

PAR

SEPTEMBRE 2012 - N° 29



THE C H I C H E O B T I E N



S.F.P.I.O.

- Vos prochains RV régionaux
- Les News :
 - Séances ADF :
 - La chirurgie muco-gingivale
- EUROPERIO VII
- Cycle de Formation Continue en Parodontologie 2012/2013
- Cycle de Formation Continue en Implantologie 2012/2013

QUESTIONS AUTOUR D'UN ARTICLE

- Pr Chang-Sung Kim

Découvrez la NOUVELLE Triumph 5000 avec SmartGuide d'Oral-B

Faites-vous votre propre opinion des fonctionnalités améliorées

PRIX SPECIAL
54,90€ TTC

NOUVEAU TRIPLE CONTROLE DE PRESSION

- Indicateur visuel de pression dans le manche
- Réduction de la vitesse si la pression exercée est trop importante
- L'icône d'alerte de pression du SmartGuide™ informe le patient qu'il exerce trop de pression



NOUVEAU MINUTEUR DE QUADRANT SONORE

- Emet un signal sonore toutes les 30" pour informer qu'il faut changer de quadrant

NOUVEL AFFICHAGE LED

- Visibilité des boutons améliorée

NOUVELLES ICÔNES INTUITIVES DE MODES DE BROSSAGE

- Propreté, Nettoyage Approfondi, Douceur, Polissage ou Massage

NOUVEAU SYSTÈME DE MOTIVATION PAR ÉTOILES

- Une étoile se noircit toutes les 30" pour encourager un brossage plus long



Oral-B®

Pour passer commande ou obtenir des informations, appelez le:

► N° Indigo 0 825 878 498 0,15cts € ttc/MN

#1

La marque de brosse à dents électrique la plus utilisée par les dentistes eux-mêmes dans le monde



E D I T O R I A L

conférences de chacune de nos sociétés régionales qui font qu'aujourd'hui il y a toujours une formation en Parodontologie proche de chez vous !!! Je voudrais remercier tous les bureaux régionaux de la SFPIO, forces vives de notre société, sans qui la SFPIO ne serait rien.

Notre congrès 2013, se déroulera à Deauville du 6 au 8 juin. Le temps de quelques jours nous pourrons profiter de la beauté de la côte normande, des planches si célèbres... tout en assistant à des conférences d'un très haut niveau. Car David NISAND, président scientifique du congrès, nous a préparé un programme tout à fait EXCEPTIONNEL, avec une dizaine de conférenciers internationaux de très haut niveau et des séances novatrices sur les relations paro-ortho ou paro-prothèse De très beaux moments en perspective. JE VOUDRAIS QUE CE CONGRES SOIT L'OCCASION DE RECONCILIER LES DEUX SOCIETES NORMANDES car notre but à tous doit rester la diffusion maximale de la Parodontologie, dans un esprit amical et constructif. Arrêtons ici les querelles stupides et les divisions qui ne mènent à rien !!!

Cela m'amène à la rentrée « politique » de la SFPIO... tout d'abord, nous participons au sein de l'EFP, à un grand travail auprès des autorités européennes à Bruxelles, afin de faire reconnaître la Parodontologie comme spécialité dans tous les pays de l'union. C'est un travail de moyen terme mais il est au combien important pour notre avenir. Au niveau national, la SFPIO s'est associée à l'UFSBD pour la mise en place d'un programme de conférences sur la prise en charge parodontale. Nous allions nos deux forces et nous avançons conjointement de manière constructive. Bonne rentrée à toutes et à tous.

A très bientôt à l'ADF.

Xavier STRUILLOU
Président de la SFPIO

Chères Consoeurs,
Chers Confrères,
Cher(e)s ami(e)s,

Voici l'heure de la rentrée et pour nous tous une période de travail intense après des congés estivaux bien mérités...

Le congrès Europerio 7 a été un grand succès même si nous aurions pu espérer une représentation française encore plus nombreuse même si nous étions tout de même plus de 300... Le programme scientifique était très varié et a forte connotation clinique ce qui est une bonne chose. La variété des conférences permettait de satisfaire toutes les attentes même si l'on peut regretter une approche parfois trop basique en session plénière, ce qui peut surprendre dans un aussi important rendez-vous pour la Parodontologie européenne.

Les cycles nationaux de Parodontologie et d'Implantologie continuent de faire le plein grâce au travail et à la rigueur d'Alain Borghetti, de Philippe Bousquet et de toutes leurs équipes !!! Bravo et merci car ces cycles sont parties intégrantes de l'image de notre société et la SFPIO doit rester le formateur de référence en Parodontologie et en Implantologie.

Nous retrouverons à l'ADF, le jeudi 29 novembre de 12h30 à 15 heure, pour le traditionnelle séance de la SFPIO. Pour coller à la thématique du congrès 2012, nous ferons une séance entièrement dédiée à la chirurgie plastique parodontale avec A. BORGHETTI, V. MONNET-CORTI et S. VINCENT. Je vous y attends très nombreux car cela sera une très belle séance !!! Et bien sûr, vous retrouverez dans votre région les

SOMMAIRE

L'édito du Président.....	P. 1
Vos prochains rendez-vous régionaux SFPIO.....	P. 3
Les News	P. 5
Séances ADF	P. 5
Congrès EUROPERIO VII.....	P. 9
Cycle de Formation Continue en Parodontologie 2012/2013.....	P. 10
Cycle de Formation Continue en Implantologie 2012/2013	P. 11
Congrès SFPIO Montpellier 2012	
Prix Communication laboratoires GABA.....	P. 13
Prix Communication laboratoires Pierre Fabre	P. 21
Programme du congrès de la SFPIO Deauville 2013	P. 29
Questions autour d'un article : Dr Chang-Sung Kim	P. 30
Nouveautés produits	P. 31



Directeur de la publication
Xavier STRUILLOU

Rédacteur en Chef
Yves REINGEWIRTZ

Attachée de direction
Caroline DENIAUD

Avec la collaboration de :

Pascal AMBROSINI
Alain BORGHETTI
Patrick BOULANGE
Philippe BOUSQUET
Hervé BOUTIGNY
Stephan DUFFORT
Eric MAUJEAN
Virginie MONNET-CORTI
David NISAND
Nicolas PICARD
Christian VERNER
Séverine VINCENT
Aymeric Courval

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

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

Photos de couverture :
Nicolas Picard, président du
prochain congrès SFPIO 2013,
au village EFP à Europerio
Vienne

En bas :
Séance 3D à Europerio

Comment chaque
nouveau pas a-t-il
élevé notre **expertise**
depuis un siècle ?



La réponse tient dans la philosophie Carestream Dental

La philosophie Carestream Dental vous démontre la force de notre engagement. Elle contribue à faire progresser l'art dentaire sur trois domaines essentiels : l'excellence diagnostique, l'optimisation du travail et une technologie humanisée. Et à vous, praticiens, elle permet de tirer le meilleur parti de votre expertise, pour la plus grande satisfaction de vos patients.

**Continuons à travailler ensemble.
Repoussons les frontières du possible.
Repensons l'expertise.**

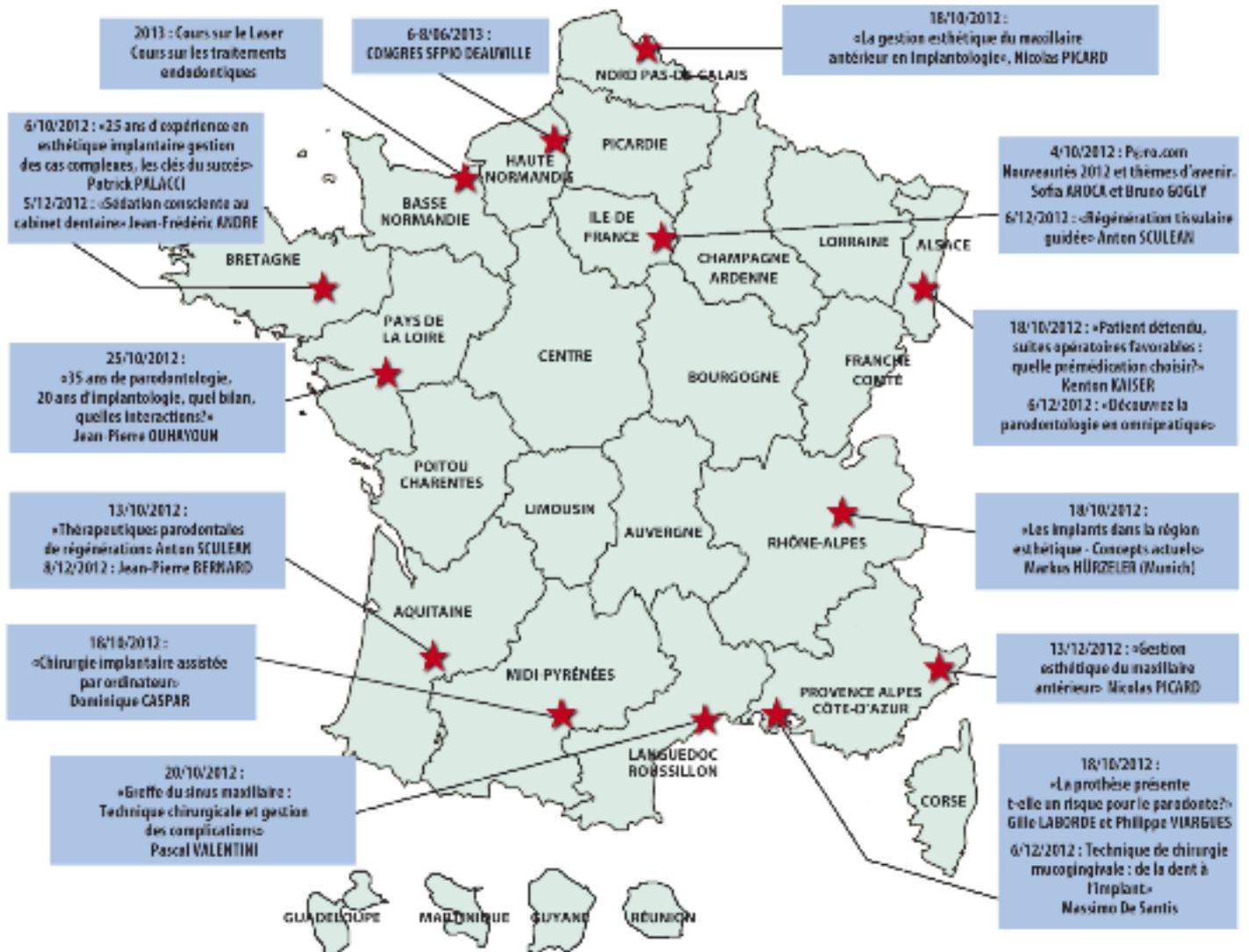
Rencontrez-nous à l'ADF, stand M21 niveau 3.

© Carestream Health, Inc. 2012





Rendez-vous SFPIO



Les membres de la SFPIO peuvent désormais 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.



LISTERINE®

BAIN DE BOUCHE ANTIBACTÉRIEN À USAGE QUOTIDIEN
ÉLIMINE LES BACTÉRIES RESPONSABLES DE LA PLAQUE ET DES PROBLÈMES DE DENTS ET DE GENCIVES

3 raisons de faire adopter LISTERINE® à vos patients :

- 1 LISTERINE® est un geste complémentaire au brossage des dents pour prévenir les problèmes de dents et gencives et ainsi contribuer à améliorer significativement l'hygiène bucco-dentaire.
- 2 Risque carieux ou parodontal, maintien des dents blanches ou problème de plaque ou soin complet, chaque patient peut trouver le bain de bouche LISTERINE® le plus adapté à son profil bucco-dentaire.
- 3 LISTERINE® respecte l'équilibre de la flore bactérienne buccale au long cours (étude réalisée à 6 mois)¹.

Une solution pour favoriser la prévention des caries*

LISTERINE
PROTECTION DENTS ET GENCIVES



Des dents plus blanches

LISTERINE
Stay White



Une solution multi-bénéfices

LISTERINE
TOTAL CARE



Un goût moins intense et sans alcool

LISTERINE
ZERO



Une protection renforcée de l'émail

LISTERINE
TOTAL CARE
PROTECTION ÉMAIL



NOUVEAU

Aux extraits d'huiles essentielles : Menthol, Thymol, Eucalyptol et Salicylate de Méthyle.

+FLUOR

+CHLORURE DE ZINC

+FLUOR +CHLORURE DE ZINC

+SANS ALCOOL +FLUOR

2X PLUS DE FLUOR²

Pour toutes questions, contactez-nous :

☎ N° Vert 0 800 500 055

Johnson & Johnson
SANTÉ BEAUTÉ FRANCE

* via PP

1. Minelli G.E. et al. Effects of 6 months use of an antibiotic mouthrinse on subgingival dental plaque microflora. J Clin Periodontol 1999;16:347-352. 2. Fife DH et al. In vivo antimicrobial effectiveness of an essential oil containing mouth rinse 12h after a single use and 14 days' use. J Clin Periodontol 2005;32:335-340.

2. Teneur renforcée en Fluor à 225 ppm

Johnson & Johnson Santé Beauté France, SAS au capital de 153 285 940 ERCS Nanterre - 479 824 724. Siège Social : 1, rue Camille Desmoulins - 92130 Issy-les-Moulineaux. Locataire Girard de Vanja Expédition pour les produits Vanas, Koyola, Nelli et Tricostent, M12, J25.

SÉANCES ADF

JEUDI 29 NOVEMBRE

"La Chirurgie muco-gingivale"

12h30 - 15h

Responsable de séance : Dr Xavier Struillou
Dr Virginie Monnet Corti (UFR de Marseille MCU-PH)
Dr Séverine Vincent (UFR de Nice Sophia Antipolis MCU-PH)
Dr Alain Borghetti (UFR de Marseille MCU-PH)



Xavier Struillou



Virginie Monnet Corti



Alain Borghetti



Séverine Vincent

Cette année la séance de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale sera parfaitement dans le thème global du congrès de l'ADF 2012. Nous aborderons la chirurgie plastique parodontale sous toutes ses facettes avec 3 conférenciers bien connus.

Venez nombreux !!! Je pense que ce sera une bien belle séance.

Xavier STRUILLLOU
Président SFPIO

Evolution des techniques pour une intégration esthétique optimale en Chirurgie Plastique Parodontale

Dr Virginie Monnet-Corti

La demande de la part des patients en matière d'esthétique n'a cessé de croître durant ces dernières années, et le domaine de la dentisterie n'échappe pas à cette préoccupation générale. En effet, la réhabilitation d'un sourire est souvent un défi esthétique et impose au praticien de recréer une composante gingivale et dentaire mêlant naturel, harmonie, vie et fonctions (mastication, phonation...). L'analyse du sourire du patient se fait à partir d'un Tableau Décisionnel qui nous permet, de savoir si l'on traitera le patient en s'intégrant dans un contexte harmonieux existant ou si l'on préférera changer quelques éléments qui présentent des irrégularités marquées. L'écrin gingival est constitué de différents éléments : en profondeur par les différents tissus épithélial et conjonctif, le desmodonte, le cément et l'os alvéolaire et en surface par son architecture festonnée, sa couleur, son épaisseur et sa texture... Dans le but essentiel de respecter l'ensemble de ces éléments constitutifs d'une gencive harmonieuse, l'évolution des tech-

niques de chirurgie plastique parodontale nous permet d'éviter la présence de cicatrices, de variations de couleur, de contour et d'épaisseurs dans les zones opérées. De nombreux cas cliniques permettront d'étayer le propos. ■

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Borghetti A, Monnet Corti V. Chirurgie plastique parodontale. Editions CDP.2008
2. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision making in aesthetics : root coverage revisited. Periodontol 2000 2001 ; 27 : 97-120.
3. Charruel S, Perez C, Foti B, Camps J, Monnet-Corti V. Gingival contour assessment : clinical parameters useful for esthetic diagnosis and treatment. J Periodontol 2008 ; 79 : 795-801.
4. Liebart MF, Fouque-Deruelle C, Santini A, Dillier FL, Monnet-Corti V, Glise JM et al. Smile line ad periodontium visibility. Periodont Pract today 2004 ; 1 : 17-25.



La même chose.
En mieux.

Geistlich
Bio-Oss Pen[®]

Manipulation sûre

**Substitut
osseux N°1***

Aucune perte de matériau

Gain de temps

Accès optimal
au site chirurgical

Facile d'emploi

**Confort
d'utilisation**

Humidification facile

Nouveau !

- ✓ Ouvrir
- ✓ Humidifier
- ✓ Utiliser



* IData Research Inc., US Dental Bone Graft Substitutes and other Biomaterials Market, 2010.
IData Research Inc., European Dental Bone Graft Substitutes and other Biomaterials Market, 2010.

Pour en savoir plus :
www.bio-oss.com

 **swiss made**

LEADING REGENERATION

Aménagement des tissus mous pré-prothétique autour des dents et des implants

Dr Séverine Vincent

Principes de bonne santé en prothèse

La chirurgie muco-gingivale pré-prothétique passe par un examen parodontal et un traitement de la gingivite ou de la parodontite diagnostiquée. L'examen muco-gingival se conduit à ce stade. Il doit prendre en compte à la fois l'aspect fonctionnel et l'aspect esthétique du cas.

Principes d'esthétique dents et implants

L'examen esthétique pour une prothèse sur dents naturelles ou sur implants, obéit aux mêmes critères de position des dents, d'occlusion, etc, ainsi qu'aux principes d'alignement des collets proposés par la chirurgie plastique.

La gencive attachée

Sur le plan fonctionnel, la présence de tissu kératinisé en épaisseur et en hauteur suffisante, aussi bien autour de la dent que de l'implant, facilite l'hygiène et constitue un gage de maintien de la santé parodontale et minimise l'apparition de récessions. La greffe gingivale épithélio-conjonctive garde ses indications, aussi bien autour de la dent que de l'implant, sauf sur un secteur concerné par l'esthétique.

L'alignement des collets

L'alignement des collets peut s'obtenir soit par soustraction (élongation coronaire), soit par addition (recouvrement radiculaire). Le traitement d'une récession gingivale autour d'une

dent par recouvrement donne le plus souvent un bon résultat avec les techniques actuelles, mais celui autour d'un implant est aléatoire.

Les papilles

Le problème de l'absence de papilles qui aboutit au « trou noir » évoqué par le patient ou la patiente, n'a pas pour le moment de solutions fiables bien que nombre d'entre elles aient été proposées.

Le comblement de crête

Le traitement de la crête édentée varie en fonction de l'objectif : intermédiaire de bridge ou site implantaire ? Une greffe de conjonctif permet l'augmentation de volume nécessaire pour affronter un inter de bridge, alors qu'une reconstruction osseuse est indispensable face à une perte ostéomuqueuse d'un site implantaire. De plus, les techniques de chirurgie plastique parodontale permettent de gérer les tissus mous péri-implantaires en complément.

La gestion du tissu kératinisé autour de l'implant et le volume de la crête

Des exemples cliniques détaillent les possibilités d'aménagement du tissu kératinisé par déplacement tissulaire autour des implants, ainsi que de l'augmentation de volume par greffe de conjonctif en complément de la reconstruction osseuse. ■

Dr Alain Borghetti

Dans le cadre du traitement des récessions tissulaires marginales, la greffe de tissu conjonctif enfoui prélevé au palais, constitue la technique de choix actuellement la mieux documentée et la plus fréquemment indiquée. En effet, cette procédure apporte le meilleur taux de recouvrement, une bonne stabilité dans le temps ainsi qu'un résultat esthétique satisfaisant. Il existe toutefois un certain nombre d'inconvénients liés à sa difficulté de réalisation technique ainsi qu'à l'existence d'un deuxième site opératoire. Les prélèvements de tissu conjonctif palatin ont une morbidité élevée, avec une prévalence importante de douleurs postopératoires et de saignement per et postopératoires. De plus, la quantité de tissu disponible étant limitée, le traitement des récessions multiples peut s'avérer complexe.

Ces dernières années, afin de s'affranchir de ces écueils, le développement de l'ingénierie tissulaire en parodontologie a ouvert la voie à de nouvelles propositions thérapeutiques. Celles-ci ont pour but d'élargir le panel de nos traitements dans le recouvrement des récessions parodontales, et visent à remplacer le greffon conjonctif par des procédés alternatifs.

Parmi eux, nous évoquerons l'utilisation des protéines dérivées de la matrice de l'émail (Emdogain[®]), des matrices collagéniques en trois dimensions (Mucograft[®]), des matrices dermiques acellulaires (Alloderm[®]) ainsi que des membranes de plasma enrichi en plaquette (PRF[®]) en adjonction aux techniques conventionnelles de chirurgie plastique parodontale. Ces produits, pour la plupart issus du génie tissulaire, peuvent être proposés en association aux lambeaux pédiculés (lambeau

positionné coronairement ou latéralement) ou à certaines techniques de chirurgie minimalement invasive (lambeaux enveloppes, ou greffes tunnelisées).

Les protocoles chirurgicaux pour chacune des techniques seront précisés ainsi que leurs indications, leurs avantages et leurs limites.

Enfin, nous tenterons d'évaluer la fiabilité des résultats cliniques de ces solutions alternatives proposées par l'industrie, en s'appuyant sur les données de la littérature pour les techniques les plus anciennes, ou sur des données préliminaires issues de séries de cas pour les plus récentes. ■

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1/ McGuire MK, Scheyer ET, 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 ten years. J Periodontol. 2012 Feb 21 (Epub ahead of print).

2/ Aroca S, Keglevich T, Barbieri B, Gera I, Etienne D. Clinical evaluation of a modified coronally advanced flap alone or in combination with a platelet-rich fibrin membrane for the treatment of adjacent multiple gingival recessions: a 6-month study. J Periodontol. 2009; 80 (2) : 244-52.

3/ Moslemi N, Mousavi Jazi M, Haghghati F, Morovati SP, Jamali R. Acellular dermal matrix allograft versus subepithelial connective tissue graft in treatment of gingival recessions: a 5-years randomised clinical study. J Clin Periodontol. 2011; 38 (12): 1122-9.

IngeniOs HA : la solution non biologique pour la conservation du volume osseux.



100% SYNTHÉTIQUE

Particules d'hydroxyapatite (HA) pure identique à HA de l'os naturel

UNE POROSITÉ DE 80% DES PARTICULES

Pour favoriser la néoformation osseuse et le processus naturel de remodelage du tissu osseux
Résorption lente

OSTÉOCONDUCTION À LONG TERME qui contribue à la stabilité du greffon et à la préservation du volume, notamment dans le sinus.

IngeniOs β -TCP bioactif : l'option résorbable non biologique pour la régénération osseuse.

FORMULATION BIOACTIVE

Les particules synthétiques de phosphate tricalcique béta en phase pure ont été enrichies en silicate afin de favoriser l'augmentation de la bioactivité

RÉGÉNÉRATION OSSEUSE VASCULARISÉE

La porosité de 75% interconnectée contribue à favoriser la croissance interne du tissu osseux

RÉSORBABLE

Facilite le processus physiologique de remodelage osseux et de néoformation osseuse



Les particules osseuses synthétiques IngeniOs sont fabriquées par Curasan AG et distribuées en exclusivité par Zimmer Dental Inc.

Pour plus d'informations, contactez le représentant au 01 45 12 35 30
ou par mail à biomatériaux.DentalFrance@zimmer.com

Zimmer Dental SAS

2 Place Gustave Eiffel - B.P. 40237

94528 Rungis Cedex

Tél. : 01 45 12 35 35

 **zimmer** | dental

www.zimmerdental.fr

Congrès EUROPERIO VII

Vienne 2012

Les superlatifs sont de mises pour qualifier Europerio VII. La fréquentation d'abord, hors norme : près de 8000 confrères se sont pressés quatre jours durant dans le palais des congrès de la capitale autrichienne. Le niveau des intervenants ensuite : séances plénières ou de recherche, la clarté et l'intérêt des conférences étaient une constante. La qualité de l'organisation enfin, ville mozartienne oblige, réglée comme du papier à musique. Les sept



L'EFP village accueillait chaque délégation nationale ; le stand français était naturellement tenu par Caroline Deniaud, ici aux côtés d'Alain Borghetti (Marseille) et de Marie-Laure Colombier (Paris).



Impressionnante image du hall principal accueillant près de 3000 confrères.



Séance ortho-paro avec le chairman de l'EFP Conference Committee, Jean-Louis Giovannoli.

conférences simultanées durant trois jours obligeaient à des choix « douloureux » ; imaginez le dilemme du jeudi 14h, par exemple, avec aux pupitres et dans des séances différentes M Tonetti, P Eickholtz, W Giannobile, F Cairo, A Mombelli ou, cocorico, D Nisand.

Mais la multiplicité des sujets a permis à chacun de trouver des réponses et solutions aux nombreuses questions que nous pose notre exercice. La chirurgie plastique parodontale a fait la part belle à l'école italienne avec un Giovanni Zuccheli insistant encore et toujours sur la précision à accorder aux tracés d'incision ; Otto Zuhr montrant tout l'intérêt de la micro-chirurgie ; la place des anti-microbiens a été discutée et Philipp Preshaw a montré, malgré les nombreuses voies de recherche, le nombre limité de molécules actives aujourd'hui à notre disposition ; la paro-médecine a une fois encore été à l'honneur, en séances plénières et de recherche ; l'approche des cas d'orthodontie chez les sujets présentant une parodontite, traitée notamment par JL Giovanoli, a montré l'importance tant des résultats des expé-

rimentations que de l'expérience clinique, et insisté sur l'absolue nécessité de résoudre l'inflammation avant d'entreprendre le traitement orthodontique.

Rendez-vous est d'ores et déjà donné pour Europerio VIII à Londres dans trois ans.

Les anglais viennent de démontrer durant les récentes olympiades les nombreux atouts de la capitale britannique. On y retrouvera probablement des séances futuristes, novatrices et passionnantes comme le fut le dernier grand rendez-vous de Vienne, orchestré par Maurizio Tonetti, Pierpaolo Cortellini et Tiziano Testori au cours duquel une salle pleine à craquer a assisté, bouche bée et en 3D (cf photo) à deux interventions extraordinaires. La première montrait dans ses détails les plus intimes le profil d'un défaut intra-osseux filmé sous microscope et traité par voie minimalement invasive ; le second détaillait chaque étape d'un comblement sinusal bilatéral, avec pose implantaire simultanée ; le tout, rappelons le, en 3D ; merci aux organisateurs de ce grand show pour ce bouquet final. ■



Salle comble pour une ultime séance du congrès avec un show italien en 3D futuriste.

CYCLE DE FORMATION CONTINUE EN PARODONTOLOGIE 2012/2013



Lieu du cycle : UIC 15 rue Jean Rey 75015 PARIS

N
I
V
E
A
U
1

4-5-6 octobre 2012 // PRÉSERVER LA DENTURE NATURELLE EXISTANTE

- Les maladies parodontales.
 - Le biofilm bactérien, facteur étiologique primaire
 - Les facteurs de risque
- Le diagnostic et le plan de traitement
- Maladies parodontales et maladies générales
- Enseignement de l'hygiène
- Le point sur les prescriptions médicamenteuses
- Occlusion et parodonte réduit
- Le traitement non chirurgical
 - Le surfaçage et les ultrasons
 - Travaux pratiques : traitement ultrasonique des poches
- Le traitement chirurgical
 - Assainissement chirurgical avec vidéo d'un lambeau d'assainissement
 - Comblement et RTG - Protéines de la matrice amélaire
- Le traitement des lésions inter-radiculaires
- Le futur de la Parodontie : facteurs de croissance, concentré plaquettaire, cellules souches, gènes ?
- Travaux Pratiques sur mâchoires animales : Le lambeau d'assainissement et le comblement

N
I
V
E
A
U
2

18-19 janvier 2013 // AVOIR RECOURS À LA PROTHÈSE ET/OU À L'IMPLANTOLOGIE

- Prothèse et parodonte
- Prothèse sur parodonte réduit – protection du parodonte lors de l'accès aux limites
- Parodontites et péri-implantites
- Les lésions endo-parodontales
- L'élongation coronaire : indications et techniques
- Travaux pratiques : l'élongation coronaire
- La contention
- Le plan de traitement parodontal et implantaire : cas cliniques
- Conserver ou implanter : cas cliniques

N
I
V
E
A
U
3

24-25 mai 2013 // CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE

- Indication de la chirurgie plastique parodontale - Panorama des différentes techniques chirurgicales
- Chirurgie plastique parodontale et traitement orthodontique
- Les principes de l'esthétique en chirurgie plastique parodontale
- Les facteurs de succès dans le recouvrement radiculaire
- Utilisation des protéines dérivées de la matrice amélaire pour le traitement des récessions gingivales
- Les autres techniques de chirurgie plastique parodontale
- Session vidéo : Les différentes techniques en temps par temps
- Chirurgie plastique péri-implantaire
- Travaux pratiques : Greffe épithélio-conjonctive, épithélio

CYCLE DE FORMATION CONTINUE EN IMPLANTOLOGIE 2012/2013

Lieu du cycle : UIC 15 rue Jean Rey 75015 PARIS

N
I
V
E
A
U
1

4-5-6 octobre 2012 // **INTÉGRATION DES IMPLANTS AU QUOTIDIEN**
Plan de traitement, chirurgie et prothèse des cas simples
Stage sur 3 jours (début jeudi après-midi, vendredi, et fin le samedi à 17h)

- Généralités
- Occlusion et biomécanique implantaire
- La chirurgie implantaire
- Les empreintes
- Les solutions vissées et scellées
- Gestion de la période d'ostéointégration
- Gestion de la réouverture - stade II
- Scellement, équilibrage et maintenance des implants

- Discussion de cas cliniques
- Travaux pratiques chirurgie et prothèse
- Session vidéo



N
I
V
E
A
U
2

18-19 janvier 2013 // **TRAITEMENT DES CAS COMPLEXES DE LA ZONE ESTHÉTIQUE**
Plan de traitement, chirurgie et prothèse des cas complexes
Stage sur 2 jours (vendredi, samedi) avec TP et vidéos

- Plan de traitement global
- La chirurgie assistée par ordinateur
- Réhabilitations fixées chez l'édenté total
- La zone esthétique
- Gestion des tissus mous
- Gestion des échecs
- Travaux pratiques
 - Pose d'implant dans zone esthétique avec comblement et rtg
 - Pose de 4 ou 5 implants sur mandibule édenté

- Prothèse
- Travail et enregistrement du profil d'émergence
- Les empreintes Complexe
- Travaux pratiques :
Empreinte des 4 ou 5 implants sur mandibule édenté



N
I
V
E
A
U
3

24-25 mai 2013 // **CHIRURGIES IMPLANTAIRES AVANCÉES**
Chirurgie de greffes et de régénérations osseuses
Stage sur 2 jours (vendredi, samedi) avec TP et vidéos

- Les défauts osseux
- Principe des greffes osseuses
- Evaluation des alternatives aux greffes osseuses
- Régénération osseuse ? Comblement de sinus
- La chirurgie ultrasonique ? Traitement des péri-implantites

OFFRE
RÉSERVÉE
AUX MEMBRES
DE LA SFPIO

Un regard unique sur la parodontologie et la chirurgie en implantologie orale



La vocation du JPIO est de vous apporter un éclairage sur les développements récents en parodontologie clinique et en implantologie thérapeutique.

Le Jpio vous aide à mettre en application vos connaissances en parodontologie et en implantologie orale à partir :

- d'articles originaux, soumis à un comité scientifique, selon les critères de publication des revues internationales, avec résumé et mots-clés en français et en anglais
- d'articles de formation continue illustrés sur les bases de la parodontologie moderne
- d'une revue de presse scientifique internationale

Votre abonnement comprend :

4 numéros trimestriels + 1 numéro hors-série
+ l'accès réservé à www.editions-cdp.fr
(avec notamment les archives de la revue.)

234 €

au lieu de 341 €***
soit 31% de remise

Réservé aux
membres de
la SFPIO

Bulletin d'abonnement à JPIO

À COMPLÉTER ET À RETOURNER AVEC VOTRE RÉGLEMENT À : JPIO - Service Abonnements Santé - CF815 - 1 rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - 92856 Rueil-Malmaison cedex - abonnement@editions-cdp.fr - Fax : 01 76 73 48 57

Oui, je m'abonne pour 1 an au JPIO. Je bénéficie du tarif exceptionnel de 234 €, au lieu de 341 €, soit 31% de remise.

JE JOINS MON RÉGLEMENT PAR :

- Chèque à l'ordre de : **Walters Kluwer France**
 Carte bancaire (Sauf American Express)

N° _____

Expire fin : _____

3 derniers n° au verso de la carte _____

Signature obligatoire

MES COORDONNÉES New Miro M.

Nom _____ Prénom _____

Adresse prof. perso. _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Fax _____

E-mail : _____ @ _____

Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente en ligne sur le site www.editions-cdp.fr. Je déclare que mon abonnement sera renouvelé automatiquement d'une année sur l'autre, sauf avis contraire de ma part, signé à deux relectures, la date d'échéance.

Signature obligatoire

Éditions
Cdp®

*Offre visible uniquement pour un premier abonnement. **Au lieu de 341 € au lieu de 341 €, soit 31% de remise. ***En vous abonnant, ce sont déjà 20 points que vous obtenez (dans la limite de 40 crédits) - accréditation CNFOP. Offre valable jusqu'au 31/03/2013 en France métropolitaine et Dom-Tom, Evénements et Étrangers pour contacts. Conformément à la loi du 6/01/78, modifiée par la loi du 6/05/04, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour cela, il suffit de nous écrire (JPIO - Service Abonnements Santé - CF 815 - 1 rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - 92856 Rueil-Malmaison cedex) et nous indiquant vos coordonnées. TVA incluse : 2,10%. JPIO est une marque de Walters Kluwer France SAS. Siège social : 1, rue Eugène et Armand Peugeot 92856 Rueil-Malmaison au capital de 300 000 000 € - RCS Nanterre 480 081 306 - N° de TVA FR 35 480 081 306 - NAF 221 E

Walters Kluwer
Paris

12_09_11/11/11_01_21/02/07

Résumé de la présentation de Mademoiselle Dumitrescu (A.L. Dumitrescu, M. Kawamura) de l'Université de Tromsø. Cette étude a été primée au congrès SFPIO de Montpellier dans le concours Gaba.

Les auteurs remercient le docteur Aymeric Courval pour la correction de leur article

PRIX COMMUNICATION CLINIQUE

Laboratoires GABA

3ème prix

Alexandrina L. Dumitrescu*

Makoto Kawamura**

* L'institut de stomatologie clinique, L'Université de Tromsø, Norvège

** L'Hôpital Universitaire Hiroshima, Japon.

Facteurs psychologiques et émotionnels du ressenti de la douleur pendant le sondage parodontal, le détartrage et le surfaçage radiculaire ultrasonique

Introduction

Les déterminants de la douleur pendant le sondage parodontal : La maladie parodontale est bien souvent indolore. En revanche, le diagnostic avec le sondage de la profondeur de poche peut être douloureux. L'examen parodontal complet implique le sondage parodontal d'au moins six sites par dent présente sur les arcades. Cette technique est utilisée pour obtenir des informations fondamentales. Elle est ensuite réemployée à la réévaluation, et par conséquent utilisée sur le long terme comme un outil de surveillance de la stabilité ou de la progression de la maladie parodontale. Les déterminants de la douleur pendant le sondage parodontal sont le sexe (Karadottir et coll., 2002), l'âge (Canakci & Canakci, 2007), le tabagisme (Dumitrescu & Maftai, 2006), le type de dent ou la surface dentaire (Heft et coll., 1991; Canakci & Canakci 2007) et la profondeur de poche parodontale (Heft et coll. 1991, Canakci & Canakci, 2007). La douleur peut être associée au saignement au sondage (Heft et coll., 1991; Canakci & Canakci 2007) et au diamètre de l'extrémité de la sonde parodontale (Hassan et coll. 2005; Kim et coll., 2007).

Les déterminants de la douleur pendant le détartrage ultrasonique : Les procédures de détartrage peuvent aussi être ressenties comme douloureuses par le patient. Les déterminants de la douleur pendant le détartrage ultrasonique sont: l'âge (Canakci & Canakci, 2007), le tabagisme (Guzeldemir et coll. 2008), le type de dent (Canakci & Canakci 2007), la surface dentaire (Canakci & Canakci 2007), la profondeur de poche parodontale (Canakci & Canakci, 2007), le saignement au sondage (Canakci & Canakci 2007), le type de procédure (Braun et coll. 2003, 2007, 2010; Hoffman et coll. 2005; Kocher et coll. 2005) et le contour des extrémités actives des inserts (Braun et coll. 2007).

La perception de la douleur: le cadre psychophysiologie : D'un point de vue psychophysiologique, un chercheur doit accorder plus d'importance à la composante émotionnelle de la douleur qu'au cadre conceptuel des processus sensoriels (Chapman 2005). La douleur n'est pas seulement une expérience physiologique, mais aussi une construction cognitive et émotionnelle. Les états psychologiques complexes modifient la façon dont nous ressentons la douleur (Rhudy and Meagher 2005). Les études en neuro-imagerie ont montré une base physiologique de modulation de la douleur psychologique, avec une activité des voies de la douleur modifiées par l'attention, l'empathie, les émotions positives et négatives et l'administration d'un placebo (Loggia et coll. 2008). L'objectif de cette étude est d'identifier les variables psychologiques prédictives à l'identification des personnes qui ressentent et déclarent une douleur durant le sondage parodontal et le détartrage ultrasonique.

Matériel et Méthodes

La population de l'étude – La sélection des patients

50 patients ont été recrutés au cours d'une pratique privée. Les critères suivants de sélection ont été utilisés: 1) l'âge compris entre 19 - 69 ans; 2) une histoire médicale sans antécédent de maladie parodontale; 3) aucun traitement antibio-

tique durant les six derniers mois ou l'utilisation régulière de médicaments antalgiques; 4) aucun traitement parodontal au cours des deux dernières années; 5) aucune femme enceinte ou en cours d'allaitement. 50 sujets ont été sélectionnés. Deux ont refusé de participer à l'étude et huit ont été exclus à cause de leur incompatibilité avec les critères de sélection. La période de recrutement a duré 6 mois.

Procédures

Procédures A. Éthique : Pendant le rendez-vous, les patients ont été informés des détails du projet de recherche et ils ont eu la liberté d'accepter et de confirmer leur consentement par écrit ou de refuser leur participation à l'étude. L'étude s'est effectuée en conformité avec la Déclaration de Helsinki de 1975, révisée en 1983.

FIABILITÉ DANS UN ESPACE RÉDUIT

STRAUMANN® NARROW NECK CrossFit®

La solution Soft Tissue Level de Straumann pour faire face aux limitations de place

- Fiabilité lors de la pose d'implants de diamètre réduit
- Large éventail d'options de traitement ■ Simplicité d'utilisation au quotidien



Vous pouvez nous joindre au **01 64 17 30 00**.

Plus d'informations sur www.straumann.fr

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

Procédures B. Questionnaire : Ensuite, les sujets ont rempli un questionnaire qui contenait les rubriques suivantes: a) détails démographiques et socioéconomiques ; b) histoire médicale – y compris les symptômes et les maladies systémiques diagnostiquées ; c) les habitudes d'hygiène dentaire ; d) l'exposition au tabac d'une personne est exprimée par sa consommation c'est-à-dire: 1) le nombre de cigarettes fumées par jour, 2) la durée (nombre d'années), 3) l'exposition cumulée dans le temps représente le produit de la consommation quotidienne par la durée en années ("nombre de cigarettes par an").

Procédures C. L'examen parodontal : L'examen clinique inclut l'enregistrement: a) du nombre de dents présentes ;

b) les indices de plaque et de tartre ont été enregistrés comme pourcentage de la surface totale (quatre sites par dent); c) le saignement au sondage a été établi de façon dichotomique. Le résultat du saignement de la bouche entière a été enregistré comme pourcentage de la surface totale (six sites par dent) en montrant la présence de saignements au sondage; d) les récessions et la profondeur de la poche ont été mesurés en six points par dent utilisant la sonde parodontale de l'Université de Caroline du Nord (CP15 Medesy, Italie).

Procédures D. Détartrage ultrasonique : Le détartrage supra et sous-gingival a été réalisé en utilisant une pièce à main piézo-électrique à ultrasons (Amdent US30m, DBI Amdent États-Unis). Le dispositif à ultrasons a été positionné sur le

réglage de puissance "1" avec l'extrémité actif élargi du détartréur. Il est conçu pour le détartrage sous-gingival et peut également être utilisé au niveau des régions interradiculaires. La pointe de l'instrument a toujours été maintenue parallèlement au grand axe de la dent.

Procédures E. Évaluation de la douleur avec l'EVA : la douleur a été évaluée immédiatement après chaque procédure étudiée (sondage parodontal ou détartrage ultrasonique). Les patients ont indiqué leur perception de la douleur de chaque instrument utilisé sur deux EVA. L'étude a été réalisée sans anesthésie locale, aucun participant ne l'ayant demandée. Toutefois, les participants étaient conscients de la possibilité d'être anesthésiés si la douleur devenait insupportable.

Procédures F. Les instruments psychologiques utilisés sont présenté ci-dessous :

Les instruments psychologiques	Nom originale	Référence bibliographique
L'inventaire d'autoévaluation de type A de personnalité	Type A Self-Rating Inventory; TASRI	Blumenthal et coll. 1985
L'échelle de l'anxiété et de dépression	The Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS	Zigmond & Snaith, 1983
L'échelle modifiée Corah d'anxiété dentaire	The Modified Corah Dental Anxiety Scale; MDAS	Humphris et al. 1995; 2000
L'échelle du désespoir	HopelessnessScale	Everson et al. 1996; 1997; 2000
L'échelle de l'intelligence émotionnelle	Emotional intelligence; EI	Schutte et al. 1998
L'échelle du stress perçu	Perceived Stress Scale; PSS-10	Cohen et al. 1983
L'échelle Rosenberg du respect de soi	Rosenberg Self-Esteem Scale	Hensley & Roberts, 1976
Le test d'orientation dans la vie	Life Orientation Test; LOT	Scheier & Carver, 1985
L'échelle de la satisfaction de vivre	Satisfaction with Life Scale; SWLS	Diener et al., 1985

Procédures G. Les analyses statistiques.

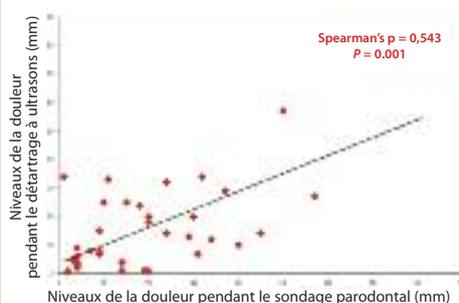
Les analyses statistiques ont été faites à l'aide d'un ordinateur utilisant l'application SPSS 17.0, Inc. Chicago, USA. La concordance interne des échelles psychologiques a été vérifiée par l'utilisation de Cronbach. Les tests de statistiques descriptives ont permis de compter toutes les variables. Les différences entre groupes ont été identifiées à l'aide du test de Mann-Whitney. On a utilisé aussi les analyses de corrélation Spearman pour les variables investiguées. $P < 0.05$ est le degré de significativité au-dessus duquel le test statistique n'est pas significatif.

Résultats

Les résultats de l'évaluation de la validité des instruments psychologiques variés utilisés sont: le Cronbach α variait de 0,67 à 0,90. Il existe des relations inverses entre l'anxiété, la dépression, le désespoir et le stress perçu, d'une part, et l'intelligence émotionnelle, l'estime de soi, l'optimisme

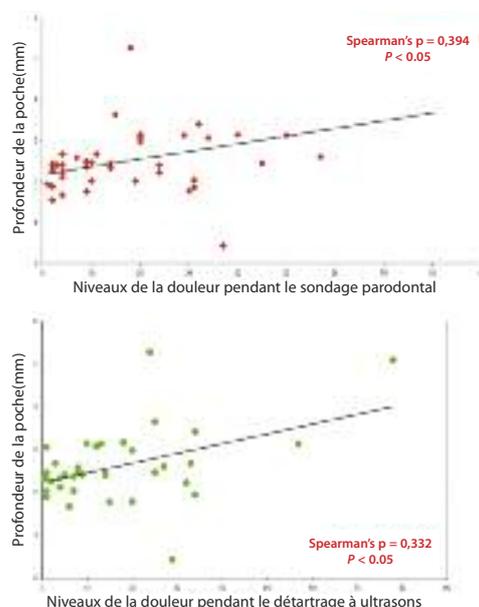
et la satisfaction avec la vie de l'autre, d'autre part. La personnalité de type A était significativement associée négativement avec dépression, le désespoir et le stress perçu ($P < 0.01$). Enfin, l'anxiété dentaire n'était pas corrélée significative avec aucune variable psychologique.

Une association a été observée entre l'intensité de la douleur ressentie pendant le sondage parodontal et la douleur pendant le détartrage à ultrasons ($P = 0.001$).



Dans notre étude, la douleur pendant le sondage parodontal et celle ressentie

pendant le détartrage à ultrasons étaient significativement associées avec la profondeur de la poche et la perte d'attache clinique ($P < 0.05$).



NobelProcera™

Barres pour prothèse adjointe complète supra-implantaire conçues individuellement pour toutes les indications.



Large gamme de barres et de types d'attachements.

Précision de l'adaptation sur les implants Nobel Biocare ainsi que sur les implants d'autres fournisseurs.

Visualisation du prémontage prothétique, par exemple les rapports avec les tissus mous et la position des attachements, pour une conception optimale de la barre.

Livrées extrêmement polies et prêtes à l'emploi.



NOBEL BIOCARE GLOBAL SYMPOSIUM 2013

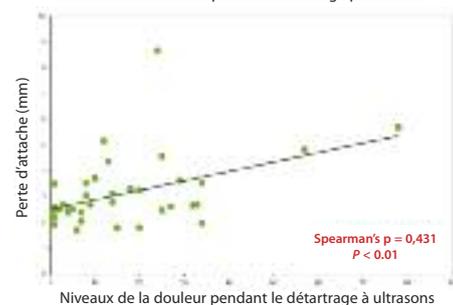
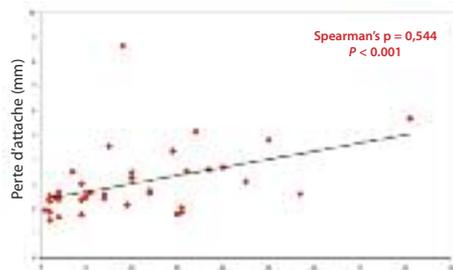
New York, 19 au 23 juin 2013
rendez-vous sur notre site internet
www.nobelbiocare.com/newyork2013

Découvrez un nouvel univers dans le domaine de la dentisterie CFAO : haute précision, rapidité et rentabilité. Au moyen du logiciel NobelProcera, intuitif et convivial, vous pouvez scanner et concevoir des barres individualisées pour prothèse adjointe complète supra-implantaire pour toutes les indications, fixes et amovibles, allant d'un prix peu élevé à une option haut de gamme, pour une variété de types d'attachements et de systèmes.

implantaires. Une fois votre conception terminée, envoyez-la en ligne à un centre de production NobelProcera, où elle sera usinée à partir d'un seul bloc de titane de type chirurgical, biocompatible. Le résultat : une barre légère et solide sans joint de soudure ni problèmes de porosité. Les barres sont livrées avec un haut degré de polissage et sont prêtes à l'emploi. Elles sont livrées avec les vis* et les attachements**. La garantie est de 5 ans.

Nobel Biocare est le leader mondial en solutions dentaires innovantes, scientifiquement éprouvées. Pour plus d'informations, contactez votre représentant local Nobel Biocare au numéro de téléphone 01 49 20 00 31 ou visitez notre site Internet.

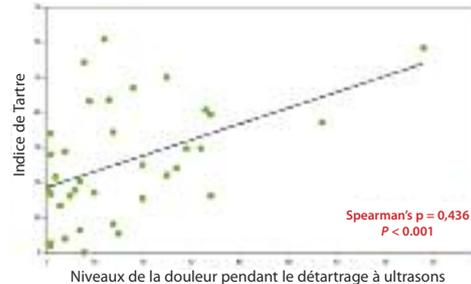
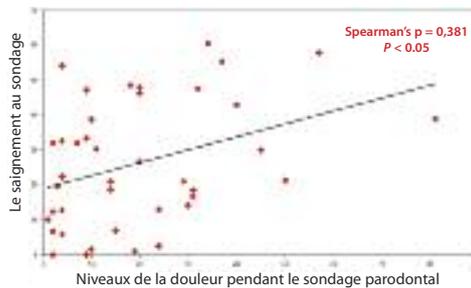
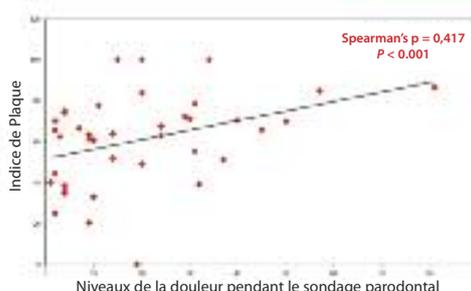
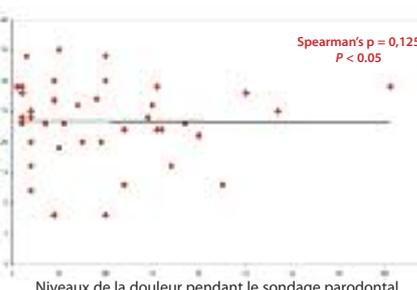
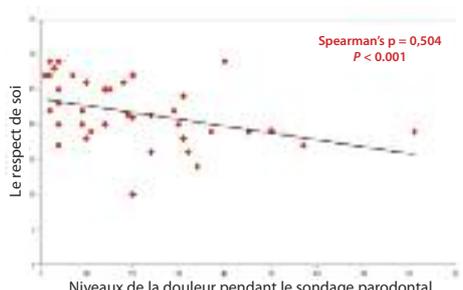
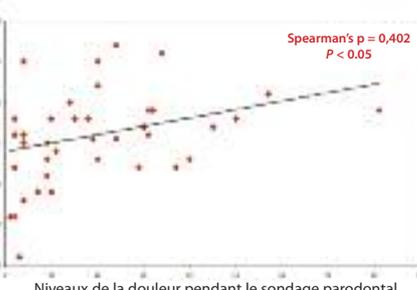
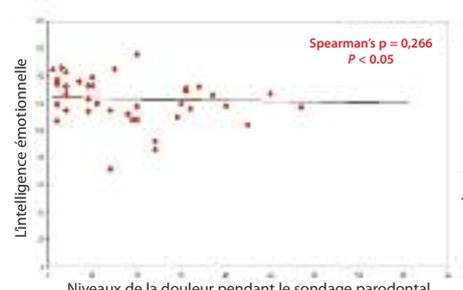
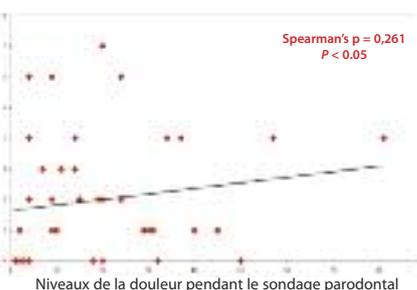
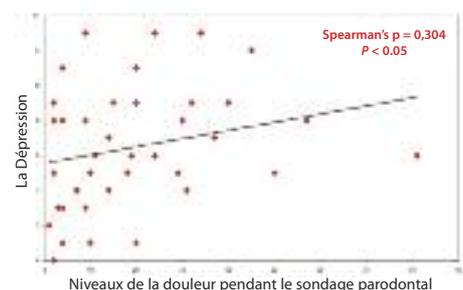
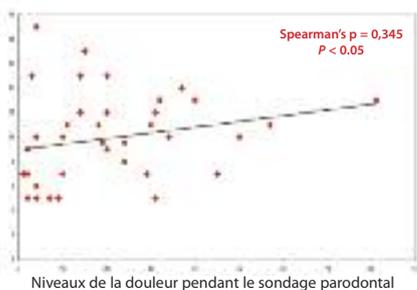
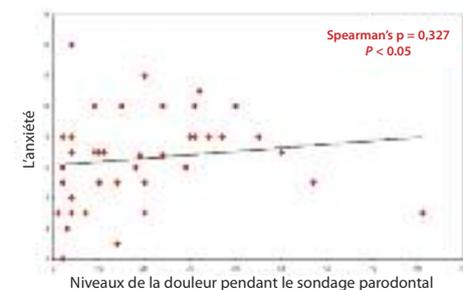
www.nobelbiocare.com



De plus la douleur au sondage parodontal a été associée à l'Indice de Plaque et au Saignement au sondage ($P < 0.01$). La douleur au détartrage ultrasonique a été significativement associée à l'Indice de tartre ($P < 0.001$).

le désespoir, l'intelligence émotionnelle, le stress perçu, le respect de soi, l'opti-

misme et la satisfaction de vivre ($P < 0.05$).



La douleur (EVA) pendant le sondage parodontal a été corrélée avec l'anxiété générale, l'anxiété dentaire, la dépression,

Les patients avec des niveaux élevés de douleur pendant le sondage parodontal ont rapporté des valeurs significativement plus élevés d'anxiété générale, l'anxiété dentaire et de stress perçu, mais aussi des valeurs en baisse de l'estime de

soi et de l'optimisme ($P < 0.05$). Ces patients avaient une valeur moyenne supérieure de dépression, mais non significative. D'autre part, la douleur au détartrage n'a été associée à aucune des variables psychologiques.

IMPLANTCENTER

Piezo • Ultrasonic • Surgery & Implantology Unit

Tout devient possible

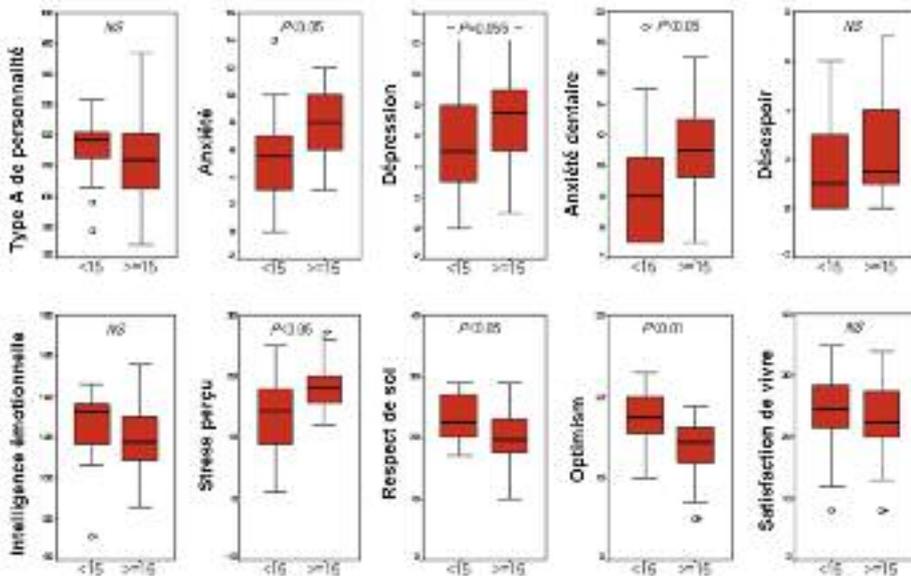
Le combiné LED idéal pour :

- La chirurgie pré-implantaire : mode Piezotome®
- L'implantologie : mode I-Surge™
- Les traitements conventionnels : mode Newtron®
- LED Autoclavable



Rejoignez-nous à Vienne à l'occasion
d'Europério 7, du 6 au 9 juin 2012





Les implications pratiques

En cette période de prise de conscience des maladies parodontales et les conséquences potentielles de cette maladie quand elle est non traitée, il est important de se préoccuper de l'impact du diagnostic et des traitements parodontaux sur le ressenti de la douleur. En effet le traitement parodontal peut être dissuasif du fait de l'anxiété du patient et de la peur de la douleur. Le dentiste et le patient doivent reconnaître que la dépres-

sion, l'anxiété, la frustration sont des aspects importants des états cliniques et capables d'influencer la perception de la douleur au sondage parodontal. Lors des premières rencontres avec le patient, il est important que le dentiste soit sensible à l'inconfort que l'examen parodontal peut entraîner. Les dentistes devraient chercher à atténuer ou à stopper la douleur et l'anxiété liées au traitement, non seulement pour bien finir le traitement, mais aussi pour accompagner les patients pendant les rappels périodiques

(Kloostera et coll., 2007 ; Al-Ajmix et coll., 2005 ; Renghi et coll., 2007).

Un certain nombre de méthodes peuvent être facilement mises en œuvre dans le cadre de clinique dentaire (Loggia et coll., 2009):

- écouter de la musique
- affichage de films humoristiques sur un moniteur installé au-dessus du fauteuil dentaire
- diffuser des odeurs agréables dans la salle de soins
- fournir des informations précises avant les soins dentaires
- entraîner les patients dans des activités distrayantes au cours de la période de récupération post-chirurgicale

Par exemple, dans l'étude de van Wijk (2004), l'expérience de la douleur des patients subissant un traitement parodontal a été manipulée en fournissant des informations écrites juste avant le traitement. L'information était une brochure standard expliquant les causes et les conséquences de la maladie parodontale et un texte expérimental qui contenait des messages supplémentaires pour renforcer le sentiment de contrôle qui est généralement associé à la détresse d'anticipation et de niveaux de douleur. Fournir aux patients des informations écrites avant le sondage parodontal peut altérer l'expérience de la douleur. Les recherches futures viseront à renforcer l'impact de l'information. ■

Bibliographie

- 1) Al-Ajmix M, Bogle G, Cole R, Rathbun E, Riggs M, Egelberg J. Ability of examiners to estimate the pain experienced by patients from probing during initial periodontal examination. *J Periodontol.* 2005;76:985-90.
- 2) Blumenthal JA, Herman S, O'Toole LC, Haney TL, Williams RB Jr, Barefoot JC. Development of a brief self-report measure of the type A (coronary prone) behavior pattern. *J Psychosom Res.* 1985;29:265-74.
- 3) Braun A, Jepsen S, Deimling D, Ratka-Krüger P. Subjective intensity of pain during supportive periodontal treatment using a sonic scaler or an Er:YAG laser. *J ClinPeriodontol.* 2010;37:340-5.
- 4) Braun A, Jepsen S, Krause F. Subjective intensity of pain during ultrasonic supragingival calculus removal. *J ClinPeriodontol.* 2007;34:668-72.
- 5) Braun A, Krause F, Nolden R, Frenzen M. Subjective intensity of pain during the treatment of periodontal lesions with the Vector-system. *J Periodontol Res.* 2003;38:135-40.
- 6) Canakçi CF, Canakçi V. Pain experienced by patients undergoing different periodontal therapies. *J Am Dent Assoc.* 2007;138:1563-73.
- 7) Chapman CR. Pain perception and assessment. *Minerva Anestesiol.* 2005;71:413-7.
- 8) Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health SocBehav.* 1983;24:385-96.
- 9) Dumitrescu AL, Maftei-Golopentia IM. Analysis of pain experienced during periodontal probing in smokers. *ObjectifParo* 2006;10:27-33.
- 10) Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, Salonen JT. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med.* 1996;58:113-21.
- 11) Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen JT. Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finnish men. *Hypertension.* 2000;35:561-7.
- 12) Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen R, Salonen JT. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *ArteriosclerThrombVasc Biol.* 1997;17:1490-5.
- 13) Guzeldemir E, Toygar HU, Cilasun U. Pain perception and anxiety during scaling in periodontally healthy subjects. *J Periodontol.* 2008;79:2247-55.
- 14) Heft MW, Perelmuter SH, Cooper BY, Magnusson I, Clark WB. Relationship between gingival inflammation and painfulness of periodontal probing. *J ClinPeriodontol.* 1991;18:213-5.
- 15) Hoffman A, Marshall RI, Bartold PM. Use of the Vector scaling unit in supportive periodontal therapy: a subjective patient evaluation. *J ClinPeriodontol.* 2005;32:1089-93.
- 16) Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence on the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J.* 2000;50:367-70.
- 17) Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health.* 1995;12:143-50.
- 18) Karadottir H, Lenoir L, Barbierato B, Bogle M, Riggs M, Sigurdsson T, Crigger M, Egelberg J. Pain experienced by patients during periodontal maintenance treatment. *J Periodontol.* 2002;73:536-42.
- 19) Kim YJ, Lundgren T, Abboud C, Gallez F, Park HJ, Bogle G, Egelberg J. A training program to improve the ability of periodontal residents to estimate patients' pain experience. *J Periodontol.* 2007;78:397-402.
- 20) Kloostera PW, Eber RM, Inglehart MR. Anxiety, stress, depression, and patients' responses to periodontal treatment: periodontists' knowledge and professional behavior. *J Periodontol.* 2007;78:64-71.
- 21) Kocher T, Rodemerck B, Fanghänel J, Meissner G. Pain during prophylaxis treatment elicited by two power-driven instruments. *J ClinPeriodontol.* 2005;32:535-8.
- 22) Loggia ML, Schweinhardt P, Villemure C, Bushnell MC. Effects of psychological state on pain perception in the dental environment. *J Can Dent Assoc.* 2008;74:651-6.
- 23) Renghi A, Brustia P, Moniaci D, Gramaglia L, Zeppigno P, Della Corte F, Torre E. Psychological aspects of pain. *Arch GerontolGeriatr.* 2007;44:321-6.
- 24) Rhudy JL, Meagher MW. Negative affect: effects on an evaluative measure of human pain. *Pain.* 2003;104:617-26.
- 25) Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol.* 1985;4:219-47.
- 26) Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Pers Individ Dif.* 1998;25:167-177.
- 27) vanWijk AJ, Duyx MP, Hoogstraten J. The effect of written information on pain experience during periodontal probing. *J ClinPeriodontol.* 2004;31:282-5.
- 28) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *ActaPsychiatr Scand.* 1983;67:361-70.

CEROS® β -TCP

le substitut osseux synthétique

made by MATHYS (suisse)

1982 - 2012

30 ans d'expérience

FABHER *médical*
distributeur exclusif France

☎ 01 6963 3195 - 📠 01 6963 3199

www.fabher-medical.com

Technique de R.O.G couplée à un prélèvement osseux sur site

L'aménagement osseux pré-implantaire est une nécessité avec laquelle le chirurgien dentiste doit bien souvent composer lors de l'élaboration de plans de traitement comprenant une phase implantaire.

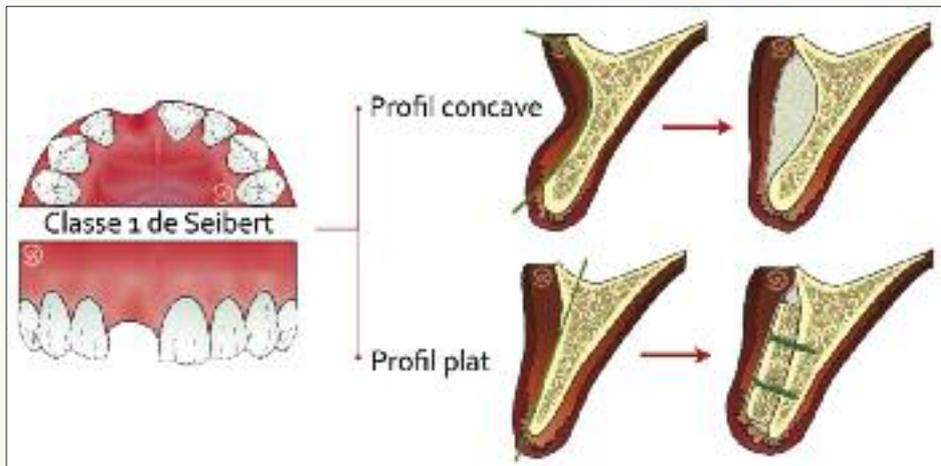


Figure 1 : Traitements possibles d'un morphotype plat ou concave

En effet la rupture vasculaire qu'entraîne l'extraction d'une dent induit un remodelage osseux pouvant être préjudiciable à la mise en place d'un implant. Les 2/3 de ce remodelage se font dans les 3 premiers mois après extraction [1] et la perte de volume est principalement horizontale [2]. En fonction de l'importance du déficit, de nombreuses techniques, allant du simple comblement alvéolaire à la greffe en onlay permettent d'aménager le tissu osseux. La classification élaborée par Siebert en 1983 [3] permet de définir trois grands types de déficits osseux. La classe 1 présentant un défaut osseux à composante horizontale peut se subdiviser en deux catégories : le défaut de morphotype concave et le défaut de morphotype plat. Le premier pourrait être traité par une technique simple de ROG (régénération osseuse guidée) car son aspect concave favoriserait le maintien du matériau de comblement. Dans le cas de morphotype plat, une technique faisant appel à un greffon d'os autogène stabilisé par des vis d'ostéosynthèse trouverait ses indications (Figure 1).

Dans une approche moderne de chirurgie minimalement invasive, le fait de réaliser un prélèvement d'os autogène à dis-

tance du site opératoire peut dans certains cas sembler excessif.

La technique décrite ci dessous représente une alternative à la greffe en onlay dans le cas de défaut de type 1 de Siebert à morphotype plat. Elle utilise le concept de la ROG [4] associée à des greffons autogènes et peut être indiquée dans de nombreux cas de déficit osseux. Elle modifie la technique de prélèvement de colonnes osseuses sur le site d'intervention décrite par Smukler [5] en lui associant les principes de la ROG à biomatériau exogène [6].

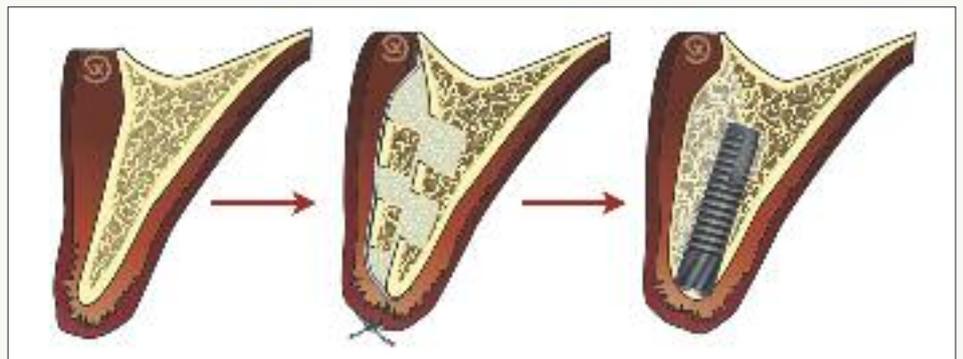


Figure 2 : Objectif de cette technique.

Objectifs :

- Augmenter en épaisseur le volume osseux
- Permettre la mise en place d'implants dentaires
- Limiter le nombre de sites d'intervention
- Traiter les défauts osseux où la ROG est délicate et où la greffe en bloc semble discutable

Principe (Figure 2) :

Le principe de cette technique est de prélever des colonnes osseuses sur le site à greffer et de les amalgamer à un matériau exogène. Celui-ci sera positionné sur le site et recouvert d'une membrane afin d'augmenter le volume osseux en épaisseur.

Indications :

- Perte osseuse horizontale contre-indiquant la mise en place d'implants dentaires associée à une faible lyse verticale
- Défaut à morphotype plat
- Tous les secteurs sauf les maxillaires postérieurs où le comblement sinusien est indiqué.
- Edentement de faible à grande étendue

INAVA

Brossettes interdentaires de dernière génération

Mono **COMPACT**

NOUVEAU

Facilité d'utilisation

Le capuchon protecteur sert aussi de manche

Manche INAVA allongé,

pour une utilisation facilitée

Finesse des torons (de 0,38 à 0,6 mm)
brossette la plus fine du marché

Résistance parfaite, grâce
à un choix sélectif d'alliages

Brins en Tynex® de qualité reconnue

Flexibilité optimale,
jusqu'à 90°
pour un nettoyage facilité

**Design et ergonomie
du manche**, pour
une meilleure
prise en main

**Capuchon
avec butée
anti-roulant**

Retrouvez la simplicité des brossettes INAVA :

Taille espaces	espaces multiples étroits			espaces multiples larges		espaces multiples très larges
Type et forme de la brosse	Micro fine cylindrique	Micro fine conique	Extra fine conique	Fine conique	Large conique	Très large conique
Largeur de la brosse	1,8 mm	2,7-3,2 mm	3,5-3,7 mm	4-3 mm	6-8 mm	6-7 mm
Diamètre de toron	0,38 mm	0,45 mm	0,45 mm	0,43 mm	0,50 mm	0,6 mm
N°	34010100792	34010100994	34010100994	34010100925	34010100983	34010100945

Matériaux (Figure 3) :

L'os autogène : C'est lui qui donne la spécificité à cette technique en la différenciant d'une simple ROG. Celui-ci est prélevé par carottage sur le site même d'intervention. Les colonnes ainsi obtenues sont ensuite disposées sur la surface osseuse à augmenter, au sein du comblement. L'intérêt de ces éléments osseux autogènes est d'une part mécanique par leur action de mainteneurs d'espace en « piquets de tente » pour supporter la membrane; d'autre part biologique par leurs potentiels ostéogénique, ostéoinducteur et ostéoconducteur conférés par son caractère autogène.

Le matériau exogène : Pour cette technique nous utilisons un biomatériau de type Bio-Oss® de Geistlich. Celui-ci est disposé au sein des sites de forage laissés vacants puis vient englober l'intégralité des colonnes osseuses. Il complète l'action de mainteneur d'espace des colonnes et agit comme ostéoconducteur pour la néoformation osseuse. De plus, celui-ci a une action de maintien mécanique permettant l'immobilisation des colonnes d'os autogène.

La membrane [7]: Nous utilisons ici une membrane résorbable à 4-6 mois, de collagène de type BioGuide® de Geistlich. Celle-ci s'applique en contact intime avec le matériau de régénération et les colonnes d'os. Elle a pour rôle, comme pour la ROG, d'empêcher la colonisation de la greffe par des cellules à prolifération rapide issues du tissu gingival. Elle isole ainsi les matériaux et se maintient à distance grâce aux colonnes d'os autogène.

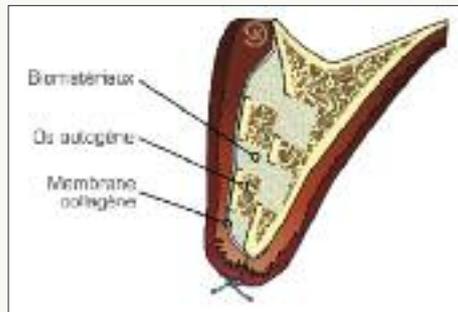


Figure 3 : Matériaux utilisés.

Avantages :

Un seul site opératoire
 Importante vascularisation de la greffe par les puits de forage au même titre que les perforations corticales [8] lors des ROG. Cependant, le diamètre et la pro-

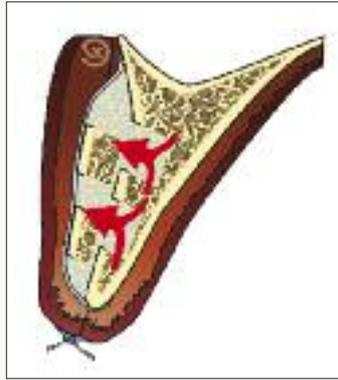
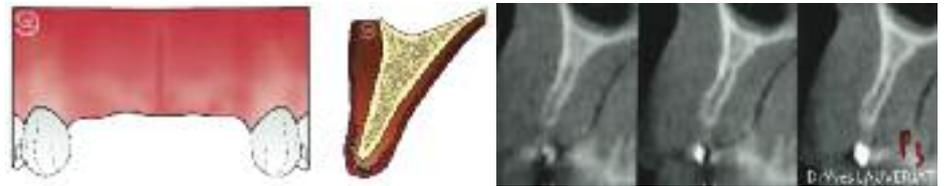


Figure 4 : Axes de vascularisation osseuse de la greffe.

fondeur sont bien plus importants dans cette technique, la surface d'os spongieux vascularisé exposée est alors très importante ce qui favorise l'apport vasculaire du comblement (Figure 4). Utilisation d'os autogène considéré comme le « gold standard ». Les caractères ostéoinducteur et ostéogénique de l'os autogène viennent compléter l'aspect ostéoconducteur du biomatériau. Le fait d'amalgamer du biomatériau à des colonnes osseuses permet d'obtenir une certaine rigidité de la greffe favorisant le maintien à distance de la membrane et empêche son effondrement.

Technique :



Figures 5a ; 5b : Incision au sommet de la crête de façon à conserver de la gencive attachée dans le lambeau. Incision intra-sulculaire au niveau des deux dents bordant l'édentement.

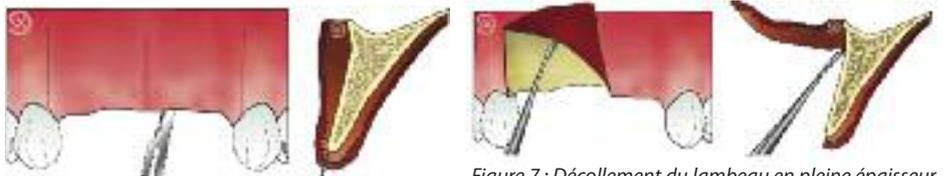


Figure 6 : Incisions de décharge au delà de la LJM en respectant les papilles.

Figure 7 : Décollement du lambeau en pleine épaisseur afin d'exposer l'intégralité de l'os à greffer et décollement sur quelques millimètres versant palatin.



Figure 8a ; 8b : Incision périostée apicale du lambeau et dissection en demi-épaisseur de façon à augmenter sa laxité.



Figure 9a ; 9b : Isolement des colonnes osseuses à l'aide d'un trépan osseux gradué, de 3 mm de diamètre. Celui-ci se réalise à une profondeur de 3 mm.

Pour une meilleure observance de vos patients en hygiène interdentaire

NOUVEAU GUM® TRAV-LER®

Un design innovant pour un nettoyage
interdentaire plus aisé et efficace



- Efficacité prouvée : *élimine jusqu'à 25 % de plaque en plus* grâce au profil triangulaire de ses brins.
- Meilleure préhension de l'utilisateur grâce à son manche ergonomique design.
- Protection anti-bactérienne : **les brins imprégnés de chlorhexidine préviennent la contamination entre les utilisations.**
- Le bout arrondi et la tige recouverte de nylon **réduisent les risques traumatiques sur la gencive.**
- Disponible en 8 tailles pour répondre à tous les besoins de vos patients.

SUNSTAR
G·U·M
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®
TRAV-LER®

Technique (suite) :



Figure 10a ; 10b : Prélèvement des colonnes à l'aide d'un syndesmotôme de Bernard droit. Mise en place de celles-ci dans du sérum physiologique.



Figure 11 : Comblement des puits avec le biomatériau.

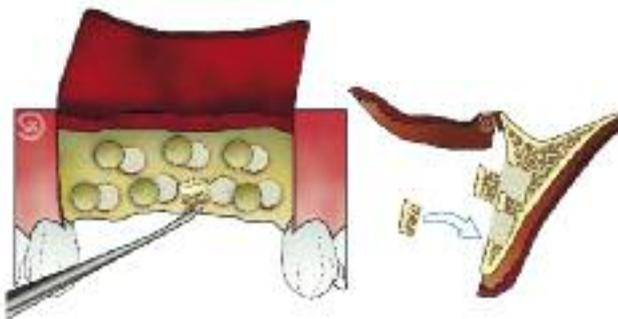


Figure 12a ; 12b : Répartition des colonnes osseuses de façon homogène au niveau de la zone à greffer. Orientation des colonnes pour que la face spongieuse soit en contact avec le site receveur.



Figure 13 : Comblement osseux de façon à ce que l'ensemble de ces carottes soient englobées et maintenues par du biomatériau. Ce comblement aura donc la même épaisseur que la hauteur des colonnes, soit 3mm.

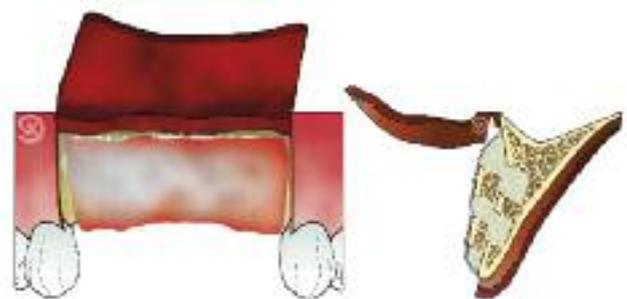


Figure 14 : Positionnement de la membrane résorbable de façon intime sur le comblement, en prenant soin de recouvrir l'ensemble du biomatériau. Celle-ci s'étend en palatin où un complément de comblement peut être réalisé.

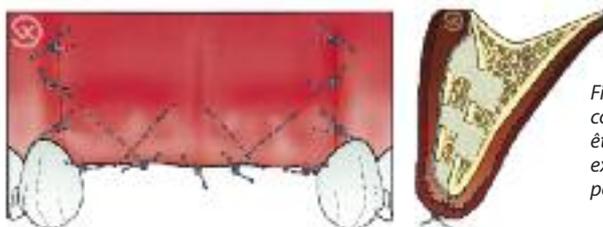


Figure 15 : Repositionnement du lambeau de façon à fermer complètement le site et réalisation des sutures. Celui-ci doit être positionné passivement et aucune tension ne doit être exercée. La dissection en demi-épaisseur réalisée en amont, permet d'obtenir suffisamment de laxité.



SAVE THE DATE!

Où se cache la performance esthétique ?



BIOMET 3i™
8^e Symposium
— FRANCE —

Paris, 22 et 23 mars 2013



BIOMET 3i™
PROVIDING SOLUTIONS - ONE PATIENT AT A TIME™



Figures 16a : Cicatrisation de la greffe à 6mois.

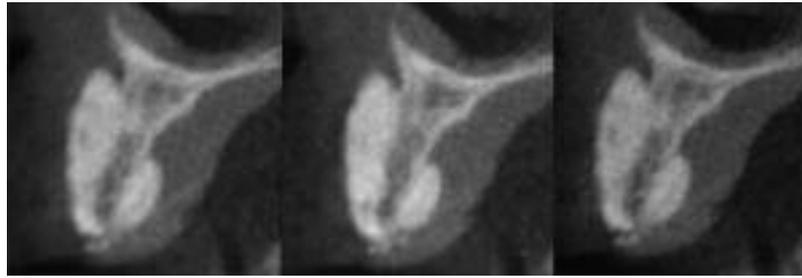


Figure 16b: Tomographie à 6 mois.



Figure 16c : Implants en places.



Figure 16d : Bridge d'usage en place.



Figure 16e : Possibilité de mise en place d'un implant.

Principes à respecter :

Une période de 6 mois de cicatrisation doit être observée avant la mise en place des implants (Figures 16a ; 16b ; 16c ; 16d ; 16e).

Une distance minimum de 2mm entre chacun des puits de prélèvement et avec le sommet de la crête osseuse doit être observée et cela de façon à ne pas fragiliser mécaniquement le site. Garder une distance de sécurité suffisante avec les éléments anatomiques vasculo-nerveux et les dents.

La granulométrie choisie pour le biomatériau est « medium ». Des granules trop petites ou trop volumineuses entraîneraient une perte de stabilité mécanique de l'ensemble de la greffe.

Afin de limiter la formation du caillot, réaliser une compression délicate du site à l'aide d'une compresse imbibée de sérum physiologique.

Lors du prélèvement, une perforation de part en part de l'os peut être nécessaire afin d'obtenir une hauteur suffisante de colonne osseuse. Si l'épaisseur le permet, rechercher le contact du trépan avec la corticale palatine.

En présence d'une prothèse provisoire amovible, la partie vestibulaire de celle-ci doit être éliminée pour ne pas créer de supression au niveau de la greffe. ■

Cette technique s'inscrit donc dans les thérapeutiques d'aménagement osseux en pré-implantaire que nous pouvons proposer à nos patients. De part son aspect minimalement invasif, celle-ci est facilement acceptée par ces derniers. Elle fait appel à une gestion précise du tissu osseux comme du tissu gingival et trouve ses indications dans de nombreux plans de traitements.

BIBLIOGRAPHIE

- Schropp, L., Wenzel, A., Kostopoulos, L. & Karring, T. (2003) Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12- month prospective study. *International Journal of Periodontic and Restorative Dentistry* 23, 313-323.
- Araujo, M. G. & Lindhe, J. (2005) Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. *Journal of Clinical Periodontology* 32, 212-218.
- Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts-Part I, Technique and wound healing. *Compend Contion Educ Dent* 1983, (4) : 437-453
- Murray G, Holden R, Roachlau W. Experimental and clinical study of new growth of bone in a cavity. *Ann J Surg* 1957 95: 385-387
- Smukler H, Capri D, Landi L. Harvesting bone in the recipient sites for ridge augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2008 ;28(4):411-419.
- Fugazzotto Paul A. Régénération Osseuse Guidée avec matrice osseuse bovine et membranes résorbables et non résorbables. *PDR 2003*, N°6; Vol 23. 599:605
- Friedman et al. Observations on a new collagen barrier membrane in 16 consecutively treated patients and histological findings. *J. Periodontol* 2001;72:1616-1623
- Rompen EH, Biewer R, Vanheusden A, Zahedi S, Nusgens B. The influence of cortical perforations and space filling with peripheral blood on the kinetics of guided bone regeneration. A comparative histometric study in the rat. *Clin Oral Implants Res* 1999;10:85-94.

ZEISS

CARL ZEISS MEDITEC

Adoptez
la ZEN
attitude

**Pratiquez en toute sérénité
avec le matériel Zeiss.**

* Financement: 84 mois, leasing, sous réserve d'acceptation du dossier. Voir conditions auprès de la société VET.

Plénitude... une meilleure ergonomie

Soyez plus détendu lorsque vous travaillez, grâce à un meilleur positionnement lors de vos interventions, et une vision plus précise.



Accompagnement... des formations adaptées

Apprenez à travailler sous un microscope grâce à notre programme de formations (Ergonomie, Microdentisterie, Microchirurgie, Endodontie, Implantologie). Vous serez ainsi formé par des spécialistes utilisant les microscopes Zeiss.



Quiétude... accessible à tous

L'investissement d'un microscope opératoire Zeiss est inférieur à 7€* par jour (financement en leasing)

**Découvrez notre gamme de
microscopes dentaires sur :**

www.v-e-t.fr

Vision Equipment Technology

27, Avenue de l'Opéra

75001 PARIS

Tél : +33 (0) 450 738 582

Fax : +33 (0) 450 735 031

www.v-e-t.fr





CONGRES INTERNATIONAL DE LA SFPIO DEAUVILLE 6-8 juin 2013

Excellence clinique et scientifique en pratique quotidienne

Jeudi AM 14h30 – 18h00 : Plan de traitement global et cas complexe (Treatment strategy and complex cases : an interdisciplinary approach)



14h30 - 18h00

Plan de traitement global et cas complexe

S. Gracis (Milan),
D. De Franco (Milan),
M. Capelli (Milan)

18h00 : Apéro Dinatoire devant la salle de conférence

Vendredi M 9h00 – 13h00 : Esthétique et implant en pratique quotidienne (Implant in the esthetic zone in daily clinical practice)

9h00 - 9h10 : Introduction



9h10 - 10h30

Intégration esthétique des restaurations implanto-portées : gestion chirurgicale (Integration of implant supported restoration in the esthetic zone : surgical approach)

M. Hurzeler (Munich)

11h00-11h10 : Introduction



11h10-12h30

Intégration esthétique des restaurations implanto-portées : gestion prothétique (Integration of implant supported restoration in the esthetic zone : prosthetic approach) R. Cocchetto (Vérone)

12h30- 13h00 : Table ronde

Vendredi AM 14h30 – 18h00 : Limite entre conservation et extraction (Borderline between teeth conservation and extraction and implant placement)

14h30 - 14h40 : Introduction



14h40 - 16h00

Décision entre conservation et extraction en pratique quotidienne (Retaining periodontally compromised teeth: critical decision-making in daily clinical practice) M. Rocuzzo (Turin)

16h30 - 16h40 : Introduction



16h40 - 17h15

Gestion des lésions parodontales avancées (Management of advanced periodontal lesions)

J. Malet (Paris)

17h30-17h45 : présentation du lauréat de la compétition européenne clinique

17h45-18h00 : présentation du lauréat de la compétition européenne recherche

18h00- 21h00 : apéro dinatoire

Samedi M 9h00-12h30 : Chirurgie plastique parodontale et implantaire (Perio and Implant plastic surgery)

9h00 - 9h10 : Introduction



9h10 - 10h30

Décryptage du geste chirurgical pour optimiser ces résultats en chirurgie plastique parodontale (How to improve the outcome in periodontal plastic surgery)

JP. Gardella (Marseille)

11h00-11h10 : Introduction

11h05-12h00 : Décryptage du geste chirurgical pour optimiser ces résultats en chirurgie plastique péri-implantaire (How to improve the outcome in peri implant plastic surgery) JP. Gardella (Marseille)

12h00-12h30 : Table ronde

12h00 - 14h00 : déjeuner et fin du congrès

**Séance Parallèles :
Excellence clinique et scientifique
en pratique quotidienne
6-8 juin 2013**

Jeudi M 9h30 - 12h30 : Workshop de l'industrie européenne clinique

Vendredi M 9h00 - 12h30 : Séance compétition européenne clinique

Vendredi AM 13h00 - 16h30 : Séance compétition européenne recherche

Samedi M : Séance Posters

Samedi M 9h00 - 12h30 : Séance du CNEP



Questions autour d'un article



Pour ce nouveau numéro, Objectif Paro s'est penché sur l'article récent d'une équipe sud-coréenne : Park J-C, Kim JC, Kim Y-T, Choi S-H, Cho K-S, Im G-I, Kim B-S, Kim C-S, Y J Acquisition of human alveolar bone-derived stromal cells using minimally irrigated implant osteotomy: in vitro and in vivo evaluations Clin Periodontol 2012 ; 39 : 495- 505

Les auteurs de cette étude rappellent la quantité importante de copeaux osseux susceptibles d'être récupérés lors du forage implantaire et s'interrogent sur les capacités de différenciation ostéogénique des cellules stromales contenues dans l'os foré. La technique de prélèvement nécessite un forage lent (entre 200 et 400 t/mn), avec une irrigation minimale ; les copeaux sont prélevés auprès de 10 sujets et l'activité de différenciation osseuse est évaluée par réaction transcription PCR et évaluation in vitro de la formation de nodules minéralisés. La formation osseuse in vivo est également évaluée après transplantation ectopique sur 5 souris immuno-traitées. Les résultats montrent que les cellules stromales de l'os de forage prélevé possèdent les caractéristiques des cellules souches mésenchymateuses ; les cellules stromales induisent

une néoformation osseuse ectopique après transplantation.

Les auteurs concluent en soulignant tout l'intérêt que peut revêtir le prélèvement et la conservation de l'os foré, en respectant bien sûr les recommandations du protocole expérimental.

OP: Your experimentation has shown the ability of the drilled bone to be rich in bone-derived stromal cells. Have you studied to what extent the osteoinductive property of this bone is more effective for bone defect healing?

Corresponding author, Prof. Chang-Sung Kim is answering for this question. We are now beginning to explore this new source of stem cells, and it was not directly compared about the osteoinductive property. We have found that the individuality of the human subject, including gender, age, mandible or maxilla significantly affects the cell property and we believe these factors should be strictly controlled to compare. I hope to provide the answer in a near future.

OP: Did you have similar results when collecting bone from different types of bone (I to IV)?

We believe that the types of bone would seriously affect the quality and the potential of stem cells. However, the type of bone would not be a sole factor for anticipating the quality of stem cells. Cells have very unique properties colony to colony

and it is our role to find a contributing factor for this matter.

OP : We've shown previously (Reingewirtz Y et col, J of Clin Periodontol, 2006; suppl 7: p 120) that a modified drilling protocol, with low speed and no irrigation, could allow good results at the 6 and 12 months control and concerning 40 implants. Did you have a trial without irrigation, and showing the ability of the drilled bone to include vital chips?

Unfortunately, we did not initiate a study for this topic, but we have performed minimally irrigated low-speed drilling frequently in our clinic. Until so far, there has been no complications related to this drilling technique and we think the clinical trial study can be initiated soon with promising results. One problem with this protocol is that implant drilling machine receives high torque and it can jeopardize the life of the machine. It would be helpful if we could provide specialized implant drilling machine made for the low-speed drilling purpose.

OP : Objectif Paro: May you tell us how you consider European research in implantology compared to Asian or American ones?

European research has established high quality of human study protocols, and it shows a world-class standard. I am sure that European researchers are leading the current flow of the implantology. On the contrary, Asian studies are more focused on the development of new technology and in vitro or in preclinical studies. I guess we could learn from each other to provide better knowledge to the clinicians and researchers.

OP : Last question, are you interested in attending the first Master Clinic organized by the European Federation of Periodontology and the SFPIO (French Society of Periodontology) which will be held in Paris in February 2014 (topic is mucogingival approach in implantology)?

I will be happy to attend the meeting in 2014. The mucogingival treatment especially in implantology has been my favorite topic.



NOUVEAUTÉS

des partenaires de la S.F.P.I.O.

STRAUMANN® EMDOGAIN 015



Straumann® Emdogain : Emdogain® 015 – Conçu pour reconstruire. Cette extension de la gamme Emdogain® permet aux praticiens de profiter des avantages d'Emdogain® dans le cas de traitements dentaires de moindre envergure. Emdogain® 015 contient 5 seringues de 0,15 ml d'Emdogain® chacune, ce qui offre aux praticiens une utilisation plus économique d'Emdogain® pour le traitement des défauts parodontaux et les procédures de greffe des tissus mous. Le volume réduit permet aux praticiens de choisir la quantité adéquate d'Emdogain® à utiliser en association avec les différents matériaux de greffe osseuse (BoneCeramic™, autogreffe, allogreffe, xéno greffe osseuse, β -tricalcium phosphate ou verre bioactif) et améliore ainsi les résultats du traitement parodontal régénératif chez les patients.

Straumann a conçu ce nouveau conditionnement afin de favoriser une utilisation plus générale et plus économique d'Emdogain® dans la pratique clinique quotidienne des praticiens. En cas de défauts parodontaux ou de greffe osseuse, les patients bénéficieront ainsi d'une cicatrisation plus rapide et présenteront probablement moins de douleurs et de gonflements, grâce aux effets, bien documentés, des protéines que contient Straumann® Emdogain.

Emdogain® 015 a par conséquent le potentiel d'ancrer l'utilisation d'Emdogain® dans la pratique clinique quotidienne pour améliorer les résultats des traitements dentaires dans le cadre de la régénération des tissus mous et durs.

Références

- 1 AAP: Position Paper: Epidemiology of Periodontal diseases. *J Periodontol* 76, 2005;1406 – 1419.
- 2 Holtfreter B, et al. Prevalence of periodontal disease and treatment demands based on a German dental survey (DMS IV). *J Clin Periodontol*. 2010 Mar;37(3):211 – 9.
- 3 Dieter D. Bosshardt, Biological mediators and periodontal regeneration: a review of enamel matrix proteins at the cellular and molecular levels *J Clin Periodontol* 2008;35(Suppl. 8):87 – 105.
- 4 Pimentel SP, et al. Enamel matrix derivative versus guided tissue regeneration in the presence of nicotine: a histomorphometric study in dogs. *J Clin Periodontol*. 2006;33:900 – 907
- 5 Dieter D. Bosshardt et al. Effects of enamel matrix proteins on tissue formation along the roots of human teeth. *J Periodontol Res*. 2005;40:158 – 167
- 6 Sallum EA et al. Enamel Matrix Derivative and Guided Tissue Regeneration in the Treatment of Dehiscence-Type Defects: A Histomorphometric Study in Dogs *J Periodontol*. 2004;75:1357 – 1363.
- 7 Sakallioğlu U et al. Healing of periodontal defects treated with enamel matrix proteins and root surface conditioning - an experimental study in dogs *Biomaterials*. 2004;25:1831 – 1840.
- 8 Cochran DL et al. The effect of enamel matrix proteins on periodontal regeneration as determined by histological analyses. *J Periodontol*. 2003;74:1043 – 1055.

- 9 Tonetti et al. Enamel matrix proteins in the regenerative therapy of deep intrabony defects - A multicentre randomized controlled clinical trial *J Clin Periodontology* 2002;29:317 – 325
- 10 Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2008;35(Suppl 8):136 – 162.
- 11 Sculean et al. Ten-year results following treatment of intrabony defects with enamel matrix proteins and guided tissue regeneration. *J Clin Periodontol* 2008;35:817 – 824.
- 12 Heden and Wennström. Five-Year Follow-Up of Regenerative Periodontal Therapy With Enamel Matrix Derivative at Sites With Angular Bone Defects *J Periodontol* 2006;77:295 – 301.
- 13 Wennstrom JL and Lindhe J. Some effects of enamel matrix proteins on wound healing in the dento-gingival region. *J Clin Periodontol* 2002;29:9 – 14.
- 14 Jepsen et al. A randomized clinical trial comparing enamel matrix derivative and membrane treatment of buccal class II furcation involvement in mandibular molars. Part I: Study design and results for primary outcomes. *J Periodontol*. 2004 Aug;75(8):1150 – 6
- 15 McGuire MK, Nunn M. Evaluation of human recession defects treated with coronally advanced flaps and either enamel matrix derivative or connective tissue. Part 1: Comparison of clinical parameters. *J Periodontol* 2003;74:1110 – 1125.

Emdogain 015 est commercialisé au prix de 466,44€ TTC

Straumann France
3, rue de la Galmy – Chessy
77701 Marne la Vallée Cedex 4
Tel : 01 64 17 30 00
Fax : 01 64 17 30 10

Contacts :
Directrice Marketing
Elodie Lang
01 64 17 30 04
elodie.lang@straumann.com

Chef de Produits
Olivier Zabaleta
01 64 14 31 52
olivier.zabaleta@straumann.com



Sensodyne Répare et Protège

Construire une nouvelle couche de protection

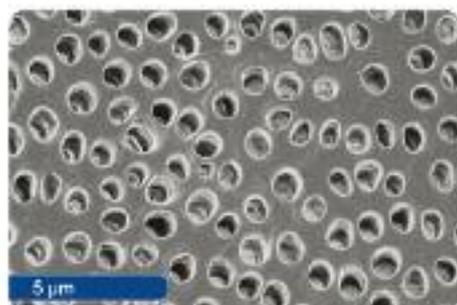
Présentation de la technologie avancée Novamin®

Sensodyne Répare & Protège est le premier dentifrice à exploiter le pouvoir réparateur de la Novamin® associé au fluor.

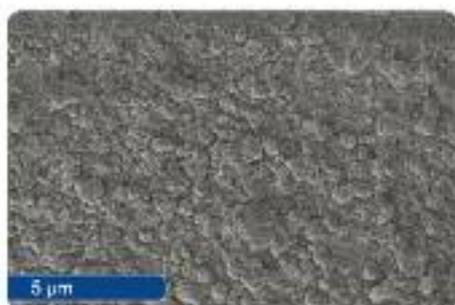
Initialement développée pour la régénération osseuse¹, la Novamin® libère des ions calcium et phosphate dans la salive^{2,4} de vos patients et fournit les conditions favorables à la formation d'une couche d'hydroxyapatite de substitution.

Construire une couche réparatrice

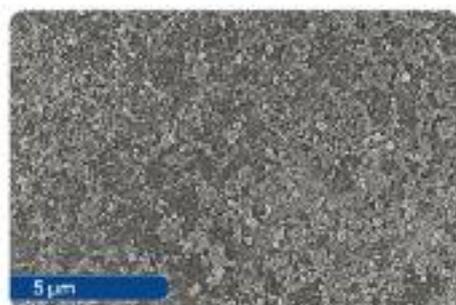
Dès la première utilisation⁵, les études *in vitro* ont mis en évidence la formation d'une couche d'hydroxyapatite de substitution à la surface de la dentine exposée et à l'intérieur des tubuli dentinaires^{2,5-9}. Cette couche est 50 % plus dure que la dentine naturelle⁹.



Avant brossage



Après brossage



Après exposition acide

Image *in vitro* en microscopie électronique à balayage de la surface dentaire avant brossage, de la couche réparatrice formée après un brossage biquotidien pendant 4 jours et de la couche réparatrice après une exposition acide de 5 minutes¹⁰.

Construire une couche intégrée et résistante

La couche d'hydroxyapatite de substitution formée se lie fortement au collagène de la dentine¹¹ et aide à protéger vos patients contre les agressions chimiques et mécaniques quotidiennes^{10,12}.

Les études *in vitro* ont montré qu'une couche robuste se développe en 5 jours¹² et qu'elle offre aux patients une protection continue contre l'hypersensibilité dentinaire avec un brossage biquotidien¹³⁻¹⁵.



GlaxoSmithKline Santé Grand Public



Allez au-delà du soulagement de la douleur, recommandez Sensodyne Répare et Protège

1. Greenspan DC. J Clin Dent 2010 ; 21(Spec Iss) : 61-65. 2. LaTore O, Greenspan DC. J Clin Dent 2010 ; 21(3) : 72-76. 3. Edgar WM. Br Dent J 1992 ; 172(5) : 305-312. 4. Arora D et al. A J Biomed Mater Res 2003 ; 65 : 344-351. 5. Earl J et al. J Clin Dent 2011 ; 22(Spec Iss) : 62-67. 6. Burwell A et al. J Clin Dent 2010 ; 21(Spec Iss) : 66-71. 7. West NX et al. J Clin Dent 2011 ; 22(Spec Iss) : 82-89. 8. Effiant SC et al. J Mater Sci Mater Med 2002 ; 26(5) : 557-565. 9. Parkhson O et al. J Clin Dent 2011 ; 22(Spec Issue) : 74-81. 10. Car J et al. J Clin Dent 2011 ; 22(Spec Iss) : 68-73. 11. Zhong JP et al. The kinetics of bioactive ceramics part VII : Binding of collagen to hydroxyapatite and bioactive glass. In: Bioceramics 7, (ed) CH Andersson, R-P Happonen, A Ni-Urpo, Butterworth-Heinemann, London, pp61-66. 12. Wang Z et al. J Dent 2010 ; 38 : 400-410. 13. Sakai S et al. J Clin Dent 2010 ; 21(3) : 82-87. 14. Du MQ et al. Am J Dent 2008 ; 21(6) : 210-214. 15. Pradeep AR et al. J Pedodontol 2010 ; 81(5) : 1167-1113. Préparé en décembre 2011, Z-11-517.

LABORATOIRES GABA

Retour de la brosse à dents elmex® enfant 3-6 ans



Bois Colombes, le 3 septembre 2012

Cher(e) Professeur, Cher(e) Docteur,

Nous avons le plaisir de vous annoncer que la brosse à dents elmex® enfant 3-6 ans est de nouveau disponible en pharmacie et parapharmacie.

Comme vous savez, GABA attache la plus grande importance à la qualité et à la sécurité irréprochable de ses produits.

C'est pourquoi le design de la brosse à dents elmex® enfant 3-6 ans a été modifié, les brins de la brosse à dents sont maintenant attachés directement à la tête de la brosse.

Nous vous remercions de votre compréhension et restons à votre disposition pour toute précision complémentaire.


GABA Laboratoires
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire


Pierre Fabre
Santé
mon-poitier@pierre-fabre.com

DIABÈTE ET MALADIE PARODONTALE : L'IMPORTANCE D'UNE BONNE HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

La relation entre diabète et maladies parodontales (atteinte des tissus de soutien de la dent) a été établie par de nombreuses études épidémiologiques¹.

Ces études montrent, d'une part, que le diabète est un facteur de risque susceptible de favoriser le développement d'une parodontite.

En effet, cette affection métabolique est à l'origine de perturbations multiples ayant des répercussions sur le milieu buccal et notamment le parodonte: elle engendre une augmentation destructrice des tissus de soutiens de la dent (gencive, os), et diminue les propriétés réparatrices des tissus².

D'autre part, **l'infection parodontale semble avoir une influence sur l'équilibre glycémique.**

En effet, les affections du parodonte pourraient aggraver le diabète en induisant une insulino-résistance et la difficulté de contrôler la glycémie.

Afin de limiter la formation de la plaque dentaire et la prolifération bactérienne, il est indispensable d'adopter une hygiène bucco-dentaire irréprochable : un brossage des dents efficace et régulier, grâce à une brosse souple non traumatique. Les espaces interdentaires doivent être nettoyés avec du fil ou une brossette interdentaire.

¹ Mealey BL, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal diseases. *J Periodontol.* 2006; 77: 1289-1303

² Salvi G.E., Lawrence H.P., Offenbacher S. Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. *Periodontol.* 2000, vol. 14, 1997, 173-201.

ANAES - Parodontopathies: diagnostic et traitements. 2002.

Pour approfondir ce sujet à la fois complexe et passionnant, les Laboratoires PIERRE FABRE SANTÉ vous invitent à assister aux ateliers ludiques et créatifs sur le thème

« **MALADIES PARODONTALES ET DIABÈTE** »

le samedi 24 novembre 2012, de 10h à 16h
à l'hôtel de ville d'Albi (Salle Jean Jaurès)



L'objectif de ces ateliers est de proposer aux patients diabétiques, par l'intermédiaire de plusieurs ateliers ludiques et créatifs, des conseils pour mieux vivre avec la maladie.

A l'origine de la maladie parodontale : la plaque bactérienne

On regroupe sous le terme de maladies parodontales (ou parodontopathies) l'ensemble des gingivites et parodontites :
- les gingivites sont caractérisées par une inflammation gingivale qui se manifeste par une rougeur de la gencive, un saignement et un oedème localisé. Le processus inflammatoire n'affecte que le parodonte superficiel et est dû, dans la plupart des cas, à une accumulation de plaque bactérienne. Les gingivites sont réversibles, notamment grâce à la mise en oeuvre de mesures d'hygiène bucco-dentaire spécifiques.

- les parodontites s'expriment par une inflammation du parodonte superficiel, associée à une destruction irréversible du parodonte profond. La parodontite survient après une gingivite non traitée et lorsque les défenses immunitaires de l'hôte ont été insuffisantes.

ZOOM SUR...

Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent. Il comprend la gencive qui protège les autres éléments, l'os alvéolaire qui entoure les racines de la dent, le cément qui recouvre la racine dentaire et le ligament parodontal qui assure la fixation de la dent entre le cément et l'os alvéolaire.

DIABÈTE ET MALADIE PARODONTALE : UNE CORRÉLATION ÉTABLIE.

La relation entre diabète et maladies parodontales a été établie par de nombreuses études épidémiologiques¹.

Ces études montrent, d'une part, que le diabète est un facteur de risque susceptible de favoriser le développement d'une parodontite.

En effet, cette affection métabolique est à l'origine de perturbations multiples ayant des répercussions sur le milieu buccal en général et sur le parodonte en particulier : elle engendre une augmentation de l'activité collagénolytique destructrice des tissus gingivaux et du ligament parodontal, elle diminue la synthèse de collagène et entraîne une baisse de la synthèse des composantes de la matrice osseuse².

D'autre part, **l'infection parodontale semble avoir une influence sur l'équilibre glycémique³.**

En effet, les affections du parodonte pourraient aggraver le diabète en induisant une insulino-résistance et la difficulté de contrôler la glycémie.

Les professionnels de santé, tels que le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste, l'endocrinologue ou encore le pharmacien, ont tous un rôle essentiel dans le dépistage et le traitement des patients diabétiques pour assurer une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la maladie.

Pour approfondir ce sujet à la fois complexe et passionnant, les Laboratoires PIERRE FABRE SANTÉ vous invitent à assister à la conférence des professionnels de santé

« MALADIES PARODONTALES ET DIABÈTE »

le jeudi 25 octobre 2012, de 19h30 à 22h

Au Chapiteau du Stadium d'Albi

L'objectif de cette conférence est de mettre en place **un observatoire sur le bassin de santé d'Albi**, afin de **mesurer l'impact d'une campagne de sensibilisation et de prévention des maladies parodontales chez les patients diabétiques.**

D'une durée de 6 mois, cette étude vise à **démontrer que la prise en charge des maladies parodontales des patients diabétiques permet de réduire leur taux d'hémoglobine glyquée.**

Le suivi de cet observatoire s'effectuera par l'intermédiaire du carnet de soin du patient diabétique qu'il présentera et fera valider aux différents professionnels de santé qui le suivent médicalement (médecin généraliste, endocrinologue, diabétologue, pharmacien, chirurgien- dentiste).

1- Mealey BL, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal diseases. J Periodontol. 2006; 77: 1289-1303

2-Salvi G.E., Lawrence H.P., Offenbacher S. Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. Periodontol. 2000, vol. 14, 1997, 173-201.

3-Preshaw P. M. et al., Periodontitis and diabetes: a two-way relationship Diabetologia 2012; 55:21-31

ANAES - Parodontopathies: diagnostic et traitements. 2002.



Principale cause de la maladie parodontale : la plaque bactérienne

On regroupe sous le terme de maladies parodontales (ou parodontopathies) l'ensemble des gingivites et parodontites :
- les gingivites sont caractérisées par une inflammation gingivale qui se manifeste par une rougeur de la gencive, un saignement et un oedème localisé ou généralisé. Le processus inflammatoire n'affecte que le parodonte superficiel (gencive marginale) et est dû, dans la plupart des cas, à une accumulation de plaque bactérienne. Les gingivites sont réversibles, notamment grâce à la mise en oeuvre de mesures d'hygiène bucco-dentaire spécifiques.

- les parodontites s'expriment par une inflammation du parodonte superficiel, associée à une destruction irréversible du parodonte profond. La parodontite survient généralement après des gingivites non traitées et lorsque les défenses immunitaires de l'hôte sont soit insuffisantes soit dépassées.

ZOOM SUR...

Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent. Il comprend la gencive qui protège les autres éléments, l'os alvéolaire qui entoure les racines de la dent, le cément qui recouvre la racine dentaire et le ligament parodontal qui assure la fixation de la dent entre le cément et l'os alvéolaire.



En partenariat avec : l'URPS des Pharmaciens, l'URPS des chirurgiens-dentistes, l'Association Française des Diabétiques, la Société Française de Paro Implantologie Orale et le Conseil Général du Tarn



Contact Presse : Anne KERVEILLANT, Pharmacien
Service de Presse PIERRE FABRE
45, place Abel Gance 92100 BOULOGNE
Tél. : 01 49 10 83 78 / Fax : 01 49 10 83 90
E-mail : anne.kerveillant@pierre-fabre.com

a perfect fit™

FACULTÉ DE MÉDECINE DE DIJON

9 NOVEMBRE 2012

9H - 18H

L'ESTHÉTIQUE EN IMPLANTOLOGIE

DR S.-M. BESCHNIDT

Rencontre dans le cadre du DU d'Implantologie de Dijon

60 POINTS CNFCO

TRADUCTION SIMULTANÉE

SOUS L'ÉGIDE

Participation : 200€
pour vous inscrire contactez:
Nadine Jaeger
par mail : nadine.jaeger@henryschein.fr
par téléphone 06 19 73 03 06

CPIP
COLLEGE PARISIEN
D'IMPLANTOLOGIE & PARODONTOLOGIE

M
Médecine-Dijon

uB
UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

HENRY SCHEIN®

en partenariat avec:

camlog

Thommen Medical distribue le FotoSan® 630, la lumière LAD la plus puissante du monde

Stylo de désinfection activée par la lumière



Roissy en Brie, le 1er août 2012

Thommen France a démarré voilà un peu plus de 4 ans en France et nous sommes à présent une douzaine de personnes dont 6 responsables régionaux. La particularité de notre équipe c'est de mettre à la disposition de nos clients notre expérience de nombreuses années dans le monde de la paro-implantologie et notre grande réactivité.

Nous élargissons notre gamme de produits et proposons aujourd'hui le **FotoSan 630 stylo de désinfection activée par la lumière** dispositif médical de classe I conforme à la MDD, section IX. Ce produit est fabriqué au Danemark.

- Des interrupteurs bilatéraux identiques
- Un format stylo pour un contrôle optimal
- Des embouts ajustables et 5 embouts différents
- Une grande autonomie de la batterie
- Un fonctionnement automatisé intelligent

Les caractéristiques :

- **Embouts ajustables** : la possibilité d'ajuster les embouts de plus ou moins 15 degrés facilite le traitement des canaux et des poches partout en bouches.
- **Traitement des maxillaires et mandibules** : les boutons de contrôle bilatéraux rendent aussi facile le traitement de la mâchoire supérieure que la mâchoire inférieure.
- **Région molaire** : une hauteur réduite de la tête lumineuse facilite le traitement des patients ayant une petite ouverture de bouche. Le nouvel embout paro court garanti un accès encore plus avancé.
- **Application rapide** : principe breveté de fonction automatisé intelligente (Intelligent Automated Functions IAF. Une pression sur le bouton entraîne une série d'activations lumineuses. Il y a trois programmes : vert mode manuel, orange mode semi- automatique, rouge le mode automatique.

Nous proposons un kit de présentation Fotosan® 630 :

1 lampe Fotosan® 630 se compose d'une pièce à main, d'une station d'accueil et d'un bloc d'alimentation externe. Des caches (2x10 unités) et embouts jetables préviennent de la contamination croisée (10 unités de chaque), agent Fotosan® (boîte d'un assortiment de seringues avec embouts d'application) et Manuel.

Les indications principales du Fotosan® 630 :

- Parodontite
- Gingivite et autres inflammations
- Peri-implantites

- Caries profondes et endodontie
- Herpès et aphtes

- **Prix : 1599 €**

- Toute commande enregistrée avant 16h00 est livrée entre 24 et 48h.

Pour commander : commande@thommenmedical.fr,
par téléphone : 01 83 64 06 35,
par fax 03 89 33 52 53.

Notre site internet : www.implant-thommen.fr

Excellence en Implantologie 2012

Dr. Rino Burkhardt et Dr. Konrad Meyenberg Zurich, Suisse
22 et 23 Juin 2012 | Lieu : Tegernsee/Bavaria, Allemagne

THOMMEN
Medical

L'harmonie parfaite de la précision suisse, de l'innovation et du design fonctionnel.



Le système d'implant Thommen se traduit par précision supérieure, sophistication et design fonctionnel. Nos produits ont été développés pour satisfaire les besoins des cliniciens grâce à une combinaison d'expérience, d'expertise et un engagement permanent pour l'innovation. Nos départements de R&D et de fabrication internes permettent la création

de produits supérieurs qui dépassent les attentes des patients et simplifient votre vie quotidienne au cabinet et au laboratoire. Branchez-vous sur les ondes de la précision suisse et de l'innovation. Nous nous réjouissons de vous rencontrer pour en parler.

Plus d'informations: www.implant-thommen.fr

Cours exceptionnel avec Pr Hürzeler 15 et 16 novembre 2012



SWISS PRECISION AND INNOVATION.

SUNSTAR GUIDOR®



Communiqué de presse

NOUVEAUTE : SUNSTAR GUIDOR *easy-graft*®

C'est avec grand plaisir que Sunstar vous présente ses **nouveaux substituts osseux 100% synthétiques**. À base de phosphates de calcium, les produits *easy-graft* trouvent leur spécificité dans leur **application directe de la seringue**, leur **malléabilité** et **condensation possible** dans le défaut osseux et leur **durcissement in situ** au contact du sang. Cette manipulation exceptionnelle provient du film de PLGA, un polymère biorésorbable qui recouvre chacun des granules et qui, en association avec le BioLinker, un solvant, permet l'adhésion des granules entre eux et la formation au contact du sang d'une structure de granules interconnectés servant d'échafaudage à la reconstruction osseuse. La forme CLASSIC, à base de β -TCP, est 100% résorbable et permet une substitution complète du matériel par de l'os. La forme CRYSTAL, composée d'une association de β -TCP et d'hydroxyapatite, permet, elle, la préservation du volume sur le long terme.

Les produits *easy-graft* offrent au praticien une manabilité exceptionnelle, un confort d'utilisation pour un acte chirurgical facilité et un gain de temps, l'ajout d'une barrière de rétention des granules n'étant pas nécessaire.

Des études cliniques et rapports de cas ont montré les utilisations des produits *easy-graft* dans différentes indications cliniques : préservation de l'alvéole, défauts parodontaux, défauts osseux (après retrait d'un kyste, résection apicale, autour d'implants), élévation du plancher de sinus, augmentation de la crête alvéolaire. Un recueil de cas cliniques a été édité montrant toutes ces applications cliniques.

- Ruffieux K, Köhli M, Reconstruction osseuse, technologie des matériaux et manuel clinique, *easy-graft*®CLASSIC/*easy-graft*®CRYSTAL, Edition 1
- Schmidlin PR, Nicholls F, Kruse A, Zwahlen RA, Weber FE, Evaluation of moldable, in situ hardening calcium phosphate bone graft substitutes, Clin. Oral Impl. Res. 00, 2011, 1-9
- Gadic B et al., The closure of oroantral communications with resorbable PLGA-coated β -TCP root analogs, hemostatic gauze, or buccal flaps: A prospective study, Oral Pathol Oral Radiol Endod (2009) 108(5): 844-50
- Nair PN et al., Biocompatibility of β -Tricalcium Phosphate Root Replicas In Porcine Tooth Extraction Sockets - A Correlative Histological, Ultrastructural, and X-ray Microanalytical Pilot Study, J Biomater Appl (2006) 20(4): 307-24
- Neumeier S et al., The use of polylactide-coated β -TCP : Closure of oroantral communications, Die Quintessenz (2009) 60(8): 831-9
- Thoma K et al, Bioabsorbable root analogue for closure of oroantral communications after tooth extraction: A prospective case-cohort study, Oral Pathol Oral Radiol Endod (2006) 101(5): 558-64

8 références *easy-graft* disponibles

Exemple de prix : 282€ le coffret de 3 seringues de 0,4ml d'*easy-graft*®CLASSIC (offre de lancement exclue)

Information communiquée par SUNSTAR France
55-63 rue Anatole France 92300 L'Haillais-Perret
Tél : 01 41 06 64 64 – Fax : 01 41 06 64 54

PREXIDINE®

Digluconate de chlorhexidine à 0,12%

Solution pour bain de bouche

votre allié efficacité!

Traitement d'appoint
des infections buccales et
des soins post-opératoires
en stomatologie

Solution prête
à l'emploi
Sans colorant

Composition:

Solution de digluconate de chlorhexidine à 20% : quantité correspondant à 0,120g de digluconate de chlorhexidine, saccharine, glycérol, polysorbate 80, alcool (10g/100ml), ibuprofène, arôme menthe citron, menthol, acétate de menthyl, huile essentielle de menthe, eau purifiée : cap 100 ml. **Indications thérapeutiques:** Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration:** RÉSERVÉ À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 5 ANS. Utilisation locale en bain de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser PREXIDINE®. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser le gobelet doseur en le remplissant jusqu'au trait (15 ml) ; en l'absence de gobelet, utiliser le contenu d'une cuillère à soupe de solution (15 ml). Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). C.T.U. : 0,23 à 0,70 €. **Contre-indications:** hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en garde et précautions d'emploi:** Mises en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie

générale doit être envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. **Précautions d'emploi:** Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou dans le nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. En raison de la présence d'alcool, ne pas laisser à la portée des enfants et ne pas avaler. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions:** L'utilisation simultanée ou successive d'autres antibiotiques est à éviter compte-tenu des interférences possibles (synergisme, inactivation). **Effets indésirables:** Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé ou de café). Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation



cutanéomuqueuse), nécessitant l'arrêt du traitement. Occasionnellement dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement. Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. **Propriétés pharmacodynamiques:** Stomatologie, traitement local à visée antiseptique (A: appareil digestif et métabolisme). **Précautions particulières de conservation:** à conserver à une température ne dépassant pas +25°C. **Présentations:** A.M.N. 34009337/25489 (1904); 200 ml en flacon PET (polyéthylène téréphtalate) avec gobelet doseur (polypropylène) de 15 ml - Prix : 3,10 € - Remb. Soc. à 15% - Après Collectivités. Date de mise à jour de l'AMM: sept. 2006. Laboratoires EXPANSCIENCE 10, avenue de l'Arche 92400 COURBEVOIE, Tél. : 01.43.34.60.00.

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

www.paroactiv.com

A chaque patient son pilier

Découvrez pourquoi les piliers Atlantis™ sur mesure CAD/CAM constituent le choix naturel pour les restaurations implantaires scellées et transvissées de vos patients.



Avec l'aimable autorisation des Drs Julian Osorio, Keith Phillips et Harold van der Burg

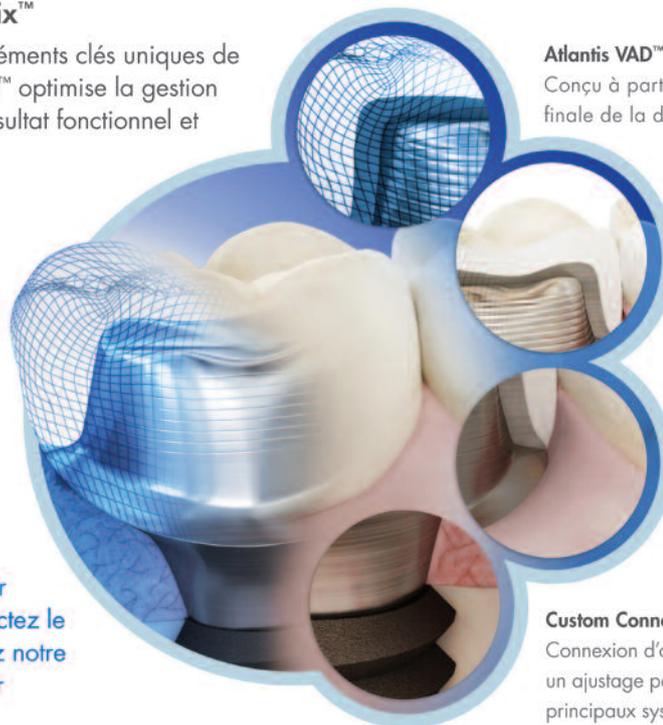
Les piliers Atlantis™ sont personnalisés pour être le mieux adaptés aux espaces édentés tout en tenant compte des dents adjacentes, des tissus mous et des principes de la biologie, de l'anatomie et de l'ingénierie.

Atlantis BioDesign Matrix™

L'association des quatre éléments clés uniques de l'Atlantis BioDesign Matrix™ optimise la gestion des tissus mous pour un résultat fonctionnel et esthétique idéal.

C'est la véritable valeur d'Atlantis™ pour les laboratoires dentaires, les cliniciens et les patients.

Pour en savoir sur la simplicité et l'esthétique qu'Atlantis™ peut vous offrir dans votre pratique, contactez le 01.41.39.05.41 ou visitez notre site www.astratechdental.fr



Atlantis VAD™

Conçu à partir de la forme finale de la dent

Natural Shape™

Forme et profil d'émergence basés sur l'anatomie spécifique du patient

Soft-tissue Adapt™

Soutien optimal pour la sculpture des tissus mous et l'adaptation à la couronne finale

Custom Connect™

Connexion d'origine optimisée pour un ajustage performant sur tous les principaux systèmes implantaires

NOUVEAU

elmex SENSITIVE PROFESSIONAL™



PROGRAMME DE TRAITEMENT

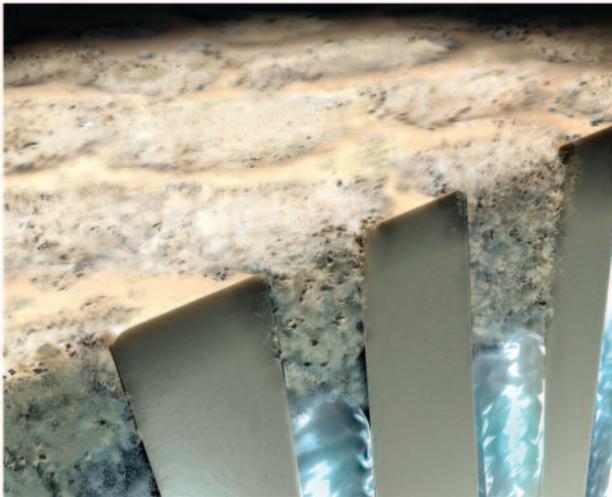
Pour un soulagement IMMÉDIAT et DURABLE de l'hyperesthésie dentinaire

Au fauteuil : pâte désensibilisante

En ambulatoire : dentifrice



La technologie exclusive Pro-Argin®



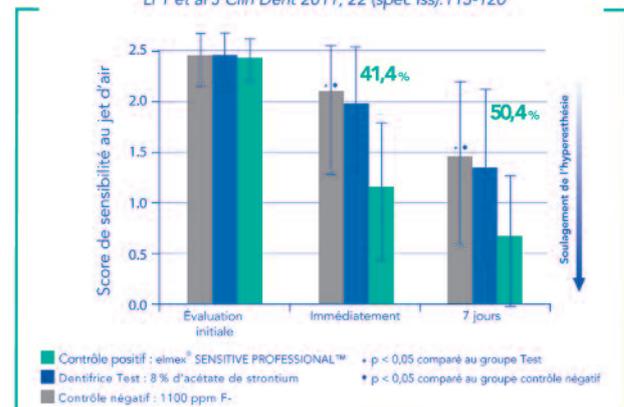
La technologie Pro-Argin™ de la pâte désensibilisante et du dentifrice elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™

- Obture instantanément les canalicules
- Protège les zones vulnérables en formant une barrière protectrice de longue durée

Une efficacité cliniquement prouvée

41 % de réduction immédiate de la douleur vs dentifrice à base de strontium

Li Y et al J Clin Dent 2011; 22 (spec Iss):113-120



Après une seule application par massage au doigt du dentifrice elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™, la réduction de l'hyperesthésie est immédiate et significativement supérieure à celle procurée par un dentifrice à base de strontium.