

OBJECTIF PAF



DÉCEMBRE 2011 - N° 27

S.F.P.I.O.

- Vos prochains RV régionaux
- Vos prochains RV nationaux et internationaux :
 - **Congrès International de la SFPIO Montpellier 23/24 mars 2012**
 - EUROPERIO 2012
- Retour sur la séance ADF-SFPIO 2011

DOSSIER

- **Alternative à la greffe osseuse autogène pour le traitement des agénésies par la prothèse implantaire**
Dr David JOSEPH, Dr Julien L'HERITIER, Dr Romain GUEUDIN, Dr Jacques PENAUD, Pr Pascal AMBROSINI
- **Régénération parodontale en 2011 : possibilités et limites**
Dr Guillaume CAMPARD
- **Intérêt du diagnostic et du traitement de la parodontite dans la polyarthrite rhumatoïde**
Marjolaine GOSSET, Francis BERENBAUM, Jérémie SELLAM

INTERVIEW

- Questions au **Professeur Philippe GIBERT**,
Président du Congrès SFPIO 2012
- Questions au **Docteur Olivier JAME**,
Président Scientifique du Congrès SFPIO 2012

QUESTIONS AUTOUR D'UN ARTICLE

- **Pierpaolo Cortellini** : Quelle approche pour un paro extrêmement réduit ?



**NOUVEAUTÉS
PARTENAIRES**

**Atlantis™
3D Editor
d'Astra Tech Dental**

Le meilleur
traitement contre
la **gingivite** ?

La prophylaxie!



**Sans
alcool**

Le système méridol® protège efficacement contre la gingivite.

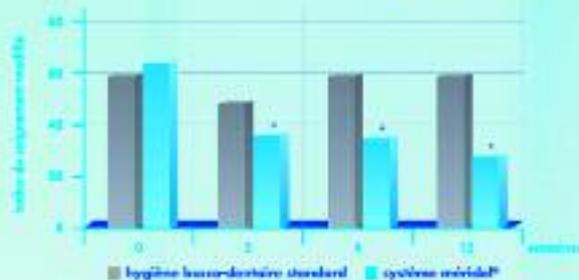
- Combinaison unique de principes actifs fluorure d'étain / fluorure d'amines Olallur
- Réduit la plaque bactérienne et inhibe sa reformation
- Restaure une flore buccale saine
- Haute tolérance grâce à une formule douce
- Efficacité scientifiquement prouvée

**méridol® un système de soin complet pour
une utilisation quotidienne et au long cours :**
bain de bouche, dentifrice et brosse à dents.

Pour plus d'informations : www.gaba.fr

Réduction significative de la gingivite avec le système méridol®

Bonock et coll., 2007



* p<0,01 système méridol® vs. hygiène bucco-dentaire standard

G
GABA Laboratoires
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire

Service commercial :
02 37 51 67 59

Recherche **méridol**

méridol 
Le baume de vos gencives



E D I T O R I A L

Chères consœurs,
Chers confrères,
Chers ami(e)s,

En ce début d'année, permettez-moi de vous présenter nos meilleurs vœux, au nom de tout le bureau national de la SFPIO.

L'année 2012 sera « une grande année parodontale » :
- nous nous retrouverons d'abord à Montpellier du 22 au 24 mars, pour notre congrès annuel.

Le comité d'organisation autour du Pr Ph. GIBERT et du Dr O. JAME a voulu rassembler toutes les composantes de la « grande famille parodontale française ». Le congrès est donc organisé conjointement avec le Collège National des Enseignants de Parodontologie (CNEP) et 2 séances du congrès seront réalisées en commun. Par ailleurs, la séance du samedi matin mettra à l'honneur nos anciens présidents de la SFPIO ainsi que des « espoirs de la paro » ce qui permettra de remercier ceux qui ont tant fait pour notre société et ceux qui en sont l'avenir !!!

- du 07 au 09 juin, nous nous retrouverons tous à Vienne, pour le principal événement mondial de la Parodontologie, que nous attendons tous depuis 3 ans, à savoir Europerio 7. Il est très important que la délégation française soit la plus nombreuse possible pour montrer le dynamisme et la force de notre société au sein de la grande famille européenne qu'est l'EFPP.

Je tiens ici à remercier notre ambassadeur auprès de l'EFPP pour cet Europerio, le Dr C. VERNER et le délégué le Dr A. BORGHETTI, pour le travail qu'ils ont accompli au cours de ces deux dernières années. Je voudrais également saluer l'immense œuvre réalisée par le Dr JL GIONANNOLI, qui défend les intérêts de la France et une certaine idée de la Parodontologie, au sein de la fédération européenne. Grâce à son dynamisme et à ses idées visionnaires, la France aura l'immense honneur d'organiser un congrès thématique EFPP sur la chirurgie plastique, en janvier 2014, à Paris.

Enfin, pour conclure, 2012 marque également la fin de mon premier mandat en tant que président de la SFPIO. Je voudrais remercier tous les membres de mon bureau qui ont tous travaillé avec passion et dévouement pour faire avancer notre société, ainsi que tous ceux qui dans toutes les régions travaillent sans relâche pour organiser des formations de qualité, d'un haut niveau scientifique. Grâce à votre travail à tous, la SFPIO est aujourd'hui un acteur majeur de la formation continue et une société scientifique reconnue et respectée.

Bien sûr, de nombreuses choses restent à faire ou peuvent être améliorées, mais c'est dans ce challenge permanent que nous pourrions tous travailler pour une meilleure reconnaissance de la Parodontologie et de l'Implantologie, en France.

2012 sera une bien belle année « parodontale » !!!
Très bonne année à toutes et à tous

Xavier STRUILLOU
Président de la SFPIO

SOMMAIRE

L'édito du Président	P. 1
Vos prochains rendez-vous régionaux SFPIO	P. 3
Vos prochains rendez-vous nationaux ADF.....	P. 5
Vos prochains rendez-vous internationaux : Congrès International SFPIO Montpellier / EUROPERIO	P. 7
Interview	
Questions au Professeur Philippe Gibert et au Docteur Olivier Jame	P. 11
Cycle de Formation Continue en Implantologie 2012/2013	P. 14
Cycle de Formation Continue en Parodontologie 2012/2013	P. 16
Dr David Joseph, Dr Julien L'Heritier, Dr Romain Gueudin, Dr Jacques Penaud, Pr Pascal Ambrosini Alternative à la greffe osseuse autogène pour le traitement des agénésies par la prothèse implantaire.....	P. 19
Dr Guillaume Campard Régénération parodontale en 2011 : possibilités et limites	P. 27
Marjolaine Gosset, Francis Berenbaum, Jérémie Sellam Intérêt du diagnostic et du traitement de la polyarthrite rhumatoïde.....	P. 29
Questions autour d'un article : Pierpaolo Cortellini : Quelle approche pour un paro extrêmement réduit ?	P. 30
Atlantis™ 3D Editor d'Astra Tech Dental	P. 31



Directeur de la publication
Xavier STRUILLOU
Rédacteur en Chef
Yves REINGEWIRTZ

Attachée de direction
Caroline DENIAUD

Avec la collaboration de :
Pascal AMBROSINI
Alain BORGHETTI
Patrick BOULANGE
Philippe BOUSQUET
Hervé BOUTIGNY
Stephan DUFFROT
Eric MAUJEAN
Virginie MONNET-CORTI
David NISAND
Nicolas PICARD
Christian VERNER
Séverine VINCENT

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

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

Photos de couverture :
Nicolas Picard aux côtés de
Xavier Struillou lors de la
séance SFPIO du congrès
ADF 2011

LISTERINE®

BAIN DE BOUCHE ANTIBACTÉRIEN À USAGE QUOTIDIEN

LISTERINE
respecte
la flore
buccale¹

L'importance du geste « bain de bouche au quotidien »

Utilisé chaque jour en complément du brossage, LISTERINE® prévient les problèmes de dents et de gencives et contribue à améliorer significativement l'hygiène bucco-dentaire. Par ailleurs, LISTERINE® favorise l'élimination des bactéries pathogènes présentes dans l'ensemble de la bouche.

LISTERINE
PROTECTION DENTS
ET GENCIVES



LISTERINE
Stay White



LISTERINE
TOTAL CARE



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

+FLUOR

+CHLORURE DE ZINC

+FLUOR +CHLORURE DE ZINC

LISTERINE® S'UTILISE EN TOUTE SÉRÉNITÉ

Composé d'extraits d'huiles essentielles, LISTERINE® apporte une efficacité antibactérienne scientifiquement prouvée² et une sensation de fraîcheur inégalée, tout en respectant la flore buccale au long cours (étude réalisée à 6 mois)¹.

- Pas de modification de l'équilibre de la flore buccale¹
- Pas de développement significatif de résistances bactériennes¹
- Pas de coloration, ni formation significative de tartre¹
- Pas d'interaction avec les composés anioniques des dentifrices

UNE GAMME DISPONIBLE EN PHARMACIES ET GRANDES SURFACES



UNE SOLUTION COMPLÈTE DE PRÉVENTION CONTRE LES PROBLÈMES DE DENTS ET GENCIVES

En complément du brossage, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire recommande LISTERINE® pour améliorer significativement votre hygiène bucco-dentaire quotidienne.



Pour toutes questions, contactez-nous :

► N° Vert 0 800 500 055

www.listerinepro.fr

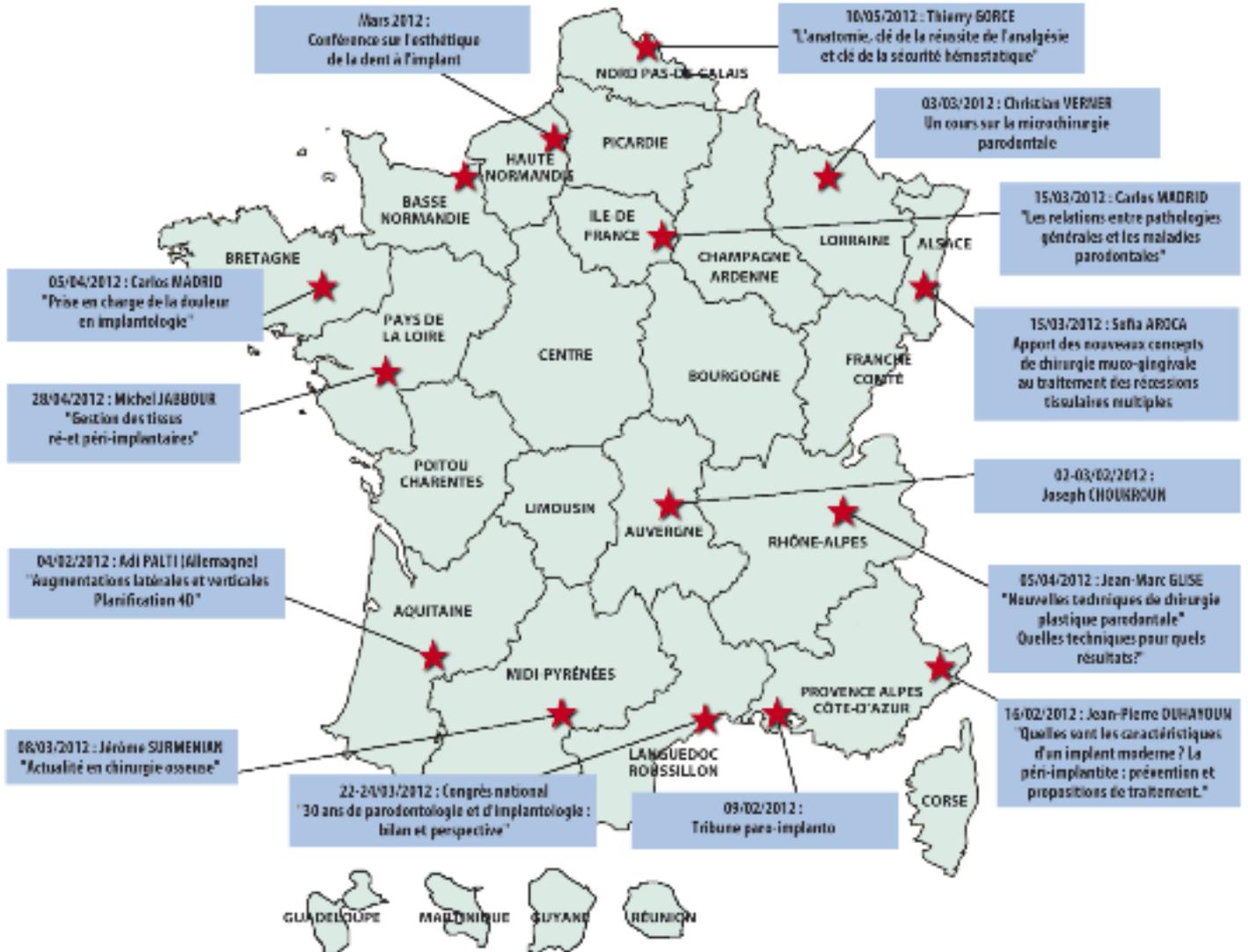
Johnson & Johnson

SANTÉ BEAUTÉ FRANCE

1. Minah G.E. et al. Effects of 6 months use of an antibiotic mouthrinse on supragingival dental plaque microflora. J Clin Periodontol 1989;16:347-352. 2. Fine DH et al. In vivo antimicrobial effectiveness of an essential oil containing mouth rinse 12h after a single use and 14 days use. J Clin Periodontol 2005;32:335-340. Johnson & Johnson Santé Beauté France, SAS au capital de 155.285.948 € RCS Nanterre - 479 824 724. Siège Social : 1, rue Camille Desmoulins - 92130 Issy-les-Moulineaux. Locataire Sévère de Vente Expansion SNC pour les produits Arita, Koydia, Netz et Tikosent. M 1110062.



Rendez-vous SFPIO



Les membres de la SFPIO peuvent désormais avoir accès en ligne au **Journal of Clinical of Periodontology** en se connectant et en s'identifiant sur le site www.sfparo.org

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

Adoptez
la ZEN
attitude



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

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

Plénitude... une meilleure ergonomie

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



Accompagnement... des formations adaptées

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

Quiétude... accessible à tous

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

**Découvrez notre gamme de
microscopes dentaires sur :
www.v-e-t.fr**

Retour sur la séance ADF-SFPIO 2011

AMELIORATIONS DES TRAITEMENTS DE CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE : RESULTATS A LONG TERME

Jean-Marc GLISE

La chirurgie plastique parodontale englobe une grande partie des techniques à visée esthétique du parodonte marginal, en particulier le traitement des récessions gingivales. Aujourd'hui la demande esthétique est telle que nos techniques chirurgicales doivent s'améliorer dans ce sens. Cependant, en termes de résultats à long terme, il est indispensable de définir des objectifs préalables clairs notamment en ce qui concerne le recouvrement attendu.

Après une étude clinique et étiologique minutieuse des lésions de récessions gingivales, un choix ainsi qu'un pronostic des thérapeutiques peuvent être élaborés. Les techniques de lambeaux déplacés coronairement associées ou non à des greffons conjonctifs constituent les démarches thérapeutiques les plus nombreuses. L'amélioration du dessin de ces lambeaux avec la suppression des incisions de décharge semble n'être important, sur le long terme, que d'un point de vue esthétique et non en terme de recouvrement. Dans ce cadre esthétique, les techniques de l'enveloppe pour récession unitaire ou multiples donnent les meilleurs résultats. L'utilisation de greffons conjonctifs donnent de meilleurs résultats sur le long terme comparativement aux lambeaux déplacés seuls. Enfin l'utilisation des protéines dérivées de la matrice amélaire semble être plus indiquée dans les cas de récessions complexes (classe 3 ou combinée avec des lésions parodontales osseuses).



Caroline Deniaud sur l'espace S des sociétés de paro, occluso et pédodontie.

Rétrospective
et Perspective
en Implantologie
Paris 2012



BIOMET 3i™

7^e Symposium France

Paris, 16 et 17 mars 2012

Maison de la Mutualité

Des solutions personnalisées pour l'équipe d'implantologie

BIOMET 3i France
7/9 rue Paul Vaillant Couturier • 92300 Levallois Perret
Tel : +33-(0)1-41-05-43-46 • Fax : +33-(0)1-41-05-43-45
3ifrl.marketing@biomet.com



Retrouvez-nous :



Providing Solutions - One Patient At A Time and design are trademarks of BIOMET 3i LLC. BIOMET 3i is a registered trademark and BIOMET 3i and design are trademarks of BIOMET 3i, LLC. BIOMET 3i LLC. All rights reserved.

30 ans de parodontologie et d'implantologie : bilan et perspective



Président de la SFPIO :
Xavier Struillou



Président du congrès :
Philippe Gibert



Président scientifique :
Olivier Jame

22, 23 et 24 mars 2012

*Université d'Odontologie de MONTPELLIER
Université Montpellier - Faculté d'Odontologie
545 Avenue Prof Jean Louis Viala, 34080 Montpellier*

Comité d'organisation :

Comité Scientifique : Olivier JAME, Christian VERNER
SFPIO : Pascal AMBROSINI, Alain BORGHETTI, Patrick BOULANGE,
Philippe BOUSQUET, Hervé BOUTIGNY, Stéphan DUFFORT, Caroline FOUQUE-DERUELLE,
Eric MAUJEAN, Virginie MONNET-CORTI, David NISAND, Nicolas PICARD,
Yves REINGEWIRTZ, Xavier STRUILLOU, Christian VERNER, Séverine VINCENT
SFPIO Languedoc-Roussillon : Christelle ARTZ-FONTES, Valérie BOUAT,
Philippe BOUSQUET, Isabelle CALAS-BENNASAR, Didier DIASPARRA, Olivier FESQUET,
Mathieu GIUSTI, Olivier JAME, Josselin LETHUILLIER, Patrick MARSAL, Valérie ORTI,
Sébastien PISCITELLO, Blandine ROMESTAND.

La participation au congrès validera 120 crédits de Formation Continue.
La SFPIO est agréée par le CNFCO sous le numéro 06753011-120/157

JEUDI 22 mars 2012

MATIN

Compétition de golf (sur inscriptions places limitées).

APRÈS-MIDI



14h30-17h30 : workshop de l'industrie (sur inscription)

18h30 – 20h30 : Séance inaugurale. Président de séance : **Philippe GIBERT**

• **4 D Planing for Perfect Esthetics:** New Technologies in Oral Implantology

• **Planification 4D pour un résultat esthétique optimal :**

« nouvelles technologies en Implantologie Orale »

Ady PALTI (Baden-Baden, Allemagne)

VENDREDI 23 MARS 2012

MATIN - Grand Amphithéâtre

9h - 12h30 : Séance Prestige

Président de séance : **Henri Tenenbaum**



Jan WENNSTROM (Gothenburg, Suède)
Bilan de 30 ans de traitements parodontaux et implantaire

APRES-MIDI - Grand Amphithéâtre

9h - 12h30 : Séance CNEP / SFPIO

Président de séance : **Philippe BOUSQUET**



Évolution de la chirurgie muco gingivale à la chirurgie plastique parodontale

Philippe BOUCHARD (Paris VII)
Prise de décision en chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire : niveaux de preuve

APRES-MIDI (suite)



Alain BORGHETTI (Marseille)
Les évolutions de l'approche chirurgicale : de la greffe épithélio-conjonctive à l'ingénierie tissulaire



Virginie MONNET-CORTI (Marseille)
Chirurgie plastique parodontale et traitement orthodontique : nouvelles approches

14h30 - 18h

Séance Recherche

Présidente de séance : **Elisabeth DELCOURT**

Séance Communications Clinique

Président de séance : **Francis JAME**

SAMEDI 24 MARS 2012

MATIN - Grand Amphithéâtre

9h - 12h30 : Séance des anciens présidents et des espoirs de la paro

Président de séance : **Jean-Marc DERSOT**

L'expérience et la jeunesse, approche combinée



Paul MATTOUT (Marseille)
Olivier HUCK (Strasbourg)
Le traitement chirurgical et non chirurgical de la maladie parodontale



Daniel ETIENNE (Paris)
Stéphan DUFFORT (Lyon)
La chirurgie implantaire



Jean-Louis GIOVANNOLI (Paris)
Guillaume CAMPARD (Nantes)
La régénération parodontale

9h - 12h30

Séance Communications Clinique

Président de séance : **Pierre BARTHET**

12h - 13h30

Séance Poster

Président de séance : **Edmond BENQUE**

APRES-MIDI - Grand Amphithéâtre

14h30-18h : Séance CNEP / SFPIO

Président de séance : **JP OUHAYOUN**

Recherche appliquée et perspectives



Frédéric CUISINIER (Montpellier)
Utilisation des cellules souches en parodontologie



Marie Laure COLOMBIER (Paris V)
Marjolaine GOSSET (Paris V)
Perspective en régénération parodontale



Pierre WEISS (Nantes)
Intérêt des matériaux biphasiques en parodontologie : aspects fondamentaux et perspective de recherches

14h30 - 17h30 : Workshops de l'industrie
(sur inscription)

CONGRES SFPIO MONTPELLIER

22, 23 et 24 mars 2012

BULLETIN D'INSCRIPTION

Le Docteur : Adresse :

..... Code postal : Ville :

Téléphone : Fax : E-mail :

S'inscrit au Congrès de Montpellier

Membre SFPIO (sur justificatif) **290 €**

Non membre **390 €**

Etudiant DU Parodontologie ou Implantologie (justificatif obligatoire) **140 €**

Etudiant CES Parodontologie (justificatif obligatoire) **140 €**

Interne en Odontologie (justificatif obligatoire) **140 €**

Vendredi soir à partir de 20h à "La Brasserie du Théâtre": dîner de bienfaisance au profit de l'association "Etincelle"

Inscription 100 € x personnes =

TOTAL =

Mode de règlement :

Par chèque à l'ordre de la SFPIO

Par carte bancaire : visa ou american express

Nom : N° de carte :

Date d'expiration : Date et signature

Souhaite recevoir :

Des fiches de réduction SNCF : Nombre :

La liste des hôtels de Montpellier

Liste des hôtels de Montpellier

Hôtels situés au centre ville et à proximité du tramway

- Hôtel Métropole Holiday Inn 4 étoiles
3 rue du Clos René - Tél. : 04 67 12 32 32
- Hôtel Le Guilhem 3 étoiles
18 rue Jean Jacques Rousseau - Tél. : 04 67 52 90 90
- Newhôtel du Midi 3 étoiles
22 Boulevard Victor Hugo - Tél. : 04 67 92 69 61
- Hôtel du Palais 2 étoiles
3 rue du Palais des Guilhem - Tél. : 04 67 60 47 38
- Hôtel Mercure Centre
218 rue Bastion Ventadour - Tél. : 04 67 99 89 89
- Hôtel Nova - 8 rue Richelieu - Tél. : 04 67 60 79 85

- Hôtel Ibis Antigone
95 Place Vauban - Boulevard d'Antigone - Tél. : 04 67 64 06 64
- Hôtel Ibis Triangle
Allée Jules Milhau, immeuble Le Triangle - Tél. : 04 99 13 29 99

Hôtel situé à proximité de la sortie d'Autoroute Montpellier Est et du tramway

- Hôtel Mercure Antigone
285 Boulevard de l'Aéroport - Tél. : 04 67 72 22 22

POUR LES GOLFEURS :

(Attention, cet hôtel n'est pas à Montpellier-même)

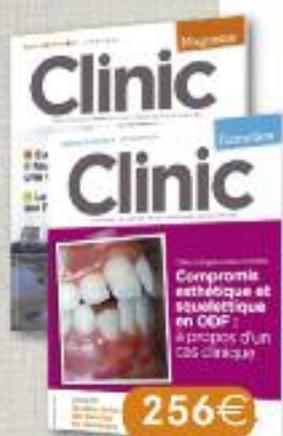
- Golfhôtel de Fontcaude 3 étoiles
JUVIGNAC - Tél. : 04 67 45 90 00



4 revues au coeur de votre profession

1 abonnement =
20 crédits
de formation continue*

ABONNEZ-VOUS VITE !



Clinic Revue de Formation

Le mensuel de l'omnipraticien en médecine bucco-dentaire

Cahier Formation Continue :

- des articles cliniques complets
- des nouvelles techniques
- des publications internationales
- des nouveautés produits

Cahier Magazine :

- l'actualité analysée de la profession
- les événements marquants
- tout sur la gestion du cabinet

Votre abonnement d'1 an comprend :
11 numéros dont 1 thématique + 1 hors-série
+ l'accès aux archives de la revue sur www.editionscdp.fr

256€

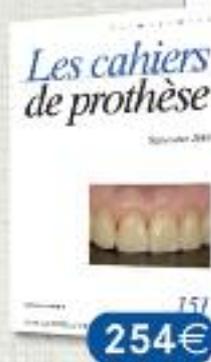
Les cahiers de prothèse

Développez vos compétences en prothèse

Chaque trimestre, retrouvez :

- un plan de traitement
- des articles cliniques
- de nouvelles techniques
- une synthèse des publications majeures

Votre abonnement d'1 an comprend :
4 numéros + 1 hors-série + l'accès aux archives de la revue sur www.editionscdp.fr



254€



Implant

Pour développer vos connaissances et compétences en implantologie.

Avec Implant, vous maîtrisez les techniques de chirurgie et de prothèse implantaires.

Chaque trimestre, Implant :

- vous forme : dossiers cliniques, rubrique Pas à Pas...
- vous informe : revues de presse et de littérature critiques, compléments de congrès...

Votre abonnement d'1 an comprend :
4 numéros + 1 hors-série + l'accès aux archives de la revue sur www.editionscdp.fr

255€



JPIO Le Journal de Parodontologie & d'Implantologie Orale

Pour mettre en application vos connaissances en parodontologie et en implantologie orale.

JPIO vous forme sur les développements récents en parodontologie clinique et en implantologie thérapeutique.

Retrouvez chaque trimestre :

- des articles originaux
- des modèles cliniques de formation permanente
- une revue scientifique internationale

Votre abonnement d'1 an comprend :
4 numéros + 1 hors-série + l'accès aux archives de la revue sur www.editionscdp.fr

258€

BULLETIN D'ABONNEMENT

À compléter et à renvoyer avec votre règlement à : Éditions CDP® - Abonnements Santé
CP 815 - 1, rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - 92856 Rueil-Malmaison cedex
☎ 01 47 30 11 10 - Fax : 01 76 73 48 57 - Email : abonnement@editionsmdp.fr

OUI, JE SOUHAITE M'ABONNER POUR 1 AN À :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clinic | 256€ au lieu de 305,30€** soit une remise de plus de 16% |
| <input type="checkbox"/> Cahiers de prothèse | 254€ au lieu de 339€** soit une remise de 25% |
| <input type="checkbox"/> Implant | 255€ au lieu de 338€** soit une remise de plus de 23% |
| <input type="checkbox"/> JPIO | 258€ au lieu de 331€** soit une remise de 22% |

+
Cliquez dans l'abonnement : tous les avantages avec www.editionsmdp.fr : actualités, archives, formations, dossiers thématiques...

- Je suis sûr que mon abonnement sera traité à l'exception d'un cas très rare où il pourrait y avoir un problème de livraison.
- Je suis sûr que je recevrai tous les numéros de la revue en respectant les conditions générales de vente de votre site www.editionsmdp.fr.

DATE ET SIGNATURE REQUISSES

JE JOINS MON RÈGLEMENT PAR

- Chèque à l'ordre de : Wolters Kluwer France Carte bancaire (sauf American Express)

N° _____ Expire fin : _____

Cryptogramme (à inscrire à l'adresse indiquée sur le verso de votre carte)

Date et signature obligatoires :

MES COORDONNÉES

- Mme Mlle M.

Nom _____ Prénom _____

Adresse prof. pers. _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____

* Voir l'abonnement à l'adresse www.editionsmdp.fr. ** Prix de vente au public hors taxes.

© 2011 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. Tous droits réservés. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins est formellement interdite.



Interview



Philippe Gibert

Questions au Professeur Philippe GIBERT, Président du Congrès SFPIO 2012

OP : Vous dirigez le Service d'Odontologie et vous êtes PU-PH en Parodontologie à la Faculté de chirurgie de Montpellier et vous occupez de nombreuses responsabilités nationales ; en quoi la tenue du congrès de parodontologie de la SFPIO à Montpellier est-elle un événement important pour votre faculté et pour la SFPIO ?

Pr Gibert : C'est un événement important car la décision prise par le bureau de la SFPIO il y a quelques années, d'associer une Faculté à son congrès annuel permet de proposer une vitrine nationale de notre discipline où sont officiellement associés les enseignants de Parodontologie et la SFPIO. La décision prise sous la présidence de Xavier STRUILLLOU d'associer le sigle du CNEP à celui de la SFPIO sur le programme du Congrès conforte ce choix. Nous avons besoin de montrer au niveau des pouvoirs publics que notre discipline est unie et forte, ce qui est très important lorsque des propositions sont faites au niveau des différents ministères, ou associations. Enfin, pour la Faculté qui reçoit c'est une façon de montrer à nos collègues d'autres disciplines et à nos étudiants, la vitalité de la Parodontologie et enfin ce sont des liens qui se renforcent entre le Département de Parodontologie et la SFPIO locale.

OP : Quels sont les axes de recherche principaux de votre Service ?

Pr Gibert : Nous sommes impliqués dans plusieurs PHRC nationaux, mais localement nos axes de recherches sont liés au Laboratoire de Recherche du Pr Frédéric CUISINIER. Plusieurs Doctorats d'Université en Parodontologie y sont impliqués.

Leurs axes de recherche concernant la gestion parodontale pré-implantaire, avec des études comparatives de différents protocoles opératoires et matériaux.

En décembre 2011, Olivier JAME a soutenu son Doctorat d'Université, et pour 2012 Valérie ORTI MCU-PH terminera le sien.

Parallèlement Philippe BOUSQUET MCU-PH responsable de l'Implantologie dans le Service d'Odontologie travaille et publie sur la préservation du volume osseux, ainsi que Blandine ROMESTAND qui mène un travail de fond sur les parodontites agressives.

Enfin, nous avons un projet de recherche clinique géré par Mathieu GIUSTI en collaboration avec le Département Chirurgie Pédiatrique au CHRU de Montpellier.

OP : Vous avez depuis de nombreuses années la responsabilité du CNEP (Collège National des Enseignants en Parodontologie) ; quels sont les dossiers majeurs que vous traitez actuellement ?

Pr Gibert : Au cours du mandat qui nous a été confié par nos collègues le bureau du CNEP a eu à gérer un dossier majeur qui est la finalisation et mise en place de l'internat qualifiant. Ce n'est que tardivement que les Présidents des Collèges des disciplines cliniques de la Filière Médecine Bucco-dentaire ont été associés à ce dossier. La trame de fond étant en place, nous avons poussé pour faire accepter l'existence de cette filière même si elle paraissait manquer de lisibilité.

Actuellement, nous sommes impliqués dans la formation des internes de la filière de Chirurgie Orale issu du Concours de Médecine.

Nous leur délivrons une information sur la Parodontologie et l'Implantologie, de nombreuses Facultés y ont été impliquées.

Nous avons défini avec les enseignants du CNEP des axes et programmes de formation pour les internes de Médecine Bucco-dentaire qui leur permettra avec l'Odontologie Hospitalière d'acquérir une compétence clinique en Parodontologie et Implantologie. De nombreuses Facultés et de nombreux Services sont structurés pour cela et sont connus par les internes qui les choisiront. La richesse de cette filière pourra ainsi être mise en évidence puisque par exemple en implantologie les internes géreront la globalité des cas.

Je crois que l'avenir de cette réforme capitale sera lié au respect de l'esprit de la réforme et des territoires des compétences de chaque filière.

OP : les nouvelles données concernant l'implication des maladies parodontales dans l'apparition de certaines pathologies systémiques ont-elles un impact sur la prise en compte par le ministère de la santé de l'importance de la parodontologie ?

Pr Gibert : Ces données continuent d'évoluer et cette implication s'étend au vu de la littérature scientifique à de plus en plus de pathologies.

C'est un rôle essentiel de tous les acteurs de la parodontologie de faire connaître cet état de fait et de développer des contacts et liens aussi bien avec les autorités de tutelles que localement avec les différentes composantes médicales et les patients.

C'est avec de la constance et de la ténacité que la parodontologie aura la place qu'elle mérite dans le paysage de santé publique.

Je reste optimiste quand je vois le chemin parcouru depuis 30 ans, l'état d'esprit et la cohésion de notre discipline, tous les espoirs sont permis. ■

Questions au Docteur Olivier Jame, Président Scientifique du Congrès SFPIO 2012

OP : Quels seront les temps forts du congrès ?

Olivier Jame : La séance du vendredi matin est très attendue, mais je pense que les autres séances seront tout aussi intéressantes et permettront de résumer l'évolution de la parodontologie depuis 30 ans.

OP : Le congrès s'adresse t-il aux omnipraticiens autant qu'aux spécialistes ?

Olivier Jame : Ce congrès s'adresse aussi bien aux omnipraticiens qu'aux spécialistes.

Même si vous ne pratiquez pas la chirurgie parodontale il est important de connaître les nouveaux traitements et les perspectives d'avenir.

OP : Avez-vous privilégié les séances cliniques, celles de recherche, ou les deux seront représentées ?

Olivier Jame : Nous n'avons pas voulu privilégier une séance plutôt qu'une autre mais il est vrai qu'il est plus facile d'obtenir des communications cliniques que des communications recherches.

De plus nous voulions laisser un peu plus de temps à nos partenaires pour présenter les avancées techniques.

OP : Quel message souhaitez vous adresser aux confrères encore hésitant à venir à Montpellier ?

Olivier Jame : Prenez de votre temps et sortez de votre cabinet pour venir écouter des praticiens de renom qui vous feront progresser dans votre exercice quotidien. ■



Olivier Jame



4^{ÈME} CONGRÈS INTERNATIONAL
CAMLOG

DU 3 AU 5 MAI 2012

LUCERNE, SUISSE



FEEL THE PULSE OF SCIENCE IN THE HEART OF SWITZERLAND

- «State of the art» de l'implantologie dentaire
- Comité scientifique de renommée internationale, conférenciers de renom
- Travaux pratiques en montagne
- Lucerne – lieu de congrès mondialement connu et dans une situation géographique unique
- Soirée CAMLOG sur le mont Rigi – «Let's rock the Alps!»
- Programmes sociaux attractives à Lucerne et dans les environs

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Prof. Dr. Jürgen Becker, Prof. Dr. Fernando Guerra, Prof. Dr. Frank Schwarz,
Prof. Dr. Thomas Taylor, Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden,
Prof. Dr. Dr. Georg Watzek, Prof. Dr. Axel Zöllner

camlogfoundation

Informations et inscriptions:
Camlog France: nadine.jaeger@henryschein.fr | www.camlogcongress.com



Vos prochains RV internationaux

• EUROPERIO VIENNE 6-9 juin 2012

1158 abstracts ont été proposés, soit 40% de plus qu'en 2009 ce qui augure d'une des plus importantes fréquentations mondiales.

Les propositions françaises arrivent en 7ème position, avec 37 articles

Retrouvez toutes les infos sur le congrès à l'adresse www.europerio7.com



The poster features a background image of a Ferris wheel with a watercolor-style overlay in shades of orange, red, and green. The text is arranged as follows:

EUROPERIO⁷
**7th Conference of the European Federation
of Periodontology**
June 6 – 9, 2012
Messe Wien
Vienna, Austria
www.europerio7.com

*It's time to
register!*

VIENNA 2012
2nd ANNOUNCEMENT
of the World's leading Conference in Periodontology

Updated reprint as per October 2011

THE EUROPEAN LEARNING CO-OPERATION CONFERENCE
**EUROPERIO
7
VIENNA**
2012

Cycle de Formation Continue en Implantologie 2012/2013

Niveau 1 : 4-5-6 octobre 2012

Intégration des implants au quotidien

Niveau 2 : 18-19 janvier 2013

Traitement des cas complexes de la zone esthétique

Niveau 3 : 24-25 mai 2013

Chirurgies implantaire avancées

SFPIO – 9 rue Boileau 44000 NANTES

Tél. 02 40 08 06 63 – Fax 02 40 08 06 47 - email : sfparo@wanadoo.fr

Niveau 1 : 4-5-6 octobre 2012

INTÉGRATION DES IMPLANTS AU QUOTIDIEN

Plan de traitement, chirurgie et prothèse des cas simples

Stage sur 3 jours (début jeudi après-midi, vendredi, et fin le samedi à 17h)

- Généralités
- Occlusion et biomécanique implantaire
- La chirurgie implantaire
- Les empreintes
- Les solutions vissées et scellées
- Gestion de la période d'ostéointégration
- Gestion de la réouverture - stade II
- Scellement, équilibrage et maintenance des implants
- Discussion de cas cliniques
- Travaux pratiques chirurgie et prothèse
- Session vidéo

Niveau 2 : 18-19 janvier 2013

TRAITEMENT DES CAS COMPLEXES DE LA ZONE ESTHÉTIQUE

Plan de traitement, chirurgie et prothèse des cas complexes

Stage sur 2 jours (vendredi, samedi) avec TP et vidéos

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

Niveau 2 : 18-19 janvier 2013

TRAITEMENT DES CAS COMPLEXES DE LA ZONE ESTHÉTIQUE (suite)

Prothèse

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

Niveau 3 : 24-25 mai 2013

CHIRURGIES IMPLANTAIRES AVANCÉES

Chirurgie de greffes et de régénérations osseuses Stage sur 2 jours (vendredi, samedi) avec TP et vidéos

- Les défauts osseux
- Principe des greffes osseuses
- Evaluation des alternatives aux greffes osseuses
- Régénération osseuse – Comblement de sinus
- La chirurgie ultrasonique – Traitement des péri-implantites
- TP de comblement de sinus, TP de régénération et greffes osseuses, TP de piezochirurgie

Intervenants : Philippe Bousquet, Martin Brient, Stéphan Duffort, Eric Maujean, David Nisand, Nicolas Picard, Olivier Reboul, Florent Trevelo

ATTENTION PROMOTION LIMITEE A 20 PLACES
Lieu du cours : UIC - 16 rue Jean Rey - 75015 Paris
Pauses et déjeuners pris sur place

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à la SFPIO – 9 rue Boileau 44000 NANTES

Tél. 02 40 08 06 63 – Fax 02 40 08 06 47 - email : sfparo@wanadoo.fr

Le Docteur :Adresse :

Code postal :Ville :

Téléphone :Fax :E-mail :

Inscription aux 3 sessions 2012/20132 950 €

Possibilité de règlement en 2 fois 1475 € à l'inscription, 1475 € au 10 janvier 2013

Mode de règlement :

par chèque à l'ordre de la SFPIO

par carte bancaire (Visa ou American Express)

Nom :N° de carte :

Date d'expiration :Date et signature

Cycle de Formation Continue en Parodontologie 2012/2013

Programme et enseignement dirigé par : Alain BORGHETTI

Assisté de : Caroline FOUQUE-DERUELLE

Complétés par une équipe enseignante d'exception : Benoît BROCHERY, Hervé DROGOU, Frédéric DUFFAU, Stéphan DUFFORT, Yves ESTRABAUD, Emmanuelle ETTEDEGUI, Caroline FOUQUE-DERUELLE, Jean-Louis GIOVANNOLI, Marjolaine GOSSET, Gilles LABORDE, Corinne LALLAM-LAROYE, Jean-Philippe MALLETT, Jean-François MICHEL, Virginie MONNET-CORTI, David NISAND, Marie-Grâce POBLETE, Olivier REBOUL, Xavier STRUILLLOU, François UNGER, Philippe VIARGUES, Séverine VINCENT.

Niveau 1 : 4-5-6 octobre 2012

Préserver la denture naturelle existante

Niveau 2 : 18-19 janvier 2013

Avoir recours à la prothèse et/ou à l'implantologie

Niveau 3 : 24-25 mai 2013

Chirurgie plastique parodontale

ATTENTION PROMOTION 2012-2013 LIMITEE A 60 PLACES

Lieu du cours : UIC - 16 rue Jean Rey - 75015 Paris - Pauses et déjeuners pris sur place.

Niveau 1 : 4-5-6 octobre 2011

PRÉSERVER LA DENTURE NATURELLE EXISTANTE

**180 CRÉDITS DE
FORMATION CONTINUE**

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

Niveau 2 : 18-19 janvier 2013

AVOIR RECOURS À LA PROTHÈSE ET/OU À L'IMPLANTOLOGIE

120 CRÉDITS DE
FORMATION CONTINUE

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

Niveau 3 : 24-25 mai 2013

CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE

60 CRÉDITS DE
FORMATION CONTINUE

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

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à la SFPIO – 9 rue Boileau 44000 NANTES

Tél. 02 40 08 06 63 – Fax 02 40 08 06 47 - email : sfparo@wanadoo.fr

Le Docteur :Adresse :

Code postal :Ville :

Téléphone :Fax :E-mail :

Inscription aux 3 session 2012/20132 450 €

Possibilité de règlement en 2 fois 1225 € à l'inscription, 1225 € au 10 janvier 2013

Mode de règlement :

par chèque à l'ordre de la SFPIO

par carte bancaire (Visa ou American Express)

Nom :N° de carte :

Date d'expiration :Date et signature

Hypersensibilité dentinaire : Découvrez une nouvelle technologie

Il existe aujourd'hui une avancée majeure dans le traitement de l'hypersensibilité dentinaire

L'arrivée de Sensodyne® Répare & Protège vous permet de bénéficier du potentiel unique de la technologie Novamin®, à base de calcium-phosphate, dans un dentifrice quotidien au fluor. Novamin® forme une couche réparatrice d'hydroxyapatite de substitution à la surface de la dentine exposée et à l'intérieur des tubuli^{1,2}, pour aider à protéger en continu vos patients contre les douleurs causées par l'hypersensibilité dentinaire^{3,4}

Bienvenue dans la nouvelle ère technologique de Sensodyne Répare & Protège



Alternative à la greffe osseuse autogène pour le traitement des agénésies par la prothèse implantaire

Dr David JOSEPH*, Dr Julien L'HERITIER**, Dr Romain GUEUDIN***, Dr Jacques PENAUD****, Pr Pascal AMBROSINI*****

* Assistant Hospitalo Universitaire, Département de parodontologie et implantologie, Faculté d'odontologie de Nancy

** Attaché, Département de parodontologie et implantologie, Faculté d'odontologie de Nancy

*** Diplôme d'université, Département de parodontologie et implantologie, Faculté d'odontologie de Nancy

**** MCU-PH, Département de parodontologie et implantologie, Faculté d'odontologie de Nancy

***** PU-PH, Département de parodontologie et implantologie, Faculté d'odontologie de Nancy

L'agénésie définit comme « une Absence totale ou partielle d'un tissu, d'un organe ou d'une structure dès la vie embryonnaire, due à une cause héréditaire » peut toucher l'organe dentaire. Selon les auteurs, entre 0.5 et 3% de la population générale présente une agénésie. Parmi elles, 25% sont des agénésies des incisives latérales maxillaires. Dans ces situations plusieurs options thérapeutiques peuvent être envisagées.(1)
Dans la majorité des cas, il s'agit de patient jeune qui sont également suivit par un orthodontiste.

La première solution peut consister à fermer les espaces en plaçant les canines en place des incisives latérales grâce à un traitement d'orthodontie. Cependant, Le résultat esthétique est souvent décevant et oblige à la réalisation de facettes ou de couronnes sur des dents saines ainsi qu'à une coronoplastie des prémolaires pour supprimer les interférences en latéralité.

La deuxième solution consiste à conduire un traitement orthodontique à son terme en laissant un espace entre les incisives centrales et les canines puis de réaliser soit une prothèse amovible (qui constituera une solution transitoire) soit une prothèse fixe de type bridge ou bridge collé. Cette solution présente l'inconvénient d'avoir à effectuer des tailles préparatoires de dents saines et expose à une risque fréquent de descellement (surtout pour un bridge collé) voir une difficulté de réalisation si l'espace prothétique disponible est faible.

Une autre solution consiste comme précédemment à maintenir l'espace entre les centrales et les canines et à restaurer l'agénésie par une

prothèse implanto-portée. Cette solution permet un traitement prothétique esthétique fixe en conservant l'intégrité des dents voisines. Cependant, la mise en place d'un implant nécessite un volume osseux adéquat dans tous les sens de l'espace : sens vertical et horizontal. Or l'absence d'éruption entraîne souvent un défaut osseux lié à l'absence de remodelage des corticales osseuses. Ce défaut osseux est le plus souvent horizontal : la crête osseuse est fine mais de hauteur normale. Dans ces conditions, l'insertion d'un implant, sans préparation du site au préalable abouti à un positionnement trop vestibulé de l'implant, avec un déficit esthétique voir fonctionnel impossible à corriger.

Il est donc impératif de réaliser une préparation du site implantaire afin d'obtenir un volume osseux suffisant. La réalisation d'une greffe d'apposition avec des blocs de substitution permet de pallier au manque d'os et ainsi, de positionner correctement l'implant dans les 3 plans de l'espace.

Se pose alors le choix du matériau.

L'os autogène constitue « le gold standard », car il s'agit du matériau le plus documenté, bénéficiant de beaucoup de recul.

Au cabinet dentaire, le prélèvement est uniquement intra-buccal. Il se situe au niveau du menton ou du ramus.

Ce type de prélèvement ne permet pas d'obtenir une très grande quantité, et même si la piezo chirurgie nous autorise à être moins invasif dans nos thérapeutiques, ce type d'intervention entraîne fréquemment une morbidité du site donneur non négligeable. Pour un prélèvement plus important, le recours à un greffon extra oral (Iliaque, calvarial voir tibial) peut être envisagé. L'intervention se déroule sous anesthésie générale, en dehors du cabinet et les suites opératoires sont souvent douloureuses.

Afin de limiter l'inconfort du patient, il est possible d'envisager l'utilisation d'os allogène en bloc : FDDB (freeze dried bone allograft). Ce matériau permet de palier aux 2 défauts de l'os autogène (Quantité limitée pour les prélèvements intra buccaux et morbidité du site donneur). Il

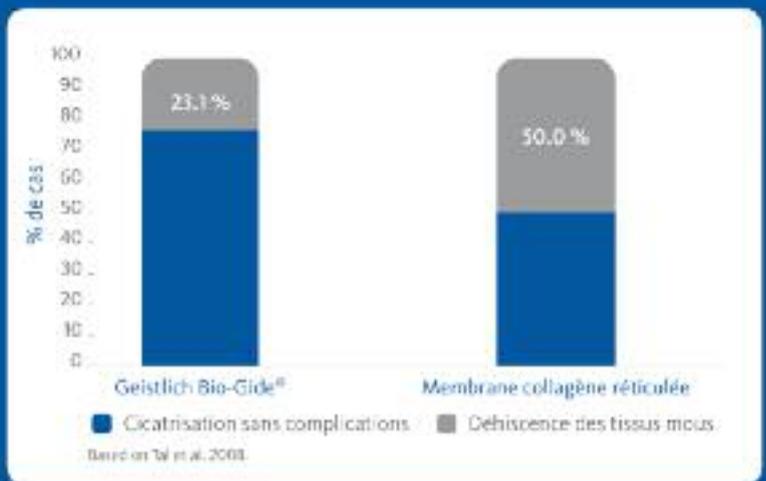
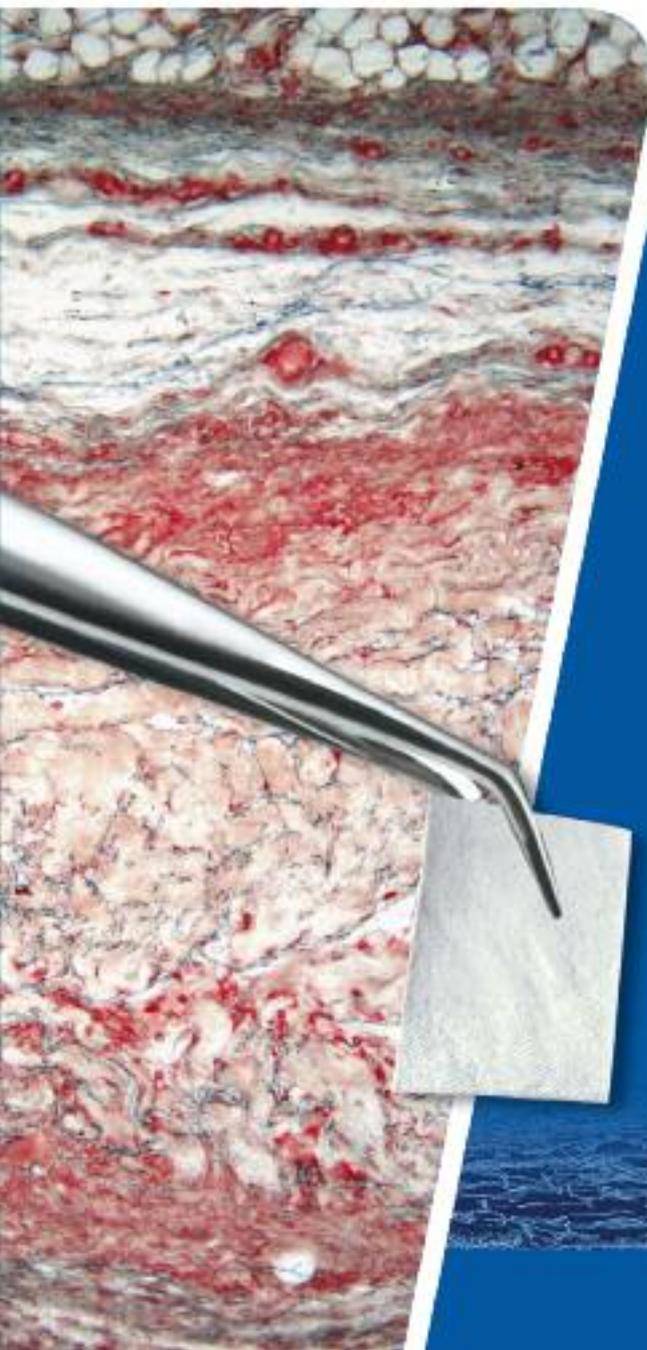
s'agit d'os de banque ayant subi un procédé de détoxification et d'inactivation des agents pathogènes. Sur le marché européen (français), il existe différents produits comme Biobank®, les greffons Phoenix®, ou bien encore les blocs Puros®.(4)

Le cas clinique suivant montre l'utilisation de blocs cortico spongieux de Puros® pour la préparation de sites implantaires dans le cas d'agénésie des incisives latérales maxillaires.

Ces matériaux est traité par le procédé Tutoplast® et est utilisé avec succès en chirurgie orthopédique depuis plus de 30 ans.(3) Ce procédé est réalisé en 8 étapes : (schéma 1) Les prélèvements sont reçus et différents examens sérologique sont pratiqués.

Les blocs sont ensuite passés dans un bain d'acétone pour supprimer le tissu graisseux et inactiver certains virus (HIV, Hépatite). La suppression des lipides est très importante car leur présence lors de la stérilisation en fin de traitement conduit à la formation de substance toxique. Un second traitement alternant bain de saumure et eau distillée vise à

L'Art de la Perfection



La structure naturelle du collagène de Geistlich Bio-Gide®

- > offre une sécurité thérapeutique élevée
- > assure un résultat esthétique parfait
- > réduit le risque d'exposition



Pose de Geistlich Bio-Gide®
en recouvrement du volume
reconstitué.
(Dr R. Jung - Université de Zurich)



Excellente cicatrisation des tissus
mous et résultat esthétique
parfait à 6 mois postopératoires.
(Dr R. Jung - Université de Zurich)

rompre la membrane des cellules, supprimer les antigènes et certaines bactéries. Vient ensuite un traitement par oxydation à l'aide d'eau oxygénée, puis une déshydratation dans un bain d'acétone qui permet une conservation des blocs pendant 5 ans. Les blocs sont ensuite façonnés, mis sous sachet et enfin stérilisés par irradiation au rayon gamma.

Il est important de noter que ce matériau est considéré comme un tissu et à ce titre le praticien utilisateur doit être référencé auprès de l'établissement français du sang (EFS) qui assure la traçabilité des greffons.(2)

Cas clinique : Le patient, âgé de 19 ans, se présente à la consultation en fin de traitement orthodontique avec une prothèse partielle amovible. Il souhaite une restauration fixe pour remplacer cette prothèse. Le patient n'a pas de problème de santé, fume occasionnellement, le contrôle de plaque est satisfaisant, les incisives présentent 2 petites reconstitutions en composite et les canines sont saines (Photos 1,2). Nous nous orientons vers la réalisation de 2 couronnes supra implantaire en 12 et 22, transvissées car la hauteur prothétique disponible et peu importante.

Avant toute intervention un examen tridimensionnel de type cone beam est pratiqué pour évaluer le volume osseux disponible (Photos 3 et 4). Celui révèle un défaut dans le sens horizontal contre indiquant la mise en place d'implant immédiatement. Pour obtenir un volume osseux suffisant, la réalisation de 2 greffes d'apposition horizontale à l'aide de blocs de Puros est programmée. L'utilisation d'un logiciel de planification (Simplant® de Materialise Software) permet de bien visualiser les problèmes, axes implantaires défavorables, volume à combler. La modélisation informatique en 3 dimen-

sions permet également de bien expliquer au patient le but de l'intervention. (Photo 5) ce qui permet d'obtenir le consentement éclairé du patient.

L'intervention débute par la réalisation d'un lambeau large de canine à canine, en épaisseur total dans sa partie coronaire, puis partielle dans la zone apicale afin de pouvoir replacer le lambeau sans tension en fin d'intervention.

Préparation du lit receveur en perforant la corticale par une petite fraise boule montée sur contre angle (Photos 6 7 et 8). Le greffon est alors découpé et modelé de façon à s'insérer le mieux possible au niveau des 2 concavités. (Photos 9 10 11 12 et 13) Il faut veiller à ne pas manipuler le bloc avec les gants et surtout de bien le réhydrater celui-ci pendant au minimum 10 minutes. Les blocs sont ensuite fixés à l'aide de vis d'ostéosynthèse, les surplus de matériaux sont insérés dans les espaces, les retouches

au niveau de la partie cortical du greffon peuvent être effectuées pour supprimer les angles vifs mais doivent être limitées le plus possible pour éviter une résorption de celui-ci. (Photos 14 15 16 et 17) L'ensemble est alors recouvert d'une membrane resorbable (Pericardium®) (Photos 18 et 19). Le lambeau est alors suturé sans tension.

A 1 semaine post opératoire, on note une belle cicatrisation muqueuse (Photo 20). Après 4 mois un examen radiographique de contrôle objective l'intégration du greffon et la possibilité de mettre en place des implants dans de bonnes conditions (Photo 21).

L'intervention peut alors se dérouler classiquement avec la mise en place de 2 implants (Straumann® BL 3.3*12) que nous avons choisi d'enfouir pour permettre encore 3 mois de maturation au greffon (Photos 22 23 24 25 26 et 27). Après ce délai la réalisation de 2 prothèses implantaire portées

transvissées est réalisée (Photo 28).

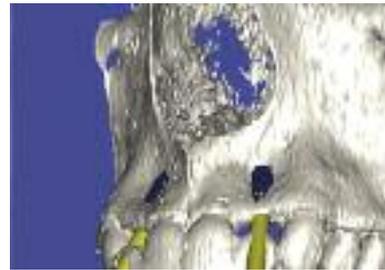
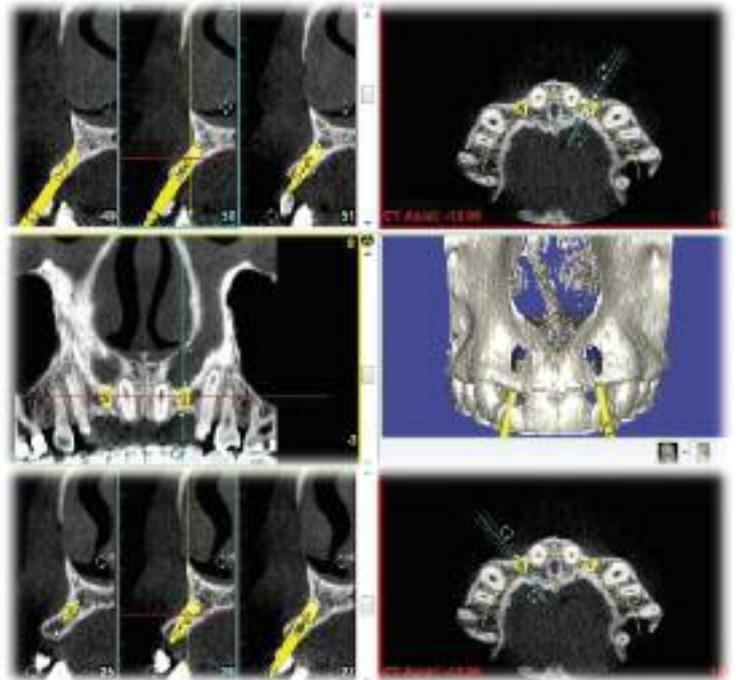
L'obtention d'un volume osseux dans les 3 plans de l'espace avant la pose d'implant est un prérequis indispensable au succès du traitement implantaire et prothétique car il permet de bien positionner l'implant. Dans de nombreuses situations comme par exemple des agénésies, la réalisation d'une greffe d'apposition peut être indiquée pour (re)construire le volume osseux. Au cabinet, la taille des prélèvements intrabuccaux est limitée et entraîne souvent des douleurs post opératoire. L'utilisation de bloc d'os allogène permet de s'affranchir de ces 2 problèmes. Des analyses comparatives standardisées de l'utilisation de ces matériaux comprenant des groupes suffisamment nombreux de patients permettront de dire s'ils peuvent totalement supplanter le « gold standard » que constitue encore à l'heure actuelle l'os autogène. ■



Procédé Tutoplast®



Photos 1 et 2 : Situation initiale



Photos 3 et 4 :
Aspect radiologique

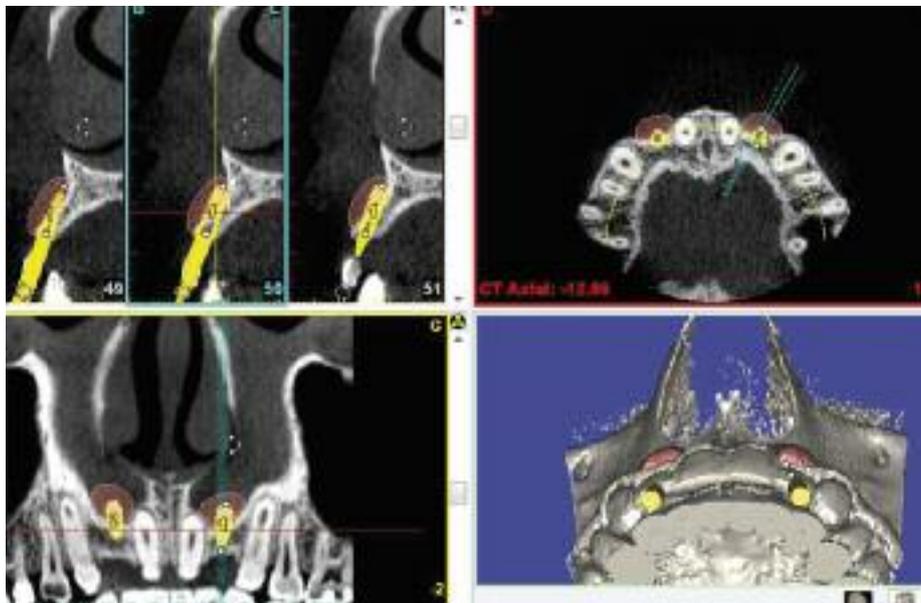


Photo 5 : Planification sur Simplant® modélisation de la reconstruction osseuse

ZIMMER

L'IMPLANT POUR L'OSTÉO-INCORPORATION



Matériau trabéculaire Metal



Ostéo-incorporation
Le processus de croissance à l'intérieur de l'implant



Os trabéculaire



recupération osseuse

Je suis l'implant dentaire Zimmer® Trabecular Metal™, le premier implant à posséder une partie centrale à 80% poreuse, conçue pour permettre une croissance osseuse non seulement autour de ma structure mais aussi à l'intérieur de cette dernière. A travers l'ostéo-incorporation, je m'appuie sur une technologie qui a fait ses preuves, celle du matériau *Trabecular Metal*, technologie utilisée par Zimmer Orthopédie depuis plus de 10 ans. Je suis le premier implant à permettre l'ostéo-incorporation ... **et je suis Zimmer.**

Visitez la page TrabecularMetal.zimmerdental.com pour visionner une présentation animée de la croissance interne et demander une démonstration de la technologie *Trabecular Metal*.



zimmer | dental

www.zimmerdental.com



Photos 6,7 et 8: Préparation du site receveur



Photos 9, 10, 11, 12
et 13 : Préparation du
bloc d'os allogène
(PUROS®)



Photos 14 et 15: Fixation des greffons



Photos 16 et 17: Comblement des
espaces avec le surplus



Photos 18 et 19 : Recouvrement par des membranes et sutures sans tension

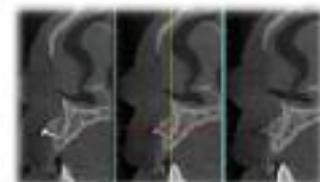
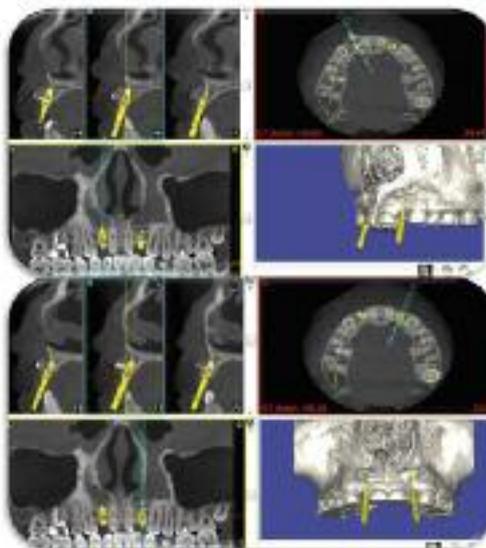


Photo 21: Contrôle radiologique à 4 mois, planification implantaire



Photo 20 : Situation à J+8



Photos 22 23 24: Réalisation des forages, aspect clinique des greffons



Photos 25, 26 et 27: Mise en nourrice des implants



Photo 28: Réalisation des prothèses transvisées 3 mois après.

Bibliographie :

- 1) C. Philip-Alliez, A. Freckhaus, L. Delsol, L. Massif, M. Le Gall, P. Canal. Traitement des agénésies des incisives latérales maxillaires. EMC (Elsevier Masson SAS), Médecine buccale, 28-650-M-10, 2011
- 2) EFR (Etablissement Français du Sang) : Les banques de tissus [en ligne]. <http://www.dondusang.net/rewrite/article/53/tissus/tissus.htm?idRubrique=63>
- 3) TUTOGEN MEDICAL : Procédé Tutotplast® [en ligne]. <http://www.tutogen.fr/faq.html>
- 4) ZIMMER DENTAL : Blocs allogéniques Puros® [en ligne]. http://www.zimmerdental.com/Regenerative/rg_puPuBlockAllog.aspx

Régénération parodontale en 2011 : possibilités et limites

Dr Guillaume Campard

Le traitement de la maladie parodontale a longtemps été limité à un contrôle de l'inflammation et de l'infection afin d'arrêter et de prévenir la destruction parodontale. Les thérapeutiques mises en œuvre n'autorisaient que la réparation des tissus altérés par des tissus cicatriciels, sans pouvoir reconstruire les tissus détruits. Ces thérapeutiques aboutissaient donc à des compromis anatomiques, fonctionnels et esthétiques qui ne satisfaisaient ni le clinicien, ni le patient. L'obtention d'une régénération parodontale doit rester l'objectif de tout clinicien traitant une parodontite ou préparant un site implantaire. Il semble logique de rechercher la reconstruction ad integrum d'un site détruit par un processus pathologique. Un ligament alvéolo-dentaire ancré dans du ciment et de l'os alvéolaire est mieux armé pour résister à un nouveau processus pathologique qu'un long épithélium de jonction. De même, un tissu osseux néoformé en bonne quantité est nécessaire à l'intégration esthétique et fonctionnelle d'un implant.

Au cours des 30 dernières années, la recherche fondamentale puis clinique a validé de nouvelles techniques permettant la reconstruction parodontale aux moyens d'une régénération tissulaire, soit la néo-formation de tissus histologiquement similaires aux tissus détruits du fait de la maladie. De plus en plus de matériaux, de produits et de techniques opératoires sont à disposition des cliniciens. Cependant, il est parfois difficile de vérifier leur efficacité et de comprendre leurs indications.

La régénération parodontale nécessite la réunion de 3 acteurs essentiels :

Les cellules autogènes

Ces cellules doivent être importées à partir d'un site donneur ou bien être à proximité du site de régénération qu'elles pourront coloniser si leur migration est rendue possible. Il s'agit principalement de cellules progénitrices ayant une capacité de différenciation voire de cellules différenciées (ostéoblastes et cémentoblastes principalement) amenées à se multiplier in situ. Tout matériel de régénération parodontale ou toute technique opératoire sera mis en

échec en l'absence de ces cellules, clés de la régénération.

Les facteurs de croissance

Ce sont des molécules endogènes ou « recombinantes » (recrues par génie moléculaire) qui ont un rôle essentiel dans le recrutement, la communication et la différenciation des cellules progénitrices ou différenciées. Elles sont le chef d'orchestre de toute régénération parodontale.

La trame

L'espace détruit par la maladie parodontale doit être recolonisé par les cellules parodontales autorisant sa régénération. Leur déplacement est grandement facilité lorsqu'une trame de guidage - qu'elles reconnaissent - remplit l'espace à régénérer.

En présence de ces 3 facteurs, le potentiel de régénération est maximal. En leur absence partielle ou totale, l'étendue et la qualité de la régénération sont compromises et des tissus cicatriciels différents anatomiquement et moins efficace fonctionnellement rempliront l'espace détruit par la maladie parodontale (fig. 1).

A ce jour, il existe des données scientifiques traitant du potentiel de différents matériaux et techniques disponibles ac-

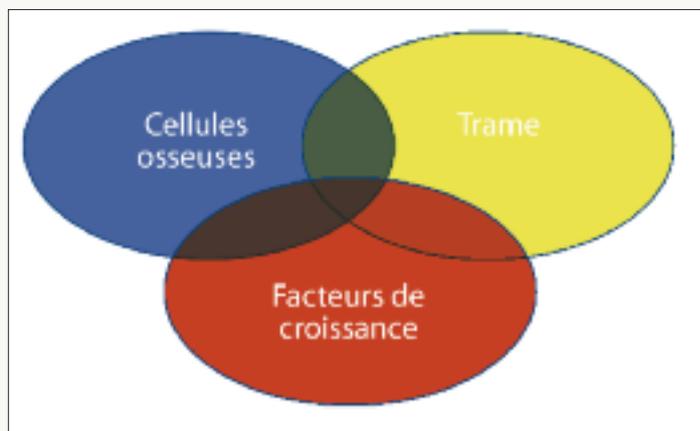


Fig.1. Les acteurs de la régénération parodontale. La réunion de ces 3 paramètres optimise le potentiel de régénération.

tuellement. Le tableau ci-dessous (fig.2) résume le niveau de preuve accumulé sur les techniques « classiques » de régénération ; à savoir la régénération tissulaire guidée (ba-

isée sur l'exclusion épithéliale) et la régénération osseuse guidée, utilisant des membranes et / ou des biomatériaux de substitution osseuse. Il est important de noter que

	Design d'études	Paramètres	Histologie
Os autogène	+	Cliniques, Radiographiques ¹	✓ 2
Membranes seules (RTG)	+++	Cliniques, radiographiques ³	✓ 4
Allogreffe + Mb	+++	Cliniques, radiographiques ⁵	✓ 6
Xéno greffe + Mb	+++	Cliniques, radiographiques ⁷	✓ 7
Alloplastés	++	Cliniques, radiographiques ⁸	X (os) ⁹

Fig. 2. Synthèse des données disponibles chez l'homme pour les techniques « classiques » de régénération parodontale (RTG et ROG). L'os autogène reste le « gold standard » de la régénération strictement osseuse. Les alloplastés ne semblent pas autoriser une régénération cémentaire et ligamentaire.

les bénéfices décrits en terme de gain d'attache clinique et / ou radiologique sont obtenus chez l'homme (et non chez l'animal). De même, des preuves histologiques humaines sont disponibles pour tous les matériaux, à l'exception des alloplastiques qui n'ont pas encore été démontrés capables de régénérer du ciment et du ligament alvéolo-dentaire⁹.

L'os autogène reste le « gold standard » pour la régénération osseuse. Cependant, il ne permet pas la régénération du ciment ou du ligament et possède de nombreux inconvénients : morbidité du site donneurs, quantité limitée, risque de résorption radiculaire, lourdeur de protocole opératoire... Par ailleurs, les techniques « classiques » de ROG et RTG sont souvent décriées du fait de leur manque d'efficacité, de prédictibilité et de leur complexité. Pour pallier à ces limites, la régénération tissulaire induite génère de nombreux espoirs. Il s'agit de mettre en place des facteurs de croissance dans le site à régénérer, pour stimuler la recolonisation de cellules parodontale et donc la régénération ligamentaire, cémentaire et osseuse.

3 produits se distinguent actuellement par leur niveau de preuve :

• **L'Emdogain**

Ce matériau est composé d'amélogénine issu de germes dentaires porcins. De nombreuses études cliniques chez l'homme ont fait état de gains d'attache clinique et radiologique significatifs stables dans le temps^{10,11}. De même, le potentiel régénératif a été vérifié chez l'homme histologiquement¹². Cependant, certains estiment que les gains cliniques et histologiques ne sont pas assez probants et n'observent pas de bénéfice réel par rapport aux techniques « classiques » de RTG et ROG (fig. 3).

• **Le rhPDGF-BB**

(recombinant human Platelet-Derived Growth Factor BB) ou facteur de croissance recombiné dérivé des plaquettes humaines. Il s'agit d'un puissant facteur de croissance humain, impliqué dans le recrutement, la multiplication et la différenciation de cellules parodontales progénitrices, reproduit en laboratoire à l'identique par génie moléculaire. Le produit est commercialisé aux Etats-Unis sous forme d'un liquide contenant du rhPDGF-BB à haute dose et d'un allo-

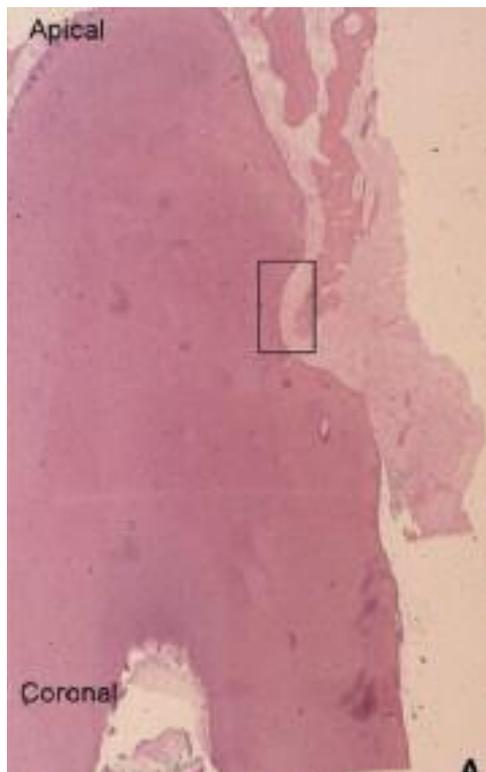


Fig. 3. Preuve histologique de régénération parodontale osseuse, ligamentaire et cémentaire chez l'homme avec de l'Emdogain. Mellonig JT, Valderrama P, Gregory HJ, Cochran DL. Clinical and histologic evaluation of non-surgical periodontal therapy with enamel matrix derivative: a report of four cases. J Periodontol. 2009 Sep;80(9):1534-40. Certains estiment cependant que les bénéfices, même si bien réels, ne sont pas assez importants face aux techniques « classiques » de RTG.



Fig. 4a. Large lésion interradiculaire de classe 2. Cliché préopératoire.



Fig. 4b. Coupe histologique humaine post-opératoire prouvant la régénération parodontale intégrale de l'espace interradiculaire. Du ciment et un ligament alvéolo-dentaire rattaché à du tissu osseux néoformés remplissent l'intégralité de l'espace interradiculaire.

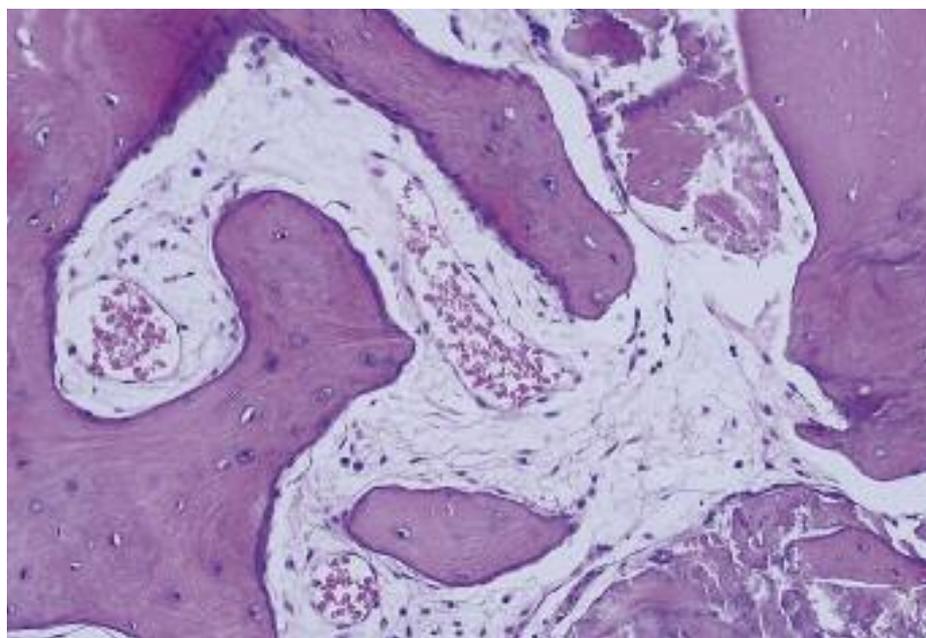


Fig.5. Coupe histologique d'un échantillon osseux humain, 9 mois après une augmentation de crête osseuse verticale avec Infuse®. L'éponge collagénique précédemment imbibée de rhBMP-2 (en bas à droite) est entourée et surmontée par un tissu osseux néoformé. Données non publiées. Campard G

plaste (-TCP), le Gem21-S®. De premiers résultats cliniques^{13,14} et histologiques¹⁵ spectaculaires ont prouvé le formidable potentiel de ce matériau (fig. 4a, 4b). Cependant, peu d'études cliniques à forte puissance statistique sont disponibles à ce jour et il n'est pas encore disponible en Europe.

• Le rhBMP-2

(recombinant human Bone Morphogenetic Protein 2) est le principal facteur de croissance humain impliqué dans la synthèse de tissu osseux. Il est commercialisé aux Etats-Unis sous forme d'un liquide fortement concentré en rh-BMP-2 et d'une éponge collagénique comme support, sous le nom

Infuse®. Il est indiqué pour la régénération strictement osseuse telle que les comblements de sinus ou les augmentations de crête alvéolaire. De nombreuses études cliniques ont prouvé sa fiabilité pour les indications énoncées précédemment^{16,17}. De même, de l'histologie humaine démontre sa puissante capacité ostéogénique (fig.5).

Cependant, le recul clinique de ce produit est encore limité et certains mettent en cause sa sûreté d'utilisation. En effet, des proliférations osseuses mal contrôlées ont été rapportées en chirurgie orthopédique. Notons que les concentrations utilisées étaient supérieures à celles préconisées pour l'usage oro-facial. ■

Conclusion

La régénération parodontale nous permet d'améliorer la prise en charge de nos patients en reconstruisant les stigmates de la maladie parodontale, en optimisant les possibilités de reconstructions prothétiques et en favorisant le rendu esthétique de nos traitements. Les techniques de régénération « classiques » de RTG et ROG nous permettent parfois d'atteindre notre objectif mais les bénéfices sont souvent trop limités et complexes à mettre en oeuvre. Les dernières avancées dans la régénération tissulaire induite sont spectaculaires et demeurent très prometteuses. Le niveau de preuve clinique et histologique disponible pour des produits tels que l'émdogain, le rhPDGF-BB ou le rhBMP-2 valide leur usage pour certaines indications. Il reste à espérer que les données futures confirmeront voire amplifieront leurs indications pour dépasser toujours plus nos limites thérapeutiques.

Bibliographie

- Schallhorn RG, Hiatt WH, Boyce W. Iliac transplant in periodontal therapy. *J Periodontol.* 1970;10:566-580.
- Schallhorn RG. Eradication of bifurcation defects utilizing frozen autogenous hip marrow implants. *Periodontal Abstr.* 1967 Sep;15(3):101-5.
- Cortellini P, Pini Prato G, Tonetti MS. Periodontal regeneration of human intrabony defects I. Clinical measures. *J Periodontol.* 1993 Apr;64(4):254-60.
- Gottlow J, Nyman S, Lindhe J, Karring T, Wennström J. New attachment formation in the human periodontium by guided tissue regeneration. *Case reports. J Clin Periodontol.* 1986 Jul;13(6):604-16.
- McClain PK, Schallhorn RG. Long-term assessment of combined osseous composite grafting, root conditioning, and guided tissue regeneration. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1993;13(1):9-27.
- Bowers GM, Chadroff B, Carnevale R, Mellonig J, Corio R, Emerson J, Stevens M, Romberg E. Histologic evaluation of new attachment apparatus formation in humans. Part III. *J Periodontol.* 1989 Dec;60(12):683-93.
- Camelo M, Nevins ML, Schenk RK, Simion M, Rasperini G, Lynch SE, Nevins M. Clinical, radiographic, and histologic evaluation of human periodontal defects treated with Bio-Oss and Bio-Gide. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1998 Aug;18(4):321-31.
- Yukna RA, Yukna CN. A 5-year follow-up of 16 patients treated with coralline calcium carbonate (BIOCORAL) bone replacement grafts in intrabony defects. *J Clin Periodontol.* 1998 Dec;25(12):1036-40.
- Saffar JL, Colombier ML, Detienville R. Bone formation in tricalcium phosphate-filled periodontal intrabony lesions. Histological observations in humans. *J Periodontol.* 1990 Apr;61(4):209-16.
- Heijl L., Heden, G., Svardstrom G. & Ostgren A. Enamel matrix derivative (Emdogains) in the treatment of intrabony periodontal defects. *J Clin Periodontol* 24, 705-714. (1997)
- Sculean A, Berakdar M, Willershausen B, Arweiler NB, Becker J, Schwarz F. Effect of EDTA root conditioning on the healing of intrabony defects treated with an enamel matrix protein derivative. *J Periodontol.* 2006 Jul;77(7):1167-72.
- Mellonig JT, Valderrama P, Gregory HJ, Cochran DL. Clinical and histologic evaluation of non-surgical periodontal therapy with enamel matrix derivative: a report of four cases. *J Periodontol.* 2009 Sep;80(9):1534-40.
- Howell TH, Fiorellini JP, Paquette DW, Offenbacher S, Giannobile WV, Lynch SE. A phase I/II clinical trial to evaluate a combination of recombinant human platelet-derived growth factor-BB and recombinant human insulin-like growth factor-I in patients with periodontal disease. Howell TH, Fiorellini JP, Paquette DW, Offenbacher S, Giannobile WV, Lynch SE. *J Periodontol.* 1997 Dec; 68(12): 1186-93.
- McGuire MK, Kao RT, Nevins M, Lynch SE. rhPDGF-BB promotes healing of periodontal defects: 24-month clinical and radiographic observations. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006 Jun;26(3):223-31
- Camelo M, Nevins ML, Schenk RK, Lynch SE, Nevins M. Periodontal regeneration in human Class II furcations using purified recombinant human platelet-derived growth factor-BB (rhPDGF-BB) with bone allograft. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2003 Jun;23(3):213-25
- Boyne, P. J., Lilly, L. C., Marx, R. E., Moy, P.K., Nevins, M., Spagnoli, D. B. & Triplett, R.G. (2005) De novo bone induction by recombinant human bone morphogenetic protein-2 (rhBMP-2) in maxillary sinus floor augmentation. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 63, 1693-1707.
- Fiorellini JP, Howell TH, Cochran D, Malmquist J, Lilly LC, Spagnoli D, Toljanic J, Jones A, Nevins M. Randomized study evaluating recombinant human bone morphogenetic protein-2 for extraction socket augmentation. *J Periodontol.* 2005 Apr;76(4):605-13.

Intérêt du diagnostic et du traitement de la parodontite dans la polyarthrite rhumatoïde

par Marjolaine Gosset, Francis Berenbaum, Jérémie Sellam

Contexte :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique auto-immun affectant 0.25 à 0.5% de la population française. Elle se caractérise par une inflammation de la membrane synoviale, la formation d'un pannus synovial et une destruction de l'os et du cartilage de plusieurs articulations. Elle occasionne une perte fonctionnelle majeure et peut être associée à des manifestations extra-articulaires telles qu'une sécheresse buccale (Syndrome secondaire de Sjögren). Il est intéressant de noter que parodontite et polyarthrite rhumatoïde présentent de nombreuses similitudes : 1- ce sont des pathologies chroniques caractérisées par une phase initiale évoluant par poussées et dont les lésions présentent une distribution variable ; 2- elles se développent chez des hôtes susceptibles sous l'influence de facteurs de risque, tels que le tabac ; 3- elles présentent des destructions osseuses mettant en jeu des mécanismes physiopathologiques similaires. La différence fondamentale entre parodontite et PR est l'étiologie bactérienne pour la première et auto-immune pour la seconde. Depuis quelques années, des études épidémiologiques ont analysé l'existence d'une association entre parodontite et PR. Il semble que la parodontite est plus fréquente et plus

sévère chez les patients atteints de PR (odds ratio de 1.8 à 6) et les sévérités cliniques et radiologiques de ces deux pathologies sont corrélées. Cependant, compte-tenu de leur faible niveau de preuve, des études longitudinales larges sont nécessaires pour confirmer ce point.

D'un point de vue biologique, l'association parodontite-PR s'expliquerait par la bactérie *Porphyromonas Gingivalis*. En effet, la PR est associée à la production de certains anticorps dont le facteur rhuma-

toïde et les anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP), plus spécifiques, qui seraient clé dans le développement de cette maladie. Or, *P. gingivalis* est la seule bactérie identifiée à ce jour comme possédant une peptidyl arginine déiminase (PAD), enzyme à l'origine de la citrullination post-traductionnelle des résidus arginines des protéines. Cette bactérie favoriserait donc la génération d'anticorps anti-CCP, renforçant l'idée que la parodontite est un facteur de risque de l'initiation et/ou l'entretien de la PR.

Objectif :

la question posée est la suivante « le traitement de la parodontite améliore-t-il la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde? »

Matériels et méthodes :

une recherche bibliographique est réalisée sur Pubmed en utilisant les mots clés suivants « periodontal treatment & rheumatoid arthritis » et « periodontal therapy & rheumatoid arthritis » et les limites suivantes « clinical trials, human, english ». 4 études cliniques humaines publiées

Etude	Groupes	Résultats
Ribeiro J <i>J Clin Periodontol</i> 2005	Groupe 1 - n=16 EHO-det Groupe 2 - n=26 DSR	Groupe 2 VSZ diminution significative HAQZ diminution NS Groupe 1 & 2 Facteur rhumatoïdeZ diminution NS
Al Katma <i>J Clin Rheumatol</i> 2007	Groupe 1 - n=17 Ø ttt Groupe 2 - n=12 EHO - DSR	Groupe 2/groupe 1 DAS 28 - EVAZ diminution + fréquente - NS Groupe 2 DAS 28 - VSZ diminution significative Corrélation avec amélioration paramètres parodontaux
Ortiz P <i>J Periodontol</i> 2009	Groupe 1 - n=10 Ø ttt paro Ø ttt anti-TNF Groupe 2 - n=10 EHO - DSR Ø ttt anti-TNF Groupe 3 - n=10 Ø ttt paro ttt anti-TNF Groupe 4 - n=10 EHO - DSR ttt anti-TNF	Groupe 2 & 4 (EHO - DSR)/gpe 1&3 DAS 28 - EVA, Nbre articulations œdématisées & raides, Tx sérique TNFi Z diminution significative Groupe 3 & 4 (anti-TNF)/gpe 1&2: CAL, BOP, GI, VSZ diminution significative



dans des revues internationales à comité de lecture, traitant de patients souffrant de PR en excluant les syndromes de Sjögren et dont la parodontite est traitée par traitement parodontal non chirurgical sont conservées.

Résultats :

parmi les 4 études conservées, l'étude de Pinho (Braz Dent J, 2009) est écartée en raison de résultats présentés confus. Les résultats des 3 études conservées sont présentés dans le tableau suivant. Ces études sont des essais cliniques, prospectifs, contrôlés, randomisés (sauf Ribeiro 2005) de faible niveau de preuve (= 4). Globalement, des patients souffrant de PR

sont traités (groupe traité), ou non (groupe contrôle), par traitement parodontal non chirurgical sans anti-infectieux et l'évolution de leur statut parodontal et rhumatologique est suivie jusqu'à 3 mois. Pour la PR, la qualité de vie et de handicap ainsi que l'inflammation des articulations des patients est analysée par des questionnaires (DAS28, HAQ), la douleur relevée par échelle visuelle analogique (EVA) et l'état inflammatoire biologique par analyse de la vitesse de sédimentation (VS, CRP).

Chez les patients PR, une diminution significative de la VS suite au traitement parodontal est observée dans 2 études (Ribeiro 2005, Al

Katma 2007). Dans 1 étude (Ortiz 2009), une amélioration de la qualité de vie, une diminution de la douleur et du nombre d'articulations raides et oedématisées sont observées.

Enfin, dans l'étude menée par Ortiz, les groupes sont également distingués selon l'utilisation d'anti-TNF pour le trai-

tement de leur PR. On observe ainsi que les patients traités par anti-TNF ont une meilleure diminution du saignement au sondage, de l'inflammation gingivale et un meilleur gain d'attache que les patients traités sans anti-TNF, suite au traitement parodontal. ■

Conclusion

Ces 3 études indiquent que traiter la parodontite améliore l'inflammation systémique et articulaire des patients PR. Des études d'envergure plus importantes sont nécessaires afin de confirmer ces résultats. Enfin, l'étude d'une corrélation entre la présence de *Porphyromonas Gingivalis* par tests bactériens et de l'évolution de la PR permettrait de renforcer l'hypothèse du rôle joué par cette enzyme parodontopathogène.



Questions autour d'un article

Quelle approche pour un paro extrêmement réduit ?

Pierpaolo Cortellini, membre de l'ERGOGROUP

Dans un article récent*, Pierpaolo Cortellini rapporte les résultats des membres de l'ERGOGROUP dans l'approche régénératrice de dents parodontalement extrêmement atteintes. L'essai randomisé portait sur les résultats comparatifs obtenus auprès de 50 patients présentant au moins une dent compromise, pour laquelle le traitement était ou l'extraction et le remplacement prothétique conventionnel, ou une approche chirurgicale régénératrice, suivie d'une thérapeutique stricte de soutien parodontal. Les résultats à 5 ans ne montrent pas de différence entre les deux groupes ; les dents du groupe test montrent une nette réduction de la profondeur de sondage (3,4 vs 12 mm au départ), un gain osseux objectivable radiographiquement (défaut 6,7 vs 16mm au départ), un pronostic favorable (23 sur 25 dents maintenues), une réduction de la mobilité et une situation de confort.

OP: Different biomaterials (Gore or Guidor membrane, EMD) have been used for the regeneration technique. Did you get better results with any of those?

Dr Pierpaolo Cortellini: NO the average was similar. However the study was not designed to make comparisons among different regenerative strategies.

OP: Did you have any cases with reentry?

Dr Pierpaolo Cortellini: Yes, and we found bone

OP: Did you treat similar cases with only SRP? If yes, did you have good results too?

Dr Pierpaolo Cortellini: all these cases have been treated with SRP prior to regeneration. None did show measurable improvements in terms of CAL gain. All showed a consistent reduction in BOP.

OP : May you explain to us what the ERGOPERIO group is, and its objectives?

Dr Pierpaolo Cortellini: ERGOPERIO is a private Academy of research led by

Maurizio Tonetti and me. It is basically formed by many clinical centres from Europe and USA that make research for our academy. All of our clinical studies are performed within ERGOPERIO.

OP: May you tell us what the present subjects studied by the EUROPERIO group are?

Dr Pierpaolo Cortellini: We are actually working on projects about root coverage, immediate implant positioning, and periodontal regeneration. ■

*CORTELLINI P, STALPERS G, MOLLO A, TONETTI MS. Periodontal regeneration versus extraction and prosthetic replacement of teeth severely compromised by attachment loss to the apex: 5-year results of an ongoing randomized clinical trial. Journal of Clinical Periodontology 2011;38: 915-924.

NOUVEAUTÉS

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

Effacité virtuelle et en temps réel grâce à l'Atlantis™ 3D Editor d'Astra Tech Dental

Mölnådal, Suède, le 24 octobre 2011

Astra Tech Dental, fournisseur leader en thérapie implantaire dentaire, a le plaisir d'annoncer l'introduction d'**Atlantis™ 3D Editor**.

Atlantis 3D Editor est le tout dernier service proposé pour améliorer toujours plus l'efficacité et le temps de traitement des commandes des utilisateurs de piliers sur mesure CAD/CAM Atlantis. Basé sur le développement du logiciel Atlantis 3D Viewer et disponible sur la plateforme de commande en ligne Atlantis WebOrder, Atlantis 3D Editor est une nouvelle fonctionnalité intelligente, simple et intuitive offrant aux utilisateurs prothésistes dentaires la liberté d'effectuer des modifications en temps réel, telles que des ajustements de la forme, de la marge et de l'épaulement/chanfrein des piliers Atlantis.

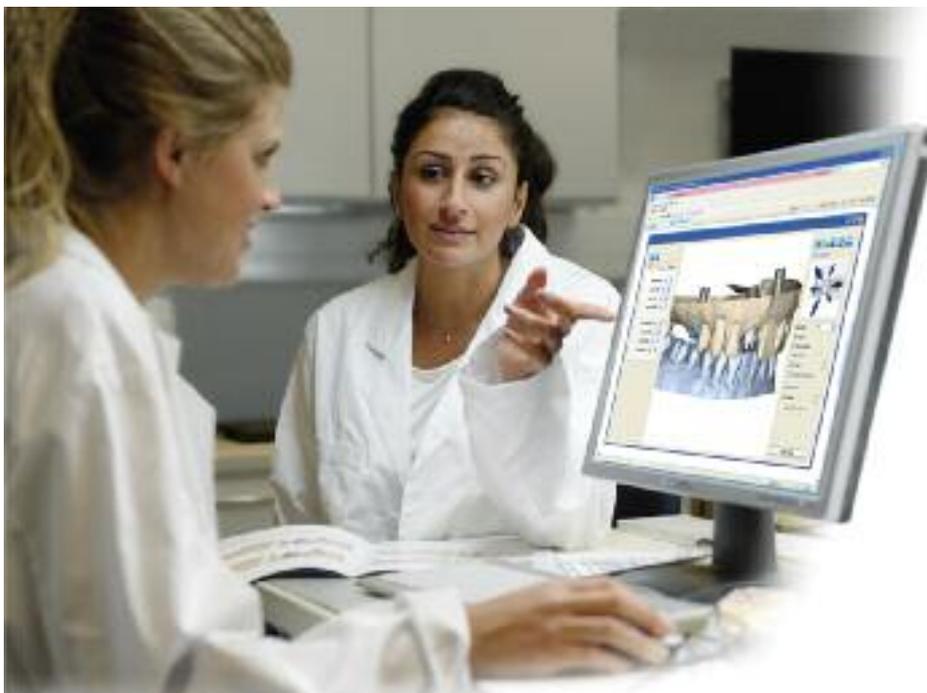
En outre, il donne aux utilisateurs un accès pratique 24h/24h et 7j/7j à leurs dossiers Atlantis.

A la recherche constante d'un accompagnement de proximité vis à vis des utilisateurs, AstraTech France met à disposition un service dédié de « prise en main à distance » pour l'installation en ligne du logiciel 3D Editor.

Contact : Service Clients : 0821 20 01 01 (coût d'appel réduit) /01 41 39 04 56.

Piliers sur mesure Atlantis™

Atlantis™ est la meilleure solution de piliers sur mesure CAD/CAM d'origine disponibles sur tous les principaux systèmes implantaires pour la réalisation des prothèses implantaires scellées. Les piliers sur mesure Atlantis sont conçus et fabriqués



à l'aide du logiciel Atlantis VAD™ (Virtual Abutment Design), un procédé breveté qui combine scanner optique tridimensionnel, logiciel et méthodes de fabrication à la pointe de la technologie pour offrir des piliers sur mesure, éliminant ainsi toute modification manuelle.

Les piliers sur mesure Atlantis, adaptés aux principaux systèmes implantaires, sont disponibles en titane, en titane nituré et en quatre nuances de zircone.

Pour de plus amples informations, contactez :

Sophie Gafsou

Responsable de la communication,
Astra Tech Dental France
Tel : +33 1 41 39 05 41
E-mail : sophie.gafsou@astratech.com

Pour plus d'information sur Astra Tech Dental, visitez :

**www.astratechdental.fr
ou www.atlantisabutment.fr**



Atlantis™ et Atlantis VAD™ sont des marques déposées d'Astra Tech. Toutes les autres marques sont la propriété de leurs propriétaires respectifs.



PREXIDINE®

Digluconate de chlorhexidine à 0,12%

Solution pour bain de bouche

votre allié efficacité!

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

Solution prête
à l'emploi
Sans colorant

Composition:

Solution de digluconate de chlorhexidine à 20% : quantité correspondant à 0,120g de digluconate de chlorhexidine, saccharine, glycérol, polyoxalate 80, alcool (10 g/100ml), lévomenthol, arôme menthe éthanol, menthol, acétate de menthylol, huile essentielle de menthe, eau purifiée : qsp 100ml. **Indications thérapeutiques:** Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration:** RÉSERVE À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser PREXIDINE®. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser le gobelet doseur en le remplissant jusqu'au trait (15ml) ; en l'absence de gobelet, utiliser le contenu d'une cuillère à soupe de solution (15ml). Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). C.T.: 0,23 à 0,70€. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en garde et précautions d'emploi:** **Mise en garde:** L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie

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

cutanéomuqueuse), nécessitant l'arrêt du traitement.

Occasionnellement

dysgueusie ou

sensation de brûlure

de la langue en

début de traitement.

Occasionnellement

déséquilibre de la muqueuse

buccale. **Propriétés**

pharmacodynamiques:

Stomatologie, traitement local

à usage antiseptique (A: appareil

digestif et métabolisme). **Précau-**

tions particulières de conservation:

à conserver à une température ne dépassant pas +25°C. **Présentations:** AMM 3100933729489 (1994): 200ml en flacon PET (polyéthylène téréphtalate) avec gobelet doseur (polypropylène) de 15ml - Prix : 3,10€ - Remb. Séc. Soc. à 15% - Agréé Collectivités. Date de mise à jour de l'AMM: sept 2008. Laboratoires EXPANSCIENCE 10, avenue de l'Arche 92400 COURBEVOIE. Tél.: 01.43.34.60.00.

EXPANSCIENCE®

LABORATOIRES



www.paroactiv.com
Site d'information
sur les maladies
parodontales



© 2008 Expanscience groupe - 044 717 45 - 01/2012

Eludril Gé

0,5 ml/0,5 g pour 100 ml

RIEN NE CHANGE. ET ÇA CHANGE TOUT*.



Produit **inchan** Gé

Intérêt **prolon** Gé

Laboratoire **enga** Gé

Eludril Gé**

0,5 ml/0,5 g pour 100 ml
Chlorhexidine-Chlorobutanol

1^{er} BAIN DE BOUCHE AUTO-GÉNÉRIQUE

* Statut spécialité générique, nom du produit, prix.

** Appartient à la catégorie des spécialités génériques - EEN : Rouge cochenille (E124).

DENOMINATION DU MEDICAMENT : ELUDRIL GÉ 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Solution de diglycosate de chlorhexidine 0,5 ml, chlorobutanol hémihydraté 0,5 g. Pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Titre alcoolique : 42,8 % (vol/vol). Excipients : Docusate de sodium, éthanol à 96 pour cent, glycérol, lévomephol, solution alcoolique d'huile essentielle de menthe, eau purifiée, rouge cochenille (E124). **Excipient à effet notoire :** rouge cochenille (E124). **FORME PHARMACEUTIQUE :** Solution pour bain de bouche. **DONNEES CLINIQUES. Indications thérapeutiques :** Traitement local **à court terme** des affections de la cavité buccale et lors de soins post-opératoires en odonto-stomatologie. **Posologie et mode d'administration :** RÉSERVE À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bain de bouche. Ne pas avaler. **Posologie usuelle :** 10 à 15 ml de solution 2 fois par jour (à diluer dans le gobelet doseur en complétant jusqu'au trait supérieur avec de l'eau tiède) ; effectuer le bain de bouche jusqu'à épuisement du gobelet doseur. Si nécessaire, cette posologie peut être portée à 3 fois par jour, sachant que la dose maximale est de 20 ml (à diluer), 3 fois par jour. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser ELUDRIL GÉ 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche. Pour le flacon monodose, diluer le contenu du flacon dans un demi-verre d'eau et effectuer le bain de bouche. La durée du traitement peut être de 2 semaines dans les inflammations gingivales et les parodontites. Le durée de traitement ne pourra être prolongée au-delà de 2 semaines que sur avis médical. **Contre-indications :** Ce médicament **NE DOIT JAMAIS ÊTRE UTILISÉ** en cas d'hypersensibilité à la chlorhexidine, au chlorobutanol ou aux autres constituants de la solution. ***Mises en garde spéciales et précautions d'emploi. *Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions. *Grossesse et allaitement. *Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. *Effets indésirables. *Surdosage. *Propriétés pharmacodynamiques. *Propriétés pharmacocinétiques. *Données de sécurité préclinique. *Incompatibilités. *Durée de conservation. *Précautions particulières de conservation. *Nature et contenu de l'emballage extérieur. *Précautions particulières d'élimination et de manipulation. TITULAIRE/EXPLOITANT DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : PIERRE FABRE MEDICAMENT - 45, PLACE ABEL GANCE - 92654 BOULOGNE CEDEX. **Information médicale :** 0800.95.05.04 - **Pharmacovigilance :** 01.49.10.96.38. **PRÉSENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** 34009 368 957 4-4 ; 90 ml en flacon (polyéthylène téréphtalate) + gobelet (polypropylène). **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION / RENOUELEMENT :** 2010. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :** Avril 2011. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale. Prix : 2,30 € C.T.U. 0,51 à 0,77 €. Remboursement Sécurité Sociale à 15%. Agréé aux collectivités. (Rif. 111201)**

* Pour une information détaillée, se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'afssaps : www.afssaps.fr.

EXPERT EN SOINS DENTAIRES



PIERRE FABRE
ORAL CARE

www.pierre-fabre.com