Esthétique Tribune

The World's Esthetic Newspaper · Édition Française

JUIN/JUILLET 2015 – Vol. 7, No. 6+7 www.dental-tribune.fr

CAS CLINIQUE

Le polissage des composites est une étape importante pour déterminer la brillance et la granulométrie d'une dent. De la réalisation d'un composite antérieur et postérieur avec G-ænial®de GC à son polissage découvrez les trucs et astuces du Dr R. Zunzarren.

▸ Pages 34 | 35

CAS CLINIQUE

Aujourd'hui, nous disposons de matériaux composites photopolymérisables dont la teinte et la texture imitent celles de la gencive naturelle du patient. Utiles dans des collets dénudés, la preuve en images avec l'Amaris Gingiva® de Voco et le Dr M. De Oliveira.

▸ Pages 38 | 39

RECHERCHE

L'étude ALTO a été réalisée afin de vérifier l'efficacité de l'usage du bain de bouche Alodont® sur les symptômes légers à modérés de la bouche et des gencives. Une diminution de l'intensité des symptômes a pu être démontrée en cinq jours. Bonne lecture.

▸ Pages 40 | 41 | 42

▷ Julie View

Julie Software

Parce qu'une image vaut mille mots...

Afin de renforcer et faciliter la communication, Julie View propose un grand nombre de vidéos illustrant les actes proposés aux patients. Didactiques, explicatives et rassurantes, ces vidéos sont une aide précieuse pour faciliter la compréhension du plan de traitement. Ces vidéos permettent un accompagnement du patient dans le choix de son traitement ; un véritable conseil interactif. Julien Laupie, Vice-président de l'UFSBD, recommande **Julie View** pour faire du cabinet, un espace complet de santé en mettant à disposition des chirurgiens-dentistes un ensemble de moyens, de conseils et de services : *« Le patient souhaite aujourd'hui prendre sa santé en main et être acteur de son traitement. Pour se faire, il souhaite comprendre avec précision sa pathologie, le plan de traitement proposé, les éventuelles alternatives thérapeutiques. Nous avons donc besoin dans nos cabinets d'outils de communication adaptés pour faciliter, au quotidien, ce dialogue patient-praticien dont l'UFSBD a depuis toujours fait la promotion. Le logiciel Julie View réunit ainsi tous les avantages d'une solution moderne grâce à sa bibliothèque exhaustive de vidéos 3D didactiques et interactives permettant d'expliquer rapidement au patient avec facilité et efficacité tous nos traitements et conseils. À installer sans tarder dans les cabinets ! »*

ufsbd
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Julie SOFTWARE
www.julie.fr

▷ CERASMART

GC

Céramique hybride CFAO, le « Smart Age »

Le bloc CERASMART est une céramique hybride « absorbeur de chocs », qui permet la réalisation – par CFAO – de restaurations postérieures souples et résistantes à la flexion ; s'appuyant sur les forces combinées des matériaux céramique et composite GC. C'est un matériau très intéressant pour certains cas cliniques où la capacité d'amortir la pression masticatoire est nécessaire – comme pour les couronnes sur implant ou les restaurations chez les patients atteints de bruxisme et/ou présentant une usure des dents généralisée. Ce bloc céramique hybride permet, grâce à son opalescence et à sa fluorescence équilibrées d'atteindre un niveau esthétique élevé. De plus, **CERASMART** se présente comme une solution complète, puisqu'il peut être associé à un primer (Ceramic Primer II) et à des vernis de caractérisation (Optiglaze color) pour simplifier les dernières étapes de la création d'une restauration. Si la caractérisation n'est pas nécessaire, un simple polissage manuel avec le GC DiaPolisher Paste apportera une brillance incomparable.

▷ ONE COAT 7 UNIVERSAL

Coltène Whaledent

Adhésif universel Tout en un ?

Le nouveau **ONE COAT 7 UNIVERSAL**, développé sur le principe du One Coat 7.0, est un adhésif tout-en-un fiable pour toutes les indications. Quelle que soit la technique - automordançage, mordançage sélectif de l'émail ou mordançage total, une seule goutte permet de coller facilement les matériaux d'obturation photopolymérisables, rapidement et durablement. Il assure une adhésion sur l'émail comme sur la dentine et garantit par conséquent des restaurations sûres et pérennes, une résistance adhésive élevée et un excellent scellement marginal. Ces valeurs cliniques exceptionnelles sont convaincantes, même comparées aux systèmes adhésifs conventionnels. Pour une utilisation de produits à prise duale (chémopolymérisable) l'association avec **ONE COAT 7.0** activator est également possible. Existe en flacon triangulaire ergonomique et en unidose pour une application plus hygiénique.

Ma recette du sourire G-ænial

Rodolphe Zunzarren

Lorsque je choisis un composite pour ma propre pratique, je considère toujours ses propriétés mécaniques, sa consistance, sa facilité de manipulation et son aspect final en termes de brillant de surface et d'esthétique. Ces caractéristiques sont selon moi la clé de la réussite car elles me permettre de créer des restaurations durables qui conservent leur aspect esthétique au fil du temps.

« Je crois que l'une des erreurs les plus fréquentes commises par un chirurgien-dentiste est de ne pas consacrer suffisamment de temps à la phase de polissage. Selon moi, celle-ci, et la reproduction de la morphologie dentaire, sont les deux étapes essentielles, plus importantes même que la phase de stratification. »

Phase de polissage des restaurations antérieures

Un patient âgé de 44 ans s'est présenté au cabinet dentaire en raison de préoccupations d'ordre esthétique. L'examen clinique révélé d'anciennes restaurations en composite présentant des infiltrations qui affectaient l'esthétique du sourire. Ces restaurations ont été éliminées et recréées.

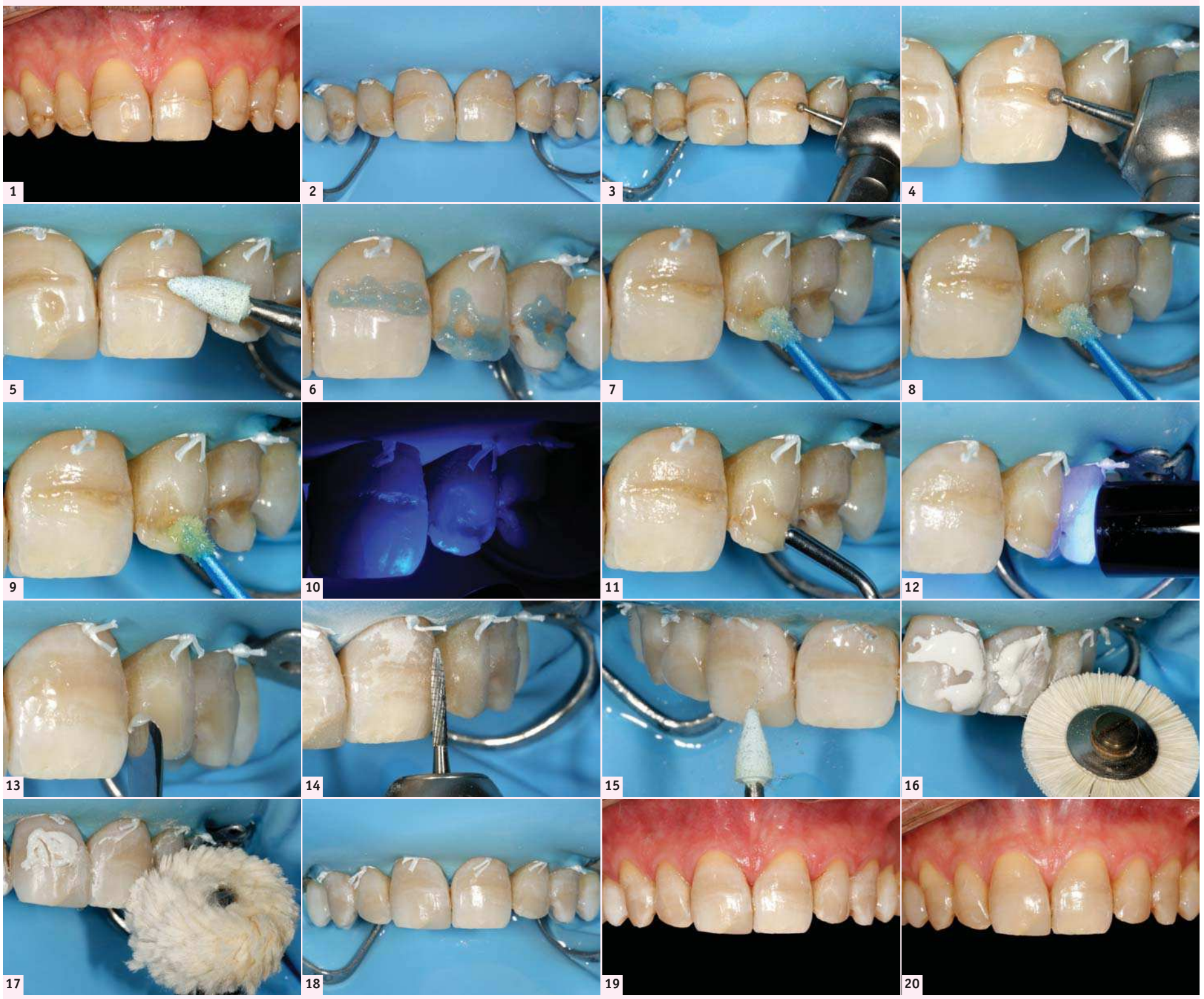

Fig. 1 : Vue préopératoire. | Fig. 2 : Mise en place de la digue en caoutchouc. | Fig. 3: Retrait des anciennes restaurations au moyen d'une fraise boule à bague verte. | Fig. 4 : Les bords de la cavité sont chamfreinés au moyen d'une fraise boule à bague verte ou rouge. | Fig. 5 : Polissage des limites marginales de la cavité au moyen d'une pointe de silicone à polir : Diacompo® Blue (9400.204.030, Komet). | Fig. 6 : Mordançage sélectif de l'émail pendant 10 secondes. | Fig. 7 : Rinçage abondant pendant 10 secondes, suivi par un léger soufflage d'air. | Fig. 8 : Application de chlorhexidine à 0,2 % sur la dentine exposée pendant 30 secondes afin d'inhiber les métalloprotéases. Léger soufflage d'air. | Fig. 9 : Application énergique d'un adhésif auto-mordançant : G-ænial® Bond (GC) pendant 10 secondes, suivie par un vigoureux soufflage d'air pendant 5 secondes. | Fig. 10 : Photopolymérisation pendant 10 secondes. | Fig. 11 : Le composite est comprimé au moyen d'un instrument de modelage Compothixo (Kerr). | Fig. 12 : Polymérisation pendant 20 secondes. | Fig. 13 : Application d'une mince couche de G-ænial Anterior AE (Adult Enamel) au moyen d'une spatule (Heidemann no 1). | Fig. 14 : Correction de la forme de la restauration au moyen d'une fraise à finir (« Q® » H48LQ.314.012, Komet). | Fig. 15 : La surface du composite est lissée au moyen de Diacompo® Blue (9400.204.030, Komet) sous pulvérisation. | Fig. 16 : Polissage au moyen de Diapolisher Paste (GC) et d'une brosse à poils de chèvre naturels (9638.900.190, Komet) montée sur un mandrin (303.204, Komet) à basse vitesse et sans pulvérisation. | Fig. 17 : Obtention d'un lustre élevé au moyen d'une meulette en coton (9628.900.200, Komet) montée sur un mandrin à grande vitesse. | Fig. 18 : Vue postopératoire. | Fig. 19 : Après retrait de la digue en caoutchouc. Les dents sont déshydratées en raison de la digue ; le résultat esthétique final ne sera visible qu'après réhydratation. | Fig. 20 : Visite de contrôle à trois mois.

En ce qui concerne la phase de polissage, il est essentiel d'obtenir un lustre élevé sur les restaurations antérieures. Il me semble que certaines techniques de polissage mènent à des composites présentant une surface lisse mais mate. Je pense qu'il est important de parvenir à un résultat aussi proche que possible de l'aspect naturel d'une dent, qu'elle soit sèche ou humide.

Ma phase de polissage diffère généralement de cas en cas. Pour les restaurations antérieures, le résultat doit être esthétiquement irréprochable car les restaurations sont très visibles. Dans le secteur postérieur, la technique peut être moins exigeante. Actuellement, je procède en trois étapes pour toutes mes restaurations antérieures : une pointe de silicone pour lisser la surface, une brosse à poils de chèvre et une pâte de diamant pour le polissage, et enfin un polissoir en coton avec pâte de diamant pour obtenir un lustre élevé.

Je crois que l'une des erreurs les plus fréquentes commises par un chirurgien-dentiste est de ne pas consacrer suffisamment de temps à la phase de polissage. Selon moi, celle-ci, et la reproduction de la morphologie dentaire, sont les deux étapes essentielles, plus importantes même que la phase de stratification. Les quelques études de cas suivantes démontrent mon approche du polissage et les résultats que j'ai obtenus.

Dr Rodolphe Zunzarren

est diplômé de l'université de Bordeaux, où il a travaillé en qualité d'assistant en dentisterie conservatrice à l'hôpital universitaire pendant quatre ans. Le Dr Zunzarren exerce à présent dans son cabinet dentaire privé à Biarritz, France. Il est l'auteur du « Guide clinique d'odontologie » (publié aux éditions Masson), et donne régulièrement des conférences dans le cadre de programmes de formation continue où il aborde des domaines divers tels que la dentisterie restauratrice, l'endodontie et l'implantologie.

Phase de polissage de restaurations postérieures

Un patient âgé de 26 ans s'est présenté au cabinet dentaire pour un contrôle. La légère dyschromie des crêtes marginales distales et mésiales des dents 46 et 47 semble indiquer la présence de lésions carieuses. L'examen radiographique a confirmé l'examen clinique et mis en évidence la présence de lésions carieuses selon la classification SiSta (Site - Stade) 2.3. Des restaurations directes ont été choisies comme méthode de traitement.

Fig. 1 : Vue préopératoire. | Fig. 2 : Élimination de l'émail non soutenu au moyen d'une fraise boule à bague verte montée sur une turbine. Fig. 3 : Exposition de la dentine carieuse. | Fig. 4 : Curetage de la dentine carieuse au moyen d'une fraise pour zircone (CeraBur KSM 204 018, Komet) à basse vitesse et sous pulvérisation. | Fig. 5 : Mise en place de la digue en caoutchouc. | Fig. 6 : Mise en place des matrices (système V3-ring de Triodent, WAM). | Fig. 7 : Application d'un ciment verre ionomère (EQUIA, GC) sur les limites marginales de la dentine. | Fig. 8 : Application énergique de G-ænial Bond (GC) pendant 10 secondes. | Fig. 9 : Séchage vigoureux par air pendant 5 secondes. | Fig. 10 : Photopolymérisation pendant 10 secondes. | Fig. 11 : Application d'une couche de G-ænial Posterior P-A3 au moyen d'un instrument de modelage Compothixo (Kerr). | Fig. 12 : Façonnage de la morphologie au moyen d'une spatule Heidemann no 1. | Fig. 13 : Vue peropératoire avant le retrait des matrices. | Fig. 14 : Retrait des matrices. | Fig. 15 : Vue peropératoire avant les phases de finition. | Fig. 16 : Correction de la forme occlusale de la restauration au moyen d'une fraise à finir Q (H390Q.314.018, Komet). | Fig. 17 : Correction de la forme proximale de la restauration au moyen d'une fraise à finir Q (H48LQ.314.012, Komet). | Fig. 18 : Vue peropératoire après finition. | Fig. 19 : Vérification de l'occlusion au moyen d'un papier à articuler (40 µ) en ICM (intercuspidie maximale) et latéralement. | Fig. 20 : Polissage au moyen d'une brossette et de Diapolisher Paste (GC) à basse vitesse et sans pulvérisation. | Fig. 21 : Vue postopératoire.

ONE COAT 7 UNIVERSAL

- Automordançage, mordançage sélectif ou mordançage total, un adhésif pour toutes les indications cliniques
- Avec activateur pour les produits chémopolymérisables
- Excellente résistance au cisaillement sur l'émail et la dentine

Dispositif médical classe II a / CE0123 TÜV SÜD.
Nous vous invitons à lire attentivement les instructions d'utilisation.
Produits non remboursés par les organismes de santé.

www.coltene.com/contact
oc7universal.coltene.com

COLTENE

002409

Admira Fusion & Admira Fusion x-tra

VOCO

Obturer à la céramique ? C'est possible !

VOCO présente le premier matériau d'obturation universel purement céramique au monde. Cette nouveauté a été rendue possible par l'association de la technologie nanohybride à la technologie ORMOCER (Organically Modified Ceramics). Dans **Admira Fusion**, le nouveau matériau d'obturation ORMOCER nanohybride, la base chimique utilisée est l'oxyde de silicium. Cette « Pure Silicate Technology » unique comporte plusieurs avantages. Admira Fusion présente une rétraction à la polymérisation de seulement 1,25 % en volume et donc un stress extrêmement faible par rapport aux principaux composites d'obturation. Admira Fusion est hautement biocompatible, ne contenant aucun des monomères classiques susceptibles d'être libérés à nouveau après polymérisation. Ce matériau très homogène couvre un large éventail d'indications, offre un excellent confort de manipulation et est compatible avec tous les bondings conventionnels. Le système d'obturation est complété par **Admira Fusion x-tra** qui, pour des paramètres physiques absolument identiques, permet des épaisseurs incrémentielles jusqu'à 4 mm.

ZENDIUM

UNILEVER

La beauté de la mondialisation !

Zendium est en effet un dentifrice scandinave fabriqué à Compiègne suite au rachat par **UNILEVER** de la marque Sara Lee en 2010. Zendium s'est inspiré du pouvoir unique de la bouche à se défendre et agit différemment des autres dentifrices, car il ne contient pas d'agents antibactériens, mais renferme des protéines et des enzymes dont la cavité buccale a besoin pour combattre les bactéries. Zendium protège la bouche en boostant ses défenses naturelles. Sa formulation sans laurylsulfate de sodium, respecte les tissus mous délicats de la bouche. L'agent moussant, l'éthoxylate stéarylique, connu pour sa douceur, convient donc autant aux personnes aux muqueuses sensibles qu'à celles sujettes aux aphtes. La recherche est de plus en plus dirigée vers des formulations qui agissent en harmonie avec le corps, en déclenchant des réactions naturelles protectrices et cela correspond aux attentes d'un nombre croissant de patients à la recherche d'une approche plus naturelle pour leur santé et leur bien-être. C'est précisément l'approche de **Zendium**.

DENTAL TRIBUNE
DT STUDY CLUB
COURS | DISCUSSIONS| BLOGS | MENTORAT

// CONFIANCE
MADE BY ZEISS

Bienvenue dans le monde de l'infiniment petit.

La visibilité est la clé de l'amélioration de la qualité de traitement. ZEISS offre deux solutions innovantes pour entrer dans le monde de l'infiniment petit. OPMI® PROergo vise cet objectif grâce à son fonctionnement électronique et sa maniabilité.
OPMI® pico est adapté pour tous les traitements dentaires et peut être connecté à votre réseau Ethernet pour sauvegarder photos et vidéos. Ces deux microscopes sont équipés des optiques ZEISS. Grâce à nos microscopes "Made in Germany"*, découvrez le monde de l'infiniment petit.

Vision Equipment Technology
Château de Larringes
74500 LARRINGES
Tél : 04 50 73 50 13
Fax : 04 50 73 50 31
Mail : infos@v-e-t.fr

We make it visible.

* Fabriqué en Allemagne

Ce document présente le microscope chirurgical OPMI pico (Classe I), destiné à améliorer la visualisation per-opératoire lors d'une chirurgie ou lors d'une consultation. Fabriqué par : Carl Zeiss Meditec AG – Distribué par : Vision Equipment Technology. Nous vous invitons avant toute utilisation à lire attentivement et dans leur totalité les instructions figurant dans le guide utilisateur remis au professionnel de santé. Ce document présente le OPMI PROergo (Classe I) microscope destiné à améliorer la visualisation per-opératoire lors d'une chirurgie. Fabriqué par Carl Zeiss Meditec AG- Distribué par : Vision Equipment Technology. Nous vous invitons avant toute utilisation à lire attentivement et dans leur totalité les instructions figurant dans le guide utilisateur remis au professionnel de santé. Réf : CZMF_Com 07 14_009

Restauration cosmétique et esthétique en cas de fusion dentaire dans la zone maxillaire antérieure

La beauté est sans aucun doute subjective. Toutefois, il existe en ce qui concerne le visage humain un idéal de beauté universel basé sur des paramètres objectifs. Une impression générale plaisante résulte de l'harmonie des proportions et de la symétrie des traits (« nombre d'or ») ainsi que de l'homogénéité formée par les os du visage, les yeux, le nez et la bouche. En particulier les lèvres, la gencive et les dents jouent un rôle important dans la perception de soi et le regard des autres.

L'effet d'un beau sourire n'est plus à démontrer. Un sourire attrayant est caractérisé par la symétrie des dents et par l'équilibre des proportions entre les dents et la gencive et entre les lèvres et le visage. Le tracé de la gencive autour du collet dentaire doit être parabolique, et le zénith, c'est-à-dire le point le plus haut de la gencive, doit se trouver dans la zone distale de ce contour. Dans l'idéal, les papilles interdentaires se trouvent à hauteur du tiers cervical des dents.

La présence d'altérations esthétiques dans la zone antérieure, par exemple en cas de dents manquantes et/ou de rétraction gingivale, ou encore la modification désavantageuse du tracé de la gencive, peuvent entraîner une réduction de l'estime de soi, laquelle s'accompagne de complexes et d'un manque de confiance en soi. Chez les adolescents en particulier, cela peut porter atteinte à la vie affective et aux états d'âme déjà mis à rude épreuve.

Aujourd'hui, la médecine dentaire est en mesure de modifier et de rétablir la forme, la couleur et la texture des dents. Sur la base des développements scientifiques et sous la pression d'un modèle idéal de beauté au sein de l'environnement social et culturel, les techniques et matériaux utilisés dans la médecine dentaire ont connu au cours de ces dernières années une évolution constante, l'esthétique rouge-blanche jouant un rôle important dans cette amélioration. Dans le

Fig. 1 : Traitement orthodontique au moyen de bagues pour corriger la répartition spatiale. | Fig. 2 : Sourire de la patiente, avec fusion dentaire marquée au niveau des incisives supérieures. | Fig. 3 : Vue latérale du sourire. | Fig. 4 : Vue de face après traitement orthodontique. | Fig. 5 : La vue de face montre l'esthétique altérée et la disproportion des dents. | Fig. 6 : Vérification du « nombre d'or ». | Fig. 7 : Détermination de la teinte de la dent et de la gencive. | Fig. 8 : Isolement de la zone de traitement au moyen d'une digue. | Fig. 9 : Détermination des proportions dentaires. | Fig. 10 : Sectionnement de la couronne dentaire dans le tiers incisal et réalisation d'une rainure sur la surface vestibulaire. | Fig. 11 : Rectifications dans la rainure à l'aide du disque diamanté. | Fig. 12 : Vue de face des dents sectionnées. | Fig. 13 : Application et répartition du matériau composite à l'aide d'un pinceau en poils de martre. | Fig. 14 : Vérification des proportions selon l'arithmétique du nombre d'or à l'aide d'un compas de mesure. | Fig. 15 : Application et répartition du matériau composite à l'aide d'un pinceau. | Fig. 16 : Application sur la face vestibulaire du matériau composite Amaris de VOCO pour l'émail et, dans le même temps, fermeture du diastème. | Fig. 17 : Répartition et modelage du matériau composite à l'aide d'un pinceau en poils de martre. | Fig. 18 : Vue de face des facettes fabriquées directement à partir du matériau composite Amaris. | Fig. 19 : Application du matériau composite Amaris Gingiva pour la reconstitution artificielle de la papille interdentaire. | Fig. 20 : Égalisation et modelage du matériau composite Amaris Gingiva et des pigments foncés à l'aide de la spatule (type « MdeO »).

traitement des récessions gingivales, le chirurgien-dentiste se retrouve face à un défi important, en particulier lorsqu'il s'agit de « trous noirs » et de la correction esthétique des papilles interdentaires dans la zone antérieure.

Autrefois, on utilisait des acrylates pour créer une gencive artificielle. Plus tard, les céramiques ont servi au remplacement prothétique du tissu gingival. Toutefois, la méthode de fabrication de ces matériaux rendait difficile une harmonisation individuelle de la couleur. En outre, ces matériaux étaient destinés à la réalisation de prothèses fixes ou amovibles, ce qui ne permettait pas de les utiliser pour la restauration de dents isolées.

Par la suite, les chercheurs et les fabricants ont porté leur attention sur le développement de matériaux de teinte gingivale pouvant être mis en œuvre dans la cavité buccale, ajustables individuellement au niveau des teintes et permettant une fixation adhésive sur la substance dentaire dure. C'est ainsi qu'aujourd'hui, nous disposons de matériaux composites photopolymérisables qui nous permettent de restaurer les collets dentaires dénudés et dont la teinte et la texture imitent celles de la gencive naturelle du patient et contribuent donc à obtenir des proportions dentaires équilibrées.

Dans le présent cas clinique – fusion dentaire rare (synodontie) au niveau des incisives supérieures 11/12 et 21/22, avec diastème –, nous avons utilisé chez une jeune patiente de 15 ans le matériau d'obturation hautement esthétique Amaris de VOCO. Pour simuler la partie gingivale, nous avons utilisé le matériau d'obturation hautement esthétique de teinte gingivale Amaris Gingiva de VOCO. Il s'est avéré que des méthodes mini-invasives permettent également d'éliminer de gros défauts esthétiques dans la zone antérieure sensible et de redonner à une jeune patiente un sourire parfait

Dr Marlúcio de Oliveira

· *Professeur d'odontologie à l'Université de Itaúna (Minas Gerais, Brésil)*
· *Professeur de médecine dentaire et d'odontologie esthétique à l'Université São Leopoldo Mandic à Belo Horizonte (Minas Gerais, Brésil)*
· *Spécialiste du traitement odontologique restaurateur esthétique à l'Université de São Paulo (Bauru, Brésil)*
· *Études post-universitaires d'odontologie cosmétique au New York University College of Dentistry*
· *Formation post-universitaire sur le thème des prothèses et implants chez Nobel Biocare*

Contact :
Dr Marlúcio de Oliveira · Rua São Paulo, 742 · CEP: 35.500-006 – Divinópolis/MG Brésil · E-mail : mdeo@neeo.com.br

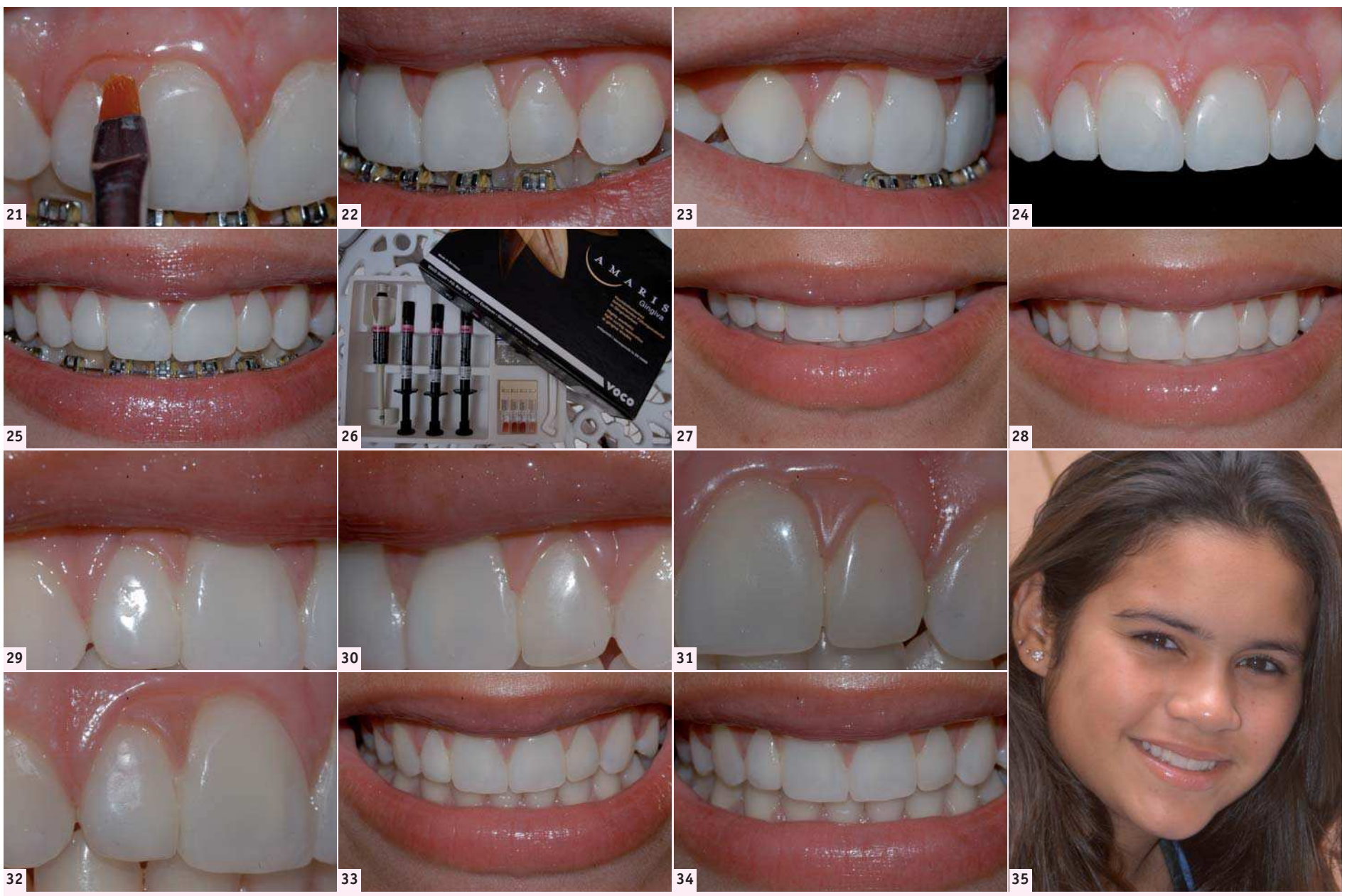

Fig. 21 : Modelage de précision à l'aide du pinceau en poils de martre. | Fig. 22 : Vue latérale gauche du sourire. | Fig. 23 : Vue latérale droite du sourire. | Fig. 24 : Vue de face des facettes et des papilles interdentaires. | Fig. 25 : Sourire de la patiente avec des proportions harmonieuses entre les dents, les lèvres et la gencive. | Fig. 26 : Kit Amaris Gingiva (VOCO). | Fig. 27 : Papilles par rapport à la lèvre supérieure lors d'un léger sourire. | Fig. 28 : Vue du sourire avec zone gingivale élargie. | Fig. 29 : Vue latérale gauche des papilles artificielles lors d'un léger sourire. | Fig. 30 : Vue latérale droite des papilles artificielles lors d'un léger sourire. | Fig. 31 : Gros plan sur la papille gingivale artificielle au niveau de la dent 21, réalisée avec Amaris Gingiva. | Fig. 32 : Gros plan sur la papille gingivale artificielle au niveau de la dent 11, réalisée avec Amaris Gingiva. | Fig. 33 : Exposition renforcée de la gencive en cas de sourire franc. | Fig. 34 : Vue du sourire franc avec zone gingivale élargie. | Fig. 35 : Proportions entre le visage, les lèvres, la gencive et les dents.

DENTAL TRIBUNE
DT STUDY CLUB
COURS | DISCUSSIONS| BLOGS | MENTORAT

ALTO : Etude observationnelle de l'efficacité en vie réelle de l'usage du bain de bouche ALODONT® sur les symptômes légers à modérés de la bouche et des gencives.

Blanche Rosenblum Beer-Gabel, Chirurgien-Dentiste, Paris, Marie-France Dorleans, Tonipharm, Boulogne Billancourt, Jean-Pierre Meunier, Axonal, Nanterre.

Introduction

De nombreux produits de type bains de bouche sont disponibles aujourd'hui sur le marché, prescrits ou non par un chirurgien-dentiste, remboursés ou non par l'assurance maladie. Les allégations d'efficacité clinique ne sont pas toujours démontrées de façon suffisante à partir d'essais cliniques randomisés, et la description de l'efficacité des produits en usage courant est encore plus exceptionnelle.

Les laboratoires TONIPHARM ont été les initiateurs d'une étude dite d' « effectiveness » pour mesurer l'efficacité de leur bain de bouche ALODONT en situation réelle d'usage, afin de compléter les connaissances sur le produit et les partager avec les professionnels de santé et le grand public.

L'indication du bain de bouche ALODONT est le traitement d'appoint des infections de la cavité buccale et des soins post-opératoires en stomatologie. Le produit peut être prescrit pour la prise en charge des symptômes, en particulier en cas de gencives irritées ou fragilisées, petits saignements, douleurs.

L'originalité et l'intérêt de l'étude étaient de recueillir les données d'efficacité directement auprès des sujets vus en consultation, le chirurgien-dentiste ayant comme rôle essentiel de sélectionner des sujets ou patients répondant aux critères de l'étude. L'objectif était de prendre en compte tous les paramètres qui ne sont pas contrôlables en « vie réelle » comme l'observance d'utilisation du bain de bouche, l'hygiène buccodentaire habituelle, la fréquence d'usage, qui peuvent varier beaucoup d'un sujet à l'autre.

Cette étude dénommée « ALTO », élaborée sous l'égide d'experts cliniciens, était une étude pilote dans la mesure où les conditions de réalisation d'une telle étude n'avaient jamais été testées auparavant, avec en particulier une participation active des sujets indispensable à l'atteinte des objectifs.

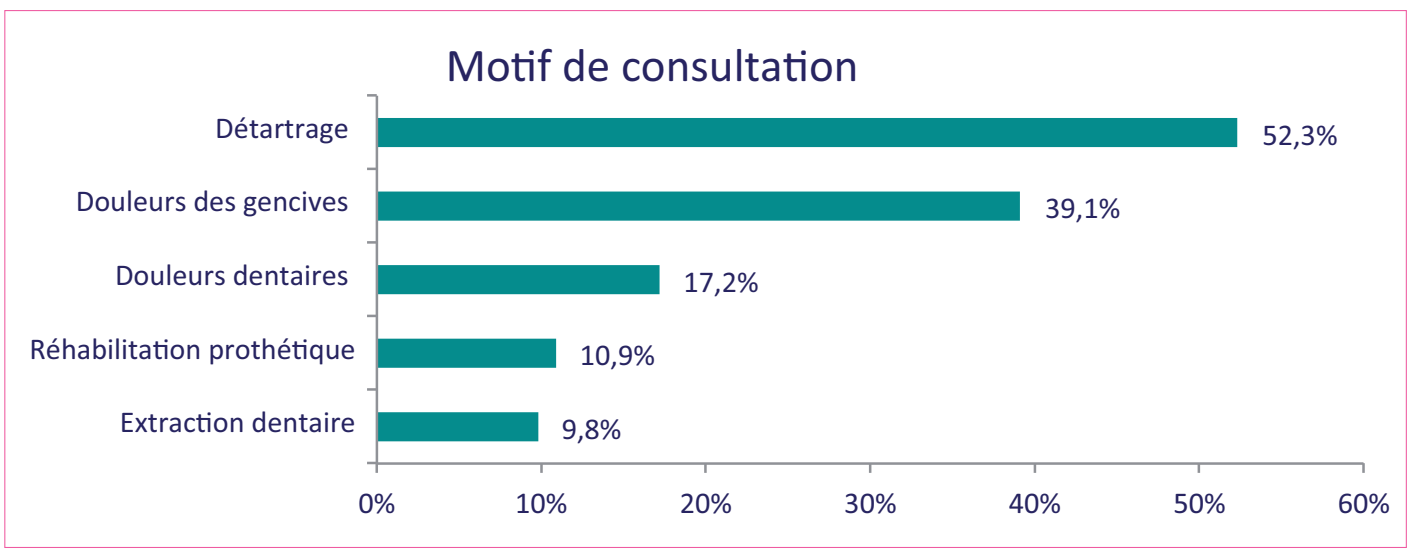

Fig. 1

Sujets et méthodes

L'étude proposée était de type pharmaco-épidémiologique, anonyme, observationnelle transversale pour les chirurgiens-dentistes, et longitudinale pour les sujets (évaluation 5 jours après le début d'étude), multicentrique, nationale.

Environ 300 chirurgiens-dentistes (CD) tirés au sort dans un fichier national représentatif ont été sollicités par courrier et téléphone par Axonal (société de recherche clinique et épidémiologique) mandaté par TONIPHARM.

Il était demandé à chaque chirurgien-dentiste d'inclure sur une période de 2 à 3 mois jusqu'à 8 patients vus en consultation à qui ALODONT était prescrit en fin de consultation. Cette prescription devait naturellement relever de la libre décision du chirurgien-dentiste dans sa pratique habituelle. Les patients recevaient une information écrite sur les objectifs de l'étude et sur les modalités de réalisation avant d'être inclus.

L'objectif de l'étude pilote était d'obtenir au moins 100 cas analysables.

Les données ont été recueillies dans un cadre strictement observationnel, le patient étant vu dans le cadre de son suivi habituel sans être convoqué pour la réalisation de l'étude, et le chirurgien-dentiste réalisant sa prise en charge habituelle sans aucune contrainte liée à l'étude. Aucun examen spécifique n'était imposé par l'étude.

Le chirurgien-dentiste renseignait, pour chaque patient inclus, sur une fiche d'observation papier, des données sur le contexte clinique de la consultation, l'état gingival et dentaire, l'examen clinique de la bouche, les prescriptions de traitement en fin de consultation. Il était demandé au praticien pour quel symptôme principal il avait prescrit le bain de bouche ALODONT.

Il devait remettre au patient un carnet de suivi comportant des évaluations à faire lors de la consultation (évaluation des symptômes et de la qualité de vie) et ensuite 5 jours après le début du traitement (si trai-

	Total N = 174
Manquant	4
Saignements au brossage des dents	92 (54,1 %)
Douleurs dans la bouche ou les gencives	66 (38,8 %)
Sensibilité des gencives (gêne, picotements,...)	43 (25,3 %)
Manque de fermeté des gencives	36 (21,2 %)
Sensation de bouche pâteuse/mauvaise haleine	34 (20,0 %)
Gêne lors des repas ou sensibilité au chaud/froid	10 (5,9 %)
Un même patient pouvait présenter plusieurs symptômes	

Tableau 1 : Symptômes principaux pour prescription d'ALODONT.

Selon prise ou non d'antalgique ou d'antibiotique		**avec N = 27**	**sans N = 93**	**Total N = 120**	**P-value**
Sensibilité des gencives	N	26	91	117	
	Moyenne ± ET	3,34 ± 2,70	2.80 ± 2,31	2,92 ± 2,40	
	Médiane	3,3	2,1	2,3	0,495 [d]
Manque de fermeté des gencives	N	26	90	116	
	Moyenne ± ET	2,36 ± 2,58	2,43 ± 2,49	2,42 ± 2,50	
	Médiane	1,3	1,4	1,4	0,921 [d]
Saignements au brossage des dents	N	26	90	116	
	Moyenne ± ET	3,88 ± 3,34	3,61 ± 2,81	3,67 ± 2,92	
	Médiane	3,7	3,3	3,4	0,686 [d]
Sensation de bouche pâteuse / mauvaise haleine	N	27	89	116	
	Moyenne ± ET	3,38 ± 2,93	2,93 ± 2,46	3,03 ± 2,57	
	Médiane	3,5	2,5	2,5	0,590 [d]
Gêne lors des repas ou sensibilité au chaud/froid	N	27	90	117	
	Moyenne ± ET	2,35 ± 2,22	2,10 ± 2,06	2,16 ± 2,09	
	Médiane	1,9	1,1	1,1	0,773 [d]
Douleurs dans la bouche ou les gencives	N	27	91	118	
	Moyenne ± ET	3,35 ± 2,69	2,70 ± 2,36	2,85 ± 2,45	
	Médiane	2,8	2,0	2,2	0,314 [d]
Impact des symptômes sur votre quotidien	N	26	91	117	
	Moyenne ± ET	2,52 ± 2,42	2,30 ± 2,19	2,35 ± 2,24	
	Médiane	1,7	1,4	1,5	0,778 [d]
[d]: Test de rang de Wilcoxon					

Tableau 2 : Intensité de symptômes avant prise d'ALODONT (EVA 10 cm).

tement pris) ou 5 jours après cette consultation (si traitement non pris). Le questionnaire recueillait si le produit avait été acheté ou non, et le nom du produit délivré. Si jamais le patient avait recours à de l'automédication sans acheter un bain de bouche à l'issue de la consultation, il devait aussi renseigner les deux parties du carnet de suivi. Le patient disposait d'une enveloppe T pour renvoyer le carnet directement au centre de traitement sans nécessité de revoir le chirurgien-dentiste.

Toutes les données ont été double saisies par le prestataire et analysées à l'aide du logiciel SAS v9.1.

Résultats

Populations

L'étude a été réalisée entre février et mai 2014, 35 chirurgiens-dentistes ont effectivement participé à l'étude en recrutant 174 sujets. L'âge moyen des praticiens, à 54,3 % des hommes, était de 52.3 ± 8,1 ans. Parmi eux, 29 % étaient installés dans le Sud-Est, 17 % en Ile de France, 14 % dans le Nord-Est, 14 % dans l'Ouest, 14 % dans le Sud-Ouest et 11 % dans le centre. Ils ont inclus en moyenne 5,0 ± 3,0 patients (min : 1 ; max : 8 ; médiane : 6).

Parmi les 174 patients vus en consultation d'inclusion, 120 ont été retenus pour l'analyse de l'objectif principal, ceux ayant renvoyé à la fois l'évaluation au jour de la consultation et l'évaluation 5 jours après. Sur l'ensemble des patients inclus, 86,2 % ont renvoyé la première évaluation (150), 69,0 % la première et la deuxième (120).

Les caractéristiques socio-démographiques des patients étant recueillies par l'intermédiaire du premier questionnaire renseigné par chaque sujet, nous ne disposons d'une description de la population que sur les 150 patients ayant été examinés, traités par ALODONT et ayant retourné le premier questionnaire. Les femmes représentaient 60,4 % de la population, avec un âge moyen de 47,1 ± 16,8 ans. On retrouvait chez l'ensemble des patients 6,7 % de diabétiques, 8,8 % de comorbidités cardio-vasculaires, 25,9 % de fumeurs. Les caractéristiques sont semblables pour la population des 120 patients pouvant être analysés pour l'objectif principal de l'étude.

Contexte de la consultation

Le ou les motifs de consultation des patients étaient principalement : détartrage (52,3 %), douleurs des gencives (39,1 %), douleurs dentaires (17,2 %), réhabilitation prothétique (10,9 %), extraction dentaire (9,8 %). *(Fig. 1)* Les patients avaient des antécédents de symptômes gingivaux pour 50.9 % d'entre eux. Les CD donnaient leur opinion sur la technique de brossage de leurs patients, elle a été jugée très satisfaisante pour 8,1 % d'entre eux, satisfaisante pour 37,0 %, non satisfaisante pour 22,0 %.

L'examen clinique avec relevé du schéma dentaire retrouvait au moins une dent absente (hors dents de sagesse) pour 32,2 % des patients (1,0 ± 2,4 dents absentes en moyenne), au moins une prothèse pour 51,7 % (2,8 ± 4,4 prothèses en moyenne), au moins une lésion non traitée pour 19,0 % (0,7 ± 2,6 lésions en moyenne). Le CD objectivait un saignement en passant une sonde au collet de dent chez 71,0 % des sujets. L'examen de la plaque dentaire par cotation SEP (plaque détectable par passage de sonde ou visible à l'œil nu) sur les dents 16, 26, 36, 46 (ou adjacentes en cas de dent manquante) révélait au moins une plaque chez 91,4 % des sujets, au moins sur les dents 16 et 26 chez 80,5 %, au moins sur les dents 36 et 46 chez 82,6 %.

Selon prise ou non d'antalgique ou d'antibiotique		avec N = 27	sans N = 93	Total N = 120	P-value
Sensibilité des gencives	N	25	90	115	
Variation absolue (cm)	Moyenne ± ET	-1,4 ± 2,0	-1,3 ± 2,1	-1,3 ± 2,0	
	Médiane	-1	-1	-1	0,897 [d]
Variation relative (%)	Moyenne ± ET	-1,8 ± 119,5	-29,8 ± 76,2	-23,5 ± 88,0	
	Médiane	-50	-53	-52	0,500 [d]
Manque de fermeté des gencives	N	25	89	114	
Variation absolue (cm)	Moyenne ± ET	-1,0 ± 1,6	-1,0 ± 1,9	-1,0 ± 1,8	
	Médiane	-1	-0	-0	0,832 [d]
Variation relative (%)	Moyenne ± ET	-7,4 ± 132,1	-3,1 ± 150,0	-4,0 ± 145,6	
	Médiane	-49	-44	-46	0,870 [d]
Saignements au brossage des dents	N	25	89	114	
Variation absolue (cm)	Moyenne ± ET	-2,2 ± 3,0	-2,1 ± 2,2	-2,1 ± 2,4	
	Médiane	-1	-2	-2	0,981 [d]
Variation relative (%)	Moyenne ± ET	-16,4 ± 151,5	-50,4 ± 52,0	-42,8 ± 84,9	
	Médiane	-52	-71	-69	1,000 [d]
Sensation de bouche pâteuse / mauvaise haleine	N	26	89	115	
Variation absolue (cm)	Moyenne ± ET	-1,7 ± 2,0	-1,5 ± 2,3	-1,5 ± 2,2	
	Médiane	-1	-1	-1	0,693 [d]
Variation relative (%)	Moyenne ± ET	-36,3 ± 76,6	-28,2 ± 147,0	-29,9 ± 134,8	
	Médiane	-55	-69	-67	0,480 [d]
Gêne lors des repas ou sensibilité au chaud/froid	N	26	88	114	
Variation absolue (cm)	Moyenne ± ET	-1,0 ± 1,5	-1,0 ± 2,0	-1,0 ± 1,9	
	Médiane	-1	-0	-1	0,845 [d]
Variation relative (%)	Moyenne ± ET	-35,3 ± 301,8	-25,3 ± 367,0	-27,6 ± 351,8	
	Médiane	-22	-50	-45	0,234 [d]
Douleurs dans la bouche ou les gencives	N	26	89	115	
Variation absolue (cm)	Moyenne ± ET	-1,6 ± 2,3	-1,5 ± 2,1	-1,5 ± 2,1	
	Médiane	-1	-1	-1	0,846 [d]
Variation relative (%)	Moyenne ± ET	-52,9 ± 471,3	-34,2 ± 110,1	-14,2 ± 245,0	
	Médiane	-50	-67	-60	0,353 [d]
Impact des symptômes sur votre quotidien	N	25	89	114	
Variation absolue (cm)	Moyenne ± ET	-1,3 ± 1,9	-0,9 ± 1,7	-1,0 ± 1,7	
	Médiane	-0	-1	-1	0,816 [d]
Variation relative (%)	Moyenne ± ET	-28,8 ± 67,1	-35,1 ± 82,5	-33,7 ± 79,0	
	Médiane	-35	-55	-52	0,352 [d]

[d]: Test de rang de Wilcoxon

Tableau 3 : Evolution des symptômes avant/après prise d'ALODONT (EVA 10 cm).

Selon prise d'antalgique ou antibiotique		avec N = 27	sans N = 93	Total N = 120	P-value
Comment jugez-vous le bain de bouche utilisé ?	N	21	90	111	
	Très satisfaisant	5 (23,8 %)	25 (27,8 %)	30 (27,0 %)	0,924 [b]
	Plutôt satisfaisant	15 (71,4 %)	58 (64,4 %)	73 (65,8 %)	
	Plutôt insatisfaisant	1 (4,8 %)	7 (7,8 %)	8 (7,2 %)	
Bien supporté l'utilisation du bain de bouche ?	N	22	89	111	
	Parfaitement	17 (77,3 %)	77 (86,5 %)	94 (84,7 %)	0,308 [b]
	Moyennement	5 (22,7 %)	10 (11,2 %)	15 (13,5 %)	
	Pas du tout	0 (0,0 %)	2 (2,2 %)	2 (1,8 %)	
Son efficacité	N	22	90	112	
	Très satisfaisant	6 (27,3 %)	25 (27,8 %)	31 (27,7 %)	1,000 [b]
	Plutôt satisfaisant	15 (68,2 %)	58 (64,4 %)	73 (65,2 %)	
	Plutôt insatisfaisant	1 (4,5 %)	7 (7,8 %)	8 (7,1 %)	
Sa rapidité d'action	N	22	90	112	
	Très satisfaisant	7 (31,8 %)	21 (23,3 %)	28 (25,0 %)	0,510 [b]
	Plutôt satisfaisant	12 (54,5 %)	60 (66,7 %)	72 (64,3 %)	
	Plutôt insatisfaisant	3 (13,6 %)	9 (10,0 %)	12 (10,7 %)	
Sa facilité d'utilisation	N	22	90	112	
	Très satisfaisant	15 (68,2 %)	58 (64,4 %)	73 (65,2 %)	1,000 [b]
	Plutôt satisfaisant	7 (31,8 %)	31 (34,4 %)	38 (33,9 %)	
	Plutôt insatisfaisant	0 (0,0 %)	1 (1,1 %)	1 (0,9 %)	
Son goût	N	22	90	112	
	Très satisfaisant	5 (22,7 %)	41 (45,6 %)	46 (41,1 %)	0,092 [b]
	Plutôt satisfaisant	14 (63,6 %)	40 (44,4 %)	54 (48,2 %)	
	Plutôt insatisfaisant	3 (13,6 %)	5 (5,6 %)	8 (7,1 %)	
	Très insatisfaisant	0 (0,0 %)	4 (4,4 %)	4 (3,6 %)	

[b]: Test de Fisher exact

Tableau 4 : Jugement des patients après prise d'ALODONT.

En fin de consultation, les CD avaient prescrit ALODONT à 99,4 % des patients (un seul patient n'a pas eu cette prescription), mais aussi un traitement antalgique à 14,5 % (dont 40 % de paracétamol), et un traitement antibiotique à 11,6 % (dont 32 % d'amoxicilline). La raison de prescription du bain de bouche est résumée dans *le tableau 1*. Tous les patients ont acheté le produit prescrit.

Les trois principaux symptômes incitant les CD à prescrire ALODONT sont les saignements au brossage, les douleurs et la sensibilité des gencives. L'écart entre les deux premiers est important et souligne l'importance accordée aux saignements lors du brossage.

ALODONT était généralement prescrit pour une durée de 5 à 7 jours (39 % des cas) ou de 8 à 10 jours (54 %), la fréquence conseillée des bains est de 2 (20,6 %) ou 3 fois (73,5 %) par jour.

Chez les 150 patients ayant été examinés, traités par ALODONT et ayant retourné le premier questionnaire, l'état bucco-dentaire décrit par les sujets était le suivant : plutôt mauvais (27,0 %), bon (66,2 %) et très bon (6,8 %). Dans leurs habitudes d'hygiène on retrouvait une fréquence de brossage d'au moins 2 fois par jour pour 64,7 % d'entre eux, au moins une fois par jour pour 26,0 % et une fréquence irrégulière pour 9,3 %.

Efficacité du bain de bouche ALODONT en usage réel

L'analyse de l'efficacité et de la tolérance du bain de bouche ALODONT porte sur les 120 patients ayant été traités et ayant retourné les deux évaluations. Le tableau 2 montre que les symptômes sont effectivement modérés mais non négligeables avec une intensité sur l'échelle visuelle analogique de 10 cm variant en médiane de 2,16 (gêne lors des repas ou sensibilité au