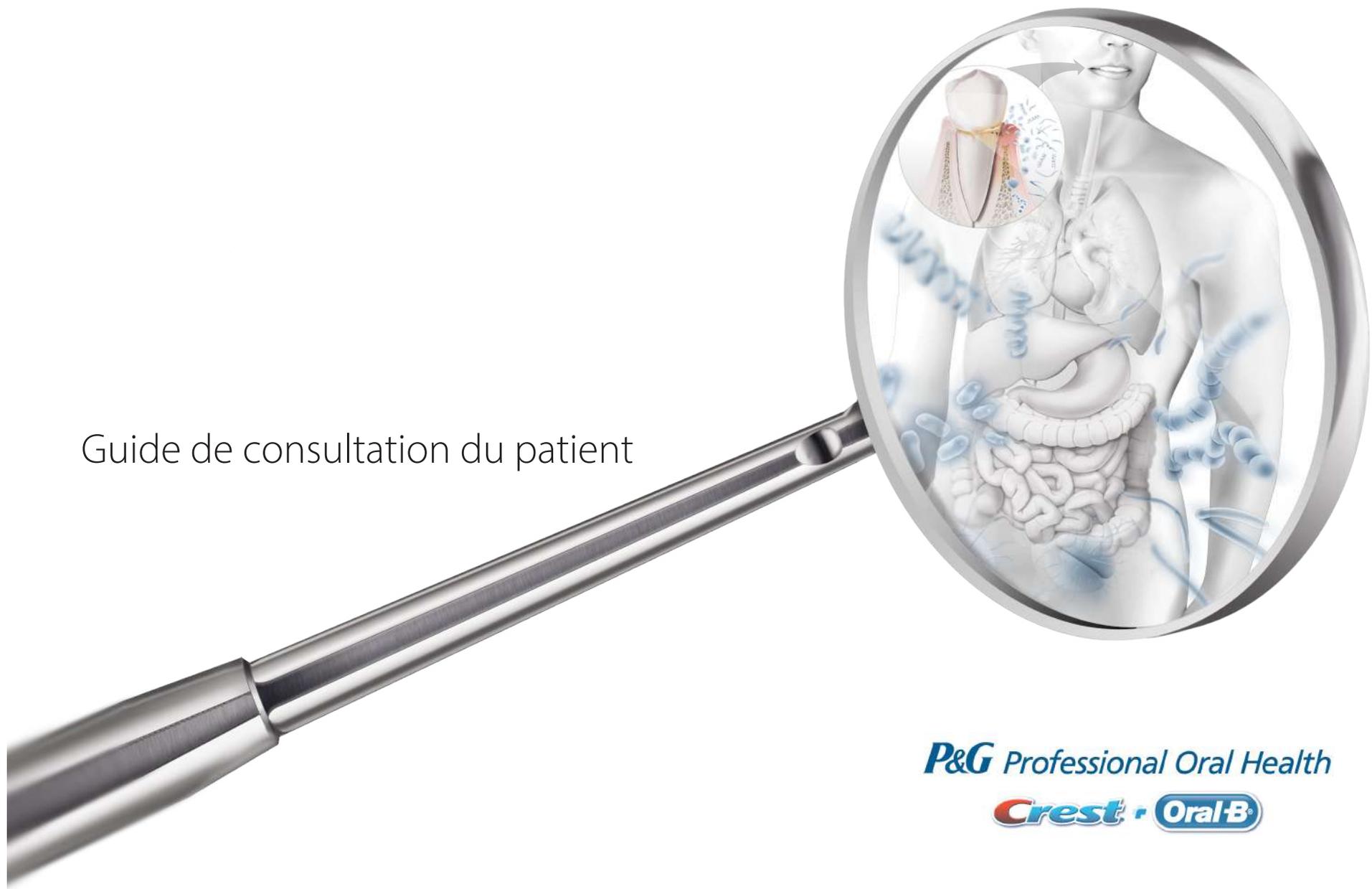


Guide de consultation du patient



P&G Professional Oral Health

Crest • **Oral-B**

Classification 2018 des maladies parodontales et péri-implantaires

Santé parodontale, gingivite et affections gingivales	Parodontite	Autres affections du parodonte	Maladies et affections péri-implantaires
Santé parodontale et santé gingivale	Maladies parodontales nécrosantes	Maladies ou états systémiques affectant les structures de soutien parodontales	Santé péri-implantaire
Gingivite : induite par un biofilm	Parodontite comme manifestation de maladies systémiques	Abcès parodontaux et lésions endodontiques parodontales	Mucosite péri-implantaire
Maladies gingivales : non induites par un biofilm	Parodontite	Malformations et affections mucogingivales	Péri-implantite
		Forces occlusales traumatiques	Déficiences des tissus durs et mous péri-implantaires
		Facteurs liés aux dents et aux prothèses	

Adapté de Caton et coll. J Periodontol 2018

Santé



Santé gingivale clinique sur un parodonte intact

Caractéristiques cliniques

Saignement au sondage < 10 %
Profondeur de sondage ≤ 3 mm
Sondage sur la perte d'attache – non
Perte osseuse radiographique – non

Santé gingivale clinique sur un parodonte réduit :

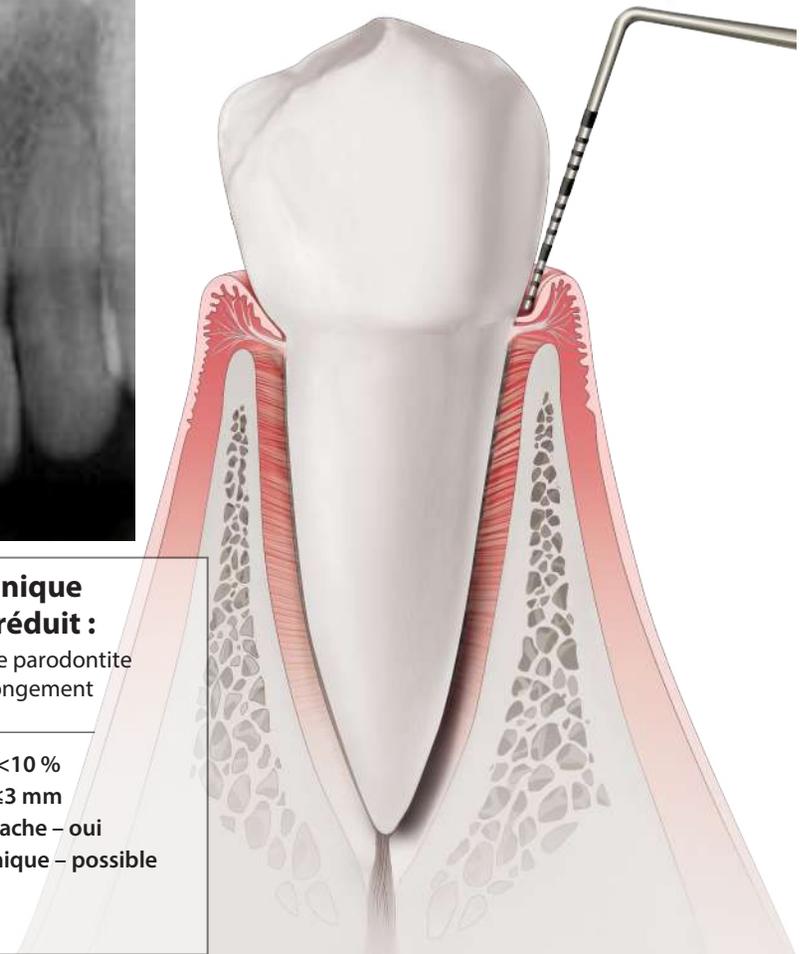
Patient atteint de parodontite stable

Saignement au sondage < 10 %
Profondeur de sondage ≤ 4 mm
(pas de site ≥ 4 mm avec saignement au sondage)
Sondage sur la perte d'attache – oui
Perte osseuse radiographique – oui

Santé gingivale clinique sur un parodonte réduit :

Patient ne souffrant pas de parodontite (c'est-à-dire récession, allongement de la couronne, etc.)

Saignement au sondage < 10 %
Profondeur de sondage ≤ 3 mm
Sondage sur la perte d'attache – oui
Perte osseuse radiographique – possible



Gingivite



Gingivite intact Paradonte

Caractéristiques cliniques

Saignement au sondage $\geq 10\%$
Profondeur de sondage entre 0 et 3 mm
Perte d'attache clinique – aucune
Perte osseuse radiographique – aucune

Gingivite avec Paradonte réduit

Patient atteint de
parodontite stable

Saignement au sondage $\geq 10\%$
Profondeur de sondage ≤ 3 mm
Perte d'attache clinique – oui
Perte osseuse radiographique – oui

Gingivite avec paradonte réduit

Patient ne souffrant pas de parodontite
(c'est-à-dire récession, allongement
de la couronne, etc.)

Saignement au sondage $\geq 10\%$
Profondeur de sondage ≤ 3 mm
Perte d'attache clinique – oui
Perte osseuse radiographique – possible

Parodontite **Stade I – Degré B***



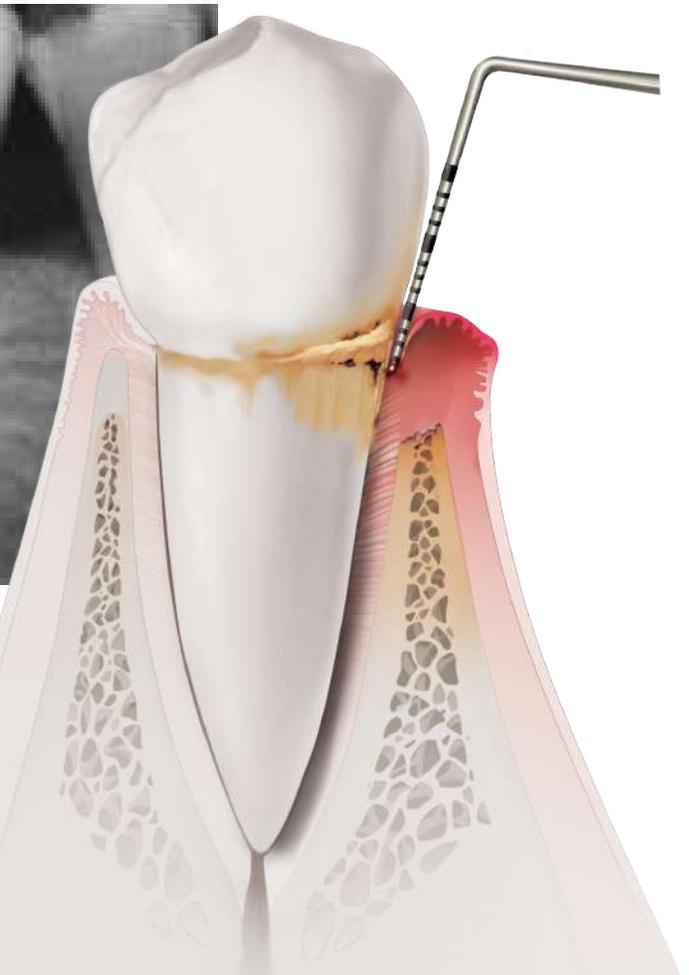
Caractéristiques thérapeutiques

Saignement au sondage – oui (>10 %)
Profondeur de sondage \leq 4 mm
Perte d'attache clinique entre 1 et 2 mm
Perte osseuse radiographique < 15 %
et généralement horizontale
Biofilm – Léger – Lourd

Aucune perte de dents due à la parodontite
Degré de progression modérée
Si fumeur < 10 cigs/jour
Si diabétique HbA1c < 7,0 %

* Le degré est déterminé par le taux de progression

Parodontite **Stade II – Degré B***



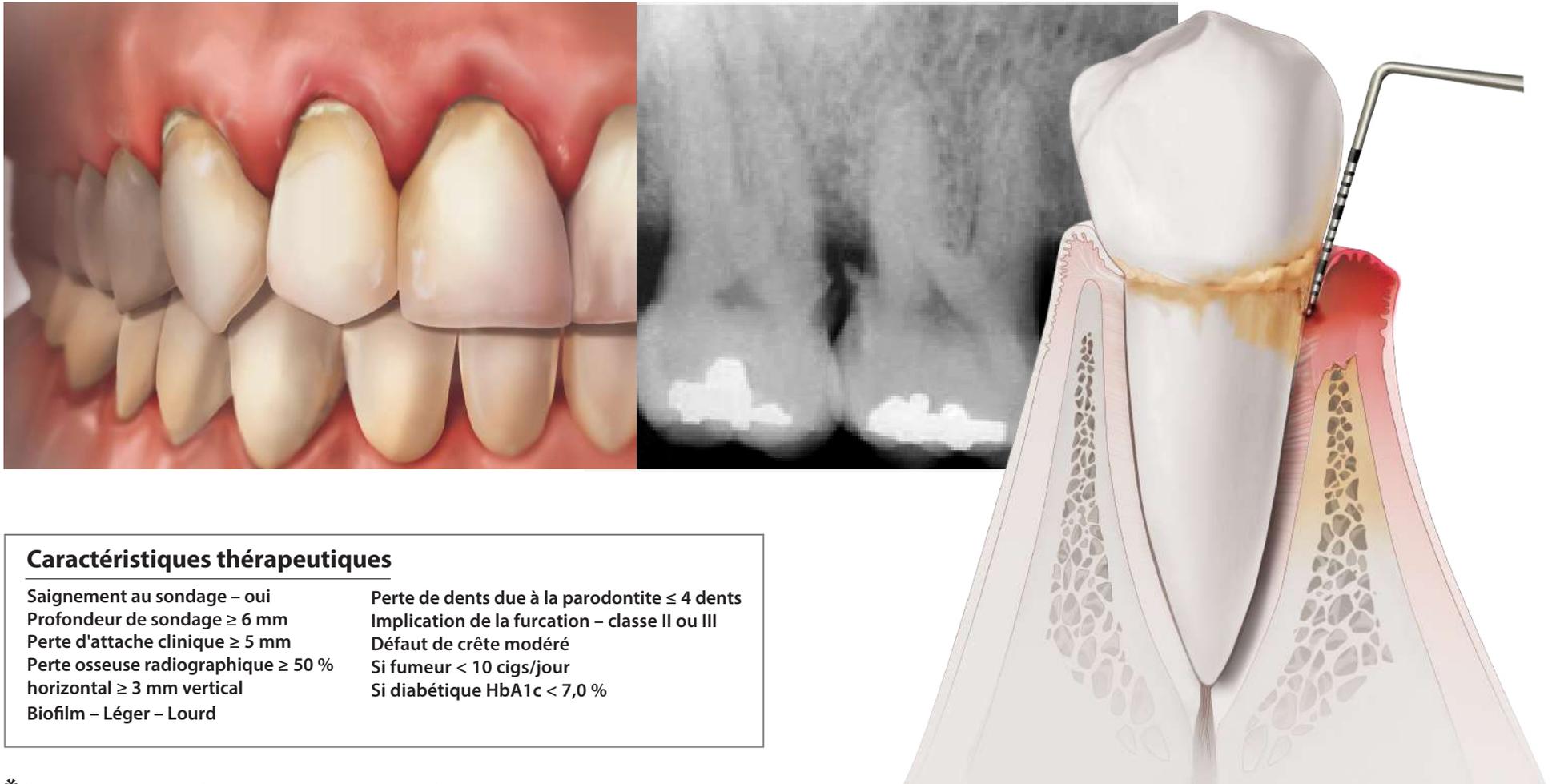
Caractéristiques thérapeutiques

Saignement au sondage – oui
Profondeur de sondage ≤ 5 mm
Perte d'attache clinique entre 3 et 4 mm
Perte osseuse radiographique – entre 15 et 33 % et principalement horizontale
Biofilm – Léger – Lourd

Aucune perte de dents due à la parodontite
Degré de progression modérée
Si fumeur < 10 cigs/jour
Si diabétique HbA1c < 7,0 %

* Le degré est déterminé par le taux de progression

Parodontite **Stade III – Degré B***



Caractéristiques thérapeutiques

Saignement au sondage – oui
Profondeur de sondage ≥ 6 mm
Perte d'attache clinique ≥ 5 mm
Perte osseuse radiographique ≥ 50 %
horizontal ≥ 3 mm vertical
Biofilm – Léger – Lourd

Perte de dents due à la parodontite ≤ 4 dents
Implication de la furcation – classe II ou III
Défaut de crête modéré
Si fumeur < 10 cigs/jour
Si diabétique HbA1c $< 7,0$ %

* Le degré est déterminé par le taux de progression

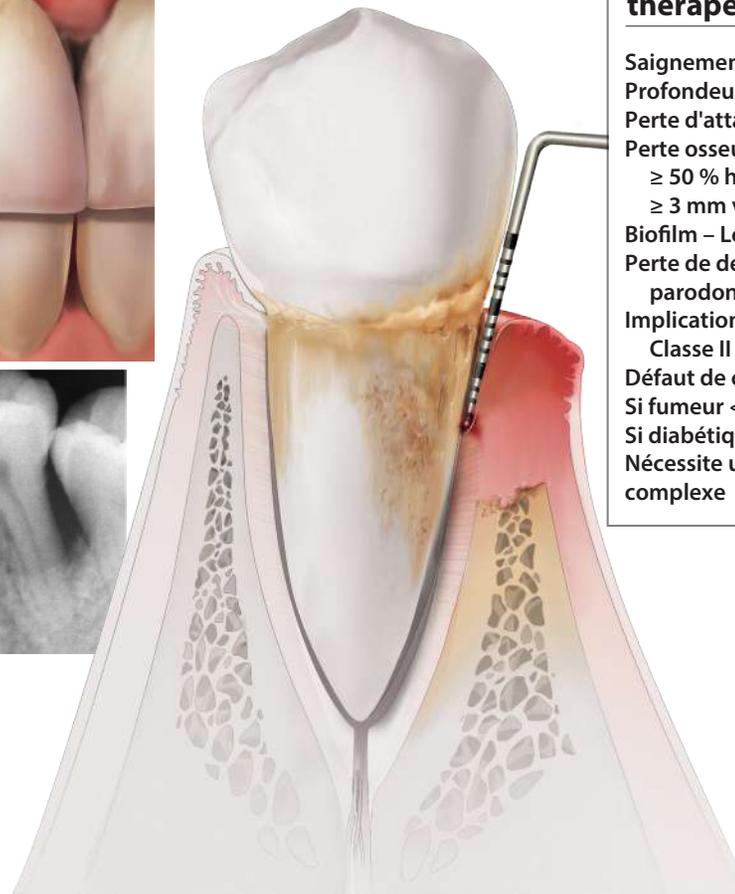
Parodontite **Stade IV – Degré B*** et **Stade IV – Degré C***



IV Degré B



IV Degré C



Stade IV Degré B*

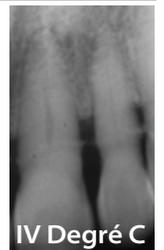
Caractéristiques thérapeutiques

Saignement au sondage – Oui
Profondeur de sondage ≥ 6 mm
Perte d'attache clinique ≥ 5 mm
Perte osseuse radiographique
 ≥ 50 % horizontale
 ≥ 3 mm verticale
Biofilm – Léger – Lourd
Perte de dent due à la
parodontite ≥ 5 dents
Implication de la furcation =
Classe II ou III
Défaut de crête modéré
Si fumeur < 10 cigs/jour
Si diabétique HbA1c $< 7,0$ %
Nécessite une réhabilitation
complexe

Stade IV Degré C*

Caractéristiques thérapeutiques

Saignement au sondage – oui
Profondeur de sondage ≥ 6 mm
Perte d'attache clinique ≥ 5 mm
Perte osseuse radiographique
 ≥ 50 % horizontale
 ≥ 3 mm verticale
Biofilm – Léger – Lourd
Perte de dent due à la
parodontite ≥ 5 dents
Implication de la furcation =
Classe II ou III
La perte osseuse dépasse les
prévisions compte tenu
du biofilm
Si fumeur ≥ 10 cigs/jour
Si diabétique HbA1c $\geq 7,0$ %
Nécessite une réhabilitation
complexe



IV Degré C

* Le degré est déterminé par le taux de progression

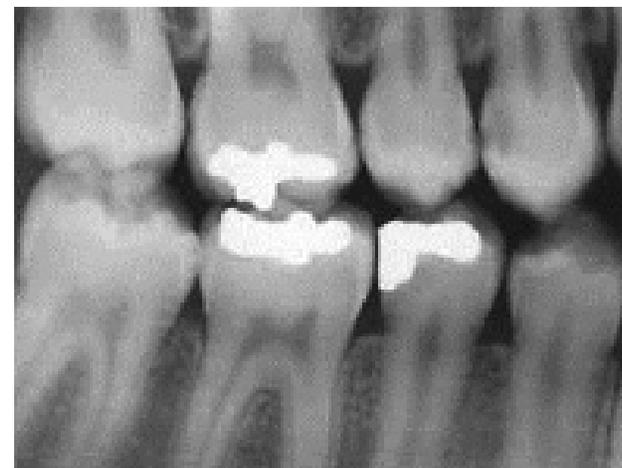
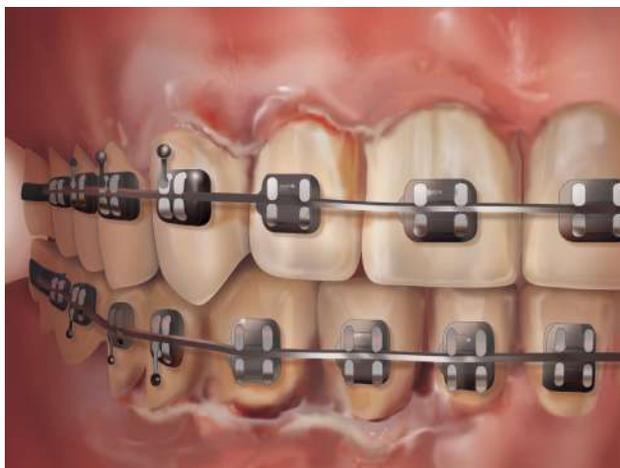
Stades de la parodontite

Parodontite	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Gravité				
Perte d'attache clinique interdentaire sur le site de la perte la plus importante	Entre 1 et 2 mm	Entre 3 et 4 mm	≥ 5mm	≥ 5mm
Radiographies Perte osseuse	Tiers coronal (<15 %)	Tiers coronal (15 % et 33 %)	Extension jusqu'au milieu du tiers de la racine et au-delà	Extension jusqu'au milieu du tiers de la racine et au-delà
Perte de dents	Aucune perte de dents due à la parodontite	Aucune perte de dents due à la parodontite	Perte de dents due à la parodontite de ≤ 4 dents	Perte de dents due à la parodontite de ≥ 5 dents
Complexité				
Local	<ul style="list-style-type: none"> • Profondeur de sondage maximale ≤ 4 mm • Perte osseuse principalement horizontale 	<ul style="list-style-type: none"> • Profondeur de sondage maximale ≤ 5 mm • Perte osseuse principalement horizontale 	<i>En plus de la complexité du stade II :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Profondeur de sondage maximale ≥ 6 mm • Perte osseuse verticale ≥ 3 mm • Implication de la furcation (Classe II ou III) • Défaut de crête modéré 	<i>En plus de la complexité du stade III :</i> Nécessite une réhabilitation complexe en raison de : <ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement masticatoire • Traumatisme occlusal secondaire (degré de mobilité dentaire ≥ 2) • Défaut grave de la crête • Effondrement de la mâchoire, dérive, évasement • Moins de 20 dents restantes (10 paires opposées)
Étendue et distribution	<i>Pour chaque stade, décrire l'étendue comme étant localisée (< 30 % de dents impliquées), généralisée ou molaire/incisive</i>			

Degré de parodontite

Parodontite		Degré A Progression lente de la progression	Degré B Degré de progression modérée	Degré C Taux de progression rapide
Critères principaux				
Preuve directe de la progression	Données longitudinales (perte osseuse radiographique ou CAL)	Preuve de aucune perte osseuse ou perte d'attache clinique perte sur 5 ans	< 2mm sur 5 ans	≥ 2mm sur 5 ans
Preuve indirecte de la progression	du pourcentage de la perte osseuse par rapport à l'âge	< 0,25	entre 0,25 et 1,0	>1,0
	Phénotype de cas	Dépôts de biofilms lourds à faible niveau de destruction	Destruction proportionnelle aux dépôts de biofilm	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction plus importante que prévue compte tenu des dépôts de biofilm • Modèles thérapeutique spécifiques suggérant des périodes de progression rapide et/ou une apparition précoce de la maladie (par ex., modèle molaire/incisive; absence de réponse attendue aux traitements standard de contrôle bactérien)
Modificateurs de degré				
Facteurs de risque	Tabagisme 	Non-fumeur	Fumeur <10 cigarettes/jour	Fumeur ≥ 10 cigarettes/jour
	Le diabète 	est normoglycémique/ aucun diagnostic de diabète	HbA1c < 7,0 %	HbA1c ≥ 7,0 % chez les patients diabétiques

Gingivite nécrosante



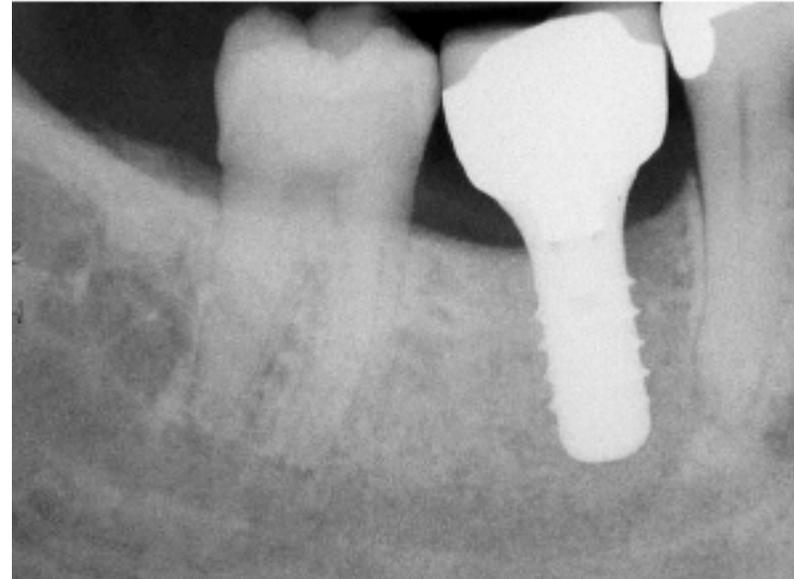
Caractéristiques thérapeutiques

Saignement au sondage – profuse et généralisé	Pseudomembrane
Profondeur de sondage \leq 3 mm	Récession gingivale
Perte osseuse radiographique – aucune	Nécrose
Biofilm – Modéré - Lourd	Perte de papilles interproximales
Inflammation/tissus nécrotiques	Douleur/fièvre – variable membrane

Facteurs de risque

Hygiène buccale insuffisante	Carence nutritionnelle
Tabagisme	Immunosuppression
Stress psychologique	Privation de sommeil

Mucosite péri-implantaire



Caractéristiques thérapeutiques

Saignement au sondage – oui
Profondeur de sondage – augmentation
Perte osseuse radiographique – non
Inflammation visuelle – oui
Biofilm – oui
Mobilité – non

Péri-implantite



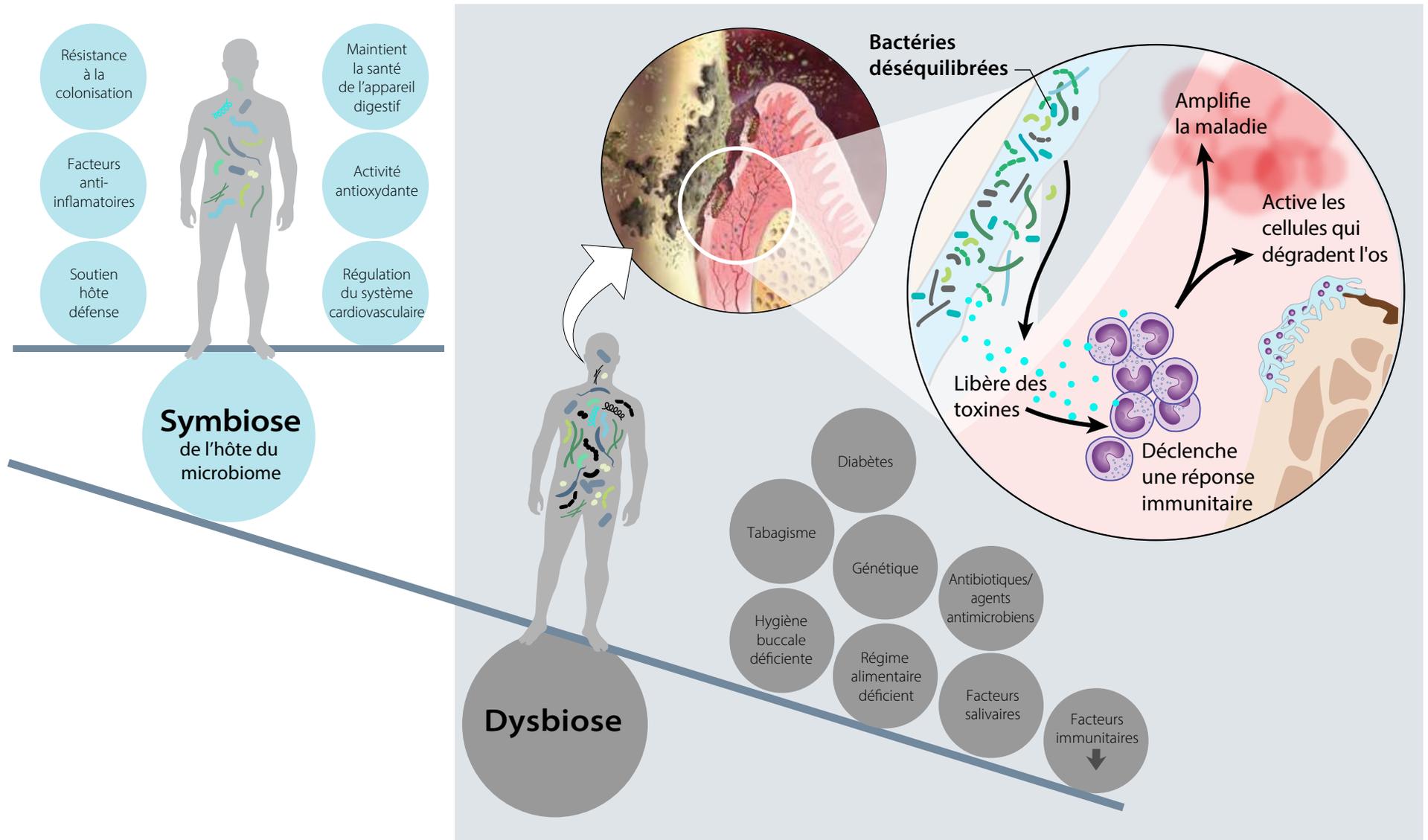
Caractéristiques thérapeutiques

Saignement au sondage et/ou suppuration – oui	Inflammation visuelle – oui
Profondeur de sondage – augmentation et en corrélation avec la perte osseuse	Mobilité – oui
Perte osseuse radiographique – oui	Progression plus rapide que dans la parodontite
Biofilm – oui	

Indicateurs de risque

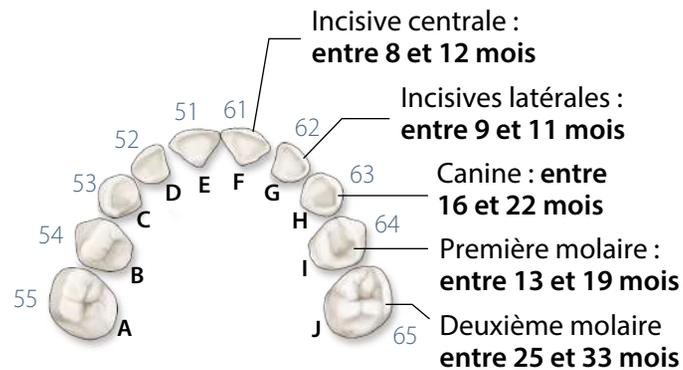
- Antécédent de grave parodontite
- Faible contrôle du biofilm
- Aucun soin d'entretien régulier

Microbiome buccal : plus qu'on ne croit



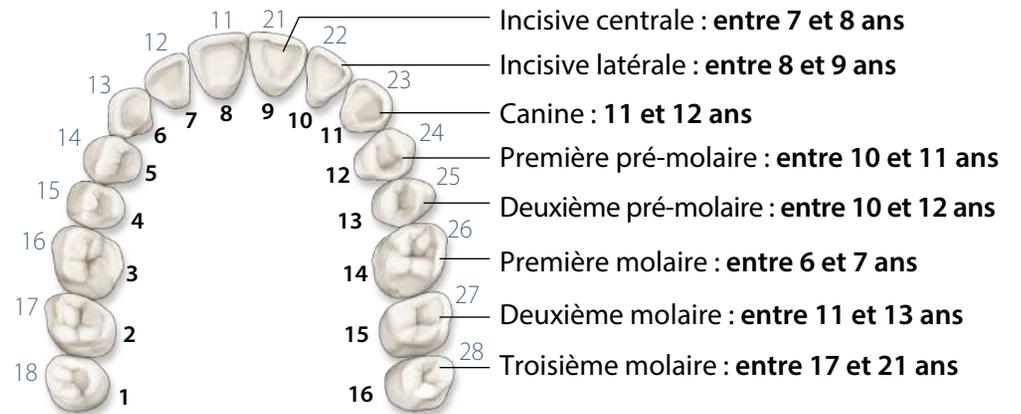
Dentition primaire et permanente

Dates d'éruption des dents primaires

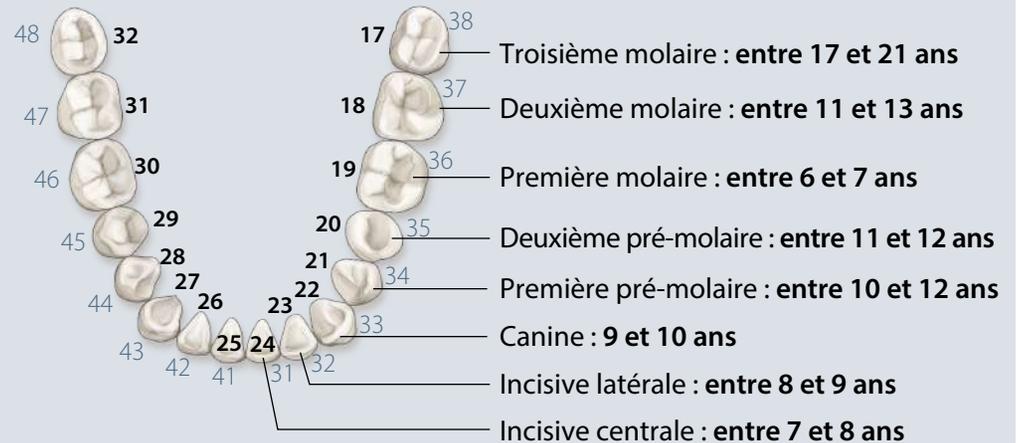
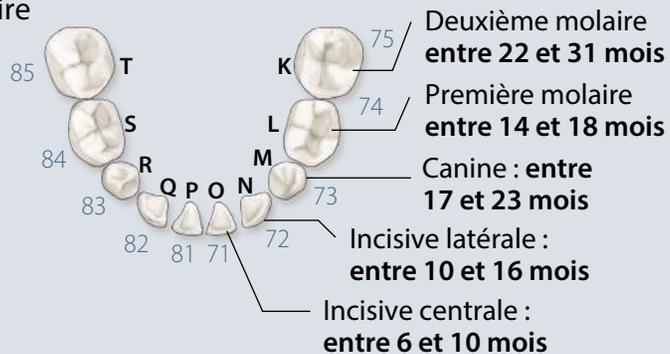


Maxillaire

Dates d'éruption des dents permanentes

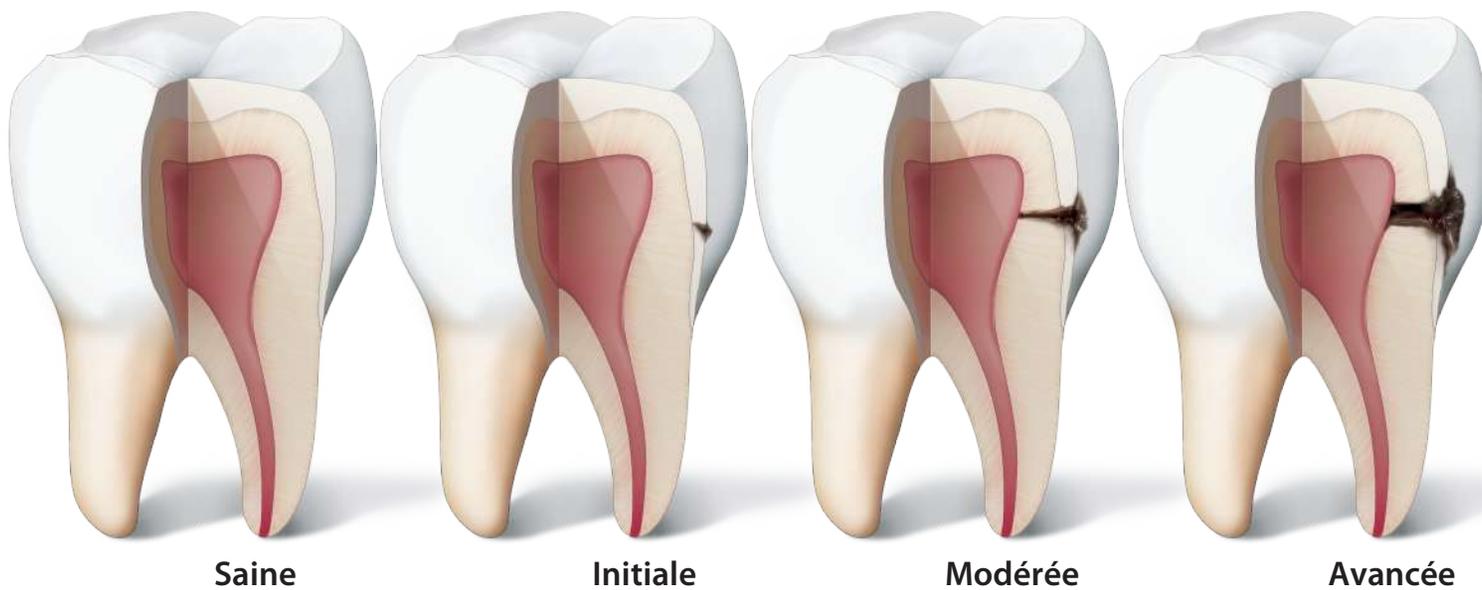


Mandibulaire

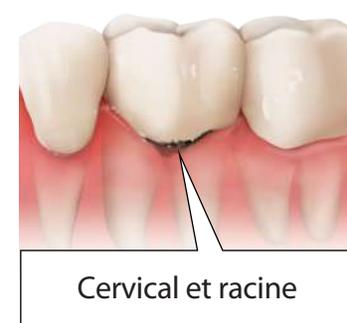
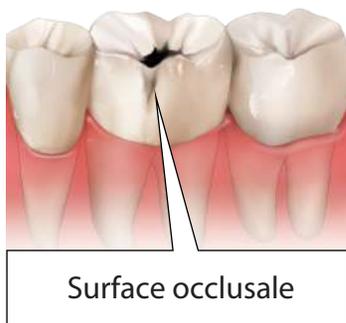


Notation de la Fédération Dentaire Internationale (FDI)

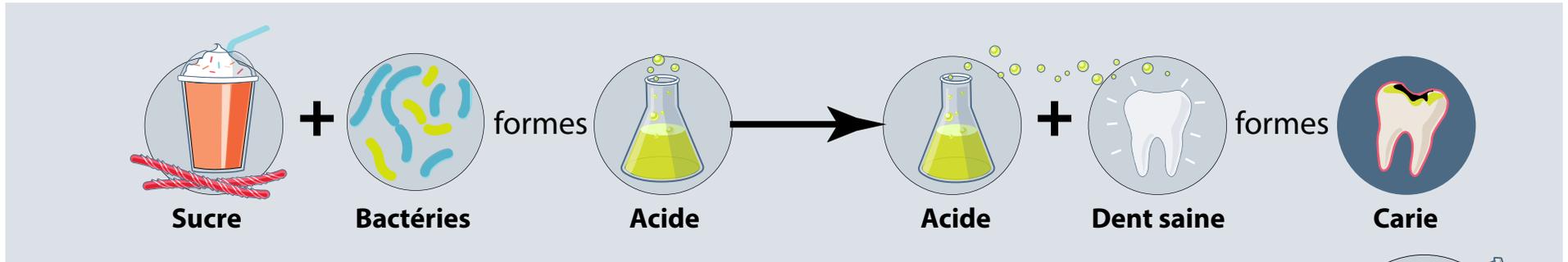
Carie dentaire



Emplacement des caries :

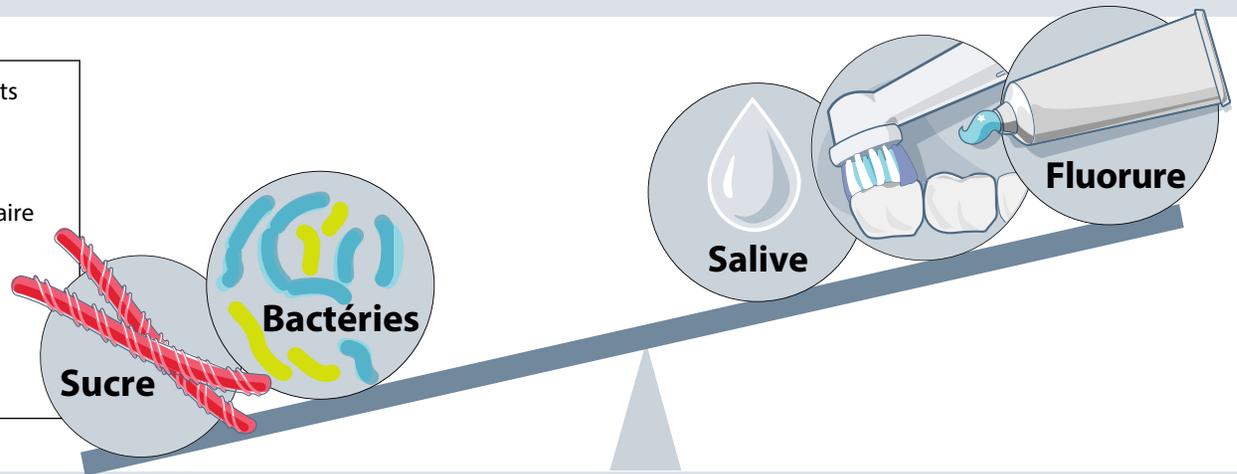


Conseils pour prévenir les caries dentaires



Facteurs de risque

- Des aliments qui s'accrochent à vos dents
- Grignoter ou siroter fréquemment
- Alimentation des nourrissons à l'heure du coucher
- Élimination inadéquate de la plaque dentaire
- Bouche sèche (respire par la bouche)
- Pas assez de fluorure
- Brûlures d'estomac et reflux gastroesophagien
- Troubles alimentaires
- Dextérité (jeunes et vieux)



Scellants

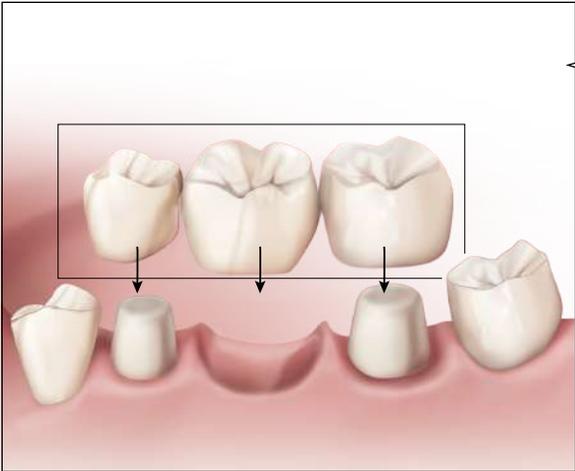


Options de restauration

Obturation



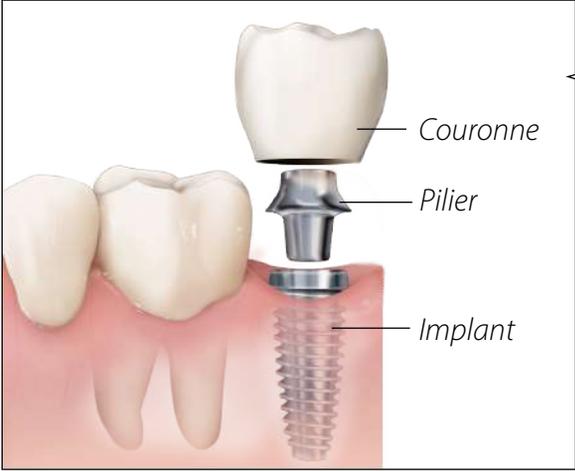
Pont



Couronne



Implant



Érosion de l'émail des dents

Sain
→
 Grave



Caractéristiques de la dent :

contours naturels avec de légères rainures et imperfections

Lisse et plus translucide

Des zones ternes et concaves commencent à se former

Jaune, car la dentine sous-jacente commence à apparaître

L'émail ramolli à l'acide est plus sensible à l'usure par abrasion et attrition. par abrasion physique et attrition.

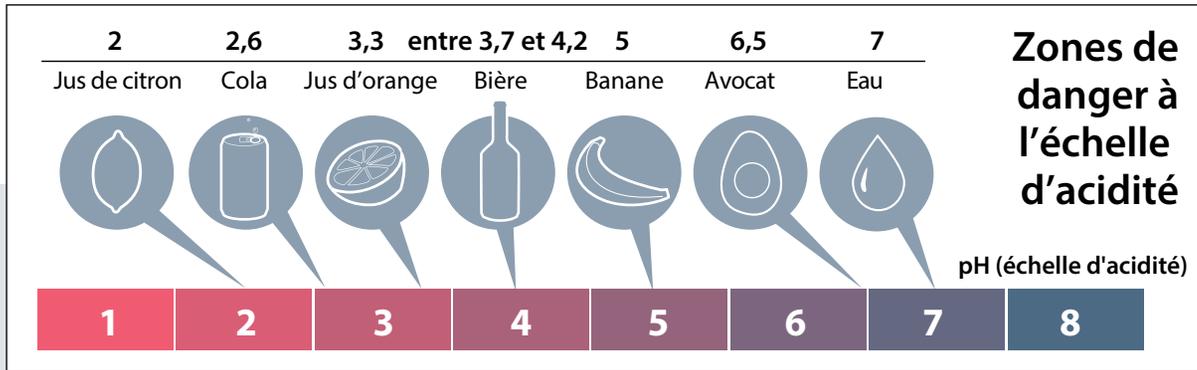
L'érosion est irréversible.

Lignes directrices générales pour la gestion Score record de la surface la plus GRAVE par sextant

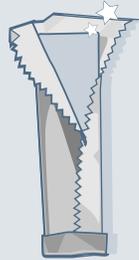
Cumulatif

Aucun ETW : entre 0 et 2	Aucun ETW	<ul style="list-style-type: none"> • Routine d'entretien et observation • Répéter à intervalles de 3 ans
Faible : entre 3 et 8	Perte initiale de la texture de la surface	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène buccale, évaluation de l'alimentation • Routine d'entretien et observation • Répéter à intervalles de 2 ans
Modéré : entre 9 et 13	Défaut distinct; perte de tissus durs impliquant < 50 % de la surface	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène buccale, évaluation de l'alimentation • Routine d'entretien • Mesures relatives aux fluorures • Éviter les restaurations • Répéter à intervalles à 6 et 12 mois
Élevé : ≥ 14	Perte de tissus durs impliquant ≥ 50 % de la surface	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène buccale, évaluation de l'alimentation • Routine d'entretien • Mesures relatives aux fluorures • Répéter à intervalles à 6 et 12 mois • Envisager des restaurations

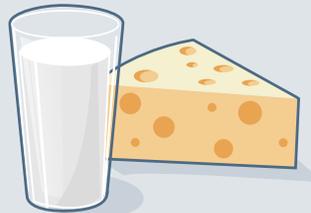
Prévention et gestion de l'érosion de l'émail des dents



Utiliser une paille pour les boissons acides



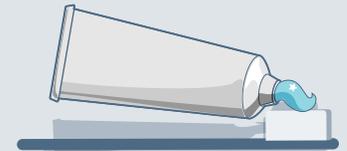
Mâcher de la gomme sans sucre



Produits laitiers après des aliments acides



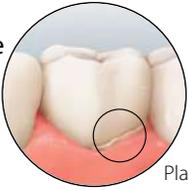
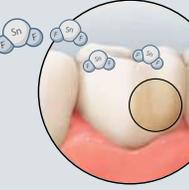
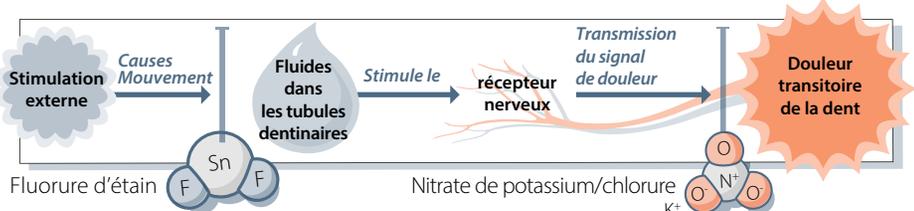
Boire de l'eau



Brosse à dents avec un dentifrice protecteur

Le fluorure d'étain est reconnu comme étant plus efficace que le fluorure de sodium dans la prévention de l'érosion dentaire.

Fluorure d'étain

Avantage thérapeutique	Ingrédient actif	Mécanisme d'action
Anticarie	Fluorure d'étain Fluorure de sodium Monofluorophosphate de sodium Fluorure d'amine	Améliore la reminéralisation Inhibe la déminéralisation 
Réduit la plaque Réduit les saignements	Fluorure d'étain Chlorhexidine Chlorure de cétylpyridinium, Huiles essentielles Bicarbonate de soude	Bactéricide Bactériostatique  
Prévient l'érosion	Fluorure d'étain Fluorure de sodium	Le fluorure de sodium protège jusqu'à un pH <5,5 tandis que le fluorure d'étain protège contre les acides alimentaires dans la zone de danger de l'émail  <i>(European Federation of Conservative Dentistry)</i>
Réduit la sensibilité	Fluorure d'étain /chlorure Nitrate de potassium/chlorure Chlorure de strontium/acétate Arginine plus calcium	
Réduit l'halitose	Fluorure d'étain /chlorure Huiles essentielles Dioxyde de chlore	

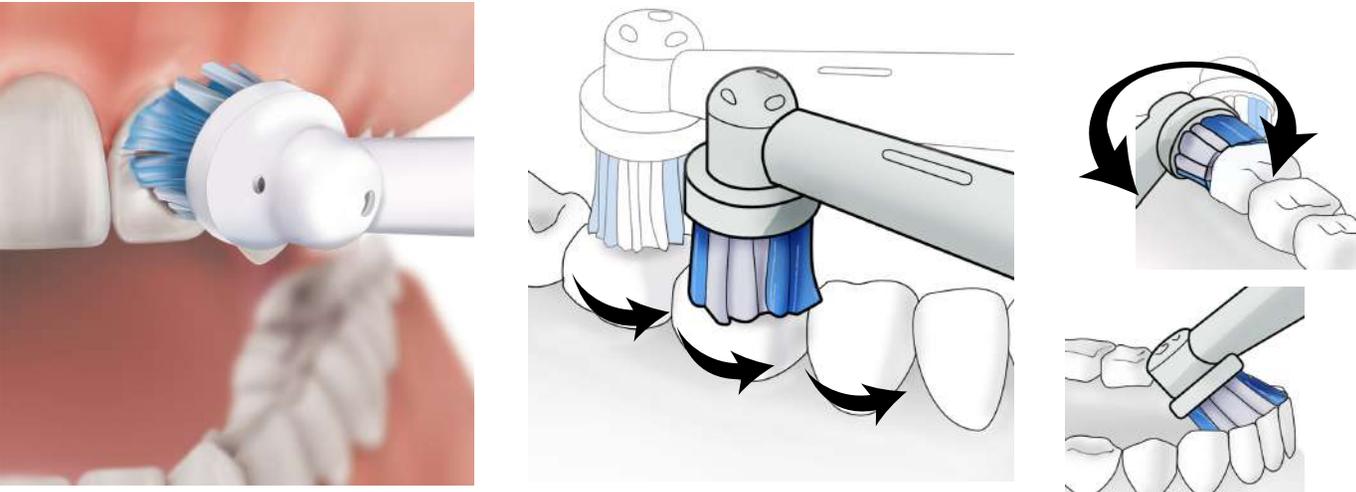
Les patients sont 3,7 fois plus susceptibles de passer à la santé gingivale en utilisant un dentifrice au fluorure d'étain stabilisé et biodisponible qu'au dentifrice au fluorure de sodium ou à la MFP¹.

- Ingrédients actifs entre 0,2 et 10 %
- Couleurs et conservateurs < 1 %
- Saveurs et édulcorant entre 0,4 et 2 %
- Surfactifs entre 0,5 et 2 %
- Tampon entre 2 et 8 %
- Agent liant entre 0,3 et 10 %
- Abrasifs entre 10 et 50 %
- Eau entre 20 et 40 %
- Agent humectant entre 20 et 60 %

1. Biesbrock A, et al. Les effets du dentifrice au fluorure d'étain chélaté au gluconate biodisponible sur les saignements gingivaux : Méta-analyse de dix-huit échantillons contrôlés et randomisés

Directives de brossage

Puissance



Manuelle

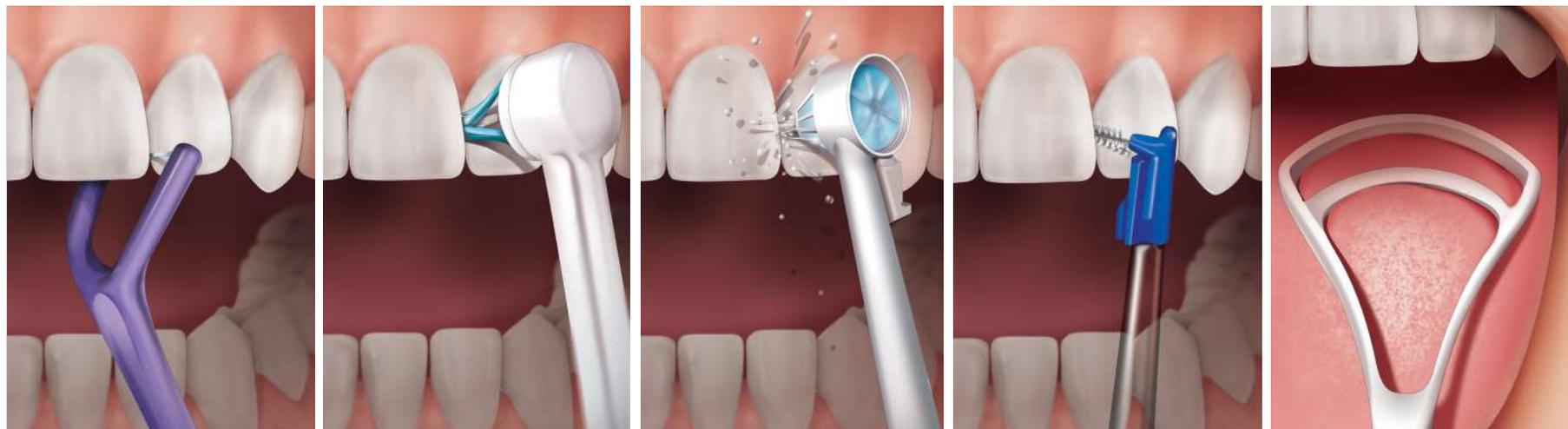


Nettoyage interdentaire

Soie dentaire



Autres méthodes



Porte-soie dentaire

Puissance interdentaire

Hydropulseur

Brosse interdentaire

Nettoyage de la langue

Conseils pour les patients qui portent un appareil orthodontique



Améliorez votre sourire en retirant efficacement la plaque



La décalcification (ou affaiblissement) de l'émail est causée par la plaque autour des attaches et des fils



Entretien des prothèses dentaires



La ou les prothèses dentaires doivent être nettoyées quotidiennement pour éliminer la nourriture et les débris avec une brosse douce, de l'eau chaude et un nettoyeur à prothèses dentaires.

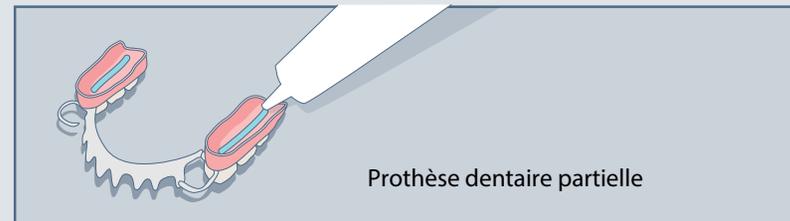
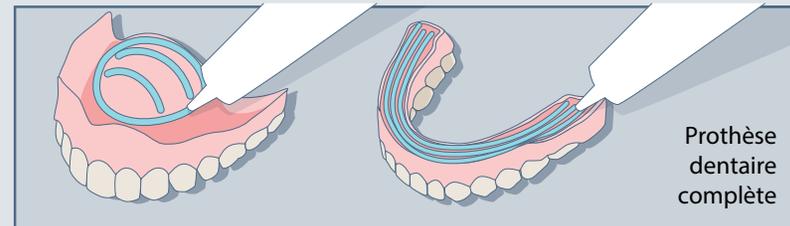


Adhésifs

Les plus grands avantages pour les personnes qui portent de prothèses dentaires :

- Tenue longue durée
- Réduction des mouvements
- Empêche les aliments de se loger

 **Fixodent**
Crème adhésive pour prothèses



dentalcare.ca

Présenté par 

Courriel _____

Mot de passe _____

FORMATION PROFESSIONNELLE

ÉDUCATION DU PATIENT

RECHERCHE

GESTION DE CABINET

PRODUITS

CONTENU PRINCIPAL

COURS DE FORMATION CONTINUE

Une bibliothèque de formation continue dentaire fournie exclusivement par Crest et Oral-B de Procter & Gamble vous permet de choisir parmi **plus de 150 cours** de formation dentaire continue **GRATUITS**. Procter & Gamble est un fournisseur reconnu du Centre ADA pour la réussite professionnelle

BASE DE DONNÉES EN RECHERCHE DENTAIRE

MATÉRIEL D'ÉDUCATION DES PATIENTS

RENSEIGNEMENTS SUR LES PRODUITS ET ÉCHANTILLONNAGE

MATÉRIEL DE GESTION DE LA PRATIQUE DENTAIRE



ÉDUCATION DES PATIENTS

Chez Crest + Oral-B, nous nous engageons à vous aider à éduquer vos patients sur les problèmes de santé bucco-dentaire, les procédures dentaires et les techniques d'hygiène buccale appropriées. Vous trouverez des [documents imprimables GRATUITS](#) destinés aux patients et portant sur divers sujets.

MATÉRIEL GRATUIT POUR LES PATIENTS

CONSULTEZ
DENTALCARE.CA DÈS
AUJOURD'HUI – PEU
IMPORTE OÙ VOUS VIVEZ,
TRAVAILLEZ OU ÉTUDIEZ!