

ORAL HEALTH DIALOGUE

2/2015

- 2 **Editorial**
- 3 **Vaincre la dépendance au sucre**
- 6 Une nouvelle voie de **prévention de la maladie carieuse ?**
- 10 **Soulagez la souffrance** de vos patients
- 12 Ce que les patients souffrant **d'hypersensibilité dentinaire** attendent de leur chirurgien-dentiste
- 14 **Une menace grandissante qui plane sur la qualité de vie**

Carine Morro
Responsable
Affaires
Scientifiques
Colgate-
Palmolive



Bienvenue à nos lecteurs !

Les technologies de la santé bucco-dentaire évoluent constamment, et il est parfois difficile, pour les professionnels aux emplois du temps chargés, de connaître toutes les récentes innovations. Cette deuxième édition du nouveau magazine Oral Health Dialogue a donc pour but de vous simplifier la vie, car elle se concentre sur trois thèmes clefs : la maladie carieuse, l'hypersensibilité dentinaire et les maladies parodontales.

La carie est toujours la maladie la plus fréquente dans le monde. Elle touche 80% de la population mondiale, et ce bien qu'une bonne hygiène bucco-dentaire et un dentifrice adapté puissent la prévenir, principalement grâce au fluorure. Cette deuxième édition montre certains des derniers progrès accomplis dans la lutte contre la maladie carieuse.

Vous découvrirez notre article consacré aux nouvelles opportunités de prévention de la maladie carieuse en rapport avec la modification du biofilm dentaire. Un chirurgien-dentiste et un nutritionniste se penchent également attentivement sur le sucre. Le sucre fait beaucoup parler en raison du rôle qu'il joue dans l'obésité, le diabète et les caries, mais que peuvent faire les professionnels de la santé bucco-dentaire afin d'aider leurs patients à moins consommer cet agréable ingrédient qui crée une dépendance ?

Nous aborderons l'hypersensibilité dentinaire parallèlement à la maladie carieuse, car elle représente une grande souffrance pour certains patients. Les effets de cette douleur sont clairement exposés par le Professeur Dr Hans-Günter Schaller dans son compte-rendu de ce qu'est l'hypersensibilité au quotidien. Les recherches montrent que seul un petit nombre de personnes atteintes d'hypersensibilité se font traiter. Selon une enquête danoise, seuls 23% des chirurgiens-dentistes abordent le problème avec leurs patients lors de visites de contrôle de routine. Pourtant l'inconfort de certains patients peut être tel qu'ils ne prennent plus soin de leurs dents. Ses répercussions sur le développement de la maladie carieuse sont donc claires, c'est pourquoi nous avons décidé d'aborder ces deux problèmes dans la même édition.

Pour terminer, le Professeur Dr. Francis Hughes, président de EuroPerio 8, fournit un aperçu des effets de la parodontite sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Nous vous souhaitons une bonne lecture. N'hésitez pas à nous donner votre avis en écrivant à : carine_morro@gaba.com

Carine Morro
Responsable Affaires Scientifiques
Colgate-Palmolive

Vaincre la dépendance au sucre

Le sucre est surnommé « l'héroïne légale » par certains experts luttant contre l'augmentation de l'obésité mais, comme nous le décrivent Nigel Denby, nutritionniste, et le Professeur Svante Twetman, spécialiste de la maladie carieuse, il comporte d'autres dangers cachés.

Entretien avec : Le Professeur Svante Twetman et Nigel Denby

QUESTIONS

Le régime alimentaire des Européens a énormément changé depuis un siècle. Quels sont les facteurs qui augmentent la consommation du sucre ?

Nigel Denby, nutritionniste : Le régime alimentaire des Européens s'est métamorphosé ces cent dernières années. Nous mangeons des fraises à Noël et élevons du saumon écossais aux quatre coins du globe. C'est une bonne chose, et notre alimentation est nettement plus variée qu'auparavant. Les produits frais sont devenus abondants, mais nous nous sommes également tournés vers les aliments industriels préfabriqués et les plats cuisinés. Nous consommons davantage d'ingrédients de faible qualité nutritionnelle, tels que le sel, les graisses et surtout le sucre. Nous ignorons souvent ce que ces aliments contiennent, et nous ne maîtrisons plus ce que nous mangeons. Les aliments et les boissons industriels sont remplis d'ingrédients dont le goût est certes très agréable, mais qui nous nuisent lorsque nous en abusons. C'est tout particulièrement le cas du sucre. L'augmentation de l'obésité, du diabète, des cancers et des caries qui a suivi le succès des aliments industriels n'est donc pas un hasard. Notre alimentation est devenue plus riche en calories et plus pauvre en nutriments.

Le niveau de vie a énormément changé en Europe ces 50 dernières années, et le prix des aliments a baissé. Quelle influence ce changement a-t-il sur nos habitudes alimentaires ?

ND: Même si cela ne semble pas toujours être le cas, les aliments n'ont jamais été aussi bon marché que maintenant. Les personnes à faible revenu peuvent elles aussi se nourrir. Malheureusement, les ingrédients qui rendent la fabrication des aliments si peu coûteuse sont aussi ceux qui sont les plus mauvais pour notre santé. Le sel, les graisses et le sucre ne coûtent pas grand-chose. Ils sont accessibles et faciles à ajouter à tous types d'aliments et de boissons. Tous les types d'aliments en contiennent, des produits destinés au petit-déjeuner aux plats entièrement préparés. Sur le site www.grub4life.com

com, nous pouvons voir de manière très précise comment les habitudes alimentaires se forment chez les jeunes enfants. Les expériences faites tôt durant l'enfance influencent déjà les préférences futures. Une consommation régulière de boissons et d'en-cas sucrés dès les premières années de vie ancre ces habitudes. Encourager nos jeunes enfants à fumer du tabac nous paraît abominable, mais nous ne semblons pas prendre conscience des aliments remplis de sucres obésogènes et cariogènes auxquels nous les exposons continuellement.

Quel rôle le sucre joue-t-il dans la santé bucco-dentaire ?

Svante Twetman: La carie est une maladie qui dépend du biofilm, et le sucre joue un rôle important dans son étiologie. Le biofilm est un amas de bactéries qui colonisent la cavité buccale et forment un écosystème complexe. Tant que sa stabilité et sa diversité sont préservées, il contribue au maintien d'une bouche saine. Le sucre, et surtout le sucrose, déclenche une série d'événements indésirables qui déséquilibrent le biofilm et réduisent sa diversité. Un apport de sucre fréquent stimule le métabolisme des bactéries et augmente la production d'acides dans le biofilm. Un pH constamment faible favorise la prolifération de souches de bactéries tolérantes à l'acidité qui prolifèrent à la place des bactéries moins tolérantes. Les bactéries inoffensives et bénéfiques sont alors trop peu nombreuses. Le biofilm est soumis au sucre, et les tissus durs de la dent subissent une déminéralisation qui finit par entraîner la formation de caries. Une exposition au sucre augmente également la formation d'une matrice extracellulaire à l'intérieur du biofilm qui protège les bactéries de l'environnement externe et le rend « collant » et plus difficile à éliminer. Mais rassurez-vous : cette modification du biofilm peut être contrée par une meilleure alimentation et une moindre consommation d'aliments contenant du sucre. Un biofilm déséquilibré peut se rééquilibrer et se stabiliser en seulement quelques semaines. L'érosion, l'autre grand problème auquel les dents font face, est un processus chimique causé par une exposition à des acides endogènes ou exogènes (provenant de l'alimentation). Il s'agit donc de changer ses habitudes de vie, indépendamment du biofilm ou du métabolisme des bactéries.



Nigel Denby
Nutritionniste et auteur

Le sucre caché dans les aliments (surtout les boissons gazeuses) semble être un problème qui gagne en importance. Comment les consommateurs peuvent-ils être plus conscients du sucre que contiennent les aliments qu'ils consomment ?

ND : Le sucre se cache dans bien des aliments. Le pain, les céréales, les sauces et de nombreux produits faibles en calories en contiennent. Ils n'ont pas un goût particulièrement sucré. On ne se rend compte du sucre qu'ils contiennent qu'en lisant l'étiquette de leur emballage. À moins de s'y connaître en listes d'ingrédients, il est donc facile de consommer bien plus de sucre que ce que nous pensons. Lisez les étiquettes des aliments que vous achetez régulièrement. Vérifiez leur valeur glycémique ; 15g de sucre ou plus par 100g est une valeur élevée !

Vous devez également faire attention au sucre présent dans les boissons. Nombre d'entre nous ne tiennent pas compte de la valeur glycémique des boissons. Certaines boissons gazeuses contiennent sept cuillères à café de sucre pour 330 ml. Les jus de fruits posent aussi problème. Tous les professionnels en santé bucco-dentaire savent que sucres libres et acides forment la combinaison parfaite pour voir apparaître des caries.

ST : Le sucre caché est bel et bien un problème. La majeure partie des gens ignorent sans doute que, dans la plupart des pays occidentaux, la consommation de sucre par personne dépasse 40 kg par année. Les professionnels de santé doivent toutefois se partager la responsabilité en matière de prévention et suivre l'approche des « facteurs de risque communs ». Une prise de conscience quant à la consommation de sucre et de bonnes habitudes peuvent améliorer non seulement la santé bucco-dentaire, mais aussi réduire les problèmes

d'obésité, de diabète et les syndromes métaboliques. Les examens systématiques récents n'ont pas fourni de données de qualité suffisante pour démontrer l'efficacité des diverses technologies et interventions en matière d'alimentation. J'ai bien peur que ce manque de preuves n'ait incité les professionnels de la médecine dentaire à ne rien faire. En fait, une intervention individuelle en cabinet dentaire peut changer le comportement alimentaire. Nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas saisir cette chance d'améliorer la santé bucco-dentaire et générale. De plus, le système de rappels et de visites de suivi programmées et régulières auquel ont recours les chirurgien-dentistes est unique et permet de suivre particulièrement bien les changements au fil du temps ainsi que de réévaluer l'activité de la maladie.

L'OMS a publié un rapport qui contient des informations impressionnantes sur le sucre.

Selon vous, quelle est l'importance de ce document ?

ND : Les rapports sont d'excellents documents. Ils étayent les connaissances et les messages de santé publique mais, selon mon expérience, ils incitent rarement à entamer de grandes actions. Trop de sucre est mauvais, tout le monde le sait. Les grandes entreprises de la restauration rapide et les fabricants de produits industrialisés s'implantent dans les pays en développement, où nous voyons apparaître les mêmes maladies et mauvaises habitudes alimentaires que chez nous. À mon avis, nous n'avons pas besoin de publier plus de rapports, mais d'élaborer des ingrédients moins néfastes et d'opter pour des interventions efficaces afin de motiver la population à changer son alimentation.

ST : L'examen systématique de *Moynihan et Kelly* (2014) sur lequel se base le rapport de l'OMS est exhaustif et bien fait. Il établit clairement un lien entre les caries et une quantité de sucre dépassant 10% de l'apport énergétique total. Nous devons toutefois nous rappeler que le rapport se base sur plusieurs « vieilles » études menées avant que l'utilisation des dentifrices au fluorure ne soit répandue. Il se limite également à la quantité de sucre, mais la formation de caries dépend davantage de la fréquence de la consommation de sucre, comme nous l'avons déjà mentionné. Par exemple, *Arola et al* (2009) ont montré qu'une consommation régulière de sucre favorise le développement des caries dans 19 articles sur 31, contre 6 articles pour ce qui est de la quantité de sucre. Les auteurs ont également souligné le fait que la relation entre le sucre et les caries est moins étroite depuis que l'utilisation du fluorure s'est répandue ces dernières années. Le rapport de l'OMS est néan-

moins un excellent rappel de l'effet de l'alimentation sur les maladies bucco-dentaires. Espérons qu'il attirera davantage l'attention sur la manière dont nous devons amener nos patients à mieux s'alimenter. Le fait que la « tristement célèbre » étude de Vipeholm, qui a fourni les premières données prospectives sur le sucre et le développement des caries, soit maintenant presque davantage utilisée dans l'enseignement de l'éthique médicale qu'en cariologie nous semble quelque peu paradoxal.

Les dentifrices au fluorure classiques ne sont peut-être plus en mesure de protéger les dents des caries. Pensez-vous que nous avons besoin d'une nouvelle technologie pour lutter contre ce problème ?

ND : J'appuie tout nouveau développement qui aide à protéger les dents des caries. Pendant que nous attendons d'améliorer l'alimentation de nos patients, nous pouvons nous estimer heureux que le brossage des dents fasse partie du quotidien de la plupart des gens. Si de nouveaux dentifrices pouvaient nous aider pendant que nous réduisons notre consommation de sucre, ils seraient un élément précieux de l'ensemble des solutions dont nous avons besoin.

ST : Je ne suis pas d'accord avec la première partie de la question. J'espère que de nouvelles technologies continueront à apparaître, mais nous n'utilisons malheureusement pas assez ce qui nous a déjà été clairement démontré. Environ 25% de la population n'utilise pas quotidiennement un dentifrice au fluorure, et ce chiffre est malheureusement plus élevé dans les populations défavorisées. Pire encore, selon un questionnaire distribué à des patients de tous âges, seuls 10% d'entre eux utilisent un dentifrice au fluorure de manière optimale (2 fois par jour pendant 2 minutes, avec au moins 1 cm de dentifrice et très peu d'eau de rinçage) (*Jensen et al*, 2012). Le problème principal semble être que les professionnels de la santé bucco-dentaire n'attirent pas l'attention de leurs patients sur le fluorure, car ils partent du principe que ceux-ci sont déjà informés (*Jensen et al*, 2014). Les gens passent davantage de temps à brosser leurs dents qu'à laisser agir le fluorure, et la situation peut visiblement être améliorée. Nous ne pouvons donc pas uniquement nous appuyer sur l'amélioration des technologies utilisées dans la fabrication des dentifrices, car ils ne fonctionnent pas s'ils ne sont pas utilisés correctement.

Que recommanderiez-vous aux patients afin qu'ils protègent mieux leurs dents en améliorant leur alimentation ?



Svante Twetman
Professeur en cariologie à la faculté des sciences médicales, Université de Copenhague

ND : Je leur recommanderais d'éviter les boissons sucrées et de boire plus d'eau. Je les encouragerais à manger moins d'aliments industrialisés en les incitant à cuisiner davantage. Prenez des encas réguliers, mais contentez-vous d'aliments faibles en sucres ajoutés, ou qui n'en contiennent pas, comme les noix non salées, les fruits frais, le popcorn nature, les biscuits salés avec du fromage ou de l'hummus accompagné de légumes.

ST : Côté protection, le plus important est de s'assurer que des hauts taux de fluorure soient constamment présents dans le biofilm, afin de favoriser l'équilibre entre la déminéralisation et la reminéralisation. Une large gamme de produits sont disponibles sur le marché. Côté alimentation, il faut à tout prix consommer moins souvent du sucrose. Ne pas sucrer son café et choisir des sucres naturels, moins agressifs que le sucre raffiné et les produits transformés sont des moyens faciles d'y parvenir. Boire de l'eau après avoir consommé du sucre et/ou stimuler le flux salivaire en mâchant un chewing-gum permettent de réduire les attaques acides.

Références

1. Arola L, Bonet ML, Delzenne N, Duggal MS, Gómez-Candela C, Huyghebaert A, Laville M, Lingström P, Livingstone B, Palou A, Picó C, Sanders T, Schaafsma G, van Baak M, van Loveren C, van Schothorst EM. Summary and general conclusions/outcomes on the role and fate of sugars in human nutrition and health. *Obes Rev* 2009; 10 Suppl 1: 55-58.
2. Jensen O, Gabre P, Sköld UM, Birkhed D. Is the use of fluoride toothpaste optimal? Knowledge, attitudes and behaviour concerning fluoride toothpaste and toothbrushing in different age groups in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 175-84.
3. Jensen O, Gabre P, Sköld UM, Birkhed D, Povlsen L. 'I take for granted that patients know' - oral health professionals' strategies, considerations and methods when teaching patients how to use fluoride toothpaste. *Int J Dent Hyg* 2014; 12: 81-8.
4. Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res* 2014; 93: 8-18.

Une nouvelle voie de prévention de la maladie carieuse ?

Professeur Dr. Elmar Hellwig

Le biofilm microbien assure généralement que la cavité buccale reste en bonne santé. Mais lorsqu'une consommation fréquente d'hydrates de carbone à faible poids moléculaire fait chuter son pH de manière répétée, une microflore acidogène et acidurique se forme et déminéralise l'émail et la dentine. Le résultat de l'activité métabolique dans le biofilm microbien cariogène est la carie.

Des revues systématiques récentes ont montré que l'utilisation régulière de dentifrices, de vernis, de gels et de solutions dentaires à base de fluorure réduit nettement le développement de la maladie carieuse. En Allemagne, la prévalence des caries a diminué considérablement ces dernières années, surtout chez les adolescents. Mais un grand nombre de lésions carieuses se forment toujours, et les effets préventifs du fluorure sont moindres chez les patients ayant un grand nombre de caries. La prévention de la maladie carieuse à l'aide de produits à base de fluorure a pour objectif principal d'influencer les processus de déminéralisation et de reminéralisation sur les surfaces dentaires. Malheureusement, le fluorure n'a que peu d'effets sur le biofilm cariogène qui les recouvre. C'est la raison pour laquelle les chercheurs tentent depuis un certain temps de trouver de meilleures méthodes de prévention de la maladie carieuse. Ainsi, des composés de calcium tel que le phosphate de calcium amorphe/phosphopeptides de caséine (ACP-PPC) ont été développés afin d'augmenter la reminéralisation. Les données relatives à l'efficacité de ces produits ne sont toutefois pas unanimes. En 2011, le centre de dentisterie fondé sur la preuve (center for evidence-based Dentistry) de l'association dentaire américaine a déclaré qu'aucune preuve de la contribution de ces produits à la prévention des caries n'a été fournie. De plus, le mécanisme d'action principal est aussi la reminéralisation de l'émail déminéralisé. Les nouvelles méthodes de prévention des caries devraient, autant que possible, également empêcher l'apparition de lésions carieuses initiales. À cet égard, nous pouvons également mentionner qu'à l'heure actuelle, aucune étude clinique n'a prouvé que les dentifrices sans fluorure contenant d'autres ingrédients, telle que les technologies nano-hydroxyapatite, protègent efficacement des caries.

Par conséquent, la recherche se concentre de plus en plus sur l'importance du biofilm microbien cariogène. À première vue, les bains de bouche antibactériens efficaces semblent être prometteurs en matière de prévention des caries. Les bactéries cariogènes du biofilm

forment cependant une sorte de communauté sur laquelle les agents antibactériens ont peu d'effet. Les bactéries du biofilm peuvent s'en protéger. Pour prévenir efficacement l'apparition de caries, il faudrait donc que ces bains de bouche soient bien plus concentrés qu'ils ne le sont généralement.

Les bactéries cariogènes du biofilm forment cependant une sorte de communauté sur laquelle les agents antibactériens ont peu d'effet.

Les soins bucco-dentaires mécaniques, sans utilisation de fluorure, ne préviennent pas efficacement les caries. Après le brossage, les organismes acidophiles et aciduriques présents dans le biofilm restent souvent sur les surfaces dentaires. Certains micro-organismes, que l'on trouve dans la microflore « normale » d'une bouche saine, sont capables de métaboliser des molécules provenant de la nourriture et de la salive et de les transformer en ammoniac (NH_3). Elles maintiennent ainsi l'équilibre du biofilm et aident à empêcher l'apparition d'une microflore cariogène. Il semble même exister une corrélation inverse entre la présence de micro-organismes produisant des alcalis et la prévalence de caries. Certains facteurs, dont la production d'acide lactique à partir d'hydrates de carbone à faible poids moléculaire et la production de NH_3 à partir de protéines, de peptides et d'autres molécules déterminent donc le pH du biofilm à la surface des dents. Le pH, quant à lui, détermine la prolifération bactérienne, et donc la composition de la population bactérienne. Inversement, la capacité de régulation du biofilm influence également ce paramètre.

L'ARGININE INFLUENCE L'ÉCOSYSTÈME DU BIOFILM

Dans les années 70, on a tenté de modifier le biofilm à l'aide de substances agissant comme des tampons afin de maîtriser le pH durant les attaques cariogènes. Ces substances devaient être métabolisées par des micro-organismes spécifiques afin d'obtenir des métabolites finaux précis, tel que l'ammoniac. Les données ont montré que la production de métabolites alcalins dans le biofilm jouait un rôle important dans la prévention des caries, car ils diminuaient les acides de la plaque et rendaient la flore buccale moins cariogène. Ces résultats ont permis de développer une nouvelle stratégie de prévention de la santé bucco-dentaire. Les études me-

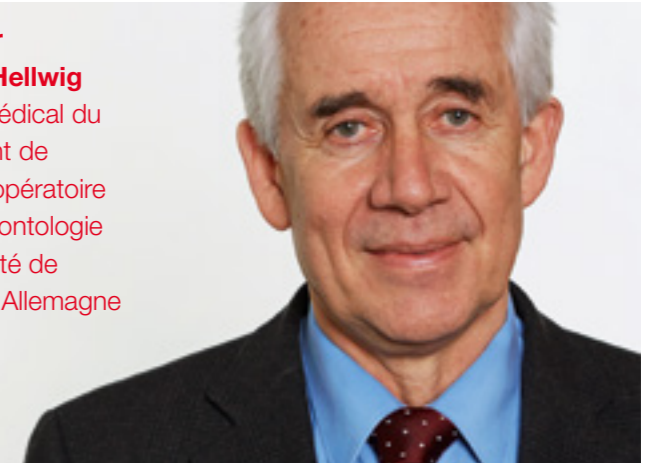
nées par Kleinberg *et al* ont déterminé que l'arginine faisait partie de ces substances. L'arginine est présente sous forme libre (7–15 $\mu\text{mol/l}$) et liée à des protéines et à des peptides dans la salive. Elle est métabolisée par le système arginine déiminase (AD) de certains micro-organismes, qui produisent de l'ornithine, de l'ammoniac et du CO_2 . Parmi ces bactéries figurent *Streptococcus gordonii*, *Streptococcus parasanguinis* et *Streptococcus mitis*. Certains lactobacilles, actinomyètes et spirochètes sont également arginolytiques. En 2013, une étude a montré que l'activité de l'arginine déiminase sur la surface des dents non cariées était plus grande que sur l'émail ou la dentine cariés. Une meilleure disponibilité de l'arginine augmente l'activité enzymatique de la salive et du biofilm. Des études cliniques ont montré que les personnes n'ayant aucune carie ont des concentrations plus élevées d'ammoniac, un pH plus élevé, des concentrations d'arginine libre nettement plus élevées dans la salive et une plus grande activité arginine déiminase dans la plaque et dans la salive. La production de substances alcalines par les bactéries est étroitement liée à un faible nombre de caries. Selon les tests effectués en laboratoire:

- un biofilm cariogène peut métaboliser l'arginine et produire de l'ammoniac,
- les voies métaboliques correspondantes peuvent être identifiées,
- le pH du biofilm augmente lors d'une administration répétée d'arginine et empêche ainsi une chute du pH durant une attaque cariogène,
- lorsque l'arginine est utilisée régulièrement, le nombre de micro-organismes produisant des métabolites basiques augmente au fil du temps.

L'utilisation de dentifrices au fluorure à base d'arginine modifie la population bactérienne de la plaque et la rapproche de celle des personnes n'ayant aucune carie.

De manière générale, en se basant sur les études *in vitro* existantes, on peut conclure que l'effet anticariogène des dentifrices contenant de l'arginine peut être principalement attribué au fait qu'ils stimulent le système arginine déiminase et qu'ils mettent à disposition le substrat nécessaire à la production d'ammoniac. Les composants salivaires sont également métabolisés par ce biais et augmentent la production de substances alcalines dans la plaque. L'utilisation de dentifrices au fluorure à base d'arginine modifie la population bactérienne de la plaque et la rapproche de celle du biofilm des personnes n'ayant aucune carie. Cela crée visiblement un milieu sain dans lequel les pathogènes tolé-

**Professeur
Dr. Elmar Hellwig**
Directeur médical du
département de
dentisterie opératoire
et de parodontologie
de l'université de
Freiburg en Allemagne



rants à l'acide associés à la formation de caries peinent à s'installer.

UNE COMBINAISON EFFICACE D'ARGININE, DE CALCIUM ET DE FLUORURE

Ces découvertes ont incité les chercheurs à mener des études *in situ* sur l'effet anti-caries des produits d'hygiène bucco-dentaire contenant de l'arginine. Leurs résultats ont été indubitablement positifs. Par exemple, dans une des études, un dentifrice contenant 1,5 % d'arginine, du carbonate de calcium et 1450 ppm d'ions fluorure (F^-) sous forme de monofluorophosphate de sodium (NaMFP) a été testé. ainsi qu'un autre dentifrice contenant 1,5 % d'arginine, du phosphate dicalcique et 1450 ppm de fluorure sous forme de NaMFP. Un dentifrice fluoré (NaMFP : 1450 ppm F^-) contenant une base de phosphate dicalcique a été utilisé comme contrôle positif, et un dentifrice contenant 250 ppm de F^- sous forme de NaMFP comme contrôle négatif. L'étude comprenait 29 participants. Chacun d'entre eux portait un appareil sur le maxillaire inférieur contenant deux échantillons d'émail. Les échantillons avaient été immergés auparavant dans de l'acide acétique durant 48 heures afin de les déminéraliser. Durant l'étude croisée, les participants devaient nettoyer les échantillons d'émail deux fois par jour à l'aide du dentifrice qui leur avait été attribué, puis se rincer la bouche à l'eau du robinet durant 10 secondes. Les échantillons d'émail ont été retirés deux semaines plus tard et soumis à une microradiographie (un type particulier de rayons X servant à déterminer leur teneur en minéraux).

Les dentifrices contenant de l'arginine reminéralisaient nettement mieux l'émail que les autres dentifrices. Dans le groupe contrôle négatif (250 ppm de fluorure sous forme de NaMP, sans arginine), les échantillons d'émail ont même subi une déminéralisation.

Des études cliniques ont été menées afin d'évaluer l'efficacité des dentifrices contenant de l'arginine, car seule l'utilisation d'un produit dans un contexte clinique peut apporter des preuves réelles de son effet préventif sur les caries. Bien entendu, il s'agit surtout de déterminer si une substance diminue davantage le nombre de caries que les meilleurs produits à base de fluorure.

Les études cliniques ont surtout été axées sur les dentifrices contenant de l'arginine et divers composés de calcium. Durant une étude publiée en 2015 par *Acevedo et al*, un dentifrice sans fluorure contenant une combinaison de bicarbonate d'arginine et de carbonate de calcium a été testé chez des enfants scolarisés de 11 à 12 ans sur une période de deux ans. 304 enfants ont utilisé le dentifrice nommé CaviStat, et 297 autres, le groupe contrôle, ont utilisé un dentifrice contenant 1100 ppm de fluorure. Les chercheurs ont conclu que le dentifrice à base d'arginine était cliniquement et statistiquement plus efficace en termes de prévention du développement et de la progression des caries que le dentifrice au fluorure. Deux ans plus tard, le CAO-F moyen ne présentait cependant pas de différence significative entre les deux groupes. Cela dit, le CAO-F sur les prémolaires et les deuxième molaires

était nettement moins élevé dans le groupe qui avait utilisé le dentifrice à base d'arginine.

Un dentifrice contenant 1,5 % d'arginine, 1450 ppm de fluorure (sous forme de monofluorophosphate de sodium) et un composé de calcium a par la suite été développé et fait l'objet de plusieurs études. Dans le cadre d'une d'entre elles, il a été comparé à deux pâtes : l'une à base de monofluorophosphate de sodium (1450 ppm F⁻), et l'autre ne contenant pas de fluorure. Cette étude a été menée dans cinq écoles de Chengdu, en Chine, auprès de 446 enfants âgés de 10 à 12 ans. Chez chacun d'entre eux, au moins une lésion carieuse initiale était présente sur la surface d'une des six dents antérieures (incisives et canines) du maxillaire supérieur. À l'aide d'une méthode particulière (le système de fluorescence quantitative photo-induite (QLF)), les auteurs ont déterminé si la taille de ces lésions avait progressé après six mois de traitement. Il s'agissait d'une étude contrôlée, en double aveugle et randomisée qui comprenait trois groupes de traitement parallèles. Tous les participants devaient se brosser les dents avec le dentifrice correspondant deux fois par jour, à domicile. Les jours d'école, ils se brossaient également les dents durant deux minutes l'après-midi. Ils étaient supervisés.

Le dentifrice à base d'arginine a réduit la taille moyenne des lésions de 50 % ou davantage chez 45 % des participants. Seuls 29 % de ceux qui avaient utilisé le dentifrice à base de fluorure seul ont atteint des résultats similaires, et une réduction de la taille des lésions a été observée chez seulement 13 % de ceux qui appartenaient au groupe contrôle négatif. Les auteurs ont conclu que l'utilisation de dentifrice contenant du fluorure et de l'arginine prévenait plus efficacement les caries que la seule application de fluorure. Dans le cadre d'une deuxième étude, dont le design était presque identique, le dentifrice à l'arginine susmentionné (1450 ppm de fluorure sous forme de monofluorophosphate de sodium et une base de carbonate de calcium) a été comparé à un dentifrice contenant 1450 ppm de fluorure sous forme de fluorure de sodium. Une fois encore, le dentifrice contrôle négatif ne contenait pas de fluorure. Dans le groupe qui avait utilisé le dentifrice à base d'arginine et de fluorure, la taille des lésions a été réduite de 51 % après six mois. La réduction était de 34 % chez ceux qui avaient utilisé le dentifrice contenant uniquement du fluorure et de 13 % dans le groupe contrôle négatif (figure 1). Cette étude a montré que le dentifrice à base d'arginine était également plus efficace qu'un dentifrice à base de fluorure à liaisons ioniques. Une troisième étude, dont le design était similaire et menée auprès d'enfants thaïlandais, a

également montré qu'un dentifrice à base d'arginine et de fluorure était plus efficace qu'un dentifrice uniquement à base de fluorure. L'efficacité de ce dentifrice a également été testée lors d'études comprenant des méthodes standard de diagnostic de caries.

Une étude à grande échelle a inclus près de 6000 enfants âgés de 6 à 12 ans qui avaient au moins quatre molaires permanentes sorties et une incisive centrale. Il s'agissait d'une étude en double aveugle, randomisée, à groupes parallèles comprenant chacun 2000 patients. L'activité des caries était modérée dans les deux groupes. Les enfants devaient se brosser les dents deux fois par jour avec le dentifrice qui leur avait été fourni, soit un dentifrice contenant 1,5 % d'arginine et 1450 ppm F⁻ (NaMFP) dans une base de carbonate de calcium ou un deuxième dentifrice, dont la teneur en arginine et en fluorure était la même, mais dont la base était du phosphate dicalcique. Le produit contrôle était un dentifrice à base de fluorure de sodium (1450 ppm). L'étude s'est déroulée sur une période de deux ans. Les résultats ont montré que les dentifrices testés protégeaient nettement mieux des caries que le dentifrice standard à base de fluorure de sodium. Aucune différence n'a été observée entre les deux dentifrices à base d'arginine testés (figure 2). Le dentifrice contenant de l'arginine, du fluorure et du phosphate dicalcique a également fourni de meilleurs résultats en termes d'arrêt de la déminéralisation causée par des caries (durcissement) sur les surfaces radiculaires que celui qui contenait uniquement du fluorure.

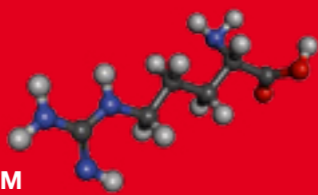
RÉSUMÉ

L'application topique de produits fluorés reste l'élément clef en termes de prévention des caries. Néanmoins, le fait que le biofilm cariogène puisse être modifié a ouvert de nouvelles voies dans le domaine de la prévention des caries. L'hypothèse d'une modification du biofilm à l'aide de molécules alcalines telles que l'arginine, tout d'abord formulée à la fin des années 70 par *Kleinberg*, a été mise en pratique dans des produits destinés à une utilisation clinique et dont les tests ont été couronnés de succès. De plus, les composés de calcium de ces produits permettent d'augmenter la quantité d'ions calcium libres et d'ainsi reminéraliser les surfaces dentaires après une attaque cariogène.

Références

E. Hellwig, *Beeinflussung des Biofilm-Metabolismus*, zm 104, Nr. 15 A, 1.8.2014, 1734-1737

LA TECHNOLOGIE NEUTRALISATEUR D'ACIDES DE SUCRE™



La technologie Neutralisateur d'Acides de Sucre™ contient 1,5 % d'arginine, qui :

- est un acide aminé naturel
- est un composant essentiel des protéines
- est présent naturellement dans les produits laitiers, le bœuf, le porc, la volaille, les fruits de mer, les fèves de soja, le muesli, et d'autres aliments
- est un composé naturel de la salive chez l'homme
- joue un rôle important dans la division cellulaire, la guérison des blessures, la fonction immunitaire et la sécrétion d'hormones
- est utilisé aujourd'hui dans divers compléments alimentaires

Volume de la lésion en fonction du temps

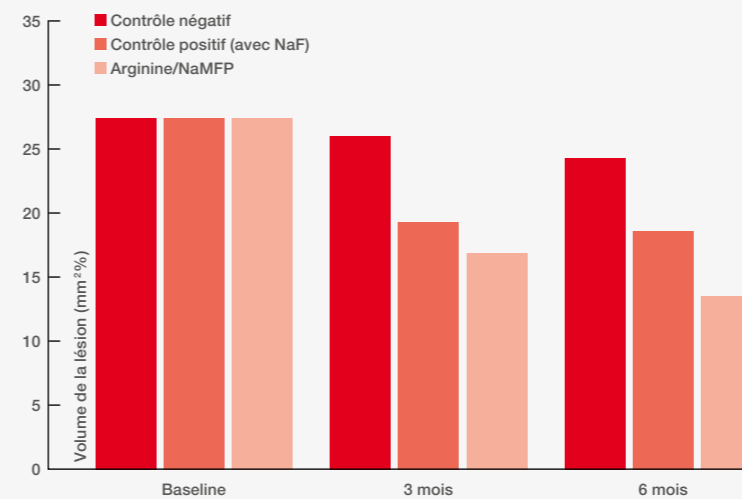


Figure 1: Volume des lésions carieuses initiales à la baseline, après 3 mois et à la fin de l'étude en fonction des différents dentifrices utilisés

Augmentation du CAO-D

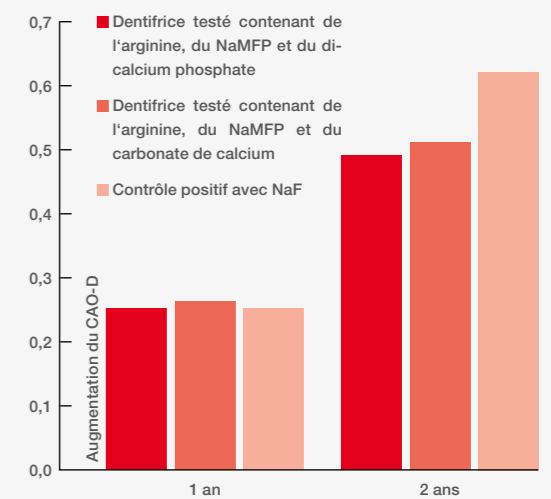


Figure 2: Augmentation du CAO-D après 1 an et 2 ans d'utilisation des différents dentifrices

Soulagez la souffrance de vos patients



Partir du principe qu'une douleur qui touche jusqu'à 74 % de la population et qui dérange au point d'avoir un effet négatif sur les habitudes alimentaires et pousse même certaines personnes à éviter d'aller chez le chirurgien-dentiste soit bien comprise et gérée semble naturel. Mais, dans la pratique, l'hypersensibilité dentinaire est toujours largement ignorée et insuffisamment traitée.

L'hypersensibilité dentinaire (HD) est relativement facile à définir, mais bien plus compliquée à traiter. Selon la définition du Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire établie en 2003, l'HD est « une douleur brève et vive qui est ressentie au niveau de la dentine exposée, généralement en réaction à des stimuli thermiques, tactiles, osmotiques ou chimiques ou en présence d'air, et qui ne peut être attribuée à aucune autre forme d'anomalie ou de pathologie dentaire ». La douleur est subjective, ce qui la rend difficile à quantifier et à traiter, tant pour le patient que pour le dentiste.

De nombreux patients l'acceptent comme partie intégrante d'une visite chez le chirurgien-dentiste et n'imaginent même pas que des mesures puissent être prises pour prévenir son apparition.

Selon les recherches, seule une petite proportion de personnes atteintes cherche à se faire traiter, même si, en Norvège, les chiffres montrent qu'une personne

sur quatre en souffre au moins une fois par semaine. De nombreux patients l'acceptent comme faisant partie intégrante d'une visite chez le chirurgien-dentiste et n'imaginent même pas que des mesures puissent être prises pour prévenir son apparition. De plus, de nombreux chirurgiens-dentistes ne prennent pas l'HD assez au sérieux. Selon une enquête danoise, seuls 23 % d'entre eux demandent à leurs patients s'ils en souffrent lorsqu'ils effectuent un contrôle.

Cette attitude peut être partiellement expliquée par le fait que l'HD est difficile à diagnostiquer. Son symptôme principal est une douleur (difficile à quantifier), et le diagnostic se base sur l'élimination d'autres maladies (telles que le syndrome de la dent fêlée, des fuites provenant de restaurations fissurées et des caries). Le chirurgien-dentiste se retrouve donc devant un défi, surtout lorsqu'il a peu de temps. Si les effets de la douleur sur les émotions du patient entravent la communication, en établir les causes peut également s'avérer délicat. Les chirurgiens-dentistes conscients de la douleur engendrée par l'HD trouvent peu de documents qui puissent étayer l'organisation de la prise en charge du patient.

Selon l'aperçu qu'ont fourni David Gillam et Elena Talioti sur le sujet, identifier les personnes à risque constitue le point de départ de la prise en charge de l'HD. Parmi ces personnes figurent celles qui se brossent trop intensément les dents, celles qui subissent des traitements parodontaux, qui souffrent de boulimie, les

personnes âgées atteintes de récession gingivale, et les personnes qui utilisent du tabac à priser ou à chiquer. De nombreuses possibilités de traitement s'offrent à ces personnes, une fois qu'elles ont été identifiées. Il existe une large gamme de produits désensibilisants sous forme de dentifrices, de solutions dentaires, de scellements et de gels. Les dentifrices désensibilisants sont les plus prometteurs. Ils diminuent la sensibilité de 30 % à 80 % par rapport aux autres dentifrices et aux dentifrices contrôles. Des études cliniques ont montré qu'un dentifrice contenant 8 % d'arginine, du carbonate de calcium et 1450 ppm de fluorure diminue plus efficacement et immédiatement l'hypersensibilité par rapport à un dentifrice à base de pierre ponce.

Les experts s'accordent de plus en plus pour dire qu'une seule forme de traitement ne peut être appliquée. En effet, l'HD nécessite une prise en charge individuelle et complexe. L'UK Expert Forum a récemment établi des directives pour la prise en charge de l'HD et recommande de limiter les options de traitements selon le groupe auquel le patient appartient :

- récession gingivale causée par un traumatisme mécanique,
- lésions due à l'usure des dents,
- traitement des maladies parodontales.

L'essentiel est de diagnostiquer correctement l'HD, de choisir un produit désensibilisant adapté et de gérer les attentes du patient, car un seul traitement ne fonctionnera pas.

Il faudra peut-être varier les approches de traitement afin de soulager les douleurs. Orchardson et Gillam recommandent une approche par étapes selon l'étendue, la gravité et la cause sous-jacente de l'HD. Ils débutent par une approche non-invasive accompagnée de mesures préventives, puis passent à des traitements plus invasifs si la douleur ne diminue pas, si elle augmente, ou si le diagnostic initial n'était pas le bon.

Les dents sensibles représentent un défi pour les patients et les professionnels, mais l'intensité de la douleur ressentie par les patients, quel que soit leur milieu social, nous pousse à définir de meilleures méthodes de prévention et de prise en charge.

Le Professeur Hans-Günter Schaller, directeur de l'institut de médecine dentaire restauratrice à l'université Martin-Luther de Halle-Wittenberg, souffre d'hypersensibilité. Il donne aux lecteurs de l'OHD un bon aperçu des répercussions que cette maladie a sur sa vie, surtout en ce qui concerne la manière dont il se prépare avant de recevoir un traitement dentaire. Il fait partie des nombreuses personnes qui espèrent que des traitements durables et de meilleure qualité seront bientôt développés.

L'EFFICACITÉ DE PRO-ARGIN® PROUVÉE PAR UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Une revue systématique de la littérature a montré l'efficacité des nouveaux dentifrices contenant la technologie Pro-Argin® (8 % d'arginine et composés de calcium) dans le traitement de l'hypersensibilité dentinaire (HD).

Les méta-analyses effectuées par Boxi Yan et al à l'Université du Sichuan, à Chengdu, en Chine et publiées dans Quintessence International General Dentistry, ont montré que, selon les données disponibles, les dentifrices à base d'arginine diminuent l'HD. Les examinateurs s'accordent toutefois sur le fait que de plus amples recherches sont nécessaires afin de déterminer précisément la manière dont ce mécanisme fonctionne.

Les 18 études incluses dans la revue indiquent que les dentifrices à base d'arginine ont un meilleur effet désensibilisant (et diminuent donc mieux l'HD) que les dentifrices placebos et ceux qui contiennent du sel de potassium.

Les revues systématiques antérieures avaient uniquement appuyé l'efficacité des dentifrices aux sels de potassium, alors que les traitements au laser et les dentifrices à base d'oxalates n'apportaient pas la même efficacité. Les dentifrices à base d'arginine semblent être une solution efficace dans la prise en charge de l'HD.

Références

1. Bekes K, John MT, Schaller H-G, Hirsch C. Oral health-related quality of life in patients seeking care for dentin hypersensitivity. *J Oral Rehabil* 2008;36:45-51.
2. Zapera, Survey among dental professionals in Nordic about dentine hypersensitivity, YouGov Zapera 2009
3. David Gillam and Elena Talioti. The management of dentine hypersensitivity, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012801631200004X>
4. Clark GE, Troullos ES. Designing hypersensitivity clinical studies. *Dent Clin North Am* 1990; 34: 531-44.
5. Docimo R, Montesani L, Maturio P, Costacurta M, Bartolino M, Zhang YP, DeVizio W, Delgado, E, Cummins D, Dibart S, Mateo LR. Comparing the efficacy in reducing dentine hypersensitivity of a new toothpaste containing 8.0 % arginine, calcium carbonate, and 1450 ppm fluoride to a benchmark commercial desensitizing toothpaste containing 2 % potassium ion: An eightweek clinical study in Rome, Italy. *J Clin Dent* 20: 137-143, 2009.
6. Docimo R, Perugia C, Bartolino M, Maturio P, Montesani L, Zhang YP, DeVizio W, Mateo LR, Dibart S. Comparative evaluation of the efficacy of three commercially available toothpastes on dentin hypersensitivity reduction: An eight-week clinical study. *J Clin Dent* 2011; 22 (Spec Iss): 121-7.
7. Orchardson R, Gillam DG. Managing dentin hypersensitivity. *J Am Dent Assoc* 2006; 137:990-8.

Ce que les patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire attendent de leur chirurgien-dentiste

Professeur Hans-Günter Schaller

QUELLES RÉPERCUSSIONS L'HYPERSENSIBILITÉ DENTINAIRE A-T-ELLE SUR LE QUOTIDIEN ?

Plusieurs de mes dents, sur mon maxillaire inférieur et supérieur, sont hypersensibles depuis un certain temps. Les traitements et des produits d'hygiène bucco-dentaires désensibilisants n'y peuvent rien, sans compter que je vieillis. Mes dents réagissent maintenant intensément aux aliments et à l'air froid. Mes dents de derrière sont celles qui me font le plus mal. Le problème est fort probablement dû au fait que je n'ai pas assez pris soin de mes dents ces dernières décennies, et ce depuis ma jeunesse. Mais cela n'a pas vraiment perturbé mes soins quotidiens, et je me suis plus ou moins accommodé de mes dents sensibles. Plusieurs résultats cités publiés montrent que l'hypersensibilité dentinaire connaît un pic entre 20 et 40 ans, puis diminue lentement avec l'âge en raison des mécanismes de défense physiologiques du complexe dentine-pulpe. Je ne peux malheureusement pas les corroborer, car mes problèmes s'aggravent continuellement. En effet, l'hypersensibilité touche de plus en plus de dents, et la douleur augmente d'année en année.

QUELLES MODIFICATIONS AVEZ-VOUS DÛ APPORTER À VOTRE STYLE DE VIE AFIN DE LUTTER CONTRE L'HD ?

Même si mes dents me font parfois mal, je n'ai réellement changé ni mes soins bucco-dentaires ni mon alimentation. Certes, les aliments et les boissons froides me donnent quelques douleurs, mais je peux généralement continuer à les apprécier. Mes soins bucco-dentaires quotidiens ne me posent aucun problème. J'utilise de l'eau tiède, car l'eau froide peut m'être très désagréable. Il va de soi que j'utilise depuis de nombreuses années des dentifrices spécialement conçus pour les dents sensibles. Tout ce que je peux dire sur mon alimentation, c'est que je continue à boire des boissons froides et à manger des aliments très froids sans me restreindre. Je peux supporter les symptômes qui en résultent, et même si je remarque l'air froid extérieur durant l'hiver, cela ne limite pas mon style de vie.

QUE PENSEZ-VOUS DES VISITES CHEZ LE CHIRURGIEN-DENTISTE ?

Mes dents sensibles sont généralement le problème principal lors des traitements et des mesures prophylactiques, mais aussi lors de toute consultation dentaire. Je ne peux subir un détartrage et un polissage professionnels sans douleur, et je trouve la procédure très stressante. Mes dents sont également très sensibles à l'air lorsque la dent adjacente, la dent opposée ou le maxillaire opposé sont aspirés. Un anesthésique local ne bloque pas toute la douleur, sinon il faudrait anesthésier toutes les dents de derrière et les deux maxillaires !

INFORMEZ-VOUS LES PROFESSIONNELS DE VOTRE PROBLÈME ?

Je les informe souvent avant le début du traitement, car mes dents sensibles me font très mal durant les mesures prophylactiques et les traitements dentaires. Selon la procédure prévue, je demande à ce qu'on ait recours à un anesthésique local. Mon dentiste et l'assistante dentaire sont conscients de mon problème et font tout ce qui est en leur pouvoir pour que le traitement soit aussi agréable et indolore que possible.

QU'ATTENDEZ-VOUS DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ?

Je m'attends à ce que mon chirurgien-dentiste et son équipe se souviennent que j'ai les dents sensibles lorsqu'ils travaillent. Ils devraient éviter de provoquer des irritations durant le traitement et n'utiliser des instruments tels que jets d'air, aspiration et sondes que si c'est absolument nécessaire. Je ne peux supporter certains traitements sans anesthésique local. J'attends donc de toute l'équipe qu'elle tienne compte de cette demande. Chaque fois que je me rends chez le dentiste, je demande s'il est possible de sceller mes dents sensibles. L'application d'un produit en cabinet fait par-

tie de chacune de mes visites depuis de nombreuses années. Parfois, la visite y est consacrée, et parfois le produit est appliqué à la fin du traitement. Ce traitement a généralement soulagé mes symptômes et a considérablement amélioré ma qualité de vie. Malheureusement, ses effets ne durent pas très longtemps. Il devra être répété, même si je le complète en appliquant chez moi une combinaison spéciale de produits : un dentifrice et des solutions dentaires. J'aimerais vraiment que la recherche trouve une solution durable à mon problème, et que de nouvelles stratégies et produits soient développés à l'avenir.



Professor Hans-Günter Schaller
Directeur du département d'Odontologie Restauratrice de l'Université de Halle (Saale) en Allemagne

POUR LES PATIENTS, LA SENSIBILITÉ EST UN PROBLÈME QUI N'A TOUJOURS PAS DE SOLUTION...



9/10 DENTISTES
déclarent voir au moins un patient atteint d'hypersensibilité dentinaire par jour¹



3/5 ADULTES
déclarent avoir des problèmes d'hypersensibilité dentinaire²



29 % DES ADULTES
considèrent l'hypersensibilité dentinaire comme la plus grande source de douleur lors de leurs visites chez le dentiste²

1. Etude Dentiste, Colgate, Royaume-Uni, 2013, 2. Etude Consommateur Colgate, Royaume-Uni, 2013

En savoir Plus : prenez connaissance de données intéressantes en dernière page.

Une menace grandissante qui plane sur la qualité de vie

Professeur Dr. Francis Hughes

LES MALADIES PARODONTALES CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

La population vieillissante

Les problèmes liés au vieillissement de la population et à ses effets importants sur la société ont fait l'objet de nombreuses discussions dans les médias. Ce phénomène a des répercussions très diverses, qu'il s'agisse de l'augmentation des pressions sur les services de santé ou des problèmes liés à la retraite et aux services sociaux. Un nombre toujours plus grand de personnes atteint l'âge de la retraite, réduisant ainsi la proportion de personnes actives sur le marché du travail. Tout cela est inquiétant. Beaucoup de retraités ne correspondent pas aux stéréotypes attribués à leur tranche d'âge. Ils restent actifs, en forme et ont, par exemple, de grandes attentes quant aux prestations des services de santé.

L'épidémiologie de la parodontite

La parodontite peut représenter un défi de taille lorsqu'elle touche les patients âgés, et les chirurgiens-dentistes doivent porter une attention particulière à la santé du parodonte chez ce groupe de personnes qui s'agrandit rapidement. Des études épidémiologiques menées dans plusieurs pays ont montré que jusqu'à 50 % de la population adulte est atteinte de maladies parodontales, notamment de gingivite et de formes légères de parodontite. Heu-

reusement, ces données suggèrent également que la plaque dentaire est nettement mieux maîtrisée, et que la prévalence des formes légères de la maladie a diminué. Ce n'est cependant pas le cas des formes plus graves et chroniques de parodontite, qui mènent à un déchaussement progressif des dents. Une étude récente sur les formes graves de parodontite à travers le monde (*Kasse-baum et al* 2014) a montré que la prévalence mondiale de la parodontite se situe autour de 14 % et que ce chiffre est resté étonnamment stable ces dernières années. Les chiffres augmentent toutefois à plus de 30 % chez les personnes de plus de 60 ans, ce qui indique clairement le défi que la parodontite représente pour les spécialistes.

Des études menées dans d'autres pays ont également montré une prévalence constamment élevée des parodontites graves malgré la diminution de la prévalence des formes légères de la maladie et la meilleure gestion de la plaque dentaire. Les causes en sont évidemment complexes, mais le vieillissement d'une population qui subit moins d'extractions y contribue sans doute, du moins partiellement. En effet, la parodontite grave est un important problème chez les plus de 60 ans, tant d'un point de vue de sa prévalence que de ses conséquences (inconfort, sourire peu esthétique, fonction orale et qualité de vie réduites).

La parodontite chez le patient âgé

La parodontite se présente plus ou moins sous la même forme chez le patient âgé que chez les autres patients, mais elle peut être associée à des antécédents médicaux complexes en raison du vieillissement. L'épidémie mondiale du diabète de type 2 (DT2) a été largement décrite et représente un facteur de risque important de parodontite. La prévalence du DT2 augmente énormément chez les plus de 60 ans. Même si les pourcentages varient selon les régions, il touche bien plus de 10 % des personnes de ce groupe d'âge dans la plupart des populations. Selon la maîtrise de la glycémie, le DT2 peut plus que doubler le risque de parodontite grave. En outre, de nombreux diabétiques ne sont pas diagnostiqués. Les chirurgiens-dentistes devraient donc y être attentifs lorsqu'un patient présente des symptômes de parodontite grave, ou lorsque la parodontite s'aggrave, surtout s'il existe d'autres facteurs de risque de DT2, tels qu'un IMC élevé, des antécédents familiaux de DT2, ou si le patient a déjà souffert d'hypertension. Dans ce cas, ce dernier devrait être adressé à un généraliste afin de vérifier s'il est bel et bien diabétique. De plus, certaines données suggèrent

qu'un traitement parodontal améliore la maîtrise de la glycémie chez les diabétiques.

Les effets potentiels de nombreux médicaments sur la parodontite sont également connus, particulièrement ceux de l'amlopipine, de la nifédipine et de la féléodipine, des antihypertenseurs appartenant à la classe des inhibiteurs calciques. Un grand nombre de personnes les utilisent, surtout les plus de 60 ans. Au Royaume-Uni, par exemple, ces médicaments sont prescrits à environ 2 millions de patients. Les inhibiteurs calciques peuvent causer une hyperplasie gingivale et aggraver sérieusement la parodontite. Changer de médicament, lorsque c'est possible et en accord avec le médecin du patient, permet souvent d'améliorer rapidement le problème.

D'autres maladies, de nombreux traitements contre le cancer, peuvent avoir des répercussions sur la parodontite ou l'aggraver. Ici aussi, le chirurgien-dentiste doit y être attentif et s'assurer de traiter de façon adéquate le parodonte du patient.

Les patients âgés peuvent aussi avoir plus de mal à appliquer les méthodes d'hygiène bucco-dentaire, surtout lorsqu'ils sont atteints de rhumatismes.

La santé parodontale fait partie de la santé générale

Les maladies parodontales sont également un facteur de risque potentiel pour un certain nombre de maladies graves qui touchent surtout les patients âgés. Des données ont établi qu'elles sont clairement associées au risque de maladies cardiovasculaires, dont la crise cardiaque et l'AVC, le diabète, et peuvent être liées à d'autres maladies telles que la néphropathie chronique et la polyarthrite rhumatoïde. Bien qu'il soit difficile de démontrer que les traitements parodontaux diminuent le risque de ces maladies graves, qui touchent principalement les personnes âgées, il est évident que la santé parodontale devrait être intégrée à la santé en général.

La parodontite chronique est un problème grave qui augmente chez les patients de plus de 60 ans. Elle a d'importantes répercussions sur la fonction orale et sur la qualité de vie. Une bonne santé parodontale devrait être considérée comme un élément contribuant à une bonne santé générale.

Résumé

La parodontite chronique est un problème grave qui augmente chez les patients de plus de 60 ans. Elle a d'importantes répercussions sur la fonction orale et sur



Professeur Dr. Francis Hughes
Professeur en parodontologie,
Consultant,
King's College,
Londres,
Royaume-Uni

la qualité de vie. Une bonne santé parodontale devrait être considérée comme un élément contribuant à une bonne santé générale. Les professionnels de la santé bucco-dentaire doivent être attentifs à ce problème et aux facteurs systémiques typiques de cette population, car ils peuvent avoir un effet sur la santé parodontale. Ils doivent collaborer avec le médecin traitant du patient si nécessaire.

MENTION LÉGALES

Editeur: F – Colgate-Palmolive SAS au capital de 6 911 180 euros. RCS 478 991 649. F-92270 Bois-Colombes pour Colgate-Palmolive Europe SARL B – E.R. : Y. Vandendorpe, Colgate-Palmolive Belgium S.A., boulevard du Souverain 165, 1160 Bruxelles pour Colgate-Palmolive Europe SARL
Maquette: typo.d AG, Reinach Switzerland
Contact: Colgate-Palmolive 60 Avenue de l'Europe 92270 Bois-Colombes carine_morro@gaba.com

Les points de vue des auteurs ne correspondent pas nécessairement à ceux de l'éditeur.

La reproduction et la publication d'extraits de cette brochure sont possibles à condition de citer la source.

EURO PERIO 8

3-6 juin 2015, Londres, R.-U.

Présidé par : Francis Hughes, Président du comité organisateur d'EuroPerio 8

L'EuroPerio 8 est la plus grande conférence sur la parodontologie et l'implantologie du monde. Un rendez-vous triennal à ne pas manquer.

RESTEZ INFORMÉS des dernières problématiques, des nouvelles tendances et des nouvelles techniques en parodontologie, en implantologie et en hygiène dentaire. www.efp.org/europerio8/

Colgate est fier d'être sponsor
platinum d'EuroPerio 8



Pour les patients, la sensibilité est un problème qui n'a toujours pas de solution...



9/10 DENTISTES

déclarent voir au moins
un patient atteint d'hypersensibilité
dentinaire par jour¹



3/5 ADULTES

déclarent avoir des problèmes
d'hypersensibilité dentinaire²



29 % DES ADULTES

considèrent l'hypersensibilité
dentinaire comme la **plus grande**
source de douleur lors de leurs
visites chez le dentiste²

Il existe une solution simple pour combattre l'hypersensibilité dentinaire !



Le dentifrice elmex[®] SENSITIVE
PROFESSIONAL™ agit en **60 secondes**,
obturant les canalicules ouverts et
soulageant l'hypersensibilité dentinaire*

Plus de 1000 patients atteints ont testé le dentifrice elmex[®] SENSITIVE PROFESSIONAL™³
en mangeant de la glace. Ils ont ensuite partagé leur opinion...



91 %

91 % considèrent que
le dentifrice elmex[®] SENSITIVE
PROFESSIONAL™³ est **plus**
efficace que les autres marques
de dentifrices conçus pour lutter
contre l'hypersensibilité qu'ils ont
utilisées auparavant



94 %

94 % des testeurs sont
d'accord sur le fait qu'elmex[®]
SENSITIVE PROFESSIONAL™³
agit **immédiatement** afin
de soulager l'hypersensibilité

96 %

96 % des testeurs
recommanderaient elmex[®]
SENSITIVE PROFESSIONAL™³
à leur famille et à leurs amis



Prenez soin de vos patients et recommandez
le dentifrice elmex[®] SENSITIVE PROFESSIONAL™

1. Enquête Colgate menée auprès des dentistes, Royaume-Uni, 2013
 2. Enquête Colgate menée auprès des consommateurs, Royaume-Uni, 2013
 3. Enquête Colgate menée auprès des consommateurs, Royaume-Uni, 2013
- Un produit dont la formule était identique a été testé durant cette enquête

*Lorsque le dentifrice est appliqué directement sur chaque dent hypersensible durant 60 secondes.



Ce dispositif est un produit de santé qui porte, au titre de cette réglementation le marquage CE. Le dentifrice elmex[®] SENSITIVE PROFESSIONAL™ est un dispositif médical de classe IIa pour soulager l'hyperesthésie dentinaire. Pour un soulagement immédiat, appliquer jusqu'à 2 fois par jour directement avec le bout du doigt, en massant doucement pendant 1 minute. Lire attentivement les instructions avant usage, CE 0483. Colgate-Palmolive manufacturing Poland, Sp. z o.o., Aleja Colgate 2, Swinica 58-100, Poland. Mise à jour mai 2015.