



Éditorial

Chères Consœurs,
Chers Confrères,

Malgré l'amélioration de la santé bucco-dentaire en France, la carie dentaire reste un problème de santé publique majeur. **En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé précisait que 60 à 90% des enfants scolarisés dans le monde et près de 100% des adultes avaient des caries¹.** Des groupes à risques sont clairement identifiés et nécessitent notre plus grande vigilance. D'ailleurs, vous déployez aujourd'hui tout un arsenal thérapeutique pour mieux dépister, intercepter et préserver au maximum les tissus dentaires et pulpaux. Cette approche conservatrice, garante de l'économie tissulaire, se réalise tout au long de la mise en œuvre du gradient thérapeutique.

Pourtant, elle ne suffira pas, si patient et praticien ne s'impliquent dans une démarche d'approche globale au cœur de laquelle l'éducation thérapeutique du patient (ETP) prend toute sa place. L'objectif de ce numéro d'EluMed spécial cariologie, au travers d'articles sélectionnés et synthétisés pour vous, s'inscrit dans cette dynamique.

Je vous en souhaite une agréable lecture.

Docteur Thomas TRENTESAUX
MCU- PH Odontologie pédiatrique
Université de Lille
Exercice libéral exclusif
en odontologie pédiatrique

¹ OMS. Santé bucco-dentaire. Aide mémoire 2012 ; 318

Cariologie

Qu'il est difficile de choisir quatre articles sur le thème de la cariologie tant la littérature sur le sujet est vaste. Les articles que nous avons sélectionnés pour vous ont pour objectif de vous décrire en quelques mots les recherches actuelles sur le sujet. Un article retenu traite ainsi des lésions précoces et de l'importance de les intercepter le plus rapidement possible, chez l'enfant et le jeune adulte, afin de conserver les tissus dentaires. L'utilisation de topiques fluorés intervient dans cette stratégie de minéralisation et de reminéralisation. Un autre article insistera ainsi sur la disponibilité des fluorures et sur l'intérêt d'adjuvants pour potentialiser l'effet de ces fluorures. Malheureusement lorsque les possibilités de reminéralisation sont dépassées et que la carie progresse, se pose la délicate question du choix entre excavation partielle et excavation totale. La revue Cochrane remet en cause certaines de nos pratiques avec toujours pour objectif de s'inscrire dans une dynamique d'économie tissulaire. Si cette excavation partielle montre des résultats intéressants en denture temporaire et pour des cavités occlusales sur dents permanentes, d'autres recherches sont actuellement en cours pour évaluer les résultats sur le long terme, notamment en cas de restauration de classe 2.

Nous nous interrogerons également sur la pertinence d'appliquer le modèle de la prise en charge des maladies chroniques à la maladie carieuse. Ce nouveau paradigme nous offre en effet de réelles perspectives pour appréhender cette maladie avec une approche biopsychosociale. Cette vision est au cœur de la médecine bucco-dentaire que nous souhaitons proposer à nos patients, des plus jeunes aux plus âgés.

Sommaire

p2 **Extrait de: "Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document"**

p4 **Extrait de "Operative caries management in adults and children?"**
D. RICKETTS, T. LAMONT, N.P.T. INNES,
E. KIDD, J.E. CLARKSON

p6 **Extrait de "Chronic disease management strategies of early childhood caries: support from the medical and dental literature"**
B.L. EDELSTEIN, NG M.W.

p8 **Extrait de "Focus on fluorides: update on the use of fluoride for the prevention of dental caries"**
C.M. CAREY

Extrait de “Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document”

CONTEXTE:

Ce guide de bonnes pratiques est proposé par l'académie européenne de dentisterie pédiatrique suite au congrès de Bruxelles en mai 2015.

OBJECTIF:

À partir de l'analyse de la littérature, proposer des recommandations de bonnes pratiques cliniques.



Fig. 1 - Lésions précoces chez un adolescent de 16 ans. Mise en place de vernis fluoré.



Fig. 2 - Caries précoces chez un enfant de 4 ans.

1 QU'EST-CE QU'UNE LÉSION PRÉCOCE ?

■ Une lésion carieuse précoce est habituellement définie comme une lésion non cavitaire (Figure n°1).

Chez l'enfant, ces lésions doivent être diagnostiquées pendant ou juste après l'éruption des dents de lait. En l'absence de prise en charge et d'intervention préventive, elles évoluent en caries précoces du jeune enfant (Figure n°2).

- En denture temporaire elles touchent les faces vestibulaires des incisives et les surfaces occlusales et proximales des molaires temporaires.
- En denture définitive, elles touchent généralement les surfaces occlusales et proximales des dents postérieures.

2 DIAGNOSTIQUER UNE LÉSION PRÉCOCE

■ La détection est réalisée à partir :

d'un examen clinique rigoureux, sous éclairage et après avoir séché les dents. L'utilisation du système de détection et d'évaluation ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) est recommandée. Les aides optiques, les radiographies (rétrocoronaires) et l'utilisation de la fluorescence ou de la transillumination peuvent aider à poser le diagnostic.

■ Une surveillance est mise en place :

- À intervalles réguliers (6 à 12 mois) en fonction du risque carieux individuel (RCI).
- Des photographies ou l'usage de la vidéo permettent de compléter le dossier du patient.

3 ÉVALUER LE RISQUE CARIEUX INDIVIDUEL (RCI)

L'évaluation du RCI constitue une aide indispensable à la prise de décision thérapeutique et pour définir l'intervalle des visites de contrôle. Il doit être évalué lors de la première visite et régulièrement réévalué.

4 PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS CARIEUSES PRÉCOCES?

■ Cette prise en charge repose sur des traitements les moins invasifs possibles,

garantissant l'économie tissulaire tout en suivant un gradient thérapeutique (traitements non invasifs, micro-invasifs, minimal invasifs) :

A Éducation et prévention

des habitudes inadaptées d'hygiènes alimentaires et bucco-dentaires

B Implication parentale

C Élimination du biofilm bactérien

deux fois par jour à l'aide d'un dentifrice fluoré adapté à l'âge du patient

D Utilisation des fluorures topiques

(bains de bouches fluorés, vernis fluorés) et des pâtes reminéralisantes

E Obturations des puits et sillons

(scelléments de sillons)

F Technique d'érosion infiltration des lésions carieuses débutantes

G Réalisation de microcavités et utilisation de matériaux bioactifs

En France, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations sur l'évaluation du risque carieux². Elle définit deux niveaux de risque: élevé ou faible.

Le patient présente un risque élevé s'il présente au moins un des facteurs de risque individuels suivants :

- Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré
- Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter (aliments sucrés, boissons sucrées, bonbons)
- Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie
- Sillons anfractueux au niveau des molaires
- Présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation
- Présence de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail)

Le patient présente un risque faible s'il ne présente aucun de ces facteurs de risque.

² HAS. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. 2006. Disponible sur www.has-sante.fr

ICDAS: International Caries Detection and Assessment System.

Les critères ICDAS ont été mis au point en 2001 et réactualisés en 2005 (ICDAS 2). L'objectif est de permettre d'obtenir des critères internationaux standardisés afin de comparer les analyses épidémiologiques et les travaux de recherche. Il constitue aussi pour le praticien une aide efficace pour corréler critères de détection, état histologique et décision thérapeutique.

À retenir...

- La détection des lésions précoces constitue une priorité afin de les intercepter le plus rapidement possible et limiter l'atteinte tissulaire.
- Des techniques non invasives ou micro-invasives sont mises en place en fonction du risque carieux individuel du patient et en suivant le gradient thérapeutique.
- Le risque carieux individuel du patient doit être régulièrement réévalué afin d'adapter les stratégies préventives et thérapeutiques.

Extrait de “Operative caries management in adults and children”

CONTEXTE :

Cet article constitue une revue systématique de la littérature effectuée par des chercheurs du groupe Cochrane sur la santé bucco-dentaire.

OBJECTIF :

Comparer l'intérêt du curetage carieux partiel versus un curetage complet en denture temporaire ou définitive.

MATÉRIEL :

Huit essais contrôlés randomisés permettent d'obtenir un panel de 934 participants et 1372 dents (4 essais sur dents temporaires, 3 sur dents définitives et 1 sur dents temporaires et permanentes).

Un essai contrôlé randomisé est une étude dans laquelle les patients sélectionnés sont répartis de manière aléatoire. Un groupe reçoit le traitement à tester. L'autre groupe reçoit le traitement standard ou un placebo. L'étude dure le temps nécessaire pour obtenir les résultats souhaités.

1 ÉVICTION CARIEUSE PAR ÉTAPES (STEPWISE EXCAVATION) VS ÉVICTION COMPLÈTE EN UNE SEULE ÉTAPE (4 ÉTUDES)

■ PRINCIPE :

Cette technique permet de retirer progressivement une carie en deux visites, à quelques semaines d'intervalle*. L'objectif est de permettre une réaction tissulaire à l'origine d'un pont dentinaire entre le plafond pulpaire et le fond de la restauration.

■ RÉSULTAT :

Le retrait par étape d'une carie diminue de 56% l'incidence d'une exposition pulpaire comparé à un curetage complet en un temps.

* dans l'article le délai s'étend selon les études de 4 à 24 semaines. En pratique, un délai minimal de 6 semaines est nécessaire. La radiographie permet d'objectiver la création d'un pont dentinaire. En l'absence de création de ce pont dentinaire, la réintervention est différée.

2 ÉVICTION CARIEUSE PARTIELLE VS ÉVICTION COMPLÈTE (2 ÉTUDES)

■ PRINCIPE :

Cette technique vise à retirer qu'une partie de la dentine infectée (Figure 3) et de la recouvrir par une obturation étanche définitive. Cette étanchéité prive les microorganismes du substrat provenant de la cavité buccale. Le nombre de bactéries diminue, la diversité microbienne devient moins complexe et le processus carieux se stabilise.

■ RÉSULTAT :

L'excavation carieuse partielle diminue l'incidence d'exposition pulpaire de 77% en comparaison avec un curetage complet (Figure 4).

3 ABSENCE D'ÉVICTION CARIEUSE PARTIELLE VS ÉVICTION COMPLÈTE (2 ÉTUDES)

■ PRINCIPE :

En denture permanente, une étude propose d'ouvrir les sillons et les bords de la cavité. La cavité ainsi créée est ensuite obturée par une résine composite. En denture temporaire, une coiffe pédodontique préformée est adaptée directement sur la dent cariée, sans préparation (technique de Hall).

■ RÉSULTAT :

Les études sont trop différentes pour permettre de conclure. Des recherches complémentaires sont nécessaires.

Le groupe Cochrane est une association à but non lucratif.

Son but est d'apporter des informations actualisées de haute qualité sur l'efficacité des interventions en santé. Elle produit notamment des revues systématiques. Ce sont des synthèses des données scientifiques valides retrouvées dans la littérature concernant l'efficacité d'une intervention médicale précise.



Fig. 3 - Eviction carieuse partielle chez un patient de 15 ans



Fig. 4 - Curetage complet d'une lésion carieuse profonde à l'origine d'une exposition pulpaire.

À retenir...

- L'excavation partielle et l'excavation complète par étapes réduisent le risque d'exposition pulpaire sur des dents temporaires et permanentes, cariées, vitales et asymptomatiques.
- Dans le cas d'une excavation partielle, les preuves sont insuffisantes et le suivi trop court (1 an) pour déterminer une différence au niveau du risque de symptomatologie pulpaire et d'échec de la restauration.

“Chronic disease management strategies of early childhood caries: support from the medical and dental literature.”

CONTEXTE:

Ce document constitue un compte rendu de conférence.

OBJECTIF:

Evaluer la manière de prendre en charge les maladies chroniques en médecine et extrapoler le modèle à la prise en charge des caries précoces du jeune enfant.

RAPPEL:

Aujourd'hui, la carie dentaire reste régulièrement appréhendée comme une pathologie aiguë qui requiert un traitement technique essentiellement chirurgical. Même si la prévention et des approches conservatrices se sont largement développées, l'objectif est de montrer que cette pathologie constitue un processus chronique qui nécessite au delà d'une approche technique et préventive classique, une prise en charge des facteurs étiologiques de manière adaptée et individualisée.

1 MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE CHRONIQUE

■ La prévention et la prise en charge des maladies chroniques regroupent un ensemble d'interventions cohérentes, conçues pour prévenir ou prendre en charge un ou plusieurs états chroniques dans le cadre d'une approche structurée et pluridisciplinaire.

■ Elle nécessite de reconnaître 8 éléments :

- 1- un groupe cible
- 2- composé de personnes souffrant de maladies chroniques
- 3- dans le but d'améliorer la qualité des résultats et la qualité clinique
- 4- d'améliorer le rapport coût-efficacité
- 5- par une approche systématique
- 6- basée sur des interventions préventives et curatives
- 7- dans lesquelles l'autogestion du patient est importante
- 8- et qui sont assurées par une

équipe pluridisciplinaire de professionnels.

■ De nombreuses techniques telles que:

- les entretiens motivationnels,
- l'accompagnement,
- les jeux de rôles,
- l'implication des pairs,
- le renforcement positif (...)

visent à impliquer l'enfant et ses parents dans une démarche commune et lever les obstacles aux modifications de comportements.

2 RECONNAÎTRE ET PRENDRE EN CHARGE LA CARIE PRÉCOCE DU JEUNE ENFANT COMME UNE MALADIE CHRONIQUE

■ La carie précoce du jeune enfant touche principalement des groupes à risques issus de population en situation de vulnérabilité.

Au delà des facteurs biologiques, le modèle sociobiologique souligne l'importance des déterminants sociaux, comportementaux, éducatifs et environnementaux.

■ Une démarche éducative doit être associée à une prise en charge médicale (prescription fluorée adaptée, topiques reminéralisants..) et chirurgicale (prise en charge des lésions cavitaires).

Cette éducation ne se résout pas à une simple information, délivrée dans le cadre d'une approche préventive classique. Elle doit permettre de développer des compétences techniques, sociales, organisationnelles pour transformer les intentions d'agir en réelles modifications comportementales.

3 UNE APPROCHE NOVATRICE ET EFFICACE

■ De nombreuses études ont mis en évidence l'intérêt des interventions précoces, répétées, associant éducation et mise en place de topiques fluorés. Le recours aux nouvelles technologies de communication (ex : outils éducatifs sur tablette) montrent également leur intérêt. Par contre peu d'articles discutent de cette approche de la carie précoce du jeune enfant comme maladie chronique même si de nom-

B.L. EDELSTEIN, NG. M.W
Pediatric dentistry V37/n°3 May Jun 2015.

Synthèse* rédigée par le Dr T. **TRENTESAUX**.

*Dans un souci didactique, la forme est adaptée à la ligne éditoriale de la revue, le fond étant scrupuleusement respecté.

L'éducation thérapeutique du patient vise le développement ou le renforcement de compétences et la modification des comportements afin de les rendre compatibles avec une bonne santé bucco-dentaire. L'objectif ultime étant l'amélioration de la qualité de vie de notre patient et de son entourage.

breuses recherches sont en cours. Des expériences sont ainsi menées. Les premiers résultats après 30 mois montrent une diminution du nombre de nouvelles lésions carieuses, une diminution des douleurs et des réinterventions par rapport au groupe témoin.

■ **L'analyse socio économique d'une telle approche s'est avérée positive** avec une augmentation de visites préventives et une forte diminution des visites pour des soins ou des avulsions. Les coûts engagés par rapport aux groupes témoins de référence sont moindres. Cette analyse est à mettre en perspective avec d'autres modèles (asthme, diabète ...) qui ont également démontré leur efficacité et leur rentabilité.

Le plus...

- **En France, la loi HPST³ (Hôpital, patients, santé, territoires) inscrit dans le code de santé publique l'éducation thérapeutique et l'intérêt de mettre en place un parcours de soins coordonnés.**

³ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de "l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires"

**NOUVELLE APPLICATION
ÉDUCATIVE • LUDIQUE • INTERACTIVE**

Mon Raccoon®

Pour que vos jeunes patients apprennent à bien se brosser les dents et à adopter une bonne hygiène alimentaire tout en s'amusant!

Télécharger dans l'App Store

Télécharger sur Google play

Application développée en partenariat avec des enseignants d'odontologie pédiatrique

À retenir...

- **La carie dentaire, reconnue comme pathologie chronique dans les groupes à risques, impose une prise en charge globale, biopsychosociale de notre jeune patient.**
- **Ce modèle de prise en charge de la maladie chronique fait écho au développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en France.**

Extrait de “Focus on fluorides: update on the use of fluoride for the prevention of dental caries”

C.M. CAREY
J Evid Base Dent Pract 2014 ;
14S : 95-102.

Synthèse* rédigée par
le Dr T. TRENTESAUX.

*Dans un souci didactique, la forme est adaptée
à la ligne éditoriale de la revue,
le fond étant scrupuleusement respecté.

CONTEXTE :

L'article fait un point sur l'utilisation des fluorures. Il présente notamment les travaux qui visent à améliorer le rapport dose / efficacité des thérapeutiques fluorées. Ces recherches sont justifiées par l'incidence croissante de fluoroses très légères et légères.

RAPPEL :

Les fluorures sont apportés par deux voies :

- la voie systémique,
- la voie topique. Les fluorures topiques proviennent de sources variées telles que les eaux de boissons, les dentifrices, les bains de bouche ou encore les vernis.

1 LES FLUORURES CONTENUS DANS LES EAUX DE BOISSONS

La fluoruration de l'eau du robinet est pratiquée aux Etats Unis. De ce fait, la consommation totale de fluorures pour les enfants peut souvent être supérieure à la dose optimale. **En France, l'eau du robinet n'est plus fluorée depuis 1985.** En fonction de sa consommation chacun est invité à s'informer de la composition en fluor contenue dans certaines eaux en bouteille. **Les eaux fortement fluorées sont contre indiquées pour la confection des biberons du nourrisson et du jeune enfant.**

2 LIBÉRATION DE FLUORURES PAR LE BIAIS DES DENTIFRICES

■ Il existe trois catégories de fluorures provenant du dentifrice au cours du brossage :

- les ions fluorures libres qui peuvent réagir avec la structure de la dent, interférer avec le métabolisme microbien, être absorbés par la muqueuse buccale
- les composés fluorés libérés ou précipités dans la cavité buccale au cours du brossage, qui libèrent les ions fluorures au fil du temps et contribuent à l'efficacité contre les caries
- les composés fluorés indisponibles qui ne libèrent aucun ion fluorure.

■ De nouvelles stratégies sont en cours d'évaluation et prévoient que des composés fluorés tels que le fluorure de calcium précipitent pendant le brossage, entraînant des expositions plus longues aux fluorures.

L'une des méthodes consistent à saturer la cavité buccale d'une abondance d'ions calcium solubles dans un bain de bouche non fluoré, immédiatement suivi d'un brossage réalisé à l'aide d'un dentifrice fluoré. Cette stratégie permet de doubler la quantité de fluorures présents dans la salive une heure après le brossage par rapport à un dentifrice contenant du NaF, présentant la même concentration de fluor.

3 LIBÉRATION DE FLUORURES PAR LE BIAIS DES BAINS DE BOUCHE

Des recherches similaires sont appliquées pour les bains de bouche. **L'apport de sels de calcium solubles dans le bain de bouche fluoré multiplie par 5 la quantité de fluor dans la salive** 1 heure après le bain de bouche par comparaison à un bain de bouche au NaF contenant la même concentration en fluor.

4 LIBÉRATION DE FLUORURES PAR LE BIAIS DES VERNIS

L'application de vernis fluorés tous les 6 mois en cas de risque carieux élevé permet de réduire l'apparition de nou-

velles caries. Il est actuellement nécessaire de développer les connaissances scientifiques pour mieux comprendre comment les vernis peuvent être efficaces pendant 6 mois, à partir d'une seule application. L'hypothèse principale réside dans le fait que pendant la pose, la salive baigne le vernis et dissout les sels de fluor, permettant aux ions fluorures de se libérer du vernis et d'être absorbés dans les réserves de fluorures des tissus mous, la plaque dentaire et les dents. Au fil du temps, ces réserves libèrent à nouveau les ions fluorures. Le principal effet cariostatique du vernis fluoré est probablement dû à l'action de ces fluorures sur la stabilité chimique de la partie minérale de la dent, en transformant l'émail en fluoroapatite, moins sensible que l'hydroxyapatite.

À retenir...

- L'usage des fluorures topiques permet de réduire le risque carieux individuel. La multiplication des sources doit être prise en compte pour limiter le risque de fluorose.
- L'association de fluorures à des ions calcium potentialise l'efficacité des fluorures.

Opinion

Bien qu'il soit à déplorer une recrudescence des lésions carieuses, notamment chez les jeunes dont la consommation d'aliments cariogènes est importante (en quantité et en fréquence), l'évolution des connaissances et des technologies permettent à ce jour de préserver au mieux les tissus dentaires résiduels et d'assurer une dentisterie a minima, chez l'enfant comme chez l'adulte.

Ainsi, les stratégies de prévention ont été largement renforcées, et sont maintenant bien documentées comme en témoignent les articles sélectionnés par le Dr Thomas Trentesaux. De nouveaux outils diagnostiques, tels que les systèmes optiques utilisant la fluorescence, permettent d'intervenir très précocement. Notre approche thérapeutique a fortement évolué. Des traitements préventifs telle que la reminéralisation des lésions carieuses non cavitaires jusqu'à la bioconservation pulpaire en passant par des interventions a minima (scellement thérapeutique, infiltration résineuse...) sont aujourd'hui à notre disposition. Cette nouvelle dentisterie repose sur une triade complémentaire : une meilleure connaissance des processus biologiques, la mise sur le marché d'une instrumentation adaptée (micro instrumentation rotative, sonoabrasion, ultrasonoabrasion...) et le développement de nouveaux matériaux tels que les silicates tricalciques.

S'appuyant sur le principe de la médecine fondée sur les faits ("evidence based"), les travaux de recherche en odontologie ont apporté des preuves cliniques importantes et permis des avancées telles que celles présentées dans la revue Cochrane. Ainsi, dans certaines situations cliniques et avec la mise en œuvre d'un protocole opératoire adapté, il a été démontré l'intérêt d'une éviction sélective du tissu carieux afin de préserver au mieux la vitalité pulpaire. Ces travaux se poursuivent notamment dans le cadre d'un Projet Hospitalier de Recherche Clinique impliquant un très grand nombre de services hospitaliers français. La recherche est aussi très active dans le développement de matériaux bioactifs. Les principaux axes en sont la lutte antibactérienne, la reminéralisation et la régénération tissulaire. Au vue de l'avancement de ces travaux, notre arsenal théra-

peutique devrait se trouver élargi d'ici peu.

Au delà de ces approches préventives et thérapeutiques, le développement de l'éducation thérapeutique du patient en cariologie offre de nouveaux espoirs. C'est une approche médicale individuelle et personnalisée qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de le rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements et en améliorant sa qualité de vie. Cette éducation concerne le traitement étiologique et non symptomatique de la maladie carieuse. Elle s'adresse à tous nos patients pour lesquels cette pathologie s'inscrit dans la durée: enfants et jeunes adultes, patients atteints de pathologies chroniques (cancer, diabète, HIV...) et qui partagent des facteurs de risques communs avec les pathologies bucco-dentaires, adultes contraints à des changements de vie (étudiants, chômeurs, mobilité professionnelle). Elle s'organise en deux temps: le diagnostic éducatif comprenant notamment, pour la dimension médicale, l'évaluation du risque carieux individuel permettant le cas échéant d'identifier les stades précoces du processus carieux et la mise en œuvre d'un programme personnalisé.

Même si la maladie carieuse est toujours trop présente, force est de constater que nous sommes mieux armés pour y faire face et accompagner le patient dans une démarche globale de soins. Education, prévention et préservation tissulaire devraient faire évoluer notre pratique quotidienne sous réserve d'une modification des consciences collectives et des pratiques professionnelles, d'une prise de conscience politique et d'une valorisation de ces pratiques éducatives.

Pr. Brigitte GROSGOGAT

PU-PH, Faculté d'Odontologie & Hospices Civils de Lyon, Vice-Président de la Société Francophone de Biomatériaux Dentaires, Investigatrice coordinatrice du Projet Hospitalier de Recherche Clinique DECAT.

Pr. Dominique SEUX

PU-PH, Faculté d'Odontologie & Hospices Civils de Lyon, Présidente du Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice.

DECAT (DEep CAries Treatment), projet collaboratif initié par la Société Francophone de Biomatériaux Dentaires, réunit 13 services hospitaliers d'Odontologie (Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Nantes, Nice, Paris Charles Foix, Paris Mondor-Chenevrièr, Paris Rothschild, Paris La Pitié Salpêtrière, Rennes, Toulouse) et 2 cabinets libéraux. L'objectif principal est de comparer deux techniques d'éviction du tissu carieux dans le traitement des lésions carieuses profondes : le curetage dentinaire partiel en un temps et le curetage dentinaire complet. Il a aussi pour objectif secondaire de comparer l'efficacité de deux adhésifs dont l'un possède des propriétés antibactériennes. Le protocole détaillé est disponible sur le lien : <http://1.usa.gov/1Xbdsky>

ELGYDIUM

PROTECTION CARIES



Preuves à l'appui

Dentifrice au Fluorinol® :

5 fois plus de fluor fixé dès la 1^{ère} minute de contact par rapport à un fluor minéral ⁽¹⁾

98 % des sujets pensent que leurs dents sont protégées efficacement ⁽²⁾

(1) Testé in vitro - (2) Test de tolérance et d'efficacité réalisé sous contrôle dentaire sur 44 sujets pendant 28 jours

Disponible en pharmacie et parapharmacie

www.laboratoireelgydium.com

Pierre Fabre
ORAL CARE


Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT

EluMed

EluMed est une publication de
Pierre Fabre Oral Care

45 place Abel Gance
92100 Boulogne
France

Direction de la publication:
Dr Jean-Philippe GATIGNOL
jean.philippe.gatignol@pierre-fabre.com

Conception graphique:
JB-CONSEIL

Impression:
SIA

805520

Pierre Fabre
ORAL CARE

EluMed

N°4 AOÛT 2016 • Cariologie **P10**