

Clinic

LE MENSUEL DE L'OMNIPRATICIEN EN MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE

L'espace interdentaire: Réalités et Défis

Numéro spécial réalisé avec le soutien institutionnel de **Pierre Fabre**
ORAL CARE



ÉDITORIAL

3 Réalités et défis de l'espace interdentaire

PIERRE-MARIE VOISIN

LA FORMATION SCIENTIFIQUE

4 Restauration

Faut-il s'intéresser à l'espace proximal ?

ROMAIN CHERON

6 Hygiène orale

L'espace interdentaire : exigences cliniques

ALEKSANDAR DAKIC

8 Protocoles et étude

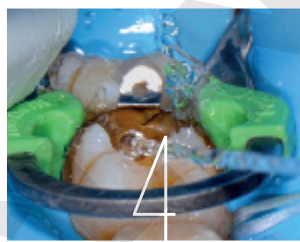
Antiseptie péri-opératoire et espace interdentaire

STANISLAVA SHULEVA

10 Focus produit

Nettoyage des espaces interdentaires dans la parodontite chronique

WITOLD JURCZYŃSKI, BARBARA RYBA, MONIKA BRZOSKA





Pierre-Marie VOISIN
Chirurgien-dentiste
Responsable Medico-Marketing
Département Médical Pierre Fabre Oral Care

Réalités et défis de l'espace interdentaire

Le congrès de l'ADF est le rendez-vous annuel de la profession. Nous voulions cette année y traiter de manière approfondie de l'espace interdentaire, préoccupation quasi-quotidienne dans votre pratique clinique.

L'espace interdentaire, faut-il s'y intéresser ? Le Docteur Romain Cheron, ancien assistant hospitalo-universitaire à Paris V et qui exerce à Genève, nous expose les exigences indispensables à la restauration de cet espace en méthode directe par un matériau composite.

Qu'il soit restauré ou non, l'espace interdentaire est une zone fondamentale pour la santé parodontale. Le Docteur Aleksandar Dakic, assistant hospitalo-universitaire à Paris VII, nous parle de l'importance de cet espace dans la prise en charge parodontale et implantaire, notamment pour ce qui concerne l'hygiène.

Enfin, le Docteur Stanislava Shuleva, de Sofia, présente les résultats d'une étude observationnelle sur les habitudes des praticiens en termes de recommandation anti-bactérienne péri-opératoire dans 4 pays européens. Elle montre également qu'en ce qui concerne l'espace interdentaire, de très bons résultats sont obtenus par l'addition d'un bain de bouche antiseptique et d'un gel à la chlorhexidine.

Que vous ayez pu assister ou non au symposium « L'espace interdentaire : réalités et défis », vous trouverez dans ce numéro de la revue Clinic l'essentiel des interventions de nos conférenciers. Nous espérons surtout que vous y trouverez les informations utiles pour votre pratique.

Bien confraternellement,



Romain CHERON

Master 2 de Biomatériaux
et génie médical
Ancien assistant hospitalo-universitaire
Exercice libéral
Quai Gustave Ador, 2
1207 Genève - Suisse

De nombreux systèmes sont proposés aujourd'hui pour palier cette problématique et obtenir un résultat prédictif [1]. Il en ressort que les systèmes du type « matrice sectorielle galbée - coin - anneau séparateur » semblent offrir un protocole simple et reproductible pour reconstituer la face proximale en respectant le galbe et l'efficacité du point de contact [2].

La matrice

Si le rôle et la manipulation de la matrice semblent évidents, il est important de garder à l'esprit l'intérêt de la forme galbée pour la physiologie et la fonction du contact proximal [3]. Par ailleurs, l'avantage est donné aux matrices sectorielles plutôt que circonférentielles

Faut-il s'intéresser à l'espace proximal ?

Supplantant l'amalgame, les composites offrent des avantages indéniables sur le plan esthétique mais également sur le plan biomécanique. Pourtant, l'obtention d'un contact proximal physiologique peut parfois constituer une difficulté substantielle.

pour limiter l'encombrement et optimiser l'accès visuel et instrumental. De nombreux industriels proposent aujourd'hui ces matrices sectorielles métalliques avec plusieurs hauteurs et concavités.

Le coin et l'anneau

Comment les manipuler ? Si de nombreux articles détaillent le protocole de stratification [4], peu s'attardent sur la manière de positionner le coin et l'anneau. C'est pourtant le paramètre clé de l'adaptation finale des restaurations proximales.

Le coin et l'anneau peuvent potentiellement jouer un rôle de plaquage de la matrice et d'écartement des dents. Une répartition de ces rôles pourrait ainsi simplifier la manipulation, attribuant principalement au coin le rôle de plaquage en cervical et à l'anneau celui d'écartement des dents.

Le coin peut bien sûr être inséré en force pour aider à l'écartement des

dents mais la mise en place « en douceur » est souvent bien plus aisée et limite le risque de déformation de la matrice. En effet, l'insertion en force, outre le fait qu'elle est très désagréable, voire douloureuse pour le patient, peut altérer le galbe de la matrice. Or cette déformation, si elle ne peut pas être corrigée par brunissage, endommage de façon irrémédiable le profil proximal. L'écartement est donc principalement assuré par l'anneau séparateur. C'est alors la force de rapprochement des mors qui provoque, par réaction, la séparation de la dent restaurée et de sa collatérale. Cette force est d'ailleurs très facilement objectivable en observant la déformation que l'anneau imprime au coin ; elle suffit ainsi largement à compenser l'épaisseur de la matrice.

Quel type de coin ?

Il existe des coins en bois ou en plastique. Aucune étude n'a démontré la supériorité de l'un ou de l'autre. Certains

auteurs reprochent cependant aux coins en bois de pomper les éventuels exsudats ou saignements... Quelle qu'en soit la matière, nous privilégierons cependant les coins pleins et rigides. En effet, les coins en plastique ajourés sont certes plus doux à insérer mais ils subissent souvent une déformation très importante lors de la mise en place de l'anneau, ce qui peut nuire au plaquage de la matrice. Leur utilisation imposera donc l'emploi d'anneaux spécifiques dits bifides, que nous décrivons plus loin.

Quel type d'anneau ?

L'anneau « originel » est l'anneau de Mac Kean. Celui-ci a été décliné en différentes formes. Il existe ainsi des anneaux à mors rectangulaires orientés différemment selon que l'on restaure une cavité mésiale ou distale. Les anneaux à mors cylindriques présentent l'avantage d'être universels mais sont un peu plus difficiles à manipuler du fait de leur tendance à s'engager dans l'embrasure, pouvant ainsi déformer le galbe de la matrice. Ce sera souvent le cas dans les situations d'embrasures larges et de boîtes proximales très ouvertes.

Des anneaux « bifides » ont ensuite été mis au point, certains présentant des mors en plastique rigide tandis que d'autres ont des mors en silicone.

Ainsi, un choix devra être fait parmi les différents types de matrices, de coins et d'anneaux, dont les caractéristiques et les formes laissent présager une manipulation sensiblement différente.

De plus, dans certaines situations cliniques, notamment les cas d'embrasures larges ou de cavités proximales étendues, il peut être difficile d'assurer autant la qualité du point de contact que l'adaptation cervicale. Certaines astuces permettent alors d'exploiter pleinement les performances de ce matériel pour restaurer au mieux la physiologie du contact proximal [5, 6] (fig. 1 à 3). ●



1 La cavité à restaurer permet un traitement par stratification de composite direct. **2** La mise en place correcte de la matrice, du coin et de l'anneau permet d'aménager un coffrage propice à une reconstitution physiologique de la face proximale et de son contact avec la dent voisine. **3** Vue postopératoire après réglage de l'occlusion et polissage.

Bibliographie

[1] Aboudharam G, Cautain C. Point de contact proximal. Réalités cliniques. *Information Dentaire* 2011;93:21-30.

[2] Dietschi D, Spreafico R. Restaurations adhésives pour les dents postérieures. Tech-

niques directe et semi-directe. *Réalités Cliniques* 1998;9:377-392.

[3] Berry TG, Summitt JB, Chung AK, Osborne JW. Amalgam at the new millennium. *J Am Dent Assoc* 1998;129:1547-1556.

[4] Dietschi D, Herzfeld D. *In vitro* evaluation of marginal and internal adaptation of class II resin composite restorations after thermal and occlusal stressing. *Eur J Oral Sci* 1998;106:1033-1042.

[5] Cheron R, Cazier S, Tirlet G. Le coin et l'anneau (1^{re} partie). *L'Information Dentaire* 2012;37:12-17.

[6] Cheron R, Drossart M, Tirlet G. Le coin et l'anneau (2^e partie). *L'Information Dentaire* 2013;39:1-5.



Aleksandar DAKIC

Assistant Hospitalier Universitaire
en Parodontologie
Hôpital Rothschild
Post-Graduate Européen en Parodon-
tologie et dentisterie implantaire
Paris VII
Ancien interne
Exercice libéral
Saint-Gratien

Exigences cliniques en parodontologie

Lors de la thérapeutique initiale en parodontologie, de nouvelles techniques de brossage sont enseignées et du matériel spécifique est prescrit. Notamment, des dispositifs spécifiques au brossage interdentaire. Il en existe de différents types (brossettes interdentaires, fil dentaire, bâtonnets interdentaires) pour nettoyer ces zones difficiles d'accès. L'offre des fabricants est très importante et le patient, comme le pra-

L'espace interdentaire : exigences cliniques

Anatomiquement, l'espace interdentaire représente un point de concentration des pathologies parodontales et péri-implantaires. Son accès et son entretien constituent la clé de voûte de la réussite de tout traitement. Quels sont les effets des dispositifs interdentaires ? Que pouvons-nous attendre comme résultats cliniques ?

ticien, peut se sentir perdu par l'abondance du choix. Au-delà des spécificités données par le fabricant, les dispositifs interdentaires doivent présenter des critères d'efficacité et respecter un cahier des charges.

L'efficacité théorique

Il n'y a pas de différence en termes d'efficacité entre les deux types de dureté des brosseuses interdentaires ni entre les différentes formes (cylindre ou conique). Par contre, l'efficacité augmente avec le diamètre des brosseuses interdentaires [1].

L'efficacité pratique

Du point de vue du patient, les brosseuses interdentaires sont préférées au fil dentaire et sont considérées comme moins chronophages et plus efficaces, même si elles peuvent parfois se tordre lors de leur utilisation (fig. 1).

L'efficacité clinique

De manière significative, les brosseuses interdentaires sont les plus efficaces pour retirer la plaque interdentaire. Le fil dentaire est lui recommandé pour les espaces interdentaires trop étroits pour les brosseuses mais il est difficile à utiliser et les patients lui préfèrent les brosseuses.

L'utilisation des brosseuses interdentaires améliore aussi significativement les indices de saignement et la profondeur de poche [2].

Prescrire des brosseuses interdentaires adaptées au patient et lui donner une méthodologie d'utilisation va en pérenniser l'utilisation sur le long terme. De plus, il est possible de renforcer l'efficacité clinique des brosseuses en ayant une approche comportementale (entretien motivationnel avec stratégies de conseils et questions ouvertes) [3].

Exigences cliniques en implantologie

L'environnement péri-implantaire est différent structurellement et présente des spécificités. Les prévalences des maladies péri-implantaires sont suffisamment élevées pour ne pas avoir à aborder l'importance de la prévention dans ce contexte. Il n'est pas ici question d'exposer ni de débattre de l'étiologie des maladies péri-implantaires mais plutôt de préciser les facteurs locaux et/ou comportementaux aggravants.

Un des indicateurs de risques le plus souvent relevé par les auteurs est le faible niveau d'hygiène dentaire [4] qui peut s'expliquer par l'inaccessibilité au brossage [5], la faible motivation des patients à honorer les séances de suivi et/ou à maintenir une bonne hygiène orale [6].

Conclusion

De nombreuses méta-analyses portant sur les dispositifs interdentaires et leur efficacité clinique existent. Néanmoins, il est plus difficile de mettre en évidence les facteurs critiques ou, plus simplement, les critères de choix scientifique qui permettent de prescrire les « bons » dispositifs interdentaires aux patients. De manière évidente, les brossettes interdentaires sont les plus efficaces sur les paramètres parodontaux étudiés. Cependant, il n'existe pas d'études comparant les différentes marques de brossettes interdentaires entre elles. C'est au praticien de faire son choix, de façon empirique (expérience, retours des patients), au sein des différents types de dispositifs disponibles.

Si la clé du succès thérapeutique (fig. 2) à long terme est le suivi parodontal, son verrou est l'adoption par le patient des techniques d'hygiène orale spécifiques. ●



1 Efficacité comparative du fil dentaire et des brossettes pour le nettoyage des faces proximales.



2 Aspect clinique après traitement non chirurgical.

Bibliographie

[1] Wolff D, Joerss D, Dörfer CE. *In vitro*-cleaning efficacy of interdental brushes with different stiffness and different diameter. Oral Health Prev Dent 2006;4:279-285.

[2] Slot DE, Dörfer CE, Van der Weijden GA. The efficacy of interdental brushes on plaque and

parameters of periodontal inflammation: a systematic review. Int J Dent Hyg 2008;6:253-264.

[3] Wilder RS, Bray KS. Improving periodontal outcomes: merging clinical and behavioral science. Periodontol 2000 2016;71:65-81.

[4] Atieh MA, Alsabeeha NHM, Faggion CM, Duncan WJ. The frequency of peri-implant diseases: a systematic review and meta-analysis. J Periodontol 2013; 84:1586-1598.

[5] Serino G, Ström C. Peri-implantitis in partially edentulous

patients: association with inadequate plaque control. Clin Oral Implants Res 2009;20:169-174.

[6] Renvert S, Quirynen M. Risk indicators for peri-implantitis. A narrative review. Clin Oral Implants Res 2015;26:15-44.



Stanislava SHULEVA

Chirurgien-Dentiste
D.U. de Parodontologie de Lyon,
France
Exercice exclusif en Parodontologie
et Implantologie orale
Sofia, Bulgarie

Antiseptie péri-opératoire et espace interdentaire

L'espace interdentaire est le talon d'Achille du parodonte pour les maladies infectieuses et la clé du succès pour la régénération et l'esthétique, nous devons donc être sûrs de prendre toutes les précautions nécessaires. Le gel antiseptique à la chlorhexidine est un atout supplémentaire dans la lutte contre les bactéries, comme le montre une nouvelle étude sur l'antiseptie péri-opératoire.

Quels avantages à l'utilisation du gel à la chlorhexidine en post-opératoire ?

Le protocole clinique d'utilisation des antiseptiques locaux, notamment du gel à la chlorhexidine, est illustré ici par un cas d'implantologie avec la gestion nécessaire des tissus mous.

Pour ce cas d'implantation de la 12 avec la gestion de tissus mous avant, pendant et après l'extraction de la dent atteinte d'une résorption interne de la racine (fig. 1 et 2), l'antiseptie péri-opératoire est organisée avec un bain de bouche à la chlorhexidine (15 ml, 2 fois par jour pendant 14 jours) après les séances d'hygiène orale professionnelle.

Le protocole post-opératoire comprend l'application d'un gel à la chlorhexidine 4 fois par jour la première semaine. Durant les 3 semaines suivantes, l'utilisation diminue à 3, 2 et 1 fois par jour.

Toutes les étapes du traitement initial et de la phase de maintenance sont couvertes par un bain de bouche à la chlorhexidine et tous les soins post-opératoires réalisés avec application locale d'un gel à la chlorhexidine.

La clinique prouve qu'il est possible d'obtenir une très bonne qualité des tissus mous, et plus particulièrement dans l'espace inter-dentaire, sans prescription d'antibiotiques lors du traitement.

L'étude sur l'antiseptie péri-opératoire

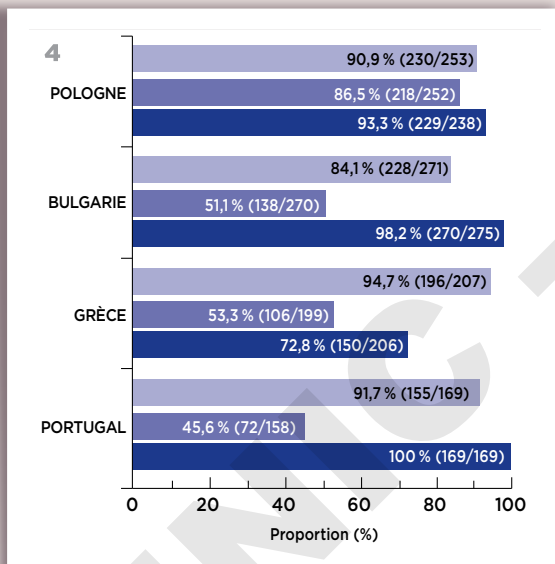
Une étude observationnelle récente menée par Pierre Fabre Oral Care a voulu analyser l'utilisation des antiseptiques oraux en implantologie dans 4 pays européens : la Bulgarie, la Grèce, la Pologne et le Portugal. Les figures 3 et 4 montrent les pratiques cliniques telles qu'elles ont été évaluées dans les 4 pays. On peut noter la prescription des antibiotiques [1] et bains de bouche avant la chirurgie (fig. 3) et après, la prescrip-

tion des mêmes produits auxquels est ajouté le gel à la chlorhexidine (fig. 4). Les résultats cliniques lors de l'étude sont très satisfaisants, avec un index de plaque de Silness-Löe [2] entre 0,7 et 0,8 dans les 4 pays et un index gingival modifié [3] entre 0,6 et 0,7 pour les dents voisines et pour les vis de cicatrisation.

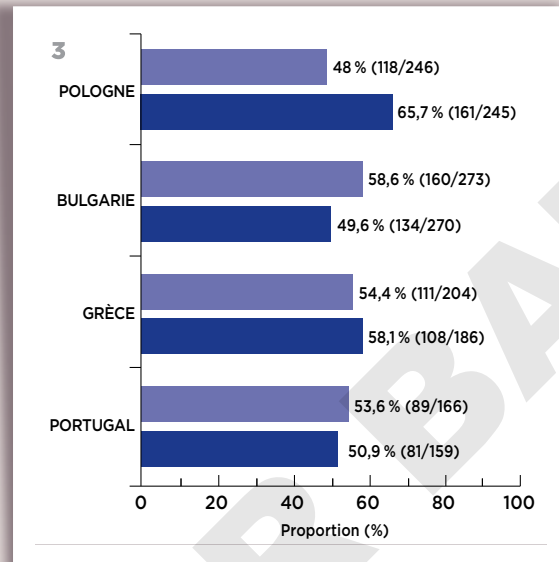
Un autre résultat très important est l'estimation de la satisfaction des chirurgiens-dentistes qui ont adjoint à leur protocole l'utilisation d'un gel à la chlorhexidine en post-opératoire (tableau 1). Cette étude montre clairement que l'utilisation des antibiotiques en pré et post-opératoire est très fréquente en implantologie orale, même si elle n'est pas recommandée dans les guides cliniques [4]. L'application des bains de bouche et des gels topiques est très répandue sans être systématisée. Il serait donc très utile d'établir des conseils d'utilisation de ces produits qui peuvent être une bonne alternative aux antibiotiques en améliorant la cicatrisation. ●



1 et 2 Images cliniques avant et après extraction et implantation de 12 suite à une résorption interne de la racine.



4 Prescription des antibiotiques et d'antiseptiques après la pose d'implant. En bleu clair, antibiotiques ; en bleu moyen, bains de bouche ; en bleu foncé, gel antiseptique.



3 Prescription des antibiotiques et d'antiseptiques avant la pose d'implant. En bleu clair, antibiotiques ; en bleu foncé, bains de bouche.

Tableau 1. La satisfaction des dentistes de l'utilisation du gel antiseptique pendant la période post-opératoire.

	Pologne n = 257	Bulgarie n = 275	Grèce n = 207	Portugal n = 170
Contrôle de la plaque aux sites	n = 256 8,2 ± 1,7	n = 268 8,5 ± 1,4	n = 202 8,1 ± 1,5	n = 164 7,8 ± 1,9
États d'inflammation sur les sites	n = 255 8,1 ± 1,6	n = 268 8,9 ± 1,5	n = 202 8,2 ± 1,5	n = 164 8,2 ± 2,8
Qualité de cicatrisation des sites opérés	n = 255 8,6 ± 5,2	n = 268 9,1 ± 1,5	n = 202 8,4 ± 1,4	n = 163 8,3 ± 1,8
Efficacité de la gestion post-opératoire	n = 236 8,4 ± 1,5	n = 265 9,3 ± 1,4	n = 147 8,7 ± 1,1	n = 161 8,4 ± 1,5
Satisfaction de la gestion post-opératoire	n = 235 8,6 ± 1,5	n = 263 9,5 ± 1,3	n = 144 8,7 ± 1,1	n = 161 8,5 ± 1,5

Bibliographie

[1] Park J, Tennant M, Walsh LJ, Kruger E. Is there a consensus on antibiotic usage for dental implant placement in healthy patients? Aust Dent J 2018;63:25-33.

[2] Løe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. Acta Odontol Scand 1963;21:533-551.

[3] Lobene RR, Weatherford T, Ross NM, Lamm RA, Menaker L. A modified gingival index for use in clinical trials. Clin Prev Dent 1986;8:3-6.

[4] Academy of Osseointegration. 2010 Guidelines of the Academy of Osseointegration for the provision of dental implants and associated patient care. Int J Oral Maxillofac Implants 2010;25:620-627.



VS



Nettoyage des espaces interdentaires dans la parodontite chronique

Witold JURCZYŃSKI

PhD, Department of Preventive and Dental Hygiene
UJCM, Cracovie, Pologne

Barbara RYBA

Department of Integrated Dentistry
UJCM, Cracovie, Pologne

Monika BRZOSKA

Interne
Dental Clinic of the Ministry of Internal Affairs and Administration
Cracovie, Pologne

Le maintien d'une bonne hygiène buccale n'est pas envisageable sans un nettoyage soigneux des espaces interdentaires. Cette étude a été réalisée pour comparer l'efficacité des brossettes interdentaires Inava Trio compact et le fil dentaire Inava DentoFil.

Matériel et méthode

Le groupe d'étude a compris 28 sujets choisis au hasard parmi les personnes venant pour la première fois à la consultation du département universitaire dentaire. Ils n'avaient jamais utilisé de fil dentaire ou de brossettes interdentaires. L'étude a inclus des patients droitiers souffrant de parodontite chronique sévère ou modérée, dont la valeur initiale de l'indice de plaque proximale (API, approximal plaque index) était supérieure à 35 % et celle de l'indice de saignement des papilles (PBI, papillae bleeding index) supérieure à 10 %, et qui présentaient au moins 12 espaces interdentaires d'une largeur permettant le passage des brossettes.

L'étude se fondait sur la méthode *split-mouth* en simple aveugle. Pour chaque patient, un quadrant maxillaire et un quadrant mandibulaire ont été attribués au hasard en vue du nettoyage à l'aide d'une brossette interdentaire Inava Trio Compact après le brossage des dents du soir. Les deux autres quadrants étaient à nettoyer à l'aide du fil dentaire Inava. L'étude s'est composée de cinq visites. La visite initiale comprenait une instruction à l'hygiène dispensée aux patients et un détartrage supra-gingival et sous-gingival. À chaque visite, les indices API et PBI ont été mesurés dans chaque quadrant. L'API est fondé sur le principe du «tout ou rien» et évalue la présence de la plaque dans les espaces interdentaires. Il est calculé comme le rapport (en pourcentage) entre l'espace avec plaque et tous les espaces examinés. Le PBI est évalué après un déplacement délicat de la sonde parodontale de la base de la papille vers son sommet. C'est le rapport espaces qui saignent/tous les espaces examinés. Le saignement a été observé après le contrôle de tout le quadrant.

Résultats

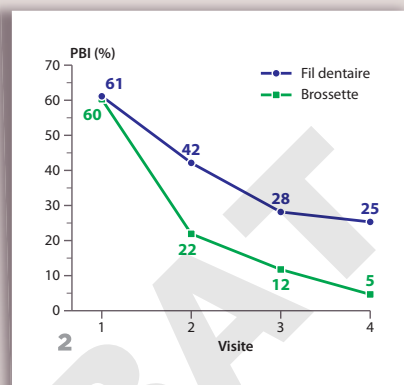
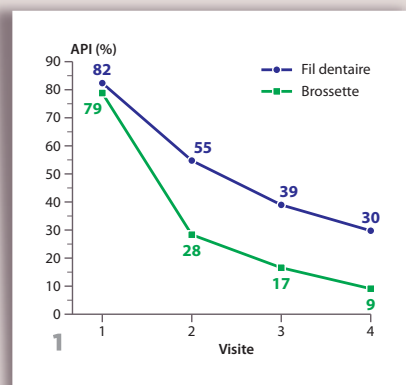
L'analyse de variance a été utilisée pour comparer les résultats, avec $p < 0,001$ pour niveau de signification statistique. Les résultats obtenus (fig. 1) indiquent que chacune des méthodes a conduit à une réduction significative de l'API par rapport à sa valeur initiale : dans les espaces nettoyés à l'aide du fil dentaire, elle a été de 52% ($p < 0,001$). De meilleurs résultats ont été obtenus avec l'utilisation des brossettes interdentaires puisque la diminution de l'API a été de 70% ($p < 0,001$).

La réduction de l'API entre la première et la deuxième visite a été significativement plus élevée en cas d'utilisation d'une brossette – environ 50% ($p = 0,001$) – que de fil dentaire – environ 27% ($p = 0,001$). Lors des visites suivantes, les différences de réduction de l'API entre le fil et la brossette ont été comparables mais de meilleurs résultats cliniques (d'environ 18%) ont été obtenus avec l'utilisation de la brossette interdentaire ($p < 0,001$). La mesure de l'API au cours de la dernière visite a été

de 30% dans les espaces nettoyés à l'aide du fil dentaire et de 9% dans ceux nettoyés à l'aide de la brosse à dents ($p < 0,001$). Une répartition semblable des résultats a été obtenue pour la mesure du PBI (fig. 2). L'évolution des valeurs de cet indice a été similaire à celle de l'API. La réduction du PBI dans les espaces nettoyés à l'aide du fil entre la première et la quatrième visite a été de 36% ($p < 0,001$) et, dans ceux nettoyés à l'aide de la brosse à dents, de 55% ($p < 0,001$). Une interaction significative entre la technique de nettoyage et les visites ultérieures a également été observée. La réduction du PBI entre la première et la deuxième visite a été significativement plus importante en cas d'utilisation de la brosse à dents – environ 38% ($p < 0,001$) – que de fil dentaire – environ 19% ($p < 0,001$). Lors des visites suivantes, les différences de réduction du PBI entre le fil et la brosse à dents ont été comparables. La mesure du PBI au cours de la dernière visite a été de 25% dans les espaces nettoyés à l'aide du fil dentaire et de 5% dans ceux nettoyés à l'aide de la brosse à dents ($p < 0,001$).

Discussion

L'hygiène interdentaire est importante non seulement en parodontologie mais aussi dans d'autres domaines de la dentisterie. Les études qui comparent l'efficacité des différentes méthodes d'hygiène ont démontré que la plus grande réduction de plaque a été atteinte dans les espaces interdentaires nettoyés à l'aide d'un brossage classique associé à des brossettes interdentaires [1]. Les études comparant directement les brossettes interdentaires Inava Trio Compact et le fil dentaire ont également démontré la supériorité des brossettes sur le fil [2-4] pour une raison simple : les premières sont plus faciles à utiliser que le second [5]. Passer le fil dentaire à travers le point de contact se fait souvent avec une force excessive qui provoque des lésions de la papille interdentaire [6]. Les publications traitent davantage de l'action traumatique du fil dentaire que des brossettes interdentaires [5,6].



1 Corrélation du PBI (en %) avec le nombre de visites et la méthode de nettoyage interdentaire ($n = 28$, $p < 0,001$). **2** Corrélation de l'API (en %) avec le nombre de visites et la méthode de nettoyage interdentaire ($n = 28$, $p < 0,001$).

Il faut toutefois noter qu'en médecine, il n'y a pas d'aurea mediocritas et que même les meilleures méthodes ont leurs limites. Par conséquent, les outils permettant de maintenir l'hygiène des espaces interdentaires doivent être choisis en fonction des caractéristiques individuelles du patient.

Conclusion

Chez les patients atteints de parodontite chronique, tant les brossettes interdentaires Inava Trio Compact que le fil dentaire ont démontré une efficacité statistiquement significative dans le nettoyage des espaces interdentaires. Toutefois, la méthode la plus efficace et la plus rapide dans la réduction de ces deux paramètres a été l'utilisation des brossettes. Par conséquent, le chirurgien-dentiste qui veut choisir la meilleure méthode de nettoyage des espaces interdentaires pour les patients souffrant de parodontite chronique devrait tenir compte de la plus grande efficacité des brossettes interdentaires citées dans cet article. ●

Bibliographie

[1] Rasines G. The use of interdental brushes along with toothbrushing removes most plaque. *Evid Based Dent* 2009;10:74.

[2] Christou V, Timmerman MF, Van der Velden U, Van der Weijden FA. Comparison of different approaches of interdental oral

hygiene: interdental brushes versus dental floss. *J Periodontol* 1998;69:759-764.

[3] Bergenholtz A, Olsson A. Efficacy of plaque removal using interdental brushes and waxed dental floss. *Scand J Dent Res* 1984;92:198-203.

[4] Kiger R, Nylund K, Feller RP. A comparison of proximal plaque removal using floss and interdental brushes. *J Clin Periodontol* 1991;18:681-684.

[5] Abrams H, Kopczyk R. Gingival sequela from a retained piece

of dental floss. *J Am Dent Assoc* 1983;106:57-58.

[6] Rawlinson A. Case report. Labial cervical abrasion caused by misuse of dental floss. *Dent Health* 1987;26:3-4.

SOINS QUOTIDIENS | SOINS SPÉCIFIQUES

Inava

TECHNOLOGIE PROFESSIONNELLE

PARMI
LES MARQUES LES PLUS
RECOMMANDÉES PAR LES
CHIRURGIENS-
DENTISTES*

UN PACTE D'EFFICACITÉ AVEC VOS PATIENTS



807 856 - Avril 2018

Pierre Fabre
ORAL CARE

Pour passer commande, rendez-vous
sur le site www.pierrefabreoralcare-services.fr

* Enquête IMAGO - Décembre 2017.

Notre science au service de la santé bucco-dentaire


Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MÉDICAMENT