

fdi 

• N° 23 •

Septembre - Octobre 2006

Jod

• Journal d'omnipraticque dentaire •

Tceating Gesloten Verpakking	BELGIE - BELGIQUE
Autorisation de Fermeture	P.B. - P.P.
B - 802	B - 802
Périodique bimestriel destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire	
© Collège d'Omnipraticque Dentaire asbl, éd.	
Agréation P307013 Tirage : 4.200 ex.	
Bureau de dépôt :	Adresse :
Charleroi X	JOD c/o COD
Mass post	B.P. 1091
	6000 Charleroi 1

CHARLEROI

VENDREDI 17 NOVEMBRE 2006

Échecs & solutions

COMPLET

LE **BEST OF** DU **COD**



16 DÉCEMBRE 2006
BRUXELLES CERIA

**DENTAL
THEMA
DAY**

PARO

© by Dürr Dental 10.581/A3706

**STAND 205
DENTEX**



**LE NOUVEAU DÜRR VISTASCAN PERIO:
UNE DÉCISION PERSPICACE**

Il est arrivé - le moment idéal de moderniser le diagnostic dans votre cabinet. Avec l'utilisation des écrans radioluminescents flexibles, réutilisables et la technologie de pointe du nouveau Dürr VistaScan Perio. > **Tous les formats intra-oraux** > une qualité d'image de diagnostic jusqu'à une résolution de 40 PL/mm au moyen de la technologie Dürr PCS > aucun temps d'attente grâce au système de cassettes à multi insertions Dürr et au fonctionnement complètement automatisé y compris l'effacement > **Status intermédiaire avec 8 clichés en 30 secondes environ.** Décidez-vous pour la compétence dans le diagnostic dentaire: Demandez à votre distributeur dentaire le nouveau Dürr VistaScan Perio et informez-vous sur www.vistascanperio.info! DÜRR DENTAL BELGIUM B.V.B.A., Molenheidebaan 97, 3191 Hever, Tel. 0 15 61 62 71, Fax 0 15 61 09 57, info@durr.be



LES IDEES FONT LE PROGRES. WWW.DURR.BE





Édito

Heureux cinquième anniversaire !

Par un samedi ensoleillé d'octobre 2001, le COD voyait le jour à Charleroi, à l'occasion de son premier Congrès mis sur pied pour tous les praticiens de Belgique : le Dental Thema Day « Médecine buccale ».

L'objectif était, et reste encore, de proposer une formation continue LIBRE, affranchie de toute visée politico-syndicale, sans parti pris, sans clientélisme, sans copinage, où la qualité du message scientifique est le seul argument digne d'intérêt. Cinq ans plus tard, le pari est largement gagné : le COD, en pleine maturité conceptuelle et opérationnelle, est devenu le numéro 1.

Cela mérite bien une pierre blanche. Nous la poserons le 17 novembre prochain, en compagnie des quatre orateurs qui ont obtenu les meilleures évaluations de la part des participants, au cours du quinquennat écoulé. Cet événement *Best Of* a connu un engouement exceptionnel dès le mois de janvier ; et, début septembre, le nombre de 320 inscrits était franchi, limite que nous avons fixée pour des raisons de confort et de sécurité. Pourtant, les inscriptions ont continué de pleuvoir, nous obligeant à un effort administratif pour gérer les remboursements, et près de 100 candidats ont hélas dû être refusés. Incontestablement, il s'agit de retenir qu'au COD, il faut s'inscrire à temps !

Mais que tous les retardataires se rassurent : il subsiste en 2006 une formidable opportunité de formation continue. Le Dental Thema Day « Parodontologie de conservation » a été conçu pour tous les omnipraticiens qui souhaitent (ré)intégrer la paro dans leur exercice. Une brochette interuniversitaire remettra, pour nous tous, l'église au milieu du village, ou plutôt *la dent au milieu de la bouche*, en ces temps où l'implantologie semble devenue le leitmotiv généralisé.

Tous les détails de cette fantastique journée figurent en page 7 de ce JOD.

Et si nous vous disons de ne pas traîner à vous inscrire, nous croirez-vous ? ■

• Prochaines activités > 5 - 7

• Scientifique > 8

Utilisation des antibiotiques et des antiseptiques en paro

• Exercice clinique > 18

L'observation clinique chez l'édenté total

• Reportage > 28

Europerio 5 : grand-messe triennale de la paro européenne

• Envoyé spécial > 35

Congrès dentaire mondial Shenzhen

• Accréditation > 45

Dernières chances de peer-reviews

• Petites annonces > 46

• Inscriptions > 47

Le Journal d'Omnipratique Dentaire est une publication du Collège d'Omnipratique Dentaire ASBL

Pour nous contacter et pour recevoir gratuitement le JOD :
B.P. 1091 - B 6000 Charleroi 1
Tél. 04 73 41 51 67 (répondeur)
Fax 071 33 38 05
info@cod.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 32 EUR/an
Monde : 55 EUR/an

Newsletter électronique gratuite :
envoyez un mail à l'adresse
cod-newsletter-request@listes.belgavillage.be?subject=subscribe

Infos pour la publicité : 04 73 41 51 67
La publicité paraît sous la responsabilité exclusive des annonceurs
Les noms de marque cités dans les articles constituent des indications pour le lecteur et non de la publicité

Fortis Banque : 001-3545567-02
IBAN : BE 32 00 13 5455 6702
BIC : GEBABEBB

Éditeur responsable :
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD
28 rue du Moulin Blanc - B 7130 Binche
Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leur auteur

© Copyright
Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, 2006
Reproduction interdite sauf accord



Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



SERVICE HOTLINE



NOUVEAU PANO I-MAX

owandy
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE



NOUVEAU capteur KRYSTAL WIFI



KODAK 8000 C



CASTELLINI

Débuter sous le signe de l'excellence



NOUVEAU KODAK CR 7400

puma **EVO**



Castelbel

DISTRIBUTEUR
AGRÉÉ
CASTELLINI DEPUIS
32 ANS
MAIS AUSSI :

- CASTELLINI
- CATTANI
- CRYSTALMARK
- DCE
- DEGRE K
- DÜRR DENTAL
- EMS
- GAMASONIC
- KODAK
- KAVO DMI
- MECTRON
- METASYS
- MIELE
- NEOVO
- OMNIA
- OWANDY JULIE
- SATELEC
- TAU STERIL
- TAVOM
- TECNO - GAZ
- VELOPEX
- WELCH ALLYN
- WH

SERVICE



ETUDE D'AMÉNAGEMENT



Tél: 010/818.343

E-mail: info@castelbel.be

WWW.CASTELBEL.BE



Clinar
PLUS QUE LA MEILLEURE
UN PARTENARIAT POUR
LE PROFESSIONNEL
POUR UNE ORGANISATION
PARFAITE DANS LE
MOINDRE DETAIL.
UNE MOBILITE QUI
RENCONTRE TOUTES
LES ESSENCES.

UNE LIGNE DE STERILISATION SUR MESURE
COMME VOUS EN REVEZ !

- GAMASONIC
- MIELE
- TAU STERIL
- TECNO-GAZ
- TAVOM
- WH



LE BEST OF DU COD

Échecs & solutions

COMPLET

Objectifs de ce cours — Tout le monde, au cours d'une carrière, connaît des échecs. Même les meilleurs. Peut-être surtout les meilleurs, car ils sont confrontés aux cas les plus difficiles. Alors nous les avons invités à venir nous en parler. Pour que nous ne fassions pas les mêmes erreurs qu'eux. Et pour partager les solutions qu'ils ont trouvées.

Mais qui sont les meilleurs ? Tout simplement ceux que vous avez vous-mêmes choisis. Les quatre conférenciers du COD depuis 2001 qui ont glané les plus hautes cotes sur les formulaires d'évaluation. Les meilleurs des meilleurs, la crème de la crème, réunis sur un seul plateau. De quoi fêter intelligemment le cinquième anniversaire du COD !



Pierre Machtou

DDS, DCD, DSO
Professeur d'Endodontie, Paris 7
Membre de l'American Association of Endodontists
Membre de l'European Society of Endodontology
Membre de l'Académie Pierre Fauchard
Endodontiste exclusif depuis 1978

Éric Rompen

Licencié en science dentaire
Docteur en science dentaire
D.E.S. en Réhabilitation Orale et Implantologie
Chef de Services
Chargé de cours à l'Université de Liège



Yves Samama

DCD
CES en prothèse fixe
CES en biologie buccale
CES en parodontologie
CES en endodontie
Prédilection pour la technologie prothétique
Élève et successeur de Raymond Leibowitch
Pratique privée à Paris

Jean-Paul Louis

DCD, DSO, DEO
Professeur des Universités
Ancien Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nancy
Président du Conseil National des Universités (sous-section Prothèse)
Pratique exclusive de la prothèse amovible complète depuis 20 ans



Fiche technique de ce cours

COMPLET



Organisateur



COD asbl

agrée par l'INAMI
sous le n°125

<i>Quand ?</i>	Vendredi 17 novembre 2006, 9h00 - 17h30 (petit déj. dès 8h30)	
<i>Où ?</i>	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)	
<i>Disponibilité ?</i>	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
<i>Accréditation ?</i>	OUI : accordée - 10 UA dom 4 + 10 UA dom 6 + 20 UA dom 7	
<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures	
<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris :	180,- EUR
	Après 6/11/2006 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) : +100,- EUR	
<i>Réductions* ?</i> <small>* conditions en page 49</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant :	5 %
	Réduction-fidélité :	jusque 25 %
<i>S'inscrire !</i>	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	

Offre*
2 + 1

Venez nous voir
à **DENTEX**
Bruxelles
19.-21.10.2006
Stand 110

Facile. Biocompatible. Condensable.

Obturation des dents postérieures

VOCO Ionofil Molar AC Quick

Ciment verre ionomère pour les dents postérieures

- Concept de matériau éprouvé pour l'obturation des dents postérieures en teinte esthétique
- Aucun mélange manuel, sans mordantage, sans bonding
- Libération de fluorures protecteurs, biocompatible
- Consistance immédiatement condensable
- Excellentes caractéristiques physiques

* 2 x VOCO Ionofil Molar AC Quick teinte A3 achetés
1 x VOCO Ionofil Molar AC Quick teinte A2 offert



VOCO Centre de Service:
Jacques Wouters · GSM 0495 - 22 39 22 · Tél./Fax 081 - 46 16 48
Quentin Montfort · GSM 0475 - 25 51 12 · Tél./Fax 071 - 84 45 38

P.O. Box 767 · 27457 Cuxhaven · Allemagne · Tél. +49 (4721) 719-0 · Fax: +49 (4721) 719-140 · www.voco.com

VOCO

DENTAL THEMA DAY

**PARODONTOLOGIE
de conservation**



Philippe Bouchard

Professeur d'Université -
Praticien Hospitalier
Responsable du Département
de Parodontologie (Paris 7)
Responsable de l'Unité
Fonctionnelle Pathologie
et Chirurgie Buccale et
Parodontale, Service
d'Odontologie Hôtel Dieu
Visiting Professor :
Loma Linda University et
University of Southern
California

Jean-Marc Svoboda

Maître de Conférences des
Universités (Reims)
Praticien Hospitalier
Responsable de l'Unité
Fonctionnelle de Parodontologie
Chef du Département de
Parodontologie
Diplômé d'Etudes et de
Recherche en Sciences
Odontologiques
Membre de l'Académie
Internationale de
Parodontologie



Henri Tenenbaum

Professeur des Universités
à l'Université Louis Pasteur
(Strasbourg)
Praticien Hospitalier
Docteur en sciences
odontologiques
Responsable du département
de parodontologie

Pascal Ambrosini

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur d'Université en
Odontologie
Maître de Conférence de
l'Université Henri Poincaré
(Nancy)
Praticien Hospitalier -
Département de Parodontologie
et d'Implantologie
Secrétaire général de la Société
Française de Parodontologie et
d'Implantologie Orale



Fiche technique de ce cours



Organisateur



COD asbl

agréé par l'INAMI
sous le n°125

Quand ? Samedi 16 décembre 2006, 9h00 - 17h30 (petit déjeuner dès 8h30)

Où ? CERIA, 1 avenue Émile Gryzon 1070 Anderlecht (Bruxelles)

Disponibilité ? 840 places (attribuées par ordre de réception du règlement)

Accréditation ? OUI : accordée - 40 UA domaine 6

Agrément ? OUI : 6 heures

Combien ? Montant de base tout compris : **180,- EUR**

Après 8/12/2006 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) : +100,- EUR

Réductions ?* Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant : **5 %**

* conditions en page 49

Réduction-fidélité : jusque 25 %

S'inscrire ! Bulletin d'inscription en avant-dernière page

Utilisation des antibiotiques et des antiseptiques en parodontologie

— *Voici ce qui est efficace*

Renforcé par de prometteuses recherches et un support de l'industrie, l'accroissement de l'intérêt pour le traitement parodontal antimicrobien est réel. Le contrôle de la flore bactérienne parodontale au moyen d'antibiotiques et d'agents antiseptiques, en association avec le débridement mécanique, semble plus efficace que le débridement seul, en tout cas dans les cas de maladie parodontale sévère.

L'option pour une approche pharmacothérapeutique nécessite une connaissance de la flore pathologique habituelle, des agents antimicrobiens disponibles, et de la susceptibilité individuelle à la maladie. L'administration par voie générale d'une association de métronidazole et soit d'amoxicilline soit de ciprofloxacine donne des résultats excellents ; néanmoins, la présence en sous-gingival de levures et de bactéries résistantes peut causer une difficulté dans certains cas.

Les agents antiseptiques efficaces pour une application topique comprennent la polyvidone iodée à 10% (en usage professionnel) et l'hypochlorite de sodium à 0,1-0,5% (en usage par le patient). Ces antiseptiques

Les parodontopathies sont un problème courant en pratique dentaire, associé à un niveau d'anxiété élevé et des visites répétées au cabinet. Classiquement, on estime que 35 millions d'adultes souffrent de parodontopathies aux États-Unis. Les dépenses pour le traitement et la prévention de ce problème ont atteint près de 14,3 milliards de dollars en 1999. Une étude sur les coûts liés aux traitements dentaires du personnel de l'armée américaine a révélé que c'est la maladie parodontale qui a entraîné le plus de dépenses en service actif. Et bien qu'il faille encore affiner la preuve scientifique, les parodontopathies sont citées comme

origine possible de maladies générales d'importance.

Les études des trente dernières années ont amélioré notre compréhension du déclenchement et de la pathogenèse des parodontopathies, et il en résulte aujourd'hui une amélioration du diagnostic et des protocoles thérapeutiques. Pourtant, une gestion correcte des types sévères demeure un problème pour bien des praticiens. Un diagnostic adéquat ne devrait pas se limiter à la détection d'une parodontite, mais inclure une appréciation des risques individuels et de l'activité de la maladie, l'éventualité de la présence d'une souche spécifique bactérienne, fongique ou virale, et

présentent un spectre antimicrobien significativement plus large, un moindre risque de développement de résistance bactérienne et d'intolérance de l'hôte, et un coût considérablement moins élevé que les préparations du commerce.

En pratique, l'association d'un débridement mécanique d'une part, et d'application de polyvidone iodée au cabinet et d'irrigation d'hypochlorite au domicile par le patient d'autre part, est efficace pour pratiquement tous les types de parodontites. Dans les cas de parodontites modérées à sévères, l'adjonction d'une antibiothérapie par voie générale et/ou un traitement à ciel ouvert peut s'indiquer.

> Michael G. Jorgensen, Alexandre Aalam, Jørgen Slots
Los Angeles, USA

Prev. rel. in *International Dental Journal*, ©FDI, 2005
Trad. Thierry Vannuffel

la détermination précise de l'adjuvant antimicrobien de choix. Beaucoup de nouvelles molécules antimicrobiennes efficaces en parodontologie ont été ajoutées à notre arsenal thérapeutique, et l'indication jusqu'à présent inusitée de molécules anciennes peut également enrichir nos capacités d'intervention. Mais en général l'usage inapproprié de substances antimicrobiennes peut également accentuer les parodontopathies ; en effet, la mise à disposition — y compris hors prescription — de toute une panoplie de potions réputées actives contre la maladie parodontale a pour effet d'accroître le nombre de patients qui se présentent au cabinet avec



Le contrôle de la flore bactérienne parodontale au moyen d'antibiotiques et d'agents antiseptiques, en association avec le débridement mécanique, semble plus efficace que le débridement seul

une infection inadéquatement traitée et une démotivation qui se révèle problématique pour la suite.

Dès lors, il apparaît clairement que la prise en charge des maladies parodontales nécessite une évaluation soignée et une perspective de suivi dans le temps. Cet article a pour objet de recenser les causes infectieuses courantes de parodontites, et de mettre en lumière les nouveaux développements diagnostiques et thérapeutiques.

Étiologie

L'étiologie et la pathogenèse des maladies parodontales sont complexes, mettant en jeu des agents infectieux virulents, la réaction inflammatoire de l'hôte et des facteurs environnementaux, et ne sont pas encore totalement déchiffrés. Toutefois, sur le plan microbiologique, les connaissances actuelles sont suffisantes pour un choix thérapeutique raisonné basé sur les germes présents.

Le parodonte sain, et les sites traités avec succès, sont colonisés par une flore où prédominent les micro-organismes gram-positifs, appartenant aux genres Streptocoque et Actinomyces. Ces germes ne montrent que peu ou pas de potentiel pathogène sur le parodonte, et aident à prévenir la colonisation par d'autres germes moins inoffensifs. Cependant, le Streptocoque mutans et peut-être aussi l'Actinomyces viscosus (maslandii) peuvent être responsables de caries amélaire et radiculaire. Le traitement parodontal peut donc augmenter la proportion de la flore gram-positive potentiellement cariogénique, et la fluorisation devrait dès lors en faire partie intégrante, surtout si des surfaces radiculaire sont exposées. Les recommandations portent sur des rinçages de solutions à 0,05% de fluorure de sodium, ou l'application topique de gels à 1,1% de fluorure de sodium ou 0,4% de fluorure d'étain au moyen de la brosse à dents voire de gouttières sur mesure.

La **gingivite chronique** peut évoluer vers une perte d'attache et d'os alvéolaire, bien que la plupart des patients présentent de la gingivite durant des périodes très longues sans développer de parodontite. La mise en culture de la plaque chez les sujets montrant de la gingivite révèle la présence à parts presque égales de germes gram-positifs facultatifs et gram-négatifs anaérobies. L'examen direct au microscope montre des spirochètes et des bâtonnets mobiles représentant jusqu'à 20% du total. La plupart des gram-négatifs appartiennent aux genres Fusobacterium, Prevotella et Tréponème.

La **parodontite chronique** est associée à une flore relativement similaire à celle de la gingivite chronique, avec toutefois une certaine augmentation de la proportion de diverses souches pathogènes. On considère donc que le développement d'une parodontite chronique est davantage lié à la quantité de plaque bactérienne plutôt qu'à une différenciation de celle-ci vers des souches particulières. On retrouve dans ces cas des germes comme Prevotella intermedia, Fusobacterium nucleatum, Peptostreptocoque micros, Campylobacter rectus et des variétés de Tréponèmes.

La **parodontite agressive**, quant à elle, se caractérise par des proportions élevées d'anaérobies (90%), de gram-négatifs (75%) et de Spirochètes (30%). La maladie peut s'installer suite à la présence d'un nombre limité de souches (« infection à bactéries spécifiques »). Dans ces cas, les pathogènes fréquemment recensés sont Actinobacillus actinomycetemcomitans, Prophyromonas gingivalis, Dialister pneumosintes, Tannerella forsythia (anciennement dénommé Bacteroides forsythus) et Tréponème denticola. Pourraient également jouer un rôle étiopathogénique dans la parodontite agressive : d'autres bâtonnets anaérobies gram-négatifs et des Pseudomonas.

Bien que la parodontite agressive soit assez facile à dépister chez le jeune patient qui présente les symptômes cliniques et radiographiques typiques, la parodontite rapide chez l'adulte de plus de 40 ans constitue souvent un défi diagnostique. Bien plus que chez les jeunes, ces patients sont enclins ●●●

... à présenter des saignements qui sont mis en relation avec une gingivite ou une parodontite chronique précédente, compliquant par là le diagnostic différentiel à poser entre parodontite stable et évolutive. Bien que cette distinction puisse souvent être opérée sur des critères exclusivement cliniques, les signes objectifs suivants seront malgré tout fortement révélateurs d'une parodontite non progressive : présence radiographique de la lamina dura sur les septums alvéolaires, absence de saignement gingival au sondage, absence ou faible taux de germes pathogènes.

À la fin des années 90, le cytomégalo-virus humain et le virus d'Esptein-Barr ont été ajoutés à la liste des possibles pathogènes en parodontologie. Ces deux virus herpétiques peuvent désactiver des cellules clés des mécanismes de défense parodontale et faire le lit d'un développement anormal de bactéries pathogènes en sub-gingival. Il n'est pas impossible que l'association de causes herpéto-virales et bactériennes soit nécessaire pour déclencher une parodontite agressive. Si tel est le cas, il nous faudra modifier le concept actuel d'étiologie bactérienne unique, en tout cas pour les cas sévères.

Facteurs de risque

La maladie parodontale se révèle plus sévère et moins facile à contrôler chez les patients présentant divers facteurs de risque ou indicateurs d'ordre médical et environnemental. L'identification de groupes davantage susceptibles à la maladie parodontale permet de déterminer efficacement des stratégies préventives ciblées. Le tabagisme, le diabète (surtout mal équilibré) et le manque de consultation dentaire figurent parmi ces facteurs de risque. Bien que des facteurs génétiques ne puissent être niés pour déterminer une susceptibilité accrue, ou au contraire une résistance, à la parodontite agressive, l'effet de ceux-ci est souvent noyé par l'effet environnemental dans le cas de la parodontite chronique.

Le statut socio-économique et la race sont des indicateurs de risque, mais leur rôle dans la maladie parodontale est probablement indirect. Le stress et les grandes dépressions sont d'autres in-



Fig.1. Échantillon microbiologique. Une pointe de papier endodontique stérile est enfouie dans la poche parodontale, ôtée après 10 secondes, placée dans un conditionnement de transport adapté et expédiée au laboratoire d'analyses. Un résultat descriptif des pathogènes parodontaux présents, accompagné d'indications pharmacologiques basées sur antibiogramme, est alors fourni en réponse

dicateurs de risque. Une décompensation parodontale peut aussi être conditionnée par des causes locales comme des défauts d'adaptation des restaurations, des débordements, des points de contact ouverts, un traumatisme occlusal ou encore une pathologie d'origine endodontique. La plupart de ces causes locales et quelques facteurs médicaux et environnementaux peuvent être traités, et en conséquence le pronostic du traitement parodontal s'en trouve amélioré. Dans les cas où par contre les facteurs de risque ne peuvent être éliminés ou maîtrisés, une stratégie thérapeutique parodontale plus lourde doit être mise en œuvre.

Diagnostic

Si la parodontite est dépistée et traitée rapidement, la plupart de ses conséquences funestes peuvent être aisément évitées. Un dépistage précoce signifie surtout une interprétation fine des signes cliniques, car les modifications radiologiques n'interviennent que lorsque des dégâts importants ont déjà été causés au parodonte. Dans le même esprit, attendre que le patient rapporte lui-même les premiers symptômes subjectif ne peut que faire manquer les premiers stades de la maladie. Même si ce n'est pas optimal du point de vue de la précision et de la reproductibilité, l'usage soigné de la sonde parodontale peut fournir des informations de première importance qui contribuent à préciser un diagnostic. Comme dit plus haut,

l'absence de saignement après sondage doux et répété est compatible avec une stabilisation de la maladie, alors que des saignements peuvent indiquer une maladie en phase active. Une image radiographique montrant une lamina dura intacte au niveau des septums est également un signe de contrôle de la maladie, alors que l'absence de celle-ci reflète souvent l'activité pathologique. Hélas, les signes cliniques sont de piètres indicateurs de l'agent infectieux causal, et ne fournissent que peu de renseignements dans le cadre d'un traitement anti-microbien. Dans les cas de gingivite induite par la plaque et de parodontite chronique, les agents bactériens sont généralement aspécifiques. D'un autre côté, la parodontite agressive implique davantage une infection spécifique, et dès lors une identification précise de l'agent pathogène est nécessaire à un diagnostic complet. Ceci peut être réalisé par une analyse microbienne de la plaque sub-gingivale (Fig.1) comme décrit en détail sur le site www.uscomtl.org. Schématiquement, après avoir ôté la plaque supra-gingivale, des pointes de papier endodontiques sont insérées avec douceur jusqu'à la base de la poche, puis retirées après 10 secondes, placées dans un conditionnement de transport ad hoc et livrées au laboratoire d'analyses endéans les 24 heures. Les échantillons y sont cultivés dans des conditions anaérobies, puis analysés. Dans les 10 jours, le praticien reçoit les résultats. Ce type d'information est d'un grand intérêt pour établir

le diagnostic, le pronostic et un plan de traitement adapté, particulièrement si l'utilisation d'une antibiothérapie par voie générale est envisagée. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la pertinence du diagnostic de laboratoire dépend de la qualité de l'échantillon fourni et de la compétence avec laquelle la culture est analysée.

Options thérapeutiques

Une fois établi le diagnostic de parodontite, il convient que le patient reçoive toutes les informations utiles pour qu'il puisse procéder à un choix thérapeutique éclairé, basé sur les dernières connaissances relatives à la maladie, mais aussi ses valeurs propres et ses possibilités financières. Il faut remarquer que peu de praticiens ont reçu une formation particulière en communication vers le patient, et on ne dispose que de peu de données quant à ce qui se passe dans la pratique à ce stade, de nos jours.

Un choix optimal doit faire la balance entre les bénéfices, les risques, et le coût, aussi bien sur le plan thérapeutique que prophylactique. Une étude coût/efficacité serait utile mais ces données sont encore parcellaires. Bien qu'ils se révèlent efficaces dans les études contrôlées, l'utilité clinique réelle et le rapport coût/efficacité des traitements parodontaux antimicrobiens doivent encore être précisés. De plus, la pratique de l'art dentaire basée sur la preuve, bien que largement acceptée sur le plan conceptuel, tarde à s'implémenter réellement au quotidien, particulièrement à présent que les dernières données de la Science ont tendance à bouleverser les vieilles certitudes en parodontologie.

Pour le traitement parodontal, le biofilm supra- et sub-gingival constitue la cible principale. Or l'efficacité des agents pharmacologiques antimicrobiens est réduite dans ce biofilm du fait de la diffusion passive limitée et des phénotypes uniques. Pour surpasser cet effet protecteur du biofilm, il est important de le briser mécaniquement (par détartrage et surfaçage) ou chimiquement (par irrigation d'une solution d'hypochlorite de sodium) au tout début de la procédure thérapeutique. Mais

l'efficacité du débridement mécanique est réduite dans les poches profondes et par les particularités anatomiques telles les concavités radiculaires, les sillons et les furcations. L'approche chirurgicale peut alors faciliter l'accès à ces zones et réduire la profondeur de poches, ce qui améliore le pronostic à long terme, surtout en cas de parodontite sévère. Pour divers motifs médicaux, psychologiques et financiers, cette démarche est toutefois peu envisageable pour de nombreux patients, d'autant que la chirurgie peut être évitée en cas de diagnostic précoce ou si la progression de la maladie se révèle très lente.

Des antibiotiques per os sont donc souvent indiqués en cas de parodontite agressive, en raison de leur capacité à éradiquer — ou en tout cas fortement diminuer — la présence de pathogènes sur les surfaces difficilement accessibles à l'instrumentation et même aux antiseptiques locaux. Cette antibiothérapie par voie générale exerce également une influence sur les pathogènes présents sur la langue et d'autres niches muqueuses à partir desquelles ils pourraient recoloniser le parodonte et réenclencher la maladie parodontale. Des associations per os de métronidazole et soit d'amoxicilline (250-375 mg de chaque molécule trois fois par jour durant 8 jours) soit de ciprofloxacine (500 mg de chaque molécule deux fois par jour durant 8 jours) ont été largement utilisées avec beaucoup de succès pour divers types d'infections parodontales ; toutefois, les réactions indésirables à certains antibiotiques et l'existence de levures et de souches résistantes en sub-gingival peuvent constituer une difficulté, et exiger la prescription d'autres familles antibiotiques. Pour rappel, une analyse microbiologique devrait consti-

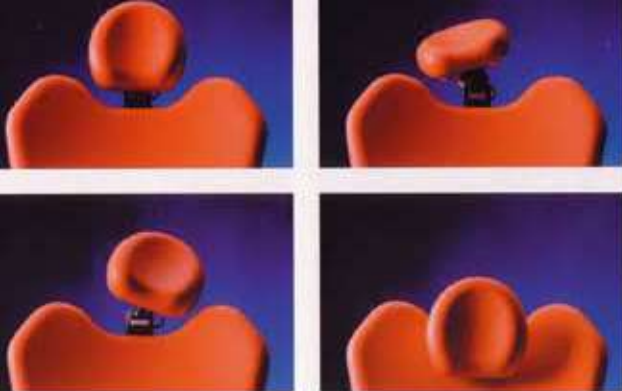
tuer la base optimale du choix antibioticothérapeutique, sur base individuelle.

Lorsque le débridement mécanique est réalisé, que ce soit seul ou en préparation à une approche chirurgicale, les résultats cliniques peuvent être améliorés par l'utilisation complémentaire d'antiseptiques locaux et/ou d'antibiotiques. Diverses préparations commerciales existent sur le marché pour usage professionnel, et les praticiens doivent peser les avantages et inconvénients de chacune d'entre elles avant de les inclure éventuellement dans leur arsenal. Cette démarche est véritablement un challenge, car, bien que l'on trouve sur le sujet d'excellentes études randomisées, en double aveugle, avec contrôle par placebo, les résultats de celles-ci ne mettent pas en lumière une différence significative entre les diverses molécules d'une même classe pour le même usage. Des essais comparatifs ou des études cliniques à caractère pharmaco-économique pourraient fournir des informations intéressantes, mais cette approche n'est presque jamais pratiquée en médecine dentaire. En l'absence de preuve rigoureuse quant à la supériorité d'un produit, les praticiens doivent donc s'en remettre aux analyses rétrospectives de bases de données existantes provenant de protocoles dont la cohérence est hélas inconnue. De plus, l'utilité clinique et l'efficacité par rapport au coût des traitements antimicrobiens n'ont pas encore été clairement établies. Bref, toute cette incertitude fait que les praticiens sont confrontés à un manque de recommandations pour l'établissement d'une échelle de priorités dans leurs plans de traitement.

Notre proposition est d'associer au débridement mécanique une irrigation sub-gingivale de polyvidone iodée. ●●●

La proposition de cet article est d'associer au débridement mécanique une irrigation sub-gingivale de polyvidone iodée





j.j. maes sygma
your personal touch



STERN WEBER
Style et Fiabilité réunis

J.J. MAES SYGMA

Showroom: Parkstraat 34 • 3070 Kortenberg Tél. 02 759 42 52 • Fax 02 759 37 20
Showroom: Plezantstraat 22 • 9100 St-Niklaas Tél. 03 780 20 00 • Fax 03 780 20 01
www.jjmaessygma.be



●●● L'efficacité en a été démontrée par des résultats d'études de divers laboratoires. La concentration efficace est de 10% (exemple Betadine®), à appliquer de manière répétée au moyen d'une aiguille à bout émoussé fixée sur une seringue de 3 cc, de manière à obtenir un temps de contact de minimum 5 minutes. Cette procédure peut être mise en œuvre à la fin de chaque séance de détartrage-surfaçage, mais aussi de manière préalable au débridement mécanique si l'on veut diminuer le risque de bactériémie, notamment chez les patients à risque médical présentant une parodontite sévère.

Les motivations à proposer la polyvidone iodée comme désinfectant des poches parodontales sont les suivantes :

- haut pouvoir antimicrobien contre les bactéries, les levures, les protozoaires et les herpétovirus
- pas de résistance connue
- facilité d'application même dans les poches profondes au moyen d'une seringue
- coût très faible
- relative absence d'effets indésirables
- distribution très large du produit dans le commerce

Les contre-indications sont l'allergie à l'iode, les maladie de la thyroïde, la grossesse et l'allaitement. Par ailleurs, les taches toujours possibles sur les textiles peuvent être nettoyées avec de l'eau savonneuse ou une solution à 5% de thiosulfate.

Le Tableau 1 résume les principales caractéristiques de plusieurs agents antimicrobiens locaux. Il en ressort que la polyvidone iodée possède un spectre plus large, est appliquée de manière plus diligente et affiche un coût nettement inférieur comparativement aux autres préparations commerciales.

Protocole clinique du traitement antimicrobien

Pour pouvoir mettre sur pied un plan de traitement adéquat, il est indispensable d'établir une évaluation complète et précise des conditions bucco-parodontales et médicales générales du patient. Tout d'abord, il convient de cerner le motif premier de consultation

Agent	Spécificité	Temps de traitement*	Coût
Gel de doxycycline	Large	15 minutes	110 \$
Billes de minocycline	Large	10 minutes	130 \$
Paillettes de chlorhexidine	Large	10 minutes	150 \$
Polyvidone iodée	Très large	5 minutes	0,30 \$**

Tableau 1. Principales caractéristiques de plusieurs agents antimicrobiens locaux

* Estimation des auteurs pour 10 poches, sur base d'expérience personnelle

** Seringue comprise

du patient. Il peut s'agir de douleur, de gonflement, de saignement gingival, d'une limitation de la fonction, d'une esthétique déficiente, ou d'une combinaison de ces motifs. Ensuite, l'anamnèse médicale doit être conduite afin de déterminer la pertinence d'un traitement dentaire et d'identifier toute précaution particulière qu'il conviendrait de prendre, par exemple une prémédication pour la prévention de l'endocardite d'Osler. On relèvera dans l'anamnèse pharmacologique les médicaments présentant le risque d'un effet délétère sur la santé gingivale, notamment la phénytoïne, la cyclosporine et divers inhibiteurs calciques. Pour rappel, le diabète mal équilibré et le tabagisme sont réputés prédisposer à la maladie parodontale et diminuer le taux de succès du traitement. Une couverture par des anti-coagulants, y compris l'acide acétylsalicylique à faible dose, doit faire l'objet d'une modification de posologie afin d'assurer une hémostase normale pendant et après les procédures chirurgicales. Par ailleurs, les patients présentant un déficit immunitaire peuvent demander une approche antimicrobienne plus importante et plus régulière.

De manière générale, un examen parodontal complet, y compris la mesure de la profondeur des poches, aboutira au meilleur diagnostic. On classera alors

l'état parodontal dans une des trois grandes catégories suivantes : gingivite, parodontite chronique, parodontite agressive. La Fig.2 (page suivante) résume le traitement pour chacune de ces catégories.

• Gingivite

Une leçon d'hygiène buccale doit permettre au patient d'effectuer au quotidien son contrôle de plaque. Les dépôts durs et mous sont ôtés par détartrage et polissage. La décontamination des sites sous-gingivaux est obtenue par irrigation de polyvidone iodée à 10% en assurant un temps de contact de minimum 5 minutes. On évitera ceci durant la grossesse ou l'allaitement, en cas de maladie de la thyroïde ou d'allergie à l'iode ; on préférera alors une solution d'hypochlorite de sodium à 0,1-0,5%. Pour la plupart des patients présentant une simple gingivite, un suivi semestriel s'avère suffisant, sauf s'il est nécessaire de revoir plus fréquemment le niveau de motivation à l'hygiène.

• Parodontite chronique

Parallèlement au maintien de plaque quotidien, les patients présentant une perte osseuse nécessitent un débridement plus important, qui est obtenu initialement par détartrage-surfaçage et irrigation sous-gingivale de polyvidone iodée à 10%. Environ six semaines plus tard, la situation fait l'objet d'une ●●●

Pour tous les types d'atteinte, une leçon d'hygiène buccale doit permettre au patient d'effectuer au quotidien son contrôle de plaque



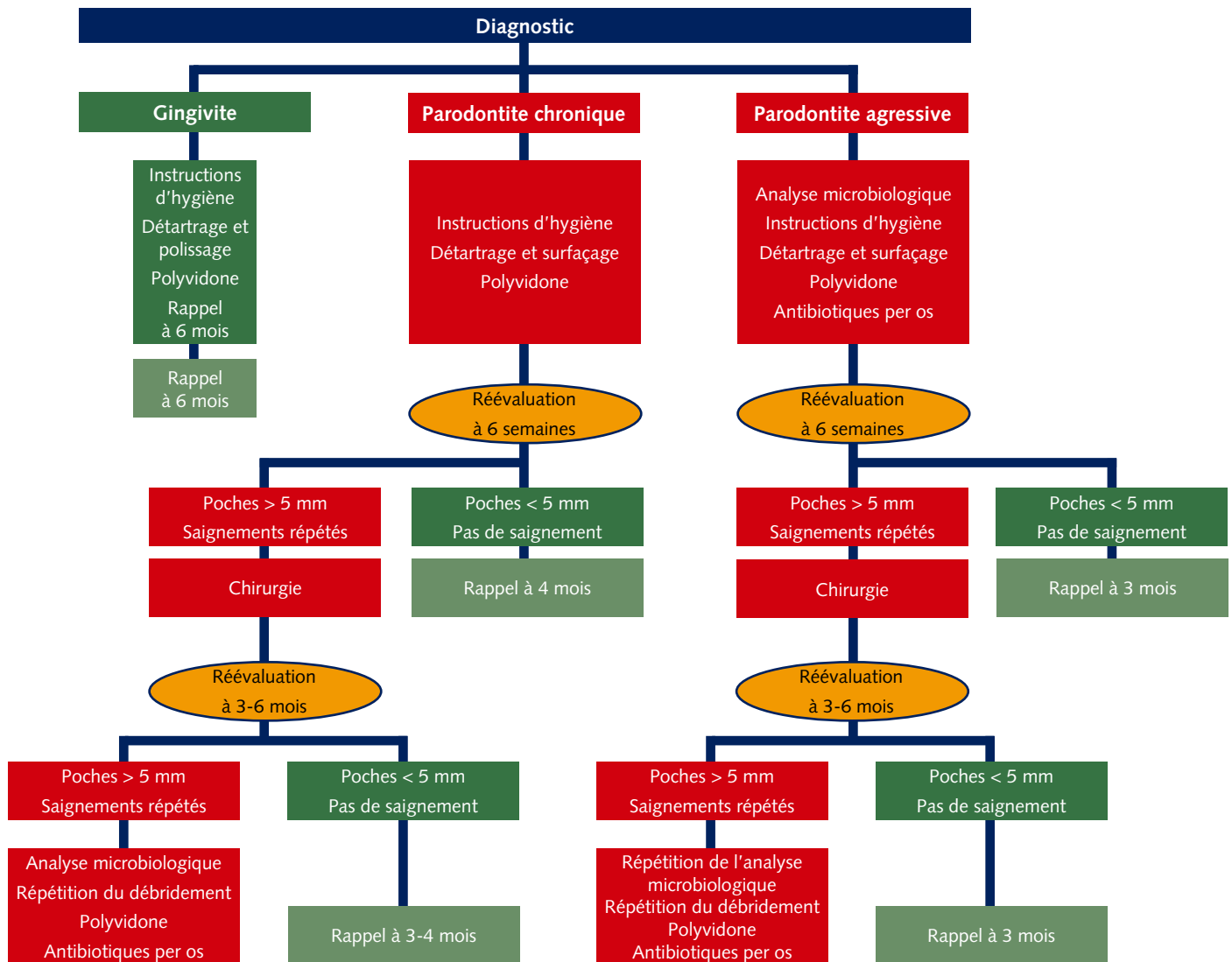


Fig.2. Schéma thérapeutique utilisant des anti-microbiens, pour les divers types de maladies parodontales

●●● réévaluation. Si la profondeur de poches ne dépasse pas 5 mm, si l'on n'observe pas de saignement et si le contrôle de plaque est efficace, le patient est enrôlé dans une procédure de rappel tous les 3 à 4 mois. Si des poches de plus de 5 mm persistent, ou si un saignement répété est toujours relevé au sondage, une analyse microbiologique devrait être entreprise, suivie d'un nouveau débridement mécanique, d'une nouvelle irrigation sous-gingivale à la polyvidone iodée 10%, et de la prescription d'une antibiothérapie par voie orale, éclairée par les résultats de l'analyse microbiologique. Une réévaluation supplémentaire est pratiquée environ six semaines plus tard. Si à ce moment les poches sont réduites et si le saignement a régressé, le patient est revu tous les 3 mois.

• Parodontite agressive

Pour les patients présentant une parodontite agressive, il est particulièrement important de mettre en œuvre un test microbiologique et de déterminer des agents antimicrobiens efficaces. Un échantillon sous-gingival doit être prélevé avant toute manœuvre de débridement. Comme dans les cas moins sévères, des instructions de contrôle de plaque doivent faire parti intégrante de chaque rendez-vous. Un détartrage-surfaçage et une irrigation à la polyvidone iodée 10% sont généralement entrepris sur plusieurs séances. À la fin de la dernière séance, des antibiotiques per os sont prescrits sur base de l'analyse microbiologique. Si celle-ci n'est pas disponible, un pari raisonné, efficace dans 70% des cas, consiste à prescrire une association d'amoxicilline

et de métronidazole (250 mg chacun, 3 fois par jour, durant 8 jours). Toutefois, la présence de germes résistants est toujours à envisager et une analyse est recommandée aussi vite que possible. Six semaines après détartrage-surfaçage, une réévaluation est entreprise. Si la profondeur de poches ne dépasse pas 5 mm et si l'on n'observe pas de saignement, le patient est programmé pour un rappel à 3 mois. Dans le cas contraire, une intervention à ciel ouvert ou un renvoi vers le spécialiste doit être sérieusement envisagé. Lors du rappel à 3 mois, si la profondeur de poches ne dépasse pas les 5 mm, le patient est convoqué pour le trimestre suivant. Dans le cas contraire, et si des saignements sont observés, une nouvelle analyse microbiologique est recommandée, suivie d'un nouveau débridement

parodontal et d'une nouvelle irrigation sous-gingivale à la polyvidone iodée. Ce type de patient doit être revu au moins tous les trois mois, parfois bien plus souvent.

Dans la majorité de ces de parodontite agressive, l'assiduité tout au long du traitement aura pour effet une guérison comportant une réparation substantielle des défauts osseux.

Antiseptiques au domicile

La polyvidone iodée n'est pas recommandée au domicile en raison du développement possible d'hyperthyroïdie à la suite d'un usage prolongé.

• Chlorhexidine

Le digluconate de chlorhexidine à 0,12-0,2% peut être prescrit comme bain de bouche, deux fois par jour durant deux semaines, en tant qu'adjuvant à la désinfection générale du milieu buccal. Une cure d'une semaine peut être prescrite à nouveau après chaque séance de soutien. L'usage à long terme ne peut être conseillé, en raison des colorations des dents et restaurations souvent observées.

• NaOCl

L'hypochlorite de sodium tue pratiquement toutes les bactéries, tous les champignons et tous les virus. Il n'a pas de contre-indication et est utilisé en parodontologie depuis plus de trente ans et comme irrigant endodontique depuis plus de 75 ans. La Commission des procédures thérapeutiques de l'American Dental Association suggère l'utilisation d'hypochlorite de sodium dilué comme antiseptique local, pour le nettoyage des plaies et comme bain de bouche. En pratique buccale, une concentration à 0,1-0,5% peut être utilisée. Ses avantages pour l'usage à domicile, qui sont ceux de l'agent antimicrobien idéal, sont les suivants : spectre large, rapidité d'action, quasi absence de toxicité aux concentrations thérapeutiques, pas de couleur, pas de tache, facilité d'emploi, pas de contre-indication et coût dérisoire. Par ailleurs, le biofilm sous-gingival se révèle particulièrement sensible à l'hypochlorite.

• Fluorures

Les fluorures font état de certaines propriétés antiseptiques, encore qu'ils ne

soient pas aussi efficaces que la chlorhexidine ou l'hypochlorite. L'utilisation de bains de bouche ou de gels à base de fluorures est néanmoins fortement recommandée pour leur action carioprophyllactique chez les patients parodontaux, en raison de la prolifération de germes gram-positifs cariogènes à la surface radicaire, une fois éradiquée la flore causale de la parodontopathie.

Soins de soutien

S'il est vrai que les nouvelles possibilités thérapeutiques ont conduit à des améliorations notoires dans la prise en charge des maladies parodontales, il est en même temps devenu évident que ces traitements demandent une collaboration et un suivi soigneux de la part du patient. Dès lors que la parodontite, et ses séquelles, constituent une maladie pour la vie, l'information du patient est l'une des obligations les plus importantes du professionnel délivrant les soins buccaux. Il faut insister auprès des patients sur le caractère fondamental de l'hygiène buccale et des soins de soutien réguliers, et des instructions précises doivent être données quant au contrôle de plaque supra- et sous-gingival.

En raison de la quasi impossibilité d'obtenir un démantèlement efficace de la plaque dentaire dans les poches de plus de 2 mm de profondeur, avec une brosse à dents ou du fil dentaire, nous proposons d'optimiser le protocole classique d'hygiène au moyen d'hypochlorite de sodium dilué, en application sous-gingivale au moyen d'un matériel ad hoc. Nous recommandons une dilution d'environ 0,1-0,5% qui peut être obtenue en ajoutant une voire deux cuillères à thé (5 ml) de Javel (5,25-6%) à 300 ml d'eau (ce qui est la contenance du petit réservoir Waterpick®). Cette concentration peut être adaptée en fonction de la tolérance individuelle du patient au goût ; certains patients préféreront d'ailleurs la sensation de solutions commerciales. Il est suggéré de procéder à une telle irrigation sous-gingivale deux à trois fois par semaine (une utilisation plus fréquente peut exacerber la formation de tartre chez certains patients). Il convient de préparer une solution fraîche avant chaque usage.

Cas clinique

Le cas clinique présenté illustre une procédure globale faisant appel à un antiseptique efficace et financièrement abordable dans le traitement de la parodontite agressive.

Une Afro-américaine de 14 ans fut adressée par son orthodontiste au département de parodontologie de l'École dentaire de l'Université de Californie du Sud, pour un avis parodontal. L'examen clinique et radiographique ont conduit au diagnostic provisoire de parodontite agressive (Fig.3 et 4, page suivante). Une évaluation médicale générale n'a pas mis en évidence de désordre systémique. La gencive marginale était très inflammatoire et le saignement au sondage généralisé. La profondeur de poches variait de 2 à 10 mm, et la perte d'attache clinique atteignait 7 mm sur plusieurs sites. Des signes radiographiques de perte osseuse modérée à sévère ont été mis en évidence sur les incisives et les premières molaires. Un échantillon microbien sous-gingival (au moyen de pointes de papier), prélevé dans trois poches de plus de 7 mm, a révélé de hauts niveaux de pathogènes spécifiques, dont *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia*, des souches de *Campylobacter*, d'autres de fusobactéries et du *Peptostreptococcus* micros.

Le traitement a consisté en instructions à l'hygiène, débridement mécanique, utilisation d'antiseptiques locaux et d'antibiotiques per os. Sous anesthésie locale et après irrigation sous-gingivale de polyvidone iodée à 10% durant 5 minutes, un détartrage-surfçage a été pratiqué par quadrant. Immédiatement après ce débridement, on a procédé à une répétition du rinçage à la polyvidone, à nouveau pour 5 minutes. Un quadrant fut traité par semaine durant quatre semaines. À ce stade, une association antibiotique a été prescrite, consistant en 250 mg d'amoxicilline et 250 mg de métronidazole, trois fois par jours durant 8 jours. La patiente avait pour instruction l'utilisation d'une brosse à dents électrique et de fil dentaire, et devait procéder à une irrigation orale d'hypochlorite de sodium dilué à 0,1% deux fois par semaine. Elle était aussi revenue deux fois par mois ●●●

pour une séance complète de soutien (rappel d'hygiène, détartrage, polissage).

Après deux mois, les paramètres cliniques ont fait l'objet d'une réévaluation (Fig.5). Les signes inflammatoires étaient minimaux ; la profondeur de sondage était réduite de valeurs jusque 8 mm, la plupart des sites ne dépassant plus 2 à 4 mm, et plus aucun site ne présentait de saignement. Cette réduction des valeurs de sondage était due presque exclusivement au gain d'attache clinique. Six mois plus tard, de nouvelles améliorations ont été observées, la plupart des zones ne dépassant plus 2 à 3 mm, et toujours sans saignement. Sur l'examen RX à 6 mois (Fig.6), une réparation importante des défauts osseux peut être notée. L'entretien quotidien suivant fut alors appliqué : brossage électrique avec un dentifrice fluoré, usage de fil dentaire et application d'un gel au fluorure d'étain à 0,4%. À ceci devait toujours s'ajouter l'irrigation d'hypochlorite à 0,1% deux à trois fois par semaine. La patiente est à présent dans un programme de rappel trimestriel pour réévaluation permanente, correction des mesures d'hygiènes, débridement où c'est nécessaire, et irrigation à la polyvidone iodée à 10%.

Conclusion

On assiste à une amélioration constante des connaissances quant aux agents infectieux responsables de la maladie parodontale, quant aux facteurs et indicateurs de risque, quant aux protocoles diagnostiques et thérapeutiques. La formation continue des praticiens est donc essentielle. Cet article avait pour but d'y contribuer en débattant de l'utilité des agents antimicrobiens dans le cadre de la prévention et du traitement parodontaux, et en offrant des pistes aux praticiens soucieux d'améliorer à peu de frais leur approche de ces pathologies.

Plus précisément, cet article a mis en lumière l'importance d'un programme antimicrobien global dans le but de restaurer et maintenir la santé parodontale. Des antibiotiques par voie générale sont souvent indiqués dans les cas de

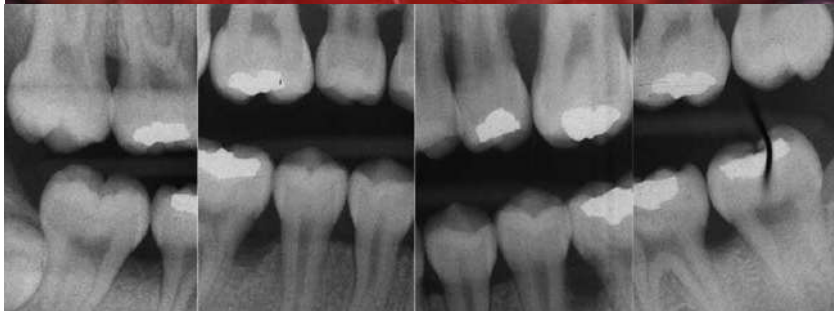


Fig.3 et 4.
Patiente de 14 ans présentant une parodontite agressive sur certains sites



Fig.5.
Le même cas, deux mois après débridement et traitement antimicrobien

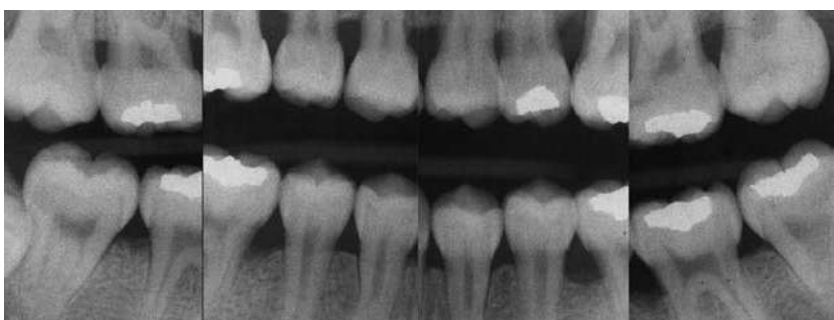


Fig.6.
Le même cas, à six mois

parodontite agressive en raison de leur faculté d'éradiquer ou significativement réduire les germes pathogènes présents dans les tissus, les furcations, le fond des lésions et d'autres structures difficiles à atteindre par l'instrumentation ou même les antiseptiques locaux ; ils sont également efficaces contre les micro-organismes présents sur la langue

et dans d'autres niches buccales à partir desquelles une recolonisation des sites parodontaux est possible. Une optimisation de l'approche thérapeutique au moyen de polyvidone iodée au cabinet et d'hypochlorite de sodium au domicile se révèle efficace et peu onéreuse, et est dès lors bien acceptée tant par les praticiens que par les patients. ■

Guérie.

La simple idée de passer au numérique
m'empêchait de dormir.

Des radiographies de qualité remarquable, en un instant. Voici le remède idéal pour vous soulager des angoisses que vous cause le passage au numérique. Avec le nouveau système Kodak RVG 6100, vous avez la garantie de bénéficier de la plus haute résolution réelle du marché (> 20 lp/mm). Associée à un design repensé et à un nouveau capteur taille enfant, ce système possède toutes les qualités pour vous aider à obtenir des clichés remarquables, en toute simplicité. Avec une gamme complète de solutions numériques, Kodak vous aide à faire le meilleur choix pour votre cabinet.

KODAK. La nouvelle couleur du numérique.

UN APPAREIL PHOTO OFFERT. Pour recevoir gratuitement un appareil photo numérique Kodak, il vous suffit d'assister à une démonstration du système RVG 6100. Pour plus de précisions, envoyez-nous un e-mail à promotions_europedental@kodak.com ou appelez-nous au 0800 1 99 39.

Offre valable du 8 septembre au 30 novembre 2006, dans la limite des stocks disponibles.

Imagerie numérique | Imagerie argentique | Logiciel de gestion | Services

NOUVEAU système de radiographie numérique Kodak RVG 6100



Prévenir les échecs en prothèse

L'observation clinique

chez l'édenté total

L'observation clinique consiste en la compilation de signes, d'éléments et de renseignements qui sont ensuite reconnus, analysés et classés pour servir au diagnostic médical et fonctionnel.

Dès lors, le praticien prend une décision thérapeutique et le plan de traitement qui s'ensuit est la démarche pour aboutir à la réussite de l'objectif thérapeutique fixé. Il n'est complet qu'avec l'établissement d'un pronostic à court et à long terme.

> Michel POMPIGNOLI

Jean-Yves DOUKHAN

Didier RAUX

prev. rel. in "Prothèse complète, clinique et laboratoire", ©Cdp éd., 2004



Commandez ces ouvrages ici :
<http://www.editionsmdp.fr>

L'édenté total est un handicapé physique, psychologique et social (fig.2).

L'édentement total, schématiquement caractérisé par la disparition des organes dentaires, s'accompagne d'un déficit fonctionnel et de l'apparition de désordres divers plus ou moins importants en fonction du potentiel d'adaptation des malades.

Si le diagnostic d'édentement total est évident, celui de déficit fonctionnel est plus complexe. La dent fait partie d'un appareil spécialisé, l'appareil manducateur, lui-même au service d'une fonction plus globale, la digestion, et ces imbrications en chaîne démontrent le rôle d'une simple dent dans l'équilibre homéostasique.

Le déficit fonctionnel est proportionnel et se juge :

- à l'ancienneté de l'édentement ;
- à la qualité des traitements antérieurs ;
- à la capacité d'adaptation des patients.

Ce sont tous ces éléments qui vont conditionner la difficulté du traitement.

L'essentiel est de reconnaître la difficulté du cas à traiter (appréciation des déficits fonctionnel, esthétique, psychologique, social et culturel, etc.), pour mieux estimer la compensation prothétique possible en accord avec les espoirs du patient.

Objectif thérapeutique

L'objectif du thérapeute est d'assurer le meilleur remplacement des organes disparus par l'élaboration de prothèses efficaces en respectant les impératifs biologiques (*primum non nocere*) et socioculturels (coût du traitement, etc.).

Il devra en fait assurer une intégration globale du traitement, ce qui implique que celui-ci s'inscrive à l'intérieur d'une fourchette d'adaptation propre à chaque patient en espérant qu'elle sera la plus large possible.

Observation

L'observation clinique va consister à analyser les différents signes physiques, fonctionnels et psychologiques liés à l'édentement.



Fig.1. Dans la prévention des échecs en prothèse totale (absence de port des artifices prothétiques), l'examen initial revêt une importance essentielle

L'édenté total est un handicapé :

- physique : perte de la « butée » occlusale, étalement de la langue, affaissement de l'étage inférieur de la face, etc. ;
- social : le rôle social du sourire n'est plus à démontrer dans notre société où l'aspect immédiat est souvent synonyme de réussite ;
- psychologique : la place prépondérante de la cavité buccale dans la vie affective et relationnelle est évidente aujourd'hui.

Avec la perte des dents, deux types de fonctions sont perturbés :

- les fonctions de relation : esthétique et élocution des phonèmes ;
- les fonctions de digestion : mastication et déglutition.

La disparition des dents s'accompagne également de la disparition du parodonte et principalement de l'os alvéolaire qui se réduit aux crêtes édentées.

Dans un but de simplification, nous ne mettrons en valeur que les éléments qui déterminent les traitements de la plupart des cas cliniques. Cependant, le praticien devra toujours garder à l'es-

prit que la méconnaissance d'un simple signe de diagnostic peut entraîner un échec de traitement ou, plus pervers, une réussite partielle.

Certains paramètres de l'observation clinique ne sont utiles qu'à des étapes précises du traitement et ne seront pas évoqués ici. Les autres, qui doivent être pris immédiatement en considération parce qu'ils traduisent d'emblée la difficulté du cas ou parce qu'ils sont directement impliqués dans la suite du traitement, font l'objet du présent article.

Relations avec le patient — interrogatoire médical

• Motivations - espoirs

Les motifs qui amènent les patients à consulter sont multiples :

- certains, clairs, directs, sans ambiguïté (prothèses cassées, perdues, usagées, qui blessent, etc.) laissent présager des traitements souvent « faciles », sans problèmes ;

- d'autres, mal définis, difficiles à cerner par le patient lui-même et relevant souvent de problèmes d'ordre psychologiques, seront plus difficiles à résoudre. Il faut savoir très vite reconnaître ces derniers pour ne pas s'exposer à des doléances chroniques et aboutir à l'échec global. Il ne faut pas hésiter à s'adjoindre le concours d'un psychologue dans les cas extrêmes.

Les motifs cachés de la visite sont parfois bien surprenants. Il est des patients qui sont envoyés par la famille, pour leur « mettre des dents » ou faire « bonne figure » au mariage de la « petite dernière » : leur motivation personnelle est inexistante. Un traitement peut parfois n'être qu'un prétexte destiné à répondre à une angoisse personnelle : isolement, solitude.

Les patients attendent toujours beaucoup trop de nos traitements. Nos moyens thérapeutiques sont limités ; il faut savoir éclairer les patients sur les améliorations possibles et borner leurs espoirs.

Le bon pilote n'est pas celui qui se sort d'une situation difficile, c'est celui qui sait éviter de s'y mettre !

• Coopération

Elle intervient par l'implication active du patient dans la conduite du traitement qui le concerne en premier lieu, puis par son acceptation finale. Le praticien doit le convaincre qu'il s'agit de son traitement et de ses prothèses. Mais, au-delà de la volonté effective à participer, il peut exister une limitation individuelle, intellectuelle et physique à cette coopération. Cette constatation est illustrée par les notions d'âge civil et d'âge réel. ●●●



Fig.2. Un édenté total est une personne handicapée

●●● Il faut apprécier le phénomène de sénilité et relever les marques du temps. Ces marques se retrouvent bien sûr au niveau du visage (rides, plissé des lèvres, tonicité des téguments, etc.) mais aussi dans les aptitudes fonctionnelles locales (coordination des mouvements, puissance musculaire, etc.) et générales (réponses aux injonctions du praticien, compréhension des commandements, etc.).

Certains de ces signes du temps seront conservés par le traitement quand ils soulignent l'âge apparent (soutien de l'orbiculaire des lèvres). D'autres seront corrigés quand ils sont le résultat d'une pathologie acquise.

Certaines maladies générales (Parkinson, etc.), la surdité, l'inclinaison à se plaindre, l'arthritisme, la sénilité (déshydratation de la muqueuse, hyposcialie) doivent être pris en considération à leur juste valeur en ce qu'ils compliquent le déroulement du traitement.

Il faut tenir compte également de la personnalité du patient et de son caractère face à ceux du praticien. Certains traitements deviennent délicats sinon impossibles quand il n'y a pas harmonie, sympathie réciproque et complicité entre le soignant et le soigné.

Aucun traitement n'est autant dépendant de la relation praticien/patient que celui de l'édentement total et ce n'est pas peu dire que la moitié de la réussite est dans le contenu et la qualité de cette relation.

• Interrogatoire médical

Il a pour but de déceler une pathologie d'ordre général qui peut influencer le déroulement du plan de traitement, hypothéquer sa réussite ou son pronostic à court ou à long terme. Les maladies métaboliques sont celles qui viennent d'emblée à l'esprit.

Il est indispensable aujourd'hui, alors que les techniques médicales se multiplient, de coordonner nos traitements avec la médecine générale et spécialisée.

Sans vouloir être exhaustif, il faut retenir :

- le diabète, qui s'accompagne de sécheresse buccale et de susceptibilité à l'infection quand il est mal équilibré ;
- les maladies des articulations : arthro-

ses, arthrites chroniques, etc. ;

- les maladies qui interviennent sur le tissu osseux : maladie de Paget, ost oprose, ostéomalacie ;
- la maladie de Parkinson, dont les crises spasmodiques avec une hypersalivation rendent les traitements difficiles et le pronostic réservé ;
- le cancer et ses traitements rayonnants dans la région oro-faciale ;
- les troubles endocriniens (hypophyse, thyroïde) avec leur influence sur le métabolisme du tissu osseux.

• Particularités individuelles

Ce sont les habitudes et tics (le fumeur de pipe, la personne nerveuse qui mordille son crayon, etc.), les particularités professionnelles quand le patient est encore en activité.

C'est le cas par exemple des chanteurs ou comédiens dont les espoirs et attentes peuvent être plus délicats à satisfaire.

Le joueur d'instrument à vent imposera parfois la fabrication de deux prothèses : la première classique, fonctionnelle, et la seconde pour répondre aux impératifs imposés par le jeu de l'instrument.

• Histoire de l'édentation

L'interrogatoire devra préciser les conditions de l'édentation totale : date (récente ou ancienne), déroulement (brutal ou progressif), moyens thérapeutiques utilisés (aménagements successifs d'une prothèse d'usage ou réalisation de plusieurs prothèses nouvelles).

Ces éléments sont d'importance pour juger du degré de pathologie acquise du patient et de son potentiel d'adaptation.

Signes cliniques

Il s'agit de la reconnaissance des éléments psychologiques, anatomiques et fonctionnels utiles à la conception et à l'atteinte des objectifs du traitement.

• Examen exobuccal

La forme du visage, le profil, la valeur de l'angle goniale, la couleur des téguments, les rides et les taches tégumentaires de la peau sont autant d'éléments qui vont conditionner le traitement.

La musculature apparente donne une indication sur l'utilisation future des prothèses. Ainsi, il n'y a pas de commune mesure entre une petite femme maigrelette qui se nourrit de biscottes mouillées et l'ancien « fort de la halle » habité à manger des viandes épaisses et pas toujours très tendres. Chacun n'attend pas les mêmes performances de ses prothèses.

• Examen de l'ouverture buccale

Le trajet (fig.3), l'amplitude d'ouverture, l'aptitude du patient à répéter plusieurs fois le même trajet d'ouverture-fermeture interviendront dans l'enregistrement du rapport intermaxillaire (RIM).

La palpation latérale lors des différents mouvements de la mandibule renseigne sur la santé des articulations temporo-mandibulaires et pose l'indication éventuelle d'un traitement pr proth tique de réhabilitation fonctionnelle aux niveaux musculaire et articulaire.

Tous ces éléments seront ré-évalués quand en cours de traitement. Il faut cependant retenir dès l'examen qu'une ouverture réduite de la cavité buccale rendra difficile la prise des empreintes primaires et secondaires.



Fig.3. Trajet d'ouverture-fermeture dévié vers la droite



Fig. 4. Langue volumineuse associée à un plancher situé très haut. Cas défavorable



Fig. 5. Mise en évidence d'une niche rétro-molaire, en écartant la langue avec un miroir

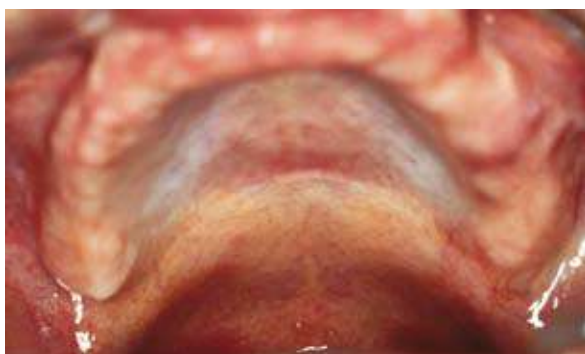


Fig. 6. Zone du joint postérieur en arrière de la trace laissée par la prothèse d'usage

• Examen endobuccal

Il s'agit maintenant de noter les éléments anatomiques qui vont intervenir immédiatement. Ils ont en effet une incidence sur l'indication et la réalisation de la technique d'empreinte des surfaces d'appui.

I. Muscles et organes périphériques

Ils ont une action sur la limite et le volume du bord des bases et sur les surfaces polies stabilisatrices pendant la fonction. Rictus, grimaces, mouvements, palpations sont les moyens d'apprécier leur activité et leur influence.

Lèvres : on juge leur tonicité en faisant siffler ou faire la « moue » au patient.

Buccinateur, fibres antérieures du masséter, modiolus : rictus forcé, joues crispées, creusées les mettent en action.

Langue et plancher de la bouche : on note le volume et la largeur (fig.4) (éta-

lement chez un édenté ancien non appareillé), la mobilité (pointe au palais, sur les joues, les lèvres, en avant), la puissance, la coordination, le frein lingual (niveau d'insertion déterminant pour l'élaboration du joint sublingual). On peut dès à présent juger de l'existence de niches rétromolaires si utiles à la stabilisation des bases mandibulaires par l'exploitation de volets linguaux (fig.5).

La langue est un organe qui manque d'adresse ; autrement dit, elle ne répond que très approximativement aux injonctions réclamées au patient par le praticien. Il est donc important de tester les capacités de réactions par quelques commandes simples et en même temps discriminatives : langue au palais, en arrière, en avant, à droite dans la joue, sur la lèvre inférieure... L'habileté du patient et la mobilité de la langue sont des éléments qui vont contribuer

largement à la stabilité de la prothèse mandibulaire.

Voile du palais : étendue et situation de la zone de flexion, puissance et amplitude d'abaissement et d'élévation (fig.6).

Il convient de repérer dès maintenant le type de voile dans sa morphologie :

- si le voile tombe verticalement près des fossettes palatines, l'élaboration du joint postérieur se situe dans une aire réduite n'autorisant aucune erreur ;

- si le voile s'étend dans la continuité du palais dur, la situation du joint dans une zone plus étendue est plus tolérante d'éventuelles erreurs.

On l'apprécie en faisant prononcer le « Ah » grave et en faisant souffler le patient par le nez tout en lui maintenant les narines bouchées.

Ligaments ptérygo-maxillaires : ouverture maximale. Ils sont peu mobilisés en général.

Freins et brides : mobilité (freins latéraux avec les lèvres en avant : simulation d'un baiser), niveau d'insertion sur la crête édentée. Une insertion haute, près du sommet de la crête, peut dans certains cas être exploitée comme un élément de stabilisation grâce à un enregistrement judicieux au moment de l'empreinte secondaire.

Éléments pathologiques : cicatrices, diapneusies, brides cicatricielles. Ce sont également des entités anatomiques que l'on peut utiliser avantageusement au moment des empreintes secondaires.

II. Surfaces d'appui

1. Tissu de revêtement

a. Muqueuse attachée : épaisse, adhérente aux plans profonds, elle est favorable à une bonne sustentation et à une bonne rétention des bases.

On l'observe sur les crêtes édentées (sommets et versants), les tubérosités, les trigones (importance, profil, mobilité, orientation sagittale pour son incidence sur l'orientation du plan d'occlusion). Les crêtes en feuillets de livre, en lame de couteau, flottantes (fig.7 à 9, page suivante) sont défavorables.

Les crêtes maxillaires sont souvent flottantes ou peu adhérentes aux plans profonds dans leur partie antérieure, résultat d'une surcharge occlusale ●●●



Fig.7. La crête antérieure flottante...



Fig.8. ... est mobilisée

Fig.9. Les tubérosités sont également flottantes, justifiant dans cette situation une éviction chirurgicale de la muqueuse non adhérente



- rencontrée fréquemment à la suite de traitements mal conduits (dimension verticale sous-évaluée avec proglissement mandibulaire, sustentation insuffisante).

On la trouve aussi sur la voûte palatine – papilles gustatives plus ou moins marquées, zones de Schröder plus ou moins épaisses et mobilisées par les mouvements du voile du palais, finesse sur le raphé médian plus ou moins saillant, papille rétro-incisive prononcée et mobile – sur les fossettes palatines et la zone de flexion physiologique du voile du palais.

b. Muqueuse libre : fine et mobile, elle est limitée par la ligne de réflexion muqueuse.

On l'observe au niveau du vestibule, des zones ampulaires de Eisenring, du voile du palais (zone du joint postérieur), des poches jugales de Fisch, des versants linguaux de la mandibule jusqu'à la limite du plancher buccal (niches rétromolaires, en arrière et zone du joint sublingual en avant).

2. Relief du tissu osseux

a. Crêtes édentées : volume et forme (hauteur et largeur), forme dans le plan horizontal, symétrie, contre-dépouilles (au niveau des tubérosités et des volets linguaux), lignes obliques internes (à décharger si elles sont saillantes et fines) et externes (noter leur niveau par rapport au sommet de la crête qui signe le degré de résorption osseuse), apophyses geni, tori mandibulaires.

b. Voûte palatine : forme (profonde, plate, en U, ogivale), torus palatin médian, limite palais dur-palais mou, épine nasale (parfois en relief dans des cas de forte résorption).

Les figures 10 à 37 illustrent différentes formes cliniques.

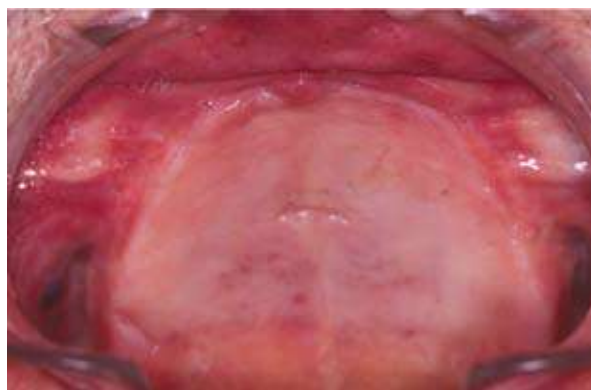


Fig.10. Palais plat associé à une muqueuse très fine



Fig.11. Crête bien marquée associée à une voûte palatine profonde. La zone du voile du palais est difficile à apprécier



Fig.12. Crête bien individualisée. Le cas est facile mais le surfaçage doit privilégier un matériau peu compressif

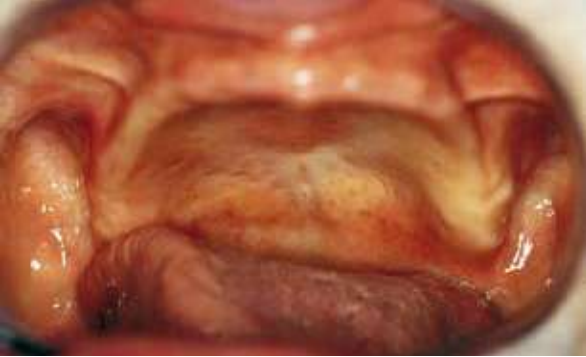


Fig.13 La crête est bien individualisée, mais plus réduite, la voûte palatine est plate. Noter le volume des zones paratubérositaires difficiles à enregistrer



Fig.14. Palais plat associé à une muqueuse très épaisse et mobile sur le support osseux. Les empreintes devront être mucostatiques et éviter la mobilisation de la surface d'appui



Fig.15. Palais plat très résorbé asymétriquement. La muqueuse est fine. La stabilité trouve sa solution dans les rapports d'occlusion avec l'antagoniste

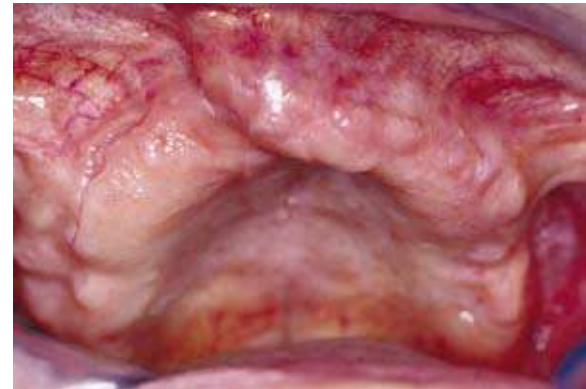


Fig.16. Crête bien marquée mais accidentée. Situation néanmoins favorable



Fig.17. Palais extrêmement creux accompagné d'une asymétrie de relief prononcée. La difficulté consiste dans les enregistrements fonctionnels des limites de la base

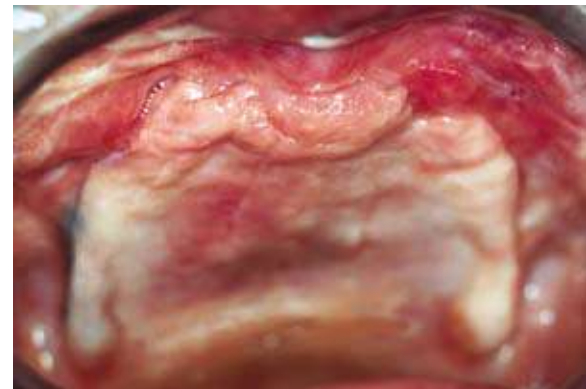


Fig.18. Peu de relief de la crête dans les parties latérales et zones incisives fragilisées par des interventions chirurgicales traumatiques antérieures. L'empreinte sera mucostatique en cet endroit pour éviter toute déformation.



Fig.19. Crête flottante limitée à la zone antérieure. La base trouve sa stabilité dans les zones postérieures



Fig.20. Le vestibule antérieur est très fragile, en dentelle. Son enregistrement réclame un matériau d'empreinte très fluide dans un porte-empreinte espacé en cet endroit



Fig.21. Crête antérieure résorbée portant en relief l'épine nasale. Cette zone sera impérativement soulagée par une sustentation de la base sur les appuis postérieurs



Fig.22. Palais plat sans aucun relief de la crête. La zone du voile est très étendue en arrière avec un voile très mobile



Fig.23. Les extractions dentaires devraient s'accompagner d'une régularisation de la crête alvéolaire pour faciliter la stabilisation ultérieure d'une base prothétique

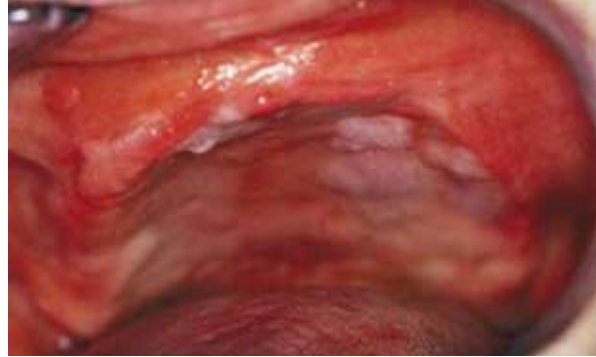


Fig.24. La surface de la muqueuse de revêtement ne doit pas présenter de lésion pathologique



Fig.25. Crête bien individualisée. Le cas ne présente pas de difficulté particulière

Fig.26. Cas apparemment favorable avec des zones de Fish bien marquées. Cependant, les versants linguaux sont de contre-dépouille et peuvent compliquer le traitement



Fig.27. Relief de crête pratiquement inexistant. Les techniques d'empreintes compressives trouvent ici leur indication

Fig.28. La difficulté réside dans l'absence de versant lingual. Le réglage du porte-empreinte individuel dans ce cas est la solution de la stabilité de la base

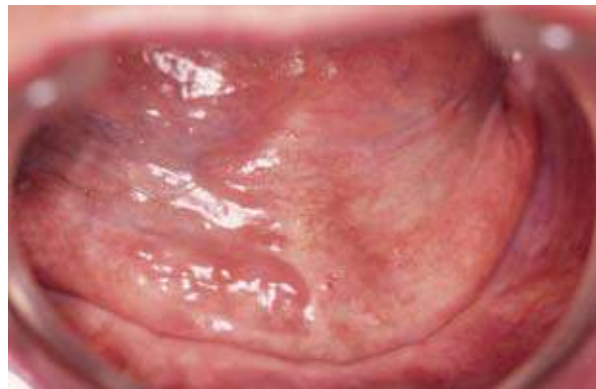


Fig.29. Le sommet mobile de la crête dans le secteur 4 réclame sa décharge

Fig.30. La crête est déportée lingualement à la suite d'interventions pour la dépose d'implants de type lame. La sustentation de la base se fait essentiellement dans le vestibule après un réglage délicat et précis du porte-empreinte individuel



Fig.31. La résorption de la surface d'appui a entraîné une orientation verticale du trigone rétromolaire. La stabilité de la base dans le sens sagittal est difficile

Fig.32. Le sommet de la crête est flottant, rendant difficile la stabilité de la base mandibulaire





Fig.33. Relief osseux favorable ●●● III. Salive

C'est un élément à apprécier en quantité et en qualité (viscosité) pour en déduire des impératifs au stade des empreintes (techniques et choix du matériau) et du pronostic fonctionnel (rétention). Une diminution du flux salivaire doit faire penser à des traitements médicamenteux (anxiolytiques).

IV. Réflexe nauséux

Il est provoqué au contact du palais ou du dos de la langue. Psychologique, il apparaît avant même sa provocation.

● Examens complémentaires

L'analyse des modèles sur articulateur est un examen essentiel dans le choix du type de montage des dents artificielles. Cependant, nous pensons qu'il est prématuré de la faire à ce niveau du traitement. En effet, pour être exact, cet examen demande de monter des modèles issus d'empreintes secondaires (surfaces d'appui fonctionnelles) sur articulateur.

I. Explorations biologiques et radiologiques

Des radiographies panoramiques des maxillaires trouvent leur indication dans la recherche soit d'une dent oubliée, soit d'une pathologie osseuse ou des articulations temporo-mandibulaires (ATM) à chaque fois que l'on suspecte un problème de ce type.

Des examens biologiques systématiques ne s'imposent pas. Cependant, l'établissement d'un pronostic à long terme justifie la recherche de pathologies comme un diabète ou des troubles du métabolisme phosphocalcique (techniques d'empreintes non compressives).

II. Examen des anciennes prothèses

Cet examen, souvent négligé par les praticiens, est très riche d'enseignements. Il permet de se rendre compte des améliorations et progrès à apporter pour aboutir à une utilisation fonctionnelle des futures prothèses.

En bouche, il permet de se rendre compte du degré d'adaptation et de la part de parafonction ou de dysfonction du système manducateur liée à la durée d'existence du traitement présent. Il convient surtout de souligner la ●●●



Fig.34. Ce relief n'est qu'une illusion : il s'agit d'une crête flottante qu'il convient d'éliminer pour retrouver une réelle surface d'appui



Fig.35 à 37. Rapports inter-arcades : la relation des crêtes alvéolaires antagonistes est également à analyser. Des difficultés peuvent alors apparaître. Cette situation clinique montre une résorption antérieure au maxillaire (fig.35), associée à un relief marqué dans la même zone à la mandibule (fig.36). Le rapport intermaxillaire fait apparaître le manque de place dévolu au montage des dents prothétiques (fig.37)



- sustentation en qualité et en quantité, la rétention, le rapport intermaxillaire : dimension verticale et position de la mandibule dans le sens antéro-postérieur (proglissement accompagné d'une perte de dimension verticale), mais aussi position centrée par rapport à l'axe médian.

Hors de bouche, on observera les bords, l'extrados et l'intrados des bases (les éventuelles marques sur la muqueuse qui nécessiteraient une préparation initiale). Tous les organes paraprothétiques sont habitués au volume des bases existantes et les nouvelles prothèses présenteront bien sûr un nouvel encombrement inhabituel.

On attachera également beaucoup d'attention à l'analyse du plan d'occlusion prothétique (situation et orientation), des surfaces occlusales, du montage esthétique, des surfaces polies stabilisatrices et des bords des prothèses qui sont le plus souvent sous-étendues et, enfin, des rapports occlusaux.

Tous ces éléments sont essentiels pour expliquer, en les comparant, les objectifs de notre traitement au patient afin d'obtenir sa totale coopération.

III. Analyse fonctionnelle

Elle permet de reconnaître le degré de déficit fonctionnel du patient. Dans des cas limites, l'analyse sur articulateur de la cinématique mandibulaire peut s'imposer. Elle ne fait pas l'objet de cet article qui se veut un guide pratique.

• Type morphologique

On en déduit principalement des indications sur la puissance musculaire, la laxité ligamentaire et la susceptibilité à la résorption. On en tire également des informations sur la psychologie et le comportement de l'individu.

La classification de Vannier, homéopathique, est la plus facile à appliquer.

Elle distingue :

- le type carbonique : visage carré, morphologie trapue, raideur corporelle, dents abrasées, régulières, peu visibles ;
- le type phosphorique : visage rectangulaire, dents jaunes et longues, équilibré morphologique ;
- le type fluorique : visage triangulaire, souplesse (hyperlaxité ligamentaire),

grâce, dents grises, peu abrasées, visibles et présentant des désordres importants.

On peut également tirer des enseignements d'autres classifications :

- celle de Sigaud : types musculaire, respiratoire, cérébral et digestif ;

- celle de Corman, psychologique : types dilaté ou extraverti et rétracté ou introverti ;

- celle de Moulton et Skottove, psychologique : types anxieux ou timide, plaignant chronique, hystérique, théâtral et paranoïaque. ■

PLAN DE L'OBSERVATION CLINIQUE

OBSERVER	RETENIR
<i>Rencontre avec le patient</i>	
Motivation, espoirs Coopération Interrogatoire médical Histoire de l'édentation	Franche ou cachée, borner les espoirs Physique, intellectuelle, relationnelle Pathologies générales : médecin Conditions de l'édentement et pathologies acquises
<i>Observation clinique</i>	
Examen exobuccal	Tonicité ligaments et muscles
Ouverture buccale	Influence la prise d'empreinte, RIM
Examen endobuccal Muscles et organes périphériques <ul style="list-style-type: none"> • Lèvres et joues • Langue • Plancher buccal • Ligaments, freins, brides • Éléments de pathologie Surfaces d'appui <ul style="list-style-type: none"> • Tissu de revêtement <ul style="list-style-type: none"> - muqueuse attachée : crête + voûte palatine - muqueuse libre et ligne de réflexion muqueuse • Relief du tissu osseux <ul style="list-style-type: none"> - crêtes édentées - voûte palatine Salive Réflexe nauséux	Mobilité, tonicité, dessin Volume, mobilité Sit. fonctionnelle, volets linguaux Insertion, mobilité Cicatrices, diaphnesies... Épaisseur, adhérence aux plans profonds, limite, pathologies Mobilité, épaisseur, situation, pathologies Volume, profil, relief Forme, profil, étendue Qualité et quantité = rétention Provoqué au toucher, psychologique
Examens complémentaires Explorations radiologiques et biologiques Examen des anciennes prothèses Analyse fonctionnelle sur articulateur	Radio panoramique, bilan sanguin En bouche, hors de la bouche Cinématique mandibulaire
Type morphologique	Laxité ligamentaire, puissance musculaire

Piloter
vos images à distance,
c'est maintenant
un jeu d'enfant.



owandy
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE

Krystal-X Wifi

Capteur numérique Wifi
pour imagerie dentaire



Doté d'une grande surface sensible (816 mm²), proche des dimensions physiques externes et d'une résolution élevée (26,3 pl/mm), le capteur Krystal-X existe maintenant **en version Wifi**.

Le boîtier du capteur, compact et design, est étudié pour se positionner à l'endroit de votre choix grâce à ses systèmes d'accroches. Le capteur est fixé au boîtier Wifi et se range dans un support conçu à cet effet. La transmission de l'image se fait en temps réel grâce à la technologie Wifi. Le Krystal-X Wifi possède une grande autonomie et est facilement rechargeable. Installez le récepteur du système Wifi sur le port USB de votre ordinateur et votre capteur fonctionne.

Julie

Owandy Benelux
68 chaussée Bara
1420 Braine l'Alleud
Tél. + 32 (0)2 384 30 99
Email : info-benelux@owandy.com
www.owandy.com

Madrid — 29 et 30/6 & 1/7/2006

Grand-messe triennale de la paro européenne

EUROPERIO
5



Qui d'entre vous connaît l'Europério ?

Bien peu probablement. C'est que les parodontistes belges communiquent à peine sur le sujet.

À tort sans doute, car cette manifestation scientifique triennale représente véritablement la formule la plus aboutie qui soit dans le domaine de la diffusion des connaissances.

Le JOD vous explique pourquoi.

> Thierry VANUFFEL

Tout converge en effet pour faire un succès de ce rendez-vous européen : panel international d'experts, logistique de premier plan, exposition avec implication constante de l'industrie... et surtout une périodicité triennale qui garantit une foule de réelles nouveautés et de véritables percées conceptuelles, à chaque édition. On ne peut pas s'ennuyer à l'Europério !

La grande aventure débuta à Paris en 1994, à l'instigation de l'European Federation of Periodontology, qui, aujourd'hui encore, reste en charge de

l'événement avec l'appui des sociétés nationales concernées par la programmation. D'autres villes et pays suivirent avec un succès croissant : Florence en 1997, Genève en 2000 et Berlin en 2003.

Challenge

Cette année 2006 voyait donc revenir l'opportunité de cette plateforme d'échanges des connaissances scientifiques et cliniques en paro, et c'est Madrid qui fut choisie sur proposition de



l'on compulse le programme proposé à Madrid. Trois journées complètes de 9 heures à 16 heures 30, avec jusque 11 salles en parallèle, dont le grand auditorium de 2.000 places, étaient offertes au congressiste. Voici un petit menu qu'il était possible de se concocter parmi des centaines d'autres combinaisons

- Le jeudi matin : cérémonie d'ouverture avec tous les falbalas que l'on rencontre à la FDI, en ce compris présentation du comité organisateur et des composantes nationales de l'European Federation of Periodontology, le tout sur fond de guitare andalouse. Ensuite, l'occasion de voir Lindhe en chair et en os, associé à Page et Kornman, pour une revue historique de l'évolution de la parodontologie et de la méthodologie scientifique des publications dans ce domaine depuis 50 ans.

- Le jeudi après-midi : un peu de régénération osseuse avec Cochran, Jung, Simion et Colmenero. Puis, prise en cours à la salle 104 d'un séminaire de parodontologie basée sur la preuve, présenté par Needleman, Wennström, Jepsen et Mombelli (un ancien du COD).

- Le vendredi matin : petit détour par le programme des hygiénistes dentaires, juste pour voir le niveau — pas mal du tout avec Winkel, Camorali et Butler. Puis vitesse supérieure dans l'auditorium avec la chirurgie plastique façon Monnet-Corti, McGuire et Zucchelli. En toute fin de matinée, petit saut par la séance du Gold Sponsor Oral-B pour redécouvrir Cortellini et Papapanou. À la place du lunch, aperçu de quelques présentations de posters. ●●●

la SEPA (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración). Challenge réussi, avec l'aide de l'attrait de la capitale espagnole et de la météo estivale évidemment ; jugez-en... Ce sont 5.873 inscrits qui furent enregistrés ! Parmi ceux-ci, 3.009 praticiens en exercice, 931 étudiants et 681 hygiénistes. Le reste était partagé entre exposants, délégués et invités spéciaux. Rien qu'au vu de ces chiffres, il est incontestable qu'Europério est un rendez-vous de premier plan de la Profession dentaire. ce constat est largement confirmé si

Un comité organisateur heureux du travail accompli





L'occasion de voir Lindhe en chair, en os et sur écran géant



La Feria de Madrid, sorte de Heyzel espagnol, pour écrin à l'Europario 5



Conférence en direct sur les stands d'exposition : une tendance confirmée



Pas moins de 15.000 mètres carrés d'exposition entièrement dédiés à la paro

- Le vendredi après-midi : deux heures de Forum des Spécialistes en compagnie de Sicilia et Flemmig sur la thématique parodontale conservatrice.

- Samedi matin : priorité à Berglundh et ses collègues pour les dernières données sur la péri-implantite. En fin de matinée, il faut véritablement se couper en deux pour voir Tonetti et Bouchard d'une part sur la décision de traitement, et Rompen par ailleurs pour dans une séance dédiée à l'approche des alvéoles d'extraction en zones esthétiques.

- Samedi après-midi : participation au grand débat sur la prise de décision entre traitement parodontal conservateur et choix implantaire. Voilà bien LE thème d'actualité internationale, auquel adhère parfaitement le COD dans sa programmation de fin d'année 2006 ! Voyez ci-contre ce qu'en ont dit au JOD les ténors du moment ! Mariano Sanz, Maurizio Tonetti et Tord Berglundh comptent en effet parmi les spécialistes européens les plus en vue : prolifiques en publications de haut niveau, ils représentent le sommet de la pyramide pour les parodontistes.

Malgré leur statut, ces gourous de la paro ont partagé avec le JOD des propos empreints d'humilité et de bon sens quant à leur discipline, n'hésitant pas à remettre de nombreuses pendules à l'heure. Ainsi, la conservation de l'organe dentaire retrouve un sens qu'elle avait peut-être un peu vite perdu, et il existe des prévisions d'augmentation du nombre d'échecs implantaires diagnostiqués...

Superbes opportunités de coller aux dernières données acquises de la Science, les 73 séances au choix étaient encore rehaussées par la présence d'une fabuleuse exposition commerciale : pas moins de 15.000 mètres carrés de stands dans lesquels se perdre à l'envi, c'est 50 % de plus qu'un Dentex. Et ceci, entièrement et exclusivement dédié à la paro !

Quelques découvertes ? Tout d'abord la confirmation d'une tendance : de plus en plus de stands deviennent des lieux de « formation », avec conférence en direct pour public pré-inscrit. C'était le cas à Madrid pour de nombreuses firmes présentes sur le marché des implants : 3I, Astratech, Nobel et

Zimmer, plus Oral-B. Et ceci, en dépit de séances insérées dans le programme du Congrès. On relevait en effet des interventions établies par les Platinum Sponsors (3I, Oral-B, Straumann, BTI, Pfizer et Astratech Dental) et les Gold Sponsors (Acteon, Biohorizons, Gaba, Philips, Dentaïd, Geislich Biomaterials et Sunstar), proposant des sujets aussi intéressants que “Quel rapport entre âge et maladie parodontale ?”, “Les protéines de la matrice amélaire peuvent-elles régénérer le cément, l’os, voire les deux ?”, “Les implants courts et leurs nouvelles connexions internes”, “Le contrôle antibiotique à long terme du biofilm”, “Diagnostic et traitement de l’halitose”, “Le parodonte comme barrière pour la santé générale”... Rien à redire à ce genre de séances sponsorisées, à condition de pouvoir toujours confronter les informations recueillies par ce biais avec la preuve scientifique lors des séances officielles non commerciales.

Autres innovations sympathiques glanées lors de la visite de l’exposition : un nouveau parfum citronné pour la Listerine, et l’avant-première du nouveau Sensodyne, le Pronamel (qui, depuis, a été distribué en Belgique sous le nom... néerlandais : Proglasur). Et puis bien entendu les applications lasers, absentes des séances scientifiques, mais présentes en force à l’exposition, notamment le Biolase.

En définitive donc, un congrès de tout haut niveau dans un écrin idéal : la Feria de Madrid, sorte de Heysel espagnol à un jet de pierre et deux stations de métro de l’aéroport Barajas.

Et bien entendu, l’occasion de profiter de l’ambiance madrilène et de l’excellente météo espagnole fin juin...

Puisque tous en redemandent, sachez que la prochaine édition Europerio 6 aura lieu à Amsterdam du 4 au 6 juin 2009 sous la présidence d’Edwin Winkel. Aucun doute que la qualité et le succès seront à nouveau bien présents. Amateurs de paro, notez-le ! ■

EUROPERIO 6 AMSTERDAM
4-5-6/6/2009
<http://www.europerio.nl/>

Conserver *ou* implanter ?

L’avis d’un trio de ténors



*Maurizio Tonetti
Professeur de
Parodontologie
à l’Université du
Connecticut*

*Mariano Sanz Alonso
Professeur de
Parodontologie
à l’Université
Complutense de Madrid*

*Tord Berglundh
Professeur de
Parodontologie à
l’Université de Göteborg*

Le retour de balancier

Le JOD — Mariano Sanz, vous présidez cet Europerio 5. Avec quelle ambition en matière de communication ?

Mariano Sanz — Vous savez, la Profession dentaire doit communiquer de deux manières : vers le public, et vers elle-même. Pour le premier axe, il y a la télévision et la radio. Un congrès comme cet Europerio participe au second axe : il s’agit d’une réunion des *opinion leaders* sur une discipline à un moment déterminé. Mais ce ne serait rien sans la presse dentaire, que je remercie car

elle contribue, vis-à-vis de tous les praticiens qui ne peuvent faire physiquement le déplacement, à faire passer les messages essentiels.

Le JOD — Ces messages doivent-ils représenter des lignes de conduite ?

Mariano Sanz — Absolument. Nous n’avons pas de guidelines claires pour la paro en Europe. C’est pourquoi l’attitude clinique correcte pour le praticien est de participer à ce genre congrès pour pouvoir ensuite répondre quotidiennement aux questions sui- ●●●



Tout paraît correct extérieurement sur cet implant en position 25, qui souffre pourtant d'une profonde péri-implantite

●●● vantes : “*Que me dit la Science de manière fiable et prédictible ?*” et “*Comment orienter mon plan de traitement d'un point de vue scientifique ?*” Je veux citer un exemple : le dilemme entre extractions et pose d'implants d'une part, et traitement parodontal conservateur d'autre part. On a tendance, sur des bases non scientifiques, à bien vite proposer d'extraire, car cela semble tellement en conformité avec ce que souhaite le patient : esthétique, mastication et digestion, absence de sensibilité...

Le JOD — Par opposition, le traitement parodontal conservateur semble présenter bien des désagréments.

Mariano Sanz — En effet. N'hésitons pas à citer les trois types d'inconvénients. De un, le succès à long terme est indispensable, sans quoi autant extraire d'emblée. De deux, la complaisance du patient joue un rôle décisif mais n'est pas garantie. Et de trois, il y a la possibilité d'effets secondaires : sensibilités radiculaires, espaces interdentaires importants, longueur des dents, mobilités et réduction de la fonction masticatoire.

Mais face à ces ennuis, la Science nous dit-elle que les implants constituent un meilleur choix ? Voyons cela par rapport aux trois inconvénients du traitement conservateur. De un, le succès à

long terme : il est tout aussi nécessaire pour les implants, et les études nous révèlent pourtant qu'il est même moins bon pour les implants que pour le traitement paro. De deux, la complaisance du patient : il est prouvé qu'elle est tout aussi nécessaire pour la maintenance. Et de trois, les effets secondaires : ils sont légion avec les implants, que ce soit des complications biologiques, techniques, fonctionnelles, phonétiques... Bref, la Science ne nous dit pas que les implants sont un meilleur choix que le traitement parodontal.

Le JOD — Ce n'est pourtant plus l'impression qui circule dans la Profession dentaire !

Maurizio Tonetti — L'impression subjective de la Profession est fautive sur deux plans : le traitement parodontal ne fonctionnerait prétendument pas, et les implants avec leur aura technologique seraient exempts d'effets induis. Croire cela, c'est se tromper deux fois ! En ce qui concerne l'efficacité du traitement parodontal, une étude toute récente montre encore qu'il s'agit du plus opérant de notre

arsenal thérapeutique : s'il est bien conduit, il n'affiche que 0,11% de perte de dent par an et par patient. Cela représente une dent perdue tous les 80 ans. Quel autre traitement fait mieux ?

*Mariano Sanz :
“La Science ne nous dit pas que les implants sont un meilleur choix que le traitement parodontal”*

Quant à la réalité scientifique du succès en matière d'implants, il faut désormais admettre le concept de susceptibilité individuelle. Cela signifie que la maladie parodontale ne disparaît pas avec la dent : au contraire, elle réapparaît sous forme de péri-implantite ! En effet, les études cliniques nous ont montré que si l'on extrait les dents d'un patient présentant une parodontite sévère pour implanter, on constate que la maladie s'installe alors sur les implants avec les années. Le problème, c'est que les dents ont déjà été perdues, que l'on perd désormais l'os et les piliers prothétiques, et que les solutions de réhabilitation s'amenuisent.

Le JOD — Pourtant, la décision d'implanter semble avoir éclipsé le traitement parodontal dans la pratique de nombreux parodontistes...

Maurizio Tonetti — Oui, ce fut une tendance durant une quinzaine d'années de privilégier extractions et pose d'implants. L'amplitude de ce mouvement fut maximale en 2004. À mon sens, c'était une erreur. Heureusement, le climat a changé et nous assistons désormais à un retour de balancier. “*Comment conserver ?*” est le nouveau leitmotiv de la recherche.

Le JOD — Ne peut-on aussi imaginer de développer davantage une recherche axée vers des solutions à la péri-implantite ?

Tord Berglundh — Oui, d'autant que la prise en charge de la péri-implan-

tite est bien plus hasardeuse que celle de la maladie parodontale. Pour tout dire, c'est un véritable challenge, et un point d'interrogation, car il est difficile de tirer des enseignements à ce propos

de la littérature actuellement disponible. En effet, les études d'incidence de la péri-implantite sont rares. De plus, il est frappant de constater que la plupart des implants étudiés dans la littérature ont disparu du marché, à l'exception du système Branemark, et que d'autres implants ont envahi le marché avec vraiment peu de support basé sur la preuve scientifique.

Les seules certitudes actuelles concernant la péri-implantite sont donc peu nombreuses, mais relevons-les néanmoins. Tout d'abord, on observe moins de complications avec l'appareillage fixe. Ensuite, le remplacement unitaire donne le moins de complications, alors que l'overdenture en donne le plus, surtout au maxillaire. Enfin, les études ne montrent qu'un seul critère transversal significatif à la perte d'implants : le nombre de ceux-ci. Plus il y a d'implants, plus il y a de pertes, non seulement globalement mais également par patient ! Vous avez donc raison : nous sommes scientifiquement démunis, et la recherche doit encore se pencher longuement sur la péri-implantite.

Le JOD — Et quels sont les points forts indispensables de cette future recherche ?

Tord Berglundh — Il y a des points fondamentaux à améliorer. À l'avenir, la recherche devra être véritablement prospective, sur une très longue durée. Nous vivons en sorte aujourd'hui la "tyrannie des cinq ans", ou, si vous préférez, on considère généralement en médecine dentaire que cinq années constituent le long terme. Pour les implants, cette durée est également employée, alors qu'elle est totalement dénuée de pertinence. En effet, les études de cas cliniques montrent que des com-

plications implantaires dramatiques peuvent parfois s'installer brutalement après 10 voire 12 années sans aucun signe avant-coureur. Pour évaluer correctement l'incidence de la ré-implantite, nous avons

donc besoin d'études longitudinales sur des cohortes de patients pendant plus de 10 ans. Un autre impératif de la future recherche sera de rapporter les données sur la conservation des implants en combinaison avec l'incidence des complications, car actuellement la communication de la nature de l'échec n'est pas une constante

dans la littérature. Or les implications cliniques sont évidentes pour la décision thérapeutique.

Le JOD — En pratique, que peuvent faire les dentistes généralistes pour dépister les complications implantaires dès leur début ?

Tord Berglundh — Les dentistes ont appris à sonder les sillons autour des dents. Voici une habitude à améliorer : sondez autour des implants aussi ! Tout peut avoir l'air correct cliniquement et radiologiquement, mais au sondage on observe un saignement voire une suppuration : il s'agit de signes clairs de péri-implantite. Vous allez être étonné, mais si une maintenance régulière et structurée était faite par les dentistes, on assisterait certainement à une augmentation des statistiques de péri-implantites : toutes celles qui ne sont pas diagnostiquées à ce jour seraient révélées ! Mais pour bien mesurer cette tendance, nous avons besoin de développer des standards de diagnostic, et un workshop européen s'attellera à cette tâche début

Maurizio Tonetti :
"La maladie parodontale ne disparaît pas avec la dent. Il faut désormais admettre le concept de susceptibilité individuelle."



La question pour l'industrie désormais est de vendre, non pas un produit, mais une procédure thérapeutique

2008. Cela donnera enfin à la Profession dentaire un outil reproductible pour l'évaluation des complications implantaires.

Le JOD — Voici des messages en décalage avec les belles publicités qui s'étaient sur les bureaux des praticiens...

Tord Berglundh :
"Les dentistes ont appris à sonder les sillons autour des dents. Sondez autour des implants aussi !"

Mariano Sanz — Naturellement, il faut éviter la confusion entre Science d'une part, et publicité d'autre part. Pour la pub, tout est toujours formidable. Mais la Science nous enseigne que ce n'est pas la réalité.

Tord Berglundh — Ceci dit, l'industrie est en phase avec nos préoccupations de chercheurs et de cliniciens. La question pour elle désormais est de vendre, non pas un produit, mais une procédure thérapeutique, fiable dans son concept en entier. ■

MEDICOTRONIX

Vous invite à Dentex, les 19, 20, 21/10/06



Conditions exceptionnelles.

Présentation du nouveau modèle **Galbiati**
Synthèse du **savoir faire** du **plus ancien fabricant** d'unités dentaires

Autres nouveautés à découvrir.



Medicotronix, Zoning de Fleurus, Av. de l'Esperance, 44, 6220 Fleurus
Tel: 071/87.78.73, Fax: 071/81.98.75 email: gregmed@swing.be - www.medicotronix.be

Envoyé
spécial



Congrès dentaire mondial 2006

SHENZHEN
Chine



lonie britannique par le Nord, il fit une « SEZ » (Special Economic Zone) afin d'expérimenter l'économie de marché et l'ouverture sur le monde. Loin de Pékin la socialiste. Et tout près de Hong Kong la capitaliste. Vingt-cinq ans plus tard, les 30.000 pêcheurs sont devenus 4 millions. Le double, en comptant la banlieue qui s'étale sur 50 kilomètres encore plus au Nord, jusqu'aux faubourgs délabrés de Guangzhou — l'ancienne Canton.

Ville champignon, Shenzhen n'existe que comme interface de la mondialisation, un placenta pour la Chine rurale qui reste sous la férule dogmatique du parti unique. Mais pour combien de temps ?

Clone

Aujourd'hui encore, les chantiers sont partout. Sur les centaines de tours que compte la ville, treize dépassent les 200 mètres, dont le Chun Hing Square qui fut le plus haut immeuble de Chine jusqu'en 1997. Les premières cités de Deng, construites trop petites et à la hâte, sont squattées par des hordes de nouveaux arrivants. D'ailleurs, 90% de la population de Shenzhen sont nés ailleurs en Chine, et affichent un âge moyen de 27 ans. On s'entasse dans les immeubles sordides jusqu'à la prochaine spéculation immobilière, et les bulldozers sont toujours au coin de la rue. L'ancien village de pêcheurs, situé à Luohu, est désormais un terminus de métro. Le centre s'est déplacé à Huaqiangbei. Et il se déplace à nouveau vers l'Ouest, sur une esplanade rectiligne qui relie le Palais des expositions à l'Hôtel de Ville et au Congrès du Peuple.

Mais on ne peut inventer une ville en vingt-cinq ans. Alors on prend les idées ailleurs, sans génie et sans honte. Les tours de Shenzhen sont presque toutes la réplique d'un autre immeuble, quelque part dans le monde, avec une variante qui donne bonne conscien-



ce. Souvent, les plans sont utilisés de nombreuses fois ; seules les illuminations nocturnes multicolores parent les gigantesques façades d'un semblant d'identité.

Les grues sont partout. Vastes espaces avec ou sans vie. Travaux de titans hérités du communisme, à la sauce orientale.

D'où vient donc l'argent pour cloner ainsi le monde ? De Hong Kong, bien sûr, officiellement et officieusement. Officiellement, car les hommes d'affaires de Hong Kong ont versé, en vingt ans, 15 milliards de dollars américains en créant 70.000 entreprises à Shen-

Les nouveaux arrivants, issus des campagnes pauvres, s'entassent dans les cités de Deng Xiaoping promises aux bulldozers

zhen. Parce que tout y est beaucoup moins cher et beaucoup plus rentable. Désormais, Hong Kong est désertée par ses employés qui s'établissent à Shenzhen où les loyers et la vie sont deux fois plus abordables et justifient les 45 minutes de navette quotidienne, sans formalité pour tout détenteur de la carte d'identité de Hong Kong. Cet afflux d'entreprises dans le domaine de la manufacture a propulsé Shenzhen en ●●●

Nouveau centre ville de Shenzhen. Gigantisme hérité du communisme et envie de consumérisme à l'occidentale : la Chine pompe l'acier, le pétrole... et tout le reste, et influe dangereusement sur les marchés internationaux



Dentistes et santé dentaire

au pays de l'Oncle Mao

Rock, Grand Canyon et même chutes du Niagara : au total 130 attractions et spectacles pour donner l'illusion au visiteur qu'il a fait le tour du monde. Tout cela se fait hélas sans la magie ni le grandiose des réalisations américaines, et le kitsch cède la place au burlesque lorsque le Pékinois monte à dos de chameau pour se faire immortaliser devant une fausse pyramide de Kheops.

Splendid China et son alter ego Folk Culture Villages sont de bien meilleure facture. Sur 48 hectares, ces deux parcs mêlent des reproductions à l'échelle des monuments et sites les plus appréciables de Chine : on peut y parcourir une fidèle maquette de la Grande Muraille, sur plus d'un kilomètre. Toutes les cultures chinoises y sont représentées par des reconstitutions de villages animés d'habitants issus des véritables ethnies, peuplades mongoles en tête, mais aussi les Uygurs très arabisants.

Pâle caricature du Wet'n Wild floridien, Happy Valley propose des aventures mouillantes et rafraîchissantes. Et puis, il y a à profusion des paradis de la balade et du golf : Safari Park, Honey Lake, Binhai Thoroughfare, Waterland Resort ou Mission Hill.

Et dans tous ces endroits de divertissement à bon compte et à piètre qualité, le tourisme chinois explose. Difficile d'y trouver un Occidental. De Shanghai ou de Pékin, les hordes de nouveaux riches, et aussi les sexagénaires qui n'auraient jamais pensé voyager, débarquent sur Shenzhen et ses guirlandes de strass. D'ailleurs, le businessman chinois est obnubilé par son propre marché intérieur ; il a compris que l'exportation n'est qu'une phase temporaire dans le développement de ses affaires, et que le véritable enjeu des dix prochaines années, c'est la Chine elle-même.

Une Chine qui veut grandir, vite. Trop vite. Elle veut réaliser en 30 ans ce que les États-Unis ont peiné à concrétiser sur trois siècles, de l'équipement du territoire intérieur à la conquête spatiale. Alors elle copie, et copie encore.

Elle a définitivement décidé de ressembler à l'Occident. Et elle perd son âme.

En tentant son expérience capitaliste à Shenzhen, Deng Xiaoping avait-il imaginé ce scénario ? ■

Pas facile de connaître de manière pertinente le niveau de santé dans un pays comme la Chine, du fait de l'immensité de la population, et aussi en raison de la ruralité d'une importante partie de celle-ci ! C'est pourtant l'objectif du recensement national de santé (« National Survey ») décennal opéré pour la deuxième fois en 2005. Les résultats sont en pleine compilation et devraient être publiés dans le courant de 2007 ; certains éléments peuvent toutefois déjà être dévoilés.

Globalement, la santé dentaire en Chine ne montre pas d'amélioration depuis dix ans. La carie dentaire est extrêmement répandue. À l'âge de 6 ans, 80% des enfants en restent atteints. Dans la ville de Shenzhen, cette proportion monte même à 90%. C'est une spécificité de la Province de Guangdong : la prévalence de la carie est en augmentation.

Les caries non traitées constituent la plus grande partie de l'indice CAO :

- à 5 ans : 97% ne sont pas traitées
- à 12 ans : 90%
- pour la tranche 35-44 ans : 79%
- pour la tranche 65-74 ans : 92%

Au sein de la population âgée, on observe une meilleure rétention des dents, mais aussi une apparition des caries de collets.

L'édentement total pour la population âgée de 65 à 74 ans a chuté de 11% à 7% entre 1995 et 2005. Ces chiffres cachent peut-être le fait que certaines dents qui devraient être extraites ne le sont pas.

Par ailleurs, les malocclusions sont largement répandues : 72,97% de la population en denture définitive. Il s'agit d'une augmentation de 20% par rapport à la période 1950-1960.

Le plus difficile est de pratiquer une étude parodontale, en raison de la faible reproductibilité des investigations.

On estime que 80 à 97% de la population en sont atteints. Des poches de 4 millimètres et plus ont été identifiées sur 41% de la population âgée de 35 à 44 ans, et sur 52,3% de la tranche 65-74 ans.



Un facteur pouvant influencer défavorablement la santé parodontale chinoise est l'accroissement rapide de la prévalence du diabète.

Un autre lien semble pouvoir être établi entre maladie parodontale et tabagisme. Il faut dire que la Chine est le premier consommateur mondial de tabac, qui absorbe plus de 30% de la production globale. La croissance de cette consommation est constante et évaluée à 5,3% par an. On estime le nombre de fumeurs chinois à 350 millions, avec une moyenne de 1.900 cigarettes par an par personne (soit environ 15 cigarettes par jour par fumeur). Actuellement, un million de décès par an peuvent être directement attribués au tabagisme, nombre qui devrait avoir doublé en 2020. Par exemple, le cancer buccal atteint déjà 202 habitants par an par million à Shanghai, et jusque 412 à Jiangsu.

Il faut aussi relever une prévalence non négligeable de la fluorose. Celle-ci peut être le résultat habituel de l'absorption régulière d'eau trop fluorée, mais également de la consommation d'aliments fumés au charbon.

Impact de l'économie

Sur la période 1986-2005, le produit intérieur brut de la Chine a été multiplié par 19, ce qui représente une croissance annuelle moyenne de 9%. Le développement de la Chine, et donc l'accroissement des exi- ●●●

Congrès

L'art dentaire, sauce aigre-douce



Le Congrès mondial de la FDI s'est donc tenu en Chine, du 22 au 25 septembre derniers.

Initialement prévu à Pékin, à grands renforts de publicité depuis le Congrès de Sydney en 2003, l'événement a finalement été reprogrammé sur Shenzhen, dans la province sud-ouest de Guangdong.

> Thierry VANNUFFEL

Cette ville frontalière de Hong Kong est en fait une zone économique privilégiée, et il n'est pas étonnant que le Gouvernement chinois — ne l'oublions pas, la Chine est dirigée par un parti unique — y ait réaffecté le rassemblement phare de la FDI, dans un centre de congrès et d'exposition flambant neuf.

C'est que, à même date, se tenaient déjà à Pékin l'Open de tennis féminin et de très importantes délibérations sur la poursuite de l'accession à la propriété privée, ce qui est naturellement une seconde révolution à haut risque dans ce dernier bastion du communisme...

Au rayon du contenu scientifique, la FDI ne nous a pas habitués, lors de ses

programmations dans les pays émergents, à des niveaux éducatifs très élevés. C'est normal, puisque la part belle est faite à des conférenciers locaux qui n'ont pas forcément les mêmes standards de communication que les occidentaux. Néanmoins, l'éclectisme est toujours rigoureusement de mise, le participant savoure de très agréables moments de découvertes, et il manquera toujours une pièce au puzzle professionnel de qui n'a pas assisté, une fois dans sa vie, à un Congrès FDI.

Cette édition 2006 nous a, elle aussi, réservé son lot de surprises. Quel plaisir anticipé que de s'installer dans une vaste salle où est programmée la conférence d'un taïkonaute. Par un raccourci étonnant, c'était là l'introduction à un cours sur... la gestion de cabinet. Héros de la Chine spatiale, Yang Liwei a fait honneur à son titre (« Success — through dedication », *La réussite, par la consécration de sa vie à un objectif*, traduction libre) en martelant les grands principes communistes qui meuvent l'esprit scientifique ●●●



Situé dans l'axe du nouveau centre ville, à proximité de la principale ligne de métro reliant le checkpoint de Luohu aux attractions touristiques, le Centre de congrès et d'exposition offre à Shenzhen un écrin particulièrement lumineux

●●● chinois. À l'issue du dernier précepte (« Support of people is invincible power », *Le soutien du peuple est une force indestructible...*), l'assistance asiatique a offert une standing ovation à la retransmission d'un film sur le décollage de Shenzhou 5, la fusée made in China à l'origine de l'inutile exploit. Une sauce un peu aigre-douce pour napper un événement dentaire mondial...

Des considérations plus odontologiques ont heureusement garni les autres modules. Mentionnons la très belle séance de médecine dentaire pédiatrique par Kathryn Harley (« Managing the problem child patient ») et une session d'orthodontie pour l'omnipraticien par l'américain Peter Ngan.

Au rayon des découvertes locales, on ajoutera une séance sur le cancer buccal en Chine, une autre sur la perspective asiatique en implantologie, sans oublier l'efficacité de la médecine chinoise traditionnelle dans les cas de parodontopathies.

Comme d'habitude, les séances sponsorisées ont battu leur plein : hormis le traditionnel Unilever symposium, Sirona présentait Klaus Wiedhahn pour une revue du Cerec 3, et KaVo mettait en scène Edward Lynch pour une brillante apologie du HealOzone : les Confrères américains présents (code d'accréditation en fin de séance oblige) en étaient subjugués !

Enfin, comment ne pas rappeler ce qui est sans doute la pépinière des talents de demain ? Les communications libres et les posters abondaient avec des sujets aussi ouverts et pointus que « L'épaisseur d'un protège-dents a-t-elle une influence sur l'absorption des chocs ? », « La résistance à la flexion des résines en prothèse adjointe », « Effet de la vitamine E sur la coagulation des sujets sains », « Diagnostic précoce de la fluorose », « Étude expérimentale sur les paramètres physiques impliqués dans les soudures au laser des alliages cobalt-chrome »... Il y en avait pour tous les goûts et... toutes les cultures ! Les présentateurs étaient en effet issus des quatre coins de la planète. Une forte délégation iranienne attirait l'attention, avec une ambassadrice scientifique revêtue de la burqa...

Bizz

L'exposition mondiale offerte à Shenzhen apportait la preuve que le marché chinois est une mine d'or...

Tout d'abord, tous les leaders connus de l'industrie dentaire étaient représentés, souvent de manière très persuasives. On retiendra les stands de Maillefer et Dentsply, mais aussi l'artillerie lourde allemande avec Sirona, Dürr et KaVo. Les Français n'étaient pas en reste avec un stand très complet de O'Wandy. Belle présence aussi des produits de prévention, comme Listerine, Sensodyne et Colgate.

Ensuite, les laboratoires dentaires de Hong Kong, à 30 kilomètres, offraient leurs services aux dentistes de toute la Chine... pour commencer. Il s'agit d'entreprises employant jusque plus de 100 collaborateurs techniciens, avec toute la palette de services. À tel point que leurs stands rivalisaient avec ceux des fournisseurs d'unit ou de matériel de radiologie.

Enfin, dans ce type d'exposition à des lieux de la vieille Europe, il y a la toujours passionnante découverte des marques locales... et là, attention ! Pas moyen pour un Occidental de se promener paisiblement sans être assailli de propositions d'importation de matériel. Et avec des conditions pour le moins époustouflantes. Que diriez-vous d'une nouvelle installation avec fauteuil, bloc crachoir, unit, tablette, scialytique, le tout avec un look résolument futuriste, pour la modique somme de... 900 dollars américains ? À peine plus de 700 euros, livré n'importe où en Chine, par exemple au port de Hong Kong, prêt pour l'exportation. Mieux encore : il est possible de se fournir en composants séparés : scialytique chez l'un, fauteuil chez l'autre... et tout assembler chez nous avec le label « Made in EU » !

Naturellement, la question réside dans la qualité du matériel sur le long terme, et l'inévitable respect des sacro-saintes normes européennes, avec le coût engendré par la mise en conformité. Mais que personne ne sous-estime la technologie chinoise !

Et retenez bien des marques comme Siger, Monitex ou Rolence : elles sont chinoises et débarqueront chez nous sous peu. Après tout, le Japon a bien réussi... ■





Rendez-vous à Dubaï

En 2007, le Congrès dentaire mondial se tiendra à Dubaï, aux Émirats Arabes Unis.

Ce sera une première pour un pays arabe, en 107 ans d'histoire de la FDI. Ce sera aussi, pour les participants, l'occasion de changer une nouvelle fois d'alphabet, et de se plonger dans un monde sensiblement plus luxueux que la Chine.

Les EAU sont en effet un pays hautement développé bénéficiant de 1.000 dentistes pour 4 millions d'habitants. La croissance économique du secteur médical s'est affichée à 35% en 2005.

Selon JT Barnard, Directeur exécutif de la FDI, Dubaï sera l'endroit idéal pour un Congrès, notamment grâce aux instructions déjà données par le cheikh Hamdan Bin Rachid Al Maktoum, dans le but de mobiliser tous les efforts de l'État en support de l'événement.

Gage prometteur : les frais de visa pour Dubaï ont déjà été annulés pour tous les participants au Congrès...

Laissez-vous donc tenter ! ■



CONGRÈS 2006

Palais des Congrès - Place de la Porte Maillot - 75017 Paris

L'EXPOSITION INTERNATIONALE du 22 au 25 novembre

// Nouveautés 2006

- **Un nouvel espace pour les vêtements professionnels**
Venez essayer et choisir vos blouses en toute tranquillité!
- **Prix de l'innovation**
Tous les visiteurs sont invités à voter pour élire le stand le plus innovant de l'exposition

■ 22 000 M²
D'EXPOSITION

■ 345 EXPOSANTS
INTERNATIONAUX

■ À CHAQUE NIVEAU
SA COULEUR ET
SA THÉMATIQUE



comident

Pour tout renseignement avant l'ouverture du Congrès - Tél. : 01 58 22 17 37 - www.adf.asso.fr

Dernières chances de peer-reviews...


Rappel : nos possibilités de peer-reviews 2006 sont impressionnantes (800 sessions !), **mais les chances d'y participer arrivent à leur terme.**

Nos sujets 2006 :

- Piercings buccaux, dangers réels ?
- Jusqu'au bout de la Nomenclature

Reportez-vous au bulletin d'inscription ci-dessous pour les disponibilités au moment de mettre sous presse.

COMPLÈT = trop tard

 = plus que quelques places, vite !

Vous le savez : le règlement de l'accréditation est très strict, ce qui nous oblige à une certaine discipline.

Ainsi, chaque inscrit participera à 2 sessions consécutives, entrecoupées d'un simple petit quart d'heure de détente.

Chaque horaire proposé est donc valable pour 2 sessions consécutives, dont les heures de début sont mentionnées. Chaque session dure 90 minutes. Le COD affecte les participants dans des groupes en tenant compte autant que possible des préférences mentionnées sur les bulletins d'inscription. Les affectations finales sont sans appel et se font en tenant compte des critères suivants, dans l'ordre :

- date de réception du règlement
- nombre de participations aux activités de formation continue COD en 2006

En cas d'indisponibilité, et en raison des règles de limitation en participants imposées par l'accréditation, vous serez affecté dans un autre groupe. En aucun cas, il n'est possible d'annuler une par-

ticipation à un peer-review et aucun remboursement n'est prévu pour quelque raison que ce soit (sauf naturellement en cas d'indisponibilité totale de notre part dans toutes les sessions).

Nous sommes persuadés que vous ferez vôtres ces règles élémentaires, qui garantissent une participation efficace et dans la plus parfaite sérénité, puisque, grâce à elles, l'accréditation de nos peer-reviews est tout simplement garantie ! Pas de mauvaise surprise au COD.

Dernière chose : comme toujours au COD, tout est compris dans le prix de 75 euros : inscription aux deux sessions, location, présentation d'un exposé, modération, gestion de votre dossier avec l'INAMI et pause-café. Et bien entendu, aucune cotisation d'utilisateur à régler pour y avoir accès... ■

Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl BP 1091, 6000 Charleroi 1 ou par fax au 071 33 38 05
Renseignements complémentaires éventuels au 04 73 41 51 67 ou par mail : info@cod.be

Nom & prénom :
 N° INAMI :
 Adresse :
 Code postal : Localité :
 GSM : Mail:
 Nom & adresse pour l'attestation fiscale, si différent :

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CAPITALES SVP
 (NOUS NE POUVONS DONNER SUITE À DES BULLETINS ILLISIBLES OU INCOMPLÈTS)


Je m'inscris à 2 PEER-REVIEWS COD 2006..... 75 EUR

Mes préférences sont (cochez autant de cases que vous le souhaitez, nous essaierons de vous donner satisfaction) :

Je 19/10 Dentex (Holiday Inn)

- 08h30 + 10h15 **COMPLÈT**
- 12h00 + 13h45 **COMPLÈT**
- 15h00 + 17h15 **COMPLÈT**

Sa 9/12 Lamoral

- 08h30 + 10h15 
- 12h00 + 13h45

- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte 001-3545567-02 du COD (coord. internationales en p.3)
- Veuillez charger ma carte de crédit pour le montant de l'inscription

  N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire en page 49 du JOD n°19).

Date : Signature :





Nom & prénom :
 N° INAMI :
 Adresse :
 Code postal : Localité :
 GSM : Mail:
 Nom & adresse pour l'attestation fiscale, si différent :

**ÉCRIRE
LISIBLEMENT
EN CAPITALES SVP**
 (NOUS NE POUVONS DONNER SUITE
À DES BULLETINS ILLISIBLES OU INCOMPLETS)

1. Inscription(s)

Je m'inscris aux activités de formation continue selon les modalités suivantes :

- ÉCHECS & SOLUTIONS - LE BEST OF DU COD (ve 17/11/2006) - Charleroi**
- Base 1 X 180 = EUR
 J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : X 90 = EUR
 Frais en cas en cas de règlement reçu après le 6/11/2006 + 50 = EUR
- DTD « PARODONTOLOGIE DE CONSERVATION » (sa 16/12/2006) - Bruxelles**
- Base 1 X 180 = EUR
 J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : X 90 = EUR
 Frais en cas en cas de règlement reçu après le 8/12/2006 + 50 = EUR
- Montant de base =** EUR

2. Réduction(s) (Lire les conditions en page 49 du JOD N°19)

- Je suis «conjoint/collaborateur»⁽¹⁾ ou «jeune/étudiant»⁽²⁾, donc je bénéficie d'une réduction de 5% EUR
- ⁽¹⁾ Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base :
⁽²⁾ Année du diplôme / université :
- Total à régler =** EUR

3. Règlement (Les places sont attribuées par ordre de réception du règlement)

- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte 001-3545567-02 du COD (coord. internationales en p.3)
- Veuillez charger ma carte de crédit

  N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

4. Validation

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire en page 49 du JOD n°19).

Date : Signature :

Classe A new generation | **A9** liberté de mouvement



A9, synonyme de liberté de mouvement, design ergonomique, fonctionnalité et polyvalence.

Par sa polyvalence ce unit compacte vous propose plusieurs **solutions ergonomiques** afin de vous garantir les meilleures prestations et une fonctionnalité optimale. Ceci dans toutes les positions de travail entre 8 heures et 13 heures, avec ou sans assistante. Une union entre la qualité et l'esthétique, un fonctionnement optimal et un design captivant.

Matériaux solides d'une finition de qualité supérieure, fonctionnalité, électronique numérique basée sur une technologie ultraperformante, facile à entretenir, simple à utiliser ne sont que quelques caractéristiques de cet **équipement polyvalent**.

Le scialytique Venus Plus est la lampe d'opération fonctionnelle, réglable en 3 axes. Le soft-start et l'intensité réglable jusqu'à 35.000 Lux, garantissent un éclairage idéal du champ opératoire.

Le **système Hygiène Anthos** propose plusieurs options, afin de répondre aux normes Européennes les plus exigeantes.



anthos

*Découvrez au Lamoral Training Center ce que Anthos peut signifier pour vous.
Neder-over-Heembeek • 1.000 m² d'exposition permanente • A visiter sur rendez-vous*

lamoral
Dental | Equipment