



BOPT et PARODONTE

CNO 2 octobre 2025 à Paris

Grégoire Chevalier

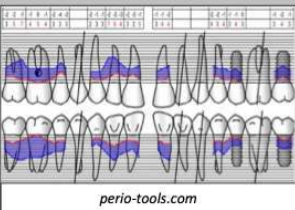
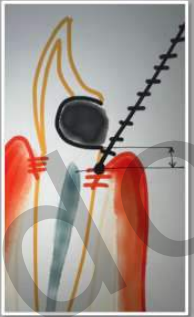


1

**CHECKLIST
PARODONTALE**



CHECK LIST PARODONTALE BOPT Conférence CNO 2 octobre 2025

DATE :	PATIENT :	DENT :
ANAMNÈSE		
Bonne Santé ☐	Tabagisme ☐	Diabète ☐ Autre Maladie Systémique ☐
EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL		
BIOTYPE Fin ☐ Épais ☐	INFLAMMATION Absente ☐ Modérée ☐ Sévère ☐	SOURIRE GINGIVAL Liebart 1-2 ☐ Liebart 3-4 ☐
STATUT PARODONTAL DU PATIENT		
CHARTING PARO 	Indice de plaque $\leq 20\% < \square$ Indice de saignement $\leq 10\% < \square$ Profondeurs de poche $\leq 4 \text{ mm} < \Delta$	Santé ☐ Gingivite ☐ Parodontite ☐
CONDITIONS PARODONTALES LOCALES		
EXAMEN CLINIQUE LOCAL 	Sondage local $< 1 \text{ mm} \Delta$ $1-3 \text{ mm} \square$ $\geq 4 \text{ mm} \square$ Sondage prothétique (distance partie dentaire exploitable la plus apicale - attache conjonctive) $< 1 \text{ mm} \Delta$ $1-2 \text{ mm} \square$ $> 2 \text{ mm} \square$	ÉTAT DES PAPILLES : classification de Jemt (1997)  TISSU KÉRATINISÉ $> 3 \text{ mm} \square$ $1-3 \text{ mm} \square$ $< 1 \text{ mm} \Delta$ RÉCESSION PARODONTALE Non ☐ Oui ☐
Élongation ?		
EXAMEN COMPLÉMENTAIRE (RADIO) 2D : espace biologique (attache conjonctive + attache épithéliale) $\Delta < 2 \text{ mm} \leq \square$	Examen systématique 	3D : éruption passive altérée distance os - jonction amélocémentaire réduite $\Delta < 2 \text{ mm} \leq \square$
Examen facultatif 		
> Élongation coronaire si espace bio < 2 et si éruption passive altérée		
CONTRE-INDICATIONS : diabète, tabac, parodontite, TK < 1 , perte des papilles, sondage local et prothétique < 1		
CONDITIONS DÉFAVORABLES : biotype fin, gingivite, récession, TK 1-3 mm, papilles hypertrophiques, sondage prothétique 1-2 mm		
CONDITIONS FAVORABLES : biotype épais, TK $> 3 \text{ mm}$, santé parodontale, papilles saines, sondage prothétique > 2		
PAS DE BOPT EN L'ÉTAT		
RÉÉVALUER APRÈS TRAITEMENT		
BOPT OK		

CONTRE-INDICATIONS :

diabète, tabac, parodontite,
TK < 1 , perte des papilles,
sondage local et prothétique < 1

PAS DE BOPT EN L'ÉTAT

CONDITIONS DÉFAVORABLES :

biotype fin, gingivite, récession, TK
1-3 mm, papilles
hypertrophiques, sondage
prothétique 1-2 mm

RÉÉVALUER APRÈS TRAITEMENT

CONDITIONS FAVORABLES :

biotype épais, TK $> 3 \text{ mm}$, santé
parodontale, papilles saines,
sondage prothétique > 2

BOPT OK

ANAMNÈSE

Bonne Santé ○

Tabagisme □

Diabète □

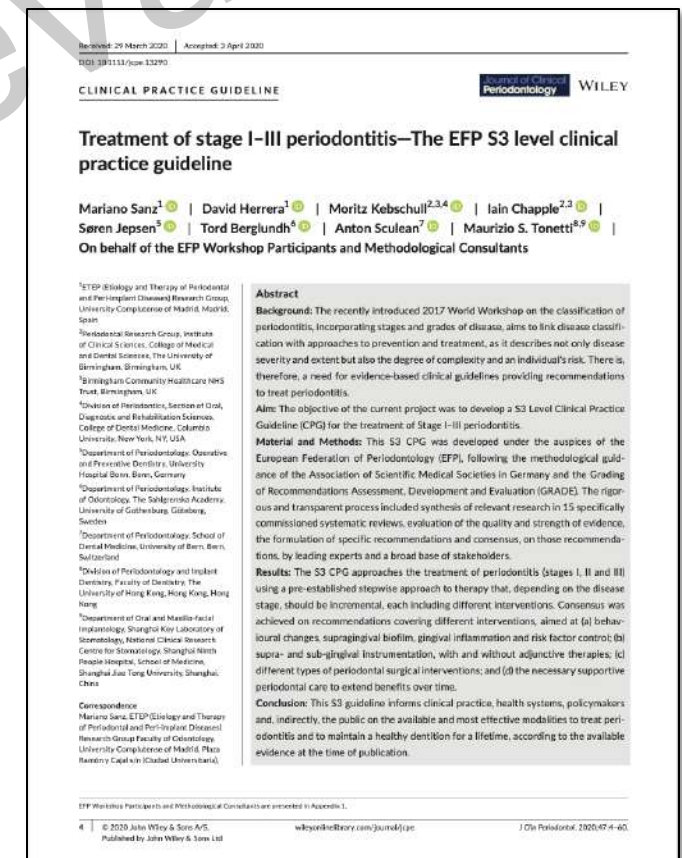
Autre Maladie Systémique □



- Le flux sanguin est diminué par 20 dans les gencives d'un fumeur.
- La cicatrisation parodontale est très perturbée.

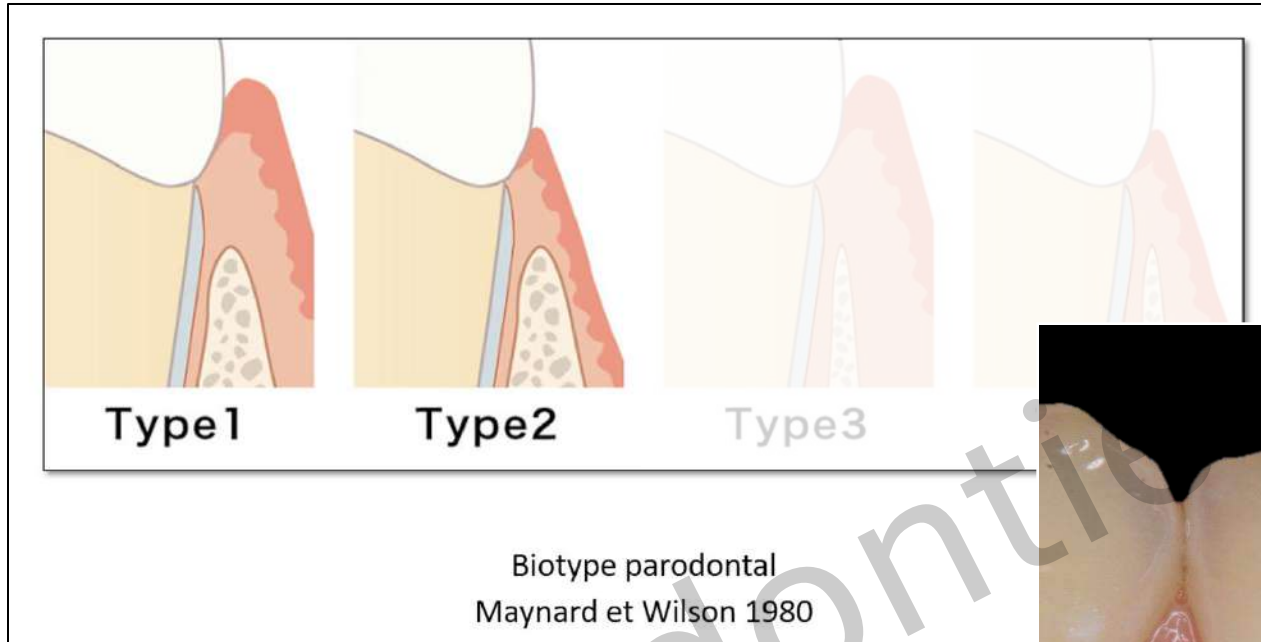
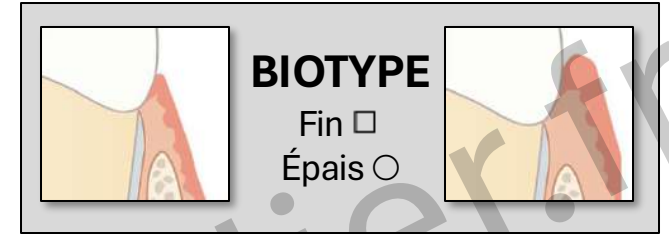


- Le diabète augmente le risque infectieux et perturbe la cicatrisation.
- La chirurgie parodontale est déconseillée chez les patients non équilibrés.





EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL : BIOTYPE



L'évaluation visuelle ne suffit pas, elle produit 50% d'erreurs même chez des praticiens expérimentés, il faut utiliser une sonde parodontale et évaluer la translucidité.

Eghbali A, De Rouck T, De Bruyn H, Cosyn J. The gingival biotype assessed by experienced and inexperienced clinicians. J Clin Periodontol 2009; 36: 958–963





EXAMEN CLINIQUE : INFLAMMATION

INFLAMMATION	
	Absente ○
	Modérée △
	Sévère □



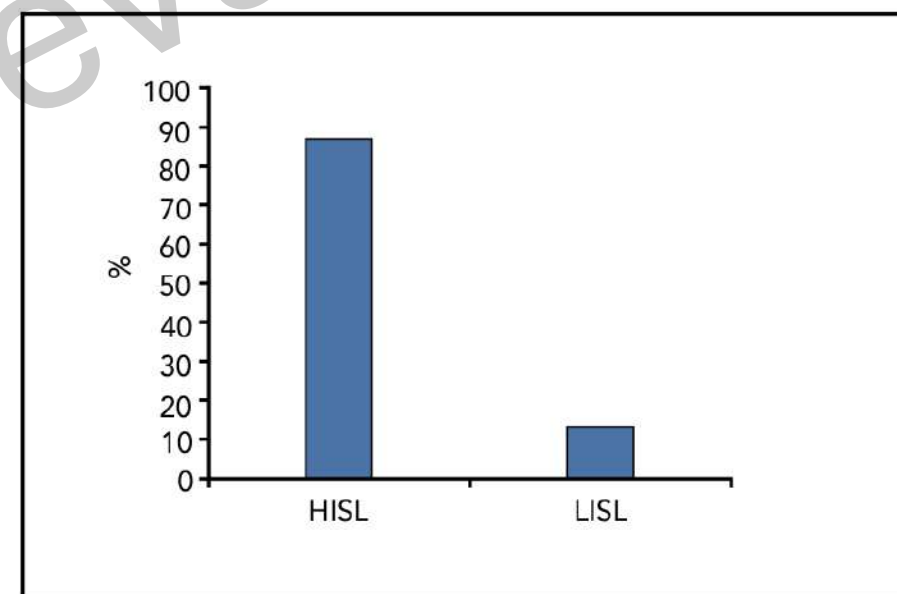
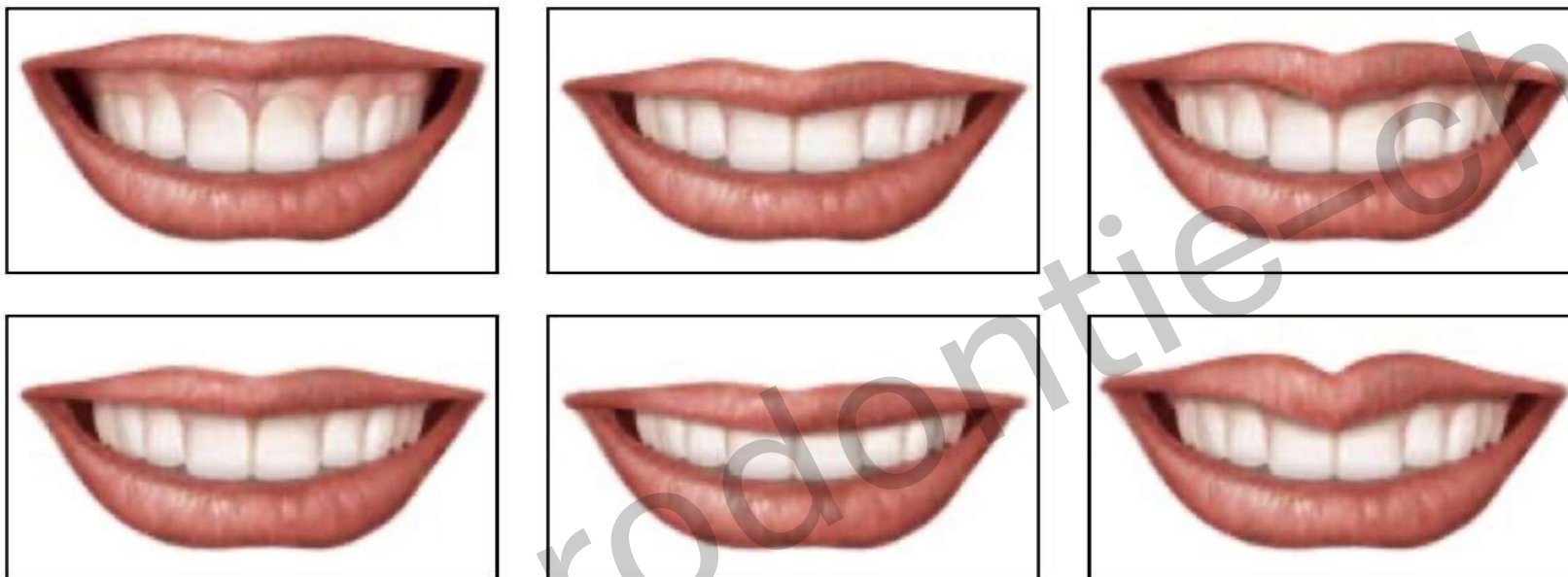
Évaluation clinique de l'inflammation =

- Couleur Contour Consistance Texture Volume
- Indice de saignement BOP+

Il faut préparer les patients :

- Détartrage enseignement à l'hygiène
- Réévaluation avec charting complet

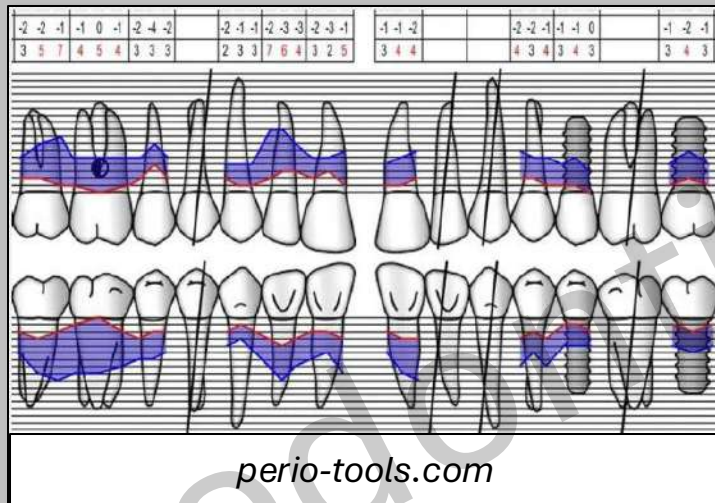




- Il est conseillé de ne pas pratiquer sa première BOPT sur un sourire gingival (Liebart 2004).
- 87% des patients avec une ligne du sourire basse découvrent les papilles (Tarnow 2012).

CHARTING PARO : EST-CE VRAIMENT NÉCESSAIRE ?

CHARTING
PARO



STATUT PARODONTAL DU PATIENT

Indice de plaque

○ ≤ 20% < △

Indice de
saignement

○ ≤ 10% < △

Profondeurs de
poche

○ ≤ 4 mm < △





CAS CLINIQUE

PERIODONTAL CHART Date

Patient Last Name First Name Date Of Birth

☒ Initial Exam ☐ Reevaluation Clinician

	16	17	18	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Mobility	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Implant																
Function																
Bleeding on Probing																
Plaque																
Gingival Margin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Probing Depth	0	4	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	2	2	3	4

Buccal

Palatal

Gingival Margin: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Probing Depth: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Bleeding on Probing: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Plaque: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Function: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Note: 0

Mean Probing Depth = 2.8 mm Mean Attachment Level = -2.9 mm 84 % Plaque 35 % Bleeding on Probing

Lingual

Buccal

Gingival Margin: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Probing Depth: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Bleeding on Probing: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Plaque: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Function: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Implant: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Mobility: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

www.periodontalchart.com Copyright © 2010 by www.periodontalchart.com



PERIODONTAL CHART Date: _____

Patient Last Name: _____ First Name: _____ Date Of Birth: _____

☒ Initial Exam ☐ Reevaluation Clinician: _____

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Mobility	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Implant																
Function																
Bleeding on Probing																
Plaque	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gingival Margin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Probing Depth	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Buccal

Palatal

Lingual

Buccal

Mean Probing Depth = 2.8 mm Mean Attachment Level = -2.9 mm 84 % Plaque 35 % Bleeding on Probing

Note: _____

Function: _____

Bleeding on Probing: _____

Plaque: _____

Gingival Margin: _____

Probing Depth: _____

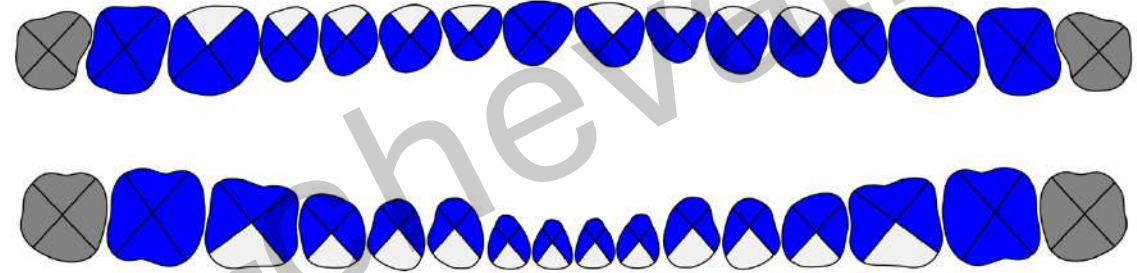
Implant: _____

Mobility: _____

Copyright © 2010 by www.pain-assessment.com

Oral Hygiene (Plaque)

Date: _____



84 %

R3.6 | What is the importance of adequate self-performed oral hygiene in the context of surgical periodontal treatment?

Expert consensus-based recommendation (3.6)

We recommend not to perform periodontal (including implant) surgery in patients not achieving and maintaining adequate levels of self-performed oral hygiene.

Supporting literature Expert opinion

Grade of recommendation Grade A—↑↑

Strength of consensus Strong consensus (0% of the group abstained due to potential Col)

- ✓ Toute chirurgie est déconseillée en présence de plaque.
- ✓ Des données anciennes(70') montrent que la plaque aggrave la perte d'attache en présence de plaque.
- ✓ De nombreuses RCT ont confirmé l'effet négatif dose dépendant de la plaque en cas de chirurgie.

PERIODONTAL CHART

Patient Last Name

Date

First Name

Date Of Birth

☒ Initial Exam
 ☐ Reevaluation

Clinician

	18	17	16	15	14	13	12	11
Mobility	0	0	0	0	0	0	0	0
Implant								
Furcation				0				
Bleeding on Probing								
Plaque								
Gingival Margin	0	0	0	0	0	0	0	0
Probing Depth	4	3	3	3	4	3	2	2

	21	22	23	24	25	26	27	28
Mobility	0	0	0	0	0	0	0	0
Implant								
Furcation								
Bleeding on Probing								
Plaque								
Gingival Margin	0	0	0	0	0	0	0	0
Probing Depth	3	2	3	3	2	3	4	4

Buccal

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
Gingival Margin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Probing Depth	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Plaque																																
Bleeding on Probing																																
Furcation																																
Note																																

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
Gingival Margin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Probing Depth	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Plaque																																
Bleeding on Probing																																
Furcation																																
Note																																

Mean Probing Depth = 2.8 mm

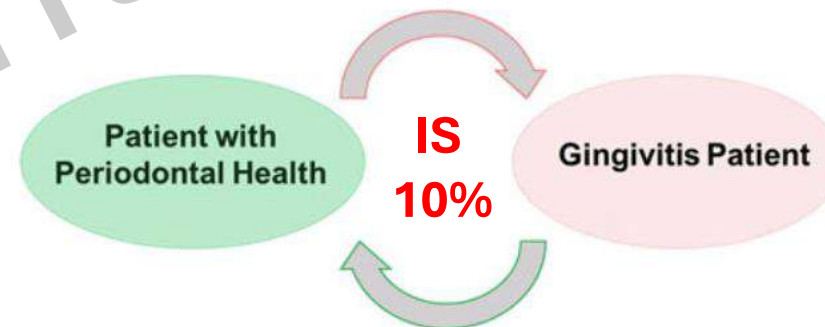
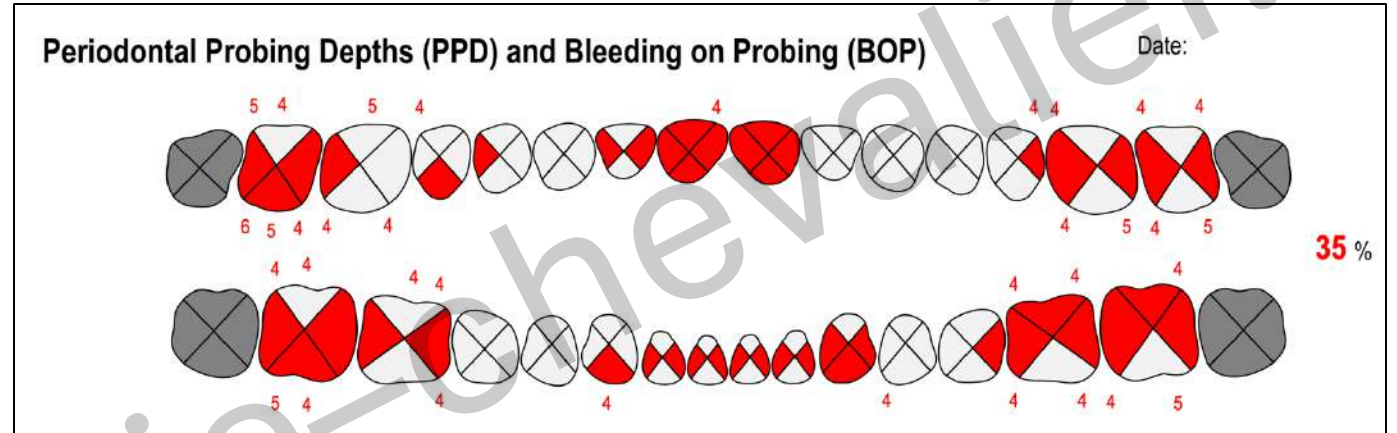
Mean Attachment Level = 2.9 mm

84 % Plaque

35 % Bleeding on Probing

Lingual

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Gingival Margin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Probing Depth	4	4	3																												



- ✓ L'indice de saignement permet en premier lieu de diagnostiquer une gingivite.
- ✓ Il permet aussi de confirmer l'évaluation clinique de l'inflammation.
- ✓ Il permet enfin d'évaluer la iatrogénicité d'une couronne.

PERIODONTAL CHART

Patient Last Name

Date

First Name

Date Of Birth

☒ Initial Exam
 ☐ Reevaluation

Clinician

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Mobility																
Implant																
Furcation																
Bleeding on Probing																
Plaque																
Gingival Margin																
Probing Depth																

Buccal

Palatal

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingival Margin																
Probing Depth																
Plaque																
Bleeding on Probing																
Furcation																
Note																

Mean Probing Depth = 2.8 mm

Mean Attachment Level = 2.9 mm

84 % Plaque

35 % Bleeding on Probing

Note: Furcation

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Bleeding on Probing																
Plaque																
Gingival Margin																
Probing Depth																

Lingual

Buccal

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingival Margin																
Probing Depth																
Plaque																
Bleeding on Probing																
Furcation																
Implant																
Mobility																

www.periodontalchart.com

Copyright © 2010 by www.periodontalchart.com



STADE	1	2	3	4
SONDAGE	≤ 4	≤ 5	≥ 6	≥ 6

- ✓ La parodontite est définie par deux poches ≥ 4 mm.
- ✓ La parodontite est une maladie souvent asymptomatique pour les patients, parfois même aussi pour les cliniciens.



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

PERIODONTAL CHART Date

Patient Last Name First Name Date Of Birth

☒ Initial Exam ☐ Reevaluation Clinician

	16	17	18	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Mobility	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Implant																
Function																
Bleeding on Probing																
Probing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gingival Margin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Probing Depth	0	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Buccal

Palatal

Gingival Margin

Probing Depth

Bleeding on Probing

Probing

Gingival Margin

Probing Depth

Lingual

Buccal

Gingival Margin

Probing Depth

Bleeding on Probing

Probing

Gingival Margin

Probing Depth

Mean Probing Depth = 2.8 mm Mean Attachment Level = -2.9 mm 84 % Plaque 35 % Bleeding on Probing

Note

Function

Bleeding on Probing

Probing

Gingival Margin

Probing Depth

Implant

Mobility

48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58

Copyright © 2010 by www.paindental.com



CODE : HBQD001

LIBELLE : Bilan parodontal

Libellé court : Bilan parodontal

Code regroupement : TDS - Parodontologie



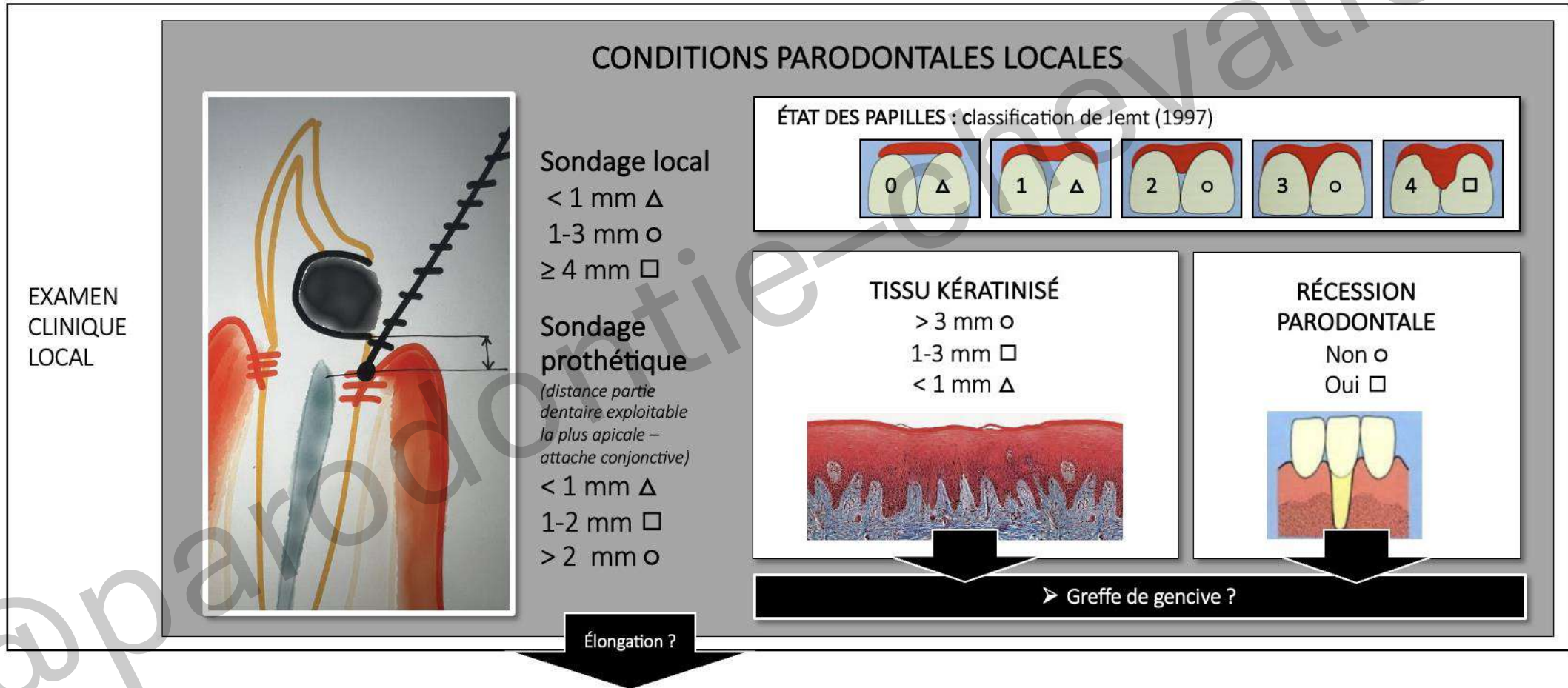
LE CHARTING PARO COMPLET ÉVITE DE PASSER À COTÉ DE LÉSIONS



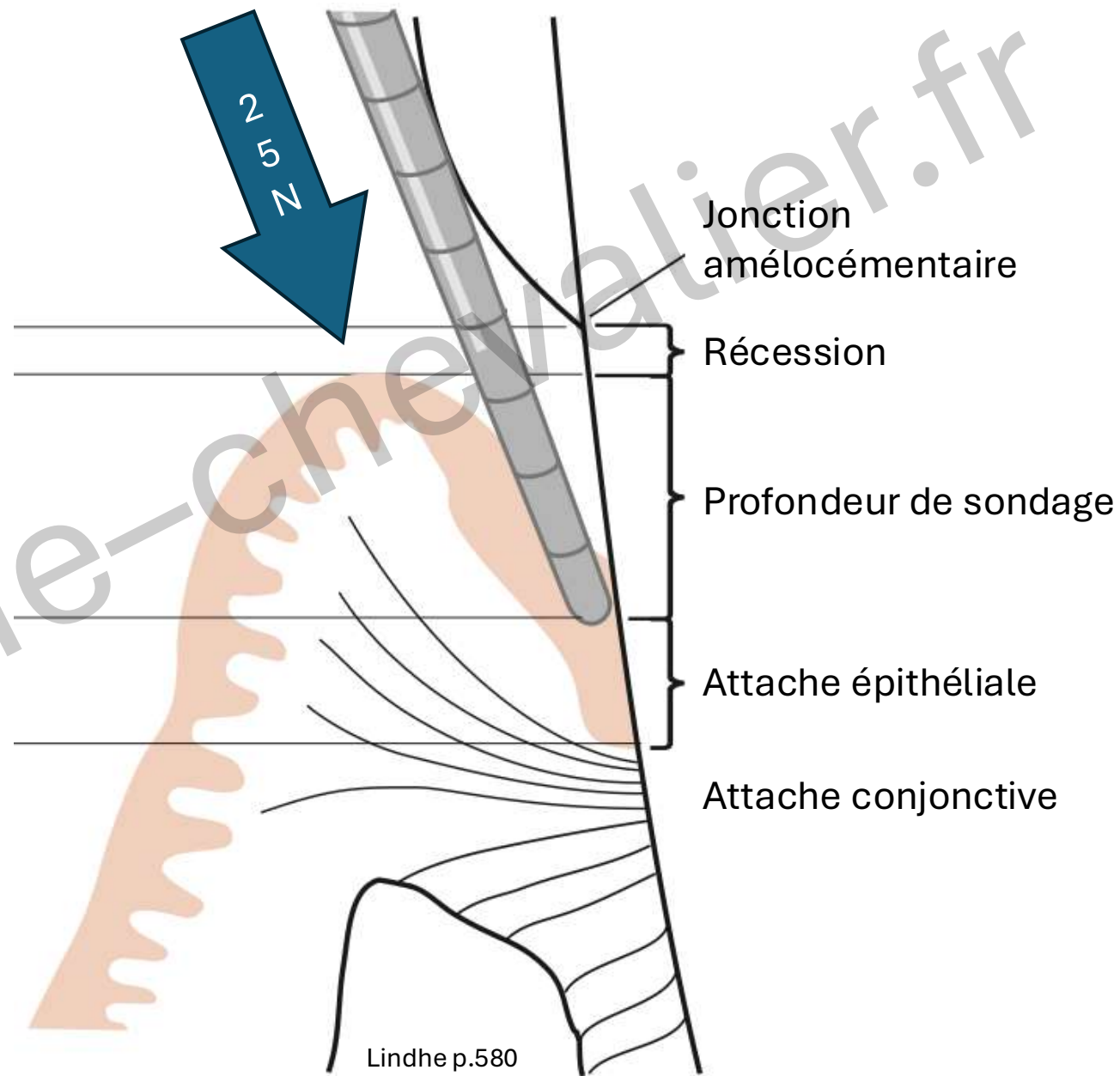


LE CHARTING PARO COMPLET ÉVITE DE PASSER À COTÉ DE LÉSIONS





SONDAGE	DIAGNOSTIC PARODONTAL	DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	BOPT
≤ 1 mm	Santé parodontale	➤ Couronne iatrogène ➤ Traumatisme parodontal	□
1-3 mm	Santé parodontale	X	○
≥ 4 mm	Parodontite	➤ Fausse poche inflammatoire ➤ Fausse poche anatomique	△

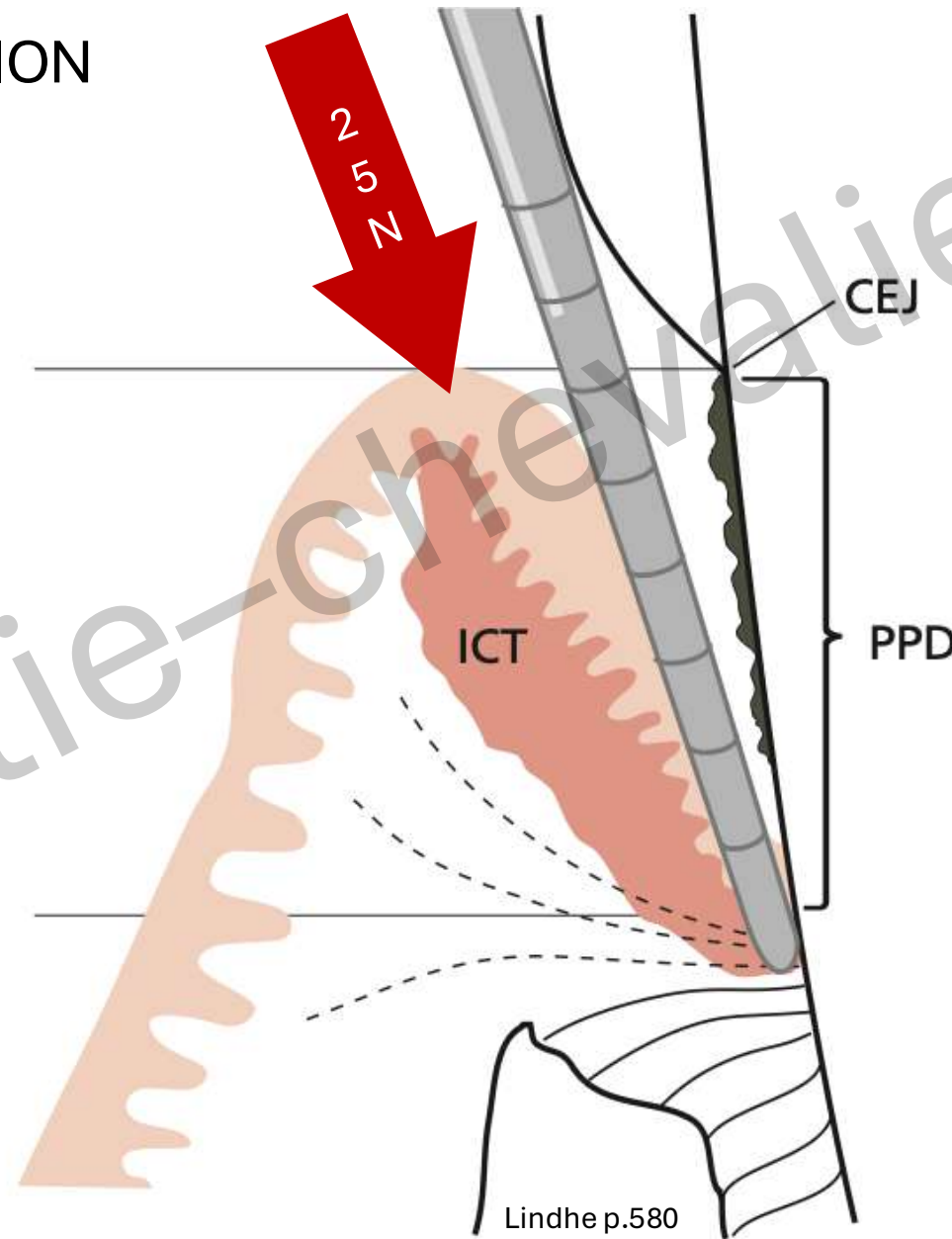


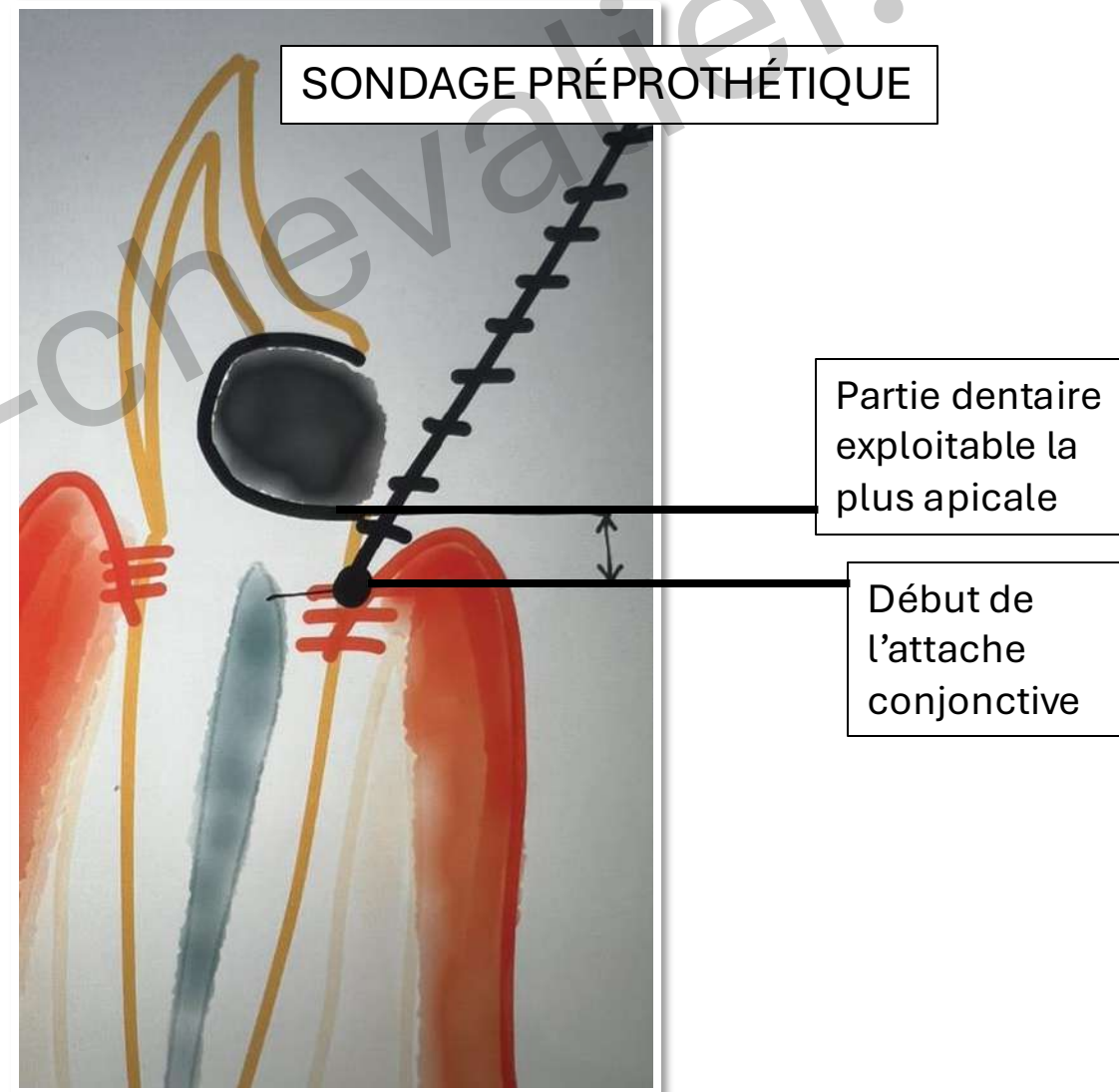
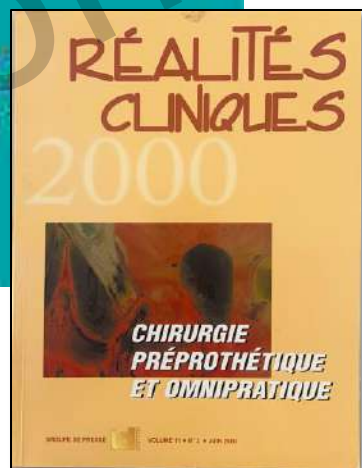
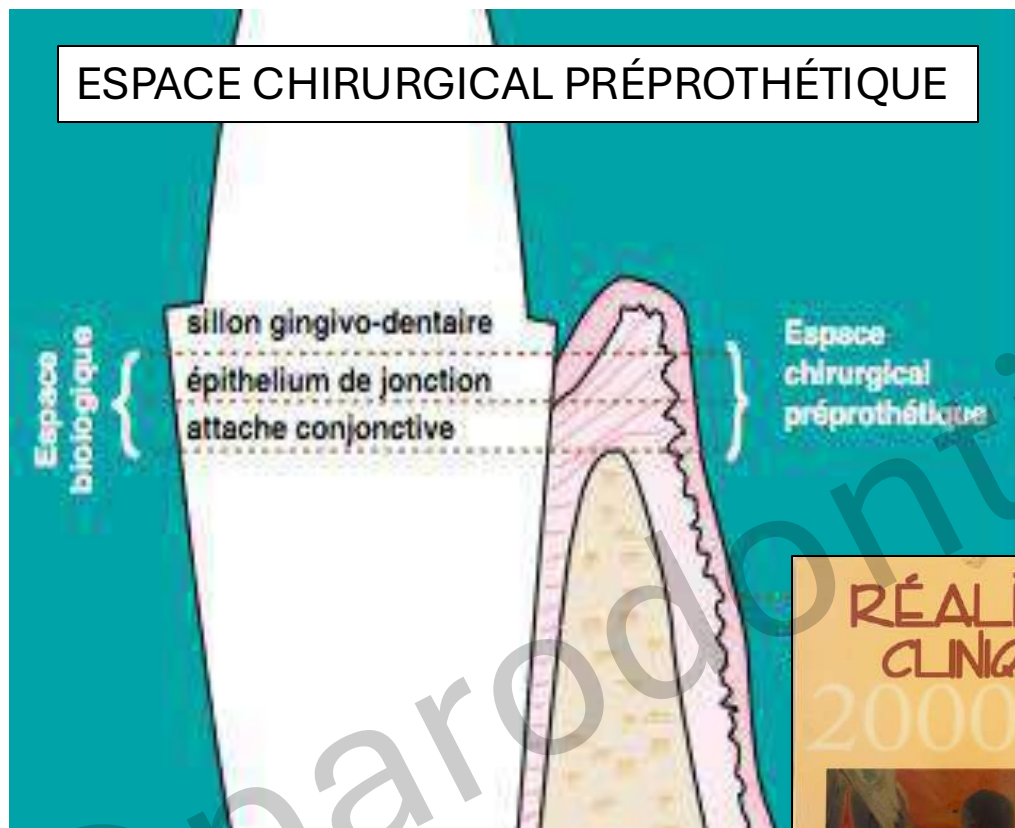
En situation inflammatoire :

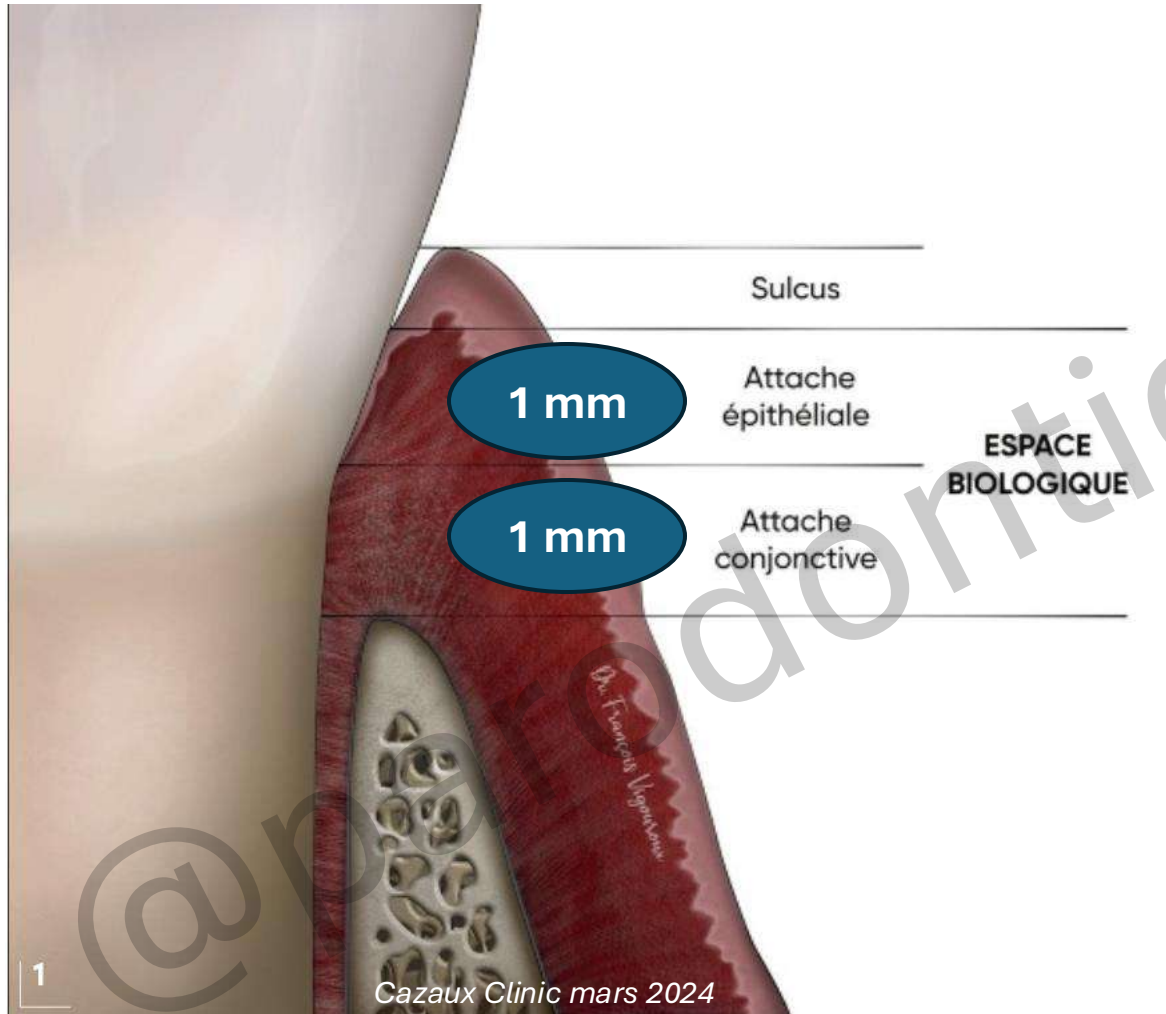
- le sondage traverse l'attache épithéliale,
- le sondage est surévalué,
- le diagnostic est faussé,
- la préparation BOPT sera trop invasive,
- et la cicatrisation en sera doublement pénalisée.

Ercoli 2021 : le sondage est biaisé en présence d'inflammation.

Listgarten 1980 : le sondage après thérapeutique étiologique donne des résultats plus fiables.







Received: 16 December 2017 | Revised: 7 February 2018 | Accepted: 12 February 2018

DOI: 10.1002/JPER.17-0733

2017 WORLD WORKSHOP



**Periodontal manifestations of systemic diseases
and developmental and acquired conditions: Consensus report
of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification
of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions**

CONSENSUS PARO 2017

- Les auteurs conseillent de remplacer le terme d'espace biologique par celui d'attache supracrestale.
- Il existe une variabilité sur les dimensions des éléments de l'attache supracrestale : l'attache conjonctive est la plus constante, mais l'attache épithéliale est très variable.
- Les méthodes pour évaluer cliniquement l'attache parodontale, sondage transgingival ou CBCT sont peu fiables.
- Pour les auteurs du consensus, toute prothèse dans l'attache, conjonctive ou épithéliale, engendre une lésion du parodonte.

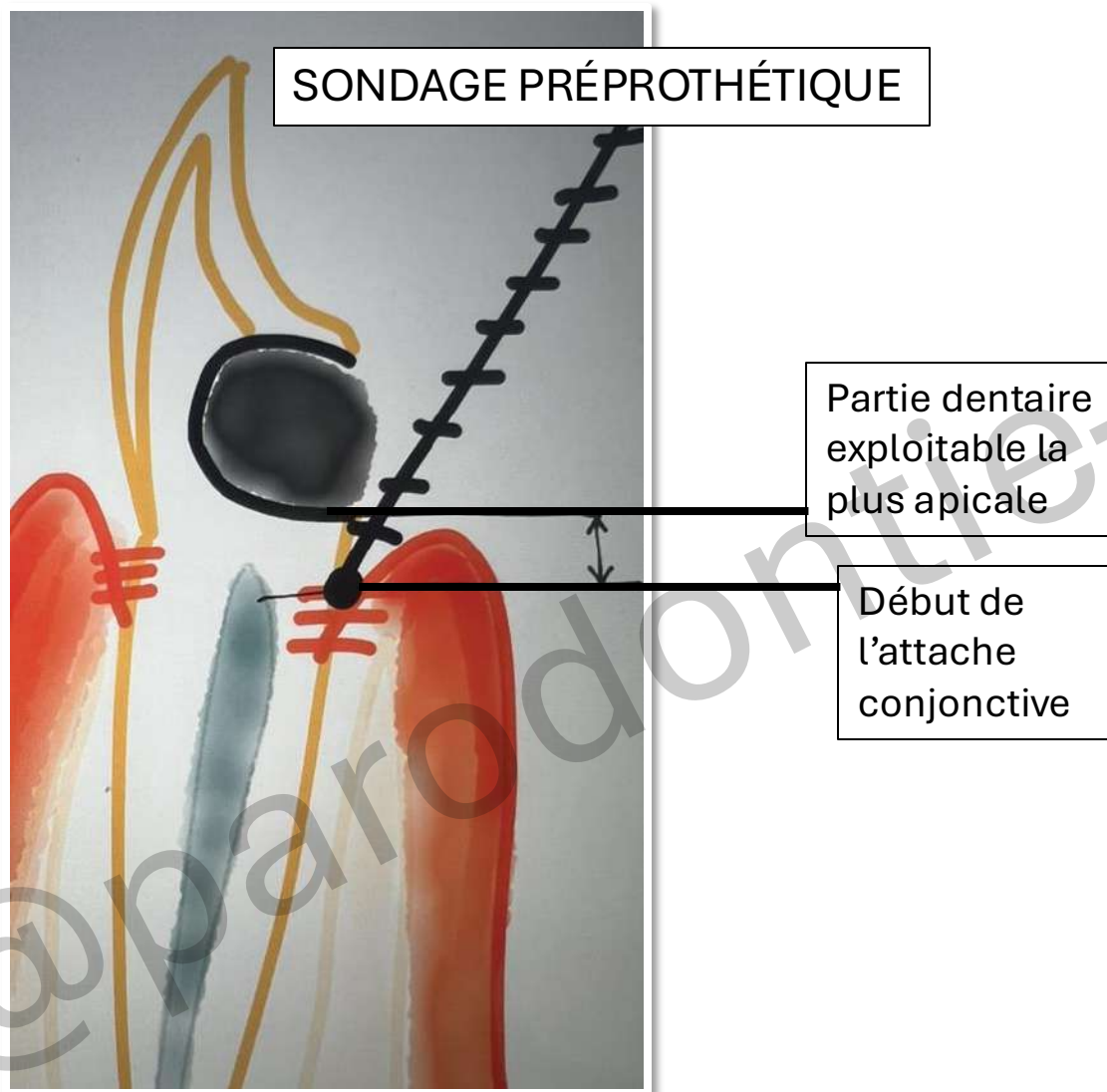


VIOLATION DE L'ATTACHE SUPRACRESTALE

Violation de l'espace biologique =

- Perte d'attache clinique
- Alvéolyse
- Inflammation chronique
- Saignement au sondage
- Hyperplasie gingivale localisée
- Récession parodontale
- Formation de poche parodontale

Une myriade de violations de l'espace biologique peuvent conduire à pléthore de complications parodontales (Mulla et al. 2023).



Sondage	Pronostic	Commentaire
< 1 mm	△	Pas d'attache épithéliale = élongation coronaire
1-2 mm	□	Contre-indication selon le consensus de paro, mais possible avec la BOPT (vertiprep)
> 2 mm	○	Situation la plus favorable car on peut rester à distance de l'attache conjonctive lors du fraisage

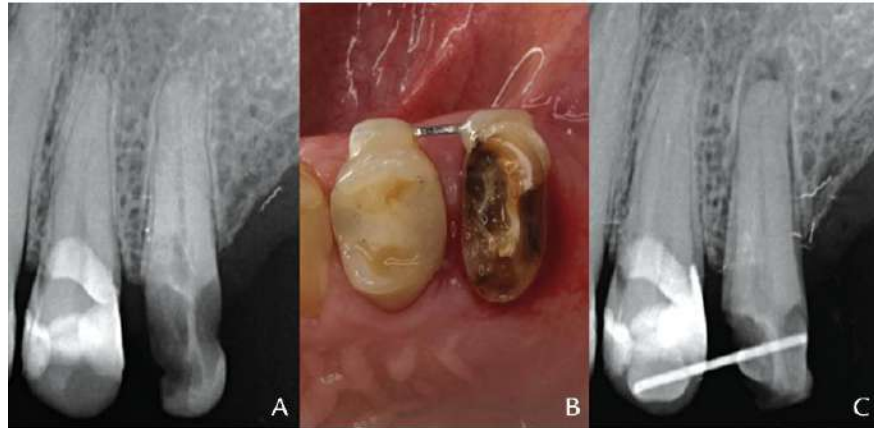
Il n'y a pas de définition simple de l'élongation coronaire :

- ensemble de techniques (chirurgicales ou non),
- visant à rétablir l'espace biologique (sondage préprothétique < 2),
- à augmenter la rétention,
- ou à améliorer l'esthétique.

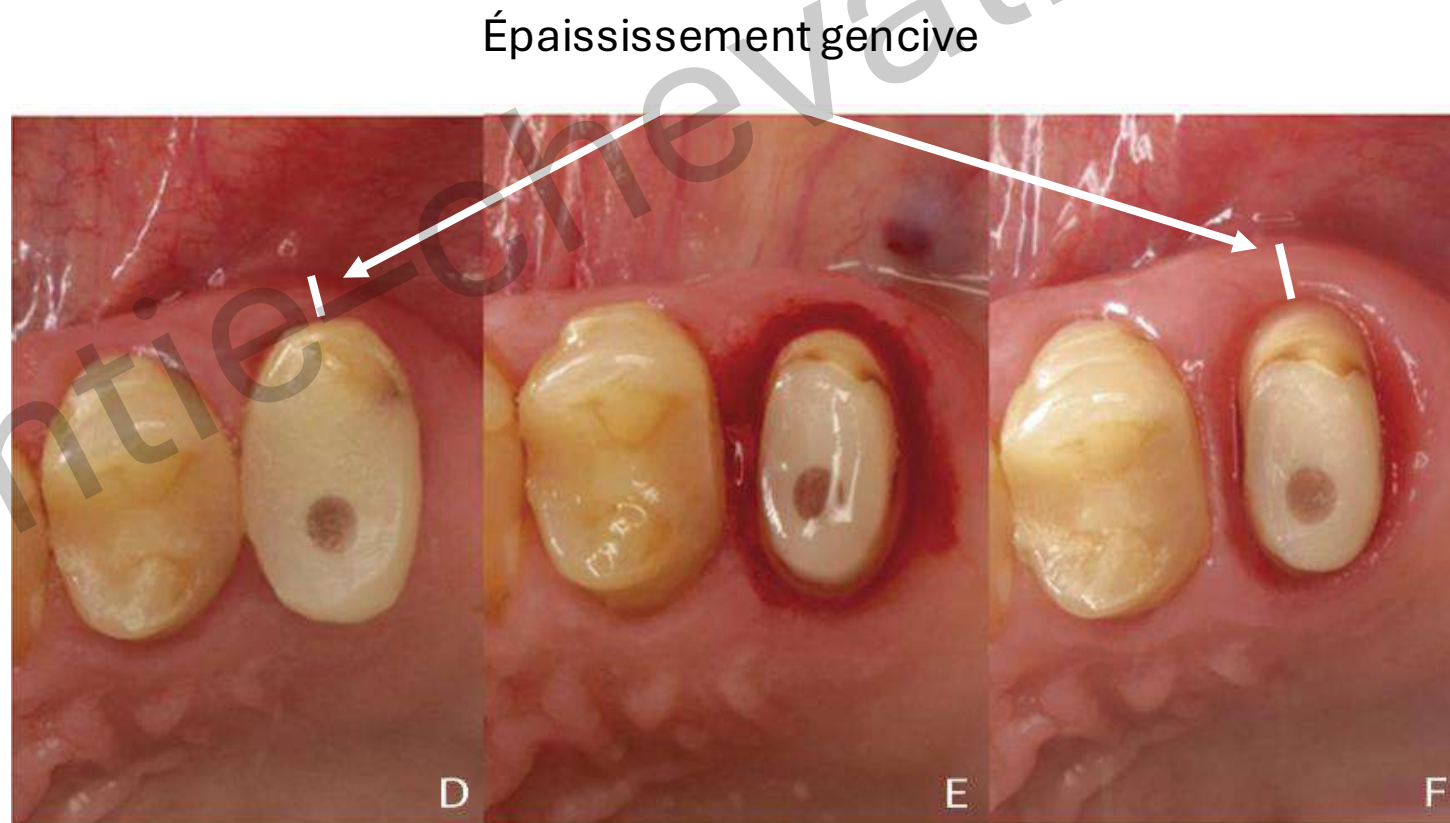


	TK > 5 mm GA > 3 mm	TK = 5 mm GA = 3 mm	TK < 5 mm GA < 3 mm	Absence de TK
Sondage préprothétique > 3 mm	Gingivectomie	Lambeau déplacé apicalement	Lambeau déplacé apicalement	Greffe épithélioconjonctive
Sondage préprothétique < 3 mm	Lambeau déplacé apicalement + ostéotomie ostéoplastie	Lambeau déplacé apicalement + ostéotomie ostéoplastie	Lambeau déplacé apicalement + ostéotomie ostéoplastie	Greffe épithélioconjonctive + ostéotomie ostéoplastie

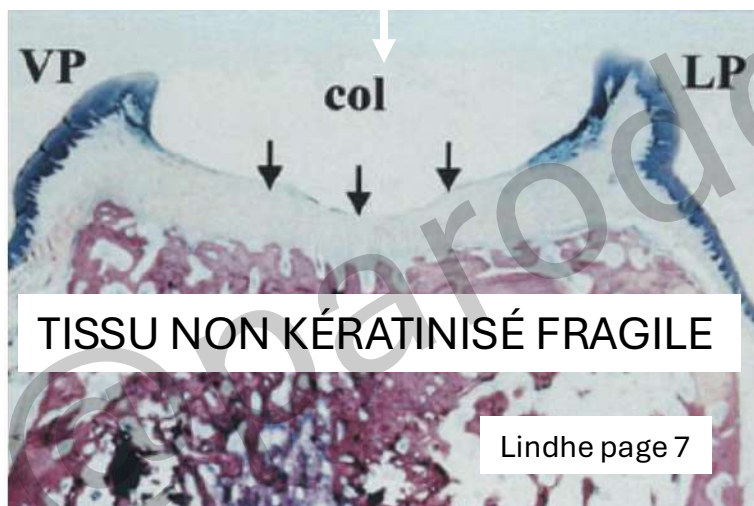
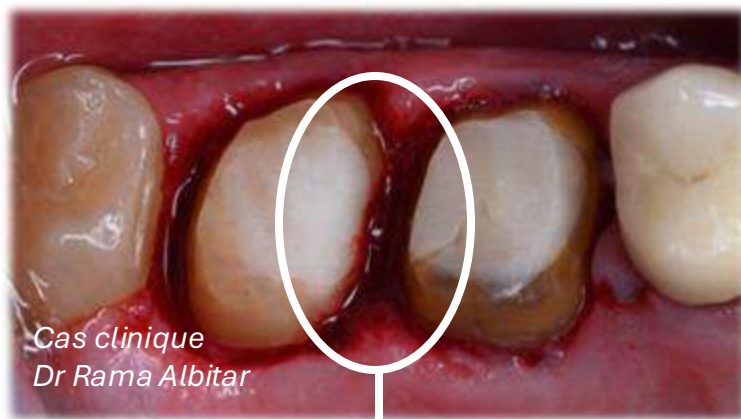
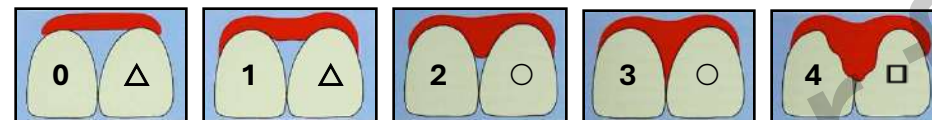




Sondage préprothétique < 2



ÉTAT DES PAPILLES : classification de Jemt (1997)



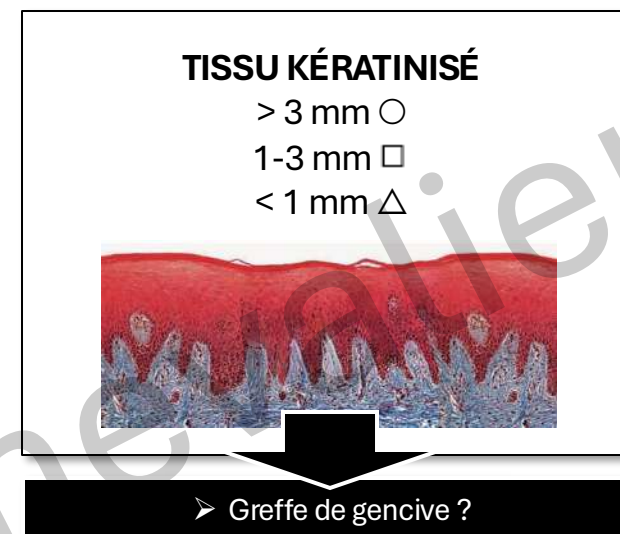
Classe (JEMT 97)	Pronostic	Commentaire
0	△	Absence de papille = perte d'attache proximale ou malposition
1		
2	○	Présence de papilles normales = préparation parodontale possible
3		
4	□	Papille hypertrophique = inflammation à gérer en amont de la BOPT



TISSU KÉRATINISÉ ET BOPT

Le tissu kératinisé sert à protéger le parodonte, de l'inflammation et des récessions notamment.

Deux des risques majeurs de la prothèse fixée sur le parodonte sont : INFLAMMATION ET RÉCESSIONS



TK	Pronostic	Commentaire
< 1	△	Contre-indication
1-3	□	Évaluer les autres facteurs
≥ 3	○	Conditions favorables



LES GREFFES DE SUBSTITUTION ONT UN TAUX DE SUCCÈS ÉLEVÉ



Recouvrir une récession avec une couronne est une mauvaise idée.

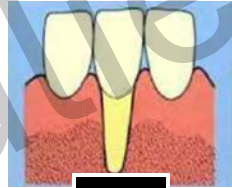


Il faut d'abord traiter la récession, ce qui ne veut pas forcément dire greffer, mais gérer les multiples causes de la récession.

RÉCESSION PARODONTALE

Non ☐

Oui ☐



➤ Greffe de gencive ?

Récession	Pronostic
OUI	△
NON	○

LES GREFFES DE GENCIVE ENGENDRENT PEU DE SUITES



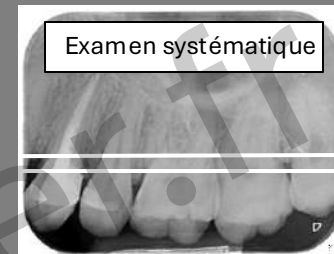
Les patients prennent du paracétamol entre 12 et 22 heures après l'intervention, après ils arrêtent spontanément. (Chevalier et al. 2017)

Table 2 Patient-centered outcomes

Patient		Pain (VAS)	Esthetics at 12 mo (VAS)	Discomfort except mastication (VAS)	Painkillers (h)	Swelling (d)	Mastication modification (d)
1	Matrix 1	2/5	4/5	0/5	12	0	Soft food, 7
	CTG 1	3/5	5/5	2/5	24	4	Soft food, 7
	Matrix 2	1/5	4/5	0/5	12	0	Soft food, 7
	CTG 2	4/5	5/5	0/5	24	4	Soft food, 7
2	Matrix 3	2/5	5/5	0/5	24	0	Soft food, 7
	CTG 3	2/5	5/5	0/5	24	5	Soft food, 7
3	Matrix 4	4/5	4/5	2/5	12	2	Soft food, 7
	CTG 4	5/5	4/5	0/5	24	6	Soft food, 7
4	Matrix 5	3/5	5/5	0/5	12	2	Soft food, 1
	CTG 5	3/5	4/5	0/5	12	3	Soft food, 7
Matrix mean		2.4/5	4.4/5	0.1/5	14.4	0.8	6.4
CTG mean		3.4/5	4.6/5	0.1/5	22	4.4	5.5

2D : espace
biologique
(*attache conjonctive*
+ *attache épithéliale*)
 $\Delta < 2 \text{ mm} \leq \bigcirc$

Examen systématique



Intégrité des septa osseux

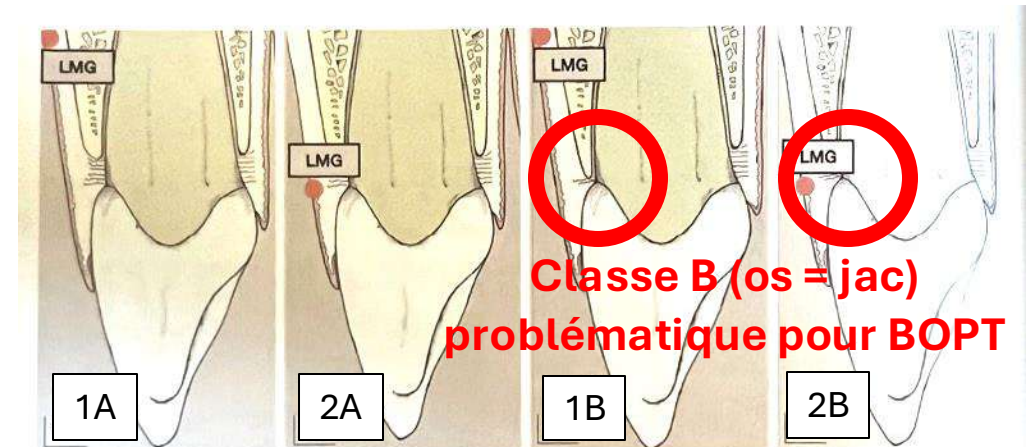
Attache supracrestale PROXIMALE

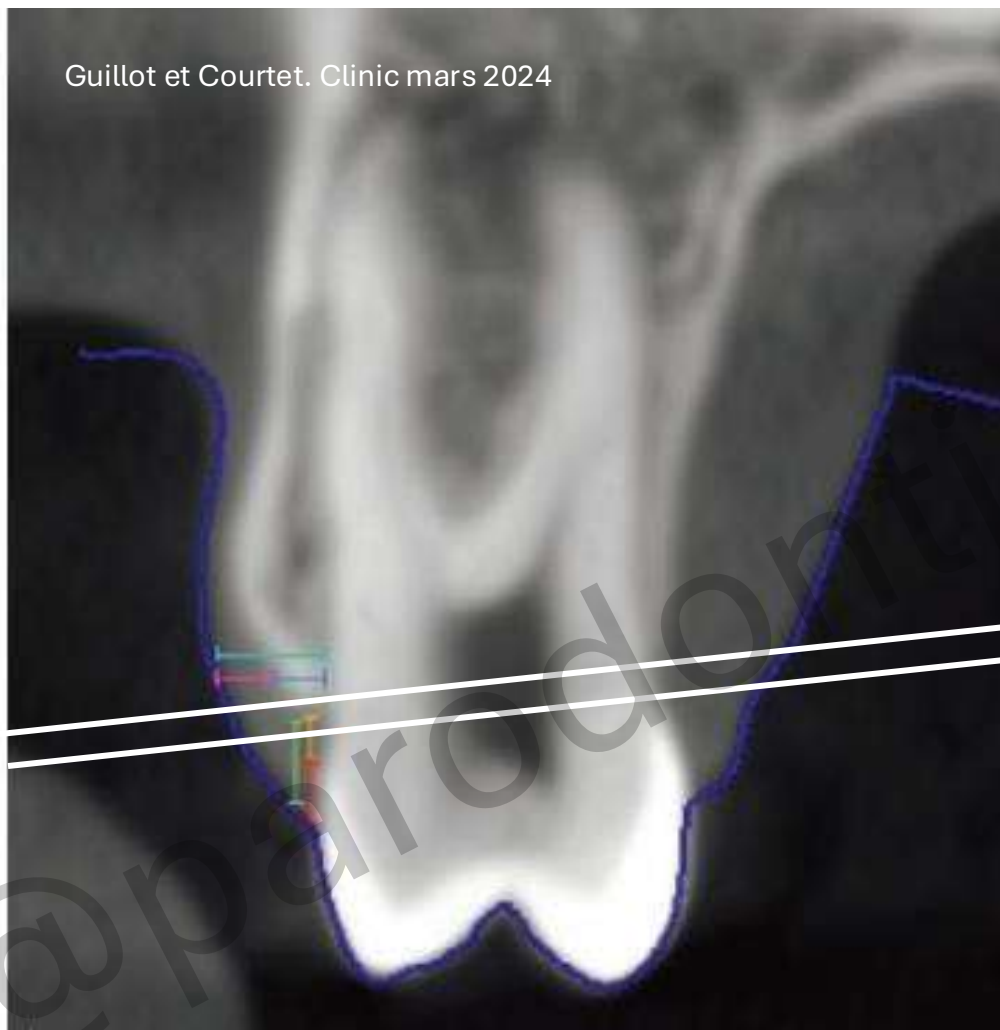
Vérification sondage préprothétique

Hauteur attache supracrestale	Pronostic
< 2	Δ
≥ 2	$\bigcirc$



- Définition simple de l'éruption passive altérée, d'après le consensus 2017 de paro : gencive trop coronaire.
- Décrite par Gargiulo en 1961, et classifiée par Coslet en 1977.
- C'est un problème fréquent avec une prévalence de 12 à 35%.
- Malgré la définition clinique simple, elle peut aussi concerner le parodonte profond.





Éruption passive altérée	Pronostic
A	△
B	○



CONCLUSION

Quand les paramètres sont très nombreux en clinique, le meilleur moyen de n'en oublier aucun et d'utiliser une checklist !



CHECK LIST PARODONTALE BOPT Conférence CNO 2 octobre 2025

DATE :		PATIENT :		DENT :	
ANAMNÈSE		Bonne Santé ☐	Tabagisme ☐	Diabète ☐	Autre Maladie Systémique ☐
EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL	BIOTYPE Fin ☐ Épais ☐		INFLAMMATION Absente ☐ Modérée ☐ Sévère ☐		SOURIRE GINGIVAL Liebart 1-2 ☐ Liebart 3-4 ☐
	STATUT PARODONTAL DU PATIENT				
CHARTING PARO			Indice de plaque $\leq 20\% < \square$ Indice de saignement $\leq 10\% < \square$ Profondeurs de poche $\leq 4 \text{ mm} < \Delta$		
	CONDITIONS PARODONTALES LOCALES				
EXAMEN CLINIQUE LOCAL	Sondage local $< 1 \text{ mm} \Delta$ $1-3 \text{ mm} \circ$ $\geq 4 \text{ mm} \square$ Sondage prothétique (distance partie dentaire exploitable la plus apicale – attache conjonctive) $< 1 \text{ mm} \Delta$ $1-2 \text{ mm} \square$ $> 2 \text{ mm} \circ$		ÉTAT DES PAPILLES : classification de Jemt (1997) TISSU KÉRATINISÉ $> 3 \text{ mm} \circ$ $1-3 \text{ mm} \square$ $< 1 \text{ mm} \Delta$ RÉCESSION PARODONTALE Non ☐ Oui ☐ ➔ Greffe de gencive ?		
	EXAMEN COMPLÉMENTAIRE (RADIO)		2D : espace biologique (attache conjonctive + attache épithéliale) $\Delta < 2 \text{ mm} \leq \circ$ Examen systématique ➔ 3D : éruption passive altérée distance os – jonction amélocementaire réduite $\Delta < 2 \text{ mm} \leq \circ$ Examen facultatif ➔ Élongation coronaire si espace blo < 2 et si éruption passive altérée		
CONTRE-INDICATIONS : diabète, tabac, parodontite, TK < 1 , perte des papilles, sondage local et prothétique < 1		CONDITIONS DÉFAVORABLES : biotype fin, gingivite, récession, TK $1-3 \text{ mm}$, papilles hypertrophiques, sondage prothétique $1-2 \text{ mm}$		CONDITIONS FAVORABLES : biotype épais, TK $> 3 \text{ mm}$, santé parodontale, papilles saines, sondage prothétique > 2	
Δ PAS DE BOPT EN L'ÉTAT		□ RÉÉVALUER APRÈS TRAITEMENT		○ BOPT OK	



2

**CICATRISATION
PARODONTALE**



EST-CE QUE LA BOPT RISQUE D'ABÎMER LA GENCIVE ?



Pontneau Clinic mars 2024

BOPT
0



Études précliniques
histologiques animales

BOPT
7

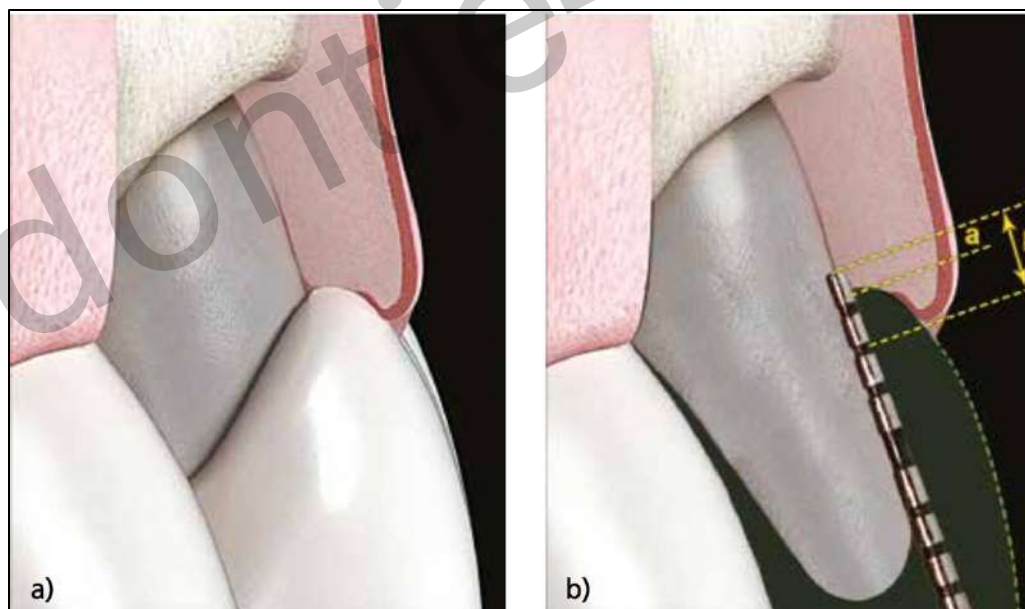


Études cliniques
et revues systématiques

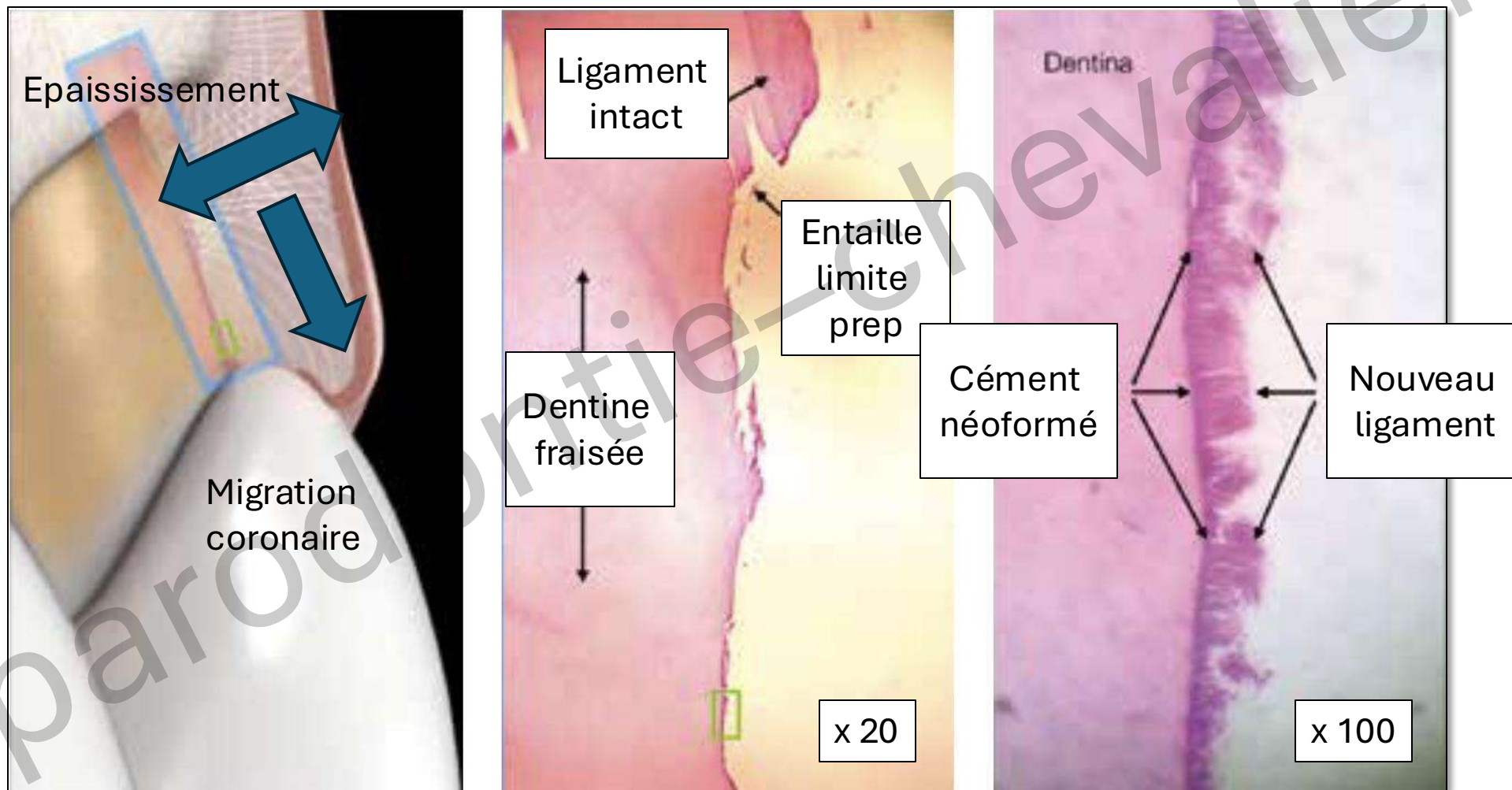
BOPT
1



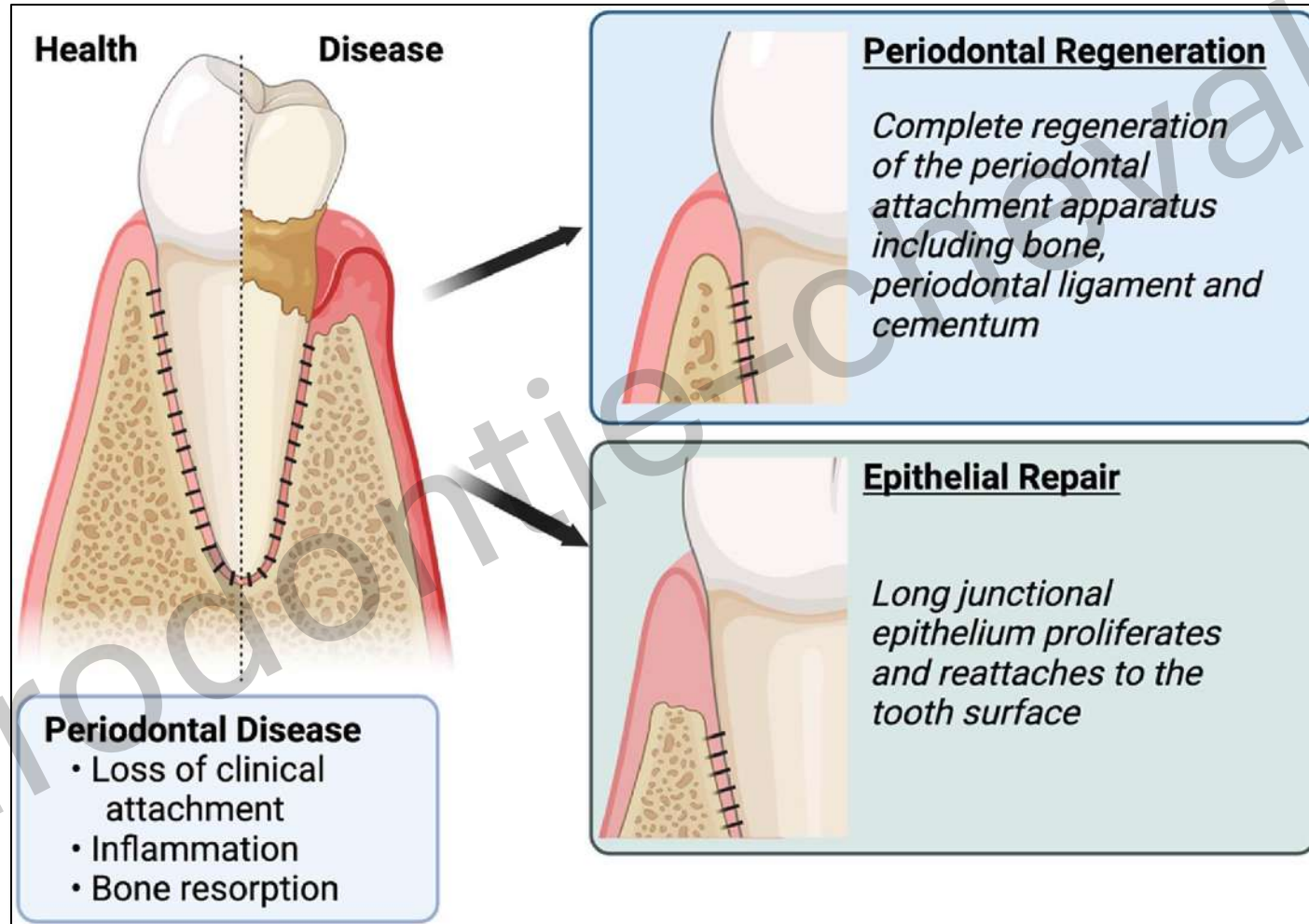
Études histologiques
humaines

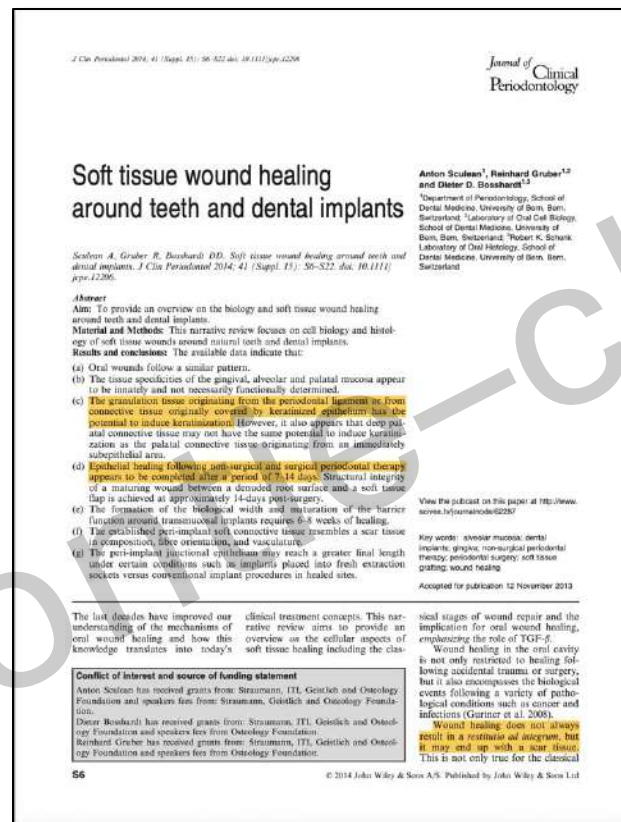


Finalmente, se realizó una **sindesmotomía** que incluía ligamento periodontal y exodoncia de 12 y 21.



RAPPEL : RÉGÉNÉRATION PARODONTALE





CONSENSUS EFP 2014 : La plupart des procédures de chirurgie parodontale aboutissent à un long épithélium de jonction, et les différences cliniques avec une régénération parodontale ad integrum de l'attache sont faibles.

MELCHER 1976

J Clin Periodontol 2014; 41 (Suppl. 15): S36–S43 doi: 10.1111/jcpe.12219

Journal of
Clinical
Periodontology

Clinical efficacy of periodontal plastic surgery procedures: Consensus Report of Group 2 of the 10th European Workshop on Periodontology

Maurizio S. Tonetti¹ and Søren Jepsen² on behalf of Working Group 2 of the European Workshop on Periodontology*

¹European Research Group on Periodontology, Genova, Italy; ²Department of Periodontology, Operative and Preventive Dentistry, University of Bonn, Bonn, Germany

Tonetti MS, Jepsen S. Clinical efficacy of periodontal plastic surgery procedures: Consensus Report of Group 2 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2014; 41 (Suppl. 15): S36–S43. doi: 10.1111/jcpe.12219.

Abstract

Aims: The scope of the discussions of this consensus report was to assess the strength of the scientific evidence and make clinical and research recommendations for surgical interventions to cover exposed root surfaces and enhance soft tissues at implants.

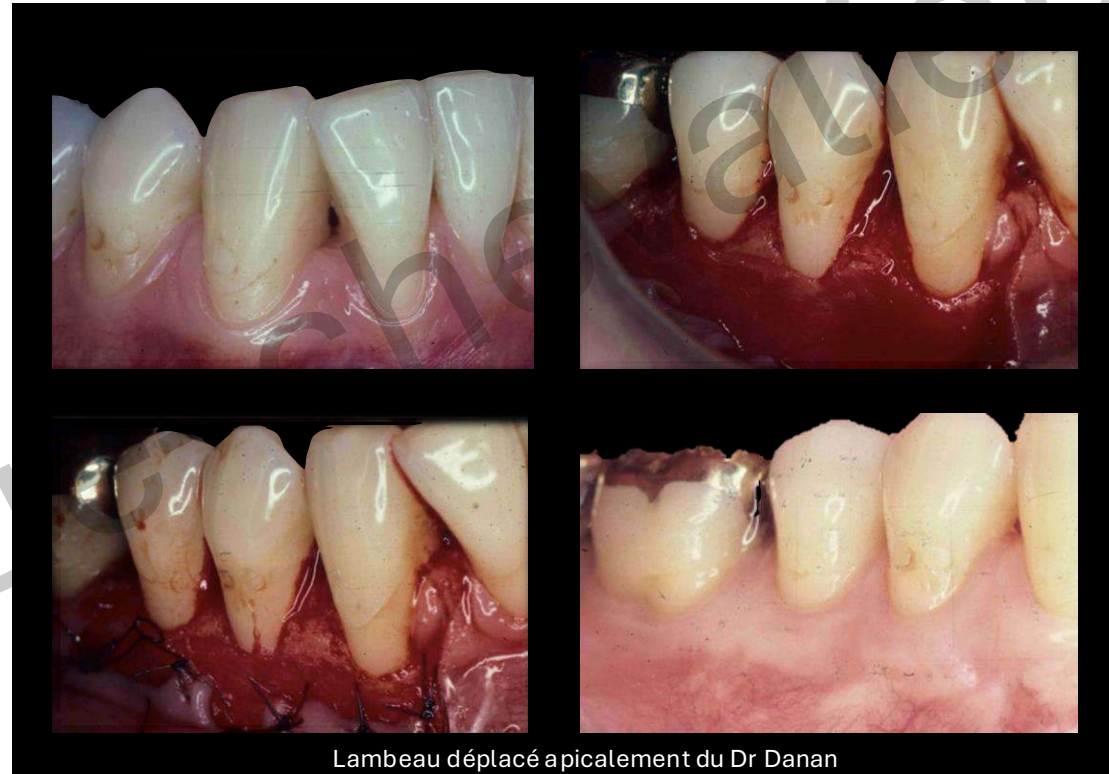
Methods: Discussions were informed by three systematic reviews covering single recessions, multiple recessions and soft-tissue deficiencies at implants. The strength of the evidence was assessed using a modification in GRADE. The group also emphasized the need to report the experience of the surgeon and the performance of the control intervention (CONSORT guidelines for non-pharmacological treatment).

Results: A moderate strength of evidence supported the following statements for single (moderately deep, mostly maxillary) recessions without inter-dental attachment loss: (i) The addition of a connective tissue graft (CTG) improved outcomes of coronally advanced flaps (CAF). (ii) The addition of enamel matrix derivative (EMD) improved the outcomes of CAF. For multiple recessions, preliminary data indicate that flaps specifically designed to treat this condition are worthy of additional attention. Emerging data indicate that it is possible to obtain complete root coverage at sites with some inter-dental attachment loss. With regards to soft-tissue deficiencies at implants, several procedures are available, but great heterogeneity among studies does not allow drawing conclusions at this time.

Conclusions: The group highlighted that periodontal plastic procedures are complex, technique-sensitive interventions that require advanced skills and expertise. At single recessions, the addition of autologous CTG or EMD under CAF improves complete root coverage and may be considered the procedure of choice at maxillary anterior and premolar teeth. The adjunctive benefit needs to be put in the context of increased morbidity of the donor area or increased cost. Additional research is needed to (i) assess the role of alternatives to autologous soft-tissue grafting in combination with CAF; (ii) identify the optimal surgical design and the need for additional soft-tissue grafting (or alternatives) at multiple recessions, recessions with inter-dental attachment loss and soft-tissue deficiencies at implants.

Key words: consensus report; dental implant; evidence-based periodontology; gingival recession; keratinized tissue; meta-analysis; oral mucosa; periodontal surgery; root coverage; systematic review

Accepted for publication 12 November 2013



Lambeau déplacé apicalement du Dr Danan

- ✓ Initialement en parodontie, la hauteur de tissu kératinisé était le paramètre la plus important.
- ✓ Mais dans les années 2000, l'épaisseur de la gencive est devenue le critère le plus important pour la stabilité de la gencive parodontale.



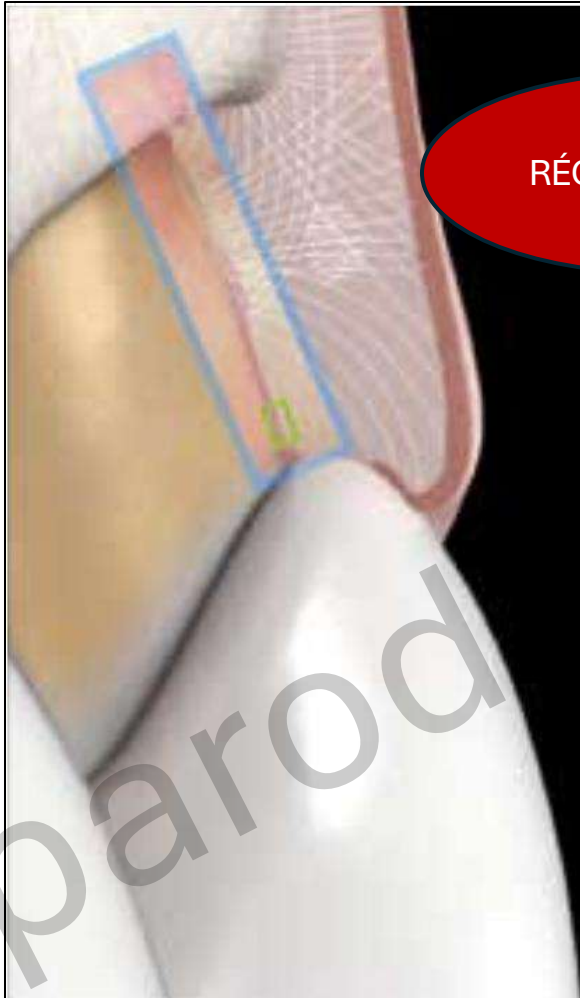
RAPPEL : CREEPING ATTACHMENT OU ATTACHE RAMPANTE

Définition du Lindhe :

- ✓ Migration en direction coronaire de la marge gingivale après un traitement parodontal.
- ✓ Les bases biologiques sont inconnues et le creeping est imprédictible.



Dans les cas de BOPT : le creeping résulte de la tendance de la gencive à vouloir fermer la plaie, et ne s'arrêtera pas tant que l'attache épithéliale ne sera pas reconstituée.



RÉGÉNÉRATION

ÉPAISSISSEMENT

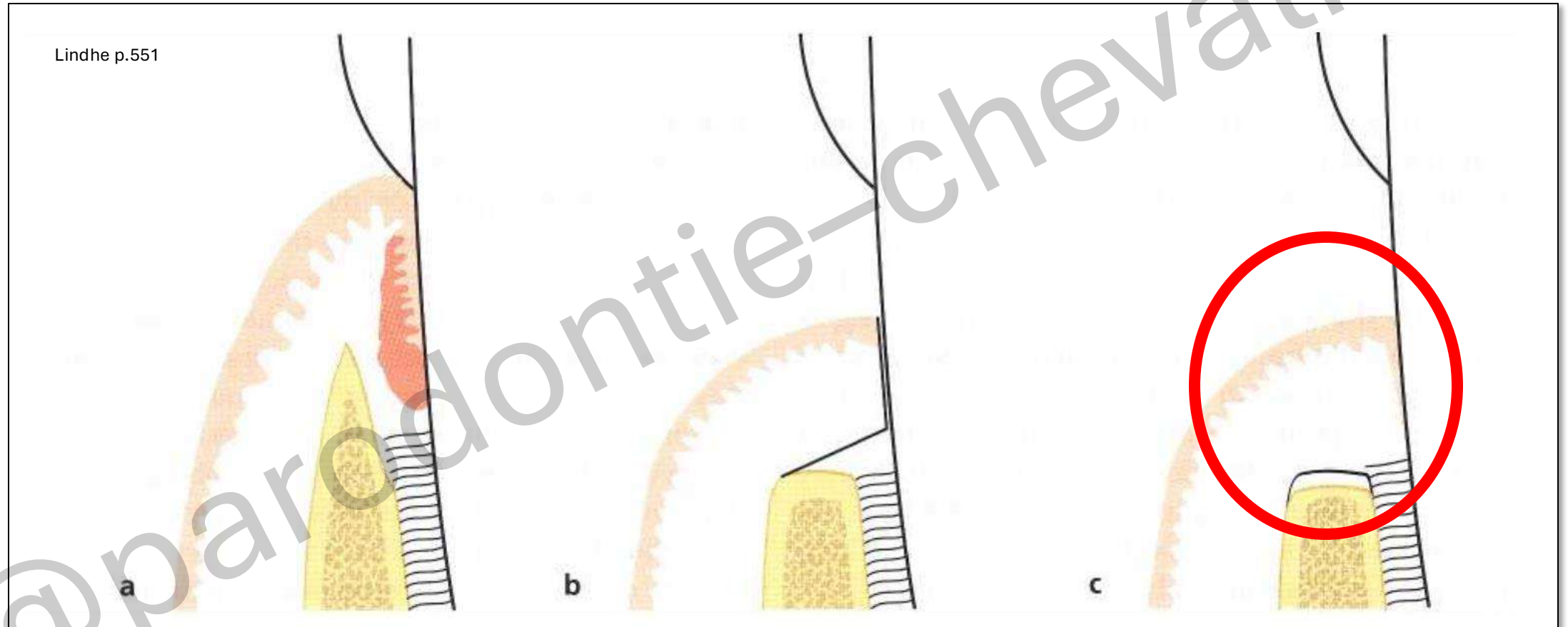
CREEPING

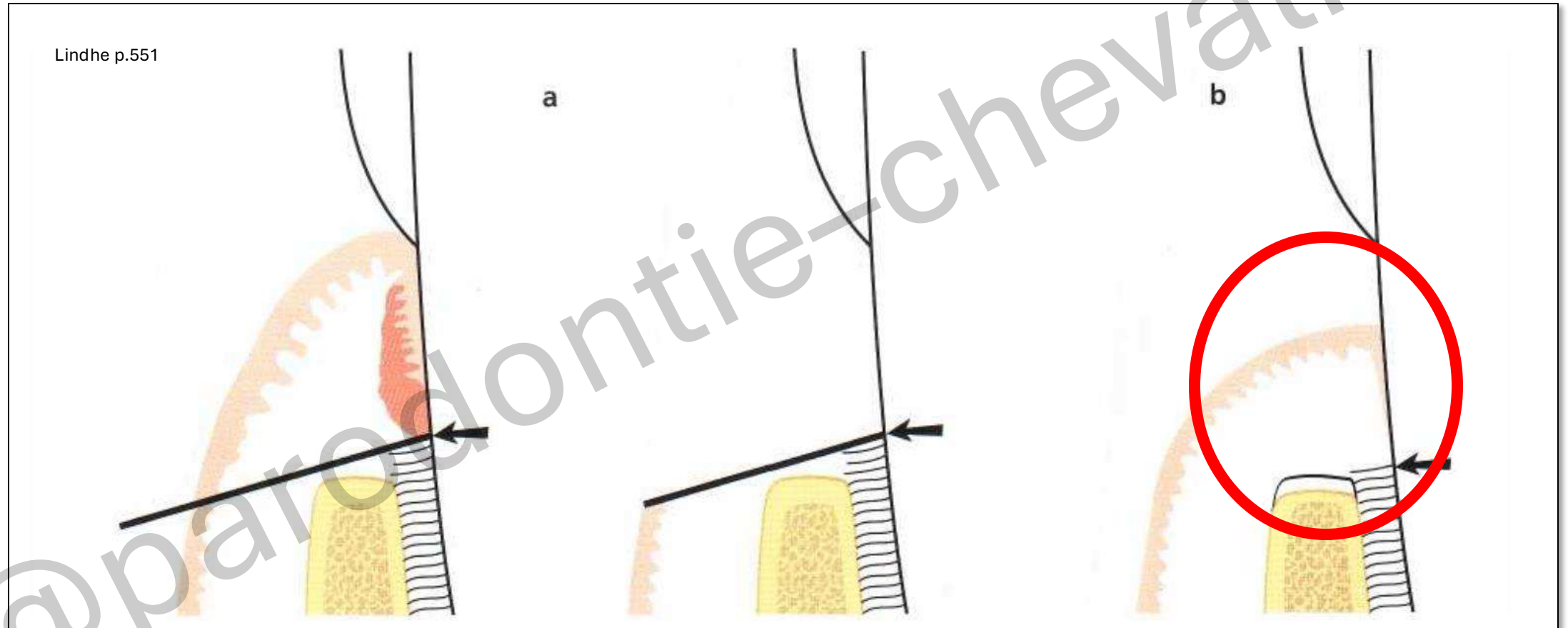
LIMITES

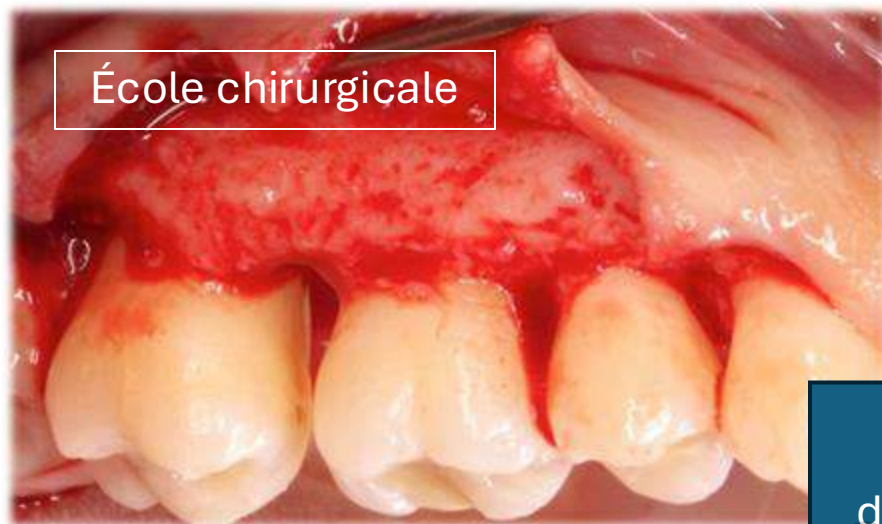
- ✓ Cas unique
- ✓ Influence du trauma
- ✓ Procédure d'extraction non précisée

Interventions comparables dans les études précliniques en paro ?

LAMBEAU PÉRIOSTÉ = PERTE OSSEUSE ET RÉCESSION







École chirurgicale



École non chirurgicale

Le débat a été définitivement clos grâce à des données cliniques.

J Clin Periodontol 2002; 29(Suppl. 3): 92-102
Printed in Denmark. All rights reserved

Copyright © Blackwell Munksgaard 2002

Journal of
Clinical
Periodontology
ISSN 1600-2688

Review article

A systematic review of the effect of surgical debridement vs. non-surgical debridement for the treatment of chronic periodontitis

L. J. A. Heitz-Mayfield¹, L. Trombelli², F. Heitz³, I. Needleman⁴ and D. Moles⁵
¹Department of Periodontology and Fixed Prosthodontics, University of Berne, Berne, Switzerland, ²Research Center for the Study of Periodontal Diseases, University of Ferrara, Italy, ³Department of Periodontology and ⁴Department of Oral Pathology, Eastern Dental Institute, University College London, UK

Heitz-Mayfield L. J. A., Trombelli L., Heitz F., Needleman I., Moles D.: A systematic review of the effect of surgical debridement vs. non-surgical debridement for the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2002; 29(Suppl. 3): 92-102. © Blackwell Munksgaard, 2002.

Abstract

Objective: To systematically review the evidence of effectiveness of surgical vs. non-surgical therapy for the treatment of chronic periodontal disease.

Methods: A search was conducted for randomized controlled trials of at least 12 months duration comparing surgical with non-surgical treatment of chronic periodontal disease. Data sources included the National Library of Medicine computerized bibliographic database MEDLINE, and the Cochrane Oral Health Group (COHG) Specialist Trials Register. Screening, data abstraction and quality assessment were conducted independently by multiple reviewers (L.H., F.H., L.T.). The primary outcome measures evaluated were gain in clinical attachment level (CAL) and reduction in probing pocket depth (PPD). **Results:** The search provided 589 abstracts of which six randomized controlled trials were included. Meta-analysis evaluation of these studies indicated that 12 months following treatment, surgical therapy resulted in 0.6 mm more PPD reduction (WMD 0.58 mm; 95% CI 0.38, 0.79) and 0.2 mm more CAL gain (WMD 0.19 mm; 95% CI 0.04, 0.35) than non-surgical therapy in deep pockets (>6 mm). In 4-6 mm pockets scaling and root planing resulted in 0.4 mm more attachment gain (WMD -0.37 mm; 95% CI -0.49, -0.26) and 0.4 mm less probing depth reduction (WMD 0.35 mm; 95% CI 0.23, 0.47) than surgical therapy. In shallow pockets (1-3 mm) non-surgical therapy resulted in 0.5 mm less attachment loss (WMD -0.51 mm; 95% CI -0.74, -0.29) than surgical therapy. **Conclusions:** Both scaling and root planing alone and scaling and root planing combined with flap procedure are effective methods for the treatment of chronic periodontitis in terms of attachment level gain and reduction in gingival inflammation. In the treatment of deep pockets open flap debridement results in greater PPD reduction and clinical attachment gain.

Key words: non-surgical therapy; periodontal disease/therapy; surgical therapy; systematic review

Chronic periodontitis is defined as an inflammatory disease of the supporting tissues of the teeth caused by groups of specific microorganisms, resulting in progressive destruction of the periodontal ligament and alveolar bone with pocket formation, recession or both

(1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases). Chronic periodontitis affects most of the adult population and may be further classified on the basis of extent and severity. Furthermore, chronic periodontitis may be associated with mod-

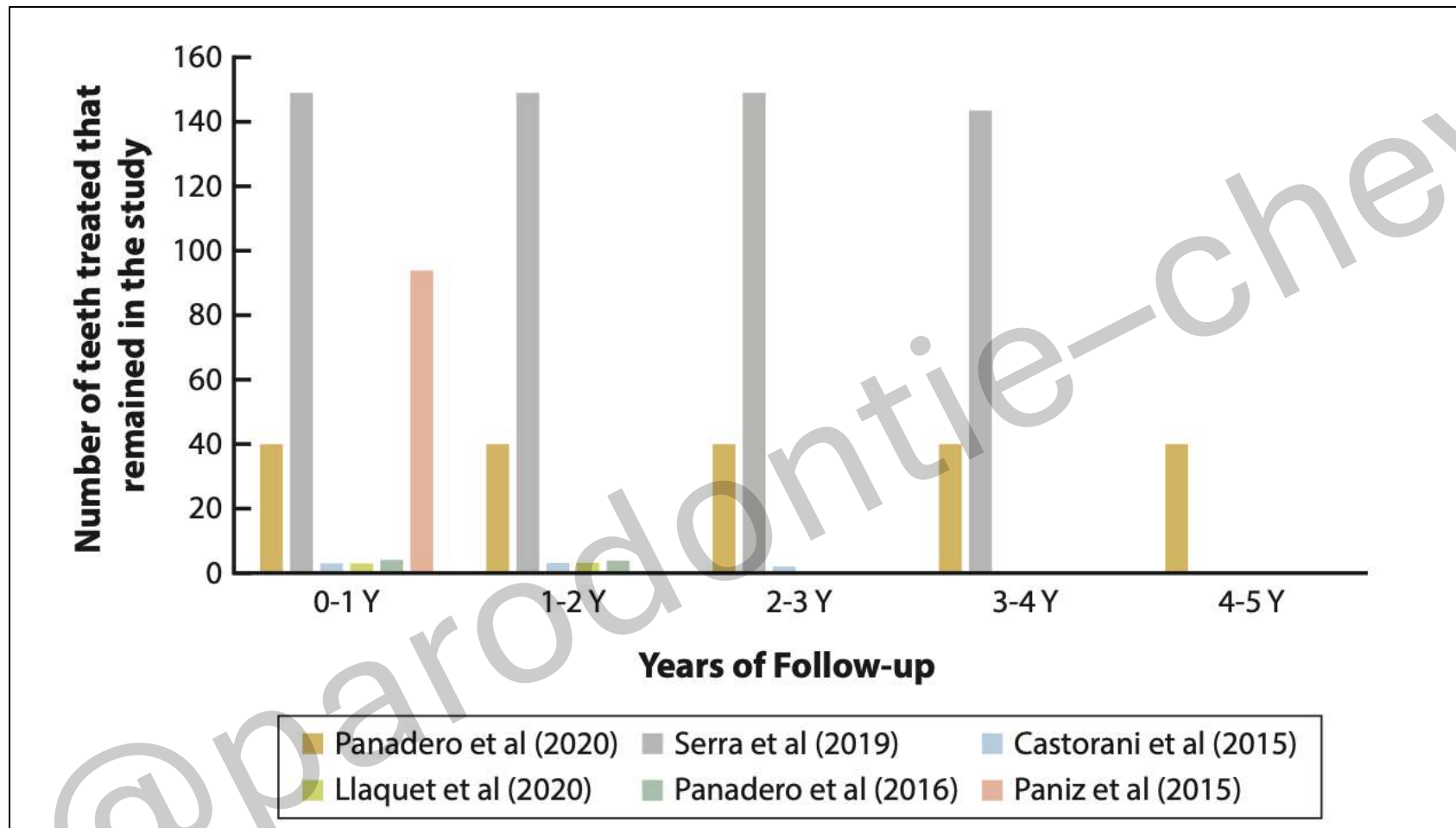
ifying factors such as systemic diseases, cigarette smoking, and local factors.

Cross-sectional epidemiological studies indicate that about 10-15% of the adult population have 'advanced periodontitis', while about 80% have 'moderate periodontitis', and 10% of the



DONNÉES CLINIQUES BOPT

ANNÉE	AUTEURS	TYPE D'ÉTUDE	ÉCHANTILLON	SUIVI	RÉSULTAT PRINCIPAL
2016	Paniz, Lops Nart	RCT	106 chanfreins 94 BOPT	1 an	Moins de récessions en BOPT
2017	Scutella, Zucchelli	Retrospective	137 dents	1,5 an	5% de récessions
2018	Agustin-Panadera, Serra-Pastor	Prospective	52 patients 149 dents	2 ans	Épaississement, stabilité et esthétique
2019	Rodriguez, Ignaocio Loi	Case report histologique	1 patient	X	Régénération parodontale
2019	Serra-Pastor	Prospective	149 dents	4 ans	98,6% de marges gingivales stables
2021	Llaquet-Pujol	Case report extrusion	3 patients	2 ans	Épaississement et stabilité
2021	Serra-Pastor	Prospective	34 patients	6 ans	Stabilité et augmentation épaisseur
2022	Abad -Coronel	Systematic review	157 patients 213 dents	5 ans	Pas plus de complications qu'en prothèse conventionnelle
2023	Rinaldi	Case report empreinte numérique	1 patient 4 dents	8 weeks	La BOPT fonctionne avec les empreintes numériques
2025	Agustin-Panadero	Prospective numérique	24 patients 64 dents	2 ans	Épaississement 0,5
2025	Agustin-Panadero	Prospective	33 patients 91 dents	10 ans	Stabilité, épaississement



CARACTÉRISTIQUES

- 6 études cliniques
- dont 2 RCT
- 157 patients
- 293 dents
- suivi jusqu'à 5 ans

COMPLICATIONS

- 2,3% sondage augmenté
- 22,8% inflammation
- 1,7% récessions
- 4,4% échecs

CONCLUSIONS

- pas plus de complications qu'en prothèse conventionnelle
- bonne stabilité BOPT à 5 ans
- données insuffisantes pour tirer des conclusions définitives mais résultats prometteurs



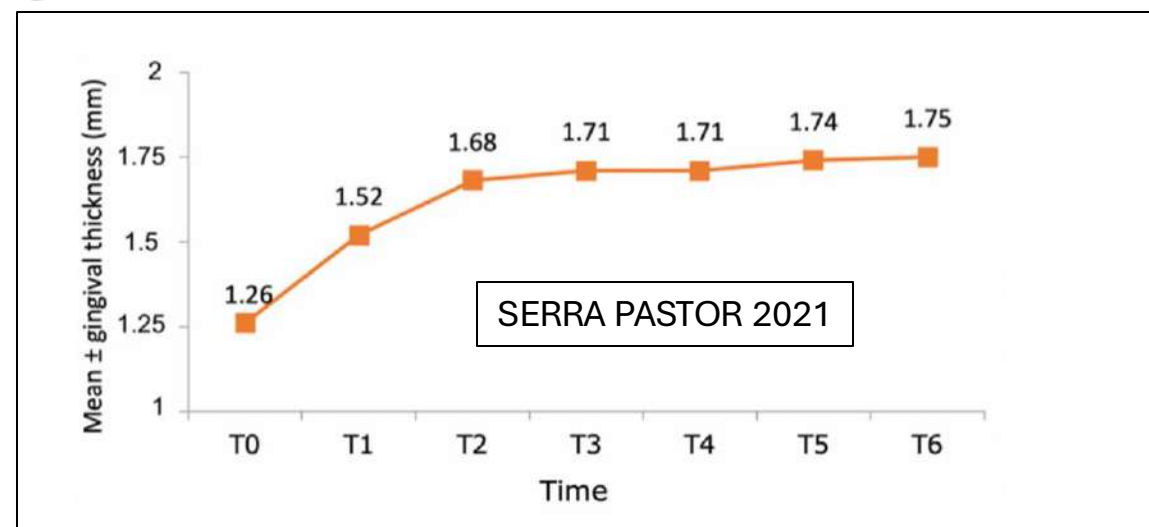
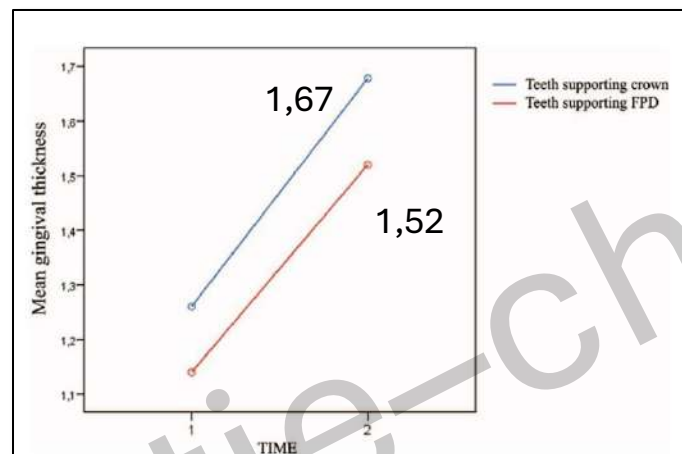
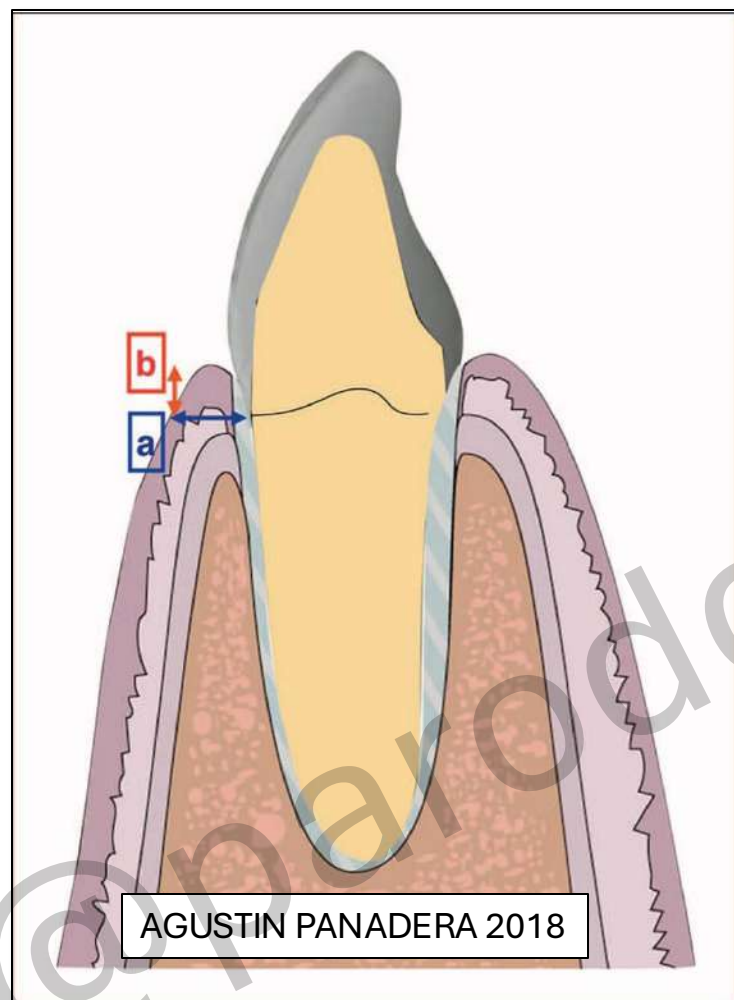
EST-CE QUE LA BOPT RISQUE D'ABÎMER LA GENCIVE ?

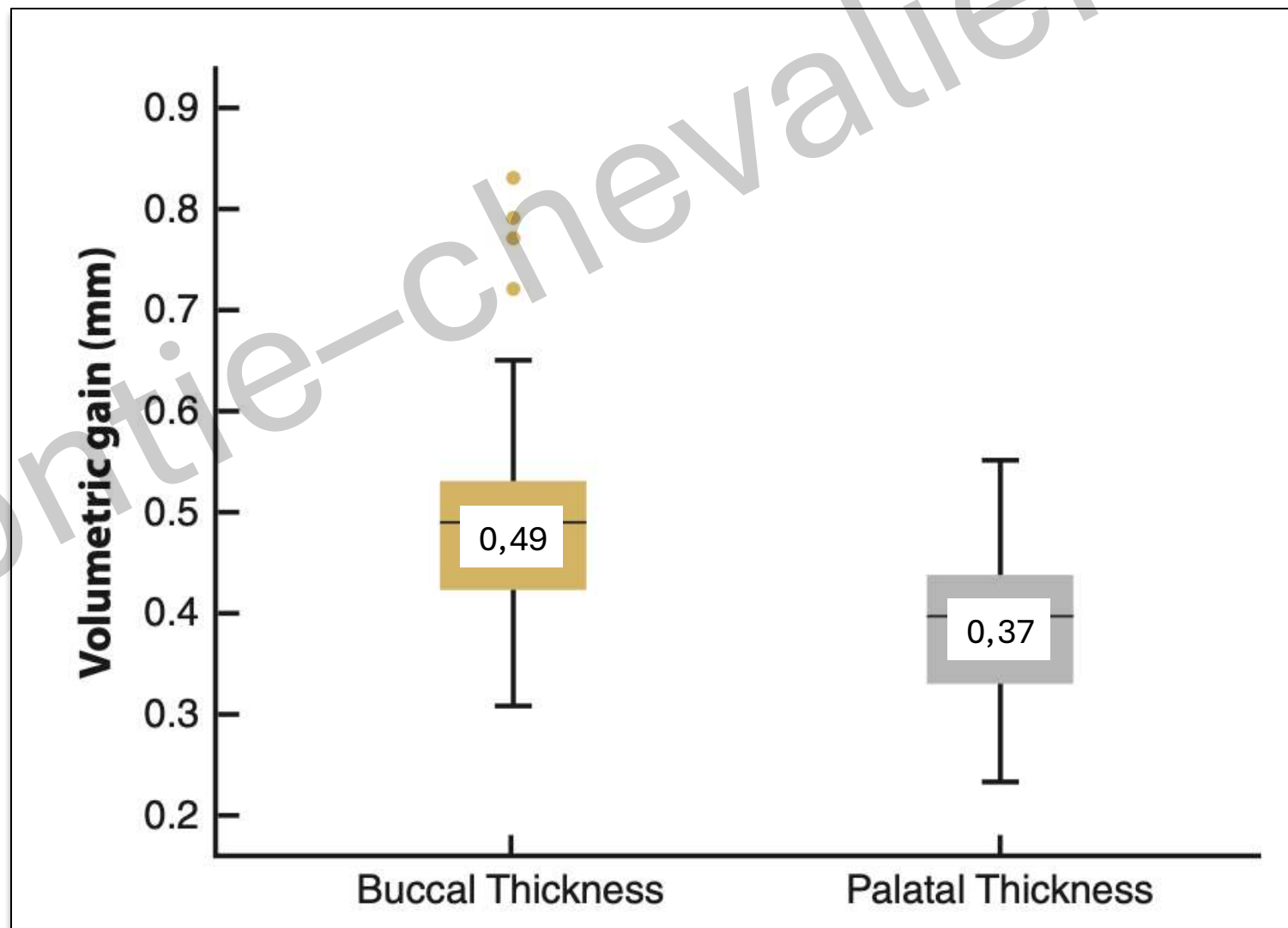
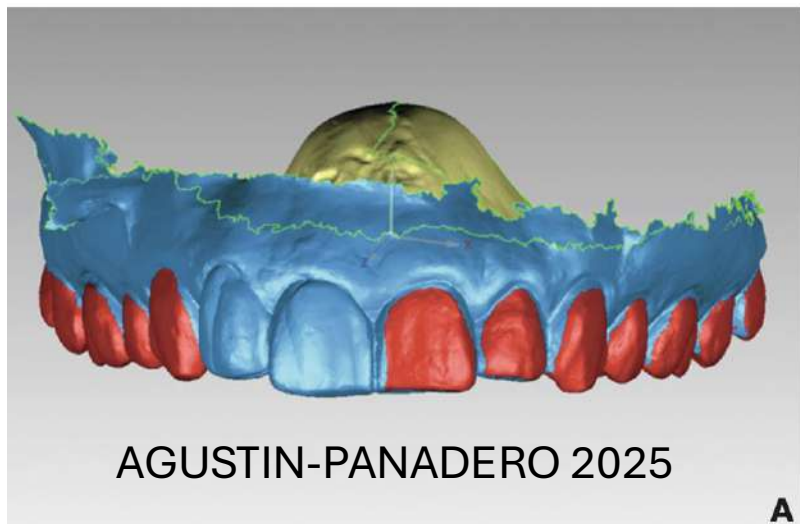




QUEL EST L'EFFET DE LA BOPT SUR LE PARODONTE ?









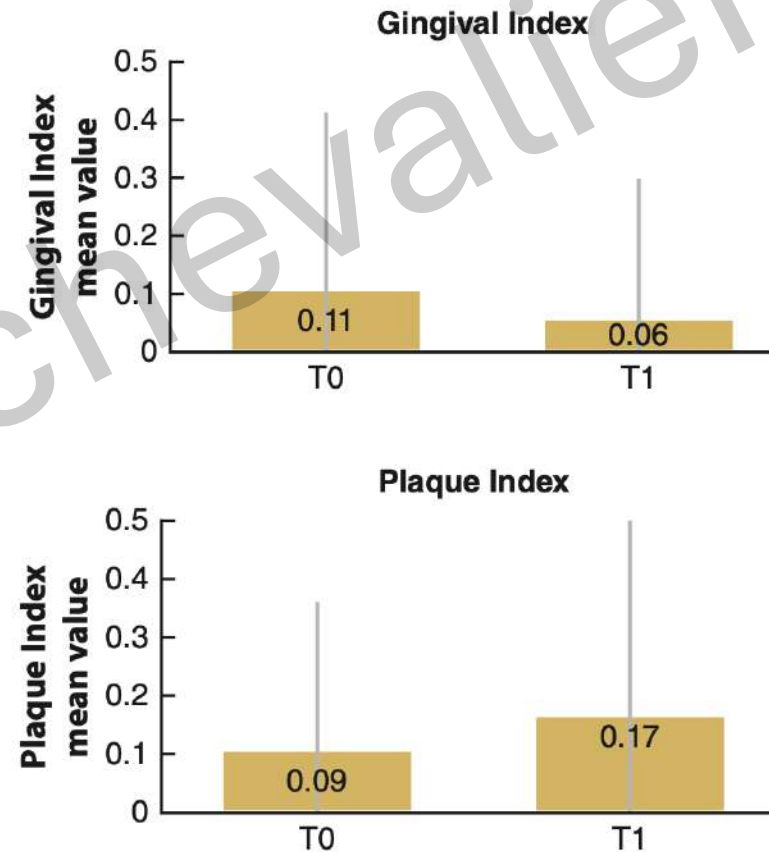
EFFETS SUR LES INDICES PARODONTAUX

Table 1 Main Characteristics of the Study Sample

Teeth (n)	137
Mean follow-up (mo)	18.2 (range: 6–60)
Depth of finishing line	1.0 mm (controlled with a marked bur)
FMBS (%)	17.71
FMPS (%)	17.23
BoP (%)	18
Plaque index (%)	11
Keratinized tissue (mm)	2.09
Soft tissue recession (%)	5.1 (7 teeth out of 137)
PD < 3 mm (%)	99.4 (all teeth probed at 6 points)

FMBS = full-mouth bleeding score; FMPS = full-mouth plaque score; BoP = bleeding on probing; PD = pocket probing depth.

Zucchelli 2017 : indices parodontaux comparables à ceux des dents adjacentes.



Agustin-Panadero 2025: indices parodontaux comparables à ceux de couronnes conventionnelles.

RAPPEL : MARGE GINGIVALE ET MARGE PROTHÉTIQUE



Les récessions de la gencive autour des marges coronaires sont un problème courant, et ont fait l'objet d'études approfondies et plusieurs facteurs étiologiques ont été suggérés :

- placement excessivement sous-gingival des marges coronaires,
- un traumatisme iatrogène des tissus mous pendant la préparation dentaire,
- des procédures agressives et invasives de déplacement gingival pour l'empreinte finale,
- un manque de précision marginale,
- un surcontour horizontal,
- un biotype fin et festonné.

(Zucchelli et al. 2017)



DERNIERS RÉSULTATS : AGUSTIN-PANADERO 2025

> [Int J Periodontics Restorative Dent.](#) 2025 Apr 11;0(0):1-23. doi: 10.11607/prd.7581.

Online ahead of print.

Periodontal Behavior of Full-Coverage Restorations Using a Biologically Oriented Preparation Technique (BOPT): A 10-Year Prospective Clinical Study

Rubén Agustín-Panadero, Ignazio Loi, Carla Fons-Badal, Martín Laguna-Martos, Arturo Llobell-Cortell, Blanca Serra-Pastor

33 patients
91 dents
revus à 10 ans

ÉPAISSEUR	MARGE GINGIVALE	PROFONDEUR DE POCHÉ	GINGIVAL INDEX	PLAQUE INDEX
> controlatérales	stable	stable	Légère augmentation	Légère augmentation
P < 0,001			P = 0,022	P = 0,013



QUEL EST L'EFFET DE LA BOPT SUR LE PARODONTE ?



Pontneau Clinic mars 2024



COMMENT EXPLIQUER L'EFFET DE LA BOPT ?



Pontneau Clinic mars 2024

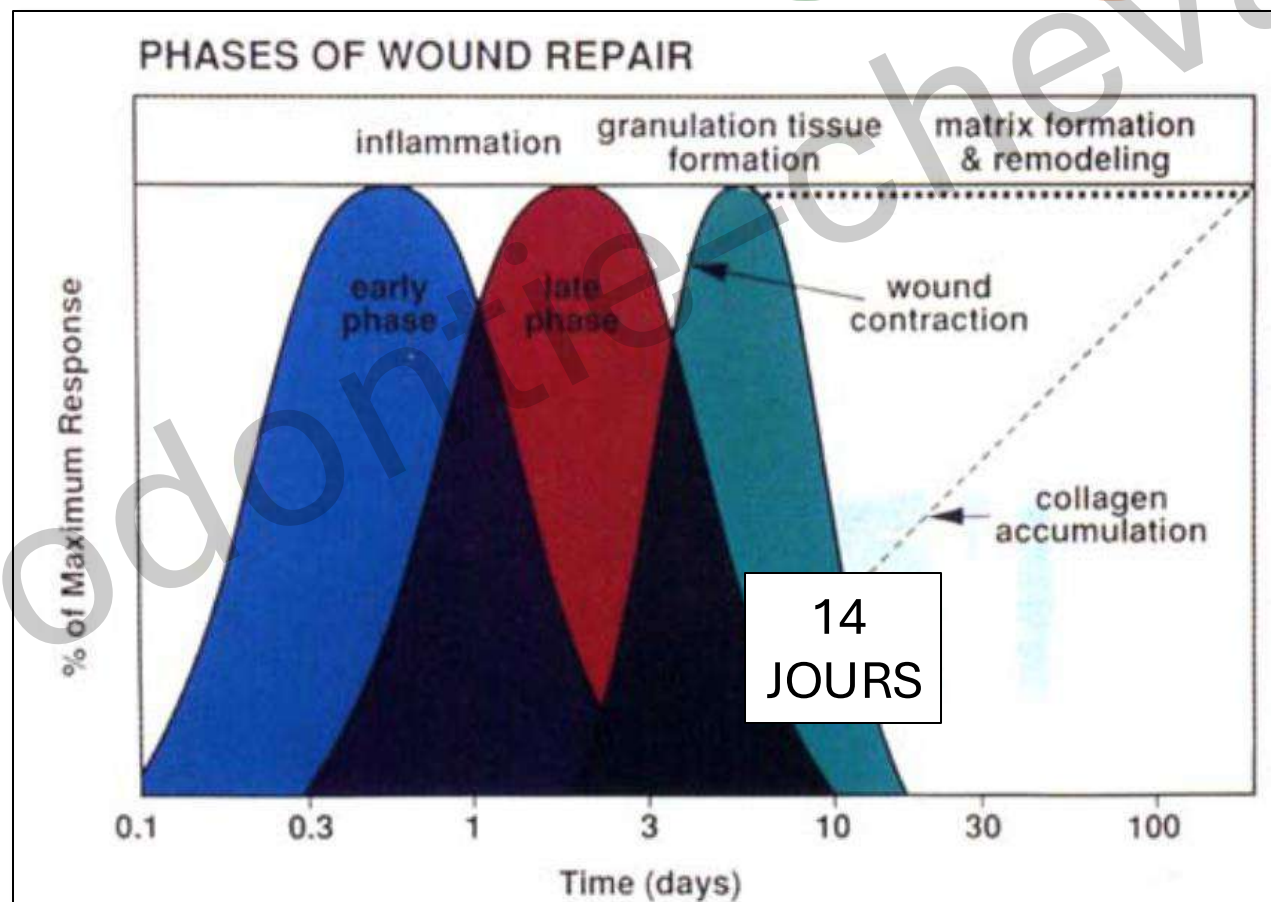
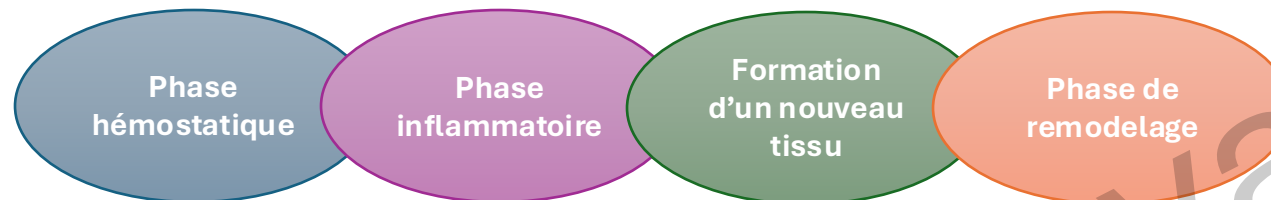


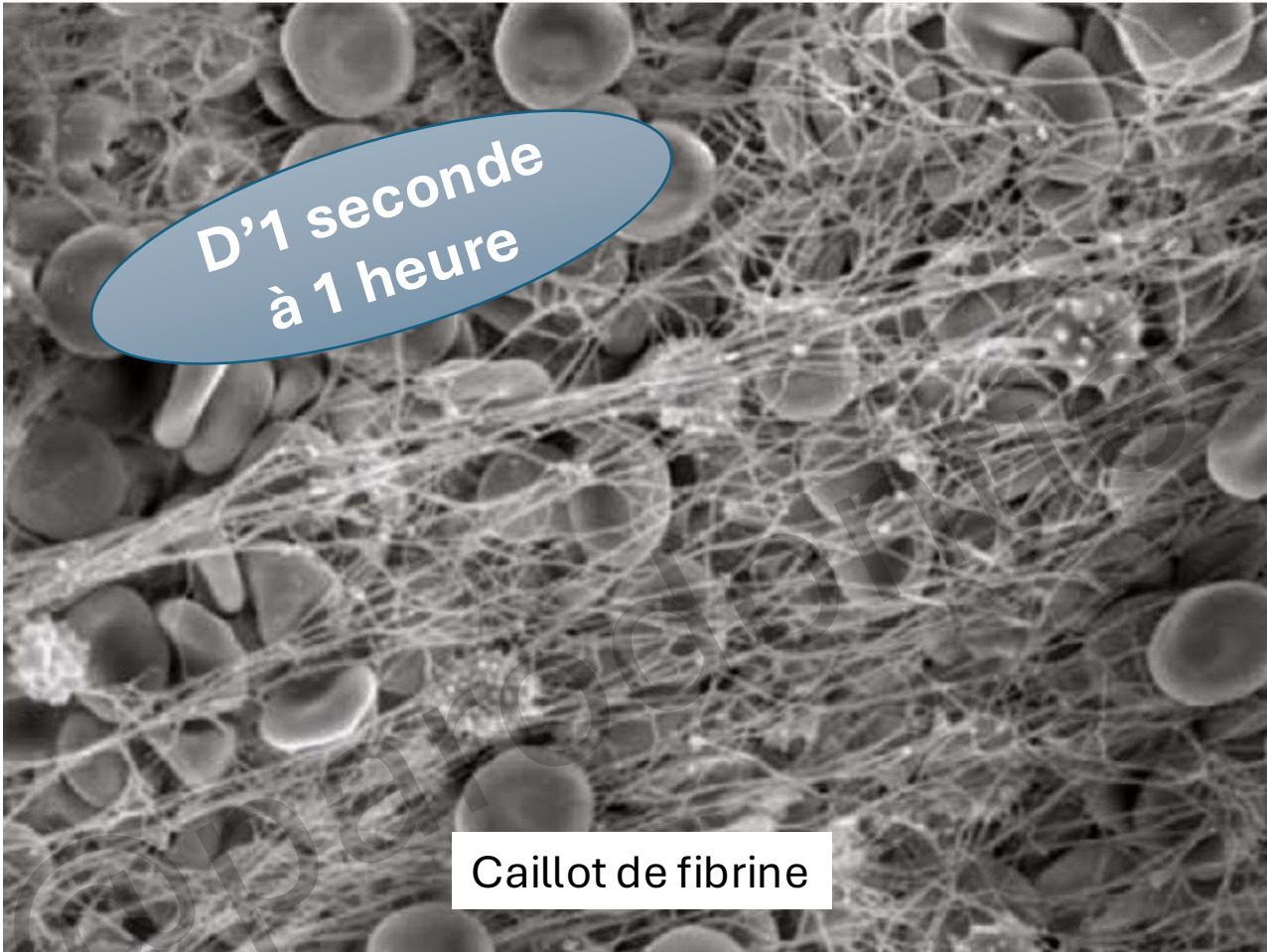
FRAISAGE = gingivectomie à biseau interne de l'épithélium sulculaire et de l'attache épithéliale



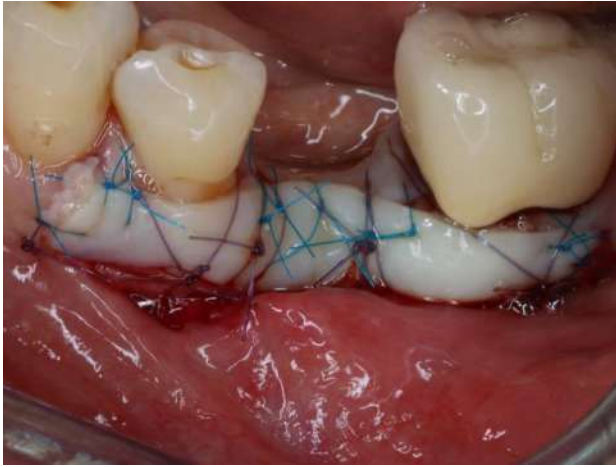
GUIDAGE = mise en place immédiate d'une provisoire à profil convexe et aux paramètres précis

LA CICATRISATION PARODONTALE



**SCULEAN 2014 :**

- ✓ Le site est rapidement scellé par le **caillot** sanguin, qui provient essentiellement de la coagulation du sang.
- ✓ Les **plaquettes** extravasées sont activées et s'agrègent avec d'autres cellules sanguines telles que les neutrophiles et les globules rouges dans le caillot sanguin, également appelé coagulum sanguin.
- ✓ Le composant principal de la matrice extracellulaire est le réseau de **fibrine** nouvellement formé, qui comprend également d'autres protéines d'**adhésion** cellulaire, telles que la fibronectine et la vitronétine.

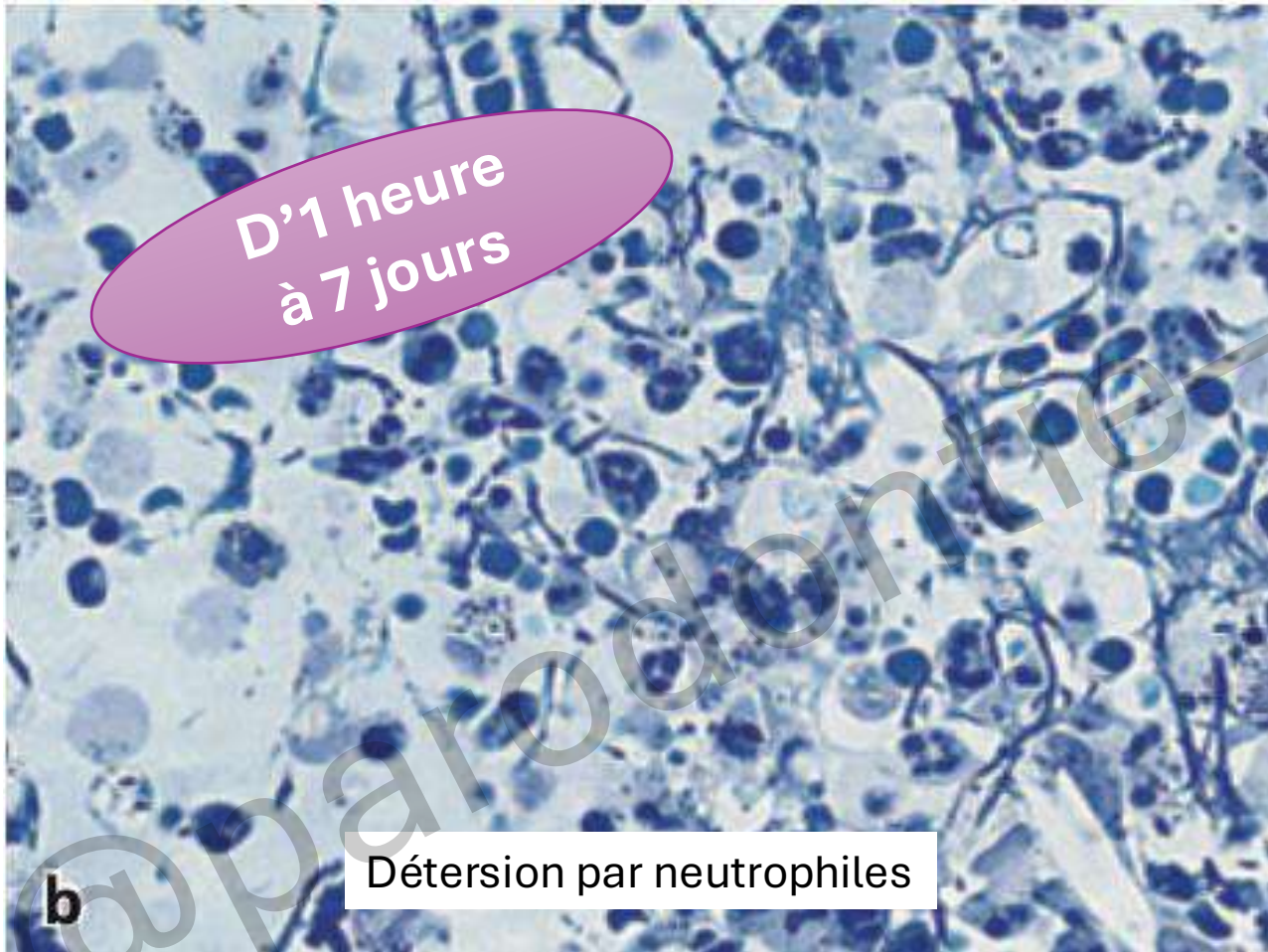


Classiquement
en paro, la
finesse du
caillot est un
critère de
qualité d'une
intervention.

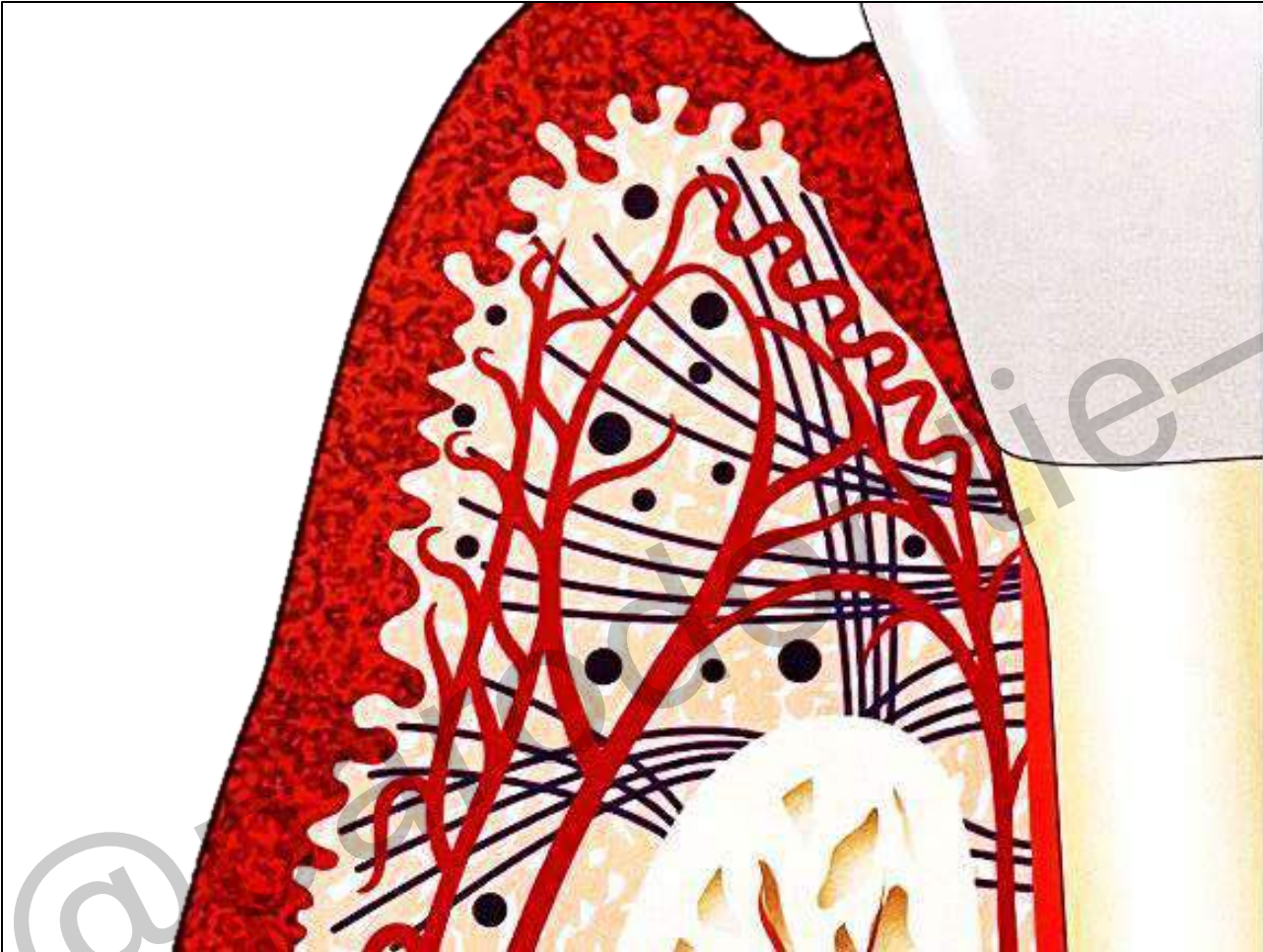


Rinaldi et al. 2023

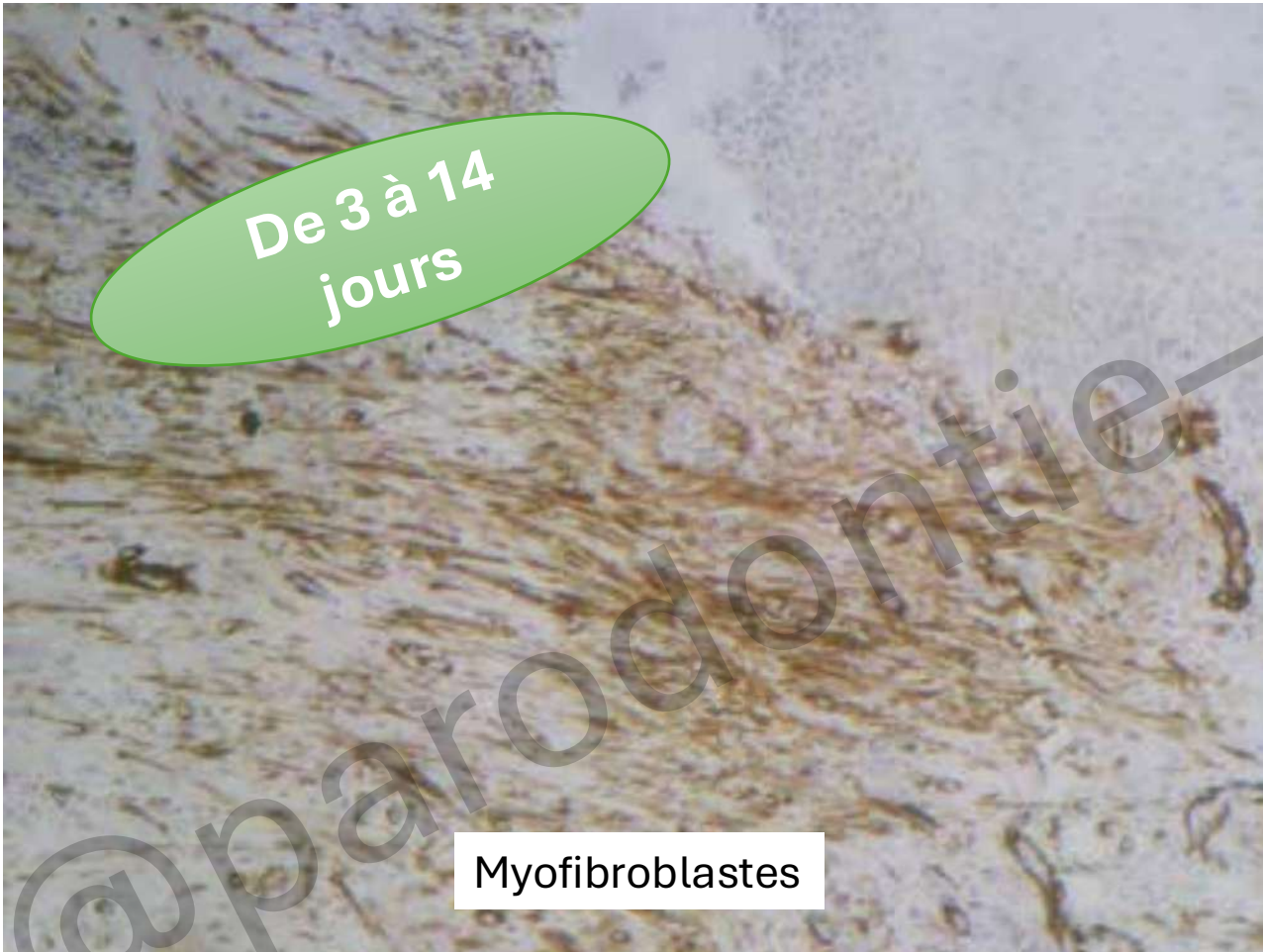
En BOPT, c'est la qualité de l'adaptation et du profil
d'émergence de la provisoire qui fait la finesse du caillot.

**SCULEAN 2014 :**

- ✓ La phase inflammatoire commence en **parallèle de la phase hémostatique**. Les neutrophiles sont attirés par les chimiokines, le système du complément et les peptides libérés lors du clivage du fibrinogène.
- ✓ Les **neutrophiles** apparaissent au niveau en 1 à 24. Ils **nettoient la plaie** en tuant les bactéries envahissantes et libèrent des protéases avant d'être éliminés par phagocytose. **Les macrophages** constituent une population hétérogène, car ils peuvent être impliqués dans l'inflammation (macrophages M1) mais aussi adopter **un phénotype anti-inflammatoire**.

**WIKESJO & SELVIG 1999**

- Il a toutefois été constaté que le tissu conjonctif attaché à la racine supracrestale est considérablement moins réactif et contribue moins à la phase la cicatrisation que les tissus mous du lambeau.
- Cela peut s'expliquer en partie par la rareté des anastomoses reliant le ligament parodontal et la microvascularisation gingivale.
- Ces observations soulignent à nouveau l'importance de préserver les fibres du tissu conjonctif attaché à la racine lors d'une incision intrasulculaire.

**SCULEAN 2014 :**

- ✓ La phase de formation de nouveaux tissus est initiée par la formation du « **tissu de granulation** », terme morphologique qui désigne un tissu hautement vascularisé composé de fibroblastes et d'une matrice extracellulaire.
- ✓ La transition de la phase catabolique à la phase anabolique nécessite l'activation d'un **processus complexe** impliquant au moins 3 types cellulaires : les cellules endothéliales, les fibroblastes et les cellules épithéliales.
- ✓ Une partie des fibroblastes atteint un phénotype similaire à celui des cellules musculaires. Ces **myofibroblastes** peuvent resserrer les berges de la plaie et sont donc essentiels à sa cicatrisation.



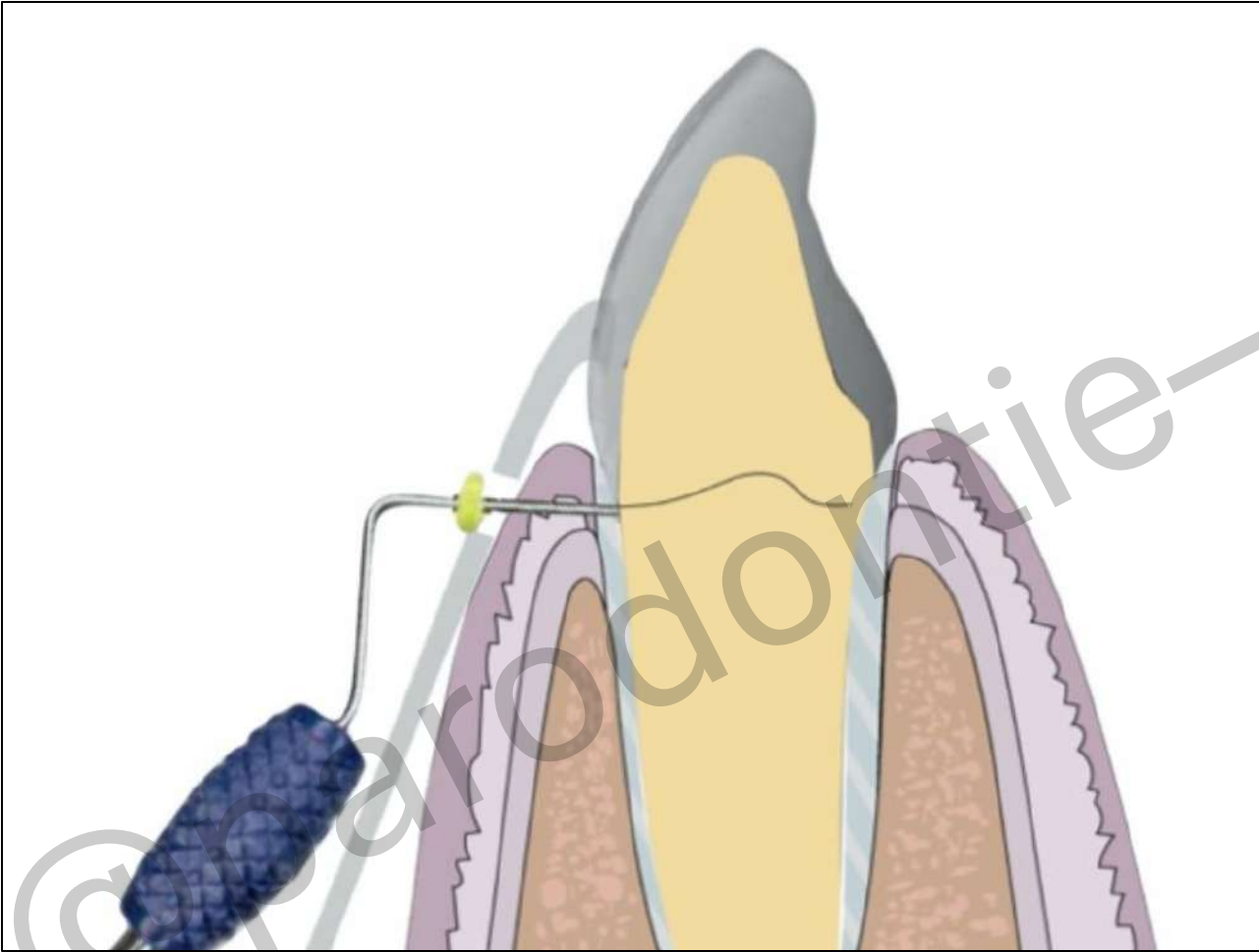
Creeping mis en évidence par Rinaldi 2023



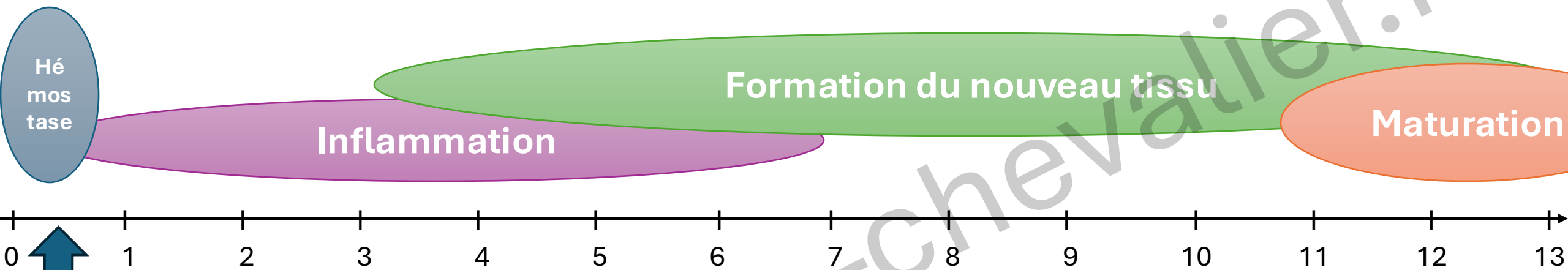
En BOPT, à ce stade encore la provisoire est primordiale pour guider la cicatrisation.

**SCULEAN 2014 :**

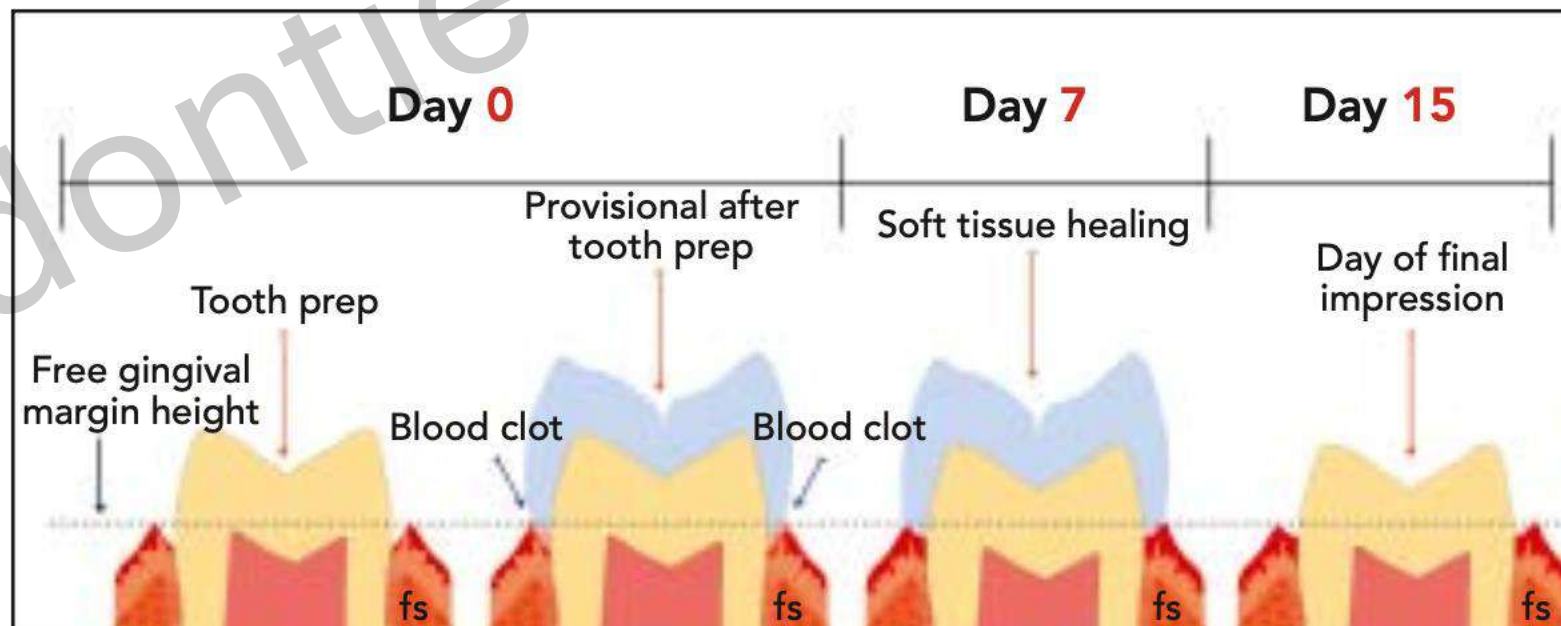
- ✓ La phase de remodelage à long terme, qui aboutit à la formation de tissu cicatriciel, commence par la phase de **résolution**. La plupart des myofibroblastes, fibroblastes, cellules endothéliales et macrophages subissent une **apoptose**, laissant la matrice extracellulaire riche en collagène ne contenir que quelques cellules.
- ✓ La formation de tissu cicatriciel, également appelée fibrose, est le principal facteur pathologique de diverses pathologies liées à l'inflammation. La fibrose, observée dans le foie, les poumons, le cœur, les reins et la peau, représente une charge de morbidité mondiale importante. La physiopathologie de la fibrose reste cependant une énigme.

**SCULEAN 2014 :**

- ✓ Lors de la cicatrisation des plaies parodontales, les greffes de tissu conjonctif sous-épithélial peuvent aboutir à un **tissu dense**, considéré comme assurant la **stabilité à long terme** de la zone (Thoma et al. 2011, Santagata et al. 2012). Il est donc raisonnable de penser qu'un tissu mou dense et stable peut présenter un **avantage clinique**.



ZUCCHELLI 2017 :
le placement immédiat de
la provisoire est essentiel
pour éviter l'effondrement
de la gencive





COMMENT EXPLIQUER L'EFFET DE LA BOPT ?

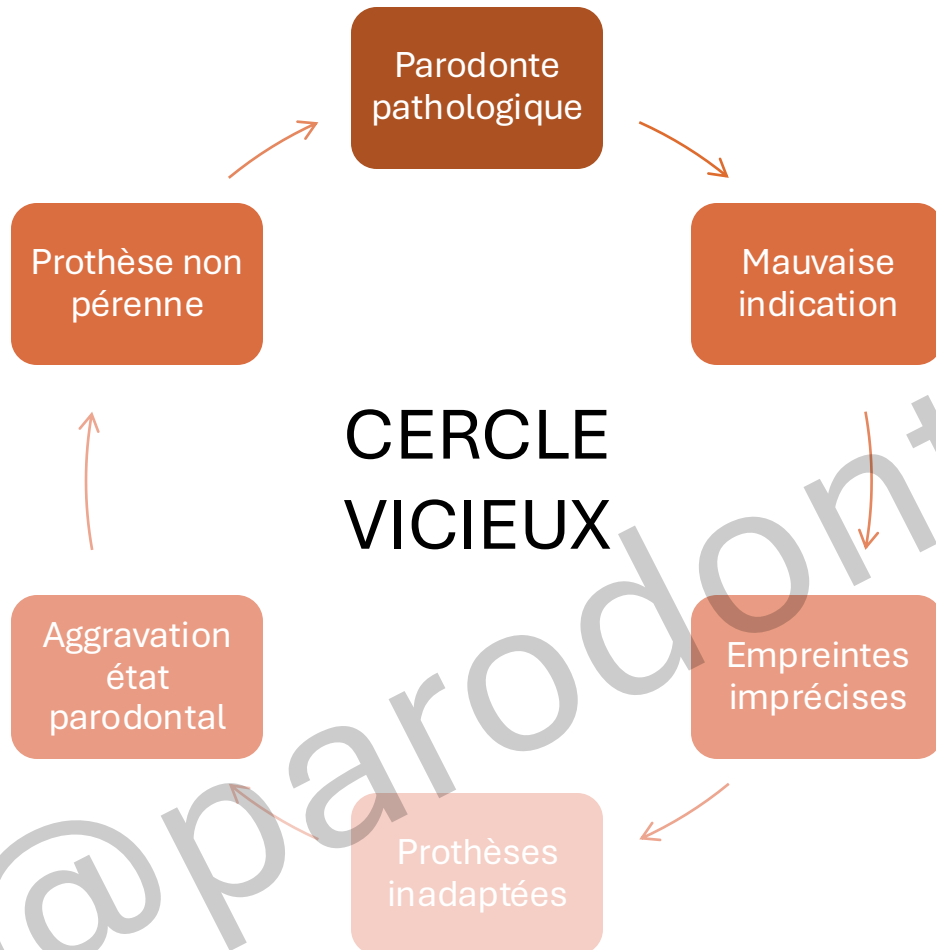


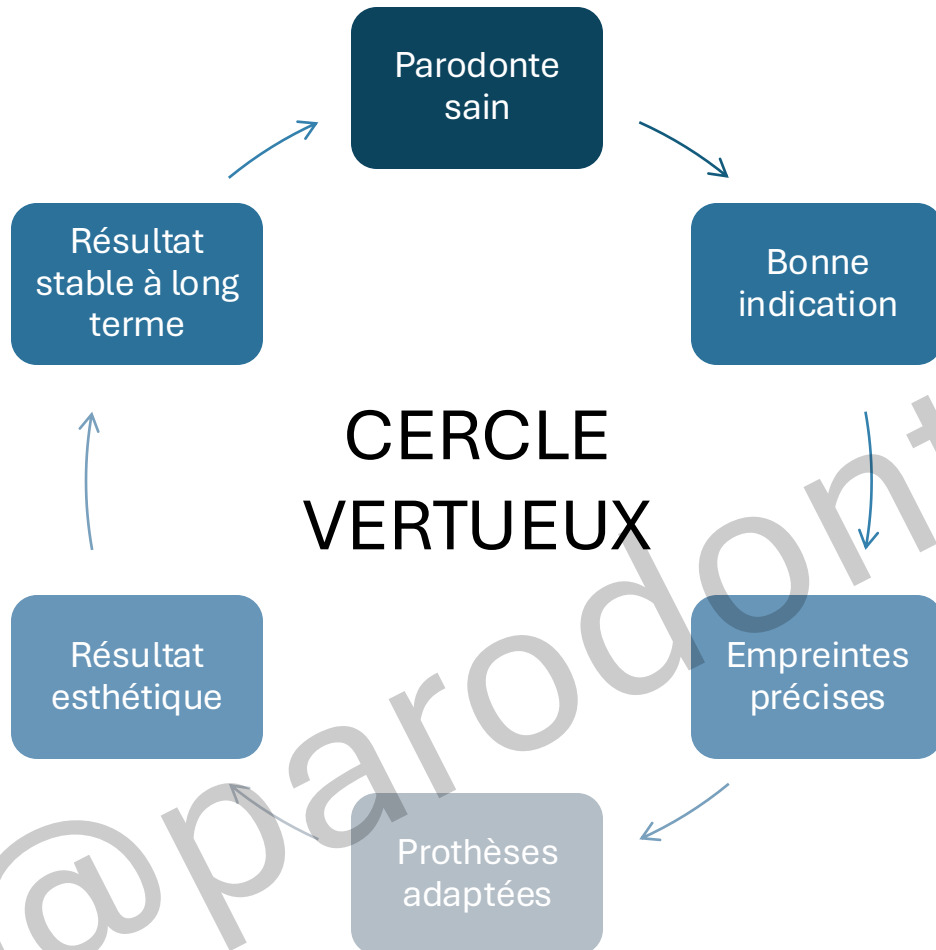


3

RAPPORT

PARO / PROTHÈSE





3. Limites intrasulculaires en présence de tissu kératinisé.



LES VERTIPREP EXISTAIENT AVEC LES CÉRAMO-METALLIQUES

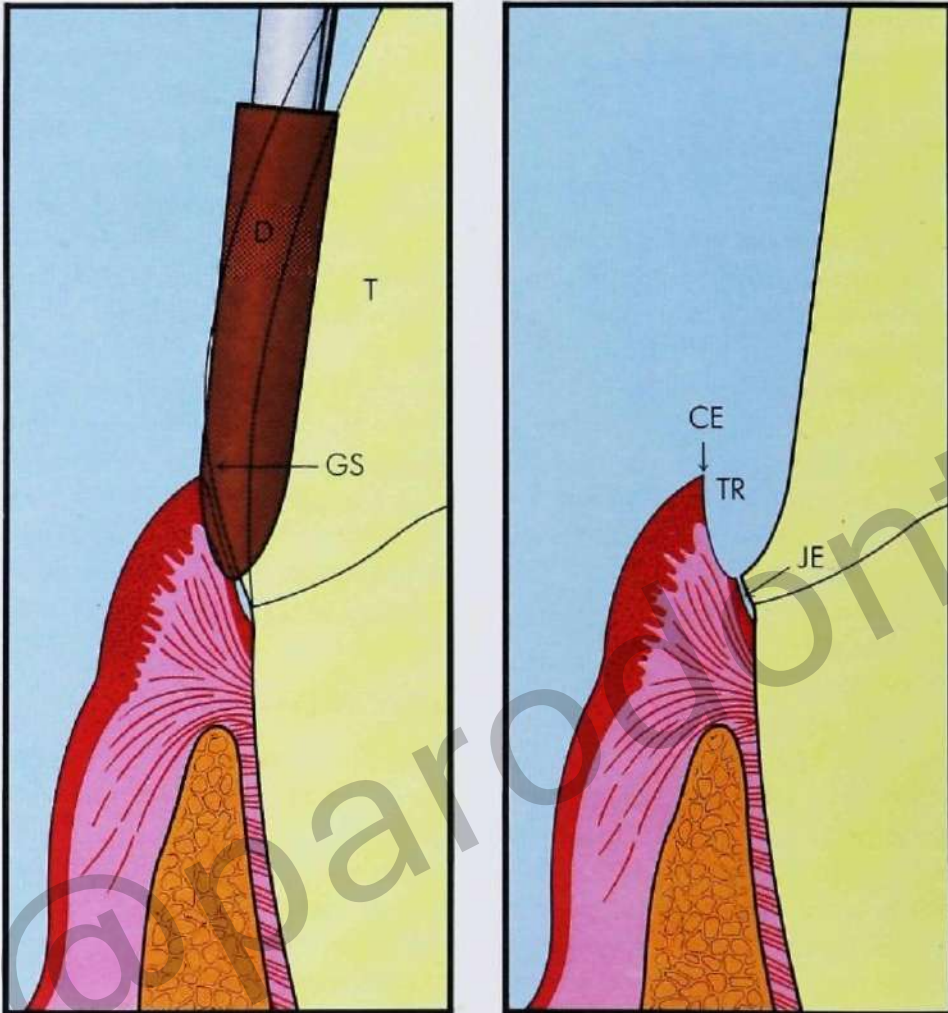


CONTRE-INDICATIONS :

diabète, tabac, parodontite,
TK < 1, perte des papilles,
sondage local et prothétique < 1

PAS DE BOPT EN L'ÉTAT

Que faire en cas de contre-indication?
DES LIMITES SUPRAGINGIVALES !



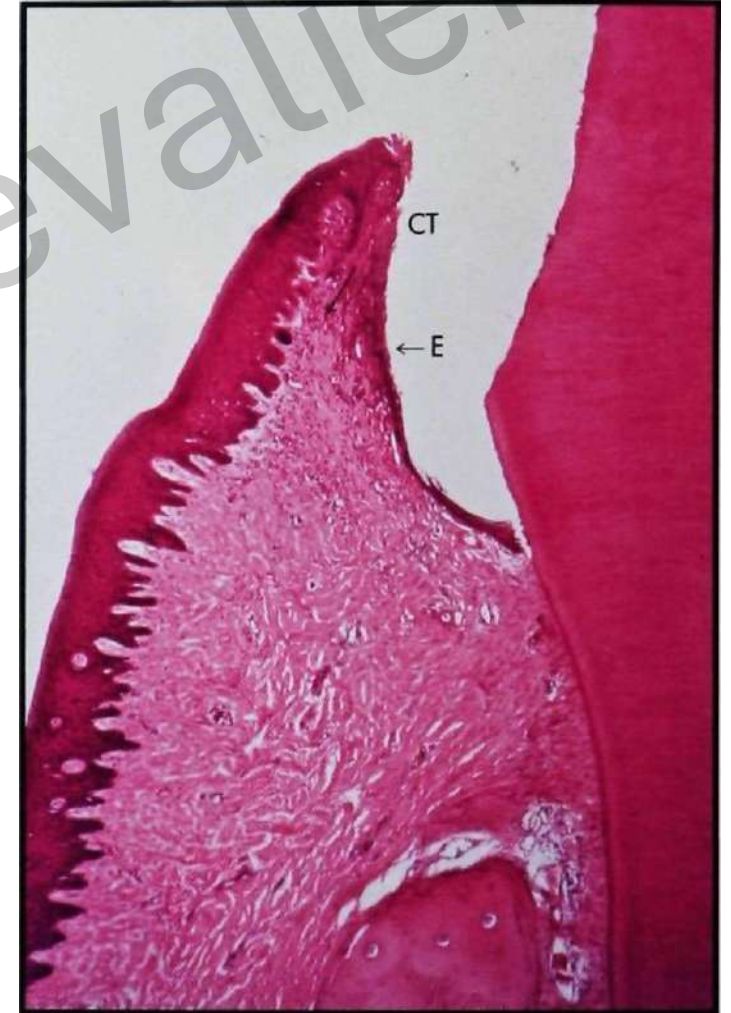
INGRAHAM 1981

« Rotary gingival
curettage »

Dans le but
d'améliorer la
qualité de
l'empreinte.

Étude sur des
chiens.

Cicatrisation de
l'épithélium
sulculaire en 7
jours et maturation
tissulaire en 21
jours.





- Toute couronne exerce une influence sur le parodonte.
- La morphologie, les limites, la préparation et le matériau sont les facteurs déterminants.
- Avec un bon contrôle de plaque et une couronne bien adaptée, les indices de plaque sont identiques avec ou sans couronne.
- Au-delà de l'inflammation, la récession parodontale est la complication la plus fréquente à long terme (7 ans).

SURCONTOURS

LIMITES
INTRASULCULAIRES

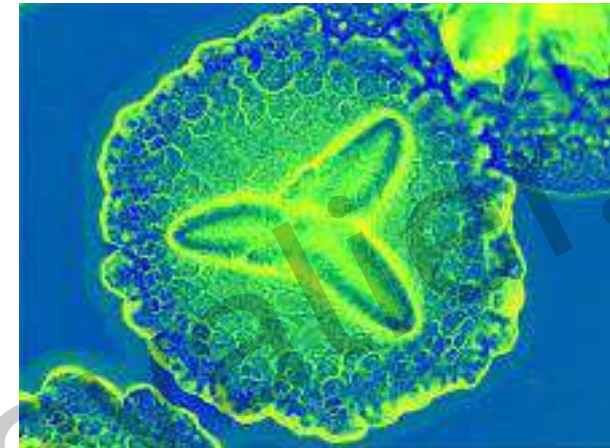
PAPILLES

PROFIL
D'ÉMERGENCE

ERCOLI CONSENSU PARO 2018 :

- Mêmes des limites supragingivales ont produit une augmentation de l'inflammation dans certaines études.
- Il existe une corrélation entre l'ampleur du surcontour et l'inflammation voire la perte osseuse.
- La correction des surcontours engendre résolution de l'inflammation.
- L'ampleur du surcontour agrandit le risque de shift de la flore en une flore parodontopathogène.
- Il y aurait un seuil à 0,2 mm : au dessus le contour de la couronne provoquerait de l'inflammation, en dessous non.

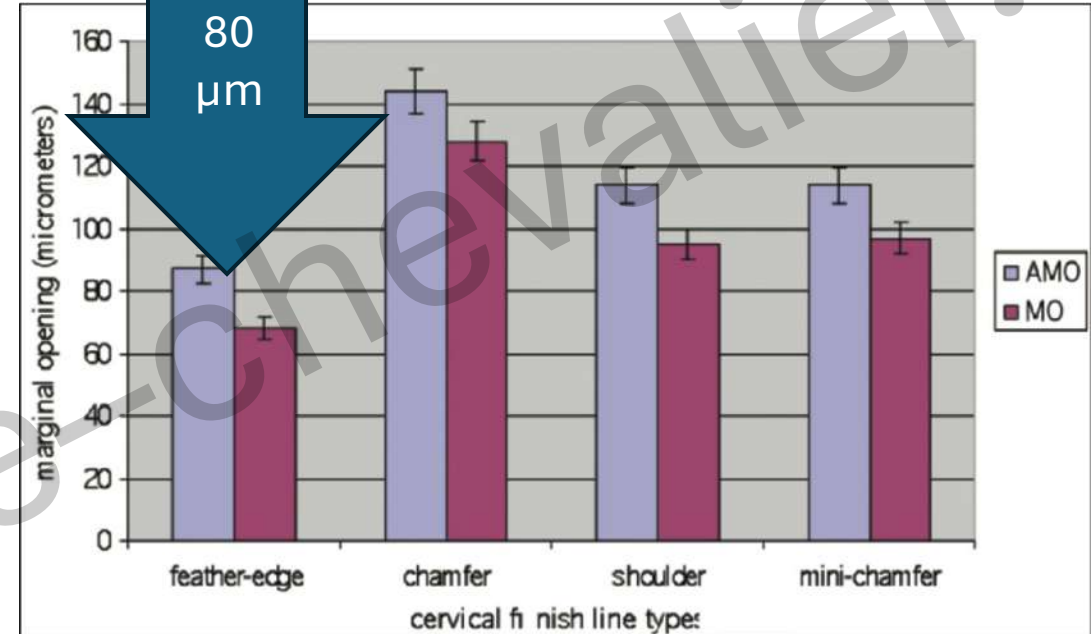
À l'échelle des bactéries, il y a toujours un surcontour !



Aggregatibacter
actinomycetemcomitans
0,1 à 0,4 µm



Porphyromonas
gingivalis 0,5 à 3 µm



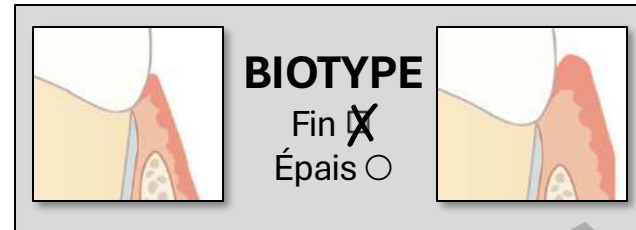
COMLEKOGLU étude in vitro 2009:

- Comparaison des surcontours et des micro-gaps en fonction du type de préparation.
- Les préparations horizontales sont plus faciles à mettre en œuvre pour les dentistes et les prothésistes (limites plus lisibles), mais les préparations verticales sont les plus performantes pour l'adaptation marginale.

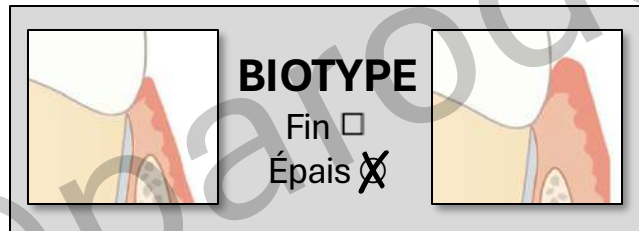
JEPSSEN CONSENSUS 2018

Does **intrasulcular** restorative margin placement influence the development of gingival recession?

Intrasulcular restorative/prosthetic cervical margin placement may be associated with the development of gingival recession particularly in a thin periodontal phenotype.



Soit limites supragingivales, soit greffe de gencive, mais pas de BOPT.

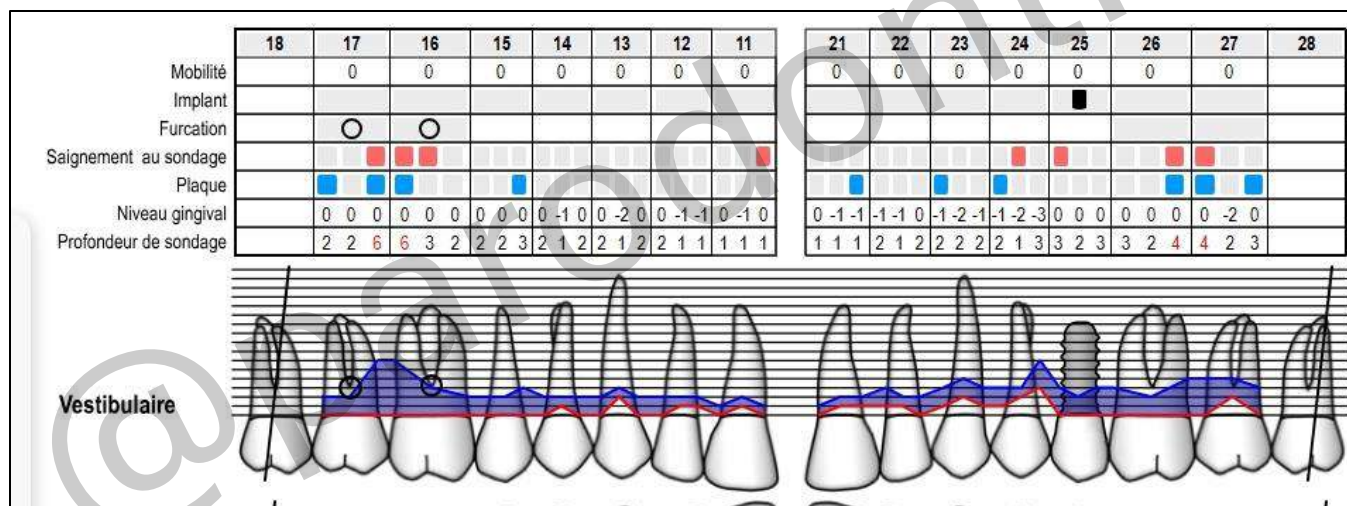


BOPT OK





AUTRE CONTRE-INDICATION AUX LIMITES INTRASULCULAIRES

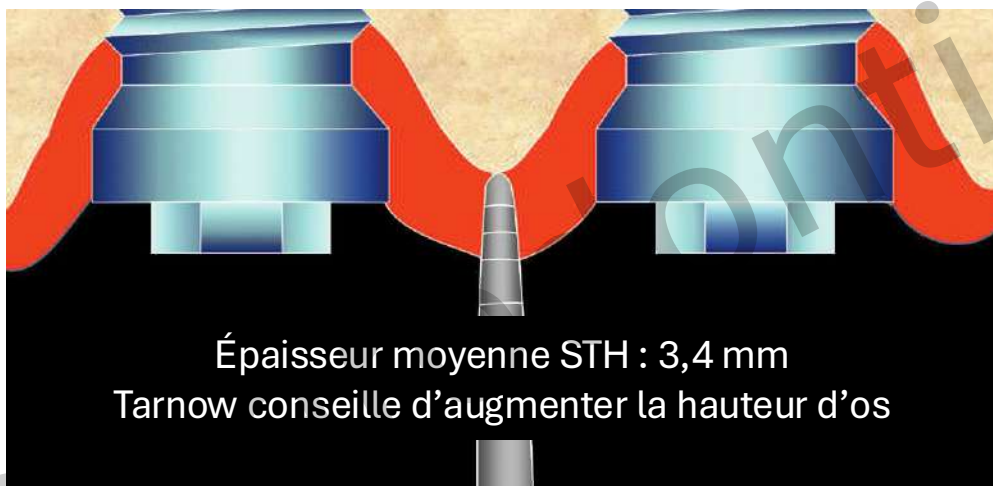


Selon Zucchelli et al. 2017, l'absence de tissu kératinisé est une contre-indication à la préparation de la gencive. Or la papille est non kératinisée, la préparation des papilles est donc une zone grise de la littérature.

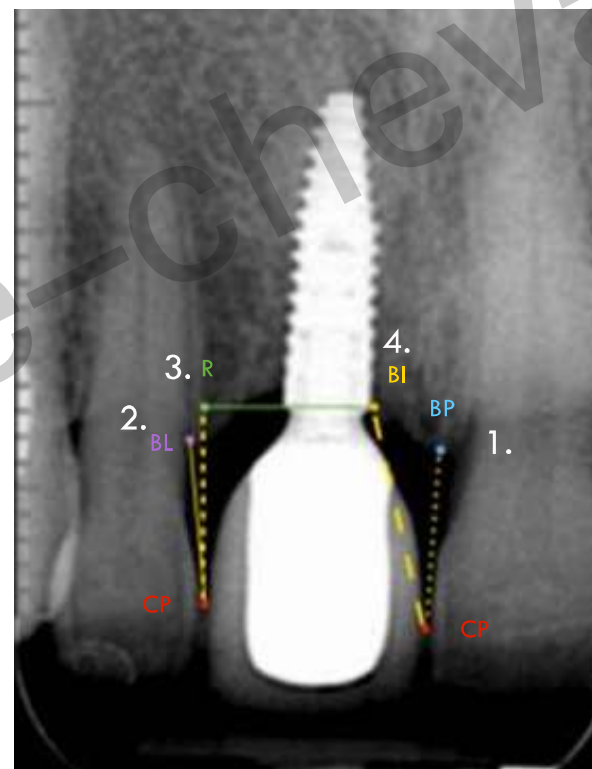


TARNOW 1992 / 2003

Distance sommet crête point de contact	5 mm	6 mm	7 mm
Présence entre 1 implant et 1 dent, ou entre 2 implants.	100%	55%	25%



SR ROCCUZZO 2018



Grande
hétérogénéité
des données,
mesures non
reproductibles
d'une étude à
l'autre, mesures
radiographiques
imprécises =
**PREUVES
SCIENTIFIQUES
TRÈS FAIBLES**

Rocuzzo 2018 : établissement papilles ssi bonne attache parodontale en proximal de la dent adjacente.

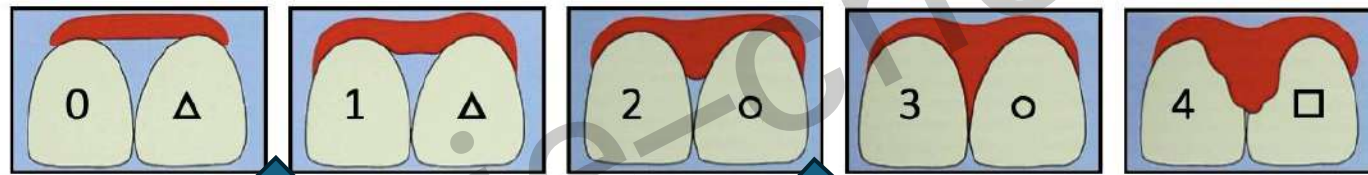
LES CONNAISSANCES SUR LES PAPILLES ÉVOLUENT ACTUELLEMENT



ZUCHELLI et al. A Standardized Approach for the Early Restorative Phase After Esthetic Crown-Lengthening Surgery.
Int J Periodontics Restorative Dent 2015;35:601-611.

Selon Zucchelli et al. 2015, l'avantage de la provisoire immédiate est de pouvoir guider la croissance de la gencive. Toutefois, après une élongation coronaire, cette croissance peut prendre plusieurs semaines.

ÉTAT DES PAPILLES : classification de Jemt (1997)



Contrairement aux procédures d'élongation coronaire ou de greffes de gencive, avec la BOPT, si la papille est absente initialement, il est peu probable qu'elle puisse se reconstituer à l'issue du traitement.

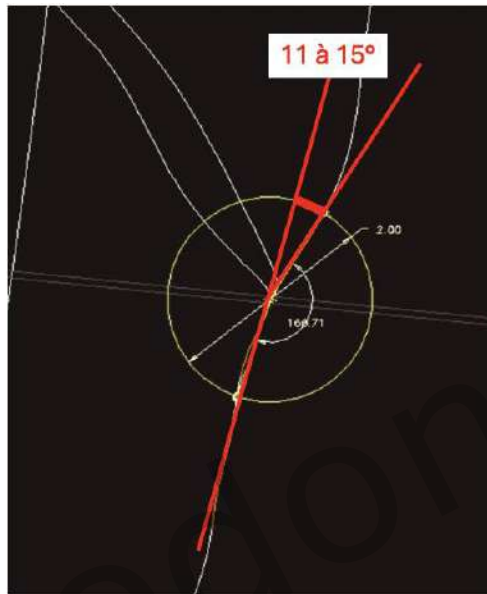
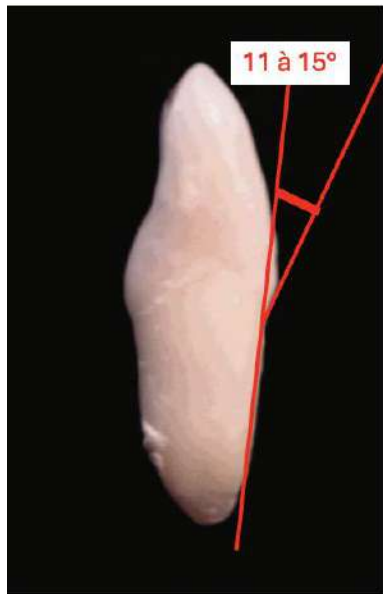
En revanche, il est probable que la BOPT soutienne et renforce la stabilité des papilles, au même titre que le reste du parodonte marginal : étude à venir...

MESIAL PAPILLA JEMT SCORE	DISTAL PAPILLA JEMT SCORE	HAUTEUR PAPILLE MÉSIALE	HAUTEUR PAPILLE DISTALE	MESIAL PAPILLA JEMT SCORE	HAUTEUR PAPILLE D	HAUTEUR PAPILLE M	DISTAL PAPILLA JEMT SCORE
4	4	4	3	4	3	2.5	3

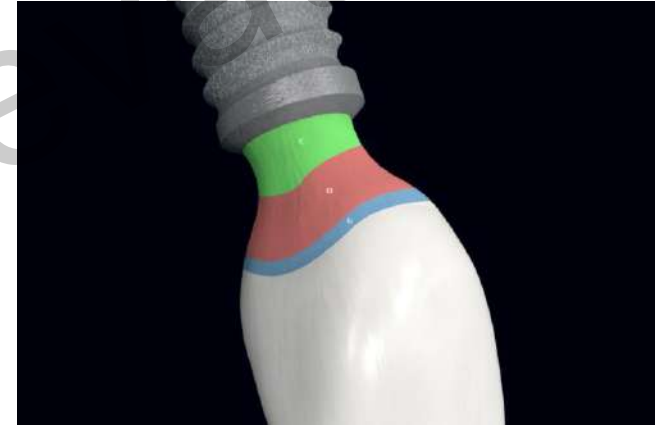


PROFIL D'EMERGENCE

Jepsen consensus paro 2018 : peu de données et pas de consensus sur le profil d'émergence idéal.



DENTS NATURELLES : Du a étudié les profils d'émergence de 148 dents du maxillaire antérieur (incisives et canines) et conclut que le profil d'émergence naturel est de 11 à 15°.



IMPLANTO : Gomez-Meda travaille par zones (2021).

CONSENSUS DÉGAGÉ :

le profil d'émergence soutient les tissus mous environnants, et conditionne l'esthétique et la stabilité.

SOUTIEN INITIAL DE LA GENCIVE



Étape incontournable du protocole BOPT : stabilise et affine le caillot, guide la cicatrisation.

Peu d'auteurs précisent le profil d'émergence, beaucoup en montrent un avec un angle élevé.

(Pontneau CLINIC 2024;45(435):126-135)

MODIFICATIONS ULTÉRIEURES



Les retouches sont réalisées à 4 semaines. Les profils d'émergence sont augmentés jusqu'à 70°.

La modification de hauteur de gencive est minime : de l'ordre de 0,5 mm.

(Lee et al. Journal of Prosthodontic 2025)

Ercoli Consensus 2018 : le meilleur moyen d'éviter les complications, l'inflammation et les récessions parodontales, est de réaliser une maintenance parodontale rigoureuse et régulière, une à quatre fois par an selon les facteurs de risque du patient. La régularité de la maintenance est le premier facteur jouant sur le taux de complications.

Ercoli Consensus 2018 : le meilleur moyen d'éviter les complications, l'absence de récessions parodontales, est de réaliser une maintenance parodontale régulière, une à quatre fois par an selon les facteurs de risque du patient. La régularité de la maintenance est le premier facteur jouant sur le taux de complications.



MERCI DE VOTRE ATTENTION !

ET UN GRAND MERCI À TOUTE L'ÉQUIPE DE CHARLES FOIX