



CONGRÈS • PARIS
14 AU 15
JUIN

RECONSTRUIRE POUR DURER

2019

CONFÉRENCIER

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

Président scientifique du congrès
Xavier Struillou *Nantes*

Présidente du congrès
Emmanuelle Ettedgui *Paris*

Président SFPIO
David Nisand *Paris*

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



SFPIO

www.sfpio.com

PROGRAMME
du 13 AU 15 JUIN 2019

RECONS- TRUIRE POUR DURER

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



Président scientifique
du congrès
Xavier Struillou
Nantes



Présidente du congrès
Emmanuelle Ettegui
Paris



Président SFPIO
David Nisand
Paris

LES CONFÉRENCIERS



Anton Sculean
Berne



Tidu Mankoo
Windsor



Istvan Urban
Budapest

COUP D'ŒIL SUR LE PROGRAMME

Jeudi 13 juin

Pré-congrès : Workshops Geistlich et

Biomaterials



Vendredi 14 juin

9h00 - 10h30 / PAUSE / 11h00 - 12h30

Reconstruire les tissus durs et mous en parodontologie - **Anton SCULEAN**

Séance Communications Orales Clinique Parodontologie - 11 présentations

Séance Communications Orales Recherche - 12 présentations

PAUSE DEJEUNER DANS L'EXPOSITION : 12h30 - 14h00

14h00 - 15h30 / PAUSE / 16h00 - 17h30

Prise en charge pluridisciplinaire de la zone esthétique : de la restauration unitaire aux réhabilitations complexes - **Tidu MANKOO**

Séance Communications Orales Clinique Implantologie - 9 présentations

Séance Communications Orales Clinique Muco-gingivale - 9 présentations

A partir de 19h30

Dîner de Bienfaisance (Les Jardins du Pont Neuf)

Samedi 15 juin

9h00 - 10h30 / PAUSE / 11h00 - 12h30

Reconstruction des tissus durs et mous en Chirurgie Implantaire - **Istvan URBAN**

Séance Communications Orales Recherche Clinique - 7 présentations

Séance Communications Orales Poster - 19 présentations

PAUSE DEJEUNER DANS L'EXPOSITION : 12h30 - 14h00

Exposition de 60 posters tout au long du congrès !

Les séances marquées de ce sigle  proposent la traduction simultanée de l'anglais vers le français. Munissez vous de votre pièce d'identité afin de récupérer un casque.

Vendredi 14 juin
8h45 - 9h00

Allocutions de Bienvenue



Vendredi 14 juin
9h00 - 12h30

Anton SCULEAN (Berne, Suisse)

Reconstruire les tissus durs et mous en parodontologie

Séance présidée par
Filippo GRAZIANI



Le professeur Anton Sculean est responsable du département de parodontologie et actuellement directeur exécutif de la Faculté Dentaire à l'université de Berne en Suisse. Il a été diplômé en 1990 à l'université de Semmelweis à Budapest en Hongrie et a poursuivi sa formation postuniversitaire dans les universités de Munster en Allemagne et au Royal Dental College Aarhus au Danemark. Il a obtenu son Doctorat (PhD) à l'université de Saarland à Hambourg en Allemagne. De 2004 à 2008, il a été nommé chef du département de Parodontologie et responsable du programme de la formation postuniversitaire accréditée par l'EFPP (European Federation of Periodontology) à l'université de Radboud à Nijmegen aux Pays-Bas.

En décembre 2008, il a été nommé Professeur et Responsable du Département de Parodontologie de l'université de Berne en Suisse. Et aujourd'hui il est aussi directeur exécutif de la Faculté de chirurgie Dentaire de l'université de Berne. Le professeur Sculean a reçu de nombreuses distinctions pour ses travaux de recherche, notamment le prix Anthony Rizzo pour jeunes chercheurs, du Groupe de Recherche en Parodontologie (PRG, Periodontal Research Group) à l'IADR, le prix IADR/PRG en régénération parodontale et le « Distinguished Teacher Award » de la Société Européenne d'Orthodontie. Les universités de Semmelweis à Budapest en Hongrie et de Victor Babes à Timisoara en Roumanie lui ont attribué des doctorats honorifiques. Il a publié plus de 300 articles dans des revues scientifiques, 20 chapitres dans des manuels de parodontologie et donné plus de 400 conférences au niveau national et international. Il est l'éditeur du livre « Periodontal Regenerative Therapy » publié chez Quintessence et éditeur invité d'un Hors-série de Periodontology 2000 publié en 2015 intitulé « Wound Healing in Periodontology and Implantology ».

Il est membre du comité de rédaction de plus de 12 revues dentaires dont le Journal of Dental Research, le Journal of Clinical Periodontology, Clinical Oral Implants Research, le Journal of Periodontal Research et Clinical Advances in Periodontics, Éditeur Associé chez Quintessence International, Clinical Oral Investigations, Editeur de la section sur la Santé Orale du BMC et Éditeur en chef de Oral Health and Preventive Dentistry.

Professeur Sculean a présidé le groupe de Recherche en Parodontologie en 2009-2010, fut l'ancien président de la Société Suisse de Parodontologie et est le président actuel de l'EFF (2018-2019). Son activité de recherche porte sur la cicatrisation parodontale, les thérapeutiques régénératrices et plastiques parodontales, l'utilisation des antibiotiques, des antiseptiques et les nouvelles approches thérapeutiques comme le laser et la thérapie photo-dynamique dans le traitement des infections parodontales et péri-implantaires.

Les thérapeutiques reconstructrices ont pour but de régénérer les tissus de soutien parodontaux détruits par la maladie parodontale. Ces dernières décennies ont montré l'efficacité variable en régénération parodontale (c'est à dire formation de ciment, de ligament parodontal, d'os alvéolaire et de gencive) de diverses thérapeutiques comme l'utilisation de substituts osseux, de membranes, de dérivés de la matrice de l'émail (DME) de certains facteurs de croissance ainsi que de l'association de ces précédentes techniques. Plus récemment, une meilleure compréhension de la biologie de la cicatrisation associée à des techniques chirurgicales plus performantes ont apporté des notions de prédictibilité des thérapeutiques dans la gestion des lésions infra-osseuses, des atteintes furcatoires ainsi que dans le traitement des récessions. Pour certains patients et certaines lésions sélectionnées avec soin, dans des conditions strictes de gestions des infections pré et post-opératoire, la chirurgie parodontale reconstructrice peut permettre d'obtenir une régénération substantielle des tissus durs et mous avec comme conséquences cliniques une diminution de la profondeur de sondage, un gain d'attache clinique, une fermeture de la lésion et une amélioration esthétique. D'autre part, les études longitudinales ont aussi permis

de montrer la stabilité à long terme des résultats mettant en exergue l'intérêt de ces techniques dans l'amélioration du pronostic dentaire. Beaucoup plus récemment, de nouvelles formulations des DME tels que l'Osteogain associées à différents types de substituts osseux ou matrices collagéniques ont montré leur efficacité en cicatrisation et régénération parodontale.

Ces dernières années, l'utilisation de techniques chirurgicales innovantes telles que les lambeaux d'avancement coronaire modifiés avec tunnélisation (LACMT) ou déplacés latéralement modifiés avec tunnélisation, associées à des greffons conjonctifs ou de matrice collagénique, avec ou sans DME ont prouvé leur efficacité, prédictibilité et stabilité dans le temps (jusqu'à 10 ans dans les dernières études) dans le recouvrement de récessions unitaires ou plurales. De même, dans certains cas le LACMT a même montré son efficacité dans la correction de défauts muqueux péri-implantaires.

Cette conférence apportera les explications/preuves scientifiques de l'intérêt d'une approche biologique des chirurgies parodontales reconstructrices en les illustrant et en les démontrant à travers divers cas cliniques et vidéos de chirurgie.

Vendredi 14 juin
9h00 - 12h30

Séance Communications Clinique Parodontologie

Présidents de séance :

Martin BIOSSE-DUPLAN & Eric MAUJEAN

Quel devenir pour les implants chez les patients atteints de maladie parodontale : étude rétrospective

L.B. JAOUI / BROCHERY (Paris)

Bien que la maladie parodontale soit un facteur de risque des complications biologiques implantaire, il est possible d'avoir un succès implantaire chez les patients traités et suivis sur le plan parodontal. Cette étude rétrospective sur une période de 30 ans analyse les critères qui permettent un maintien à long terme des implants chez ces patients.

Présentation de patients atteints de maladie parodontale

Description des protocoles opératoires : parodontal et implantaire

Les résultats montrent une perte dentaire et implantaire minime

Les facteurs de succès et de risque seront discutés

Cette étude rétrospective sur une période de 30 ans démontre l'efficacité des traitements parodontaux et implantaires chez des patients atteints de maladie parodontale qui se soumettent à une thérapeutique de maintenance.

Gestion d'une complication endo-parodontale au cours d'un traitement de parodontite à long-terme

S. DESCHAMPS-LENHARDT, J.L. DAVIDEAU, O. HUCK (Strasbourg)

Le traitement des parodontites est basé sur le contrôle de l'infection et de l'inflammation et permet de réduire le risque de perte dentaire à long-terme. Cependant, au cours du suivi, des complications liées à la modification ou à l'apparition de facteurs de risque locaux et/ou systémiques, peuvent rendre nécessaire l'adaptation du plan de traitement.

Une patiente diagnostiquée comme présentant une parodontite stade III grade B généralisée est prise en charge par traitement étiologique non-chirurgical. Lors du diagnostic initial, la patiente présente 4 dents à pronostic réservé. A 3 et 6 mois, la patiente présente une réponse favorable au traitement parodontal. A 6 mois, une complication endodontique apparaît sur la 22. Une perte d'attache de 14 mm avec un écoulement purulent est observée. Cette lésion est associée à une destruction osseuse importante incluant la zone apicale.

Le diagnostic de lésion endo-parodontale dans un contexte de parodontite généralisée est proposé. Un débridement mécanique non-chirurgical sous antibiotiques et un traitement endodontique sont réalisés. Une contention et un ajustement occlusal sont également réalisés afin de réduire les contraintes mécaniques pouvant réduire le potentiel de cicatrisation.

Cette procédure thérapeutique a permis d'obtenir à 6 mois, une réduction significative de la profondeur de sondage, la suppression de l'écoulement purulent ainsi qu'une cicatrisation osseuse apicale et de la lésion angulaire associée, ceci sans nécessité d'abord chirurgical.

Bien que l'apparition d'une complication endodontique durant le traitement parodontal peut réduire le pronostic de survie de la dent, la gestion coordonnée entre traitement endodontique et parodontal permet de maintenir la dent sur l'arcade sans recours à des thérapeutiques complexes. La gestion raisonnée de la complication endodontique survenue en cours de traitement dans un contexte parodontal réduit a permis, malgré une réduction du pronostic de survie de la dent, le maintien de celle-ci sur l'arcade après 2 ans de suivi.

Tumeurs stromales gastro-intestinales et maladie parodontale : un propos d'un cas

T. SOURIMANT, A. VEYRINE, J. STURQUE, F. DENIS, A.S. ZLOWODZKI (Tours)

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont des tumeurs mésoenchymateuses du tube digestif dont le pronostic dépend du degré de malignité. Leur traitement par chimiothérapie a des conséquences sur une parodontopathie déjà présente.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 32 ans adressée en consultation de parodontologie pour un avis suite à des gingivorragies et des ulcérations accompagnées de douleurs rendant l'alimentation difficile. Atteinte de GIST depuis l'âge de 23 ans, elle est traitée par chimiothérapie (Sunitinib) de façon cyclique. L'examen clinique associé à l'examen radiologique montre une parodontite de stade 3 grade 3 majorée dans le secteur antérieur mandibulaire caractérisée cliniquement par une inflammation gingivale sévère avec des gingivorragies spontanées, une perte d'attache évaluée à 7 mm et des mobilités 3 selon la classification de Mühlemann.

Après concertation avec le cancérologue, un traitement parodontal est réalisé à distance de la chimiothérapie sous antibioprophyxie.

La modification de la technique de brossage, les débridements sous-gingivaux et la maîtrise de l'hygiène bucco-dentaire ont permis une diminution de l'état inflammatoire gingival et des mobilités ainsi que la stabilisation de la maladie. Une amélioration du confort de vie est décrite par la patiente et une thérapeutique de soutien personnalisée est mise en place.

Une détection et une prise en charge précoce de la maladie parodontale permettrait d'en limiter les conséquences, qui sont aggravées par la chimiothérapie administrée à la patiente et le déficit immunitaire induit.

Les parodontopathies représentent un foyer infectieux bucco-dentaire trop souvent sous-estimé. Les patients traités par agents antinéoplasiques et immunomodulateurs présentent un déficit immunitaire et il est recommandé d'éradiquer tout foyer infectieux potentiel. Ainsi le dépistage précoce et la mise en place d'un suivi en parodontologie devrait être systématiquement mis en place. Une étroite collaboration entre le médecin prescripteur, le chirurgien-dentiste et le patient est nécessaire.

Gestion des accroissements gingivaux

C. THOMAS, S. COUSTY, P. BARTHET, S. LAURENCIN (Toulouse)

L'accroissement gingival est une manifestation buccale courante qui amène les patients à consulter en raison de la gêne fonctionnelle et esthétique occasionnée. Il présente de nombreuses étiologies possibles : plaque dentaire, médicamenteuse, hormonale, maladie systémique... et il en existe d'autres. Le praticien doit avoir une démarche diagnostique la plus rigoureuse possible afin d'établir la cause et ainsi prodiguer une thérapeutique adaptée et efficace sur le long terme. Nous rapportons plusieurs cas d'accroissement avec des étiologies et prises en charge différentes. Nous verrons à travers ces différentes situations cliniques la démarche diagnostique à adopter et les paramètres à prendre en compte : une manifestation localisée ou diffuse ? Une étiologie locale, médicamenteuse ou autre ? Manifestation d'une pathologie systémique ? Présence de facteurs aggravants ?

Nous discuterons de leur prise en charge en essayant d'établir un gradient thérapeutique à partir des diverses options à notre disposition. Le facteur causal oriente la thérapeutique à mettre en place.

La gingivectomie est une des solutions thérapeutiques, cependant elle ne doit pas être systématique en première intention. Enfin, la réalisation de biopsies nous permet également de révéler certaines caractéristiques anatomopathologiques aidant au diagnostic de certaines pathologies.

Il est important de connaître les différentes étiologies de l'accroissement gingival. Il peut revêtir un aspect non spécifique ce qui représente un véritable challenge diagnostique pour le chirurgien-dentiste.

Pour conclure, établir le bon diagnostic représente un impact majeur dans la prise en charge mais également pour répondre aux doléances du patient et améliorer sa qualité de vie.

Utilisation d'une nouvelle membrane en polytétrafluoroéthylène de haute densité en technique non recouverte dans les préservations alvéolaires : à propos d'une série de cas
J.M. HEURTEBISE, M. GAUDARD, S. VINCENT-BUGNAS (Nice)

Afin de limiter la résorption osseuse post-extractionnelle, la préservation alvéolaire du site peut être préconisée. Les divers biomatériaux obligent à une fermeture primaire de la plaie qui peut entraîner une diminution de la hauteur de gencive attachée ainsi qu'une augmentation de morbidité pour le patient.

Cinq patients majeurs ne présentant pas de problème de santé et nécessitant tous l'extraction d'une molaire. Une technique de préservation alvéolaire est réalisée à l'aide d'un matériau xénogénique (BioOss®, Geistlich) et recouvert d'une nouvelle membrane en polytétrafluoroéthylène de haute densité (Permamem®, Botiss Dental), en la laissant cicatriser à ciel ouvert. Elle sera retirée de façon non chirurgicale à 1 mois post-opératoire.

L'extraction atraumatique est réalisée et après une incision intrasulculaire, l'alvéole est comblée avec de l'os xénogénique. La membrane est insérée par dessus le matériau et glissée sous les berges légèrement décollées. Elle est stabilisée à l'aide de sutures en matelassier et laissée exposée.

Aucune infection n'a été relevée. Lors de la dépose de la membrane, la matrice ostéoïde s'est formée dans l'alvéole. Le niveau de la ligne mucogingivale est resté stable. A 5 mois, le cône-beam montre l'alvéole préservée.

Dans les cas de préservation alvéolaire, la majorité des membranes disponibles nécessite la fermeture primaire de la plaie. La nouvelle membrane en PTFE de haute densité utilisée est une barrière efficace contre la pénétration bactérienne grâce à la très petite taille de ses pores. Son utilisation à ciel ouvert permet d'éviter une traction coronaire des tissus mous tout en protégeant le biomatériau sous-jacent.

La membrane en PTFE de haute densité (Permamem®, Botiss Dental) serait intéressante dans les techniques de préservation alvéolaire grâce à son utilisation non recouverte, avec des suites opératoires simples et une quantité de tissu kératinisé préservée recouvrant une alvéole régénérée. Ces paramètres sont favorables à la réalisation d'une restauration implanto-portée.

Régénération des lésions intra-osseuses parodontales avec les dérivés de la matrice amélaire : Etude rétrospective multicentrique à long terme

A. BLANC, J.M. GLISE, A. BORGHETTI, V. MONNET-CORTI (Paris & Marseille)

Le traitement des lésions intra-osseuses par chirurgie parodontale associée à l'utilisation des dérivés de la matrice amélaire (DMA) a montré l'obtention d'une régénération parodontale par l'amélioration significative de paramètres cliniques et radiographiques à court et long terme. Peu d'études ont un suivi à long terme supérieur à 10 ans (Sculean 2008).

Le but de cette étude rétrospective à très long terme, sur 10 à 18 ans, a été d'évaluer les paramètres cliniques et radiographiques parodontaux chez des patients ayant présenté une parodontite sévère stade II à III, dont les lésions intra-osseuses ont été traitées par DMA et régulièrement suivis en maintenance parodontale.

Étude rétrospective, multicentrique, non randomisée. Patients > 18 ans, sans maladie systémique, ayant des données cliniques et radiographiques à To et 10 à 18 ans après traitement.

Statistiques descriptives, test non paramétriques (Wilcoxon Rank tests), analyse de régression.

Les paramètres cliniques et radiographiques sont relevés avant la chirurgie d'accès aux lésions intra-osseuses (avec DMA) et à long terme post-traitement.

Les résultats à long terme du traitement de 60 lésions intra-osseuses chez 40 patients, avec les DMA révèlent une amélioration significative ($p < 0,0001$) des profondeurs de poches (-3,62 +/- 1,97), des gains d'attache cliniques (3,42 +/- 3,27), une diminution de la profondeur (-3,49 +/- 1,58) et de la largeur radiographiques (-1,83 +/- 1,03) des lésions intra-osseuses, et peu d'incidence sur les récessions gingivales (0,20 +/- 1,94), sur une période de 10 à 18 ans post-traitement, soit 15,5 ans en moyenne.

Nos résultats se rapprochent des études cas-contrôle, ou parallèle. A long terme on observe une amélioration pendant 14 ans de suivi, puis au-delà une légère réduction des valeurs qui restent stables.

La régénération des lésions intra-osseuses parodontales avec les DMA est prévisible et stable sur plus de 10 ans en présence d'un excellent suivi parodontal.

Atteinte parodontale dans un syndrome de Melkersson-Rosenthal : à propos d'un cas **O. GONDEL, C. MESSECA, M. BIOSSE DUPLAN** (Paris)

Le syndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR) est une maladie rare dont l'étiologie est inconnue et l'incidence estimée à 0,08%. Cliniquement, les signes de la maladie sont un œdème facial récurrent, une paralysie faciale récidivante et une langue plicaturée. L'évolution du syndrome peut se faire sur plusieurs années. Histologiquement, il existe des granulomes giganto-épithélioïdes, associés à un infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire profond, ayant un tropisme vasculaire. Le diagnostic différentiel est celui de la sarcoïdose et de la maladie Crohn. A ce jour, il n'existe pas de traitement de référence.

Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 43 ans, consultant en urgence pour un œdème associant le fond du vestibule en regard des incisives maxillaire et la lèvre supérieure.

Un diagnostic de cellulite maxillo-faciale d'origine parodontale est posé, les poches profondes des incisives maxillaires sont débridées et la patiente traitée par Dalacine et Métronidazole pendant 6 jours.

Adressée ensuite en consultation de parodontie il est constaté que le traitement a permis la résolution de l'abcès mais pas de la macrochélie. La patiente se déclare être en bonne santé, mais l'examen clinique montre un œdème facial, labial et palpébrale persistant, ainsi qu'une langue plicaturée. La patiente rapporte deux épisodes de paralysie faciale. Sur le plan parodontal, la perte d'attache, l'alvéolyse et l'inflammation gingivale sont généralisées et sévères, avec la présence de suppuration. Compte tenu du tableau clinique, la patiente est adressée dans le service de Médecine Interne pour suspicion d'un SMR. Une biopsie labiale, un examen ophtalmologique, une TDM thoraco-abdominopelvien et PET-TDM ainsi qu'une prise en charge en dermatologie confirmer le diagnostic.

L'analyse de littérature montre des manifestations parodontales déjà rapportées dans le cadre d'un SMR, principalement des hyperplasies.

Il est possible que l'infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire touche également le parodonte et contribue ici à la perte d'attache.

Approche pluridisciplinaire en vue de la réhabilitation de 21 dans un contexte parodontal – A propos d'un cas

S. MANSOUR, I. LANATI, O. ZOUTEN, P. DOUCET, T. TAIEB, M. GOSSET (Ivry/Seine)

Notre cas clinique expose la difficulté de la temporisation et de la réhabilitation d'une dent antérieure perdue pour raison traumatique chez un patient atteint de parodontite agressive sévère.

En 2013, un patient âgé de 43 ans en bonne santé générale, non fumeur, sans antécédents familiaux, nous est adressé pour le remplacement de la 21 absente suite à un traumatisme. Le diagnostic de parodontite agressive généralisée sévère (Armitage, 1999) en raison de la sévérité de la perte d'attache rapportée à l'âge du patient (parodontite Stade 3 grade B généralisée-classification de Chicago, 2018) a été posé.

Un traitement parodontal non chirurgical associé à une antibiothérapie a été réalisé en 2013 suivi d'une phase chirurgicale régénérative. En parallèle, une PAP transitoire remplaçant 21 a été effectuée. Après stabilisation de la parodontite, un traitement ODF de réalignement a été effectué entre 2016 et 2018 au cours duquel une facette remplaçant 21 a été positionnée sur l'arc. En 2019, le traitement orthodontique a été achevé avec pose d'une contention par gouttière remplaçant 21 et une attelle collée mandibulaire.

Nous avons stabilisé la parodontite tout en offrant des solutions de temporisation sur une période de suivi de sept ans. Deux options sont actuellement envisagées pour restaurer 21 : un bridge cantilever collé sur 1 dent ou une PIP.

L'évaluation du rapport bénéfice/coût/risque des solutions a été présentée au patient qui souhaite s'orienter vers une solution implantaire. Les études récentes rapportent que la parodontite agressive représente un risque accru de développer une péri-implantite que les patients sains. Néanmoins, les données de littérature montrent un taux de succès implantaire intéressant pour ces patients, lorsque la parodontite est stabilisée et avec un programme de maintenance adapté. Le traitement de la parodontite, le traitement orthodontique ainsi que le suivi des patients à long terme est un facteur décisif du succès du traitement implantaire.

Approche ortho-parodontale dans la prise en charge de maladie parodontale : rapport de cas

S. DIDI ALAOUI, A. SENNEN, E. LABASSY, M-L. COLOMBIER (Paris)

La combinaison d'un traitement orthodontique et d'un traitement parodontal dans le cas des parodontites avancées constitue une approche fiable dans la résolution de la maladie parodontale aussi bien au niveau esthétique que fonctionnel. Ce cas a pour but d'évaluer l'intérêt de l'orthodontie, associée à une thérapeutique parodontale, dans l'amélioration de l'environnement parodontal.

Il s'agit d'une patiente âgée de 50ans adressée pour une prise en charge parodontale.

A l'examen clinique, on note la présence de tartre généralisé et un IP>70%. La patiente présentait des récessions gingivales généralisées (type II), des mobilités dentaires (degré 2) ainsi des malpositions/migrations dentaires secondaires à la maladie parodontale. Au sondage, présence de poches parodontales > 6mm. A l'examen radiographique, présence d'une alvéolyse généralisée essentiellement horizontale > 50%. Le diagnostic posé est celui d'une parodontite stade III grade B généralisée.

Un traitement parodontal non chirurgical a été réalisé. 3 mois plus tard, la réévaluation a permis de constater une baisse de l'IP ainsi qu'une réduction de la profondeur de sondage. Une maintenance /3mois a été instaurée.

Après la stabilisation de la maladie parodontale, le traitement orthodontique avec mini-vis a été réalisé (1an et demi) avec un suivi parodontal per-orthodontique rigoureux.

La thérapeutique parodontale a permis d'assainir le parodonte et de maintenir un bon contrôle de plaque. La thérapeutique orthodontique, en plus de corriger l'alignement, a permis un gain d'attache et osseux par un mouvement d'intrusion grâce à l'ancrage par mini-vis.

Ceci vient appuyer le fait que l'orthodontie réalisée sur un parodonte assaini en appliquant une force adéquate est une solution efficace dans la résolution de la maladie parodontale.

Ce cas nous a permis de montrer qu'un traitement ortho-parodontal combiné conduisait au réalignement des dents présentant des défauts infra-osseux, entraînant une réduction de la profondeur de sondage, un gain d'attachement clinique et un gain osseux radiologique.

La réhabilitation prothétique sur parodonte très réduit

P.A. GUILLAUD (Toulouse)

Réhabiliter un patient ayant un parodonte très réduit est une situation classique retrouvé fréquemment dans le traitement des parodontites sévères. D'autant que la plupart du temps les patients présentent déjà des édentements terminaux ou encastés.

On sait que les restaurations sur parodonte réduit donnent de bons résultats sur le long terme à condition d'avoir les bonnes indications et une maintenance rigoureuse.

Il s'agit d'un patient âgé de 48 ans présentant une parodontite de stade V grade B. Les dents 17 15 13 21 26 27 ont par le passé été extraites pour raisons parodontales. Il s'est présenté au service d'odontologie du CHU de Toulouse afin de savoir s'il pouvait conserver ses dents car

on lui avait proposée auparavant d'avulser les dents restantes et de réaliser une réhabilitation totalement implanto-portée.

Le traitement parodontal non chirurgical s'est déroulé sur 4 mois.

A la réévaluation il lui a été proposé de réaliser un bridge sur les 5 dents restantes au maxillaire. Après avulsion de 12 et 22, un premier bridge coquille réalisé à partir du wax-up a été rebasé en bouche et 3 mois plus tard, a été réalisé un bridge résine avec armature métallique coulée de longue durée.

Le patient a pu conserver ses dents sur parodonte très réduit après 6 mois la situation clinique est stable. Il doit cependant procéder à un contrôle de plaque quotidien rigoureux. Le succès dépendra de la maintenance individuelle et professionnelle.

A condition d'avoir un suivi régulier, les restaurations sur parodonte réduit ont un bon pronostic à long terme.

Ce type de réhabilitation permet de restaurer la fonction, l'esthétique et surtout de reculer l'échéance implantaire dont on sait qu'elle est source de complications.

Traitement d'une parodontite généralisée stade 4 grade C chez une patiente diabétique de type 2 : importance de la collaboration parodontiste-endocrinologue dans la réussite du traitement

P. VAGIA, O. HUCK (Strasbourg)

Le diabète est une pathologie associée aux parodontites et est un facteur de risque influant la sévérité et le grade de la pathologie mais également le résultat des traitements parodontaux.

Une femme de 44 ans se présente du fait de mobilités dentaires. Elle présente un diabète de type 2 non équilibré et est traitée par sitagliptine (1g/j). Un diagnostic de parodontite généralisée stade 4 grade C est proposé. Le pronostic des dents est considéré comme médiocre.

Une prise de contact avec son endocrinologue est réalisée et une modification de la prise en charge du diabète est envisagée. Parallèlement, un enseignement aux techniques d'hygiène orale ainsi qu'une motivation sont effectués. Le traitement parodontal consiste en un traitement étiologique non chirurgical + Amoxicilline/ Métronidazole ; 3X/500mg/7j ainsi qu'un suivi strict de la patiente.

Une première phase de traitement parodontal non-chirurgical est effectuée. A 3 mois, le taux d'Hba1c reste élevé (8,5%) et la réponse au traitement parodontal est limitée. Une deuxième phase de traitement est entreprise aux niveaux des poches résiduelles. A 6 mois, la motivation de la patiente étant renforcée, un traitement anti-diabétique par insuline est mis en place et le traitement non-chirurgical se poursuit. A 12 mois, une amélioration du taux d'Hba1c (7,1%) et des paramètres parodontaux (BOP, nombre de poches, perte d'attache) est relevée, la patiente présentant une moyenne de réduction de la profondeur de poche de -2,7mm.

L'équilibration du diabète favorise les résultats de la thérapeutique parodontale tandis que la réalisation du traitement parodontal favorise l'équilibration du diabète. La prise de conscience du lien entre les deux pathologies a permis de renforcer l'adhésion de la patiente au traitement.

La collaboration parodontiste-endocrinologue apparait clé dans la gestion des patients diabétique. L'adaptation des protocoles de traitement permet d'envisager un succès thérapeutique chez ces patients.

Vendredi 14 juin
9h00 - 12h30

Séance Communications Recherche

Présidents de séance :
Marjolaine GOSSET & Assem SOUEIDAN

Altération de la distribution des lymphocytes B dans les parodontites sévères

J. DEMOERSMAN, P. POCHARD, C. FRAMERY, J.E. ALARD, H. BOUTIGNY-VELLA, A. SOUEIDAN, J.O. PERS (Brest & Nantes)

La parodontite est une pathologie immunoinflammatoire, entraînant une destruction du parodonte, suite à l'interaction entre un biofilm dysbiotique et une réponse immunitaire dérégulée. Plusieurs études ont récemment mis en évidence l'implication des lymphocytes B dans la physiopathogénie de la maladie parodontale en montrant qu'un déficit en lymphocytes B entraînait une amélioration des paramètres parodontaux. Cependant, les profils détaillés des sous-ensembles de lymphocytes B en circulation n'ont pas encore été étudiés chez les patients atteints de parodontite sévère.

Une distribution anormale de sous-ensembles de lymphocytes B pourrait être détectée dans le sang de patients atteints de lésions parodontales sévères, comme chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques en tant que maladies auto-immunes systémiques.

15 sujets atteints de parodontites sévères et 13 sujets sans parodontite ont été inclus dans cette étude observationnelle pilote. Deux panels de cytométrie en flux ont été conçus pour analyser la distribution des sous-ensembles de lymphocytes B et B1 en circulation en association avec l'expression de RANKL.

Un pourcentage significativement plus élevé de lymphocytes B mémoires CD27+, notamment les B mémoires commutées, a été observé chez les patients atteints de parodontite sévère. De même, les B1 humains, (CD20 + CD69-CD43 + CD27 + CD11b +) associées à une fonction de régulation ont diminué chez les patients atteints de parodontite sévère. L'expression de RANKL a augmenté dans chaque sous-groupe de lymphocytes B chez les patients et était significativement plus élevée dans les lymphocytes B activées que chez les sujets sans parodontite. Ces résultats préliminaires démontrent la modification de la distribution des lymphocytes B dans le contexte d'une parodontite sévère.

Ces caractéristiques pourraient servir de biomarqueurs du type de parodontite, de sa sévérité et de son évolution. De même, le lymphocyte B pourrait être une cible thérapeutique dans le traitement des parodontites sévères ou réfractaires aux traitements.

Application de la spectrométrie de masse MALDI-TOF dans l'identification rapide de bactéries chez des patients atteints de maladie parodontale à Dakar (Sénégal)

M. GUIRASSY, B. FALL, B. FAYE, HM. BENOIST, PD. DIALLO (Dakar, Sénégal)

Les techniques d'identification et de typage utilisées en microbiologie clinique ne cessent d'évoluer. Les méthodes conventionnelles reposant essentiellement sur des tests phénotypiques (culture) et génotypiques (biologie moléculaire) ont montré leurs limites liées à la complexité des protocoles, le savoir-faire nécessaire, les coûts des réactifs, l'utilisation de sondes ou de séquences nucléotidiques spécifiques pour chaque espèce et enfin le délai important nécessaire pour l'identification. La spectrométrie de masse MALDI-TOF, système d'identification des microorganismes via leurs protéines est une méthode alternative à ces difficultés.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'apport de la spectrométrie de masse type MALDI-TOF dans l'identification bactériologique du microbiote bucco-dentaire.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive s'étalant sur une période de 3 mois et portant sur un échantillon de 35 patients âgés de 20 à 76 ans. Ainsi 120 prélèvements de biofilm sous gingival et 35 écouvillons ont été réalisés à la clinique de Parodontie de l'Université Cheikh Anta Diop puis transportés et analysés au laboratoire de microbiologie de l'hôpital principal de Dakar.

L'examen parodontal avait montré une prévalence de 44% pour la parodontite et 56% de cas de gingivites induites par la plaque. La culture et l'identification des colonies par le MALDI-TOF ont permis d'isoler au total 43 espèces bactériennes dont 33 aéro-anaérobies facultatives, 04 bactéries anaérobies et 06 aérobies.

La rapidité et la fiabilité du MALDI-TOF en font une technique d'identification innovante en parodontologie pour optimiser la prise en charge des patients candidats à des thérapeutiques complexes comme l'implantologie et la régénération tissulaire.

Impact de l'inhibition de la sclérostine sur la régénération osseuse cranio-faciale dans un modèle murin

S. MAILLARD, B. BAROUKH, J. SADOINE, A. POLIARD, L. SLIMANI, C. CHAUSSAIN

(Paris)

Les défauts cranio-faciaux de taille critique représentent un véritable défi en chirurgie reconstructive. Par conséquent, les approches biomimétiques en ingénierie tissulaire apparaissent comme une voie prometteuse. La sclérostine (codée par le gène Sost) est une glycoprotéine sécrétée qui inhibe la voie de signalisation intracellulaire Wnt/ β -caténine qui, lorsqu'elle est activée, stimule la formation osseuse.

L'objectif de cette étude est de déterminer si l'inhibition de Sost, dans des cellules souches murines d'origine pulpaire (mDpsc) ensemencées dans une matrice de collagène dense, pourrait stimuler la formation osseuse au sein d'un large défaut osseux dans la calvaria.

Un défaut de taille critique (3,5 mm de diamètre) a été créé chirurgicalement dans l'os pariétal chez des souris mâles âgées de 10 semaines de type sauvage (WT, n = 32) et Knock-Out Sost (KO Sost, n = 32). Les défauts étaient soit (1) laissés vides (absence de matrice), remplis (2) avec une matrice collagénique acellulaire, ou avec une matrice collagénique ensemencée avec des cellules mDpsc issue (3) de souris WT (WT mDpsc) ou (4) de souris KO Sost (KO Sost mDpsc). La formation osseuse dans les défauts a été suivie longitudinalement pendant 2 mois grâce à l'imagerie micro-CT in vivo. Certains animaux ont été sacrifiés à J15 et J60 afin de réaliser des analyses histologiques et histomorphométriques.

La formation osseuse est nettement améliorée chez les souris KO Sost. Chez les souris WT, les défauts comblés avec une matrice collagénique enrichie de cellules KO Sost mDpsc présentent un volume osseux et une densité minérale statistiquement supérieures par rapport aux défauts vides ou comblés avec une matrice seule ou ensemencée de cellules WT mDpsc (p < 0,05).

Cette étude suggère que l'inhibition de la voie Wnt/ β -caténine, avec l'utilisation possible de l'anticorps monoclonal Sost, pourrait constituer une approche clinique intéressante pour améliorer la régénération de l'os cranio-facial.

Effet du traitement parodontal sur l'évolution de la protéine C réactive chez les patients insuffisants rénaux chroniques terminaux : revue systématique de littérature

T. DELBOVE, K. GRITSCH, B. GROSGOGÉAT, P. NONY, D. MAUCORT-BOULCH, E. KALBACHER, L. JUILLARD, F. GUEYFFIER (Lyon)

L'association entre la parodontite et certaines maladies systémiques est bien documentée (diabète, maladies cardio-vasculaires, polyarthrite rhumatoïde). La littérature montre également une possible association entre parodontite et insuffisance rénale chronique, avec une atteinte parodontale d'autant plus sévère que le dysfonctionnement rénal est important. Par ailleurs, la présence d'une parodontite pourrait, en augmentant la charge inflammatoire systémique,

induire des complications chez les patients présentant une insuffisante rénale terminale. Chez ces patients, le risque de mortalité est, en outre, plus élevé lorsqu'ils présentent une parodontite (versus sans parodontite).

Le but de cette revue systématique de littérature est d'évaluer l'effet du traitement parodontal sur l'évolution de la protéine C réactive (CRP) chez les patients insuffisants rénaux chroniques terminaux.

Les mots clés utilisés pour cette recherche sont "periodont* AND (oral hygiene OR root planing OR treatment OR therapy) AND (end-stage renal disease OR haemodialysis OR dialysis) AND (CRP or C-Reactive Protein). La recherche est réalisée, selon les recommandations PRISMA, via deux bases de données électroniques : PubMed et Web of Science. Les critères d'inclusion des études sont : au moins un groupe de patients présentant à la fois une parodontite et une insuffisance rénale chronique terminale ; la réalisation d'un traitement parodontal ; l'évaluation de la CRP. Tous les articles publiés jusqu'au 30 avril 2019 seront pris en compte.

Les résultats préliminaires laissent supposer une diminution significative du taux de CRP après traitement parodontal, d'autant plus importante que la parodontite est sévère. Ces résultats suggèrent que le traitement parodontal chez les patients hémodialysés atteints de parodontite pourrait améliorer le niveau d'inflammation systémique.

Une collaboration entre les personnels soignants des services d'hémodialyses et les chirurgiens-dentistes semble nécessaire pour améliorer la prise charge bucco-dentaire des patients hémodialysés et réduire le niveau d'inflammation systémique chez ces patients.

Evaluation de l'effet anti-inflammatoire et pro-régénératif d'un gel thermosensible fonctionnalisé par atorvastatine et lovastatine dans la réponse à l'infection induite par P.gingivalis

C. PETIT, F. BATOOL, L. JACOB, N. ANTON, T. VANDAMME, N. BENKIRANE-JESSEL, O. HUCK (Strasbourg)

L'utilisation des statines comme adjuvant au traitement des parodontites a été proposé du fait de leurs effets anti-inflammatoires et sur le métabolisme osseux. Leur utilisation en pratique clinique nécessite par contre le développement de vecteurs permettant leur délivrance locale et ciblée.

Le but de notre étude a été de synthétiser, caractériser et évaluer l'effet anti-inflammatoire et pro-régénératif d'un gel thermosensible fonctionnalisé par l'atorvastatine ou la lovastatine sur la cicatrisation in vitro et in vivo.

Des nanoémulsions formulées à partir de vitamine E associée au Kolliphor ELP (KELP) ou au D- α -Tocopherol polyethylene glycol succinate (TPGS) ont été synthétisées afin d'encapsuler les statines dans des nanogouttelettes. Leurs propriétés physico-chimiques ont été étudiées in vitro et le développement d'un gel thermosensible à base de chitosan a été effectué. L'effet des nanoémulsions sur le métabolisme des cellules épithéliales gingivales a été évalué par test d'activité métabolique et ELISA. Enfin, l'effet du gel contenant les nanoémulsions d'atorvastatine ou de lovastatine dans la cicatrisation osseuse a été évalué in vivo sur des défauts calvariaux induits chirurgicalement chez la souris.

La taille des nanoémulsions synthétisée est inférieure à 200nm permettant d'optimiser l'endocytose des statines dans les cellules épithéliales. La faible charge de surface de ces gouttelettes leur assure une stabilité optimale dans le gel celui-ci présentant une viscosité optimale appropriée pour une application locale dans une poche parodontale. La libération des nanoémulsions d'atorvastatine ou de lovastatine à partir du gel est compatible avec la cinétique des premiers stades de cicatrisation parodontale. L'analyse histologique démontre une néoformation osseuse plus importante dans les lésions traitées avec le gel contenant les nanoémulsions.

Cette étude démontre les propriétés pro-régénératives de l'atorvastatine et de la lovastatine. L'utilisation des nanoémulsions a permis de potentialiser leur action et de proposer l'utilisation du gel synthétisé comme potentiel adjuvant au traitement parodontal.

Comparaison des capacités d'ostéodifférenciation et de minéralisation de cellules souches dentaires (DPSC) au contact de différents matériaux implantables

M. RENAUD, S. PIGLIONICO, J. BOUSQUET, P.Y. COLLART DUTILLEUL, P. BOUSQUET

(Montpellier)

De nombreuses variations de forme et de topographie sont utilisées pour la fabrication des implants dentaires. Le titane est le plus employé mais le tantale est proposé dans le but d'augmenter la rapidité d'ostéointégration.

Cette étude in vitro compare les capacités d'ostéodifférenciation et de minéralisation de cellules souches dentaires (DPSC) sur des disques de tantale et de titane rugueux et lisse, pour évaluer la capacité du matériau à améliorer la prolifération et différenciation cellulaire.

Trois types de disque métalliques, Tantale (Ta), Titane lisse (STi) et Titane rugueux (RTi), ont été utilisés comme support de culture de DPSC, avec induction pour différenciation en ostéoblastes. La prolifération cellulaire a été mesurée à 4, 24, 48 heures par test MTT, et la différenciation ostéogénique à 4, 8, 12 jours par quantification de la phosphatase alcaline (ALP).

La composition structurale a été évaluée par Microscopie électronique (SEM) et spectroscopie EDX. La production de matrice de collagène a été suivie par immunomarquage et la minéralisation a été évaluée par la quantification des dépôts de calcium (coloration histologique à l'Alizarine).

Les test MTT montrent une plus haute prolifération des cellules sur le Ta à 24 et 48h, mais parallèlement la quantification APL montre à 12 jours un délai de différenciation sur le Ta. Après 3 semaines, la production de collagène est plus importante sur Ta et les colorations histologiques révèlent clairement une plus grande calcification comparée aux disques RTi et STi.

Les résultats tendent à démontrer que la différenciation des DPSC est retardée sur les disques en Ta par la surface 3D plus importante à recouvrir. Les cellules doivent investir et recouvrir toute la structure poreuse avant de commencer leur différenciation. Après trois semaines une matrice minérale plus abondante est retrouvée sur le Ta comparé au RTi et STi, signant un potentiel supérieur d'ostéointégration.

Implication des microvésicules d'origine endothéliale induites par l'infection par Porphyromonas gingivalis dans l'inflammation endothéliale

I.M. BUGUENO VALDEBENITO, F. BATOOL, F. EL-GHAZOUANI, E. ANGLÈS-CANO, N. BENKIRANE-JESSEL, F. TOTI, O. HUCK (Strasbourg & Paris)

Les parodontites sont considérées comme facteur de risque des pathologies cardio-vasculaires. Récemment, un rôle autocrine et paracrine pour les microvésicules endothéliales (MV) générées par l'infection a été proposé comme potentiel mécanisme associant les deux types de pathologie. En effet, le rôle joué par l'infection directe ou encore les cytokines sécrétées au niveau de la poche parodontale ne permettant pas d'expliquer l'ensemble des mécanismes physiopathologiques impliqués.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet pro-inflammatoire et pro-athérotrombotique des MV générées par l'infection par Porphyromonas gingivalis au niveau endothélial.

Les MVs ont été récoltées après infection de cellules endothéliales par P.gingivalis (MOI=100). Ces MVs ont par la suite été mise en contact avec des cellules endothéliales primaires et l'effet sur la viabilité cellulaire a été mesuré par cytométrie de flux et marquage Live-Dead. L'analyse de l'expression des marqueurs associés à l'inflammation, au stress oxydatif ainsi qu'à la relaxation vasculaire ont été analysé par qPCR, proteomic-array et western-blot (TNF- α , VCam, ICam, Il-8, Il-6, P21, P53, SOD-1, CDK4, eNOS, iNOS, CD142).

L'infection par P.gingivalis et la stimulation par son LPS induisent la mort cellulaire endothéliale. La stimulation par les MV (30nM) générées par l'infection induit le même type de réponse cellulaire que l'infection directe par la bactérie. De plus, la stimulation par les MV augmentent significativement l'expression des marqueurs de l'inflammation (TNF- α , Il-6 and Il-8) mais également ceux associés

au stress oxydatif (NO), au cycle cellulaire (p21, p53) et à la relaxation endothéliale (>3X; p<0.05). Cette étude démontre le rôle pro-athérotrombotique de P.gingivalis mais également celui joué par les MV d'origine endothéliale générées par l'infection. Les MV doivent donc être considérées comme de potentiels intermédiaires pouvant expliquer l'association entre parodontite et athérotrombose. De plus, un rôle de biomarqueur pour ces MV pourrait être envisagé afin de permettre l'identification précoce des patients à risque.

Associations potentielles entre la maladie d'Alzheimer et l'état parodontal : où en sommes-nous ?

M. DUBAR, C. FEVRIER, J. ROOSE, F. BOSCHIN, E. DELCOURT-DEBRUYNE, K. AGOSSA (Lille)

La maladie d'Alzheimer (MA) est une pathologie neurodégénérative entraînant des dépendances physiques, sociales et intellectuelles qui altèrent la qualité de vie du malade et de son entourage. Selon l'OMS, 10 millions de nouveaux cas/an de démence sont recensés dont 70% dus à la MA. Des études récentes soulignent le rôle de foyers inflammatoires/infectieux périphériques dans la physiopathologie de la MA. Les maladies parodontales (MP) favorisent le passage systémique de pathogènes et de médiateurs inflammatoires pouvant influencer l'évolution de plusieurs pathologies générales.

Ce travail analyse les données récentes de la littérature concernant l'association entre MA et MP. Revue systématique (méthode PRISMA) de 18 études cliniques et expérimentales publiées entre 2008-2018, sélectionnées parmi 421 publications dans les bases de données Pubmed, Science Direct, Cochrane library et Google scholar.

- Influence de la MA sur l'état parodontal : de façon évidente l'altération des fonctions cognitives réduit l'efficacité du contrôle de plaque et explique principalement la prévalence augmentée de MP chez les patients MA. Par ailleurs, certains gènes impliqués dans la relation hôte-bactérie, présentent un haut degré de correspondance avec ceux liés aux désordres cognitifs.

-Influence de MP sur MA: Les études expérimentales montrent la capacité de parodontopathogènes à accéder au cerveau et à induire l'activation de la microglie. Par ailleurs, certaines cytokines produites localement contribuent à une inflammation systémique favorisant la neuroinflammation.

- Principales limites de l'étude : En l'absence de preuve histologique (autopsie, biopsie), le diagnostic de MA ne peut pas être posé avec certitude. Hormis le faible niveau de preuve des études (grade C) la MA est retrouvée dans une population vieillissante sujette à de multiples comorbidités/facteurs confondants.

La MP pourrait être un facteur de risque modifiable de la MA. Cependant, des études complémentaires sont nécessaires pour élucider les mécanismes biologiques de cette association.

Nouveau modèle marin d'ostéo-intégration implantaire orale

N. BLANC-SYLVESTRE, C. CHAUSSAIN, C. BARDET (Paris)

L'ostéo-intégration implantaire chez la souris était réalisée sur des os longs (tibia). En 2014, Mouraret et al. ont développé un premier protocole en site maxillaire. Depuis, les études ont permis d'analyser l'ostéo-intégration mais restent inadaptés face aux problématiques cliniques (perte dentaire, tissus osseux cortical/spongieux, intégrité de la membrane sinusienne...).

Notre objectif est donc de mettre en place un nouveau modèle d'ostéo-intégration reproductible et transposable à la clinique.

Une analyse morphométrique de maxillaires et mandibules de souris C57BL6/J (n=6) a été réalisée à l'aide d'un micro CT. Le site d'implantation le plus adéquat a été défini. Un implant a été modélisé selon l'architecture du volume osseux alvéolaire. Le stade d'extraction dentaire a été déterminé en fonction du développement dentaire et de la densité osseuse. La pose de l'implant est réalisée 8 semaines post-extraction. Un suivi longitudinal de la surface de contact os/implant est réalisé à J0, J15 et J21 au Micro-CT. Les souris sont sacrifiées à J21. La mandibule est prélevée

pour analyses histologiques (Trichrome de Masson, coloration Von Kossa, coloration TRAP). Le site osseux de la première molaire M1 mandibulaire possède le volume osseux le plus important. Nous avons modélisé l'implant et son emplacement en fonction des structures osseuses, vasculaires et nerveuses. A 4 semaines post-natales, les racines sont formées. A ce stade, l'extraction est complète, sans fractures des racines, facilitée par une densité osseuse moins importante. A 8 semaines post-extractionnel, la cicatrisation osseuse est complète. L'analyse microCT montre un contact intime à J21 post-implantation. Les analyses histologiques sont en cours.

La modélisation d'un implant adapté au site osseux de la première molaire mandibulaire de souris permet d'étudier l'ostéo-intégration en prenant en compte les problématiques implantaire. L'application de ce modèle chez les souris transgéniques semble adéquat dans le cas de pathologies génétiques ou bien de pathologies associées aux implants.

Stabilité tissulaire péri-implantaire : Revue systématique de l'influence des différents paramètres cliniques et protocoles opératoires

S. AZORIN, P. BOUSQUET (Montpellier)

Les traitements implantaire en zone esthétique doivent répondre à une grande exigence de biomimétisme.

L'objet de cette étude systématique de la littérature était d'identifier les paramètres affectant le résultat esthétique des traitements implantaire dans le cadre de l'édentement unitaire dans le secteur maxillaire antérieur et d'analyser les effets de différentes procédures chirurgicales et prothétiques sur la stabilité des tissus durs et mous.

Une recherche a été menée à partir des mots clés : « dental implant » et « gingival récession » / « tissue stability » / « gingival graft ». Seules les études cliniques humaines portant sur au moins 10 patients ayant reçu un implant unitaire dans le secteur antérieur maxillaire avec un suivi supérieur à 12 mois ont été sélectionnées lorsque les critères suivants étaient reportés :

Survie et succès implantaire, profondeur et saignement au sondage, niveaux osseux marginal et interproximal, niveaux gingivaux vestibulaire et interproximal, Pink Esthetic Score.

L'influence des paramètres et protocoles cliniques suivants a été investiguée :

Protocoles d'implantation, augmentation osseuse, épaisseur de la corticale vestibulaire, biotype gingival, position implantaire, intervention avec ou sans lambeau, greffe de tissus mous, protocole de mise en esthétique.

23 études ont été sélectionnées incluant 939 patients. Les variations dimensionnelles des tissus durs et mous ne diffèrent pas statistiquement significativement en fonction du protocole d'implantation choisi (immédiate, précoce ou différée) ou de la technique d'abord chirurgical (avec ou sans lambeau). Les résultats de l'étude montrent un niveau moyen de récession tissulaire vestibulaire plus élevé dans les cas démontrant un biotype fin que dans ceux associés à un biotype épais.

Si cette étude semble démontrer la fiabilité des différents protocoles d'implantation et l'intérêt des procédures d'augmentation des tissus mous en cas de biotype fin, il est nécessaire de relativiser ces résultats compte tenu du risque de biais de sélection.

Élévation de sinus par voie latérale avec xélogreffe associée ou non à des protéines dérivées de la matrice amélaire : étude clinique et histologique prospective contrôlée randomisée

M. CHARBIT, Y. CHARBIT, S. VINCENT-BUGNAS (Nice)

Les substituts osseux d'origine animale, sont fréquemment utilisés dans les comblements sous-sinusiers. Néanmoins, ces matériaux n'ont ni de propriétés ostéogéniques, ni ostéoinductives. Seules des capacités ostéoconduites sont décrites, le pourcentage d'os vital s'en trouve alors significativement impacté. Les protéines dérivées de la matrice amélaire (PDMA), commercialisées sous forme d'un gel appelé Emdogain® (Straumann), sont connues pour leurs propriétés

angiogéniques et ostéogéniques dans la régénération parodontale.

L'objectif de cette étude a été d'analyser par histologie et histomorphométrie des biopsies osseuses issues de soulèvements de sinus par abord latéral avec des substituts osseux d'origine bovine associés ou non aux PDMA.

8 patients (59 ans \pm 13 ans ; 4 hommes et 4 femmes) non fumeurs, en bon état de santé, ont été inclus dans cette étude prospective randomisée en bouche divisée (N°ClinicalTrials NCT01870960), nécessitant une élévation bilatérale du plancher sinusien ; par xéno greffe (BioOss®, Geistlich) du côté contrôle ou associée à des PDMA du côté test. A 6 mois post-opératoires, lors de la pose des implants, des carottes osseuses ont été prélevées et analysées histologiquement et histomorphométriquement. Les pourcentages d'os vital néo-formé, de matériau résiduel et de tissu conjonctif ont été évalués.

16 sinus ont été greffés et 28 implants posés (StandardPlusSLActive®, Straumann). Aucun implant n'a présenté de complication pendant l'ostéo-intégration ou après 24 mois de mise en fonction. L'analyse histologique a révélé dans les 2 groupes l'absence d'infiltrat inflammatoire avec des granules de matériau entourés d'os régénéré. L'analyse histomorphométrique a mis en évidence un pourcentage supérieur d'os vital néo-formé dans les sinus tests (22.6 \pm 5.2%) que dans les sinus contrôles (15.5 \pm 6.9%), $p < 0,05$. Cependant, les sinus tests et contrôles montrent des pourcentages similaires en matériau résiduel (20.1 \pm 10% et 20 \pm 11.7% respectivement) et en tissu conjonctif (43.1 \pm 9.4% and 37.2 \pm 16.5% respectivement)

Dans les limites de cette étude, l'adjonction de PDMA à de l'hydroxyapatite bovine augmenterait significativement le pourcentage d'os vital néoformé dans les comblements sous-sinusiens.

Impact de l'infection à *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* sur l'état clinique parodontal d'une population de patients adultes : Etude rétrospective cas-témoins

P. SIMONIS, E. MUNCH, J.L. DAVIDEAU (Strasbourg)

Les parodontites dites « agressives localisées » ont été spécifiquement associées à la présence de l'*Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a). Cependant, A.a est aussi détecté dans d'autres formes de parodontites mais de manière plus variable, posant la question de la pertinence du diagnostic bactérien du A.a en parodontologie, en particulier au regard de la prescription d'antibiothérapie.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les associations entre l'infection au A.a, et les profils cliniques/microbiologiques observés chez des patients adultes.

Les données démographiques, parodontales, et microbiologiques des patients ayant consulté de 2014 à 2018 en parodontologie au cabinet du Dr Pierre Simonis à Strasbourg ont été recueillies. L'analyse microbiologique quantitative par Real Time-PCR (test Carpegen®) des 6 principaux parodontopathogènes, dont A.a, et *Treponema denticola* (T.d). Deux groupes de patients ont été constitués en se basant sur la détection (Aa+) ou non (Aa-) de A.a et classés en fonction des classifications parodontales AAP 1999 et AAP/EFP 2018.

Le nombre de patients sélectionnés est de 88 Aa+ et 105 Aa-. Les patients Aa+ sont plus jeunes, ont moins de dents absentes, et une perte osseuse/âge plus marquée. Les autres paramètres démographiques et parodontaux, sont comparables entre les deux groupes. Le pourcentage de T.d est significativement augmenté dans le groupe Aa+. Les parodontites « agressives localisées » se retrouvent essentiellement dans le groupe Aa+ (4 patients sur 5). Les pourcentages de parodontites sévères « stade III/IV-grade B (63%) ou -C (45%) » sont similaires entre Aa+ et Aa-. Cependant, certains profils de patients associant stade III/IV-grade C avec T.d > 4.5% $P.g < 6\%$ sont deux à trois fois plus nombreux chez les A.a+.

L'analyse des résultats montre que les patients avec A.a présentent des profils cliniques/microbiologiques spécifiques. L'impact pronostique des différents profils de patients déterminé dans cette étude sur les résultats thérapeutiques sera évalué dans un deuxième temps.



Vendredi 14 juin
14h00 - 17h30

Tidu MANKOO (Windsor, Angleterre)

Prise en charge pluridisciplinaire de la zone esthétique :
de la restauration unitaire aux réhabilitations complexes

Séance présidée par
Jean-Louis GIOVANNOLI



Le Dr Tidu Mankoo a été diplômé de l'Université de Bristol en 1981 et possède une activité libérale spécialisée en Implantologie et réhabilitation Esthétique avec en particulier la gestion de cas complexes à Windsor au Royaume-Uni. Il s'est forgé une réputation d'excellence en dentisterie et prend en charge à la fois les aspects chirurgicaux et prothétiques de ses cas cliniques.

Ancien président de l'Académie Européenne de Dentisterie Esthétique en 2009-2010, professeur invité de l'université Internationale de Catalogne à Barcelone en Espagne et fondateur et ancien président de l'Académie Britannique de Dentisterie Esthétique, il est membre du comité de rédaction de nombreux journaux dentaires. C'est un enseignant respecté aux nombreuses publications et qui donne des cours régulièrement dans le monde entier, mais aussi un conférencier expert dans les domaines de l'Implantologie, la Réhabilitation et Dentisterie Esthétique et la gestion de cas complexes. C'est un membre actif de l'Académie Européenne de Dentisterie Esthétique, de l'Association of Dental Implantology (RU), de l'European Association of Osseointegration (EAO), il est aussi Fellow of the International College of Dentists (FICD), et membre de l'International Congress of Oral Implantologists.

Professeur Sculean a présidé le groupe de Recherche en Parodontologie en 2009-2010, fut l'ancien président de la Société Suisse de Parodontologie et est le président actuel de l'EEP (2018-2019). Son activité de recherche porte sur la cicatrisation parodontale, les thérapeutiques régénératrices et plastiques parodontales, l'utilisation des antibiotiques, des antiseptiques et les nouvelles approches thérapeutiques comme le laser et la thérapie photo-dynamique dans le traitement des infections parodontales et péri-implantaires.

Cette présentation reprendra les concepts pluridisciplinaires actuels de prise en charge de la zone esthétique ainsi que les principes prothétiques et chirurgicaux de mise en place d'implants dans cette région avec pour objectif l'obtention d'une stabilité et d'une esthétique à long terme.

Par ailleurs, et ce malgré les avancées dans les thérapeutiques parodontales, implantaire et de régénération, le vrai défi reste la réhabilitation esthétique des dents compromises soit dans leur intégrité structurelle et/ou parodontale ainsi que la gestion des échecs ou des traitements implantaire inadéquats de cette zone. Gardant cela à l'es-

Vendredi 14 juin
14h00 - 17h30

Séance Communications Clinique Implantologie

Présidents de séance :
Thierry TAIEB & Nicolas PICARD

La prothèse amovible complète et mini-implants : données actuelles

A. ELQARFAOUI, H. BENYAHYA, O. IRAQUI, N. MERZOUK, S. BERRADA

(Rabat, Maroc)

Stabiliser une prothèse amovible complète, notamment mandibulaire, constitue jusqu'à nos jours un défi surtout en présence de conditions anatomiques défavorables (résorption importante, décalage squelettique...)

il s'agit d'un patient âgé de 70 qui consulte pour une réhabilitation amovible bimaxillaire, l'examen clinique montre une forte résorption de la crete mandibulaire.

la décision thérapeutique la plus adéquate pour ce patient était une prothèse amovible mandibulaire stabilisée par mini-implants.

Les mini-implants ont amélioré considérablement la rétention et la stabilisation de la prothèse.

Actuellement, force de constater que la plupart des patients sont séduits par l'option implantaire mais redoutent les interventions chirurgicales nécessaires à la pose de ces implants surtout chez les sujets gériatriques.

Pour lever ces obstacles, de nombreux auteurs recommandent l'utilisation d'implants de faible diamètre, aussi nommés Mini-implants.

Initialement conçus pour une utilisation provisoire, ces implants de diamètre inférieur à 3 mm ont bénéficié de modifications au niveau de leur structure et de leur état de surface ce qui a permis d'élargir leurs indications.

Le but de ce travail est de mettre l'accent sur les particularités techniques, le protocole prothétique et de démontrer jusqu'à quelle mesure ces derniers peuvent être considérés comme une option comparable aux implants standards fiable sur le long terme.

Traitement des péri-implantites : approche régénératrice

A. BRINCAT, A. BOYER, L. THOLOZAN, V. MONNET-CORTI (Marseille)

La prévalence des péri-implantites ne cesse d'augmenter : 20% des patients et 10% des implants.

Le traitement étiologique non chirurgical, efficace pour le traitement de la mucosite, ne l'est pas pour la péri-implantite. Il constitue une étape préliminaire indispensable mais non suffisante. Il n'existe à ce jour aucun «gold standard» pour le traitement chirurgical des péri-implantites.

Lorsque les lésions osseuses péri-implantaires ont une allure verticale avec plusieurs parois osseuses, les procédures de chirurgie parodontale régénératrices peuvent être utilisées.

Il s'agit de plusieurs cas cliniques de péri-implantites traités avec des procédures chirurgicales de régénération tissulaire. Les cas sont iconographiés avant traitement étiologique (non chirurgical), à la réévaluation après ce traitement, puis aux différentes étapes de la chirurgie et lors des contrôles post-opératoires (jusqu'à 1an).

La première étape du traitement repose sur le traitement étiologique (non chirurgical) basé sur les mêmes principes que le traitement parodontal avec une instrumentation spécifique. Le traitement chirurgical est réalisé sous bi-antibiothérapie après élévation d'un lambeau muco-périosté et débridement, nettoyage de la surface implantaire par aéro-polissage et désinfection

chimique, mise en place de biomatériaux de comblement osseux, et/ou protéines amélaire et/ou membrane naturelle ou synthétique, puis le lambeau est repositionné.

Les résultats post-opératoires cliniques (et radiographiques) sont présentés.

Ces cas cliniques nous permettent de proposer la régénération de certains types de défauts osseux péri-implantaires. Cela pose la question de la cicatrisation de ces défauts, une réostéointégration est-elle possible ?

Ce protocole chirurgical de régénération péri-implantaire issu des techniques de chirurgie de régénération parodontale donne de bons résultats à un an post-opératoire (profondeur de sondage péri-implantaire inférieure à 5 mm sans saignement, ni suppuration au sondage et sans augmentation de la perte osseuse visible radiographiquement). Des études prospectives à long terme permettront de confirmer ces résultats cliniques encourageants.

Traitement des péri-implantites : approche résectrice

A. BRINCAT, A. BOYER, L. THOLOZAN, V. MONNET-CORTI (Marseille)

Il n'existe à ce jour aucun «gold standard» pour le traitement chirurgical des péri-implantites.

Lorsque les défauts osseux sont horizontaux (classe II selon la classification de Schwartz) les procédures chirurgicales de régénération ne pourront pas être indiquées.

Nous verrons, au travers de cas cliniques, comment gérer ce type de défauts associés aux péri-implantites en appliquant les techniques de chirurgies « parodontales » de réduction de profondeur de poches.

Il s'agit de plusieurs cas cliniques de péri-implantites traitées par des procédures de réduction de la profondeur de poche : l'anatomie de la résorption osseuse ne permettant pas de régénérer l'os perdu. Les cas sont iconographiés avant traitement étiologique (non chirurgical), à la réévaluation après ce traitement, puis aux différentes étapes de la chirurgie et lors des contrôles post-opératoires (jusqu'à 1 an).

La première étape du traitement repose sur le traitement étiologique (non chirurgical) basé sur les mêmes principes que le traitement parodontal avec une instrumentation spécifique. Son objectif principal est de réduire la charge bactérienne, contrôler l'infection et l'inflammation.

Le traitement chirurgical est réalisé sous bi-antibiothérapie après élévation d'un lambeau muco-périosté et débridement, implantoplastie, nettoyage de la surface implantaire par aéro-polissage et désinfection chimique, puis le lambeau est positionné au niveau osseux résiduel.

Les résultats post-opératoires cliniques (et radiographiques) sont présentés.

La chirurgie de débridement et d'élimination des « poches péri-implantaires » doit permettre une excellente décontamination des implants mais également créer une architecture gingivale et osseuse compatible avec le maintien d'une bonne santé et hygiène péri-implantaire à long terme.

Ce protocole chirurgical adapté du traitement chirurgical des poches parodontales donne de bons résultats à un an post-opératoire.

Le succès thérapeutique est défini à 12 mois par une profondeur de sondage péri-implantaire inférieure à 5mm sans saignement, ni suppuration au sondage et sans augmentation de la perte osseuse visible radiographiquement.

Prothèse Complète Mandibulaire Stabilisée par un implant symphysaire unique

P. AGNEL, F. RUSE, T. ZITOUNE (Montpellier)

Actuellement le consensus de traitement, considéré comme le gold-standard, pour la réhabilitation mandibulaire du patient édenté comprend la pose de 2 implants symphysaires pour stabiliser une prothèse amovible complète. Ces dernières années ont vu apparaître un type de traitement moins invasif faisant appel à un seul implant mandibulaire, diminuant ainsi son cout et

sa durée. Cette alternative thérapeutique est actuellement proposée aux patients très âgés. Peut-elle s'appliquer à des patients plus jeunes, dont l'anatomie se trouve réduite par une atrophie mandibulaire importante ?

La patiente présente un édentement bi-maxillaire depuis de nombreuses années, mais reste insatisfaite par sa prothèse mandibulaire, se plaignant d'inconfort, d'instabilité et d'un manque de rétention. L'examen clinique montre une très forte résorption d'un secteur provoqué par une mauvaise équilibration de sa prothèse. Les examens complémentaires confirment l'impossibilité de positionner deux implants symétriques.

Notre thérapeutique s'est orientée vers la pose d'un implant central comme élément de rétention. Après ostéointégration de l'implant, les prothèses d'usages ont été réalisées, dans le respect des règles de conception des prothèses amovibles complètes. Il est très important que l'implant n'assure que la rétention et qu'aucune force ne soit transmise à l'implant.

En accord avec les résultats de notre revue de littérature, ce type de traitement a donné satisfaction à notre patiente qui a gagné tant en confort qu'en pouvoir masticatoire.

Ce traitement est à mettre en parallèle avec le gold standard. Il présente l'avantage de ne pas réduire les chances en termes de soins proposés, mais requiert une surveillance et un entretien rigoureux de la prothèse complète et de l'attachement, qui devra présenter une résilience.

Ce cas clinique illustre une thérapeutique implantaire simplifiée, qui pourrait, si les résultats se confirment, voir ses indications étendues à un plus grand nombre de patient.

Régénération tissulaire et membrane en d-PTFE partiellement recouverte

L. ROCCHI, N. PAOLI, P. AMBROSINI, D. JOSEPH (Vandoeuvre-lès-Nancy)

Peut-on effectuer une ROG avec une membrane non résorbable et recouvrement gingival partiel ? Monsieur A, 29 ans présente un antécédent de trauma sur 11, non conservable. Le résultat prothétique esthétique et fonctionnel passe par une régénération du tissu osseux et des tissus gingivaux, ce qui impose une ROG en vue d'une implantation différée.

Après extraction atraumatique de 11, une ROG est réalisée associant une xéno greffe recouverte d'une membrane non résorbable : la membrane Cytoplast TXT 200, en PTFE dense, permet de recouvrir efficacement le défaut osseux ainsi que le comblement. Elle peut être exposée au milieu buccal, ne nécessite pas de fermeture gingivale primaire et permet donc de préserver la gencive attachée et les papilles. La membrane est déposée entre 4 et 6 semaines post opératoires.

L'analyse des coupes 3D pré-op et à 6 mois par superposition grâce au logiciel OnDemand3D révèle que la ROG conserve le volume osseux après extraction. De plus la gencive attachée et les papilles ont pu être efficacement préservées car les tissus mous ne sont pas tractés et la ligne muco gingivale n'est pas déplacée. L'implant peut alors être placé dans un contexte osseux et muqueux optimal.

La ROG peut être réalisée avec différents types de membrane, collagène résorbable ou non résorbable, voir en titane, avec ou sans translation tissulaire. Les avantages et inconvénients des divers protocoles sont discutés et comparés à celui présenté.

L'utilisation d'une membrane non-résorbable en PTFE dense permet une reconstruction osseuse efficace tout en recréant les tissus mous en secteur esthétique, deux paramètres indispensables pour le résultat esthétique final et la pérennité de la réhabilitation.

Proposition d'un protocole de traitement de l'édenté complet par mise en charge immédiate de la prothèse d'usage : à propos d'une série de cas

E. NAMAN, G. BORIE, S. VINCENT-BUGNAS (Nice)

Aujourd'hui, la mise en charge immédiate répond à une réelle demande des patients, avec une diminution du temps de traitement, des risques de complications.

Notre série de cas comporte 10 patients de 59 à 79 ans, sans problème de santé et ayant une arcade édentée ou à édenter. Après étude préliminaire, tous ont bénéficié d'une reconstruction par concept All-On-4. En fin d'intervention, l'empreinte a été prise et l'occlusion enregistrée, afin de mettre en place la prothèse d'usage entre 5 à 7 jours après l'implantation.

L'analyse préopératoire a consisté en un examen 3D avec guide radiologique, une empreinte d'étude, un montage sur articulateur pour déterminer la faisabilité du All-On-4. Une fois le montage directeur et DVO validés, une plaque d'occlusion est réalisée. Lors de la chirurgie, les implants et les piliers sont mis en place. Puis une empreinte est réalisée et la relation inter-maxillaire est enregistrée avec la plaque occlusale. Un essai esthétique et fonctionnel est validé 48h après l'intervention. 5 à 7 jours après l'intervention, la prothèse d'usage est transvissée, un contrôle occlusal et radiographique est effectué. Des visites hebdomadaires sont programmées, pour contrôler l'intégration occlusale, l'ostéointégration des implants, la cicatrisation et l'hygiène du patient.

Cinq hommes et cinq femmes ont été inclus. Aucun échec sur les 40 implants posés n'a été relevé. Aucune fracture ou complications des prothèses d'usage n'a été rapportée. Les taux de survie implantaire et prothétique pour un recul moyen de 9 mois (allant de 6 à 12 mois) sont de 100%.

Les résultats préliminaires sont prometteurs.

Le protocole a montré de bons résultats cliniques pour la mise en charge immédiate d'une prothèse d'usage sur 4 implants endo-osseux.

Des études complémentaires, avec un échantillon de patients plus important et un recul clinique plus élevé sont nécessaires pour systématiser cette procédure.

Utilisation du « screw tenting » à l'aide de plaques en titane, en régénération osseuse guidée : à propos d'une série de cas

G. BORIE, E. NAMAN, S. VINCENT-BUGNAS (Nice)

Dans le cadre de défauts osseux sévères, les impératifs sont le maintien d'un espace de régénération et l'absence de toute tension. Le « screw tenting » propose des plaques en titane vissées servant de « piquets de tente » pour maintenir cet espace, associé à une régénération osseuse.

8 patients âgés de 45 à 70 ans, non fumeurs, en bonne santé et nécessitant une augmentation osseuse préalable à la pose d'implants. Une technique de ROG en « screw tenting » réalisée à l'aide de plaques associées à un matériau allogénique (Allodyn®) mélangé à du I-PRF® puis recouvert de membranes de A-PRF® est utilisée.

Le défaut osseux à reconstruire est mis en éviance. Une décortication du site receveur et une incision périostée sont effectuées avant la mise en place de grilles ou plaques « mesh » vissées dans l'os. L'espace formé est comblé par un mélange d'os allogénique avec du I-PRF®, recouvert par des membranes de A-PRF® et suturé. Un contrôle à 1 et 3 semaines, puis un cone-beam pré-implantaire à 4 mois sont réalisés.

Pour l'ensemble des patients traités, aucune infection ni réouverture tissulaire n'ont été relevées pendant toute la période de surveillance. Lors de la dépose du matériel d'ostéosynthèse, on observe un tissu osseux dur, bien vascularisé et sans fonte de volume, permettant l'implantation.

La procédure de « screw tenting » ici utilisée, pourrait représenter une nouvelle alternative à ces techniques plus complexes (appaosition, onlay) avec l'avantage d'être moins invasive, plus rapide et amenant des résultats pouvant égaler ceux obtenus par les greffes autogènes.

Le traitement des résorptions osseuses sévères représente l'un des défis majeurs de la reconstruction implantaire. La technique du « screw tenting » présente des résultats au moins équivalents aux autres techniques. Toutefois, si cette procédure est prometteuse, d'autres études sont nécessaires pour conclure.

Le patient parodontal et les implants

T. ROCHE, P. BARTHET, S. LAURENCIN (Toulouse)

Le patient parodontal est considéré comme un sujet sain ayant été traité pour une maladie parodontale. Une fois le traitement achevé, la phase de maintenance peut débuter ainsi que celle de la réhabilitation fonctionnelle dans le cas où des dents auraient été perdues du fait de la parodontite. Si une solution implantaire est souhaitée par le patient et que les conditions cliniques l'autorisent, quelles précautions devons-nous prendre chez ce patient parodontal afin d'empêcher l'apparition d'une pathologie péri-implantaire ? Pouvons-nous toujours envisager la mise en place d'implants chez le patient parodontal et en assurer la pérennité ?

Des patients ont été réhabilités à l'aide d'une solution implanto-portée suite à la perte de dents liée à une maladie parodontale. Cependant, malgré une gestion optimale de leurs facteurs de risque, le suivi de certains patients laisse apparaître une destruction progressive et inéluctable des tissus osseux péri-implantaires.

Une thérapeutique non chirurgicale par débridement sous gingival, puis chirurgicale avec curetage du tissu de granulation, aéropolissage, désinfection chimique, comblement osseux a été réalisée afin de traiter les pertes osseuses péri-implantaires.

Malgré toutes les thérapeutiques mises en place, la progression de la pathologie péri-implantaire n'a pu être endiguée chez ces patients parodontaux, et a abouti à la perte progressive des implants.

Placer un implant dans la bouche d'un patient au risque parodontal maîtrisé est aujourd'hui une approche envisageable pour remplacer des dents perdues. Il s'agit toutefois d'une solution de compromis qui doit se faire en toute connaissance des facteurs de risque que présente le patient. Devant un haut risque parodontal, défini par une pathologie de stade 3 ou 4 associée à un grade C (Caron et al. 2018), le praticien devra s'employer à trouver une alternative prothétique aux solutions supra-implantaires afin de permettre une stabilité au long terme de sa thérapeutique de réhabilitation fonctionnelle.

Traitement raisonné des pathologies péri-implantaires: à propos d'un cas

I. PAPALOU, H. TENENBAUM, J.L. DAVIDEAU, O. HUCK (Strasbourg)

La prise en charge des pathologies péri-implantaires est complexe du fait de la variabilité des situations cliniques. Les options thérapeutiques incluant le traitement, la conservation ou l'explantation doivent être discutées.

Un patient (69 ans), ancien fumeur, est adressé pour pathologie péri-implantaire. Le patient a bénéficié d'une réhabilitation implanto-prothétique 11 ans auparavant pour remplacer 14-15-16 et 24-25-26 (6 implants) et présente une parodontite stade 2 grade A et des péri-implantites avancées (perte osseuse (>2/3 de l'implant 25; >50% pour 14-15-16) + BOP+ PPD>5mm).

Un traitement étiologique a été réalisé afin de traiter la parodontite. Au niveau péri-implantaire, un traitement non-chirurgical + antibiothérapie a été entrepris (14, 15, 16, 24, 26). Du fait de la perte osseuse et de la proximité avec 24 et 26, l'explantation de 25 a été effectuée. A 3 mois, le traitement chirurgical des péri-implantites a été réalisé. A 6 mois, l'aménagement des tissus mous est finalisé.

Le traitement non-chirurgical combiné à la gestion des facteurs de risque a permis de stabiliser la parodontite à 1an. Les thérapeutiques entreprises ont stoppé la progression des péri-implantites au niveau des implants 14, 15, 16. L'explantation de 25 associée à une régénération osseuse a restauré le niveau osseux au niveau des implants 24, 26. La réalisation d'une greffe épithélio-conjonctive et de prothèses adaptées a permis d'ajouter du tissu kératinisé et de favoriser le contrôle de plaque.

La gestion des parodontites est un préalable indispensable à la prise en charge des péri-implantites. La désorganisation des biofilms doit être optimale afin d'améliorer le pronostic. La gestion des tissus durs et mous doit être coordonnée afin de pérenniser les résultats obtenus.

Le traitement des complications péri-implantaires doit être entrepris en prenant en compte les facteurs de risque. L'explantation est une option à envisager lorsque la pérennité des dents ou implants voisins est engagée.

SAVE THE DATE

LE CONGRÈS ANNUEL DE LA SFPIO
VOUS ACCUEILLERA

AU PALAIS DU GRAND LARGE
Palais des Congrès de Saint-Malo

LES 12 ET 13 JUIN 2020 !

Présidente scientifique
Corinne Lallam *Paris*

Président du congrès
Patrick Boulange *Metz*

Président SFPIO
David Nisand *Paris*



Vendredi 14 juin
14h00 - 17h30

Séance Communications Clinique Muco-gingivale

Présidents de séance :

Séverine VINCENT-BUGNAS & Zahi BADRAN

Boule de Bichat versus conjonctif palatin dans le traitement des récessions gingivales

H. ANSERMINO, P. BARTHET, E. BECKER, M. KADDECH, S. LAURENCIN (Toulouse)

Le « gold standard » dans le traitement muco-gingival des récessions gingivales, est le greffon conjonctif par prélèvement palatin autologue associé à différentes techniques. Ce prélèvement palatin a ses limites : la quantité de tissu disponible (palais très fin) et les suites opératoires parfois douloureuses. Des alternatives existent déjà, comme les substituts de conjonctifs (Fibroguide®, Mucoderm®, Mucogain®) mais plus coûteux pour le patient. Pourquoi ne pas utiliser une autre option comme la boule de Bichat ?

Plusieurs appellations « boule de Bichat », « buccal fat pad », ce tissu adipeux, source de Cellules Souches Mésoenchymateuses, présente un intérêt de par sa facilité de prélèvement, sa quantité disponible, et ses suites opératoires moindres. Nous avons comparé cliniquement le recouvrement de récession de type I (Classification Chicago 2017), sur plusieurs dents, en utilisant d'un côté un greffon palatin et de l'autre la boule de Bichat non pédiculée.

Les interventions ont été faites dans la même séance, par le même opérateur. La comparaison s'est faite sur le même type de récession gingivale et sur les dents controlatérales d'un même patient.

A 6 mois post-opératoire, le taux de recouvrement moyen pour le greffon palatin autologue est de 95% contre 90% pour la boule de Bichat. L'épaississement de tissu kératinisé est plus important pour le greffon palatin.

Les deux techniques précédentes présentent un bon taux de recouvrement radiculaire. Ce résultat est en accord avec les études actuelles mais reste en faveur du greffon palatin autologue.

Le corps adipeux de la bouche de part sa facilité de prélèvement, sa quantité disponible et ses propriétés de régénération via les Cellules Souches Mésoenchymateuses, semble être une alternative intéressante au prélèvement palatin dans le recouvrement des récessions gingivales de Type I. Peu d'études cliniques sont répertoriées ; des RCTs et des revues systématiques seront nécessaires pour assurer la fiabilité de notre thérapeutique.

Maladies auto-immunes associées à un lichen plan buccal érosif

A. OUSSALAH, Y. MEZGHICHE, Z. BOUDAUD (Sidi M'Hamed, Algérie)

Les difficultés rencontrés étaient de deux ordres : diagnostique et thérapeutiques.

L'association du thymome avec l'hypogammaglobulinémie et des maladies auto-immunes nous ont permis de diagnostiquer le syndrome de Good.

Devant la myasthénie qui contre indique le traitement par la corticothérapie systémique et les immunosuppresseurs, l'attitude thérapeutique s'est limitée à la prescription de traitement topique pour soulager la symptomatologie.

Le cas clinique rapporté est celui d'une femme âgée de 58 ans qui présente un lichen plan buccal érosif associé à un vertige, une myasthénie et une hypogammaglobulinémie apparue après l'exérèse d'une tumeur thymique.

Notre attitude thérapeutique s'est limitée à la prescription d'un traitement symptomatique antalgique afin de soulager notre malade car la myasthénie dont elle souffre contre indique toute prescription médicale systémique.

Aucune amélioration des lésions buccales n'a été constaté. Notre malade bénéficie d'un suivi clinique rigoureux afin de dépister à temps une éventuelle transformation maligne du lichen érosif. Le syndrome de Good est défini comme un déficit immunitaire primitif, qui associe : thymome, hypogammaglobulinémie portant sur les différentes classes d'immunoglobulines, presque dans tous les cas une lymphocytopenie B et de manière variable, des maladies auto-immunes comme : la myasthénie, le vitiligo ou rarement un lichen plan.

L'association d'un lichen plan buccal érosif à un syndrome de Good est rare, Seulement 11 observations ont été rapportées dans la littérature, avec un sex-ratio de six femmes pour quatre hommes, un âge de prédilection allant de 41 à 85 ans et une mortalité globale de 46%.

Le traitement consiste en une résection chirurgicale de la tumeur thymique sans efficacité évidente sur les manifestations auto-immunes et/ou l'administration d'immunoglobulines intraveineuses pour les maladies auto-immunes apparues après thymectomie.

Au cours du syndrome de Good, lichen plan paraît peu fréquent, avec une atteinte essentiellement de la cavité buccale, toujours érosive, suggérant que cette association n'est probablement pas fortuite.

Nouvelle matrice collagénique tridimensionnelle (Creos Mucogain®) dans le recouvrement de récessions gingivales multiples de classes 1 et 2 de Miller : série de cas

M. GAUDARD, J.M. HEURTEBISE, S. VINCENT (Nice)

L'utilisation de greffons autologues demeurent le « gold standard » des techniques de recouvrement radiculaire. Cependant, le prélèvement augmente les taux de morbidité (douleurs, nécrose, hémorragie) et la durée opératoire. L'ingénierie tissulaire tente d'élaborer des matériaux capables de suppléer ces greffons.

L'objectif de cette série de cas est d'évaluer l'efficacité de la matrice Creos Mucogain® (Nobel Biocare) dans le traitement de récessions gingivales contiguës.

Cette série de cas inclus 10 patients âgés de 23 à 62 ans (6 femmes et 4 hommes), présentant au maxillaire des récessions de classes I et II de Miller contiguës.

La matrice CreosMucogain® de 3 mm d'épaisseur a été utilisée en tant que substitut de greffon conjonctif, dans une procédure de lambeau tunnelisé tracté coronairement. Les paramètres cliniques tels que la hauteur et la largeur des récessions, la hauteur de tissu kératinisé, le niveau d'attache clinique, la profondeur de poche au sondage ont été enregistrés avant l'intervention et à 1, 3 et 6 mois postopératoires. Les pourcentages de recouvrement moyens et complets ont été évalués à 6 mois.

Un total de 58 récessions a été traité. Aucune complication infectieuse ou douloureuse n'ont été déplorées durant la cicatrisation. L'exposition de la matrice a été retrouvée pour 6 récessions sans complications infectieuses. Les paramètres cliniques sont améliorés et les pourcentages de recouvrement obtenus sont satisfaisants. La matrice CreosMucogain® amènerait des résultats cliniques satisfaisants, et permettrait d'avoir une grande quantité de matériau disponible sans site chirurgical additionnel. La durée opératoire est diminuée. En revanche, le surcoût lié à la matrice, son origine animale, et son manque de recul clinique peuvent constituer des freins à l'utilisation de ce substitut.

Les résultats cliniques amenés par cette matrice collagénique sont prometteurs, cependant d'autres études avec des échantillons plus importants, en bouche divisée la comparant au greffon conjonctif, sont nécessaires pour conclure.

Choix de la technique chirurgicale pour le recouvrement de récessions gingivales multiples pour un résultat esthétique optimal

S. MELLOUL, V. MONNET-CORTI (Marseille)

Choisir entre un lambeau tracté coronairement d'après la technique de rotation des papilles décrite par Zucchelli et De Sanctis et une technique de tunnelisation modifiée pour un recouvrement radiculaire associé à un résultat esthétique optimal.

Nous présenterons un cas clinique de récessions multiples maxillaires de classe I de Miller ou RT1 de Cairo, où les secteurs 1 et 2 ont été traités par deux techniques chirurgicales différentes.

Nous présenterons l'analyse qui nous amène à choisir une technique de tunnelisation pour le secteur 1 et une technique de rotation des papilles pour le secteur 2.

A 9 mois post opératoire, le RES est de 10 dans les deux secteurs et le BASPS est « excellent » dans les deux secteurs. La patiente est très satisfaite du rendu esthétique dans les deux secteurs, et décrit une disparition des sensibilités au froid.

Un diagnostic parodontal précis est nécessaire, évaluant la symétrie et la hauteur des récessions, la quantité de tissu kératinisé au-delà de celles-ci, et l'épaisseur des tissus.

En de cas de récessions de hauteurs différentes une technique de rotation des papilles devra être privilégiée.

En cas de tissu kératinisé compris en 2 et 3 mm avec des hauteurs de récessions similaires et ne dépassant pas 4 mm, la technique de tunnelisation est retenue.

L'épaisseur des tissus est également un point à prendre en compte, notamment en cas de gencive kératinisée de moins de 2mm, pour éviter tout risque de déchirure du lambeau.

Les données de la littérature et les avantages offerts par les techniques minimalement invasives, doivent nous inciter à choisir la technique de tunnelisation modifiée quand les paramètres cliniques nous le permettent.

La tunnelisation inter-proximale (TIP) : une approche microchirurgicale originale pour la reconstruction de la papille interdentaire

D. FEUILLET, J.F. KELLER, K. AGOSSA (Lyon)

La papille interdentaire (PID) est essentielle à l'esthétique du sourire. Ces dernières décennies différentes techniques ont été décrites pour la reconstruction chirurgicale de la PID avec des taux de succès variables. La fragilité de la papille et sa vascularisation demeurent les principaux obstacles à la prédictibilité des résultats. Cette présentation décrit pas à pas une technique microchirurgicale originale, basée sur la tunnelisation inter proximale (TIP) associée à un greffon tubérositaire enfoui pour la reconstruction de la PID.

Trois cas cliniques illustrent la technique. Les patients sont non-fumeurs et sans antécédent médical. Les deux premiers consultent pour des triangles noirs au maxillaire antérieur. Chez le troisième la TIP a été utilisée secondairement pour gérer l'effondrement papillaire suite au traitement d'une lésion infra-osseuse.

Principaux temps opératoires : (i)création d'un tunnel interproximal via un accès vestibulaire et palatin (ii)prélèvement d'un greffon tubérositaire, ajusté selon l'anatomie du site (iii)glissement du greffon dans le tunnel sous la PID grâce à 3 sutures de stabilisation (iv)déplacement coronaire de la papille grâce à un point de matelassier suspendu vertical.

Chez les 2 premiers patients on observe à 1 et 2 ans une fermeture complète du triangle noir sans inflammation ni augmentation de la profondeur de sondage. Chez le 3e une fermeture partielle est observée à 2 ans, due à la présence d'un diastème inter-incisif.

La TIP est une technique mini-invasive qui préserve la vascularisation papillaire. La laxité de la papille et le contourage du greffon sont des éléments clés du succès. Comme décrit par Tarnow et al., la présence du point de contact (PdC) et la distance entre le PdC et la crête osseuse définissent le pronostic de reconstruction de la PID.

La TIP est une technique très prometteuse pour le traitement de triangles noirs localisés en secteur esthétique.

Recouvrement des récessions gingivales chez les patients ayant des antécédents de parodontites

H. LUGARI, C. MARTIN, J.G. SABOT, V. MONNET-CORTI (Marseille)

Recouvrement des récessions gingivales chez les patients ayant des antécédents de parodontites. Une patiente de 68 ans est adressée pour des sensibilités et une gêne esthétique. Une parodontite Stade 2 Grade B (Chicago 2017), a été soignée il y a 4 ans par son praticien et suivie régulièrement. L'examen clinique révèle un sourire de classe 2 (Liebart et al, 2004) et des récessions RT2 (Cairo et al, 2011) dans les 4 secteurs avec certaines dents présentant des lésions cervicales de type B- (Pini-Prato et al, 2010).

Après l'obtention d'un score de plaque inférieur à 20%, la ligne maximale de recouvrement a été calculée pour positionner les restaurations composites, compte tenu de la disparition de la jonction amélo-cémentaire. Afin de préserver la vascularisation, des techniques de greffes de conjonctif sans sections des papilles ont été choisies : tunnelisation au maxillaire et Bruno modifié à la mandibule.

Après 9 à 12 mois, un recouvrement complet jusqu'à la ligne maximale de recouvrement a été obtenu dans les 4 secteurs. Les sensibilités ont disparu et l'esthétique restaurée (Score Esthétique de Recouvrement entre 8 et 10, Cairo 2009).

Préserver la vascularisation des papilles en présence de RT2 est essentiel pour éviter leur effondrement. Le choix des deux techniques présentées permet d'atteindre cet objectif. La tunnelisation est une technique exigeante, présentant des résultats prédictibles au maxillaire (Aroca et al, 2018). Toutefois, à la mandibule, sa mise en œuvre s'avère plus difficile, privilégiant le choix de la technique de Bruno modifiée sans section des papilles.

En présence de lésion cervicales non carieuse B-, il est primordial de calculer la ligne maximale de recouvrement pour positionner les restaurations composites en pré-opératoire. Ainsi, la chirurgie plastique parodontale minimalement invasive nous a permis de retrouver une esthétique satisfaisante tout en supprimant la gêne liée aux sensibilités.

Traitement de récessions gingivales symétriques mandibulaires par deux techniques chirurgicales

A. SABATIER, M. FREMONT, A. ANTEZACK, V. MONNET-CORTI (Marseille)

Traitement de récessions gingivales symétriques mandibulaires par deux techniques chirurgicales. Monsieur A., 33 ans se présente pour une prise en charge parodontale pré-orthodontique. L'examen clinique montre à la mandibule un parodonte fin et festonné et de nombreuses récessions gingivales de type RT2 [Cairo et al., 2011]. Apicalement aux récessions de 42 et 43, deux précédentes greffes (2015) ont laissé des cicatrices. Les jonctions email-cément sont identifiables sans présence d'usure cervicale (Classe A- selon Pini Prato et al, 2010) à l'exception de 33.

Après étude des différents paramètres, il est décidé de traiter les récessions du secteur 4 par une greffe épithélio-conjonctive et celles du secteur 3 par un lambeau tracté coronairement selon la technique de rotations papillaires [Zucchelli et De Sanctis, 2000] associée à une greffe de conjonctif enfoui.

A 12 mois, au niveau du secteur 4, on observe une réduction de la hauteur des récessions associée à une augmentation en hauteur du tissu kératinisé et un RES de 3 [Cairo et al, 2009].

A 6 mois, au niveau du secteur 3, on note un recouvrement complet des deux récessions et un RES de 9.

En présence de récessions en miroir (ou symétriques) sur la même arcade, le choix peut se porter

sur des techniques très différentes en fonction des objectifs thérapeutiques. La technique de rotation papillaire permet ainsi de recouvrir les récessions gingivales avec un pourcentage de recouvrement complet élevé et des résultats esthétiques. La greffe épithélio-conjonctive permet d'éliminer les cicatrices, de modifier le phénotype et de recouvrir partiellement les récessions. La technique de rotation papillaire est une technique prédictible donnant de bons résultats de recouvrement, même à la mandibule. Toutefois, en présence d'un tissu cicatriciel et/ou en l'absence de tissu kératinisé, la greffe épithélio-conjonctive reste toujours d'actualité.

Apport de la CFAO en prothèse maxillo faciale : à propos de cas cliniques

A. ELQARFAOUI, S. SABIR, N. MERZOUK, O. BENTAHAR (Rabat, Maroc)

La prothèse maxillo-faciale (PMF) est une discipline millénaire permettant la réhabilitation d'une perte de substance au niveau de la face.

Ces pertes de substances peuvent avoir quatre étiologies principales : tumorale, traumatologique, congénitale et infectieuse. Le traitement, chirurgical et/chimioradiothérapeutique, qui s'ensuit, présente une mutilation tissulaire importante. (Bride cicatricielle, limitation d'ouverture buccale, diminution de la mobilité...) rendant la prise d'empreinte et la réhabilitation prothétique oppressante pour le patient.

La PMF rassemble 2 volets principaux :Le volet endo-oral dans lequel on retrouve les prothèses obturatrices utilisées pour combler des pertes de substance maxillaires et mandibulaires.

Le volet extra-oral permettant de combler des pertes de substances multi-tissulaires incluant le revêtement cutané

A travers des cas cliniques, Ce travail va mettre en exergue les procédés de la CFAO dans le cadre d'une prothèse maxillo-faciale.

Dans ce travail, nous décrivons les possibilités offertes par ces techniques CFAO, leurs utilisations en prothèse maxillo-faciale, les évolutions récentes et leurs avantages par rapport aux techniques traditionnelles.

Ainsi La réhabilitation prothétique maxillo-faciale permet une amélioration considérable de la qualité de vie des patients.

De nos jours, l'association des méthodes prothétiques conventionnelles aux technologies actuelles de la CFAO garantit un résultat avantageux en termes de temps, de qualité et du confort du patient tout en tirant profit des avancées techniques en matière des empreintes numériques, des logiciels de conception et du prototypage rapide.

La CFAO, comprend trois étapes : La prise d'empreinte numérique, La CAO et la FAO

Ces différentes phases des procédés CFAO ont bénéficié des avancées en termes de précision, de gain de temps et de confort des patients.

Le nouveau concept CFAO permet désormais de combiner les avantages de la méthode traditionnelle en PMF et le potentiel du prototypage rapide pour valoriser le temps et la qualité. Il apporte des résultats précis, rapides et reproductibles.

Recouvrement radiculaire : peut-on comparer des photographies non standardisées ?

S. LE ROCH, S. KERNER, P. BOUCHARD (Paris)

1) Voir dans quelle mesure des photographies non standardisées sont comparables.

2) Tester la précision du système ImageJ dans le calcul du pourcentage de recouvrement radiculaire.

Un modèle dentaire type Frasco présentant une récession sur la dent 21 a été photographié suivant une angulation mésiale, distale, apicale et occlusale allant de 0 à 35°. Ces vues ont été analysées à l'aide du logiciel ImageJ afin d'en déduire un modèle mathématique pour calculer la surface et la hauteur de la récession en fonction de l'angulation.

Toutefois l'angle entre la couronne et la racine de la dent Frasco peuvent être différents de la réalité clinique, c'est pourquoi 30 CBCT de patients différents ayant toutes leurs incisives,

canines et prémolaires maxillaires et mandibulaires (ntotal=300 dents) ont été analysés par deux évaluateurs indépendants afin de connaître le degré d'angulation moyen entre la couronne et la racine.

Les valeurs obtenues pour les pourcentages de recouvrement calculés à l'aide d'un modèle mathématique sont significativement corrélées à celles obtenues par imageJ ($p < 10^{-3}$). Radiographiquement, l'angle moyen entre la corde de la face vestibulaire et la surface radicaire est de $12.72^\circ \pm 2.74^\circ$.

Le modèle mathématique a permis de confirmer la juste mesure des surfaces de récessions analysées par ImageJ, qui est donc une technique fiable pour analyser le pourcentage de recouvrement radicaire en recherche clinique. Par ailleurs, si l'on souhaite obtenir des photographies avant/après comparables, il faut une déformation de la surface coronaire de 5%, soit une angulation de 18° , et une déformation maximale de l'image de la surface radicaire de 14% en fonction de la direction du déplacement.

Vendredi 14 juin
A partir de 19h30

DINER DE BIENFAISANCE

Les jardins du Pont Neuf
Quai de l'Horloge, 75001 Paris



Les Jardins du Pont Neuf

Les bénéfices de ce dîner iront à l'association



Cette association permet de valoriser et favoriser l'insertion professionnelle des artisans migrants et réfugiés en France.

SOUTENEZ LA FABRIQUE NOMADE :

Faites un don, Devenez bénévole, Recrutez un artisan, Participez aux ateliers ...
ou Inscrivez vous au dîner de bienfaisance !

Toutes les informations sur lafabriquenomade.com



Samedi 15 juin
9h00 - 12h30

Istvan URBAN (Budapest, Hongrie) Reconstruction des tissus durs et mous en Chirurgie Implantaire

Séance présidée par
Philippe BOUCHARD



Le Dr Urban a obtenu son diplôme de DMD et, par la suite, son diplôme de MD de l'École de médecine et de dentisterie de l'université Semmelweis (Budapest, Hongrie) en 1991 et 1996.

Il a suivi un cursus complet en chirurgie buccale à l'hôpital St. Istvan de Budapest, en Hongrie (1992-1996). Il a terminé son internat en parodontie à l'UCLA.

Après avoir obtenu son diplôme post-doctoral (1999-2000) en Implantologie à l'université de Loma Linda (Californie, USA), il a été nommé professeur adjoint l'année suivante. Dr Urban enseigne l'implantologie à l'université de Loma Linda. Il est licencié en Californie et a un cabinet privé à Budapest.

Dr Urban a obtenu son doctorat en Parodontologie en 2012 à l'université de Szeged (Hongrie). Il est actuellement professeur en parodontologie à l'université de Szeged.

Dr Urban est membre du conseil d'administration de la fondation d'ostéologie et a publié des articles scientifiques et des manuels sur la régénération osseuse et la chirurgie reconstructive des tissus mous autour des implants.

Récemment, le Dr Urban est devenu professeur agrégé clinicien adjoint au Département de parodontologie et de médecine buccodentaire de l'université du Michigan (USA).

Les augmentations verticales et horizontales représentent un des plus importants défis concernant la régénération osseuse en implantologie. Cela est essentiellement dû à la complexité des techniques chirurgicales et à leurs potentielles complications. La sélection du patient, sa préparation pour la chirurgie, le choix de la technique chirurgicale et la gestion post-opératoire sont des facteurs clés permettant de réduire le nombre de complications des greffes osseuses.

Afin d'obtenir de façon prévisible l'angiogénèse dans ces techniques d'augmentation de volume osseux, la stabilité du caillot et le maintien de l'espace doivent être privilégiés. La muqueuse buccale est souvent largement disséquée pour obtenir la fermeture primaire du site opératoire et assurer la stabilité du greffon, cependant cela entraîne souvent comme conséquences l'apicalisation de la ligne muco-gingivale, la perte du vestibule et du bandeau de muqueuse kératinisée (MK).

Samedi 15 juin
9h00 - 12h30

Séance Communications Recherche Clinique

Présidents de séance :

Maria Clotilde CARRA & Catherine BISSON

Augmentation du volume osseux par le Renfort Parodontal Minéralisé, dans le traitement et la prévention des récessions gingivales

T. DELBOVE, B. STRAUB, P. BRETON, P. BOULETREAU, J. THEVENON

(Lyon & Clermont-Ferrand)

Il est du devoir du chirurgien-dentiste de dépister les parodontes à risque et de les renforcer si nécessaire. De nouvelles techniques de chirurgie muco-gingivale ont vu le jour comme le renfort parodontal minéralisé (RPM) : elle consiste à réaliser, une corticotomie interdentaire avec apposition de biomatériau de substitution osseuse 100% résorbable à 6 mois dans le but de renforcer le biotype parodontal du patient.

L'objectif de cette étude rétrospective est d'évaluer l'effet du RPM à 6 mois ou plus sur l'augmentation en volume de l'os sur les sites d'interventions.

Les chirurgies étaient réalisées par un unique praticien spécialisé en Parodontologie. Les images CBCT de tous les patients ayant bénéficié de l'intervention dans le service de Chirurgie orale maxillo-faciale et parodontologie de l'hôpital Lyon Sud ont été comparées avant et à 6 mois minimum post-opératoire. Les mesures ont été réalisées en interdentaire à l'apex et à mi-hauteur de racine.

Les 27 interventions sur 25 patients étaient essentiellement réalisées en antérieur et mandibulaire, dans un contexte d'orthodontie chirurgicale. Le recul clinique le plus important était de 2,5 ans entre le jour de l'intervention et l'image 3D de contrôle étudié. Pour les mesures prises à mi-hauteur de racine, nous avons constaté une augmentation d'épaisseur d'os significative de 0.55mm ($p < 0,001$) en moyenne par intervention entre les canines mandibulaires.

L'indication principale serait donc la prévention des récessions avant traitement d'orthodontie. Il apparaît après étude des images 3D, que les sites avec le meilleur pronostic sont les sites antérieurs mandibulaires à 3 parois, à mi-hauteur de racine. De plus même sans améliorations osseuses quantitatives sous-jacente, le RPM semble permettre une amélioration visible du phénotype parodontal. D'autres études sont nécessaires pour prouver ce dernier point.

Influence des traitements parodontaux et implantaire sur l'état des tissus péri-implantaires à moyen et long terme : étude rétrospective de cohorte au Département de Parodontologie de Strasbourg

I. PAPALOU, P. VAGIA, A. BURGY, H. TENENBAUM, O. HUCK, J.L. DAVIDEAU (Strasbourg)

La prévalence des complications des traitements implantaires lors des suivis à moyen et long terme varie entre 50 à 95% selon les études. Les maladies parodontales sont des facteurs de risque majeurs des pathologies péri-implantaires. La réponse aux traitements parodontaux semble aussi influencer ces pathologies.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les relations entre l'état parodontal de patients traités et suivis pour des parodontites et l'état des tissus péri-implantaires à moyen et long terme.

Les patients traités et suivis au service de parodontologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, et dont les implants Straumann® ont été posés depuis plus de 3 ans ont été réexaminés

(Cohorte ClinicalTrials.gov ID : NCT03841656). Les données démographiques, parodontales et implantaire cliniques et radiographiques, initiales et finales, ont été recueillies et comparées. Différentes définitions des complications péri-implantaires ont été évaluées (Karoussis, COIR, 2004 ; Berglund, JCP 2018).

La cohorte comprend actuellement 73 patients avec 246 implants posés. Au niveau parodontal, 45% des patients présentaient initialement des parodontites sévères. Par patient, après un suivi parodontal moyen de 13 ans et implantaire de 10 ans, entre dents naturelles et implants les taux de plaque (29% versus 18%), les saignements au sondage (14% versus 24%), et les moyennes des profondeurs de poche (2,5mm versus 2,8mm) sont statistiquement différents. Les taux de péri-implantites par patient et par implant sont de 27% et 10% (Karoussis) et 18% et 8% (Berglund). Autour des implants, les taux de plaque, les saignements au sondage, les profondeurs de poches sont corrélées à ceux des dents naturelles. Les niveaux osseux péri-implantaires sont plus influencés par les caractéristiques des traitements implanto-prothétiques.

Les résultats de cette étude montrent que les conditions péri-implantaires superficielles sont principalement influencées par les conditions parodontales et confirmer la nécessité de maintenir un état parodontal le plus sain possible chez les patients en maintenance.

Recouvrement des récessions multiples en secteur postérieur par la technique du tunnel modifié tracté coronairement

R. MARTIN-CABEZAS, O. HUCK (Strasbourg)

Le recouvrement des récessions multiples en secteur postérieur représente un challenge pour le praticien. La morphologie des défauts, le type de dents, l'accessibilité, la morphologie osseuse interproximale et le contour mesio-distal sont à prendre en compte lors de la planification chirurgicale. A l'heure actuelle, peu de données sont disponibles concernant les facteurs influençant le recouvrement radiculaire en secteur postérieur par la technique du tunnel modifié tracté coronairement (MCAT).

L'objectif de cette étude est de déterminer le taux de recouvrement radiculaire obtenu par MCAT au niveau molaire et de déterminer les facteurs influençant le résultat chirurgical.

Une étude rétrospective portant sur des patients ayant présentés des récessions multiples (≥ 2) en secteur postérieur de classe RT1 et traités par MCAT a été effectuée. Le taux de recouvrement total, le pourcentage de recouvrement ainsi que le succès esthétique de l'intervention ont été évalué à 3 et 6 mois. Une analyse portant sur les facteurs (type de dent, récession initiale, ...) influençant a été réalisée par régression logistique.

34 récessions (11 interventions chirurgicales) localisées au niveau de secteurs postérieurs et incluant des prémolaires et molaires maxillaires et mandibulaires ont été analysées. La profondeur moyenne initiale des récessions était 2,67 mm et le traitement chirurgical a permis un recouvrement moyen de 76,8% et une amélioration du contour gingival. Au niveau des molaires, le recouvrement total à 3 et 6 mois a été de 59% et 56 %, respectivement. Ce recouvrement était significativement inférieur ($p < 0.05$) à celui obtenu sur les mono-radiculées (90% et 84 %).

La technique MCAT au niveau molaire permet une amélioration du contour gingival et un recouvrement radiculaire, cependant celui est inférieur aux dents mono-radiculées. La position de la dent ainsi que la sévérité de la récession influent sur le succès thérapeutique et doivent être considérées lors de l'établissement du pronostic.

Oral polymicrobial community and vulnerability of atherothrombotic plaques : A cross-sectional study in periodontitis patients

A. BRUN, A. NUZZO, B. PROUVOST, J.B. MICHEL, P. BOUCHARD, H. RANGÉ (Paris)

An increased risk of atherothrombotic vascular events has been reported in patients with periodontitis. Periodontitis is a multifactorial inflammatory disease of the tooth supporting apparatus associated with oral microbiota dysbiosis, and repeated translocation of microbiota into the bloodstream.

The aim of this study was to investigate the biological factors underlying the association of periodontitis and vulnerability of atherothrombotic plaques.

In this cross-sectional study, patients admitted for elective carotid endarterectomy (stenosis >50%) underwent a full-mouth preoperative periodontal examination including microbiological and blood sampling. Carotid-conditioned media were used to measure markers of intraplaque haemorrhage, neutrophil activation, cytokines and periodontal pathogens. Higher blood LDL cholesterol and intra-plaque haemorrhage were considered as severe signs of atherothrombosis. Severe periodontitis endpoints were Clinical Attachment Level (CAL) ≥ 5 mm and Periodontal Pocket Depth (PD) ≥ 6 mm. Correlation analyses used two-sided Spearman tests.

Forty-five patients (mean age 71 years, 71.1% men) with severe periodontitis were included. The genus *Streptococcus* was identified in 84% of the carotid samples, and bacterial genera associated with periodontitis (*Porphyromonas*, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Campylobacter*, *Capnocytophaga*) were detected in 21% of the carotid samples by microbial whole-genome sequencing. *Porphyromonas gingivalis* (Pg) was identified by immunostaining and nested PCR in 24.4% of carotid culprit plaques. Deep periodontal pockets were significantly associated with higher LDL cholesterol levels ($p < 0.001$). Periodontal attachment loss and serum anti-Pg IgA levels were inversely correlated with levels of interleukin 4, interleukin 5 and interferon- γ (all $p < 0.03$) in carotid-conditioned media. Lipopolysaccharides levels were correlated with Human Neutrophil Peptides 1-3 levels and high-volume of carotid intraplaque haemorrhage (all $p < 0.01$).

Our results suggest that periodontitis-associated microbiota may lead to increased atherothrombotic carotid culprit plaque vulnerability. In severe periodontitis patients, translocations of oral microbiota to carotid atherothrombotic plaques promote neutrophil response in intraplaque haemorrhages.

Cancer et parodontite : une étude longitudinale chez 35390 patients

L. DETZEN, Z. HAMDI, S. FESSI, S. HERCBERG, C. JULIA, P. BOUCHARD, V. ANDREEVA, M. TROUVIER, M.C. CARRA (Paris)

On estime à 14 millions le nombre de nouveaux cas de cancer dans le monde, dont 2,2 millions induits par l'inflammation. Dans certains types de cancers, des états inflammatoires sont présents avant qu'un changement malin ne se produise. La parodontite est une maladie inflammatoire dysbiotique qui entraîne la destruction du parodonte avec un impact négatif sur la santé systémique. Un faisceau de preuves associe les parodontites aux pathologies systémiques dont les maladies cardiovasculaires, les infections respiratoires, la pré-éclampsie ou encore le diabète. Plusieurs études épidémiologiques ont suggéré une association entre parodontite et risque de carcinogenèse dans différents tissus (la sphère orale, le système gastro-intestinal supérieur, le poumon et le pancréas).

Le but de notre étude est de mettre en lumière le lien entre parodontite et néoplasie dans la e-cohorte française NutriNet-Santé.

L'incidence et les courbes de survie de patients atteints de tout type de cancers ont été évaluées dans une e-cohorte « NutriNet-Santé » (<https://www.etude-nutrinet-sante.fr/>) sur une population de 35388 sujets divisée en 2 groupes en fonction de l'exposition au risque

parodontal. Le risque de parodontite a été évalué en calculant le score de dépistage parodontal (Periodontal Screening Score, PESS) à partir de 4 questions sélectionnées pondérées sur âge et statut tabagique. Un score ≥ 5 correspond à un risque élevé de parodontite sévère (highPESS) (Carra MC 2018). Des analyses de régression linéaire multiple et le modèle de régression de Cox ont été réalisés pour contrôler les facteurs confondants.

Parmi les 35388 sujets, âgés de 49.04 ± 13.94 ans, 7263 (20.5%) présentaient un risque élevé d'avoir une parodontite sévère (HighPESS) et 28127 (79.5%) présentaient un risque faible (LowPESS). Dans cette cohorte la prévalence de cancers est de 2396 cas, tandis que l'incidence est de 745 cas sur un suivi moyen de 67.77 mois. Les analyses de survie sans cancer (Cancer-free survival) ne montre pas de différences entre le groupe HighPESS et le groupe LowPESS ($p=0.606$) après ajustement. Cependant, 37 décès sont survenus dans la cohorte dus au cancer. Les sujets avec HighPESS ayant un cancer ont 2.19 (1.06-4.4) fois plus de risque de mourir plus rapidement de leur cancer par rapport au groupe LowPESS ($p=0.033$) après avoir contrôlé les facteurs confondants. Les patients cancéreux ayant un risque élevé d'avoir une parodontite sévère ont une survie altérée par rapport aux patients ayant un risque plus faible de parodontite.

Association entre la nutrition, le risque de parodontite et la qualité de vie

L. JAUMET, A. BOILLOT, S. HERCBERG, C. JULIA, S. CZERNICHOW, V. ANDREEVA, P. BOUCHARD, M.C. CARRA (Paris)

La parodontite est une maladie inflammatoire des tissus de soutien de la dent due à une dysbiose de la cavité orale pouvant entraîner une perte des dents. De récentes études ont démontré l'impact de la maladie parodontale sur la qualité de vie orale. Les habitudes alimentaires pourraient aussi influencer le développement et la gravité de la parodontite ainsi qu'avoir un impact sur la qualité de vie liée à la santé orale.

Cette étude a pour but d'évaluer l'association entre une mauvaise nutrition, le risque de parodontite sévère, et le niveau de qualité de vie liée à la santé orale.

L'étude inclut 32714 sujets provenant de l'e-cohorte de NutriNet-Santé. Tous les sujets inclus ont complété un questionnaire sur la santé orale entre 2011 et 2012, comprenant les 14 questions sur 7 domaines fonctionnelles différents du questionnaire OralHealthImpactProfile-14 (OHIP 14). Le risque de parodontite sévère a été évalué en calculant le Score de Dépistage Parodontale (Periodontal Screening Score PESS) basé sur 4 questions + âge + tabac, avec l'obtention d'un score qui lorsqu'il est ≥ 5 indique un risque élevé de parodontite sévère. L'adhérence aux recommandations nutritionnelles a été évaluée en calculant le score PNNS (Programme National Nutrition Santé) à partir de questionnaires semi-quantitatifs et des enquêtes alimentaires de 24h. Des analyses transversales ont été réalisées à l'aide de modèles de régression multivariés.

La population d'étude avait un âge moyen de $47,05 \pm 15,24$ et était composée principalement de femmes (75,6%). Au total, 6407 (19,58%) sujets avaient un risque élevé de parodontite sévère (PESS score ≥ 5). Après ajustement sur les facteurs de confusion, le score OHIP-14 était significativement plus élevé chez les sujets ayant un risque élevé de parodontite sévère, en indiquant une plus mauvaise qualité de vie. Un effet synergique était observé entre les scores PNNS et PESS : Une mauvaise nutrition (PNNS faible) augmentait significativement le risque d'avoir un ressenti de mauvaise qualité de vie (OR 1.27; IC à 95% : 1,09-1,47; $p < 0.0008$) en absence de risque de parodontite. Une parodontite sévère (PESS élevé) augmentait significativement le risque d'une mauvaise qualité de vie (OR 4.25; IC à 95% : 3,61-4,91; $p < 0.0001$). Lorsque les deux conditions étaient regroupées il y avait un effet synergique quant au ressenti de mauvaise qualité de vie (OR 5.31; IC à 95% : 4.56-6,18; $p < 0.0001$).

Ces résultats préliminaires témoignent d'un lien entre la nutrition, le risque de parodontite sévère et la qualité de vie liée à la santé orale.

Samedi 15 juin
9h00 - 12h30

Séance Communications Affichées Recherche & Clinique

Présidents de séance :
Bechara HALABI & Christelle DARNAUD

POSTERS RECHERCHE

Relation entre état parodontal et insuffisance rénale chronique à Antananarivo Madagascar
S. RAKOTO-ALSON, E.S. RANDRIANAZARY, F.J. RASOARISEHENO, R.A. RAJAONSON, J.L. DAVIDEAU, H. TENENBAUM (Mahajanga, Madagascar & Strasbourg)

Utilisation du L-PRF dans le traitement des récessions tissulaires marginales
J. PETIT, M. DUBAR, F. BOSCHIN, K. AGOSSA (Lille)

Pratique fondée sur la preuve chez les étudiants de deuxième cycle en odontologie : validation de la version française du questionnaire KACE
M. DUBAR, S. KADIATOU, A. BLAIZOT, C. CATTEAU, C. PINCON, K. AGOSSA (Lille)

Approches diagnostiques et thérapeutiques de l'halitose : étude comparative entre dentistes français et libanais
L. HARMOUCHE, O. HUCK, J.L. DAVIDEAU (Strasbourg)

Développement et intérêt d'un implant in-situ chargé en chlorhexidine et ibuprofène dans la régénération parodontale
F. BATOOL, K. AGOSSA, M. LIZAMBARD, C. PETIT, I.M. BUGUENO, E. DELCOURT, N. BENKIRANE-JESSEL, H. TENENBAUM, J. SIEPMANN, F. SIEPMANN, O. HUCK (Strasbourg & Lille)

Fiche d'évaluation de la compétence pour les étudiants en chirurgie parodontale
M. FREMONT, A. SABATIER, A. ANTEZACK, V. MONNET-CORTI (Marseille)

Les maladies parodontales peuvent-elles être considérées comme un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer ?
R. BROCHAND, M.L. COLOMBIER (Paris)

Régime alimentaire et le risque de parodontite : résultats préliminaires de l'E-cohort NutriNet –Santé
L. DETZEN, M.C. CARRA, Z. HAMDI, S. FESSI, S. HERCBERG, C. JULIA, P. BOUCHARD, V. ANDREEVA (Paris)

La transmission intrafamiliale du Porphyromonas gingivalis. Revue systématique et métaanalyse
M. BENNANI, H. RANGÉ, V. MEURIC, F. MORA, P. BOUCHARD, M.C. CARRA (Paris)

POSTERS CLINIQUE

La temporisation en implantologie

M. FAURE-BRAC, A. BRINCAT, S. MELLOUL, V. MONNET-CORTI, A. ANTÉZACK, E. ESKENAZI-SOLAL, C. SADOWSKI, P. LECLERCO, C. MANSUY (Marseille)

Approche pluridisciplinaire dans la réhabilitation du sourire

W. NASRI, N. NAIJA, M. M'BAREK, T. M'HAMDI, R. M'BAREK (Monsatir, Tunisie)

La dépigmentation gingivale à fins esthétiques

M. M'BAREK, W. NASRI, T. MHAMDI (Monsatir, Tunisie)

Efficacité et toxicité de la cigarette électronique

A. AUDIFFREN, M. GOSSET (Paris)

Lambeau déplacé Coronairement : avec ou sans conjonctif ? À propos d'un cas clinique

J.G. SABOT, H. LUGARI, C. MARTIN, V. MONNET-CORTI (Marseille)

Optimiser l'esthétique de prothèses fixées dento-portées antérieures grâce à la greffe conjonctive sur site édenté : série de cas

T. ROBERT, M. MOREL, R. DEGAEY, P. BOITELLE, J. VANDOMME, P. BÉHIN, K. AGOSSA (Lille)

Technique du tunnel fermé latéralement : revue de la littérature et identification des facteurs pronostiques à partir d'une série de cas

G. JOLIVET, C. PETIT, O. HUCK (Strasbourg)

Dermatoses auto-immunes : Manifestations gingivales et évaluation des traitements médicamenteux

G.S. MOBIO, N.T. KOFFI-COULIBALY, A. AHNOUX-KOUADIO, A.D. POCKPA, D. KONÉ (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Gérer la perte dentaire en secteur esthétique pendant le traitement parodontal grâce au bridge collé immédiat en attelle fibrée Ribbond®

E. BITTAR, C. LAUGA, J. LEROY, R. DEHAINE, M. DUBAR, K. AGOSSA (Lille)

Accroissement gingival réactionnel localisé : du diagnostic à la prise en charge

S. AIT-OU-AMAR, S. ASSIMI, O.K. ENNIBI, Z. ISMAILI (Rabat, Maroc)

Tout au long
du congrès

Exposition de posters Recherche et Clinique

POSTERS RECHERCHE

La maladie parodontale facteur de risque potentiel de la prééclampsie : une étude cas témoin

H. JEGHAM, R. MASMOUDI, S. NAHDI, B. KHATTECH (Tunis, Tunisie)

Efficacité de PerioTabs dans le développement de la gingivite, parodontite, péri-mucosite et la peri-implantite : résultats cliniques

B. DE WEVER, A. MASCOLO, A. SAKLY, I. HADDED (Vaduz, Liechtenstein & Malte)

Intérêt de la préservation osseuse alvéolaire post extractionnelle dans le secteur postérieur maxillaire

C. KOREN, P. SOLÉ, C. FERRIER (Montpellier)

Apport raisonné de la micronutrition dans la stratégie thérapeutique parodontale

F. BOUKHOBZA, Y. COHEN LORO (Paris)

Des interactions microbiennes à l'aromathérapie: des parades aux stratégies bactériennes. Données actuelles

Y. COHEN LORO, F. BOUKHOBZA (Paris)

Prévalence des parodontites agressives dans une population d'adolescents à Abidjan, Côte d'Ivoire

A. KOUADIO ((Abidjan, Côte d'Ivoire)

Utilisation du L-PRF seul ou associé aux substituts osseux dans le traitement des lésions infra-osseuses

J. PETIT, F. BOSCHIN, O. LECLERCO, E. DELCOURT-DEBRUYNE, G. NAFASH (Lille)

Caractéristiques cliniques et indicateurs de risque de perte de dents chez des sujets adultes en Côte d'Ivoire

N.T. COULIBALY, G.S. MOBIO, Z.A.D. POCKPA, A. AHNOUX-KOUADIO, A. KAMAGATÉ, D. KONÉ (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Association entre dysfonction érectile et parodontite chronique : revue systématique

A. DIARRA, A.M. DIALLO (Ouagadougou, Burkina Faso & Dakar, Sénégal)

Les temps d'implantation post-extractionnels : De la réflexion histologique à la réalisation prothétique

S. ASSIMI, O.K. ENNBI, M. RHISSASSI (Rabat, Maroc)

Une légère pénétration d'implant(s) dans la cavité sinusienne est-elle tolérable ?

T. ZITOUN (Montpellier)

Association entre les maladies parodontales et les parasites Entamoeba gingivalis et Trichomonas tenax

S. AIT-OU-AMAR, N. KHALFI, S. ERRAJI, M. BOUCHRIK, O.K. ENNIBI (Rabat, Maroc)

Grossesse et suivi bucco-dentaire prénatal : connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes du district d'Abidjan

N.T. COULIBALY, Z.A.D. POCKPA, V.D. LOBOGNON, D. KONÉ, S. BONI, A. SOUEIDAN (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Association entre Maladies parodontales et Accouchements prématurés : résultats d'une étude cohorte de femmes enceintes en Côte d'Ivoire

Z.A.D. POCKPA, N.T. KOFFI-COULIBALY, G.S. MOBIO, V.D. LOBOGNON, X. STRUILLOU, A. SOUEIDAN (Abidjan, Côte d'Ivoire & Nantes)

POSTERS CLINIQUE

Reconstruire le secteur antérieur, un réel challenge multidisciplinaire

R. MASMOUDI, H. JEGHAM, F. ABDELMALEK, B. KHATTECH (Tunis, Tunisie)

Gestion per-opératoire de l'exposition des spires implantaires : Prise de décision

W. AOUINI, N. KAÂBI, Z. BEN GUIZA, R. M'BAREK (Monastir, Tunisie)

Traitement d'une parodontite stade 4 grade C (ex-agressive) associée à une résorption cervicale externe

A. BRINCAT, C. DUMAS, G. CELTON, C. RUVIRA, V. MONNET-CORTI (Marseille)

Le Traitement chirurgical de la poche parodontale

O. HALOUANI, S. BEN ABDALLAH (Tunis & Monastir, Tunisie)

Reconstruction osseuse de site d'incisives latérales maxillaires pour une intégration esthétique de la prothèse implantoportée

N. KAABI, Z. BEN GUIZA, R. M'BAREK (Monastir, Tunisie)

Prise en charge multidisciplinaire d'une migration secondaire associée à une lésion infra-osseuse dans le secteur antérieur maxillaire

R. CLOUET (Nantes)

Erythème polymorphe buccal traité efficacement à l'Aciclovir

A. KADDOUR, R. BENDIFALLAH, Z. BOUDAUD (Alger, Algérie)

Ankyloglossie : série de cas

K. HAMEG, I. SADOUKI, M. SERBIS, M. MEDDAD, O. CHEHRIT (Alger, Algérie)

L'accroissement gingival : démarche diagnostique et approche thérapeutique

MHAMDI, A. BOUSLAMA, N. NAIJA, W. NASRI, R. M'BAREK (Monastir, Tunisie)

Zona facial avec nécrose osseuse et exfoliation dentaire

H. MOUHOUN, Y. MEZGHICHE, Z. BOUDAUD, R. LATAFI, B. SAARI

(Sidi M'Hamed, Algérie)

Réhabilitation prothétique implanto-portée chez un édenté total: Système all on four et mise en charge immédiate

A. DEBIBI, G. BOUSLAMA, H. ZIDANI, H. BOUKHRIS, K. SOUID, S. BEN YOUSSEF, A. BOUGHZALA (Tunis, Tunisie)

L'hyperplasie gingivale : gestion d'un cas clinique

S. SALOUI, B. ELHOUARI, J. KISSA (Casablanca, Maroc)

Manifestations bucco-dentaires d'un syndrome de Fanconi-Bickel, à propos d'un cas clinique

P. ESPARBÈS (Nantes)

La greffe de conjonctif enfoui autour des dents et des implants

IZ. ZAGUIA, S. BEN ABDALLAH, F. KHANFIR, A. RMIDA, MS. KHALFI, F. BEN AMOR (Tunisie)

L'aménagement tissulaire péri-implantaire par la greffe conjonctive : à propos d'un cas

A. RAFII, K. AMINE, J. KISSA (Casablanca, Maroc)

La greffe du conjonctif enfoui dans le recouvrement des récessions

A. BOUSLAMA, T. MHAMDI, M. M'BAREK, W. NASRI, R. M'BAREK (Monastir, Tunisie)

Traitement des lésions infra-osseuses parodontales

J. TICHIT (Toulouse)

Traitement des récessions unitaires par le lambeau trapézoïdal déplacé coronairement associé à une greffe conjonctive. A propos d'un cas.

W. SISMAIL (Alger, Algérie)

Plasmocytome solitaire du maxillaire. A propos d'un cas

F. HADJERSI (Alger, Algérie)

Samedi 15 juin
12h30 - 14h00

PAUSE DÉJEUNER DANS L'EXPOSITION

Retrouvez le plan de l'exposition et la présentation des exposants pages 48 à 55.

Samedi 15 juin
13h00 - 14h00

REMISE DES PRIX SÉANCES COMMUNICATIONS

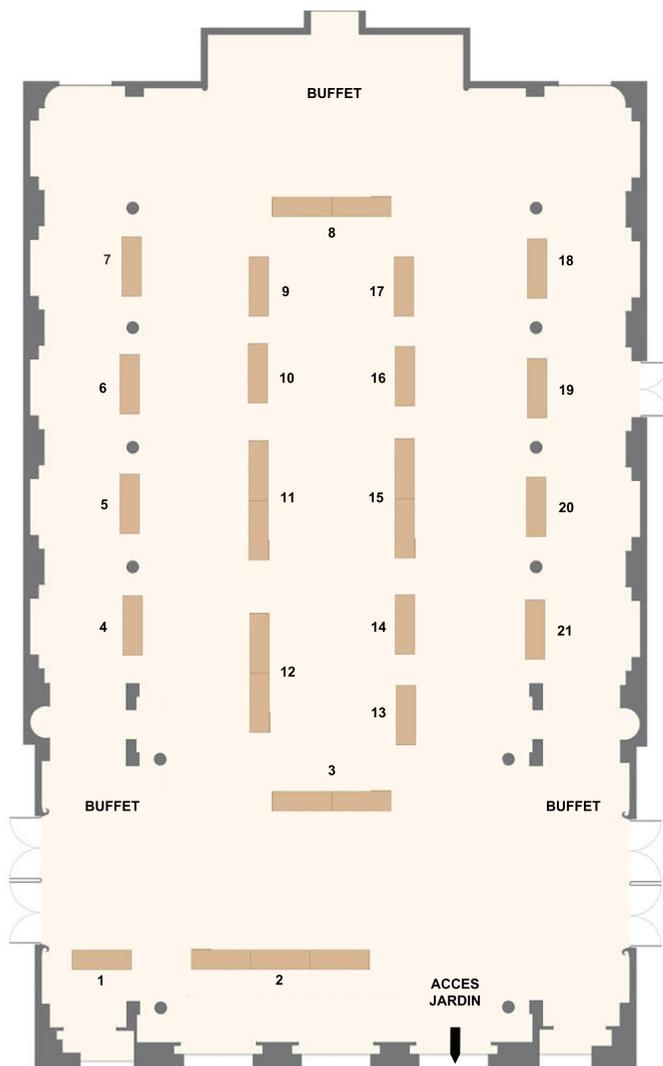
Grâce au soutien de nos partenaires et exposants :



LE PLAN DE L'EXPOSITION

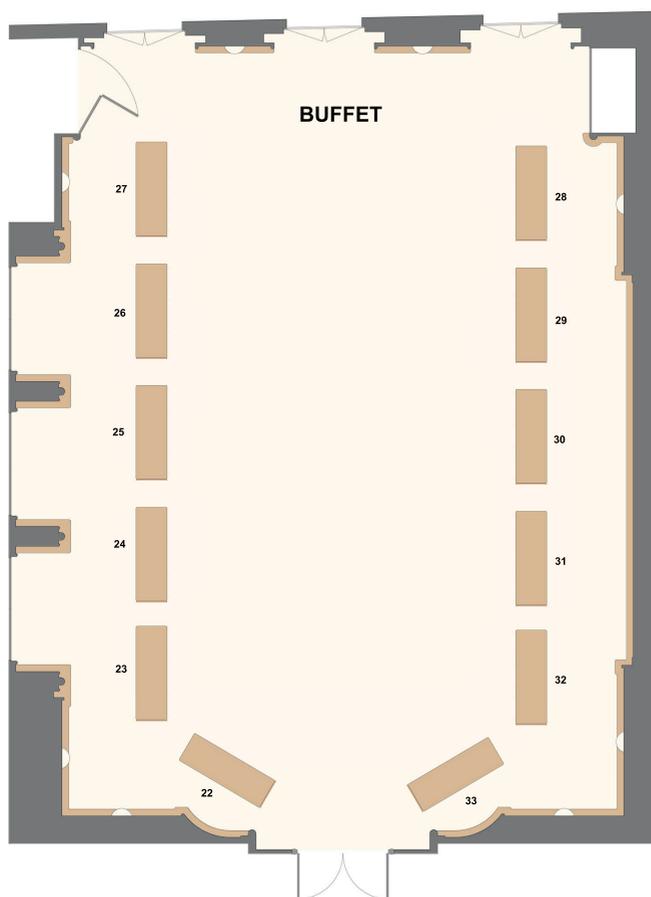
Salle 8

- 1 · Geistlich
- 2 · Colgate
- 3 · Oral-B
- 4 · Acteon
- 5 · Advdent
- 6 · Align Technology
- 7 · TePe France SAS
- 8 · Sunstar
- 9 · Thommen Medical
- 10 · Delynov
- 11 · Philips
- 12 · Sweden&Martina
- 13 · Curaden
- 14 · Distribution Directe Dentaire
- 15 · Editions CdP
- 16 · Hu Friedy
- 17 · Z System
- 18 · Straumann
- 19 · Lyra
- 20 · Loser
- 21 · GSK



LE PLAN DE L'EXPOSITION

Salle 101/103



- 22 · Information Dentaire
- 23 · Vet Zeiss
- 24 · Crinex
- 25 · Mectron
- 26 · Zimmer Biomet
- 27 · Pierre Fabre Oral Care
- 28 · EMS
- 29 · Orascoptic
- 30 · Neohm
- 31 · Panthera Dental
- 32 · Wam
- 33 · Quintessence

LES EXPOSANTS

Acteon
Adv Dent
Align Technology
Editions CdP
Colgate
Crixex
Curaden
Delynov
Distribution Directe Dentaire
EMS
Geistlich
GSK
Hu Friedy
Information Dentaire
Loser
Lyra
Mectron
Neohm
Oral-B
Orasoptic
Panthera Dental
Philips
Pierre Fabre Oral Care
Quintessence
Straumann
Sunstar
Sweden&Martina
TePe France SAS
Thommen Medical
Vet Zeiss
Wam
Z System
Zimmer Biomet

 Le groupe ACTEON® crée et développe des dispositifs médicaux de haute technologie qui permettent aux dentistes et chirurgiens de mettre en œuvre des protocoles opératoires moins invasifs, plus sûrs, plus rapides et moins traumatisants pour leurs patients. ACTEON® se concentre sur deux technologies à haute valeur ajoutée relevant de plusieurs domaines scientifiques et est le pionnier mondial de ces technologies :

- Les ultrasons à haute fréquence, irremplaçables dans les traitements dentaires et spécialement développés pour la chirurgie osseuse de haute précision.
- L'imagerie médicale numérique, qui fournit une vue 3D des zones opératoires au cours d'une micro-chirurgie dentaire ou d'une endoscopie médicale.



La société ADV Dent doit sa réussite aux valeurs qui lui sont chères : service, optimisation, réactivité, adaptation, intégrité, innovation, loyauté. Nous favorisons l'autonomie et la prise d'initiative de ses collaborateurs. Nous attachons beaucoup d'importance à la loyauté vis-à-vis de nos clients, de nos fournisseurs, de nos collaborateurs et de notre management. Nous offrons des solutions conçues et fabriquées en Allemagne pour garder les dentistes et leurs patients souriant à travers le monde : coopération, personnalisation et professionnalisme.
www.advdent.fr

 Align Technology is a global medical device company that is changing lives through better smiles. We reimagine and reinvent the way orthodontic and restorative treatment is presented and delivered to millions of people around the world. We believe a better smile has the power to create a better future, so we create digital technology and experiences to help people move forward in life.
www.aligntech.com



Éditions CdP est une structure mixte, qui publie 4 revues scientifiques et leurs archives et 3 collections d'ouvrages à destination des chirurgiens-dentistes. Ancrée dans l'actualité grâce à ses revues, à vocation pluridisciplinaire : implantologie, omnipratique, prothèse et parodontologie, les Éditions CdP sont résolument tournées vers l'accompagnement du chirurgien-dentiste dans sa pratique quotidienne comme dans sa formation tout au long de sa carrière. Le choix rigoureux des auteurs des revues et des ouvrages, universitaires et/ou praticiens reconnus, donne à ces publications la reconnaissance pleine et entière de la profession. Les Éditions CdP sont un département de l'éditeur scientifique Initiatives Santé.



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®, meridl® 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.



Les laboratoires Crinex entreprise française, familiale et entièrement indépendante, développent leur savoir-faire principalement dans le domaine de la Pédiatrie et dans l'hygiène bucco-dentaire à travers une gamme propre sous la marque CRINEX PHB, puis depuis 2018, avec la distribution pour la France de l'ensemble de la gamme des produits Dentaïd, leader du marché de l'hygiène bucco-dentaire en Espagne avec les marques INTERPROX pour les brossettes, Vitis pour les brosses à dents et Halita pour traiter et prévenir l'halitose.

Si vous souhaitez des renseignements vous pouvez nous contacter : 01.42.53.07.77 ou dentaire@crinex.fr
Laboratoires Crinex, 3 rue de Gentilly, 92120 Montrouge



La société Curaden AG est une pionnière et une experte de l'hygiène bucco-dentaire et de la prophylaxie dentaire individuelle.

Sous la marque CURAPROX, nous développons des instruments en collaboration avec des professionnels dentaires des domaines de l'enseignement, de la recherche et de la pratique dans un seul but : garder les dents en bonne santé pour toute la vie.

Curaden AG est une entreprise familiale suisse dont le siège est situé à Kriens près de Lucerne. Tous les produits CURAPROX ont été inventés et développés en Suisse. Et cela depuis 1972



Nous sommes là pour vous faire connaître les meilleures innovations technologiques dans le domaine de la chirurgie !

Nous passons 100 % de notre temps à chercher, développer et vous faire connaître des solutions qui peuvent vous faire gagner quelques minutes et surtout vous amener une sérénité au quotidien ! Depuis 2013, nous réalisons un tour d'Europe de tous les meilleurs fabricants dans le domaine de la chirurgie, pour vous apporter une expertise très large sur l'équipement, les sets de chirurgies avancées, la suture et l'équipement de bloc.

Notre société a pour but de vous faire connaître toutes les innovations technologiques liées à la chirurgie dentaire, orale, maxillo-faciale et à la stomatologie sans oublier la parodontologie.



Site de vente en ligne réservé aux professionnels du dentaire, nous commercialisons des produits de diverses fabricants dont les loupes Zeiss et Swarovski OPTIK

starMed

www.distributiondirectedentaire.com



Le biofilm est la principale cause d'apparition des caries, des maladies parodontales et implantaire. Avec des méthodes scientifiquement prouvées et des produits révolutionnaires, la société EMS est devenue un expert en prophylaxie. Aujourd'hui, elle propose un protocole de prévention sûr, efficace et atraumatique pour les surfaces dentaires, les tissus mous et les implants : la Guided Biofilm Therapy.



Geistlich Pharma France est la filiale française de Geistlich Pharma AG, leader mondial de la Régénération Tissulaire.

Ce choix d'une implantation française s'inscrit dans la logique d'un véritable partenariat et d'une relation de confiance pérennes avec les praticiens. Fort de son expertise en Parodontologie et en Implantologie, Geistlich Pharma France s'appuie sur la double compétence de son équipe de délégués et de son service clients, privilégiant l'écoute, le dialogue, le conseil et la disponibilité.



GlaxoSmithKline
GlaxoSmithKline Santé Grand Public

Le laboratoire GSK est un acteur majeur de la santé bucco-dentaire en France, avec les marques SENSODYNE, PARODONTAX et POLIDENT.

Notre objectif est de répondre aux besoins de santé du quotidien de nos consommateurs en créant des marques préférées des consommateurs et recommandées par les experts.

Pour cela, nous nous concentrons sur l'innovation afin de développer des marques internationales fortes, Nous construisons des relations de qualités avec nos clients, avec les professionnels de santé ainsi qu'avec nos consommateurs.



How the best perform

Depuis 1908, Hu-Friedy met dans les mains des professionnels de l'art dentaire du monde entier des produits des plus innovants et de la plus haute qualité qui soient. Aujourd'hui leader mondial de l'instrumentation dentaire, notre société a pour objectif de produire des instruments dentaires permettant le progrès des résultats cliniques et d'offrir à la communauté dentaire un service et des formations de classe mondiale. Nous nous engageons ainsi à vous aider à obtenir les meilleurs résultats dans votre pratique professionnelle.

Basée à Chicago, Hu-friedy est détenue par la famille Saslow depuis 1958. Aujourd'hui, nous employons plus de 700 talents et, parmi eux, une force de vente qui couvre plus de 25 pays avec des bureaux internationaux et des bases logistiques à Milan, Francfort, Shanghai, Tokyo et Tuttingen.



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.



Loser & Co GmbH est l'un des principaux distributeurs de produits dentaires de haute qualité en Allemagne.

Depuis plus de vingt-cinq ans, la société basée à Leverkusen est un partenaire fiable et compétent qui offre des produits dentaires de grande qualité fabriqués par les leaders du marché comme Zirc, American Eagle Instruments, Essential Dental Systems, Pro-Safe, Panadent, etc.

Afin de pérenniser sa position de leader de la distribution, notre gamme de produits pour les dentistes, les cliniques et les laboratoires dentaires est constamment mise à jour et élargie, avec la devise «Toujours le meilleurs produits à votre service».



ENTREZ DANS L'ÈRE DU NUMÉRIQUE... et donnez une nouvelle dimension à votre activité professionnelle. Véritable pilote de

vos transitions numériques, LYRA coordonne chaque étape de votre transformation en plaçant l'humain au cœur des préoccupations. Parce que votre transition n'est pas que numérique, elle est d'abord humaine.

Networking et Lab Incubator sont les témoins de notre démarche totalement imprégnée de nouvelles pratiques digitales.

Ils se concrétisent par des outils (plateformes) de mise en relation avec des laboratoires certifiés dans leur expertise de la CFAO et avec des cabinets identifiés selon leurs spécialités pour encourager une approche plus collaborative de la profession permettant de développer de nouvelles compétences.

<https://www.lyra.dental/fr/>



Née à la fin des années 70 grâce aux idées révolutionnaires de deux ingénieurs, Mectron fait partie depuis de trente ans du

domaine dentaire. Dès la première heure, Mectron s'est complètement dédiée au développement et à la production d'appareils de haute technologie à usage odontologique.

Le moment crucial pour l'histoire de Mectron a été l'accès dans le secteur de la chirurgie orale, par la conception et la production de l'appareil Piezosurgery®.

En parlant du futur, Mectron continuera à poursuivre sa recherche technologique non pas seulement dans la dentisterie mais aussi dans le domaine médical.



Néohm est une société Française spécialisée depuis 2007 dans la préparation stérile de salles de chirurgie pour l'implantologie, nous

développons des kits personnalisés stériles regroupant habillement / drapage opératoire / accessoires & périphériques.

Egalement Néohm conçoit une large gamme de sutures (tressée et mono-filaments / résorbable et non-résorbable) destinées à tout type d'acte chirurgical (chirurgie implantaire / reconstructrice / greffes ...).

Notre modèle vendre par la pédagogie.



Oral-B est membre de la famille P&G.

Implanté en France depuis 1954, Procter & Gamble commercialise aujourd'hui de nombreuses marques de produits de grande consommation et des médicaments délivrés sans ordonnance.

La Société compte environ 2 000 salariés (septembre 2016). Ces emplois sont répartis entre le siège social d'Asnières sur Seine, la force de vente et les deux sites de production : Amiens et Blois. La Société dispose en outre d'un centre de distribution à Amiens.

<https://www.oralb.fr/fr>



As an industry leader, Orasoptic is constantly pushing the limits to provide doctors, dentists and other

healthcare professionals with the latest products that achieve superior visualization through enhanced ergonomics, improved magnification, and better illumination.

Our collection of surgical loupes, dental loupes, and hygiene loupes offer extraordinary visual clarity throughout the entire viewing field, while also providing excellent field width and depth. Paired with a surgical or dental headlight, one can pinpoint the operating area with the exact amount of light and magnification needed to achieve improved procedural outcomes.

www.orasoptic.com



PANTHERA DENTAL

Headquartered in Quebec City, Canada, Panthera Dental is a world leader in CAD/CAM implant solutions and dental sleep appliances.

The company is based on the values that are very dear to us, namely highly attentive customer care, quality products, as well as innovation, and on its collaboration with many key opinion leaders in the dentistry field.

Both a pioneer and a leader, Panthera Dental has successfully combined creativity, science and know-how to develop its proprietary innovative technology and is now able to offer next-generation products to the dental industry worldwide.

www.pantheradental.com

PHILIPS 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

Pierre Fabre Oral Care est la division Odontostomatologique des Laboratoires Pierre Fabre.

Créé par Monsieur Pierre Fabre, Pharmacien d'Officine à Castres, le Groupe est présent depuis plus de 50 ans sur un continuum d'activités allant des médicaments de prescriptions aux soins Dermo-Cosmétiques en passant par la santé grand public.

Détenu majoritairement par une Fondation reconnue d'utilité publique, le groupe Pierre Fabre s'attache à développer des solutions innovantes pour prendre soin de l'Homme dans sa globalité et sa diversité tout en puisant dans la nature et les plantes une perpétuelle source d'inspiration et en plaçant l'éthique pharmaceutique au cœur de ses actions.

Le Groupe Pierre Fabre a été fondé en 1961 et la date clé de l'arrivée du groupe en Odonto-stomatologie est 1968 avec la mise sur le marché du Bain de Bouche Eludril, dont le succès ne s'est jamais démenti depuis puisqu'il est toujours la référence du marché des Bains de Bouche Antiseptiques. Inava, Arthrodont, Elgydium, Elgydium Clinic sont venus ensuite compléter notre offre de solutions au service du praticien et de ses patients.

QUINTESSENCE 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

straumanngroup Unis pour une excellence mondiale dans le domaine dentaire.

Chaque vision a une histoire. La nôtre a débuté il y a plus de 60 ans. Depuis lors, nos innovations et nos réalisations sont devenues des événements marquants en dentisterie dans le monde entier. Straumann a débuté sous la forme d'un institut familial et a évolué pour devenir un holding public, qui réunit aujourd'hui plusieurs sociétés internationales présentes dans le monde entier. Dans le cadre du congrès SFPIO, nous aurons l'honneur de vous présenter deux marques du Groupe : Straumann & Neodent.

SUNSTAR

SUNSTAR est un groupe multinational japonais spécialisé dans les soins bucco-dentaires, dont le siège mondial est implanté en Suisse.

Avec ses marques GUM, PAROEX et GUIDOR, Sunstar France, sa filiale française, s'engage à proposer aux patients et aux professionnels, des gammes innovantes, apportant une solution à chaque indication bucco-dentaire. Sunstar France est un acteur majeur de l'hygiène bucco-dentaire, et le leader incontesté du segment interdentaire.

La mission du groupe : toujours contribuer à l'amélioration de la santé bucco-dentaire de tous, afin de favoriser le bien-être et une bonne santé générale.


sweden & martina
I M P L A N T O L O G Y

Our group, established in 1972, is currently an international leader in the design, production and distribution of products for the dental sector, especially implantology, an area in which it has achieved the world's highest growth rate.

The company, which is completely privately owned, still belongs to the Martina family.

Our mission : Concrete backing for dentists, with refined and technological solutions, obtained thanks to painstaking scientific study and ongoing research, distinguished by a high degree of flexibility and speedy intervention.

www.sweden-martina.com



TePe est une société suédoise privée fondée en 1965. Notre vision est de permettre à tous de conserver ses dents pour la vie. Notre objectif est de sensibiliser aux soins dentaires

préventifs, au nettoyage interdentaire et au lien entre la santé buccale et la santé générale. Grâce à nos produits et solutions fonctionnels de haute qualité, nous nous efforçons de rendre accessible à tous une bonne santé bucco-dentaire. Notre gamme complète de brossettes interdentaires, brosses à dents, cure-dents et brosses spéciales est utilisée quotidiennement par les consommateurs et les professionnels des soins dentaires dans 60 pays du monde entier.



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.



VET est le distributeur exclusif des microscopes opératoires dentaires Zeiss pour le marché français depuis 2004. Le groupe Zeiss développe des

solutions optiques destinées aux domaines médical, industriel, et de la recherche depuis 1846. La qualité de la mécanique et des optiques Carl Zeiss sont les références mondiales dans le monde de l'optique professionnelle. Les produits Zeiss sont aujourd'hui très présents sur le marché dentaire avec les loupes binoculaires, les microscopes de microbiologie et les microscopes opératoires.

2017 est une année d'innovation majeure avec le lancement d'un nouveau microscope opératoire dentaire, l'Extaro 300, le premier microscope opératoire qui détecte les caries, sépare les composites de la dentine et permet de travailler les matériaux composites en lumière naturelle blanche.

VET accompagne le praticien avec des formations adaptées sur l'enseignement des positions de travail pour une utilisation du microscope opératoire pour tous les actes dentaires.



Au-delà d'une qualité irréprochable, les produits de WAM existent pour faire toute la différence dans votre pratique quotidienne.

Notre secret ? Partir de VOS besoins pour trouver le produit qui résoudra vos problèmes.

Qui a dit que faire un CHARTING PARODONTAL devait être un acte fastidieux?

Prenez le temps de venir découvrir la solution FLORIDA PROBE, un logiciel fiable et ultra précis, connecté avec votre logiciel de gestion et doté d'une sonde autorégulée directement relié à votre ordinateur.

Laissez-vous surprendre...



Z-Systems est un fabricant 100% suisse, spécialisé depuis 2004

en implants en zircone. Leader mondial dans son secteur,

Z-Systems propose des solutions monobloc, cylindriques ou coniques, ainsi qu'en deux pièces.

La solidité exceptionnelle de ses produits est garantie par un processus de fabrication unique. L'ostéointégration est au niveau des meilleurs implants en titane, grâce à un traitement de surface au laser breveté.

La zircone de haute performance de Z-Systems est officiellement homologuée pour être retouchée en bouche et offre donc au praticien une grande flexibilité prothétique. Plus de 60'000 implants posés, avec un succès vérifié à long terme, en témoignent.



ZIMMER BIOMET Zimmer Biomet est un leader mondial dans le domaine de la santé

musculo-squelettique, fondé en 1927 ; son siège est situé à Warsaw, Indiana. Nous concevons, fabriquons et commercialisons des produits pour la chirurgie orthopédique reconstructive et la médecine du sport, des produits biologiques, des produits pour les extrémités et les traumatismes ; des technologies pour le cabinet ; des produits rachidiens, crânio-maxillo-faciaux et thoraciques ; des implants dentaires et des produits chirurgicaux. Nous travaillons avec des professionnels de santé partout dans le monde pour accélérer l'innovation. Nos produits et nos solutions aident à traiter des patients souffrant de maladies ou blessures touchant les os, les articulations ou les tissus mous de soutien. Avec les professionnels de santé, nous aidons des millions de personnes à mieux vivre. Nous sommes présents dans plus de 25 pays du monde et nous commercialisons nos produits dans plus de 100 pays. Pour plus d'informations, consulter le site www.zimmerbiometdental.com

LES EXPOSANTS DU CONGRÈS

LES PARTENAIRES 2019 DE LA SFPIO

Platinum



Gold



Classique



Junior



LES PARTENAIRES DU CONGRÈS

