

OBJECTIF PAR

DÉCEMBRE 2016 - N°42



Congrès SFPIO 2017
à Toulouse les 8, 9 et 10 juin

Congrès annuel - Toulouse

- Le programme
- Interview du président du congrès, Loïc Calvo

SFPIO :

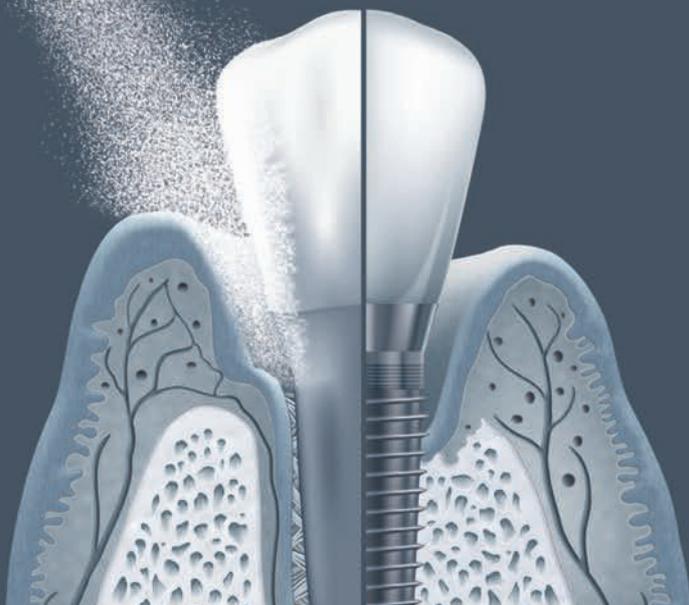
- Retour ADF 2016
- 2nd EFP Master Clinic à Malte les 3 et 4 Mars
- Séminaire Postgraduate de Paris Diderot à Chantilly
- Concours P Klewansky : Lauréats 2016 et thème 2017

Articles :

- Questions autour d'un article : Susan Taichman et Iwonka Eagle
- Articles lauréats du congrès de Lyon : Xavier BONDIL, Nicolas HENNER, Elodie LACALM, Valérie SCHOM, Alice PALLIER et Hassina OUNNACI

Partenaires :

- Nouveautés Partenaires



I AM VERSATILE*

AIR N GO

EASY



Ce dispositif médical est classé IIa selon la Directive Européenne applicable en vigueur. Il porte le marquage CE. Organisme notifié : LNE-GMED 0459. Ce dispositif médical pour soins dentaires est réservé aux personnels de santé; il n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. Ce matériel a été conçu et fabriqué selon un système d'assurance qualité certifié EN ISO 13485. Lire attentivement le manuel d'utilisation disponible sur www.satelec.com/documents. Fabricant : SATELEC (France). 1612SAOBJPAROPM041



Facilitez tous vos actes cliniques avec l'aéropolisseur tout-en-un

- Pièce à main convertible pour les traitements supra- et sous-gingivaux
- 4 buses AIR-N-GO® pour une élimination efficace des bactéries pathogènes
- Gamme complète de poudres offrant des solutions sur-mesure selon vos besoins cliniques
- Traitements doux et performants pour un confort patient amélioré

SOMMAIRE

OP : la revue des membres de la SFPIO	P. 5 à 6
L'édito de la Présidente.....	P. 7
Carnet rose	P. 8
Rendez-vous SFPIO des régions	P. 9
Programme des sociétés régionales 2017	P. 11 à 14
Cycles de formation continue 2017-2018.....	P. 15
Retour sur le congrès de l'ADF 2016	P. 17 à 21
EFP Perio Master Clinic 2017 - Malte les 3 et 4 mars	P. 22 à 24
Congrès SFPIO Toulouse 2017 - 8, 9 & 10 juin	P. 25
Interview de Loïc CLAVO, président du congrès Toulouse 2017	P. 27
Programme du congrès Toulouse 2017	P. 28 à 29
Retour sur le séminaire Postgraduate Paris Diderot 2016	P. 31 à 32
Lauréats concours Pierre Klewansky « L'art du sourire ».....	P. 33 à 35
Fiche ORAL B	p. 37 à 38
Présentations primées lors du congrès national de Lyon 2016.....	P. 39 à 59
Questions autour d'un article : Drs Susan Taichman et Iwonka Eagle.....	P. 61 à 63
Nouveautés des partenaires de la SFPIO	P. 65 à 70

**Directeur de la publication**

Virginie MONNET-CORTI

Rédacteur en chef :

Yves REINGEWIRTZ

Attachée de direction :

Caroline DENIAUD

Avec la collaboration de :

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

Editeur Société Française de Parodontologie

9, rue Boileau 44000 NANTES,

Tél. 02 40 08 06 63 - Fax 02 40 08 06 47

E-mail : sfparo@wanadoo.fr - <http://www.sfparo.org>

N° ISSN 11621532 - Conception et réalisation :

AFORTIORI - Tél. : 01 48 11 00 20



TOUS NOS
MEILLEURS VOEUX
POUR CETTE NOUVELLE ANNÉE

2017



EN 2017, OP CÉLÈBRE LA PAIX, LE PROGRÈS, ET BIEN SÛR, LA PARODONTOLOGIE



Yves Reingewirtz, rédacteur en chef

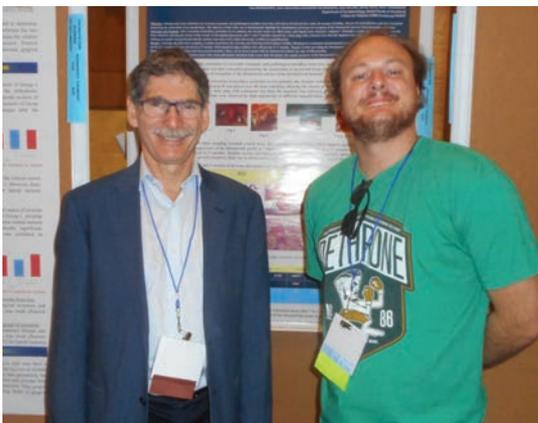
Chers collègues, chers amis,

2016 s'efface et 2017 lui succède, dans le froid mais l'espoir d'une année de paix et de progrès. De progrès, il en a été question durant toute cette fin d'année.

En premier lieu, avec la tenue à Jérusalem du **congrès de l'IADR** en septembre dernier : à l'occasion de ce rendez-vous annuel, la recherche dentaire a affiché sa bonne santé avec notamment des innovations annoncées en cariology (prévention du biofilm et approches minimalement invasives), dans les biomatériaux endodontiques (modifications apportées aux ciments silicates tricalciques, par l'équipe française d'Imad About et de Michel Goldberg - Fig 1), en microbiologie-immunologie (rôle primordial de la lysine et de ses produits de dégradation dans la fragilisation de l'attache épithéliale par Martin Levine et Zsolt Lohinai - Fig 2), avec enfin, autre cocorico, les très belles séances dirigées par Agnès Bloch-Zulpan (aspect génétique de l'amélogénèse imparfaite) et par Olivier Huck (modulation de l'expression de mRNA des macrophages par Porphyromonas gingivalis) (Fig 3).



Progrès et engagement pour la paix encore (Fig 4 et 5), avec le **symposium biennal** réunissant les Facultés de Chirurgie Dentaire de Strasbourg et Hadassah de Jérusalem, au cours duquel les doyens Corinne Taddei et Aaron Palmon ont participé aux présentations des travaux de recherches les plus récents.





Beau symbole : la même statue représentant un **arbre de paix**, réalisée par l'artiste Hedva Ser, a été érigée à la Faculté de Médecine Hadassah de Jérusalem (à gauche) et à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg (photo de droite : la statue est sur son socle en grès des Vosges avec en arrière plan, les salles de fantômes de la nouvelle Faculté) ; d'autres facultés dentaires à travers le monde ont choisi d'adopter cet emblème : University Arizona School of Dentistry and Oral Health, Temple University Kornberg School of Dentistry, Al-Quds University; Harvard School of Dental Medicine (Boston).



Yves Estrabaud, ici aux côtés de Pat Allen (au centre) et Olivier Huck (à droite), au congrès SFPIO 2014

Autres progrès à l'affiche en parodontologie, le programme phénoménal proposé par **Yves Estrabaud** lors du récent **ADF**. Tant sur la forme et ses nouveaux formats (séance Prezi conduite par Christian Verner et séance « 18 minutes pour convaincre », avec Corinne Lallam, David Nisand et Caroline Fouque) que sur le fond, la SFPIO a une nouvelle fois permis à la majorité des confrères de l'hexagone une remarquable actualisation des connaissances en parodontologie (Traitement des zones furcatoires, avec Jean-François Keller et Paul Mattout ; Les outils de diagnostic en parodontologie, avec Josselin Lethuillier ; Sauver le parodonte, avec Corinne Lallam, David Nisand et Caroline Fouque ; Le patient au cœur du traitement parodontal, avec Michèle Reners, Matthieu Leininger, Thomas Dufour et Sigrid Kaehr (hygiéniste de Rolle) ; Gestion des chronologies thérapeutiques pour le patient orthodontique avec des problèmes parodontaux - séance de la SFPIO – avec Virginie Monnet-Corti, Loïc Calvo, Brenda Mertens, Marion Pignoly, Emmanuelle Etedgui et Jean-François Keller ; Actualisation du traitement chirurgical en parodontologie avec Christian Verner ; La santé parodontale : un mode de vie, avec Francis Mora ; Hervé et Gwénola Drogou, dans une séance clinique « Harmoniser le sourire par allongement coronaire », aux côtés d'Olivier Reboul ; Utilisation raisonnée des antibiotiques en parodontologie, avec Frédéric Duffau et Andréa Mombelli). Le numéro OP (Objectif Paro) que nous vous proposons pour cette rentrée 2017, outre les « brèves » de la société, va vous faire découvrir les activités de la SFPIO pour l'année dans vos régions,

les articles des présentations primées lors du dernier congrès national à Lyon (les articles lauréats ont été publiés dans le numéro précédent de septembre et sont consultables en ligne sur le site de la société). Vous pourrez parcourir le programme du prochain congrès national de Toulouse, et préparer votre déplacement grâce aux conseils du président du congrès, Loïc Calvo. Vous pourrez également réserver vos dates à l'occasion du second Master Clinic organisé par l'EFP à Malte et consacré aux péri-implantites. Vous suivrez en différé la réunion à Chantilly du post-graduate en parodontologie et dentisterie implantaire de Paris Diderot. Les nouveautés des partenaires ponctueront comme à l'accoutumée ce numéro. Les lauréats du premier concours photo Pierre Klewansky vous sont dévoilés ; le sujet du concours 2017 sera « la prophylaxie parodontale ».

Et puis dernières mentions spéciales féminines, avec d'une part l'édito de notre présidente, qui marque une fois de plus la parité, avec la présidence scientifique du congrès de Toulouse assurée par Isabella Rocchietta ; et d'autre part avec les réponses d'Iwonka Eagle et Susan Taichman, d'Ann Arbor, dans la rubrique « Questions autour d'un article », qui éclaire sur un sujet peu abordé jusqu'à présent : les conséquences au niveau parodontal de la prise d'inhibiteurs de l'aromatase par les femmes ayant souffert d'un cancer du sein.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et une très belle année 2017.

Chères amies et chers amis,

Je vous souhaite une année 2017 remplie de joies et de paix avec beaucoup de satisfactions professionnelles et de bonheur personnel.

Je vous remercie aussi pour la confiance que vous m'avez témoignée en me réalisant à la présidence de notre société scientifique. Mon premier mandat s'est bien déroulé grâce à une merveilleuse équipe : Caroline et Delphine si efficaces, le bureau si dynamique, le conseil d'administration si bienveillant et les membres de toutes les régions si enthousiastes.

Toute cette énergie participe à une meilleure promotion de la Parodontologie et de l'Implantologie Orale Française au sein de notre profession, des autres professions médicales et paramédicales et aussi du Grand Public.

Nous pouvons nous réjouir de la réussite de notre Congrès à Lyon qui restera mémorable aussi bien sur le plan scientifique que festif et tout cela malgré les terribles grèves des transports.

Notre collaboration avec l'Académie Européenne d'ostéointégration (EAO) s'est concrétisée lors du Congrès International 2016 qui s'est tenu à Paris avec une séance entièrement animée par la SFPIO : vous avez été nombreux à y participer et je vous en remercie.

De jeunes et excellents conférenciers managés de main de maître par un modérateur dynamique ont animé notre séance SFPIO lors du congrès 2016 de l'ADF. Et de multiples autres séances de ce congrès ont positionné de nombreux membres de notre société sur de brillants sujets de nos disciplines.

Cette année 2016 a pu « estampiller » avec notre sigle de la SFPIO de nombreuses actions de communication et de programmes de grande qualité scientifique et clinique sans risque de déception. Nos fiches (il y en a encore de nouvelles !) et vidéos disponibles sur notre site sont de plus en plus nombreuses et continuellement réactualisées. Un programme audiovisuel dédié aux salles d'attente de nos cabinets. Un livre à l'attention des patients a été offert à tous les congressistes de Lyon : il a remporté un franc succès. Vous pouvez le télécharger ou bien le commander en format papier (nouveau format très joli) !

Pour la 1^{re} année, le 12 mai 2016 a été organisé la journée européenne de la Parodontologie avec l'aide d'un généreux et fidèle partenaire de notre société. L'AFP et la SFPIO s'y sont associées avec la SPIO-LR, la Faculté d'Odontologie de Montpellier et le Collège National des Enseignants de Parodontologie pour animer une grande journée avec les représentants des sociétés savantes nationales de Cardiologie, de Diabétologie et de Gynécologie. On ne change pas une formule gagnante et la prochaine se tiendra selon les mêmes modalités et toujours à la Faculté de Montpellier le 11 Mai 2017.

Nos Cycles de Formation pour 2017 se sont enrichis d'un nouveau cycle sur la Chirurgie Plastique Parodontale avec encore plus de clinique et de chirurgies télévisées en direct. Notre revue « Objectif Paro » à chaque sortie est attendue avec impatience car elle est le brillant reflet de notre activité sur tous les plans et cela grâce à Yves Reingerwitz, son rédacteur en chef.

Notre congrès 2017 se tiendra à Toulouse, le programme concocté par la présidente scientifique Isabella Rocchietta va nous éclairer sur le « pink matter ». Quant aux réjouissances pendant cette manifestation, elles seront nombreuses grâce à la SFPIO Sud-Ouest, son président Loïc Calvo et toute sa sympathique équipe. Les nombreux participants aux séances dites « parallèles » auront de nombreux prix à gagner et rencontrent une audience de plus en plus large et enthousiaste tellement la qualité des présentations est excellente!

Pour l'ADF 2017, c'est encore un membre de notre communauté qui participe au comité scientifique. Gageons que la parodontologie et l'Implantologie seront encore à l'honneur.

Cette année encore il n'y a que des avantages à être membre de la SFPIO car vous sont réservées des relations privilégiées avec nos partenaires de l'industrie.

Notre page facebook <http://www.facebook.com/SFPIO> et notre site web ont reçu vos visites, vos « j'aime » et vos commentaires. N'oubliez pas de continuer à les partager et à y aller régulièrement pour les faire vivre.

Vivent la Parodontologie et l'implantologie Orale Française de 2017!

Parodontalement vôtre,



Virginie Monnet-Corti





Carnet rose



Je suis heureuse de vous présenter

Manon,

née le 22 décembre 2016.

A sa sortie, elle pesait 3,950 kg et mesurait 53,5 cm.

Caroline DENIAUD



Rendez-vous SFPIO des régions

NORMANDIE

29/04/2017 : Gérard REY, Amadine PARA, Gianluigi CACCIANIGA, Michel COSTESSEQUE, Jean-pierre COUILLET, Etienne AUBRIOT & Jean-Luc GIRARD

Le laser, rêve ou réalité

PARIS

09/03/2017 : Iain CHAPPLE
Inflammation parodontale et nutrition

15/06/2017 : Nadja NANNI
Implants étroits et implants courts : Quelles sont les limites de leur indication ?

BRETAGNE

06/04/2017 : Bernard CHAPOTAT & Eric SCHNECK
Implants courts et péri-implantites : deux sujets d'actualité

VAL DE LOIRE

26/01/2017 : Frédéric DUFFAU & Alexandre MATHIEU

Vos patients sont à côté de la plaque ?

13/05/2017 :

Implantologie Chirurgicale et Prothétique : Carte Blanche à Karim DADA, Marwan DAAS, Léon PARIENTE et Louis TOUSSAINT

LORRAINE

11/03/2017 : Georges KHOURY
L'os autologue est-il toujours le gold standard ?

ALSACE

16/03/2017 : Anton SCULEAN
Dernières évolutions en matière de régénération parodontale
05/05/2017 : Marjolaine GOSSET & Claude CYWIE
Premier forum sur la Prophylaxie

RHÔNE-ALPES

19/01/2017 : Giulio RASPERINI
Comment ma pratique parodontale a changé
09/03/2017 : Myriam DRIDI
Les gingivites non induites par la plaque : ça existe ! lichen plan et gingivites érosives
06/04/2017 : Christian STEMPP
Retraitement de dispositifs médicaux : quel challenge ?
12 & 13/05/2017 : Egon EUWE
Master course – Optimiser l'interface muqueux des prothèses sur implant

AUVERGNE

21/01/2017 : Franck RENOARD
Réduire le stress des praticiens et améliorer l'efficacité et les résultats des pratiques médicales

AQUITAINE

02/02/2017 : Michel ROGE
Intégration esthétique en prothèse parodontale et implantaire

MIDI PYRÉNÉES

02/02/2017 : Sara LAURENCIN & Sarah COUSTY
Gingivites, gingivopathies : les liaisons dangereuses
27/04/2017 : Claude CYWIE
Prophylaxie individuelle : Comment la gérer pour optimiser son efficacité en parodontologie et en implantologie

CÔTE D'AZUR

02/02/2017 : Corinne LALLAM & Marlène FERREIRA
Actualisation des connaissances sur les liens entre Santé parodontale et Pathologies Chroniques

SUD-EST

09/02/2017 : Jacques VERMEULEN
En Prothèse Implantaire, quelle perspective dans l'apport des nouveaux matériaux ?
22/06/2017 : Mithridate DAVARPANA, Serge SZMUCKLER & Philippe RAZJBAUM
Déficiences esthétiques et vieillissement des tissus péri-implantaires : critères d'évaluation cliniques et arbre décisionnel

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

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

Contactez le siège de la SFPIO au 02-40-08-06-63 si vous n'avez pas vos identifiants.





“Mes dents sensibles me privent du plaisir de manger et de boire”

Arnaud a souffert de reflux gastro-oesophagien et d'expositions dentinaires depuis de nombreuses années.[^]



70,4% des patients comme les vôtres souffrant d'hypersensibilité dentinaire déclarent vivre avec les mêmes restrictions fonctionnelles qu'Arnaud.¹

Sensodyne Répare & Protège avec la technologie Novamin[®] crée une couche réparatrice[†] d'hydroxyapatite de substitution encore plus dure^{**2-8} à la surface de la dentine exposée. Le soulagement de la sensibilité peut intervenir à partir de la première semaine⁹ et continue à faire une différence dans la vie des patients après 6 mois d'utilisation quotidienne^{**10}

Aidez vos patients à mieux s'affranchir des impacts de l'hypersensibilité dentinaire sur leur vie.**

Dispositif Médical de classe IIa (CE0120). Fabricant: Smithkline Beecham Ltd. Lire attentivement les instructions figurant sur l'emballage. Ne pas utiliser chez l'enfant.

[^]L'histoire de ce patient est mentionnée uniquement à titre illustratif. [†]Forme une couche protectrice sur les zones sensibles des dents. Brosser deux fois par jour pour une protection durable contre la sensibilité. ^{**}par rapport à la formule précédente. ^{**}Avec un brossage deux fois par jour.

Références: 1. GSK Data on File, RH02026. 2. Greenspan DC et al. J Clin Dent 2010; 21: 61-65. 3. La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(3): 72-76. 4. Earl JS et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67. 5. Parkinson CR et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. 6. GSK Data on File, ML498. 7. GSK Data on File, ML584. 8. GSK Data on File, ML589. 9. GSK Data on File, RH01422. 10. GSK Data on File, RH01897. CHFR/CHSENSO/0027/16/03

PROGRAMME REGIONAL 2017

Région Alsace

Président : Matthieu LEININGER

28, avenue des Vosges - 67000 Strasbourg - Tél. 03 88 37 03 13 - e-mail : m.leininger@free.fr - www.sfpio-alsace.com

Jeudi 16 mars 2017 à 19h30

Anton SCULEAN

Dernières évolutions en matière de régénération parodontale

Vendredi 5 mai 2017 (journée)

Marjolaine GOSSET, Claude CYWIE et

Catherine SCHUBERT

Premier forum sur la prophylaxie

Juin 2017

Week-end SFPIO Alsace

Jeudi 7 septembre 2017 à 19h30

Revue littérature animée par le staff du

département de parodontologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Jeudi 7 décembre 2017 à 19h30

David NISAND

Gestion sous sinusienne : greffe ou implants courts ?

Région Aquitaine

Président : Jérôme VALAT

13, place Aristide Briand - 33360 Quinsac - Tél : 05 56 20 87 75 - e-mail jerome.valat@wanadoo.fr

Jeudi 2 février 2017

Michel ROGÉ

Intégration esthétique en prothèse parodontale et implantaire

Lieu : Hôtel Burdigala - Bordeaux

12-14 octobre 2017

Giovanni ZUCHELLI

Cours Quintessence International en partenariat avec le CPIOA

Lieu : Cité Mondiale - Bordeaux

Jeudi 7 décembre 2017

Christine ROMAGNA

Lieu : Hôtel Burdigala - Bordeaux

Région Auvergne

Président : Philippe DUCHATELARD

1, boulevard Bazin - 63400 Chamalières - Tél. 04 73 35 74 74 - Fax 04 73 35 80 90 - e-mail : ph.duchatelard@wanadoo.fr

Samedi 21 janvier 2017

Frank RENOUARD

Réduire le stress des praticiens et améliorer l'efficacité et les résultats des pratiques médicales.

Lieu : Hôtel OCEANIA, Clermont-Ferrand

Région Bretagne

Secrétaire : Pascale TABOT

3, allée Jean Guihery - 35000 Rennes - Tél. 02 99 31 67 82 - e-mail : docteur-pascale-tabot@wanadoo.fr

Jeudi 6 avril 2017 de 9h à 17h

Bernard CHAPOTAT et Eric SCHNECK

Implants courts et péri-implantites : deux sujets d'actualité

Octobre 2017

Bertrand et Philippe KHAYAT



Région Côte d'Azur

Président : Sylvain LEYMARIE

2, rue d'Angleterre - 06000 NICE – Tel : 04 83 66 03 22 - e-mail sylvainleymarie@gmail.com

Jeudi 2 février 2017

Corinne LALLAM et Marlène FERREIRA

Actualisation des connaissances sur les liens entre Santé parodontale et Pathologies Chroniques

Soirée en partenariat avec Oral B

Lieu : Hyatt Regency Nice, Palais de la Méditerranée – 13 promenade des anglais – 06000 NICE

Région Haute Normandie

Président : Nicolas PICARD

51, rue Jeanne d'Arc 76000 Rouen - Tél. 02 35 70 13 84 - Fax 02 35 88 73 48 - e-mail : nicolas.picard.paro@wanadoo.fr

Programme en cours d'élaboration - Rendez-vous sur le site de votre Société régionale ou www.sfparo.org pour accéder aux informations

Région Languedoc Roussillon

Président : Olivier JAME

20, avenue Nina Simone - Bât. le Fahrenheit - 4^e étage - 34000 Montpellier - e-mail : olivjame@hotmail.com - www.sfpiolr.com

Programme en cours d'élaboration - Rendez-vous sur le site de votre Société régionale ou www.sfparo.org pour accéder aux informations

Région Lorraine

Président : Sébastien GALLINA

9, avenue Carnot - 54130 Saint-Max - Tél. 03 83 21 66 68 - e-mail : sebgallina@hotmail.com

Jeudi 11 mars 2017

Georges KHOURY

L'os autologue est-il toujours le gold standard ?

Région Midi Pyrénées

Président : Loïc CALVO

2, boulevard des Pyrénées - 31130 Quint Fonsegrives - Tél. 05 61 24 42 77 - e-mail : dr.calvoloc@orange.fr

Jeudi 2 février 2017

Sara LAURENCIN et Sarah COUSTY

Gingivites, gingivopathies : les liaisons dangereuses

Jeudi 27 avril 2017

Claude-Jacques CYWIE

Prophylaxie individuelle : comment la gérer pour optimiser son efficacité en parodontologie et en implantologie ?

Jeudi 19 octobre 2017

Arnaud CONSTANTIN

Les liens entre Maladies Parodontales et Médecine

Région Nord Picardie

Présidente : Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

50, rue de la Carnoy - Appt 422 - 59130 Lambersart - e-mail : elisabeth.delcourt@univ-lille2.fr

Programme en cours d'élaboration - Rendez-vous sur le site de votre Société régionale ou www.sfparo.org pour accéder aux informations

Région Normandie

Président : Michel BENOUAICHE

25, place Charles de Gaulle - 76600 Le Havre - Tél. 02 35 22 90 40 - Fax 02 35 22 90 60 - e-mail : michelbenouaiche@orange.fr

Samedi 29 avril 2017

Gérard REY, Amandine PARA, Gianluigi CACCIANIGA, Michel COSTESSEQUE, Jean-Pierre COUILLET, Etienne AUBRIOT et Jean-Luc GIRARD

Le laser, rêve ou réalité

Lieu : Hôtel Normandie, Deauville

Région Paris

Présidente : Emmanuelle ETTEDGUI

39, rue Saint Dominique - 75007 Paris - Tél. 01 45 01 50 00 - e-mail : dr.attedgui@gmail.com - www.sfpio-paris.org

Judi 9 mars 2017

Iain CHAPPLE

Inflammation parodontale et nutrition

Judi 15 juin 2017

Nadja NANNI

Implants étroits et implants courts : Quelles sont les limites de leur indication ?

Judi 5 octobre 2017

Michel JABBOUR

Le point sur les techniques d'augmentation osseuse

Judi 7 décembre 2017

Caroline FOUQUE

Recouvrement de récessions parodontales, les difficultés et les échecs : comment les appréhender, les traiter et les gérer ?

Région Rhône-Alpes

Président : Michel BRAVARD

272, rue Garibaldi - 69003 Lyon - Tél. 04 78 62 62 86 - Fax 04 78 95 25 18 - e-mail : mbravard@wanadoo.fr

Judi 19 janvier 2017 - 8h30-17h30

Giulio RASPERINI

Comment ma pratique parodontale a changé

Judi 9 mars 2017

Myriam DRIDI

Les gingivites non induites par la plaque : ça existe ! lichen plan et gingivites érosives

Judi 6 avril 2017

Christian STEMPEL

Retraitement de dispositifs médicaux : quel challenge ?

Vendredi 12 et samedi 13 mai 2017

8h30-18h

Egon EUWE

Master course Egon Euwe - Optimiser l'interface muqueuse des prothèses sur implant

« The Rootmimetic Approach »

Lieu : Côte - Italie

Judi 21 septembre 2017

Christer DAHLIN

Acquisitions récentes en ROG

Formations pratiques - 8h30-18h

Judi 16 mars 2017

Le traitement de l'édentation sous sinusienne

Judi 5 octobre 2017

Paroclinique : La parodontologie non chirurgicale en 2017

Judi 14 décembre 2017

Conserver ou extraire

Lieu : Hôtel Mercure Saxe Lafayette - Lyon



Région Sud-Est

Président : Jean CUCCHI

171, avenue Clot Bey - 13008 Marseille – Tél. 04 91 72 07 46 - e-mail docteur.cucchi@wanadoo.fr

9 février 2017 - Soirée 18h-21h30

Jacques VERMEULEN

En Prothèse Implantaire, quelle perspective dans l'apport des nouveaux matériaux ?

22 Juin 2017 - Journée de 14h-22h

**Mithridate DAVARPANAH,
Serge SZMUCKLER et Philippe
RAZJBAUM**

Déficiences esthétiques et vieillissement des tissus péri-implantaires : critères d'évaluation cliniques et arbre décisionnel

19 octobre 2017 - Soirée 18h-21h30

Marcel LEGALL

Incidence du schéma occlusal sur le niveau crestal peri-implantaire

7 décembre 2017 - Journée 14h-22h

Mauro MERLI

The Integrated treatment plan - from diagnosis to timing in complex clinical cases

Région Val de Loire

Président : Caroline COMPAGNON

60, rue Benjamin Franklin - 85000 La Roche sur Yon - Tél. 02 51 48 40 94 - email : dr.compagnon-caroline@orange.fr

Cycle de Parodontologie 2016/2017

La Parodontologie de A à Z

Jeudi 3 novembre 2016

Jeudi 15 décembre 2016

Jeudi 12 janvier 2017

Jeudi 2 février 2017

Jeudi 9 mars 2017

Jeudi 6 avril 2017

Lieu : Euro Meeting Center (EMC), Gare sud,
Nantes

Cycle de prothèse sur implants 2016/2017

Intervenants : Dr Damien BOIX, Dr Guillaume CAMPARD, Dr Hervé DROUGOU, Dr Yves ESTRABAUD, Dr Olivier REBOUL, Dr Nicolas STRUBE, Dr Laurent THERY, Dr Christian VERNER

Jeudi 3 novembre 2016

Jeudi 15 décembre 2016

Jeudi 12 janvier 2017

Jeudi 2 février 2017

Jeudi 9 mars 2017

Jeudi 6 avril 2017

Lieu : Euro Meeting Center (EMC), Gare sud,
Nantes

Conférences 2017

Jeudi 26 janvier 2017

Frédéric DUFFAU et Alexandre MATHIEU

Vos patients sont à côté de la plaque ?

Samedi 13 mai 2017

Implantologie Chirurgicale et Prothétique :
Carte Blanche à Karim DADA, Marwan DAAS, Léon PARIENTE et Louis TOUSSAINT

Jeudi 5 octobre 2017

Virginie MONNET-CORTI

La Chirurgie Plastique Parodontale : où en sommes-nous ?

Les cycles de formation continue 2017 - 2018



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

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

Stage d'Implantologie avancée 2017/2018

Programme et enseignement dirigé par :

Stéphan DUFFORT

Assisté de :

Philippe BOUSQUET

Session 1 : 13 & 14 OCTOBRE 2017

La zone antérieure esthétique
et l'édenté complet

Session 2 : 24, 25 & 26 MAI 2018

La chirurgie osseuse pré-implantaire
Alternatives
Complications

Cycle de formation continue en parodontologie 2017/2018

Programme et enseignement dirigé par :

Alain BORGHETTI

Assisté de :

Caroline FOUQUE

Niveau 1 : 12, 13 & 14 OCTOBRE 2017

Préserver la denture naturelle existante

Niveau 2 : 18 & 19 JANVIER 2018

Avoir recours à la chirurgie parodontale avancée,
à la prothèse et/ou à l'implantologie

Niveau 3 : 25 & 26 MAI 2018

Chirurgie plastique parodontale

Cycle de formation approfondie en Chirurgie Plastique Parodontale 2018

Programme et enseignement dirigé par :

Caroline FOUQUE

**Assistée d'une équipe
enseignante d'exception**

Niveau 4 : 18 ET 19 JANVIER 2018

Session d'approfondissement en Chirurgie
plastique parodontale

NOUVEAU

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



TOUS LES BIOMATERIAUX NE SONT PAS IDENTIQUES - REGARDEZ DE PLUS PRES !

VOTRE REFERENCE N°1
DANS LE MONDE

QUALITE
REMARQUABLE

BIOFONCTIONNALITÉ
UNIQUE

- > Taux de survie implantaire de 91.9% à 12-14 ans¹
- > Paroi osseuse vestibulaire préservée et stable à 5-9 ans^{2,3}
- > Stabilité du volume à long terme⁴



Références

¹ Jung R et al., Clin Oral Implants Res. 2013 Oct;24(10):1065-73

² Buser D et al., J Periodontol. 2013 Nov;84(11):1517-27

³ Jensen SS et al., J Periodontol 2014 Nov;85(11):1549-56

⁴ Mordenfeld A et al., Clin Oral Implants Res. 2010 Sep;21(9):961-70

Dispositifs médicaux de classe III réservés aux Professionnels de Santé. Organisme certificateur TÜV/CE 0123 - Lire attentivement la notice avant toute utilisation.

Retour sur le congrès de l'ADF 2016

Le congrès de l'ADF, cette année encore, a tenu ses promesses. Nous avons pu assister à de nombreuses séances riches en innovations et informations clés.

Les membres de la SFPIO ont été présents tout au long du congrès à travers les séances « Sourire harmonieux, un challenge parodontal » fig 1, « sauver le parodonte » fig 2 et la chirurgie en direct « Chirurgie plastique parodontale : harmoniser le sourire par allongement coronaire » fig 3 notamment.



Fig 1 : Jean-Marc GLISE, Aurore BLANC, Virginie MONNET-CORTI, Charles MICHEAU, Caroline FOUQUE et Cyril GOUBRON



Fig 2 : David NISAND, Corinne LALLAM, Yves ESTRABAUD et Caroline FOUQUE



Fig 3 : Hervé DROGOU en pleine chirurgie, Rémi CHANGEY



Et la séance SFPIO a été un succès. En voici le résumé, rédigé par Loïc CALVO, modérateur de cette séance :

Résumé de la Séance SFPIO à l'ADF



Fig 4 : Les participants à la séance SFPIO à l'ADF : Jean-François KELLER, Marion PIGNOLY, Virginie MONNET-CORTI, Brenda MERTENS et Loïc CALVO

Gestion des chronologies Thérapeutiques pour le patient orthodontique avec des problèmes parodontaux : Comment s'organiser ?

Responsable scientifique : Virginie MONNET CORTI

Modérateur : Loïc CALVO

Conférenciers : Brenda MERTENS, Marion PIGNOLY, Emmanuelle ETTEGUI, Jean-François KELLER

La complémentarité de l'orthodontie, de la parodontologie et de l'implantologie n'est plus à démontrer de nos jours. L'évolution incessante de ces branches nous amène à traiter des cas de plus en plus complexes, nécessitant des compétences multidisciplinaires. Le parcours du patient peut devenir un casse-tête pour l'omnipraticien, le patient peut se sentir perdu entre les différents praticiens. La coordination devient, de nos jours, un élément essentiel à la réussite du traitement.

L'examen du parodonte devrait être, aujourd'hui, pratiqué de façon systématique. La sonde parodontale doit faire partie du set de consultation que ce soit aussi bien chez l'omnipraticien que chez l'orthodontiste. La suspicion d'un problème parodontal est l'indication d'un bilan parodontal approfondi. Toute pathologie parodontale doit être traitée avant le début du traitement orthodontique. La réalisation d'un traitement d'orthodontie sur un parodonte réduit mais assaini est parfois indiquée pour améliorer le contrôle de plaque, redresser des axes en vue de prothèses, améliorer l'occlusion, corriger des défauts esthétiques dus à des migrations secondaires, ré-ingresser des dents, récupérer des défauts osseux angulaires. Le traitement orthodontique sur un patient ayant un antécédent de maladie parodontale implique souvent la notion de compromis qui doivent être discutés, entre les différents acteurs. Pendant la phase de traitement orthodontique, la maintenance doit être rigoureuse et rapprochée ; le contrôle de plaque optimal. Le type de contention doit être envisagé dès le départ et le patient doit être prévenu.

Sur un parodonte sain, l'examen du biotype parodontal est aussi primordial. Les mouvements orthodontiques doivent être anticipés et discutés. En effet, la présence d'un parodonte fin et la mise en place de mouvements à risque tels que les torques vestibulaires indiquent la mise en place d'un traitement muco-gingival, pour prévenir le risque d'apparition de récessions. Les récessions préexistantes doivent être recouvertes.

Lors de la mise en place des dents retenues ou incluses, l'examen clinique et l'examen radiologique 3D doivent nous permettre de prévoir l'axe d'éruption de la dent et d'anticiper le contexte parodontal et gingival afin d'optimiser le résultat esthétique.

L'implantologiste comme l'orthodontiste doit intervenir sur un parodonte assaini. Il pourra mettre en place des techniques de régénérations osseuses ou des thérapeutiques muco-gingivales afin d'obtenir un résultat prévisible. L'implant peut, pour l'orthodontiste, constituer un ancrage absolu. La position exacte de l'implant doit être discutée. L'implant peut ainsi remplacer des forces extra-orales. Les mini-vis sont également largement utilisées, aujourd'hui. La réhabilitation implantaire, dans le secteur antérieur, peut nécessiter l'intervention de l'orthodontiste afin d'optimiser les dimensions et la position exacte de chaque dent. La réalisation de wax-up, la discussion entre les praticiens sont des éléments important pour obtenir un résultat prévisible.

En conclusion, la parodontologie, l'implantologie et l'orthodontie sont des disciplines complémentaires qui peuvent permettre une optimisation de nos traitements. Les pathologies parodontales doivent être traitées avant toute thérapeutique. Les problèmes doivent être anticipés. Pour cela les analyses doivent être combinées, les compétences de chacun mises en commun afin d'arriver à une prise de décision médicale partagée et optimale pour nos patients.

La SFPIO vous a accueilli sur son stand Espace S tout au long du congrès (fig 5) sur lequel s'est déroulé le désormais incontournable cocktail du vendredi midi sous le thème cette année, de la ville rose, Toulouse qui accueillera notre prochain congrès (fig 6). Les plus téméraires ont participé au jeu concours proposé sur le stand. En voici les heureux gagnants :

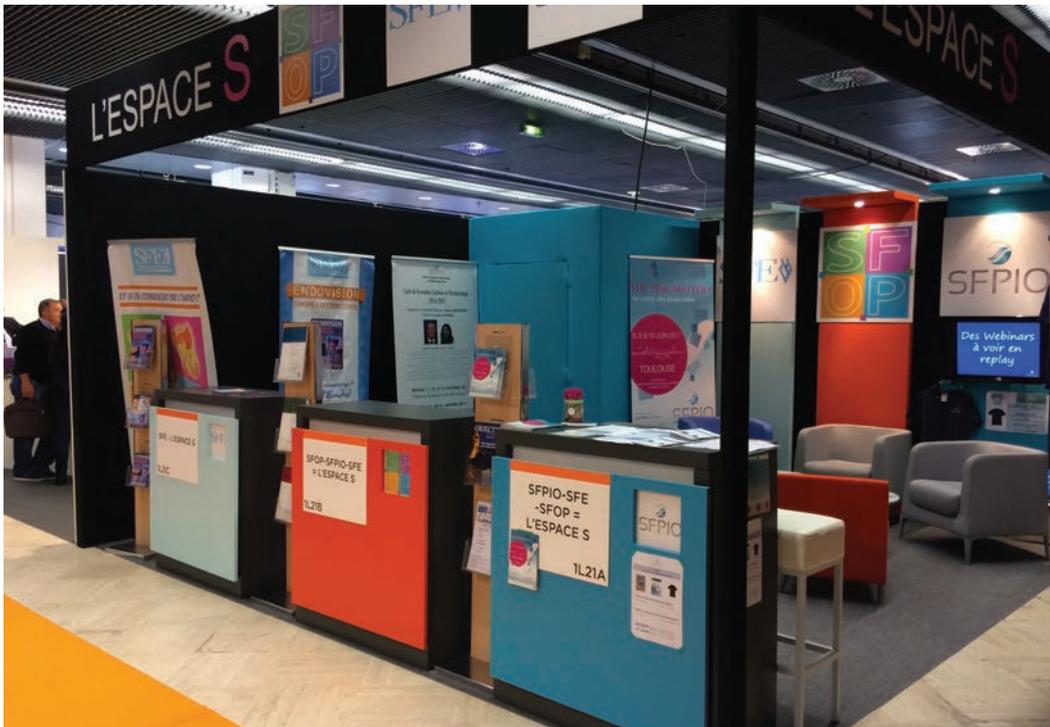


Fig 5 : Le stand Espace S, QG de la SFPIO





Fig 6

GAGNANTS JEU CONCOURS - STAND ADF 2016

1^{er} Prix :

1 place pour le congrès international de la SFPIO - Toulouse - 8,9 & 10 juin 2017

GHICIUC Oana – Les Ormes

2^e Prix :

l'adhésion 2017 à la société régionale de votre choix

GERARD Nathalie – Saint Loubes

3^e Prix :

la blouse brodée du logo de la SFPIO

DURAN Joffrey – Toulouse



Joffrey DURAN portant fièrement sa blouse SFPIO

L'assemblée générale de notre société s'est déroulée le 24 novembre 2016.

Le compte rendu pourra vous être envoyé par email sur simple demande à l'adresse sfpionational@gmail.com



Fig 8 : David NISAND, Caroline FOUQUE, Virginie MONNET-CORTI et Patrick BOULANGE





Interview du Docteur Korkud Demirel

**Ancien président EFP
Président du prochain Perio Master Clinic
sur les péri-implantites**



Il y a de nombreux hôtels à la Valette et aux alentours. L'hôtel Excelsior Grand Hôtel sera notre QG.

Il y aura un service de navette entre certains hôtels et le MCC (Mediterranean Conference Centre).

La liste des hôtels est disponible via la page d'inscription :

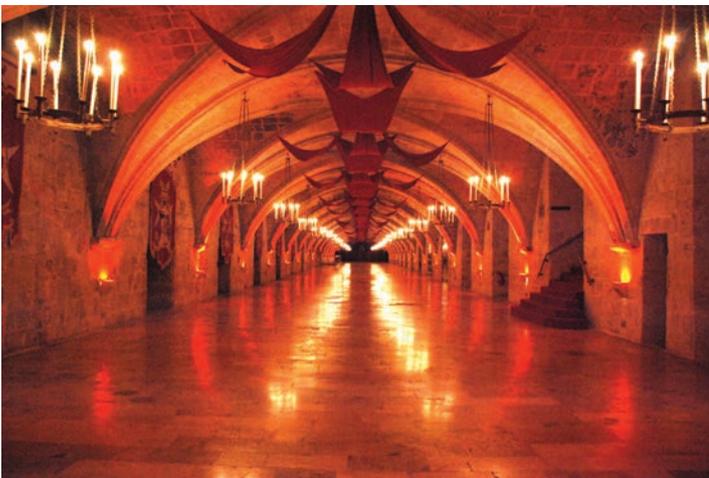
<http://www.efp.org/periomasterclinic/2017/registration.html>

Des vols directs au départ de la plupart des capitales européennes desservent Malte et la compagnie airmalta propose 10 % de remise sur ses vols.

Xavier Struillou : En quoi consiste un Perio Master Clinic ?

Korkud Demirel : La formule du Perio Master Clinic a été créée afin de proposer un rassemblement scientifique intimiste, à petite échelle, ayant pour but de regrouper des praticiens cliniciens souhaitant améliorer leurs compétences dans le cadre de leur pratique, visant un niveau d'excellence élevé. Le Perio Master Clinic qui se tiendra à Malte les 3 et 4 mars 2017 est le deuxième du nom, le premier s'était déroulé à Paris en 2014. Le nombre de participants est limité à 600 et les inscriptions sont traitées sur la base du "premier arrivé, premier servi". Attention, ne tardez pas à vous inscrire, 65 % des places sont déjà prises.

Xavier Struillou : Où et quand se déroule le Perio Master Clinic II ?



Korkud Demirel : La manifestation se tiendra sur l'île de Malte, à La Valette, au MCC – Mediterranean Conference Centre, un bâtiment historique construit au 16ème siècle par les chevaliers de l'Ordre de Saint-Jean de Jérusalem pour servir d'hôpital puis transformé en centre de congrès. Nous vous donnons rendez-vous là-bas les 3 et 4 mars 2017.

Xavier Struillou : Pourquoi avoir choisi les péri-implantites comme thème de ce Perio Master Clinic ?

Korkud Demirel : Le sujet des péri-implantites a été choisi comme thème de la réunion car les implants font partie intégrante de notre pratique quotidienne et les péri-implantites sont en forte hausse. Ce Perio Master Clinic II sur les péri-implantites couvrira des sujets spécifiques comme : quand traiter et quand enlever l'implant, comment traiter les péri-implantites, comment traiter les complications esthétiques, par exemple quand l'implant est visible ou encore comment minimiser les problèmes induits par les implants dans votre pratique privée ?

Xavier Struillou : Combien y aura-t-il de conférenciers ? Pouvez-vous nous donner quelques noms pour nous donner envie de participer ?

Korkud Demirel : Il y aura 13 conférenciers et 6 modérateurs. Nous aurons le plaisir de compter parmi nous notamment Sofia Aroca, Jean-Louis Giovannoli, Giovanni Zuchelli, Otto Zühr, Niklaus Lang, Pascal Valentini et bien d'autres. N'hésitez pas à aller voir le programme scientifique : <http://www.efp.org/periomasterclinic/2017/programme.html>



Xavier Struillou : Pouvons nous compter sur des séances 3D ou vidéos ?

Korkud Demirel : Toutes les séances auront des présentations vidéo.

Xavier Struillou : Des nouveautés sur le fonctionnement de ce Perio Master Clinic ?

Korkud Demirel : Ce qui est nouveau lors de ce Perio Master Clinic : Lors de votre inscription en ligne, vous pouvez influencer le contenu de la manifestation en indiquant les questions qui vous intéressent le plus. Ceci sera communiqué aux conférenciers

afin de permettre, autant que possible, de mettre en adéquation les présentations avec l'intérêt des participants. Les conférenciers venant du monde entier vous présenteront des vidéos de grande qualité, mettant en avant des cas pratiques, diverses thérapies en rapport avec le thème de la séance. Saisissez l'opportunité d'écouter et d'apprendre des plus grands experts mondiaux. Une autre nouveauté, cette fois, il y aura une zone d'exposition. Retrouvez également de nombreuses informations sur la page Facebook de la manifestation :

<https://www.facebook.com/Perio-Master-Clinic-II-209856946091117/>





Perio
Master
Clinic

March 3-4
2017
MALTA



1st Announcement

Peri-Implantitis:

From aetiology to treatment

March 3-4, 2017 | Mediterranean Conference Centre, Malta.

Congress Chairman: **Korkud Demirel**
Scientific Chairman: **Stefan Renvert**



www.efp.org

THE PINK MATTER !!

Au coeur des tissus mous

8, 9 & 10 JUIN 2017



TOULOUSE

www.sfparo.org

www.facebook.com/groups/congresfpio/

www.sfpio-mp.com

Président du Congrès :

Loïc CALVO (Quint Fonsegrives)

Présidente scientifique du Congrès :

Isabella ROCCHIETTA (Londres)

Présidente SFPIO :

Virginie MONNET-CORTI (Marseille)



SFPIO

CONGRÈS
INTERNATIONAL

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PARODONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE

Lieu de Congrès : Centre de Congrès Pierre-Baudis - 11, esplanade Compans Caffarelli - 31000 TOULOUSE





LA MARQUE DE BROSSES À DENTS ÉLECTRIQUES
LA PLUS UTILISÉE PAR LES DENTISTES
EUX-MÊMES DANS LE MONDE

NOUVEAU

GENIUS

POUR QUE VOS PATIENTS SE
BROSSENT LES DENTS COMME
VOUS LE RECOMMANDEZ



80€*TTC

PRIX SPÉCIAL DENTISTES
LIMITÉ À 2 PAR AN ET PAR PRATICIEN
POUR VOTRE USAGE PERSONNEL

Passez commande en appelant le :

0 825 878 498

Service 0,15 €/min
+ prix appel

DÉCOUVREZ LA
NOUVELLE BROsse À
DENTS INTELLIGENTE
ORAL-B AVEC DÉTECTEUR
DE POSITION



Télécharger
l'application Oral-B



* Contribution DEEE (Déchets d'Équipements Électriques et Électroniques) égale à 0,08 € HT par produit.
Procter & Gamble France SAS - 391 543 576 RCS Nanterre - Capital social de 152 400 € - 163/165 quai Aulagnier 92600 Asnières-sur-Seine

Pour plus d'information, rendez-vous sur :

dentalcare.com

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA SFPIO À TOULOUSE



Loïc Calvo



Les 8, 9 et 10 juin 2017, Toulouse aura le privilège d'accueillir le congrès international de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale. C'est une immense fierté pour l'équipe locale, de recevoir tous ces confrères passionnés. Nous vous espérons nombreux et enthousiastes.

Pourquoi venir à Toulouse ? Nous aurons la chance d'avoir un programme scientifique de grande qualité mais en dehors de cela, Toulouse est une ville très accueillante.

Toulouse est une ville jeune, dynamique, la 2^e ville universitaire de France. Les étudiants sillonnent la ville et vous croiserez toujours du monde, quelle que soit l'heure de la journée ou de la nuit.

Pour les amateurs culinaires, vous découvrirez plus de mille restaurants. La région compte de nombreux établissements étoilés dont 5 chefs 2 étoiles au sein même de notre belle ville.



Avec ses 2000 ans d'histoire, Toulouse et sa région ont développé un patrimoine culturel immense : capitale des Wisigoth, les cathares, les comtes de Toulouse, jusqu'à l'épopée de l'aéropostale. Venez découvrir des parcs technologiques uniques : la Cité de l'espace, Let's visit Airbus.



Le mois de juin est le mois idéal pour venir flâner sous notre beau soleil du sud-ouest, dans les rues pavées de la ville rose, découvrir la basilique Saint-Sernin, le canal du midi et pourquoi pas aller jusqu'à la cité épiscopale d'Albi ou un des 25 Grands Sites de notre région : Rocamadour, Cordes-sur-Ciel, Saint-Cirq-Lapopie...

Toulouse est une ville étendue sur près de 460 km², elle est arborée et aérée de multiples parcs, pas la peine de jouer des coudes pour vous balader.

Soyez les bienvenus ! Trois mots et notre accent pour vous accueillir de la manière chaleureuse et amicale. Nous comptons sur vous.

A bientôt.

Parodontalement vôtre





PRÉSIDENTE SCIENTIFIQUE
DU CONGRÈS
Isabella Rocchietta
(Londres, Angleterre)



PRÉSIDENT DU CONGRÈS
Loïc Calvo
(Quint Fonsegrives, France)



PRÉSIDENTE SFPIO
Virginie Monnet-Corti
(Marseille, France)

PRE-PROGRAMME - 8 AU 10 JUIN 2017

THE PINK MATTER !!

Au coeur des tissus mous

Centre de Congrès Pierre-Baudis
11, esplanade Compans Caffarelli
31000 TOULOUSE

Jeudi 8 juin 2017

SOIREE PRE CONGRES :18h00

Organisée par notre partenaire

Pierre Fabre
ORAL CARE

LES CONFÉRENCIERS



Giano Ricci
(Florence, Italie)



Daniel Buser
(Bern, Suisse)





Vendredi 9 juin 2017

MATIN : 9h00 - 12h30

« Le traitement Parodontal en 2016 »

Giano Ricci (Florence, Italie)

- 30 ans de Parodontologie : qu'avons nous appris ?
- Régénération parodontale, allongement coronaire : où se situe la limite ?
- Ortho - Paro : toujours la bonne formule ?

APRES-MIDI : 14h00 - 17h30

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

Daniel Buser (Bern, Suisse) et **Vivianne Chappuis** (Bern, Suisse)

Reconstructions des tissus mous et durs sur les défauts avancés :

- Avons-nous encore besoin d'os d'autogène ?
- Quand et comment reconstruire les tissus mous?

Samedi 10 juin 2017

MATIN : 9h00 - 12h30

« Les péri-implantites »

Jan Derks (Göteborg, Suède) et **Jean-Pierre Albouy** (Montpellier, France)

- Epidémiologie et facteur de risque
- Prévention et Traitement : focus sur les tissus mous



Traduction simultanée de l'anglais vers le français



Vivianne Chappuis
(Bern, Suisse)



Jan Derks
(Göteborg, suède)



Jean-Pierre Albouy
(Montpellier, France)



Découvrez la technologie sonore, une efficacité de brossage tout en douceur.

Élimine jusqu'à 10x plus de plaque dentaire*



La technologie sonore développée par Philips Sonicare associe une **fréquence élevée** (31 000 mouvements par minute) à une **grande amplitude de balayage** (4 à 6 mm).

Ces caractéristiques lui donnent une **efficacité optimale** en créant des fluides dynamiques qui permettent de **nettoyer en profondeur les espaces interproximaux** mais aussi **le long du sillon gingival**.

Cette action de **nettoyage dynamique** contribue à désorganiser le biofilm, **tout en douceur**, même pour des **dents sensibles**.

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

* Par rapport à une brosse à dents manuelle. Etude comparative sur la réduction de plaque et de gingivite entre Philips Sonicare FlexCare Platinum avec tête de brosse AdaptiveClean et une brosse à dents manuelle (brosse de référence de l'ADA - Milleman J., K Milleman, Argosino K., Mwatha A, M Ward, Souza S, Jenkins W. - 2014)

PHILIPS
sonicare

SÉMINAIRE DU POSTGRADUATE EN PARODONTOLOGIE ET DENTISTERIE IMPLANTAIRE DE PARIS DIDEROT À CHANTILLY



Søren Jepsen, Président scientifique du prochain Europerio, et Karine Jepsen

Le programme Postgraduate en Parodontologie et Dentisterie Implantaire de Paris Diderot-hôpital Rothschild AP-HP s'est réuni à Chantilly les 15 et 16 Octobre derniers à l'occasion de leur 5^e séminaire. L'opus 2016, organisé de mains de maître par le Docteur Jacques Malet a été l'occasion d'accueillir le Professeur Søren Jepsen (Bonn, Allemagne), ancien président de la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP), également rédacteur-en chef adjoint du Journal of Clinical Periodontology et le Dr Michèle Reners (Liège, Belgique), présidente du prochain congrès Europerio 9 qui se tiendra à Amsterdam en 2018. Le séminaire s'est déroulé autour d'un riche programme de conférences cliniques et de recherche avec une alternance entre l'anglais et le français, puisque au moins 40 % des enseignements du programme sont aujourd'hui dispensés en anglais. Francis Mora a ouvert la première journée en retraçant l'historique de cet enseignement, depuis la création du Diplôme Universitaire de Parodontologie de Garancière à la fin des années 1970 jusqu'au programme tel qu'il est devenu aujourd'hui. Le Professeur Søren Jepsen a présenté une approche globale et exhaustive de la prévention et de la résolution des peri-implantites selon les dernières recommandations du 11^e Workshop européen en parodontologie (Tonetti et al, 2015).

Les conférences se sont poursuivies avec les conférences des enseignants et des étudiants du programme. Les problématiques de l'augmentation osseuse ont été mises

en exergue par Fabrice Cherel et Vincent Jaumet nous rappelant que la ROG n'est pas un long fleuve tranquille ! Audrey Schmitt a pour sa part développé les alternatives possibles à l'augmentation osseuse verticale grâce à l'utilisation des implants courts. La présentation d'un cas de chirurgie mini-invasive par lambeau unilatéral puis ingression orthodontique a permis de rappeler l'absence de consensus sur le délai entre traitement parodontal et orthodontique.

Les présentations recherche ont elles aussi permis d'aborder des sujets d'actualité comme l'association entre les maladies parodontales et les autres maladies. Margaux Adolph a présenté les résultats de son travail de recherche épidémiologique sur le lien entre statut parodontal et mortalité. Benjamin Coyac a exposé ensuite son travail de doctorat d'université sur le lien entre hypophosphatémie et parodontite chez la souris Hyp, réalisé au laboratoire Pathologies, Imageries et Biothérapies oro-faciales de l'UFR d'odontologie de l'université Paris Descartes (Pr Catherine Chaussain).



Michel Jourde, secrétaire perpétuel de l'Académie Nationale de Chirurgie dentaire et son épouse

Après ce programme dense, c'est sous le signe du chic et de l'élégance que s'est achevée cette première journée autour d'un diner de gala. Nos invités, le Dr Paul Samakh, vice-président de l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes et le Dr Michel Jourde, secrétaire perpétuel de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire, ont honorés de leur présence notre manifestation. Ils nous ont rappelé combien la parodontologie occupe une place centrale dans l'exercice de la chirurgie-dentaire et l'importance de



SÉMINAIRE DU POSTGRADUATE EN PARODONTOLOGIE ET DENTISTERIE IMPLANTAIRE DE PARIS DIDEROT À CHANTILLY (SUITE)



Francis Mora entouré des étudiants de première et deuxième année - Sébastien Moreaux Zeineb Hamdi, Sabrina Fessi, Maha Bennani, Laurent Detzen et Anna Karimova

formations d'exigence dans cette discipline. La présence également de nos collègues de Paris Descartes, le Pr Catherine Chaussain, le Pr Marie-Laure Colombier et le Dr Marjolaine Gosset a souligné les liens de nos deux UFR au sein de la parodontologie française.

C'est de façon très studieuse que l'équipe enseignante a commencé la journée du dimanche avec une réunion pédagogique où Benjamin Coyac, de retour d'un séjour dans le programme d'Haifa (Israël) nous a fait part de son expérience. Les étudiants et les invités ont pu profiter du cadre somptueux du domaine Dolce de Chantilly.

La matinée s'est ensuite déroulée au rythme de conférences en dentisterie implantaire et en parodontologie parmi lesquelles : la gestion des tissus mous pour prévenir les complications implantaire (Jacques Malet), la problématique du volume osseux réduit chez les patients atteints d'oligodontie (Stéphane Kerner), les options thérapeutiques parodontales adaptées aux demandes spécifiques des patients, en particulier associées aux convictions religieuses (Alice Pallier) et enfin l'évaluation des facteurs et indicateurs de risque implantaire chez les malades parodontaux (May Feghali). C'est en beauté que nous avons terminé la matinée par une conférence du Docteur Karin Jepsen (Bonn, Allemagne) sur la chirurgie plastique parodontale, celle-ci exposant des situations cliniques très complexes où la chirurgie mucogingivale et les techniques de régénération cohabitent.

Éric Maujean - président de la SFPIO parisienne et Marjolaine Gosset - Membre du bureau national de la SFPIO représentaient le Pr V Monnet Corti présidente de la SFPIO (retenue à d'autres obligations internationales) et ainsi soutenaient ces rencontres chantillyennes qui promeuvent l'excellence de la parodontologie et de l'implantologie orale française.



Michèle Reners, rédactrice en chef de l'Information Dentaire, entourée de Philippe Bouchard et d'Eric Maujean

Ce séminaire fut donc riche d'échanges, de bonne humeur et d'enseignements. Nous tenons surtout à remercier chaleureusement nos partenaires, les laboratoires Colgate et Straumann, qui ont si bien contribué à la réussite de cet événement. C'est avec joie que nous nous retrouverons pour le 6^e séminaire cantilien !

Isabelle Fontanille



Participants au séminaire de Chantilly

LAURÉATS CONCOURS PIERRE KLEWANSKY « L'ART DU SOURIRE »

Le premier Prix Pierre Klewansky a été remis il y a quelques semaines. Rappelons que ce prix récompense les talents photographiques des confrères passionnés par la photo ou le septième art, passion partagée par le professeur Klewansky tout au long de son parcours universitaire. Le sujet de la première édition était « L'Art du Sourire ». Pour illustrer ce thème, trois confrères lauréats ont choisi des approches techniques, esthétiques ou informatiques très différentes. Le jury composé des membres du bureau de la SFPIO Alsace les félicite et vous propose de renouveler le défi. Le thème retenu pour l'an prochain est en rapport le premier Forum sur la Prophylaxie organisé à Strasbourg le 5 Mai 2017. Nous espérons que ce nouveau sujet « **La Prophylaxie Parodontale** » saura vous inspirer. Nous attendons vos clichés à adresser à « sfpio-alsace@orange.fr » avant le 1er mai prochain ; les meilleurs seront comme cette année récompensés par des prix remis par nos laboratoires partenaires.

Lauréats 2016



1^{er} prix

Dr Bernard MAGNEVILLE

Ouvrage Chirurgie Plastique Parodontale, par Markus Hürzeler et Otto Zuhr



PATIENTS SOUFFRANT DE PARODONTITE ?
TRANSFORMEZ VOTRE RECOMMANDATION
EN OBSERVANCE.



NOUVEAU *meridol*® **PARODONT EXPERT** développé spécifiquement
pour les patients aux gencives sujettes à la parodontite:

- Plus forte concentration en agents antibactériens de la gamme *meridol*®
- Renforce la résistance des gencives contre la parodontite
- Son goût unique encourage l'observance

Ions stanneux (Sn²⁺)
haute efficacité
antibactérienne

Fluorure d'Amines Olafleur (AmF)
stabilise les ions stanneux et les
transporte directement à la gencive

**Caprylyl Glycol
et Phenylpropanol**
boostent l'efficacité antibactérienne



Colgate

VOTRE PARTENAIRE
EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Service commercial : 02 37 51 67 59
Colgateprofessional_commandedentiste@colpal.com
www.meridol.fr

« Rires Sous Rires »



2^e PRIX :

Dr Moshé HAMOU

Kit Instrumentation Paro DEPPELER



3^e PRIX :

Dr Isaac Maximiliano Bugueño Valdebenito

Inscription SFPIO Alsace 2017



La SFPIO vous propose



Son ouvrage

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

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



Ses plaquettes

« **Ce que vous devez savoir sur les maladies parodontales** »

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

Ses vêtements à l'effigie de la SFPIO



Blouses brodées SFPIO

homme ou femme, taille XS à XL

50 euros + frais de port

Pantalon assorti (sans logo)

homme ou femme, taille XS à XL

45 euros + frais de port

Taille rallongée

50 euros + frais de port

Calot sérigraphié SFPIO

taille unique

11 euros + frais de port

Pour tout renseignement, contactez le siège social de la SFPIO

02 40 08 06 63

sfpionational@gmail.com

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET MALADIE PARODONTALE



GÉNÉRALITÉS

- Les maladies parodontales (gingivite et parodontite) sont des pathologies inflammatoires atteignant la gencive et le système d'ancrage des dents. Elles se développent par un processus inflammatoire en réponse à la flore microbienne de la cavité buccale. En l'absence de traitement, elles peuvent aboutir à la perte des dents et augmenter le risque des maladies chroniques.
- Lorsqu'une gingivite n'est pas traitée, le processus inflammatoire peut se développer en profondeur et provoquer la destruction du système d'ancrage (parodontite), avec pénétration de bactéries du biofilm et de leurs produits toxiques dans la circulation sanguine. La surface de la plaie infectieuse peut atteindre 200 cm², en fonction de la sévérité de la parodontite.
- Les maladies parodontales sont plus fréquentes chez les sujets atteints de polyarthrite rhumatoïde¹. L'inflammation et les déformations articulaires rendent plus difficiles le brossage de dents².
- *Porphyromonas gingivalis* pourrait jouer un rôle dans l'apparition et/ou l'aggravation de la PR³ (polyarthrite rhumatoïdale).
- Le traitement parodontal pourrait contribuer à une diminution de l'activité de la PR.
- La prise de biomédicaments, fréquemment indiqués dans la prise en charge thérapeutique de la PR, entraîne des précautions vis-à-vis du risque infectieux lors de la réalisation de soins dentaires parodontaux.



Parodonte sain



Gingivite



Parodontite



PATIENT A RISQUE DE PARODONTITE

- ≥ 40 ans
- Antécédents familiaux de parodontite
- Susceptibilité aux infections
- Tabac
- Stress, anxiolytiques
- Risque carieux plus faible

Le patient est-il à risque ?

oui

Inciter le patient à consulter son dentiste + Prescrire un bilan parodontal

non

Informé le patient à propos des signes de maladies parodontales et des risques

RECOMMANDATIONS

À la découverte et lors du bilan de complications, pensez également à demander à votre patient si :

- ses gencives saignent,
- il a remarqué l'apparition d'espaces entre ses dents,
- ses dents se déchaussent, sont mobiles, se sont déplacées, et/ou ont été perdues,
- il a mauvaise haleine.

Il peut être atteint d'une maladie parodontale. Les patients à risque de maladie parodontale sont généralement âgés de plus de 40 ans, avec une hygiène bucco-dentaire insuffisante.

Optimiser le contrôle de plaque

- **Conseils** : se brosser les dents soigneusement au minimum 2 fois par jour, et insister sur le brossage interdentaire
- Consulter un chirurgien-dentiste pour une visite et **un bilan parodontal** tous les ans

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET MALADIE PARODONTALE



GÉNÉRALITÉS

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie articulaire inflammatoire chronique à expression systémique.
- La PR concerne environ 0,4% de la population française.
- Non traitée, elle aboutit à la destruction des articulations, causant douleurs, déformations articulaires, handicaps moteurs et diminution de la qualité de vie¹.
- Les maladies parodontales sont plus fréquentes chez les sujets atteints de PR² :
 - *Porphyromonas gingivalis* pourrait jouer un rôle dans l'apparition et/ou l'aggravation de la PR³.
 - L'inflammation et les déformations articulaires rendent plus difficiles le contrôle de plaque dentaire.
 - Les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire touchent fréquemment les patients atteints de PR.
 - Le syndrome de Sjögren accompagne fréquemment la PR. La diminution du flux salivaire augmente le risque de parodontite mais aussi de carie et de candidose.

LES TRAITEMENTS DE FOND DE LA PR

- Méthotrexate (comprimés ou injections sous-cutanées)⁵
- Biomédicaments (injections sous-cutanées toutes les semaines à toutes les 4 semaines ou perfusions intraveineuses tous les mois à tous les 6 mois)⁵.

RECOMMANDATIONS

- Privilégier les rendez-vous l'après-midi pour laisser passer les raideurs matinales et proposer des rendez-vous courts.
- Porter attention à la position du patient sur le fauteuil pour tenir compte des douleurs articulaires (se munir d'un petit oreiller).
- Dépister la parodontite chronique, les infections péri-apicales chroniques, la sécheresse buccale.
- Le traitement parodontal pourrait aider à diminuer l'activité de la PR.
- Il est préférable, si possible, d'effectuer les traitements conservateurs avant passage au biomédicament.
- La prise de biomédicaments entraîne des précautions vis-à-vis du risque infectieux lors de la réalisation de soins dentaires.

Deux facteurs doivent être pris en compte pour organiser les soins bucco-dentaires: l'invasivité du geste et le risque infectieux local (présence de plaque, tartre).

L'antibioprophylaxie se calque sur les recommandations contre le risque d'endocardite infectieuse, l'arrêt du biomédicament doit être anticipé avant l'intervention en fonction de la durée de demi-vie de la molécule (variable selon les traitements)⁶.

Le délai entre la dernière injection du biomédicament et la réalisation de soins dentaires invasifs devra prendre en compte le niveau d'activité de la PR, les comorbidités, l'existence d'une corticothérapie générale et pourra être discuté avec le rhumatologue⁷.

- Propositions de délais d'arrêt selon la molécule (à titre indicatif, en cas de soins dentaires invasifs programmés) :

Anti-TNF

Etanercept (SC) : 2 semaines
Adalimumab (SC), Certolizumab (SC),
Golimumab (SC),
Infliximab (IV) : 4 semaines

Modulateur de la costimulation

Abatacept (IV) : 4 semaines
Abatacept (SC) : 2 semaines

Anti-IL6

Tocilizumab (IV) : 4 semaines
Tocilizumab (SC) : 2 semaines

Anti-CD20

Rituximab (IV) : 6 mois

- La reprise des injections d'agent biologique du biomédicament se fera dès cicatrisation muqueuse, en l'absence de complication infectieuse⁸.



Bibliographie : 1/ REF <http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato16/site/html/cours.pdf> - 2/ REF Mikuls T et al. Arthritis Rheumatol 2014;66:1090-1100. REF Monzarat P, et al. Oral Health Dent Manag 2014;13:113-9. - 3/ REF Wegner N, et al. Arthritis Rheum 2010;62:2662-72. REF Montgomery AB, et al. Ann Rheum Dis 2016;75:1255-61. - 4/ Blaizot A, et al. Int Dent J 2013;63:145-53. - 5/ REF Cantagnal A, et al. Rev Prat 2012;62:1099-106. - 6/ REF http://www.anzm.sanite.fr/var/anzm_site/storage/original/application/adaa00a42032d712026263ca80d4a60.pdf - 7/ REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/anti-TNF_Dec2010/12_Chirurgie-soins-dentaires.pdf - REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/rituximab/12_Chirurgie-soins-dentaires_brukure_et-traumatismes.pdf - REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/toilizumab2013/F12_CHIRURGIE_SOINS_DENTAIRES_TOCILIZUMAB.pdf - REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Fiches-Aba-Dec2015/ABA_12_Chirurgie.pdf - 8/ REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/anti-TNF_Dec2010/17_Chirurgie-soins-dentaires.pdf - REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/toilizumab2013/F12_CHIRURGIE_SOINS_DENTAIRES_TOCILIZUMAB.pdf - REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Fiches-Aba-Dec2015/ABA_12_Chirurgie.pdf.



2^e prix Lavoisier

Séance Communication Clinique 1 Lyon 2016



SCELLER OU VISSER EN UNITAIRE ? LE CHOIX RAISONNE.

Présenté dans le cadre du congrès national de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale à Lyon en 2016

Xavier BONDIL

Est-il préférable de transvisser ou de sceller une couronne implanto-portée unitaire ? Ce choix laissant nos patients totalement indifférents, il est de notre entière responsabilité. Après une analyse de la littérature, nous aborderons les différences de complications et d'indications et essayer d'en tirer quelques conclusions pour aider le praticien dans ses choix.

1- Analyse de la littérature

a. Considérations mécaniques

La présence du puit d'accès à la vis situé sur la face occlusale des couronnes apporte indéniablement une diminution de la résistance mécanique¹, mais ni la localisation² ni la nature du pourtour du puits n'ont d'influence significative sur cette diminution de résistance mécanique. Les fractures de céramique entre les couronnes transvisées et scellées sont différentes : les couronnes scellées ont tendance à se fracturer à partir du col alors que les couronnes transvisées ont tendance à se fracturer à partir du puits²⁴. (Figures 1 et 2)

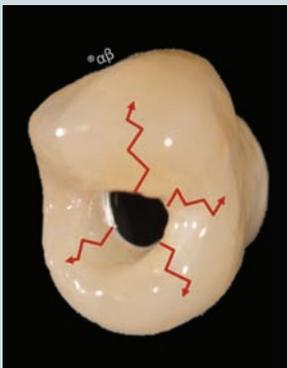


Figure 1 : les fractures de céramique prennent naissance autour de puits d'accès à la vis sur une couronne transvisée. ©αβ



Figure 2 : les fractures de céramique prennent naissance autour du col implantaire en ce qui concerne les couronnes scellées. ©αβ

Le fait de remplir le puits d'accès amoindrit la perte de résistance de la structure¹⁴.

Les contraintes mécaniques se concentrent davantage sur le col de l'implant si les couronnes sont transvisées, mais cela dépend fortement du type de connexion^{20,4,9}. La présence d'un ciment permet une meilleure répartition des contraintes⁷. Plus ce ciment est épais plus il répartit les contraintes mais moins il joue son rôle rétentif.

Les caractéristiques du pilier sont primordiales : pour pouvoir assurer une rétention suffisante pour sceller une couronne, ce pilier doit comporter les éléments suivants : des parois d'une convergence inférieure à 10° voire 6° 13 ; une hauteur d'au minimum 4 mm³ ; un nombre de paroi supérieur à 219. Ni la nature du ciment⁶ ni du matériau du pilier n'ont d'influence significative²³. Par contre augmenter la rugosité du pilier améliore la rétention⁸.

b. Considérations biologiques

L'étude de la flore bactérienne autour des couronnes scellées a montré que non seulement le nombre de bactérie était plus important mais que la typologie était plus proche d'une flore de maladie parodontale¹⁰.

Cet excès de ciment est inéluctable quelle que soit la technique de scellement mais il est prouvé qu'il est largement préférable d'appliquer le ciment soit au pinceau, soit sur les limites plutôt que de remplir l'intrados de la prothèse²². L'excès de ciment est très opératoire dépendant. Les excès de ciment ne sont pas dépendant de la localisation de la prothèse, mais sont inversement proportionnels au diamètre implantaire⁵. Il a été démontré à maintes reprises que l'excès de ciment est clairement un



facteur d'inflammation important¹⁶. (Figure 3). Néanmoins, si le scellement est maîtrisé, il n'y a pas de différence clinique significative²¹.

A noter que pour solidariser une couronne transvissée, il est nécessaire de la coller, ce qui crée, à un niveau certes bien moindre que pour un scellement, une interface qui sera enfouie (figure 4).



Figure 3 : un léger excès de ciment est à l'origine de cette fistule. La stabilité tissulaire à long terme est compromise. ©αβ



Figure 4 : une couronne transvissée est collée au laboratoire, ce qui permet d'obtenir un joint d'une épaisseur minimal et de le polir. Malgré ces avantages, le joint existe et n'est pas négligeable à l'échelle bactériologique. ©αβ

c. Considérations esthétiques

En ce qui concerne les critères esthétiques pour les dents antérieures, il n'y a pas de différence entre une couronne scellée ou transvissée, tant en termes de Pink esthetic score qu'en termes de White esthetic score¹¹.

Par contre, en ce qui concerne les dents postérieures, la présence du puits occlusal porte un préjudice important en terme esthétique, notamment si le pourtour du puits est en métal. L'utilisation de couronnes toute céramique permet de dissimuler plus ou moins efficacement l'aspect disgracieux du puits. (Figures 5 et 6).

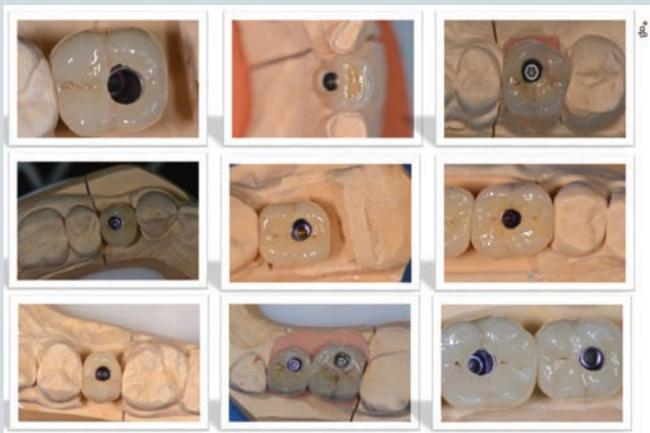


Figure 5 : le puits occlusal amène par essence un préjudice esthétique. ©αβ



Figure 6 : l'utilisation de couronnes en disilicate de lithium permet d'obtenir une intégration satisfaisante avec des prothèses transvissées. ©αβ

d. Considérations fonctionnelles

Les puits occlusaux pouvant occuper jusqu'à 50 % de la surface occlusale¹² et pouvant se situer sur les trajectoires des cycles masticatoires¹⁷, les couronnes transvissées sont moins performantes en terme d'efficacité masticatoire.

2- Complications

Le taux de survie est similaire quel que soit le mode de rétention, mais une survie de la prothèse n'est pas synonyme de succès et de bonne santé. (Figure 7).



Figure 7 : une prothèse qui « survit » n'est pas forcément un succès. ©αβ

Selon l'ITI Team Implantology, il y a davantage de complications biologiques et mécaniques avec les prothèses scellées. Mais cette information est à relativiser car une part importante des complications mécaniques sont des descellements. Une étude fine tend à montrer que si les couronnes transvissées présentent moins de complications, ces dernières sont plus souvent irréversibles.

3- Indications

a. Axe vertical

i. Etage gingival : Plus la limite prothétique va être enfouie, plus le retrait des excès de ciment est difficile, voire impossible^{22,18}.

ii. Etage coronaire : Le pilier devant avoir une hauteur de 4 mm et la céramique devant avoir une épaisseur de 2 mm, il est nécessaire d'avoir une hauteur prothétique

de 6 mm pour sceller une couronne en toute sécurité. (Figure 8).

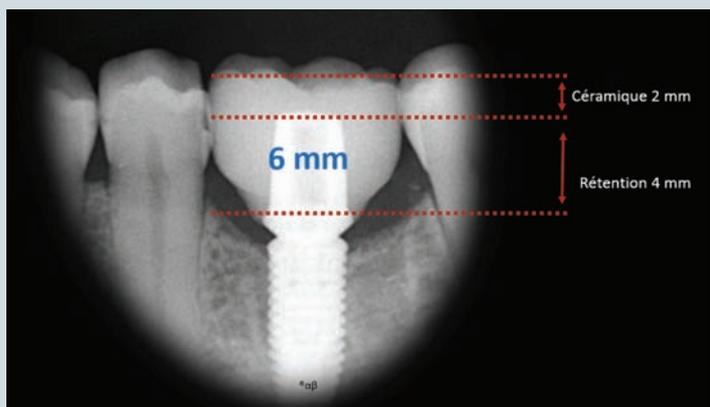


Figure 8 : Si nous additionnons les hauteurs minimales que doivent avoir le pilier et la céramique, pour sceller en sécurité une prothèse nous devons avoir 6 mm de hauteur totale. ©αβ

b. Axe horizontal

i. Secteur antérieur : pour transvisser une couronne, le puit d'accès doit se situer en palatin ou en lingual de la prothèse. Si l'axe prothétique est l'axe implantaire, la couronne devra être scellée (sauf à utiliser les nouveaux systèmes de vis angulées). (Figures 9 et 10).



Figure 9 : Zone antérieure : lorsque les axes implantaire et prothétique sont identiques, il sera nécessaire de sceller la prothèse. ©αβ

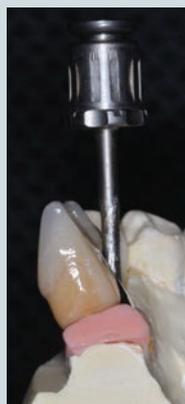


Figure 10 : Zone antérieure : lorsque les axes implantaire et prothétique sont divergents, il est possible de transvisser sans préjudice esthétique. ©αβ

ii. Secteur postérieur : si l'axe implantaire passe par la face occlusale, nous avons une totale liberté de choix entre transvisser ou sceller. (Figure 11).

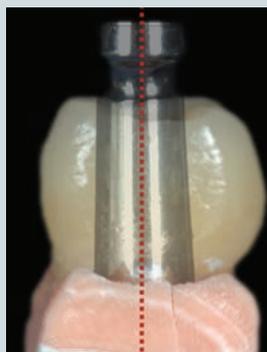


Figure 11 : Zone postérieure : lorsque les axes implantaire et prothétique sont identiques, nous avons une liberté de choix. ©αβ

Conclusion :

Les couronnes scellées présentent des avantages mécaniques, esthétiques et fonctionnels alors que les couronnes transvissées présentent des avantages biologiques et de maintenance. L'implantologie a été conçue initialement pour visser les prothèses, mais par analogie à la prothèse conventionnelle, le scellement des couronnes a été plébiscité. Actuellement, notamment grâce à la C.F.A.O., transvisser les couronnes présente d'excellents atouts, en particulier parodontaux. Mais cette tendance pourrait peut-être s'inverser notamment par les progrès en termes de chirurgie guidée planifiée qui laisse penser qu'il serait possible de placer le pilier définitif au stade de la chirurgie implantaire ; ce qui exclut le vissage des prothèses sus-jacentes.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons conclure ce travail sur trois grands principes :

- Le mode de rétention ne doit pas être dogmatique.
- Ce choix est par-dessus tout dépendant de la position tridimensionnelle de l'implant par rapport à la prothèse.
- Il est indispensable de respecter les indications prothétiques ainsi que de prendre en compte l'environnement biologique et fonctionnel du patient, et ce afin de diminuer le risque d'éventuelles complications voire d'échecs potentiels.



AUTEURS

Xavier BONDIL, docteur en chirurgie dentaire, D.U. de parodontologie et d'implantologie orale, A.E.U. en implantologie, ancien attaché hospitalier des H.C.L., exercice privé à Villefranche sur Saône,

Damien FEUILLET, docteur en chirurgie dentaire, ancien interne des hôpitaux, ancien assistant hospitalo-universitaire des H.C.L., attaché hospitalo-universitaire, exercice privé à Lyon

Philippe RODIER, docteur en chirurgie dentaire, MCU-PH à la faculté de Lyon, responsable de l'UF de parodontologie des H.C.L., direction du D.U. de parodontologie et d'implantologie orale, exercice privé à Lyon

Patrick EXBRAYAT, docteur en chirurgie dentaire, MCU-PH à la faculté de Lyon, expert près de la cours d'appel de Lyon, direction du D.U. de parodontologie et d'implantologie orale, implantologie exclusive, exercice privé à Lyon

REMERCIEMENTS

Toute l'équipe encadrante du D.U.P.I.O. (faculté d'odontologie de Lyon / service de parodontologie des H.C.L.).

Société ZIMMER DENTAL

Société EASY IMPLANT SYSTEM

Laboratoire DENTITEK (69)

Laboratoire PFEFFER (69)

Bibliographie

1. ALMEIDA EO, FREITAS JUNIOR AC, BONFANTE EA, ROCHA EP, SILVA NRFA, COELHO PG. Effect of microthread presence and restoration design (screw versus cemented) in dental implant reliability and failure modes. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2012, 1–6
2. AL-OMARI, SHADID R, ABU-NABA'A L, EL MASOUD B, Porcelain fracture resistance of screw-retained, cement-retained, and screw-cement-retained implant supported metal ceramic posterior crowns. *Journal of prosthodontic* 2010;19:263-273.
3. BERNAL G, OKAMURA M, MUNOZ C. The effects of abutment taper, length and cement type on resistance to dislodgement of cement-retained, implant-supported restorations. *Journal of prosthodontics*. 2003; 12:111-115.
4. CHANG H-S, ET AL., Stress distribution of two commercial dental implant systems: A three-dimensional finite element analysis, *Journal of Dental Sciences* (2013),
5. DE OLIVEIRA JL, MARTIN LM, SANADA J, DE OLIVEIRA PC, DO VALLE AL. The effect of framework design on fracture resistance of metal-ceramic implant-supported single crowns. *Int J Prosthodont*. 2010; 23:350-2.
6. EKFIELD A, CARLSSON L, BORJESSON G. Clinical evaluation of single-tooth restoration supported by osseointegrated implants : a retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1994;9:179-83
7. EL-ANWAR, R.A. TAMAM. FAWZY, S.A. YOUSIEF The effect of luting cement type and thickness on stress distribution in upper premolar implant restored with metal ceramic crowns M.I., Egypt Restorative Dentistry Dept., AL-Farabi Dental College, Jeddah, Saudi Arabia 2015
8. FELTON DA, KANOY E, WHITE J. The effect of surface roughness of crown preparation on retention of cemented castings. *J Prosth Dent* 1987;58:292-6)
9. FREITAS AC, BONFANTE EA, ROCHA EP, SILVA NRFA, MAROTTA L, COELHO PG Effect of implant connexion and restoration design (screwed vs cemented) in reliability and failure modes of anterior crowns. *European Journal of Oral sciences*. 2011; 119:323-330.
10. FÜRHAUSER R, FLORESCU D, BENESCH T, HAAS R, MAILATH G, WATZEK G, KELLER W, BRÄGGER U, MOMBELLI A Peri-implant microflora of implants with cemented and screw retained suprastructures. *Clinical oral implants research*. 1998;9:209-217.
11. FÜRHAUSER ET AL. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the Pink Esthetic score. *Clin Oral Implants Res* 2005 ; 16: 639-644.
12. HEBEL K, GAJJAR R Cement-retained versus screw retained implant restorations : achieving optimal occlusion and esthetics in implant dentistry. *The journal of prosthetic dentistry*. 1997;77:28-35.
13. JORGENSEN K.D The relationship between retention and convergence angle in cemented veneer crowns. – 1955 *Acta Odontol Scand* 13: 35-40
14. KARL Matthias, Friedrich GRAEF, MANFRED G. WICHMANN, and Siegfried M. HECKMANN, The effect of load cycling on metal ceramic screw-retained implant restorations with unrestored and restored screw access holes d University of Erlangen-Nuremberg, Erlangen, Germany
15. KEUM E, SHIN S.A comparaison of retentive strenght of implant cement depending on various methods of removing provisional cement from implant abutment. *The journal of advanced prosthodontics*. 2013 ; 5:234-240.
16. KORSCH M, OBST U, WALTHER Cement-associated peri-implantitis: a retrospective clinical observational study of fixed implant-supported restorations using a methacrylate cement. *W.Clin Oral Implants Res*. 2014 Jul;25(7):797-802
17. LE GALL, LAURET - 2002 Occlusion et fonction, Une approche clinique rationnelle
18. LINKEVICIUS T, PUISYS A, VINDASIUTE E, LINKEVICIENE L, APSE P. Does residual cement around implant-supported restorations cause peri-implant disease? A retrospective case analysis. *Clin. Oral Impl. Res.* 00 , 2012, 1–6 doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02570.x
19. TAN K, MASRI R, DRISCOLL C, LIMKANGWALMONGKOL P, ROMBERG E. Effect of axial wall modification on the retention of cement-retained, implant-supported crowns. *The journal of prosthetic dentistry*. 2012;107:80-85.
20. VERRI, DE SOUZA BATISTA, FERREIRA SANTIAGO JR., AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA, PIZA PELLIZZER Effect of crown-to-implant ratio on peri-implant stress: A finite element analysis Department of Dental Materials and Prosthodontics, UNESP, Univ Estadual Paulista, 1193 José Bonifácio Street, Araçatuba, São Paulo 16015050, Brazil
21. VIGOLO P1, MUTINELLI S, GIVANIA, STELLINI E. Cemented versus screw-retained implant-supported single-tooth crowns: a 10-year randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol*. 2012 Winter;5(4):355-64.
22. WADHWANI, HESS T, PIÑEYRO A, OPLER R, CHUNG KH. Int J Oral Maxillofac Implants. 2012 Jul-Aug;27(4):859-64. Cement application techniques in luting implant-supported crowns: a quantitative and qualitative survey.
23. WITTNEBEN, MILLEN, MCLINDENT, BRÄGGER, Clinical Performance of Screw- Versus Cement-Retained Fixed Implant-Supported Reconstructions— A Systematic Review ITI team Implantology –
24. ZARONE F, Roberto S., TRAINI T., DI LORIO D., CAPUTI S. (2007) Fracture resistance of implant-supported screw-versus cement-retained porcelain fused to metal single crowns: SEM fractographic analysis





1^{er} prix Colgate

Séance Communication Clinique 2 Lyon 2016



PRÉSERVATION DU VOLUME TISSULAIRE INITIAL LORS DES PROTOCOLES D'EXTRACTION/IMPLANTATION IMMÉDIATE UNITAIRE DANS LE SECTEUR ANTÉRIEUR MAXILLAIRE.

HENNER Nicolas, TAVITIAN Patrick, MOLL Vivien, MONNET-CORTI Virginie

Nicolas HENNER

L'avulsion dentaire entraîne une résorption systématique de l'os alvéolaire (Araújo et Lindhe, 2009), (Cawood et Howell, 1988), (Lekovic et al., 1997). Cette résorption atteint en moyenne 40 à 60 % de la hauteur et 50 % de l'épaisseur vestibulo-linguale/palatine d'origine, avec un maximum de perte au cours de la première année (Pietrokovski et Massler, 1967) (Schropp et al., 2003a). Ce phénomène peut s'expliquer par une perte partielle de la vascularisation périostée et ligamentaire entraînant un positionnement environ 2 mm plus apical de la corticale vestibulaire par rapport à la corticale palatine/linguale, après 3 mois de cicatrisation (Araújo et al., 2005).

La pose d'un implant dans une alvéole d'extraction n'interrompt pas le processus de cicatrisation de l'alvéole. Il est donc possible d'extraire une ou plusieurs dents et de mettre en place des implants dans un même temps opératoire (Araujo et al., 2006), (Botticelli et al., 2004). Pour autant, **ces protocoles d'extraction/implantation immédiate ne permettent pas, à eux seuls, de préserver le volume tissulaire initial** : la résorption osseuse persiste atteignant des valeurs sensiblement identiques à celles d'alvéoles cicatrisées sans pose d'implant (Araujo et al., 2005), (Schropp et al., 2003b).

Comment anticiper cette perte tissulaire et prévenir l'apparition de récessions gingivales vestibulaires inesthétiques ?

Cas Clinique :

Un patient de 41 ans, consulte pour une gêne esthétique et fonctionnelle suite à un traumatisme sur la 21, survenu cinq ans auparavant. Son sourire forcé découvre essentiellement les papilles interdentaires (Classe III de Parodontia) (Liébart et al., 2004). Le biotype est plat et épais (Seibert et Lindhe, 1998). La dent est ingressée, en version et en vestibulo-position. L'espace mésio-distal est de 5 mm. L'examen cone-beam objective clairement la présence d'une résorption interne qui pose l'indication d'extraction de la dent et permet également le choix de l'implant pour la remplacer (fig. 1). Après une thérapeutique initiale parodontale (motivation, enseignement à l'hygiène bucco-dentaire et détartrage) le patient a bénéficié d'un traitement multibague partiel maxillaire pendant 6 mois, dans le but de rouvrir l'espace mésio-distal de 21.

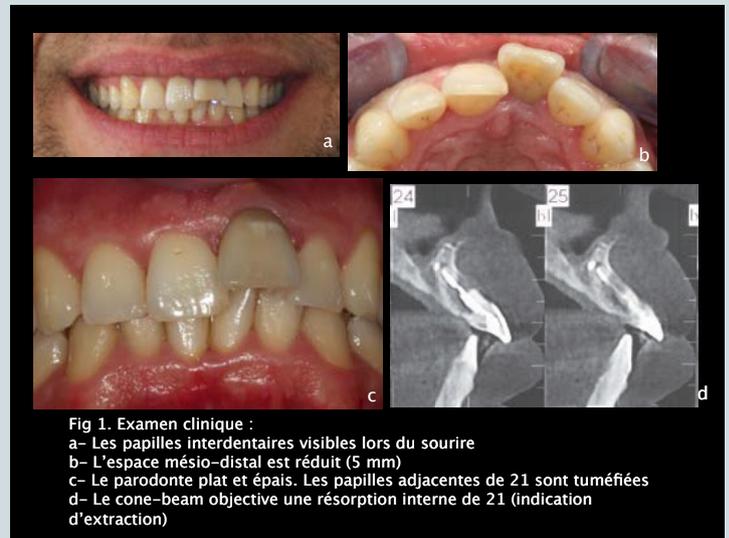


Fig 1. Examen clinique :
a- Les papilles interdentaires visibles lors du sourire
b- L'espace mésio-distal est réduit (5 mm)
c- Le parodonte plat et épais. Les papilles adjacentes de 21 sont tuméfiées
d- Le cone-beam objective une résorption interne de 21 (indication d'extraction)

1 - Classification de l'alvéole pré-extractionnelle :

Juodzbaly propose une classification des alvéoles d'extraction (Juodzbaly et al., 2008) fondée sur : le biotype gingival (quantité et qualité des tissus mous) (Monnet-Corti et Borghetti, 2008) et des paramètres osseux détaillés (hauteur du procès alvéolaire, os disponible au delà de l'alvéole, position verticale de la corticale vestibulaire par rapport à la jonction émail-cément des dents adjacentes, épaisseur de la corticale vestibulaire, présence de lésion osseuse alvéolaire, hauteur des septa osseux adjacents) (fig. 2). De cette classification ressort 3 types d'alvéoles pré-extractionnelles :

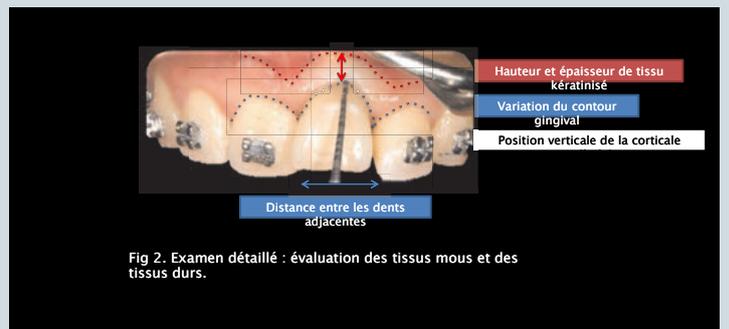


Fig 2. Examen détaillé : évaluation des tissus mous et des tissus durs.



- L'alvéole de type 1 : pour laquelle l'implantation immédiate est recommandée.
- L'alvéole de type 2 : pour laquelle l'implantation immédiate est possible et doit être associée à une augmentation simultanée des tissus mous et des tissus durs.
- L'alvéole de type 3 : pour laquelle l'implantation doit toujours être différée.

Dans le cas présenté nous sommes en présence d'une alvéole de type II. La dent condamnée doit être extraite de manière atraumatique dans le but de préserver à la fois toutes les parois osseuses et l'architecture des tissus mous.

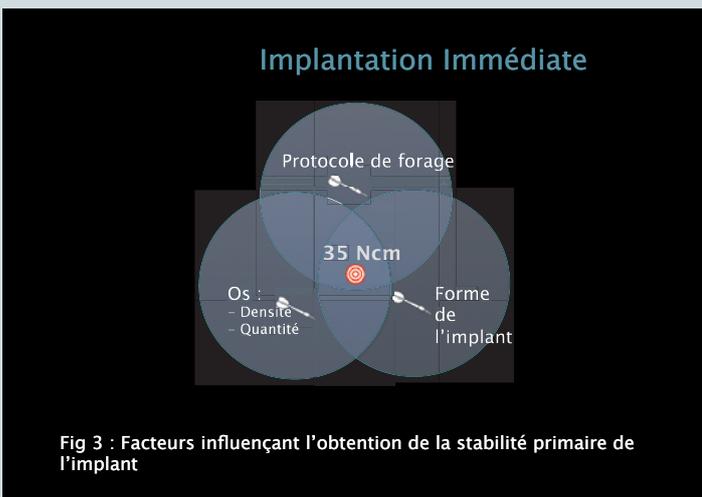
Toutes les précautions doivent être prises lors des mouvements de luxation, en particulier au niveau des dents présentant une paroi alvéolaire fine donc fragile (ici = 1 mm).

2 - Stabilité primaire :

La réussite des protocoles d'extraction/implantation immédiate est entièrement conditionnée par l'obtention de la stabilité primaire de l'implant qui dépend directement :

- de la densité osseuse et de la quantité d'os disponible apicalement à l'alvéole d'extraction (4 mm minimum sont requis pour assurer la stabilité primaire) (Juodzbalys et al., 2008).
- du protocole de forage (étagé ou « pyramidal »)
- de la forme de l'implant (cylindrique ou cylindro-conique)

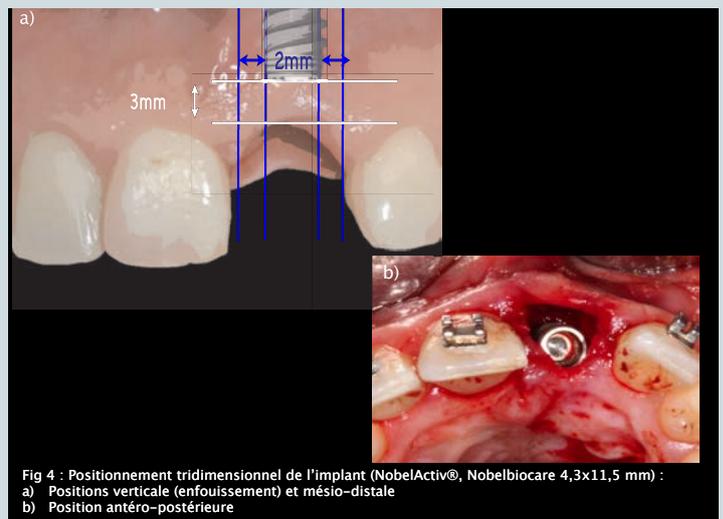
Un couple de serrage minimal de 35 Ncm doit être atteint lors de l'enfouissement de l'implant (Ostman et al. 2005) (fig. 3).



3- Positionnement tridimensionnel de l'implant (fig. 4) :

L'implant doit être placé de manière optimale dans les trois dimensions de l'espace (Belser et al., 2004) :

- 3 à 4 mm au dessus de la jonction émail-cément des dents adjacentes (Kois et Kan, 2001) = gestion du profil d'émergence.
- 3 à 4 mm à partir du rebord externe de la corticale vestibulaire = position palatine de l'implant pour l'aménagement du « gap » vestibulaire, d'autant plus si le parodonte est fin (Kazor et al., 2004).
- à 2 mm des dents adjacentes = respect de l'espace biologique péri-implantaire (Adell et al., 1990).



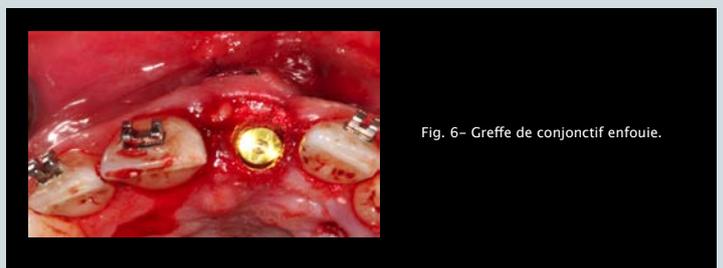
4- Comblement du « gap » vestibulaire (fig. 5) :



L'espace créé entre la corticale vestibulaire et le col implantaire en position palatine doit être comblé par un biomatériau très peu résorbable (Bio-Oss®, Geistlich) dans le but d'augmenter le pourcentage de contact os/implant (Hammerle et al., 2001) et de préserver au maximum le volume osseux initial.

Malgré un respect strict de l'ensemble des étapes chirurgicales décrites jusqu'ici, une résorption osseuse horizontale et verticale persiste : en moyenne, 1,23 mm (1,23 ± 0,75 mm) de perte osseuse horizontale en regard du col implantaire et 0,82 mm (0,82 ± 0,64 mm) de perte osseuse verticale, à 1 an post-opératoire (Roe et al., 2012).

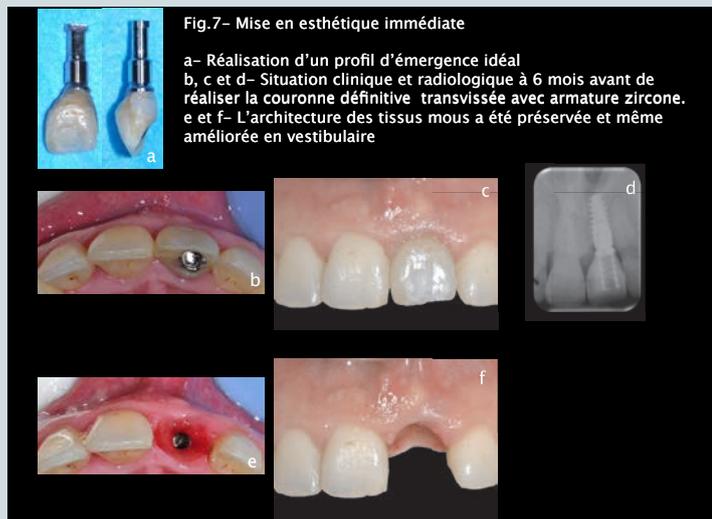
5- Greffe de conjonctif enfouie (fig. 6) :



Les récessions gingivales vestibulaires sont décrites de manière fréquente lors des protocoles d'extraction/implantation immédiate : 0,5 à 0,8 mm dans les études à court terme (1 à 2 ans), un peu plus de 1 mm dans les études à long terme (4 ans en moyenne) (De Rouck et al., 2008). C'est pourquoi le biotype gingival doit être systématiquement évalué : un biotype fin et

festonné est beaucoup moins résistant au traumatisme chirurgical et, par conséquent, plus enclin à la récession. Le volume gingival peut être préservé voire amélioré par l'adjonction d'une greffe de conjonctif enfouie. L'indication de cette technique additionnelle est la conséquence directe du remodelage et de la résorption de l'os alvéolaire qui font suite à l'avulsion (Cosyn et al., 2013).

6- Mise en esthétique immédiate (fig. 7) :



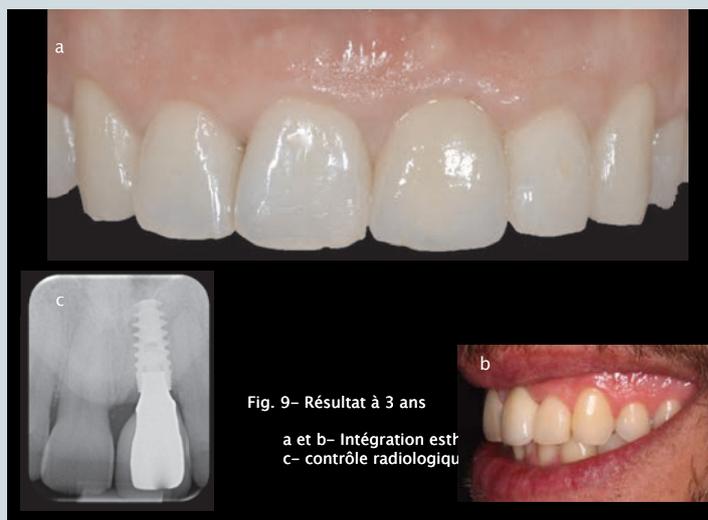
Elle répond à deux objectifs :

- esthétique : mise en place d'un élément cosmétique,
- thérapeutique : maturation/modelage des tissus mous péri-implantaire.

La face vestibulaire de la dent extraite peut être récupérée et solidarisée, à l'aide de résine, à un cylindre provisoire anti-rotationnel. Le profil d'émergence est préparé et poli pour favoriser un espace biologique sans compression excessive de la gencive (profil concave). La réalisation d'un profil d'émergence progressif doit permettre une stabilité ou un positionnement plus coronaire de la gencive marginale. L'occlusion est ajustée afin qu'il n'y ait aucun contact en occlusion statique et dynamique.

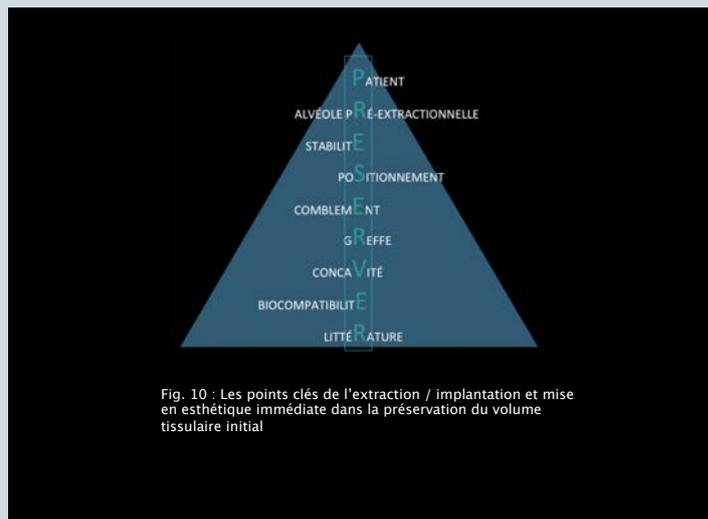
La mise en esthétique immédiate permet ainsi le maintien des papilles interproximales et guide la cicatrisation vers une amélioration du biotype (épaisseur des tissus mous en vestibulaire).

Une couronne définitive transvissée monobloc avec une armature zircono peut alors être réalisée. Ce type de réalisation présente de nombreux avantages : biocompatibilité de la zircono (meilleur comportement que le titane au niveau des tissus mous), absence de ciment de scellement (favorise les manipulations et évite l'inflammation des tissus périphériques), qui offrent ainsi des résultats esthétiques stables sur le long terme (Weber et al., 2006) (Bonnet, 2011) (fig. 8)



Conclusion :

La capacité d'obtenir, dans le secteur antérieur maxillaire, une prothèse unitaire implanto-portée en harmonie avec les dents et le parodonte adjacent est donc un véritable challenge. Toutes les techniques de préservation alvéolaire visant à maintenir le volume des tissus mous et les tissus durs existant au moment de l'extraction (Hämmerle et al., 2012) doivent être mises en place dans le but de limiter la résorption osseuse post-extractionnelle (fig. 10).



L'extraction/implantation et la mise en esthétique immédiate des implants placés dans une alvéole fraîchement déshabituée offrent un très bon pronostic. L'approche clinique décrite ici peut être adoptée avec succès ; elle minimise le temps de traitement et augmente significativement la satisfaction de nos patients qui doivent être motivés et informés (Del Fabbro et al., 2015).

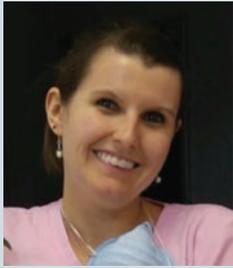
HENNER Nicolas, TAVITIAN Patrick, MOLL Vivien,
MONNET-CORTI Virginie



Bibliographie

- Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Branemark PI, Jemt T. Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990; 5: 347-359.
- Araújo, M.G., Sukekava, F., Wennström, J.L., and Lindhe, J. (2005). Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. *J. Clin. Periodontol.* 32, 645–652.
- Araújo, M.G., Sukekava, F., Wennström, J.L., and Lindhe, J. (2006). Tissue modeling following implant placement in fresh extraction sockets. *Clin. Oral Implants Res.* 17, 615–624.
- Araújo, M.G., and Lindhe, J. (2009). Ridge alterations following tooth extraction with and without flap elevation: an experimental study in the dog. *Clin. Oral Implants Res.* 20, 545–549.
- Belser U, Buser D, Higginbottom F. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding esthetics in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19: 73-74.
- Bonnet F. Extraction implantation temporisation immédiate unitaire. *Information Dentaire* 2011; 12: 55-66.
- Botticelli, D., Berglundh, T., and Lindhe, J. (2004). Hard-tissue alterations following immediate implant placement in extraction sites. *J. Clin. Periodontol.* 31, 820–828.
- Cawood, J.J., and Howell, R.A. (1988). A classification of the edentulous jaws. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 17, 232–236.
- Cosyn, J., De Bruyn, H., and Cleymaet, R. (2013). Soft tissue preservation and pink aesthetics around single immediate implant restorations: a 1-year prospective study. *Clin. Implant Dent. Relat. Res.* 15, 847–857.
- Del Fabbro M, Ceresoli V, Taschieri S, Ceci C, Testori T. Immediate Loading of Postextraction Implants in the Esthetic Area: Systematic Review of the Literature. *Clin Implant Dent Relat Res* 2015; 17: 52-70.
- De Rouck T, Collys K, Cosyn J. Immediate single-tooth implants in the anterior maxilla: a 1-year case cohort study on hard and soft tissue response. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 649-657.
- Hammerle CH, Lang NP. Single stage surgery combining transmucosal implant placement with guided bone regeneration and bioresorbable materials. *Clin Oral Implants Res* 2001; 12: 9-18.
- Hammerle, C.H.F., Araújo, M.G., Simion, M., and Osteology Consensus Group 2011 (2012). Evidence-based knowledge on the biology and treatment of extraction sockets. *Clin. Oral Implants Res.* 23 Suppl 5, 80–82.
- Juodzbaly G, Sakavicius D, Wang HL. Classification of extraction sockets based upon soft and hard tissue components. *J Periodontol* 2008; 79: 413-424.
- Kazor CE, Al-Shammari K, Sarment DP, Misch CE, Wang HL. Implant plastic surgery: a review and rationale. *J Oral Implantol* 2004; 30: 240-254.
- Kois JC, Kan JYK. Predictable peri-implant gingival esthetics: Surgical and prosthodontic rationales. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001; 13: 691-98.
- Lekovic, V., Kenney, E.B., Weinlaender, M., Han, T., Klokkevold, P., Nedic, M., and Orsini, M. (1997). A bone regenerative approach to alveolar ridge maintenance following tooth extraction. Report of 10 cases. *J. Periodontol.* 68, 563–570.
- Liébart MF, Fouque-Deruelle C, Santini A, Dillier FL, Monnet-Corti V, Glise JM, Borghetti A. Smile line and periodontium visibility. *Periodont pract today* 2004; 1: 17-25.
- Monnet-Corti V, Borghetti A. Physiologie-pathologie et examen clinique du complexe muco-gingival. In : Borghetti A, Monnet-Corti V. *Chirurgie Plastique Parodontale 2ème édition.* Paris: CDP 2008; 33-61.
- Ostman PO, Hellman M, Sennerby L. Direct implant loading in the edentulous maxilla using a bone density-adapted surgical protocol and primary implant stability criteria for inclusion. *Clin Implant Dent Relat Res* 2005; 7: 60-69.
- Pietrokovski, J., and Massler, M. (1967). Alveolar ridge resorption following tooth extraction. *J. Prosthet. Dent.* 17, 21–27.
- Roe P, Kan JY, Rungcharassaeng K, Caruso JM, Zimmerman G, Mesquida J. Horizontal and vertical dimensional changes of peri-implant facial bone following immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: a 1-year cone beam computed tomography study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2012; 27: 393-400.
- Schropp, L., Kostopoulos, L., and Wenzel, A. (2003a). Bone healing following immediate versus delayed placement of titanium implants into extraction sockets: a prospective clinical study. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants* 18, 189–199.
- Schropp, L., Wenzel, A., Kostopoulos, L., and Karring, T. (2003b). Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 23, 313–323.
- Seibert J, Lindhe J. Esthetics and periodontal therapy. In : Lindhe J ed. *Clinical periodontology and implant dentistry.* Copenhagen : Munksgaard, 1998: 647-681.
- Weber HP, Kim DM. Peri-implant soft tissue health surrounding cement and screw-retained implant restorations: a multi-center, 3-year prospective study. *Clin Oral Impl Res* 2006; 17: 375-379.





Elodie LACALM

3^e prix Information Dentaire Séance Communication Clinique 2 Lyon 2016

CONNAISSANCES SUR LES MALADIES PARODONTALES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES PROFESSIONNELS DE LA NAISSANCE.

Elodie LACALM, Docteur en chirurgie dentaire, exercice privé sur Port de Bouc.

Vivien MOLL, Docteur en chirurgie dentaire, exercice privé sur Martigues et assistant hospitalo-universitaire.

Sous-section d'enseignement de parodontologie, UFR d'odontologie, 27 boulevard Jean Moulin et service d'odontologie de la Timone APHM, 264 rue Saint Pierre, 13385 Marseille Cedex 5.

Virginie MONNET-CORTI, Professeur des universités et praticien hospitalier.

Sous-section d'enseignement de parodontologie, UFR d'odontologie, 27 boulevard Jean Moulin et service d'odontologie de la Timone APHM, 264 rue Saint Pierre, 13385 Marseille Cedex 5.

Introduction :

Durant la grossesse les modifications hormonales induisent une fréquence plus importante des maladies parodontales et plus particulièrement de la gingivite (1,2). En effet, on parle d'une entité propre la gingivite gravidique qui touche 60 à 75% des femmes enceintes (3). Des études ont montré que cette gingivite peut être un facteur de risque de survenue de parodontite (4,5).

Les conséquences de la parodontite sur la femme enceinte et le fœtus vont être de 3 ordres, on parle de la théorie de l'infection focale évoquée pour la première fois par Miller en 1891 (6) puis confirmée pour ce qui est de la parodontite par Offenbacher et son équipe dans les années 1990 (7).

Il a été ainsi démontré que les bactéries parodontales et les médiateurs de l'inflammation ont la capacité de se disséminer jusqu'à l'unité fœto-placentaire via la circulation sanguine générale et d'induire des complications de grossesse que sont la prématurité (8-16), la naissance à terme d'un enfant de faible poids (8-10,13,17,18) et la pré-éclampsie (8,17-19).

Cependant, une fois la parodontite installée, les avis divergent quant à l'efficacité des traitements non chirurgicaux (détartrage et surfaçage), tout à fait réalisables et sans risque chez la femme enceinte. En effet, les résultats ne sont pas significatifs; certaines publications ont montré une efficacité permettant de réduire l'apparition des conséquences néfastes au cours de la grossesse (20-25), mais d'autres, au contraire, ont montré que ces thérapeutiques n'ont aucun effet que ce soit positif ou négatif (26-30). Il serait donc plus utile d'agir avant que la pathologie s'installe, en préventif. Cette prévention pourrait passer par de l'information apportée par les professionnels de la naissance qui sont le plus en contact avec les patientes durant leur grossesse. Mais pour pouvoir informer, il faut d'abord être formé...

Les objectifs de notre enquête auprès des professionnels de la

naissance ont été d'évaluer leur niveau de connaissance sur les maladies parodontales, leur prise en charge de la patiente enceinte ainsi que leur relation avec le chirurgien-dentiste. Pour l'enquête auprès des patientes ils ont été priés d'évaluer leur niveau de connaissance sur les maladies parodontales et de cerner leurs attitudes bucco-dentaires durant leur grossesse.

Matériel et Méthode :

Notre étude s'est déroulée dans les services de maternité et d'obstétrique de l'hôpital de Martigues du 21 janvier au 17 avril 2015. Pour la mettre en place nous avons utilisé un questionnaire pour le personnel soignant, un questionnaire pour les patientes, un consentement éclairé à l'étude, des flyers informatifs, des affiches informatives pour les salles d'attente et de repos et une fiche de conseils.

Nous avons mené deux enquêtes en parallèle; la première auprès du personnel soignant où le seul critère d'inclusion était de faire partie du personnel de l'hôpital de Martigues et le critère de non inclusion de refuser de participer à l'étude. Nous avons ainsi constitué deux groupes ; le premier de 9 gynécologues et le second de 25 sages-femmes.

La seconde enquête a été menée auprès des patientes enceintes ou venant d'accoucher. Les critères d'inclusion étaient de faire partie des patientes de l'hôpital de Martigues, d'être une patiente enceinte en consultation obstétrique ou ayant accouché séjournant en maternité en chambre seule pour un maximum de confidentialité. Les critères de non inclusion étaient d'être une patiente en consultation obstétrique mais non enceinte, patiente de maternité en chambre double, ou patiente refusant de participer à l'étude. Nous avons ainsi constitué 3 groupes de 30 patientes au fil de l'eau des consultations et hospitalisations; un premier groupe de patientes en 1^{er} partie de grossesse, un deuxième groupe en 2^e partie et le troisième en post couche.



Résultats :

Les résultats de l'enquête auprès du personnel soignant montrent que seulement 12.5% des sages-femmes et 33 % des gynécologues détiennent une information au sujet des maladies parodontales.

Par contre 78 % des gynécologues et 54 % des sages-femmes savaient que les maladies parodontales étaient plus fréquentes chez la femme enceinte. 78 % et 65 % d'entre eux savaient également que celles ci pouvaient entraîner un accouchement prématuré ou la naissance d'un enfant de faible poids. 56 % des gynécologues et 73 % des sages-femmes disent de pas avoir reçu de formation initiale sur notre sujet et aucune des sages-femmes et seulement 11 % des gynécologues ont suivi une formation continue. Pour ce qui est de la relation avec le chirurgien-dentiste, seulement 40 % des professionnels de la grossesse interrogés trouvent une raison pour qu'un chirurgien-dentiste fasse appel à eux pour les soins de leurs patientes. Parmi les gynécologues 67 % ne sont jamais consultés par un dentiste et 33 % que rarement. Chez les sages-femmes 77 % ne sont jamais consultées par un chirurgien-dentiste et 12 % que rarement. En ce qui concerne le dialogue avec leurs patientes, 44% des gynécologues et 54 % des sages-femmes n'informent jamais leurs patientes sur le sujet, 33 et 35 % que rarement. Vingt sept pourcents des sages-femmes ne discutent jamais avec leurs patientes de leurs problèmes bucco-dentaires, 67 % des gynécologues et 58 % des sages-femmes que rarement.

Les résultats de notre enquête auprès des sages-femmes montrent que celles ci sont moins informées que les gynécologues sur les pratiques bucco-dentaires durant la grossesse et sur les maladies parodontales. Et qu'elles sont donc moins aptes à orienter leurs patientes vers une prise en charge adéquate.

Les résultats de notre enquête auprès des gynécologues montrent que des connaissances sur les pratiques bucco-dentaires durant la grossesse sont bel et bien existantes mais que ces connaissances sont moindres concernant les maladies parodontales. Pour les deux groupes, il y a une absence de communication avec les chirurgiens-dentistes et une faible transmission de l'information aux patientes le plus souvent par manque de temps et de formation.

Les résultats de l'enquête menée auprès des patientes montrent que tous groupes confondus, des symptômes sont présents chez plus de 72 % des patientes lors de leur grossesse. Le signe clinique le plus répandu est le saignement gingival à 63 %. Malgré la forte prévalence de ces symptômes seulement 10 % des patientes interrogées ont consulté un chirurgien-dentiste lors de leur grossesse.

Tous groupes confondus 3 1% des patientes savaient ce qu'est une gingivite et 13% une parodontite. Les sources d'information des patientes étaient le dentiste à 33 %, les magazines et internet à 43 %, l'entourage à 23 %, la sécurité sociale à 20 % et les professionnels de la naissance à seulement 14%.

Sur les 75 % des patientes interrogées ayant reçu une information, seulement 14 % ont consulté un chirurgien-dentiste

par la suite. Parmi les femmes ayant rencontré des problèmes durant une précédente grossesse 30 % n'ont pas voulu consulter un chirurgien dentiste tant qu'elles étaient enceintes, et sur les 70 % ayant consulté seulement 48 % ont vu leur problème résolu par un soin de leur dentiste. Les patientes ayant eu des problèmes parodontaux ou dentaires lors de leur grossesse précédente avaient pour 23 % d'entre elles une hygiène bucco-dentaire plus attentive qu'auparavant et 12 % faisaient des contrôles plus réguliers chez leur dentiste. Par contre 65 % de ces patientes n'avaient en rien changé leurs attitudes.

Discussion :

Au final, ce que l'on peut déduire de notre enquête auprès des sages-femmes est qu'elles détiennent que peu d'information sur notre sujet et que du coup il y a peu de dialogue à ce propos avec leurs patientes. George et son équipe ont obtenu la même conclusion dans leur étude menée en 2012 en Australie (31). Mais dans la plupart des études, les sages-femmes font partie du groupe des professionnels de la naissance indissociées des gynécologues, elles sont donc peu interrogées en tant que groupe à part entière comme c'est le cas dans notre étude et nous avons donc peu de réponses à leur sujet.

De notre enquête auprès des gynécologues nous pouvons déduire que des connaissances sont existantes concernant la prise en charge bucco-dentaire de leurs patientes et les risques impliqués par la présence d'une maladie parodontale mais qu'il y a une inadéquation avec leur comportement clinique. En effet, ils ne transmettent que très peu ces informations à leurs patientes. C'est également ce qui est ressorti de plusieurs études menées ces dernières années dans le monde (11,21,32-34).

Enfin de notre enquête menée auprès des femmes enceintes nous pouvons déduire qu'il n'y a quasiment aucune information présente et ce quelque soit le stade de la grossesse. Ceci est en cohérence avec les résultats de l'enquête menée auprès du personnel soignant qui n'est pas un vecteur d'information. Les dentistes par contre sont un bon vecteur d'information cités à 30 %. La sécurité sociale l'a compris puisqu'elle a mis en place en 2014 un dispositif de bilan bucco-dentaire à destination de la femme enceinte proposant une consultation pour un bilan bucco-dentaire pris en charge à 100 % du 4^e mois de grossesse à 12 jours après l'accouchement. Mais dans notre enquête aucun gynécologue et seulement 23 % des sages-femmes en avaient entendu parler. Parmi les patientes, celles du 1^{er} groupe étaient significativement moins informées que celles des groupes 2 et 3. Ce qui est normal puisqu'elles doivent recevoir le courrier après le 1^{er} trimestre de grossesse. Mais sur 40 patientes informées seulement une seule a profité du dispositif. Il faudra voir par le biais de nouvelles enquêtes si ce nouveau dispositif a de l'avenir! Il faut aussi mettre en place de nouvelles solutions pour que l'information soit diffusée largement et que notre action soit complète!

Conclusion :

En conclusion nous pouvons affirmer qu'il faut développer les relations entre les professionnels de la naissance et les



chirurgiens-dentistes pour une meilleure prise en charge des patientes, qu'il faut améliorer la formation initiale et continue des professionnels de la naissance sur les maladies parodontales et leurs conséquences sur la grossesse afin qu'ils puissent transmettre ces informations à leurs patientes et qu'il faut élargir les moyens d'information des patientes enceintes ou non en

utilisant par exemple les professionnels, la sécurité sociale, les magazines ou la télévision...

Nous pourrions ainsi évaluer par le biais de nouvelles enquêtes si ces moyens d'information représentent bien un acte de prévention chez la femme enceinte.

Bibliographie

1. Descamps P, Marret H, Binelli C, Chaplot S, Gillard P. [Body changes during pregnancy]. *Neurochirurgie*. 2000;46(2):68-75.
2. Zachariassen RD. The effect of elevated ovarian hormones on periodontal health: oral contraceptives and pregnancy. *Women Health*. 1993;20(2):21-30.
3. Wu M, Chen S-W, Jiang S-Y. Relationship between Gingival Inflammation and Pregnancy. *Mediators Inflamm*. 2015;2015:e623427.
4. Schätzle M, Loe H, Bürgin W, Anerud A, Boysen H, Lang NP. Clinical course of chronic periodontitis. 30e éd. 2003;887-901.
5. Lang NP, Schätzle MA, Loe H. Gingivitis as a risk factor in periodontal disease. 36e éd. 2009;3-8.
6. Miller WD. The human mouth as a focus of infection. 33e éd. 1891;689-713.
7. Collins JG, Windley HW, Arnold RR, Offenbacher S. Effects of a *Porphyromonas gingivalis* infection on inflammatory mediator response and pregnancy outcome in hamsters. *Infect Immun*. 1994;62(10):4356-61.
8. Ide M, Papanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes – systematic review. *J Periodontol*. 2013;84(4-s):S181-94.
9. Gomes-Filho IS, Cruz SS, Rezende EJC, dos Santos CAST, Soledade KR, Magalhães MA, et al. Exposure measurement in the association between periodontal disease and prematurity/low birth weight. *J Clin Periodontol*. 2007;34(11):957-63.
10. López NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight in Women with Periodontal Disease. *J Dent Res*. 2002;81(1):58-63.
11. Wilder R, Robinson C, Jared HL, Lieff S, Boggess K. Obstetricians' knowledge and practice behaviors concerning periodontal health and preterm delivery and low birth weight. *J Dent Hyg JDH Am Dent Hyg Assoc*. 2007;81(4):81.
12. Agueda A, Ramón JM, Manau C, Guerrero A, Echeverría JJ. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a prospective cohort study. *J Clin Periodontol*. 2008;35(1):16-22.
13. Rakoto-Alson S, Tenenbaum H, Davideau J-L. Periodontal Diseases, Preterm Births, and Low Birth Weight: Findings From a Homogeneous Cohort of Women in Madagascar. *J Periodontol*. 2009;81(2):205-13.
14. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal Infection as a Possible Risk Factor for Preterm Low Birth Weight. *J Periodontol*. 1996;67(10s):1103-13.
15. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP, et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol Am Acad Periodontol*. 1998;3(1):233-50.
16. Huck O, Tenenbaum H, Davideau J-L. Relationship between Periodontal Diseases and Preterm Birth: Recent Epidemiological and Biological Data. *J Pregnancy*. 2011;2011:e164654.
17. Barak S, Oettinger-Barak O, Machtei EE, Sprecher H, Ohel G. Evidence of periopathogenic microorganisms in placentas of women with preeclampsia. *J Periodontol*. 2007;78(4):670-6.
18. Nabet C, Lelong N, Colombier M-L, Sixou M, Musset A-M, Goffinet F, et al. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *J Clin Periodontol*. 2010;37(1):37-45.
19. Sgolastra F, Petrucci A, Severino M, Gatto R, Monaco A. Relationship between Periodontitis and Pre-Eclampsia: A Meta-Analysis. *Kato M, éditeur. PLoS ONE*. 2013;8(8):e71387.
20. Polyzos NP, Polyzos IP, Mauri D, Tziaras S, Tsappi M, Cortinovis I, et al. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(3):225-32.
21. Tarannum F, Faizuddin M. Effect of periodontal therapy on pregnancy outcome in women affected by periodontitis. *J Periodontol*. 2007;78(11):2095-103.
22. Michalowicz BS, DiAngelis AJ, Novak MJ, Buchanan W, Papanou PN, Mitchell DA, et al. Examining the safety of dental treatment in pregnant women. *J Am Dent Assoc* 1939. 2008;139(6):685-95.
23. López NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol*. 2002;73(8):911-24.
24. López NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutiérrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol*. 2005;76(11 Suppl):2144-53.
25. Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Hodgkins PM, et al. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol*. 2003;74(8):1214-8.
26. Wimmer G, Pihlstrom BL. A critical assessment of adverse pregnancy outcome and periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 2008;35(8 Suppl):380-97.
27. Offenbacher S, Beck JD, Jared HL, Mauriello SM, Mendoza LC, Couper DJ, et al. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2009;114(3):551-9.
28. Oliveira AMSD, de Oliveira PAD, Cota LOM, Magalhães CS, Moreira AN, Costa FO. Periodontal therapy and risk for adverse pregnancy outcomes. *Clin Oral Investig*. 2011;15(5):609-15.
29. Macones GA, Parry S, Nelson DB, Strauss JF, Ludmir J, Cohen AW, et al. Treatment of localized periodontal disease in pregnancy does not reduce the occurrence of preterm birth: results from the Periodontal Infections and Prematurity Study (PIPS). *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(2):147.e1-8.
30. Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, Lupo VR, Novak MJ, Ferguson JE, et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med*. 2006;355(18):1885-94.
31. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, et al. How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. *Birth Berkeley Calif*. 2012;39(3):238-47.
32. Rocha JM da, Chaves VR, Urbanetz AA, Baldissera R dos S, Rösing CK. Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. *Braz Oral Res*. 2011;25(3):248-54.
33. Cohen L, Schaeffer M, Davideau J-L, Tenenbaum H, Huck O. Obstetric Knowledge, Attitude, and Behavior Concerning Periodontal Diseases and Treatment Needs in Pregnancy: Influencing Factors in France. *J Periodontol*. 2014;86(3):398-405.
34. Egea L, Le Borgne H, Samson M, Boutigny H, Philippe H-J, Soueidan A. [Oral infections and pregnancy: knowledge of health professionals]. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2013;41(11):635-40.





Valérie SCHOM

2^e prix Quintessence
Séance Communication Clinique 3 Lyon 2016



LICHEN PLAN GINGIVAL ET IMPLANTS DENTAIRE : QUEL PRONOSTIC ?

AUTEURS

Docteur Valérie SCHOM, Diplômée de Paris Descartes, Attachée au Diplôme Universitaire de Parodontie Clinique de Paris Descartes, Groupe hospitalier Henri Mondor / Albert Chenevier

Docteur Charlotte PANTCHENKO, Diplômée de Paris Descartes, Diplôme Universitaire de Parodontie Clinique de Paris Descartes, Groupe hospitalier Henri Mondor / Albert Chenevier

Docteur Sophie-Myriam DRIDI, MCU/PH Paris Descartes, Directrice du Diplôme Universitaire de Parodontie Clinique de Paris Descartes, Responsable de la consultation de dermatologie buccale, Henri Mondor

Le lichen plan est une maladie chronique cutanéomuqueuse d'origine immunitaire. Le lichen plan buccal est la forme muqueuse la plus fréquente et peut concerner toutes les muqueuses buccales qu'elles soient kératinisées ou non. Même si les expressions gingivales sont peu répandues, elles demeurent une pathologie préoccupante pour l'omnipraticien, notamment lorsqu'une réhabilitation prothétique s'impose. En pareille circonstance, les prothèses amovibles sont généralement décriées en raison des forces de frottement pouvant être délétères en présence d'une muqueuse lichénienne. La solution implantaire est alors une alternative. Cependant, la littérature apporte aujourd'hui peu d'informations concernant l'utilisation des implants chez les patients souffrant de lichen plan gingival.

Une analyse critique de la littérature nous a permis de faire le point sur ce sujet et de répondre à 5 questions :

- la muqueuse lichénienne peut-elle être considérée comme une muqueuse péri-implantaire de bonne qualité ?
- le stade d'évolution du lichen influence-t-il notre attitude thérapeutique ?
- la chirurgie implantaire chez les patients présentant un lichen plan gingival impose-t-elle des précautions particulières ?
- le risque de péri-implantite est-il majoré du fait de la présence d'un lichen plan au niveau de la muqueuse péri-implantaire ?
- le titane peut-il lui-même induire un lichen plan muqueux, comme peut le faire le nickel-chrome ou l'amalgame ?

Méthode : recherche bibliographique de 1995 à 2015 sur la base des données de PubMed et Cochrane Library ; mots clés utilisés : dental implants, oral lichen planus, titanium.

Résultats : seulement 16 articles au total se rapportent à la thématique. Trois articles ont été exclus : l'article de Moergel et al. (2014) (1) car il ne permet pas de répondre aux questions posées et deux revues succinctes de la littérature (2) (3). Sur les 13 articles sélectionnés, seule l'étude prospective d'Hernandez et coll. (2012) présente un niveau de preuve acceptable (tableau n°1). Par ailleurs, aucune conclusion définitive n'est possible en raison du nombre

faible de patients et des disparités concernant les protocoles des études. Néanmoins certaines données cliniques peuvent se dégager (tableaux n°2 et 3).

1. La muqueuse lichénienne ne semble pas être une muqueuse péri-implantaire de bonne qualité.

Les auteurs rapportent de nombreuses complications post-opératoires : retard de cicatrisation, érosion, réactivation du lichen. Celles-ci sont associées au phénomène de Koebner, qui correspond, chez les patients souffrant de dermatose, à l'aggravation ou l'apparition de lésions sur un tissu qui vient de subir un traumatisme. Ainsi, lorsque le lichen est agressé par un acte chirurgical, soit il se ré-active s'il était quiescent au moment de l'intervention, soit il s'aggrave.

2. Le stade d'évolution du lichen plan gingival est à prendre en compte avant la réalisation de la chirurgie implantaire.

Les complications sont moins importantes lorsque le lichen muqueux est quiescent (forme blanche asymptomatique) par rapport aux formes érythémateuses ou érosives symptomatiques, lesquelles doivent être traitées et stabilisées avant la pose des implants.

3. La muqueuse lichénienne est considérée par tous les auteurs comme une muqueuse fragile, difficilement manipulable.

La technique chirurgicale doit être la moins traumatique possible.

4. La présence d'une muqueuse péri-implantaire lichénienne n'augmenterait pas le risque de péri-implantite.

Toutefois, comme pour les patients non atteints de lichen plan gingival, ce risque devient réel si l'hygiène bucco-dentaire est perfectible et le suivi parodontal non respecté.

5. A ce jour, aucune étude disponible ne permet de savoir si le titane peut induire un lichen plan muqueux.

En revanche, une allergie à ce métal est possible, avec une prévalence estimée à 0,6 % (11).

Tableau n°1

Etudes sélectionnées, niveaux de preuve et grades de recommandations.

Auteur	Type d'étude	Echantillon	Niveaux de preuve	Grades de recommandations
Esposito et al. 2000	Histologique (in vitro)	n = 1	5	-
Esposito et al. 2003	Série de cas	n = 2	4	C
Oczakir et al. 2005	Rapport de cas	n = 1	4	C
Reichart 2006	Série de cas	n = 3	4	C
Czerninski et al. 2006	Rapport de cas	n = 1	4	C
Abu el Naaj et al. 2007	Rapport de cas	n = 1	4	C
Gallego et al. 2008	Rapport de cas	n = 1	4	C
Sicilia A. et al. 2008	Cas-témoin	Tests = 35 Contrôles = 35	3	C
Egusa H. et al. 2008	Rapport de cas	n = 1	4	C
Hernandez et al. 2012	Cohorte prospective	Tests = 23 Contrôles = 18	2.b	B
Czerninski et al. 2013	Cas-témoin (rétrospectif)	Tests = 14 Contrôles = 15	3.b	B
Javed F. et al. 2013	Revue de la littérature		3	C
Lopez-Jornet et al. 2014	Transversale	Tests = 16 Contrôles I = 16 Contrôles II = 16	4	C

Niveaux de preuve selon Oxford Center for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001)

Grades de recommandations selon l'HAS (2013)

Tableau n°2

Etudes sélectionnées pour répondre aux questions 1, 2 et 3

Article	Patients	Pose des implants avant ou après l'étude	Antécédents médicaux Facteurs de risques associés	Complications	Remarques
Esposito M. et al. 2000	F, 69 ans	2 implants posés pendant l'étude	LP traité et quiescent, anciennement érosif Non fumeur Bruxisme	Infiltrat inflammatoire chronique supracrestale	Multiples échecs implantaires chez ce patient
Esposito S. et al. 2003/2003	F, 72 ans	2 implants à la mandibule posés pendant l'étude	LP traité et quiescent, anciennement érosif (depuis 20 ans) Maladie de Sjögren (xérostomie)	1 poussée de LP érosif autour des piliers de cicatrisation	PACSI Suivi tous les 3 mois pendant 21 mois
	F, 78 ans	2 implants à la mandibule posés pendant l'étude	LP traité et quiescent, anciennement érosif (depuis 12 ans)	Retard de cicatrisation (car tissu mou se désagrège) + poussée érosive	PACSI Suivi tous les 3 mois pendant 21 mois
Oczakir C. et al. 2005	F, 74 ans	4 implants à la mandibule posés pendant l'étude	LP traité et quiescent, anciennement érosif	Aucune	PACSI (fixe) 100% de survie à 6 ans Reichart PA. et al. 2006
Reichart PA. et al. 2006	F, 63 ans	2 implants en 11 et 21, posés pendant l'étude	LP réticulé, localement atrophique (depuis 10 ans)	Légères érosions post-opératoires + léger retard de cicatrisation	Implants stables à 3 ans
	F, 68 ans	1 implant posé en 11, 7 mois après ROG	LP réticulé, localement atrophique (depuis plus de 12 ans)	Développement de LP atrophique autour de l'implant	
Czerninski R. et al. 2006	F, 52 ans	3 implants à la mandibule mis en place 3 ans avant l'étude	LP non spécifié Hypothyroïdie, Urticaire chronique Tabagisme depuis plus de 20 ans	Non connue	Pas de perte implantaire avant la chirurgie carcinologique
Abu El-Naaj I. et al. 2007	H, 72 ans	2 implants à la mandibule posés avant la consultation	LP non spécifié Tabagisme, Diabète Pontage aorto-coronarien Remplacement valvulaire	Non connue	Pas de perte implantaire avant la chirurgie carcinologique
Gallego et al. 2008	F, 81 ans	2 implants à la mandibule posés avant la consultation	LP non spécifié + Antécédent carcinome in situ (réséqué)	Non connue	2 implants parasymphysaires exploités lors de la résection du carcinome épidermoïde
TOTAL	9 patients 1 H et 8 F	20 implants	Toutes formes de LP	Poussées de LP, retard de cicatrisation	Réhabilitation fréquentes par PACSI

Tableau n°3
Etudes sélectionnées pour répondre à la question 4

Article	Patients (nombre d'implants)	Type de Lichen et Durée du suivi	Pathologies et comorbidité	Commentaires
Reichart PA. et al. 2006	F 79 ans (5 implants : 3 maxillaire et 2 mandibule)	LP atrophique (depuis plus de 20 ans) asymptomatique depuis 8 ans	Légère mucosite péri- implantaire	Implants stables à 3 ans
Hernandez et al. 2012	14 F et 4 H (56 implants)	LP traité quiescent (anciennement érosif)	66,6 % mucosite 27,7 % péri-implantite	Taux de succès implantaire : 100 % Suivi sur 5 ans entre 2003 et 2008
Czerninski et al. 2013	11F et 3 H (54 implants)	LP érosif, érythémateux/atrophique et réticulaire	Inflammation sur 9 implants 1 patient avec lésions lichénoïdes	Taux de succès implantaire : 100 % Suivi entre 12 et 24 mois (en moyenne) jusqu'à 120 mois
Lopez-Jornet et al. 2014	10 F et 6 H (56 implants)	LP majoritairement réticulaire	17,26 % de mucosite péri- implantaire 25 % de péri-implantite	Suivi entre 12 et 120 mois
Total	49 patients 36 F et 13 H 171 implants	Toutes formes de LP		

Conclusion

En l'absence de preuves, aucune recommandation de bonne pratique ne peut être proposée concernant la pose d'implants dans un environnement muqueux lichénien.

Toutefois, l'implantologie peut être recommandée chez les patients souffrant de lichen plan gingival et refusant une solution conventionnelle par prothèse fixée. Les prothèses implanto-portées apportent non seulement un réel confort masticatoire, elles permettent également de se substituer à la prothèse amovible qui engendre des frottements néfastes en cas de lichen plan muqueux. Afin d'éviter des complications à court, moyen et long termes, certaines précautions, relevant du bon sens clinique, doivent alors être respectées :

- le lichen plan doit être quiescent, c'est-à-dire blanc et asymptomatique le jour de la pose des implants,
- le protocole chirurgical doit être atraumatique : anesthésie traçante, décollement à minima, protocole implantaire en un seul temps chirurgical, sutures sans tension mais assurant une cicatrisation de première intention, greffes gingivale et osseuse à éviter,
- le passage des brossettes interdentaires doit être aisé,
- le suivi parodontal doit être rigoureux : tous les 3 à 6 mois, afin d'intercepter tout type de lésion (mucosite, péri-implantite, ré-activation ou transformation du lichen).

Bibliographie

1. Moergel M, Karbach J, Kunkel M, Wagner W. Oral squamous cell carcinoma in the vicinity of dental implants. *Clin Oral Investig.* 2014 Jan;18(1):277-84. doi: 10.1007/s00784-013-0968-5. Epub 2013 Mar 16.
2. Petruzzi M, De Benedittis M, Cortelazzi R, Milillo L, Lucchese A, Serpico R, Grassi FR. Implant rehabilitation in patients with oral lichen planus: an overview. *Clin Oral Investig.* 2012 Oct;16(5):1347-52. doi: 10.1007/s00784-012-0695-3. Epub 2012 Mar 1.
3. Pons-Fuster A, Jornet PL. Dental implants in patients with oral lichen planus: a narrative review. *Quintessence Int.* 2014 Jul-Aug;45(7):599-603. doi: 10.3290/j.qi.a31963.
4. Esposito M, Thomsen P, Ericson LE, Sennerby L, Lekholm U. Histopathologic observations on late oral implant failures. *Clin Implant Dent Relat Res* 2:18-32; 2000
5. Esposito SJ, Camisa C, Morgan M) Implant retained over- dentures for two patients with severe lichen planus: a clinical report. *J Prosthet Dent* 89:6-10; 2003
6. Oczakir C, Balmer S, Mericske-Stern R. Implant - prosthodontic treatment for special care patients: a case series study. *Int J Prosthodont* 18:383-389; 2005
7. Reichart PA. Oral lichen planus and dental implants. Report of 3 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 35:237-240; 2006
8. Czerninski R, Kaplan I, Almozni G, Maly A, Regev E. Oral squamous cell carcinoma around dental implants. *Quintessence Int* 37:707-711; 2006
9. Abu El-Naaj I, Trost O, Tagger-Green N, Trouilloud P, Robe N, Malka G, Peled M. Peri-implantitis or squamous cell carcinoma. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2007 Nov; 108(5):458-60. Epub 2007 Jul 12.
10. Gallego L, Junquera L, Baladrón J, Villarreal P. Oral squamous cell carcinoma associated with symphyseal dental implants: an unusual case report. *J Am Dent Assoc* 139:1061-1065; 2008
11. Sicilia A, Cuesta S, Coma G, Guisasola C, Ruiz E, Maestro A. Titanium allergy in dental patients: a clinical study on 1500 consecutive patients. *Clin Oral Implants Res* ; 19: 823-35; 2008
12. Egusa H, Ko N, Shimazu T, Yatani H. Suspected association of an allergic reaction with titanium dental implants: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2008 Nov;100(5):344-7. doi: 10.1016/S0022-3913(08)60233-4.
13. Hernández G, Lopez-Pintor RM, Arriba L, Torres J, de Vicente JC. Implant treatment in patients with oral lichen planus: a prospective-controlled study. *Clin Oral Implants Res.* 2012 Jun;23(6):726-32. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02192.x. Epub 2011 Apr 15.
14. Czerninski R, Eliezer M, Wilensky A, Soskolne A. Oral lichen planus and dental implants—a retrospective study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2013 Apr;15(2):234-42. doi: 10.1111/j.1708-8208.2011.00347.x. Epub 2011 May 20.
15. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sánchez-Siles M. Dental implants in patients with oral lichen planus: a cross-sectional study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2014 Feb;16(1):107-15. doi: 10.1111/j.1708-8208.2012.00455.x. Epub 2012 Mar 30.
16. Javed F, Al-Hezaimi K, Almas K, Romanos GE. Is titanium sensitivity associated with allergic reactions in patients with dental implants? A systematic review. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2013 Feb;15(1):47-52. doi: 10.1111/j.1708-8208.2010.00330.x. Epub 2011 Mar 17.

PARFOIS, IL SUFFIT DE RENOUVEAU POUR RETROUVER LE SOURIRE...

AVANT APRES

CHANGEZ DE LOGICIEL.



Pour tout renseignement ou demande de démonstration de PeriSystem:
www.periosystem.fr
t. +33 (0)1 85 09 84 84
m. contact@periosystem.fr
154, Bd Haussmann 75008 Paris, France.

LOGICIEL DE GESTION DE CABINET DENTAIRE EN LIGNE
COMPLET, PERFORMANT & INNOVANT.
SOURIEZ, LE CHARTING EST INTÉGRÉ !



3^e prix edp dentaire
Séance Communication Clinique 3 Lyon 2016



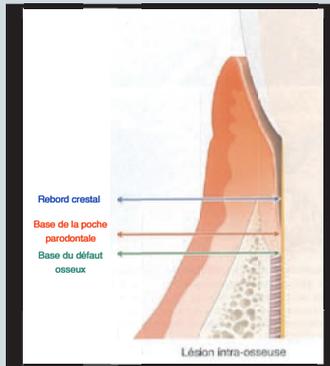
SUBSTITUTS OSSEUX ET CONVICTIONS RELIGIEUSES : INTÉRÊT DE L'APPROCHE « EVIDENCE BASED PRACTICE »

ALICE PALLIER, FRANCIS MORA, PHILIPPE BOUCHARD

Alice Pallier

1. Introduction

Les parodontites agressives sont des maladies inflammatoires à faible prévalence, rares dans leur forme localisée, généralement sévère et rapidement évolutives, intéressant le plus souvent des patients jeunes avec, pour caractéristique majeure, une agrégation familiale [1][2].



Figure

Les lésions intra-osseuses (LIOs) sont des défauts osseux verticaux modifiant la forme de la crête alvéolaire, amenant ainsi l'épithélium de poche en position infra-crestale (Figure 1). Ces lésions sont une conséquence de la maladie parodontale dont les caractéristiques anatomiques soutiennent les critères pathognomoniques & différentiels entre la parodontite chronique et la parodontite agressive. Par ailleurs toute lésion représente un facteur favorisant la progression de la perte d'attache. Les études de Lindhe [3] et de Heitz-Mayfield [4] ont montré que les lésions résiduelles dont la profondeur au sondage était supérieure à 5 mm à la réévaluation après thérapeutique initiale, sont une indication de prise en charge par une thérapeutique chirurgicale [5][6].

2. Etat de la science et revue synthétique du traitement des LIOs

Dans des circonstances bien spécifiques, une régénération parodontale peut être obtenue par l'association d'un accès chirurgical associé au comblement des LIO par greffe osseuse ou matériau de substitution osseux. Il faut prendre en compte la composante du nombre de parois résiduelles de la LIO dans le

potentiel de régénération [7][8] et le pronostic de la dent [9]. La régénération parodontale est le résultat de l'association d'un accès chirurgical particulier associé à des agents biologiques [10] à des membranes [11] à des greffes osseuses ou substituts osseux [12] ou association [13]. Le gain d'attache clinique, une moindre récession et une diminution de la profondeur de sondage traduisent les avantages de cette procédure [5][14][15].

Les substituts osseux sont une alternative aux greffes d'os autogène considéré comme le gold standard. Cette utilisation se justifie dans le cas de notre patiente, si l'on considère le nombre de lésions à traiter nécessitant plusieurs interventions séparées. Sont disponibles aujourd'hui des substituts osseux d'origine naturelle ou synthétique [16][17]. Dans le cas de cette patiente musulmane, ses convictions religieuses obligent l'exclusion des matériaux allogéniques et xénogéniques. Aussi les matériaux d'origine synthétique représentent la seule alternative possible. Une revue de littérature narrative basée sur le concept PICO (Population, Intervention, Comparaison, Outcome) permet de discuter le choix du matériau de substitution alloplastique, dans un contexte de parodontite agressive sévère, en rapport avec ses capacités de réparation ou de régénération parodontale.

D'après ce concept PICO, la recherche MEDLINE s'est orientée sur une « Population » de parodontite agressive généralisée (PAG), avec pour « Intervention » la thérapeutique chirurgicale et utilisation de substituts osseux dans le comblement des LIO, en « Comparaison » des différents substituts osseux alloplastiques, et un « Outcome » recherché de régénération parodontale. Seuls les résultats histologiques des études humaines ont été recherchés, les études cliniques ne permettant pas d'objectiver une régénération parodontale vraie.

Une seule étude clinique a été extraite et traite des LIO chez les patients souffrant de PAG [18]. Il s'agit d'un rapport de cas suivi pendant 5 ans du traitement chirurgical des LIO avec comparaison de l'utilisation d'une membrane résorbable sans matériau de substitution ou du comblement des lésions avec un substitut synthétique à base de silicate (bioverre). Une amélioration des paramètres cliniques (profondeur de sondage, récession gingivale, niveau d'attache clinique, indice de plaque, indice de saignement) a été montrée dans les deux groupes, mais sans différence significative entre les groupes. Cependant, il



n'existe pas de données histologiques pour cette population de patients, les seules études histologiques disponibles traitent des patients souffrant de parodontite chronique.

Dans la littérature, nous retrouvons que les matériaux alloplastiques permettent une régénération parodontale dans 34 % des cas [16]. Histologiquement on retrouve un long épithélium de jonction (LEJ) et une régénération parodontale partielle (néo-cément moyen de 0,6 mm et os néoformé moyen de 0,4 mm). Cependant, les résultats variant de 0,1 à 3 mm selon le type de matériau alloplastique utilisé. Ces matériaux regroupent les céramiques phosphocalciques (hydroxyapatite, et TCP, céramiques biphasées), les polymères, les bioverres et le sulfate de calcium [19]. Seules les céramiques phosphocalciques ont montré histologiquement une régénération parodontale des défauts intra-osseux, faible pour l'hydroxyapatite (néo-cément 0,53 à 0,86 mm, os néoformé 0,86 à 1,33 mm) [20][21][22] et plus importante pour le TCP (néo-cément cellulaire (1,5 à 3 mm) avec insertion des fibres de collagène, adhésion du tissu conjonctif et os néoformé (0,7 à 1,9 mm))[23][24].

Le matériau de choix pour notre patiente a donc été le TCP.

3. Protocole clinique

La situation clinique présentée ici est celle de Mme B., âgée de 31 ans, qui a développé une parodontite agressive généralisée sévère avec des lésions intra-osseuses (LIO) résiduelles après la réévaluation de la thérapeutique initiale non chirurgicale (Figures 2 et 3). Ces LIO présentent une profondeur de sondage comprise entre 12 à 14 mm à la situation initiale et de 8 à 12 mm à la réévaluation.



Figure 2

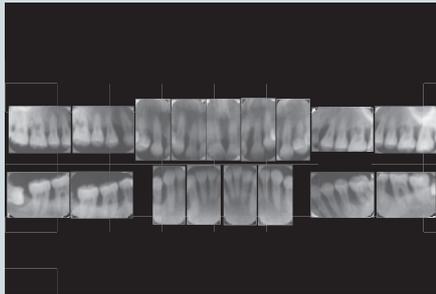


Figure 3

Les grandes étapes de la thérapeutique chirurgicale des LIO comprennent le dessin particulier des incisions pour élever des lambeaux préservant une grande quantité de tissu gingival, l'élimination du tissu de granulation (Figures 4 et 5) et la mise en place du matériau de substitution osseux, ici le TCP, (Figures 6 et 7).



Figure 4



Figure 5



Figure 6



Figure 7

Le suivi radiologique (Figures 8 et 9) et clinique (Figures 10 et 11) montre à 6 mois un comblement des LIO et des récessions gingivales limitées, compte tenu de la profondeur de poche initiale de ces lésions.

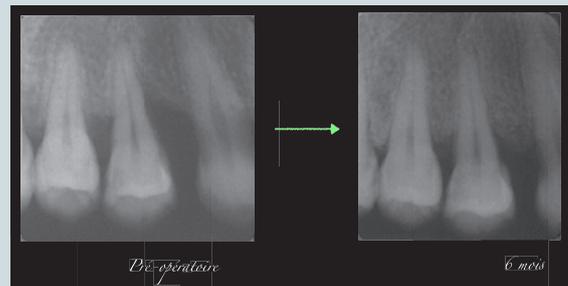


Figure 8

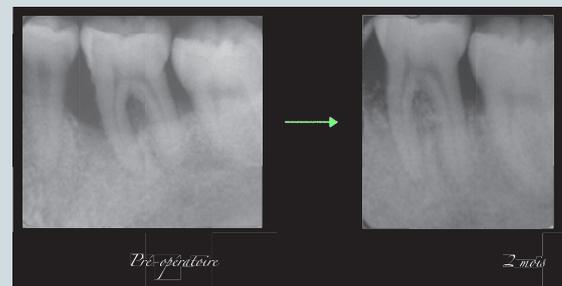


Figure 9

4. Conclusion

L'« evidence-based practice » suggère que les greffes osseuses auto- ou allogéniques, plutôt que les substituts alloplastiques, sont plus favorables à la réparation/régénération parodontale. Dans le cas des matériaux de substitution synthétiques, une attention particulière de l'interprétation des résultats est la règle. En effet, il est important de les moduler en fonction du type de matériau synthétique utilisé ainsi que des lésions traitées, (ici nous n'avons évoqué que les LIOs). De plus, nos choix thérapeutiques doivent être adaptés au contexte du patient (médical, social, religieux).



Figure 10



Figure 11

Bibliographie

- [1] ARMITAGE G.C., Development of a classification system for periodontal diseases and conditions, *Ann. Periodontol. Am. Acad. Periodontol.* 1999, 4(1):1-6.
- [2] KARAPETSA D., MOURARET S. & BOUCHARD P., *Parodontologie & Dentisterie Implantaire - Volume 1 Médecine parodontale.* 2015.
- [3] LINDHE J., SOCRANSKY S. S., NYMAN S., et al., "Critical probing depths" in periodontal therapy, *J. Clin. Periodontol.* 1982, 9(4):323-336.
- [4] HEITZ-MAYFIELD L. J. A. & LANG N. P., Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Learned and unlearned concepts, *Periodontol.* 2000 2013, 62(1):218-231.
- [5] PAPAPANOU P. N. & TONETTI M. S., Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions, *Periodontol.* 2000 2000, 22:8-21.
- [6] NYMAN S., LINDHE J., KARRING T., et al., New attachment following surgical treatment of human periodontal disease, *J. Clin. Periodontol.* 1982, 9(4):290-296.
- [7] CORTELLINI P. & TONETTI M. S., Clinical performance of a regenerative strategy for intrabony defects: scientific evidence and clinical experience, *J. Periodontol.* 2005, 76(3):341-350.
- [8] CORTELLINI P. & PINI PRATO G., Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience, *Periodontol.* 2000 2012, 59(1):158-184.
- [9] MCGUIRE M. K., SCHEYER E. T. & NUNN M., Evaluation of human recession defects treated with coronally advanced flaps and either enamel matrix derivative or connective tissue: comparison of clinical parameters at 10 years, *J. Periodontol.* 2012, 83(11):1353-1362.
- [10] TROMBELLI L. & FARINA R., Clinical outcomes with bioactive agents alone or in combination with grafting or guided tissue regeneration, *J. Clin. Periodontol.* 2008, 35(8 Suppl):117-135.
- [11] NEEDLEMAN I. G., WORTHINGTON H. V., GIEDRYS-LEPPER E., et al., Guided tissue regeneration for periodontal infra-bony defects, *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006(2):CD001724.
- [12] REYNOLDS M. A., AICHELMANN-REIDY M. E., BRANCH-MAYS G. L., et al., The efficacy of bone replacement grafts in the treatment of periodontal osseous defects. A systematic review, *Ann. Periodontol. Am. Acad. Periodontol.* 2003, 8(1):227-265.
- [13] TU Y.-K., WOOLSTON A. & FAGGION C. M., Do bone grafts or barrier membranes provide additional treatment effects for infrabony lesions treated with enamel matrix derivatives? A network meta-analysis of randomized-controlled trials, *J. Clin. Periodontol.* 2010, 37(1):59-79.
- [14] TROMBELLI L., HEITZ-MAYFIELD L. J. A., NEEDLEMAN I., et al., A systematic review of graft materials and biological agents for periodontal intraosseous defects, *J. Clin. Periodontol.* 2002, 29 Suppl 3:117-135-162.
- [15] GRAZIANI F., GENNAI S., CEI S., et al., Clinical performance of access flap surgery in the treatment of the intrabony defect. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials, *J. Clin. Periodontol.* 2012, 39(2):145-156.
- [16] SCULEAN A., NIKOLIDAKIS D., NIKOU G., et al., Biomaterials for promoting periodontal regeneration in human intrabony defects: a systematic review, *Periodontol.* 2000 2015, 68(1):182-216.
- [17] MOVIN S. & BORRING-MØLLER G., Regeneration of infrabony periodontal defects in humans after implantation of allogenic demineralized dentin, *J. Clin. Periodontol.* 1982, 9(2):141-147.
- [18] MENGEL R., SCHREIBER D. & FLORES-DE-JACOBY L., Bioabsorbable membrane and bioactive glass in the treatment of intrabony defects in patients with generalized aggressive periodontitis: results of a 5-year clinical and radiological study, *J. Periodontol.* 2006, 77(10):1781-1787.
- [19] LINDHE J., LANG N. P. & KARRING T., *Clinical Periodontology and Implant Dentistry.* Fifth Edition. 2008.
- [20] STAHL S. S. & FROUM S. J., Histologic and clinical responses to porous hydroxylapatite implants in human periodontal defects. Three to twelve months postimplantation, *J. Periodontol.* 1987, 58(10):689-695.
- [21] CARRANZA F. A., KENNEY E. B., LEKOVIC V., et al., Histologic study of healing of human periodontal defects after placement of porous hydroxylapatite implants, *J. Periodontol.* 1987, 58(10):682-688.
- [22] HORVÁTH A., STAVROPOULOS A., WINDISCH P., et al., Histological evaluation of human intrabony periodontal defects treated with an unsintered nanocrystalline hydroxyapatite paste, *Clin. Oral Investig.* 2013, 17(2):423-430.
- [23] STAVROPOULOS A., WINDISCH P., SZENDRÖI-KISS D., et al., Clinical and histologic evaluation of granular Beta-tricalcium phosphate for the treatment of human intrabony periodontal defects: a report on five cases, *J. Periodontol.* 2010, 81(2):325-334.
- [24] FROUM S. & STAHL S. S., Human intraosseous healing responses to the placement of tricalcium phosphate ceramic implants. II. 13 to 18 months, *J. Periodontol.* 1987, 58(2):103-109.



Hassina OUNNACI

FIBROMATOSE GINGIVALE IDIOPATHIQUE : À PROPOS D'UN CAS

Idiopathic gingival fibromatosis: A case report

AUTEURS :

Hassina OUNNACI, Résidente en parodontologie, CHU Mustapha, Alger, Algérie.

Malika MEDDAD, Professeur, service de Parodontologie, CHU Mustapha, Alger, Algérie.

RESUME

La fibromatose gingivale idiopathique (FGI) est une pathologie gingivale, rare et bénigne caractérisée par une prolifération lente et progressive de la gencive kératinisée. Isolée ou associée à d'autres symptômes (l'hypertrichose, le retard mental), la FGI constitue l'une des caractéristiques d'un syndrome rare, généralisé ou localisé à une région du maxillaire, et peut être à l'origine de diverses complications. La prise en charge précoce de la FGI est impérative, afin de maintenir un état de santé gingival acceptable, contrôler l'éruption dentaire, améliorer l'esthétique et réduire les effets psychologiques. Un suivi à long terme est nécessaire chez les patients présentant une FGI vu le taux de récurrence important.

MOTS CLES

Fibromatose gingivale, gingivectomie.

INTRODUCTION

La fibromatose gingivale idiopathique (FGI), appelée également : fibromatose gingivale congénitale, fibromatose gingivale héréditaire, éléphantiasis gingival ...est une pathologie gingivale rare et bénigne caractérisée par une prolifération lente et progressive de la gencive kératinisée. L'augmentation de volume vient recouvrir les couronnes dentaires, pouvant même retarder l'éruption des dents, occasionner des pathologies inflammatoires par perturbation des manœuvres d'hygiène bucco-dentaire et

interférer avec la parole et la mastication. L'évolution est en relation avec l'éruption dentaire.

L'étiologie de la FGI reste inconnue. Quelques cas ont une origine génétique, mais le mécanisme génétique reste mal compris. Le traitement est le plus souvent chirurgical et consiste en l'excision du tissu excédentaire par gingivectomie et /ou gingivoplastie

MATERIEL ET METHODE

A travers un cas clinique nous montrons l'importance de la prise en charge précoce de la FGI. C'est le cas de la jeune patiente T. Samia de sexe féminin ♀ âgée de 5 ans, qui s'est présentée en consultation de parodontologie, accompagnée par sa mère, pour un motif esthétique et une gêne à la mastication. D'après la maman l'accroissement gingival généralisé est observé à l'âge de 2 ans. L'examen clinique a révélé un accroissement gingival généralisé bimaxillaire (Fig. 1) recouvrant la moitié des couronnes dentaires avec rétention de la 52 (Fig. 2).

L'examen radiologique, type orthopantomogramme, est sans particularité (Fig. 3).

Le traitement consiste en une série de gingivectomie/gingivoplastie réalisées quadrant par quadrant (Fig. 4). L'examen histologique des tissus excédentaires éliminés, compatible avec la FGI, a montré la présence d'une muqueuse malpighienne modérément hyperkératosique



acanthosique surmontant un tissu fibreux collagénique abondant peu cellulaire fait de fibroblastes et de myofibroblastes (Fig. 5).

RESULTATS

La patiente est revue par des contrôles périodiques, d'abord tous les 3 mois, puis tous les 6 mois. À 6 mois post-opératoire l'hygiène buccale était satisfaisante et l'état gingival était favorable (Fig. 6 a et b). À 1 an post-opératoire les dents 71, 72 et 82 ont fait leur chute et la 41 a fait son éruption et ceci du fait de l'absence de récurrence (Fig. 8 a et b). À 18 mois post-opératoire une récurrence est observée au niveau des 31 et 41 (Fig. 9 a et b).

DISCUSSION

Nous avons présenté un cas de fibromatose gingivale isolée chez une fillette de 5 ans, d'intelligence normale, où l'origine génétique a été écartée puisque aucun antécédent familial similaire n'a été rapporté par conséquent cette FG est considérée comme idiopathique. La FGI apparaît souvent au cours de la dentition permanente, mais peut s'observer au moment de l'éruption des dents temporaires ou plus rarement dès la naissance. Dans notre cas de présentation, l'accroissement gingival semble être apparu avec l'évolution des dents temporaires associée à la rétention de la 52.

Le diagnostic positif est basé essentiellement sur la clinique et l'étude histologique qui met en évidence l'hyperplasie épithéliale.

La FGI n'est pas sans répercussions cliniques. Au contraire, elle peut, comme dans ce cas décrit, entraîner un problème esthétique, perturber la fonction masticatoire, retarder l'éruption dentaire et rendre délicat le maintien d'une hygiène buccale adéquate, ce qui impose une prise en charge précoce.

Il n'existe pas de consensus concernant le meilleur moment de réaliser le traitement chirurgical; quelques cliniciens suggèrent qu'il doit se faire après l'éruption de toutes les dents permanentes car la récurrence est minimale à ce stade mais on peut intervenir avant pour éviter les complications dues à la fibrose gingivale.

La récurrence est imprévisible. Elle apparaît entre 3 mois et 14 ans, post-opératoire. Pour notre cas, une récurrence est observée au niveau des 31 et 41 qui est probablement due à la présence d'une activité éruptive. Après la mise en place fonctionnelle de ces dents, cette récurrence fera l'objet d'une ré-intervention.

CONCLUSION

Bien que rare, la fibromatose gingivale idiopathique fait partie des pathologies gingivales rencontrées chez l'enfant. Ces répercussions cliniques, tant sur le plan esthétique, fonctionnel ou dentaire, imposent un diagnostic et une prise en charge précoces.

Le taux de récurrence est malheureusement important, notamment dans les cas les plus sévères, seule la gingivectomie associée à un contrôle de plaque régulier permettront de réduire la pathologie et de maintenir un état de santé gingival acceptable.



Fig.1



Fig.2

Fig.1: Accroissement gingival généralisée bimaxillaire, Fig.2: Rétention de la 52, l'accroissement gingival recouvre la moitié des couronnes dentaires.

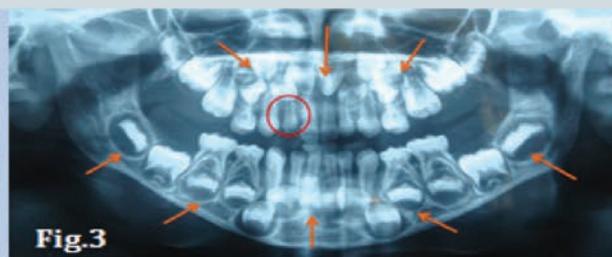


Fig.3

Fig.3: Rétention de la 52, présence des germes des dents permanentes, absence de lyse osseuse ou d'autres anomalies.



Fig.4

Fig.4: gingivectomie-gingivoplastie réalisées quadrant par quadrant

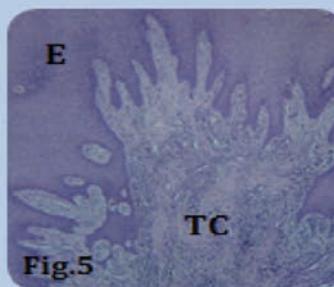


Fig.5

Fig.5: Muqueuse malpighienne modérément hyperkératosique acanthosique surmontant un tissu fibreux collagénique (TC) abondant peu cellulaire fait de fibroblaste et de myofibroblaste.



Fig.6a

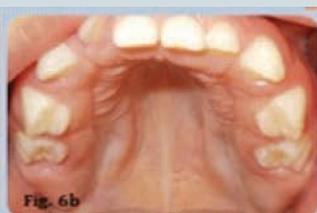


Fig. 6b

Fig.6 a et b: A 3 mois POST OP: Hygiène buccale satisfaisante, état gingival favorable



Fig.7a



Fig.7b

Fig.7 a et b: A 6 mois POST OP, mobilité des 71 et 81



Fig. 8 a



Fig.8 b

Fig.8 a et b: A 1 an POST-OP Chute des 71,72 et 82 et éruption de la 41. Absence de récédive.



Fig. 9 a



Fig. 9 b

Fig.9 a et b: A 18 mois post-op: Récédive au niveau des 31 et 41



Fig.9 c Edification du tiers cervical des racines des 16, 26, 36 et 46.

Implant Dentaire Eztetic™ 3.1 mm

 ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™



L'implant Eztetic 3,1 mm offre une solution esthétique robuste pour les espaces étroits en secteur antérieur. Conçue pour réduire les micromouvements et les micro-infiltrations, la connexion implant-pilier comporte une interface conique à effet cône morse, le concept platform switching et la technologie Friction-Fit™.

Pour plus d'informations, contactez-nous au +33 (0)1 45 12 35 35.
www.zimmerbiometdental.com

Toutes les marques citées ici sont la propriété de Zimmer Biomet ou de ses filiales sauf mention contraire. En raison des exigences de la réglementation, la division dentaire de Zimmer Biomet continuera à fabriquer des produits sous les noms de Zimmer Dental Inc. et de Biomet 3i LLC jusqu'à nouvel ordre. AD073FR. © 2016 Zimmer Biomet Dental. Tous droits réservés.

 **zimmer** | dental



Questions autour d'un article

Sélection américaine ce trimestre avec un article de l'Université Ann Arbor du Michigan traitant des effets défavorables des inhibiteurs de l'aromatase chez les patientes ayant souffert d'un cancer du sein. Nous vous proposons un résumé de cet article et nous avons invité deux des co-auteuses, Susan Taichman et Iwonka Eagle, à répondre à quelques questions.



Drs Susan Taichman et Iwonka Eagle, *Département de parodontologie à l'Université Ann Arbor du Michigan*

Periodontal health in breast cancer patients on aromatase inhibitors versus postmenopausal controls: a longitudinal analysis

Santé parodontale chez des patientes atteintes de cancer du sein sous traitement d'inhibiteurs de l'aromatase comparée à un groupe contrôle de patientes ménopausées: une analyse longitudinale
Eagle I, Benavides E, Eber R, Kolenic G, Jung Y, Van Poznac C, Taichman LS. *J Clin Periodontol* 2016 ; 43 : 659-667

Résumé

La plupart des cancers du sein sont diagnostiqués chez les patientes ménopausées ; environ 75 % de ces atteintes touchent les récepteurs hormonaux œstrogène/progestérone et sont considérées récepteurs hormonaux positifs (HR+). Le traitement endocrinien le plus fréquent chez les patientes HR+ ménopausées ayant présenté un cancer du sein consiste en la prise d'inhibiteurs d'aromatase (AIs), traitement permettant de réduire les risques de récurrence. Les effets secondaires de la prise d'AI étant une rapide diminution des oestrogènes circulant, la perte osseuse, au niveau squelettique (ostéoporose) et au niveau de l'os alvéolaire, présente un facteur de risque de pathologies parodontales. Les auteurs de cette étude cherchent à mettre en évidence dans une étude longitudinale sur 18 mois les changements observés au niveau parodontal chez des patientes ménopausées ayant présenté un cancer du sein et traitées par AIs. Cette étude prospective sur 18 mois concerne l'état parodontal de 29 patientes ménopausées, 29 recevant un traitement par AIs, 29 ne présentant pas de cancer du sein. Les paramètres étudiés sont la hauteur d'os alvéolaire (ABH) à 6, 12 et 18 mois, les prises associées de bisphosphonate, vitamine D et calcium. Les résultats montrent que les patientes traitées par AIs présentent des différences significatives pour la profondeur de sondage, plus marquée, la plaque dentaire et la perte d'attache clinique, plus importantes

comparées aux contrôles à 6, 12 et 18 mois ($p < 0,05$). ABH est observée progressivement dans le groupe AI. Les patientes sous AIs prenant du calcium montrent une perte moins importante d'os alvéolaire que les patientes sous AIs et sans calcium ($p = 0,005$). En conclusion, le traitement par inhibiteurs d'aromatase a un impact négatif sur la santé parodontale des femmes ménopausées ayant présenté un cancer du sein. Une prise associée de calcium semble réduire la perte osseuse alvéolaire chez ces patientes traitées par AIs.

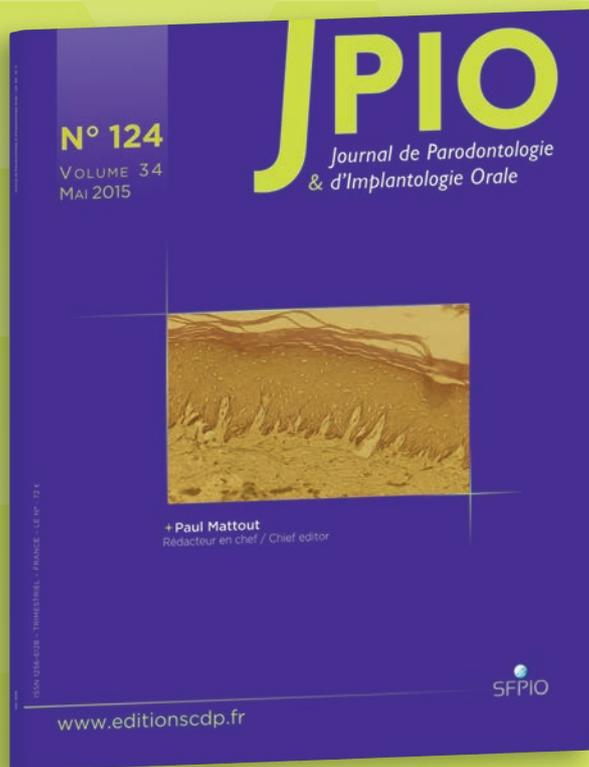
 **Objectif Paro : Une différence statistique entre le groupe témoin et le groupe contrôle pour l'ABH apparaît après 18 mois. Avant la fin de l'expérimentation, avez-vous remarqué si cette résorption de l'os alvéolaire était stabilisée, ou inversement, était impliquée ?**

 **Dr Eagle - Dr Taichman :**

À l'heure actuelle, nous n'avons pas encore analysé les données pour ces patients. Sur la base des résultats de notre analyse longitudinale de 18 mois, nous recommandons aux femmes qui prennent l'AI de maintenir des consultations dentaires régulières auprès de leurs dentistes généralistes ou parodontistes.



JPIO, l'information validée en parodontologie et en implantologie



Des articles et des auteurs de référence !

- ✓ Des numéros thématiques.
Parus dernièrement : *Les greffes gingivales ; L'ingénierie tissulaire ; Fiabilité en implantologie ; Extraire ou conserver ; Réflexion biologique : nouvelles approches.*
- ✓ Des articles originaux validés par un comité d'experts

La seule revue de presse scientifique francophone en parodontologie

199 €*

au lieu de 288 €**
soit 31 % de réduction

Votre abonnement d'un an comprend :

- ✓ 4 numéros trimestriels
- ✓ 1 numéro hors-série
- ✓ l'accès illimité aux archives de la revue sur editionsmdp.fr



BULLETIN D'ABONNEMENT SPÉCIAL MEMBRES SFPIO

À COMPLÉTER ET À RETOURNER AVEC VOTRE RÈGLEMENT À : Éditions CdP® - Service Clients - CS 90006 - 59718 Lille Cedex 9.
Contact par email : service-clients@editionsmdp.fr ou par téléphone  0 800 94 98 92 ou en ligne : www.editionsmdp.fr
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

OUI, je m'abonne au JPIO.

Je suis membre SFPIO et bénéficie du tarif privilégié de **199 €** au lieu de ~~288 €~~*.

JE JOINS MON RÈGLEMENT PAR :

- Chèque à l'ordre de : Éditions CdP
 Carte bancaire (Sauf American Express)

N°

Expire fin : 3 derniers n° au verso de la carte

Date et signature obligatoires

MES COORDONNÉES : Mme Mlle M.

Nom : Prénom :

Adresse : professionnelle personnelle

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

- Orientation d'exercice : Omnipraticque Parodontologie/Implantologie
 ODF Prothèse Endodontie Odonto pédiatrique
 Odonto conservatrice Enseignant Etudiant

Je souhaite recevoir gratuitement « La lettre d'info du chirurgien-dentiste », chaque mois, à l'adresse email suivante : @

- Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente en ligne sur le site www.editionsmdp.fr.
 J'ai bien noté que mon abonnement sera reconduit automatiquement d'une année sur l'autre, sauf avis contraire de ma part, significatif deux mois avant la date d'échéance.

Date et signature obligatoires

JPCP1506

*Tarif France 1 an France métropolitaine. **Prix de vente au numéro. TVA 2,10% incluse. Offre valable jusqu'au 31/12/2016. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/78, modifiée par la loi du 06/12/04 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour cela, il suffit de nous écrire (Éditions CdP® - Service clients - CS 90006 - 59718 Lille Cedex 9) en nous indiquant vos nom, prénom, adresse et si possible, votre référence client. Éditions CdP® est une marque de Initiatives Santé. Siège social : 102, rue Étienne Dolet - 92240 Malakoff. SAS au capital de 50 000 € - RCS Nanterre 798 528 394 - N° de TVA FR 56 798 528 394.

 **Objectif Paro : Dans le tableau 1, vous remarquez que le traitement BCA diffère suivant les patients (chimiothérapie adjuvante, radiothérapie, tamoxifène). Cette différence de traitement a-t-elle une influence sur le choix du traitement d'IA ou sur les résultats parodontaux ?**

 **Dr Eagle - Dr Taichman :**

La justification et la sélection du traitement du cancer du sein sont complexes et reposent sur de nombreux facteurs pronostiques et prédictifs. Les traitements précédents tels que la chimiothérapie, la radiothérapie et l'utilisation antérieure du tamoxifène sont pris en considération lors du choix des traitements IA. Le choix d'une IA repose sur (1) le statut post-ménopausique, (2) l'état du récepteur hormonal, (3) les objectifs de soins anticancéreux tant que les AI sont plus efficaces que le tamoxifène, (4) les préférences du patient et (5) la tolérance antérieure du traitement. Il est intéressant de noter que la chimiothérapie adjuvante ou les comportements associés à son utilisation peuvent aider à atténuer les effets négatifs de l'utilisation de l'IA sur les tissus parodontaux.

 **Objectif Paro : Ce n'était pas le sujet de votre étude, mais le stress psychologique doit être un point clé avec les femmes BCa. Pourrait-il être un cofacteur d'ABH ?**

 **Dr Eagle - Dr Taichman :**

Le stress psychologique pour les femmes atteintes de cancer du sein est connu pour être élevé. Une appréciation croissante de l'impact du stress psychologique sur la santé bucco-dentaire commence à émerger. Le stress pourrait être un facteur important lié à la perte de la hauteur osseuse alvéolaire. Cette relation doit être approfondie.

 **Objectif Paro : Cette étude sera-t-elle suivie d'une communication spécifique de vos résultats (surtout le rôle du calcium!) aux professionnels en charge des**

femmes atteintes de BCa et recevant l'IA, comme oncologues, gynécologues, généralistes ?

 **Dr Eagle - Dr Taichman :**

Nous avons présenté cette information à l'Université du Michigan Comprehensive Cancer Center oncology faculty et aux patients. Nous espérons fournir plus de preuves de la relation entre aromatase, calcium et parodontite dans une plus grande étude basée sur la population de 300 femmes ménopausées qui est en cours d'analyse.

 **Objectif Paro : À la suite de vos résultats, les BCAs ont-elles reçu des IA et non du calcium, ont-elles changé de traitement et ont-elles commencé à prendre des suppléments de calcium ?**

 **Dr Eagle - Dr Taichman :**

Certaines femmes peuvent avoir ajouté des suppléments de calcium à leur alimentation quotidienne. Bien que le niveau de preuve suggère que le calcium puisse fournir une certaine protection contre la maladie parodontale, il demeure limité et contradictoire. Plus de recherches sont nécessaires dans ce domaine.

 **Objectif Paro : Pouvons-nous vous demander quels sont les sujets de recherche actuels dans votre département ?**

 **Dr Eagle - Dr Taichman :**

À l'heure actuelle, les sujets de recherche sont très variés au sein de notre département. Ils concernent tant la régénération des tissus, les biomarqueurs dentaires et néoplasiques, la biologie des cellules souches, la réhabilitation dentaire avec implants dentaires endosseux que l'examen de la santé bucco-dentaire chez les survivants du cancer du sein.



- HYGIÈNE QUOTIDIENNE RENFORCÉE
- RELAIS DES SOINS BUCCO-DENTAIRES

Je combats la plaque avant tout !



BAIN DE BOUCHE

Antiplaque

Sans alcool*

Prêt à l'emploi



NOUVEAU

**Eludril
CARE**

Combat la formation de la plaque dentaire au quotidien

**Pierre Fabre
ORAL CARE**

Notre science au service de la santé bucco-dentaire

Nouveautés

des partenaires de la SFPIO



Qualios :

Structure unique et résistance mécanique élevée pour une régénération optimale du volume osseux

ACTEON a présenté lors de l'ADF son nouveau matériau de comblement osseux **QUALIOS**.

QUALIOS s'inscrit logiquement dans l'offre globale d'Acteon autour de l'implantologie :

- **Planification implantaire** : **XMIND TRIUM**, la dernière génération d'appareil de radiologie 3D est le choix idéal d'une pratique multidisciplinaire. En implantologie, il permet une évaluation immédiate de la densité osseuse qui est un élément primordial de la planification implantaire.
- **Chirurgie pré-implantaire** : **PIEZOTOME®** aux ultrasons de puissance permet des découpes fines et précises et offre une cicatrisation rapide, de qualité pour des résultats stables à long terme. Les nombreuses études cliniques soulignent également la baisse drastique des douleurs post-opératoires pour un confort patient inégalé.^{1,2}
- **Comblement osseux** : Parce que les édentements sont parfois anciens et associés à une perte osseuse, une greffe est souvent nécessaire pour reconstruire le support destiné à recevoir l'implant. Le tout nouveau matériaux de comblement synthétique **QUALIOS**, par sa structure ultraporeuse et particulièrement résistante à la compression, constitue un support de choix pour la régénération osseuse, sans redouter le risque de contamination associé aux produits d'origine animale.

QUALIOS est d'une manipulation ultra-simple : sa forte porosité permet l'absorption immédiate des fluides (sang, PRP...) pour former une structure cohésive, facile à modeler et qui n'adhère pas aux instruments. Sa résistance mécanique élevée permet au matériau de rester en place durablement, le temps de la régénération osseuse, et indépendamment des contraintes associées.

QUALIOS est 100% synthétique, 100% sûr et 100% résorbable.

Qualios BCP (25% β -TCP + 75 hydroxyapatite) est disponible en plusieurs granulométries ainsi qu'en cylindres pour le comblement des alvéoles d'extraction.

Qualios TCP (99,9% β -TCP) sera prochainement disponible dans les mêmes présentations.

1. Troedhan A, et al. The Transcrestal Hydrodynamic Ultrasonic Cavitation Sinuslift : Results Of A 2-Year Prospective Multicentre Study On 404 Patients, 446 Sinuslift Sites And 637 Inserted Implants. Open Journal of Stomatology, 3, 2013
2. Wainwright M, et al. The Intralift™: A New Minimal Invasive Ultrasonic Technique For Sinus Grafting Procedures, Implants magazine, Dental Tribune International, Vol.8, Issue 3, 2007
3. Ranito C.M.S, et al. Hydroxyapatite foams for bone replacement. Key Engineering Materials 2005; 284-286:341-4



Nouveautés

des partenaires de la SFPIO



COMMUNIQUE DE PRESSE

Lancement du nouveau dentifrice meridol® PARODONT EXPERT Patients sujets aux parodontites – Comment améliorer leur observance ?

Ce dentifrice doté d'une formule unique biactive avec booster d'efficacité a été spécialement conçu pour les patients sujets aux parodontites

Recommander un dentifrice spécifique à vos patients peut les encourager à se responsabiliser et à améliorer leur santé bucco-dentaire

Colgate a le plaisir d'annoncer le lancement du dentifrice meridol® PARODONT EXPERT. Conçu tout particulièrement pour les patients sujets aux parodontites, cette formule destinée à un usage quotidien renforce la résistance des gencives contre la parodontite et réduit le risque de récurrence¹. meridol® PARODONT EXPERT est d'ores et déjà disponible en Pharmacies et Parapharmacies.

« Une mauvaise hygiène bucco-dentaire figure parmi les causes principales de parodontite, qui peut conduire à la perte de dents. Encourager les patients à risque à améliorer leurs habitudes en la matière reste cependant un grand défi », a déclaré **Carine Morro, Directrice des affaires scientifiques Colgate France** « meridol® PARODONT EXPERT a été spécialement conçu pour ces patients. Son booster d'efficacité unique et son goût spécifique leur rappellent qu'ils doivent traiter leur parodontite en continu. »

Une formule spécialement conçue pour les gencives sujettes aux parodontites

La formule biactive du nouveau dentifrice meridol® PARODONT EXPERT est une association unique de Fluorure d'amines et de Chlorure d'étain, avec une concentration élevée en agents antibactériens². Cette formule est combinée à un booster d'efficacité antibactérien (Caprylyl Glycol et Phenylpropanol) et agit directement en freinant le développement du biofilm. De plus, son effet anti-inflammatoire indirect contribue à préserver la santé naturelle des tissus gingivaux.

Une étude de 12 semaines a montré que la nouvelle formule de meridol® PARODONT EXPERT réduit significativement la plaque³.

1 Meridol® PARODONT EXPERT est un dentifrice cosmétique destiné à un usage quotidien.

2 Par rapport au dentifrice meridol®

3 Etude en double aveugle randomisée en groupes parallèles. Menée à la clinique universitaire Carl Gustav de l'Ecole polytechnique de Dresde, en Allemagne. Etude 2016 en cours de publication.

4 Subgingival Access Efficacy of the Colgate meridol® TriTip, meridol® Soft and Oral-B® Indicator Toothbrushes, S. L. Yankell, X. Shi, C. M. Spirgel YRC Inc. Moorestown, NJ USA, 23.06.2015.



Et aussi le meilleur de la technologie meridol dans une nouvelle brosse à dents

La nouvelle brosse à dents meridol® est le complément idéal du dentifrice meridol PARODONT EXPERT pour les gencives irritées et en cas de parodontite. Avec sa technologie unique « triple-pointe », chaque brin extra-fin est divisé en trois extrémités pour une répartition optimale de la pression sur les gencives. Une étude le prouve, la nouvelle brosse à dents meridol® PARODONT EXPERT élimine la plaque 10 fois plus en profondeur que les brosses à dents ordinaires⁴ pour un nettoyage doux et soigneux des dents et du rebord gingival.

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, bains de bouche et autres accessoires sur des marques internationalement reconnues, telles que: Colgate®, elmex®, meridol® et Duraphat®. Colgate continue à construire son succès grâce à l'innovation et un engagement toujours plus fort avec les professionnels dentaires, les patients et les consommateurs. Pour plus d'informations, visitez www.gaba.fr et www.colgate.fr.



Nouveautés

des partenaires de la SFPIO



Le webinar Colgate® du 7 Décembre 2016 organisé en partenariat avec la SFPIO est désormais disponible en replay sur www.gaba.fr, sur www.sfparo.org et sur www.zedental.com !

Paris, décembre 2016 – Ce tout nouveau webinar organisé par Colgate®, en association avec la SFPIO, s'est déroulé le mercredi 7 décembre de 13h à 14h et a eu pour sujet :

« **Traitement Restaurateur des lésions cervicales d'usures** »

La modération de ce webinar a été assurée par le Docteur Caroline Fouque, ancienne Assistante en Parodontologie Aix-Marseille Université, praticien exclusif en parodontologie/implantologie à Marseille et secrétaire générale de la SFPIO. Le conférencier, le Docteur Gauthier Weisrock, ancien Assistant en Odontologie Conservatrice Aix-Marseille Université, Chirurgien-Dentiste à Marseille a tout d'abord insisté sur l'importance de bien intercepter l'étiologie. Puis il a souligné le fait de bien éliminer la couche de surface hyperminéralisée pour ensuite procéder avec toute la rigueur opératoire nécessaire aux différentes étapes de la restauration (isolation, adhésion, polissage...) avec notamment une technique de stratification adaptée à la situation. Le conférencier s'est également attaché à rendre son exposé le plus didactique possible avec de belles illustrations cliniques pour les nombreux praticiens qui étaient derrière leur écran !



Dr Caroline Fouque (à gauche) et Dr Gauthier Weisrock (à droite)

Son intervention a été suivie par celle de Frédéric Hérisson, chef de projet Affaires Scientifiques Colgate, qui est revenu sur la technologie PRO-ARGIN®, contenue dans les produits de la gamme elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™, solution idéale dans le cas de sensibilités qui sont le premier motif de consultation en cas de lésions cervicales d'usures. Il a ensuite présenté deux innovations qui viennent enrichir cette gamme très complète: le dentifrice elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ REPAIRE & PREVIENT et le STYLO ANTI-SENSIBILITE elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™.

Pour les personnes qui n'auraient pu y assister en direct ou qui souhaiteraient le revoir, il reste disponible via le site de la SFPIO www.sfpio.org

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

La SFPIO est une société scientifique qui a pour but d'œuvrer pour la promotion et la formation en Parodontologie et en Implantologie. Forte de plus de 1100 membres, la SFPIO est une des plus importantes sociétés savantes françaises du monde dentaire. Pour plus d'informations, visitez www.sfpio.org





Les brosses à dents électriques Oscillo-Rotatives procurent une meilleure stabilité du bord gingival, après une chirurgie de recouvrement radiculaire.

Il est prouvé depuis de nombreuses années que le brossage traumatique pouvait être l'une des causes et l'étiologie de la récession gingivale. Les résultats d'une étude visant à évaluer l'effet d'un brossage électrique vs un brossage manuel pour la stabilité de la bordure gingivale après une chirurgie mucogingivale (de greffe de muqueuse) ont été récemment publiés dans le « Journal of Periodontology ».

60 sujets en bonne santé avec au moins une récession gingivale (Classe Miller I ou II), ont subi une chirurgie de recouvrement radiculaire. Les sujets ont été randomisés et affectés à l'un des deux groupes. Ils ont reçu soit une brosse à dents manuelle souple, soit une brosse à dents électrique Oral-B oscillo-rotative. L'indice de plaque -bouche entière (FMPS), l'indice de saignement -bouche entière (FMBS), la profondeur de poche (PD), la profondeur de récession (RD) ont été mesurés au début d'étude (BL), à 1, 3 et 6 mois après la fin de la chirurgie.

L'utilisation d'une brosse à dents électrique a montré des réductions significatives plus importantes sur les indices cliniques parodontaux qu'une brosse à dents manuelle. Après 6 mois, le recouvrement au niveau de la bordure gingivale était significativement plus important chez les sujets ayant utilisé la brosse à dents électrique que chez ceux ayant utilisé la brosse à dents manuelle (contrôle 66.7%, test 96.7%). La plus grande efficacité d'une brosse à dents électrique sur le retrait de plaque, ainsi que le capteur de pression peuvent expliquer la différence entre les deux groupes expérimentaux en ce qui concerne le recouvrement radiculaire à mi-étude (MRC) et le recouvrement final (CRC). La capacité à créer et à préserver une zone post-chirurgicale saine, sans endommager les tissus mous, peut faciliter une meilleure attache rampante, et favoriser le recouvrement radiculaire obtenu après la première phase de cicatrisation grâce au déplacement coronaire du bord libre gingival.



Giulio Rasperini

Giulio Rasperini est professeur en Parodontologie au Département Biomedical, Sciences dentaires et chirurgicales, à l'Université de Milan en Italie. Il pratique aussi en privé en parodontologie et implantologie à Piacenza, en Italie. C'est un membre actif de la Société Italienne de Parodontologie (SIdP) (vice président 2016-17) et de l'Académie Européenne de dentisterie Esthétique (EAED). Membre à part entière de la British Academy of Aesthetic Dentistry (BAAD) et membre ITI. Le Professeur Rasperini est membre de plusieurs Comités de rédaction et est l'auteur de nombreuses publications dans le domaine de la Parodontologie et de l'Implantologie.

Raffaele Acunzo

Dr. Acunzo est Professeur adjoint et Chercheur en Parodontologie au Département des Sciences Biomédicales, Dentaires et Chirurgicales, à l'Université de Milan, Fondation IRCCS Ca' Granda Polyclinic Milan, Italie. Il est membre de la Société de Parodontologie Italienne et il est Critique ad hoc pour : « Clinical Advances in Periodontics » (Journal en ligne de l'American Academy of Periodontology). Dr. Acunzo a publié plusieurs publications internationales scientifiques en Parodontologie et Chirurgie Mucogingivale. Il pratique aussi en libéral en Parodontologie et Implantologie à Milan, en Italie.

References : Acunzo R, Limirol E, Pagni G, Dudaite A, Consonni D, Rasperini G. J Perio 2016; DOI: 10.1902/jop.2016.150528



It is back*...

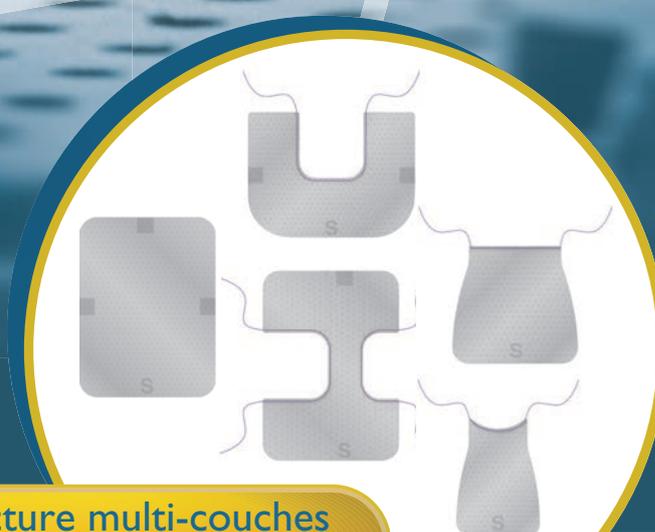
GUIDOR
bioresorbable
matrix barrier

La barrière matricielle alloplastique à structure multi-couches
conçue pour la Régénération Tissulaire et Osseuse Guidée

*Elle est de retour

Lire attentivement la notice avant utilisation
CE0197 Dispositif médical de classe III non remboursé par l'Assurance Maladie

Sunstar France - 55/63 rue Anatole France 92300 Levallois-Perret - Tél. 01 41 06 64 64 - contact@fr.sunstar.com - www.guidor.com



APMB0916

// **CONFIANCE**
MADE BY ZEISS



Bienvenue dans le monde de l'infiniment petit.

La visibilité est la clé de l'amélioration de la qualité de traitement. ZEISS offre deux solutions innovantes pour entrer dans le monde de l'infiniment petit. OPMI® PROergo vise cet objectif grâce à son fonctionnement électronique et sa maniabilité.

OPMI® pico est adapté pour tous les traitements dentaires et peut être connecté à votre réseau Ethernet pour sauvegarder photos et vidéos. Ces deux microscopes sont équipés des optiques ZEISS. Grâce à nos microscopes "Made in Germany"*, découvrez le monde de l'infiniment petit.

Vision Equipment Technology
Château de Larringes
74500 LARRINGES
Tél : 04 50 73 50 13
Fax : 04 50 73 50 31
Mail : infos@v-e.fr



We make it visible.

* Fabriqué en Allemagne

Ce document présente le microscope chirurgical OPMI pico (Classe I), destiné à améliorer la visualisation per-opérateur lors d'une chirurgie ou lors d'une consultation. Fabriqué par : Carl Zeiss Meditec AG – Distribué par : Vision Equipment Technology. Nous vous invitons avant toute utilisation à lire attentivement et dans leur totalité les instructions figurant dans le guide utilisateur remis au professionnel de santé. Ce document présente le OPMI PROergo (Classe I) microscope destiné à améliorer la visualisation per-opérateur lors d'une chirurgie. Fabriqué par Carl Zeiss Meditec AG- Distribué par : Vision Equipment Technology. Nous vous invitons avant toute utilisation à lire attentivement et dans leur totalité les instructions figurant dans le guide utilisateur remis au professionnel de santé. Réf : CZMF_Com 07 14_008