

DÉCEMBRE 2019
#51



OBJECTIF

PARO

Prochain Rendez-vous :

**Congrès SFPIO
11 au 13 juin 2020**

Palais du Grand Large - Saint Malo

**Les inscriptions en ligne
sont ouvertes !**

Le programme 2020 des manifestations
en régions

Hommage au Pr Samy SANDHAUS

ADF 2019 :
Pleins feux sur la parodontologie

Articles scientifiques des lauréats des
séances communication du Congrès
2019

Article scientifique « Se former à la
nouvelle classification des maladies
parodontales »

Partenaires : Thommen, GSK et Colgate
vous informent



SFPIO

Parce que les gencives sujettes au risque de parodontite ont à la fois besoin
d'une élimination efficace de la plaque dentaire
et d'une action anti-bactérienne supérieure¹



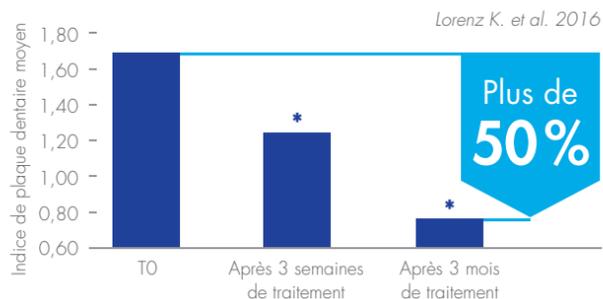
meridol® PARODONT EXPERT – efficacité cliniquement prouvée

- Réduit la plaque de plus de 50 %²
- Garantit une action anti-bactérienne supérieure et de longue durée¹
- Aide à maîtriser la réapparition du biofilm entre deux visites chez le dentiste³

Service Commercial : 02-37-51-67-59

¹ Par rapport à une technologie utilisant du bicarbonate de soude (1400 ppm F-). Müller-Breitenkamp F. et al. Poster présenté au congrès DG PARO 2017 de Münster, Allemagne ; P-35.
² Comparaison avant et après 3 mois de traitement. Lorenz K. et al. Poster présenté au congrès DG PARO 2016 de Münster, Allemagne ; P-27.
³ Recommandation pour les patients souffrant de parodontite: une visite chez le dentiste tous les 3 mois.

Réduction significative de la plaque dentaire



■ Dentifrice meridol® PARODONT EXPERT
 * p < 0,001 par rapport à T0 Seules les données pertinentes sont représentées



COLGATE-PALMOLIVE SAS au capital de 6 911 180€ - RCS 478 991 649 Nanterre F - 92700 Colombes

DANS CE NUMÉRO

EDITO	5
LES RENDEZ-VOUS SFPIO EN RÉGION Calendrier des manifestations régionales à venir et programme 2020	7
LES BRÈVES DE LA SFPIO La SFPIO Côte d'Azur est de nouveau active, La SFPIO s'étend en Corse, Le livret destiné au patient diabétique, ...	12
LA FORMATION CONTINUE	16
RETOUR SUR LE CONGRÈS ADF 2019 ADF 2019 : Pleins feux sur la parodontologie	21
CONGRÈS SFPIO ST MALO 2020 Interview du président et de la présidente scientifique du congrès	26
ARTICLES SCIENTIFIQUES PRIMÉS 3 articles des lauréats des Séances Communication - Congrès 2019	32
ARTICLES SCIENTIFIQUES Se former à la nouvelle classification des maladies parodontales Frein pathologique : Etiologie et prise en charge thérapeutique	42
LES PARTENAIRES VOUS INFORMENT Innovation dans le soin des dents et des implants par Thommen Webinar « Maladies parodontales, diabète et convention » par GSK Colgate® récompense une jeune interne et soutient le SNIO	50



EDITEUR ET RÉALISATION
 Société Française de Parodontologie
 9, rue Boileau - 44000 NANTES
 Tél. 02 40 08 06 63
 E-mail : contact@sfpio.com
 Site internet : www.sfpio.com
 N° ISSN 1162-1532

PRODUCTION - IMPRESSION
 PARRESIA
 109, avenue Aristide Briand
 CS 80068 - 92541 Montrouge Cedex

RÉDACTEUR EN CHEF: Yves REINGEWIRTZ
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION: David NISAND
SECRETARIAT ADMINISTRATIF - SIÈGE: Delphine BOHU et Caroline DENIAUD

AVEC LA COLLABORATION DE: Jean-Luc ARDOUIN, Aurore BLANC, Alain BORGHETTI, Wiem BOUAZIZ-ZOUAOUI, Patrick BOULANGE, Philippe BOUSQUET, Loïc CALVO, Guillaume CAMPARD, Philippe DUCHATELARD, Stéphane DUFFORT, Caroline FOUQUE, Marjolaine GOSSET, Corinne LALLAM, Sara LAURENCIN, Matthieu LEININGER, Josselin LETHUILLIER, Brenda MERTENS, Véronique MOLINA, Virginie MONNET-CORTI, David NISAND, Sylvie PEREIRA, Nicolas PICARD, Yves REINGEWIRTZ, Xavier STRUILLOU, Christian VERNER, Séverine VINCENT-BUGNAS

Crédit photo de couverture : @SMBMSM - Cité corsaire vue de la mer

BONNE ANNÉE !!!

Chères amies et chers amis,

Toute l'équipe de la SFPIO vous souhaite une très belle année 2020 ! Quelle soit porteuse d'élan et de joies dans tous vos projets personnels et professionnels !

Passée l'euphorie (et la fatigue !) des fêtes, l'heure n'est pas à la réduction de notre temps de travail ! Comment faire pour ne pas (re)tomber dans la routine et pour ne pas céder à la morosité ambiante entre plafonnement et réformes en tous genres?! Lire la presse scientifique, comme Objectif Paro est l'une des solutions ! Tout comme plus largement participer à une formation ou à un congrès. Quoi de plus dynamisant et de vivifiant que de réaliser que l'on progresse dans le métier qui nous est cher.

C'est grâce à ces moments que nous reprenons le chemin du cabinet le lundi matin, plus enjoués et plus motivés. Riches des rencontres et des échanges que nous aurons eu avec nos confrères, nous sommes impatientes de mettre en place de nouvelles techniques ou petites astuces qui amélioreront la qualité des soins que nous offrons à nos patients.

Nous sommes toujours plus nombreux à nous former et nous pouvons nous en féliciter !

Aussi c'est avec joie que nous vous dévoilons le programme des festivités parodontales et implantaire à venir :

- En Mars à Dublin aura lieu la 3ème édition du Master Clinic de l'EFPP : « Hard- and soft-tissue aesthetic reconstructions around teeth and dental implants »
- Cette année encore la Journée de la santé parodontale s'organisera autour du 12 mai. Brenda Mertens a été chargée de coordonner toutes les journées européennes au sein de l'EFPP. Fierté oblige, nous nous devons de montrer l'exemple et rendre cette journée exceptionnelle ! Et ce, d'autant plus qu'en 2020, Xavier Struillou prend la présidence de l'EFPP avec l'enthousiasme et la pugnacité que nous lui connaissons !
- Du 11 au 13 juin se tiendra le congrès national à St Malo sous la présidence de Patrick Boulange et de Corinne Lallam présidente scientifique. Après dix sept ans, la SFPIO jette à nouveau l'ancre en terra Malouine ! Ceux qui étaient présents en 2003 se souviennent d'un événement haut en couleur dans un des plus beaux sites de France. Nous souhaitons à nos présidents bon vent dans la préparation de cet événement. Pour en savoir plus, suite aux prochains numéros !
- Enfin Nous aurons notre séance SFPIO à l'ADF, un peu tôt pour vous parler du programme. Lors du dernier congrès, la chirurgie minimalement invasive avait été traitée de façon magistrale. La barre est haute, mais on compte sur les bonnes idées de Marjolaine Gosset et de David Nisand pour nous surprendre !

Et puis je vous invite à naviguer sur notre site, plus ergonomique ! Vous pourrez y trouver le programme de toutes les sociétés régionales. Nous en profitons pour saluer l'arrivée de la région Corse au sein de la confédération et la renaissance de la société Côte d'Azur ! Le site offre une nouvelle page aux cycles de formation continue en paro et en implanto qui se jouent toujours à guichets fermés. Vous y trouverez également des documents supports à votre pratique comme la brochure pour les patients diabétiques ou encore des enquêtes permettant de faire avancer la science.

Si nous pouvons aujourd'hui proposer tous ces moments de partage chaleureux et scientifiques c'est bien entendu grâce à nos partenariats avec l'industrie. Partenariats construits depuis de longues années avec certains, tout neufs avec d'autres, mais toujours basés sur des relations de confiance, où l'envie de construire ensemble ne faillit jamais.

A vous aussi, chers partenaires nous souhaitons une merveilleuse année !

Parodontalement votre,

Caroline FOUQUE
Secrétaire générale de la SFPIO



Tous nos
meilleurs
vœux
pour cette
nouvelle
année.

“ Nous sommes toujours plus nombreux à nous former et nous pouvons nous en féliciter ! ”

ACTEON

MINIMALLY
INVASIVE
SOLUTIONS*

PIEZOTOME
CUBE

OPTEZ POUR L'EXTRACTION ATRAUMATIQUE

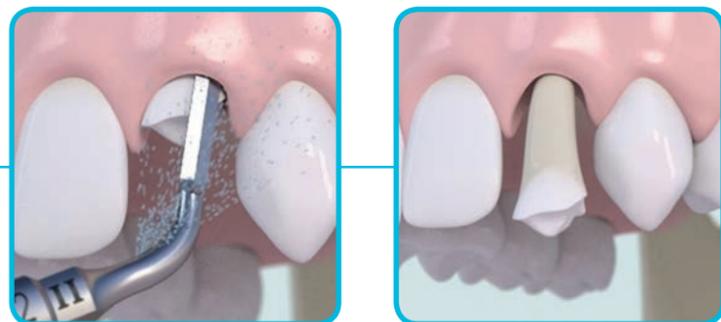
Des extractions sans stress

- Lambeau facultatif
- Traitement réalisé sans force
- Extraction d'apex résiduel facilitée
- Diminution du nombre de complications et rendez-vous d'urgence

Des bénéfices cliniques prouvés

- Suites opératoires amoindries : douleurs, oedèmes et prise d'antalgiques sont réduits de plus de 50%**
- Préservation maximale de la table osseuse
- Extraction-implantation immédiate possible

** Ultrasonic Piezotome® surgery: is it a benefit for our patients and does it extend surgery time? A retrospective comparative study on the removal of 100 impacted mandibular 3rd molar.
A. Troedhan, A. Kurrek, M. Wainwright. Open Journal of Stomatology, 2011



* Solutions invasives a minima

Dispositif médical de classe IIa (GMED) - CE0459. Pour un bon usage, lire attentivement les mentions figurant dans la notice.
Non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Réservé à l'usage professionnel dentaire. Date de création : 09/2019.
Fabricant : SATELEC® Groupe ACTEON® (France).

SATELEC® S.A.S | A Company of ACTEON® Group
17 av. Gustave Eiffel | ZI du Phare | 33700 MERIGNAC | FRANCE
Tel + 33 (0) 556 340 607 | Fax + 33 (0) 556 349 292
E-mail : info@acteongroup.com | www.acteongroup.com

ACTEON

LES RENDEZ-VOUS SFPIO EN RÉGIONS

HAUTS DE FRANCE

12/03/2020

Le numérique révolutionne nos cabinets : Ne ratez pas le train de l'innovation
Journée de TP

PARIS

05/03/2020 : Hadi ANTOUN
Le défi du secteur esthétique en implantologie

LORRAINE

26/03/2020 : Josselin LETHUILLIER et Sébastien FELENC
2020 : l'odyssée du numérique

BRETAGNE

30/01/2020 - TP niveau 1
Diagnostic et plan de traitement en parodontologie ; chirurgies simples
19/03/2020 - TP niveau 2
Chirurgies muco gingivales

VAL DE LOIRE

23/01/2020 : Stephan DUFFORT
La place des implants dans le traitement parodontal

AUVERGNE

19/03/2020 : Fabrice BAUDOT
Le LASER Er-Yag, applications micro-chirurgicales en parodontologie et implantologie

AQUITAINE

06/02/2020 : Mathieu FILLON
Plaidoyer biologique pour les implants tissue-level

SUD OUEST

06/02/2020 : Jean-Marc DERSOT
Ortho-Paro : le couple gagnant pour la gestion du secteur antérieur !
02/04/2020 : Mehdi MERABET
Challenge esthétique et biomimétique : le grand défi des réhabilitations implantaires

LANGUEDOC ROUSSILLON

26/03/2020 : Philippe BOUCHARD
L'approche des maladies parodontales au quotidien : comprendre pour simplifier

ALSACE

05/03/2020 :
Soirée cas clinique : Comment appréhender pas à pas vos cas cliniques au travers de la nouvelle classification, du bilan parodontal à la phase de soutien
30/04/2020 : Sebastian KUHL
Nouveaux paradigmes en implantologie : dimensions et matériaux

RHÔNE-ALPES

30/01/2020 : Olivier ETIENNE
Prothèse fixée et parodonte : un binôme gagnant !
20/02/2020 - Formation pratique
Parodontologie non chirurgicale en Omnipratique
13/03/2020 : Jacques CHEYLUS
Master Class : TP Flux numérique : Empreinte optique et planification
09/04/2020 : Romain DOLIVEUX
Augmentations osseuses autologues en implantologie : Greffes 3D

COTE D'AZUR

17/03/2020 : Josselin LETHUILLIER & Sébastien FELENC
Le flux digital au cabinet dentaire ou concept 2D, 3D, 4D

SUD EST

06/02/2020 : Julien MOURLAAS
Plastique tissulaire dentaire et implantaire : let's play

Chaque membre de la SFPIO a accès en ligne au **Journal of Clinical Periodontology** en se connectant et en s'identifiant sur le site **www.sfpio.com**

Si vous n'avez pas vos identifiants, contactez le siège de la SFPIO :
02 40 08 06 63 ou contact@sfpio.com

Retrouvez toutes les manifestations SFPIO sur le site internet de la SFPIO : **www.sfpio.com**

LE PROGRAMME 2020 EN RÉGION

RÉGION ALSACE

Jeudi 5 mars 2020

Soirée cas clinique : Comment appréhender pas à pas vos cas cliniques au travers de la nouvelle classification, du bilan parodontal à la phase de soutien

Jeudi 30 avril 2020

Nouveaux paradigmes en implantologie : dimensions et matériaux
Sebastian KUHLE

Samedi 16 et dimanche 17 mai 2020

Week End formation Europapark 2020

Jeudi 17 septembre 2020

Soirée actualité scientifique en paro-implantologie au musée WURTH à Ertsein

Fin 2020

Approche pluridisciplinaire des lésions endo-parodontales
Sara LAURENCIN et Franck DIEMER

RÉGION AQUITAINE

Jeudi 06 février 2020

Plaidoyer biologique pour les implants tissue-level
Mathieu FILLON

Jeudi 15 octobre 2020

Maladies parodontales et maladies générales : liens épidémiologiques, conséquences sur le traitement des parodontites
Marjolaine GOSSET

Jeudi 10 décembre 2020

Thème : Implantologie
Patrick PALACCI

RÉGION AUVERGNE

Jeudi 19 mars 2020

Le LASER Er-Yag, applications micro-chirurgicales en parodontologie et implantologie
Fabrice BAUDOT

Jeudi 1er octobre 2020

La nouvelle classification des maladies parodontales : son incidence en pratique clinique
Yves LAUVERJAT

RÉGION BRETAGNE

Jeudi 30 janvier 2020

TP niveau 1 : diagnostic et plan de traitement en parodontologie ; chirurgies simples

Jeudi 19 mars 2020

TP niveau 2 : chirurgies muco gingivales

Vendredi 25 et samedi 26 septembre 2020

Prothèse et implants
Marc LAMY et Geoffroy LECLOU

RÉGION CORSE

Vendredi 3 avril 2020

L'assainissement parodontal non chirurgical
Gilles GAGNOT

RÉGION CÔTE D'AZUR

Mardi 17 mars 2020

Le flux digital au cabinet dentaire ou concept 2D, 3D, 4D
Josselin LETHUILLIER & Sébastien FELENC

Jeudi 25 juin 2020

Le proarch en chirurgie guidée pour les nuls
Matthieu COLIN et Mathieu CHAUTARD

Jeudi 24 septembre 2020

Digital & implant en secteur antérieur : Quelles voies pour de meilleurs résultats ?
Benjamin CORTASSE

RÉGION HAUTE NORMANDIE

Programme 2020 en cours d'élaboration

RÉGION HAUTS DE FRANCE

Jeudi 12 mars 2020 - Journée de TP

Le numérique révolutionne nos cabinets : Ne ratez pas le train de l'innovation

Mercredi 13 mai 2020

Traitement parodontal mini-invasif : Changer sa pratique et améliorer les résultats
Corinne LALLAM

RÉGION LANGUEDOC ROUSSILLON

Jeudi 26 mars 2020

L'approche des maladies parodontales au quotidien : comprendre pour simplifier
Philippe BOUCHARD

Jeudi 28 mai 2020

La chirurgie parodontale d'exposition de la dent incluse au service de l'orthodontiste - Proposition d'un arbre de décision
Jean-Marc DERSOT

Jeudi 1 octobre 2020

La régénération osseuse guidée : reconstruction d'une crête altérée
Hélène ARNAL

RÉGION LORRAINE

Jeudi 26 mars 2020

2020 : l'odyssée du numérique
Josselin LETHUILLIER & Sébastien FELENC

3ème trimestre 2020

Le traitement chirurgical des poches
Journée de formation avec TP sur mâchoire animale

RÉGION NORMANDIE

Programme 2020 en cours d'élaboration

RÉGION PARIS

Jeudi 5 mars 2020

Le défi esthétique en implantologie
Hadi ANTOUN

Jeudi 4 juin 2020 - En anglais

Surgical therapy to manage peri-implantitis: The good, the bad and the ugly
Alberto MONJE

Jeudi 8 octobre 2020

Les défis en chirurgie plastique parodontale : Techniques & limites
Benjamin CORTASSE

Jeudi 10 décembre 2020 - En anglais

Contemporary periodontal Surgery
Filippo GRAZIANI

RÉGION RHÔNE ALPES

Jeudi 30 janvier 2020

Prothèse fixée et parodonte : un binôme gagnant !
Olivier ETIENNE

Jeudi 20 février 2020 - Formation pratique

Parodontologie non chirurgicale en Omnipratique

Vendredi 13 mars 2020 - Master Class

TP Flux numérique : Empreinte optique et planification
Jacques CHEYLUS

Jeudi 9 avril 2020 - Conférence

Augmentations osseuses autologues en implantologie : Greffes 3D
Romain DOLIVEUX

Jeudi 18 juin 2020 - Conférence

Soirée Perio Master

Jeudi 17 septembre 2020 - Conférence

Chirurgie parodontale contemporaine
Filippo GRAZIANI

Jeudi 24 septembre 2020 - Formation pratique

Chirurgie plastique parodontale
Niveau 1 : Restauration tissulaire

LE PROGRAMME 2020 EN RÉGION

Vend 6 & sam 7 Novembre 2020 - Master Class

Les conditions du succès
Franck RENOUARD, Sofia AROCA & Fabien RAMON

Jeudi 10 décembre 2020 - Formation pratique

Chirurgie plastique parodontale
Niveau 2 : Recouvrement radiculaire

RÉGION SUD-EST

Jeudi 6 février 2020

Plastique tissulaire dentaire et implantaire : let's play
Julien MOURLAAS

Jeudi 28 mai 2020

Implants et esthétique
Eric VAN DOOREN

Jeudi 8 octobre 2020

Régénération parodontale
Chloé BARBANT

Jeudi 10 décembre 2020

Anton SCULEAN

RÉGION SUD-OUEST

Jeudi 6 février 2020

Ortho-Paro : le couple gagnant pour la gestion du secteur antérieur !
Jean-Marc DERSOT

Jeudi 2 avril 2020

Challenge esthétique et biomimétique : le grand défi des réhabilitations implantaires
Mehdi MERABET

Jeudi 24 septembre 2020

Parasites et bactéries, quel rôle dans le biofilm parodontal ?
Catherine BISSON & Marie MACHOUARD

RÉGION VAL DE LOIRE

Jeudi 23 janvier 2020

La place des implants dans le traitement parodontal
Stephan DUFFORT

Samedi 6 juin 2020

Serge ARMAND

Octobre 2020

Journée endo-paro en partenariat avec les SFE Pays de Loire et Bretagne

Cycle « La Parodontologie de A à Z » 2019/2020

2019 : 14 novembre, 12 décembre

2020 : 9 janvier, 13 février, 12 mars, 9 avril

Cycle de prothèse sur implants 2019/2020

2019 : 14 novembre, 12 décembre

2020 : 9 janvier, 13 février, 12 mars, 9 avril

Retrouvez ces informations

mises à jour régulièrement

sur le site de la sfpio

www.sfpio.com



SAY NO TO BLEEDING GUMS

Gum health is important for general health - see your dentist today





La SFPIO Côte d'Azur vous donne rendez vous sur Nice

La SFPIO Côte d'Azur est de nouveau active !!!

Et pour repartir sur de bonnes bases, un nouveau bureau a été mis en place :

Sebastien MELLOUL : Président

Mikael HAYAT : Vice président

Séverine VINCENT - BRUGNAS : Secrétaire générale

Michael TUIL : Trésorier

Benjamin RATHELOT : Responsable scientifique

Laurie TIMSIT : Responsable des relations avec les partenaires de l'industrie

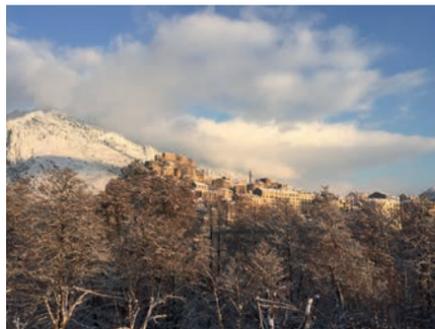
Avec la collaboration intense de chacun de ces membres nous vous avons préparé un programme qui va nous permettre de recevoir plusieurs grands noms de la parodontologie et de l'implantologie française.

La première soirée, aura lieu en mars 2020 et sera animée par les docteurs Sébastien FELENC et Josselin LETHUILLIER.

La seconde, en juin 2020 le sera par les docteurs Mathieu COLLIN et Matthieu CHAUTARD. Et enfin en septembre 2020 nous finirons cette année par la venue du docteur Benjamin CORTASSE.

Nous vous attendons nombreux sur Nice !

Sébastien MELLOUL
Président SFPIO Côte d'Azur



Université de Corse, Corte

La SFPIO s'étend en Corse

La SFPIO Corsica a le plaisir de vous annoncer sa création en cette fin d'année 2019 !

Ses objectifs intègrent ceux de la SFPIO nationale, que les responsables du bureau, présidé par Ange-Matthieu Martelli et François Juliard, entendent promouvoir et diffuser sur l'île de beauté.

Le premier rendez-vous est fixé pour le vendredi 3 avril 2020 à l'Université de Corse, à Corte avec la participation du Dr Gilles GAGNOT, qui abordera le thème de l'assainissement parodontal non chirurgical (cours théorique et travaux pratiques).

Le programme scientifique sera complété en juillet 2020 par une journée animée par le Dr Mickael SAMAMA qui abordera l'Explantologie et la reconstruction des tissus durs et des tissus mous.

Nous vous attendons nombreux lors ces différentes manifestations !

Ange-Matthieu MARTELLI
Président SFPIO Corsica

Livret destiné au patient diabétique

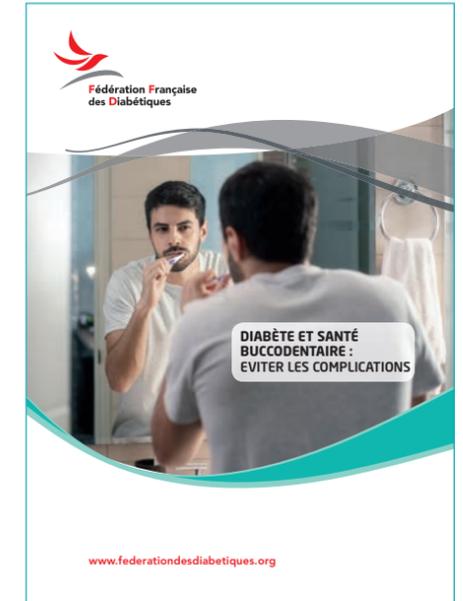
Un travail en collaboration avec la Fédération Française des Diabétiques (FFD), grâce au support de la société Sunstar

Diabète et santé buccodentaire : Eviter les complications

Dans la lignée de l'ouvrage « J'ai peur de perdre mes dents, que faire Docteur ? » (à consulter et commander sur notre site internet - www.sfpio.com), la SFPIO développe des actions de communication et de prévention des maladies parodontales en apportant directement des informations et des ressources aux patients.

Nous sommes heureux de vous offrir, en supplément de ce numéro d'Objectif Paro, un exemplaire du livret, fruit d'un travail collaboratif entre la Fédération Française des Diabétiques (FFD - <https://www.federationdesdiabetiques.org/>) et la SFPIO, soutenu par la société Sunstar, présentant les liens entre le diabète et la santé parodontale et des notions quant au traitement des maladies parodontales. Il pourra être commandé par vous tous, chères consœurs et confrères, pour être proposé à vos patients. Bonne lecture à tous !

par Marjolaine GOSSET



Enquête ATB-paro

Enquête de l'Université de Lille

avec la participation de la SFPIO, du CNEP et du ReCOL

Mieux comprendre les habitudes de prescription d'antibiotiques en Parodontologie

La France est le 3^{ème} pays consommateur d'antibiotiques en Europe. La part de l'odontologie dans ces statistiques n'est pas connue mais aux Etats-Unis, les dentistes prescrivent environ 10% du volume d'antibiotiques et les maladies parodontales en sont une des principales indications. Cette enquête initiée en partenariat avec la Société Française de Parodontologie Implantologie Orale vise à mieux comprendre les habitudes de prescriptions des chirurgiens-dentistes français concernant les antibiotiques et d'autres adjuvants pour le traitement parodontal. En y participant vous pouvez contribuer à clarifier et à faire évoluer les guides de bonnes pratiques pour améliorer la pratique quotidienne de tous.

par Kevimy AGOSSA

Les informations détaillées sur cette enquête et le lien pour y participer sont à retrouver dans les Actualités du site de la SFPIO





Samy Sandhaus, enseignant, chercheur, inventeur, a dévoué sa carrière à la réhabilitation orale

Hommage au Pr Samy SANDHAUS

Nous avons appris avec tristesse le décès du Professeur Samy Sandhaus le 6 octobre dernier. Avec lui s'éteint l'un des grands pionniers de l'implantologie. Le professeur Sandhaus était bien connu des confrères ayant suivi le DU d'implantologie à la Pitié-Salpêtrière, associé aux professeurs Dubruille et Vanhakendover, il formait le fameux « bouquet de trois ». Il lui revient le mérite d'avoir développé les premiers implants en céramique d'alumine avec le CBS, puis et afin de pallier les risques de fracture, les premiers implants en céramique de zircone. L'histoire ne manque pas de sel, car alors que le bienfondé de l'utilisation de ce matériau était remis en question par un grand fabricant d'implants bâlois, cette même marque vient de développer afin de satisfaire à la mode du « sans métal » une gamme d'implants zircone.

Samy Sandhaus, c'était également un fort sens de la prothèse avec la conception d'un articulateur adaptable, le NOR, permettant par un enregistrement de la cinétique dans des cupules remplies de résine de retranscrire au mieux la dynamique de l'ATM du patient au laboratoire. Fourmillant d'idées, il a été pour des générations de praticiens ayant fréquenté son centre de formation à Lausanne un exemple précieux d'indépendance d'esprit et de créativité. Sa force de caractère, il l'a forgée dans ce qu'il appelait mystérieusement « les jardins » : le deuxième conflit mondial l'avait durement marqué dans sa chair, et sa combativité exceptionnelle a été tout au long de sa vie l'un des secrets de son leadership.

La SFPIO et la SIRO (Société Internationale de Réhabilitation Orale) saluent la mémoire de cette grande figure de l'implantologie.

L'assemblée générale SFPIO

Comme chaque année, l'Assemblée Générale annuelle de la confédération s'est déroulée pendant le congrès de l'ADF, le jeudi 28 novembre. 36 membres des Conseils d'Administration des 16 régions formant la confédération étaient présents.

Cette réunion a été l'occasion de revenir sur l'année écoulée avec un bilan financier positif du trésorier, Josselin Lethuillier « La société se porte bien ». La société est dynamique et met en oeuvre de nombreuses actions de communication scientifique en s'investissant dans la rédaction de livret à l'attention des patients en partenariat avec des sociétés scientifiques du monde médical, le soutien à des enquêtes universitaires, la participation à des actions européennes comme la Gum Health Day qui est devenue un rendez-vous annuel incontournable. En 2020, les projets continuent en parallèle aux publications d'articles scientifiques dans la presse spécialisée, articles pour lesquels les régions ont été sollicitées et aux manifestations en régions.

Le compte rendu pourra vous être envoyé par email sur simple demande au siège social de la société : contact@sfpio.com

Retrouvez le programme 2020 des manifestations en région en page 8 & 9.



Assemblée Générale SFPIO 2019

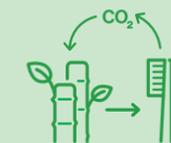


A partir de
plastique
biosourcé

GOOD news pour la planète!

Nous sommes heureux de vous présenter TePe GOOD™ – une brosse à dents unique, fabriquée à partir de bioplastique.

Grâce à l'utilisation de matières premières renouvelables, telles que la canne à sucre et l'huile de ricin, jusqu'à 95% des émissions de CO₂ sont recyclées au cours du cycle de vie. Naturellement, la production est faite à 100% à partir d'énergie verte, issue notamment de nos installations de panneaux solaires.



Moins d'émissions
de CO₂



95%
de CO₂
recyclé



La brosse à dents TePe GOOD™ est disponible en 3 variantes: Regular souple, Compact souple et Mini extra-souple.

TePe France SAS
Parc « Les Grillons » Bâtiment 1
60 Route de Sartrouville, 78230 Le Pecq
Téléphone au 01 85 76 69 70
info.france@tepe.com
www.tepe.com

Formation continue Les cycles 2020 - 2021

COURS THÉORIQUE, TP, CHIRURGIE EN DIRECT

Inscription au 02 40 08 06 63 ou contact@sfpio.com


SFPIO

www.sfpio.com

LA FORMATION CONTINUE

LA FORMATION CONTINUE DE LA SFPIO :

Parodontologie : Fondements biologiques, techniques non chirurgicales et chirurgicales

Implantologie : de l'omnipratique implantaire aux traitements complexes

Le repli et sur soi et l'autosatisfaction sont certainement les pires approches thérapeutiques qu'un clinicien puisse envisager. Cette assertion repose sur une certitude, seule la remise en question constante de ses acquis permet de progresser. Conduite grâce aux formations en ligne, à l'éducation par les livres, aux diplômes universitaires ou aux sociétés savantes, la formation continue doit être constante et rechercher l'excellence. C'est cette dynamique qui est proposée par la SFPIO depuis son origine, c'est, résumé en 3 lettres, son ADN.

Fer de lance de cet esprit de recherche et de transmission, les deux cycles de formation et de perfectionnement en parodontologie et en implantologie dispensés par la SFPIO représentent des périodes d'enseignement et de pratique en immersion parmi les meilleurs spécialistes français de ces spécialités. Leurs responsables Caroline Fouque et Stephan Duffort nous présentent le cadre de ces formations, et nous rappellent au travers de témoignages et de cas cliniques combien un encadrement de qualité et une saine émulation sont essentiels à toute progression.



Caroline Fouque, Virginie Monnet-Corti et Stephan Duffort



28 rue St Dominique
Paris 7^e



Promotion 2019-20 - Participants et intervenants



STAGE D'IMPLANTOLOGIE AVANCÉE 2020 / 2021

Session 1 : 16 & 17 OCTOBRE 2020

La zone antérieure esthétique et l'édenté complet

Session 2 : 21 & 22 MAI 2021

La chirurgie osseuse pré-implantaire
Alternatives aux greffes osseuses
Complications biologiques

CYCLE DE FORMATION CONTINUE EN PARODONTOLOGIE 2020 / 2021

Niveau 1 : 15, 16 & 17 OCTOBRE 2020

Préserver la denture naturelle existante

Niveau 2 : 21 & 22 JANVIER 2021

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

Niveau 3 : 21 & 22 MAI 2021

Chirurgie plastique parodontale

CYCLE DE FORMATION APPROFONDIE EN CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE 2021

Niveau 4 : 21 & 22 JANVIER 2021

Session d'approfondissement en Chirurgie Plastique Parodontale



LA FORMATION CONTINUE

Caroline FOUQUE
Co-responsable du
Cycle de formation en
Parodontologie



En tant que coordinateurs du cycle de parodontologie, nous ne sommes peut-être pas les plus à même de vous délivrer un message objectif. Vous en vanter les mérites est un exercice délicat ! Une chose est certaine, depuis 14 ans, l'envie de transmettre et de partager est intacte. La passion demeure !

Ce cycle de formation continue a vu le jour en octobre 2005 sous la présidence de Jean-Luc Ardouin. Christine Romagna en a eu la charge les premières années puis a passé le flambeau à Alain Borghetti. Ce fut un succès immédiat et dès la première session, il s'est joué à guichet fermé, formant ainsi 60 praticiens chaque année. Si le cycle a évolué au fil des ans, il a su en garder toute sa substantifique moelle. Le cycle ce n'est pas moins de 35 intervenants universitaires ou non-universitaires qui partagent leur connaissance très pointue d'un sujet qui les passionnent. Après plus de 10 ans aux pieds de la Tour Eiffel, nous voilà rue St Dominique à la Maison de la Chimie. Quel que soit le lieu, l'ambiance y est toujours particulièrement chaleureuse.

enseignement pratique basé sur les données acquises de la science. Les notions de partage, de convivialité et de confraternité reflètent bien cette formation. Intervenants et participants en ressortent plus riches !

Sans se positionner comme concurrent de formations diplômantes universitaires qui exigent un investissement important en terme de temps, ce cycle délivre néanmoins un enseignement très complet de notre discipline, alliant les sujets fondamentaux qui permettent de comprendre les protocoles thérapeutiques que nous pouvons proposer à nos patients. Chaque intervenant impose son style, mais tous se retrouvent dans la rigueur scientifique en apportant un discours étayé par une littérature toujours mise à jour et des supports iconographiques à foison.



Cours magistral Cycle de formation en Parodontologie

La première session courant octobre intitulée « Préserver la denture naturelle » traite des maladies parodontales, leurs étiologies, classifications et traitements non chirurgicaux et chirurgicaux. La seconde session, « Avoir recours à la chirurgie parodontale avancée, à la prothèse et/ou à l'implantologie » est axée sur les chirurgies plus avancées et tous les liens de la parodontologie avec les autres disciplines. Enfin, la troisième session est dédiée à la chirurgie plastique parodontale.

Chaque cycle comprend des TP sur du matériel prêté par l'industrie ou sur des mâchoires animales. L'ajustement régulier du programme nous a conduit à créer un tout nouveau module, baptisé « Session de formation approfondie en chirurgie plastique parodontale » qui s'adresse à tous

ceux qui ont suivi les 3 premières sessions ou à ceux qui ont déjà de solides connaissances en parodontologie (CES, attestations universitaires) ainsi qu'une pratique chirurgicale régulière.



Travaux Pratiques Cycle de formation en Parodontologie

En tout petit comité, jamais plus de 20 participants, nous revoyons en détail toutes les techniques actuelles, leurs indications, et leurs mises en application sur mâchoire animale. Une demi-journée est consacrée à la chirurgie en direct au sein d'un cabinet parisien, l'occasion de découvrir une installation de bloc opératoire peut-être différente de la nôtre, ou une autre organisation de l'ensemble de l'équipe autour du praticien. Là encore cette session est propice aux échanges. Si vous réalisez depuis longtemps ce type d'interventions, vous avez forcément rencontré des succès, des complications et parfois des échecs. Aucune question n'est taboue !

C'est ensemble que nous apprenons à travailler seul !



Les responsables du cycle de formation en Parodontologie : Caroline FOUQUE, Alain BORGHETTI et Virginie MONNET-CORTI

Au plaisir de vous rencontrer ou de vous revoir aux cycles de formation continue de la SFPIO !

Stephan DUFFORT
Responsable du
Stage d'Implantologie
Avancée



Le cycle de formation continue en implantologie existe depuis 10 ans et avec Philippe BOUSQUET nous avons eu à cœur d'imaginer un programme sérieux qui réponde aux attentes de nos confrères en quête de nouvelles connaissances.

Ce cycle s'adresse donc aux praticiens qui ont déjà un minimum d'expérience en implantologie et qui souhaitent approfondir leurs acquis.

Douze conférenciers, tous experts et exclusifs en parodontologie et en implantologie, nous font partager leurs expériences cliniques sur différents sujets, enrichies d'une analyse détaillée de la littérature scientifique.

Au fil du temps, notre cycle a évolué vers l'apprentissage exclusif de la chirurgie implantaire avancée, devenant un stage en deux sessions indépendantes.



Cours magistral Stage d'Implantologie Avancée

La session d'octobre traite de l'édenté complet et de la zone esthétique antérieure.

De nombreux échecs esthétiques sont liés à une méconnaissance des protocoles cliniques qui sont très rigoureux dans la zone antérieure. Pour aborder les traitements implantaires de cette région, nous livrons à nos participants une approche thérapeutique guidée par les résultats scientifiques des différents protocoles à notre disposition, l'objectif étant de sécuriser notre résultat esthétique en le rendant plus prédictible.

“ Une atmosphère très conviviale et chaleureuse ”

Lors de cette session, sont abordés aussi tous les outils numériques modernes, de l'empreinte numérique à la chirurgie guidée ou robotisée, qui enrichissent considérablement notre arsenal thérapeutique et amènent de la précision à notre travail.



Travaux Pratiques Stage d'Implantologie Avancée

La session de mai est consacrée aux complications, aux facteurs humains souvent responsables d'échecs et aux greffes osseuses.

L'augmentation du volume osseux en implantologie est un véritable challenge pour tous. Bien entendu, l'apport des biomatériaux a simplifié nos protocoles opératoires mais ils ne sont peut-être pas la solution ultime capable de traiter tous les défauts osseux.

Ainsi, il est intéressant de découvrir à travers ce module toutes les options thérapeutiques qui font consensus aujourd'hui.

Enfin, l'organisation de travaux pratiques limite cette formation à de petits groupes et il en découle une atmosphère très conviviale et chaleureuse. Chaque année nous avons tous un plaisir immense à rencontrer nos confrères et à confronter nos idées pour progresser ensemble !

Longue vie au cycle d'implantologie de la SFPIO !

Informations

et inscriptions

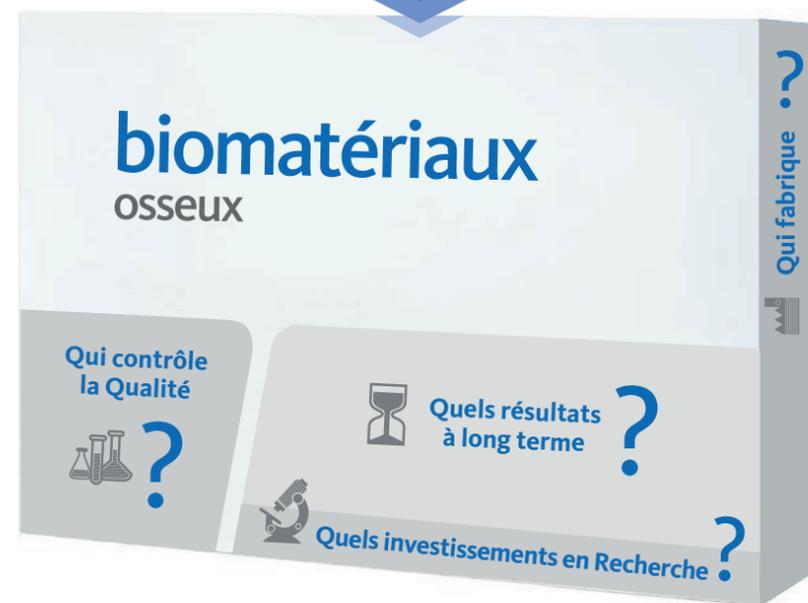
Siège SFPIO

contact@sfpio.com

02 40 08 06 63

www.sfpio.com

Là où les copies suscitent des questions ...



Geistlich génère la confiance !

LEADING REGENERATION



LA MAÎTRISE DE A À Z POUR
UNE PRÉDICTIBILITÉ CLINIQUE À LONG TERME

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

www.geistlich.fr • www.shop.geistlich.fr

EXACTEMENT
inimitable.

ADGBO1019

CONGRÈS
ADF
2019

RETOUR SUR LE CONGRÈS ADF 2019

ADF 2019 : PLEINS FEUX SUR LA PARODONTOLOGIE

Le duo **Serge Armand** et **Marwan Dass** n'a pas failli à la lourde tâche qui l'attendait ; en s'appuyant sur un comité de pilotage expérimenté, il a offert à la profession un congrès 2019 qui a tenu toutes ses promesses. La parodontologie dans cet environnement favorable a pu tracer son sillon, et le socle fermement tenu et dirigé par **Caroline Fouque** a tracé l'une de ses plus belles pages à l'ADF. Près d'une vingtaine de séances se sont succédées durant cinq jours pour donner à ce congrès des allures de congrès national bis de la SFPIO. Quelle chance pour tous les confrères nationaux d'avoir pu bénéficier ainsi des derniers acquis de la discipline au cours de séances magistrales, lors d'impressionnantes interventions retransmises en direct ou lors d'ateliers pratiques permettant à chacun de s'exercer aux techniques simples ou complexes de mucogingivale ou de chirurgie osseuse pré-implantaire.

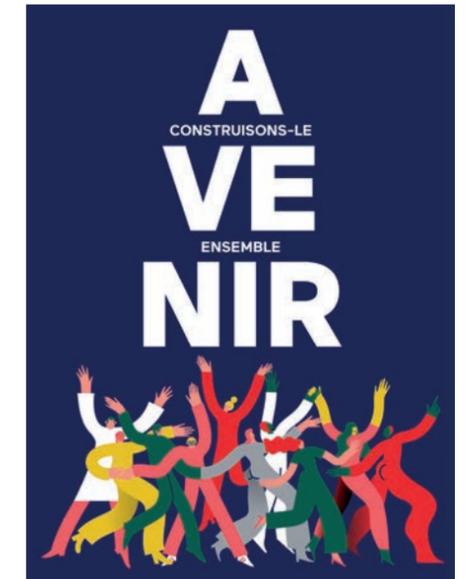
Philippe Bousquet clôturait le congrès 2018 la tête dans les nuages lacrymogènes et ouvrait le bal dans une ambiance heureusement plus calme en recevant **Frédéric Duffau** et **Cyril Goubron** pour dénouer les interrogations relatives aux tests microbiens et aux adjuvants.

Mercredi s'ouvrait sur un masterclass réunissant les meilleurs spécialistes de la mucogingivale invités par **Virginie Monnet-Corti**. Les rares chanceux s'étant inscrits suffisamment tôt ont reçu durant une journée un véritable manuel de la prise en charge des récessions, tant au niveau dentaire qu'implantaire.

Mariano Sanz et **Marjolaine Gosset** offraient en parallèle une clarification de la

nouvelle classification. Devant une assemblée record sur ce thème d'actualité, les deux enseignants ont enchaîné les exemples cliniques et rappelé la vertu du bon sens là où les situations peuvent porter à confusion. Oui la distinction doit être franche entre stades 1 ou 2 et 3 ou 4, car les implications thérapeutiques sont radicalement différentes ; oui la courbe d'apprentissage est rapide, pour peu qu'on prenne la peine de parcourir les documents de synthèse de l'EFP mis en ligne sur le site de la SFPIO ; oui des situations cliniques 3C et 4C peuvent être proches, et le protocole thérapeutique impose toujours la même démarche incluant désinfection globale et prise en charge des facteurs aggravants, la 4C impliquant pour sa part une prise en charge multidisciplinaire.

Place jeudi à l'alternative remontée de marge ou élongation coronaire avec **Solène Marniquet** et **Ichai Lanati**. Grosse mobilisation pour cette séance à laquelle faisait suite « La » séance SFPIO consacrée cette année aux chirurgies minimalement invasives. **Corinne Lallam** déclinait en avant-première le détail du gradient thérapeutique parodontal ; cependant, choisir une approche peu invasive avec par exemple un traitement parodontal non chirurgical ne doit pas se faire au détriment de la qualité du résultat recherché. Mêmes recommandations avec **Thierry Degorce** qui déconseille de choisir la facilité en posant des implants « là où il y a de l'os », et qui privilégie le point et l'axe d'insertion idéaux, quitte à conduire des interventions mettant en œuvre des procédures de régénération osseuse plus complexes. Exemple de limitation de délabrement chirurgical



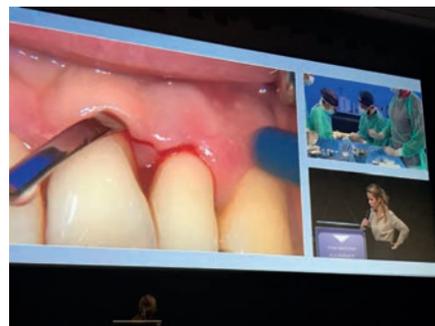
Mariano Sanz, Marjolaine Gosset remerciés par Caroline Fouque, responsable Paro-ADF 2019 et Yves Reingewirtz responsable scientifique de la séance « Nouvelle classification »



Maria-Clotilde Carra félicitant Francesco d'Aiuto, aux côtés de Virginie Monnet-Corti et Philippe Bouchard



Le Val de Loire à l'honneur, avec Christian Verner et Olivier Guillon aux côtés du président de séance, Yves Estrabaud



Tracé d'incision à la base de la papille réalisé avec précision sous AVO par Sylvie Pereira

lourd avec la socket shield, technique de préservation partielle ou totale d'une racine dentaire issue des travaux histologiques de Markus Hürzeler.

Pas le temps de respirer en ce jeudi après-midi avec en enfilade une passionnante conférence d'une heure présentée par **Francesco D'Aiuto** ; cet italien enseignant et chercheur à l'Eastman Institute de Londres a su convaincre le nombreux public du lien étroit existant entre maladie parodontale et diabète. Retenons les résultats de l'étude ayant démontré la diminution de l'hémoglobine glyquée de 0,4% trois mois après traitement de la parodontite, score équivalent à l'action d'un médicament pour réduire le diabète. Et un message martelé tout au long de la présentation : il faut combattre l'inflammation résultant de la présence de la maladie inflammatoire ; prescrire pour atteindre cet objectif des antibiotiques constitue une vraie erreur thérapeutique.

Vendredi matin nous dressait un beau panorama des sujets moins abordés dans les salles de conférence et pourtant préoccupant nos patients. **Michèle Reners** avait convié successivement **Selena Toma** qui a insisté sur les besoins de l'apport nutritif et l'importance à consommer tous les jours des fruits et légumes frais ; puis **Nicola West** a rappelé les principales causes d'hypersensibilité dentaire et leur prise en charge ; enfin **Monique Danser** présentait l'actualité sur l'halitose : prise en charge parodontale et instauration de strictes mesures d'hygiène, notamment au niveau lingual sont les messages à

Caroline Fouque, secrétaire générale de la SFPIO, expose lors de la réunion de bureau, entre le past-président et le trésorier, les avancées des orientations prises aux côtés du président David Nisand. Au second plan, la présence assidue des deux attachées de direction, Caroline Deniaud et Delphine Bohu

retenir. A souligner la modération assurée par Virginie Monnet-Corti et le message d'amitié transmis à la présidente de séance.

Intense moment de collaboration en fin de matinée avec la réunion d'un parodontologiste, **Christian Verner**, et d'un prothésiste, **Olivier Guillon** réunis par **Yves Estrabaud**. Nos confrères nantais nous ont permis durant une heure d'apprécier la complémentarité nécessaire entre les deux disciplines, permettant d'obtenir un résultat esthétique et de santé gingivale stables sur le long terme.

Après-midi passionnante avec une retransmission en direct d'une chirurgie mini-invasive conduite par **Sylvie Pereira** : avec une maestria reflet du savoir-faire italien dans ce domaine, l'opératrice a impressionné l'auditoire dans cet exercice où chaque geste grossi sur grand écran ne tolère pas la plus petite erreur. **Damien Feuillet** relevait également le défi du direct avec une équipe expérimentée indispensable au succès de l'opérateur.

La semaine s'achevait avec une séance pratique intense organisée par Sara Laurencin au cours de laquelle furent présentées les différentes techniques de greffe conjonctive enfoiue.

Aux séances retenues dans ce résumé, il convient bien sûr d'associer le mérite des orateurs des séances parallèles. Beau congrès 2019 pour conclure où la paro a été largement mise à l'honneur et coup de chapeau à Caroline Fouque pour cette belle programmation.



Retour sur la journée du 27 novembre Master Class de chirurgie muco-gingivale au congrès de l'ADF 2019

Caroline Fouque, la responsable scientifique de la paro au congrès de l'ADF 2019 avait confié au Pr Virginie Monnet-Corti, présidente de séance, l'organisation du programme scientifique. Cette journée se devait d'être pédagogique, mais aussi suffisamment pointue et novatrice pour répondre à l'attente des participants désireux d'approfondir leurs connaissances sur le sujet du recouvrement radiculaire. Un très beau panel de conférenciers européens a été réuni.

Le programme de la journée de Master Class « Le traitement des récessions gingivales (autour des dents et des implants) : pourquoi ? quand ? comment ? »

- 1• Récessions gingivales : pourquoi les patients souhaitent les soigner ?
Dr Perrine BALLAND (Metz)
- 2• Recouvrement radiculaire à la mandibule
Dr Massimo DE SANCTIS (Milan)
- 3• Recouvrement radiculaire au maxillaire
Dr Sofia AROCA (Paris)
- 4• Une variante originale d'une greffe de conjonctif enfoui sous un tunnel modifié
Dr Anton SCULEAN (Berne)
- 5• Peut-on régénérer le parodonte et recouvrir les récessions ?
Dr Jean-Marc GLISE (Toulon)
- 6• Les récessions autour des implants : la même approche ?
Dr Martina STEFANINI (Bologne)



Dr Perrine BALLAND
« J'ai eu l'honneur d'introduire la session et de donner le ton de cette journée.

Tout d'abord avec de brefs rappels sur la prévalence des récessions gingivales, leur étiologie et les indications du recouvrement radiculaire. J'en ai profité pour revenir en détail sur la nouvelle classification des récessions gingivales et péri-implantaires.

Pour aborder la partie clinique et afin de respecter au mieux mon sujet, j'avais décidé de donner la parole à mes patients. Pour ce faire, j'ai pris soin de re-convoquer et de m'entretenir avec un certain nombre de patients que j'avais opérés depuis 10 ans. Cela m'a permis de recueillir et de filmer leurs témoignages, et de les partager avec l'audience. Pourquoi étaient-ils venus me consulter et se faire soigner ? Comment avaient-ils vécu l'intervention ? Quels étaient leur ressenti en fin des traitements ?

A travers mes cas cliniques, j'ai pu aborder les techniques de lambeau de



De gauche à droite : Perrine Balland, Martina Stefanini, Anton Sculean, Sofia Aroca, Massimo De Sanctis, Virginie Monnet-Corti et Jean-Marc Glise

repositionnement coronaire associées ou non à des greffons conjonctifs, et en combinaison avec rotation de papilles lors de cas de récessions multiples (Pr ZUCHELLI et DE SANCTIS) ; mais aussi la technique de la tunnelisation, qui sera largement reprise un peu plus tard dans la journée par le Dr AROCA. »



Le Professeur Massimo DE SANCTIS (Milan), lui n'avait pas à se présenter. Sa

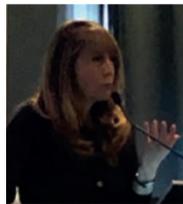
seule présence à certainement suffit à certains pour s'incrimer à cette Master Class.

Ainsi « le père » de la technique du repositionnement coronaire, associé ou non à des greffons conjonctifs, nous a fait un exposé d'une rare clarté sur le traitement des récessions radiculaires au niveau de la mandibule. Ce thème est très peu abordé en conférence, et pourtant la prévalence des récessions gingivales à la mandibule est loin d'être négligeable. Il nous a parlé de la complexité de la gestion des obstacles rencontrés à cette arcade comme les freins, les brides musculaires, ou encore la faible profondeur du vestibule. Il a également abordé la gestion de l'émergence du nerf alvéolaire inférieur qui effraie un bon nombre de praticiens, preuve en est la première question adressée au Pr DE

RETOUR SUR LE CONGRÈS ADF 2019

SANCTIS qui portait sur la complexité de la dissection partielle à la mandibule postérieure.

Ainsi porté par ses nombreuses publications personnelles, il nous a présenté ses arbres décisionnels de choix des techniques de traitement des récessions radiculaires en présence ou non de lésions cervicales. Il a également démontré que l'utilisation d'un greffon associé au lambeau de repositionnement coronaire était loin d'être une nécessité, voire pouvait être dommageable sur le plan esthétique à long terme. Nous avons ainsi pu saisir l'importance de la finesse et de la qualité fibreuse du greffon pour optimiser nos résultats esthétiques en chirurgie plastique.



Le Dr Sofia AROCA (Paris), figure féminine internationale reconnue du monde de la parodontologie a fait écho au Pr De Sanctis en abordant cette fois le thème des récessions radiculaires au maxillaire.

Elle nous a présenté un brillant exposé sur les différents facteurs influençant le succès de nos procédures en chirurgie muco-gingivale : tout d'abord les facteurs liés à la technique chirurgicale tels que le design des incisions, l'épaisseur des greffons, la tension résiduelle du lambeau, le positionnement apico-coronaire du greffon, ou encore

les techniques de sutures. Puis, elle a évoqué les facteurs cliniques et anatomiques limitant le recouvrement radiculaire complet. Elle a bien insisté sur les petits détails qui font que tel ou tel geste permettra ou non d'atteindre nos objectifs.

Forte de son expérience clinique et appuyée par ses titres et travaux, elle a montré des résultats plus que probants en appliquant la technique de tunnelisation combinée ou non à des greffons auto-gènes, voire à des greffons alternatifs collagéniques.

Enfin elle nous a présenté ses pistes de recherche, pour continuer d'améliorer le taux de succès de nos procédures de recouvrement radiculaire.

“ Cette journée se devait d'être pédagogique, mais aussi suffisamment pointue et novatrice ”

A l'issue de la matinée, nous avons pu profiter d'une vingtaine de minutes de « Questions-réponses », d'échanges avec les participants, mais aussi entre les conférenciers, qui ont largement débattu sur l'importance de la qualité et de l'épaisseur du greffon, ainsi que sur leurs préférences chirurgicales, à savoir lambeau de repositionnement coronaire Versus tunnelisation.



L'après midi a repris en beauté avec l'intervention du **Pr Anton SCULEAN**, qui dirige

le département de parodontologie de la prestigieuse Université de Berne, venu nous présenter une nouvelle approche de l'utilisation d'un greffon de conjonctif enfoui sous un tunnel modifié, technique qu'il a publiée en 2018 avec ALLEN.

Il a présenté toute une série de cas cliniques aussi bien de récessions unitaires que plurales, et montrant d'excellents résultats en terme de recouvrement radiculaire. On pourrait assimiler cette technique à une variante d'un lambeau déplacé latéralement de type double papille avec apport de conjonctif, puisqu'il s'agit de rapprocher les deux berges de la récession au dessus du greffon sans nécessité de fermeture complète. Technique particulièrement intéressante dans les cas de récessions étroites et profondes à la mandibule où la muqueuse libre facilite le mouvement. Elle se révèle plus délicate à utiliser sur des récessions larges et voire quasi impossible sur les récessions maxillaires puisqu'anatomiquement plus riches en gencive attachée kératinisée très peu mobile.



Le conférencier suivant fut le **Dr Jean Marc GLISE** qui nous a présenté un sujet controversé mais d'avenir sans aucun doute en essayant de répondre à la question suivante : peut-on

régénérer le parodonte et recouvrir les récessions ?

La régénération parodontale a fait de grandes avancées ces dernières années avec l'utilisation de lambeaux d'accès minimalistes respectant la vascularisation et la stabilité du caillot sanguin, en combinaison avec l'apport des protéines dérivées de l'email (emdogain), et combinées ou non à d'autres matériaux de comblement. En effet ce cocktail semble donner des résultats spectaculaires en terme de gain d'attache, et cela même sur des dents dites condamnées selon les publications des Pr Cortellini, Tonetti, mais aussi Pr Hürzeler et Zühr.

Il n'y a pas à ce jour d'évidence claire sur le bénéfice significatif de l'adjonction de protéines dérivées de l'émail en combinaison avec nos techniques de recouvrement radiculaires utilisant des greffons. Mais les quelques résultats histologiques étudiés ont montré que l'on pouvait obtenir un néo-cément, une nouvelle attache, et non plus seulement un long épithélium de jonction.

La réponse est encore aujourd'hui incertaine et mérite toute notre attention. Enfin arriva la dernière conférencière mais pas des moindres, le **Dr Martina STEFANINI**, formée par les **Pr Zucchelli et De Sanctis**, elle est auteure et co-auteure de nombreuses publications.

Elle était la parfaite candidate pour parler du thème choisi par le **Pr MONNET CORTI**, ou comment aborder les récessions radiculaires autour des implants,

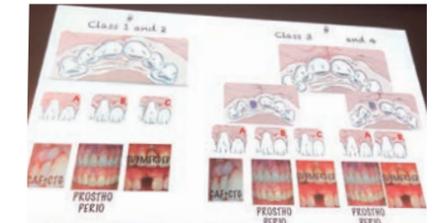
puisque'elle vient de publier en 2019 une classification des récessions tissulaires péri implantaire (Classification of facial peri-implant soft tissue dehiscence/deficiencies at single implant sites in the esthetic zone. Zucchelli G, Tavelli L, Stefanini M, Barootchi S, Mazzotti C, Gori G, Wang HL. J. Periodontology 2019).



Cette classification est basée sur 4 classes et 3 sous classes (cf Photo) qui doivent nous aider dans notre choix d'approche thérapeutique, à savoir :

- une approche parodontale chirurgicale classique en un temps ou « gold standard » (CTG + LPC), sans dépose de la couronne existante
- une approche combinée prothétique et parodontale en deux temps, d'abord modification du profil du pilier implantaire et de la couronne existante dans le but de permettre un accroissement des papilles mésiale et distale à la récession. Une fois ce résultat obtenu, il sera plus aisé de réaligner le LPC + CTG
- une approche chirurgicale d'augmentation des tissus avec enfouissement de l'implant (dépose de la couronne et du pilier existant)

Martina a ainsi parcouru sa classification d'un bout à l'autre, appuyé par une



superbe iconographie de cas cliniques qu'elle a tous réalisés et suivi pendant plusieurs années, de quoi nous donner envie de nous attaquer à ce type de traitement complexe tellement les résultats sont spectaculaires.

Enfin ce fut le moment de clôturer la journée, et c'est le Pr Virginie Monnet-Corti qui eut le mot de la fin pour remercier l'audience de son attention sans faille, mais aussi pour leurs questions pertinentes tout au long de la séance, amenant chaque fois de nouvelles réponses ou détails complémentaires aux exposés de chacun.

Nous n'avons pas encore toutes les réponses sur le recouvrement radiculaire, mais l'évolution constante de notre discipline ces dernières années, avec des résultats toujours de plus en plus prédictibles en fait un sujet passionnant.

Cette journée de master est visiblement un format qui a beaucoup plu de part sa qualité technique et l'accessibilité des orateurs. Alors pour conclure je vais citer un des participants m'interpellant à la sortie de la salle, à quand la prochaine édition...

Par Perrine BALLAND



CAS CLINIQUE présenté par le Dr Perrine Balland lors de la Master Class





CONGRÈS • ST MALO
11 au 13
JUIN

TRANSITIONS ET INNOVATIONS

2020

CONFÉRENCES

Session Vidéos :
L'innovation par l'image

Carte blanche à **TORD BERGLUNDH**
Quelles transitions pour quelles innovations

Applications cliniques des innovations :
La révolution des régions

Présidente scientifique
Corinne Lallam Paris

Président du congrès
Patrick Boulange Metz

Président SFPIO
David Nisand Paris

● Palais du Grand Large
1 Quai Duguay-Trouin,
35400 Saint-Malo

LE CONGRÈS ANNUEL DE LA SFPIO
VOUS ACCUEILLERA AU PALAIS DU GRAND
LARGE - SAINT MALO DU 11 AU 13 JUIN 2020 !

Les inscriptions sont ouvertes sur le site www.sfpio.com

PROGRAMME

“ Transitions et innovations ”

VENDREDI 12 JUIN :
9H00 - 12H30

Session Vidéos : l'innovation par l'image

VENDREDI 12 JUIN :
14H00 - 17H30

Quelles transitions pour quelles innovations ?
Tord Berglundh (Göteborg, Suède)

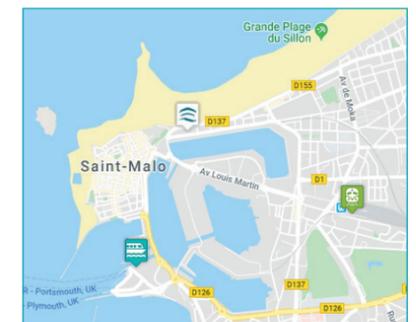
SAMEDI 13 JUIN :
9H00 - 12H30

Applications cliniques des innovations : la révolution des régions

Après un congrès 2019 organisé dans la capitale parisienne, la SFPIO nous invite à rejoindre le littoral normand dans la belle ville de Saint-Malo.



1 Quai Duguay-Trouin
Saint-Malo



Le président du congrès Patrick Boulange et la présidente scientifique Corinne Lallam nous dressent les contours de ce rendez-vous incontournable.



Patrick Boulange s'exprime sur le prochain congrès

Quels critères vous ont poussé à privilégier la ville de Saint-Malo comme lieu de congrès ?

Fin 2018, aucune société régionale ne s'était manifestée pour organiser le Congrès 2020. David Nisand a décidé que ce serait donc la structure nationale qui allait l'organiser. Lorsqu'il m'a proposé de relever le défi d'organiser le futur congrès, il m'a demandé de trouver un lieu qui répondait à notre cahier des charges. J'ai prospecté en Lorraine, ma région, mais aussi à La Rochelle et à Saint Malo. En Lorraine, Metz, Nancy et Vittelet ont été sollicitées. Après avoir étudié la configuration des palais des congrès, l'accessibilité à la ville, les infrastructures hôtelières, j'ai retenu Saint Malo.

Remettre la province à l'honneur, n'est-ce pas la traduction de l'esprit confédéral ?

Les 2 derniers congrès, 2018 et 2019, ont eu lieu à Paris. 2018 était l'année d'EuroPario, le bureau auquel j'appartenais à cette époque à décider de ne plus faire de « petits » congrès mais une journée sur un thème d'actualité. Pour des raisons d'accessibilité, cette journée a eu lieu à Paris. Le congrès 2019 a eu lieu également à Paris parce que c'était la SFPIO régionale Paris-Ile de France qui avait en charge son organisation. Le congrès 2020 est organisé par la structure nationale car aucune société régionale ne s'était présentée. Il était normal de s'écarter le Paris et de retourner en Province. La SFPIO Bretagne sera mise en avant lors de ce congrès organisé sur ses terres.

Vous présidez le prochain congrès de la SFPIO ; quel est votre état d'esprit à 6 mois de ce grand rendez-vous ?

Je suis serein. En effet, lorsque je suis allé finaliser la destination de ce congrès en février 19, j'ai été pris en charge par une équipe de l'Office du Tourisme et du Palais des Congrès très performante. J'ai ainsi pu me rendre compte sur place des lieux que j'avais présélectionnés. Ainsi sur 3 jours, j'ai pu vérifier le cahier des charges proposé par le Palais des congrès. J'ai validé les traiteurs, choisi le lieu de la soirée de bienfaisance et décidé vers quelle association nous remettrons les fonds récoltés. Habitant en Lorraine, j'ai délibérément opté pour un congrès tourné vers la mer.

Vous avez assumé durant de nombreuses années le rôle de trésorier au sein du bureau national de la SFPIO ; comment se porte aujourd'hui la société ?

Effectivement j'ai été pendant 8 ans le trésorier de notre société (de 2010 à 2018). Durant ces 8 années, je me suis efforcé de consolider notre budget. La SFPIO bénéficie de 2 sources de recettes : les recettes issues de nos partenariats avec les sociétés commerciales et les recettes issues des frais d'inscription des praticiens aux cycles de formation et au congrès annuel. Au niveau des dépenses, nous gérons les relations avec les SFPIO régionales, les frais de fonctionnement du siège qui se trouve à Nantes. Nous assumons aussi la cotisation ADF et EFP de chaque membre SFPIO. Au final, nous réussissons à dégager un petit bénéfice qui, capitalisé année après année, doit nous permettre de faire face à un congrès dans lequel aucun participant ne pourrait participer (en cas de paralysie totale des transports français par exemple). Donc, à ce jour, notre société est financièrement stable. Et j'ai toute confiance en



Patrick Boulange
Président du Congrès

Josselin Lethuillier, qui m'a succédé, pour poursuivre dans cette voie.

Peut-on déjà s'inscrire ? Y a-t-il des conditions préférentielles pour les étudiants et les jeunes diplômés ?

Effectivement, avec la stabilité financière de notre société, nous avons décidé de favoriser la venue de nos jeunes confrères en appliquant des tarifs attractifs. La vie d'une société n'est possible que par le renouvellement de ses membres, il faut donner envie aux étudiants et jeunes confrères de découvrir cette ambiance congrès. Ainsi, c'est plus de 50 % de remise pour nos jeunes confrères par rapport au tarif de base, et si en plus celui-ci fait une présentation au cours d'une des séances parallèles, l'avantage sera de 80%.

Habitant en Lorraine, j'ai délibérément opté pour un congrès tourné vers la mer

Les inscriptions sont dès à présent ouvertes soit en ligne via le site soit via le formulaire d'inscription. En conclusion, rien ne doit vous retenir pour venir à Saint Malo. La météo sera parfaite, l'ambiance festive et le programme scientifique remarquable. Au plaisir donc de vous recevoir, toutes et tous, amis de la paro et de l'implanto, à Saint Malo ces 11, 12 et 13 juin 2020.

Le programme scientifique décrit par Corinne Lallam

Chacun trouvera dans ce programme de quoi nourrir ses attentes

transmettre aussi. L'interaction entre tous ces conférenciers sera donc une source inestimable de connaissances.

A qui s'adresse ce programme : cliniciens, chercheurs, spécialistes ?

Chacun trouvera dans ce programme de quoi nourrir ses attentes. Les sujets sont très concrets et abordent un fond scientifique puissant mais ouvrant toujours sur des applications cliniques concrètes.

Pouvez-vous nous parler du titre du congrès et la raison de ce thème ?

Dans ce monde en mutations perpétuelles, les changements technologiques s'accompagnent de changements de concepts. Il faut s'adapter et changer parfois ses pratiques et c'est donc un challenge d'être toujours formé pour cela. Transitions et Innovations c'est exactement ce que nous vivons actuellement. Transitions avec l'avènement de la chaîne numérique par exemple et innovations constantes grâce à la biologie, à la recherche, aux industries. Il ne faut pas louper le virage...

Vous avez été conviée à préparer le programme scientifique du congrès national de la SFPIO. Comment réagit-on à un tel défi ?

C'est un privilège de pouvoir un jour partager cette aventure. Un mélange d'excitation et l'envie de continuer à faire de ce congrès un moment de convivialité et une formation de haut niveau.

Le panel des conférenciers est international : quel en est l'objectif ?

Cette année il y a un équilibre entre les conférenciers internationaux et nationaux car l'ouverture sur le monde apporte des façons de penser différentes, des particularités qui nous enrichissent mais nos collègues français ont beaucoup à nous



Corinne Lallam
Présidente scientifique
du Congrès

Vous pratiquez la paro exclusive à Boulogne ; vos loisirs sont consacrés à l'enseignement de la paro dans le cadre de formations continues ; est ce que la paro vous rend en retour tout ce que vous lui apportez ?

J'ai beaucoup de chance de faire ce que j'aime, de me réaliser, la paro me donne tous les jours envie d'avancer, de progresser, de partager. Au delà du plaisir de clinicienne, je trouve dans la paro une source constante d'apprentissage, d'excitation intellectuelle... et beaucoup de confrères géniaux avec qui je vis de bons moments.

Venez nous rejoindre le jeudi 11 juin 2020 à 19h00 pour la soirée pré-congrès à la Rotonde, Saint Malo avec la participation exceptionnelle du navigateur Marc Thiercelin

Réservé aux participants au congrès
Sur inscription préalable auprès de la SFPIO
contact@sfpio.com



Marc Thiercelin

LE CONGRÈS SFPIO 2020

LE PROGRAMME DU 11 AU 13 JUIN 2020

Jeudi 11 juin

Soirée pré-congrès organisée par Oral-B

Conférence du navigateur **Marc Thiercelin** suivie d'un cocktail dînatoire (Palais du Grand Large)

Vendredi 12 juin

9h15 - 10h30 / PAUSE / 11h00 - 12h30

Session Vidéos : l'innovation par l'image

- Apport du numérique en implantologie - **Ioana Datcu**
- Innovation et transition en chirurgie muco gingivale - **Virginie Monnet-Corti**
- Péri implantites et résultats à long terme - **Johan Caspar Wohlfahrt**
- Greffes osseuses 3D : indications et limites - **Romain Doliveux**

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

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



Quelles transitions pour quelles innovations ?
Carte blanche à **Tord Berglundh**
Göteborg, Suède

20h00 - SOIRÉE DE BIENFAISANCE

Dîner aux bénéfices de la SNSM
(La Demeure de Corsaire)

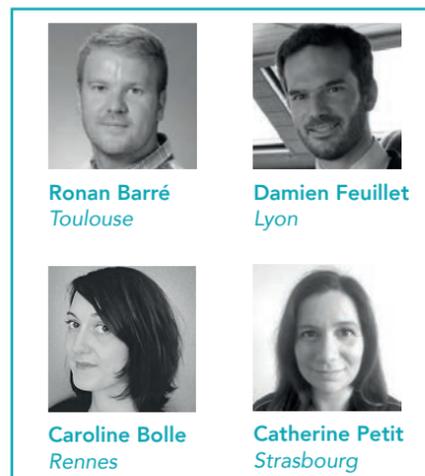
Samedi 13 juin

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

Applications cliniques des innovations : la révolution des régions

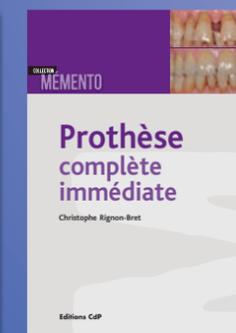
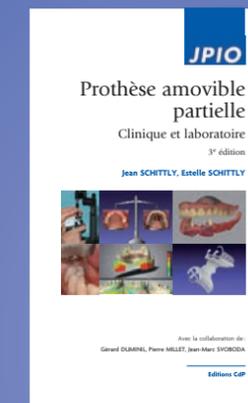
- Evaluer l'impact du stress grâce à l'analyse parodontale numérisée - **Ronan Barré**
- Matching des données 3D dans la mise en place des ancrages osseux en Orthodontie - **Caroline Bolle**
- Reconstruction de la papille : apport de la microchirurgie - **Damien Feuillet**
- Moduler la réponse inflammatoire : une stratégie innovante de régénération - **Catherine Petit**

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



Editions CdP

Découvrez nos dernières nouveautés sur **Éditions CdP.fr**



Les Éditions CdP vous donnent rendez-vous sur www.editionsmdp.fr/boutique



-5% avec le code promo **AUT019**
sur toutes les nouveautés !



LES ARTICLES DES LAURÉATS DES SÉANCES COMMUNICATIONS PUBLIÉS DANS CE NUMÉRO

Bonne lecture !



Hélène ANSERMINO - Toulouse

[Boule de Bichat versus conjonctif palatin dans le traitement des récessions gingivales](#)

H. Ansermino, P. Barthet, E. Becker, M. Kaddech, S. Laurencin

2^{ème} prix ex aequo Colgate de la séance Communication Clinique Muco-gingivale

Maha BENNANI - Paris

[La transmission intrafamiliale du Porphyromonas gingivalis. Revue systématique et métaanalyse](#)

M. Bennani, H. Rangé, V. Meuric, F. Mora, P. Bouchard, M.C. Carra

2^{ème} prix Quintessence de la Séance Communication Poster Recherche

Oriane GONDEL - Paris

[Atteinte parodontale dans un syndrome de Melkersson-Rosenthal : à propos d'un cas](#)

O. Gondel, C. Messeca, M. Biosse Duplan

2^{ème} prix Colgate de la séance Clinique Parodontologie

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

INTRODUCTION

La chirurgie plastique parodontale a pour but le recouvrement radiculaire complet des récessions gingivales (RG) jusqu'à la jonction amélo-cémentaire. Le Gold standard, qui consiste à placer un greffon conjonctif palatin sous un lambeau tracté coronairement, reste la technique de référence. Le prélèvement du tissu conjonctif palatin pose un certain nombre de problèmes : la quantité de tissu disponible devant des récessions multiples à recouvrir, et enfin les suites opératoires douloureuses. Des alternatives existent déjà, ce sont des substituts conjonctifs d'origine animale. Un autre substitut autologue pourrait être utilisé à la place du greffon palatin : La boule de Bichat. Elle est utilisée en chirurgie maxillo faciale, en chirurgie esthétique et en chirurgie dentaire (fermeture des CBS, traitement des LIR, traitement des RG). L'objectif de ce rapport de cas est d'évaluer la différence de recouvrement radiculaire des récessions obtenue avec l'utilisation d'un greffon palatin et avec l'utilisation de la boule de Bichat.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Sélection des patients

Chaque patient doit présenter au moins deux récessions gingivales de même type (type 1 ou 2), les dents doivent être vitales, sans aucunes restaurations ou caries. Les femmes enceintes, les patients fumeurs, ceux en mauvais état de santé général, et ceux avec une hygiène orale faible, sont exclus de l'étude. Deux patients ont été inclus, présentant 4 récessions comparables, soit 8 récessions gingivales au total.

Thérapeutique initiale

Pour chaque patient a été mis en place une motivation à l'hygiène buccodentaire, avec un brossage atraumatique, l'utilisation de fil dentaire et de brosette interdentaire si nécessaire.

Paramètres cliniques

La profondeur de poche, la hauteur de tissu kératinisé, la hauteur et la largeur de la récession ont été mesurées à J0 et à un an post-opératoire. Le taux de recouvrement radiculaire est alors calculé en effectuant le calcul suivant :

Procédure chirurgicale

Prélèvement d'un greffon palatin pour chaque patient avec

$$\frac{\text{RG post-opératoire} - \text{RG Pré-opératoire}}{\text{RG Pré-opératoire}} \times 100$$

ANSERMINO Hélène, Etudiante DU Parodontologie - Toulouse

BARTHET P., MCU Parodontologie - Toulouse

BECKER E., Etudiante DU Parodontologie - Toulouse

KADDECH M., Adjointe enseignement DU Parodontologie - Toulouse

LAURENCIN S., MCU Parodontologie - Toulouse



la technique de la trappe et prélèvement d'une partie de la boule de Bichat par incision de la muqueuse superficielle 1 cm au-dessus du canal de Sténon, dissection vers le haut avec les ciseaux de Metzenbaum sans fragmenter le corps adipeux, traction du tissu graisseux, dissection de ce dernier, et suture de l'incision d'accès. Mise en place des greffons sur les zones à traiter et suturer suivant les techniques décrites plus loin.

RÉSULTATS

CAS CLINIQUE 1

Traitement de 4 récessions au maxillaire sur 13 11 21 23 chez une patiente de 38 ans. Le motif de consultation est une gêne esthétique ; le biotype parodontal est fin ; secteur 1 a été mis en place un greffon de boule de Bichat et secteur 2 un greffon palatin, sur 13 et 23 ont été préparés deux lambeaux positionnés coronairement et 12 à 22 sont rejoints par un tunnel.

CAS CLINIQUE 2

Traitement de 4 récessions à la mandibule sur 43 44 33 34 chez un patient de 28 ans. Le motif de consultation est une gêne esthétique ; le biotype parodontal est fin ; secteur 4 a été mis en place un greffon de boule de Bichat et secteur 3 un greffon palatin ; deux tunnels sont réalisés de 45 à 42 et 35 à 32.

CAS CLINIQUE 1



Secteur 1



Secteur 2

CAS CLINIQUE 2



Secteur 4



Secteur 3

RR	Cas 1 : 13	Cas 1 : 11	Cas 2 : 44	Cas 2 : 43	Cas 1 : 23	Cas 1 : 21	Cas 2 : 34	Cas 2 : 33
RR Par dent	75%	100%	66%	100%	84%	100%	75%	100%
RR moyen	85% avec la boule de Bichat				90% avec le greffon palatin			

Recouvrement radiculaire par dent et Taux de recouvrement radiculaire par type de greffe

DISCUSSION

Ces résultats ont été comparés aux études actuelles. Seul un article « Non Pedicled buccal fat pad grafts to treatment for class I and II gingival recessions : A clinical trial. » correspond à notre sujet sur les 14 répertoriés. Les résultats sont en adéquation ; le Gold standard présente un recouvrement radiculaire de 87,5% et la technique avec la boule de Bichat un recouvrement de 67,5%. L'analyse esthétique a été réalisée incluant l'épaisseur, la coloration gingivale, la texture des tissus mous et la présence des papilles.

Elle ne montre pas de différence entre les deux techniques sauf dans le cas clinique 2 sur la dent 33, qui présente le meilleur score de réussite esthétique (évaluation binaire ; positif/négatif) ; par contre l'analyse de la douleur (évaluation par

le patient avec l'échelle visuelle analogique EVA) montre un meilleur confort pour le prélèvement de la boule de Bichat, par rapport au greffon palatin.

CONCLUSION

L'utilisation de la boule de Bichat est une alternative intéressante au Gold standard en terme de recouvrement radiculaire des récessions gingivales de type 1. La mise en place d'un protocole clinique rigoureux, reproductible, le traitement d'autres cas cliniques, ainsi que le suivi sur le long terme du traitement de ces récessions sont nécessaires afin de confirmer ces résultats et de proposer cette technique comme alternative viable au prélèvement palatin.

Bibliographie

- 1) Cairo F, Nieri M, pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. A systematic review. *J Clin Periodontol* 2014 ;41 Suppl 15 :S44-s62.
- 2) Baton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman K et Coll. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions introduction and key changes from the 1999 classification. *J periodontol* 2018;89 (suppl):S1-S8
- 3) Bichat, X. Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. Paris, FR. Bross. Gabon Cie (1802)
- 4) Glossary of periodontal terms. 3rd ed. Chicago: The American of Periodontology ; 1992. American Academy of Periodontology (AAP)
- 5) Deliberador TM, Trevisani CT, Storrer CL, Santos FR, Zielak JC, de Souza Filho CB, Alfredo E, Giovanini AF. Non Pedicled buccal fat pad grafts to treatment for class I and II gingival recessions : A clinical trial. *Braz Dent J*. 2015 Nov-Dec ;26(6) :527-9
- 6) D. Deepa and K. V. Arun Kumar. Clinical evaluation of Class II and Class III gingival recession defects of maxillary posterior teeth treated with pedicled buccal fat pad: A pilot study *Dent Res J (Isfahan)* 2018 Jan-Feb; 15(1): 11–16.
- 7) Harpreet Singh Grover, Sagrika Shukla, Ashi Chug, Kuldeep Singh. Root coverage with buccal fat pad placed on restored cervical abrasion: Case report with three-year follow-up. *J Indian Soc Periodontol*. 2018 Mar-Apr; 22(2): 182–186.
- 8) Fares Kamal Kablan. The Reliability of Free Buccal Fat Graft for Treatment of Severe Gingival Recessions at Mandibular and Maxillary Exposed Roots. *Ann Maxillofac Surg*. 2018 Jul-Dec; 8(2): 281–286.
- 9) Fares Kablan. The use of Buccal fat pad free graft in regenerative treatment of periimplantitis: A new and predictable technique. *Ann Maxillofac Surg*. 2015 Jul-Dec; 5(2): 179–184.
- 10) Becker Elsa. Le corps adipeux de la bouche dans le traitement des récessions gingivales multiples, proposition d'un protocole de recherche clinique. Thèse 2017 TOU3 3052.

CRINEX

La qualité professionnelle au service de l'hygiène bucco-dentaire

POUR UN NETTOYAGE INTERDENTAIRE OPTIMAL



Flexibles

PHB plus
pour les zones les plus éloignées.
Existe en 6 tailles.
PHD* de 2 à 6 mm

Rigides

interprox.
pour tous les espaces interdentaires de la bouche.
Existe en 8 tailles.
PHD* de 0,6 à 2,2 mm

interprox plus
pour un meilleur nettoyage des zones postérieures et latérales.
Existe en 9 tailles.
PHD* de 0,6 à 2,7 mm

Coudées à 90°

* Passage Hole Diameter : espace interdentaire

LA TRANSMISSION INTRAFAMILIALE DU PORPHYROMONAS GINGIVALIS

Revue systématique et méta-analyse

INTRODUCTION ET OBJECTIF

La maladie parodontale est une maladie dysbiotique inflammatoire d'origine infectieuse. Le rôle de la transmission du *Porphyromonas gingivalis* (Pg) entre individus et son impact sur les mécanismes étiopathogéniques de développement des maladies parodontales reste peu connu. Le but de cette revue systématique et de cette méta-analyse est d'évaluer la probabilité d'une transmission intra-familiale de Pg.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une recherche systématique de la littérature a été effectuée dans les différentes bases de données jusqu'en septembre 2018. Les articles évaluant la transmission du Pg entre membres d'une même famille ont été examinés. Toutes les méthodes de prélèvements et de détection bactérienne ont été incluses. Au total, 26 articles publiés entre 1993 et 2017 répondaient aux critères d'inclusion. Parmi ceux-ci, 18 articles ont été inclus dans la méta-analyse.

RÉSULTATS

La transmission horizontale entre partenaires vivants en couple lorsque la détection est réalisée au moyen de la culture et l'amplification en chaîne polymérase, le partenaire d'un sujet porteur de Pg présente également le microorganisme dans 31% à 85% des cas. En revanche, lorsque le génotypage est appliqué, ce pourcentage est réduit mais varie tout de même entre 0% à 66% des cas.

Lorsque le génotypage concerne la protéine d'adhésion fimbria A, 42% à 70% des couples présentent le même type de fimbria est c'est principalement le fimbria de type 2 qui est retrouvé, celui-ci est incriminé dans les maladies parodontales les plus sévères.

La transmission verticale entre parent/enfant lorsque la culture est appliquée, et lorsqu'un des parents est porteur du Pg, dans 2% à 70% des cas au moins un enfant présente également du Pg.

BENNANI Maha, Université Paris Diderot - Paris

RANGÉ H., MORA F., BOUCHARD P., CARRA M.-C., Université Paris Diderot - Paris

MEURIC V., U-1241 Inserm - Inra - Université de Rennes 1 - Paris



DISCUSSION

Les résultats suggèrent que la probabilité de détecter le Pg au sein d'une même famille n'est pas négligeable, lorsqu'un des membres en est porteur. En effet, comme cela a été observé pour d'autres microbiotes, tel que le microbiote cutané ou intestinal, la famille a un effet important sur la composition de la communauté microbienne humaine, les membres d'une famille cohabitant ensemble ont tendance à héberger un microbiote similaire (Song et al., 2013, Stahring et al., 2012, Kilian et al., 2016). Cependant, les études rapportent des probabilités de transmission du Pg qui sont très variables. La variabilité observée pourrait être expliquée de plusieurs manières.

Les études concernent des populations différentes, ainsi que des environnements socio-économique différents. Les méthodes de détection appliquées n'ont pas la même sensibilité ni la même spécificité. La Comparaison des études est également à prendre avec précaution, puisque les articles sont publiés sur une période de 24 ans et donc les résultats rapportés ont comme limites les moyens de détection de l'époque.

La variabilité des résultats est également liée au fait que la transmission bactérienne ne conduit pas nécessairement à une colonisation persistante atteignant des niveaux détectables de l'agent pathogène (Van Winkelhoff et Boutaga, 2005).

En effet, la probabilité de transmission semble être directement liée à la charge bactérienne dans la salive, avec un risque plus élevé de colonisation chez le receveur pour des charges bactériennes plus importantes (Asikainen et Chen, 1999, von Troil-Lindén et al., 1995a).

IMPLICATIONS CLINIQUES DE LA TRANSMISSION DE PORPHYROMONAS GINGIVALIS

Si une transmission intrafamiliale de Pg est possible, la question reste de savoir si la transmission de Pg peut affecter la santé parodontale des personnes colonisées. Certaines études ont montré que l'état du parodonte des conjoints de patients présentant une parodontite sévère était plus atteint que celui des conjoints d'individus en bonne santé parodontale (Von Troil-Lindén et al., 1995b). D'autres auteurs n'ont pas démontré que l'état parodontal du conjoint était influencé par celui du partenaire (Petit et al., 1994, Tuite-McDonnell et al., 1997). La transmission de Pg d'un individu à un autre ne se traduit pas nécessairement par une colonisation stable et une atteinte parodontale. Il peut persister un équilibre du microbiote de l'hôte malgré la transmission transitoire de Pg, en particulier chez les individus en bonne santé parodontale. Cependant, nous pouvons considérer la transmission de Pg comme un facteur de risque potentiel, puisque c'est un pathogène clé, impliqué dans l'initiation, la progression, la récurrence des maladies parodontales ainsi que dans les maladies péri-implantaires (Hajishengallis et al., 2012, Zhuang et al., 2016).

Pg peut éventuellement aussi être transmis des parents aux enfants. Cela soulève une autre question importante: une transmission précoce augmente-t-elle les risques d'une colonisation permanente et d'un développement des maladies parodontales chez les enfants? Une étude évaluant l'influence de l'état parodontal de la mère sur la prévalence d'agents pathogènes parodontaux chez les nouveau-nés (âgés de 3 mois) a montré que Pg était l'agent pathogène le plus fréquemment observé chez les nouveau-nés de mères atteintes de maladie parodontale, suivis par d'autres bactéries parodontales (*P. intermedia*, *T. forsythia*, *C. rectus* et *A. actinomycetemcomitans*) (Aquino et al., 2010). Ils ont conclu que l'état parodontal de la mère était un indicateur significatif du type de colonisation bactérienne chez le nouveau-né.

Si la colonisation se produit chez les jeunes enfants, elle semble être composée uniquement de la souche Pg du ou des parents, qui n'est que transitoire, alors qu'elle devient plus stable à l'adolescence, éventuellement à mesure que des poches plus profondes se développent (Lamell et al., 2000).

CONCLUSION

Les résultats suggèrent que la probabilité de transmission de Pg au sein de membres d'une même famille n'est pas négligeable. Le dépistage et l'application de méthodes de prévention personnalisées sont à envisager dans l'évaluation du risque individuel de la maladie parodontale.

Bibliographie

- Aquino, D. R., Franco, G. C. N., Cortelli, J. R., Costa, F. O., Scherma, A. P. & Cortelli, S. C. (2010) The impact of the maternal's periodontal status on the detection of periodontal pathogens in newborn children. *Revista Odonto Ciência* 25, 333-338. doi:10.1590/S1980-65232010000400002.
- Asikainen, S. & Chen, C. (1999) Oral ecology and person-to-person transmission of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas gingivalis*. *Periodontology* 2000 20, 65-81.
- Hajishengallis, G., Darveau, R. P. & Curtis, M. A. (2012) The keystone-pathogen hypothesis. *Nature Reviews. Microbiology* 10, 717-725. doi:10.1038/nrmicro2873.
- Kilian, M., Chapple, I. L., Hannig, M., Marsh, P. D., Meuric, V., Pedersen, A. M., Tonetti, M. S., Wade, W. G. & Zaura, E. (2016) The oral microbiome - an update for oral healthcare professionals. *Br Dent J* 221, 657-666. doi:10.1038/sj.bdj.2016.865.
- Lamell, C. W., Griffen, A. L., McClellan, D. L. & Leys, E. J. (2000) Acquisition and colonization stability of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas gingivalis* in children. *Journal of Clinical Microbiology* 38, 1196-1199.
- Petit, M. D., van Steenberghe, T. J., Timmerman, M. F., de Graaff, J. & van der Velden, U. (1994) Prevalence of periodontitis and suspected periodontal pathogens in families of adult periodontitis patients. *Journal of Clinical Periodontology* 21, 76-85.
- Song, S. J., Lauber, C., Costello, E. K., Lozupone, C. A., Humphrey, G., Berg-Lyons, D., Caporaso, J. G., Knights, D., Clemente, J. C., Nakielny, S., Gordon, J. I., Fierer, N. & Knight, R. (2013) Cohabiting family members share microbiota with one another and with their dogs. *Elife* 2, e00458. doi:10.7554/eLife.00458.
- Stahring, S. S., Clemente, J. C., Corley, R. P., Hewitt, J., Knights, D., Walters, W. A., Knight, R. & Krauter, K. S. (2012) Nurture trumps nature in a longitudinal survey of salivary bacterial communities in twins from early adolescence to early adulthood. *Genome Res* 22, 2146-2152. doi:10.1101/gr.140608.112.
- Tuite-McDonnell, M., Griffen, A. L., Moeschberger, M. L., Dalton, R. E., Fuerst, P. A. & Leys, E. J. (1997) Concordance of *Porphyromonas gingivalis* colonization in families. *J Clin Microbiol* 35, 455-461.
- Van Winkelhoff, A. J. & Boutaga, K. (2005) Transmission of periodontal bacteria and models of infection. *Journal of Clinical Periodontology* 32 Suppl 6, 16-27. doi:10.1111/j.1600-051X.2005.00805.x.
- von Troil-Lindén, B., Torkko, H., Alaluusua, S., Jousimies-Somer, H. & Asikainen, S. (1995a) Salivary levels of suspected periodontal pathogens in relation to periodontal status and treatment. *Journal of Dental Research* 74, 1789-1795. doi:10.1177/00220345950740111201.
- Von Troil-Lindén, B., Torkko, H., Alaluusua, S., Wolf, J., Jousimies-Somer, H. & Asikainen, S. (1995b) Periodontal findings in spouses. A clinical, radiographic and microbiological study. *Journal of Clinical Periodontology* 22, 93-99.
- Zhuang, L.-F., Watt, R. M., Mattheos, N., Si, M.-S., Lai, H.-C. & Lang, N. P. (2016) Periodontal and peri-implant microbiota in patients with healthy and inflamed periodontal and peri-implant tissues. *Clinical Oral Implants Research* 27, 13-21. doi:10.1111/clr.12508.



Les apparences sont parfois trompeuses

Pour vos patients. Pour votre cabinet. N'utilisez que des composants authentiques.

Zimmer Biomet propose une gamme complète de solutions dentaires de haute qualité avec laquelle les systèmes génériques qui contrefont nos droits de propriété intellectuelle, ne peuvent rivaliser.

Il y a peut-être une certaine ressemblance, mais c'est la qualité et le caractère innovant de nos systèmes d'implants et de nos piliers prothétiques qui fixent les normes dans le secteur industriel dentaire.

Notre savoir-faire, associé à nos droits protégés, est ce qui nous différencie des imitations disponibles sur le marché.

Assurez-vous de choisir des piliers et des composants prothétiques authentiques Zimmer Biomet.

Systèmes d'implants et de piliers authentiques Zimmer Biomet. Appelez le **+33(0)1-45 12 35 35**

Sauf indication contraire, comme indiqué ici, toutes les marques déposées sont la propriété de Zimmer Biomet et tous les produits sont fabriqués par une ou plusieurs des filiales dentaires de Zimmer Biomet Holdings, Inc., distribués et commercialisés par Zimmer Biomet Dental (et, dans le cas de la distribution et de la commercialisation, par ses partenaires de commercialisation). Pour plus d'informations sur le produit, veuillez consulter l'étiquette individuelle ou la notice du produit. L'autorisation et la disponibilité des produits peuvent être limitées dans certains pays ou certaines régions. Ce document s'adresse uniquement aux praticiens et n'a pas pour objectif de fournir un avis médical ou des recommandations. Ce document ne doit pas être dupliqué ni réimprimé sans l'autorisation écrite expresse de Zimmer Biomet Dental. ZB0591FR RÉV. A 06/18 ©2018 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.

 **ZIMMER BIOMET**
Your progress. Our promise.

ATTEINTE PARODONTALE DANS UN SYNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL

À propos d'un cas

INTRODUCTION

Le syndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR) est une maladie assez rare, retrouvée davantage chez les femmes, dont on ne connaît pas l'étiologie et dont l'incidence est estimée à 0,08% (Wehl and Rauchenzauner 2018). Cliniquement, les signes de la maladie sont un œdème facial récurrent, une paralysie faciale récidivante et une langue plicaturée (Hornstein 1997). L'évolution du syndrome peut se faire sur plusieurs années avec des périodes d'activités et de rémissions et l'arrivée successive des différents signes. La triade est souvent incomplète et peut s'accompagner de signes mineurs tels qu'une asthénie intense ou des adénopathies. Histologiquement, il existe des granulomes giganto-épithélioïdes sans nécrose caséuse, associés à un infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire modéré, dont la caractéristique est d'être profond (parfois au contact des fibres musculaires) et d'avoir un tropisme vasculaire. Le diagnostic différentiel est celui de la sarcoïdose et de la maladie Crohn. A ce jour, s'il n'existe pas de traitement de référence, plusieurs thérapeutiques sous forme de stéroïdes ou de cortisone semblent présenter de bons résultats.

A PROPOS D'UN CAS



Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 43 ans, consultant en urgence au service de Médecine Bucco-Dentaire pour un œdème associant le fond du vestibule en regard des incisives maxillaire et la lèvre supérieure. Une radiographie panoramique montre une alvéolyse horizontale généralisée sévère associée à plusieurs lésions infra-osseuses. Le diagnostic de cellulite d'origine parodontale est posé, les poches des incisives maxillaires sont débridées et la patiente traitée par Dalcine et Métronidazole pendant 6 jours pour cause d'allergie à la pénicilline. Elle est également adressée en consultation de parodontie la semaine suivante. Au cours de cette consultation, nous constatons que le traitement a permis la résolution du comblement vestibulaire mais pas de la macrochélie. La patiente se déclare être en bonne santé, mais l'examen clinique montre un œdème facial, labial et palpébrale persistant, ainsi

GONDEL Oriane, Interne en Médecine Bucco-Dentaire, Service de médecine bucco-dentaire, Hôpital Bretonneau, AP-HP, Paris

MESSECA C., Praticien hospitalier, consultation d'odontologie, service de médecine bucco-dentaire, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris

BIOSS DUPLAN M., MCU-PH en parodontologie, Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes & Service de Médecine buccodentaire, Hôpital Bretonneau, AP-HP, Paris



qu'une langue plicaturée. La patiente rapporte deux épisodes de paralysie faciale d'allure périphérique à bascule (droite en 2001 pendant trois mois et gauche en 2005 pendant deux semaines) constatées le matin au réveil. Sur le plan parodontal, l'œdème gingival est généralisé, avec une perte du feston, une modification de la couleur, la présence de suppuration dans les 4 secteurs. Des gingivorragies spontanées sont observées. Une prise en charge parodontale débute dans le service.



Situation clinique intrabuccale initiale



Compte tenu du tableau clinique, la patiente est ensuite adressée dans le service de Médecine Interne de l'hôpital pour suspicion d'un SMR. Une biopsie labiale, un examen ophtalmologique, une TDM thoraco-abdomino-pelviene et PET-TDM ainsi qu'une prise en charge en dermatologie confirme le diagnostic.

SMR ET MALADIES PARODONTALES

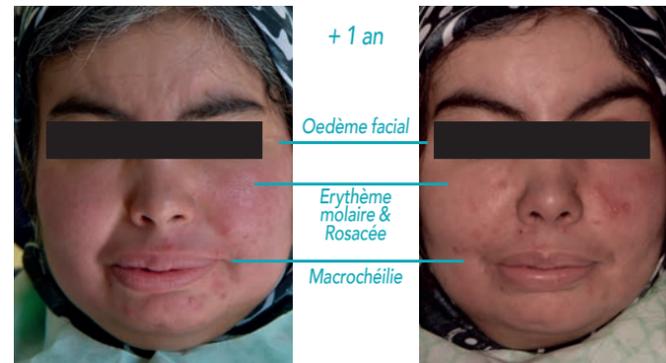
L'analyse de littérature montre que des manifestations parodontales ont déjà été rapportées dans le cadre d'un SMR, principalement des hyperplasies mais également des abcès parodontaux et des parodontites (Worsaae and Pindborg 1980), (Lourenço et al. 2008) et (Elias et al. 2013). Ces derniers mettent en évidence que ces manifestations parodontales sont fréquentes. Elles sont retrouvées selon les études chez 14 à 43% des patients. De plus Worsaae et Pindborg (Worsaae and Pindborg 1980) rapporte que l'hyperplasie gingivale a été le premier symptôme chez 3 patients sur 6. La douleur gingivale peut également être le premier symptôme de la maladie (Elias et al. 2013).

Par ailleurs, il est probable que cet infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire retrouvé au niveau des tissus mous touche également le parodonte et contribue à la perte d'attache.

Situation clinique à 1 an
Evolution œdème facial et parodonte



Situation clinique exobuccale à 1 an



Trois auteurs, (Takeshita et al. 1995), (Sasaki et al. 2011) et (Kano et al. 2015), chez des patients qui présentaient une chéilite granulomateuse associée à une parodontite, observent une résolution complète des symptômes après la thérapeutique parodontale. Ils concluent que la macrochéilie avec infiltrat histiocytaires serait une conséquence de l'inflammation chronique liée à la parodontie.

Nos observations pourraient confirmer cette hypothèse. Chez notre patiente, aucun traitement systémique pour le syndrome de Melkersson-Rosenthal n'a été mis en place, pendant la première année de la prise en charge parodontale. Pourtant, nous avons pu observer une résolution notable des symptômes du SMR. L'œdème facial, l'érythème molaire et la rosacée ont nettement diminué. Nous avons noté également une nette amélioration de la macrochéilie associée au retour de l'arc de cupidon au niveau de la lèvre supérieure.

CONCLUSION

Nous rapportons une association forte entre le syndrome de Melkersson – Rosenthal et les maladies parodontales. Les manifestations parodontales pourraient précéder les symptômes cliniques. Devant la triade paralysie faciale récidivante/ œdème facial et macrochéilie/ langue plicaturée, et dans un contexte de parodontie, il convient d'évoquer le syndrome

de Melkersson-Rosenthal. Le traitement parodontal permettrait une amélioration des symptômes cliniques extra oraux et pourrait être une thérapeutique complémentaire du syndrome. Une évaluation parodontale systématique des patients présentant un SMR pourrait être mise en place.

Bibliographie

1. Elias MK, Mateen FJ, Weiler CR. The Melkersson-Rosenthal syndrome: a retrospective study of biopsied cases. *J Neurol.* 2013 Jan;260(1):138–43.
2. Hornstein OP. Melkersson-Rosenthal syndrome—a challenge for dermatologists to participate in the field of oral medicine. *J Dermatol.* 1997 May;24(5):281–96.
3. Kano S, Kurimoto S, Ito A, Yoshida Y, Yamamoto O. Granulomatous cheilitis with intralymphatic histiocytosis possibly associated with calcium deposition caused by chronic inflammation owing to dental metals and periodontitis. *J Dermatol.* 2015 Jan;42(1):84–6.
4. Lourenço SV, Lobo AZC, Boggio P, Fezzi F, Sebastião A, Nico MMS. Gingival manifestations of orofacial granulomatosis. *Arch Dermatol.* 2008 Dec;144(12):1627–30.
5. Sasaki R, Suzuki K, Hayashi T, Inasaka H, Matsunaga K. Improvement of Cheilitis granulomatosa after Dental Treatment. *Case Rep Dermatol.* 2011 May;3(2):151–4.
6. Takeshita T, Koga T, Yashima Y. Case report: cheilitis granulomatosa with periodontitis. *J Dermatol.* 1995 Oct;22(10):804–6.
7. Wehl G, Rauchenzauner M. A Systematic Review of the Literature of the Three Related Disease Entities Cheilitis Granulomatosa, Orofacial Granulomatosis and Melkersson - Rosenthal Syndrome. *Curr Pediatr Rev.* 2018;14(3):196–203.
8. Worsaae N, Pindborg JJ. Granulomatous gingival manifestations of Melkersson-Rosenthal syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980 Feb;49(2):131–8.

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

L'INNOVATION POUR PRÉSERVER LE BIOFILM ET L'ÉCOSYSTÈME BUCCAL

> BUCCOFilm[®] Dentifrice microbiotique

Dentifrice composé de 15 ingrédients d'origine naturelle dont 3 actifs brevetés, pour préserver l'environnement buccal.

> BUCCOFilm[®] PROBIORegul[®]

Complexe symbiotique pour moduler le microbiote buccal.

> BUCCOFilm[®] Complexe 19

Complexe phyto-nutritionnel pour maintenir l'écosystème buccal.

FORMULÉS SPÉCIFIQUEMENT POUR LES DENTISTES ET LES PROFESSIONNELS SPÉCIALISÉS EN PARODONTIE DANS LE CADRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES ASSOCIÉS.

BUCCOFilm
BIOFILM & SANTÉ BUCCALE

Laboratoire Nutravance - 26, Grande Rue - 39210 VOITEUR - Tél. 03 84 24 97 50 - contact@buccofilm.fr
medical.nutravance.fr - buccofilm.fr

SE FORMER À LA NOUVELLE CLASSIFICATION DES MALADIES PARODONTALES

La séance de l'ADF consacrée à la nouvelle classification des maladies parodontales a été un grand succès tant par la qualité des intervenants qu'au regard de sa fréquentation. Pour celles et ceux n'ayant pu participer à cette conférence dont les intervenants étaient rappelés le Mariano Sanz et Marjolaine Gosset, nous vous proposons l'article de synthèse publié dans DentalTribune en préambule à cette séance

INTRODUCTION

Il serait erroné de considérer la nouvelle classification des maladies parodontales (NCMP) comme une remise en question des précédentes classifications. Bien au contraire, il faut considérer cette nouvelle formulation comme une évolution logique de la classification proposée en 1999 par Armitage [1] basée sur de nouveaux éléments de preuve accumulés durant toutes ces années. Cet article nous donne l'opportunité de passer en revue avec la NCMP d'une part, les différentes formes que peut relever le parodonte, sain ou malade, et d'autre part d'entrer dans le détail de la nouvelle terminologie des parodontites associées à une dysbiose orale [2].

LES DIFFÉRENTES FORMES DE PARODONTITES

Les auteurs de la NCMP se sont interrogés sur la définition à donner à un parodonte sain : la zone sulculaire étant en effet constamment le siège d'une présence microbienne, un parodonte même cliniquement sain ne peut être indemne de réaction inflammatoire [3]. Pourtant, une **gingivite sera considérée saine** en l'absence de perte d'attache, en l'absence de poches supérieures à 3mm, en l'absence de destruction osseuse radiographiquement objectivable, et si moins de 10% des sites présentent un saignement au sondage (Figure 1) ; la présence d'un nombre de sites saignant au sondage supérieur à 10% caractérise une gingivite ; elle est dite localisée si elle concerne de 10 à 30% des sites, et généralisée au-delà. La même classification peut être associée à un parodonte réduit, c'est-à-dire présentant une perte d'attache, ou après traitement d'une parodontite, dans ces deux derniers cas, une alvéolyse peut être présente.

Ces atteintes gingivales sont induites par la plaque bactérienne ; on leur oppose des pathologies gingivales liées à des modifications hormonales, des facteurs systémiques ou d'origine médicamenteuse, elles-mêmes aggravées en présence de plaque (gingivite gravidique d'origine hormonale, hyperplasie gingivale due à la prise d'immunosuppresseurs...).

A ces atteintes superficielles du parodonte s'ajoutent des formes plus invasives, les parodontites. Celles-ci peuvent être particulièrement invalidantes, comme **les maladies parodontales nécrosantes**, ou résulter d'**affections systémiques** aux conséquences extrêmement variables.

Si les atteintes superficielles du parodonte ne représentent que 10% des atteintes parodontales, les formes modérées avec 80% des situations représentent la majorité de nos patients, et 10% présentent des parodontites sévères. La NCMP apporte un nouvel éclairage sur ces deux entités classées jusqu'il y a peu de temps en parodontites chroniques et agressives.

Yves REINGEWIRTZ
SFPIO Alsace

Service de Parodontologie, HUS Strasbourg

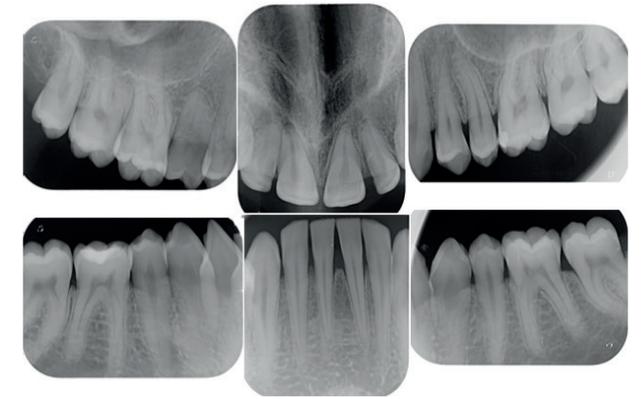


Figure 1 : Jeune homme de 24 ans.

État de **santé gingivale** :

Absence de signes inflammatoires au niveau gingival, de poche et de résorption osseuse

Récessions tissulaires en regard de 16, 24, 26, 34, 36, 44 ; absence de perte d'attache interproximale, Classe I de Cairo



LES PARODONTITES ASSOCIÉES À UNE DYSBIOSE ORALE

Pathologies inflammatoires d'origine bactérienne, les parodontites trouvent leur origine dans le déséquilibre s'installant entre les bactéries de la plaque et les défenses de l'hôte. Le diagnostic est posé sur la base de trois informations, les mesures de la profondeur des poches réalisées avec **une sonde parodontale**, l'analyse des **clichés radiographiques** complets pour l'évaluation des destructions osseuses et la **rapidité d'évolution** de la maladie.

Il convient lors de l'établissement du diagnostic de se protéger d'erreurs liées à des atteintes relevant d'autres étiologies, traumatique (fractures radiculaire), infectieuses (lésions d'origine endodontique), anatomiques (défauts siégeant en distal de la seconde molaire et résultant de la présence d'une dent de sagesse enclavée) ou iatrogènes (obturations débordantes sous-gingivales).

La présence de **deux sites non adjacents** sondant à une profondeur supérieure ou égale à 4mm et de 10% des sites saignant au sondage confirme le diagnostic de parodontite. La NCMP va la caractériser sur la base d'une classification associant stades et grades.

PARODONTITES, CLASSIFICATION PAR STADES ET GRADES

Le **stade** de la parodontite caractérise sa sévérité et sa complexité.

La **sévérité** est basée sur l'évaluation de la perte d'attache, de la destruction osseuse et sur l'anamnèse parodontale des pertes dentaires. La **complexité** concerne la présence et l'évaluation des profondeurs de poche, de lésions furcatoires ou de défauts infra-osseux, de mobilités dentaires, de traumatismes occlusaux secondaires, de perte de calage avec affaissement occlusal, de migrations, de destructions terminales, ou l'absence de 10 couples en occlusion. La parodontite est dite localisée lorsque moins de 30% des dents sont atteintes, généralisée au-delà.

On distingue 4 stades, I, II, III et IV. Il est essentiel de différencier les deux premiers stades, dont les prises en charge thérapeutiques font appel à des techniques simples et non chirurgicales, des deux derniers dont les traitements sont complexes, fréquemment chirurgicaux et moins prédictibles. Pour Tonetti [4], cette distinction entre stades I et II vs III et IV se base sur la perte d'attache (PA), la destruction osseuse (DO) et la présence de furcations. Si la perte d'attache est comprise entre 3 et 5mm, la présence de furcations II et III ou l'anamnèse parodontale des pertes dentaires va déplacer le stade I et II vers un stade III ou IV. Une perte d'attache supérieure à 5mm associée à une destruction osseuse atteignant le 1/3 radulaire médian traduit la présence d'un stade III ou IV.

Les 4 stades peuvent ainsi être schématiquement divisés en Stade I (PA 1-2mm ; DO < 15%) ; Stade II (PA 3-4mm : DO entre 15 et 33%) ; Stade III (PA ≥ 5mm ; DO 1/3 moyen radulaire ou au-delà ; nombre de dents absentes ≤ 4) ; Stade IV (PA ≥ 5mm ; DO 1/3 moyen radulaire ou au-delà ; nombre de dents absentes > 4 ; absence de 10 couples en occlusion ; perte de calage avec affaissement occlusal, présence de migrations, de destructions terminales ou de sites d'édentation fortement résorbés).

Figure 2 : Jeune femme 33 ans
Absence de pathologie systémique et de tabac
Bonne qualité d'hygiène

Stade III : - Carte parodontale : 34 poches sondent à 5 mm et plus
- Status radiographique : Nombreux défauts infra-osseux atteignant ou dépassant le 1/3 moyen radulaire

Grade C : Ratio destruction osseuse/âge : 2 (12 est la dent la plus atteinte et sert de référence; résorption atteignant les 2/3; ratio 66/33 = 2)



A chaque stade peut être affecté un **grade**, véritable aide au pronostic de la parodontite. Trois grades A, B et C sont déterminés selon la vitesse d'évolution de la parodontite ou selon la présence de facteurs de risques reconnus comme le tabac ou le diabète.

La **vitesse de progression** de la maladie est appréciée sur une période de 5 ans ; les grades A, B ou C se distinguent respectivement par une absence de progression, ou une progression inférieure ou supérieure à 2mm. Les grades A et B sont hissés au grade C en cas de patient fumeur ou présentant un diabète.

Le grade C est associé à un sujet consommant plus de **10 cigarettes par jour** ou présentant un diabète avec une **hémoglobine glyquée (HbA1c) supérieure à 7,0**. Le grade B peut être retenu en cas de consommation inférieure à 10 cigarettes ou d' HbA1c inférieure à 7,0.

On n'a pas toujours à disposition les documents (carte parodontale, status radiographique) permettant d'évaluer la vitesse de progression de la parodontite. On évaluera dans ce cas le **ratio destruction osseuse/âge**, la dent la plus atteinte

étant retenue pour cette évaluation. Les grades A, B ou C sont ainsi associés respectivement à un ratio <0,25 ; 0,25 – 1,0 ; >1 (Figure 2). Les grades A et B sont hissés au grade C en cas de patient fumeur ou présentant un diabète.

CONCLUSION

Reprenant les grandes lignes des classifications précédentes, la nouvelle classification des maladies parodontales doit être considérée comme un progrès utile dans la communication tant au sein du monde scientifique et de ses publications qu'au niveau de la relation praticiens-patients. Les praticiens doivent se dessaisir progressivement des traditionnelles notions de parodontites chroniques ou agressives, dénuées de réelles assises biologiques, pour se rapprocher de ce nouveau système basé sur une classification par stades chronologiques en rapport avec la sévérité et la complexité de la parodontite, et mieux qualifié, se déclinant en grades, incluant une place prépondérante à trois facteurs décisifs au niveau thérapeutique et pronostic, le tabac, le diabète et la vitesse d'évolution de la parodontite.

Bibliographie

1 Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999 Dec ;4(1) :1-6

2 Struillou X, Nisand D, Rangé H, Gosset M La nouvelle classification de Chicago. *Objectif Paro.* 2019;49:26-29.

3 Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium : consensus report of workgroup 1 of the TE, 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions. *J*

Periodontol. 2018 ;89(Suppl 1):S74-S84.
4 Tonetti MS, Sanz M Implementation of the new classification of periodontal diseases : Decision-making algorithms for clinical practise and education. *J Clin Periodontol.* 2019 ;46 :398-405.

PHILIPS
sonicare

ProtectiveClean

ProtectiveClean

Elimine jusqu'à 7 fois plus de plaque** tout en restant doux pour les gencives.

Pour plus d'informations, connectez-vous sur : www.dentiste.philips.fr ou contactez notre numéro vert : 0 800 710 580.



Capteur de pression

Un accompagnement pour une expérience tout en douceur

Enlève jusqu'à 7x plus de plaque dentaire**

Signal de remplacement de la tête de brosse

innovation  you*

*Innovation et vous. **Par rapport à une brosse à dents manuelle.

FREIN PATHOLOGIQUE :

Etiologie et prise en charge thérapeutique

RÉSUMÉ

Les problèmes liés aux freins et à leurs insertions sont décrits dans la troisième catégorie de la nouvelle classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires, 2017 : « **Autres atteintes parodontales** ^[1] » (Altérations mucogingivales ^[1,2] : insertion musculaire aberrante ^[2]) « **Consensus des groupes de travail du séminaire international EFP et AAP. CHICAGO, 2017** ».

Deux types de frein peuvent parfois être source de complications chez l'enfant et l'adolescent: le frein labial et le frein lingual. **La frénectomie** est le terme employé en chirurgie plastique parodontale pour désigner l'élimination chirurgicale totale d'un frein ^[3]. Ces techniques concernent ^[3] :

- Les freins labiaux
- Le frein lingual

Les indications de ce type d'intervention vont découler immédiatement de l'impact d'un frein pathologique soit sur les fonctions orofaciales, sur la croissance des maxillaires, sur le parodonte ou sur les autres thérapeutiques. Ces indications seront posées après un examen clinique minutieux à l'aide de :

- **l'échelle de Hazelbaker** ^[4,5,6,7,8] pour l'évaluation fonctionnelle du frein lingual chez le nourrisson.
- **la classification morphologique de l'ankyloglossie de Kotlow et al.** ^[7,8,9] complétée par les critères cliniques et fonctionnels proposés par **Génovaie et Olivi**, 2011^[9], chez l'enfant et l'adolescent, pour le frein lingual.
- **la classification de Placek et al.** pour diagnostiquer une situation pathologique du frein labial ^[2,10].

INTRODUCTION

Le frein est un repli membraneux comprenant un ensemble de fibres, il est tendu entre deux structures anatomiques. Il y a deux types de frein susceptibles de causer des problèmes chez l'enfant et l'adolescent : **le frein lingual et le frein labial**.

FREIN LINGUAL

Le frein de la langue est une mince pellicule membraneuse du sillon alvéolo-lingual antérieur, qui relie la face ventrale de la langue au plancher buccal ^[7,9].

Il convient de connaître les structures nobles en relation avec le frein lingual afin d'identifier les possibles risques anatomiques en cas d'intervention chirurgicale à ce niveau ^[7,11].

DR OUNNACI Hassina, Assistante spécialiste en parodontologie. C.H.U. Nedir Med. Algérie



La présence d'un frein anormalement court impose une limitation des mouvements volontaires de la langue et peut être à l'origine de malformations maxillo-faciales ainsi qu'à une perturbation de certaines fonctions orofaciales ^[4,7,9,11]. Dans certains cas le frein lingual empiète sur la gencive libre des incisives inférieures et interfère avec l'élimination de la plaque sur leurs faces linguales ^[3,7].

Le terme de **brièveté du frein** ^[12] de la langue est la traduction d'usage en français du mot **anglais tongue-tie** dont l'adjectif *tongue-tied* ^[8] signifie à la fois muet et langue attachée (oxford dictionaries, 2014). La langue attachée (ou mal liée) est une anomalie congénitale ^[4,7], caractérisée par un frein anormalement court pour entraver la mobilité linguale. Les terminologies pour le décrire sont nombreuses : *frein bref, très court, anormalement court, pathologique, altéré, aberrant ou encore frein lingual hypertrophique*.

La **brièveté du frein lingual** (ou *the tongue-tie* selon l'OMS) est la désignation médicale officiellement retenue par l'organisation mondiale de la santé depuis 2010 : elle remplace le terme d'*ankyloglossie* bien qu'encore employé ^[7].

Les définitions et les évaluations des freins linguaux varient. Toutefois, tous les auteurs qui s'intéressent au sujet s'accordent à dire que l'aspect apparent de la langue ne suffit pas à confirmer une étiologie liée au frein ^[7]. Lorsque l'impact sur les fonctions orales est significatif, un traitement par frénectomie est indiqué ^[5].

L'Academy Breastfeeding Medicine recommande à ce sujet d'utiliser le **Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenum Function H.A.T.L.F.F.** pour l'évaluation fonctionnelle du frein lingual chez le nourrisson (**Tableau 1**).

Anatomie	Test fonctionnel
Aspect de la langue relevée 2: ronde ou large 1: légèrement entaillée à la pointe 0: en forme de cœur ou de V	Latéralisation (mobilité latérale) 2: complète 1: corps de la langue, mais pas la pointe 0: absente
Elasticité du frein 2: très élastique 1: peu élastique 0: à peine ou pas du tout élastique	Lever la langue 2: la pointe atteint le milieu du palais 1: seuls les côtés atteignent le milieu du palais 0: la pointe de la langue n'atteint que la gencive inférieure ou n'atteint le milieu du palais que la bouche fermée
Longueur du frein, la langue relevée 2: > 1 cm 1: 1 cm 0: < 1 cm	Tirer la langue 2: la pointe de la langue couvre la lèvre inférieure 1: la pointe de la langue couvre la gencive inférieure 0: ni 1 ni 2 ou bombement de la partie antérieure ou moyenne de la langue
Fixation du frein à la langue 2: derrière la pointe de la langue 1: à la pointe de la langue 0: la pointe est fixée et rétractée	Expansion de la partie antérieure de la langue 2: complète 1: partielle 0: à peine ou absente
Fixation à la gencive inférieure 2: au plancher de la cavité buccale, bien en dessous de la gencive 1: à la surface linguale de la gencive 0: à la crête de la gencive	Formation de cuillère 2: la langue entière forme une cuillère 1: seulement le bord de la langue se soulève 0: les bords se soulèvent à peine ou restent à plat
	Périostallisme 2: complet de la pointe jusqu'au bout 1: partiel, commence dans la partie postérieure 0: absent ou mouvement inversé
	Claquement de la langue 2: jamais 1: parfois 0: régulièrement ou à chaque mouvement de tête

Tableau 1 : Grille d'évaluation de la fonction de la langue d'après Hazelbaker ^[4,5,6,7,8]
La langue de l'enfant est appréciée par cinq items d'inspection (basés sur l'examen clinique) et sept items de fonction (basés sur l'examen fonctionnel de la langue). Une ankyloglossie significative est diagnostiquée lorsque le score obtenu lors de l'examen clinique est de <8 et le score obtenu lors de l'examen fonctionnel est <11 ^[9]

Distance normale entre la pointe de la langue et le niveau d'insertion du frein lingual: > 16mm	
Classe I	Ankyloglossie faible: 12-16mm
Classe II	Ankyloglossie modérée: 8-11mm
Classe III	Ankyloglossie sévère: 3-7mm
Classe IV	Ankyloglossie complète: < 3mm

Tableau 2 : Classification morphologique de l'ankyloglossie, Kotlow et al., 1999 ^[7,8,9]

Difficulté d'allaitement maternel
Entrave à la parole
Déglutition atypique
Impossibilité de balayer les lèvres supérieures et / ou inférieures.
Limitation de la langue pour atteindre le point rétro-incisif palatin lorsque la bouche est bien ouverte. Fig.7
Forme de la langue déformée et / ou invagination à la pointe de la langue pendant la protrusion à l'extérieur de la bouche. Fig.8

Tableau 3 : critères cliniques et fonctionnels pour l'indication chirurgicale (Génovaie et Olivi, 2011) ^[9]

L'utilisation de la classification morphologique de l'ankyloglossie de **Kotlow et al.** (**Tableau 2**), complétée par les critères cliniques et fonctionnels proposés par **Génovaie et Olivi**, 2011^[9] (**Tableau 3**), trouve son intérêt dans le diagnostic d'une ankyloglossie chez l'enfant et l'adolescent.

La distance normale entre la pointe de la langue et le niveau d'insertion du frein lingual doit être supérieure à 16 mm ^[9]. Si cette distance est moins de 16mm, on parle d'ankyloglossie,

qui peut être soit **faible (Cl I: 12-16 mm), modérée (Cl II: 8-11 mm), sévère (Cl III: 3-7 mm)** (Fig.1) ou **complète (Cl IV : 3-1 mm)**. (**Tableau. 2**). Kotlow recommande un traitement chirurgical du frein de classe IV et III. Les classes I et II sont les plus difficiles à évaluer. On peut avoir recours à l'examen fonctionnel de la langue afin de compléter le diagnostic d'une ankyloglossie et de pouvoir poser l'indication d'une frénectomie linguale ^[9]. L'évaluation fonctionnelle est proposée par Olivi et al., 2011 (**Tableau 3**).

Lorsque les troubles de la parole (ou dysarthries) sont liés à la brièveté du frein lingual, les difficultés identifiées intéressent essentiellement les consonnes suivantes : les alvéolaires T, D, N, L, les sifflantes S, Z et les chuintantes CH, J.

La libération chirurgicale du frein lingual court ou frénectomie linguale, acte chirurgical simple, libère la langue et lui permet d'accomplir un rôle important dans la croissance des maxillaires et dans la morphogenèse des arcades dentaires.

FREIN LABIAL

Les freins labiaux sont de deux types : les freins latéraux et les freins médians.

Les freins latéraux ont peu été étudiés et sont souvent constitués du prolongement des fibres musculaires jugales s'insérant au niveau de la muqueuse alvéolaire ou de la gencive attachée.

Les freins médians, du fait de leur insertion, risquent de limiter la réussite d'une thérapeutique ou de favoriser l'apparition de complications ^[10].

Plusieurs classifications morphologiques ont été décrites depuis les années 30 (JACOBS 1932; CROWLEY 1956; DEWEL 1956; NENASHEV 1968) ^[10].

C'est en 1975 que MIRKO PLACEK propose une classification à la fois morphologique et fonctionnelle, qui décrit les différents niveaux d'insertion du frein labial et la prévalence des pathologies qui leur sont associées. Ces auteurs décrivent 4 types d'attachements ^[10]:

- **Type 1 : Attachement muqueux** : le frein se situe dans la muqueuse alvéolaire et s'étend jusqu'à la ligne mucogingivale.
- **Type 2 : Attachement gingival** : le frein s'étend de la muqueuse alvéolaire jusqu'à la gencive attachée.
- **Type 3 : Attachement papillaire** : le frein s'étend de la muqueuse alvéolaire jusqu'à la papille interdentaire entraînant une mobilité de gencive marginale à la traction.
- **Type 4 : Attachement papillaire pénétrant** : l'insertion du frein s'étend jusqu'à la papille et au-delà, occasionnant une mobilité de la gencive marginale à la traction avec persistance d'un diastème.

Seules les deux dernières situations ^[9] (types 3 et 4) sont considérées comme pathologiques et potentiellement problématiques. Le frein labial est dit alors **aberrant, hypertrophique ou pathologique**.

L'ablation de ces freins s'avère nécessaire, en recourant soit à la frénectomie ou à la frénotomie [10, 11].

• **Indications orthodontiques (indications biomécaniques) :** L'indication d'une frénectomie à but orthodontique peut être posée en présence d'un frein hypertrophique associé à un diastème et ce, après l'éruption des canines permanentes [3, 10].

• **Indications parodontales :**

La présence d'un frein labial pathologique peut être considérée comme facteur étiologique mineur dans la pathologie parodontale et comme un facteur étiologique majeur dans la genèse des problèmes muco-gingivaux [10]. Cette influence sur le parodonte peut s'exercer par différents mécanismes qui peuvent être distincts ou associés. En effet, la traction d'un frein sur la gencive marginale peut provoquer [3, 10] :

- **Une ouverture du sillon gingivo-dentaire**, favorisant ainsi la pénétration de la plaque bactérienne et l'apparition ou l'aggravation d'une lésion parodontale préexistante.

- **Une ischémie de la gencive marginale** parfois en relation avec l'apparition d'une récession gingivale, surtout en l'absence de gencive kératinisée.

- **Une entrave aux manœuvres d'hygiène** par limitation de la mobilité de la lèvre et donc en empêchant un bon positionnement de la brosse à dent dans le vestibule.

L'indication d'une frénectomie peut être aussi posée dans le cas d'un **frein dysharmonieux pour l'esthétique du sourire gingival** [3]. Cette frénectomie à visée esthétique sera plus fréquemment associée à une technique de lambeau positionné latéralement ou à une greffe gingivale triangulaire pour recouvrir le site excisé [3].

La frénectomie dans un contexte parodontal est également indiquée **en association à certaines** comme le lambeau positionné latéralement ou à une greffe gingivale pour recouvrir la zone d'excision du frein Elle peut dans ce cas constituer une étape dans la préparation du site receveur d'une greffe gingivale épithélio-conjonctive. Ou en cas de thérapeutiques de comblement lorsque le frein risque de compromettre la stabilité des tissus parodontaux postopératoires [3, 10].

CAS CLINIQUES

Cas N°1 :

Enfant ♀ âgée de 6 ans, qui s'est présentée en consultation en raison de l'incapacité à relever la langue (Fig. 2), et problème dans la phonation depuis la naissance. La mère de la patiente rapporte que sa fille avait aussi des problèmes d'allaitement.

Cliniquement : On retrouve une égalité des étages faciaux avec un profil rectiligne.



Fig. 1. Langue au repos, Fixation du frein à la pointe de la langue, longueur du frein est de 5 mm. Cl III de Kotlow. Et al.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4 : limitation des mouvements de la langue



Fig. 5: Frénectomie linguale

La brièveté du frein lingual a été décelée à l'examen clinique et en utilisant la classification de KOTLOW et al. : distance pointe de la langue-insertion du frein= 05 mm (Fig.3 et 4) associée à une déglutition atypique et à une difficulté de prononciation de certaines consonnes : R, L, T, D.

Le traitement de la brièveté du frein lingual est la frénectomie (Fig. 5)

Cas N°2 :

Il s'agit de l'enfant F. K. âgé de 14 ans, présentant un frein labial inférieur de type 3 de Placek et al., avec traction sur la gencive marginale et gênant les manœuvres d'hygiène.

Cette situation a conduit à la formation d'une récession gingivale au niveau de la 41 en malposition et à une ouverture du sillon gingival avec accumulation de la plaque bactérienne (Fig. 6). Le patient est inscrit dans un programme d'hygiène bucco-dentaire. Le site est débridé par surfaçage radiculaire pour réduire l'inflammation.



Fig. 6 : Inflammation gingivale, Frein labial inférieur à insertion pathologique (Type 3 de Placek et al.), présence de récession au niveau de la 41

Afin d'éliminer la traction du frein labial inférieur, renforcer le parodonte (avant le traitement orthodontique, gagner de la gencive attachée et faciliter les manœuvres d'hygiène) et

obtenir un *recouvrement radiculaire au niveau de la 41*, on a réalisé une frénectomie associée à une greffe de tissu conjonctif (gold standard pour le recouvrement radiculaire) (Les étapes Fig. 7, 8 et 9).

Résultat stable à 1 mois post-opératoire (Fig.10).



Fig. 7 : Réalisation d'un lambeau d'épaisseur partielle et dissection interne des insertions du frein labial. La dissection sera prolongée au-delà de la ligne mucogingivale pour augmenter l'élasticité du lambeau



Fig. 8 : Greffon conjonctif en place



Fig. 9 : traction coronaire du lambeau et sutures



Fig. 10 : Résultat à 1 mois post opératoire

DISCUSSION

La frénectomie linguale, chez l'enfant et l'adolescent, suivie de la mythérapie [7] permet de rétablir une position linguale correcte et par conséquent une fonction optimale. La rééducation

consiste en des exercices simples, que le patient devra exécuter dès la première semaine. Ces exercices, effectués au minimum trois fois par jour, doivent durer environ 15 jours.

Il n'existe pas de consensus sur l'âge idéal de la frénectomie linguale [7]. Elle peut être pratiquée dès le plus jeune âge puisqu'elle fait partie des gestes réalisables dès la naissance, néanmoins elle peut être indiquée chez l'adulte lors d'une découverte tardive [3, 7].

Il est admis que les diastèmes représentent un stade physiologique du phénomène de mise en place des dentitions lactéales et permanentes. Pour Wilson (1960), le diastème central se réduit grâce à la croissance de la région du prémaxillaire en bas et en avant, à l'éruption des dents et du mouvement mésial des incisives centrales résultant de la pression développée par les incisives latérales et les canines en éruption. Seuls les rares cas de freins épais et larges peuvent être considérés comme facteur étiologique du diastème et nécessiter une élimination chirurgicale. Delaire (1976) préconise d'attendre l'âge de 8 ans et l'éruption des 6 dents antérieures avant d'intervenir car avant cet âge, le frein constitue un facteur de disjonction suturale donc d'expansion active [3, 10].

Si une dimension adéquate de gencive kératinisée est présente coronairement au frein (types 1 et 2 de Placek et al.), il peut ne pas être nécessaire d'enlever le frein labial. Par contre, si un frein empiète sur la gencive libre, interfère avec l'élimination de la plaque, a tendance à ouvrir le sulcus par sa mise en tension, il est indiqué de procéder à son ablation chirurgicale.

CONCLUSION

L'examen des freins doit faire partie de l'examen global de la cavité buccale. Un diagnostic précis est indispensable pour une prise en charge précoce des problèmes liés aux freins.

Les indications de l'ablation chirurgicale des freins résultent de l'impact d'un frein pathologique.

Bibliographie

[1]. MATTOU C., HOUVENAEGHEL B., RACHLIN G., MATTOU P., Nouvelle classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires. *Journal de Parodontologie & d'Implantologie Orale* 2018 ; 37 : 1-10.

[2]. DOUZI I., CHAIB DRAA TANI Z., GANA M. D., Les freins pathologiques : diagnostic et traitement. Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine dentaire, université de Tlemcen, juin 2014.

[3]. BORGHETTI A., MONNET-CORTI V., Chirurgie plastique parodontale. Éditions CdP, 2000.

[4]. MELO ET AL. Ankyloglossia: case report, *RSBO*. 2011 Jan-Mar;8(1):93-8.

[5]. VIGARIOS E., DE BATEILLE C.,

BLOUANGER M., FRICAIN J.-C., SIBAUD V., Variations physiologiques de la langue. *EMC (Elsevier Masson France), Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2015) 142 583-592.

[6]. MALZACHER A., KEEL S., LOSA M., Ankyloglossie – frein de la langue – tonguetie – to cut or not to cut? Expériences personnelles et recommandations pour l'évaluation et pour la frénectomie du nouveau-né avec ankyloglossie et problèmes d'allaitement. *Paediatrica*, Vol. 21 No. 3 2010.

[7]. ABDESSADOK A., LA BRIÈVETÉ LINGUALE ; thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER année 2015 TOU3 3027.

[8]. KUPIETZKY A., BOTZER E., Ankyloglossia in the Infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. *Pediatric Dentistry – 27:1*, 2005.

[9]. OLIVI G., SIGNORE A., OLIVI M., GENOVESE M.D., Lingual Frenectomy: functional evaluation and new therapeutical approach. *European Journal of Paediatric dentistry* vol. 13/2-2012.

[10]. <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-frenectomie-de-la-theorie-a-la-pratique.html>.

[11]. VIGOUROUX F., Guide pratique de chirurgie parodontale. Editions Elsevier Masson, 2011; 1-20; 47-87; 131-176.

[12]. SOULET A. Brièveté du frein lingual. *Rev Orthop Dent Fac* 1987 ; 21 : 479-484.

LES PARTENAIRES VOUS INFORMENT



Set de 3 brosses à dents

BLUEM Technologie

Innovation dans le soin des dents et des implants

Roissy en Brie, le 23.05.19

Bluem le meilleur produit de maintenance pour assurer la bonne santé des dents et des implants.

La gamme Bluem distribuée par proparo a été développée par une équipe de chirurgiens-dentistes spécialisés en implantologie et chirurgie maxillo-faciale, sous la direction du Dr Peter Blijdorp.



Kit de voyage
Bain de bouche et dentifrice

Bluem offre une formulation unique avec une forte concentration d'oxygène naturel et au miel avec ses propriétés antibactériennes et anti-inflammatoires.

Gingivites, saignements, aphtes, mauvaise haleine, bouton de fièvre, Bluem propose une gamme de soins et produits innovants et naturels adaptés à différentes pathologies. Vous pouvez découvrir sur la nouvelle vidéo tous les bienfaits de Bluem : <https://www.youtube.com/channel/UCnL17LtHECnzVkfAKAvOWA>
<https://www.proparo.fr/dentifrices/8-bluem-pate-dentifrice.html>

Les caractéristiques et les bienfaits :

- Elimination des bactéries
- Protection optimale pour les dents et les implants
- Puissant soin de l'haleine
- Prévention et traitement des maladies parodontales et des péri-implantites

Dans la gamme Bluem nous proposons :

- Un dentifrice : 2 formats 75ml et 15ml
- Un bain de bouche : 2 formats 500ml et 50ml
- Un kit de voyage avec un petit dentifrice et un petit bain de bouche (idéal pour le voyage)
- Un gel buccal 15ml favorise la cicatrisation des gencives et des plaies
- Un spray buccal 15ml idéal pour un rafraichissement instantané de la bouche
- Un set de 3 brosses à dents
- Une mousse orale idéale pour le nettoyage des aligneurs ou des prothèses amovibles
- Un complément alimentaire

Gamme de prix : de 5.96€ à 49.96€ ttc

Pour commander : sur le site www.proparo.fr ou par téléphone : 01 83 64 06 35



Blue[®]m une alternative à la chlorhexidine.

Etude pilote: bain de bouche blue[®]m plus efficace que la chlorhexidine*

- ✓ efficace pour l'élimination des pathogènes unicellulaires de la carie (planctoniques) S. mutans
- ✓ efficace pour l'élimination des pathogènes multicellulaires (biofilm) de la carie du S. mutans
- ✓ très efficace pour l'élimination des biofilms épais et âgés (3 jours)
- ✓ presque 10 fois plus efficace que la chlorhexidine

Pourcentage de cellules survivantes



Elimination des cellules du biofilm (± SD)

Biofilm	Chlorhexidine	blue [®] m
6 h	10.13 (± 11.70) %	97.80 (± 0.59) %
1 j	38.53 (± 33.37) %	99.94 (± 0.07) %
3 j	20.53 (± 21.29) %	99.96 (± 0.04) %



blue[®]m
oxygen for health

www.proparo.fr
www.bluemcare.com

* Etude pilote du: Dr. Céline M. Lévesque
Associate Professor, Oral Microbiology, Faculty of Dentistry, University of Toronto Canada Research Chair in Oral Microbial Genetics
Honorary Associate Professor, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong

In vitro evaluation of antimicrobial activity of blue[®]m mouthwash: a pilot study
Aim: to evaluate the antibiofilm and antimicrobial effects of blue[®]m mouthwash against the caries pathogen Streptococcus mutans.
Date: January 24, 2018

Pr P. BOUCHARD

“1 patient sur 2 vu en consultation de diabétologie sera atteint d’une parodontite. Chez le patient diabétique, on note une forte prévalence des parodontites sévères”



RETOUR SUR ÉVÉNEMENT. Le lien bidirectionnel entre les maladies parodontales et le diabète est déjà bien établi. Le diabète est un vrai problème de santé publique et le nombre de personnes atteintes ne cesse d’augmenter au niveau mondial. Le patient diabétique a trois fois plus de risque de développer une parodontite, ce qui en fait la 6^e complication du diabète (OMS). Les mécanismes d’action qui relient les deux pathologies sont une hyperactivation de la réaction immuno-inflammatoire et une perturbation de la cicatrisation. Le chirurgien-dentiste doit faire partie de l’équipe pluridisciplinaire et être informé de l’état d’évolution du diabète de son patient. La motivation à l’hygiène bucco-dentaire est essentielle pour la pérennité des soins réalisés au fauteuil.

“Parodontite et diabète : une relation bidirectionnelle.
Le diabète augmente-t-il le risque de parodontite ? Oui à 86 %
La parodontite a-t-elle un impact sur la glycémie ? Oui [1]”

Pr Philippe BOUCHARD
U.F.R. d’Odontologie,
Université de Paris
Hôpital Rothschild AP-HP



“Facteurs de risque du diabète de type II :
- personne âgée de plus de 50 ans
- IMC supérieur à 25 (poids trop important)
- antécédents familiaux
- pression artérielle”

Dr Louis POTIER
Médecin / Endocrinologie et métabolismes,
Hôpital Bichat, AP-HP Paris

“La nouveauté : codification entre les deux pathologies avec l’inscription de nouveaux actes de parodontologie à la CCAM. Les deux instances, la commission des chirurgiens-dentistes et la commission des médecins, ont voté favorablement l’inscription de ces nouveaux actes :
- le bilan parodontal rémunéré à hauteur de 50 €
- les actes d’assainissement parodontal ou détartrage, surfaçage radiculaire rémunérés par sextant à hauteur de 80 €. Les actes sont renouvelables sur une période de 3 ans”

Dr Gérard SORNIN
Chirurgien-dentiste, Praticien Conseil CNAMTS

TOUJOURS EN LIGNE !

INNOVATION



parodontax

COMPLETE PROTECTION

DITES STOP AU SAIGNEMENT* DES GENCIVES

Enrichi en stévia



4X

plus efficace contre la plaque dentaire principale cause de saignement des gencives**

Réduit de

48%

l'indice de saignement gingival⁽¹⁾

* Saignement occasionnel. ** Versus dentifrice sans bicarbonate avec un brossage 2 fois par jour. 1. Données internes, GSK, RH02434, janvier 2015. Ce dispositif médical est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Fabricant : Smithkline Beecham Ltd. Lire attentivement les instructions figurant sur l’emballage. Ne pas utiliser chez l’enfant. Demander conseil à votre dentiste ou votre pharmacien. CHFR/CHPAD/0044/18a/10.

[1] D’Aluto et al. Systemic effects of periodontics treatment in patient with type 2 diabetes: a 12 month, single-centre, investigator-masked, randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018 Dec;6(12):954-965.

CRÉATION



DISPONIBLE EN REPLAY
[HTTP://BIT.LY/2NHOZM2](http://bit.ly/2NHOZM2)



LES PARTENAIRES VOUS INFORMENT

PRIX COLGATE® JSIO 2019

Colgate® récompense une jeune interne et soutient le SNIO



De gauche à droite : Mehdi AIT-LAHSEN (Colgate), Dr Elise PASTWA (Lauréate), Dr Mathilde OYALLON (Présidente du SNIO)

A l'occasion des Journées Scientifiques des Internes en Odontologie à Bordeaux, les 6 & 7 Décembre 2019, Colgate® a eu l'occasion de réaffirmer son soutien au Syndicat National des Internes en Odontologie et à l'ensemble de ses membres!

Cette année, Colgate®, qui était représenté par Mehdi Aït-Lahsen, a mis à l'honneur **Elise PASTWA** pour sa communication :

« **Traitement précoce de classe 2 : plaider pour l'élargissement des critères d'évaluation** »

Dr Elise PASTWA, Dr Philippe AMAT, Dr Frédéric HAÏM, Dr Sarah CHAUTY

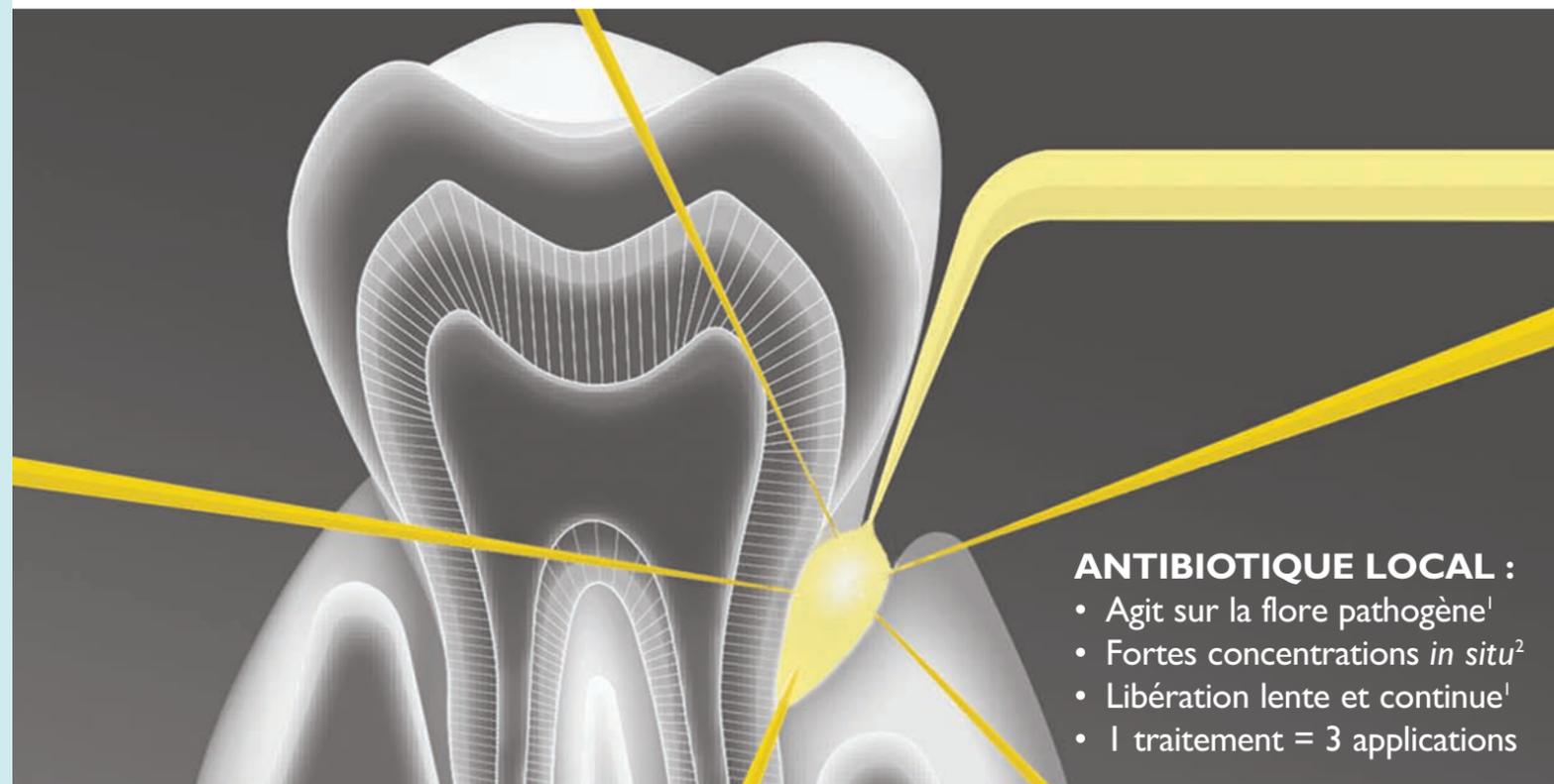


Pour plus d'informations, visitez www.colgateprofessional.fr et www.colgate.fr



parocline® 2%

Gel pour usage dentaire



ANTIBIOTIQUE LOCAL :

- Agit sur la flore pathogène!
- Fortes concentrations *in situ*!
- Libération lente et continue!
- 1 traitement = 3 applications

PAROCLINE® agit au cœur de la poche parodontale.

PAROCLINE® est indiqué dans le traitement antibactérien en complément des traitements mécaniques habituels des parodontites. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. Les recommandations de bonne pratique de l'ANSM (juillet 2011) relative à la prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire précise que "L'antibiothérapie par voie locale, à libération immédiate ou contrôlée, n'est pas indiquée en odontologie et en stomatologie en raison de la faiblesse du niveau de preuve en termes de bénéfice thérapeutique et d'une sécurité d'emploi problématique par risque de sélection de mutants résistants." Toute prescription d'antibiotique a un impact sur les résistances bactériennes. Elle doit être justifiée".

DENOMINATION : PAROCLINE 2 %, gel pour usage dentaire. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Pour une seringue : Chlorhydrate de minocycline - Quantité correspondant à minocycline base : 10,0 mg. Excipients : hydroxyéthylcellulose, chlorure de magnésium, copolymère d'acrylates et de méthacrylates (EUDRAGIT RS), triacétine, glycérol. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Gel pour usage dentaire. **DONNEES CLINIQUES :** **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :** Traitement antibactérien en complément des traitements mécaniques habituels de la parodontose. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. **Posologie et mode d'administration :** Insérer le bout de l'applicateur dans les poches parodontales de chaque dent le plus profondément possible, avant l'administration d'une quantité suffisante de gel pour remplir les poches. Approximativement 25 mg de gel sont administrés dans les poches de 5 à 7 mm de profondeur. Le traitement commencera par des applications tous les 14 jours, jusqu'à un total de 3 ou 4 applications (4 à 6 semaines). Ensuite, les applications seront faites tous les 3 mois. **Contre-indications :** Allergie aux antibiotiques de la famille des tétracyclines. L'emploi de ce médicament doit être évité chez l'enfant de moins de 8 ans, en raison du risque de coloration permanente des dents et d'hypoplasie de l'émail dentaire. Grossesse et Allaitement (voir rubrique Grossesse et allaitement). Association avec les rétinoïdes (voir rubrique Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions). **Mises en garde et précautions d'emploi :** Le brossage des dents, l'utilisation de bains de bouche ou de fil dentaire doivent être limités pendant les deux heures qui suivent l'application, ainsi que toute prise alimentaire. En raison de la possibilité de sensibilisation locale, la zone traitée devra être soigneusement observée. Si les signes et/ou les symptômes de sensibilisation (prurit, œdème, papules) se développent, il convient d'arrêter le traitement. Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en considération avant l'utilisation de ce médicament, en particulier : le surdosage expose à un risque d'hépatotoxicité ; le minocycline doit être utilisé avec précaution en cas d'insuffisance hépatique. En cas d'apparition d'éruption cutanée, de fièvre ou d'adénopathies, il convient d'arrêter le traitement (cf. Effets indésirables). Des cas de syndrome d'hypersensibilité ont été rapportés avec la minocycline. Le risque de survenue et la sévérité de ces réactions semblent être plus élevés chez les patients de phototype foncé (phototype V-VI). **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** Association contre-indiquée : Rétinoïdes (voie générale) : risque d'hypertension intra-crânienne. **Associations faisant l'objet de précautions d'emploi :** Anticoagulants oraux : augmentation de l'effet des anticoagulants oraux et du risque hémorragique. Contrôle plus fréquent du taux de prothrombine et surveillance de la posologie des anticoagulants oraux pendant le traitement anti-infectieux et après son arrêt. Sel, oxydes, hydroxydes de magnésium, d'aluminium et de calcium (topiques gastro-intestinaux) : diminution de l'absorption digestive des cyclines. Prendre les topiques gastro-intestinaux à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). Sels de fer (voie orale) : diminution de l'absorption digestive des cyclines (formation de complexes). Prendre les sels de fer à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). **Problèmes particuliers du déséquilibre de l'INR :** De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il apparaît difficile de faire la part entre la pathologie infectieuse et son traitement dans la survenue du déséquilibre de l'INR. Cependant, certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées : il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines. **Grossesse et allaitement :** La minocycline passe dans le placenta et le lait maternel ; son emploi doit être évité chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent (risque d'anomalie du bourgeon dentaire ou de dyschromie dentaire chez l'enfant). **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines :** Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en compte, à savoir : attirer l'attention des conducteurs ou utilisateurs de machines sur les risques de sensations vertigineuses avec impression d'idéation ralentie. **Effets indésirables :** Irritation gingivale, douleur locale, ecchymose, œdème gingival, abcès dentaire, diarrhée, douleur gastrique. Les syndromes suivants ont été rapportés : Syndrome d'hypersensibilité consistant en une réaction cutanée ou dermite exfoliative), éosinophilie et une ou plusieurs des manifestations suivantes : hépatite, pneumopathie, néphrite, myocarde, péricardite, fièvre et lymphadénopathie peuvent être présentes. (Cf. rubrique «Mises en garde et précaution particulières d'emploi»). **Déclaration des effets indésirables suspectés :** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : www.ansm.sante.fr. **Surdosage :** En cas de surdosage, faire un lavage gastrique. Il n'existe pas d'antidote spécifique. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** **Propriétés pharmacodynamiques :** **PRODUIT PROFESSIONNEL DENTAIRE - ANTI-BIOTIQUE DE LA FAMILLE DES CYCLINES (A : Appareil digestif et métabolisme / A : Anti-infectieux).** La minocycline est un antibiotique de la famille des tétracyclines. Ce gel, de par son principe actif, la minocycline, a une activité antimicrobienne qui porte sur la majeure partie de la flore responsable des parodontites. **SPECTRE D'ACTIVITE ANTI-BACTERIENNE :** les concentrations critiques séparent les souches sensibles des souches de sensibilité intermédiaire et ces dernières, des résistantes : S ≤ 4 mg/l et R > 8 mg/l. La prévalence de la résistance acquise peut varier en fonction de la géographie et du temps pour certaines espèces. Il est donc utile de disposer d'informations sur la prévalence de la résistance locale, surtout pour le traitement d'infections sévères. Ces données ne peuvent apporter qu'une orientation sur les probabilités de la sensibilité d'une souche bactérienne à cet antibiotique. Lorsque la variabilité de la prévalence de la résistance en France est connue pour une espèce bactérienne, elle est indiquée entre parenthèses. **ESPECES SENSIBLES :** *Bacillus*, Entérocoque (40-80%), *Staphylococcus méti-S*, *Staphylococcus méti-R* (70-80%), *Streptococcus A* (20%), *Streptococcus B* (80-90%), *Streptococcus pneumoniae* (20-40%). **Aérobies à Gram négatif :** *Brucella abortus*, *Brucella*, *Escherichia coli* (20-40%), *Haemophilus influenzae* (10%), *Klebsiella* (10-30%), *Neisseria gonorrhoeae*, *Pasteurella*, *Vibrio cholerae*. **Anaérobies :** *Propionibacterium acnes*. **Autres :** *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia*, *Coxiella burnetii*, *Leptospira*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Rickettsia*, *Treponema pallidum*, *Ureaplasma urealyticum*. **ESPECES RESISTANTES :** *Aérobies à Gram négatif :* *Acinetobacter*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas*, *Serratia*. * La fréquence de résistance à la métilciline est environ de 30 à 50% de l'ensemble des staphylocoques et se rencontre surtout en milieu hospitalier. Remarque : ce spectre correspond à celui des formes systémiques de la minocycline. Avec les présentations pharmaceutiques locales, les concentrations obtenues *in situ* sont très supérieures aux concentrations plasmatiques. Quelques incertitudes demeurent sur la cinétique des concentrations *in situ*, sur les conditions physico-chimiques locales qui peuvent modifier l'activité de l'antibiotique et sur la stabilité du produit *in situ*. **Propriétés pharmacocinétiques :** Les concentrations de minocycline dans le fluide gingival du sillon sont restées à des niveaux cliniquement efficaces pendant une durée minimum de trois jours après l'administration de 0,05 g de gel (1 mg de minocycline) dans les poches parodontales. Les concentrations sériques de minocycline après administration sous gingivale comme après administration orale de 0,5 g de gel (10 mg de minocycline), sont de l'ordre de 0,1 à 0,2 µg/ml. Ces concentrations sont plus faibles que celles observées après administration orale de 100 à 200 mg/jour de minocycline, doses utilisées en thérapeutique systémique. **DONNEES PHARMACEUTIQUES :** **Incompatibilités :** sans objet. **Durée de conservation :** 2 ans. **Précautions particulières de conservation :** A conserver entre + 2°C et + 8°C (au réfrigérateur). A conserver dans l'emballage extérieur d'origine et à l'abri de la lumière. **Nature et contenu du récipient :** 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (aluminium). Boîte de 1 ou 3 seringues(s). **Précautions particulières d'élimination et de manipulation :** Un traitement préalable - détartrage et polissage radiculaire - est toujours conseillé ; il devra être le moins traumatique possible. La mesure de la profondeur moyenne des poches sera effectuée à l'aide d'une sonde parodontale. L'application du gel sera faite en dehors de la présence de la salive - l'isolement des dents est impératif. Une anesthésie pourra être nécessaire. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** SUNSTAR France - 55/63, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS-PERRET. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** 125-4-0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium) boîte de 1 - 92 940-5 ; 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium), boîte de 3. **DATE DE PREMIERE AUTORISATION / DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** 28 juin 1995 / 28 juin 2010. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** Décembre 2015. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Réservé à l'usage professionnel dentaire. **EXPLOITANT DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** CENTRE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - 76, avenue du Midi 63800 Courmon d'Auvergne. Médicament non remboursable et non agréé aux collectivités.

1. Satomi et al. Minocycline HCl concentration in periodontal pocket after administration of LS007. Journal of Japanese Society of Periodontology, 1987 ;29(3) :937-43 - 2. Résumé des caractéristiques du produit



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

NOUVEAU

GENIUS X

**UNE INTELLIGENCE
ARTIFICIELLE POUR
PERMETTRE À VOS
PATIENTS DE :**

- X Découvrir leur style de brossage et ainsi les aider à obtenir de meilleurs résultats
- X Couvrir toutes les zones de leur dentition
- X Préserver leurs gencives grâce au contrôle de pression qui réduit automatiquement la vitesse de la brosse

INTELLIGENCE

ARTIFICIELLE



NOUVEAU

GENCIVES PURIFY

Purifie les gencives en neutralisant la plaque dentaire

FORMULE À HAUTE
TENEUR EN EAU

-  La mousse active cible les zones difficiles d'accès
-  Texture lisse et moussante
-  Effet rafraîchissant pendant et après le brossage



Pour de plus amples informations et si vous souhaitez passer commande, contactez le N° qui vous est attribué :

0 825 878 498 Service 0,15 €/min + prix appel

Poursuivre les soins qui commencent entre vos mains

