

Soulager immédiatement et durablement
l'hypersensibilité dentinaire
avec le dentifrice Colgate® Sensitive Pro-Apaisant™

NOUVEAU
TECHNOLOGIE PRO-ARGIN™

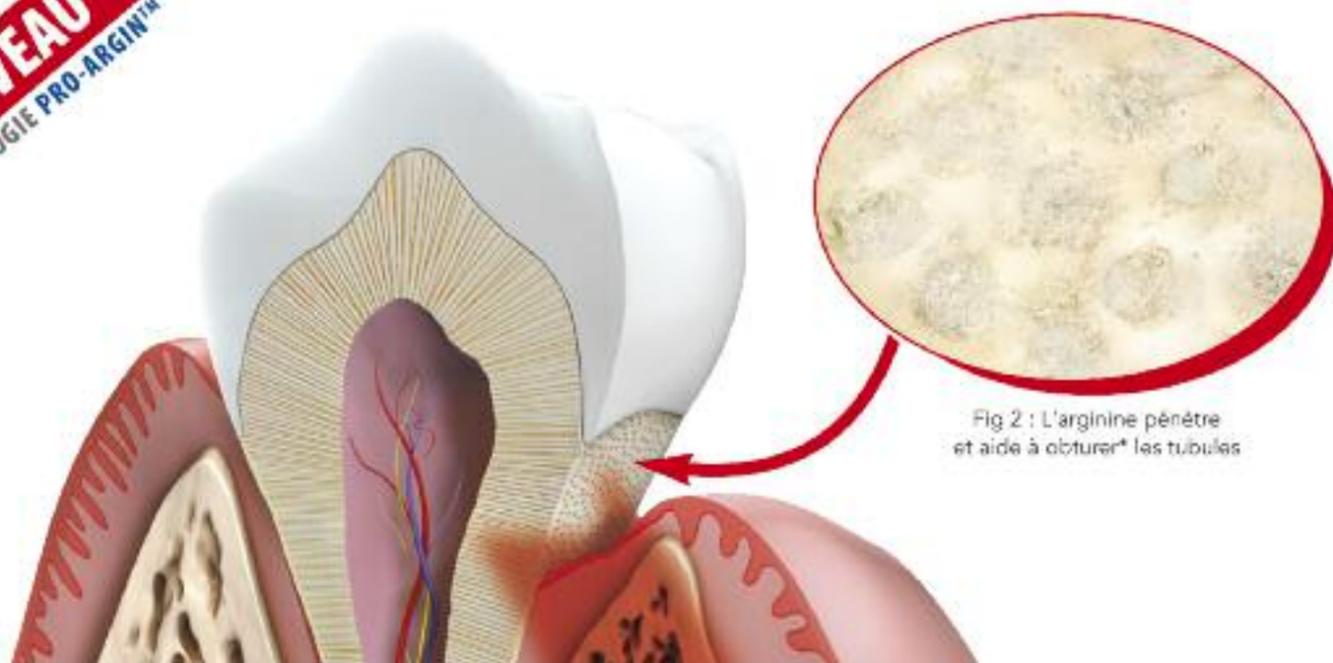


Fig 2 : L'arginine pénètre et aide à obturer* les tubules

Fig 1 : Récession gingivale / Dentine exposée

Grâce à la technologie Pro-Argin™, le dentifrice Colgate® Sensitive Pro-Apaisant™ soulage rapidement et durablement l'hypersensibilité dentinaire™.

- 1 Les études cliniques démontrent une réduction significative de l'hypersensibilité dentinaire avec deux brossages quotidiens
- 2 Pour un soulagement immédiat, appliquer directement sur la dent sensible avec le doigt et masser 1 minute
- 3 La technologie Pro-Argin™ est également utilisée au cabinet dentaire avec Colgate® Sensitive Pro-Apaisant™ Pâte à Polir Désensibilisante
- 4 1450 ppm de fluorure pour la prévention des caries



Le dentifrice Colgate® Sensitive Pro-Apaisant™ pour le soin quotidien de l'hypersensibilité dentinaire

*Représentation graphique de STM photography
(1) Nathan S et al J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 133-135
(2) Ayed F et al J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 115-122

(3) Smith T et al J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 131-135
(4) Osorio R et al J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 17-22

(5) Ayed F et al J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 10-16
(6) Osorio R et al J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 131-140

Colgate® VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Distribué par :

GABA Laboratoires
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire

60, avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes

Service commercial chirurgiens-dentistes :
02 37 51 67 59



Les présidents changent mais notre société reste et prospère !!!

A nouveau président, nouveau bureau et nouveaux objectifs. Bien sûr, il, est hors de question de tout changer mais nous pouvons nous permettre maintenant d'être toujours plus ambitieux dans nos choix. Depuis maintenant dix ans que notre confédération existe, la représentativité et l'image de la SFPIO ont évolué, le nombre de nos membres a triplé pour dépasser le millier ce qui fait de notre société un acteur majeur du monde dentaire. Cela est le fruit du travail de tous les présidents qui m'ont précédé et de leurs bureaux. Qu'ils en soient tous sincèrement remerciés. Notre confédération est aussi plus à l'écoute des omnipraticiens car c'est le rôle de la SFPIO de rendre la Parodontologie accessible à tous. Le cycle de Parodontologie dirigé par Alain Borghetti affiche une fois encore complet (60 praticiens formés chaque année) ce qui en dit

long sur la qualité et la rigueur de l'enseignement qui y est prodigué toujours dans un esprit de partage des connaissances. La SFPIO n'est pas réservée à une élite, elle est au service de tous mais elle ne cédera pas aux sirènes du « business médical » et encore moins du « non prouvé scientifiquement »... notre statut de société savante nous rend dépositaire d'une certaine philosophie basée sur les données acquises de la science, à nous de savoir les faire partager par le plus grand nombre. Dans cette optique, la SFPIO se devait de monter un cycle d'implantologie. C'est chose faite et il débutera début octobre. Nous l'avons voulu collégial, c'est-à-dire qu'il ne fera pas la promotion d'un système implantaire plutôt qu'un autre mais il se basera sur tous les systèmes qui ont une approche scientifique (ceux qui publient et qui font de la recherche) et pas uniquement commerciale de l'implantologie. Nous devons nous adresser à nos quarante mille confrères et confrères mais cela ne doit pas nous empêcher de mettre la barre haute quant à la qualité du programme scientifique. Le congrès de Strasbourg en a été le parfait exemple avec des conférenciers de tout premier plan et une organisation parfaite qui

montre bien que rigueur scientifique et convivialité ne sont pas du tout incompatibles. Je tiens à chaudement féliciter Henri Tenenbaum, Yves Reingewirtz ainsi que toute l'équipe autour d'eux, pour leur travail et les souvenirs que nous en garderons. Souhaitons que nous soyons encore plus nombreux à chaque congrès annuel et qu'il soit pour tous, libéraux et universitaires, omnipraticiens ou exclusifs, un grand moment de confraternité et de partage. Retenez déjà les dates du congrès 2011 qui aura lieu à Aix en Provence les vendredi 10 et samedi 11 juin. Cela sera l'occasion de venir en famille dans cette autre très belle ville car le congrès aura lieu juste avant le lundi de Pentecôte. D'ici là, nous nous retrouverons à l'ADF sur « l'espace S » ou lors de la séance de la SFPIO, présidée par Jean Luc Ardouin, et qui aura lieu cette année, exceptionnellement, le mercredi. Bonne rentrée à tous et au nom de tout le bureau, merci de votre confiance.

Xavier STRUILLOU
Président de la SFPIO

MEMBRES DU BUREAU NATIONAL DE LA S.F.P.I.O.



Président
Xavier STRUILLOU



Président Scientifique
Christian VERNER



Représentant EFP
Responsable du cycle
de Parodontologie
Alain BORGHETTI



Trésorier
Patrick BOULANGE



Secrétaire Général
Philippe BOUSQUET



Responsable
Objectif Paro
Yves REINGEWIRTZ



Responsable
du projet Europerio
Virginie MONNET-CORTI



Président Scientifique
adjoint Responsable
du cycle
d'implantologie
Eric MAUJEAN



Responsable des
relations avec
les facultés
Hervé BOUTIGNY



Responsable des
relations avec les
partenaires de
l'industrie
Stéphan DUFFORT



Responsable adjointe
des relations avec les
partenaires de
l'industrie
Séverine VINCENT



Responsable adjointe
du cycle de
Parodontologie
Caroline
FOUQUE-DERUELLE



Responsable
des projets
internationaux
Pascal AMBROSINI



Responsable adjoint
du cycle
d'implantologie
Nicolas PICARD



Responsable relation
avec la presse
David NISAND

**OBJECTIF
PARO**

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
Stéphan DUFFORT
Eric MAUJEAN
Virginie MONNET-CORTI
David NISAND
Nicolas PICARD
Christian VERNER
Séverine VINCENT
Editeur
Société Française
de Parodontologie
9, rue Boileau
44000 NANTES
Tél. 02 40 08 06 63
Fax. 02 40 08 06 47
E-mail : sfparo@wanadoo.fr
http://www.sfparo.org
n° ISSN 11621532
Conception et réalisation :
Empreinte - Patrice BECKER
LYON - Tél. 04 78 51 47 26

Photo de couverture :
Congrès Strasbourg 2010 :
Un public de connaisseurs
lors de la remise des prix
Laboratoires ;
Matthieu Leininger,
Pierre Simonis,
Christian Verner
et Xavier Struillou

STRAUMANN® EMDOGAIN

QUELLE EST, POUR VOUS, L'IMPORTANCE D'UNE VÉRITABLE RÉGÉNÉRATION PARODONTALE ?



avant



après

Plus de 100 publications dans des revues à comité de lecture démontrent la sécurité et l'efficacité de Straumann® Emdogain pour la stimulation de la formation de nouveaux tissus parodontaux dur et mou. Ces études cliniques incluent plus de 3000 défauts parodontaux pour 2500 patients.

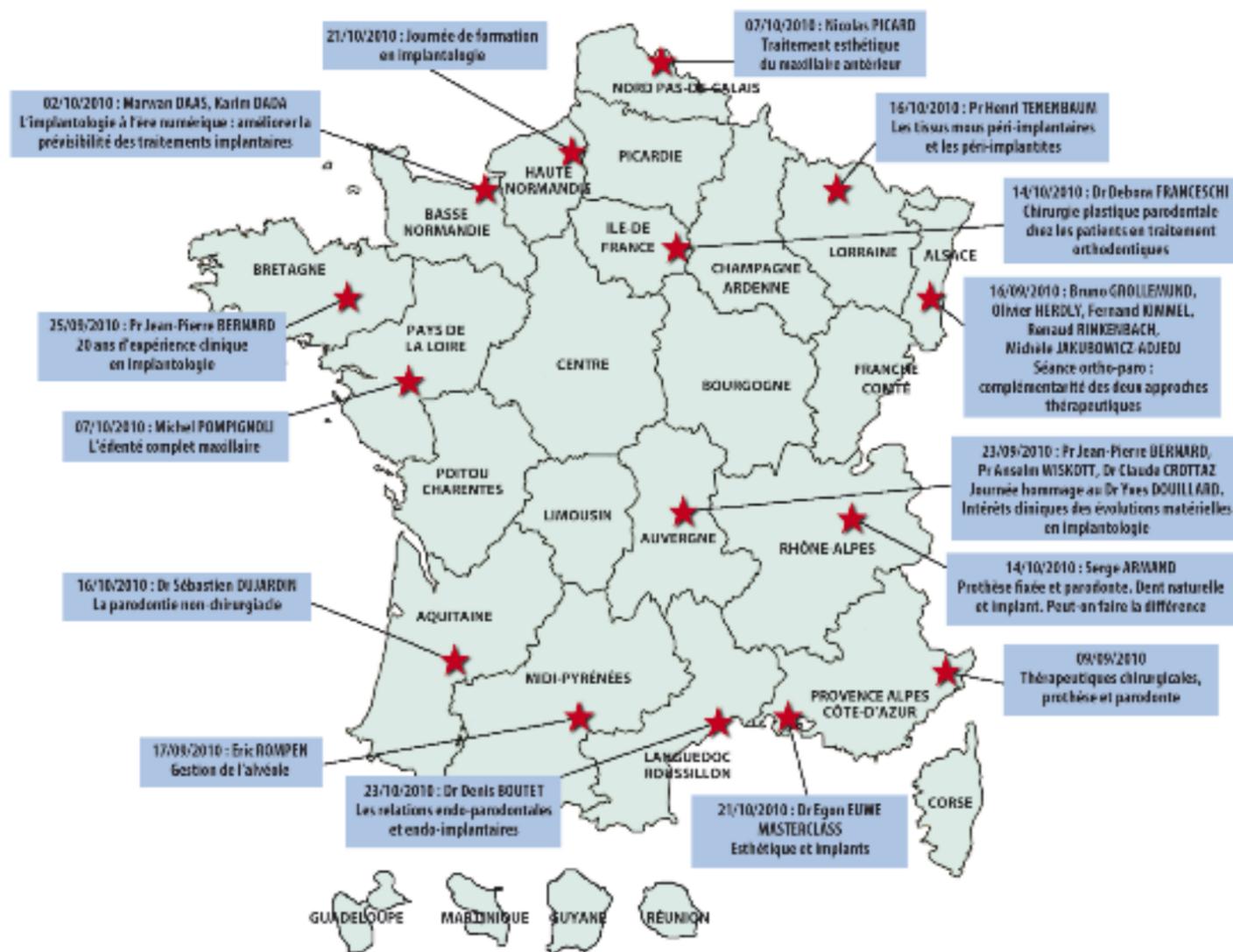
- Résultats cliniques excellents 1,2,3
- Bénéfice clinique à long terme 4,5
- Satisfaction patients améliorée 6,7

1. Smith et al. J Clin Periodontol 2003;29:317-323
 2. Fitzum et al. J Periodontol 2001;72:25-34
 3. McGuire et al. J Periodontol 2003;74:1110-1126
 4. Hinder et al. J Periodontol 2006;77:295-301
 5. Sedow et al. Int J Wound 2002;27:221-229
 6. Jensen et al. J Periodontol 2004;75:1150-1160
 7. Sorell et al. J Periodontol 2004;75:6-733

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
 FOR DENTAL PROFESSIONALS



Rendez-vous SFPIO



ADF : Séance SFPIO

Mercredi 24 novembre 2010 15h30-18h

Responsable scientifique : Jean-Luc Arduin
 Conférenciers : Caroline Fouque-Deruelle,
 Stéphan Duffort, Jean-François Duffort
**Chirurgie plastique parodontale,
 Greffe conjonctive.**

Programmes internationaux

Congrès de l'AAP à Honolulu
 du 30/10/ au 02/11/2010

Academy of Periodontology's Annual Session

Grande Bretagne Glasgow
 6-9 Octobre

19th Annual scientific meeting of the European Association for Osseointegration

Le choix naturel pour l'augmentation de la crête



- Membrane biologique naturelle
- Assure un excellent environnement de cicatrisation et guide la régénération des tissus vitaux¹⁻³
- Conserve la matrice en collagène naturel et les propriétés mécaniques péricardiques d'origine, grâce au procédé exclusif Tutoplast[®]
- Excellente manipulation, hydratation rapide
- Durée conservation de cinq ans, conservation à température ambiante⁴⁻⁵

Caractérisée par sa grande qualité et ses performances exceptionnelles, la membrane CopiOs Pericardium dérivée du bovin est un choix naturel. La membrane CopiOs Pericardium offre une barrière de longue durée. Elle représente le choix idéal pour les procédures d'augmentation de la crête avec des particules ou des greffons, lorsque la capacité d'adaptation aux contours est essentielle.

Gros plan



Fig. A Déficit vestibulaire Fig. B Implant en place Fig. C Membrane CopiOs Pericardium et greffon en place Fig. D Membrane CopiOs Pericardium placée sur la greffe avant fermeture Fig. E Vue à 4 mois postopératoires : implant parfaitement ostéo-intégré

¹ Steigmann M. Pericardium membrane and xenograft particulate grafting materials for horizontal alveolar ridge defects. *Implant Dent.* 2006;15:186-191.
² Kistler S, Bayer G, Kistler T, Am Lach L. Experience with the biological Tutoplast® membrane in implant practice. *Implantologie/Journal.* 2004;8:47-48.
³ Schoepf C. Allograft Safety: The efficacy of the Tutoplast Process. *Int Magazine Draf/Implant.* 2006;1:10-15.
⁴ Rothamel D, Schwarz F, Sager M, Herten M, Sculvan A, Becker J. Biodegradation of differently cross-linked collagen membranes: an experimental study in the rat. *Clin Draf Implants Res.* 2005;16(3):369-78.
 Références disponibles sur www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez

Strasbourg 2010, un grand congrès autour d'un thème d'actualité

Yves REINGEWIRTZ

Strasbourg vient d'accueillir le congrès international annuel de la SFPIO. Près de 400 confrères venus des six coins de l'hexagone, d'Europe de l'Est et du pourtour méditerranéen se sont retrouvés durant trois jours pour partager l'actualité en parodontologie et en implantologie. A quelques encablures des institutions européennes, la Maison de Région et le Palais de la Musique et des Congrès ont hébergé les différentes manifestations.



L'assistance lors de la séance inaugurale à la Maison de Région ; au premier plan à droite, le past-président JL Ardouin entouré de Christian Verner et Yves Estrabaud.

C'est Adrien ZELLER, Président de la Région Alsace disparu il y a quelques mois, qui a accepté de mettre à la disposition de la SFPIO le magnifique amphithéâtre du siège de la Région Alsace. Philippe Richert, nouvellement élu à la tête de la Région a prolongé cet accord et nous a ainsi permis de tenir une séance inaugurale centrée autour de deux intervenants, Yves Bur, confrère élu député et Vice-Président de l'Assemblée Nationale, et le Professeur Christian Boitard, Directeur d'institut à l'INSERM. Abordant le thème de la parodontologie au cœur de la santé, le premier a insisté sur les difficultés économiques à permettre la prise en charge de l'ensemble des actes hors nomenclature et la nécessité, pour ne pas dire le devoir de la SFPIO, en tant que représentants de la spécialité parodontale, d'expliquer, justifier, convaincre les pouvoirs publics d'une prise en charge des pathologies parodontales ; cette responsabilisation des organismes sociaux s'est trouvée confortée par la présentation du

modérateur et Président scientifique du congrès, le Professeur Henri Tenenbaum, qui a rapporté des résultats récents montrant une implication des parodontites dans la mortalité. Le second intervenant, diabétologue de formation, a rappelé les liens étroits existant entre atteintes parodontales et maladies diabétiques, et la nécessité de poursuivre les travaux de recherche expliquant les interrelations des deux pathologies afin de permettre une meilleure prévention. Il a également recommandé une approche diagnostique commune réunissant les représentants des deux spécialités, l'amélioration thérapeutique permettant alors en corollaire des informations épidémiologiques précieuses. Ponctuant cette introduction magistrale, les participants ont alors rejoint le cœur historique de Strasbourg pour vivre, sous l'imposante nef de la Cathédrale, l'ouverture du 72^{ème} Festival de Musique de Strasbourg. La chance aidant, Mozart et le célèbre Requiem inauguraient cet

événement sous la baguette de Gerd Albrecht accompagné par l'orchestre et le chœur RSO de Prague. Les différentes manifestations scientifiques programmées au Palais des Congrès se sont succédées durant trois jours. D'abord les ateliers pratiques du premier jour, avec trois Laboratoires partenaires. Zimmer, représenté par Philippe Bousquet et Olivier Jame qui ont présenté les aménagements osseux préimplantaires ; représenté par Expanscience, Guy Daculsi et Zahi Badran ont rappelé les règles de la cinétique de résorption contrôlée des biomatériaux afin de justifier l'indication d'un substitut osseux biphasique ; Satelec, représenté par Jérôme Surmenian, a décrypté les règles de la décortication alvéolaire sélective afin de permettre une accélération du mouvement dentaire orthodontique. Puis vendredi et samedi la salle Schumann a accueilli les conférences phares dont Henri Tenenbaum nous propose ci-dessous un compte-rendu. La salle Tivoli était l'hôte des séances communications, cliniques et recherche et de la séance du Collège Nationale des Enseignants en Parodontologie présidée par Philippe Gibert. Différents prix ont récompensé les meilleures présentations. Les premières communications cliniques, orchestrées par Philippe Bousquet, Jacques Hassid et Jean-Nicolas Hasson ont récompensé le tandem Pierre Simonis et Yves Reingewirtz (Strasbourg) pour la présentation « Traitement parodontal préimplantaire » ; deux autres présentations ont également été saluées par le jury, celle de l'équipe montpelliéraine de Blandine Romestand (B Romestand, M Delvalle, V Orti et P Gibert) qui ont tenté de répondre à la question « Parodontites

Pour plus d'informations, contactez votre représentant commercial au 01 45 12 35 35.

Zimmer Dental SAS
2 Place Gustave Eiffel - B.P. 40237
94528 Rungis Cedex



Éditions Cdp®

5% de réduction + frais de port offerts

Notre sélection en parodontologie



Parodontie médicale

Innovations cliniques

J. Charon et al.

Cette seconde édition d'un ouvrage devenu une référence fait le point et décrit les méthodes de diagnostic, de traitements, de maintenance et de prévention des maladies parodontales.

Les auteurs ont voulu donner les bases dites « fondamentales » pour mieux comprendre et donc, mieux traiter. Cependant, l'abord est définitivement « pratique » en décrivant tous les aspects de la parodontie quotidienne. Les auteurs ont insisté sur l'approche des maladies parodontales sévères, en discutant les relations qui existent entre les pathologies systémiques et les infections du parodonte. De nombreux cas cliniques sont présentés pour illustrer les résultats de l'application des protocoles proposés.

De nouveaux chapitres font appel aux relations que la parodontie entretient avec l'endodontie moderne, l'évolution de l'implantologie modifiant l'esprit de conservation des dents, l'utilisation des lasers et le rôle de l'assistante sur l'hygiène et la stérilisation essentielles, pour la réussite d'un traitement en parodontie. Moderne et complet, ce manuel est destiné à celles et ceux qui souhaitent offrir à leurs patients la possibilité de conserver leurs dents naturelles. Si une prothèse dento ou implanta-portée doit être réalisée, elle pourra alors être faite dans des conditions de sécurité.

JPIO 2008 • 21 x 29,7 cm • 476 pages
• ISBN : 978-2-84361-141-4 • Code : W07842

156,75 € au lieu de 165 €



Chirurgie plastique parodontale

A. Borghetti, V. Monnet-Corti et al.

Cet ouvrage est devenu le manuel de référence en chirurgie plastique parodontale, aussi bien pour le praticien que pour l'enseignant ou l'étudiant.

Les démonstrations très pédagogiques et les nombreuses illustrations permettent au praticien de s'initier ou de progresser dans ce domaine. La bibliographie abondante sinon exhaustive fonde l'argumentation. L'intérêt de cet ouvrage réside aussi dans l'exposé des techniques par des cliniciens expérimentés et l'analyse critique des résultats.

À la sommaire :

- étude du complexe muco-gingival (aspects anatomique, histologique, physiologique et pathologique, avec une place particulière donnée à l'évaluation esthétique du parodonte)
- description détaillée des techniques chirurgicales, qu'elles soient simples ou avancées, avec une place prépondérante réservée à la greffe de conjonctif
- apport de la chirurgie plastique parodontale à l'esthétique et à la fonction de la dentisterie restauratrice et de la prothèse fixée
- enfin, spécificités de la chirurgie plastique parodontale chez l'enfant et l'adolescent ; rôle dans le traitement orthodontique.

JPIO 2008 • 21 x 29,7 cm • 484 pages, 600 illustrations
• ISBN : 978-2-84361-125-4 • Code : W07829

175,75 € au lieu de 188 €



Christian Boitard et notre confrère et vice-président de l'Assemblée Nationale, Yves Bur, entourant Yves Reingewirtz et Henri Tenenbaum

agressives : quelles étiologies ? », et celle de l'équipe de Paris VII, avec Frédéric Rouche (Frédéric Rouche, Francis Mora et Philippe Bouchard) qui ont traité de « Traitement des récessions gingivales par la technique de l'enveloppe : quel intérêt ? » ; les prix d'une valeur de 800, 400 et 300 euros ont été remis par les Laboratoires GABA.

Le prix Recherche Sunstar (montant 1500 euros) a été attribué par Virginie Monnet-Corti assistée de Yves Charbit à Catherine Bisson-Boutelliez (Nancy) qui, a su nous entretenir avec brio des bactéries sulfato-réductrices *Desulfovibrio sp.* et de leurs interactions avec les cellules épithéliales. Les communications cliniques du second jour, jugées cette fois par Christian Verner assisté de Matthieu Leininger et Pierre Simonis ont retenu le travail de Jérôme Surmenian, Jean-David Sebaoun et Serge Dibart (Boston) pour leurs résultats sur l'accélération du mouvement dentaire orthodontique suite à une décortication alvéolaire sélective. Une mention particulière a été attribuée aux travaux de Nizar Bennani (Paris VII) « Gestion des alvéoles d'extraction » et de Brernda Mertens (Strasbourg) : « Problèmes et solutions posés par une réhabilitation fonctionnelle et esthétique globale ». Les prix d'un montant de 500, 300 et 200 euros ont été remis par les laboratoires Pierre Fabre.

Autres moments forts de ce programme, avec les Laboratoires Pierre Fabre et d'une part, la présentation de la semaine de santé gingivale et d'autre part, la remise à Kenza Saadi-Thiers (Montpellier-

Strasbourg) du prix CNEP ; et avec les Laboratoires Expanscience, qui ont remis le prix ParoActiv' 2010 à Annie Nguyen (Paris V-Strasbourg) et Zahi Badran (Nantes) pour leurs articles « Greffe de conjonctif enfoui, une revue de littérature » et « Données actuelles sur les bisphosphonates en parodontologie » publiés respectivement dans *Réalités cliniques* et dans le *Journal de Parodontologie et d'Implantologie Orale*. C'est enfin Alexandrina Dumitrescu qui était récompensée par le jury composé de Patrick Boulange et Jacques Metzger avec trois posters « L'anxiété et la comparaison sociale, la sociabilité et la santé

orale », « L'association entre l'estime de son corps, l'autocritique et la santé orale » et « Démarches psychologiques dans la pathogénèse des maladies parodontales ». Le prix Poster remis par le *Journal de Parodontologie et d'Implantologie Orale* récompensait ainsi l'important travail de recherche de Mlle Dumitrescu déjà vivement félicitée lors de la compétition Recherche pour son travail intitulé « L'implication des facteurs psychosociaux dans l'association de l'obésité et de la parodontite ».

Si l'intérêt scientifique et l'organisation de ce congrès ont été salués par la majorité des présents, ce succès a été le fruit, il faut le souligner, de la haute qualité des exposés des conférenciers, des efforts et de la collaboration de l'ensemble des laboratoires partenaires, de l'extrême assiduité de l'équipe étudiante, et du travail méticuleux des deux bureaux, national et régional. Que tous en soient vivement remerciés ; avec l'émotion du devoir accompli et plein de nostalgie, le flambeau a pu être transmis à la nouvelle équipe SFPIO dirigée par le nouveau Président Xavier Struillou et à la Présidente du prochain congrès SFPIO, Caroline Fouque-Deruelle et son équipe auxquels sont adressés tous les vœux de réussite pour le congrès SFPIO-Aix-en Provence 2011. ■



Passation de pouvoirs : Jean-Luc Ardouin remercie les membres du bureau national, de gauche à droite : David Nisand, Yves Reingewirtz, Nicolas Picard, Xavier Struillou - nouveau Président-, Eric Maujean, Christian Verner, Philippe Bousquet, Caroline Fouque-Deruelle, Patrick Boulange et, masquant Virginie Monnet-Corti, Alain Borghetti

BON DE COMMANDE

À retourner avec votre règlement à : Éditions Cdp® - Service VPC Santé
1, rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - CP 816 - 92856 Rueil-Malmaison cedex - France

Tél. : 01 76 73 40 50 • Fax : 01 76 73 48 57 • E-mail : vpc@editionsmdp.fr

www.editionsmdp.fr/librairie

JE DÉSIRE COMMANDER :

Code WD	Titre	Tarif TTC remisé

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à la protection des données personnelles, à l'égard des traitements de données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de mise à jour et de portabilité de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser une demande écrite à nos services clients à l'adresse suivante : serviceclient@editionsmdp.fr. Nous nous réservons le droit de ne pas répondre à certaines demandes manifestement abusives.

Livraison offerte 0 €
MONTANT TOTAL remise déduite €

JE COMMANDE ET JE RÈGLE :

- par chèque bancaire ou postal à l'ordre de Wolters Kluwer France SAS
- par carte bancaire

N° _____

N° de cryptogramme CB _____

(3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte)

Expire fin _____

Date et signature obligatoires

CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE : Tous les ouvrages proposés sont disponibles dans la limite des stocks. Si, pour une raison quelconque, un ouvrage n'est plus disponible, nous vous en informons par écrit. **LIVRAISON :** Nos ouvrages sont livrés sous 10 jours à compter de la réception de la commande, sauf problèmes d'acheminement. Le transport est effectué à votre frais par paquet poste. La livraison est effectuée en France métropolitaine (hors Corse) par voie postale. Les livraisons à l'étranger sont effectuées par voie aérienne. Les commandes sont traitées en priorité. **PRIX :** Les prix mentionnés de nos ouvrages sont indiqués hors taxes. Les prix indiqués de nos ouvrages sont indiqués hors taxes. Les prix indiqués sont TTC (TVA 5,5%).

MES COORDONNÉES :

Professionnelles Personnelles

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail : _____

(pour recevoir gratuitement la lettre d'Info du chirurgien-dentiste)

NobelActive™

Opter pour une nouvelle orientation en matière d'implants.

Connexion prothétique double fonction.

Capacité de condensation osseuse.

Ajustement de l'orientation de l'implant pour un positionnement optimisé.



Platform Shifting intégrée.

Stabilité primaire importante, même dans des situations cliniquement difficiles.

10 ANNÉES D'EXPERIENCE AVEC LA SURFACE TITANITE®
De nouvelles données confirment la stabilité à long terme.

NobelActive répond aux objectifs cliniques qu'ils soient chirurgicaux ou prothétiques. La conception fileté NobelActive permet une condensation progressive de l'os à chaque tour effectué lors de l'insertion qui améliore la stabilité initiale. L'apex tranchant et les lames d'incision garantissent aux chirurgiens-dentistes la possibilité d'ajuster l'orientation de l'implant pour assurer un positionnement optimal de

la connexion prothétique. Les praticiens-prothésistes bénéficient d'une connexion prothétique conique interne polyvalente et sécurisée avec un transfert de Platform Shifting grâce à laquelle ils peuvent obtenir d'excellents résultats esthétiques. Sur la base des commentaires des clients et des demandes du marché concernant NobelActive, la gamme de produits a été étendue : les professionnels du dentaire profiteront désormais d'une plus grande

flexibilité dans la sélection des prothèses et des implants. Nobel Biocare est le leader mondial en solutions dentaires innovantes basées sur les preuves. Pour plus d'informations, contactez un spécialiste produit Nobel Biocare au numéro 01 49 20 00 30 ou consultez notre site Internet. www.nobelbiocare.com/nobelactive

COMPTE RENDU DES SEANCES PLÉNIERES DU CONGRES DE LA SFPIO STRASBOURG 4 et 5 juin 2010

Henri Tenenbaum

Quatre séances plénières ont été organisées avec pour objectif de placer les pathologies parodontales et leurs traitements au cœur de la santé des patients. Des orateurs de renom, français et étrangers, ont répondu à notre invitation pour faire un point sur les problématiques les plus actuelles.

La première séance du vendredi matin était placée sous l'égide du Comité d'Interface INSERM/Odontologie, soulignant ainsi tout l'intérêt que portent des structures de recherche nationales à la thématique abordée, les relations entre maladies parodontales et maladies systémiques. La présidente de séance, Elisabeth Delcourt-Debruyne, a donné successivement la parole à 4 experts dans ce domaine :

- **Mariano Sanz de Madrid**, avec le talent qu'on lui connaît, a introduit le rôle de l'odontologiste qui devrait se situer de plus en plus au cœur de la prise en charge de la santé globale des patients. Les répercussions multiples des infections orales en général et des pathologies parodontales tout particulièrement sur différents organes ont été mises en exergue. Trois des interactions parmi les plus étudiées ont ensuite été approfondies par les autres conférenciers de cette séance.

- **Salomon Amar de Boston** nous a parlé avec brio des relations entre maladies parodontales et maladies cardiovasculaires. De nombreuses études récentes, tant épidémiologiques que biologiques pour comprendre les mécanismes de la relation, permettent d'affiner nos connaissances dans le domaine et laissent espérer une intégration prochaine par les cardiologues de la nécessaire détection des parodontites afin d'améliorer encore la prise en charge des patients atteints d'athérosclérose en particulier.

- **Philippe Bouchard de Paris**, très impliqué dans l'étude de ces interactions, a abordé les relations maintenant bien établies entre diabète et parodontites ainsi que celles qui semblent émerger avec

l'obésité. Ces liens soulignent l'importance des processus inflammatoires présents dans ces différentes pathologies. Même si le lien avec l'obésité est loin d'être aussi évident que celui avec le diabète, la réalisation d'études où certains facteurs de risque communs aux deux pathologies pourraient être éliminés sera susceptible de clarifier la relation.

- **Jean-Luc Davideau de Strasbourg** a fait le tri dans les résultats parfois contradictoires des études portant sur les relations entre parodontites et naissances prématurées et/ou nouveaux nés de faible poids à la naissance où, là encore, la réaction inflammatoire plus ou moins sévère induite par la présence d'une pathologie parodontale chez des femmes jeunes semble jouer un rôle déclenchant. Des études où certains facteurs de risque comme le tabac sont des critères de non sélection des participants apportent des informations qui semblent mettre en avant le risque que constituent les parodontites dans la survenue de naissances prématurées et/ou de nouveaux nés de faible poids.

La séance du vendredi après-midi, présidée par Alain Borghetti, nous a apporté des informations essentielles pour appréhender de la manière la plus raisonnée le choix souvent difficile de conservation de dents dont la parodontite est dégradé mais stabilisé ou d'avulsion suivie de la mise en place d'implants. Le fil directeur de cette séance était le pronostic à long terme :

- **David Nisand de Paris** nous a montré que les traitements non chirurgicaux permettraient dans de nombreux cas d'atteindre une parodontite modérée d'espérer la

conservation prolongée des éléments dentaires sans perte de support supplémentaire. Ces traitements dits non chirurgicaux, qui sont en réalité des traitements étiologiques par détartrage/surfaçage associés ou non à des traitements antimicrobiens, concernent la majorité des patients atteints de pathologies parodontales et doivent pouvoir être effectués par les omnipraticiens.

- **Peter Eickholz de Francfort** a fort judicieusement complété la première présentation qui vient d'être évoquée en abordant les résultats à long terme des traitements chirurgicaux. Lorsque les poches parodontales sont profondes, encore plus si elles concernent les zones inter radiculaires des dents pluriradiculées, nous disposons aujourd'hui d'options chirurgicales dont l'efficacité est établie. Le conférencier a souligné les critères de décision chirurgicale et de choix du type d'intervention.

- **Jean-Pierre Bernard de Genève**, spécialiste reconnu en implantologie, a analysé, à la lumière de travaux récents qui apparaissent sur les résultats à long terme des traitements implantaire, la confusion qui a longtemps existé entre les notions de survie et de succès des implants et qui a pu conduire à éliminer des dents conservables pour les remplacer par des implants supposés à meilleur pronostic à long terme. Si le recours aux implants dans les situations d'édentation représente souvent la solution à privilégier, la conservation de dents dont le parodontite est atteint par un processus pathologique est souvent possible et doit être envisagée en priorité.



LISTERINE®

BAIN DE BOUCHE ANTIBACTÉRIEN
À USAGE QUOTIDIEN

POUR UNE BOUCHE
EN PLEINE SANTÉ,
CHAQUE JOUR

ÉLIMINE JUSQU'À
99,9%
DES MAUVAISES BACTÉRIES*



Utilisé chaque jour en complément du brossage, LISTERINE® contribue à améliorer significativement l'hygiène bucco-dentaire en favorisant l'élimination des bactéries pathogènes présentes dans la cavité buccale, même dans les zones difficiles à atteindre.

L'association unique de 4 extraits d'huiles essentielles (Thymol, Eucalyptol, Menthol et Salicylate de méthyle) apporte une efficacité antibactérienne scientifiquement prouvée¹ et une grande sensation de fraîcheur, tout en respectant la flore buccale au long court² (étude réalisée à 6 mois).

UN NOUVEAU GESTE POUR PRENDRE SOIN DE SA BOUCHE À 100% CHAQUE JOUR.

1. Fine DH, et al. Effects of sublethal exposure to an antiseptic mouthrinse on representative plaque bacteria. J Clin Periodontol. 1998; 25: 444-451
2. Minah GE, et al. Effects of 6 months use of an antiseptic mouthrinse on supragingival dental plaque microflora. J Clin Periodontol. 1999; 16: 347-352



Le samedi matin, Pascal Ambrosini a présidé une séance passionnante sur la régénération parodontale avec ses acquis actuels et ses espérances futures :

- **Anton Sculean**, qui a pris récemment la responsabilité du très réputé département de parodontologie de Berne et qui a beaucoup publié sur les amélogénines, a fait le point sur leur utilisation en régénération parodontale avec des résultats sensiblement voisins de ceux obtenus avec les membranes parodontales mais avec une technique de mise en place simplifiée. Il a aussi montré que l'adjonction de matériaux de substitution osseuse n'apportait pas de gain supplémentaire par rapport à l'emploi des seules amélogénines.

- **Marie-Laure Colombier et Corinne Lallam de Paris** ont présenté les travaux encore expérimentaux, mais tellement prometteurs, sur les RGTA qui sont des mimétiques d'héparanes sulfates avec un tropisme spécifique pour les zones inflammatoires dont elles parviennent à modifier l'évolution pour la diriger vers des phénomènes de régénération. Cette orientation semble ouvrir la voie à une approche thérapeutique tout à fait novatrice qui s'affranchit pour une part de l'étiologie bactérienne des pathologies parodontales pour se consacrer à ses conséquences inflammatoires.

- **Thomas Van Dyke de Boston** nous a permis de poursuivre le rêve de nouveaux traitements, toujours axés sur le volet inflammatoire des maladies parodontales, qui semblent tout aussi spectaculaires.

C'est par l'utilisation de dérivés des oméga 3 dénommés résolvines que la réaction inflammatoire devenue chronique pourra très avantageusement revenir vers l'homéostasie du parodonte, accompagnée d'une restitution quasi intégrale, au moins chez l'animal pour l'instant, des tissus parodontaux détruits par la maladie.

- **Enfin, Howard Tenenbaum de Toronto** a dressé un superbe panorama des techniques de régénération actuellement disponibles et de leur fiabilité encore problématique, ce qui souligne encore si c'était nécessaire l'attente de nouvelles approches qui soient moins dépendantes de paramètres techniques. Il a également démystifié les craintes démesurées apparues ces dernières années à propos des conséquences bucco-dentaires de l'utilisation des biphosphonates dans diverses situations pathologiques et notamment l'ostéoporose.

Seule la dernière séance du samedi après-midi, présidée par Pierre Barthet, a été entièrement consacrée aux implants en abordant les complications qu'ils peuvent générer et la manière dont ces complications peuvent être prises en charge :

- **Jean-François Keller de Lyon** a fait l'état des lieux sur ces problèmes que nous rencontrons de plus en plus fréquemment au fur et à mesure de l'augmentation du nombre d'implants posés et de l'allongement du temps d'observation. Il a tout particulièrement insisté, comme l'avait déjà fait précédemment Jean-

Pierre Bernard, sur l'importance de distinguer la survie du succès. La gestion des complications péri-implantaires est souvent difficile et très chronophage venant largement obérer le succès que certains ont tendance à vouloir attribuer à des implants, certes toujours présents mais avec parfois des pertes osseuses péri-implantaires qui font douter de leur pérennité future.

- **Andrea Mombelli de Genève** a passé en revue l'ensemble des traitements anti-infectieux disponibles pour la prise en charge des péri-implantites. Malgré le peu de données encore disponibles dans la littérature et grâce à ses nombreux travaux personnels sur ce sujet, il nous a présenté plusieurs orientations thérapeutiques, en fonction de l'importance des lésions et de la perte osseuse péri-implantaire, qui vont du nettoyage mécanique associé aux antiseptiques locaux jusqu'à l'utilisation raisonnée des antibiotiques par voie locale ou systémique.

- **Hugo de Bruyn de Gand**, qui a eu la tâche toujours difficile de clôturer un congrès, l'a fait avec sa verve habituelle en insistant sur le pronostic aléatoire des traitements chirurgicaux des pathologies péri-implantaires. Ce constat des difficultés que pose la prise en charge des péri-implantites découle l'impérieuse nécessité de bien poser l'indication de mise en place d'implants, en particulier chez des patients qui sont à risque de voir apparaître de telles pathologies parce qu'ils sont fumeurs et/ou présentent des antécédents de maladie parodontale. ■

Don à l'association Oligocytes

Nouvelle formule pour la soirée de gala du congrès 2010 de la SFPIO :

un dîner de bienfaisance a réuni une centaine de convives et permis de recueillir et remettre un don de 1500 euros à l'association Oligocytes. Cette association a été créée en 1992 ; elle aide à financer la recherche sur le traitement des tumeurs cérébrales gliales malignes ou gliomes.

Tout don personnel peut être remis directement à l'association : contacter le secrétariat de la SFPIO.





UN NOUVEL IMPLANT, UN NOUVEAU PILIER,
UNE LIBERTÉ DE CHOIX
NATURELLE AVEC CAMLOG

camlog®

Distribué par
HENRY SCHEIN®
 IMPLANTOLOGIE

a perfect fit™

RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS CLINIQUES ET RECHERCHE LAURÉATES DES PRIX GABA, SUNSTAR, PIERRE FABRE ET PRIX POSTER-JPIO

retrouvez l'intégralité des résumés des conférences du congrès sur www.sfparo.org

Prix Communications cliniques GABA



Blandine Romestand, Frédéric Rouche et Pierre Simonis (de gauche à droite), les lauréats du prix communications cliniques GABA

Simonis P. et Reingewirtz Y.
 (Strasbourg)

Traitement parodontal pré-implantaire

Depuis l'avènement de l'implantologie la prise en charge des édentements a évolué de façon considérable. Les thérapies prothétiques utilisant des racines artificielles pour remplacer des racines dentaires comme support de prothèse, font désormais partie des « données acquises de la science ». (Margossian 2009) D'autre part, le remplacement de dents perdues pour des raisons parodontales par des implants permet d'éviter la mise en place de prothèses adjacentes iatrogènes et amène une amélioration du pronostic des dents résiduelles. Néanmoins des études récentes ont montré que les taux de survie des implants placés chez des patients présentant des antécédents de maladie parodontale étaient plus faibles que chez les patients indemnes

de maladies parodontales ou que les implants présentaient plus de complications biologiques (Karousis 2003, Pjeturson 2003, Buser 2002, Roos-Jansaker 2006, Schou 2006, Simonis 2010). Cela est potentiellement dû à la colonisation du sillon péri-implantaire par les bactéries des poches parodontales adjacentes (Mombelli 1995). En outre la spécificité histologique de la jonction épithéliale et conjonctive péri-implantaire de type cicatriciel (Ikeda 2002) peut participer à la relative fragilité des implants vis-à-vis des péri-implantites. Aussi, il apparaît primordial de mettre en place un traitement parodontal efficace avant d'envisager la mise en place d'implants dentaires, de contrôler de façon reproductible son efficacité, d'adapter le design implantaire et notamment de la jonction pilier implant à la situation parodontale ainsi que d'assurer une surveillance adaptée des implants après leur mise en place. Au travers de données de la littérature et d'exemples cli-

niques, nous aborderons un protocole clinique de traitement et de contrôle parodontal pré-implantaires.

Romestand B, Delvalle M, Orti V et Gibert P (Montpellier)

Parodontites agressives : quelles étiologies?

Si la bactériologie des parodontites agressives est de nos jours établie avec la présence significative de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* dans des proportions conséquentes, il reste toutefois un non consensus au niveau des différentes étiologies. De plus, nous sommes parfois confrontés à certains cas où les signes cliniques sont caractéristiques de la pathologie mais où la bactériémie est non significative.

Qu'en est-il alors de l'établissement d'un diagnostic fiable? A partir de cas cliniques de parodontite agressive où l'absence de facteurs bactériens impliqués semble prouvée, nous évoquons les différentes étiologies possibles des parodontites agressives (génétique (1) mais aussi virale (2) et leur influence sur les plans de traitement parodontaux et implantaires. En s'appuyant sur la présentation de nos différentes étapes thérapeutiques de parodontite agressive (de l'identification bactérienne (3) aux traitements chirurgicaux), nous illustrerons nos propos en montrant les difficultés rencontrées pour stabiliser cette pathologie dont tous les mécanismes d'action n'ont pas encore été mis à jour.

Rouche F, Mora F et Bouchard P (Paris VII)

Traitement des récessions gingivales par la technique de l'enveloppe : quel intérêt?

Les techniques de chirurgie plastique parodontales actuelles permettent la correction totale des récessions gingivales dans les classes I et II de Miller ou partielle dans les classes III. L'utilisation d'une greffe de conjonctif sous épithéliale semble pouvoir aujourd'hui être considérée comme un « gold standard » dans les procédures de traitement des récessions gingivales (Chambrone et al. 2008, 2009). Si l'enfoncement complet du greffon conjonctif sous un lambeau pédiculé avancé coronairement apparaît comme une technique de choix (Harris et al. 2002, Hirsch et al. 2005, Cairo et al. 2008), la technique de l'enveloppe (Raetzke 1984) et ses modifications montre également de très bons recouvrements (Vergara & Cafesse 2004, Abundo et al. 2009) ainsi qu'une grande stabilité sur le long terme (Rossberg et al. 2008). La technique elle-même apparaît comme significativement plus fiable et prévisible (Georges et al. 2009). Le but de cette présentation est d'illustrer par quelques cas cliniques l'efficacité de la technique de l'enveloppe dans le recouvrement radical des récessions gingivales. La méthode utilisée fait appel au protocole principes modifié associé à des prélèvements sans décharges et avec une incision unique (modifiée de Bruno 1994). Le recul clinique est de 6 mois à 1 an. Les résultats montrent le recouvrement complet dans

PERIOPRECISION

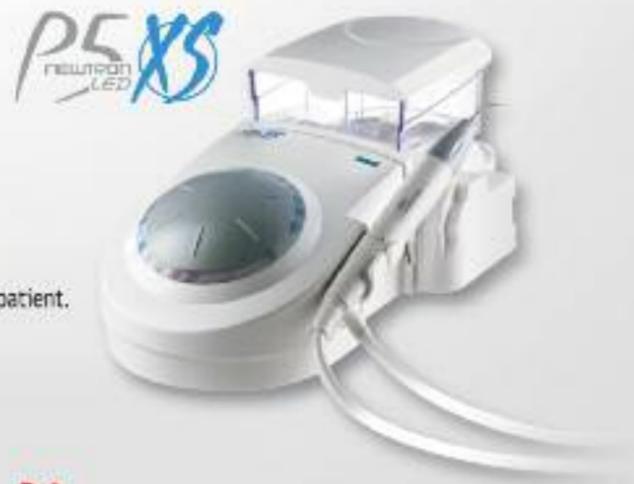
Allez partout. Tout en finesse



KIT PERIOPRECISION & P5 NEWTRON XS LED

L'alliance de la finesse et de la précision pour des interventions sans douleur

- Le Kit PerioPrecision est idéalement adapté au débridement des parodontes fins et au nettoyage des zones très étroites.
- Les trois micro-inserts du Kit PerioPrecision sont les plus fins du marché.
- Le Kit PerioPrecision permet un travail précis et efficace sans gêne pour le patient.



les récessions de classe I et II ainsi que la très bonne intégration esthétique dès le court terme. En conclusion et dans la limite des défauts parodontaux initiaux, la technique de l'enveloppe permet l'obtention de résultats au moins aussi satisfaisants que le lambeau déplacé coronairement avec greffe conjonctive sous épithéliale. De plus, l'absence d'incisions de décharges et l'environnement de la poche favorable à la bonne vascularisation du greffon font de cette technique un protocole particulièrement intéressant dans la fiabilisation du recouvrement. Son application à plusieurs dents dans la technique du tunnel (Allen 1994) semble également bénéficier d'une très bonne efficacité clinique (Tozum et al. 2005), y compris dans le recouvrement des classes III (Aroca et al. 2010).

Prix Recherche SUNSTAR

Bisson-Boutelliez C, Massin F, Miller N, Ambrosini A et Lozniewski A (Nancy)

Interactions entre *Desulfovibrio* sp. et les cellules épithéliales

Desulfovibrio spp., bâtonnet à Gram négatif anaérobie, peut faire partie de la flore intesti-

nale et coloniser le parodonte. Ces bactéries ont été identifiées dans les poches parodontales de patients atteints de parodontite sévère. Leur rôle potentiel dans la pathogénèse des parodontites reste inexploré. Le but de cette étude est d'évaluer certains aspects de virulence développés par d'autres parodontopathogènes : La capacité de ces bactéries à envahir et à survivre dans les cellules épithéliales, et à induire une réponse cytokinique de ces mêmes cellules. Matériel et méthodes : Différentes souches de *Desulfovibrio* ont été co-cultivées avec les cellules KB. Les cellules contaminées ont été incubées avec une solution antibiotique pour tuer toutes les bactéries extracellulaires, et la capacité d'invasion des bactéries est évaluée par comptage des unités formant colonies obtenues à partir des lysats de cellules eucaryotes. Des inhibiteurs du cytosquelette ont été testés. Le protocole d'invasion est prolongé jusqu'à 72h et parallèlement les niveaux d'interleukines 6 (IL-6) et d'IL-8 sont explorés par ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Les cellules contaminées sont observées avec un microscope électronique à transmission et microscope confocal. Résultats : Le nombre de bactéries intra-cellulaires varie

parmi les souches testées. Les observations en microscopie confirment la localisation intracellulaire de *Desulfovibrio fairfieldensis* et *Desulfovibrio desulfuricans*. L'invasion de ces bactéries diminue et augmente avec l'utilisation d'un inhibiteur des microtubules et des microfilaments d'actine respectivement. Les cellules KB contaminées par ces bactéries secrètent des niveaux de cytokines significativement supérieurs aux contrôles. Conclusions : Cette étude met en évidence pour la première fois l'invasion de *D. fairfieldensis* et *D. desulfuricans* dans les cellules épithéliales, dans un modèle in vitro, par un mécanisme microtubule dépendant. La capacité de ces bactéries à survivre dans les cellules et à moduler la réponse immunitaire épithéliale peut contribuer à l'initiation et à la progression des maladies parodontales.

Prix Communications Cliniques PIERRE FABRE

Surmenian J, Jean-David Sebaoun, Serge Dibart (Boston)

Accélération du mouvement dentaire orthodontique suite à une décortication alvéolaire sélective

Suite à une décortication alvéolaire sélective – définie

comme la scarification chirurgicale du cortex alvéolaire – des malocclusions sévères peuvent être traitées orthodontiquement en six mois en moyenne. Combinée avec une greffe osseuse, cette technique multiplie de façon significative les possibilités de traitement pour corriger, avec des résultats cliniques stables, les cas d'encombrement sévère de l'arcade ou de problèmes squelettiques limites. La biologie du mouvement dentaire rapide après décortication alvéolaire sélective se traduit par une diminution passagère de la densité osseuse, ce qui engendre une zone localisée de moindre résistance. Les études sur animaux ont démontré que la déminéralisation-reminéralisation (ostéopénie) constitue le fondement de l'orthodontie rapide et il a été émis l'hypothèse que la stabilité du résultat orthodontique est due à une accélération du renouvellement tissulaire ainsi qu'à une augmentation de l'épaisseur de l'os cortical à la suite de la greffe. Un plan de traitement bien établi associé à une bonne compréhension de l'action biologique sous jacente permet une manipulation locale du métabolisme de l'os alvéolaire afin d'obtenir des résultats à la fois rapides et stables.



Virginie Monnet-Corti remettant le prix Recherche Sunstar à la lauréate, Catherine Bisson-Boutelliez



Jérôme Surmenian félicité par Christian Verner et Matthieu Leininger (lunettesless), lauréat du prix Communications cliniques Pierre Fabre

axiom®

La nouvelle dimension



- Connexion Ø 2.7 mm.
- Implant standard Ø 3.4 mm.
- Implants courts lg 6.5 mm.
- Apex atraumatique.
- Implant ultra-résistant.
- Alliage de titane médical.
- Compatible avec le système de chirurgie assistée ANTHOGRY Guiding System.

Stabilité tissulaire
Mini-invasivité
 Simplicité
 Exhaustivité

anthogry
 A global solution for dental implantology

Mertens B, Boulaamain T, et Tenenbaum H (Strasbourg)

Problèmes et solutions posés par une réhabilitation fonctionnelle et esthétique globale

L'objectif de toute thérapeutique parodontale est de tendre vers la conservation des dents sur l'arcade pour des raisons fonctionnelles et/ou esthétiques. Pourtant l'orientation du traitement parodontal peut, de part la perte d'attache très importantes combinées à des lésions interradiculaires de classe 3 ainsi qu'à une exigence esthétique forte nous amener à extraire des dents pour une meilleure réhabilitation fonctionnelle et esthétique du patient. La gestion et la planification du plan de traitement devient plus difficile lorsque l'exigence primaire du patient se traduit par un refus strict de la prothèse amovible même pendant les phases transitoires. Ainsi la décision et le moment d'extraction doit être bien planifié afin de pouvoir satisfaire la demande du patient.

Le cas clinique de parodontite chronique sévère généralisée chez un patient de 42 ans, sans pathologie générale associée mais fumant 10 cigarettes par jour depuis l'âge de 11 ans, présentant un kyste récidivant en zone antérieur du maxillaire, présenté ici nous montre en quoi la gestion d'un cas complexe associé à un refus catégorique de prothèse amovible et à un motif esthétique primaire, peut s'avérer un vrai défi tant dans la gestion du sevrage tabagique que lors de la réhabilitation esthétique et fonctionnelle globale.

Ce cas clinique est présenté étape par étape montrant les différents problèmes rencontrés ainsi que leur solutions choisies. Il est illustré de photos cliniques et s'appuie sur les données de la littérature scientifiques.

Bennani N, Mora F et Etienne D et Bouchard (Paris VII)

Gestion des alvéoles d'extraction

L'extraction d'une dent est toujours accompagnée d'une altération marquée du volume tissulaire. La largeur crestale subit une perte horizontale importante (30% à 3 mois et environ 50% après une période de 12 mois) (Schropp et al. 2003). Les études animales ont confirmé que la résorption ostéoclastique se développe dans la région coronaire de l'os vestibulaire souvent fasciculé (Araújo & Lindhe 2005). Ainsi la perte de la fonction osseuse après une avulsion dentaire s'accompagne d'une réduction volumétrique (verticale et horizontale) importante de la crête vestibulaire. Ceci a pour conséquence un effondrement marqué des tissus mous de recouvrement.

Il semble que des altérations post-extractionnelles similaires se produisent également chez l'homme constituant ainsi un réel préjudice en particulier dans le secteur esthétique. De nombreuses études ont proposé différentes techniques de préservation du volume osseux crestal en utilisant des techniques de régénération tissulaire à l'aide de matériaux de substitution osseuse, de membranes auxquels on peut adjoindre des greffes gingivales d'épaississement dans le but d'optimiser le profil de crête et limiter la réduction du contour vestibulaire (Araújo et al. 2008; Fickl et al. 2008). D'autres ont suggéré la mise en place immédiate d'implants pour limiter le remodelage osseux (Paolantonio et al. 2001; Araújo et al. 2005, 2006).

En conclusion, le principal objectif est de préserver le volume des tissus, l'anticiper ou l'optimiser dans le cadre d'une implantation différée. Au travers de quelques cas cliniques, différentes techniques de préservation

d'alvéoles d'extraction sont illustrées ainsi que le suivi jusqu'à la réhabilitation finale.

Séance Poster

Dumitrescu AL, M. Kawamura, L. Zetu et S. Teslaru (Tromso, Norvège)

L'implication des facteurs psycho-sociaux dans l'association de l'obésité et de la parodontite

La présente étude envisage d'établir la relation entre les déterminants psychologiques comme facteurs de risque pour les maladies parodontales et l'obésité, dans une étude de cas selon un échantillon de 79 sujets (19-69 ans). Après avoir réalisé l'examen clinique parodontal, les sujets ont été invités à remplir une série de questionnaires concernant la personnalité de type A, l'anxiété, la dépression, l'anxiété dentaire, le désespoir, l'intelligence émotionnelle, le stress, l'estime de soi, l'optimisme et la joie de vivre. Après

une analyse bi-variable, les personnes qui avaient une surcharge pondérale étaient prédisposées d'être fumeuses, anxieuses et dépressives tandis que le niveau d'optimisme et de joie de vivre de ces personnes était très bas. Principalement, c'étaient des femmes, le nombre plus élevé de sites et des dents avec PD > 6mm et CAL > 5mm. Les patients ayant un PD moyen de plus de 3 mm et qui saignaient à l'examen > 25% présentaient une valeur élevée d'anxiété dentaire et un niveau inférieur d'estime de soi. Les analyses de régression linéaire multiples ont révélé que l'anxiété dentaire était associée positivement avec le nombre de dents avec PD > 6 mm et avec les raisons de la visite chez le dentiste, tandis que la joie de vivre était associée à la fréquence de l'utilisation du fil dentaire. Nous avons conclu qu'il existe suffisamment de preuves pour une association entre les déterminants psychologiques, la parodontite et l'indice de masse corporelle. ■



Alexandrina Dumitrescu lors de sa présentation dans la séance Communication- Recherche, puis, face à Patrick Boulange et Jacques Metzger, lors de la séance poster.

Gamme **EVL**[®]

1 concept - 4 stratégies

1 temps chirurgical

EVL[®] S



Mise en charge immédiate

EVL[®] Compact



1 temps chirurgical avec
anneau de gestion esthétique

EVL[®] N



1 temps chirurgical conique

EVL[®] Konik



- Livrés avec leur foret terminal jetable.
- Kit de chirurgie commun.
- Systèmes prothétiques compatibles aux 4 implants.

serf
dedienne santé
ORTHOPAEDIC & DENTAL IMPLANTS

www.serf-dediennesante.com

Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale

AIX-EN-PROVENCE

8, 10 et 11 Juin 2011

**PERTINENCE DES THERAPEUTIQUES
PARODONTALES ET PERI-IMPLANTAIRES**

1^{er} Congrès francophone en association avec les
Société Belge de Parodontologie, Académie Canadienne de Parodontologie
Société Suisse de Parodontologie, Société Marocaine de Parodontologie

Comité d'organisation :

Président Scientifique : Marie-Laure COLOMBIER

Président du Congrès : Caroline FOUQUE-DERUELLE

Michèle RENERS (Société Belge de Parodontologie),

Patrick BROCHUT (Société Suisse de Parodontologie),

Mohamed HIMMICHE (Société Marocaine de Parodontologie),

Franck RENOUARD, Christian VERNER, Xavier STRUILLON

et Société Française de Parodontologie du Sud-Est et la Société Française de Parodontologie

Pré-programme

- Comment traiter les infections parodontales et péri-implantaires ?
- Qu'apportent les nouvelles techniques de chirurgie plastique parodontale ?
- Prothèse et stabilité des tissus péri-implantaires.
- Où en est-on des greffes pré-implantaires ?

Séance des Jeunes Espoirs

Séance du Collège National des Enseignants en Parodontologie

Séances Communications Cliniques, Séance Recherche, Séance Posters



SFPIO - 9 rue Boileau 44000 NANTES
Tél. : 02 40 08 06 63 - Fax : 02 40 08 06 47
www.sfparo.org - sfparo@wanadoo.fr

SFPIO

PIASCLEDINE® 300

insaponifiables d'avocat et de soja

DES RACINES ET DES DENTS



1 Gélule/jour
au milieu des repas
Déconseillé pendant la grossesse

COMPOSITION : Efficacité totale d'insaponifiable avoocat-soja 900,00 mg, correspondant à : insaponifiable d'huile d'avocat 100,00 mg et insaponifiable d'huile de soja 800,00 mg, silice colloïdale anhydre (44sept 2001, butylhydroxytoluène. Composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, polyacrylate E2, dioxyde de titane, acrylonitrile, oxyde de fer jaune. **DONNEES CLINIQUES :** Indications thérapeutiques : • En rhumatologie : traitement symptomatique à effet d'effet de l'arthrose de la hanche et du genou. • En stomatologie : traitement d'appoint des parodontopathies. Posologie et mode d'administration : • Mode d'administration : Voie orale. La gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. • Posologie : 1 gélule par jour au milieu d'un repas. CTX : 0,52 g. Contre-indications : Antécédents de réactions allergiques avec un des composants du produit. Grossesse et allaitement : Grossesse : • Données animales : Il n'y a pas de données fiables de néogénèse chez l'animal. • Données cliniques : En clinique, il n'existe pas actuellement de données suffisamment pertinentes pour évaluer un éventuel effet malformatif ou tératogène de PIASCLEDINE®, lorsqu'elle est administrée pendant la grossesse. En conséquence, l'utilisation de PIASCLEDINE® est déconseillée pendant la grossesse. Allaitement : sans objet. Effets indésirables : • Rares réactions à odeur lipidique qui peuvent être évitées en prenant la gélule au milieu du repas. • Rares réactions d'hypersensibilité. • Exceptionnelles anomalies hépatiques avec élévation des transaminases, des phosphatases alcalines, de la bilirubine et de la gamma GT. Affections gastro-intestinales, dentaires et otogastriques (fréquence inconnue). **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES.** Propriétés pharmacodynamiques : ARTHROSE (M) - Système locomoteur, PARODONTOPATHIES (A) - Appareil digestif et métabolisme, A visée biochimique. AMM 321.495.4 : 15 gélules sous plaquette thermoformée (PVC/Alu). Prix : 7,85 €. Remb. 55 à 35% - Agréé col. Laboratoires Expanscience - 13, avenue de l'Azur - 93420 COURBONVILLE - Tél. 01 43 94 60 00 - ANM : 197792, mise à jour du texte : Décembre 2007.



Interview

Objectif Paro reçoit Philippe Bousquet,

Maître de Conférences à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Montpellier, président de la SFPIO Languedoc-Roussillon et responsable du cycle SFPIO d'implantologie



Philippe Bousquet

OP : Pouvez-vous nous présenter le cycle SFPIO d'implantologie ?

Philippe Bousquet : La SFPIO souhaitait développer une formation en implantologie, sur le même modèle que le cycle de parodontologie, qui a un succès important depuis plusieurs années. Ce projet a été préparé afin d'offrir quelque chose de différent des propositions habituelles en implantologie. La première session va débuter en 2010. Le cycle assure une progression en 3 niveaux sur une année permettant ainsi une assimilation des techniques. C'est une formation avant tout clinique, qui va débuter par l'abord du patient dans sa globalité, les protocoles des techniques chirurgicales et prothétiques. Ceci doit permettre aux praticiens, dès le premier stage, de traiter les cas les plus courants.

Le deuxième module sera plus ciblé sur l'esthétique en implantologie et les réhabilitations totales des maxillaires édentés. Les moyens chirurgicaux et prothétiques qui per-

mettent une meilleure intégration esthétique des implants, particulièrement dans les secteurs antérieurs maxillaires, seront développés. Le dernier niveau sera consacré aux techniques d'augmentation osseuse. Des travaux pratiques sur modèle permettront de réaliser des augmentations sinusiennes, des greffes osseuses, et de se familiariser avec la piezzo-chirurgie.

OP : Pourquoi choisir cette formation parmi tous les stages proposés actuellement ?

Philippe Bousquet : A l'heure actuelle beaucoup d'enseignements en implantologie sont proposés via des firmes commerciales. Le principe des cycles de la SFPIO est de privilégier le message scientifique, le programme a donc été élaboré en fonction des techniques qui ont fait leurs preuves. Le but est de former des confrères à un exercice clinique, dans leur cabinet. Nos partenaires industriels nous ont suivi sur cette voie, les travaux pratiques seront réalisés

avec plusieurs systèmes implantaires différents qui font partie des systèmes majeurs, reconnus à travers le monde et présentant un recul scientifique indiscutable. Les stagiaires pourront manipuler ces systèmes et connaître leurs points forts, et peut être également leurs faiblesses....mais dans tous les cas l'enseignement restera indépendant.

Ce cycle n'est pas en concurrence avec les enseignements universitaires de type DU, qui se déroulent sur plusieurs années, un ou plusieurs jours par semaine. La plupart des enseignants de ce cycle ont suivi ou participent à des enseignements de diplôme universitaire. Pour le cycle SFPIO, Les stagiaires auront une formation de base, autant chirurgicale que prothétique, qu'ils pourront mettre en pratique très rapidement, entre chaque niveau. Comme toute formation, elle pourra être approfondie au fil du temps.

Ce type de cycle peut être une bonne formation avant d'aborder un Diplôme Universitaire.

OP : Y a-t-il des pré requis à l'inscription ?

Philippe Bousquet : Il n'y a pas de pré requis pour s'inscrire au cycle d'implantologie. Bien entendu il est souhaitable d'avoir des notions de chirurgie et de parodontologie, pour pouvoir progresser plus rapidement, mais une remise à niveau peut être rapide et faite quelques temps avant le stage. Les praticiens qui seront intéressés par ce stage sont des praticiens qui souhaitent progresser dans leur exercice en intégrant la chirurgie et la prothèse implantaire.

OP : Quel est le profil des participants ?

Philippe Bousquet : Les niveaux peuvent être très différents dans ce type de stage ; le nombre étant limité, chacun doit pouvoir obtenir des réponses aux questions qu'il se pose au quotidien. Chaque confrère pourra bénéficier de l'expérience des formateurs et les travaux pratiques, en petits groupes de 5 ou 6 auront une place importante dans cet enseignement pratique. ■



Questions autour d'un article

Le choix d'OP pour commenter le premier article de cette rubrique s'est tourné vers un groupe d'auteurs ayant à son actif, depuis une dizaine d'années, une vingtaine de papiers consacrés au même sujet. Basés sur un protocole expérimental sensiblement identique et reproductible, le bila-

teral critical-size, 6mm supra-alveolar, periodontal defect, les auteurs étudient les résultats histologiques et histomorphométriques consécutifs à l'adjonction de substances (biomatériaux associés à des protéines morphogéniques en général) dans le traitement de défauts infra-

osseux parodontaux ou péri-implantaires. A l'origine de ce modèle expérimental, un finlandais émigré aux USA, et qui a été l'un des « moteurs » du dernier Europerio de Stockholm, Urs Wikesjö. Nous avons interrogé l'un des membres de son équipe, Giuseppe Polimeni, à propos de

son récent article publié dans le Journal of Clinical Periodontology, « Regenerative potential and healing dynamics of the periodontium: a critical-size supra-alveolar periodontal defect study » (Polimeni G, Susin C, Wikesjö UME J Clin Periodontol 2009; 36: 258-264).

Ceros® Putty

B-TCP + ACIDE HYALURONIQUE

LE PREMIER SUBSTITUT OSSEUX AU MONDE

100%

SYNTHÉTIQUE



RÉSORBABLE



MODELABLE

FABHER
medical

Tél. : 01 69 63 31 95 - www.fabher-medical.com

Le but des auteurs est d'évaluer sur un modèle animal dans un choix thérapeutique aléatoire le potentiel régénérateur du parodonte et les dynamiques respectives de cicatrisation des ses différents composants dans des conditions optimales de cicatrisation-régénération de la plaie. Des défauts parodontaux supra-alvéolaires de 6mm sont réalisés chirurgicalement sur six chiens Beagle, aléatoirement du côté gauche ou droit. Des mainteneurs d'espace en PTFEe comportant des pores de 300µm et favorisant la stabilité de la plaie et le maintien de l'espace sont implantés au niveau d'un quadrant d'une mâchoire par animal. Le défaut et le dispositif mainteneur d'espace sont enfouis sous le lambeau afin d'obtenir une cicatrisation par première intention. L'analyse histométrique est réalisée à 8 semaines. Les résultats montrent une cicatrisation sans problème chez tous les animaux. L'analyse histométrique montre

que la régénération cémentaire (2,99 +/- 0,22 mm) était significativement plus importante que celle du LAD (2,54 +/- 0,18 mm) et de la régénération osseuse (2,46 +/- 0,26 mm). La surface de la plaie révèle un effet significatif non linéaire sur le ciment ($\log\beta = 1,25, p < 0,001$), le LAD ($\log\beta =$

1,24, $p < 0,001$), et la nouvelle formation osseuse ($\log\beta = 1,36, p < 0,001$). Une relation linéaire significative a été établie entre le ciment, le LAD et l'os régénéré indiquant que leur formation pouvait être supposée parallèle. Les auteurs concluent que, en présence de conditions opti-

males de stabilité du caillot, les processus de cicatrisation et de régénération sont favorisés et conduisent à une régénération parallèle du ciment, du LAD et de l'os alvéolaire. Davantage, le maintien de l'espace influence favorablement les possibilités de régénération parodontale. ■

Discussion

Le modèle expérimental développé dans les années 1990 par Ulf Wikesjö ne cesse d'apporter de nouveaux éclaircissements sur les capacités régénératrices du parodonte ou l'évidence de certaines BMP à favoriser la fermeture de défauts infra-osseux supra-alvéolaires. Dans cette nouvelle étude, la grande expérience de Giuseppe Polimeni et Urs Wikesjö les conduit à ne plus parler de membrane en PTFEe, mais exclusivement de dispositif mainteneur d'espace et de protection du caillot. Car les auteurs le soulignent clairement dans leur discussion, le dispositif PTFEe devient aujourd'hui un instrument de préservation d'une part du caillot, afin de favoriser toutes les étapes de la cicatrisation, minute après minute (fibrine au contact de la racine), heures après heures (processus inflammatoire), jours après jours (résolution de l'inflammation), semaines après semaines (conjunctif peu mature, puis mature à 4 semaines ; os peu immature à 4 semaines, lamellaire à 24 semaines au niveau apical et coronaire) ; et d'autre part un instrument de préservation d'espace, cette expérience ayant montré que les zones comprimées, où l'espace s'est trouvé réduit, affichaient une moindre régénération parodontale.



Questions autour d'un article

Questions d'OBJECTIF PARO à Giuseppe Polimeni

OP : We have observed that you don't talk anymore of membrane, but exclusively of space-providing devices. Why?

It has been observed that space-provision is a fundamental prerequisite to obtain periodontal regeneration (Polimeni et al. 2005). On the other hand, the rationale of utilizing a membrane as a method to create a "barrier" has been challenged by a series of studies investigating this feature (Wikesjö et al 2003., Polimeni et al. 2004). In other words, you may be able to get periodontal regeneration in absence of a barrier but you will never get periodontal regeneration in absence of space.

OP : Space providing is fundamental to obtain regeneration. In your own clinical practice, which system do you use to get this objective? In association with any biomaterial?

Space provision can be provided by the periodontal defect itself. Three-wall defects or narrow two-wall defects have the anatomical features to provide space for periodontal regeneration. When the defect does not have this anatomical characteristic, the risk of flap collapse onto the root surface or onto the bone is high, and this, in turn, will occlude the available space necessary to start the cascade of events ty-

pical of the periodontal regeneration process. In my clinical practice, I utilize ePTFE devices in cases where defects are not space-providing. If I need a biomaterial to support the membrane device, my first choice is autogenous bone or a biomaterial that does not interfere with periodontal/bone formation. (Trombelli et al. 1999).

OP : When will we be able to use safety BMP (2,5..) for periodontal or periimplant defects?

I am not sure that BMP is at the moment the best candidate to support periodontal regeneration. On the other hand, it has

been observed that BMP may play a fundamental role in periimplant defects since it can provide re-osseointegration (Hanisch et al. 1997). Studies investigating this role are on their way.

OP : Different products used in USA (DFDBA, acellular allogenic dermal graft...) are not allowed in France. Do you think that French citizens are overprotected?

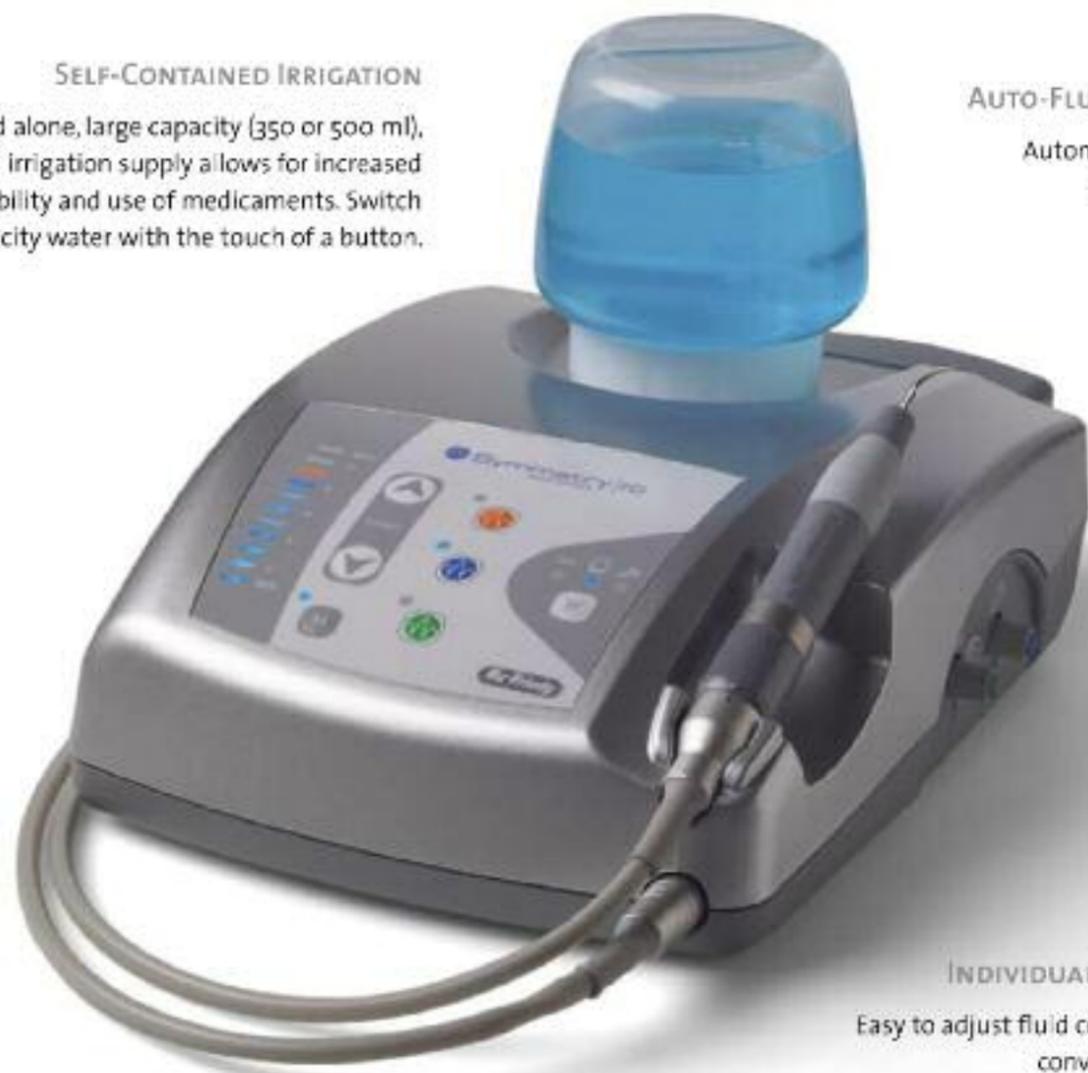
Scientific studies did not show a significant adjunctive effect of these products compared to others that are already on the market in France. I do not think French citizens are overprotected. ■

SYMMETRY IQ® 4000 SERIES

FEATURING SELF-CONTAINED IRRIGATION SYSTEM.

SELF-CONTAINED IRRIGATION

Stand alone, large capacity (350 or 500 ml), irrigation supply allows for increased portability and use of medicaments. Switch to city water with the touch of a button.



AUTO-FLUSHING FUNCTION

Automatic purge function for ease of cleaning.

INDIVIDUAL FLUID CONTROLS

Easy to adjust fluid controls for improved convenience and control.

Hu-Friedy
FIRST BECAUSE WE LAST.™

Ils ont construit les cairns de la paro et de l'implanto

Objectif Paro : Quels ont été les promoteurs de la parodontologie en France ? De quelle façon l'Alsace a-t-elle apporté sa quote-part dans la construction de la paro française ?

Professeur Pierre Klewansky : Les descriptions des maladies parodontales ont été nombreuses depuis des siècles, les affections étant présentes dès l'aube de l'humanité. Mais toutes les anciennes références aux manuscrits mentionnent les maladies des dents et de leur environnement sans utiliser une terminologie spécifique adaptée à une approche systématique.

C'est en France en 1723 que Pierre Fauchard rédigea « Le Chirurgien Dentiste » publié en 1728 qui décrit une approche diagnostique et thérapeutique des affections dentaires et des tissus avoisinants. Une deuxième édition parue en 1746 décrit la parodontite chronique marginale sous le terme de « scorbut des gencives ». Au cours des siècles suivants, en dépit de nombreuses tentatives thérapeutiques envisagées, les pertes dentaires dues aux caries et aux parodontopathies sont importantes.

Les premières études épidémiologiques en 1944, puis les études cliniques expérimentales en 1961 et 1965 ont mis l'accent sur l'étiologie responsable majeure : l'infection bactérienne. L'intérêt grandissant pour une nouvelle approche raisonnée des thérapeutiques a

été à l'origine de la création de sociétés spécialisées. C'est ainsi que fut créé à Paris le « Cercle de parodontologie » en 1966 qui deviendra en 1970 la « Société Française de Parodontologie ». La promotion de la parodontologie a été considérablement améliorée par le biais des universités. C'est en effet le décret du 9 juin 1966 modifié par l'arrêté du 29 août 1972 qui sera à la base de la diffusion des connaissances en parodontologie en créant un troisième cycle de Sciences Odontologiques. L'instauration de certificats d'Etudes Supérieures en parodontologie entérine alors la spécialité comme une discipline clinique à part entière. Ce troisième cycle est validé par les CES et un diplôme de Doctorat du troisième cycle en Sciences Odontologiques. Ces nouvelles obligations devaient alors pousser l'évolution des recherches fondamentales et cliniques dans le cadre universitaire. Sur le plan administratif il est important de noter que le décret du 25 janvier 1990 mettait à parité les personnels hospito-universitaires odontologiques avec ceux des disciplines médicales. La constitution d'un corps d'assistants hospitalo-universitaires, de maîtres de conférences et de professeurs des universités- praticiens hospitaliers achevant la structure de l'enseignement odontologique. Ce sont toutes ces évolutions étalées sur plusieurs décennies qui

ont permis à la parodontologie d'occuper une place à part entière au sein des universités par l'accession à un statut hospitalo-universitaire. L'obligation de procéder à l'élaboration de Doctorats du troisième cycle explique alors l'éclosion des recherches dans toutes les disciplines odontologiques. Par ailleurs, il faut signaler que les départements de parodontologie ont été bien souvent à la base de la création de collèges et de cercles de parodontologie locaux et régionaux qui, finalement associés sur le plan national à la Société Française de Parodontologie formeront un véritable « maillage de diffusion » de cette nouvelle discipline pour la mise à niveau ou la formation continue des praticiens.

A cette même époque, un certain nombre d'enseignants et de praticiens profiteront d'opportunités pour aller se perfectionner ou se recycler dans d'autres pays d'Europe ou aux Etats-Unis, bénéficiant ainsi de structures d'enseignement déjà rodées dans la spécialité. Ils ont à leur retour participé très activement à la promotion de la parodontologie tant dans le cadre universitaire que dans les sociétés savantes.

OP : On connaît les liens étroits que vous avez tissés avec certains des leaders de la parodontologie américaine, notamment lors de rencontres organisées à Philadelphie ou Boston. Pouvez-vous nous préciser l'ap-

port de l'expérience américaine dans votre réflexion ?

P.K. : A Strasbourg, l'enseignement de la parodontologie a débuté en 1960 dans le cadre de la section Pathologie. Après 1970, une équipe composée de sept enseignants prend en charge le département de parodontologie. Des liens étroits avec le Doyen et Professeur Walter Cohen et les enseignants de l'Ecole de Médecine Dentaire de l'Université de Pennsylvanie à Philadelphie permettront des échanges suivis et fructueux qui se sont maintenus pendant plus de 25 ans. Ils ont entre autre été pérennisés à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg par l'attribution en 1986 du titre de « Docteur Honoris Causa » au Professeur Walter Cohen, parodontologiste mondialement reconnu. Les séminaires communs entre les deux départements ont été à l'origine de séjours prolongés des enseignants de Strasbourg à Philadelphie en 1977. Par la suite, des enseignants de Philadelphie ont été accueillis à Strasbourg dans le cadre de l'université et du Collège de Parodontie de l'Est.

Il faut préciser que d'autres facultés (celles de Nice et de Paris) avaient également tissé des liens étroits avec les « Pennboys ». Tous ces faits expliquent que l'enseignement de la discipline a pu s'effectuer d'une façon harmonieuse et concertée entre les enseignants et les praticiens, apportant une homogénéité des curriculum grâce aux nombreuses rencontres



Les Professeurs Pierre Klewansky (à gauche) et Robert Frank discutant, lors du congrès 2010, aux pieds de la cathédrale de Strasbourg.

NOUVEAU

Hypersensibilité dentinaire

Un soulagement cliniquement prouvé. Agit en 60 secondes^{1*}



Une obturation profonde acido-résistante des tubuli dentinaires, grâce à l'acétate de strontium^{2,3} :

- Soulagement rapide après une application topique de 60 secondes
- Protection durable démontrée avec 2 brossages par jour⁴
- Contient du Fluor

* Lorsque utilisé comme mentionné sur l'emballage.



1. Mason S et al. A Comparative Clinical Study Investigating the Efficacy of a Dentifrice Containing 6% Strontium Acetate and 1040 ppm Fluoride in a Silica Base and a Control Dentifrice Containing 1450 ppm Fluoride in a Silica Base to Provide Immediate Relief of Dentin Hypersensitivity. J Clin Dent 2010;21(Spec Iss):42-48. 2. Barfield N and Adley M. Dentine hypersensitivity: development and evaluation of a model in situ to study tubule permeability. J Clin Periodontol 2004; 31: 325-335. 3. Parkinson C et al. Development of an Acid Challenge-Based In Vitro Dentin Disc Occlusion Model. J Clin Dent 2010;21(Spec Iss):31-35. 4. Nathan Hughes B et al. A Comparative Clinical Study Investigating the Efficacy of a Test Dentifrice Containing 6% Strontium Acetate and 1040 ppm Sodium Fluoride Versus a Marketed Control Dentifrice Containing 5% Arginine, Calcium Carbonate, and 1450 ppm Sodium Monofluorophosphate in Reducing Dentin Hypersensitivity. J Clin Dent 2010;21(Spec Iss):48-56.

organisées périodiquement dans toutes les régions de France.

A cette occasion, on ne peut passer sous silence les forts liens d'amitiés qui se sont établis entre les enseignants de tous les départements de parodontologie.

Durant cette période, les candidats au Doctorat en Sciences Odontologiques travaillaient dans le cadre des laboratoires de leurs Facultés.

OP : Quelle a été la place de la recherche française dans la construction de la parodontologie européenne ?

P.K. : A Strasbourg, la recherche était déjà présente dans le cadre d'une Unité de Recherche associée au CNRS et à l'INSERM dirigée par le Professeur Robert Frank qui était également éditeur des prestigieuses revues « Le Journal de Biologie Buccale » (Paris), « Archives of Oral Biology » (Londres et New-York) et « Calcified Tissue Research » (Berlin et New-York).

Ce fait n'était pas unique ; à Paris le Professeur Robert Weill effectuait ses travaux de recherche sur les dents au sein du laboratoire du Professeur Robert Courrier au Collège de France et à Nantes, le Professeur Bertrand Kerebel dirigeait dans le cadre d'une unité INSERM un important laboratoire dédié aux recherches structurales et ultra-structurales sur les tissus calcifiés adultes en voie de développement. Par la suite, la création de la Fondation Dentaire de France a permis le recrutement de jeunes chercheurs et le financement de projets de recherches à Strasbourg.

Toutes ces structures ont donc été à l'origine de l'importante croissance de travaux, de thèses et de publications qui ont activement contribué à la construction de la parodontologie européenne.

Les nombreuses Rencontres, Journées d'études, Séminaires organisés en Europe ont, dès 1970, contribué à la présentation des travaux et à leur diffusion dans le cadre des Journaux et Revues spécialisés.

OP : 1984-2010 : près de 30 ans ont séparé les deux congrès de la SFP à Strasbourg. Vous avez assisté à l'ensemble des

séances magistrales des deux congrès. Dans quel domaine se situent selon vous les principales avancées ?

P.K. : Une étude comparative des moyens thérapeutiques utilisés en 1983 et en 2010 (date des deux congrès de la SFP/SFPIO à Strasbourg) fait apparaître les améliorations de ces 27 dernières années. C'est en premier lieu l'information du grand public, mieux éduqué par les médias, Internet et les cabinets dentaires, qui a banalisé l'utilisation des brosses, des fils, des goupillons interdentaires et des hydropulseurs. Les aides à l'hygiène bucco-dentaire diffusée dans les magazines sont facilement accessibles dans les rayons de la parapharmacie. La mise en œuvre de la « thérapeutique initiale » a pris une place prépondérante et s'applique à des patients très réactifs et mieux informés.

Les ajustements occlusaux ont été recadrés mais restent appliqués aux cas patents de disharmonies occlusales. Les contentions toujours utiles ont été améliorées par l'apport de nouveaux matériaux plus faciles à manipuler. Mais c'est l'infection bactérienne qui est toujours placée en tête des étiologies. Aujourd'hui, on considère que 5 à 10% des parodontopathies peuvent être considérées comme agressives car dues à une flore bactérienne spécifique. Ce sont elles qui devront être traitées avec le plus d'attentions. Les espèces bactériennes Porphyromonas gingivalis, agregatibacter actinomycetem comitans et Prevotella intermedia sont les plus pathogènes. Bien que la flore responsable soit plutôt complexe que mono-spécifique, toutes les souches de A.a. n'étant pas identiques et peuvent être différenciées en fonction de leur pathogénicité, les difficultés pour la stabilisation sont réelles. Il est intéressant de noter le titre de la conférence du Professeur Ben Hammond en 1983 « La vaccination est-elle possible ? Analyse à partir des spécificités bactériennes », malheureusement, cette proposition reste toujours d'actualité.

Les techniques chirurgicales

avaient dans les quarante dernières années occupé une place considérable. Très variées, les diverses modalités de chirurgies à lambeaux de toutes sortes (totales ou partielles), les ostéoplasties plus ou moins importantes étaient autant de sujets exaltants toujours très présents dans tous les congrès. Il en a été de même pour la chirurgie muco-gingivale et les greffes avec ses nombreuses indications cosmétiques ou fonctionnelles qui, il faut bien le reconnaître, ont donné lieu à bien des traitements inutiles ou peu indiqués, pudiquement nommés « sur-traitements ».

Aujourd'hui, ces interventions ont été replacées dans un contexte plus restrictif, et leur efficacité nettement augmentée par des modifications opératoires telles que la technique de l'enveloppe ou les tunnelisations pour les récessions gingivales multiples ou l'utilisation d'un greffon conjonctif enfoui se substituant à la technique de Bernimoulin.

Le traitement des poches est réalisé avec des incisions très limitées effectuées avec des lames ophtalmiques, de petits décolleurs et le traitement des surfaces radiculaires contaminées avec de l'EDTA. Ces approches permettent la réduction des poches infra-osseuses avec ou sans apport de substituts osseux, ou d'os de récupération autogène. L'utilisation de protéines de la matrice amélaire est également un élément positif pour la ré-attache au niveau du ciment traité.

La régénération tissulaire guidée par membrane préconisée en 1985 a été améliorée en préservant le caillot sanguin, stabilisé grâce à ce dispositif d'écartement. Enfin, l'utilisation de fils de suture fins (6/0) est également un facteur de réussite. Aujourd'hui comme hier, le but de la reconstitution du parodonte détruit reste d'actualité. L'utilisation de protéines de la matrice amélaire (EMD) ou des agents mimétiques synthétiques des héparanes sulfates protégeant les nombreux facteurs de croissance de la dégradation protéolytique sont étudiés en recherche animale.

Ils ont construit les cairns de la paro et de l'implanto

L'inflammation à l'origine des pertes osseuses peut être éliminée par les résolvines pour obtenir une homéostasie de l'os reconstitué.

Enfin, même l'athérosclérose pourrait être aggravée par les mécanismes d'action potentiels des parodonto-pathogènes sur les cellules endothéliales ; on a démontré en effet le rôle de Porphyromonas gingivalis (Pg.) sur la régulation des cathepsines B et S, protéases présentes dans le développement de la maladie athéromateuse.

En fait, toutes ces conférences destinées à démontrer les liens existant entre les infections parodontales et des pathologies organiques ont toujours été d'actualité. En compulsant les programmes des Entretiens de Garancière, on retrouve en effet l'organisation d'une table ronde en septembre 1984 sur les « Thérapies odontologiques et maladies cardio-vasculaires ». Elle était présidée par le Professeur Cabrol.

Comme quoi, les points d'interrogation demeurent... mais c'est bien là l'intérêt majeur des formations continues au sein de nos sociétés scientifiques. ■

NOUVEAUTÉS

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

3i incise™
RENISHAW PLC



A présent, nous proposons les avancées les plus récentes en dentisterie digitale aux laboratoires, aux professionnels de l'implantologie et aux patients. La société BIOMET annonce le partenariat entre BIOMET 3i, l'un des leaders dans l'industrie de l'implant dentaire, et RENISHAW PLC, leader dans la fabrication de scanners dentaires pour laboratoires, afin d'offrir des solutions digitales complètes aux professionnels du dentaire et aux patients du monde entier. Pour RENISHAW, qui fournit des produits en ingénierie de précision à des secteurs aussi divers que l'aérospatiale et la neurochirurgie, c'est l'opportunité d'étendre son expertise dans l'industrie dentaire.

Les praticiens peuvent désormais offrir aux patients des chapes et armatures en Zircane et chrome cobalt et des barres.

Les solutions numériques proposées par BIOMET3i et RENISHAW sont les suivantes:

- Chapes et armatures 3i Incise
- Scanners de contact Renishaw
- Logiciel CAD 3i Incise
- Fraiseuses Renishaw pour laboratoires

Aller partout, tout en finesse La paro en douceur

Satelec® présente un kit de trois inserts ultrasonores de traitement des poches parodontales : **PerioPrecision™**.

Composé d'un micro-insert droit (**TK1-1S**) et de deux micro-inserts à double courbure avec orientation gauche (**P2L**) et droite (**P2R**), **PerioPrecision** vous permet de réaliser un protocole complet de Traitement Ultrasonore des Poches.

Ces instruments sont les plus fins du marché, idéalement adaptés au débridement des parodontes fins et des zones étroites (chevauchement coronaire et proximité radiculaire notamment).

Gradué tous les 3 mm comme une sonde pour mesurer les poches, le **TK1-1S** désorganise et élimine le biofilm et des petites concrétions, délicatement, suivant la surface radiculaire dans la poche.

La boîte autoclavable de trois clés dynamométriques vertes indique, selon le **Color Coding System*** de Satelec, que le réglage des ultrasons à faible puissance est conseillé, afin de préserver le sens tactile du praticien et par sécurité. Aussi, les clés protègent les inserts de toute déformation.

*système de code couleur

Finesse et profondeur de coupe en chirurgie osseuse

Deux nouveaux inserts scies sont aujourd'hui disponibles et adaptables sur le Piezotome 2™ et l'Implant Center 2™ de Satelec®. Plus fins, plus longs, ils offrent de nouvelles opportunités cliniques. Détails des indications des trois inserts scies disponibles :

- **Le BS1**, insert générique, dispose d'une profondeur de coupe de 6 mm pour les actes classiques de découpe d'os cortical mais également, pour les traitements orthodontiques chirurgicaux (Piezocision) et les distractions osseuses.
- **BS1 Slim** : Accéder aux coupes profondes (9 mm). Avec son profil affiné, le BS1 Slim est utilisé lors de coupes en profondeur d'os cortical très dense.
- **BS1 Long** : Limiter la multiplication des instruments nécessaires à la prise de greffon. Le BS1 Long (15 mm) est destiné à faciliter la prise de greffon notamment en zone ramique par son passage sur toute la longueur du greffon.



Le code 4 ou 5 est inscrit sur les composants, suivant la hauteur du pilier utilisé. Le pilier Snappy™ Abutment est disponible pour tous les systèmes d'implants Nobel Biocare et pour toutes les plates-formes NP, RP, WP et 6.0.



Le conditionnement du Snappy™ Abutment a été amélioré et contient tous les composants nécessaires, à savoir le pilier définitif, le transfert d'empreinte utilisé pour la prise d'empreinte et la chape provisoire pour la fabrication de la prothèse provisoire.

Nobel Biocare Holding AG
Dr Kai Klimek, DDS
Global Manager Market Communication
Postfach
CH – 8058 Zurich-Airport
Tel.: +41 (0) 43 211 42 40 / Fax: +41 (0) 43 211 42 42
kai.klimek@nobelbiocare.com

Les piliers Snappy™ Abutment 4.0 et 5.5

Le pilier idéal pour les restaurations postérieures est désormais disponible en deux hauteurs de pilier.

Nobel Biocare a le plaisir de communiquer sur l'élargissement de sa gamme très populaire de pilier Snappy™ avec deux hauteurs de piliers plus grandes. Dès à présent, le Pilier Snappy™ est disponible en 4.0 et 5.5 mm. Grâce à son profil et à sa conception, le pilier Snappy™ Abutment permet une utilisation clinique sans modification. De plus, le transfert d'empreinte inclus qui se clipse sur le pilier, rend la prise d'empreinte aisée. Le pilier Snappy™ Abutment est une solution prothétique facile à utiliser, qui convient parfaitement dans les cas de restauration prothétique d'édentement partiel et unitaire.

Facile d'emploi

Le pilier Snappy™ Abutment est facile d'utilisation et garantit une précision optimale. De plus, tous les composants prothétiques et ceux nécessaires à la restauration à savoir le pilier, la vis de pilier, le transfert d'empreinte, le capuchon de cicatrisation et la chape en plastique provisoire sont fournis dans un seul et unique emballage. C'est pourquoi le Pilier Snappy offre une solution prothétique rentable, fonctionnelle et qui permet un gain de temps.

Une restauration efficace

Le pilier Snappy™ Abutment est placé sur l'implant et la vis est serrée à 35 Ncm à l'aide du tournevis mécanique Screwdriver Unigrip et la clé à torque manuelle de prothèse Manual Torque Wrench. Une fois le pilier Snappy™ sécurisé, le transfert d'empreinte est ajusté, la flèche sur le dessus du transfert étant orientée en vestibulaire. Le matériau d'empreinte est ensuite injecté autour du transfert et l'empreinte est prise. Cette technique permet d'obtenir une empreinte précise du pilier Snappy™ Abutment et bien ajustée par rapport à la limite cervicale du pilier. Le laboratoire de prothèse peut ensuite utiliser une réplique de pilier pour préparer la restauration définitive. De plus une chape provisoire est incluse pour fabriquer une prothèse provisoire, ce qui permet au patient de repartir du cabinet dentaire avec une dent fonctionnelle. La restauration finale de la couronne est fabriquée selon une technique conventionnelle. Pour se faire, NobelProcera™ fournit toute une gamme de restaurations, pour toutes les indications, à la fois esthétiques et rentables.

Modèles et tailles

Le conditionnement du Snappy™ Abutment a été amélioré et contient tous les composants nécessaires, à savoir le pilier définitif, le transfert d'empreinte utilisé pour la prise d'empreinte et la chape provisoire pour la fabrication de la prothèse provisoire. Le code 4 ou 5 est inscrit sur les composants mis à disposition, suivant la hauteur du pilier utilisé : le pilier Snappy Abutment 4.0 ou le pilier Snappy Abutment 5.5. Le pilier Snappy™ Abutment est disponible pour tous les systèmes d'implants Nobel Biocare, NobelReplace, Brånemark, NobelActive, et pour toutes les plates-formes NP, RP, WP et 6.0.

Nobel Biocare™ (NOBN, SIX Swiss Exchange) est leader mondial en dentisterie restauratrice et esthétique innovantes. En tant que fournisseur de solutions complètes, Nobel Biocare™ offre la gamme de solutions la plus étendue de la dent à la racine, de l'édentement unitaire à l'édentement complet. La gamme de solutions couvre les implants dentaires (y compris les marques de telles NobelActive™, Brånemark System®, et NobelReplace™), les prothèses personnalisées et les équipements (NobelProcera™), la chirurgie guidée et les bio-matériaux. Nobel Biocare, forte de 2250 employés, a réalisé un chiffre d'affaires de 581,4 millions d'euros en 2009. Le siège social se trouve à Kloten (Canton de Zurich) en Suisse. Il existe sept sites de production qui sont situés au Canada, en Israël, au Japon, en Suède et aux Etats-Unis. Nobel Biocare possède 35 filiales.



Pratiquez en toute sérénité avec le matériel Zeiss.

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



*Financement 60 mois leasing, sous réserve d'acceptation du dossier. Voir conditions auprès de la société VET.

NOUVEAU

méridol
HALITOSIS



La protection efficace contre l'halitose



Le système pour un nettoyage quotidien des dents et de la langue

- **Gratte-langue méridol HALITOSIS :**
 - élimine l'enduit lingual et nettoie efficacement la langue.
- **Gel-dentifrice et bain de bouche méridol HALITOSIS :**
 - 2 fluorures pour renforcer l'émail
 - combattent efficacement les causes et les symptômes de l'halitose grâce aux 3 modes d'action :
 - > **Inactivation des bactéries** productrices d'odeurs présentes sur la langue et dans la cavité buccale.
 - > **Neutralisation** des composés malodorants, tels que les composés sulfurés volatils (CVS)
 - > **Inhibition** de la formation des CSV par réduction de l'activité enzymatique.

EFFICACITÉ CLINIQUEMENT PROUVÉE*

**Efficace dès la 1^{ère} utilisation*
Sensation durable de bouche propre et fraîche.**

Pour plus d'informations sur l'halitose et son traitement consulter www.elearninghalitosis.com/fr

Distribué par :

GABA Laboratoires
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire | 60, avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes

*Wigger-Alberti W. et coll. J. Clin Periodontol (2009)
méridol HALITOSIS est un produit issu de la recherche méridol.
Vendu en pharmacie et parapharmacie.

Service commercial chirurgien-dentistes : 02 37 51 67 59

