteur, qui entraîne des excès bradykiniques lors de la réaction inflammatoire et donc la formation d'oedèmes. Dans le cadre de soins buccaux le risque majeur est de provoquer l'apparition d'un oedème au niveau des voies aériennes supérieures, mettant ainsi en jeu le pronostic vital du patient. Les soins bucco-dentaires et parodontaux sont de potentiels facteurs déclenchants. La problématique se pose donc de savoir comment prendre en charge ces patients.

Nous avons reçu dans le service de Parodontologie de Toulouse un patient atteint d'AOH. Il présente une parodontite de stade III grade B et décrit des phases aiguës d'inflammation parodontale précédant ses crises douloureuses d'oedèmes intestinaux pouvant durer plusieurs jours et pour lesquelles il avait recours aux antibiotiques.

Après concertation pluridisciplinaire avec le service de médecine interne, un protocole de prise en charge adaptée a été mis en place pour les séances à risque de micro-traumatismes gingivaux. Les précautions concernent la prise d'une dose thérapeutique « de crise » de C1-inhibiteur en préventif avant la séance et une surveillance en hospitalisation de jour après la séance. Afin de limiter les hospitalisations de jour pour ce patient, les soins ont été regroupés au maximum. Une prise en charge parodontale non chirurgicale a été réalisée. L'amélioration de l'état parodontal a permis de diminuer les crises d'oedèmes améliorant ainsi la qualité de vie du patient et limitant sa consommation médicamenteuse.

L'AOH ne doit pas être une contre-indication aux soins dentaires. La coordination pluridisciplinaire est indispensable afin d'établir un « calendrier » des actes.

Vendredi 9 juin

14h15 - 17h00

Séance Recherche 1 (Recherche fondamentale)

Jurys de séance :

Kirsten GRITSCH et Martin BIOSSE DUPLAN

14H20-14H35 - M. FAURE-BRAC (Aix-Marseille)

Evaluation de la classification de parodontia sur vidéographies par des profanes et des praticiens

Objectif : Tester la reproductibilité de la classification des sourires de Parodontia sur des vidéographies par des profanes et des praticiens
Matériels et Méthodes : Trois mimiques de sourire (sourire naturel, sourire forcé, rire spontané) ont été filmées chez 50 sujets puis classées selon la classification Parodontia par 10 praticiens et 10 profanes. Les accords intra-évaluateurs et inter-évaluateurs ont été évalués à l'aide du test Kappa de Cohen et du test Kappa de Fleiss, respectivement.

Résultats : Les vidéographies des sourires de 20 hommes et 30 femmes (âge moyen 35 +/- 12,7 ans) ont été classées selon la classification de Parodontia. Le niveau global d'accord intra-évaluateur et inter-évaluateur était respectivement de 0,67 ($p < 0,05$) et 0,63 ($p < 0,05$).

Conclusions : Il est possible d'utiliser la classification de Parodontia de manière reproductible et répétée sur des vidéographies, que ce soit par un profane ou par un praticien.

Cette méthode de vidéographie nous permettra d'analyser à un niveau dynamique l'esthétique de la gencive et de nos traitements parodontaux visibles pendant le sourire.

Pertinence clinique :

A partir de ces vidéographies, nous avons observé que l'amplitude du sourire maximum et lors du rire semblait dévoiler une grande quantité de gencive. Tout traitement impliquant une manipulation de la gencive dans la zone esthétique doit être soigneusement anticipé en raison du risque de visibilité dans le sourire. Les profanes, qui représentent nos patients quotidiens, sont tout aussi capables que les praticiens d'évaluer la visibilité du sourire et donc de juger de leurs défauts et attributs esthétiques.

14H35-14H50 - C. STUTZ (Strasbourg)

Evaluation of M101 gel in peri-implantitis treatment: a dog study

M101 is a natural extracellular hemoglobin isolated from the marine lugworm *Arenicola marina* with a high oxygen (O₂) binding capacity, carrying up to 156 O₂ molecules in a saturated state. It was demonstrated that it displays anti-inflammatory and pro-healing effects in experimental periodontitis model. The aim of this study is to evaluate the effect of M101 as adjunctive to surgical and non-surgical treatment of peri-implantitis.

In dogs, following extraction, 4 implants were placed at the mandible and peri-implantitis was induced by placing ligatures for 3 months. Then, peri-implantitis treatment was performed as follows: no treatment (Neg); non-surgical treatment (NS); surgical treatment (S); non-surgical treatment + M101 (NS M101); surgical treatment + M101 (S M101). After 2 months, dogs were sacrificed and histological analysis as well as analysis of cytokines in blood were performed.

After healing, all treated implants display an improvement in terms of PPD reduction and alveolar bone gain. Interestingly, PPD reduction and alveolar bone gain were increased in NS + M101 vs NS ($p < 0,05$). At the histological level, regeneration was improved at M101 treated sites. At the blood level, no cytotoxic effect was measured following M101 administration.

M101 gel will be an interesting adjuvant to non-surgical peri-implantitis management. This dog

study confirmed previous pro-healing effects observed in mouse. Such effects might be due to the anti-inflammatory effects of M101 and to the delivery of O2 on site. Human study needs to be conducted to evaluate its efficacy.

14H50-15H05 - P.Y. GEGOUT (Strasbourg)

Implication des microARN issus de vésicules extracellulaires dans l'inflammation médiée par Porphyromonas gingivalis

Les microARNs sont des ARNs simples brins de 18 à 22 nucléotides, impliqués dans l'inhibition génique post-transcriptionnel. Il a été démontré que ces microARN pouvaient être transportés par les vésicules extracellulaires et ainsi jouer un rôle dans l'inflammation médiée par Porphyromonas gingivalis, notamment via les voies autocrines, paracrines et exocrines.

Le but de cette étude était d'isoler des vésicules extracellulaires sécrétées par les cellules épithéliales orales en réponse à Porphyromonas gingivalis et de déterminer les variations de leur contenu en microARN entre les différentes conditions.

Des cellules épithéliales orales (TERT2-OKF-6) ont été cultivées dans un milieu exempt d'exosomes et infectées avec P.gingivalis (MOI:100) pendant 24h. Les vésicules extracellulaires issues de cellules non infectées (EV) et infectées (EV-PG) ont été isolées après ultracentrifugation et caractérisées avec Zetaview afin de déterminer leur taille ainsi que leur concentration. Une analyse du contenu en microARN a été réalisée par analyse Fireplex et les microARNs significativement plus sécrétés ($p < 0,01$) ont été entrés dans mirWalk® afin de déterminer leur différentes voies d'action.

Les résultats de l'analyse ont démontré que le contenu des vésicules extracellulaires en microARNs cibles était significativement augmenté dans la condition infectée. De plus, ces microARNs se sont révélés être liés à de nombreuses voies de signalisation impliquées dans la régulation de l'inflammation tels que la voie des MAP Kinases, RAGE-AGE ou encore Wnt.

Cette étude soutient que les vésicules extracellulaires devraient être considérées comme de potentielles médiatrices de l'inflammation, impliquées dans le développement des lésions associées à Porphyromonas gingivalis notamment par l'intermédiaire des microARNs.

15H05-15H20 - D. CHACUN (Lyon)

ImplantoData : un nouvel outil pour le suivi patient et une recherche en implantologie paro-consciente

Dans le cadre réglementaire actuel, il est nécessaire de recueillir les données relatives aux dispositifs médicaux (DM). De plus, il importe pour le praticien d'optimiser le temps consacré au recueil des données et au suivi patient. Dans ce contexte, de nouveaux outils permettant d'améliorer la traçabilité et la communication avec le patient sont indispensables.

Développer un logiciel en implantologie qui propose un suivi et une traçabilité, rigoureux et systématiques, une communication de qualité, un gain de temps et la possibilité d'exploiter les données pour une « recherche en vie réelle ».

ImplantoData est basé sur l'architecture numérique et les fonctionnalités proposées par EndoData, logiciel à destination des endodontistes. Des séances de travail interprofessionnelles réunissant diverses compétences (réglementaires, en développement informatique, cliniques, en recherche clinique) ont permis de proposer une arborescence adaptée à une utilisation en implantologie.

L'adaptation du logiciel à l'implantologie a permis d'obtenir un outil proposant d'intégrer 3 parties : la consultation, sous 3 formes (informations relatives aux sites « denté », « édenté » ou « implanté »), les traitements, en 10 formulaires (types d'acte) cumulables, et le suivi implantaire regroupant la maintenance parodontale et prothétique. Toutes les informations sont exportables (CR automatisés, données à visée recherche).

Ce logiciel permet de remplir une triple mission : assurer le suivi réglementaire et en particulier la matériovigilance de l'ensemble des DM utilisés, accompagner le praticien dans la communication auprès des patients et des autres professionnels de santé, et enfin, faciliter le recueil des données et leur export de manière pseudonymisée qui permet à chaque praticien de participer comme investigateur à la recherche implantaire « en vie réelle ».

ImplantoData permettra une documentation à long terme, à grande échelle et « en vie réelle » permettant de mieux comprendre le comportement des implants ainsi que les facteurs influençant échec et succès.

15H20-15H35 - P. MONNEYRON (Paris)

La régénération papillaire en fonction du type de prothèse implantaire portée chez les patients atteints d'oligodontie

L'oligodontie se définit par l'absence congénitale d'au moins 6 dents permanentes. Bien que plusieurs options thérapeutiques soient possibles, les restaurations implantaire-portées sont les traitements de choix pour ces patients présentant de nombreuses agénésies en secteur esthétique. Cette étude vise à évaluer la régénération papillaire en fonction du type de réhabilitation prothétique chez les patients atteints d'oligodontie. Ce facteur a un impact sur le résultat esthétique des réhabilitations implantaire-portées. Parmi l'ensemble des restaurations prothétiques supra-implantaires réalisables (coiffe unitaire, cantilever, bridge implantaire-porté) un type de restauration permet-il une meilleure régénération papillaire et donc de meilleurs résultats esthétiques?

Cette étude rétrospective réalisée sur 27 patients atteints d'oligodontie et ayant reçu un traitement implantaire dans le centre de référence des maladies rares orales de Paris à l'APHP Rothschild. Le score PES, l'indice papillaire et la corrélation entre la régénération papillaire et la distance entre le point de contact prothétique et la crête osseuse interdentaire ont été réalisés. Les résultats ont été comparés à ceux obtenus avec les dents naturelles. Trois groupes ont été constitués : le groupe Témoin (papille entre les dents), le groupe Dent-Papille (papille entre une dent et un pontique/implant) et le groupe Implant-Papille (papille entre 2 implants ou entre un implant et un pontique)

116 implants et 27 pontiques ont été inclus dans l'étude, 292 dents ont constitué le groupe Témoin. Les scores PES moyens, pour les dents naturelles, les implants et les pontiques étaient respectivement $13,5 \pm 1,04$, $12 \pm 1,97$, $11,9 \pm 2,04$. La différence de score était significative entre les dents et les groupes implants ou les pontiques ($p < 10^{-3}$). L'indice papillaire a montré une différence significative entre les groupes Témoin, Dent-Papille et Implant-Papille ($p < 10^{-3}$). La distance moyenne pour une papille complète pour les groupes précédents était respectivement $4,76 \pm 0,76$ mm, $4,89 \pm 0,78$ mm, $3,91 \pm 0,59$ mm. La différence était significative pour le groupe Implant-Papille par rapport aux autres groupes ($p < 0,05$)

15H35-15H50 - L. BESSOU (Paris)

Influence esthétique des matériaux des piliers prothétiques implantaire-portés sur les tissus mous péri-implantaires : revue systématique et méta-analyse

Le choix des matériaux des piliers prothétiques implantaire-portés peut impacter le résultat esthétique de ces prothèses en influençant la visibilité du pilier au travers de la gencive.

L'objectif principal de cette recherche était d'analyser de façon systématique la littérature concernant l'influence de différents matériaux de piliers (titane, titane anodisé dans des teintes de doré ou de rose, or, zircone) sur les résultats esthétiques mesurés par spectrophotométrie. La corrélation entre l'épaisseur des tissus mous et leur décoloration a également été investiguée.

Une recherche électronique a été effectuée sur Medline afin d'identifier des essais cliniques randomisés publiés jusqu'à avril 2022 évaluant l'impact de différents matériaux de piliers sur

l'esthétique des tissus mous péri-implantaires par le biais de mesure spectrophotométriques. Une méta-analyse a été conduite pour le critère primaire, la valeur du paramètre objectif de décoloration des tissus mous péri-implantaires ΔE .

Sur un total de 466 études, 11 ont été sélectionnées après lecture complète et 6 ont été incluses dans la méta-analyse. Ces études incluaient 147 patients et 356 piliers. L'analyse des données a montré une différence statistiquement significative entre le titane et le titane anodisé doré (MD = -2.05 [3.72, -0.38]; p=0.02), entre le titane et l'or (MD = -2.92 [-4.64, -1.21]; p=0.0008) et entre le titane et la zircone (MD = -2.42 [-3.95, -0.88]; p<0.00001). Une différence non significative a été mise en évidence entre le titane et le titane anodisé rose (MD = -0.97 [-2.80, 0.86]; P=0.30).

Les piliers en titane anodisé, or et zircone ont permis d'obtenir de meilleures valeurs spectrophotométriques que le titane pour la décoloration des tissus mous péri-implantaires, et donc de meilleurs résultats esthétiques. Le titane anodisé pourrait représenter une alternative pertinente aux piliers zircone, évitant ainsi le recours à des agents de collage entre le titane et la zircone et limitant les joints en résultant.

16H00-16H30 - PAUSE

16H30-16H45 - N. MANSOUR (Paris)

Impact of obstructive sleep apnea treatment with mandibular advancement appliance on periodontal health: a systematic review of the literature

The use of mandibular advancement appliance (MAA) is an efficient treatment option for mild to moderate obstructive sleep apnea (OSA). It prevents upper airway collapse by advancing the mandible and the associated soft tissues. MAA is overall well tolerated but to be effective it needs to be worn during sleep every night and for lifelong. Thus, side effects, mainly concerning dental movements, may be observed in the long-term. Among these, it is not clear whether MAA may induce or contribute to changes on periodontal tissues and influence periodontal health.

The present systematic review aims to assess periodontal side effects associated with the use of MAA in patients with OSA

An electronic search was performed in MEDLINE, Cochrane Database, Google Scholar Beta, Scopus. Human studies published up to September 2022 were analyzed, without language restrictions. Randomized and non-randomized controlled trials (RCTs, NRCTs), longitudinal cohorts, retrospective case-control or cohort studies with at least 6 months of follow-up reporting on MAA side effects in adult OSA patients were considered.

Over a total of 169 articles screened, 36 studies were selected. Of these, 11 (30.5%) were RCTs. The most frequently reported MAA-related side effects were: hypersalivation, xerostomia, occlusal problems, temporomandibular joint pain. No periodontal side effect was reported. Only 5 (5/11=45,5%) RCTs considered periodontitis as an exclusion criterion for patient selection.

There is no evidence in the literature to confirm that MAA treatment significantly impacts on the periodontal status of OSA patients. However, this aspect appears to be under-evaluated in the pertinent literature and should be further investigated in relation to the type of MAA, the duration of treatment, and specifically in OSA patients with a history of periodontitis.

16H45-17H00 - C. TEYSSIER (Lyon)

Utilisation du Plasma Riche en Fibrine, du Plasma Riche en Facteurs de Croissance et des Concentrés en Facteurs de Croissance en remplacement ou en adjonction au Greffon Conjonctif Enfoui dans le traitement des récessions gingivales : Revue systématique

Les concentrés plaquettaires autologues (APC) sont devenus des substituts biologiques

innovants, optimisant la cicatrisation et améliorant la régénération des tissus mous en chirurgie muco-gingivale. Cependant, aucune revue systématique n'a encore évalué les avantages à utiliser le Plasma Riche en Fibrine (PRF), le Plasma Riche en Facteurs de Croissance (PRGF) et les Concentrés en Facteurs de Croissance (CGF) en substitution ou en complément du greffon conjonctif enfoui (CTG) dans le traitement des récessions gingivales (GR).

En réponse au manque de conclusions disponibles sur ce sujet, l'objectif de cette revue systématique était d'évaluer l'efficacité des APC (PRF, PRGF et CGF) en comparaison et/ou en complément du CTG dans le traitement des GR uniques ou multiples de Classe I ou II de Miller.

Les PRISMA guidelines ont été suivies pour la méthodologie. Une recherche électronique a été menée dans PubMed, Cochrane Central et Embase de Janvier 2022 à Janvier 2023. Des essais contrôlés randomisés (RCT) réalisés après 2012 avec une période de suivi > 6 mois portant sur le traitement d'une ou plusieurs GR de Classe I ou II de Miller sur patients sains ont été inclus. Les principaux paramètres analysés étaient : recouvrement radiculaire complet et moyen (CRC, MRC), niveau d'attache clinique (CAL), profondeur et largeur de la récession (RD, RW), profondeur de sondage (PD), et largeur et épaisseur des tissus kératinisés (KTW, KTT). Les paramètres secondaires étaient subjectifs, avec la douleur ou l'inconfort post-chirurgical et la satisfaction esthétique du patient.

31 RCTs ont été inclus. Une différence significative entre le CTG et les APC a été relevée pour le gain de KTT et KTW en faveur du CTG, et pour la diminution de l'inconfort postopératoire en faveur des APC.

Les APC constituent une alternative prometteuse au CTG dans le traitement des GR de Classe I et II de Miller.

17H00-17H15 - A. HBIBI (Rabat, Maroc)

Evaluation de l'activité antibactérienne du miel et de la gelée royale contre Aggregatibacter actinomycetemcomitans clone JP2 - Etude in vitro.

Évaluer la sensibilité bactérienne in vitro du Aa clone JP2 au miel et à la gelée royale.

La souche Aa clone JP2 testée dans ce travail correspond à la souche de référence CCUG 56172. Les miels testés correspondent à une sélection de miels marocains mono et multif floraux, en plus du miel grade médical (L-Mesitran), du miel de Manuka UMF 10+ et la gelée royale lyophilisée. L'identification de leur pouvoir antibactérien a fait appel à la méthode de diffusion sur gélose par puits. L'identification des concentrations minimales inhibitrices (CMI) et bactéricides (CMB) est réalisée sur plaques microtitrées à 96 puits par méthode de microdilution en bouillon. Les miels et gelée royale ont subi une analyse physicochimique pour déterminer leurs acidité, charge minérale, teneur en sucre et leur pouvoir antioxydant.

Tous les produits étudiés ont montré une action antibactérienne sur le Aa avec un diamètre d'inhibition plus important pour le miel multifloral et celui du thym. Or, les CMI les plus faibles correspondaient à celles du L-Mesitran et du miel de Manuka. Le ratio CMB/CMI montre que tous les produits testés sont bactéricides.

Notre étude est la première à évaluer la sensibilité bactérienne du Aa clone JP2 aux miels de grade médical, miel de commerce et à la gelée royale lesquels ont tous montré une efficacité antibactérienne contre ce pathogène. La différence d'origine botanique des miels utilisés peut expliquer en partie la variété des diamètres d'inhibitions obtenus. Or, la CMI la plus faible enregistrée avec L-Mesitran peut être attribuée à sa supplémentation par les vitamines C et E.

Le miel et la gelée royale possèdent un effet antibactérien évident contre le Aa clone JP2.

Vendredi 9 juin
À 20h00

DINER DE BIENFAISANCE

La SFPIO met les voiles avec Wings of The Ocean

Cette année encore, le Congrès SFPIO a choisi de soutenir une association caritative à l'occasion de son dîner de bienfaisance. Cette année, c'est l'association Wings of the Ocean, qui mène des actions de sensibilisation et de dépollution autour de l'étang de Thau, qui bénéficiera des recettes de l'évènement.

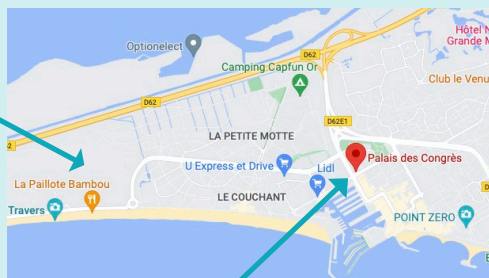


Soutenez Wings
of The Ocean
www.wingsoftheocean.com

La Paillote Bambou
Accès 47, Routes des Plages, 34280
La Grande-Motte



Rendez-vous à partir de 20h00
à La Paillote Bambou



Palais des congrès
1 Quai Duguay-Trouin
35400 Saint-Malo

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PARODONTOLOGIE
& IMPLANTOLOGIE ORALE

CONGRÈS 2024

rendez-vous à
LA BAULE

14 & 15 JUIN 2024



**REMI
CHANGEY**
PRÉSIDENT DU
CONGRÈS



**SOFIA
AROCA**
PRÉSIDENTE
SCIENTIFIQUE



**CAROLINE
FOUQUE**
PRÉSIDENTE
SFPIO


SFPIO

Samedi 10 juin
09h00 - 11h00



La réhabilitation esthétique et fonctionnelle sur parodonte réduit

Séance présidée par
Josselin LETHUILLIER

Ignacio SANZ SANCHEZ (Madrid, Espagne)

Implant placement in patients with periodontitis: can we prevent peri-implantitis?

Dental implants are a great tool to restore teeth that have been lost. However, in order to achieve long-term success, the absence of mechanical and biological complications must be present. Among biological complications, peri-implantitis is one of the most prevalent, being its treatment not as predictable as we would desire. This is going to be especially relevant in patients that have lost their teeth due to periodontitis, since this population has a greater risk for peri-implantitis. In order to reduce the development of this disease in periodontal patients, preventive strategies are

mandatory, first before implant placement, and then after loading the implants. We will review step by step the different strategies that can be applied in the clinic to reduce the risk of peri-implantitis and how we are approaching today this disease if we failed with primary prevention.



Michel BARTALA (Bordeaux)

Prothèse fixée sur parodonte réduit : préservation et contention

« Docteur pourriez-vous sauver mes dents ! ». Cette phrase prononcée de façon implicite ou explicite exprime souvent le désespoir thérapeutique

de patient qui voit le spectre de l'édentement partiel ou complet se profiler. Un patient qui perçoit la mobilité de ses dents durant les différentes fonctions (mastication, phonation, déglutition) est souvent dans une grande appréhension du diagnostic qui va être posé. L'implantologie a alors constitué

certains espoirs, pour résoudre et apporter une solution fixe à des patients présentant ou risquant de présenter des édentements partiels ou totaux. Cependant la prévalence des maladies péri-implantaires (1,2) semble augmentée chez des patients atteints de parodontites (avec un facteur multiplicateur au minimum de 2 selon les études (3)) et ce de façon encore plus prononcée chez les patients présentant des stades avancés de maladie parodontale (stade 3 ou 4). Si cette solution thérapeutique implantaire peut encore parfois être envisagée, les risques augmentés de maladie péri implantaire chez ces patients doivent nous inciter à la prudence et

à tout faire pour repousser cette échéance. La tendance en prothèse fixée ayant heureusement évolué vers des techniques de moins en moins invasives, les préparations périphériques sur des dents peu ou pas délabrées sont difficiles à envisager. Cependant, que doit-on penser quand ce délabrement peut prolonger fortement la survie des dents ? En effet, différentes études ont mis en évidence l'intérêt chez des patients atteints de maladie parodontales avancées à très avancées de la réalisation de bridge complet de contention (4,5). La contention semble ainsi permettre de conserver plus longtemps des dents au rapport racine clinique couronne clinique très défavorable. S'il apparaît malheureusement évident que cette solution n'est pas définitive, elle montre des taux de survie supérieurs à 90% à 10 ans permettant de reculer l'échéance du passage à l'éden-



Anne LONGUET (Paris)

Dentisterie biomimétique et parodonte : le juste équilibre

La dentisterie restauratrice et prothétique est en pleine mutation. Nous assistons à un vrai changement de paradigme ces dernières années.

La dent doit être considérée comme un « organe complexe » à part entière fonctionnant dans un environnement particulier afin de mieux la restaurer. La dent et le parodonte sont indissociables.

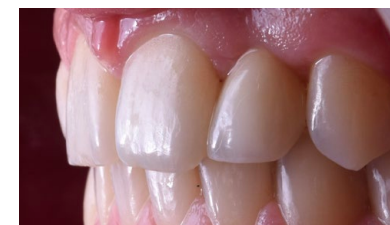
L'évolution des techniques adhésives, des biomatériaux et des moyens d'assemblage permettent de repousser les limites et de s'affranchir des concepts mécaniques de la prothèse conventionnelle à l'origine d'une perte tissulaire parfois excessive et qui n'est plus acceptable d'un point de vue biologique et biomécanique de nos jours.

Le praticien a à sa disposition un éventail de thérapeutiques permettant une intervention à minima afin de restaurer la dent unitaire lorsqu'il est en présence d'une perte

complète souvent redouté et au traitement implantaire. Ce principe de contention s'applique dans certaines situations cliniques à une dent, à plusieurs dents et dans des cas de compromis où les provisoires durent. Au cours de cette communication, les différents aspects biologiques et prothétiques de ce type de thérapeutiques seront décrits en montrant l'apport du digital dans ces traitements et en espérant que les nouvelles techniques de la dentisterie adhésive pourront à terme réduire la mutilation nécessaire au prolongement de la conservation des dents.



de substance qu'elle soit faible comme une simple attaque carieuse ou importante comme dans les cas d'érosion/usure de plus en plus fréquents en présence d'un parodonte nécessitant un aménagement ou affaibli. Sachant qu'avec l'allongement de l'espérance de vie il faut envisager de prolonger également la durée de vie des dents et des restaurations. La ré-intervention est inévitable car les restaurations sont soumises à de fortes contraintes mécaniques et chimiques une fois mises en place, l'intervention initiale doit donc être la plus conservatrice possible et prendre en compte l'état parodontal du patient.

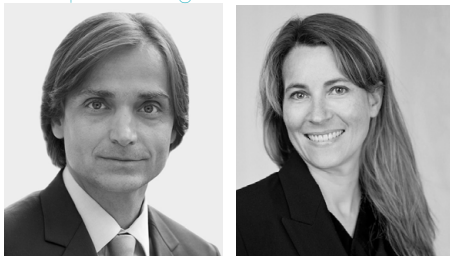


Samedi 10 juin
11h30 - 13h30

Vertical and horizontal ridge augmentation:
How far can we go?
Séance présidée par
David NISAND

Augmentation osseuse préimplantaire verticale et horizontale: Jusqu'où peut-on aller ?

Istvan URBAN (Budapest, Hongrie) Hélène ARNAL (Paris)



GBR for horizontal augmentations has been widely described and numerous studies have shown reproducible results with implant success rates comparable to those obtained in native bone. When the width of the ridge is less than 4mm at the top, a staged approach is often indicated. Guided bone regeneration techniques using resorbable membranes with staged approaches often fall short of the recommended peri-implant bone volume criteria.

The Sausage Technique[®] (Urban 2011 2013), is one of the least invasive scientifically documented technique for horizontal bone augmentation. Moreover, this technique provides most horizontal bone gain than classical GBR techniques (Arnal Urban 2022).

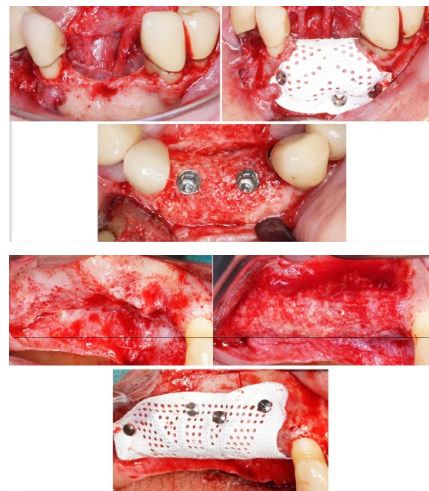
GBR for vertical ridge augmentations using non resorbable PTFE membranes



was developed in the late 1990s (Simion 1994 Tinti 1996). Nowadays, this technique enables to regenerate vertical defects up to 12mm with very high success rates (Urban 2021). Vertical GBR is well documented and is the most frequently used procedure for vertical augmentations. It allows the surgeon to fulfill vertical augmentations and to regenerate a ridge thickness in line with the recommended peri-implant bone volume criteria.

However vertical augmentations are very demanding, and the surgeon has to pass through a learning curve before being able to achieve reproducible good results.

This lecture will be about the key points required to perform predictable vertical and horizontal augmentations.



Samedi 10 juin
9h00 - 11h00

Séance Recherche 2 (Clinique)
Jurys de séance :
Christelle DARNAUD et Olivier HUCK

9H05-9H20 - L. PIERRARD (Reims)

Prévalence des maladies parodontales chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : étude prospective multicentrique

La pathogénie des Maladies Parodontales (MP) et des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) sont proches, une réponse immunitaire exacerbée de l'hôte en réponse à une dysbiose microbienne entraînant des destructions tissulaires progressives et irréversibles. Un risque accru de développer une MP est démontré chez les patients atteints de MICI. Comparer la prévalence des MP sévères et avancées entre des patients atteints d'une MICI active versus en rémission.

60 patients atteints de MICI actives et leurs contrôles appariés (genre, âge, statut tabagique et type de MICI) ont été inclus [NCT04380922] dans cette étude bicentrique observationnelle prospective. Des indices parodontaux (PPD, CAL, BOP, PCR), carieux (ICDAS) et de qualité de vie (GOHAI) ont été recueillis. L'activité de la MICI était définie par le score de Mayo (RCH), l'indice d'Harvey-Bradshaw (Crohn), la CRP et/ou la calprotectine fécale et/ou les lésions endoscopiques. 48% des patients affectés d'une MICI active présentaient une parodontite contre 30% pour les inactives ($p=0.17$). Parmi eux, respectivement 93% et 78% présentaient une parodontite sévère ou avancée ($p=0.53$). Une augmentation significative du BOP était observée chez les patients avec MICI active non-fumeurs (+75%; $p<0.05$), les RCH (+99%; $p<0.05$) et les femmes (+131%; $p<0.05$) comparativement à leurs contrôles en rémission, sans variation de l'indice de plaque. Chez les femmes ayant une MICI active, la PPD moyenne la plus profonde était supérieure comparativement aux femmes ayant une MICI inactive (5,5vs3,9; $p<0.05$). Aucun lien n'a été retrouvé entre le GOHAI et les autres variables.

Cette étude n'a pas retrouvé d'association significative entre la sévérité des maladies parodontales et l'activité des MICI. Indépendamment de la présence de biofilm, l'inflammation gingivale semble plus élevée chez les sujets actifs non-fumeurs, les RCH ou encore chez les femmes suggérant une influence majoritaire de l'état inflammatoire général.

Cet indice pourrait représenter un facteur discriminant d'évaluation de l'activité des MICI par le chirurgien-dentiste.

9H20-9H35 - V. QUENEAU (Clermont-Ferrand)

The impact of platelet rich fibrin on bone preservation after dental extraction : A systematic review and meta-analysis

Alveolar ridge volume loss after extraction is an irreversible process that involves both horizontal and vertical reduction. The use of platelet rich fibrin (PRF) accelerates the healing of the socket after tooth extraction. But the level of evidence on the clinical application of PRF on hard tissue healing after tooth extraction is not sufficient.

The aim of this systematic review and meta-analysis was to provide an updated assessment of the contribution of PRF to maintain alveolar bone volume and bone formation after dental avulsion. A digital search was performed on PubMed and Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Only human randomized clinical trials were included for assessment. Articles were first screened by titles and abstracts. In a second phase, the articles were read in their entirety and only articles meeting all selection criteria were retained. A manual search was also performed. The outcomes variables were horizontal and vertical ridge dimension, and bone density and differences between the initial and postoperative periods were calculated for meta-analysis. The meta-analysis was performed with Jamovi 1.6.1.0.

A total of 15 articles published between 2000 and 2022 were retained by the search criteria for the quantitative syntheses. This analysis showed that PRF plays a positive role in vertical bone preservation (CI (-0.63, -0.04 mm); $p = 0.024$), horizontal bone preservation (CI (-0.67, -0.24 mm); $p < 0.001$) and bone filling (CI (0.42, 1.24 mm); $p < 0.001$) after three to six months of tooth extraction. Conclusion: Our findings revealed that PRF can limit post-extraction dimensional changes after three to six months of tooth extraction. There is a need to standardize methods for measuring bone preservation over a long follow-up period.

9H35-9H50 - C. BIGOT (Paris)

Intérêt de l'outil numérique dans la prise en charge parodontale : exemple des patients diabétiques.

Actuellement, la médecine parodontale évolue vers la 3ème ère en rapport avec les maladies systémiques et les comorbidités. Un changement de paradigme s'opère au niveau de la prise en charge parodontale, davantage axée sur le profil à risque du patient et la prévention. Bien que des efforts soient menés auprès de la population diabétique, cela ne semble pas suffisant. Montrer l'intérêt de l'outil numérique dans la prise en charge parodontale chez les patients diabétiques, pour être appliqué plus largement sur le long terme. Synthèse bibliographique sur le lien bidirectionnel entre les maladies parodontales et le diabète, puis sur la prévention des maladies parodontales axée sur les facteurs de risque (avec le diabète comme exemple).

Analyse des tendances de la consommation des outils numériques, particulièrement depuis la crise sanitaire.

Enquête auprès de dentistes et de patients concernant leurs usages et attentes en e-santé, spécifiquement en parodontologie.

Constat : consommation croissante de l'e-santé sur les appareils mobiles, avec une évolution vers la m-santé. Les patients sont de plus en plus connectés, mais mentionnent un manque de confiance et d'informations ciblées. Ils souhaitent davantage de personnalisation des soins. Concernant les praticiens, ils sont nombreux à utiliser des outils numériques pour optimiser leur pratique, et sont désireux de solutions en parodontologie.

Une application numérique située au carrefour des trois courants actuels (3ème ère de la médecine parodontale, médecine des 4P, et m-santé) serait une solution intéressante pour optimiser la prise en charge parodontale, aussi bien pour le patient que pour le dentiste.

Actuellement je travaille sur le développement d'une application numérique My PerioCare, qui est à la fois un outil pour le dentiste afin de l'aider dans sa pratique parodontale, et un guide pour le patient afin de l'accompagner à chaque étape de sa prise en charge, et que j'aurais plaisir à vous présenter.

9H50-10H05 - L. MAURY (Barcelone, Espagne)

Healing dynamics of free gingival grafts; a colorimetric and volumetric assessment

The aim of mucogingival procedures along with resolution/reduction of recession, minimal probing depth, and gain of keratinized tissue, should also include a good chromatic and texture integration of the grafted tissues with the adjacent soft tissues.

The purpose of this prospective study was to investigate the colorimetric and volumetric changes of keratinized tissue (KT) around teeth after free gingival graft (FGG) procedures. Patients exhibiting a mucogingival defect (< 2mm of KT) around teeth with indication for FGG procedures were included in the study. All clinical, surgical measurements and volumetric soft tissue evaluations were performed at the beginning of the study, after elevating the flap, immediately postoperatively, at 6 weeks, 3 months, 6 months and 1 year after the surgery using a digital scan with an optical 3D system (3Shape Trios®). Patient-reported outcomes in terms of aesthetics and morbidity during treatment were assessed via a questionnaire using a visual analog scale (VAS score). Also, a reflectance spectrophotometer (Easy ShadeÖ, VITA) was used for the evaluation of the gingival color.

A total of 20 FGG surgeries in 18 patients were conducted. At 3 months, the surface of the graft was $45,0 \pm 18,3 \text{mm}^2$. The shrinkage between baseline and 3 months was 38%. The most significant shrinkage was observed from baseline to 6 weeks. The volume of the graft decreased throughout the first 3 months which was statistically significant with a p-value < 0.05. There were not significant differences between baseline and 3-month follow-up concerning Delta E (color measurements) with a p-value > 0.05. The thickness of the FGG was related to contraction and color matching. Regarding PROMS, patients experimented moderate pain after the surgery and high aesthetic satisfaction.

In conclusion, FGG is a predictable technique in providing attached KT gingiva also experiencing a high contraction during the first 3 months.

10H05-10H20 - G. JOLIVET (Strasbourg)

Tunnel fermé latéralement associé à un greffon de conjonctif enfoui pour le traitement de récessions unitaires mandibulaires : une série de cas

L'objectif du traitement des récessions gingivales est de recréer un environnement muco-gingival stable facilitant le contrôle de plaque; afin de prévenir une perte d'attache supplémentaire. Dans la région antérieure mandibulaire, les récessions gingivales sont souvent associées à un environnement muco-gingival défavorable avec notamment la présence d'un parodonte fin, d'un vestibule peu profond, ainsi que d'insertions freinales multiples. Récemment, la technique de tunnel fermé latéralement a été proposée pour traiter de telles récessions.

Le but de cette série de cas est d'évaluer les résultats de la technique du tunnel fermé latéralement à court terme, mais aussi d'identifier les facteurs pouvant influencer le taux de recouvrement. Quatorze patients présentant une récession mandibulaire isolée de classe RT1 ou RT2 dans la zone antérieure mandibulaire ont été inclus. Tous les patients étaient non-fumeurs, sans pathologie systémique et présentaient un FMPS < 20 % et un FMBS < 10 %. Après un enseignement à l'hygiène orale, les récessions ont été traitées par tunnel fermé latéralement associé à une greffe de tissu conjonctif. Les résultats ont été évalués à 3 mois, 6 mois et 1 an post-opératoire. La hauteur ainsi que la largeur de la récession ont été mesurées au départ et pendant le suivi.

Avant chirurgie, la hauteur moyenne de récession était de 3,71 mm (max = 6 mm, min = 2 mm) et la largeur moyenne était de 2,80 mm (max = 4 mm, min = 2 mm). Après 1 an, le recouvrement

radiculaire moyen obtenu était de 60,13%. Le gain moyen était de 2,38mm et la largeur résiduelle de la récession était de 1,58mm.

Les résultats de cette série de cas soulignent l'intérêt du tunnel fermé latéralement combiné à une greffe de tissu conjonctif pour le traitement des récessions gingivales mandibulaires. Cette technique est fiable, notamment dans la prise en charge des récessions RT1.

10H20-10H40 - M. GAVRILOGLOU (Strasbourg)

Association of systemic sclerosis to oral and periodontal health: a case- control study

Systemic sclerosis (SSc) is a rare multisystem connective tissue disorder of unknown origin. The three main characteristics are: fibrosis, vasculopathy and immune dysregulation. Patients with SSc present a wide range of clinical and radiographical orofacial findings, as microstomia and widening of periodontal ligament space (PLS) respectively.

The aim of this study is to assess oral and radiological features in patients with SSc, compared with healthy population.

Age and sex were matched between the groups. Each participant went through a standardised oral and radiographic examination including assessment of dental, periodontal parameters, and determination of PLS. Specifically, PLS width was measured after the analysis of patients' Cone Beam Computed Tomography (CBCT) with ImageJ software.

39 participants were included in each group. The control group had a higher number of teeth and a significant lower DMFT score. Gingival index (GI) and mean Clinical attachment level (CAL) were significantly increased in SSc patients as well as PLS width.

SSc seems to influence oral health, impacting the quality of life of the patients. The assessment of PLS width could be an interesting early diagnostic tool for SSc detection.

10H40-11H00 - H. RANGÉ OU KALIA HADJISAVVA

Samedi 10 juin

9h25 - 11h00

Séance POSTER (Discussion)

Jurys de séance :

Guillaume CAMPARD et Frédéric CUISINIER

9H30-9H45 - I. BOUDHENE Constantine (Algerie)

Accroissement gingival d'origine médicamenteuse : à propos d'un cas clinique

L'accroissement gingival (AG), une augmentation du volume gingival, peut être d'origine médicamenteuse comme l'amlodipine qui est un β -bloquant prescrit chez les hypertendus.

Nous rapportons le cas d'une prise en charge d'un accroissement gingival médicamenteux par une approche non chirurgicale et la substitution de la molécule causale en concertation avec le médecin traitant.

Un patient âgé de 51ans, hypertendu stabilisé par la prise de l'amlodipine depuis 5 ans, nous a été adressé par son dentiste. Un examen clinique basé sur l'évaluation des indices parodontaux (IP, IG et de saignement) et des profondeurs de poches (PP) était en faveur d'une parodontite stade 1 grade B généralisée associée à un AG d'origine médicamenteuse. Un traitement parodontal non chirurgical (TPNC) a été instauré et la molécule causale a été substituée par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 : Candésartan cilexetil, en concertation avec le médecin traitant. Une amélioration positive des indices parodontaux, une réduction de PP associées à une régression de l'AG ont été constatées au bout de 3 mois après TPNC.

L'AG médicamenteux nécessite souvent une prise en charge chirurgicale, afin de retrouver une situation fonctionnelle et esthétique. Dans notre cas, la TPNC associée à un changement de la classe thérapeutique médicamenteuse et un suivi parodontal nous ont permis la résolution complète de l'AG et d'éviter la thérapeutique chirurgicale.

Devant un AG d'origine médicamenteuse, le traitement chirurgical n'est pas réalisé d'emblée. En effet, une substitution du traitement médicamenteux potentiellement inducteur doit être étudiée, en concertation avec le médecin traitant.

9H45-10H00 - M.L. GUIRASSY Dakar (Senegal)

Prise en charge parodontale d'une fibromatose gingivale idiopathique : rapport de cas

La fibromatose gingivale est une prolifération fibreuse lente et progressive du tissu gingival. Elle est le plus souvent isolée mais peut être héréditaire dans le cas de syndrome. L'objectif de ce travail était de présenter la prise en charge parodontale d'un cas de fibromatose gingivale idiopathique.

Une jeune fille de 19 ans a consulté au service de parodontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar pour une gêne fonctionnelle et esthétique due au gonflement de sa gencive avec des douleurs au moindre contact associé à des difficultés de brosseage. Les retentissements esthétiques et fonctionnels avaient contraint la patiente à abandonné le cursus scolaire. L'anamnèse ne révèle aucun antécédent familial. L'examen clinique et l'examen anatomo-pathologique ont permis de confirmer le diagnostic de fibromatose gingivale idiopathique.

La thérapeutique initiale a permis de contrôler l'infection et les facteurs de risque avec l'extraction des dents non conservables.

Le traitement chirurgical a consisté en une gingivectomie à biseau externe et interne associée à une gingivoplastie et un lambeau d'assainissement permettant de rétablir une architecture et une morphologie gingivale facilitant le contrôle de plaque.

Cette prise en charge a contribué à une meilleure réinsertion sociale de la jeune collégienne sans récurrence après 2 ans de suivi .

Les fibromatoses gingivales idiopathiques (de cause inconnue) sont rares. Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, une évaluation clinique et des observations histopathologiques. Dans le cas présent, l'hypertrophie a débuté vers l'âge de 15 ans sans aucun facteur de risque. L'interrogatoire a révélé l'absence de signes de transmission génétique, de modifications hormonales.

Dans le cas présenté ici, aucun signe de récurrence n'a été mis en évidence 2 ans après la chirurgie d'exérèse. La gingivectomie/gingivoplastie peut être un élément clé du succès thérapeutique. D'autres thérapeutiques associées comme l'orthodontie permettront d'améliorer l'esthétique du sourire permettant une reprise normale du cursus scolaire.

10H00-10H15 - P. JEHLÉ (Toulouse)

Parodontologie et Intelligence artificielle : Diagnostic et pronostic de la maladie parodontale

« Le diagnostic et le pronostic en parodontologie sont des aspects clés de la prise en charge des maladies parodontales. L'utilisation d'une intelligence artificielle peut améliorer la précision de ces évaluations en fournissant une analyse rapide et objective des images radiologiques et des données cliniques. Les algorithmes d'IA peuvent aider à identifier les lésions parodontales précoces, à évaluer la progression de la maladie et à prédire les réponses au traitement. En utilisant des données historiques de patients similaires, les modèles d'IA peuvent également aider à déterminer les facteurs de risque de la maladie parodontale et à personnaliser les plans de traitement. Bien que l'IA ne remplace pas la décision clinique, elle peut en faciliter la prise en charge en offrant une aide supplémentaire pour le diagnostic et le pronostic en parodontologie. »

Ce texte a été généré par le logiciel d'Intelligence Artificielle (IA) ChatGPT sur la demande « Rédige un abstract sur le sujet : Diagnostic et pronostic en parodontologie avec l'aide d'une intelligence artificielle ».

L'IA connaît un essor important depuis plusieurs années, notamment dans le domaine médical. À l'instar de ChatGPT, des algorithmes spécialisés, comme le logiciel Allisone (aide au diagnostic sur radios panoramiques), sont développés afin de faciliter le diagnostic, la communication et la prise en charge des patients par le chirurgien dentiste.

Cette revue de la littérature vise à examiner les preuves actuelles de l'utilisation de l'IA dans le diagnostic et le pronostic de la maladie parodontale et en dégager les perspectives de son utilisation.

Nous avons effectué une recherche d'articles sur PUBMED, COCHRANE et WEB OF SCIENCE en associant les mots-clés suivants : Artificial Intelligence, Periodont*, Gum disease, Alveolar bone loss, Machine learning, Deep Learning, Neural Network. Les articles en français et anglais publiés entre 2018 et 2022 sont analysés. 81 articles ont été retenus pour analyse.

10H15-10H30 - C. BECHINA (Nantes)

Connaissances et degré d'implication des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes sur la santé parodontale et la grossesse.

La présence d'une parodontite représente une source importante de bactéries et de médiateurs inflammatoires qui peuvent pénétrer dans la circulation sanguine, atteindre le placenta et le liquide amniotique et ainsi affecter le déroulement de la grossesse.

Évaluer le niveau de connaissance des professionnels de santé impliqués dans la grossesse, sur la relation entre la maladie parodontale et la grossesse et leur implication dans le domaine bucco-dentaire.

Un questionnaire a été distribué aux gynécologues-obstétriciens, aux internes spécialisés en gynécologie obstétrique, aux sages-femmes, aux étudiants sages-femmes des hôpitaux de Loire Atlantique et de Vendée (France).

23 gynécologues-obstétriciens et 55 sages-femmes ont répondu au questionnaire. L'accouchement prématuré et la chorioamniotite sont les complications de la grossesse les plus fréquemment mentionnées. Le risque de pré-éclampsie est rarement mentionné. La moitié des professionnels ont déclaré connaître les manifestations bucco-dentaires de la grossesse. La gingivite et l'augmentation du risque de caries sont les éléments les plus fréquemment cités, contrairement à l'épulis. Le niveau d'implication des professionnels des soins prénatals dans les soins bucco-dentaires est limité, bien que 64% d'entre eux discutent des risques d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire avec leurs patientes. Le manque de compétence et le manque de temps sont les raisons invoquées par les professionnels.

En accord avec la littérature, il existe dans l'ensemble une bonne connaissance des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes sur le lien entre les maladies parodontales et la grossesse et sur les manifestations bucco-dentaires de la grossesse. L'implication et le comportement des professionnels de la grossesse dans le domaine bucco-dentaire sont encore très limités.

Les professionnels de la grossesse restent les premiers responsables de la prise en charge des femmes enceintes, il est donc nécessaire que la santé gingivale soit incluse dans leur prise en charge.

10H30-10H45 - G.S. MOBIO Abidjan (Côte d'Ivoire)

Profil épidémiologique des patients diabétiques atteints de maladies parodontales et suivis au Centre Anti Diabétique d'Abidjan

Les maladies parodontales constituent la 6ème complication du diabète, pourtant elles font partie des pathologies les moins surveillées chez les sujets diabétiques. L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique des sujets diabétiques atteints de maladies parodontales et suivis au Centre Anti Diabétique d'Abidjan (CADA).

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale qui a porté sur 342 sujets diabétiques suivis au CADA. Sur chaque patient, un examen endo-buccal a permis de relever les indices cliniques suivants : l'indice de plaque (IP) de O'Leary, l'indice de saignement au sondage (BOP : bleeding on probing), la profondeur de poche (PP), la hauteur de la récession gingivale (RG) et la perte d'attache clinique (PAC). Ensuite la confrontation des données radiographiques panoramiques avec les données cliniques a permis de poser le diagnostic parodontal.

La plupart des patients de notre échantillon présentaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire (IP > 50% chez 80,7% des sujets) et une inflammation gingivale sévère (BOP > 50% chez 79,3% des sujets). Concernant la prévalence des maladies parodontales, les gingivites étaient plus fréquentes (43,3%), suivies des parodontites légères à modérées (34,5%) et des parodontites sévères (22,2%). Tous les sujets avaient des besoins de prise en charge parodontale : environ 64,9% avaient un besoin de surfaçage radiculaire et 16,4% étaient candidats à une chirurgie parodontale.

Les patients diabétiques suivis au CADA, présentent une forte prévalence de maladies parodontales et des besoins importants en termes de soins parodontaux. Ces résultats interpellent les professionnels de santé à mettre un accent particulier sur la santé parodontale dans la prise en charge de ces patients.

10H45-11H00 - Y. MEZGHICHE Alger (Algérie)

Excroissance gingivale et tumeur vraie à cellules géantes

La tumeur vraie à cellules géantes (TCG) est une tumeur ostéolytique bénigne, rare au niveau des maxillaires, particulière par son potentiel récidivant et métastatique d'où l'importance de faire le diagnostic différentiel essentiellement avec le granulome central à cellules géantes (GCCG) et la tumeur brune de l'hyperparathyroïdie.

Un patient âgé de 41 ans qui a consulté pour une mobilité dentaire avec un accroissement gingival

en regard de la 23 et 24.

L'examen intra-oral a révélé une tuméfaction gingivale irrégulière, rouge bleutée, en bissac qui s'insinue entre la 23 et 24 mobiles.

Le panoramique dentaire montrait une image ostéolytique tout au long de la racine 23 avec résorption partielle de la racine 24.

Prise en charge Thérapeutique

L'exérèse chirurgicale de la formation a été réalisée avec extraction de la 24.

La TCG est exceptionnelle au niveau des maxillaires avec un taux de récurrence important et un fort potentiel métastatique.

Cliniquement, elle peut se manifester par une tuméfaction gingivale faisant évoquer une épulis, un granulome réparateur à cellules géantes ou encore la tumeur brune de l'hyperparathyroïdie.

Radiologiquement, il s'agit d'une image ostéolytique, mono- ou polygédodique, entrecoupée de fines cloisons osseuses.

Le diagnostic de certitude repose sur la corrélation entre l'aspect clinique, radiologique et histologique. Parfois le recours à un examen biologique s'impose pour éliminer le diagnostic de la tumeur brune de l'hyperparathyroïdie.

Le caractère récidivant et métastatique de la tumeur impose une exérèse chirurgicale large avec curetage appuyé ainsi qu'une surveillance rigoureuse

La tumeur vraie à cellules géantes à double localisation maxillaire reste exceptionnellement rare.

A notre connaissance, peu de cas sont publiés sur la localisation multiple de la tumeur au niveau des maxillaires. (On a trouvé un seul article).

Prise en charge parodontale lors de la grossesse à risque

M. CREST Marseille

Connaissances des patientes enceintes sur le lien entre maladies parodontales et complications de grossesse, usage de l'examen bucco-dentaire en Loire-Atlantique et Vendée

G. BONVILLAIN Nantes

Gestion d'une infection péri-implantaire précoce : Résultats à 10 ans

R. BOUGHANMI Paris

Implantologie digitale dans les secteurs esthétiques : de la planification à la chirurgie guidée -

O. BELGACEM Tunis (Tunisie)

Attitude des praticiens burkinabè vis à vis du parodonte lors de la réalisation des prothèses fixées -

A. DIARRA Ouagadougou (Burkina Faso)

La greffe osseuse d'apposition au niveau du secteur esthétique

R. BENNACEUR Gafsa (Tunisie)

Préservation alvéolaire à visée implantaire dans le secteur antérieur maxillaire

R. BENNACEUR Gafsa (Tunisie)

L'expansion osseuse : une solution pour des crêtes étroites

N. AMIRI Tunis (Tunisie)

Parodonte et inhibiteurs de l'aromatase : à propos d'un cas clinique

I. BENAZZOZ

Quel est l'impact psychoaffectif de la parodontite sévère chez le sujet jeune ?

P. DIARRA Antony

L'intérêt de la technique de rouleau modifié dans l'aménagement des tissus mous péri-implantaires: A propos d'un cas clinique.

M. TLILI Monastir (Tunisie)

Évaluation du statut parodontal des fumeurs chauffeurs de taxis communaux du District d'Abidjan.

G. MOBIO Abidjan (Côte d'Ivoire)

Halitose : Prévalence et facteurs de risque dans la région Itasy

S. RAKOTO ALSON Mahajanga (Madagascar)

Activité antimicrobienne du miel contre les pathogènes parodontaux : revue systématique

A. HBIBI Rabat (Maroc)

Periodontitis and pregnancy outcomes in Africa: a systematic review and meta-analysis

W. NDJIDDA BAKARI Dakar (Sénégal)

Les clés de la réussite de la gestion des tissus mous peri-implantaire par la prothèse provisoire implanto-portée

H. BOUKHRIS TEKAYA Sousse (Tunisie)

Interrelations entre parodontites et maladies générales : connaissances et pratiques des médecins généralistes de Dakar

A. DIALLO Dakar (Sénégal)

New classification of periodontal diseases (NCPD):an application in a sub-Saharan country

W. NDJIDDA BAKARI Dakar (Sénégal)

Rôle des prothèses transitoires dans les aménagements gingivaux et osseux peri-implantaires

N. BOUDELAA Alger (Algérie)

Qualité de vie liée à la santé orale des patients atteints des maladies parodontales

K. DEFFOUS Constantine (Algérie)

Traitement des péri-implantites par chirurgie résectrices : revue systématique de la littérature

T. RANCHAIN Marseille

L'implantation post-extractionnelle dans le secteur prémolo-molaire maxillaire: à propos de deux cas cliniques.

M. MLOUKA Monastir (Tunisie)

Association de l'acide hyaluronique à une xénogreffe pour le traitement d'une lésion péri-implantaire : à propos d'un cas clinique.

D. GOLTZMANN Marseille

Parodontite atypique à cellules plasmocytaire : à propos d'un cas clinique

Y. HANINE Rabat

Alveolar Bone Expansion Using The Osseodensification Technique: A Review

M. BANDEIRA Lisbonne (Portugal)



Samedi 10 juin
13h30 - 14h30

REMISE DES PRIX COMMUNICATIONS

Grâce au soutien de nos partenaires et exposants :

POUR LA SÉANCE COMMUNICATIONS CLINIQUE 1 (MUCO-GINGIVAL, IMPLANTS ET PERI-IMPLANTOLOGIE)

Premier Prix 

Prix du Jury 

POUR LA SÉANCE COMMUNICATIONS CLINIQUE 2 (PARODONTOLOGIE)

Premier Prix 

Prix du Jury 

POUR LA SÉANCE COMMUNICATIONS RECHERCHE 1 (RECHERCHE FONDAMENTALE)

Premier Prix 

Prix du Jury 

POUR LA SÉANCE COMMUNICATIONS RECHERCHE 2 (CLINIQUE)

Premier Prix 

Prix du Jury 

POUR LA SÉANCE POSTER (DISCUSSION)

Premier Prix 

LES EXPOSANTS

Acteon

Biohorizons Camlog

Bredent Medical

Colgate

Curasept

Emergensim

GE-TEC3

Geislich

Gum Sunstar

Hu-Friedy

Information Dentaire

KaVo Imaging

Meisinger

Nobel Biocare

Oral-B

Patent

Philips

Pierre Fabre - Oral Care

Quintessence International

SDC - Société des Cendres

Straumann

Sweden&Martina

TePe France

Thommen Medical

U.Labs

Webdentiste

ZimVie

acteon Le Groupe ACTEON® entre dans une nouvelle phase de sa croissance en tant que leader dans l'industrie dentaire grâce à ses innovations technologiques en matière de rayon-X et imagerie digitale, ultrasons de puissance, pharmaceutiques, et instruments de précision.

Notre vision est de devenir la société proposant les solutions les plus innovantes et fiables afin de protéger et restaurer la santé bucco-dentaire des patients dans un écosystème dentaire connecté.

Notre mission est de proposer des solutions complètes et innovantes aux professionnels dentaires afin d'offrir des traitements préventifs, de restauration et correctifs à des millions de patients à travers le monde.

ACTEON® est fier de vous accompagner chaque jour à travers le monde.

biohorizons camlog Depuis 2016, BioHorizons® et Camlog® ont connu une

évolution stratégique et ont réuni leurs forces sous l'égide du Global Dental Surgical Group Henry Schein. Des systèmes d'implants complets, des procédures numériques et des solutions régénératives innovantes offrent à nos clients des solutions de restauration dentaire reposant sur des données prouvées et scientifiquement démontrées. Des programmes de formation de haute qualité et des équipes expérimentées et dédiées qui vous accompagnent : vous êtes idéalement positionné pour relever les futurs défis de l'implantologie.

bredent

bredent France développe des produits dans le domaine de la prothèse implantaire et des concepts thérapeutiques.

<https://bredent-group.com/fr/>

Colgate 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 et www.colgate.be



C'est autour du soin du parodonte et de la prise en charge des lésions de la cavité buccale que la Société B.I. Pharma a construit son offre de produits. Distributeur exclusif des gammes Curasept en France, nous proposons des produits efficaces, innovants et sûrs, développés en partenariat avec des professionnels du dentaire.

Parce que nous pensons qu'une meilleure santé générale passe par une bonne hygiène bucco-dentaire, nous avons à cœur de vous présenter la nouvelle gamme mécanique Curasept (brosses à dents et brossettes interdentaires), en complément de la gamme Curasept ADS (Chlorhexidine) pour répondre aux différents besoins de chaque bouche.



Emergensim, des formations opérationnelles à l'urgence utilisant la simulation in situ comme méthode pédagogique.

Nos formations se développent dans trois directions : La gestion des situations critiques ou des urgences vitales en structure de soins.

Geistlich

Geistlich Pharma est spécialisée dans la régénération des os, des cartilages et des tissus mous. Les dispositifs médicaux régénératifs Geistlich visent à améliorer la qualité de vie des patients.



Chez GUM®, nous sommes passionnés par la santé bucco-dentaire. Nos racines s'inscrivent dans la dentisterie professionnelle et nous sommes reconnus pour être les créateurs de la toute première brosse à dents munie d'un stimulateur gingival en caoutchouc, aux brins souples pour prendre soin en douceur des gencives et des dents. Cette importance de la douceur est toujours omniprésente pour la marque aujourd'hui.

HuFriedyGroup
The Best in Practice

HufriedyGroup est une combinaison d'entreprises qui se sont réunies afin de vous fournir les produits, les services et les solutions dont vous avez besoin pour être le meilleur en pratique.

Hu-Friedy, Omnia et Crosstex cumulent 177 années d'expérience et ont pour mission de vous accompagner afin que vous puissiez évoluer dans un environnement sûr, sain et efficace.

Notre instrumentation haut de gamme, nos équipements de protection individuels et nos produits d'hygiène vous apporteront précision, sécurité et sérénité au quotidien.



Le groupe de presse L'INFORMATION DENTAIRE a été créé en 1919 avec la profession et s'est développé sur tous les territoires de la médecine bucco-dentaire, à travers ses revues, ses ouvrages et son

site Internet.

Nos objectifs : Répondre aux attentes de formation et d'information des praticiens, orthodontistes, assistantes dentaires, prothésistes, laboratoires et industriels, créer du lien entre les acteurs de la médecine bucco-dentaire, fédérer la profession.



Parmi les leaders dans le domaine des appareils de radiologie dentaire, KaVo Imaging s'est construit grâce à son savoir-faire des fabricants d'imagerie les plus réputés tels qu'Instrumentarium, Soredex, i-CAT ou Gendex. KaVo Imaging propose des solutions numériques et radiologiques complètes et novatrices afin d'améliorer la prise en charge des patients.



Ancré dans la région Rhin Ruhr, et tourné vers l'international, MEISINGER fabrique des produits haut-de-gamme vendus dans le monde entier. Deux filiales aux Etats-Unis et en France et des revendeurs dans plus de 100 pays : MEISINGER est un acteur global dans le domaine dentaire. Nos produits « Made in Germany » sont reconnus pour leurs qualités bien au-delà de nos frontières nationales. Et nous continuons à faire tous les efforts nécessaires pour rester à la hauteur de cette réputation.



Nobel Biocare, société historique, se mobilise pour aider les professionnels dentaires à redonner vie au sourire de leurs patients. Avec des produits et des solutions innovantes, nous nous engageons à les accompagner afin qu'ils puissent traiter leurs patients de la meilleure façon qui soit, dans le respect de la science.



Expert reconnu dans le domaine de l'hygiène bucco-dentaire, Oral-B réinvente chaque jour la manière dont nous nous brossons les dents, et la marque se distingue par le degré de recherche investi dans ses produits. Fondée par le parodontiste Robert W. Huston, la marque Oral-B a toujours mis un point d'honneur à proposer à ses clients des gammes de brosses à dents, de dentifrices et d'adhésifs dentaires, à la pointe de la technologie. Dès la création d'Oral-B en 1960, la marque n'aura cessé de développer des produits de qualité supérieure qui améliorent l'hygiène bucco-dentaire.

Patent

Zircon Medical est une société suisse allemande spécialisée dans la production d'implants dentaires en zircone. La solution PATENT qui existe depuis 20 ans est aujourd'hui le seul système d'implant zircone en 2 pièces validé par des études cliniques à long terme, alliant simplicité, biocompatibilité (100% sans métal) et biomimétisme. L'état de surface de l'implant PATENT, obtenu par un procédé de fabrication breveté, permet d'obtenir un état de surface unique pour ses qualités hydrophile et ostéoconductive. Avec la solution Patent, Zircon Medical permet aux professionnels du dentaire une prise en charge chirurgicale fiable et prévisible des patients pour un résultat esthétique optimal et naturel.

PHILIPS sonicare

Philips est une entreprise dédiée à la santé et au bien être dont la mission est de permettre au plus grand nombre de vivre mieux. Nos solutions techniquement innovantes accompagnent toutes les étapes du continuum de santé afin de prévenir les maladies, améliorer leur diagnostic, leur traitement et le suivi à domicile de nombreuses pathologies. Parce que la santé orale est au cœur du continuum de santé, Philips Sonicare propose une gamme complète de brosses à dents soniques et de microjets interdentaires AirFloss. Leur efficacité cliniquement démontrée donne à chaque utilisateur les moyens d'assurer simplement une hygiène optimale et durable.

Pierre Fabre ORAL CARE

Architecte de la santé bucco-dentaire depuis plus de 50 ans, notre mission de santé publique est de promouvoir et améliorer la santé bucco-dentaire dans le monde.

QUINTESSENCE International

Le groupe QUINTESSENCE est fort de 14 filiales à travers le monde et possède des partenaires de licence dans 16 autres pays ce qui fait de lui le numéro un mondial de la publication odontologique. Ces différents acteurs supervisent la traduction des livres et revues Quintessence dans plus de 15 langues. De plus, QUINTESSENCE organise régulièrement des séminaires de formation continue dans différentes parties du monde, allant des petits ateliers aux plus grands congrès internationaux qui peuvent rassembler plus de 50 000 participants.

www.quintessence-international.fr



Depuis des décennies, SDC est un acteur reconnu pour être à l'écoute de ses clients en leur offrant des produits à haute valeur ajoutée. Développés en

collaboration avec nos fournisseurs, les caractéristiques de nos produits sont : efficacité, simplicité, qualité, confort et ergonomie de travail. Le groupe Société des Cendres s'est profondément transformée ces dernières années pour proposer une offre complète à tous les professionnels du dentaire, dans les trois grands secteurs du dentaire : la prothèse, l'orthodontie et le cabinet dentaire. La SDC, ce sont trois équipes commerciales spécialisées et dédiées à l'un de ces métiers, et un réseau de professionnels à votre écoute pour apporter des réponses à vos questions et vous permettre de participer à des événements tels que des formations ou des stages animés par des professionnels de haut niveau.

straumann Straumann® est le garant de la qualité suisse haut de gamme, d'une précision et d'une innovation qui génèrent de la confiance dans le secteur de la dentisterie, soutenu par le plus grand réseau scientifique dans le monde. En tant que leader mondial en implantologie, nous offrons des innovations de pointe reconnues comme les références dans le secteur et des avancées technologiques révolutionnaires soutenues par des données scientifiques à long terme. Nous repoussons les limites pour ouvrir la voie à la prochaine génération de soins dentaires.



Notre groupe, fondé en 1972, est axé sur la conception, la production et la distribution de produits destinés au monde dentaire, notamment dans le secteur de l'implantologie, où il affiche le taux de développement le plus élevé au monde. Sweden & Martina, qui compte plus de 600 collaborateurs dans le monde, est leader incontesté du marché italien avec une part de marché trois fois supérieure à celle de tous ses concurrents. L'entreprise est également présente en Espagne, au Portugal, au Royaume-Uni, en Irlande, en Écosse et aux États-Unis, et favorise un fort développement à l'international en signant des accords dans plus de 35 pays avec les groupes de distribution les plus expérimentés du secteur de l'implantologie.



Thommen Médical est une manufacture suisse avec plus de 25 ans d'expérience et d'innovation, indépendante pour l'implantologie qui accompagne les professionnels de l'implantologie orale avec un système simple, précis et fiable. Système avec des possibilités en chirurgie guidée et en prothèse CAD/CAM, recommandé par des experts internationaux. Thommen Medical, c'est la précision et la simplicité, avec un système d'implant, une seule connectique, deux lignes d'implants et trois hauteurs de col.



TePe, pour des dents et des gencives saines ! Société suédoise fondée en 1965, TePe est spécialisée dans les produits d'hygiène bucco-dentaire de

haute qualité. Avec l'objectif de sensibiliser aux soins dentaires préventifs et au nettoyage interdentaire pour une meilleure santé buccale et donc une meilleure santé générale. TePe propose notamment une large gamme de brossettes interdentaires et de brosses à dents conçues et développées sur la base de connaissances cliniques et en collaboration avec des professionnels du secteur dentaire. Soucieux de l'impact environnemental, l'ensemble des brossettes interdentaires TePe et la nouvelle gamme de produits durables TePe GOOD™ utilisent des matières premières d'origine biosourcées et une énergie verte pour la production.



Le Laboratoire U.Labs mise sur son expertise et sur la science pour offrir des produits performants et de

qualité, disponibles en pharmacie et parapharmacie. Avec ses 4 marques d'hygiène bucco-dentaire, Fluocaril, Parogencyl, Regenerate et Zendium Professionnel, U.labs est un des leaders de sa catégorie avec des produits recommandés quotidiennement par les dentistes pour répondre aux problèmes dentaires courants.

La marque d'hygiène intime Intibiome lancée en 2021 propose une gamme de produits de soins lavants qui préservent l'équilibre du microbiome intime, co-développés avec des gynécologues.



Basé à Palm Beach Gardens, en Floride, ZimVie Dental propose des solutions de restaurations im-

plantaires, des solutions de régénération tissulaire, et des solutions digitales intégrales permettant de rendre le sourire et la qualité de vie aux patients. En tant que leader mondial dans ce domaine, ZimVie Dental s'engage à faire progresser la recherche clinique et technologique essentielle pour améliorer la vie au quotidien. Pour plus d'informations sur ZimVie Dental, rendez-vous sur www.ZimVie.com/dental. Suivez @ZimVieDental sur Twitter, Facebook, LinkedIn ou Instagram.



Pionnier et leader des sites Internet pour les cabinets dentaires, Webdentiste développe depuis 2007 des solutions digitales 'clé en

main' pour optimiser votre relation-patient : valorisation de votre image et de vos savoir-faire, information, motivation et fidélisation de votre patientèle. Tous nos services sont conçus par et pour des chirurgiens-dentistes. L'ensemble de nos contenus est validé par notre Comité scientifique. Depuis 2017, nous avons lancé le pôle formation avec Webdental Formation, permettant aux chirurgiens-dentistes d'effectuer leur obligation de formation triennale en suivant des programmes en ligne. Conçus et agréés par les organismes scientifiques ainsi que par les institutions gouvernementales, nos formations ont déjà conquis de nombreux praticiens en France.

LES EXPOSANTS DU CONGRÈS

LES PARTENAIRES 2023 DE LA SFPIO

Platinum



Gold



Junior



LES PARTENAIRES DU CONGRÈS

