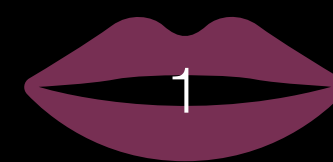


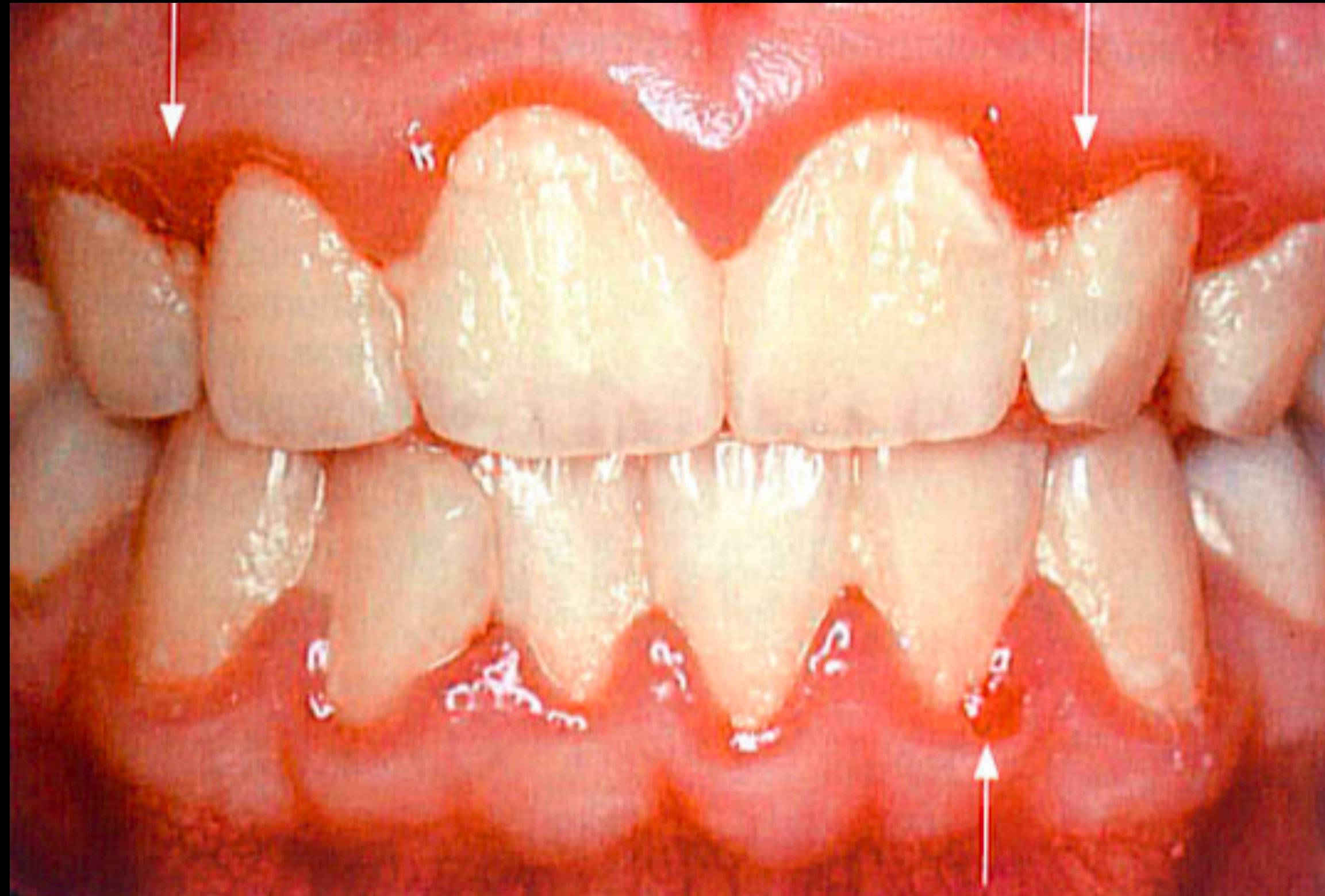
LES GINGIVITES

DFGSO 2

Dr VIGNON Margaux

*Ancienne interne des Hôpitaux de Montpellier
Assistante Hospitalo-Universitaire en Parodontologie
margauxvignon@gmail.com*





Inflammation réversible du parodonte superficiel (gencive)

Bouchard P. Parodontologie & Dentisterie Implantaire - Volume 1 : Médecine Parodontale



Motif de consultation : Saignements provoqués/spontanés
OU découverte fortuite

Rarement douleur : plus souvent dans les cas de GUN

DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT
<i>Gencive uniquement</i>	<p>La gingivite précède la parodontite mais n'évolue pas toujours en parodontite</p> <p><u>Différences inter et intra individuelles</u> dans expression clinique</p> <p>Atrophie/Accroissement/Néoplasme ou Inflammation</p>		
<i>S'étend au delà de la gencive</i>	<p style="text-align: center;">≠</p> <p style="text-align: center;">Gingivostomatite</p>		
<i>Ne concerne pas la gencive</i>	<p style="text-align: center;">≠</p> <p style="text-align: center;">Stomatite</p>		<p>Facteur de susceptibilité</p>
<i>Avec perte d'attache</i>	<p style="text-align: center;">≠</p> <p style="text-align: center;">Parodontite</p>		<p>Différences intra et inter individuelles</p> <hr/> <p>Quantité plaque fonction de l'BHD</p> <hr/> <p>Qualité plaque fonction âge</p> <hr/> <p>Réponse immu fonction âge</p> <hr/> <p>Différence morphologiques fonction âge</p> <hr/> <p>Facteurs locaux aggravants</p>

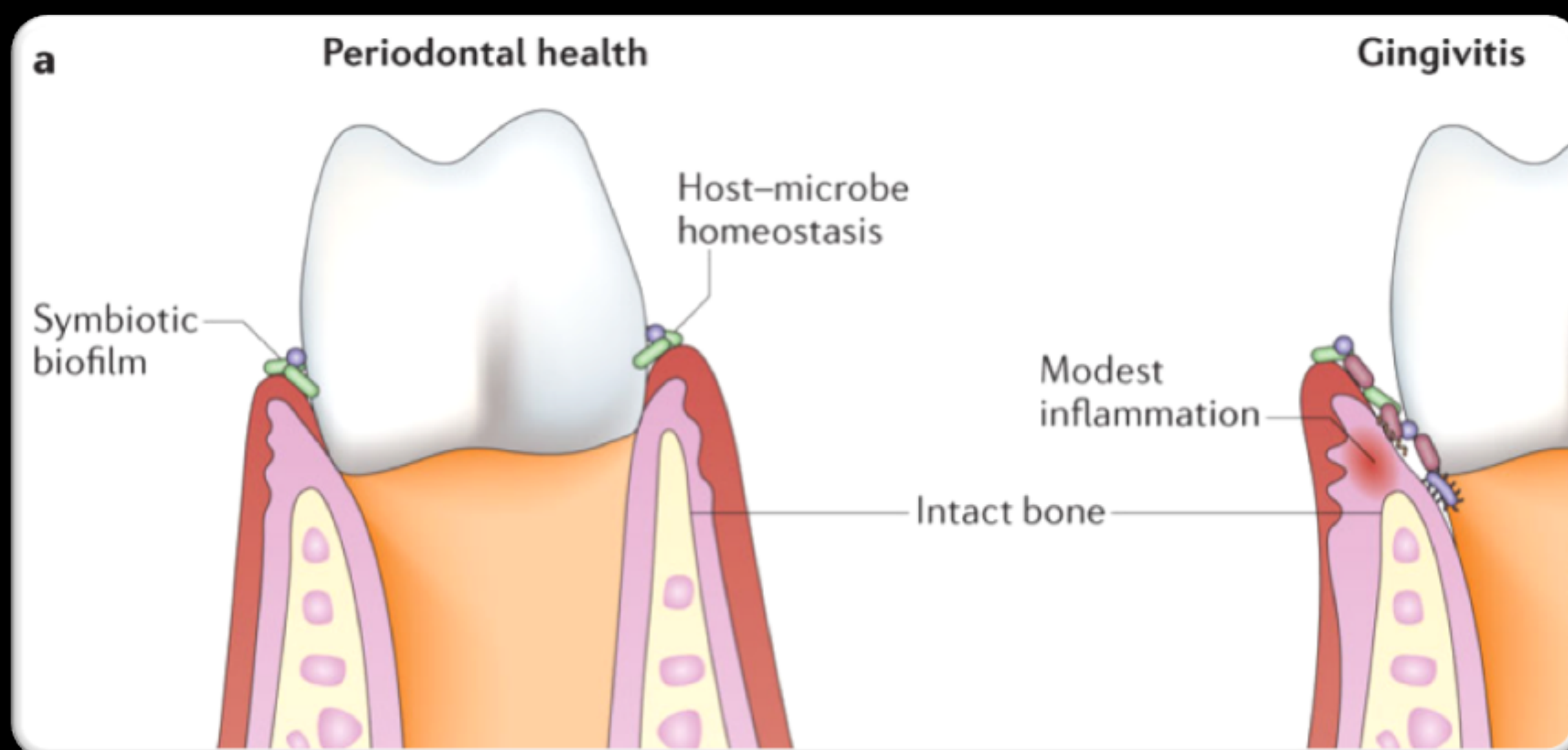
Bouchard P. Parodontologie & Dentisterie Implantaire - Volume 1 : Médecine Parodontale

Modes d'expression clinique + symptômes localisés au niveau de la **gencive** seulement.

Initiées par une accumulation du biofilm bactérien au fil des jours et des semaines (pas de bactéries spécifiques à gingivite mais plutôt quantité de biofilm pathogène)

Rupture de la symbiose entre le biofilm et le **système immuno-inflammatoire** du patient, le début donc de la dysbiose

Tout facteur influençant le système immunitaire influencera l'apparition d'une maladies gingivales



Forme la plus fréquente (75 à 95%)

DEFINITION

INDUITES PAR LA PLAQUE

NON INDUITE PAR LA PLAQUE

TRAITEMENT

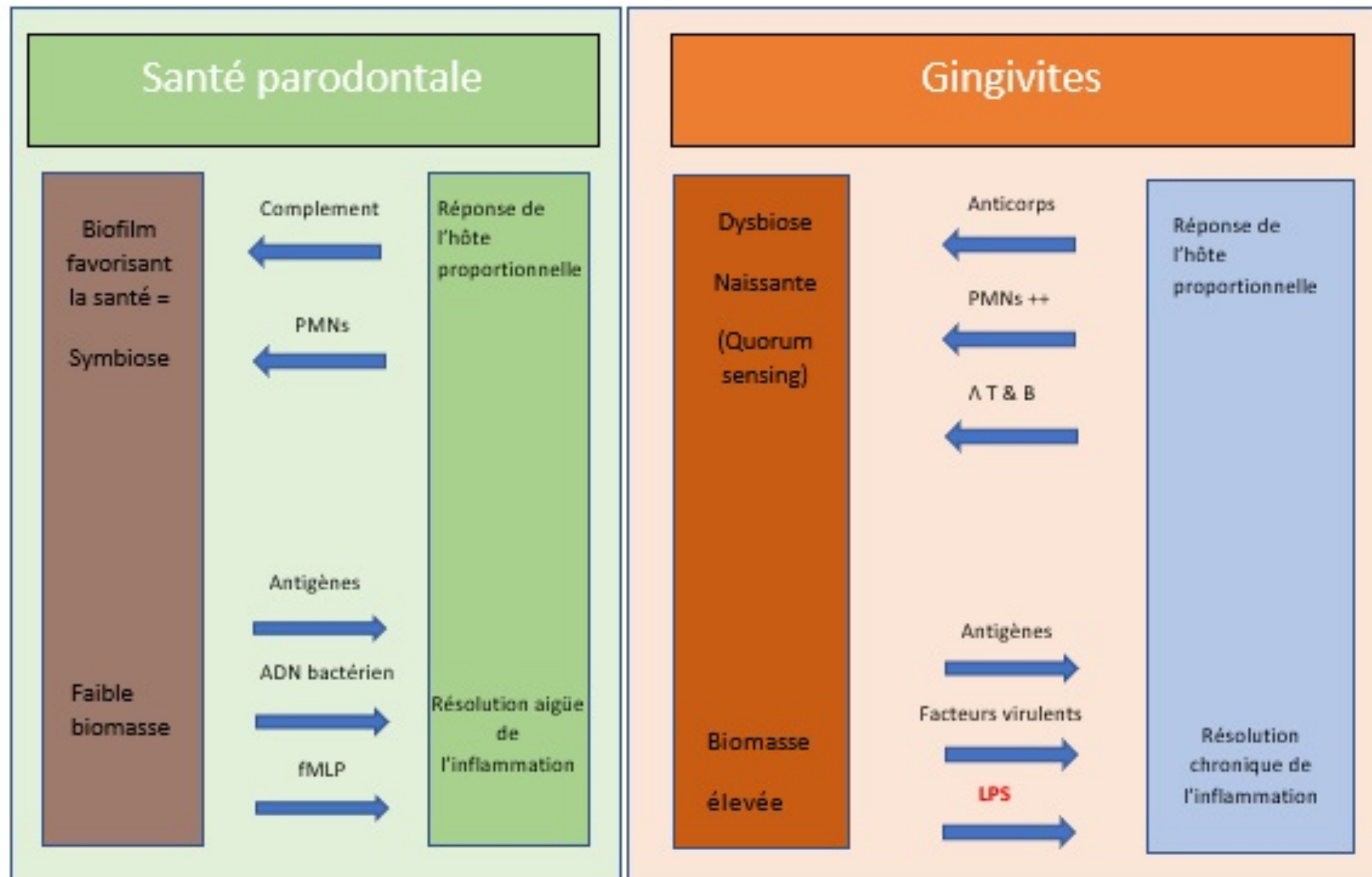


Facteurs de risques comportementaux absents

Facteurs de risques comportementaux présents

Facteurs de risques environnementaux absents

Facteurs de risques environnementaux présents



Différents **facteurs systémiques** viennent modifier la réponse immuno-inflammatoire (maladies endocriniennes, les affections hématologiques, la nutrition, les médicaments)

Facteurs de risques génétiques absents

Facteurs de risques génétiques présents

Effets épigénétiques non évidents

Effets épigénétiques évidents

Parodonte intacte

SAIN

GINGIVITE

Sondage de la perte
d'A

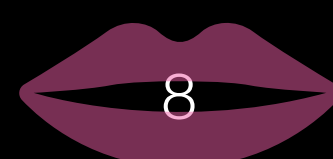
Non

Non

Profondeur sondage
de poches ≤ 3 mm ≤ 3 mmSaignement au
sondage $< 10\%$ Oui ($\geq 10\%$)Alvéolyse
radiologique

Non

Non



Caractéristiques de la gencive	Saine	Pathologique
Couleur	Rose corail	Rouge, lie de vin, violacée
Consistance	Ferme	Lâche, Godet
Texture	Granitée	Brillante
Forme du bord libre	En lame de couteau	Bords arrondis
Profondeur du sillon gingivo-dentaire	0,5 à 3 mm	> 3 mm
Fluide gingival	Absent	Fonction de la gravité de l'inflammation
Tendance au saignement	Nul	Saignement provoqué, spontané

Variations pathologiques gingivales

Couleur :

- De rose pâle, la couleur peut évoluer vers le rouge vif ou rouge violacé.
- Changements marginaux, localisées ou diffus
- La couleur peut ensuite varier au rouge bleuâtre, puis au bleu en raison de la chronicité et de la stase veineuse
- Coloration normale si la composante fibreuse est importante
- Causes générales pouvant modifier la couleur de la gencive :
 - Maladie d'Addison : couleur allant du brun au noir
 - Leucémies : aspect bleuté et cyanotique
 - Grossesse : rouge framboisé

Variations pathologiques gingivales

- **Consistance et texture :**

- Physiologiquement la gencive est ferme et élastique à la palpation
- L'œdème dû au processus inflammatoire rend la gencive molle.
- Signe du godet positif
 - GA perd son aspect granité pour un aspect lisse et vernissé
 - Peut devenir très ferme en cas de fibrose

- **Volume :**

L'augmentation de volume peut être due :

- à des phénomènes inflammatoires seuls, tels la congestion ou l'œdème,
- à des transformations hyperplasiques non-inflammatoires
- Aux deux phénomènes associés

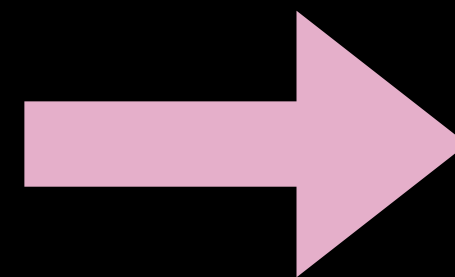
Variations pathologiques gingivales

Contour :

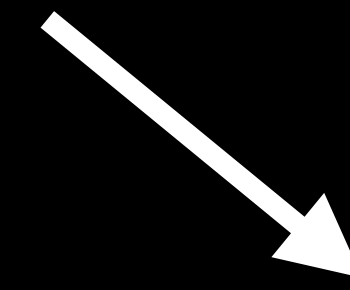
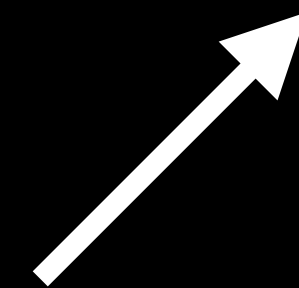
- Le bord libre normalement en lame de couteau s'épaissit, s'arrondit et se détache de la dent
- Festons de Mac Call : collerettes hypertrophiques de la gencive vestibulaire (canine et prémolaire)
- Fissures de Stillman (début récessions et signe d'évolutivité)
- Récessions tissulaires marginales

Toutes ces altérations du contour gingival favorisent les dépôts locaux et donc l'inflammation

Alimentation sucrée



Plaque dentaire



Risque carieux

Risque gingivite



1 Associée au biofilm uniquement

2 Modifiée par des facteurs de risques systémiques ou locaux

3 Modifiée par la prise de médicaments

1 Associée au biofilm uniquement

Signes cliniques = érythème, oedème, saignements

Topographie = Gencive marginale (gingivite marginale) / Papilles (gingivite papillaire)

Localisation = Localisée / Généralisée

↗ Avec l'âge

Santé parodontale

1	A	Santé clinique d'un parodonte intacte	
	B	Santé clinique gingivale chez un patient avec un parodonte réduit	
		i	Patient avec parodontite stabilisée
		ii	Patient ne souffrant pas de parodontite

Gingivite induite par le biofilm de la plaque dentaire

2	A	Associé au biofilm seul	
	B	En rapport avec des facteurs de risque	
		i	Facteur modifiant
		ii	Facteur prédisposant
C	Accroissement gingival influencé par un médicament		

Santé parodontale

1	A	Santé clinique d'un parodonte intacte	
	B	Santé clinique gingivale chez un patient avec un parodonte réduit	
		i	Patient avec parodontite stabilisée
		ii	Patient ne souffrant pas de parodontite

Gingivite induite par le biofilm de la plaque dentaire

2	A	Associé au biofilm seul	
	B	En rapport avec des facteurs de risque	
		i	Facteur modifiant
		ii	Facteur prédisposant
C	Accroissement gingival influencé par un médicament		

2**Modifiée par des facteurs de risques systémiques ou locaux****Facteurs locaux aggravants**

Facteurs anatomiques	Dentaires	Perles et projections émail
		Sillons réticulaires
		Malpositions
		Anomalies émail
	Gingivaux	Freins et brides
		Récessions
	Squelettiques	Malocclusions
Incompétence labiale		
Facteurs physiologiques	Respiration orale	
	Eruption dentaire	
Pathologies dentaires	Fractures / fêlures intrasulculaires	
	Résorptions cervicales	
	Caries	
Facteurs iatrogènes	Non respect attache supra-crestale	
	Surcontours	
	Prothèses amovibles	
	ODF	



TABLE 2 Classification of plaque-induced gingivitis and modifying factors

- A. Associated with bacterial dental biofilm only
- B. Potential modifying factors of plaque-induced gingivitis
 - 1. Systemic conditions
 - a) Sex steroid hormones
 - 1) Puberty
 - 2) Menstrual cycle
 - 3) Pregnancy
 - 4) Oral contraceptives
 - b) Hyperglycemia
 - c) Leukemia
 - d) Smoking
 - e) Malnutrition
 - 2. Oral factors enhancing plaque accumulation
 - a) Prominent subgingival restoration margins
 - b) Hyposalivation
- C. Drug-influenced gingival enlargements



- Diminution de la microcirculation : minoration de la réaction inflammatoire parallèlement à l'effet vasoconstricteur du tabac
- Réduction du saignement au sondage
- Augmentation de TNF α dans le fluide gingival

2 Modifiée par des facteurs de risques systemiques ou locaux

Modifications immunitaires, métaboliques, génétiques, hormonales et nutritionnelles

Gingivite PUBERTAIRE

- ↗ Testorérone
- ↗ Oestradiol

Gingivite MENSTRUELLE

- ↗ Gingival Index à l'ovulation

Gingivite GRAVIDIQUE

- Début : 2e trim
- Infla + marquée



Granulome pyogénique de la grossesse / Epulis gravidique

= lésion inflammatoire hyperplasie en réponse à un facteur irritatif (hémorragique)

Maxillaire > Mandibule Antérieur > Postérieur Vestibulaire > Palatin/Lingual

Si pas de gène (faible dimension) => RAS, HBD détartrage

Si gène => excision chirurgicale mais souvent récidive

Evolution favorable après grossesse

2 Modifiée par des facteurs de risques systemiques ou locaux

Modifications immunitaires, métaboliques, génétiques, hormonales et nutritionnelles

Scorbut
(déficit vit C)



Anti-oxydants



Espèces oxygénées actives libérées par bactéries

- destruction tissulaire (coupure et mutation ADN)
- peroxydation des lipides
- dénaturation et fragmentation des protéines
- libèrent des cytokines pro-inflammatoires

Obésité



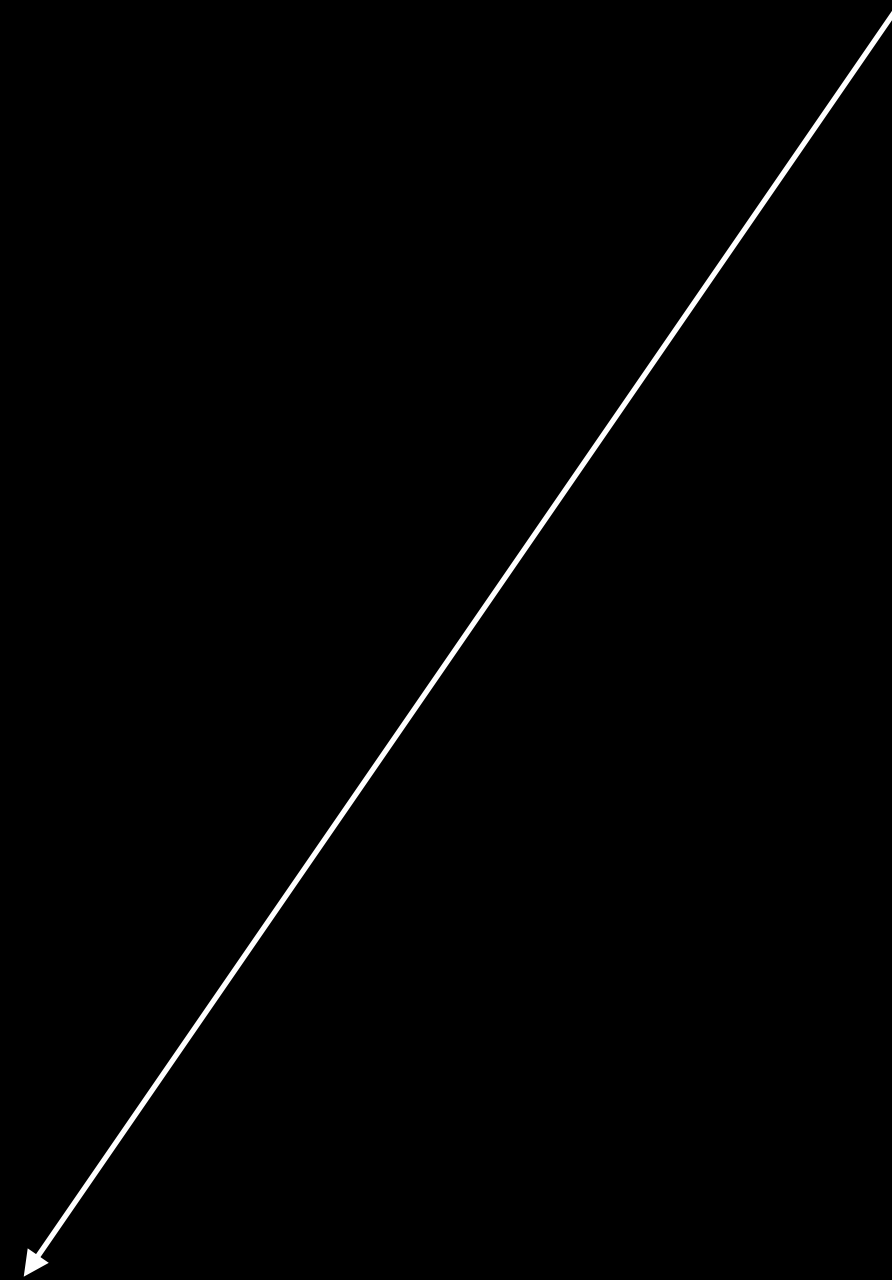
Tissu adipeux



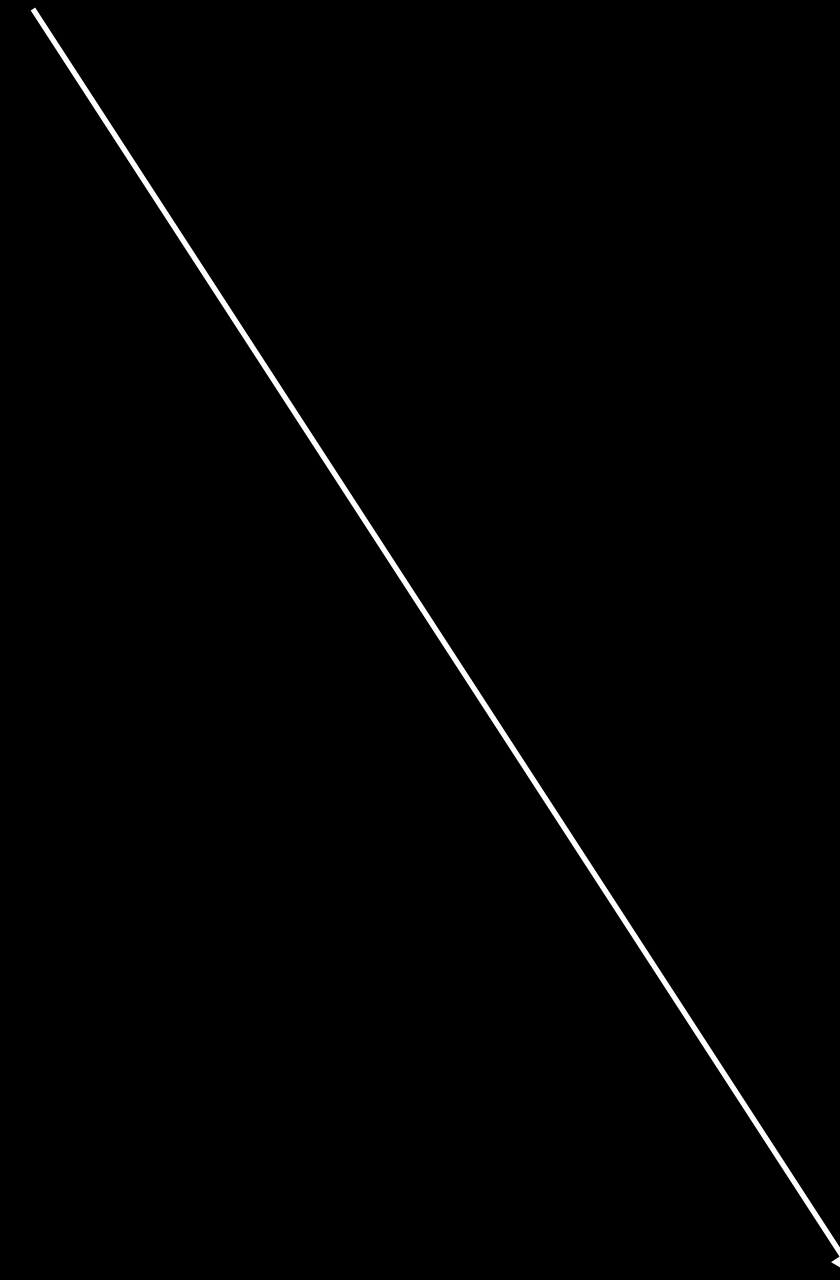
Pro-inflammatoire

3

Modifiée par la prise de médicaments



Accroissement gingival médicamenteux



Gingivite médicamenteuse

Santé parodontale

1	A	Santé clinique d'un parodonte intacte	
	B	Santé clinique gingivale chez un patient avec un parodonte réduit	
		i	Patient avec parodontite stabilisée
		ii	Patient ne souffrant pas de parodontite

Gingivite induite par le biofilm de la plaque dentaire

2	A	Associé au biofilm seul	
	B	En rapport avec des facteurs de risque	
		i	Facteur modifiant
		ii	Facteur prédisposant
C	Accroissement gingival influencé par un médicament		

Accroissement gingival médicamenteux

Traitements antiépileptiques

Le diphénylhydantoïate de sodium ou phénytoïne

Modifie uniquement l'expression de la réaction inflammatoire
Epaississement fibreux gingival avec inflammation secondaire
Peut aller jusqu'au recouvrement de la couronne clinique



Accroissement gingival médicamenteux
Traitements immunosuppresseurs

Ciclosporine

Prévient les réactions de rejet après transplantation d'organe
Aspect en choux fleur, prolifération de tissu conjonctif



Accroissement gingival médicamenteux

Traitements antagonistes calciques

-idine

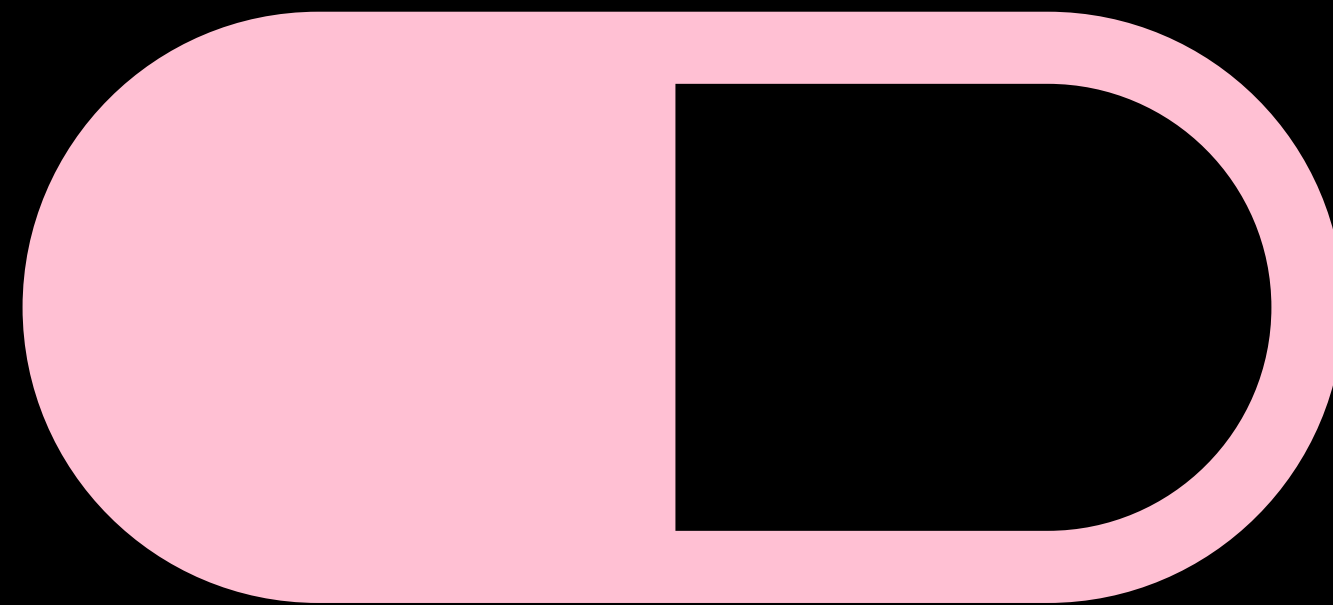
Traitement de l'angine de poitrine et de l'HTA
Mêmes effets sur la gencive que ciclosporine ou phénytoïne
Prévalence nettement inférieure
Relation augmentée par bactéries et l'inflammation engendrée



Gingivite médicamenteuse

Aspect de gingivite desquamative

Béta-bloquants (-olol), sulfamides hypoglycémiants, sels d'or, AINS



DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	B	Origine bactérienne		
		i	a	Neisseria sonorrhoeae
			b	Treponema pallidum
			c	Mycobacterium tuberculosis
			d	Streptococcal gingivitis
		Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
			b	HSV1 HSV2
			c	Varicelle
			d	Molluscum contagiosum
	e		Papilloma virus humain	
	Origine fongique			
iii	a	Candidose		
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose		

La lésion élémentaire

Erythème : gencive souple, d'un rouge soutenu, disparaît à la pression digitale

- *Erythémato-pultacée ou cattharales* : enduit blanchâtre (desquamation épithéliale)
- *Erythémato-oedemateuse* : erythème associé à l'œdème. Perte de souplesse
- *Erythémato-purpurique* : la coloration ne disparaît pas à la pression digitale

Erosion : perte de substance limitée à l'épithélium à bords peu marqués

Ulcérations : perte de substance atteignant la membrane basale à bords peu marqués Nécrose : L'élimination laisse une lésion irrégulière

Vésicule : soulèvement épidermique rempli d'un liquide clair

Bulle : Soulèvement épidermique avec atteinte de la membrane basale

Kératoses

Tumeurs bénignes ou malignes

DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	B	Origine bactérienne		
		i	a	Neisseria sonorrhoeae
			b	Treponema pallidum
			c	Mycobacterium tuberculosis
			d	Streptococcal gingivitis
		Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
			b	HSV1 HSV2
			c	Varicelle
			d	Molluscum contagiosum
		e	Papilloma virus humain	
	Origine fongique			
iii	a	Candidose		
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose		

FIBROMATOSE GINGIVALE HEREDITAIRE

Autosomique dominant

= prolifération fibreuse non inflammatoire de la gencive pouvant recouvrir les couronnes dentaires

Evolution en relation avec éruption dentaire

Gencive volumineuse, ferme et rose foncée => anomalies dentaires



DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	B	Origine bactérienne		
		i	a	Neisseria sonorrhoeae
			b	Treponema pallidum
			c	Mycobacterium tuberculosis
			d	Streptococcal gingivitis
		Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
			b	HSV1 HSV2
			c	Varicelle
			d	Molluscum contagiosum
		e	Papilloma virus humain	
	Origine fongique			
iii	a	Candidose		
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose		

Neisseria sonorrhoeae

Gonococcie = maladie sexuellement transmissible due à *Neisseria gonorrhoeae*



DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	B	Origine bactérienne		
		i	a	Neisseria sonorrhoeae
			b	Treponema pallidum
			c	Mycobacterium tuberculosis
			d	Streptococcal gingivitis
		Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
	b	HSV1 HSV2		
	c	Varicelle		
	d	Molluscum contagiosum		
	e	Papilloma virus humain		
Origine fongique				
iii	a	Candidose		
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose		

Treponema pallidum**SYPHILIS****Iaire**

Chancre syphilitique (génital/labial/gingival)

10%**IIaire**

+ céphalées, fatigue, pâleur, polyadénopathies

IIIaire (tardive)**Rare****Congénitale**

DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire			
A	Désordres génétiques et de développement		
	i	Fibromatose gingivale héréditaire	
	Infections spécifiques		
	i	Origine bactérienne	
		a	Neisseria sonorrhoeae
		b	Treponema pallidum
		c	Mycobacterium tuberculosis
		d	Streptococcal gingivitis
	ii	Origine virale	
		a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
b		HSV1 HSV2	
c		Varicelle	
d		Molluscum contagiosum	
e		Papilloma virus humain	
iii	Origine fongique		
	a	Candidose	
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose	

IMPETIGO

Streptococcal gingivitis

Enfant ++
Débute dans zone péri-buccale



DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	B	Origine bactérienne		
		i	a	Neisseria sonorrhoeae
			b	Treponema pallidum
			c	Mycobacterium tuberculosis
			d	Streptococcal gingivitis
		Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
			b	HHV1 HHV2
			c	Varicelle
			d	Molluscum contagiosum
		e	Papilloma virus humain	
	Origine fongique			
iii	a	Candidose		
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose		

Gingivostomatite herpétique de primo-infection

HHV1 HHV2

90% des plus de 15 ans

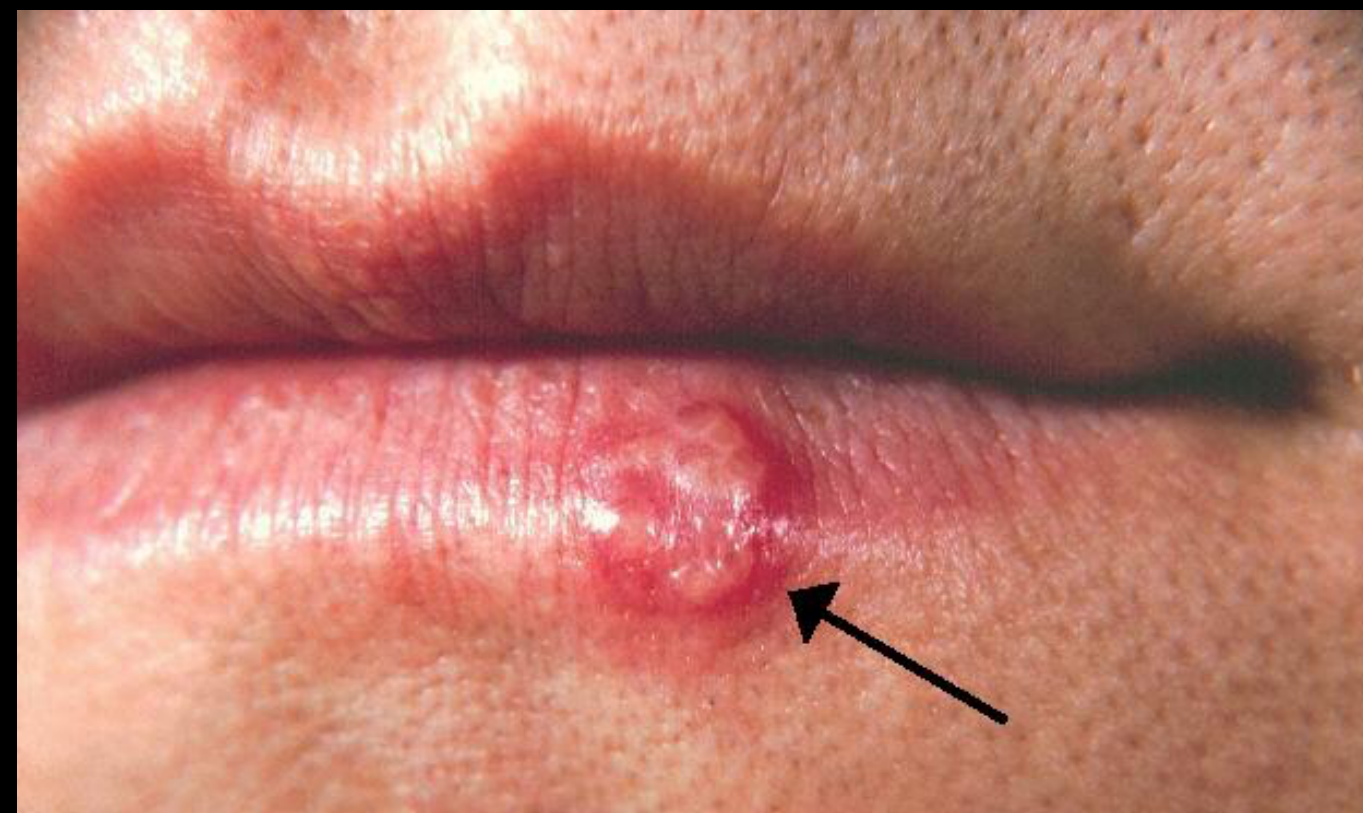


Herpès récurrent

> 30% ayant eu une primo-infection

Lèvre inf ++ (bouton de fièvre)

Vésicule avec liquide blanchâtre qui éclate et contamine les sites adjacents



DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	B	Origine bactérienne		
		i	a	Neisseria sonorrhoeae
			b	Treponema pallidum
			c	Mycobacterium tuberculosis
			d	Streptococcal gingivitis
		Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
			b	HSV1 HSV2
			c	Varicelle
			d	Molluscum contagiosum
		e	Papilloma virus humain	
	Origine fongique			
iii	a	Candidose		
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose		

VARICELLE : primo-infection**ZONA** : récurrence

- Unilatéral, linéaire
- Vésicules à contenu trouble jaunâtre
- Erosions secondaires après ulcérations
- + douleurs/hyperesthésies puis anesthésies
- Trajets nerveux : zona n.maxillaire, n.mandibulaire, n.ophtalmique OU zona trigémellaire total

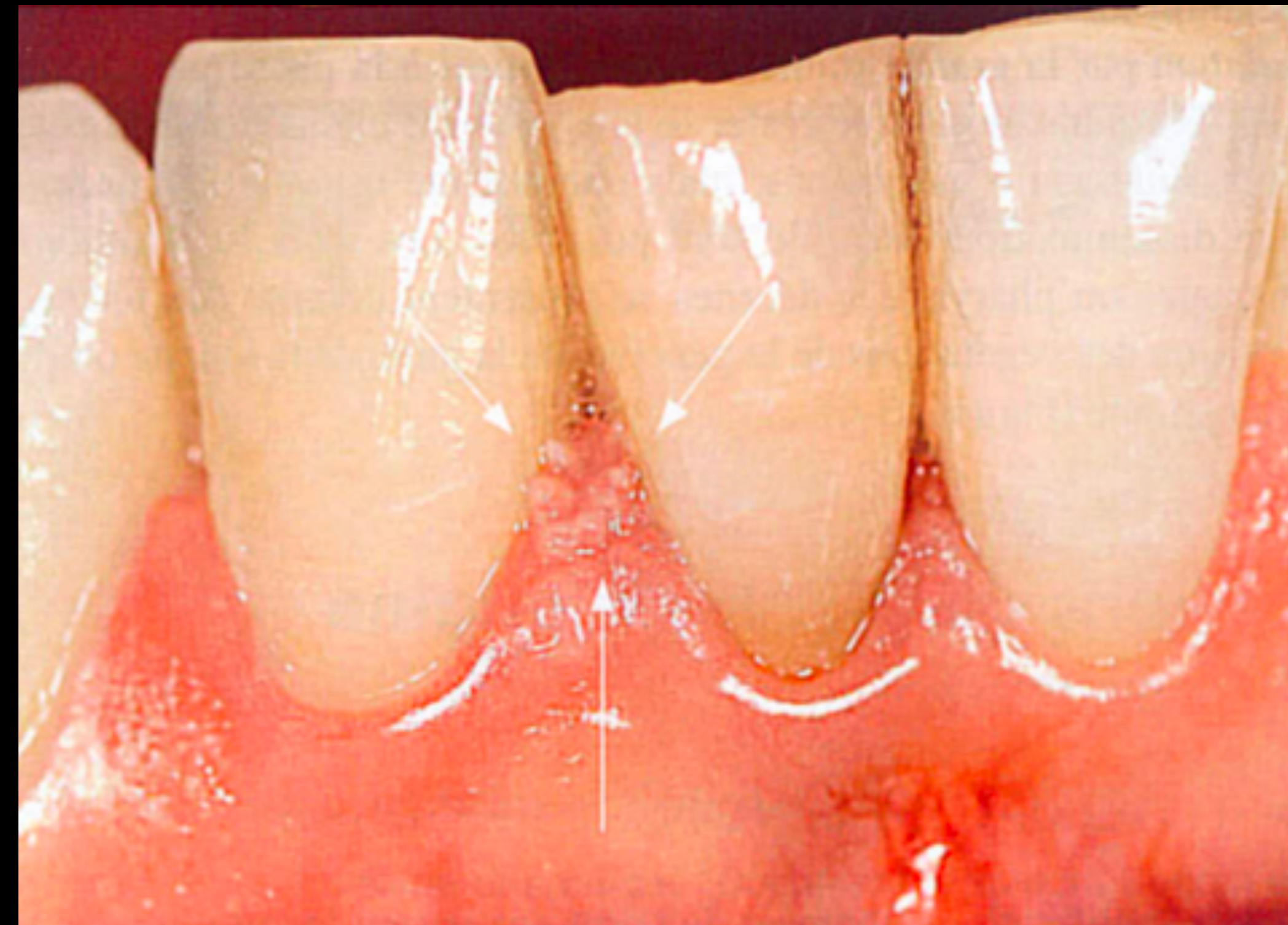


DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	B	Origine bactérienne		
		i	a	Neisseria sonorrhoeae
			b	Treponema pallidum
			c	Mycobacterium tuberculosis
			d	Streptococcal gingivitis
		Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
			b	HSV1 HSV2
			c	Varicelle
			d	Molluscum contagiosum
		e	Papilloma virus humain	
	Origine fongique			
iii	a	Candidose		
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose		

Papilloma virus humain HPV

Papillomes ou Condylomes

Papules hérissées digitiformes



DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	B	Origine bactérienne		
		i	a	Neisseria sonorrhoeae
			b	Treponema pallidum
			c	Mycobacterium tuberculosis
			d	Streptococcal gingivitis
		Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
			b	HSV1 HSV2
			c	Varicelle
			d	Molluscum contagiosum
	e		Papilloma virus humain	
	Origine fongique			
iii	a	Candidose		
	b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose		

Candidose aiguë : muguet

Candida Albicans
Non contagieuse

Sensation goût métallique/brûlures
Enduit blanchâtre détachable au raclage (diagnostic différentiel)
Muqueuse sous jacente érythémateuse

3 formes

- 1) Forme érythémateuse : enduit minime
- 2) Forme pseudo-membraneuse : enduit très épais
- 3) Forme partielle



Candidoses chroniques

Candida Albicans

Diffuses ou en foyers

Enduit blanchâtre adhérent = couche parakératosique

Bilatéraux : Perlèche ou rétro-commissural
Médians : Ouranite / Glossite



DEFINITION	INDUITES PAR LA PLAQUE	NON INDUITE PAR LA PLAQUE	TRAITEMENT	
Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire				
A	Désordres génétiques et de développement			
	i	Fibromatose gingivale héréditaire		
	Infections spécifiques			
	Origine bactérienne			
	i	a	Neisseria sonorrhoeae	
		b	Treponema pallidum	
		c	Mycobacterium tuberculosis	
		d	Streptococcal gingivitis	
	B	Origine virale		
		ii	a	Virus Coxsackie maladie pied main bouche
			b	HSV1 HSV2
			c	Varicelle
			d	Molluscum contagiosum
e			Papilloma virus humain	
iii	Origine fongique			
	iii	a	Candidose	
		b	Autre mycose histoplasmosse aspergillose	

HISTOPLASMOSE A GRANDE FORME

Histoplasma Duboisii

Afrique +++
Inoculation lors d'un trauma
Cutanée ++ mais peut atteindre l'os
Rares formes buccales : ulcérations +++



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

C

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i	a	Allergie de contact
	b	Gingivite à cellule plasma
	c	Erythème multiforme

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

ii	a	Pemphigus vulgaire
	b	Pemphigoïde
	c	Lichen plan
	d	Lupus érythémateux

Lésion inflammatoire granulomateuse

iii	a	Maladie de Crohn
	b	Sarcoïdose

Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

C

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i

a

Allergie de contact

b

Gingivite à cellule plasma

c

Erythème multiforme

ii

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

a

Pemphigus vulgaire

b

Pemphigoïde

c

Lichen plan

d

Lupus érythémateux

iii

Lésion inflammatoire granulomateuse

a

Maladie de Crohn

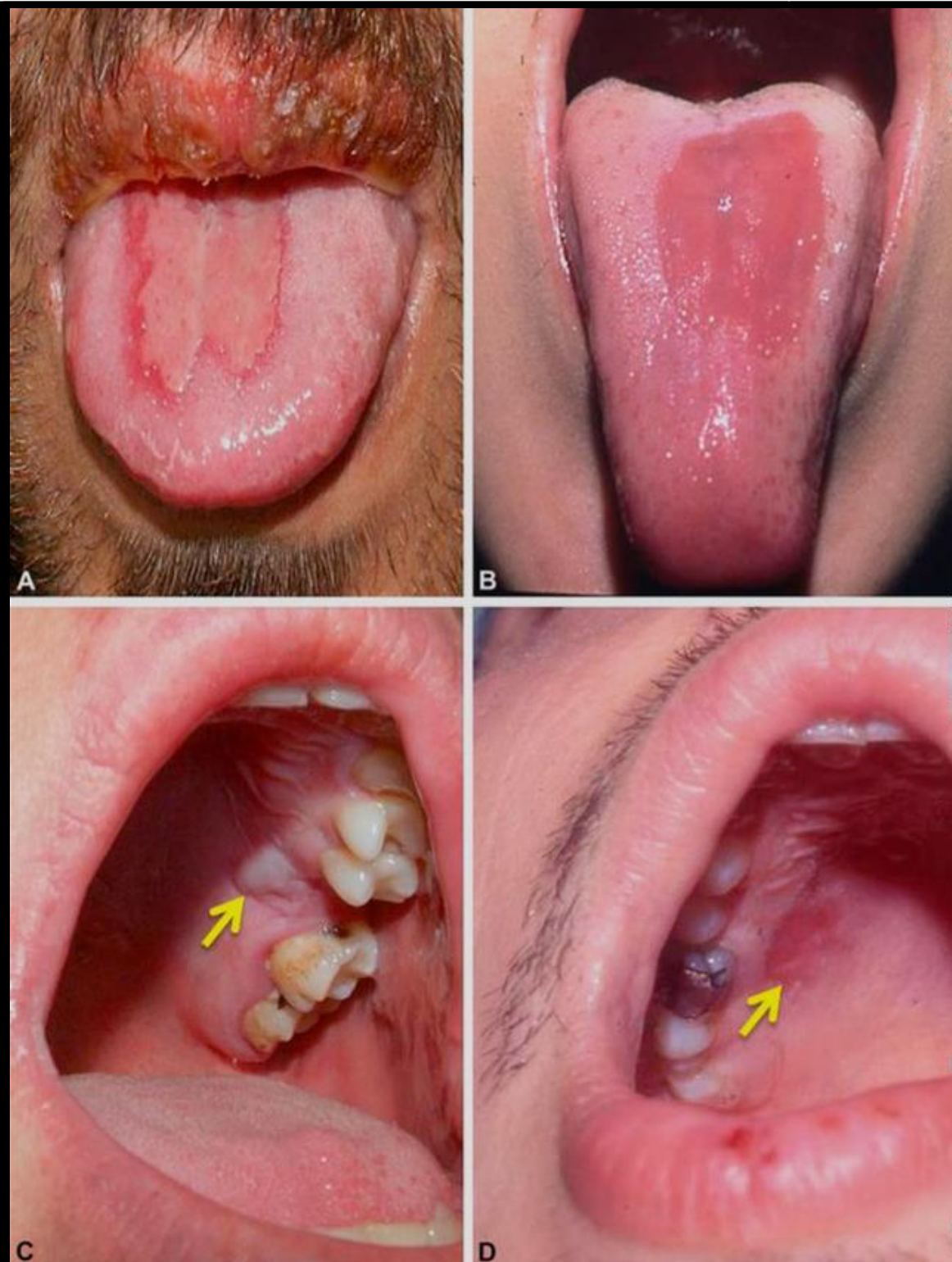
b

Sarcoïdose

Réactions allergiques

Libération d'histamines

Allergie immédiate (type I) ou retardée = urticaire (derme),
oedème de Quincke (+ hypoderme) ou syndrome allergique



TOXIDERMIES BUCCALES = Réactions médicamenteuses

1) Lichénoïdes
(à différencier du lichen plan)

2) Aphtoïdes
(ulcérations)

3) Pigmentaires
(brun grisâtre)

4) Bulleuses

5) Ulcéreuses
(AINS, méthotrexate,
antagoniste angiotensine,
nicorandil (vasodilatateur
coronarien)

6) Végétantes
(iode et brome
=> bulles
confluant en
placards)

7) Hypertrophie gingivale iatrogène

8) Nécroses osseuses
(biphosphonates)

Réactions allergiques

Libération d'histamines

Allergie immédiate (type I) ou retardée = urticaire (derme),
oedème de Quincke (+ hypoderme) ou syndrome allergique

STOMATITES ALLERGIQUES DE CONTACT

= **eczéma muqueux** : érythème étendu + léger oedème

Lèvres > Muqueuse vestibulaire > Face interne joues > Langue > Plancher buccal > Palais et voile > Gencives

Etiologies possibles = produits dentaires (mercure, nickel, résines), matériaux portés à la bouche



Allergie à la cannelle

Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

C

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i	a	Allergie de contact
	b	Gingivite à cellule plasma
	c	Erythème multiforme

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

ii	a	Pemphigus vulgaire
	b	Pemphigoïde
	c	Lichen plan
	d	Lupus érythémateux

Lésion inflammatoire granulomateuse

iii	a	Maladie de Crohn
	b	Sarcoïdose

ERYTHEME POLYMORPHE

Du à agent infectieux

= syndrome (affections cutanéomuqueuses + lésion élémentaire en « cocarde »)

Mineur = peu de signes généraux / Majeur = beaucoup de signes généraux

Topographie : Joues + Langue + Lèvres + Gencives



Syndrome de Stevens-Johnson

EP profus et douloureux avec signes généraux

Cause médicamenteuse : AINS, sulfamides, barbituriques, carbamazépine, pénicillines

VITALE

Syndrome de Lyell (nécrolyse épidermique toxique)

+ décollement



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i	a	Allergie de contact
	b	Gingivite à cellule plasma
	c	Erythème multiforme

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

ii	a	Pemphigus vulgaire
	b	Pemphigoïde
	c	Lichen plan
	d	Lupus érythémateux

Lésion inflammatoire granulomateuse

iii	a	Maladie de Crohn
	b	Sarcoïdose

PEMPHIGUS VULGAIRE

Principale manifestation des maladies auto-immunes caractérisées par perte de cohésion des kératinocytes => bulles dans épithélium

Souvent buccal

Prise médicamenteuse, alimentaires (ail oignon piment), pesticides



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i	a	Allergie de contact
	b	Gingivite à cellule plasma
	c	Erythème multiforme

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

ii	a	Pemphigus vulgaire
	b	Pemphigoïde
	c	Lichen plan
	d	Lupus érythémateux

Lésion inflammatoire granulomateuse

iii	a	Maladie de Crohn
	b	Sarcoïdose

PEMPHIGOÏDE DES MUQUEUSES

- 1) Erythème débutant sur gencive libre, s'étend jusqu'à GA
- 2) Bulles se rompent => érosions à fond fibrineux gris jaunâtre + érythème périphérique

Diagnostic par immunofluorescence directe



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i	a	Allergie de contact
	b	Gingivite à cellule plasma
	c	Erythème multiforme

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

ii	a	Pemphigus vulgaire
	b	Pemphigoïde
	c	Lichen plan
	d	Lupus érythémateux

Lésion inflammatoire granulomateuse

iii	a	Maladie de Crohn
	b	Sarcoïdose

LICHEN PLAN BUCCAL

= dermatose cutanéomuqueuse inflammatoire chronique d'origine dysimmunitaire
A surveiller car évolution maligne possible

≠

Lichen plan buccal INDUIT

Par ttt médicamenteux systémiques ou par restaurations dentaires
Lésions blanches non détachables ou érythémateuses, limitées à la zone de contact



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i	a	Allergie de contact
	b	Gingivite à cellule plasma
	c	Erythème multiforme

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

ii	a	Pemphigus vulgaire
	b	Pemphigoïde
	c	Lichen plan
	d	Lupus érythémateux

Lésion inflammatoire granulomateuse

iii	a	Maladie de Crohn
	b	Sarcoïdose

LUPUS ERYTHEMATEUX

= maladie auto-immune (cutanée, muqueuse et viscérale)



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i	a	Allergie de contact
	b	Gingivite à cellule plasma
	c	Erythème multiforme

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

ii	a	Pemphigus vulgaire
	b	Pemphigoïde
	c	Lichen plan
	d	Lupus érythémateux

Lésion inflammatoire granulomateuse

iii	a	Maladie de Crohn
	b	Sarcoïdose

MALADIE DE CROHN

= maladie inflammatoire granulomateuse chronique
Lésions ulcératives des sillons vestibulaires + oedèmes péri-buccaux
Biopsie évocatrice



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

Affections inflammatoires et immunitaires

Réaction d'hypersensibilité

i	a	Allergie de contact
	b	Gingivite à cellule plasma
	c	Erythème multiforme

Maladies auto-immunes de la peau et des membranes muqueuses

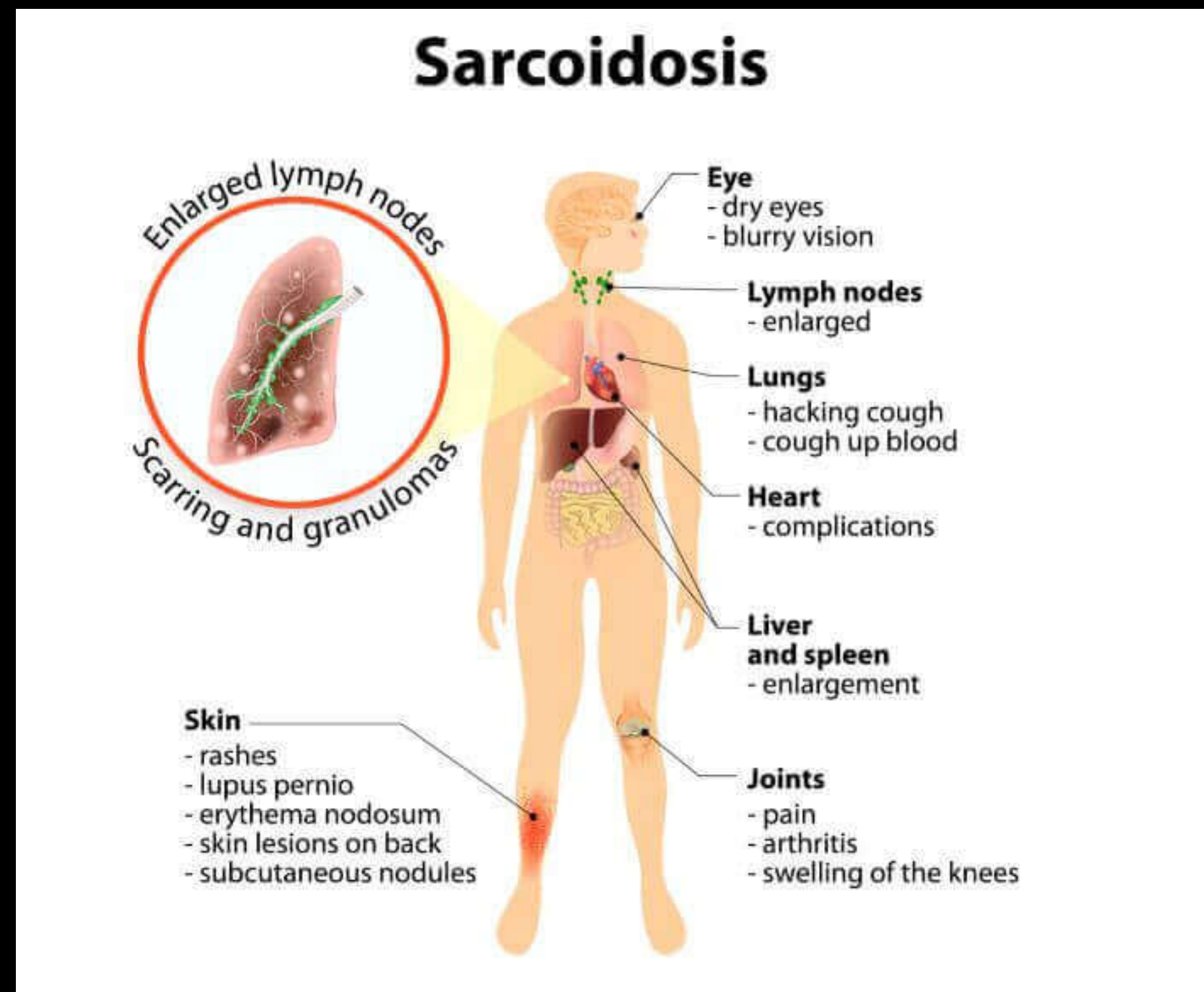
ii	a	Pemphigus vulgaire
	b	Pemphigoïde
	c	Lichen plan
	d	Lupus érythémateux

Lésion inflammatoire granulomateuse

iii	a	Maladie de Crohn
	b	Sarcoïdose

SARCOÏDOSE

= Granulomatose systémique due à un trouble immunitaire non expliqué, pouvant toucher n'importe quel organe (poumons et gg lymphatiques +++)



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

Processus réactionnel

Epulis

D

i

a

Epulis fibreux

b

Granulome fibroblastique calcifié

c

Epulis vasculaire

d

Granulome périphérique à cellule géante

Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

E	Néoplasme		
	Prémalin		
	a	Leucoplasie	
	b	Erythroplasie	
	i	Malin	
		a	Carcinome à cellule squameuse
		b	Infiltration de cellules leucémiques
c	Lymphome Hodgkinien ou non Hodgkinien		
F	Maladies métaboliques nutritionnelles et endocrines		
	i	Déficit en vitamine C	
a		Scorbut	

Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

		Lésions traumatiques	
G	i	Traumatismes physiques et mécaniques	
		a	Kératose de frottement
		b	Ulcération gingivale induite mécaniquement
	c	Blessures factices (auto blessure)	
	ii	Brulure chimique	
	iii	Traumatismes dû à la chaleur	Brulures de la gencives
H	Pigmentation gingivale		
	i	Mélanoplakie	
	ii	Mélanome tabagique	
	iii	Pigmentation induite par médicaments (antimalaria, minocycline)	
	iv	Tatouage amalgame	

LESION TRAUMATIQUE IATROGENE, AUTOMUTILATION OU ACCIDENTELLE

USURES MANIAQUES

Onychophagie
Blessure avec stylo, ongles

AUTOMUTILATIONS

Maladies psychiques
Affections neurologiques
Tics morsures
Perte sensibilité nociceptrice
Maltraitance
Piercings

IATROGENE

Coup de fraise
Morsure suite à AL



Maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque dentaire

		Lésions traumatiques	
G	i	Traumatismes physiques et mécaniques	
		a	Kératose de frottement
		b	Ulcération gingivale induite mécaniquement
	c	Blessures factices (auto blessure)	
	ii	Brulure chimique	
	iii	Traumatismes dû à la chaleur	Brulures de la gencives
H	Pigmentation gingivale		
	i	Mélanoplakie	
	ii	Mélanome tabagique	
	iii	Pigmentation induite par médicaments (antimalaria, minocycline)	
	iv	Tatouage amalgame	

BRULURES CHIMIQUES, PHYSIQUES OU THERMIQUES

Erythème plus ou moins localisée

Application d'un produit caustique ou agressif

- Résines
- Tabac
- Prothèse iatrogène

PREVENTION

DEFINITIONS =

-> Eviter l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou d'incapacités

-> Iaire = vaccin

-> Iaire = dépistage

-> Iaire = éviter complications et récursive

FAITES 32 HEUREUSES AVEC LES RENDEZ-VOUS

Des rendez-vous de prévention et des soins
Pour les enfants de 3, 6, 9, 12 ans et les jeunes de 15, 18, 21 et 24 ans
Offerts par l'Assurance Maladie

PARLEZ-EN AVEC VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE !

ameli.fr

M'T DENTS

Bénéficiez de rendez-vous offerts chez le dentiste, tous les 3 ans, de 3 à 24 ans.

Un rendez-vous, c'est quoi ?

- Le dentiste vérifie la santé des dents et des gencives.
- Le dentiste donne des conseils pour bien s'occuper des dents.
- Si besoin, le dentiste soigne les dents et vous ne le payez pas.

J Clin Periodontol 2015; 42 (Suppl. 16): S71-S76 doi: 10.1111/jcpe.12366

Journal of Clinical Periodontology

Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis

Chapple ILC, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, Madianos P, Lowropoulou A, Machtei E, Donos N, Greenwell H, Van Winkelhoff AJ, Eren Kuru B, Arweiler N, Teughels W, Aimetti M, Molina A, Montero E, Graziani F. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol* 2015; 42 (Suppl. 16): S71-S76. doi: 10.1111/jcpe.12366.

Iain L. C. Chapple¹, Fridus Van der Weijden², Christof Doerfer³, David Herrera⁴, Lior Shapira⁵, David Polak⁵, Phoebus Madianos⁶, Anna Louropoulou², Eli Machtei⁷, Nikos Donos⁸, Henry Greenwell⁹, Ari J. Van Winkelhoff¹⁰, Bahar Eren Kuru¹¹, Nicole Arweiler¹², Wim Teughels¹³, Mario Aimetti¹⁴, Ana Molina⁴, Eduardo Montero⁴ and Filippo Graziani¹⁵

¹Periodontal Research Group & MRC Centre for Immune Regulation Birmingham Dental

MISSION T-DENTS

A la dentiste!

TRAITEMENT INITIAL

Suppression facteurs étiologiques => Thérapeutique étiologique

1

-> **Etiologie principale = Biofilm/Plaque**
Enseignement au contrôle de plaque individuel

Brossage Manuel = Brossage Electrique mais poils souples 20/100e mm

Brossettes interdentaires > Fil dentaire et hydropulseur

Recommandations deux fois par jour matin et soir pendant 2 minutes



TePe Brossettes Interdentaires

Original									
Extra souple									
Angle									
Couleur	Rose	Orange	Rouge	Bleu	Jaune	Vert	Violet	Gris	Noir
Taille ISO (0-8)	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Diamètre du fil (mm)	0.4	0.45	0.5	0.6	0.7	0.8	1.1	1.3	1.5
PHD (mm)	0.6	0.7	0.9	1.1	1.3	1.6	2.0	2.6	3.4

La norme catégorise les brossettes interdentaires au moyen d'une indication de taille (0-8), basée sur le plus petit espace interdentaire dans lequel la brossette passe; passage hole diameter ou PHD.



TRAITEMENT INITIAL

Suppression facteurs étiologiques => Thérapeutique étiologique

1

-> **Etiologie principale = Biofilm/Plaque**

Enseignement au contrôle de plaque individuel

Bains de bouche

A base de Clorexhidine (en % de concentration) ou autres

J Clin Periodontol. 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe.13127. Epub 2019 May 31.

Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses.

Figuro E¹, Herrera D¹, Tobías A², Serrano J¹, Roldán S¹, Escibano M¹, Martín C³.

⊕ Author information

Abstract

AIM: The aim of this **network meta-analysis (NMA)** was to compare the efficacy of different oral hygiene products for chemical biofilm control, in 6-month home-use, randomized clinical trials (RCTs), in terms of changes in gingival index (GI).

MATERIAL AND METHODS: Six-month RCTs assessing GI were identified and screened for inclusion. Relevant information was extracted, and quality and potential risk of bias were estimated. Mean differences between baseline and end were calculated to obtain standardized mean differences (SMDs). NMA protocols were applied to assess direct and indirect comparisons among products using Löe & Silness GI, modified GI and gingival severity index.

RESULTS: Fifty-three papers were included, 19 studies for mouth rinses, 32 for dentifrices, comprising data from 5,775 and 2,682 subjects, respectively. When ranking treatments, similar results were observed for all tested dentifrices, with the lowest effect observed for sanguinarine and baking soda. For mouth rinses, essential oils, triclosan-copolymer, chlorhexidine (at concentrations $\geq 0.10\%$) and cetylpyridinium chloride ($>0.05\%$) demonstrated the greatest effect.

CONCLUSION: Although NMA revealed significant differences when comparing placebo versus some active agents, when comparing among active agents, no differences were found for dentifrices, while mouth rinses containing essential oils showed the greatest effect on GI scores.

© 2019 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd.

KEYWORDS: antiseptic; chemical biofilm control; dentifrice; gingival bleeding; gingival index; gingivitis; mouth rinse; network meta-analyses; systematic review

PMID: 31058336 DOI: 10.1111/jcpe.13127

Tableau 2. Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - études cas-témoins.
	<p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

J Clin Periodontol. 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe.13127. Epub 2019 May 31.

Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses.

Figuero E¹, Herrera D¹, Tobías A², Serrano J¹, Roldán S¹, Escribano M¹, Martín C³.

⊕ Author information

Abstract

AIM: The aim of this network meta-analysis (NMA) was to compare the efficacy of different oral hygiene products for chemical biofilm control, in 6-month home-use, randomized clinical trials (RCTs), in terms of changes in gingival index (GI).

MATERIAL AND METHODS: Six-month RCTs assessing GI were identified and screened for inclusion. Relevant information was extracted, and quality and potential risk of bias were estimated. Mean differences between baseline and end were calculated to obtain standardized mean differences (SMDs). NMA protocols were applied to assess direct and indirect comparisons among products using Löe & Silness GI, modified GI and gingival severity index.

RESULTS: Fifty-three papers were included, 19 studies for mouth rinses, 32 for dentifrices, comprising data from 5,775 and 2,682 subjects, respectively. When ranking treatments, similar results were observed for all tested dentifrices, with the lowest effect observed for sanguinarine and baking soda. For mouth rinses, essential oils, triclosan-copolymer, chlorhexidine (at concentrations $\geq 0.10\%$) and cetylpyridinium chloride ($>0.05\%$) demonstrated the greatest effect.

CONCLUSION: Although NMA revealed significant differences when comparing placebo versus some active agents, when comparing among active agents, no differences were found for dentifrices, while mouth rinses containing essential oils showed the greatest effect on GI scores.

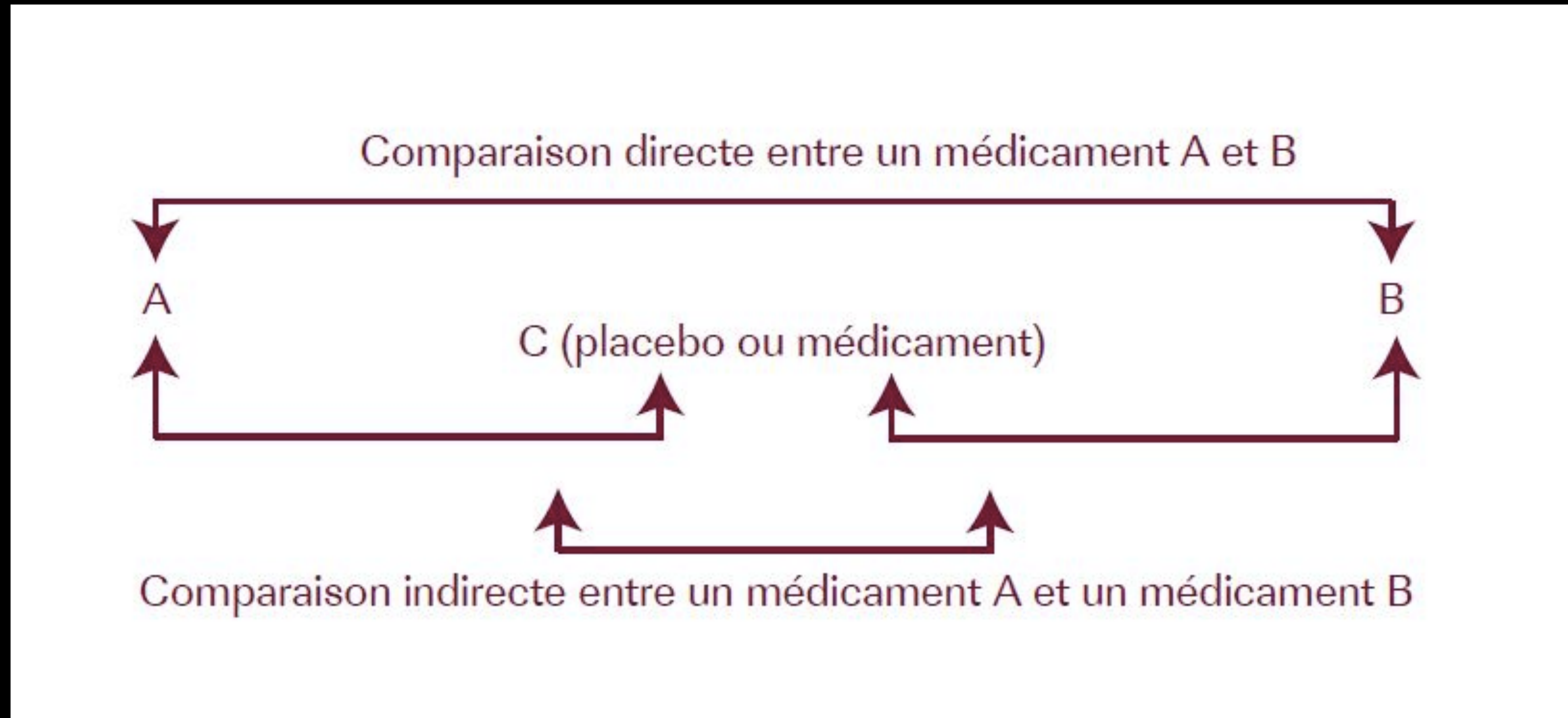
© 2019 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd.

KEYWORDS: antiseptic; chemical biofilm control; dentifrice; gingival bleeding; gingival index; gingivitis; mouth rinse; network meta-analyses; systematic review

PMID: 31058336 DOI: [10.1111/jcpe.13127](https://doi.org/10.1111/jcpe.13127)

Tableau 2. Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).



J Clin Periodontol. 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe.13127. Epub 2019 May 31.

Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses.

Figuero E¹, Herrera D¹, Tobías A², Serrano J¹, Roldán S¹, Escribano M¹, Martín C³.

⊕ Author information

Abstract

AIM: The aim of this network meta-analysis (NMA) was to compare the efficacy of different oral hygiene products for chemical biofilm control, in 6-month home-use, randomized clinical trials (RCTs), in terms of changes in gingival index (GI).

MATERIAL AND METHODS: Six-month RCTs assessing GI were identified and screened for inclusion. Relevant information was extracted, and quality and potential risk of bias were estimated. Mean differences between baseline and end were calculated to obtain standardized mean differences (SMDs). NMA protocols were applied to assess direct and indirect comparisons among products using Löe & Silness GI, modified GI and gingival severity index.

RESULTS: Fifty-three papers were included, 19 studies for mouth rinses, 32 for dentifrices, comprising data from 5,775 and 2,682 subjects, respectively. When ranking treatments, similar results were observed for all tested dentifrices, with the lowest effect observed for sanguinarine and baking soda. For mouth rinses, essential oils, triclosan-copolymer, chlorhexidine (at concentrations $\geq 0.10\%$) and cetylpyridinium chloride ($>0.05\%$) demonstrated the greatest effect.

CONCLUSION: Although NMA revealed significant differences when comparing placebo versus some active agents, when comparing among active agents, no differences were found for dentifrices, while mouth rinses containing essential oils showed the greatest effect on GI scores.

© 2019 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd.

KEYWORDS: antiseptic; chemical biofilm control; dentifrice; gingival bleeding; gingival index; gingivitis; mouth rinse; network meta-analyses; systematic review

PMID: 31058336 DOI: [10.1111/jcpe.13127](https://doi.org/10.1111/jcpe.13127)

0 = Normal gingiva.

1 = Mild inflammation — slight change in color, slight edema. No bleeding on probing.

2 = Moderate inflammation — redness, edema and glazing. Bleeding on probing.

3 = Severe inflammation — marked redness and edema. Ulceration. Tendency to spontaneous bleeding.

Loe Silness 1963

J Clin Periodontol. 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe.13127. Epub 2019 May 31.

Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses.

Figuro E¹, Herrera D¹, Tobías A², Serrano J¹, Roldán S¹, Escribano M¹, Martín C³.

⊕ Author information

Abstract

AIM: The aim of this network meta-analysis (NMA) was to compare the efficacy of different oral hygiene products for chemical biofilm control, in 6-month home-use, randomized clinical trials (RCTs), in terms of changes in gingival index (GI).

MATERIAL AND METHODS: Six-month RCTs assessing GI were identified and screened for inclusion. Relevant information was extracted, and quality and potential risk of bias were estimated. Mean differences between baseline and end were calculated to obtain standardized mean differences (SMDs). NMA protocols were applied to assess direct and indirect comparisons among products using Löe & Silness GI, modified GI and gingival severity index.

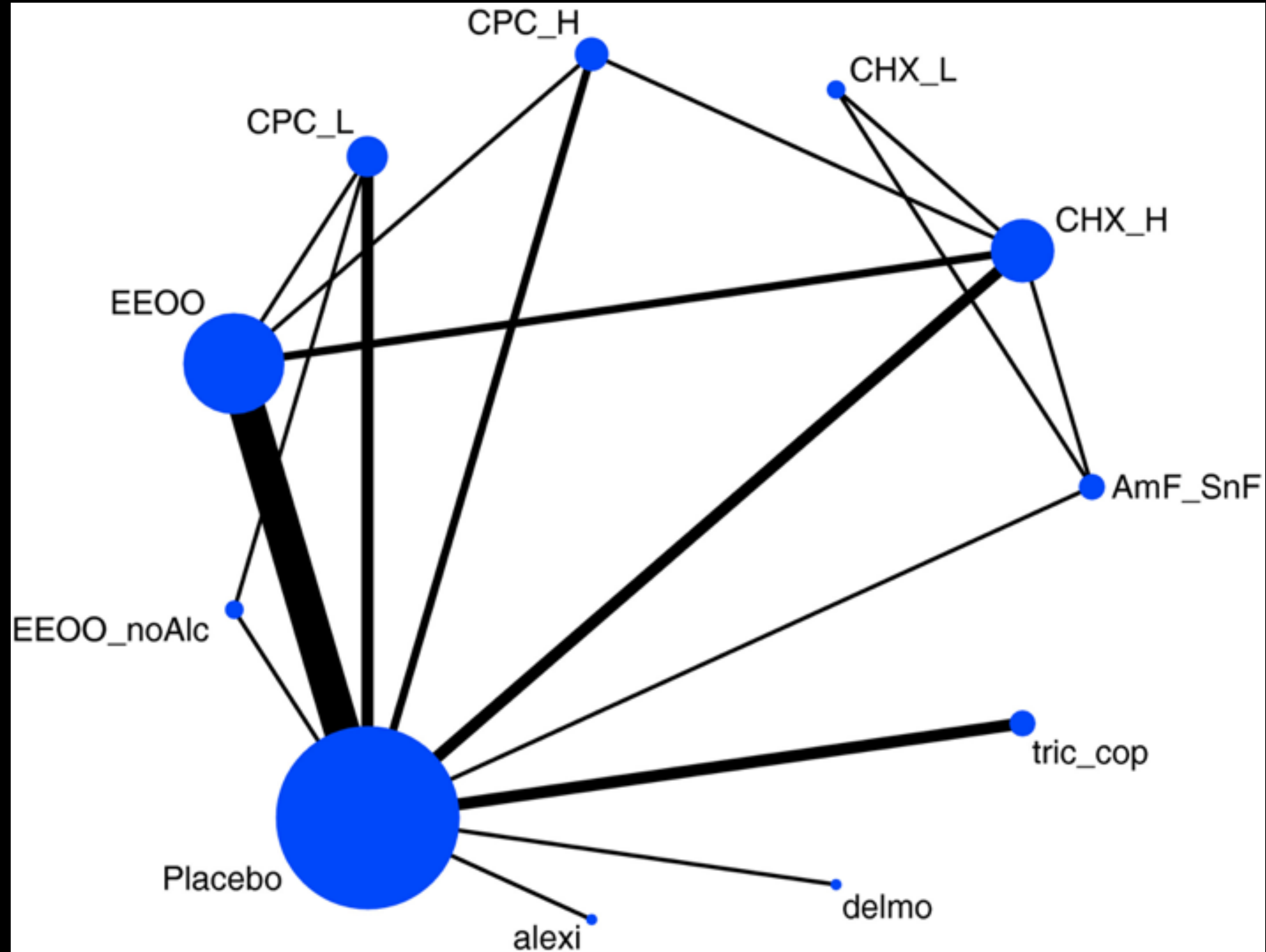
RESULTS: Fifty-three papers were included, 19 studies for mouth rinses, 32 for dentifrices, comprising data from 5,775 and 2,682 subjects, respectively. When ranking treatments, similar results were observed for all tested dentifrices, with the lowest effect observed for sanguinarine and baking soda. For mouth rinses, essential oils, triclosan-copolymer, chlorhexidine (at concentrations $\geq 0.10\%$) and cetylpyridinium chloride ($>0.05\%$) demonstrated the greatest effect.

CONCLUSION: Although NMA revealed significant differences when comparing placebo versus some active agents, when comparing among active agents, no differences were found for dentifrices, while mouth rinses containing essential oils showed the greatest effect on GI scores.

© 2019 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd.

KEYWORDS: antiseptic; chemical biofilm control; dentifrice; gingival bleeding; gingival index; gingivitis; mouth rinse; network meta-analyses; systematic review

PMID: 31058336 DOI: [10.1111/jcpe.13127](https://doi.org/10.1111/jcpe.13127)



J Clin Periodontol. 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe.13127. Epub 2019 May 31.

Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses.

Figüero E¹, Herrera D¹, Tobías A², Serrano J¹, Roldán S¹, Escribano M¹, Martín C³.

⊕ Author information

Abstract

AIM: The aim of this network meta-analysis (NMA) was to compare the efficacy of different oral hygiene products for chemical biofilm control, in 6-month home-use, randomized clinical trials (RCTs), in terms of changes in gingival index (GI).

MATERIAL AND METHODS: Six-month RCTs assessing GI were identified and screened for inclusion. Relevant information was extracted, and quality and potential risk of bias were estimated. Mean differences between baseline and end were calculated to obtain standardized mean differences (SMDs). NMA protocols were applied to assess direct and indirect comparisons among products using Löe & Silness GI, modified GI and gingival severity index.

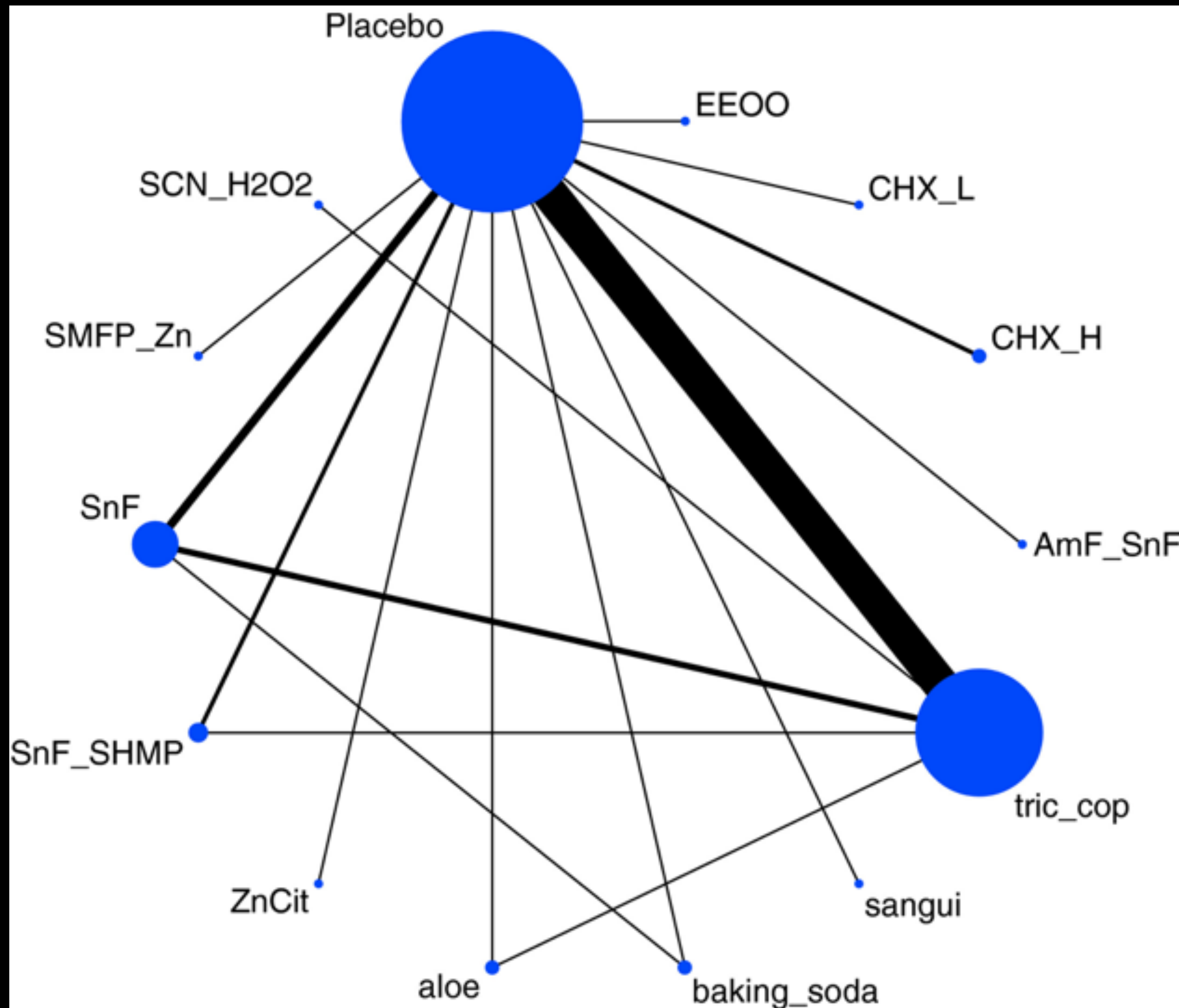
RESULTS: Fifty-three papers were included, 19 studies for mouth rinses, 32 for dentifrices, comprising data from 5,775 and 2,682 subjects, respectively. When ranking treatments, similar results were observed for all tested dentifrices, with the lowest effect observed for sanguinarine and baking soda. For mouth rinses, essential oils, triclosan-copolymer, chlorhexidine (at concentrations $\geq 0.10\%$) and cetylpyridinium chloride ($>0.05\%$) demonstrated the greatest effect.

CONCLUSION: Although NMA revealed significant differences when comparing placebo versus some active agents, when comparing among active agents, no differences were found for dentifrices, while mouth rinses containing essential oils showed the greatest effect on GI scores.

© 2019 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd.

KEYWORDS: antiseptic; chemical biofilm control; dentifrice; gingival bleeding; gingival index; gingivitis; mouth rinse; network meta-analyses; systematic review

PMID: 31058336 DOI: [10.1111/jcpe.13127](https://doi.org/10.1111/jcpe.13127)



J Clin Periodontol. 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe.13127. Epub 2019 May 31.

Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses.

Figüero E¹, Herrera D¹, Tobías A², Serrano J¹, Roldán S¹, Escribano M¹, Martín C³.

⊕ Author information

Abstract

AIM: The aim of this network meta-analysis (NMA) was to compare the efficacy of different oral hygiene products for chemical biofilm control, in 6-month home-use, randomized clinical trials (RCTs), in terms of changes in gingival index (GI).

MATERIAL AND METHODS: Six-month RCTs assessing GI were identified and screened for inclusion. Relevant information was extracted, and quality and potential risk of bias were estimated. Mean differences between baseline and end were calculated to obtain standardized mean differences (SMDs). NMA protocols were applied to assess direct and indirect comparisons among products using Löe & Silness GI, modified GI and gingival severity index.

RESULTS: Fifty-three papers were included, 19 studies for mouth rinses, 32 for dentifrices, comprising data from 5,775 and 2,682 subjects, respectively. When ranking treatments, similar results were observed for all tested dentifrices, with the lowest effect observed for sanguinarine and baking soda. For mouth rinses, essential oils, triclosan-copolymer, chlorhexidine (at concentrations $\geq 0.10\%$) and cetylpyridinium chloride ($>0.05\%$) demonstrated the greatest effect.

CONCLUSION: Although NMA revealed significant differences when comparing placebo versus some active agents, when comparing among active agents, no differences were found for dentifrices, while mouth rinses containing essential oils showed the greatest effect on GI scores.

© 2019 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd.

KEYWORDS: antiseptic; chemical biofilm control; dentifrice; gingival bleeding; gingival index; gingivitis; mouth rinse; network meta-analyses; systematic review

PMID: 31058336 DOI: [10.1111/jcpe.13127](https://doi.org/10.1111/jcpe.13127)

TRAITEMENT INITIAL

Suppression facteurs étiologiques => Thérapeutique étiologique

2

-> **Education th => Maitrise des facteurs systémiques**

Gestion de leur vie et maladie chronique

S'intégrer dans le parcours de soin

Processus continu, accompagner et aider les patients à d'auto-gérer et comprendre leur pathologie



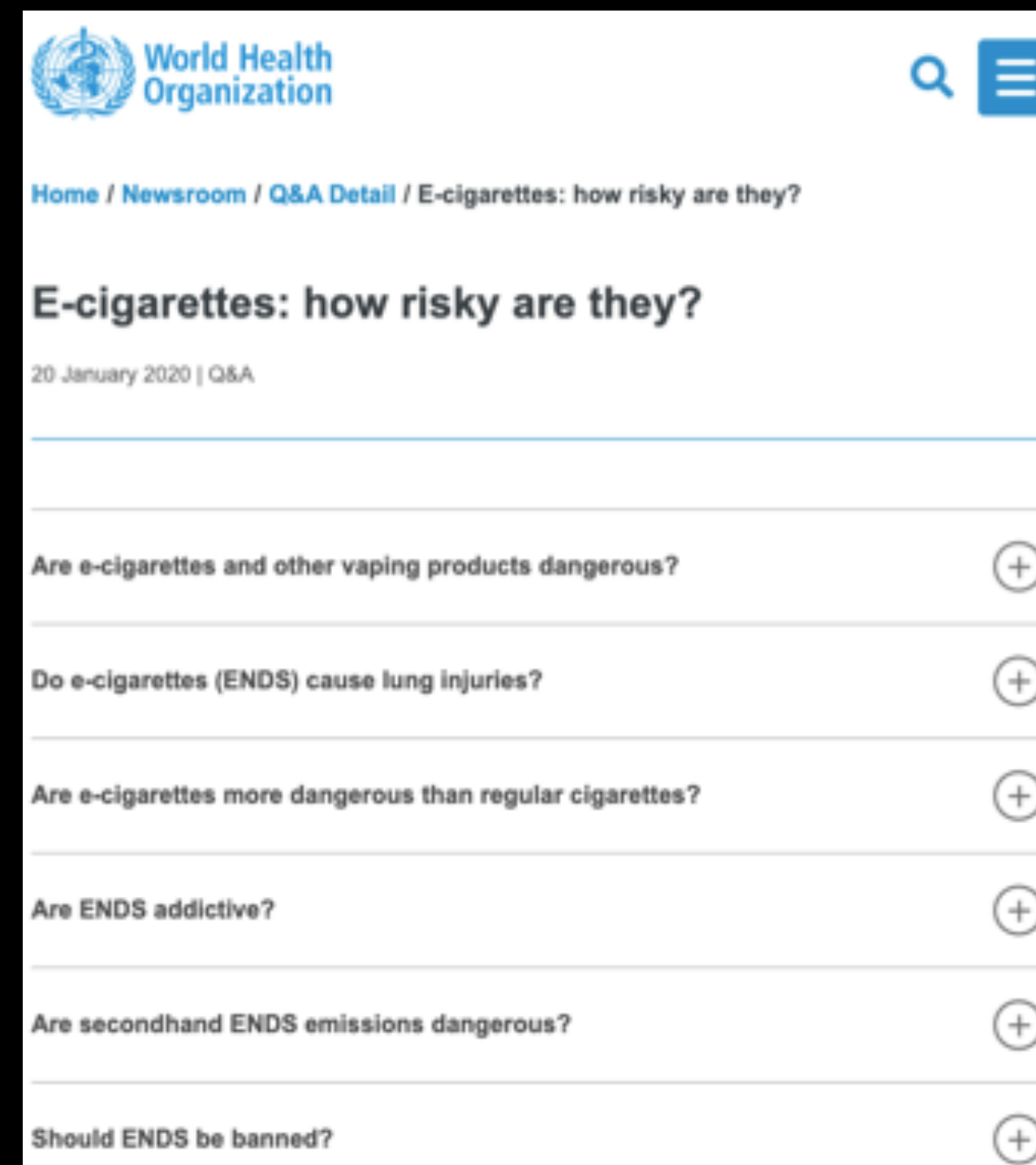
TRAITEMENT INITIAL

Suppression facteurs étiologiques => Thérapeutique étiologique

3

-> Education th => Maitrise des facteurs locaux

Sevrage tabagique : Recommandations 2015 Ask-Advice-Refer approach



TRAITEMENT INITIAL

Suppression facteurs étiologiques => Thérapeutique étiologique

4

-> Elimination des facteurs de rétention de plaque

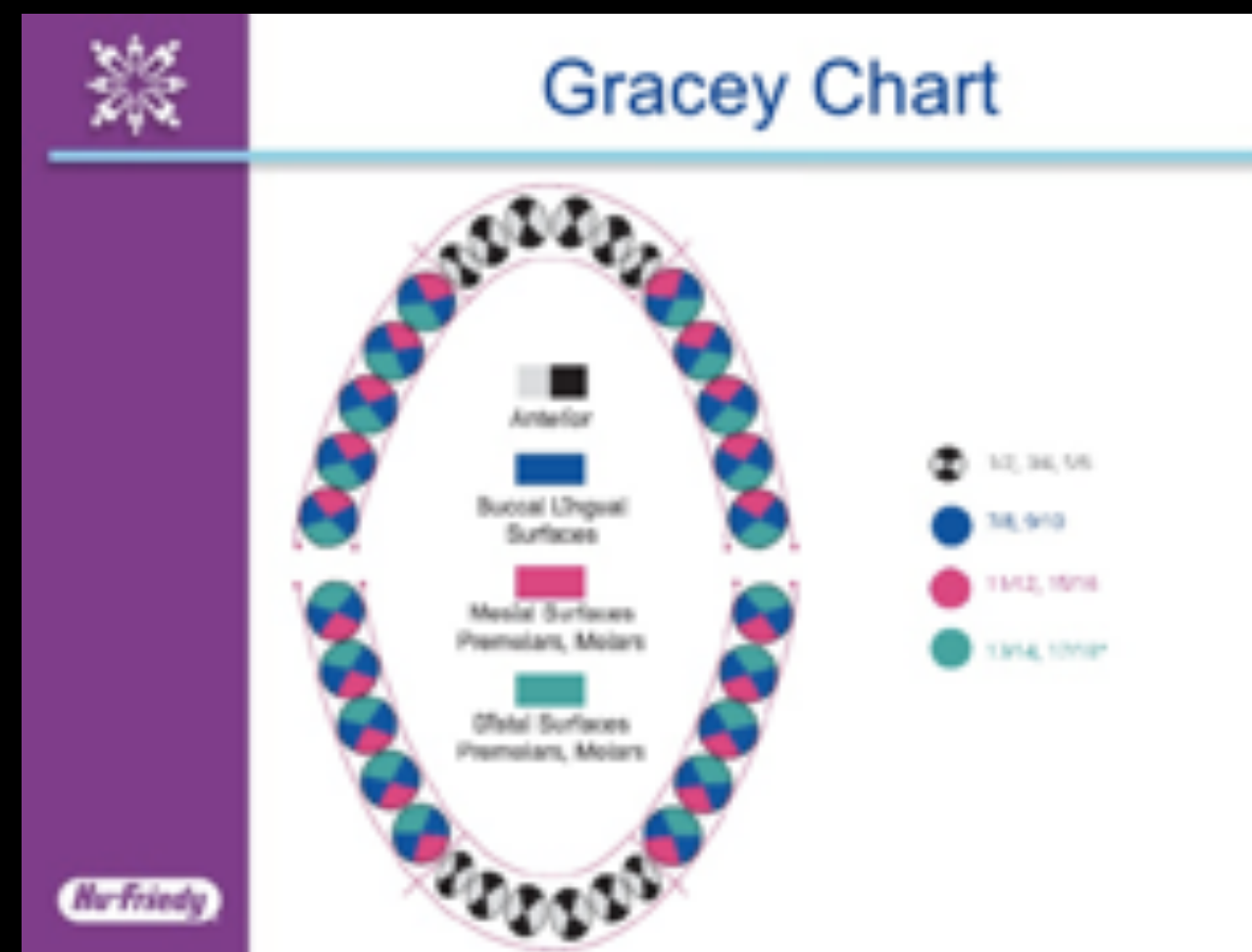


TRAITEMENT INITIAL

Suppression facteurs étiologiques => Thérapeutique étiologique

5

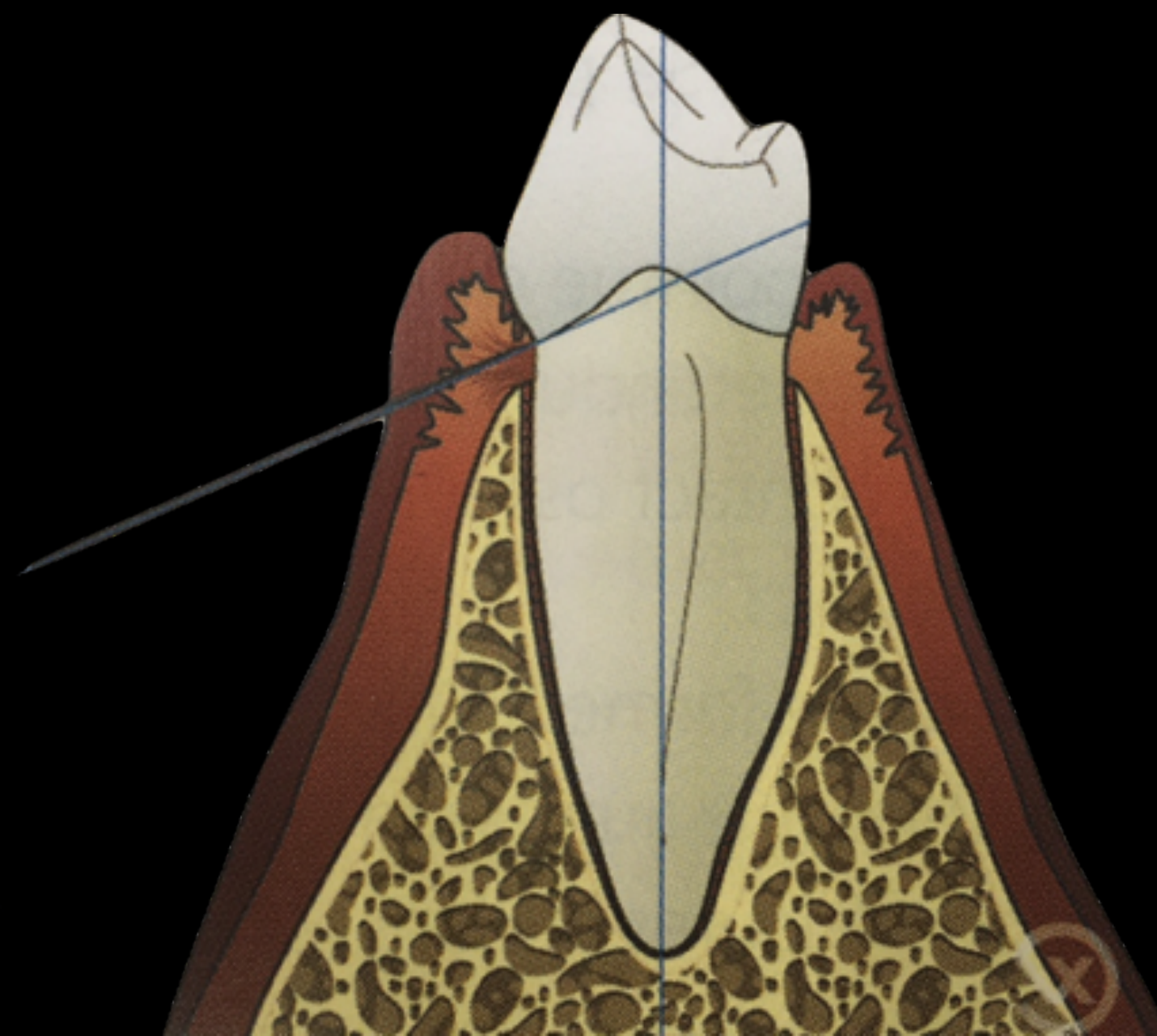
-> Contrôle de plaque professionnel



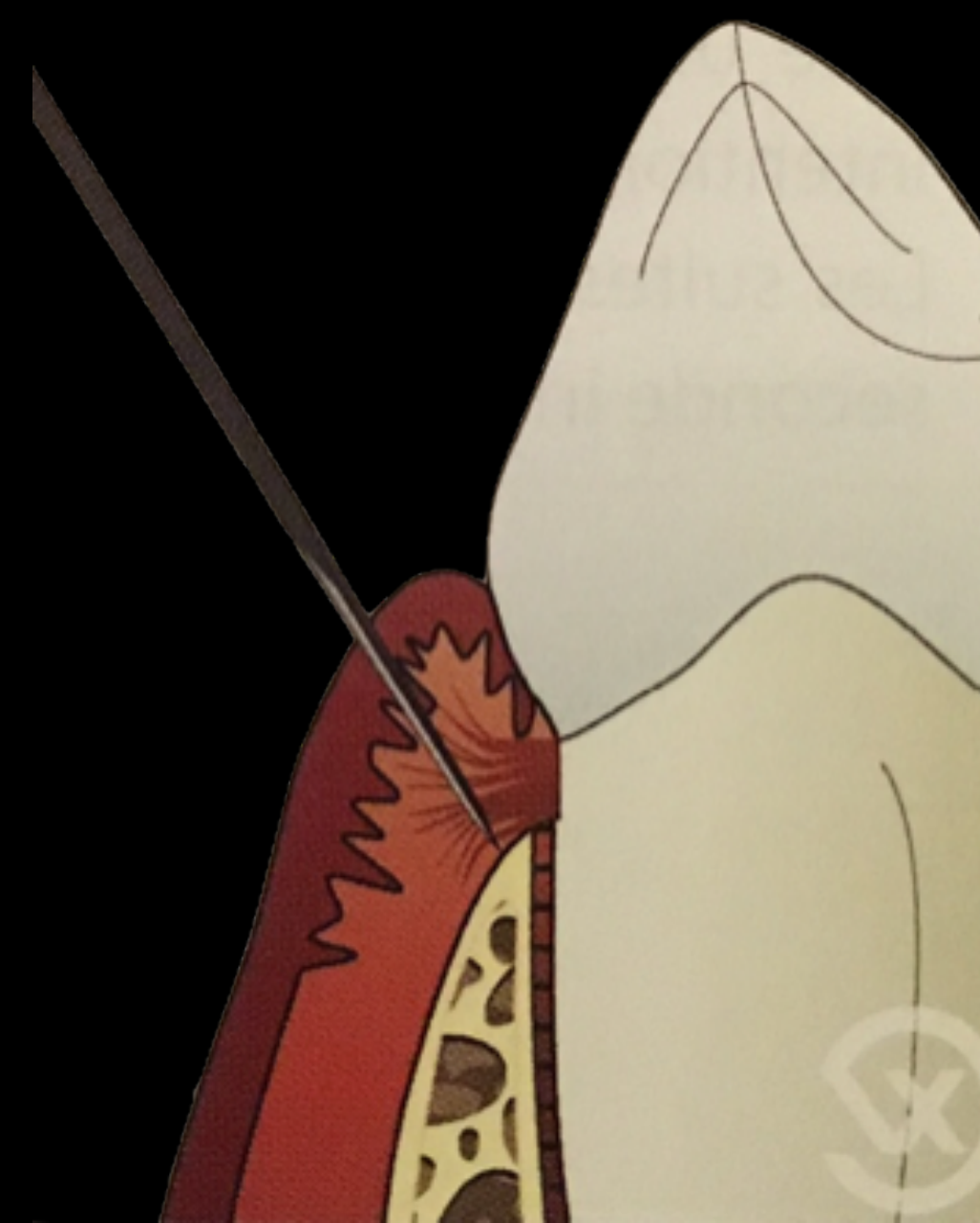
TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

GINGIVECTOMIE

= excision d'une partie de la gencive (souvent hyperplasique)



BISEAU EXTERNE



BISEAU INTERNE

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

GINGIVECTOMIE

= excision d'une partie de la gencive (souvent hyperplasique)



Periodontology 2000, Vol. 9, 1995, 30-54
Printed in Denmark - All rights reserved

Conventional surgical procedures

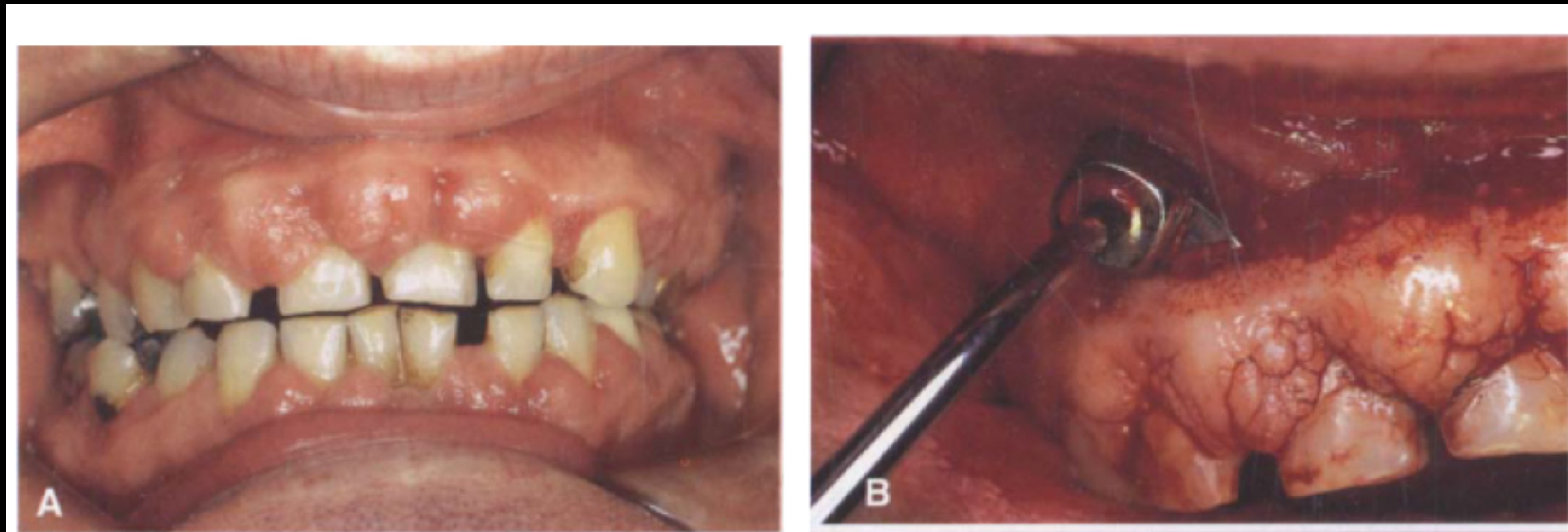
LAVIN FLORES-DE-JACOBY & REINER MENGEL

Copyright © Munksgaard 1995
PERIODONTOLOGY 2000
ISSN 0896-4712

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

GINGIVECTOMIE

= excision d'une partie de la gencive (souvent hyperplasique)



Periodontology 2000, Vol. 8, 1995, 35-54
Printed in Denmark - All rights reserved

Copyright © Munksgaard 1995
PERIODONTOLOGY 2000
ISSN 0966-4713

Conventional surgical procedures

LAVIN FLORES-DE-JACOBY & REINER MENGEL

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

GINGIVECTOMIE

= excision d'une partie de la gencive (souvent hyperplasique)



CASE REPORT

Guided periodontal surgery: a novel approach for the treatment of gummy smile. A case report

Eugenio Longo, DDS
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Sciences and Integrated Diagnostic (DISC),
University of Genoa, Italy

Matteo Rossetti, DDS
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISC),
University of Genoa, Italy
Scientific Coordinator Master in Implantology and Prosthodontics

Luca Murradi, DDS
Private Practice, Italy

Antonio Signore, DDS, PhD
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISC),
University of Genoa, Italy
Professor, BI Sechenov First Moscow State Medical University, Institute of Dentistry,
Faculty of Therapeutic Stomatology, Russia

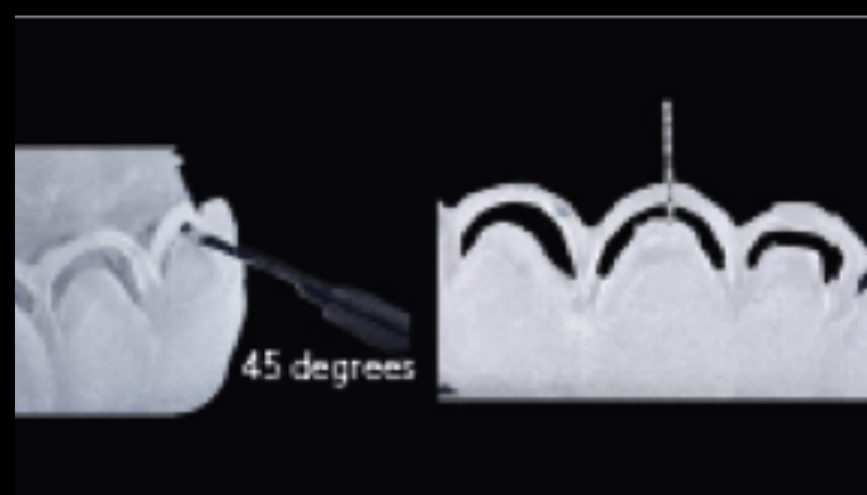
Nicola de Angelis, DDS, DMSc
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISC),
University of Genoa, Italy
Scientific Coordinator Master in Implantology and Prosthodontics
Scientific Coordinator Master in Advanced Aesthetic and Restorative Dentistry
Adjunct Professor, University of Technology, NAMA Department of Dentistry, Malaysia

Correspondence to: Dr.Eugenio.Longo
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISC), University of Genoa, Largo R. Benzi 10,
Genoa, I-16132, Italy; Tel: +39 010230520; Email: eugenio@unige.it

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

GINGIVECTOMIE

= excision d'une partie de la gencive (souvent hyperplasique)



CASE REPORT

Guided periodontal surgery: a novel approach for the treatment of gummy smile. A case report

Eugenio Longo, DDS
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Sciences and Integrated Diagnostic (DISS),
University of Genoa, Italy

Matteo Provaschi, DDS
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISS),
University of Genoa, Italy
Scientific Coordinator Master in Implantology and Prosthodontics

Luca Merzari, DDS
Private Practice, Italy

Antonio Signore, DDS, PhD
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISS),
University of Genoa, Italy
Professor, BI Sechenov First Moscow State Medical University, Institute of Dentistry,
Faculty of Therapeutic Stomatology, Russia

Nicola de Angelis, DDS, DMSc
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISS),
University of Genoa, Italy
Scientific Coordinator Master in Implantology and Prosthodontics
Scientific Coordinator Master in Advanced Aesthetic and Restorative Dentistry
Adjunct Professor, University of Technology, MAMBA Department of Dentistry, Malaysia

Correspondence to: Dr Eugenio Longo
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISS), University of Genoa, Largo R. Benzi 10,
Genoa, 16132, Italy; Tel: +39 010238520; Email: eugenio@unige.it

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

GINGIVECTOMIE

= excision d'une partie de la gencive (souvent hyperplasique)



CASE REPORT

Guided periodontal surgery: a novel approach for the treatment of gummy smile. A case report

Eugenio Longo, DDS
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Sciences and Integrated Diagnostic (DISC),
University of Genoa, Italy

Matteo Rossetti, DDS
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISC),
University of Genoa, Italy
Scientific Coordinator Master in Implantology and Prosthodontics

Luca Merzari, DDS
Private Practice, Italy

Antonio Signore, DDS, PhD
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISC),
University of Genoa, Italy
Professor, BI Sechenov First Moscow State Medical University, Institute of Dentistry,
Faculty of Therapeutic Stomatology, Russia

Nicola de Angelis, DDS, DMSc
Assistant Clinical Professor,
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISC),
University of Genoa, Italy
Scientific Coordinator Master in Implantology and Prosthodontics
Scientific Coordinator Master in Advanced Aesthetic and Restorative Dentistry
Adjunct Professor, University of Technology, MAMBA Department of Dentistry, Malaysia


Correspondence to: Dr Eugenio Longo
Department of Surgical Science and Integrated Diagnostic (DISC), University of Genoa, Largo R. Benzi 10,
Genoa, 16132, Italy; Tel: +39 010230520; Email: eugenio@unige.it

SUIVI ET MAINTENANCE

J Clin Periodontol 2017; 44 (Suppl.18): S85–S93 doi: 10.1111/jcpe.12687

*Journal of
Clinical
Periodontology*

Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases

Søren Jepsen¹ , Juan Blanco², Wolfgang Buchalla³, Joana C. Carvalho⁴, Thomas Dietrich⁵, Christof Dörfer⁶, Kenneth A. Eaton⁷, Elena Figuero⁸, Jo E. Frencken⁹, Filippo Graziani¹⁰, Susan M. Higham¹¹, Thomas Kocher¹², Marisa Maltz¹³, Alberto Ortiz-Vigon⁸, Julian Schmoeckel¹⁴, Anton Sculean¹⁵, Livia M.A. Tenuta¹⁶, Monique H. van der Veen^{17,18} and Vita Machiulskiene¹⁹

¹Department of Periodontology, Operative & Preventive Dentistry, University of Bonn, Bonn, Germany; ²Department of Stomatology, University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain; ³Department for Conservative Dentistry and Periodontology, University Medical Center Regensburg, Regensburg, Germany; ⁴Faculty of Medicine and Dentistry, Catholic University of Louvain, Brussels, Belgium; ⁵The School of Dentistry, University of Birmingham, Birmingham, UK; ⁶Clinic for Conservative

SUIVI ET MAINTENANCE

J Clin Periodontol 2017; 44 (Suppl.18): S85–S93 doi: 10.1111/jcpe.12687

*Journal of
Clinical
Dentistry*

What is the evidence of professional tooth cleaning in the simultaneous management of gingivitis and dental caries?

Professional tooth cleaning as part of a structured prophylaxis programme including oral hygiene instruction and motivation, dietary advice and fluoride application is effective in managing dental caries and gingivitis. As there is limited evidence to determine the most appropriate intervals between recall appointments (Figuro et al. [2017](#)), an individualized risk-based programme is recommended.

What is the evidence of motivational programmes in the simultaneous management of dental caries and gingivitis?

The evidence suggests that motivational programmes alone without PTC tested in studies assessing simultaneously gingivitis and dental caries showed no significant benefits for dental caries and gingivitis (Figuro et al. [2017](#)). Oral hygiene instruction and motivation may lead to a small but significant reduction in plaque and gingivitis after 6 months (Chapple et al. [2015](#)).

caries and periodontal diseases

Regensburg, Regensburg, Germany; ⁴Faculty of Medicine and Dentistry, Catholic University of Louvain, Brussels, Belgium; ⁵The School of Dentistry, University of Birmingham, Birmingham, UK; ⁶Clinic for Conservative

SUIVI ET MAINTENANCE

Critères de réussite

Parodonte intacte	SAIN	GINGIVITE
Sondage de la perte d'A	Non	Non
Profondeur sondage de poches	≤ 3 mm	≤ 3 mm
Saignement au sondage	$< 10\%$	Oui ($\geq 10\%$)
Alvéolyse radiologique	Non	Non

CONCLUSION

Cavité buccale et donc gencive reflet de l'état de santé des patients

Diagnostic différentiel avec Parodontite

Connaissance des éléments cliniques à analyser

Traitements aussi multiples que les étiologies