PROTOCOLE DU

TRAITEMENT APRES L’ACCEPTATION

DU PLAN DE TRAITEMENT PARODONTAL

**Séance 1** (durée normale de 1 heure)

* **Ecoute du patient,** révision de la plainte principale et objectifs du traitement
* **Photographies, radiographies d’usages.**
* **Sondage et remplissage de la charte parodontale.**
* **Test de l’halimètre** à l’aide du fil de soie dentaire (le patient sent son fil après passage à deux endroits touchés par la maladie parodontale, puis propose un résultat se situant entre 1 et 5). Le praticien peut surenchérir au besoin.
* **3 Prélèvements du biofilm parodontal** (le patient n’a pas brossé autrement ni passé le fil dentaire depuis 12 heures) (spécifiquement dans les 3 poches parodontales les plus profondes de la bouche, de préférence dans différents quadrants)et analyse au microscope des 3 sites en présence et avec la participation active du patient.
* **Remplissage du moniteur intitulé Parodex** (résumant les données médicales, cliniques et microbiennes)
* **Instruction d’hygiène** et démonstration avec pratique et mise en œuvre par le patient de la méthode de brossage Bass Modifiée pour toute sa bouche(15 à 20 minutes face au miroir, quatre mouvements répétés de vibration et rotation, vestibulaire et palatin, supérieur et inférieur, sous la supervision du praticien (coach)).
* **Prescription pour le mois :**

**- Régime de maintenance** (à suivre pour toute la durée du traitement et à faire strictement 2 fois par jour ; s’abstenir de pâte dentifrice commerciale pour éviter les différents excipients) :

* + - Brossage à l’eau oxygénée 1% (diluer avec de l’eau du robinet : un bouchon d’eau oxygénée 3% pour 2 bouchons d’eau, ce qui constituera le dentifrice à utiliser)
    - Application de la poudre de Torrens sur le rebord de la gencive (mélange de six doses de bicarbonate de soude avec une dose de sel de table fin (utiliser un malaxeur à sec pendant une minute pour affiner et mélanger ; sinon faite préparer par le pharmacien).

Si l’inflammation est trop importante prescrire seulement l’eau oxygénée diluée avec de l’eau (1%) pendant 4 semaines puis ajutez la poudre de Torrens au rendez-vous suivant.

Prescrire également à cette visite une antiparasitaire pour le cas suivants :

* S’il y a vraiment urgence (le patient est en train de perdre ses dents) : 10 à 14 jours de métronidazole (de 250 à 500mg, 3 fois par jour).

Dans ce cas, il a y de fortes chances que l’on soit également amené à prescrire une 2ème « antiparasitothérapie » à la 4ème séance.

**Attention** : contre-indications et suivis à gérer suite à l’utilisation du métronidazole (alcool, anticoagulant, lithium, rash possible, allaitement).

**L’alcool doit être arrêté pendant toute la durée du traitement + 1 jour.**

Expliquer à l’avance les récessions gingivales possibles au cours de la thérapie, dues à la perte osseuse résultant de la maladie passée.

Très important : rester à l’écoute de votre patient car il peut y avoir parfois des contestations avec l’entourage qui ne connait pas la parasitologie, et donner obligatoirement à chaque séance le matériel didactique et les supports informatifs nécessaire (dépliant « Soigner La Parodontite »).

**Méthode Bass modifiée**

Inclinez votre brosse à 45° sur la gencive avec une rangée des brins dirigée dans le sillon gingival. Effectuez une série de petits mouvements horizontaux sans sortir les brins du sillon. Effectuez la vibration pendant 1 seconde et terminez par un mouvement en rouleau des gencives vers la dent. Répétez quatre fois par secteur. Au total, comptez normalement 96 mouvements pour effectuer le brossage de toute la bouche.

**Séance 2** (environ 1 mois plus tard, d’une durée normale de 1 heure)

* **Donner au patient le questionnaire sur la contamination** à remplir dans la salle d’attente préalablement au rendez-vous.
* **Compléter au besoin les photos, le sondage et le parodex** si vous n’aviez pas eu le temps de terminer à la 1ère visite.
* **Test de l’halimètre** avec le fil de soie dentaire (deux poches profondes, le patient cote le résultat de 1 à 5)
* **3 Prélèvements du biofilm** (le patient n’a pas brossé ni passé le fil dentaire autrement depuis 12 heures) (prélever toujours les mêmes 3 sites profonds) et analyse au microscope avec résultats à partager obligatoirement avec le patient.
* **Ecoute du patient,** encouragements et félicitations selon les résultats du biofilm, même si des microorganismes pathogènes sont encore présents. Aussi considérez l’amélioration éventuelle de l’aspect clinique et des signes tels l’arrêt des saignements et la diminution des mobilités dentaires.
* **Révisions et démonstrations** des instructions d’hygiène pour toute la bouche en présence du praticien avec ajout de la soie dentaire et/ou des brossettes inter dentaires trempées dans l’eau oxygéné au préalable et finaliser par l’application sur le rebord gingival de la poudre de Torrens (6 portions de bicarbonate de soude mélangé à 1 portion de sel de table fin).
* **Parler de la contamination** et demander à ce que l’entourage soit éventuellement pris en charge.
* **Prescription pour le mois :** 
  + régime de maintenance (passage du fil dentaire, Brossage Bass modifié avec H2O2 1% suivi de l’application de la Poudre de Torrens sur le rebord gingival. **Cracher les excès**.
  + Si il y a toujours des saignements importants et pas de candidose donner le **tétrarince1** (1 cuillère à café, 5 ml, pas plus) : 3 fois 7 jours (3 bouteilles à constituer chaque semaine pour 21 jours au total) au rythme de 3 fois par jour (ne pas oublier de prévenir le patient du mauvais goût du produit et expliquer les risques des colorations de la langue et des dents, etc…). Prescrire obligatoirement les racloirs pour la langue.
  + Si il n’y a plus aucun saignement, donner crème hydrophile **MA,** ou **MK2** (si candidose initiale), ou pâte **MC** (si candidose provoquée), 3 fois par jour (ne pas oublier de prévenir le patient du mauvais goût du produit) à appliquer en couche mince (l’équivalent d’un grain de poivre pour toute la bouche).

**Séance  3** (1 mois plus tard, durée normale de 1 heure)

* **Donner au patient l’entretien d’évaluation N°1** à remplir dans la salle d’attente.
* **Ecoute du patient,** encouragements et félicitations sur l’amélioration clinique.
* **Test de l’halimètre** avec le fil de soie dentaire.(coter de 1 à 5)
* **Effectuer 3 Prélèvements** (le patient n’a pas brossé, ni passé le fil dentaire depuis 12 heures (prélever toujours les mêmes 3 sites profonds) et analyser au microscope avec toujours la participation active du patient.
* **Révisions et démonstrations des instructions d’hygiène :** soie dentaire en premier, brossage complet méthode Bass modifiée complète de toute la bouche et application de la poudre de Torrens en présence (coaching) du praticien. (Révélateur au besoin). Laisser 4 brosses pour le mois tant que l’infection n’est pas résolue.
* **Parler de la contamination** et demander à voir l’entouragesi ça n’est pas fait.
* **Détacher et polir les dents** (qui sont souvent noircies avec la tétracycline ou insuffisamment détachées avec l’eau oxygénée, non abrasive) avec un mélange de pierre ponce de laboratoire moyenne ou fine à laquelle on ajoute de la Chlorhexidine 0.12%.

**Attention : toujours pas de détartrage** sous gingival à ce stade de la thérapie. Enlever seulement le tartre supra gingival trop important.

* **Déposer dans les poches de la crème** hydrophile Métronidazole-Nystatine **MA** ou **MK2** (si candidose en début de traitement) ou pâte **MC** (si candidose provoquée). Bien enlever les excès résiduels avec l’appareil d’aspiration.

**Eviter de rincer après coup** pendant 20 minutes.

**Prescription pour le mois**:

* + régime de maintenance matin et soir (soie dentaire, brossage Bass modifié H2O2 1% et application de la poudre de Torrens)
  + arrêt du Tétrarince si donné au RDV 2 (ne pas dépasser 3 semaines)
  + appliquer la pâte **MA** topique en couche mince, ou **MK2** (si candidose), ou **MC**, 3 fois par jour à l’heure des pauses (ne pas oublier de prévenir le patient du mauvais goût du produit)

Si les saignements n’ont pas disparu, continuer le protocole de la même manière, ils partiront après la prescription du métronidazole à la 4ème séance.

**Polissage des dents**

Un mélange de pierre ponce et de Chlorhexidine fabriqué sur le champ est utilisé pour parfaire le nettoyage et le polissage des dents à l'aide d'une cupule à prophylaxie en caoutchouc lors de chacun des rendez-vous de contrôles de la méthode PGP. Une fois ce polissage complété, la pierre ponce s'étant bien logée entre les interstices de chaque dents, le docteur demande au patient de déloger ces éléments gênants en utilisant le fil de soie dentaire sur les surfaces interproximales de toutes ses dents. Voilà l'occasion rêvée pour le patient de saisir l'importance et les bénéfices du fil de soie dentaire qui accomplit la même action sur l'élimination de la plaque dentaire interproximale. Une fois complété, le patient peut procéder à son brossage, méthode Bass modifiée, haut et bas, vestibulaire et palatin, à l'aide de sa brosse douce trempée dans l'eau oxygénée 1% et compléter par la suite l'application de la poudre de Torrens. **À pratiquer pour chacun des rendez-vous de la thérapie. Ne pas esquiver:** c'est le moment "apprentissage auto-suffisance patient". Prenez note du temps à la démarche et félicitez le patient pour son assiduité et sa compétence... À consommer sans modération!

**Séance 4** (1 mois plus tard, durée normale 1 heure)

* **Test de l’halimètre** avec le fil de soie dentaire sur 2 sites profonds (coter de 1 à 5 par le patient, corrigé par le docteur au besoin).
* **3 Prélèvements** **du biofilm** parodontal sur montage salivaire du patient(prélever toujours les 3 mêmes sites) (le patient n’a pas brossé ni passé le fil dentaire depuis 12 heures) et **analyse au microscope en compagnie du patient (obligatoire !).**

S’assurer de l’absence relative de saignement.

* **Écoute du patient**, encouragements et félicitations ou réagir selon les résultats obtenus.
* **Détartrage superficiel supra gingival** essentiellement à l’aide d’un détartreur sonique ou ultrasonique. Ne pas détartrer sous-gingival avant l’obtention de la flore commensale saine !
* **Polissage des dents** au mélange pierre ponce médium ou fine et Chlorhexidine 0.12%.
* **Révisions des instructions d’hygiène** (demander au patient d’enlever les restes de pierre ponce avec le fil dentaire et faire la désinfection de toute la bouche avec l’eau oxygénée 1% Bass modifié 4 rouleaux et appliquer la Poudre de Torrens. A faire au complet à chaque rendez-vous obligatoirement toute la bouche, vestibulaire, palatin et lingual, face au miroir en compagnie du praticien ou de son assistante).
* **Déposer dans les poches la pâte MA, ou MK2** (si candidose), **ou pâte MC** (si candidose provoquée) en couche mince, aspirer les excès et demandez au patient d’éviter de rincer pendant 20 minutes.
* **Parler de la contamination** et s’assurer que l’entourage a été pris en charge, sinon donner les instructions nécessaires à votre patient (éviter les contacts directs et indirects).
* **Prescription pour le mois**:
  + régime de maintenance (soie dentaire, brossage H2O2 1% et application de la poudre de Torrens, matin et soir) (absence de dentifrice toujours en vigueur)
  + pâte **MA** ou **MK2** (si candidose), 3 fois par jour à appliquer par le patient lors des pauses du matin de l’après-midi et du soir.
  + **Prescrire de préférence le métronidazole 10 à 14 jours selon la gravité du cas si la flore n’est pas parfaite et commensale, 250 à 500mg 3 fois/jour** ou en dernier choix de la tétracycline 28 jours (pour les personnes ne voulant pas arrêter l’alcool ou ne pouvant pas prendre du métronidazole), ou doxycycline 100mg (1 co en 1 prise par jour, pour 10 jours).

**Attention** : contre-indications ou suivis suite au métronidazole (alcool, anticoagulant, lithium, rash possible, allaitement).

**Avec le métronidazole, l’alcool doit être arrêté pendant toute la durée du traitement + 1 jour.**

Si les saignements n’ont pas disparu, ne vous inquiétez pas ils partiront avec l’antibiothérapie.

**Séance 4 bis** (préalable à la séance 4 au besoin)

* **3 Prélèvements** (prélever toujours les mêmes 3 sites profonds) et analyse au microscope en présence et participation du patient. S’assurer de l’absence de microorganismes pathogènes et du retour inconditionnel à une flore normale commensale, constituée de coccis et de filaments immobiles. Toutefois l’apparition de macrophages remplis de facteurs de croissances tissulaires (vésicules transparentes d’environ 4 microns) est normale à ce stade de la guérison.

**Si tout est négatif au microscope** prévoir le prochain rendez-vous (la première séance de lithotritie avec l’endoscope parodontal)

Si le prélèvement au microscope est positif : redonner une dose d’antibiothérapie 14 jours. Il se peut que le patient ne l’ait pas pris ou pas correctement (cela arrive 1 cas sur 5).

Dans ce cas prévoir un autre RDV de contrôle microbiologique seulement (quatrième séance ter).

**Séance 5** (un mois plus tard, durée normale 1 heure)

Séance préalable 5 bis au besoin

* **Test de l’halimètre** ou fil de soie dentaire sur 2 dents touchées (coter 1 à 5, il devrait être négatif à ce stade).
* **3 Prélèvements** (le patient n’a pas brossé ni passé le fil dentaire depuis 12 heures) (prélever toujours les 3 mêmes sites les plus profonds) et analyse au microscope en présence et avec la participation du patient. (Des macrophages peuvent être visibles à la microscopie, contenant des vacuoles typiques de la présence des facteurs de croissance tissulaire (référer à l’abcès amibien du foie suite au métronidazole). **Si tout est négatif au microscope autrement :**
* **Encouragements et félicitations.**
* **Radiographies** de contrôle d’usage.
* **Lithotritie (détartrage doux sous-gingival) du premier quadrant** (le plus touché par la maladie) sous anesthésie locale obligatoire avec des instruments sonique ou ultrason sonique et vérifier au détecteur de tartre obligatoire ou équivalent (éviter surtout l’utilisation des curettes coupantes qui enlèveraient le cément et nuiraient au ré-attachement des fibres ligamentaires).
* **Détartrage général supra gingival** pour le reste de la bouche.
* **Polissage** à l’aide de pierre ponce fine ou médium mélangé à la Chlorhexidine 0.12%.
* **Pratique complète de l’hygiène** de toute la bouche (passage de la soie dentaire à toute la bouche et brossage à l’eau oxygénée 1% Bass modifié complet devant le praticien suivi de l’application de la poudre de Torrens**)**
* **Déposer dans les poches de la pâte MA** en couche minceou **MK2** (si candidose) ou pâte **MC** (si candidose provoquée) même si la flore est commensale et saine. Eviter de rincer pendant 20 minutes.

**Parler de la contamination** et s’assurer que l’entourage a été pris en charge, sinon donner les instructions nécessaires à votre patient (éviter les contacts directs et indirects).

* **Prescription pour le mois :**
  + régime de maintenance matin et soir (soie dentaire, brossage et poudre de Torrens)
  + pâte MA ou MK2 (si candidose), à appliquer en couche mince 3 fois par jour lors des pauses de la journée.

Si le prélèvement au microscope est positif : redonner une dose d’antiparasitaire 14 jours. Il se peut que le patient ne l’ait pas pris ou pas correctement (cela arrive 1 cas sur 5).

**Séance 6** (1 mois plus tard, durée normale 1 heure)

Séance 6 bis préalable au besoin

* **Test de l’halimètre** avec le fil dentaire (coter de 1 à 5 au dossier).
* **3 Prélèvements** du biofilm parodontal (le patient n’a pas brossé ni passé le fil dentaire depuis 12 heures) (prélever toujours les mêmes sites qui normalement devraient être réduit de moitié à ce stade) et analyser au microscope avec la présence et collaboration du patient.

S’assurer que cette flore est toujours saine et commensale au microscope, sinon prendre les mesures adéquates ou vérifier la rigueur de la thérapie actuelle proposée.

* **Ecoute du patient** sur toute difficulté, encourager et féliciter pour les résultats obtenus.
* **Lithotritie 2ème quadrant** sous anesthésie locale et utilisation obligatoire du détecteur de tartre (pas de curettes qui enlèveraient le cément et diminueraient la possibilité de ré attachement !)
* **Détartrage général supragingival** de toute la bouche.
* **Polissage** des couronnes des dentsavec un mélange de pierre ponce fine ou médium et de Chlorhexidine 0.12%.
* **Pratique complète de l’hygiène de toute la bouche** (soie dentaire de toute la bouche, brossage à l’eau oxygénée 1% méthode Bass modifié de toute la bouche et application de la poudre de Torrens sur les rebords de la gencive, vestibulaire et palatin et lingual).
* **Déposer dans les poches parodontales de la pâte MA** en couche minceou **MK2** (si candidose originale) ou pâte **MC** (si candidose provoquée).

Eviter de rincer pendant 20 minutes.

* **Parler de la contamination** et s’assurer que l’entourage a été pris en charge, sinon donner les instructions nécessaires à votre patient (éviter les contacts directs et indirects).
* **Prescription pour le mois** :
  + régime de maintenance matin et soir (soie dentaire, brossage et poudre de Torrens)

Si le prélèvement au microscope est positif, il faut investiguer par ailleurs la source du problème, c’est là votre rôle de docteur.

**Séance 7** (1 mois plus tard, durée normale 1 heure)

Séance 7 bis au besoin

* **Donner au patient l’entretien d’évaluation N°2** à remplir dans la salle d’attente.
* **Ecoute du patient.**
* **Test de l’halimètre** avec le fil de soie dentaire sur deux sites touchés. Coter de 1 à 5 au dossier.
* **3 Prélèvements du biofilm** à l’aide de la sonde parodontale toujours (le patient n’a pas brossé ni passé le fil dentaire depuis 12 heures) (prélever toujours les 3 mêmes sites les plus profonds) et analyser au microscope en présence et collaboration du patient. Les trois sites devraient à ce stade avoir diminué de profondeur de façon importante. S’assurer que la flore est toujours commensale au microscope (présence de coccis et de filaments et de cellules épithéliales en grande quantités).
* **Lithotritie 3ème quadrant** sous anesthésie locale obligatoire à l’aide de piezo ou d’ultrasons en douceur, toujours vérifier la complétion du détartrage sous gingival à l’aide d’un détecteur de tartre (pas de curettes coupantes qui enlèveraient le cément et empêcheraient la cicatrisation espérée !)
* **Détartrage général** de toute la bouche.
* **Polissage** à la pierre ponce fine et Chlorhexidine 0.12%.
* **Pratique complète de l’hygiène de toute la bouche** (soie dentaire sur toute la bouche, brossage à l’eau oxygénée 1% méthode Bass modifié et application de la poudre de Torrens par le patient devant le praticien. Cracher les excès).
* **Déposer dans les poches la pâte MA,** ou **MK2** (si candidose originale), ou pâte **MC** (si candidose provoquée) toujours en couche mince. Enlever les excès avec l’aspiration. Eviter de rincer pendant 20 minutes.
* **Parler de la contamination** et s’assurer que l’entourage a été pris en charge, sinon donner les instructions nécessaires à votre patient (éviter les contacts directs et indirects, surveiller les voyages dans les tropiques, les animaux de compagnies et la provenance de l’eau).

**Séance 8** (un mois plus tard, durée normale 1 heure)

* **Ecoute du patient.**
* **Test de l’halimètre** avec le fil de soie dentaire sur 2 sites touchés (le patient sent son fil et cote de 1 à 5, le docteur peut corriger l’évaluation).
* **3 Prélèvements du biofilm parodontal** (le patient n’a pas brossé ni passé le fil dentaire depuis 12 heures) (prélever toujours les mêmes sites) et analyser au microscope en présence et collaboration du patient. S’assurer que le biofilm est toujours négatif pour la présence de bactéries pathogènes, la présence de PMN et l’absence de tout parasite au microscope. (Les prélèvements toujours fait avec la sonde parodontale devraient refléter la quasi fermeture des poches maintenant !)
* **Lithotritie du 4ème quadrant** (le moins touché) sous anesthésie locale à l’aide de piézos ou d’ultrasons en douceur, utiliser obligatoirement un détecteur de tartre (pas de curettes qui enlèveraient le cément !). Ne pas faire saigner inutilement, cela ne sert à rien sinon ramener des microbes hématophages !
* **Détartrage général** de toute la bouche.
* **Polissage de toutes les dents** à l’aide d’un mélange de pierre ponce fine et de Chlorhexidine 0.12%.
* **Pratique complète de l’hygiène (…désinfection) de toute la bouche** (soie dentaire, brossage à l’eau oxygénée 1% méthode Bass modifié de toute la bouche et application de la poudre de Torrens sur la bordure de la gencive. Cracher les excès).
* **Déposer dans les poches de la pâte MA,** ou **MK2** (si candidose originale), ou pâte **MC** (si candidose provoquée).

Eviter de rincer pendant 20 minutes.

* **Parler de la contamination** et s’assurer que l’entourage a été pris en charge, sinon donner les instructions nécessaires à votre patient (éviter les contacts directs et indirects).
* **Félicitations et recommandations antiparasitaires** pour éviter la réinfection.
* **Prescription pour 3 mois :**
  + régime de maintenance une fois par jour,
  + **dentifrice fluoré pour les autres brossages de la journée**. C’est le bon moment de faire de la prophylaxie car la flore peut être maintenant une flore de type cariogène, surveiller les caries de racines, éviter les sucreries répétitives, les boissons sucrées, etc. Il peut occasionnellement y avoir une hypersensibilité dentinaire et/ou une légère candidose en cas de sur-traitement. Gérer avec les médications appropriées si le cas. Le sel de la poudre de Torrens pourrait irriter la racine dénudée à la longue. Enlever au besoin et ne gardez que le bicarbonate de soude servant de tampon.

**Si autrement le prélèvement au microscope est positif, il faut investiguer par ailleurs, c’est là votre rôle de docteur.**

Sinon prescrire un mélange d’amoxicilline et de métronidazole ensemble ou revérifier à l’aide d’un test PCR bactérien.

On peut également en cas de difficulté, essayer :

* + une lasérothérapie localisée,
  + une autre technique,
  + vérifier au détecteur de tartre s’il ne reste pas de tartre sous-gingival,
  + injection d’Elysol,
  + endodontie,
  + hémisection pour des molaires trop touchées par la perte osseuse,
  + chirurgie traditionnelle.
  + Bétadine 10% en gel (glycérine) avec pansement Coe Pack pour 48 heures

Vérifier également les éléments de réinfection :

* + eau en carafe contaminée,
  + voyages dans les tropiques où les parasites sont fréquents,
  + habitudes orales, proximité avec des animaux de compagnie, nouveau conjoint etc.

**Par contre ces mesures d’exceptions devraient être très exceptionnelles,** à moins d’une mobilité excessive de la dent ne permettant pas l’arrêt de l’inflammation, ce qui engendrerait une amibiase répétitive ou une mucosite permanente autour d’un implant engendrant aussi une amibiase répétitive et une périimplantite chronique accompagnée d’une lyse osseuse progressive.

**Séance 9** Maintenance à 3 mois (idéalement pendant 1 an)

* **Donner au patient l’entretien d’évaluation N°3** à remplir dans la salle d’attente.
* **Ecoute du patient.**
* **Test de l’halimètre** avec le fil dentaire sur 2 anciens sites touchés.
* **Radiographies** de contrôle d’usage.
* **Sondage parodontal** et charting parodontal complet (la diminution des poches devrait être de 95 à 100%, les saignements complètement disparus, présence d’une flore commensale et cellules épithéliales, absence de PMN, quelques récessions apparentes : c’est normal due à la perte osseuse conséquente du passé !).
* **Remplissage du Périodex** et comparer avec le résultat initial, mesurer et comparer l’excédent de 3 mm des poches parodontales et noter le résultat comparatif au dossier. Celles-ci devraient être absentes, sinon continuer de 3 mois en 3 mois jusqu’à fermeture complète des poches.
* **Félicitations et recommandations** pour éviter la réinfection (conjoint, contact direct, eau contaminée, voyages dans les zones tropicales endémiques, animaux de compagnie).
* **3 Prélèvements** du biofilm (le patient n’a pas brossé ni passé le fil dentaire depuis 12 heures) (prélever toujours les mêmes sites) et analyser au microscope en compagnie du patient.S’assurer d’un résultat toujours négatif au microscope.
* **Détartrage général** de toute la bouche.
* **Polissage** à la pierre ponce fine et Chlorhexidine 0,12%.
* **Pratique complète de l’hygiène de toute la bouche** (soie dentaire pour toute la bouche et brossage à l’eau oxygénée 1% méthode Bass modifié et application de la poudre de Torrens, cracher l’excès).
* **Déterminer la fréquence des visites de maintenance** (habituellement tous les 3 mois la première année, puis tous les 6 mois l’année suivante si le patient est guéri, mais conserver les analyses du biofilm au microscope de routine à vie en prévention).
* **Prescription jusqu’à la prochaine visite** :

- encourager à continuer le régime de maintenance une fois par jour si le patient le peut, sinon **au minimum 2 fois par semaine, possiblement à vie pour éviter qu’un pathogène ne s’installe**.

Si le prélèvement au microscope est positif. Cela peut arriver, mais dans un endroit très localisé. Si c’est le cas, traiter de façon locale.

Il peut arriver selon la situation qu’on soit obligé de traiter aussi de manière générale.

**Investiguer et vérifier que tout a été fait avec rigueur et sans compromis, ni de temps (ce dernier est précieux pour obtenir la cicatrisation), ni de méthode**.

**Séance 10** Maintenance à 6 mois (normalement 1 heure)

* **Ecoute du patient.**
* **Test de l’halimètre** avec le fil dentaire sur deux anciens sites.
* **Sondage parodontal** des poches pas encore fermées au dernier RDV.
* **Félicitations et recommandations** pour éviter la réinfection,
* **3 Prélèvements** **du biofilm** **parodontal** (le patient n’a pas brossé ni passé le fil dentaire depuis 12 heures) (prélever toujours les mêmes sites les plus profonds) et analyser au microscope en présence et collaboration du patient.S’assurer que le biofilm est toujours négatif pour les pathogènes et les PMN au microscope.
* **Détartrage général** si nécessaire,
* **Polissage** pierre ponce fine et Chlorhexidine 0,12%
* **Pratique complète de l’hygiène de toute la bouche (désinfection)** (soie dentaire, brossage à l’eau oxygénée 1% Bass modifié et application de la poudre de Torrens, cracher l’excès).
* **Confirmer la fréquence des visites de maintenance ou de suivi** (habituellement tous les 3 mois la première année, puis tous les 6 mois l’année suivante si le patient est guéri, mais conserver les analyses préventives au microscope de routine.
* **Prescription jusqu’à la prochaine visite** :

- encourager à continuer le régime de maintenance une fois par jour si le patient aime le produit, sinon au minimum 2 fois par semaine, dentifrice fluoré pour les autres moments.

Si le prélèvement au microscope est positif. Cela peut arriver, mais dans un endroit très localisé. Si c’est le cas, traiter de façon locale.

Il peut arriver selon la situation qu’on soit obligé de traiter aussi de manière générale.

Investiguer et vérifier que tout a été fait avec **rigueur et sans compromis ou** au contraire avec une **rapidité excessive du temps de traitement, non recommandé selon le Protocole de Guérison Parodontale Bonner Dunoyé. Réduire le temps de la thérapie réduit le résultat de la guérison d’une façon proportionnelle et ne comporte aucun avantage réel.**