



Editorial

Chers membres et amis de la SMPI,

Nous venons de clôturer un trimestre riche en événement, je tiens à partager avec vous quelques réflexions et moments forts qui ont marqué cette période. La 17^{ème} édition de notre formation continue a débuté avec succès, soulignant notre engagement indéfectible envers l'éducation et l'excellence en parodontologie et implantologie. La participation enthousiaste de nos intervenants et membres lors de cette session, axée sur le traitement non chirurgical des maladies parodontales, a été une source d'inspiration. Cela nous rappelle la pertinence de notre approche et la nécessité de continuer à partager nos connaissances et nos expériences.

Les avancées et les débats autour des techniques et des traitements parodontaux, continuent de stimuler notre pratique quotidienne. Ces discussions sont essentielles pour rester à la pointe de notre domaine.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers tous ceux qui ont contribué à ces activités, renforçant ainsi le rôle de la SMPI en tant que référence dans notre spécialité. Votre engagement et votre passion sont les véritables moteurs de notre société.

Enfin, je vous invite à marquer vos calendriers pour les prochains événements de la SMPI, notamment le PERIO CHALLENGE en Mai et notre formation continue en parodontologie 26, 27 Avril (2^{ème} module) qui promettent d'être des moments de formation et d'échange exceptionnels.

Ensemble, nous continuons à avancer, à innover et à élever le niveau de soins que nous apportons à nos patients.

Au nom du bureau de la SMPI, je vous remercie pour votre présence, votre participation active et votre soutien continu.

Bien à vous,

Pour la SMPI

Dr Driss Drissi Touzani

Président de la Société Marocaine de Parodontologie et d'Implantologie

Sommaire

Activités de la SMPI - Cas Clinique - JCP digest - Évènements à venir

Activités de la SMPI

La SMPI a démarré la 17^{ème} édition de la formation continue. Ainsi, le premier module s'est tenu les 01-02 mars portant sur le traitement non chirurgical des maladies parodontales avec la participation de nos chers intervenants.

- Pr. Khadija AMINE
- Pr. Wafa EL KHOLTI
- Dr. Driss DRISSI TOUZANI
- Pr. Bouchra EL HOUARI
- Pr. Ghita KADRI
- Pr. Radia HAMDOUNE



Nos vifs remerciements à notre sponsor



L'intérêt de la thérapeutique parodontale non chirurgicale : A propos d'un cas clinique.

Z. Sabaoui*, M. Rhissassi**

* : Résidente au service de parodontologie - CCTD Rabat. Université Mohammed V.

** : Professeur d'enseignement supérieur au service de parodontologie - CCTD Rabat. Faculté de médecine dentaire de Rabat. Université Mohammed V.

Introduction :

Les maladies parodontales sont des affections inflammatoires d'origine infectieuse résultant d'un déséquilibre entre les défenses immunitaires et les bactéries parodontopathogènes. Ces pathologies sont caractérisées par l'inflammation qui entraîne la destruction et la dégradation à long terme des tissus parodontaux de soutien (1). Le traitement non chirurgical vise à éliminer le biofilm bactérien, réduire l'inflammation, et favoriser la cicatrisation.

Approche thérapeutique mécanique :

L'objectif du traitement parodontal non chirurgical englobe l'élimination du biofilm bactérien et du tartre, la réduction de l'inflammation gingivale, la restauration d'une flore compatible avec la santé parodontale, la diminution de la profondeur des poches, et la promotion de la cicatrisation tissulaire. Cette approche implique le contrôle de la plaque supra-gingivale par des mesures d'hygiène orale, ainsi que le détartrage/surfaçage radiculaire, qui peut être réalisé manuellement avec des curettes traditionnelles (comme les curettes de Gracey) ou à l'aide d'instruments ultrasoniques (2), (3), (4).

Instrumentation

L'instrumentation manuelle, a longtemps été considérée comme le matériel de référence ; les principaux instruments manuels sont les curettes parodontales, les plus communes sont les curettes de Gracey et les curettes universelles (5). Le jeu réduit des curettes de Gracey comporte trois paires : les curettes 5/6 pour les dents antérieures, les curettes 11/12 pour les faces mésiales des prémolaires et molaires, les curettes 13/14 pour les faces distales des prémolaires et molaires.

Ces instruments exigent une technique précise, insistant sur l'importance de mouvements de traction coronaire pour un débridement efficace. Cependant, l'instrumentation ultrasonique est utilisée depuis les années 60 comme complément aux instruments manuels pour le traitement non chirurgical des maladies parodontales. Ces dernières années, ces instruments ont évolué et de nouveaux inserts, de forme plate, plus fins, et plus longs, voire en forme de curette, ont été développés. Les détartrateurs à ultrasons convertissent l'énergie électrique en énergie mécanique, permettant un débridement supra et sous-gingival.

Bien que des études aient montré des résultats cliniques équivalents, l'instrumentation mécanique offre des avantages en termes de gain de temps et de confort pour le patient (3).

Concept de Désinfection Globale

La désinfection globale, introduite par Quyrinen en 1995 (6), propose un protocole plus rapide pour le traitement des parodontites. Contrairement au protocole classique, ce concept implique un détartrage et un débridement des poches en une ou deux séances sur 24 heures, associés à une irrigation sous-gingivale et un brossage du dos de la langue et des rinçages à la chlorhexidine. Cette méthode vise à prévenir la recolonisation bactérienne des sites traités (6), (7), (8).

Approche Chimique : Antibiothérapie et Antiseptiques :

L'utilisation d'antibiotiques en complément du débridement mécanique est courante, visant à éliminer les bactéries parodontopathogènes dans les zones difficiles d'accès. L'antibiothérapie systémique, avec des agents tels que le métronidazole, l'amoxicilline, l'azithromycine, et la doxycycline, est recommandée pour les cas sévères et réfractaires. L'antibiothérapie locale peut également être envisagée, mais son efficacité reste discutée (1), (9), (10), (11).

Les antiseptiques locaux, en particulier la chlorhexidine, jouent un rôle crucial. Ils sont utilisés en bain de bouche ou en irrigation sous-gingivale pour réduire ou éliminer les micro-organismes dans les zones non traitées par le débridement (1).

Cas clinique :

Il s'agit de Madame FB, âgée de 21 ans, qui présente une parodontite stade III grade C généralisée, caractérisée par un saignement au brossage, une inflammation gingivale généralisée (Fig. 1), des mobilités dentaires, des poches parodontales profondes (tableau 1), une atteinte de furcation au niveau de la 36, et des lyses angulaires et horizontales quasi généralisées, allant du tiers cervical au tiers moyen (Fig. 2).

Le traitement non chirurgical est instauré, il comprend des instructions d'hygiène orale, un détartrage/polissage, et un débridement parodontal utilisant des curettes de Gracey. Une antibiothérapie systémique (amoxicilline-métronidazole) est prescrite pour compléter le débridement mécanique. Trois mois après le traitement (Fig. 3), une amélioration significative est observée, avec une diminution des indices de plaque et gingival, une bonne cicatrisation des poches parodontales (Tableau 2), et une réduction des mobilités dentaires.



Fig 1. : Vue endobuccale de l'état initial

RG																
PS		2.1.3	5.2.4	3.2.4	5.5.6	4.4.3	6.3.3	5.4.6	5.4.5	5.5.5	3.2.3	6.4.4	6.4.5	4.3.4	5.3.7	
Maxillaire	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
RG								1.2.1								
PS		5.3.3	5.3.2	3.2.4	5.3.5	5.2.4	6.5.5	5.5.5	4.4.6	5.5.5	2.3.2	5.4.4	5.4.4	6.3.4	5.6.5	
RG																
PS		4.5.3	3.2.2	3.2.2	3.3.5	3.4.4	6.5.7	6.5.5	5.3.4	7.7.7	3.4.3	6.5.3	7.3.5	5.3.7	3.3.9	
Mandibule	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RG																
PS		4.3.3	3.3.4	3.3.4	2.5.6	4.2.3	4.3.3	5.8.5	8.7.6	3.3.4	5.4.3	3.5.5	3.3.4	8.3.8	4.3.5	

RG : récession gingivale, PS : profondeur de sondage

Tableau 1 : Premier sondage parodontal

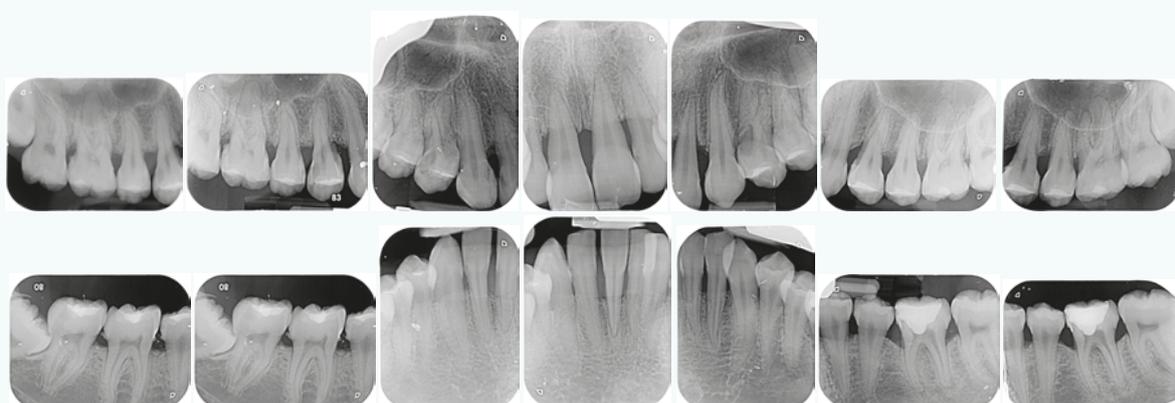


Fig 2 : Bilan radiographique



Fig 3 : Vue endobuccale après 3 mois

RG PS		2.1.3	3.2.4	3.2.4	3.2.3	4.4.3	3.3.3	4.4.4	3.4.3	3.2.3	3.2.3	4.4.4	4.4.3	4.3.4	3.3.4	
Maxillaire	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
RG PS		3.3.3	3.3.2	3.2.4	1.2.1	2.2.4	3.3.3	3.3.3	4.4.3	3.2.3	2.3.2	3.4.4	3.4.4	3.3.4	3.4.3	
RG PS		4.3.3	3.2.2	3.2.2	3.3.3	3.4.4	4.3.4	4.3.4	4.3.4	5.4.4	3.4.3	3.2.3	4.3.3	3.3.4	3.3.5	
Mandibule	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RG PS		4.3.3	3.3.4	3.3.4	2.2.3	4.2.3	4.3.3	3.4.3	4.4.3	3.3.4	3.4.3	3.3.3	3.3.4	4.3.4	4.3.4	
RG : récession gingivale, PS : profondeur de sondage																

Tableau 2 : Réévaluation après 3 mois

Discussion :

La réévaluation à trois mois du traitement non chirurgical a révélé des résultats positifs, marqués par une diminution de la profondeur des poches, un gain d'attache clinique et une récession gingivale due à la diminution de l'œdème.

Histologiquement, il se produit une réduction de l'inflammation et la formation d'un long épithélium de jonction (12).

Sur le plan microbiologique, le traitement non chirurgical entraîne un changement favorable de la flore bactérienne, favorisant une composition compatible avec la santé parodontale (13), (14).

Cependant, plusieurs facteurs influencent les résultats des traitements non chirurgicaux des parodontites, tels que les difficultés d'accès aux zones interradiculaires et aux poches parodontales profondes. Les résultats varient en fonction des caractéristiques anatomiques des dents, avec une meilleure réponse pour les dents monoradiculées (1), (15), (16), (17).

Les instruments à ultrasons, bien qu'ils nécessitent moins de temps, laissent une surface radiculaire plus rugueuse par rapport aux curettes manuelles, qui offrent une surface plus lisse. Le traitement non chirurgical actuel combine le débridement avec des appareils ultrasoniques et l'instrumentation de finition avec des curettes (1), (18), (19).

Le contrôle de la plaque par le patient, le nettoyage interdentaire et l'instrumentation sous-gingivale sont cruciaux, ils apportent des avantages significatifs en termes de réduction de la profondeur de la poche et de gain d'attache clinique. Ces interventions peuvent améliorer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire et avoir des effets systémiques bénéfiques, surtout chez les patients avec des comorbidités médicales (1).

Malgré les résultats cliniques similaires entre les méthodes manuelles et mécaniques, la réponse au débridement peut être influencée par des facteurs individuels tels que le tabagisme et la santé générale du patient (1).

Conclusion :

Le traitement parodontal non chirurgical constitue une thérapeutique à part entière. Il est important pour le praticien de bien comprendre et de maîtriser tous les instruments et les traitements adjuvants afin d'obtenir les meilleurs résultats.

En cas de réponse tissulaire favorable, des séances de maintenance sont à envisager afin de préserver l'état de santé parodontale obtenu après traitement étiologique.

En cas de limites ou de mauvaise réponse tissulaire, un traitement chirurgical peut être indiqué.

Références bibliographiques :

1. Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease?. *Periodontol 2000*, Vol. 75, 2017, 152–188.
2. Caffesse RG, Echeverria JJ. Treatment trends in periodontics. *Periodontol 2000*, 2019, 00:1-8.
3. Lindhe J, Niklaus P.Lang. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, 6ème édition, Iowa: Wiley-Blackwell, 2015, 1429p.
4. Bouchard.ph. *Parodontologie et dentisterie implantaire, Volume 1 : médecine parodontale*. Paris : Lavoisier, 2015, 682p.
5. Laleman I, Cortellini S, Winter S D, Herrero E R, Dekeyser C, Quirynen M & Teughels W. Subgingival debridement: end point, methods and how often?. *Periodontology 2000*, Vol. 75, 2017, 189–204.
6. Quirynen M., Bollen C.M., Vandekerckhove B.N., Dekeyser C., Papaioannou W., Eysen H. Full- vs. partial-mouth disinfection in the treatment of periodontal infections: short-term clinical and microbiological observations *J Dent Res* 1995, 74 : 1459-1467.
7. Sanz I, Alonso B, Carasol M, Herrera D, Sanz M. Nonsurgical treatment of periodontitis. *J Evid Based Dent Pract* 2012, 12:76-86.
8. Quirynen,M., Mongardini, C., de Soete, M. et al. The role of chlorhexidine in the one-stage full-mouth disinfection treatment of patients with advanced adult periodontitis. Long term clinical and microbiological observations. *Journal of clinical periodontology*, 2000, 27(8): 578-89.
9. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire [Antibiotic prescription in dental and oral surgery: guidelines] : ANSM, 2011.
10. Haffajee AD, Socransky SS, Gunsolley JC. Systemic anti-infective periodontal therapy. A systematic review. *Ann Periodontol*, 2003, 8(1) : 115-81.
11. Winkelhoff A.J.V., Rams T.E., Slots J. Systemic antibiotic therapy in periodontics *Periodontol 2000*, 1996, 10 : 45-78.
12. Gondel O, Biosse Duplan M. Traitement parodontal non chirurgical : objectifs, moyens, résultats et limites. *EMC - Médecine buccale*, 2020, 1-9.
13. Umeda M., Takeuchi Y., Noguchi K., Huang Y., Koshy G., Ishikawa I. Effects of nonsurgical periodontal therapy on the microbiota *Periodontol 2000*, 2004, 36 : 98-120.
14. Laleman I., Cortellini S., De Winter S., Rodriguez Herrero E., Dekeyser C., Quirynen M., et al. Subgingival debridement: end point, methods and how often? *Periodontol 2000* 2017, 75: 189-204.
15. Loos B, Nylund K, Claffey N, Egelberg J. Clinical effects of root debridement in molar and non -molar teeth. A 2 -year follow -up. *J Periodontol*. 1989 ; 16:498 -504.
16. D'Aiuto F, Ready D, Parkar M, Tonetti MS. Relative contribution of patient -, tooth - , and site -associated variability on the clinical outcomes of subgingival debridement. I. Probing depths. *J Periodontol*. 2005 ; 76:398 -405.
17. Van der Weijden G.A., Dekkers G.J., Slot D.E. Success of non-surgical periodontal therapy in adult periodontitis patients - A retrospective analysis. : *International Journal of Dental Hygiene*, 2019, 25: 1-25.
18. Allmon WW, Rees TD. Local anti-infective therapy: mechanical and physical approaches. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003; 8:99-114.
19. kel J, Heinecke A, Flemming T. A systematic review of efficacy of machine-driven and manual subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2002; 29:72-81.

Résumé d'après l'article du *Journal of Clinical Periodontology*, volume 49, numéro 11 (novembre 2022), 1092-1105

Editeur : Andreas Stavropoulos, président du Comité des affaires scientifiques de l'EFP

Rapporteurs :

Jeroen Callens, Fauve Vuylsteke, et Lorenz Seyssens,
avec Dr Véronique Christiaens et Prof. Jan Cosyn

Affiliation :

Postgraduate programme en parodontologie, Université
de Gand, Belgique

Traductrice :

Zeineb Hamdi Chef de clinique, département de Parodontologie, Faculté d'Odontologie, Université de Paris

étude

Optimiser le déroulement du traitement parodontal non chirurgical dans la pratique quotidienne

Auteurs :

Cristiano Tomasi, Anna Liss, Maria Welander, Anna Ydenius Alian, Kajsa Abrahamsson, Jan Wennström

Contexte

Le schéma de traitement des parodontites a été inclus dans le guide de pratique clinique de la Fédération européenne de parodontologie (EFP) sur le traitement des parodontites de stades I à III (Sanz et al., 2020).

Outre les options thérapeutiques, un prérequis essentiel dans la réussite est l'éducation des patients sur la parodontite, l'étiologie et les facteurs de risques. En effet, la première étape du traitement consiste en une éducation thérapeutique du patient qui vise à guider les changements de comportement et à accroître la motivation du patient à l'égard des soins à domicile et du contrôle des facteurs de risque (y compris l'arrêt du tabac).

La deuxième étape du traitement, consistant en une instrumentation sous-gingivale, peut être réalisée en une ou plusieurs séances de traitement. Wennström et al. (2005)² ont évalué l'efficacité du débridement ultrasonique en bouche entière, précédé d'une phase initiale d'éducation du patient, par rapport au détartrage traditionnel par quadrant et au surfaçage radiculaire. Le temps passé au fauteuil était significativement plus long par poche parodontale fermée lorsque l'on opte pour un traitement classique par quadrants par rapport à une approche guidée du contrôle de l'infection parodontale (GPIC).

L'ensemble des preuves disponibles comparant les deux modalités de traitement consiste principalement en des études dans lesquelles des populations sélectionnées ont été traitées dans des conditions idéales.

Objectif

Évaluer l'efficacité de l'approche GPIC par rapport à l'approche conventionnelle non chirurgicale par quadrant (CNST) en termes de résultats cliniques ainsi que les résultats rapportés par les patients dans la population générale, sous les conditions rencontrées en pratique.

Matériel et méthodes

- Quatre-vingt-quinze hygiénistes dentaires ont été assignées de manière aléatoire pour effectuer soit :
 - Une session unique de débridement ultrasonique en bouche complète précédée de sessions éducatives visant à l'établissement d'une hygiène buccale adéquate (GPIC). Les patients devaient faire preuve d'une hygiène buccale suffisante (indice de plaque <30%) avant le traitement mécanique.
 - Thérapie conventionnelle non chirurgicale par quadrants (CNST), avec un délai d'une à deux semaines entre les rendez-vous.
- Deux à quatre semaines après le traitement initial, les patients des deux groupes ont été programmés pour un contrôle d'hygiène bucco-dentaire.
- Trois mois plus tard, les poches présentant un PPD résiduel ≥ 5 mm et des signes cliniques d'inflammation ont été retraitées
- Lors du suivi à six mois, un examen clinique a été réalisé, et la santé bucco-dentaire perçue par les patients a été évaluée. La fermeture des poches (profondeur de la poche de sondage, 4 mm) était le principal critère de jugement.
- Le temps (minutes) dédié à l'éducation/motivation du patient et le temps (minutes) dédié à l'instrumentation mécanique ont été enregistrés.
- Des modèles multiniveaux ont été utilisés pour prédire la probabilité de fermeture des poches à six mois.

¹ Sanz, M., Herrera, D., Kerschbaum, M., Chapple, I., Jepsen, S., Berglundh, T., Sculean, A., Tonetti, Maurizio S., au nom de l'EFP Workshop Participants and Methodological Consultants (2020). Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*, 47 Suppl 22 4-60. doi:10.1111/jcpe.13290

² Wennström, J. L., Tomasi, C., Bertelle, A., & Dellasega, E. (2005). Full-mouth ultrasonic debridement versus quadrant scaling and root planing as an initial approach in the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*, 32(8), 851-859. doi:10.1111/j.1600-051X.2005.00776.x

Résultat	GPIC	CNST	Valeur de p	B	IC 95%	Valeur de p2
Durée totale du traitement (*)	134 ± 40	161 ± 61	<0,001			
Temps consacré au fauteuil lors du retraitement à 3 mois (*)	37,8 ± 15,4	40,2 ± 22,3	0,136			
Fermeture des poches (%) (*)	69,3	71,5				
Efficacité du temps (minutes d'instrumentation par poche fermée) (*)	9,5 ± 10,5	14,5 ± 20,8	0,001			
Fermeture des poches sites peu profonds (5-6 mm) (*)	72	75				
Fermeture de poche sites profonds (≥7 mm) (%) (*)	30	33				
PPD initiale (**)				-1,10	-1,19 to -1,02	0,000
Fumeur (réf : non-fumeur) (**)						
Fumeur actuel				-0,65	-1,06 to -0,22	0,003
Ancien fumeur				-0,35	-0,71 to 0,02	0,066
Age (**)				-0,03	-0,05 to -0,02	0,000
Type de dent (réf : antérieur) (**)						
Prémolaire				-0,33	-0,50 to -0,15	0,000
Molaire				-0,93	-1,09 to -0,77	0,000

Note: (*) Les données sont représentées sous forme de moyenne ± SD et de %. Nombre total de participants n = 615. Abréviations : CNST, thérapeutique conventionnelle non chirurgicale ; GPIC, contrôle guidé de l'infection parodontale. χ^2 -test et t-test des échantillons indépendants.

(**) Ajusté pour la santé systémique et le sexe. LL = 4581,88 Test Wald 0,000 R2 0,27. Abréviations : IMC, indice de masse corporelle ; IC, intervalle de confiance ; CNST, l'approche conventionnelle non chirurgicale par quadrant ; GPIC, approche guidée du contrôle de l'infection parodontale (GPIC). ; PPD, profondeur de sondage.

Note:

Résultats

- Au total, 689 patients ont accepté de participer à l'étude.
- La durée moyenne du traitement était de 134±40 minutes pour le groupe GPIC et de 161±61 minutes pour le groupe CNST.
- Le temps de fauteuil pour le retraitement à trois mois était similaire dans les deux groupes.
- La fermeture des poches à six mois s'élevait à 70 %, quelle que soit la modalité de traitement.
- La fermeture des poches était plus fréquente dans les sites initialement peu profonds (86 %) que dans les sites profonds (50 %).
- L'efficacité du temps, exprimée en minutes d'instrumentation par poche fermée, était significativement en faveur du groupe GPIC (9,5±10,5 min/poche fermée) comparé au groupe CNST (14,5±20,8 min/poche fermée).
- Soixante-quinze pour cent de tous les patients ont jugé que leur santé bucco-dentaire était considérablement améliorée, sans différence significative entre les deux groupes.
- La sévérité de la maladie, le tabagisme, l'âge et la localisation de la dent ont eu un impact significatif sur la fermeture de la poche à six mois.

Limitations

- La calibration de 95 cliniciens impliqués dans le traitement et les procédures d'examen est une démarche difficile, et des différences considérables peuvent encore être présentes.
- L'observance du traitement par les patients et le contrôle de la plaque étant une condition préalable importante à la réussite de la thérapie parodontale, le manque de données sur l'accumulation de la plaque constitue une limite importante de l'étude.
- Malgré leur effet potentiel sur le pronostic dentaire et la complexité du traitement, la morphologie des défauts parodontaux et l'atteinte de la furcation ne sont pas rapportés dans cette étude.

Conclusions & impact

- La GPIC et la CNST sont toutes deux des protocoles de traitement non chirurgical efficaces pour la parodontite.
- Néanmoins, le GPIC est plus efficace en termes de temps, ce qui présente des avantages à la fois pour les patients et les cliniciens.
- L'importance de sevrage tabagique doit être soulignée lors de l'éducation thérapeutique du patient.
- Dans la pratique quotidienne, l'introduction d'une phase d'éducation du patient pour établir un niveau suffisant d'hygiène bucco-dentaire avant une session unique de traitement parodontal non chirurgical pourrait permettre une plus grande efficacité en termes de temps par rapport à l'approche conventionnelle par quadrants.

 JCP Digest 107 est un résumé de l'article "A randomized multi-centre study on the effectiveness of non-surgical periodontal therapy in general practice" J Clin Periodontol. 2022; 49(11): 1092-1105. DOI: 10.1111/jcpe.13703

 <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13703>

 Accès via la page "membres" du site de l'EFP : <http://efp.org/members/jcp.php>



SMPI

Société Marocaine de
Parodontologie et d'Implantologie

Associate
Member



Formation Continue en Parodontologie

Programme 2024

17^{ème} édition

Module 2

Traitement chirurgical des parodontites

Cours

- Traitement chirurgical des poches parodontales
- Régénération parodontale : RTG - ROG.
- Gingivectomie
- Freinectomie

Ateliers

- Différents types de Lambeaux
- RTG
- Gingivectomie
- Freinectomie

Live surgery

Vendredi 26 / Samedi 27 Avril 2024



SMPI

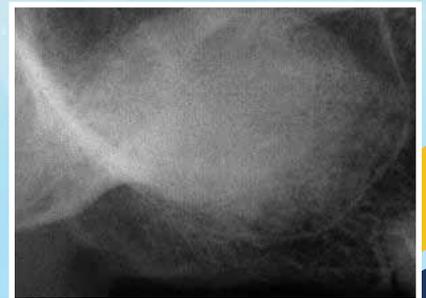
Société Marocaine de
Parodontologie et d'Implantologie

Associate
Member



PERIO challenge

04 MAI 2024



SINUS LIFT



Dr. Driss DRISSI TOUZANI



Pr. Khadija AMINE

Tél: 05 22 86 22 96 - 06 42 18 17 59
ssmpi7@gmail.com • www.smpi.org.ma •  smpismpi

Places limitées



SMPI

Société Marocaine de
Parodontologie et d'Implantologie

Associate
Member



**SAVE
THE
DATE**

**November 01-02,
2024**

Marrakech

**6th International
CONGRESS**

Sponsors et partenaires



1, rue Tarik Bnou Ziad • Casablanca • Maroc

Tél: 05 22 86 22 96 - 06 42 18 17 59

ssmpi7@gmail.com

www.smpi.org.ma • smpismpi