

Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Volume 53, numéro 1

Avril 2016

Dans ce
numéro

PROTHODONTIE
IMPLANTO-PORTÉE

PARODONTIE

EXERCICE EN CABINET

NUTRITION

GÉRODONTOLOGIE

ORTHODONTIE

 Ordre des dentistes
du Québec

 LE DENTISTE.
LE DOCTEUR QUI VEILLE
SUR VOTRE BOUCHE



Propreté ultime. Résultats supérieurs.

DiamondClean de Philips Sonicare

Il représente le bijou de notre collection avec raison.

- Élimine les taches de surface pour des sourires plus blancs en seulement une semaine¹
- Une élimination de la plaque 7 fois meilleure²
- Santé gingivale améliorée en deux semaines

innovation ✨ vous



Composez le **(800) 278-8282** ou rendez-vous sur le site **philips.ca** pour commander le vôtre

¹ Données existantes, 2010

² Qu'une brosse à dents manuelle, Delaurenti M, et al. An Evaluation of Two Toothbrushes on Plaque and Gingivitis (Évaluation de deux brosses à dents concernant la plaque et la gingivite). Journal of Dental Research. 2012, 91 (numéro spécial B):522.

PHILIPS
sonicare



36



I2



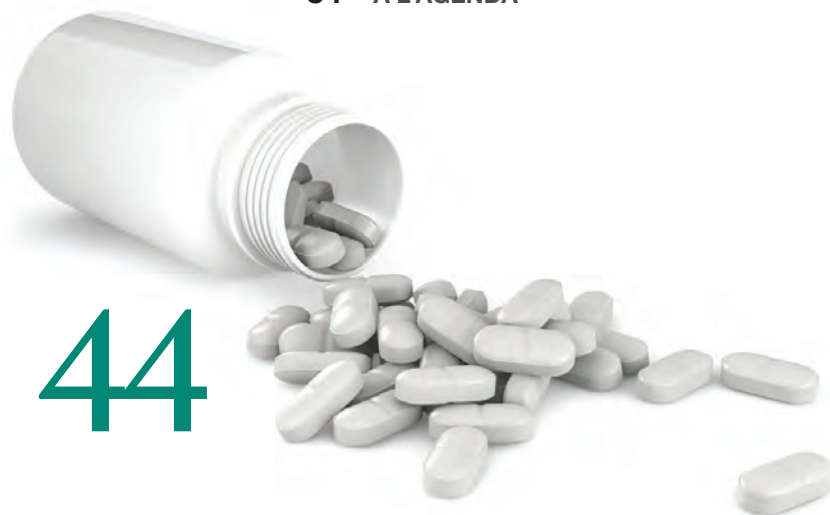
51

Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

À LIRE CE MOIS-CI

- 5 MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF
- 7 MOT DU PRÉSIDENT
- 11 MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE
- 21 NOUVELLES DE L'ORDRE
- 42 JOURNÉES DENTAIRES 2016
- 48 COMMUNICATIONS
- 51 FORMATION DENTAIRE CONTINUE – PROGRAMME 2016-2017
- 54 À L'AGENDA



44

PROTHODONTIE IMPLANTO-PORTÉE

- 12 La péri-implantite : du diagnostic au traitement
- 41 Informations importantes à l'intention des patients

PARODONTIE

- 22 Allongement de couronne clinique

EXERCICE EN CABINET

- 29 Le pictogramme  et votre cabinet

NUTRITION

- 32 La malnutrition

GÉRODONTOLOGIE

- 36 Impact du brossage dentaire au fluorure de sodium chez les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en centre d'accueil

ORTHODONTIE

- 44 Interactions médicamenteuses et remodelage osseux en orthodontie



Disponible chez Septodont au Canada

Adultes et patients pédiatriques (6 à 18 ans): OraVerse (mésylate de phentolamine) est indiqué pour le blocage de l'anesthésie des tissus mous à la suite de l'injection sous-muqueuse intrabuccale d'un anesthésique local associé à un vasoconstricteur, après une procédure dentaire standard non invasive. OraVerse est déconseillé chez des patients pédiatriques âgés de moins de 6 ans ou pesant moins de 15 kg (33 lb).

Consultez les détails au: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/databasdon/index-eng.php> les contre-indications, mises en garde, précautions, réactions indésirables, administration et dosage. La monographie est aussi disponible sur demande: composez 1-800-872-8305





Carole Erdelyon
Rédactrice en chef

Carole.Erdelyon@odq.qc.ca

Au rythme des saisons

Au moment où vous lirez ces lignes, le printemps sera déjà à nos portes. C'est une période de l'année que l'on associe souvent au changement, au renouveau, à la renaissance. C'est d'ailleurs dans cet esprit que l'équipe de rédaction a choisi le numéro d'avril pour vous présenter un tout nouveau *Journal*.

Comme vous pourrez le constater en parcourant ce numéro, votre *Journal* a rajeuni sa présentation visuelle et enrichi son contenu rédactionnel afin d'y inclure un plus grand nombre d'articles et de dossiers liés à la pratique professionnelle.

Selon la nouvelle orientation éditoriale, les articles ne se limiteront pas au domaine de la médecine dentaire, mais ils auront un lien avec la profession, dans tous ses aspects. Nous sortirons quelque peu des sentiers battus et aborderons des thèmes moins techniques pouvant ouvrir de nouveaux horizons.

Les nouvelles d'actualités touchant l'Ordre, la profession et le domaine buccodentaire seront dorénavant publiées dans le bulletin électronique *Le fil*. Quant aux petites annonces, vous les retrouverez sur le site Web de l'Ordre.

La publication du *Journal* passera de six à quatre numéros par année. Suivant le rythme des saisons, les numéros paraîtront en janvier, en avril, en juillet et en octobre.

Nous espérons que vous apprécierez votre nouveau *Journal* et nous souhaitons qu'il demeure le reflet de la profession. *

Bonne lecture!





**Les conseillers en prêts
hypothécaires de RBC®**

**Professionnels
Dignes de confiance
Chevronnés**

Tournez la valeur nette de votre maison à votre avantage, grâce à la Marge Proprio RBC.

Tirez parti de la valeur nette de votre maison

Optez pour la Marge Proprio RBC® et tirez parti de la valeur nette de votre maison pour financer vos prochaines rénovations, des frais de scolarité ou des placements, comme des cotisations à votre REER†. Cette solution vous permet de gérer judicieusement tous vos besoins d'emprunt en un seul programme à la fois simple et flexible. Voici ce qu'offre la Marge Proprio RBC :

- Une demande unique : à mesure que vous remboursez votre hypothèque, le crédit disponible de votre marge de crédit augmente automatiquement. Nul besoin de présenter une nouvelle demande.
- La souplesse d'accéder à des fonds quand et comme vous voulez : au guichet, par chèque, en succursale et par Banque en direct.

Pour en savoir davantage sur la Marge Proprio RBC, visitez
rbcbanqueroyale.com/hypothèque ou composez le 1 800 769-2511



On modernise... vraiment?



Barry Dolman, DMD
Président

president@odq.qc.ca

L'Ordre des dentistes se préoccupe de la santé de la population du Québec et fait de sa protection son seul mandat. Il entend assumer pleinement ce mandat, puisqu'il se retrouve dans la position de l'unique défenseur des intérêts de la population en ce qui concerne la santé buccodentaire.

Pourtant, rien n'a été épargné pour proposer des mesures qui favorisent une bonne santé dentaire et un meilleur accès aux soins curatifs et préventifs. L'Ordre s'est imposé comme autorité morale dans la promotion des droits les plus fondamentaux en matière de santé dans le domaine où son expertise a toujours été mise à la disposition des personnes responsables des décisions.

Malgré cela, la fluoruration de l'eau potable vivote au gré des émois existentiels de groupuscules hyperactifs alors qu'il existe des preuves scientifiques non contredites démontrant qu'il s'agit de la mesure la plus efficace pour lutter contre la carie dentaire.

Malgré cela, les enfants ne bénéficient pas de soins préventifs couverts par un régime public et universel de santé. Notre assurance maladie ne s'intéresse qu'à la maladie, sans égard pour les mesures visant à la contrer.

Malgré cela, peu d'éducation est faite pour inciter les parents à amener leur enfant chez le dentiste dès le plus jeune âge, alors que le service est couvert par l'État. La sensibilisation à la santé dentaire est laissée aux initiatives régionales ou, pis encore, individuelles. Évidemment, tout peut se justifier sur la base que la bouche ne ferait pas à proprement parler partie du corps et que la carie ne serait pas une maladie au même titre que les autres.

Malgré cela, les traitements dentaires ne sont pas couverts, même lorsqu'ils sont associés à des maladies dont les traitements, eux, le sont.

Malgré cela, les personnes admises en CHSLD n'ont pas de dossier dentaire, ne bénéficient d'aucun programme de soins ou de suivi d'hygiène de base et n'ont bien sûr pas accès à des traitements adaptés.

Malgré cela, les dentistes n'ont toujours pas accès à l'information contenue dans le Dossier Santé Québec.

Malgré cela, les représentations faites à propos du programme national de santé publique, qui auraient pour effet de prendre en charge les enfants dès leur plus jeune âge dans un modèle revu et corrigé, n'ont pas eu l'écoute souhaitée. Les programmes gouvernementaux souffrent d'orientations disparates alors qu'il suffirait de peu pour les rendre efficaces. La performance des programmes devrait être mesurée sans tarder. Pourtant, peu de données sont accessibles sur les programmes publics actuels dans le domaine buccodentaire. On ne doit pas se surprendre, dans les circonstances, de l'absence d'une politique intégrée et cohérente, ce qui cause un préjudice certain à la population.

L'accès à des soins de santé de qualité est la pierre angulaire de la modernisation des pratiques. Soyons conscients de ce qui peut aider et de ce qui peut nuire à la santé.

Je ne veux pas verser dans le cynisme, je cherche plutôt à instruire adéquatement nos décideurs en leur offrant l'opinion d'experts dans le cadre même du mandat qu'ils nous ont confié. Ne perdons pas de temps dans des rhétoriques qui ne font avancer en rien les objectifs à long terme. Mettre en danger la population du Québec, qui a le pire record en matière de santé buccodentaire, n'est certes pas souhaitable.

L'Ordre des dentistes est impliqué depuis plus de 15 ans dans le dossier de la modernisation. De tout temps, il a fait preuve de professionnalisme et de respect. Qu'en résulte-t-il? Une « redéfinition » du champ descriptif dont la logique m'échappe. Une « redistribution » sans vision. Quand comprendra-t-on que l'examen n'est pas un droit pour le dentiste, il est un droit **pour le patient**.

Permettre aux denturologistes de visser des prothèses sur des implants est non seulement dangereux mais ne procure aucune amélioration à la santé buccodentaire des Québécois, ni d'avantage en matière d'accès. Par contre, dépister et diagnostiquer un cancer de la bouche chez un édenté peut lui sauver la vie.

Moderniser, c'est reconnaître que la carie dentaire est une maladie, que le cancer de la bouche peut tuer, que les « maladies des déficiences des dents, de la bouche des maxillaires et des tissus avoisinants » ont des incidences majeures sur la santé globale et qu'un examen médical annuel complet comprend une visite chez le dentiste, qui ne se limite certainement pas à la simple autorisation de « procéder à un détartrage ». ✱

**Quand comprendra-t-on
que l'examen n'est pas un
droit pour le dentiste, il est
un droit pour le patient.**

Modernization...really?



Barry Dolman, DMD

President

president@odq.qc.ca

The Order of dentists intends to fully assume its mandate as the sole legitimate defender of public protection in terms of oral health. We must then be extremely concerned when evolution or changes in the dental field do not respect a professional structure already in place, based upon indisputable scientific validation, to ensure public protection.

To this day, we have spared no effort in proposing measures that promote good dental health and access to curative and preventive care. The ODQ has established itself as the moral authority in promoting basic rights in oral health and its expertise has been and continues to be made available to those responsible for taking decisions.

Unfortunately, fluoridation of drinking water has not yet escaped the emotional conclusions of certain excitable groups, despite the fact that there is no controversy to the scientific evidence that shows this to be the most effective measure against tooth decay.

Unfortunately, children do not receive adequate preventive care covered by the universal public health system. Our health insurance coverage is only interested in diseases, not in measures for their prevention.

Unfortunately, little education is made to encourage parents to bring their children to the dentist at an early age, despite the fact that this service is covered by the system. Raising awareness about dental health is too often left to uncoordinated individual or regional initiatives.

Unfortunately, decay is not recognized as a disease and dental treatment is not covered, even when it is associated with diseases whose treatment is covered.

Unfortunately, patients admitted to nursing homes do not receive a dental diagnosis, routine dental care, or any support protocol for basic hygiene – and of course they have no access to adequate curative treatment.

Unfortunately, dentists still do not have access to the information in the Québec Health Record, even where required in critical care institutions.

Unfortunately, representations made about the national public health program have fallen on deaf ears. Our proposals would have had the effect of supporting children from an early age, in a revised and corrected model.

The government programs suffer from disconnected orientations that could easily be modified to make them effective. There is an urgent need for performance review. At the same time, little data is available on existing public programs in oral health. One should not be surprised, under these circumstances, that an integrated and coherent oral health policy is completely absent. This situation can only cause harm to the population.

Access to quality health care should be the cornerstone of any modernization and it is imperative that we declare what can help and what can harm.

When will it be clear that a diagnostic examination is not a privilege for the dentist, but a fundamental right for the patient?

I do not want to be cynical; instead, I seek to properly educate our decision makers by providing expert opinion under the mandate that has been entrusted to us. Let us not waste time with more rhetoric that will do nothing to advance long-term objectives. It can only further endanger the population of Quebec, which already has such a poor record in terms of oral health.

For more than 15 years we have advocated for coordinated modernization, and we have done so with professionalism and respect. The results? A “redefinition” of our scope of practice that defies logic, and a “redistribution” that is entirely lacking in vision.

When will it be clear that a diagnostic examination is not a privilege for the dentist, but a fundamental right for the patient? When will it be clear that allowing denturologists to affix screwed prostheses on implants is not only dangerous, but provides absolutely no benefit in terms of access to care? When will it be clear that the detection and diagnosis of cancer in a patient may save his or her life?

Modernization is to recognize that dental caries is a disease, that oral cancer can kill, and that diseases of the mouth and surrounding tissues have major impacts on overall health. A complete annual medical examination must include a visit to the dentist and this visit certainly means more than a mere authorization for a scaling. ✱



CENTRE DE MICRO
ENDODONTIE
ET DE
PARODONTIE



Dr Bassel Kano
DMD, CAGS, FRCD(C)
ENDODONTISTE



Dr David Baker
DMD, CAGS, FRCD(C)
ENDODONTISTE



Dr^e Melanie Campese
DMD, MSD, FRCD(C)
PARODONTISTE

*Souci
d'excellence
et de qualité !*

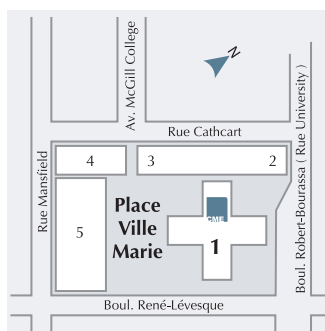
Veuillez consulter notre site web

www.microendoperio.com

Toute l'information désirée sur la micro-endodontie
et la parodontie vous y attend.

La section « Dentistes » comprend des liens et des
références très pertinents et actualisés. Vous y
trouverez aussi les formulaires de référence en ligne.

AU CŒUR DE MONTRÉAL !



1, Place Ville Marie
Bureau 1521
Montréal (QC)
H3B 2B5

T 514.673.1111
F 514.673.9791



Directement relié aux trains, au métro et aux autobus de banlieue

DES **ASSURANCES** EXCEPTIONNELLES
EXCLUSIVEMENT POUR
LES **DENTISTES**



ASSURANCE
DE PERSONNES ET DE DOMMAGES

Sogedent  **Assurances**^{inc.}

Cabinet de services financiers

Une filiale de l'Association des **chirurgiens dentistes** du Québec

514 282-1425 | 1 800 361-3794

sogedent.qc.ca



M^e Caroline Daoust
Directrice générale

Caroline.Daoust@odq.qc.ca

Vers une gouvernance renouvelée

D'abord, je tiens à féliciter l'équipe des communications de l'Ordre des dentistes qui vous présente un *Journal* moderne et dont le contenu servira les membres dans divers aspects de leur pratique. Pour ma part, je profiterai dorénavant de cette tribune pour vous renseigner sur des dossiers qui occupent les administrateurs et le personnel de l'Ordre. Comme le printemps annonce le renouveau, cette chronique vous parlera de rénovation de la gouvernance.

En mai 2014, votre conseil d'administration (CA) adoptait un plan stratégique de cinq ans ambitieux, mais réalisable. Près de deux ans se sont écoulés et depuis, plusieurs initiatives liées à des objectifs majeurs avancent rondement. Parmi celles-ci, une nouvelle gouvernance est en voie de se définir grâce aux travaux soutenus du comité de la gouvernance. Résolument axée sur la transparence et la mobilisation, elle s'appuie sur un modèle plus efficace qui mise sur les compétences de chacun. D'ici quelques mois, le projet de loi relatif à une première réforme en profondeur du Code des professions devrait se concrétiser et, avec ce dernier, une révision des conseils d'administration et des règles liées à leur composition verra le jour.

L'Ordre des dentistes soutient une transformation de la taille de son CA qui passerait de 25 administrateurs, y compris le président, à 17. Parmi les administrateurs, quatre seraient nommés par l'Office des professions après consultation de l'Ordre sur ses besoins spécifiques.

Une telle réduction est souhaitée par le CA pour des motifs d'efficacité basés sur des méthodes modernes de gouvernance. Elle aura pour effet de modifier la représentation territoriale des membres élus : le nombre d'administrateurs diminuera dans certaines régions tandis que d'autres régions seront regroupées. Aussi, advenant qu'aucun dentiste comptant moins de dix ans de pratique ne figure parmi les membres élus, le conseil devra en nommer un pour assurer une bonne représentativité des membres.

De plus, des dispositions sont prévues pour encadrer les conflits d'intérêts potentiels, en empêchant notamment des membres de poser leur candidature à titre d'administrateur ou de président s'ils font partie du CA d'associations vouées à la défense des intérêts économiques des membres ou d'organismes affiliés à l'Ordre.

Par ailleurs, un candidat à la présidence de l'Ordre devra avoir siégé au moins deux ans au CA pour être éligible. Son mandat sera de quatre ans, renouvelable une fois. Ces mesures sont nécessaires pour assurer une connaissance des enjeux par le principal élu et pour permettre l'apport d'idées nouvelles.

Dans la foulée des modifications législatives, les administrateurs des ordres professionnels devront adopter un code d'éthique et de déontologie pour régir leur conduite. L'Ordre des dentistes, dans un esprit de saine gouvernance, s'est doté en 2007 d'un tel code pour tous les membres de comités et les administrateurs. Certaines modifications y seront apportées au cours de l'année afin de le moderniser, et ce, toujours dans un souci de transparence envers le public que l'Ordre est chargé de protéger.

La gouvernance des instances qui composent l'Ordre est aussi étudiée ainsi que le mode de nomination de tous les membres des comités statutaires et permanents.

L'Ordre des dentistes est heureux de prendre part à ces réflexions et de faire évoluer ses pratiques selon les meilleures règles de gouvernance. Les détails de cette révision vous seront communiqués dès l'entrée en vigueur de la loi qui les encadre.

Évidemment, là ne s'arrêtent pas les changements. Nous nous emploierons à vous faire mieux connaître l'Ordre afin de vous sensibiliser à ses enjeux et de vous inciter à participer à ses travaux.

Je vous invite à prendre connaissance de nos publications, de nos communiqués et du *Fil*. L'Ordre des dentistes vous renseigne et vous met en lien avec vos collègues et les professionnels de la santé. Restez au fait! ✱

L'Ordre des dentistes est heureux de prendre part à ces réflexions et de faire évoluer ses pratiques selon les meilleures règles de gouvernance.

LA PÉRI-IMPLANTITE : DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT

RÉSUMÉ

Les implants dentaires sont une option de traitement de plus en plus répandue pour la réhabilitation des espaces édentés. Quoique les implants présentent un taux de survie très élevé, des complications biologiques péri-implantaires sont possibles. Il s'agit principalement de la mucosite et de la péri-implantite. Ces désordres sont caractérisés par l'inflammation de la muqueuse entourant un implant fonctionnel et peuvent mener, éventuellement, à la perte de l'implant. De fait, la péri-implantite est caractérisée par la perte de support implantaire et survient généralement de façon insidieuse. Malheureusement, il n'existe pas, à ce jour, de consensus sur la prévalence exacte de la péri-implantite, sur ses facteurs de risque ou son traitement optimal. Cet article a donc comme objectif de réviser la littérature disponible au sujet de ce désordre péri-implantaire grandissant.

Emmanuelle Vachon, DMD
Résidente au programme de
spécialisation en parodontie

MOTS CLÉS

PÉRI-IMPLANTITE

FACTEURS DE RISQUE

DIAGNOSTIC

TRAITEMENT

ABSTRACT

Dental implants are an alternative treatment increasingly common for the rehabilitation of edentulous spaces. Even though implants obtain very high survival rates, biological peri-implant complications are possible. These refer mainly to peri-implant mucositis and peri-implantitis. These disorders are characterized by the inflammation of the mucosa surrounding a functional implant and may lead eventually to the loss of the implant itself. Indeed, peri-implantitis is characterized by the loss of implant support and usually occurs insidiously. Unfortunately, to date, there is no consensus on the exact prevalence of peri-implantitis nor its risk factors and optimal treatment. This article aims to review the available literature on this growing peri-implant disorder.

KEY WORDS

PERI-IMPLANTITIS

RISK FACTORS

DIAGNOSIS

TREATMENT

Plusieurs options thérapeutiques sont disponibles afin de remplacer des dents manquantes, telles qu'une prothèse partielle fixe, une prothèse amovible ou des implants dentaires. Ces derniers offrent une prévisibilité remarquable. En effet, les taux de survie et de succès des implants supportant des couronnes unitaires seraient, selon de nombreuses études, très élevés, soit de 90 % à 95 % pour les implants ostéo-intégrés de titane¹. Plus précisément, selon une revue publiée par Albrektsson et collab. en 2012², le taux de survie implantaire approcherait les 97,7 % à 5 ans et les 92,8 % à 10 ans. Un haut taux de survie peut donc être attendu à la suite de la pose d'implants dentaires, ce qui n'exclut toutefois pas la possibilité de complications techniques et biologiques. Effectivement, il est suggéré que sur une période de 10 ans, 1 implant sur 20 serait perdu³.

L'échec biologique des implants dentaires peut être associé à plusieurs facteurs, tels que la qualité osseuse, le trauma chirurgical, la présence de greffes osseuses, la contamination bactérienne, le statut médical du patient, le tabagisme et la présence de parafonctions⁴. Il est d'ailleurs possible de classer ces échecs en deux catégories, soit les échecs précoces, survenant avant la mise en charge d'un implant, et les échecs tardifs.

Pour ce qui est des échecs précoces, les facteurs étiologiques principalement rapportés seraient un trauma chirurgical excessif, une guérison tissulaire altérée, la présence d'une infection, le tabagisme ou une mise en charge prématurée. Les traumatismes chirurgicaux ainsi que les conditions anatomiques pourraient être associés à près de 3,6 % de ces échecs⁵.

Les échecs tardifs, quant à eux, surviennent après la mise en charge implantaire. Ils seraient reliés principalement à des problèmes péri-implantaires, à des forces occlusales excessives ainsi qu'à des caractéristiques de l'hôte et de l'implant^{6, 7}. Parmi ces échecs, nous retrouvons la mucosite péri-implantaire ainsi que la péri-implantite. Cette dernière survient généralement de façon insidieuse et peut mener, éventuellement, à la perte de l'implant^{6, 7}. Plusieurs controverses entourent toutefois la péri-implantite. De fait, aucune donnée n'est présentement disponible en ce qui a trait à la prévalence exacte de ce désordre, à ses facteurs de risque ou à son traitement optimal. Le but de cet article est donc de réviser la littérature disponible sur la péri-implantite afin d'en augmenter la compréhension et de sensibiliser le lecteur à l'importance de son diagnostic précoce.

Les désordres péri-implantaires

La mucosite péri-implantaire

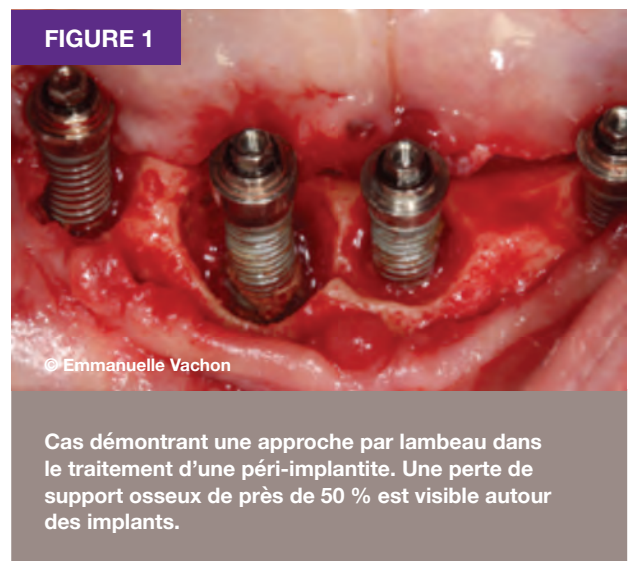
La mucosite péri-implantaire est décrite comme une réaction inflammatoire des tissus qui entourent un implant dentaire^{8, 9}. Aucun signe de perte de l'os de support, suivant le remodelage initial, n'est présent. Selon l'American Academy of Periodontology (ci-après l'« AAP »)⁸, les signes cliniques de ce désordre incluent donc :

- Un saignement et/ou une suppuration au sondage
- Une profondeur de sondage habituellement inférieure ou égale à 4 mm

- Aucun signe radiologique de perte osseuse, au-delà du remodelage osseux biologique

La péri-implantite

Mombelli et ses collègues ont été les premiers, en 1987, à discuter de la péri-implantite. Elle a été décrite comme un désordre infectieux ressemblant à une parodontite¹⁰. La nature infectieuse de la péri-implantite a d'ailleurs été confirmée en 2008, lors du Sixth European Workshop on Periodontology¹¹. Contrairement à la mucosite péri-implantaire, la péri-implantite est caractérisée par la présence d'une perte osseuse progressive de l'os de support implantaire, au-delà du remodelage osseux biologique, en plus de l'inflammation des tissus mous^{8, 9} (FIGURE 1). Plus spécifiquement, il a été convenu, lors du First European Workshop on Periodontology¹² en 1993, que le terme « péri-implantite » serait utilisé spécifiquement pour désigner « les processus inflammatoires destructeurs autour d'implants ostéo-intégrés en fonction menant à la formation de poches péri-implantaires et à la perte de l'os de support ». Ceci implique donc une phase de guérison initiale ainsi qu'une ostéo-intégration adéquate de l'implant^{3, 12}.



Prévalence des désordres péri-implantaires

La mucosite péri-implantaire

La prévalence de la mucosite, définie généralement par une profondeur de sondage de 4 mm ou moins accompagnée d'un saignement, s'élèverait à approximativement 48 % des implants suivis sur une période variant entre 9 et 14 ans, selon Roos-Jansaker et collab. (2006b)¹³. Comme l'explique l'AAP dans un rapport paru en 2013⁸, il est toutefois possible que ce chiffre se révèle plus élevé. Atieh et ses collègues, dans une

revue systématique et méta-analyse rédigée en 2012¹⁴, ont observé une prévalence s'élevant à 63,4 % des patients et à 30,7 % des implants. Zitzmann et Berglundh (2008)³⁸ ont aussi rapporté une prévalence plus élevée de la mucosite, soit de près de 80 % des sujets et de 50 % des implants.

La péri-implantite

Il n'existe toujours pas de consensus sur la prévalence réelle de la péri-implantite, ce qui pourrait être expliqué, au moins en partie, par les différents critères diagnostiques et définitions utilisés dans la littérature. Selon la Third EAO Consensus Conference de 2012¹⁵, la prévalence de la péri-implantite, sur une période de 5 à 10 ans, serait d'environ 10 % des implants et de 20 % des patients.

Zitzmann et Berglundh (2008)¹⁶, quant à eux, ont observé une prévalence générale encore plus élevée, soit de 12 % à 43 % des implants touchant de 28 % à 56 % des individus sur une période de 5 ans. La péri-implantite est donc un désordre clinique important et fréquemment rencontré.

Examen clinique péri-implantaire

Une combinaison de données à enregistrer de façon longitudinale a été établie par l'AAP afin de nous permettre de poser un diagnostic précoce de péri-implantite. Celle-ci comprend principalement⁸ :

- L'évaluation du statut inflammatoire péri-implantaire
- La profondeur de sondage (FIGURE 2)
- La présence d'un saignement au sondage léger
- Une suppuration/un exsudat
- La prise de radiographies périapicales implantaire et leur comparaison aux radiographies antérieures

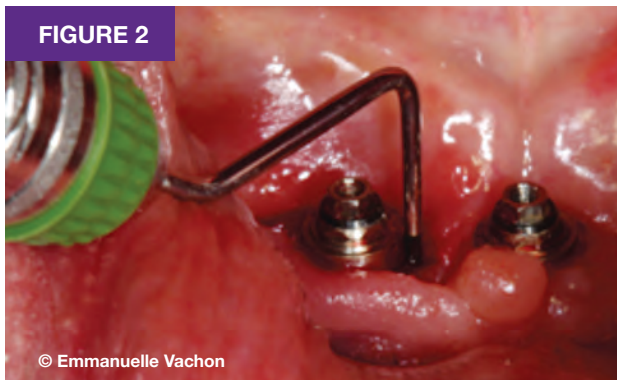
Pour ce qui est des radiographies, le monitoring à long terme des implants ne devrait pas se faire à partir de la radiographie prise au moment de la mise en place de l'implant, mais il devrait plutôt être basé sur les valeurs enregistrées 3 mois après la fin du traitement supra-implantaire, soit une fois l'homéostasie établie¹⁵.

Durant la première année suivant l'exposition dans la cavité buccale d'un implant dentaire, une perte osseuse de 1,5 mm et moins devrait être attendue¹⁷. À la suite de cette première année de mise en charge, une perte osseuse verticale annuelle de 0,2 mm serait considérée comme un critère de succès, selon Mombelli et Lang¹⁸. Il est toutefois à noter qu'aujourd'hui, certains auteurs remettent en question ces valeurs de base à la suite de l'amélioration des surfaces et designs implantaire, tels que le *platform switching*¹⁹.

Pour les patients sans signes cliniques d'infection, les radiographies de suivi devraient être prises annuellement. Des radiographies additionnelles ne devraient être considérées que lorsque des signes cliniques de perte osseuse, tels qu'une augmentation de la profondeur de sondage, et donc de péri-implantite, sont présents²⁰. Il est important de noter que ces radiographies devraient être prises de façon perpendiculaire à l'implant afin d'en mettre en évidence les spires (FIGURE 3).

Pour ce qui est de l'évaluation de l'inflammation de la muqueuse, elle est tout d'abord observée par la présence d'un saignement au sondage léger (0,25 N)^{8, 21}. En effet, l'absence de saignement au sondage indique le plus souvent une condition péri-implantaire stable, celui-ci ayant une valeur prédictive négative élevée²². Au contraire, la présence d'un saignement au sondage, jumelée à une augmentation de la profondeur de poche, devrait indiquer le besoin de radiographies additionnelles⁸. De la même façon, la présence d'une suppuration, ou exsudation, devrait indiquer le besoin d'une évaluation plus approfondie de la situation péri-implantaire⁸.

FIGURE 2



Sondage péri-implantaire démontrant une profondeur de poche d'environ 10 mm.

FIGURE 3



Radiographie démontrant un implant atteint de péri-implantite sévère. Une profondeur de sondage de 8 mm était mesurée entre la gencive marginale et la base du sulcus. Aucune mobilité implantaire n'était détectée.

Étiologie des désordres péri-implantaires

Le biofilm joue un rôle essentiel dans l'apparition des désordres péri-implantaires, tout comme pour les désordres péri-dentaires⁸. Il semblerait d'ailleurs que les processus inflammatoires mis en jeu dans la mucosite péri-implantaire soient semblables à ceux associés à la gingivite et, de ce fait, réversibles lorsqu'efficacement traités. L'objectif principal dans le traitement de la mucosite péri-implantaire est donc l'élimination du biofilm⁸.

Comme pour ce qui est du lien entre la gingivite et la parodontite, il semble logique de considérer la mucosite comme un précurseur possible de la péri-implantite. Cette dernière survient principalement à la suite d'une attaque bactérienne et du développement d'une réponse immune, comme pour la parodontite⁸. De plus, quoique ce ne soient pas toutes les mucosites qui évoluent en péri-implantites, les preuves récentes démontrent que l'absence de maintenance annuelle des patients atteints de mucosite serait associée à un risque augmenté de développer une péri-implantite. En effet, dans l'étude de Costa et collab. (2012)²⁵, une péri-implantite était diagnostiquée chez 43,9 % des patients sans protocole de maintenance comparé à un taux de 18 % observé chez les patients suivis annuellement.

Facteurs de risque de la pré-implantite

Qualité de l'hygiène orale

L'hygiène orale serait un facteur important à considérer dans le développement de la péri-implantite (FIGURE 4). La formation de plaque supra-gingivale devrait être considérée, en présumant que la mucosite est un précurseur de la péri-implantite, comme un facteur initiateur du développement de la péri-implantite²³. En effet, une mauvaise hygiène et une

accumulation de plaque auraient une influence significative sur la perte osseuse²⁴.

Design implantaire

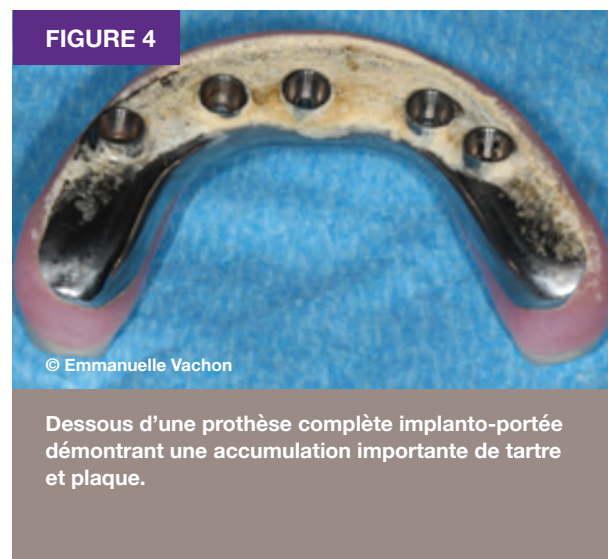
Le design implantaire pourrait aussi influencer la susceptibilité au désordre. Par exemple, Karoussis et collab., en 2004²⁵, ont observé un taux de succès à 10 ans plus élevé, soit 95,4 % comparativement à 85,7 %, pour les implants de type *hollow screw design* (ITI Dental Implants) que pour les implants de type *hollow cylinder design* (ITI Dental Implants). L'incidence de la péri-implantite était aussi plus élevée dans le groupe *hollow cylinder*, soit 29 % comparativement à 10 %.

Aussi, quoique le biofilm puisse se former sur tous les types de surfaces implantaires, sa quantité ainsi que sa composition pourraient être influencées par les caractéristiques de surface implantaire. De fait, Lang et Berglundh (2011)²³ ont rapporté que les implants à surface rugueuse pourraient développer plus facilement une péri-implantite que les implants minimalement rugueux, lorsqu'exposés à l'environnement buccal.

En ce qui a trait au lien entre le *platform switching*, représenté par la pose d'un pilier implantaire de plus petit diamètre que l'implant, et la péri-implantite, des résultats contradictoires sont observés dans la littérature. Effectivement, certaines études n'ont pas réussi à démontrer de différence significative entre les changements osseux observés autour d'implants avec et sans *platform switching*^{26, 27}. Par exemple, Becker et collab.²⁷, en 2009, ont expliqué que ce dernier pourrait ne pas être d'une importance cruciale dans la maintenance du niveau osseux crestal. Toutefois, d'autres auteurs ont indiqué, à l'inverse, que le *platform switching* pourrait permettre la préservation de la hauteur osseuse ainsi que des tissus mous inter-implantaires^{28, 29}. Comme l'expliquent Atieh et collab.²⁹ dans leur revue systématique et méta-analyse de 2010, la résorption osseuse marginale pourrait être inversement reliée à l'étendue de la différence du diamètre entre le pilier et l'implant. Une réponse osseuse favorable serait d'ailleurs observée pour une différence $\geq 0,4$ mm. Bref, davantage d'études seraient requises afin de confirmer la validité de ce concept prothétique ainsi que son influence dans la prévalence des péri-implantites.

Histoire de parodontite

Une revue systématique par Van der Weijden et collab. (2005)³⁰ a conclu que les patients à risque de désordres parodontaux seraient aussi plus à risque de développer une péri-implantite. En effet, la péri-implantite a pu être détectée, dans plusieurs études^{3, 31-33}, à une fréquence supérieure à 2 fois plus élevée chez les patients parodontalement compromis que chez les patients parodontalement sains. Plus précisément, dans une étude par Rocuzzo et collab. (2010)³³, la fréquence de perte osseuse supérieure ou égale à 3 mm, après 10 ans de suivi, serait de 4,7 % pour les patients parodontalement sains, de 11,2 % pour les patients atteints d'une parodontite modérée et de 15,1 % pour les patients avec une parodontite sévère. La différence entre les fréquences observées chez les patients parodontalement sains et ceux atteints de parodontite sévère se serait avérée statistiquement significative.



Pour ce qui est du taux de succès implantaire, Rosenberg et ses collègues (2004)³⁴ ont pu rapporter qu'il s'élèverait à 90,6 % chez les patients parodontalement compromis, comparé à un taux de 93,7 % pour les patients parodontalement en santé. Une méta-analyse réalisée par Safii et collab., en 2010³⁵, a aussi pu rapporter des taux de survie plus élevés pour un implant placé chez un patient sans histoire de parodontite. Par ailleurs, les patients avec une histoire antérieure de parodontite qui ne respectent pas le programme de maintenance auraient un risque encore plus élevé d'échec implantaire²⁵.

L'AAP⁸, de son côté, nous indique que davantage d'études seraient nécessaires afin d'établir une relation définitive entre la péri-implantite et une histoire de parodontite. Il est possible que de nombreuses revues systématiques ayant démontré une corrélation positive entre ces deux entités aient été influencées par l'hétérogénéité des designs des études consultées. De ce fait, plusieurs auteurs concluent que le traitement implantaire ne devrait pas être contre-indiqué chez les patients ayant une histoire de parodontite, celui-ci pouvant tout de même atteindre des taux de survie élevés^{36, 37}. Ces patients devraient toutefois être placés dans un programme de maintenance approprié, puisqu'ils peuvent être plus à risque de développer une péri-implantite.

Tabagisme

De nombreuses études ont mis en évidence le tabagisme comme facteur de risque de la péri-implantite^{5, 36, 38-40}. Par exemple, Klokkevold et Han, en 2007⁴¹, ont rapporté des différences statistiquement significatives entre les taux de succès et de survie des implants placés chez les patients fumeurs, dont 78 % seraient atteints de péri-implantite, et les non-fumeurs, associés à 64 % de péri-implantite. Plus précisément, Hinode et collab. (2006)⁴², dans leur méta-analyse, ont révélé que le risque d'échec implantaire relié au tabagisme serait supérieur au maxillaire qu'à la mandibule, soit aux sites d'os trabéculaire moins dense⁴¹.

La perte osseuse marginale moyenne autour des implants ne serait pas seulement plus élevée chez les fumeurs que les

non-fumeurs, mais elle serait aussi corrélée au nombre de cigarettes fumées par jour⁴⁰. Cette perte osseuse serait d'ailleurs encore plus grande chez les patients fumeurs ayant une mauvaise hygiène. Effectivement, la qualité de l'hygiène orale affecterait davantage les patients fumeurs que les non-fumeurs.

Bref, le tabagisme serait un des facteurs de risque les plus importants dans la péri-implantite. L'hygiène orale aussi aurait son importance, et ce, surtout chez les patients fumeurs⁴⁰. La présence de tabagisme devrait donc être considérée dans l'analyse du pronostic implantaire.

Diabète

Le diabète peut être un facteur de risque aux infections orales ainsi qu'aux désordres parodontaux. De fait, cette pathologie n'affecte pas seulement la susceptibilité aux infections, mais aussi les processus de guérison tissulaire. Ce phénomène peut être expliqué par plusieurs facteurs⁴³, soit le stress psychologique, la diminution de la production de facteurs de croissance, l'immunité innée altérée, la vascularisation retardée et la réduction du flot sanguin.

Peu d'études rapportent un lien entre la péri-implantite et le diabète. Nous savons que la guérison tissulaire ainsi que les mécanismes de défense immunitaire peuvent être altérés par ce dernier, affectant la réponse de l'hôte aux agents externes tels que la plaque dentaire. Or, comme le spécifie l'AAP dans son rapport (2013)⁸, les preuves disponibles à ce jour sur le lien entre le diabète et les désordres péri-implantaires ne permettent pas de tirer de conclusions définitives. Selon Gomez-Moreno et collab. (2014)⁴³, les implants pourraient tout de même être placés de façon prévisible chez les patients diabétiques lorsque le contrôle de leur glycémie est adéquat, tel qu'évalué par le niveau d'HbA1c. Bref, davantage d'études seraient requises sur le sujet.

Facteurs occlusaux

Des résultats conflictuels sont aussi rapportés dans la littérature pour ce qui est du lien entre les facteurs occlusaux et la péri-implantite. Selon Lindquist et collab.⁴⁴⁻⁴⁵, les facteurs reliés aux forces occlusales, tels que la présence d'un clenching, la longueur d'un cantilever ou la force occlusale maximale, seraient d'importance minimale. Pour leur part, Fu et collab. (2012)⁴⁶ concluent, à partir des sept études retenues dans leur revue systématique, à un lien positif entre la perte osseuse marginale péri-implantaire et la surcharge occlusale. Ils mettent donc l'accent sur l'importance de l'évaluation initiale et l'établissement du plan de traitement, l'exécution du traitement chirurgical et prosthodontique ainsi que sur le programme de maintenance régulier.

Comme l'explique l'AAP⁸, la controverse concernant les facteurs occlusaux pourrait être reliée, au moins en partie, aux différentes définitions utilisées pour décrire une surcharge occlusale. De fait, ces forces sont appliquées, d'une étude à l'autre, à différentes magnitudes, durées, fréquences et directions. Nous pouvons tout de même considérer les implants, vu l'absence de ligament parodontal, comme étant moins résistants aux forces appliquées hors de leur axe long.

Pour leur part, Fu et collab. (2012) concluent, à partir des sept études retenues dans leur revue systématique, à un lien positif entre la perte osseuse marginale péri-implantaire et la surcharge occlusale.

FIGURE 5



Photographie démontrant l'absence de tissus kératinisés autour des implants en position 42, 41, 32 et 34 ainsi que l'exposition du premier pas de vis de l'implant médian.

À ce sujet, Hudieb et collab. (2011)⁴⁷ ont rapporté que les forces appliquées autrement que dans l'axe d'un implant engendraient de la compression et de la tension au niveau de l'os crestal. Il y aurait donc une concentration des stress occlusaux au niveau de l'os marginal péri-implantaire^{47, 48}.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'une surcharge occlusale pourrait aussi mener au développement de divers problèmes mécaniques, tels qu'une fracture de la vis prothétique, de la couronne ou du pilier implantaire, et qu'elle mérite une attention particulière^{49, 50}. Comme l'expliquent Lundgren et Laurell⁵¹, certaines modifications devraient donc être considérées lors de la confection d'une restauration implanto-portée, comme une inclinaison cuspidienne réduite, une réduction des forces non axiales, une table occlusale plus étroite, un contact occlusal léger ou un cantilever réduit.

Tissus kératinisés

Plusieurs études obtiennent des résultats contradictoires pour ce qui est de la présence de tissus kératinisés autour des implants (FIGURE 5). Par exemple, Roos-Jansaker et collab. (2006)³⁸ ont rapporté une association entre la présence de tissus kératinisés, le niveau osseux péri-implantaire et la présence de mucosite. La revue systématique de Brito et collab., publiée en 2014⁵², va dans le même sens; la présence d'une zone adéquate de tissus kératinisés pourrait être nécessaire et être reliée à un meilleur état de santé péri-implantaire. Plus spécifiquement, le manque de tissus attachés serait associé à une plus grande accumulation de plaque autour des implants, à une inflammation tissulaire, à une récession ainsi qu'à une perte d'attache⁵³. Toutefois, d'autres auteurs, tels que Wennström et collab. (1994)⁵⁴, Bengazi et collab. (1996)⁵⁵ ainsi que Frisch et collab. (2013)⁵⁶, n'ont pas réussi à démontrer qu'une quantité adéquate de tissus kératinisés était essentielle à une santé péri-implantaire. Bref, des études plus approfondies sur le sujet seraient nécessaires afin d'évaluer avec certitude le lien entre la péri-implantite et la présence de tissus kératinisés.

Présence de ciment résiduel

Comme l'explique l'AAP, il est possible qu'une certaine quantité de ciment soit oubliée sous-gingivalement lors de l'utilisation de restaurations cimentées sur implant. Ce ciment pourrait, par sa rugosité, engendrer l'inflammation des tissus péri-implantaires. La topographie de surface du ciment pourrait aussi jouer un rôle dans l'inflammation tissulaire en permettant l'attache bactérienne⁸. Une étude prospective, réalisée par Wilson en 2009⁵⁷, a rapporté que dans 81 % des 39 cas observés, un excès de ciment dentaire était associé à des signes de désordres péri-implantaires. Suite à l'élimination de ce ciment, 74 % des implants ne démontraient plus de signes inflammatoires. Il est aussi possible que la présence de ciment résiduel augmente davantage le risque de développer une péri-implantite chez les patients ayant une histoire antérieure de parodontite que chez les patients parodontalement sains⁵⁸.

Facteurs de risque potentiels

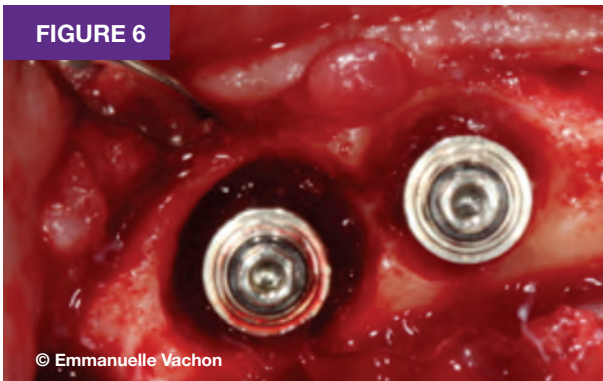
Plusieurs autres facteurs de risque de la péri-implantite sont présentement à l'étude, tels que la consommation d'alcool, une augmentation du temps de mise en charge, un désordre cardiovasculaire ainsi que l'arthrite rhumatoïde jumelée à un désordre conjonctif concomitant⁸. En effet, une consommation de plus de 10 g d'alcool par jour pourrait avoir, selon Galindo-Moreno et collab. (2005)⁵⁹, une mauvaise influence sur le succès à long terme d'un implant. La péri-implantite pourrait aussi être significativement influencée par la présence d'arthrite rhumatoïde jumelée à un désordre du tissu conjonctif. Effectivement, Krennmair et collab., en 2010⁶⁰, ont rapporté qu'une résorption osseuse marginale ainsi qu'un saignement au sondage pourraient être anticipés chez les patients porteurs de ces deux désordres, comparativement aux patients atteints uniquement d'arthrite rhumatoïde. Dans une étude réalisée par Maximo et collab. en 2008⁶, une corrélation positive a pu être observée entre la présence d'une péri-implantite et l'augmentation du temps de mise en charge. La durée moyenne de la mise en charge des implants démontrant une péri-implantite était de $5,0 \pm 1,7$ ans, comparée à $4,1 \pm 2,5$ ans pour les implants atteints de mucosite. La durée moyenne pour les implants démontrant une muqueuse saine était pour sa part de $2,7 \pm 1,6$ ans. Finalement, dans une étude rétrospective menée par Renvert et collab. en 2014⁶¹, les patients atteints d'une péri-implantite avaient, dans 273 % des cas, une histoire de désordre cardiovasculaire, comparativement à 3 % des individus sans atteinte péri-implantaire ou atteints d'une mucosite. Ces auteurs ont donc conclu qu'une comorbidité pourrait exister entre une histoire de désordre cardiovasculaire et un diagnostic de péri-implantite.

Défauts osseux péri-implantaires

Les défauts osseux péri-implantaires peuvent prendre plusieurs apparences cliniques, celles-ci variant d'un défaut osseux horizontal au défaut de type cratère. En effet, ces défauts pourraient être classifiés, selon Renvert et Giovannoli en 2012⁴⁹, en 5 catégories :

- 1) Défauts circonférentiels de type cratère à 4 murs
- 2) Défauts à 3 murs

FIGURE 6



Photographie démontrant un défaut osseux péri-implantaire circonférentiel.

- 3) Défauts à 2 murs
- 4) Défauts à 1 mur
- 5) Défauts de type déhiscence

De nombreux facteurs peuvent influencer et expliquer la présentation de ces défauts. Parmi eux, on retrouve la distance dent-implant ou implant-implant, la sévérité du désordre ainsi que la morphologie de la crête alvéolaire au site⁴⁹.

Contrairement aux défauts parodontaux, la perte osseuse la plus fréquemment observée autour d'un implant unitaire serait circonférentielle (voir FIGURE 6). Cette dernière s'étendrait au pourtour de l'implant et présenterait donc 4 murs osseux. À l'opposé, les défauts osseux de type déhiscence seraient caractérisés par l'exposition des filets implantaire sur un versant de l'implant sans composante verticale et seraient observés régulièrement à l'aspect buccal. Ces défauts sont donc généralement associés à un implant ayant été posé trop buccalement ou en présence d'une crête alvéolaire limitée. Pour ce qui est des défauts à 3 murs, ils sont souvent associés à la perte de la plaque osseuse buccale ou linguale. Les défauts à 2 murs, de leur côté, se présentent par exemple à la suite de la perte concomitante de l'os buccal et lingual. Enfin, les défauts osseux à 1 mur peuvent se rencontrer sur un implant distal autour duquel ne persisterait qu'un mur mésial ou distal. Un implant qui, lui, ne présenterait plus aucune paroi osseuse indiquerait une perte osseuse horizontale⁴⁹.

Modalités de traitement proposées

Mucosite péri-implantaire

L'efficacité du débridement mécanique non chirurgical et du contrôle de la plaque a été démontrée dans plusieurs études pour le traitement de la mucosite péri-implantaire^{21, 62, 63}. De nombreux instruments sont disponibles à cet effet, tels que les curettes faites de résine, de titane ou de carbone. En général, les embouts devraient être moins rigides que le titane afin de nettoyer les implants sans les traumatiser. Des embouts spéciaux sont aussi disponibles pour l'instrumentation ultrasonique. D'autres techniques de débridement peuvent être

employées, comme la poudre abrasive projetée à haute pression, des cupules de caoutchouc et des brosses de polissage²¹. Pour ce qui est de la poudre abrasive projetée à haute pression, une angulation adéquate du bout de l'appareil est critique afin d'éviter tout dommage à l'implant. En effet, celui-ci devrait être angulé loin des tissus gingivaux péri-implantaires²¹. Dans un autre ordre d'idées, l'utilisation additionnelle d'agents chimiothérapeutiques et antimicrobiens, tels que la chlorhexidine, n'offrirait aucun bénéfice additionnel au débridement mécanique^{21, 63}. En somme, le contrôle de la plaque ainsi que la présence d'un programme de maintenance sont tous deux essentiels au traitement des mucosites péri-implantaires.

Péri-implantite

Les preuves disponibles quant à l'efficacité des traitements non chirurgicaux et chirurgicaux de la péri-implantite sont limitées. Plusieurs modalités chirurgicales sont proposées et peuvent offrir de bons résultats. En effet, quelques études à long terme permettent d'observer une maintenance des résultats obtenus trois à cinq ans après traitement⁶³. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que le contrôle de la plaque est essentiel, peu importe le type de traitement utilisé, l'infection pouvant survenir de nouveau.

Pour ce qui est des traitements non chirurgicaux, ils auraient une efficacité limitée dans la prise en charge des cas de péri-implantites^{8, 15, 21}. Aussi, l'utilisation de chlorhexidine n'aurait d'effet qu'à court terme, soit 6 mois ou moins. De son côté, l'utilisation d'agents antimicrobiens, tels que les micro-sphères de minocycline ou de doxycycline, en conjonction avec le débridement mécanique pourrait être associée à une amélioration de la profondeur de sondage et de l'inflammation gingivale. Des études supplémentaires à ce sujet seraient toutefois requises²¹.

Pour ce qui est des techniques chirurgicales, elles pourraient mener à une amélioration clinique de la péri-implantite. En effet, les approches chirurgicales permettraient l'obtention d'une plus grande réduction des profondeurs de poches ainsi qu'un plus grand gain d'attache que les approches non chirurgicales⁶⁴. Les traitements chirurgicaux devraient donc être considérés lorsque l'arrêt de la progression de la péri-implantite ou la résolution du problème n'a pas été accompli par un traitement non chirurgical. De fait, un lambeau pleine épaisseur permet un meilleur accès aux surfaces implantaires contaminées, aux tissus de granulation ainsi qu'aux défauts osseux. Les approches chirurgicales permettraient donc d'atteindre plus facilement les objectifs du traitement que sont l'élimination du biofilm et la création, théorique, d'une surface compatible à la réostéo-intégration de l'implant²¹. Klinge et Meyle (2012)¹⁹ expliquent d'ailleurs l'importance de ne pas oublier, au préalable, de contrôler les facteurs de risque connus, tels que le tabagisme, la parodontite et une mauvaise hygiène.

Agents de décontamination de surface

Plusieurs agents de décontamination ont été proposés comme adjuvant au débridement chirurgical, tels que la chlorhexidine, le peroxyde d'hydrogène, l'eau saline, la tétracycline

et l'acide citrique. Toutefois, aucun de ces agents ne serait supérieur à un autre²¹.

Chirurgie de résection

Selon Serino et Turri, l'élimination chirurgicale des poches péri-implantaires, jumelée à un recontour osseux ainsi qu'à un contrôle de la plaque, serait un traitement efficace de la péri-implantite pour la majorité des implants⁶⁵. Aussi, en présence d'une perte osseuse horizontale légère, une implantoplastie jumelée à un lambeau redéplacé apicalement pourrait être considérée²¹. De fait, cela permettrait de rendre la surface implantaire moins rétentive à la plaque dentaire et donc de réduire la progression du désordre. Des fraises diamantées de haute qualité ainsi qu'une irrigation adéquate devraient être utilisées²¹.

Chirurgie de régénération

Il n'y a pas, à ce jour, de preuves concluantes dans la littérature permettant de comparer l'efficacité des techniques de régénération aux techniques non régénératives⁶⁶. Toutefois, avec un programme de maintenance postopératoire rigoureux, une amélioration de la profondeur de sondage ainsi qu'un remplissage osseux pourraient être obtenus. Les défauts osseux de type cratères devraient d'ailleurs être privilégiés^{21,66}. Il est aussi important, avant de procéder à tout traitement de régénération, qu'un débridement ainsi qu'une décontamination de la surface implantaire soient réalisés afin d'éliminer complètement l'infection²¹.

Lasers

Les lasers Nd:YAG, Er:YAG et CO₂ ont été proposés comme adjuvant au traitement chirurgical afin de décontaminer les surfaces implantaires. Cependant, comme le rapportent Mishler et Shiau (2014)²¹ ainsi que Natto et collab. (2015)⁶⁷, il est difficile de conclure au bénéfice additionnel qu'ils pourraient offrir au traitement chirurgical.

Antibiothérapie

L'utilisation adjuvante d'antibiotiques dans le traitement de la péri-implantite demeure controversée⁶⁸. De fait, une grande hétérogénéité est observée dans la littérature⁶⁸. Van Winkelhoff⁶⁹, de son côté, en est venu à la conclusion que les preuves disponibles à ce jour sont insuffisantes pour permettre une recommandation ferme de l'utilisation d'antibiotiques systémiques ou locaux. L'auteur a tout de même pu observer que, pour les défauts de profondeur modérée, l'addition locale de doxycycline ou de minocycline au débridement mécanique, jumelée à une irrigation antimicrobienne, pourrait être efficace. Un accès chirurgical serait toutefois probablement nécessaire pour freiner la progression des défauts péri-implantaires plus profonds.

Contrôle de l'occlusion

Comme expliqué précédemment, selon certains auteurs, tels que Fu et collab. (2012)⁴⁶, une surcharge occlusale serait associée positivement à la perte osseuse marginale péri-implantaire. Pour éviter une telle surcharge, une planification adéquate du plan de traitement chirurgical et prothétique serait donc nécessaire ainsi qu'une maintenance régulière. Il serait aussi recommandé, en cas de surcharge, de procéder à un ajustement occlusal, à un remplacement/réparation des pièces prothodontiques défectueuses ainsi qu'à un traitement chirurgical des défauts osseux⁴⁶. Il ne faut cependant pas oublier, comme l'expliquent Chambrone et collab. (2010)⁷⁰, que les données concernant les effets d'une surcharge occlusale sur des implants stables sont conflictuelles et limitées.

Selon Serino et Turri, l'élimination chirurgicale des poches péri-implantaires, jumelée à un recontour osseux ainsi qu'à un contrôle de la plaque, serait un traitement efficace de la péri-implantite pour la majorité des implants.

Conclusion

Pour conclure, en l'absence de maintenance, la péri-implantite est un désordre clinique commun¹³. Considérant qu'un patient sur cinq pourrait en être atteint, l'évaluation périodique des patients prend toute son importance¹⁵. En effet, le diagnostic ainsi que le traitement précoce des désordres péri-implantaires sont tous deux primordiaux, ceux-ci pouvant augmenter les chances de succès du traitement. Un programme de maintenance devrait donc être mis en place afin de permettre une évaluation routinière de l'état péri-implantaire. Quoi qu'il en soit, il reste difficile, à ce jour, de déterminer quel serait le traitement optimal de la péri-implantite⁸. *

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.

Dentiste 100% PUR



Quel style de vie voulez-vous choisir?

Vous continuez à prendre en main vos patients,
comme vous aimez le faire.

Nous prenons en main votre gestion,
communications, achats, service comptable et ressources humaines.



Souci du patient / Expertise des conseils / Gouvernance de la gestion

info@groupesantedentaire.com

MESSAGE IMPORTANT AUX MEMBRES



IMPORTANT MESSAGE FOR MEMBERS

COTISATION ET INSCRIPTION ANNUELLE

- L'Ordre vous incite à faire votre inscription annuelle par l'intermédiaire de son site Web et à régler vos frais de cotisation en ligne au moyen d'une carte de crédit Visa ou MasterCard, ou par Interac en ligne.
- Si vous n'êtes pas encore inscrit pour recevoir par voie électronique l'avis officiel vous invitant à faire votre inscription annuelle et à régler la cotisation 2016-2017 en ligne, ou si vous avez récemment changé d'adresse de courriel, veuillez transmettre vos coordonnées à cotisation@odq.qc.ca.
- L'Ordre vous rappelle que des frais administratifs de **75 \$** s'appliquent aux membres qui choisissent de faire leur inscription annuelle sur support papier.
- Tout paiement reçu après le 30 juin entraînera automatiquement **une pénalité de retard de 650 \$**. Cette pénalité s'appliquera à tous les retardataires.

Inscription au site Web de l'Ordre

Si vous désirez voir votre nom et votre adresse professionnelle apparaître dans la section Trouver un dentiste du site Web de l'Ordre et que vous avez omis de donner votre accord, veuillez nous le mentionner en écrivant à tableau@odq.qc.ca. Votre nom sera ajouté dans les 24 heures suivant la réception de la demande.

ANNUAL ASSESSMENT AND REGISTRATION

- The Order encourages you to complete your Annual Registration on its website and to pay your assessment online by credit card (Visa or MasterCard) or direct payment (Interac).
- If you have not yet registered to receive the official electronic notification asking you to complete your Annual Registration and pay your 2016-2017 assessment online, or if you have recently changed your email address, please send your current one to cotisation@odq.qc.ca.
- The Order reminds all members that an administrative fee of **\$75** will be charged to those who chooses to submit their Annual Registration in paper form.
- Any payment received after June 30 will automatically be subject to a **penalty of \$650**. This applies to all late payments.

Listing on the Order's website

If you would like to have your name and professional address shown in the "find a dentist" section of the Order's website and that you forgot to give your consent, just write us at tableau@odq.qc.ca. Your name will be added within 24 hours of us receiving your request.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

L'assemblée annuelle aura lieu le **lundi 30 mai à 8 h** dans la salle 710A au Palais des congrès de Montréal.

Vous êtes conviés dès 7 h 30, dans cette même salle, à un petit déjeuner en compagnie de vos collègues et des administrateurs de l'Ordre.



Les membres qui veulent faire inscrire une question à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale annuelle de l'Ordre doivent la soumettre par écrit au secrétaire de l'ODQ au plus tard le 27 avril 2016.

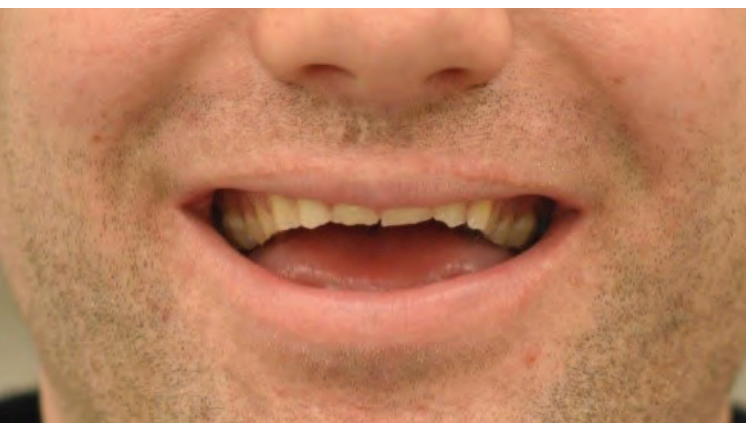
ALLONGEMENT DE COURONNE CLINIQUE

Christian Delnour, B. Sc., DMD, M. Sc., parodontiste
Andrea Hsu, DMD, M. Sc., FRCD(C), parodontiste

Au-delà du traitement des maladies parodontales, le domaine de la parodontie dispose d'un vaste éventail de procédures utilisées, entre autres, dans l'établissement d'un support osseux et gingival adéquat pour une réhabilitation prosthodontique et le modelage d'une architecture gingivale harmonieuse.

L'allongement de couronne clinique est une procédure parodontale indiquée lorsqu'on désire dégager la couronne de la dent tout en respectant l'espace biologique. Elle est souvent requise pour corriger un problème d'excès gingival, d'éruption passive altérée, de sourire gingival ou afin d'augmenter la substance dentaire disponible pour la rétention d'une restauration (effet virole). Nous vous présentons un cas d'extrusion lente du bloc incisif causé par une attrition et une érosion sévères, traité par allongement de couronne clinique, suivi d'une réhabilitation complète de tout le maxillaire supérieur.

Cet article souligne la relation importante entre la parodontie et la prosthodontie, plus spécifiquement quant à l'aspect chirurgical de cette relation. Il donne un aperçu de la façon dont cette coopération permet d'améliorer l'esthétique et la rétention des restaurations dentaires tout en maintenant une santé parodontale optimale.



Avant



Restauration finale

PRÉSENTATION DU CAS

Le patient, mâle caucasien de 33 ans, s'est présenté au départ pour une évaluation dentaire complète. À l'examen clinique, on constate une érosion dentaire et une attrition occlusale significatives. Les dents sont par ailleurs asymptomatiques.

L'histoire médicale révèle un historique de boulimie et de reflux gastro-œsophagien. Ce reflux, combiné au bruxisme, a causé une usure prématurée de la dentition. Ce type d'érosion est le plus souvent noté au lingual des incisives antérieures.

Les structures dentaires affaiblies par les sucs gastriques et l'usure produite par le bruxisme du patient ont eu comme conséquence une attrition occlusale sévère qui a contribué à une perte de dimension verticale et à l'extrusion des incisives supérieures.

L'histoire dentaire du patient indique qu'il a eu un suivi de maintenance irrégulier. Il porte en tout temps une prothèse de type « snap-on » au maxillaire supérieur pour améliorer l'esthétique de son sourire et augmenter la dimension verticale de son occlusion. Son hygiène buccale est bonne, il brosse ses dents trois fois par jour et passe la soie dentaire une fois par jour.

Un plan de traitement prosthétique préliminaire a été établi. Le prosthodontiste a proposé une réhabilitation complète de l'arcade supérieure avec des couronnes afin de mettre un frein à l'usure et de rétablir une forme, une esthétique et une fonction optimales*. Étant donné l'attrition sévère et l'asymétrie des rebords marginaux, une intervention chirurgicale a été proposée pour exposer davantage de



Vue antérieure



Prothèse « snap on »



Vue occlusale



Vue antérieure avec prothèse « snap on »

structure dentaire en vue de la rétention des couronnes et de la création d'un rebord marginal esthétique.

Le patient a donc été recommandé pour une évaluation parodontale, et une consultation médicale a été requise.

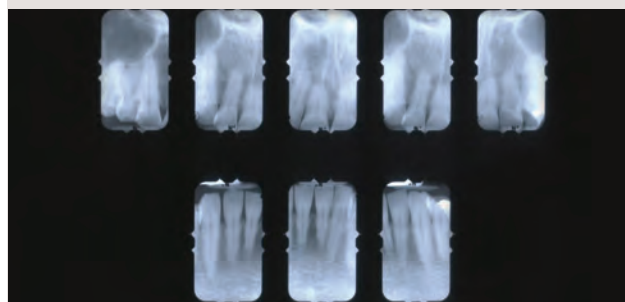
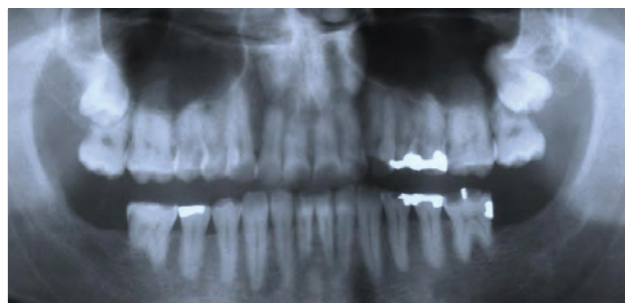
* À noter que le plan de traitement prosthodontique prévoyait aussi le recouvrement complet des postérieures inférieures.

Examen parodontal

L'examen ne révèle aucune atteinte parodontale significative. La longueur clinique des dents est trop courte au niveau du maxillaire supérieur, ce qui rend le sourire inesthétique. L'examen radiologique révèle, au niveau des racines de plusieurs dents, une rhizalysie dont l'étiologie est inconnue. Finalement, le ratio racine/couronne est adéquat pour justifier un allongement de couronne clinique. Il est décidé de procéder par lambeau repositionné apicalement avec résection osseuse.

Un plan de traitement a été présenté au patient, conditionnel à une consultation médicale devant confirmer que son reflux gastro-œsophagien et sa boulimie étaient sous contrôle.

Une fois le feu vert obtenu du médecin, le dentiste restaurateur a fabriqué un guide chirurgical à l'intention du parodontiste. Ce guide est un outil important pour rapporter la ligne de finition marginale finale sur les tissus actuels du patient. Il va guider la réduction osseuse requise pendant l'allongement de couronne clinique, de façon à obtenir une architecture gingivale harmonieuse et à dégager suffisamment de structure dentaire pour la rétention des couronnes.



Radiographies préopératoires



Essayage du guide chirurgical

Procédure chirurgicale

Avant la chirurgie, le patient a rincé sa bouche avec un rinçage-bouche de gluconate de chlorhexidine à 0,12 %. La région a été anesthésiée avec de la lidocaïne à 2 %, avec adrénaline 1:100 000 (bloc alvéolaire postérieur bilatéral, bloc sous-orbitaire et bloc palatin).

Comme la bande de gencive kératinisée était large, le guide chirurgical a pu être utilisé pour l'incision initiale (gingivectomie à biseau interne). Une fois le lambeau de pleine épaisseur soulevé, le même guide a servi à déterminer la quantité d'ostéectomie nécessaire pour rétablir un espace biologique adéquat. Environ 3 mm d'os additionnel ont été enlevés à partir du rebord du guide chirurgical, pour créer un espace biologique normal.



Élévation du lambeau buccal avant l'allongement de couronne



Ostéectomie

L'ostéectomie et l'ostéoplastie ont été faites sur toutes les dents de l'arcade, de 16 à 26, autant au buccal qu'au palatin. L'allongement de couronne clinique au palatin avait pour but d'augmenter la structure dentaire disponible pour la rétention des couronnes. Au buccal, l'intervention avait deux buts : améliorer la rétention des couronnes et l'esthétique du sourire.

Dans les situations où la rétention pour les couronnes est suffisante et où le seul enjeu est l'esthétique du sourire, l'allongement peut être fait uniquement au buccal des dents.

Le lambeau a été repositionné apicalement pour arriver au niveau planifié de la restauration finale et suturé en place avec une suture continue en Vicryl 40.

Procédure postopératoire

Le patient a eu une prescription pour un rinçage-bouche au gluconate de chlorhexidine à 0,12 % (15 ml x 30 s BID), de l'ibuprofène 600 mg (1 co QID prn) et du Percocet 5 mg 12 co (QID prn). Les sutures ont été enlevées après 10 jours, lors du rendez-vous de suivi postopératoire.

Les restaurations temporaires ont été placées quatre semaines après l'allongement de couronne clinique et remplacées par de nouveaux temporaires quatre mois plus tard. La finition de la préparation et la prise d'empreinte finale ont été faites après une période de 6 mois de guérison. Une plaque occlusale a aussi été fabriquée pour prévenir les dommages potentiels causés par le bruxisme du patient.



Temporaires – 4 semaines après la chirurgie



Restaurations finales à 6 mois

Indications

Il existe de nombreuses indications pour l'allongement de couronne clinique : une carie ou une fracture dentaire sous-gingivale, une longueur de couronne clinique inadéquate, une hauteur gingivale inégale ou inesthétique. Les contre-indications pour ces procédures sont : un ratio couronne/racine défavorable, l'exposition de la furcation, la nécessité d'ablation excessive d'os au niveau des dents adjacentes et un pauvre pronostic prothétique ou parodontal.

Le concept de l'espace biologique est ce qui guide l'allongement de couronne clinique. Il est défini comme la dimension physiologique des tissus mous attachés à la dent au-dessus de l'os alvéolaire. En moyenne, l'espace biologique inclut 0,97 mm d'épithélium jonctionnel, 1,07 mm d'attache conjonctive et 0,69 mm de sulcus¹. En d'autres mots, l'espace biologique est habituellement d'environ 3 mm.

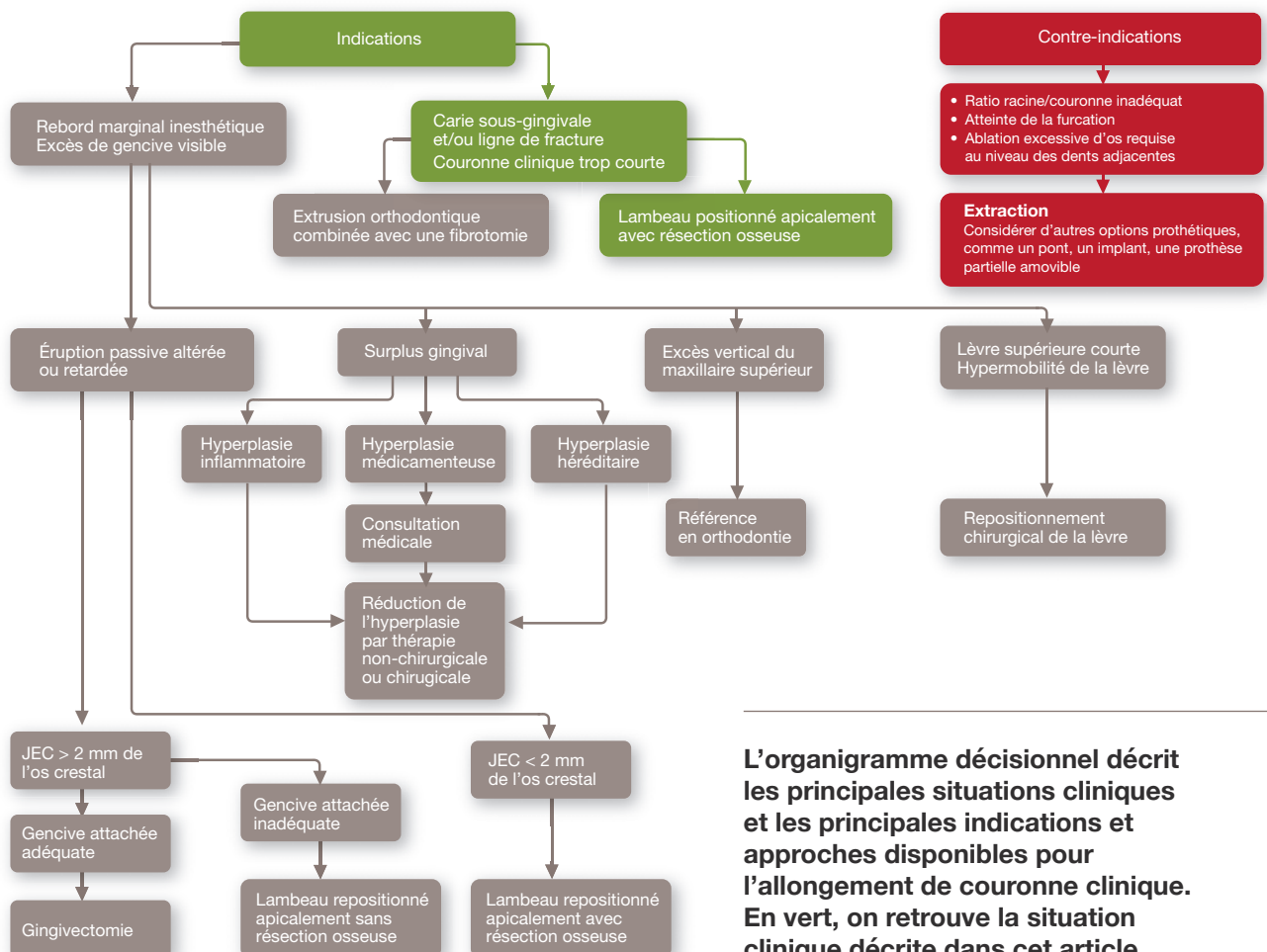
Lorsque le rebord marginal d'une couronne ne respecte pas l'espace biologique, il en résulte une inflammation gingivale

persistante; la gencive a souvent une apparence bleutée et elle saigne facilement. Si le patient a un biotype épais, cette inflammation persistante peut précéder l'apparition d'une poche parodontale et d'une perte d'attache clinique. D'un autre côté, si le patient a un biotype mince, une résorption cliniquement significative de la corticale et de l'os interproximal peut se produire et amener une récession gingivale². Ce recul gingival va exposer le rebord marginal de la couronne et compromettre l'esthétique de la région.

Biotypes

Après l'intervention, la guérison viendra rétablir le niveau préchirurgical de l'espace biologique et de la profondeur du sulcus. Le temps de guérison du tissu parodontal est variable. Le biotype gingival est un facteur clé pour l'évaluer. En général, une période d'attente de 6 à 8 semaines est considérée comme adéquate pour les interventions au niveau des régions postérieures. Le même délai s'applique en région esthétique

ALLONGEMENT DE COURONNE CLINIQUE



L'organigramme décisionnel décrit les principales situations cliniques et les principales indications et approches disponibles pour l'allongement de couronne clinique. En vert, on retrouve la situation clinique décrite dans cet article.

pour les patients avec un biotype épais. Par contre, les patients avec un biotype gingival épais sont souvent sujets à un « rebond » gingival, c'est-à-dire un surplus gingival qui se forme suite à la chirurgie et qui doit faire l'objet d'une chirurgie correctrice³.

D'un autre côté, les patients avec un biotype mince sont davantage sujets aux récessions postopératoires. Comme la dimension verticale de l'espace biologique et le remodelage se stabilisent environ 6 mois après une chirurgie, une période d'attente de 5 à 6 mois peut être requise avant la mise en place des restaurations finales, particulièrement en zone esthétique^{4, 5, 6}.

Il faut donc bien évaluer tous les paramètres avant de procéder à une chirurgie de type lambeau. Bien qu'un biotype mince ne soit pas une contre-indication absolue à une procédure d'allongement de couronne clinique, certaines précautions particulières doivent être prises. Tout d'abord, éviter de placer la préparation marginale en position trop sous-gingivale. La prise d'empreinte doit aussi être adaptée au contexte gingival. Selon l'expérience des auteurs, ceci implique surtout d'éviter des solutions astringentes dans les cordes à rétracter, d'utiliser une simple corde à rétracter (plutôt qu'une double corde) et d'utiliser une technique d'empreinte atraumatique.

Chez les patients qui ont un biotype épais, on peut considérer de raffiner la préparation marginale des dents et de refaire

les temporaires jusqu'au niveau gingival postopératoire obtenu environ 4 semaines après l'allongement de couronne clinique. Ceci permet de réduire les possibilités d'apparition du « rebond » gingival et les retouches chirurgicales additionnelles. Une période de guérison minimale de 6 à 8 semaines avant les empreintes finales devrait quand même être respectée. Pour ce patient, le parodontiste avait la latitude d'être plus « agressif » dans son ostéectomie buccale, étant donné le biotype plus épais et le risque réduit de récessions.

Conclusion

L'allongement de couronne clinique est une option intéressante pour les patients qui ont des dents trop courtes, endommagées ou qui affichent un sourire gingival. Par contre, le sourire doit être bien analysé en vue de choisir l'approche thérapeutique la mieux adaptée. Déterminer le meilleur plan de traitement peut s'avérer un défi. Selon la situation clinique, le dentiste doit passer en revue les différentes indications et contre-indications pour finaliser un plan de traitement optimal.*

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.



ÉVALUATION DE PRATIQUES ET D'ACHALANDAGE

NOTRE SPÉCIALITÉ :
**ÉVALUER VOTRE PRATIQUE
DENTAIRE ET VOUS CONSEILLER.**



POUR UN ACHAT,
UNE INCORPORATION
OU LA VENTE DE VOTRE
PRATIQUE, FAITES CONFIANCE
À GESCOM CONSEILS :

- Méthodes éprouvées et reconnues
- Connaissance du marché québécois inégalée
- Coaching personnalisé
- Accompagnement pour un transfert de clientèle réussi



Dr Pierre Boyer, DMD

Dr Pierre Cournoyer, DMD

CONTACTEZ-NOUS DÈS MAINTENANT ! 450 444-0830 • gescomconseils.com

15^e anniversaire du programme de parodontie

Faculté de
MÉDECINE DENTAIRE

Grande conférence,
le vendredi 6 mai 2016,
de 9 h à 16 h

Au Carré des affaires
FSA ULaval-Banque Nationale

Présentée en collaboration avec



ZIMMER BIOMET

DÉTAILS ET INSCRIPTION

fmd.ulaval.ca/formation-continue/15paro

Coûts : 450 \$, incluant le repas du midi et le cocktail du 15^e anniversaire

**Conférence offerte en anglais*

CONFÉRENCE

« Managing Implants Placed
into Extraction Sockets in the
Aesthetic Zone: Periodontal &
Restorative Interrelationships »*



Dr Stephen J. Chu,

New York University College of Dentistry



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté de médecine dentaire

Une ABSENCE imprévue?

An unexpected absence?



PLACEMENT EN SANTÉ
Depuis 1999

une réponse en
30 minutes garantie
a response is guaranteed within 30 minutes

NOUS VOUS OFFRONS :

Un **placement temporaire d'urgence** 24h/24
Temporary placement 24h/24

Un service de recrutement complet pour
du **placement permanent.**
Permanent job hiring service



cv@codebleu.ca | codebleu.ca | 1-844-433-DENT (3368)

NOUS RECRUTONS ÉGALEMENT / WE ARE HIRING

DENTISTE | HYGIÉNISTE DENTAIRE | ASSISTANTE DENTAIRE | SECRÉTAIRE DENTAIRE | COORDONNATRICE DE CLINIQUE | COORDONNATRICE DE PLAN DE TRAITEMENT

ACCÈS AUX PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE

Le pictogramme et votre cabinet

Le formulaire d'inscription annuelle au tableau de l'Ordre demande aux dentistes d'indiquer si leur cabinet est « accessible aux personnes utilisant un fauteuil roulant ». Dans l'affirmative, un pictogramme apparaît à côté de leur nom sur la liste des dentistes qui se trouve sous l'onglet « Protection du public – Trouver un dentiste » sur le site de l'Ordre.



Il conviendra que la notion d'accessibilité comprend nombre de variables et de degrés. Au chapitre de l'accès aux personnes à mobilité réduite, le concept qui permet de saisir le mieux les particularités des déplacements en fauteuil roulant est celui du « parcours sans obstacles », mis de l'avant par la Régie du bâtiment du Québec.

Il est important que les dentistes soient informés de ce qui est considéré comme un local « accessible » en ce qui concerne les personnes à mobilité réduite. En prenant connaissance des paramètres de l'accessibilité, chacun pourra évaluer son propre degré de conformité au message véhiculé par le pictogramme, et fournir une information utile et factuelle à la clientèle.

Le « parcours sans obstacles » implique que le patient en fauteuil roulant puisse atteindre la salle opératoire avec un minimum de difficultés. Une analyse des divers éléments de cette formule permet de visualiser le déplacement d'un client vers le cabinet. Y a-t-il un espace de stationnement réservé aux personnes handicapées près de la clinique, une rampe d'accès, une entrée permettant le passage du fauteuil, une ouverture suffisante au niveau des portes jusqu'à la chaise du dentiste, jusqu'à la radiographie? La salle d'attente peut-elle être aménagée pour faire une place au fauteuil? Est-ce que le comptoir de la réception permet le contact visuel avec une personne assise? La toilette est-elle accessible, ou, à défaut, peut-on trouver une toilette adaptée dans l'immeuble où vous êtes situé?

Il est par exemple utile de savoir qu'un espace minimum de 80 cm (32 po) (lorsque la porte est ouverte) est nécessaire pour permettre le passage d'un fauteuil roulant dans une porte d'entrée, qu'un espace minimum de 85 cm (34 po) est nécessaire pour circuler et qu'il lui faut un cercle de 1,5 m (5 pi) de diamètre pour pivoter.

Il est évident que les patients en fauteuil roulant sont bienvenus dans toute clinique dentaire et que les dentistes et leur personnel mettent tout en œuvre pour accueillir chaque client affecté d'un handicap. La connaissance de ce qui constitue un obstacle pour certains peut s'avérer un élément précieux de la qualité de cet accueil ✱

Pour en savoir plus sur les normes et les degrés d'accessibilité, voici quelques références :

- **Kéroul** : www.keroul.qc.ca
- **Régie du bâtiment Québec** (normes de conception sans obstacles) : www.rbq.gouv.qc.ca





TECNO MED

Nouvelle résine haute performance biocompatible

Tecno Med a été conçue spécialement pour la fabrication des éléments de friction sur travaux télescopiques ou attachements. Grâce aux excellentes propriétés, Tecno Med est encore plus résistante à la rupture et à la flexion, très résistante à la plaque et peut être stérilisée sans restriction. En raison de sa excellente biocompatibilité, la résine Tecno Med est idéale pour les patients allergiques.

Caractéristiques:

- Excellente biocompatibilité, idéale pour les patients allergiques
- Excellente résistance chimique et physique
- Pas abrasive
- Module d'élasticité semblable au tissu osseux humain
- Peut être stérilisée sans restriction
- Empêche la formation de plaque



Dextérité et savoir-faire
LE PARFAIT ALLIAGE.



distributeur:

Zirkonzahn
Human Zirconium Technology

**PRETTAU BRIDGE / PROTHÈSES SUR IMPLANTS /
PILIERS ET BARRES D'IMPLANTS CAD-CAM / CAS COMBINÉS AVEC ATTACHEMENTS**

Grâce à la formation continue de notre personnel et à l'utilisation de technologies de pointe,
nos produits sont d'une qualité indéniable et répondent aux exigences les plus pointues.

Découvrez tous nos services sur lafonddesjardins.com ou par téléphone au **450 669-9221 / 1 800 361-2145**



LAFOND DESJARDINS
LABORATOIRE DENTAIRE



LA MALNUTRITION

Paule Bernier, Dt.P., M. Sc.
Nutritionniste clinicienne

Près de la moitié des adultes dans les centres hospitaliers de courte durée souffrent de dénutrition modérée ou sévère au moment de leur admission. L'étude phare du D^r Charles E. Butterworth *The skeleton in the hospital closet*¹, publiée il y a plus de 40 ans, a attiré l'attention des cliniciens travaillant dans les hôpitaux. Malgré cette révélation, la prévalence de la dénutrition à l'admission et en cours d'hospitalisation demeure un problème important aux conséquences extrêmement et inutilement lourdes pour le patient et pour le système de santé. Ces conséquences affectent significativement la trajectoire, la santé et la qualité de vie des patients.

C'est donc dire que ces patients vivent dans la communauté avec un état nutritionnel déficient. Les dentistes sont des professionnels qui peuvent identifier leurs patients souffrant de malnutrition. En ces temps où le gouvernement est à évaluer l'allocation des ressources et le financement dans le réseau de la santé, il est opportun de mettre en lumière les effets de la dénutrition en soins de courte durée et le rôle que peuvent jouer les diététistes/nutritionnistes, les médecins et les dentistes dans l'amélioration de l'efficacité du système par une prise en charge précoce et efficace de la malnutrition. Toute stratégie pouvant aider à optimiser l'apport alimentaire, dont l'amélioration de la santé buccodentaire, doit être utilisée.

Définition

L'état nutritionnel d'un individu est le bilan entre ses apports en éléments nutritifs et les besoins des différents organes, tissus et cellules de son organisme. Même si la malnutrition englobe autant les états de déficiences que d'excès en énergie, en protéines et en autres nutriments, dans la pratique clinique, on parle surtout de dénutrition et d'apports inadéquats. Chez les patients hospitalisés, la dénutrition est souvent compliquée par des conditions aiguës qui causent une inflammation. De telles complications empirent la dénutrition et la rendent plus difficile à corriger en raison des changements physiologiques et des besoins nutritionnels accrus alors que l'appétit est diminué et la capacité même à s'alimenter compromise. Cette dénutrition peut s'accompagner de carences en vitamines, en minéraux ou en oligo-éléments².

L'importance de traiter la malnutrition

Au Québec comme ailleurs au Canada, la dénutrition fait rarement l'objet de dépistage systématique universel dans les centres hospitaliers et encore moins en amont, dans la communauté. Or, des études nord-américaines, européennes et sud-africaines ont révélé que de 30 % à 65,5 % des adultes en milieu hospitalier de courte durée sont à risque de dénutrition^{3, 4, 5, 6}. Même dans des groupes dont le diagnostic laissait supposer un faible risque de dénutrition, celle-ci était présente chez 9 % à 22 % des patients^{7, 8}.

Jusqu'à récemment, peu de données sur la situation au Canada étaient disponibles. Ainsi, le Groupe de travail canadien sur la malnutrition (GTCM)^a a mené, de 2010 à 2013, une vaste étude prospective sur les soins nutritionnels dans les hôpitaux canadiens au cours de laquelle il a évalué, entre autres, la prévalence de la malnutrition. Au total, 1 022 patients de médecine et de chirurgie ont été recrutés dans 18 hôpitaux^b de huit provinces.

Au Canada, près de la moitié des patients, soit 45 %, souffrent de dénutrition sévère ou modérée au moment de leur admission. Ces patients proviennent en grande partie de la communauté. Notons que l'âge médian des patients était de 66 ans. Les facteurs indépendants associés à la malnutrition à l'admission étaient un index de comorbidités de Charlson (ICC) $I > 2$, la présence de trois catégories de diagnostics, le fait de dépendre d'un enfant adulte pour les achats d'aliments et le fait de vivre seul⁹.

De plus, on note une détérioration de l'état nutritionnel, peu importe l'état nutritionnel à l'admission¹⁰. Parmi les patients admis pendant plus de sept jours, l'état nutritionnel est resté stable chez 63 % des patients (absence de malnutrition : 34 %; malnutrition sévère ou modérée : 29 %). Il s'est détérioré chez 20 % des patients alors qu'il y a eu une amélioration chez 17 % des patients. La détérioration de l'état nutritionnel est significativement associée à une durée de séjour prolongée¹¹.

C'est donc dire que présentement, les risques qu'un patient souffre de dénutrition après un séjour hospitalier sont grands.

Cet outil s'intègre très bien dans le questionnaire que remplissent les patients lors de leur première visite chez le dentiste ou encore lors d'un examen de rappel.

Dépistage de la malnutrition : un acte interdisciplinaire

La dénutrition s'observe dans tous les groupes de diagnostics et touche tant des patients nécessitant un régime thérapeutique que des patients recevant une alimentation dite normale. Cependant, comme les personnes maigres ne souffrent pas forcément de dénutrition et puisque les personnes obèses peuvent malgré tout souffrir de carences importantes en protéines (sarcopénie), on ne peut se fier à une impression ni au hasard pour repérer la dénutrition. Le dépistage systématique à l'aide d'outils validés et fiables ayant une bonne sensibilité est essentiel. Afin d'augmenter l'efficacité de la prise en charge, le dépistage peut facilement se faire par le dentiste ou par les hygiénistes dentaires.

Plusieurs outils de dépistage ont été publiés. L'outil canadien de dépistage nutritionnel¹² comporte deux questions (FIGURE 1). C'est le premier outil simple, fidèle et valide pour évaluer le risque nutritionnel de patients admis en centre hospitalier (soins aigus) et pouvant être administré par le personnel non spécifiquement formé à son utilisation. Cet outil s'intègre très bien dans le questionnaire que remplissent les patients lors de leur première visite chez le dentiste ou encore lors d'un examen de rappel. Un résultat positif au dépistage de dénutrition doit être confirmé par l'évaluation de l'état nutritionnel. Une copie du formulaire peut être téléchargée¹³.

a Le Groupe de travail canadien sur la malnutrition : Heather Keller, RD, Ph. D., Johanne P. Allard, MD, Kurshened Jeejeebhoy, Ph. D., MD, Donald Durksen, MD, Leah Gramlich, MD, Hélène Payette, Ph. D., Manon Laporte, RD, M. Sc., Bridget Davidson, RD, MHSc, Paule Bernier, P.Dt., M. Sc.

b Pour le Québec : Centre hospitalier universitaire de Montréal, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, Hôpital général juif.

En premier lieu, le dentiste veillera à éliminer tout problème de santé buccodentaire qui ferait obstacle à une alimentation adéquate.

contribuent ainsi à réduire l'accessibilité des services de santé. De plus, les patients souffrant de dénutrition risquent davantage d'être transférés dans des établissements de soins prolongés que de rentrer à la maison après l'hospitalisation^{29, 30, 31}. Les conséquences de la dénutrition sont donc inutilement lourdes pour ces personnes, pour le réseau de la santé et pour la société. L'identification des patients dans la communauté par le dentiste pourrait permettre une prise en charge précoce et éviter une détérioration.

L'importance de traiter la malnutrition le plus tôt possible

La dénutrition en milieu hospitalier entraîne de lourdes conséquences. De nombreuses études, dont celles du GTCM^{14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27}, ont en effet révélé qu'elle est associée significativement à :

- une augmentation du taux de complications majeures. Mentionnons, par exemple, l'augmentation d'infections nosocomiales, le retard dans la guérison des plaies chirurgicales ou l'augmentation des plaies de pression;
- une augmentation de la durée moyenne du séjour;
- une augmentation des réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant le congé, souvent pour des raisons autres que celles associées au diagnostic original, et ce, même chez des personnes fonctionnelles n'ayant pas d'atteinte cognitive;
- une augmentation du taux de mortalité intrahospitalière et à 30 jours.

Cette dénutrition peut donc mener à un cercle vicieux. En effet, si la dénutrition contribue spécifiquement à une augmentation du taux de complications, les complications postopératoires par exemple sont, pour leur part, associées à une prolongation de la période durant laquelle les apports nutritionnels sont inadéquats²⁸.

Par ailleurs, les complications ralentissent la trajectoire du patient et mènent à des goulots d'étranglement. Elles

Quand diriger vers une diététiste-nutritionniste

Un score de 2 (deux réponses affirmatives) à l'outil de dépistage indique que le patient est à risque de dénutrition. En premier lieu, le dentiste veillera à éliminer tout problème de santé buccodentaire qui ferait obstacle à une alimentation adéquate. Par ailleurs, si aucun problème n'est identifié, il serait prudent d'en informer le patient et de lui recommander de consulter son médecin de famille. Il est à noter que toute personne peut demander à rencontrer une diététiste/nutritionniste, mais il est préférable qu'une évaluation médicale ait lieu afin d'éliminer une pathologie qui affecterait l'état nutritionnel. Les diététistes/nutritionnistes œuvrent principalement dans le réseau de la santé dans les CISSS et les CIUSSS qui ont chacun une organisation différente, dont notamment en ce qui concerne les cliniques en nutrition. Par ailleurs, le site Web de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec offre un répertoire des membres en pratique privée (www.opdq.org). ✱

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.

Mme Paule Bernier est nutritionniste clinicienne, équipe des soins intensifs adultes, Hôpital général juif de Montréal. Elle est présidente de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et membre du Groupe de travail canadien sur la malnutrition.

FIGURE 1

OUTIL CANADIEN DE DÉPISTAGE NUTRITIONNEL

	Date : Admission		Date : Nouveau dépistage	
Poser les questions suivantes au patient*	Oui	Non	Oui	Non
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids SANS AVOIR ESSAYÉ de perdre ce poids? Si le patient dit avoir perdu du poids, mais l'avoir repris par la suite, considérez que sa réponse est « non ».				
DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE , mangez-vous moins que d'habitude?				
Deux réponses affirmatives (OUI) indiquent un risque de malnutrition				
* Si le patient n'est pas en mesure de répondre aux questions, il est possible d'interroger une tierce personne pouvant fournir l'information. Si le patient ne sait pas trop s'il a perdu du poids ou non, lui demander si ses vêtements sont moins serrés qu'avant.				



MAXIMISEZ LE TEMPS PASSÉ DANS VOTRE CABINET.

Nos innovations facilitent l'amélioration de diagnostics, du flux de travail et vous permettent de sauver du temps précieux.

- Le CS 8100 3D est le système d'imagerie 3D le plus compact sur le marché.
- Les capteurs RVG 6200 comprennent des filtres personnalisables permettant de poser des diagnostics plus précis.
- Le scanneur intra-oral CS 3600; un balayage précis et complet en couleur 3D HD fournit des images de superbe qualité.

OBSERVEZ À QUEL POINT C'EST SIMPLE.

Pour plus d'information, composez le **855.762.2291** ou visitez notre site web au **www.carestreamdental.com**.



IMPACT DU BROSSAGE DENTAIRE AU FLUORURE DE SODIUM CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE VIVANT EN CENTRE D'ACCUEIL

Nadia Gargouri, DMD, D.E.S. g rodonologie, M. Sc.
et **Christian Caron**, DMD, LL. B., D. Sc. méd.

La santé buccodentaire des personnes âgées en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) au Québec est préoccupante. Des recherches menées au Québec par Corbeil et collab. (2006) montrent que l'état de santé buccodentaire des aînés est d plorabile¹. En effet, le vieillissement entraîne le développement de maladies chroniques qui nécessitent la prise d'un nombre croissant de médicaments. Les personnes âgées vivant en CHSLD sont particulièrement touchées par cette situation² et consomment en moyenne huit m dicaments³. Plusieurs de ces médicaments entraînent une diminution de la production de salive, provoquant la x rostomie^{2, 4}. Le manque de salive dans la cavité buccale chez les personnes âgées en CHSLD², associé à la difficulté de bénéficier de soins d'hygiène buccodentaire quotidiens et à la consommation fréquente d'aliments sucrés, favorise le développement des caries dentaires^{2, 5-7}, des maladies gingivales et parodontales^{2, 8-9} et des candidoses oropharyng es¹⁰ et mène, par conséquent, à une augmentation de la fréquence des douleurs buccodentaires¹¹⁻¹². De plus, les parodontites fréquentes observées chez les personnes âgées favorisent l'apparition de récessions gingivales, qui exposent la racine des dents et augmentent ainsi le risque de caries de racine¹³.

La perte d'autonomie cognitive et physique entraîne de la difficulté à assurer les soins d'hygiène buccodentaire quotidiens, ce qui contribue à l'accumulation plus fréquente et plus abondante de plaque dentaire¹⁴, provoquant une détérioration subite et rapide de la santé buccodentaire^{2, 15-22}. Par ailleurs, les affections buccodentaires peuvent provoquer des douleurs et mener à la perte des dents²³, toutes deux pouvant entraîner de la difficulté à s'alimenter. Dans ce contexte, il est fréquent d'assister à une réduction des quantités de nourriture ingérées et/ou à la modification des types d'aliments consommés, ce qui peut diminuer les apports nutritionnels en protéines, en vitamines, en fibres et en micronutriments, et mener à un état de dénutrition².

Les résultats de l'étude ont démontré, à la fin de la période de six mois, une influence importante et significative du brossage dentaire avec le gel NaF 2 % dans la diminution du processus carieux comparé au brossage avec le dentifrice NaF 0,243 % chez les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le vieillissement conjugué à la perte d'autonomie provoque des changements pathologiques au niveau de la cavité buccale, entraînant ainsi des altérations de l'état de santé à la fois buccodentaire et général des personnes âgées. En effet, des associations ont été signalées entre la santé buccodentaire et la santé générale en ce qui concerne le diabète, les maladies respiratoires et les maladies cardiovasculaires^{2, 24-28}. D'autre part, le retrait inadéquat de la plaque dentaire quotidienne provoque la mauvaise haleine, qui peut entraîner des difficultés à maintenir une vie sociale active et diminuer ainsi la qualité de vie des personnes âgées²⁹. D'ailleurs, plusieurs études ont démontré la détérioration rapide de la santé buccodentaire de personnes âgées en centres d'hébergement et les conséquences négatives sur leur qualité de vie³⁰⁻³³.

Rappelons que la carie dentaire est une maladie infectieuse, chronique et très fréquente chez les aînés en CHSLD². D'autre part, les données scientifiques et l'expérience clinique montrent que la carie dentaire est également une maladie réversible au stade débutant et qu'elle peut être évitée en adoptant de saines habitudes de vie conjuguées à de saines habitudes d'hygiène buccodentaire.

Le brossage des dents avec un dentifrice fluoré est reconnu comme l'une des mesures préventives efficaces contre la carie.

Pour améliorer l'état de santé buccodentaire des personnes présentant des déficits cognitifs et physiques, le brossage quotidien des dents avec un gel de fluorure de sodium à 2 % (NaF 2 %) de pH neutre, soit l'équivalent de 9 600 parties par millions (ppm) de fluorures (F), semble une option intéressante.

Une étude expérimentale³⁴ prospective a été réalisée en 2012 dans trois CHSLD de Québec, à savoir Notre-Dame-de-Lourdes, Christ-Roi et Sacré-Cœur, dans le but d'évaluer l'impact de l'application du gel NaF 2 % lors du brossage des dents des résidents en CHSLD et de le comparer à l'utilisation du dentifrice au fluorure de sodium à 0,243 % (NaF 0,243 %), soit l'équivalent de 1 100 ppm F, dans un même environnement et auprès d'une population similaire.

Le brossage des dents des résidents dentés participant à l'étude a été effectué quotidiennement pendant six mois avec le gel NaF 2 % ou le NaF 0,243 %, selon une allocation au hasard. Le brossage a été effectué une seule fois par jour, soit le soir après le dernier repas ou de préférence juste avant le coucher. Pour déterminer l'impact du brossage avec le gel NaF 2 %, deux examens dentaires ont été réalisés, le premier avant le début de l'étude et le second six mois après, à savoir à la fin de la période prévue par l'étude. Les variables les plus importantes mesurées pour illustrer l'effet dans les deux groupes sont le taux de caries par 100 surfaces à risque, l'indice de plaque et l'indice de saignement.

Les résultats de l'étude ont démontré, à la fin de la période de six mois, une influence importante et significative du brossage dentaire avec le gel NaF 2 % dans la diminution du processus carieux comparé au brossage avec le dentifrice NaF 0,243 % chez les personnes âgées en perte d'autonomie. Il est à noter que le protocole était identique et que le brossage avec les deux produits a été exécuté de la même manière dans les deux groupes. Les variables suivantes, à savoir le niveau de perte d'autonomie, l'âge, le sexe et la fidélité au traitement, par la mesure de la quan-



tité moyenne de dentifrice utilisé, ont été contrôlées dans les deux groupes. Ces variables n'étaient pas significativement différentes entre les deux groupes. Ces paramètres ont été vérifiés afin de s'assurer qu'ils ne puissent avoir eu une influence déterminante sur les résultats.

Un seul dentiste examinateur a été engagé pour la prise des données. Une formation lui a été préalablement donnée concernant l'identification des caries. En plus, la vérification de la qualité et de la constance du jugement clinique du dentiste examinateur a été effectuée, afin de s'assurer de la qualité des données.

Les résultats confirment que l'application du gel NaF 2 % peut affecter le processus carieux en prévenant l'apparition des caries dentaires, mais aussi en transformant des caries actives en caries arrêtées. En effet, l'incidence de la carie dentaire a été significativement réduite dans le groupe qui brossait ses dents avec le gel NaF 2 % comparativement au groupe qui brossait ses dents avec le dentifrice NaF 0,243 %, tout en contrôlant plusieurs variables pouvant influencer les résultats, dont la fidélité au traitement.

Ces résultats sont très importants sur le plan clinique, compte tenu du nombre de caries renversées ou prévenues, mais aussi, et surtout, en raison du court laps de temps nécessaire pour arriver à ces résultats.

Le brossage des dents avec le gel au NaF 2 % a fait diminuer significativement le nombre de caries actives (4,22 surfaces par 100 surfaces à risque) sur une période de six mois. De plus, aucune nouvelle surface cariée n'a été observée dans ce groupe. Par ailleurs, on a observé le développement de nouvelles caries actives (3,15 surfaces cariées par 100 surfaces à risque) dans le groupe utilisant le dentifrice NaF 0,243 % et aucune surface cariée active n'est devenue arrêtée durant la même période dans ce groupe. Au total, on a observé une réduction nette de 7,37 surfaces cariées actives par 100 surfaces à risque dans le groupe utilisant le gel (NaF 2 %) comparé au groupe utilisant le dentifrice NaF 0,243 % (TABLEAU I).

Au bout de six mois d'utilisation des deux produits, on a noté une augmentation significative du nombre de caries arrêtées dans le groupe ayant reçu le gel NaF 2 % (4,22 surfaces par 100 surfaces à risque) alors qu'au sein du groupe ayant reçu le dentifrice NaF 0,243 %, une diminution du nombre de caries arrêtées (0,54 surface cariée arrêtée par 100 surfaces à risque) a été observée. On explique ces résultats par le fait que plusieurs caries actives présentes au début de l'étude se sont transformées en caries arrêtées dans le groupe ayant reçu le gel NaF 2 % alors que dans le groupe utilisant le dentifrice NaF 0,243 %, aucune carie active n'est devenue arrêtée. De plus, dans le groupe utilisant le dentifrice NaF 0,243 %, des

caries arrêtées en début d'étude sont devenues actives, alors que ce ne fut pas le cas dans le groupe utilisant le gel NaF 2 %.

D'autre part, dans le groupe ayant utilisé le dentifrice NaF 0,243 %, une augmentation significative de nouvelles caries (2,61 nouvelles surfaces cariées par 100 surfaces à risque) provenant de surfaces saines ainsi que de surfaces déjà obturées (5 nouvelles récurrences de carie) ont été observées. Les récurrences de carie ont été observées chez 5 participants dans le groupe utilisant le dentifrice NaF 0,243 % alors que dans le groupe utilisant le gel au NaF 2 %, aucune récurrence de carie et aucune nouvelle carie active provenant de surface saine n'ont été notées.

Les résultats concernant l'indice de plaque et l'indice de saignement indiquent qu'il y a eu une amélioration dans les deux groupes durant les six mois de l'étude, probablement liée aux formations sur le brossage données aux préposés et à l'effet de la recherche sur le comportement des préposés effectuant cette tâche. Notons que l'indice de plaque et l'indice de saignement ont été comparables, sans différence significative entre les deux groupes, tant au début qu'à la fin de l'étude.

D'autre part, à la fin de l'étude, l'examen dentaire a démontré que plus de 50 % des participants avaient des accumulations de plaque, et ce, dans les deux groupes. Le brossage des dents n'a pas permis d'enlever la plaque dentaire sur toutes les surfaces dentaires d'une grande proportion de sujets (50 %). Malgré la présence de plaque dentaire, on a observé une diminution significative des caries actives, un renversement des caries actives en caries arrêtées, aucune nouvelle carie sur les surfaces saines au départ, ni de récurrence de carie sur les surfaces obturées dans le groupe utilisant le gel NaF 2 %. Par contre, aucun de ces avantages n'a été noté dans le groupe utilisant le dentifrice NaF 0,243 %, malgré l'équivalence de l'efficacité de la technique mécanique de brossage des dents. Ces résultats indiquent l'efficacité du gel à haute teneur en fluorure (NaF 2 %) pour prévenir et contrer la carie, même en présence de quantités significatives de plaque dentaire.

Ces résultats sont très importants sur le plan clinique, compte tenu du nombre de caries renversées ou prévenues, mais aussi, et surtout, en raison du court laps de temps nécessaire pour arriver à ces résultats. La durée de l'étude a été très courte lorsqu'on la compare au processus carieux menant à la cavitation d'une dent. De plus, tant le coût modique du produit que la simplicité de son application et le peu d'effets secondaires (irritations mineures des muqueuses, intolérance rare et nausée) qu'il pourrait provoquer font du gel NaF 2 % un outil de choix pour s'attaquer à cette problématique avec un angle de prévention plutôt que de traitement.

Si l'application du gel NaF 2 % se généralisait dans les centres d'hébergement, on pourrait présumer du nombre important de caries dont la progression serait arrêtée sans traitement opératoire, et ce, dans un contexte où la population en perte d'autonomie a un accès restreint aux soins dentaires. De plus, selon les données obtenues, on assisterait à une neutralisation ou, du moins, à une stagnation du processus carieux au sein de cette population. Cet effet diminuerait le nombre de nouvelles caries et stabiliserait la prévalence de la carie chez les personnes en perte d'autonomie, dans l'espoir d'endiguer par des traitements opératoires l'endémie actuelle causée par la carie dentaire en mettant en place des modèles de soins curatifs adaptés à leurs besoins. Cet effet est d'autant plus

TABLEAU 1

Description de la moyenne des différences (après-avant) de caries actives, de caries arrêtées, de renversement de caries actives en caries arrêtées, de nouvelles caries provenant de surfaces saines par 100 surfaces à risque dans chaque groupe et comparaison entre les deux groupes (moyenne des différences des caries actives, arrêtées, renversées, nouvelles caries par 100 surfaces à risque après-avant le traitement expérimental et comparaison de la variation après-avant le traitement par test-t).

Variables	Moyenne des différences de caries (après-avant)	Max.-min. des différences de caries (après-avant)	Moyenne des différences de caries (après-avant)	Max.-min. des différences de caries (après-avant)	Test-t (après-avant)	Valeur P
	Dentifrice NaF 0,243 %		NaF 2 %			
Caries actives/100 surfaces à risque (caries actives)	3,15	13,33 – 0	-4,22	0 – (-10,72)	5,62	0,0000065
Caries arrêtées/100 surfaces à risque (caries arrêtées)	-0,54	0,93 – (-7,69)	4,22	10,71 – 0	-5,70	0,0000034
Renversement carie active en carie arrêtée/100 surfaces à risque (caries arrêtées)	0,00	0 – 0	4,22	10,71 – 0,81	-6,28	0,000011
Nouvelles caries provenant de surfaces saines/100 surfaces (caries actives)	2,61	12,50 – 0	0,00	0 – 0	2,65	0,0173

important lorsqu'il est question d'une population en perte d'autonomie qui présente des déficits et qui peut difficilement coopérer aux traitements curatifs.

La difficulté d'exécution des soins pour le professionnel traitant est un enjeu aussi grand que le sont l'effort demandé au patient et la contrainte exercée sur ce dernier pour effectuer un traitement curatif. En soutesant ces divers enjeux, on ne peut que constater le potentiel de ce traitement au NaF 2 %, qui a démontré son efficacité sur un court laps de temps, qui est peu coûteux et facile à administrer et qui ne provoque que peu d'effets secondaires, et ce, sur une minorité d'utilisateurs.

En conclusion, la santé buccodentaire, en particulier le haut taux de développement des caries chez les personnes âgées hébergées en CHSLD, est préoccupante. La xérostomie, la perte d'autonomie qui entraîne la diminution de la qualité de l'hygiène buccodentaire quotidienne ainsi que les difficultés d'accès aux soins buccodentaires chez les personnes âgées hébergées contribuent significativement à la détérioration rapide de leur santé buccale.

Le brossage des dents avec le gel NaF 2 % neutre devrait être recommandé à toutes les personnes dentées hébergées ou en perte d'autonomie afin de prévenir la carie dentaire ou la renverser lorsqu'elle est déjà en place. En principe, dans les CHSLD, le brossage des dents des résidents demandant de l'aide partielle ou complète est effectué par les préposés aux bénéficiaires. L'utilisation du gel au NaF 2 % ne demande pas plus d'effort au personnel soignant que de mettre le dentifrice

sur la brosse à dents. On recommande donc de l'utiliser pour le brossage des dents une seule fois par jour, après le dernier repas ou de préférence juste avant le coucher. Une quantité équivalant à la grosseur d'un petit pois (0,25 g de dentifrice) sur la brosse à dents en remplacement du dentifrice usuel (NaF 0,243 %) devrait être utilisée. Il est également recommandé de ne pas rincer la bouche à la suite du brossage, ou du moins de retarder le rinçage le plus possible, pour permettre au fluorure de rester en contact le plus longtemps avec les surfaces dentaires.

Étant donné son efficacité et sa facilité d'administration, le brossage des dents avec le gel NaF 2 % devient un outil à privilégier pour contrer la carie dentaire chez ces populations fragilisées. ✱

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.

Pour toute demande d'information, veuillez communiquer avec le Dr Christian Caron : christian.caron@fmd.ulaval.ca.

XERESE^{MC}**À VOS PATIENTS QUI FONT
DES FEUX SAUVAGES**

PRESCRIVEZ XERESE^{MC} ET AIDEZ À STOPPER L'ULCÉRATION DES FEUX SAUVAGES

XERESE^{MC} est le seul traitement topique d'ordonnance indiqué pour atténuer la progression des feux sauvages^{1*} :

- Indiqué dans le traitement des premiers signes et symptômes d'herpès de la lèvre récurrent afin de ralentir l'évolution des feux sauvages vers des lésions ulcéreuses chez les adultes et les adolescents (12 ans ou plus) immunocompétents

42% des patients traités par XERESE^{MC} ont été exempts de lésions ulcéreuses comparativement à l'acyclovir en crème à 5 % (35 %, $p = 0,014$) et à l'excipient (26 %, $p < 0,0001$)^{1,2†}

- Un seuil de signification prédéfini ($p < 0,001$) n'a pas été atteint lors de la comparaison entre XERESE^{MC} et l'acyclovir

USAGE CLINIQUE :

- L'innocuité et l'efficacité du produit n'ont pas été déterminées de façon irréfutable chez les personnes âgées de plus de 65 ans
- L'innocuité et l'efficacité du produit chez les enfants de moins de 12 ans n'ont pas été établies

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité connue ou soupçonnée au valacyclovir

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS PERTINENTES :

- Application cutanée seulement, en cas d'herpès des lèvres récurrent, uniquement sur les lèvres et autour de la bouche
- L'application du produit sur les muqueuses n'est pas recommandée : ne pas utiliser près des yeux, dans les yeux, la bouche ou le nez, sur les parties génitales ou autour de la région rectale
- Le patient doit consulter un médecin s'il ne note pas d'amélioration clinique après 2 semaines de traitement d'une lésion orofaciale (p. ex. attribuable à une infection bactérienne ou fongique) qui peut être difficile à distinguer d'un feu sauvage
- Possibilité de résistance virale importante à l'acyclovir
- Agir avec prudence en cas de dermatite de stase et autres problèmes cutanés associés à une mauvaise circulation
- Mise en garde aux femmes enceintes : on ignore si l'ingrédient actif de XERESE^{MC} peut être nocif pour le fœtus ou s'il peut altérer la capacité de reproduction
- Mise en garde aux femmes qui allaitent : les nourrissons pourraient subir des effets indésirables graves
- Manifestations du syndrome de Cushing et suppression réversible de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien
- Réactions d'hypersensibilité
- Augmentation possible du risque d'infection cutanée
- Ne pas utiliser si les patients sont gravement immunodéprimés

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

Veillez consulter la monographie du produit à webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp pour obtenir d'importants renseignements sur les effets indésirables, les réactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été abordés dans ce document. On peut aussi obtenir la monographie du produit en composant le 1 800 361-4261.

* Portée clinique comparative non établie.

† Essai aléatoire de 5 jours, mené à double insu comparant traitements actifs et excipient instauré par 1 443 adultes immunocompétents d'au moins 18 ans ayant subi au moins trois épisodes d'herpès de la lèvre au cours de l'année précédente, des symptômes prodromiques dans au moins 50 % des épisodes et des lésions ulcéreuses dans au moins 75 % des épisodes. XERESE^{MC} n = 601, acyclovir n = 610, excipient n = 232.

RÉFÉRENCES : 1. Monographie de XERESE^{MC}, mars 2013.

2. Hull CM, Harmenberg J et coll. Early treatment of cold sores with topical ME-609 decreases the frequency of ulcerative lesions: A randomized, double-blind, placebo-controlled, patient-initiated clinical trial. *J Am Acad Dermatol* 2011; Vol. 64, numéro 4, 696.e1-696.e11.

 **XERESE^{MC}**
(Acyclovir et hydrocortisone)
crème à 5 % / 1 %

 **VALEANT**
Valeant Canada valeantcanada.com

XERESE^{MC} est une marque de commerce de Meda Pharma s.à.r.l., utilisée sous licence.

Valeant Canada S.E.C., 2150, boul. St-Elzéar Ouest, Laval, Québec H7L 4A8
© 2016 Valeant Canada S.E.C. Tous droits réservés.



**AIDE À STOPPER
L'ULCÉRATION DES
FEUX SAUVAGES**

Informations importantes à l'intention des patients



Les implants dentaires font maintenant partie du paysage buccodentaire, au même titre que les dents naturelles. La présence en bouche d'un implant ou d'une prothèse implanto-portée n'a plus rien d'exceptionnel.

Les réhabilitations implantaire doivent être évaluées périodiquement, puisque toute déficience peut avoir des conséquences importantes, proportionnelles à la complexité du cas.

D'autre part, à la suite de leurs traitements de chirurgie et de prosthodontie, les patients continueront d'avoir des suivis réguliers, souvent chez un dentiste qui ne sera pas celui qui aura fait la pose des implants ou de la prothèse.

Plus loin dans le temps, les circonstances voudront que le patient porteur d'implants consulte d'autres dentistes qui, à leur tour, devront être en mesure d'évaluer la condition d'un implant et de la prothèse qui s'y rattache et d'intervenir au besoin. Il est alors de toute première importance que le dentiste dispose de l'information la plus précise et complète que possible sur le cas qui lui est soumis.

Bien que cette information ait été colligée dans le dossier original du patient, rien ne garantit qu'elle soit accessible facilement, ou même qu'elle existe toujours. Les soins peuvent être requis de nombreuses années après que les implants et la prothèse aient été placés, et le dentiste peut se trouver dans une position difficile au moment de poser un diagnostic et de déterminer un plan de traitement.

À cet égard, nous recommandons fortement aux dentistes de remettre à chaque patient, suite à la pose d'implants et à l'installation d'une prothèse implanto-portée, toute l'information pertinente concernant les implants comme tels, les greffes effectuées et les prothèses. De cette façon, le patient sera en mesure de fournir cette information, et ce, sans avoir à rechercher son dossier original chez le ou les dentistes qui l'auront traité, ou leurs cessionnaires, selon le cas.

Il ne courra pas le risque que son dossier soit introuvable ou qu'il ait été détruit.

Cette politique ne fait pas l'objet d'une réglementation, mais il nous apparaît qu'elle constitue une marque de respect, à la fois pour le patient et pour le dentiste qui prendra la relève. C'est assurément la moindre des choses, considérant l'intérêt manifeste du patient pour des soins buccodentaires de qualité et les montants investis.

De cette façon, le patient sera en mesure de fournir cette information, et ce, sans avoir à rechercher son dossier original chez le ou les dentistes qui l'auront traité, ou leurs cessionnaires, selon le cas.

Dans cet ordre d'idées, nous vous proposerons, dans les mois à venir, un formulaire permettant de regrouper toutes les informations pertinentes relatives à un traitement de prosthodontie implanto-portée. Le modèle que vous serez invité à remplir a été inspiré notamment du « Passeport implantaire » conçu par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes de France et utilisé par ses membres depuis plusieurs années.

Nous vous informerons de sa disponibilité sur le site de l'Ordre dès qu'il sera finalisé.

Entre-temps, nous vous suggérons d'adopter dès maintenant un protocole de remise à chaque patient d'une documentation complète sur son traitement. ✱



Journées dentaires
internationales
du Québec

46^e CONGRÈS ANNUEL DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

L'inscription en ligne est ouverte jusqu'au 8 mai – Hâtez-vous!

Vous pouvez vous inscrire au www.odq.qc.ca/nouvelleinscription ou en faisant parvenir une demande par télécopieur au 514 875-1561.

The online registration is open until May 8 – Don't delay!

You can register at www.odq.qc.ca/newregistration or by faxing your request to 514 875-1561.

L'horaire des cours précongrès et les tarifs sont disponibles au www.odq.qc.ca/congres, section Programme et inscription, onglet Inscription ou par l'application mobile JDIQ2016 (téléchargeable gratuitement sur iTunes ou Google Play).

Les JDIQ vous offrent

Lundi et mardi, 30 et 31 mai

Un petit déjeuner continental de 8 h à 8 h 30 dans l'aire de restauration située dans la partie sud de la salle d'exposition.

Une dégustation de vins et fromages de 16 h à 17 h dans l'aire de restauration de la salle d'exposition.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

LUNDI 30 MAI 2016		
Ordre des dentistes du Québec	De 7 h 30 à 10 h 30	Salle 710A
Académie dentaire du Québec	De 11 h 30 à 13 h 30	Salle 525AB
Association des assistant(e)s dentaires du Québec	De 8 h à 9 h	Salle 520A
Association des chirurgiens dentistes du Québec	De 11 h 30 à 13 h 30	Salle 710A
Association des dentistes pédiatriques du Québec	De 11 h 30 à 12 h 30	Salle 522A
Association des endodontistes du Québec	De 17 h à 20 h	Salle 520E
Association des orthodontistes du Québec	De 8 h 30 à 16 h	Salle 520AD
Association des parodontistes du Québec	De 11 h à 14 h	Salle 521BC
Association des prosthodontistes du Québec	De 8 h à 13 h 30	Salle 523B
Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec	De 8 h 30 à 15 h 30	Salle 520B
Association des spécialistes en médecine buccale du Québec	De 12 h à 15 h	Salle 521A
Ordre des techniciens et techniciennes dentaires du Québec	De 17 h à 19 h	Salle 710A
MARDI 31 MAI 2016		
Association des dentistes de santé publique du Québec	De 9 h à 13 h 30	Salle 523A

N'OUBLIEZ PAS!

Lundi et mardi

Horaires des cours : veuillez consulter le programme pour connaître l'horaire des cours.

Notes de cours : les notes de cours sont disponibles sur le site Web de l'Ordre, dans la section Congrès. Vous pourrez également les obtenir sur place à partir de votre téléphone intelligent, grâce au code QR fourni dans le programme final. Aucune version papier des notes de cours ne sera distribuée sur les lieux du congrès.

Horaires de l'exposition technique : lundi et mardi de 8 h à 17 h.

Affiches scientifiques : les affiches scientifiques seront présentées les lundi et mardi au Palais des congrès. Pour en savoir plus, communiquez avec Marie Tétreault au 514 875-8511, poste 2234, ou écrivez à marie.tetreault@odq.qc.ca.

Attestations de présence : les attestations de présence pour les heures de formation dentaire continue seront envoyées par courrier électronique à tous les participants ayant fourni une adresse de courriel valide. Pour les dentistes membres de l'ODQ, vos unités de formation dentaire continue seront transférées dans votre dossier de formation après le congrès.

Cocktails – retrouvailles

Les facultés dentaires des universités Laval, de Montréal et McGill ont le plaisir d'inviter leurs diplômés à un cocktail-retrouvailles le 30 mai. Voici les endroits où auront lieu les cocktails :

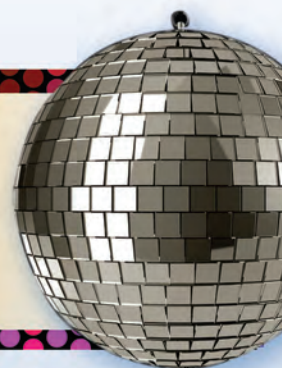
Université Laval, salle 520AD

Université de Montréal, chapiteau côté ouest du Palais des congrès

Université McGill, Hôtel InterContinental – Chez Plume

PARTICIPEZ À LA

SOIRÉE DE FESTIVITÉS du 46^e congrès de l'Ordre!



Pour la première fois, l'Ordre des dentistes du Québec présente cette année un événement festif qui est destiné à toute l'équipe dentaire et qui vise à reconnaître la nature collaborative de la pratique.

Date : 28 mai 2016

Heure : 19 h

Endroit : Palais des congrès de Montréal, salle 710A

Coût : 130,46 \$ (taxes en sus)

Au programme : cocktail, souper, danse et spectacle du groupe All Access

Pour réserver vos billets :
www.odq.qc.ca/festivites

MONTREAL, Canada

2016

27 au 31 mai

PALAIS DES CONGRÈS DE MONTREAL

Rappel

Vérifiez vos billets et porte-noms, et signalez toute modification au 514 875-8511, poste 2237, au 1 800 361-4887, poste 2237, ou par courriel à inscription@odq.qc.ca.

Les places de stationnement près du Palais des congrès étant rares, nous vous recommandons d'utiliser les transports en commun. Visitez le www.stm.info pour en savoir plus.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET REMODELAGE OSSEUX EN ORTHODONTIE

RÉSUMÉ

Certains médicaments peuvent avoir un impact sur le mouvement dentaire et le parodonte et, par le fait même, affecter le cours du traitement orthodontique ainsi que la stabilité qui en découlera. Cet article a pour but d'établir un guide pratique pour tous les intervenants en dentisterie afin qu'ils puissent identifier les médicaments les plus utilisés ayant un effet potentiel sur le métabolisme osseux et ainsi aviser le patient des risques inhérents liés à la procédure dentaire envisagée. De plus, un aperçu des molécules exogènes dont l'utilisation pourrait permettre l'accélération du mouvement orthodontique sera décrit. Compte tenu de l'étendue d'action de certains agents pharmaceutiques et de certaines molécules, il est clair que d'autres études sont nécessaires, tant chez les sujets humains que les animaux, pour mieux clarifier ces effets sur les traitements dentaires.

ABSTRACT

Some medications have a potential effect on tooth movement and on the periodontium, which can impact both orthodontic treatment and long-term stability. The purpose of this article is to provide a clinical guide for all dental professionals regarding the most frequently used drugs that can have an effect on bone metabolism, as well as the potential risks related to any planned dental procedures. It also describes some of the exogenous molecules that may accelerate orthodontic movement. Given the extensive action of some of these pharmaceutical agents and molecules, further animal and human studies are required to better clarify the effects of these substances on dental treatment.

Mélanie Gauthier, DMD

Résidente en orthodontie, Université de Montréal

Jia Lin Liu

Étudiant au doctorat en médecine dentaire, Université de Montréal

Clarice Nishio, DMD, M. Sc., Ph. D., FRDC(C)

Orthodontiste

Professeure adjointe, Département de santé buccale
Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal

MOTS CLÉS

MÉDICAMENTS

REMODELAGE OSSEUX

MOUVEMENT DENTAIRE
ORTHODONTIQUE

KEY WORDS

DRUGS

BONE REMODELING

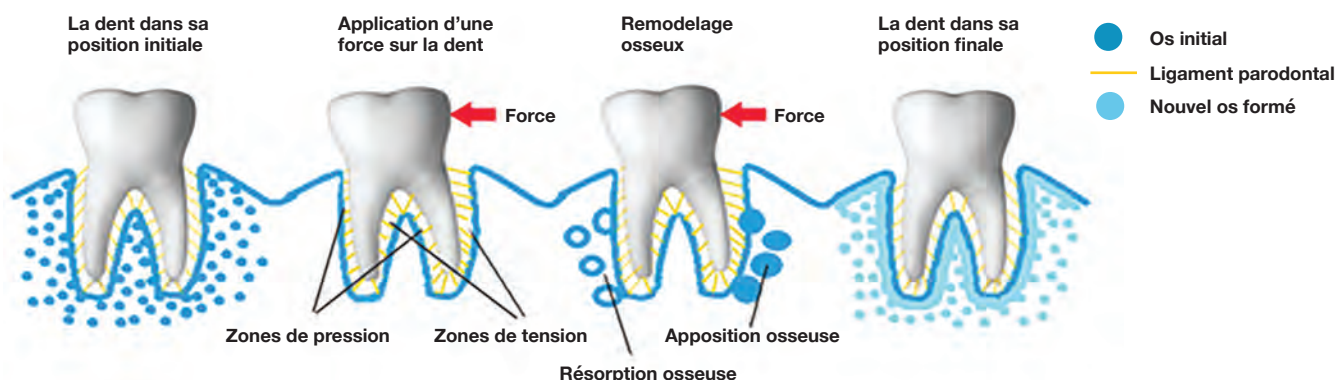
ORTHODONTIC TOOTH
MOVEMENT



Remplir un questionnaire médical détaillé et faire un survol des antécédents médicaux est fondamental lorsqu'un patient consulte un professionnel de la santé. De plus, le questionnaire devrait être révisé à chaque visite subséquente, puisque l'impact que peuvent avoir certains médicaments sur les traitements est non négligeable. L'orthodontie en est un bon exemple, la littérature démontrant que certains produits pharmaceutiques peuvent avoir des effets sur le remodelage osseux^{1,2}. La connaissance précise de ces effets est d'une importance capitale lorsque le praticien doit établir un plan de traitement optimal pour le patient, évaluer les précautions à prendre, l'intervalle entre les rendez-vous, les résultats attendus et ainsi assurer la stabilité du traitement.

Plus précisément, en orthodontie, la prise de certains médicaments peut altérer le remodelage osseux et ainsi diminuer ou augmenter le mouvement dentaire^{1,2}. Outre la modification de la durée de traitement orthodontique, les modifications biologiques engendrées influencent aussi les choix thérapeutiques : éviter les extractions dentaires, utiliser de mini-implants temporaires (TAD) ou autres. L'application d'une force (stimulus biomécanique) sur la dent enclenche une cascade cellulaire inflammatoire qui engendre un remodelage de l'os alvéolaire et du ligament parodontal environnant la dent stimulée, permettant ainsi le mouvement dentaire orthodontique (MDO)^{3,4}. De façon générale, il se produit une apposition osseuse du côté de la tension et une résorption osseuse du côté de la pression générée par la force, et ce, grâce à l'implication de plusieurs cellules, dont les ostéoclastes, les ostéoblastes et les ostéocytes (**Figure 1**)⁴.

FIGURE 1



Cet article a pour but d'établir un guide pratique pour tous les intervenants en dentisterie afin qu'ils puissent identifier les médicaments les plus communs ayant un effet potentiel sur le métabolisme osseux et ainsi aviser le patient des risques inhérents liés à la procédure dentaire envisagée.

Effets des médicaments sur le remodelage osseux

Une révision des médicaments ayant un effet sur le remodelage osseux est présentée à la page suivante sous forme de tableau récapitulatif. La presque totalité des études a été réalisée sur des sujets animaux. Néanmoins, les interactions peuvent se produire aussi chez l'humain et de façon relativement similaire, malgré les différences qui existent entre les sujets expérimentaux⁵. Il est important de souligner que les effets

décrits à la page suivante peuvent varier selon la méthodologie employée dans les études, la dose du médicament, la durée de prise, le mode d'administration, l'interaction entre la prise simultanée de plusieurs médicaments ainsi que des variations interindividuelles. De plus, afin d'en faciliter la reconnaissance au questionnaire médical, quelques noms génériques de médicaments sont cités à titre d'exemple.

Selon Santé Canada (<http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/>), les recommandations générales pour la prise des médicaments cités à la page suivante sont :

- À éviter chez les femmes enceintes ou qui allaitent, sauf si les bénéfices surpassent les risques encourus.
- Dosage selon les recommandations du médecin, car souvent non recommandé chez les jeunes enfants et les personnes âgées.

Catégorie	Nom des médicaments	Maladies cibles	Effets sur le remodelage osseux
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Ibuprofène Naproxène Indométhacine Acide acétylsalicylique Célécoxib	Douleur (dentaire, liée à l'arthrite, au rhume, à la grippe, etc.) Migraine Fièvre Ostéo-arthrite Prévention des maladies cardiovasculaires	Ibuprofène et naproxène Diminution de la résorption osseuse lors des traitements orthodontiques ⁶ Indométhacine Suppression des ostéoclastes et de la résorption osseuse alvéolaire ⁷ Acide acétylsalicylique Effet controversé ^{6, 8} Célécoxib À dose élevée, inhibition du MDO et de la résorption radiculaire ⁹
Corticostéroïdes	Cortisone Prednisolone Prednisone	Désordres endocriniens, hématologiques et rhumatologiques Maladies liées au collagène Maladies dermatologiques, ophtalmiques, gastro-intestinales, respiratoires Allergies Néoplasies Transplantation d'organes	Acétate de cortisone Accélération du MDO ¹⁰ Acétonide de triamcinolone Accélération du MDO chez les lapins ¹¹ Prednisolone Effet controversé sur le MDO ^{10, 12}
Antihistaminiques	Cétirizine Famotidine	Rhinite allergique Urticaire	Cétirizine Diminution de la résorption osseuse, réduction du MDO en phase inflammatoire ^{13, 14} Famotidine Réduction du MDO dans sa phase tardive ¹⁵
Bisphosphonates	Alendronate Risedronate Pamidronate	Hypercalcémie d'origine tumorale Myélomes multiples Métastases osseuses Maladie de Paget Ostéoporose Ostéogénèse imparfaite	Augmentation du risque d'ostéonécrose ¹⁶ Diminution de la résorption osseuse, inhibition du MDO et de la résorption radiculaire chez les rats ¹⁷
Immuno-suppresseurs	Tacrolimus Cyclosporine A Daclizumab	Transplantation d'organes Cyclosporine A Transplantation de moelle osseuse Psoriasis Arthrite rhumatoïde Syndrome néphrotique Tacrolimus Lichen plan	Effet controversé Tacrolimus Diminution de la résorption osseuse et du MDO chez les rats ¹⁸ Cyclosporine A Accélération du MDO chez le rat, possiblement par l'augmentation de l'activité des ostéoclastes ¹⁹

Malgré les différents articles sur le sujet, les effets de plusieurs médicaments sur le remodelage osseux demeurent encore controversés. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de mieux comprendre le mécanisme d'action de ceux-ci sur le processus du mouvement dentaire orthodontique. Ceci est d'autant plus important si l'on considère la quantité impressionnante d'agents pharmaceutiques et de produits naturels mis en marché chaque année.

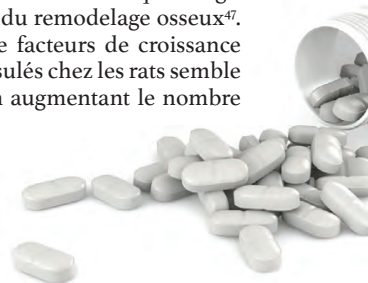
Utilisation de médicaments/molécules exogènes pour accélérer le mouvement orthodontique

Dans l'optique d'accélérer le mouvement dentaire, plusieurs études se sont penchées sur l'effet de l'administration de molécules spécifiques pour favoriser le remodelage osseux tout en minimisant les effets indésirables liés au traitement

Catégorie	Effets possibles
Antidépresseurs ^{20, 21}	Diminution de la densité osseuse Augmentation du risque d'ostéoporose Augmentation du risque de fracture
Contraceptifs oraux ^{22, 23}	Diminution temporaire de la densité osseuse Augmentation du remodelage osseux
Antiépileptiques	Phénytoïne, carbamazépine, primidone et phénobarbital Diminution de la densité osseuse ²⁴ Acide valproïque Diminution de la densité osseuse trabéculaire ²⁵
Anticoagulants ²⁶	Augmentation de la résorption osseuse, des fractures et de la perte osseuse Héparine et warfarine Diminution de la densité osseuse et de la formation osseuse
Antirétroviraux ²⁷	Inhibiteurs de la transcriptase inverse nucléosidiques et nucléotidiques Diminution de la densité osseuse et de la formation osseuse Inhibiteurs de la transcriptase inverse non nucléosidiques, inhibiteurs d'intégrase et inhibiteurs de protéase Diminution de la densité osseuse
Traitement du reflux gastrique ²⁸	Inhibiteurs de pompe à protons Diminution de la densité osseuse Augmentation du risque de fracture
Traitement du trouble de déficit d'attention et d'hyperactivité ²⁹	Pas de changement significatif sur le remodelage osseux si la médication est prise sur une courte période
Traitement des maladies cardiovasculaires	Nitrates Augmentation de la densité osseuse et ralentissement de la résorption osseuse ^{30, 31} Statines Effet controversé sur la densité osseuse et le risque de fracture ³² Bêta-bloquants À faible dose, augmentation de la densité osseuse et diminution de la perte osseuse ³³
Traitement du diabète ^{34, 35}	Thiazolidinedione Augmentation de la perte osseuse et du risque de fracture Metformine, sulfonilurée, amilyne et sodium/glucose cotransporteur ² Pas d'effet sur le métabolisme osseux et le risque de fracture Insuline Effet controversé sur le risque de fracture Incrétine Effets inconnus sur la santé osseuse (données limitées)
Diurétiques	Diurétiques affectant l'anse de Henlé (bumétanide) Diminution de la densité osseuse ³⁶ Thiazides Augmentation de la densité osseuse ³⁷
Vitamine A (acide 13-cis-rétinoïque) ^{38, 39}	Effet controversé sur la densité osseuse
Antibiotiques (révromycine A) ^{40, 41}	Inhibition de la résorption osseuse
Hormones thyroïdiennes ^{1, 2, 42}	Thyroxine (T4) Augmentation du MDO Calcitonine Diminution de l'activité ostéoclastique Diminution du MDO

orthodontique (résorption radiculaire, perte osseuse, etc.) Selon Kale et collab., l'injection locale de vitamine D serait efficace pour accélérer le remodelage osseux et, par le fait même, le mouvement orthodontique jusqu'à 60 % de plus comparativement au groupe contrôle. Ceci est possible grâce à l'augmentation du nombre d'ostéoclastes du côté de la pression chez les rats étudiés⁴³.

Plusieurs études effectuées chez les rats ont amené des pistes intéressantes pour l'utilisation de certaines molécules dans le but d'altérer le remodelage osseux. L'administration locale d'oxyde nitrique en injection topique permet d'augmenter le remodelage osseux et de réduire ainsi la durée de traitement, l'action de ce produit étant fonction de la dose⁴⁴. Une autre étude chez ces sujets animaux indique l'utilisation potentielle de l'ostéocalcine dans le but d'accélérer le MDO, puisque cette protéine permet d'attirer les précurseurs des ostéoblastes et des ostéoclastes⁴⁵. De plus, la parathormone, utilisée en injection continue chez les rats, semble augmenter le remodelage de l'os alvéolaire. Cependant, la parathormone cause également des effets osseux systémiques, comme l'augmentation de la densité osseuse⁴⁶. Aussi, chez les singes, l'injection locale de prostaglandine E₁ ou E₂, de la famille des eicosanoïdes, permet d'accélérer le MDO, étant donné qu'il s'agit d'un des médiateurs du remodelage osseux⁴⁷. Enfin, l'utilisation de facteurs de croissance épidermiques encapsulés chez les rats semble accélérer le MDO en augmentant le nombre d'ostéoclastes⁴⁸.



Conclusion

Compte tenu de l'étendue de l'effet de certains agents pharmaceutiques, le patient doit être conscientisé à l'importance d'aviser son praticien traitant de tout changement dans son état de santé ou dans sa médication, puisque cela peut aller jusqu'à compromettre son traitement. En plus de la variabilité individuelle de la réponse aux médicaments, l'effet de ces derniers varie également en fonction, notamment, de la dose effective, du type d'administration et de l'interaction entre plus d'un médicament. Ceci appuie la nécessité de réaliser d'autres études pour confirmer ou infirmer les hypothèses formulées par certains auteurs quant à l'action des médicaments sur le remodelage osseux et le MDO. ✱

Pour obtenir les références bibliographiques de cet article, consultez le www.odq.qc.ca sous l'onglet Publications/Journal.

AVRIL, MOIS DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

En avril, l'Ordre des dentistes du Québec mènera des campagnes de sensibilisation auprès de divers publics cibles pour souligner le Mois de la santé buccodentaire.

Campagne de publicité à la télé

L'Ordre sera de retour en ondes avec deux nouvelles capsules éducatives qui seront diffusées sur les réseaux TVA et CTV, et ce, pendant quatre semaines.

Les messages sont véhiculés par la D^{re} Marie-Ève Asselin, dentiste pédiatrique et chef du département de médecine dentaire au CHU Sainte-Justine. Dans la première capsule, elle s'adresse aux parents pour les sensibiliser à la première visite de bébé chez le dentiste. Dans la seconde, il est question de la carie dentaire et de l'importance des examens réguliers. On rappelle que l'examen dentaire annuel est couvert par le régime public du Québec pour les enfants de moins de 10 ans.

Consultez l'horaire de diffusion sur maboucheensante.com.

Escouade Ma bouche en santé – « En avril, je passe le fil »

L'escouade Ma bouche en santé distribuera, en avril, de la soie dentaire et du rince-bouche dans des lieux publics de Montréal. Sur le thème « En avril, je passe le fil – tous les jours et pour toujours », cette campagne vise à remettre aux adultes quelque 5 000 boîtes de soie dentaire et autant de contenants de rince-bouche ainsi qu'un signet véhiculant le thème de la campagne. Les articles sont une gracieuseté de Johnson & Johnson.

Kiosque au Salon Maternité Paternité Enfants – Montréal et Québec

L'Ordre animera un kiosque d'information au Salon Maternité Paternité Enfants de Montréal (du 7 au 10 avril) et de Québec (du 29 avril au 1^{er} mai) afin de renseigner les parents sur la santé buccodentaire des tout-petits. Un dépliant d'information sera remis aux parents alors qu'une trousse de santé dentaire sera offerte aux enfants.

Lors de l'événement de Montréal, la D^{re} Asselin prononcera une conférence intitulée *Bébés et santé dentaire*.

Publireportage – Le Bel Âge

La santé dentaire des aînés est le sujet abordé dans un publireportage intitulé *Un beau sourire n'a pas d'âge*, qui paraît dans le numéro d'avril du magazine *Le Bel Âge*.

20

Les 30 et 31 mai, prenez part aux célébrations
des 20 ans de la Fondation en participant à l'exposition

ANS / 20 ARTISTES

Exposition d'œuvres d'art et encan silencieux

POUR PARTICIPER OU POUR PLUS D'INFORMATION
fodq.ca

 Fondation
de l'Ordre
des dentistes
du Québec

PUBLIREPORTAGE

UN BEAU SOURIRE N'A PAS D'ÂGE

Êtes-vous de ceux qui pensent qu'à un certain âge, il n'est plus nécessaire de prendre soin de ses dents? Si c'est le cas, sachez que les soins d'hygiène dentaire quotidiens et les visites régulières chez le dentiste sont importants à tout âge. D'ailleurs, il n'est jamais trop tard pour réparer ou remplacer ses dents!

◆ L'ÉVOLUTION DE LA DENTITION

Votre bouche est constamment soumise à des changements. Sa forme et ses structures se modifient non seulement avec l'âge, mais aussi en fonction de facteurs comme le stress, la prise de médicaments, le mode de vie et les habitudes alimentaires.

Même si aucun problème n'a été détecté pendant plusieurs années, la carie peut apparaître avec le temps en raison d'une sécheresse de la bouche, de l'usure des obturations (plombages) ou de changements dans l'état de santé ou les habitudes d'hygiène.

Avec l'âge, les dents peuvent se déchausser, exposant ainsi la racine, ce qui entraîne souvent une sensibilité et une plus grande vulnérabilité à la carie.

◆ LA SÉCHERESSE DE LA BOUCHE

La sécheresse de la bouche n'est pas une conséquence de l'âge, mais plutôt un effet secondaire de la prise de médicaments, par exemple les médicaments contre l'hypertension, l'asthme, l'anxiété et la dépression; elle peut aussi être causée par la radiothérapie ou la chimiothérapie.

Il existe des façons d'augmenter la quantité de salive : si vous souffrez de sécheresse de la bouche, parlez-en à votre dentiste!

LA SANTÉ DENTAIRE ET LA SANTÉ GÉNÉRALE

Saviez-vous que votre état de santé buccodentaire peut affecter votre état de santé général? Des études ont établi des liens entre les maladies buccodentaires et plusieurs autres problèmes de santé, dont les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

www.maboucheensante.com

◆ LE REMPLACEMENT DES DENTS

Il est important de remplacer les dents manquantes pour améliorer l'apparence, mais surtout pour améliorer la mastication, favoriser une saine alimentation et maintenir la santé buccodentaire.

Le dentiste saura vous conseiller quant aux options qui conviennent le mieux à vos besoins et à votre condition.



 **Ordre des dentistes
du Québec**

 **LE DENTISTE,
LE DOCTEUR QUI VEILLE
SUR VOTRE BOUCHE**



L'IMPLANTOLOGIE

L'implantologie chez Maxillo|Québec, une approche patient

Les spécialistes de Maxillo|Québec ont été parmi les premiers au pays à proposer et installer les implants dentaires de titane, au milieu des années 80. Depuis ce temps, nous avons toujours été à l'avant-garde de ce domaine qui se renouvelle constamment. Nous utilisons l'imagerie tridimensionnelle et les techniques de chirurgie guidée depuis près de 15 ans.

Ce qui distingue Maxillo|Québec en implantologie, c'est l'éventail de services et de produits que nous proposons à vous et vos patients. Nous ne nous contentons pas d'une seule marque d'implants et de la dernière technique à la mode que les manufacturiers publicisent. Nous offrons toutes les techniques, des plus simples au plus complexes, 5 compagnies d'implants et une dizaine de systèmes implantaires. Nous avons la connaissance et l'expérience pour offrir à vous et votre patient le traitement qui lui convient le mieux, et plusieurs modalités d'anesthésie et de sédation pour assurer son confort. Nous croyons que le traitement doit s'adapter au patient, et non l'inverse.

Une approche patient
la différence



Maxillo|Québec

chirurgie buccale et maxillo-faciale

1125, boul. Lebourgneuf, bureau 200
Québec (Québec) G2K 0J2

T 418.624.0088

F 418.624.3338

www.maxilloquebec.com

TOURNÉE DE L'ORDRE

PROGRAMME 2016-2017



Le programme de formation dentaire continue 2016-2017 de l'Ordre propose à ses membres deux séries de conférences qui seront présentées dans les différentes régions du Québec.

PARODONTIE

L'Association des parodontistes du Québec (APQ) se fera le porte-parole de ses 65 membres lors de la tournée de conférences intitulée « La parodontie au quotidien : prévenir, détecter et traiter ». La conférence de l'APQ, préparée par les membres de son comité exécutif, sera présentée par différents duos de présentateurs, selon la région. En tout, neuf parodontistes participeront à ce projet collaboratif.

Cette conférence abordera les notions de dépistage, de diagnostic, de prévention et de traitement des maladies parodontales, des problèmes muco-gingivaux et de la péri-implantite.

Soulignons que l'un des volets de la mission de l'APQ est de contribuer au progrès de la parodontie et de rechercher l'excellence dans l'enseignement et la pratique de la discipline.

Thèmes abordés

- Maladies parodontales : traitements conventionnels (non chirurgicaux et chirurgicaux), traitements alternatifs : mythes et réalité (laser, LANAP, parodontie douce, lithotritie), réévaluation et maintien parodontal.
- Problèmes muco-gingivaux : greffe épithéliale, greffe de tissu conjonctif, greffe allodermique, lambeau déplacé coronalement avec amélogénines.
- Péri-implantite : traitement non chirurgical et chirurgical, décontamination de la surface de l'implant.

ENDODONTIE

La D^{re} Karine Charara présente une conférence ayant pour thème « Précis d'endodontie pour des résultats prévisibles », qui propose une approche méticuleuse de la gestion des maladies d'origine endodontique. Cette formation vise à outiller le clinicien pour lui permettre de poser des diagnostics précis.

Une révision de la gestion des dents plus compromises (fractures dentaires, résorptions diverses et erreurs iatrogéniques) sera faite. À l'aide de cas cliniques, des options de traitement seront présentées. On traitera en outre des pièges qui peuvent accroître la difficulté d'un traitement endodontique.

Il sera question des avantages et inconvénients et du pronostic de chaque option de traitement, ainsi que des méthodes les plus efficaces et les plus prévisibles d'instrumentation, d'irrigation et d'obturation canalaires. La conférence traitera également des percées technologiques reliées à l'endodontie.

Thèmes abordés

- Le diagnostic endodontique
- Le plan de traitement des dents compromises
- La gestion des complications
- Les fractures radiculaires et coronaires
- Les résorptions
- L'instrumentation
- L'irrigation
- Les ciments
- Les biocéramiques (MTA)
- La tomographie volumétrique à faisceau conique (CBCT) *

Pour connaître les dates et les lieux des conférences ou pour en savoir plus sur les conférenciers, consultez le www.odq.qc.ca.

Bisco Dental Products Canada Inc	53
Carestream Dental	35
Centre de micro-endodontie et de parodontie	9
Code Bleu Placement en Santé.....	28
Gescom Conseils.....	26
Groupe Santé Dentaire.....	20
Jemeca équipement dentaire et médical.....	Encart
Laboratoire dentaire Lafond Desjardins et Zirkonzahn.....	30-31
Maxillo Québec	50
Patterson dentaire	55
Philips Canada	2-56
RBC Banque Royale	6
ROI Corporation.....	52
Septodont.....	4
Sogedent Assurances Inc	10
Université Laval – Faculté de médecine dentaire	27
Valeant Canada.....	40

CONSEIL D'ADMINISTRATION ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

PRÉSIDENT D^r Barry Dolman*

ADMINISTRATEURS

- 1 Bas-Saint-Laurent – Côte-Nord
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine**
D^r Peter C. White
- 2 Saguenay – Lac-Saint-Jean**
D^r Luc Gravel
- 3 Québec**
D^r Serge-Alexandre Bellavance
D^{re} Véronique Gagnon*
- 4 Chaudière-Appalaches**
D^r Bruno Ferland*
- 5 Mauricie – Bois-Francs**
D^r René Lord
- 6 Estrie**
D^r Bruno Cabana
- 7 Montréal**
D^{re} Josée Bellefleur
D^{re} Nelly Chafai
D^{re} Véronique Deschênes
D^{re} Isabelle Fournier
D^r Allan Lisboa
D^r Pierre Tessier
- 8 Laval**
D^{re} Nancy Beaudoin
- 9A Montérégie – Yamaska**
D^r André Savard

9B Montérégie – Haut-Saint-Laurent
D^r Gilles E. Lefebvre

9C Montérégie – Vallée-du-Richelieu
D^r Pierre Boisvert

10 Lanaudière – Laurentides
D^r Claude Beaulieu*, vice-président

11 Outaouais
D^r Guy Lafrance

**12 Abitibi-Témiscamingue
et Nord-du-Québec**
D^r Denis Beauvais

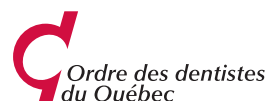
ADMINISTRATEURS NOMMÉS PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

D^r Paul Desrosiers
M. Louis Flamand
Mme Anne Quintal
Mme Françoise Rollin*

DIRECTRICE GÉNÉRALE ET SECRÉTAIRE

M^{re} Caroline Daoust

* Membres du comité exécutif



CONNAISSEZ-VOUS VRAIMENT LA VALEUR DE VOTRE PRATIQUE?

Quand il s'agit de l'évaluation et de la vente d'une pratique, nous tenons compte à la fois de vos objectifs professionnels et personnels.

Dr John Badger
Associé, Québec
☎ (514) 912-4229
johnbadger@roicorp.com

Pascale Guillon
Associée, Québec
☎ (514) 923-9181
pascale@roicorp.com
roicorp.com

TheraCal® LC

PLUS DE 5 MILLIONS DE RESTAURATIONS furent exécutées avec TheraCal® LC comme matériau de coiffage pulpaire **DIRECT** et **INDIRECT**!



Un matériau rapide, simple et efficace pour toutes vos préparations profondes



JDIQ 16

Les journées dentaires internationales du Québec
30 au 31 mai, 2016, Kiosques # 1315, 1317, 1414, 1416

ALL-BOND UNIVERSAL™

Adhésif dentaire photopolymérisant

Le système d'une seule bouteille
ALL-BOND UNIVERSAL offre compatibilité et rapidité, ce qui augmente l'efficacité et la performance.



BISCO DENTAL PRODUCTS CANADA INC.

Siège social: **800.667.8811**

Français: **800.211.1200**

DU 27 AU 31 MAI
LES JOURNÉES DENTAIRES
INTERNATIONALES DU QUÉBEC

Palais des congrès de Montréal
Montréal, Québec
congres@odq.qc.ca

29 AVRIL-3 MAI 2016

**American Association of
Orthodontists — Annual Session**
Orange County Convention Center
Orlando, FL
info@aao2016.org

12-14 MAI 2016

**California Dental Association
(CDA) Presents**
Anaheim Convention Center
Anaheim, CA
contactcda@cda.org

16-18 JUIN 2016

**New Brunswick Dental Society
Annual General Meeting**
Delta Hotel Fredericton
Fredericton, Nouveau-Brunswick
nbds@nb.aibn.com

7-10 SEPTEMBRE 2016

FDI Annual World Dental Congress
The International Conference Centre
Poznan, Poland
congress@fdi2016poznan.org

20-25 OCTOBRE 2016

**American Dental Association
(ADA) — Annual Session**
Colorado Convention Center
Denver, CO
annualmeeting@ada.org

25-29 JANVIER 2017

Yankee Dental Congress
Boston Convention
& Exhibition Center
Boston, MA
www.yankeedental.com/info

23-25 FÉVRIER 2017

**Midwinter Meeting -
Chicago Dental Society**
McCormick Place West
Chicago, Ill
lgirardi@cds.org

**PROGRAMME DE
SUIVI INDIVIDUALISÉ**

Pour les dentistes ayant des problèmes
susceptibles d'affecter leur pratique

CONFIDENTIALITÉ ASSURÉE

514 875-8511
1 800 361-4887

 Ordre des dentistes
du Québec

Journal

DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

Avril 2016 | Volume 53, numéro 1

**PUBLICATION OFFICIELLE DE L'ORDRE
DES DENTISTES DU QUÉBEC**

Les opinions exprimées dans le *Journal* sont uniquement celles des auteurs. Le fait, pour un annonceur, de présenter ses produits ou ses services dans le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* ne signifie pas qu'ils sont endossés par l'Ordre des dentistes du Québec.

Éditeur

Ordre des dentistes du Québec

Rédactrice en chef

Carole Erdelyon

Rédacteur adjoint

D^r Paul Morin

Révisseur

Nataly Rainville

Traducteur

Terry Knowles

Chargée – publications aux membres

Natalie Séguin

Conception graphique

Sophie Gauthier, Zoom In Design

Impression

Solisco Numerix

Production

Direction des affaires publiques
et des communications

Tirage

5 600 exemplaires | Publié 4 fois l'an

Abonnement

Taxes incluses

Québec / Canada 75,00 \$

À l'étranger 85,00 \$

Envois de publications canadiennes

Numéro de convention 40064801

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

800, boul. René-Lévesque Ouest

Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511

Télécopieur : 514 875-9049

Courriel : journal@odq.qc.ca

Port de retour garanti

Dépôt légal

Bibliothèque nationale

ISSN : 1718-1569 (Imprimé)

ISSN : 2291-1782 (En ligne)

© Copyright 1981



LE MOMENT EST VENU DE METTRE **LA SANTÉ DES PATIENTS AU PREMIER PLAN.**

Le marché gris potentiellement dangereux et le marché noir illégal font référence à des produits et des matériaux souvent offerts à prix fortement réduits par le biais de canaux de distribution non autorisés. Ces derniers incluent des produits :

rappelés



contrefaits



périmés



toxiques



**présentant
des erreurs
d'étiquetage**

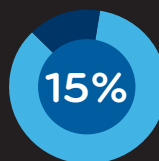


interdits



6 MILLIARDS \$

Le marché américain des fournitures dentaires représente une industrie de 6 milliards de dollars.*



Selon certaines estimations, 15 % du marché dentaire américain serait lié au marché gris ou au marché noir.**



5-8% DES PRODUITS

Un fabricant a estimé qu'entre 5 % et 8 % des produits portant son étiquette étaient en fait des produits contrefaits.***

Visitez le DentalSupplyIntegrity.com

Les fortes réductions de prix sur les produits dentaires qui semblent « trop belles pour être vraies » le sont souvent. Bien que les prix réduits puissent être attrayants, les risques qu'ils présentent pourraient bien surpasser les avantages. Protégez vos patients des produits potentiellement dangereux du marché gris et des produits illégaux du marché noir. Apprenez-en davantage au sujet des fournitures dentaires issues du marché gris et de l'engagement de Patterson à ce sujet en visitant le DentalSupplyIntegrity.com (anglais seulement).


PATTERSON
DENTAL/DENTAIRE

 **SUPPLY CHAIN
INTEGRITY**

*Dental Equipment and Supplies Manufacturing in the U.S. and Its International Trade, Supplier Relations US, LLC, Irvine, CA, février 2014.

**Shades of Gray Mentor, Santa Ana, CA, décembre 2013.

***Are you using 'gray market' or counterfeit dental products?, Journal of American Dental Association, juin 2010.



Des résultats de blanchiment visibles **en un temps minime**

Voici le tout nouveau vernis de blanchiment Philips Zoom QuickPro

Il existe un moyen révolutionnaire d'obtenir des résultats de blanchiment visibles en un temps minime. Vernis de blanchiment Philips Zoom QuickPro :

- La technologie révolutionnaire à deux couches scelle le peroxyde d'hydrogène
- Pratiquement aucune sensibilité

Quand vous avez fini, avant que vos patients retournent chez eux, donnez les instructions de tout simplement se brosser les dents ou d'essuyer le vernis 30 minutes plus tard.

Un blanchiment professionnel n'a jamais été si rapide... ni exigé si peu d'effort.



innovation  vous

Pour une démonstration gratuite, composez
le **(800) 278-8282** ou consultez le site
philipsoralhealthcare.com

PHILIPS
Zoom!