

Töclating 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'Omnipratique 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

• N° 27 •

Mai - Juin 2007

Jod

• Journal d'omnipratique dentaire •

Retraitement endo

Sutures

Chicago Midwinter

IDS

Paris Descartes

**Herluf
Skovsgaard**

CHARLEROI • SAMEDI 12 MAI 2007

**Bousculer les limites
de l'endodontie**

BRUXELLES • SAMEDI 9 JUIN 2007

**Trucs & ficelles
en petite chirurgie buccale**

j.j.maes sygma

UNITS

FEDESA • CORAL



FEDESA



Convivialité, performance et rapport qualité/prix sont les principes qui ont guidé la réalisation de l'unité CORAL. Aucun effort n'a été épargné par FEDESA pour vous offrir ce concept au design magnifique.

Design compact,
équipement complet,
usage polyvalent
et rapport qualité/prix.



VERSIONS
POUR DENTISTES
DROITIER et
GAUCHER



j.j.maes sygma

Parkstraat 34
3070 Kortenbergh
Tél. 02 759 42 52



www.jjmaessygma.be



Édito

À la poursuite de l'excellence

Il n'y a rien de plus contagieux que la médiocrité (à part la varicelle, peut-être). Regardez autour de vous : dès qu'un piètre élément s'insinue dans un milieu, il semble jouer du diapason pour tous les autres. Le nivellement par le bas semble la règle.

Fort heureusement, il existe un vaccin contre cette épidémie : la poursuite inébranlable de l'excellence. De quoi s'agit-il ? Tout simplement de la tolérance zéro en matière de qualité. Refusez la moindre concession qui rendrait acceptable la concession suivante !

Naturellement, la perfection n'est pas ce monde. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'être parfait — vaine prétention — mais d'être *simplement* excellent, de s'inscrire dans une poursuite du mieux possible.

Cette poursuite de l'excellence, il ne tient qu'à vous de l'appliquer au quotidien. Faites de l'excellence un principe fondamental pour vous-même, et vous verrez à quel point vous rayonnerez : vous deviendrez un vecteur d'excellence dans vos activités professionnelles et plus largement dans votre vie, vous serez un modèle qui suscite l'enthousiasme, vous serez un spécialiste de l'effet « Waw ! ».

Non seulement vous éviterez de sombrer dans les pièges de la routine, non seulement vous ressourcerez votre passion pour l'odontologie (faire une cavité occlusale trente après l'obtention de votre diplôme ne peut être passionnant que si vous utilisez la 73^{ème} manière de le faire, meilleure que la 72^{ème}, elle-même meilleure que chacune des précédentes), mais en plus vous découvrirez vite les bienfaits économiques de ce renouveau : oui, on gagne mieux sa vie en étant bien dans son métier !

La poursuite de l'excellence est aussi le principe qui guide le COD. Grâce à un programme annuel qui mise sur la qualité, grâce à nos partenaires éditeurs chez qui nous puisons un excellent digest de la littérature scientifique, grâce à nos contacts internationaux que nous vous faisons partager dans ces colonnes, nous voulons inspirer en vous l'envie d'exceller dans votre rôle d'odontologiste.

N'hésitez jamais à exceller ! ■

- **La photo** > 4
- **Programme scientifique** > 7
 - **Prochaines activités**
 - Endodontie > 9
 - Petite chirurgie > 11
 - **Plan de traitement**
 - Les objectifs du retraitement endodontique > 12
 - **Guide clinique**
 - Les sutures en petite chirurgie buccale > 20
 - **Envoyé spécial**
 - Pèlerinage à Chicago > 27
 - **Show**
 - Deux jours au salon IDS à Cologne > 34
 - **En direct du COD**
 - Herluf Skovsgaard : l'ergonomie en solo > 37
 - **Reportage**
 - 2^{èmes} Journées odontologiques de Paris Descartes > 40
 - **Accréditation** > 45
 - **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 : 34 EUR/an
Monde : 58 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, 2007
Reproduction interdite sauf accord



Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP

La photo

La plaque dentaire, de l'avis scientifique général, reste l'ennemi public numéro 1 de la bonne santé buccale. Aussi bien en matière de carie dentaire que d'initiation et d'entretien des parodontopathies, elle représente le plus grand commun dénominateur des pathologies contre lesquelles nous luttons.

De l'avis général, la visualisation de la plaque dentaire est essentielle à la bonne compliance du patient, car elle apporte un caractère matériel à un ennemi d'ordinaire invisible, et il n'y a pas d'âge pour en tirer profit.

À ce titre, la disparition, dans l'Accord dento-mutualiste 2007-2008, du projet N0506/09 « Coloration de plaque dentaire » revêt tous les aspects d'une erreur. Est-ce l'échec de la prestation de screening DPSI, tellement mal ciblée, pour des raisons budgétaires, sur une tranche d'âge où les signes de la parodontite sont rarement objectivables, qui a retenti négativement sur d'autres projets préventifs plus pertinents ?

Consolation : l'absence de la coloration de plaque dans la Nomenclature, et l'existence d'un projet ancien d'introduction — même avorté — nous autorisent sans la moindre ambiguïté à nous faire honorer totalement librement, à chaque fois que notre liberté diagnostique et thérapeutique nous prescrit de mettre en œuvre cette prestation.

N'hésitons pas : cela met en quelque sorte les décideurs face aux conséquences délétères de leurs choix.







Dual. Universel. Sûr.

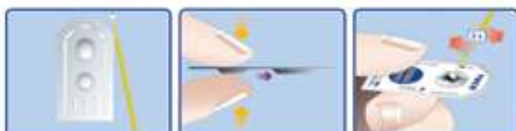
Futurabond DC

Le premier bonding automordançant à durcissement dual en *SingleDose*

- **Dual**
Bonding automordançant à durcissement dual, polymérisation sûre sans action de la lumière
- **Universel**
Pour toutes les restaurations directes/indirectes et tous les composites à durcissement photo, dual et auto, idéal pour l'utilisation dans le canal radiculaire
- **Sûr**
Adhésion dentinaire à la cisaille élevée, étanchéité permanente du joint, tolérant l'humidité, réduisant des sensibilités post-opératoires



Manipulation très simple!



Pressez puis collez tout simplement!

VOCO Centre de Service:

Jacques Wouters · GSM 0495 - 223922 · Tél./Fax 081 - 461648
Quentin Montfort · GSM 0475 - 255112 · Tél./Fax 071 - 84 45 38

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

VOCO

La recherche scientifique créative

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

2007

La Qualité...
sinon rien !

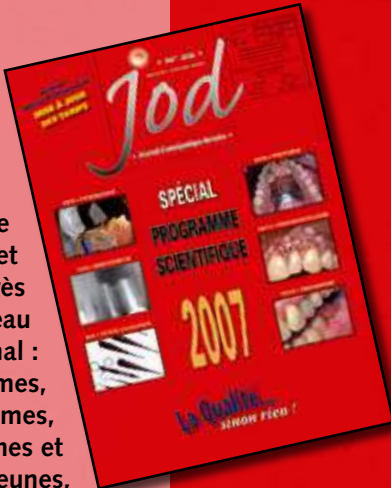
En 2007 encore, le COD vous offre un programme varié et d'un très haut niveau international : des hommes, des femmes, jeunes et moins jeunes, académiciens ou praticiens libéraux, viendront partager avec nous leur savoir, leur expérience, leurs doutes, leurs succès, leurs erreurs...

Vous allez adorer !

Depuis le lancement de ce programme le 15 janvier dernier, le COD a battu ses records d'inscriptions, et l'activité du 23 mars a déjà rassemblé 370 participants !

Faites votre choix aussi vite que possible, comme les centaines de Consœurs et Confrères qui ont déjà verrouillé leur participation pour toute l'année scientifique ! Après cette démarche prévoyante, vous n'aurez plus aucun souci pour le reste de l'année ! Tous les détails utiles figurent dans le JOD n°25 de janvier 2007 (voir ci-dessus).

Vous l'avez égaré ? Demandez-nous un nouvel exemplaire au 0473/41.51.67 ou par mail à l'adresse info@cod.be. Nous vous enverrons ce nouvel exemplaire gratuitement dans les 24 heures.



SAMEDI 12 MAI 9h00 - 17h00 CHARLEROI		Bousculer les limites de l'endodontie Bertrand Khayat Accréditation : demandée - 40 UA 4 Agrément : 6 heures
SAMEDI 9 JUIN 9h00 - 17h00 BRUXELLES		Trucs & ficelles en petite chirurgie buccale Huan Pham Accréditation : demandée - 10 UA 1 + 30 UA 6 Agrément : 6 heures
SAMEDI 29 SEPTEMBRE 9h00 - 17h00 NAMUR		Présent & avenir de la prothèse amovible partielle métallique Jean Schittly - Estelle Schittly Accréditation : demandée - 40 UA 7 Agrément : 6 heures
VENDREDI 16 NOVEMBRE 9h00 - 17h00 CHARLEROI		Chirurgie plastique parodontale Alain Borghetti - Virginie Monnet-Corti Accréditation : demandée - 40 UA 6 Agrément : 6 heures
SAMEDI 15 DÉCEMBRE 9h00 - 17h00 BRUXELLES		DENTAL THEMA DAY Odontologie & Tabagisme Marcel Frydman - Joël Itic Charles Micheau - Marion Adler Accréditation : demandée - 20 UA 1 + 20 UA 6 Agrément : 6 heures

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**.

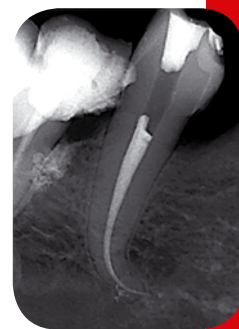
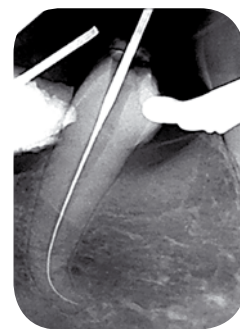
Le boîtier du capteur, compact et design, est étudié pour se positionner à l'endroit de votre choix grâce à ses systèmes d'accroches. Le capteur est fixé au boîtier Wifi et se range dans un support conçu à cet effet. La transmission de l'image se fait en temps réel grâce à la technologie Wifi. Le Krystal-X 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 Sara
1420 Braine l'Alleud
Tél. + 32 (0)2 384 30 99
Email : info-benelux@owandy.com
www.owandy.com

CHARLEROI SAMEDI 12 MAI 2007

Bousculer les limites de l'endodontie



Objectifs de ce cours — Bousculer les certitudes, voici le propre de la Science et de la formation continue. Pour l'endodontie, ces dix dernières années ont été riches en bousculades, mais sommes-nous au bout de nos surprises ?

Si les concepts demeurent intacts, les méthodes pour parvenir aux objectifs subissent de perpétuelles évolutions. Parallèlement, les possibilités et les taux de succès endodontiques deviennent tels que le pronostic conservateur remet en question bien des plans de traitement prothétiques basés sur les implants.

Cette journée savoureuse a été conçue pour ouvrir les perspectives de l'endodontie de demain, qui trouve pourtant déjà ses applications dès aujourd'hui dans nos choix thérapeutiques, et qui est à la portée de l'omnipraticien qui souhaite la saisir.

Au pupitre : un conférencier d'exception qui a fait toute sa formation aux États-Unis.




Bertrand Khayat

DCD
Certificat en endodontie
Master en Endodontie
Professeur adjoint
d'endodontie
(Université de Pennsylvanie)
Pratique privée limitée à
l'endodontie à Paris
depuis 1985

PROGRAMME

- 8h30 Accueil et petit déjeuner
- 9h00 Endodontie et implants :
quand faut-il conserver ou extraire ?
- 10h30 Pause-café
- 11h00 Nouveaux inserts à ultrasons
en endodontie conventionnelle
- 12h30 Fast Lunch **NEW**
- 13h30 Préparation canalair : le nickel-titane tient-il
toutes ses promesses ?
- 15h00 Pause-café & desserts
- 15h30 Chirurgie endodontique
ou endodontie chirurgicale ?
- 17h00 Fin et formalités administratives

Fiche technique de ce cours

 Organisateur COD asbl agréé par l'INAMI sous le n°125	Quand ?	Samedi 12 mai 2007, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)		
	Où ?	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)		
	Disponibilité ?	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)		
	Accréditation ?	OUI : demandée - 40 UA domaine 4		
	Agrément ?	OUI : 6 heures		
	Combien ?	Montant de base tout compris :	184,- EUR	
		Après 5/5/2007 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) :	+100,- EUR	
	Réductions* ? <small>* conditions en page 45 du JOD n°25</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant :	179,- EUR	
		Réduction-fidélité :	possible jusque 250,- EUR !	
	S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page		



Pour les instruments de haute précision, faites plutôt appel aux professionnels !!

Les aiguilles Septodont vous assurent un niveau de qualité inégalé.

D'après une récente étude indépendante, il existe d'importantes différences de qualité entre les différentes marques d'aiguilles disponibles sur le marché. Des images prises au microscope numérique révèlent plusieurs défauts de fabrication : aiguilles épointées, présence d'échelles, coupe dentelée, etc. (cf. images des marques A, B et C). L'aiguille qui semble offrir la meilleure qualité est la SEPTOJECT de la société SEPTODONT.

Le praticien doit toujours fournir la meilleure qualité de service, en se dotant notamment des meilleurs instruments. Pour cette raison, il est vital pour lui d'être informé des produits les plus performants du marché. Les aiguilles SEPTODONT sont les meilleures aiguilles disponibles sur le marché.

(Une copie de l'étude dans sa version intégrale est disponible sur demande.)



Marque A

Marque B

Marque C

SEPTODONT

SEPTODONT NV-SA

Av. de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles
Tél. (+32.2) 425 60 37 • Fax (+32.2) 425 36 82
order@septodont.be • www.septodont.be



1932-2007

The world leader in pain control

BRUXELLES SAMEDI 9 JUIN 2007

Trucs & ficelles en petite chirurgie buccale



Objectifs de ce cours — La chirurgie muco-alvéolaire fait partie intégrante du champ d'activité du dentiste généraliste. Elle correspond souvent à des demandes simples de la part de nos patients, ou parfois au contraire elle est rendue nécessaire par notre vision technique d'une réhabilitation — et il convient alors que nous la présentions et la défendions face à un patient hésitant.

Dans un cas comme dans l'autre, cette « petite » chirurgie ne doit être ni banalisée (ce qui ouvrirait la porte à des erreurs et des complications) ni dramatisée (ce qui aboutirait au rejet par le patient ou à la délégation trop systématique par le praticien).

Cette journée très clinique a été conçue dans ce sens : mettre en lumière les petits détails qui feront les grandes différences dans vos résultats. Notre trouvaille : un conférencier nord-américain, direct, pratique, didactique, et en plus très humoristique, qui vous tiendra en haleine sans difficulté.



Huan Pham

B.A. en biologie (Univ. de Californie Los Angeles)
D.D.S. (Univ. de Montréal)
M.S. en chirurgie buccale et maxillo-faciale (Univ. Mc Gill)
Exercice privé et hospitalier de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale à Montréal
Chargé de cours à l'Université de Montréal
Ancien président de l'Association des Spécialistes en Chirurgie Buccale et Maxillo-Faciale du Québec

PROGRAMME

- 8h30 **Accueil et petit déjeuner**
- 9h00 **Actualiser l'anesthésie locale**
- 10h30 **Pause-café**
- 11h00 **Extraire de manière atraumatique**
- 12h30 **Fast Lunch** **NEW**
- 13h30 **Gérer les inclusions dentaires**
- 15h00 **Pause-café & desserts**
- 15h30 **Améliorer la chirurgie pré-prothétique**
- 17h00 **Fin et formalités administratives**

Fiche technique de ce cours



Organisateur



COD asbl
agrée par l'INAMI
sous le n°125

<i>Quand ?</i>	Samedi 9 juin 2007, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
<i>Où ?</i>	CERIA, 1 avenue Émile Gryzon 1070 Anderlecht (Bruxelles)	
<i>Disponibilité ?</i>	840 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
<i>Accréditation ?</i>	OUI : demandée - 10 UA domaine 1 + 30 UA domaine 6	
<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures	
<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris :	184,- EUR
	Après 2/6/2007 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) :	+100,- EUR
<i>Réductions* ?</i> <small>* conditions en page 45 du JOD n°25</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant :	179,- EUR
	Réduction-fidélité :	possible jusque 250,- EUR !
<i>S'inscrire !</i>	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	

Les objectifs du **re**traitement



prev. rel. in
"Le retraitement endodontique"
© ADF, 2006

L'étiologie microbienne des maladies pulpaires et périapicales n'est plus à démontrer [Kakehashi et coll 1965, Möller et coll 1981]. L'infection endodontique est un processus dynamique qui dépend des nutriments disponibles dans le canal principal, dans le réseau canalaire secondaire et dans les canalicules dentinaires mais aussi du niveau d'oxygène et du pH [Sundqvist et Figdor 2003].

Ces conditions du développement bactérien sont particulièrement difficiles dans les infections persistantes ou acquises (défaut d'asepsie, percolation coronaire) après traitement endodontique initial. Que ce traitement initial soit une biopulpectomie ou celui d'une nécrose (avec ou sans pathologie périapicale), les micro-organismes doivent affronter les divers antiseptiques utilisés au cours des préparations canales et présents dans la plupart des matériaux d'obturation canalaire transitoires ou définitifs.

De plus, la quantité de nutriments disponible est beaucoup plus faible. Les conditions écologiques et l'anaérobiose présentes dans l'endodonte partiellement traité vont favoriser des sélections. Les associations bactériennes qui en sont issues sont peu nombreuses mais particulièrement résistantes. Par ailleurs, le développement de microorganismes extra radiculaires et la formation de biofilms intra canaux et extra radiculaires ont plus récemment été décrits [Tronstadt et coll. 1990, Siqueira et Lopes 2001, Sunde et coll. 2002]. Leur éradication paraît difficile ou impossible par la voie orthograde [Nair et coll 1999]. Parallèlement, la présence de corps étrangers extra radiculaires ou de "kyste vrai" a été évoqué [Simon 1980, Nair 1999] mais cette étiologie demeure rare eu égard au facteur bactérien [Friedman 2002].

> A. CLAISSE, P. BOGAERTS, J.Y. COCHET, M. GUIGAND,
D. ORIEZ, L. POMMEL, S. SIMON

endodontique

Friedman, en 2002, distinguent ces parodontites apicales et les nomment : “parodontites apicales post thérapeutiques”. Il met ainsi en exergue le caractère résistant de ces infections et leur difficulté thérapeutique à laquelle s’ajoutent les difficultés techniques et cliniques.

L’objectif essentiel du traitement endodontique initial est de traiter ou de prévenir l’apparition de la parodontite apicale (PA) [Haapasalo et coll.2003]. Cet objectif repose sur la réalisation d’une cavité d’accès coronaire, de la mise en forme et de la désinfection de tous les canaux, de l’obturation tridimensionnelle de l’endodonte et de la réalisation d’une restauration coronaradiculaire étanche. Ainsi, la conservation de la dent restitue la fonction et l’esthétique.

Le retraitement endodontique (RTE) par la voie coronaire renouvelle la procédure du traitement initial lorsque ce dernier s’avère incorrect. Il doit néanmoins permettre de retrouver la perméabilité apicale afin d’atteindre les mêmes objectifs. Comme la plupart des pathologies, la parodontite apicale (PA) peut être traitée lorsque la cause est éliminée. Lorsqu’un traitement précédent est présent, ceci repose sur le retraitement endodontique par la voie coronaire orthograde (RTEO) ou/et rétrograde (RTER) (endodontie chirurgicale) pour les étiologies extraradiculaires.

Contre-indications

1. L’état général du patient

• Prophylaxie de l’endocardite infectieuse

Les contre-indications concernant la prophylaxie de l’endocardite infectieuse suivent les recommandations de l’ANAES. En France, l’incidence

de l’endocardite infectieuse se situerait aux environs de 1.500 cas par an. La mortalité reste stable et se situe entre 15 et 25 %. La prise en charge est onéreuse en raison de la longueur de l’hospitalisation et du recours fréquent à la chirurgie cardiovasculaire. Concernant la prophylaxie, il n’y a pas de preuve véritable de l’efficacité ou de l’inefficacité de l’antibioprophylaxie.

Dans ce contexte, le groupe de travail de l’ANAES rappelle l’augmentation préoccupante du nombre de microorganisme de moindre sensibilité aux antibiotiques, ce qui doit conduire à restreindre leur utilisation. Il suggère d’autre part, de maintenir le principe de l’antibioprophylaxie lors de gestes à risque chez des patients à risque mais, d’en réduire les indications.

Enfin il établit quelques recommandations.

Recommandations

- Recommandation 1

Définition des groupes à risques (Tableau 1).

Groupe A Cardiopathies à haut risque	Groupe B Cardiopathies à risque moins élevé
<ul style="list-style-type: none">• Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bio prothèses)• Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales (pulmonaire-systémique)• Antécédents d’endocardite infectieuse• Candidats à la chirurgie vasculaire	<ul style="list-style-type: none">• Valvulopathies : IA, IM, RA*,• PVM* avec IM et/ou épaissement valvulaire• Bicuspidie aortique• Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf CIA*• Cardiomyopathie hypertrophique obstructive (avec souffle à l’auscultation)

Tableau 1. Cardiopathies à risque d’endocardite infectieuse (ANAES)

* IA : insuffisance aortique ; IM : insuffisance mitrale ; RA : rétrécissement aortique ;

* PVM : prolapsus de la valve mitrale ; CIA : communication inter auriculaire

(cardiopathie non à risque)

Le retraitement endodontique est contre-indiqué chez les patients des deux groupes à risque

(recommandations ANAES)

- Recommandation 2 : importance des mesures d’hygiène

Elles comportent la prévention et la lutte contre tous les foyers infectieux de l’organisme et concernent les mesures d’hygiène corporelle ainsi que le respect des protocoles d’asepsie de tous les gestes thérapeutiques. Les actes invasifs entraînant une effraction tissulaire doivent être limités et lorsque ils sont indiqués, ils sont précédés par la désinfection du site opératoire (Chlorhexidine).

La mise en place du champ opératoire caoutchouté (digue) et étanche lors des manœuvres endodontiques est obligatoire. Il doit être également désinfecté.

- Recommandation 3 : gestes concernant la cavité bucco-dentaire

Les soins doivent être pratiqués en un minimum de séances qui seront espacées d’au moins 10 jours si le recours à l’antibioprophylaxie est nécessaire. La biopulpectomie est indiquée sous certaines conditions.

- Recommandations 4 et 5

Elles concernent des gestes à risques autres que buccodentaires et préconisent des mesures d’ordre général. ●●●

●●● Recommandation 6 : modalités de l'antibioprophylaxie (Tableau 2)

Remarques & réflexions

Les conséquences de cette prophylaxie de l'endocardite infectieuse systématique appellent quelques remarques et réflexions 0:

- Avulsion systématique et restauration des fonctions

Le RTE trouve son indication face à une pathologie établie ou potentielle. Par conséquent, sa contre-indication induit un acte chirurgical irréversible (avulsion) à risque bactériémique élevé [Scully et coll 2003] et aucun consensus ne peut s'établir devant cette ambiguïté.

Les impératifs fonctionnels, après avulsion, imposent quelques traitements prothétiques qui ne sont pas sans effets, tels que :

- la pose d'implant impliquant deux risques supplémentaires de bactériémies (stade 1 et stade 2) avec antibioprophyllaxie à chaque séance.

- la préparation de dents collatérales saines, si elles sont présentes, pour réaliser un pont prothétique, ce qui n'élimine pas un risque (même faible) de nécrose à moyen ou long terme [Bergenholtz et Nyman 1984].

- la réalisation d'une prothèse partielle amovible qui pourrait dans certains cas entraîner quelques risques de bactériémie (blessures, altérations des piliers support des connexions, nécessité de coiffer les dents supports de connexion afin de respecter les règles d'insertion) mais aussi des problèmes socioculturels.

Le patient préfère alors conserver une dent déjà traitée même si ce traitement est inadéquat.

- Le taux de succès du RTE

D'autre part, le travail épidémiologique de la "The Toronto study" dirigé par Shimon Friedman, Farzaneh et collaborateurs (2004) relève quatre études répondant aux critères de la médecine par la preuve (evidence based) au cours des cinquante dernières années. Le taux de succès moyen du RTE est de 82,25 %.

La "Toronto study" (les dents fracturées ayant été exclues) donne un pourcentage de succès de 78 % lorsque une

	Produit	Posologie et voie d'administration Prise unique dans l'heure précédant le geste
β-lactamines	Amoxicilline	3 g per os*
Allergie aux β-lactamines	Pristinamycine ou clindamycine**	1 g per os 600 mg per os

Tableau 2. Antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse lors de soins dentaires

* 2 g per os si poids du sujet < 60 kg ou intolérance préalable

Posologies pédiatriques per os : amoxicilline 75 mg/kg ; clindamycine : 15 mg/kg ; pristinamycine : 25 mg/kg

** Le pourcentage respectif de souches de streptocoques de sensibilité diminuée à ces deux antibiotiques doit être pris en considération dans le choix

Administration des antibiotiques dans le respect des contre-indications et des conditions habituelles d'utilisation et de surveillance,

parodontite apicale est installée avant le RTEO et 97 % en l'absence de parodontite apicale préalable au RTEO. Cette donnée met en exergue la nécessité préventive du RTEO.

La recherche de facteurs associés susceptibles d'influencer le résultat montre que la présence de perforation préalable au RTE semble un élément déterminant, le taux de succès chute alors à 42 % versus 86 % en l'absence de perforation. Il faut enfin préciser que ce travail a été conduit par des endodontistes ou futurs endodontistes en cours de "spécialité" de l'université de Toronto.

En résumé, les résultats montrent que quatre dents sur cinq peuvent être sauvées, et qu'un diagnostic précis est bien un élément déterminant dans le pronostic.

- Les règles de bonne pratique

Les règles de bonne pratique (guidelines) de l'Association Européenne d'Endodontie (ESE), font mention de contre indication au RTE en se référant aux critères de l'Association Américaine d'Anesthésiologie (AAA) (Tableau 3) qui établit cinq états physiques allant du meilleur état de santé (Stade I) au plus faible (stade V).

Pour l'ESE la contre indication intervient au stade IV correspondant à un patient atteint de maladie systémique sévère limitant son activité et représentant une menace permanente pour sa vie.

Tableau 3. Classification de "l'American Society of Anaesthesiologists" [Tenenbaum et coll. Les matériaux de substitution osseuse; DossierADF; 2005].

Classification ASA	Statut physiologique	Précautions thérapeutiques
ASA I	Bon état général	- Aucune
ASA II	Affection générale légère à modérée médicalement stable	- Réduire le stress - Précautions mineures
ASA III	Affection générale sévère limitant l'activité	- Exposition minimale au stress - Précaution au cours des soins - Consultation médicale nécessaire
ASA IV	Affection générale sévère limitant l'activité et représentant un risque vital	- Soins minimum en urgence au fauteuil - Soins spécifiques en milieu hospitalier - Consultation médicale urgente
ASA V	Espérance de vie inférieure 24 heures	- Pas de soins dentaires

Pour l'American Association of Endodontists (AAE), les règles de bonne pratique ne font pas état d'indication ou de contre-indication au RTE en présence de risque d'endocardite. Seul l'antibioprophylaxie est évoquée et rejoint la position de l'ANAES.

Par contre, l'AAE préconise une évaluation préalable du cas à l'aide d'un formulaire, incluant les difficultés thérapeutiques soigneusement énumérées et l'état général du patient, afin de référer ce dernier à un endodontiste qualifié. Le stade de l'ASA recommandé comme niveau de référence est le stade III, correspondant à un patient atteint de maladie systémique sévère limitant son activité mais sans qu'il soit immobilisé.

Enfin, concernant la pathogénie de l'endocardite, les streptocoques oraux seraient moins fréquemment mis en cause qu'on ne le pensait. Et lorsqu'ils sont impliqués, les bactériémies responsables surviendraient plus souvent au cours des attitudes normales de l'hygiène bucco-dentaire (brossage, fil, bâtonnets, irrigation avec jet) ou de la mastication plutôt que de gestes thérapeutiques buccodentaires [Pallasch et Wahl 2003].

- Conclusions

L'ensemble de ces considérations peut alors aboutir à une autre attitude que celle préconisée par l'ANAES concernant, au moins, les patients du groupe B. Il peut alors être laissé aux jugements concertés du praticien et du cardiologue, d'envisager le RTEO sous antibioprophyllaxie et dans les mêmes conditions que lors d'une biopulpectomie.

Trois conditions sont alors requises : traitement sous champ étanche et désinfecté, accessibilité totale de l'endodonte et parfaite conduite de la procédure en une séance.

Lorsque ces trois conditions ne sont pas remplies, l'extraction est recommandée lors de la même séance.

Le choix thérapeutique doit tenir compte de facteurs associés (âge, insuffisances cardiaque, rénale, respiratoire ou hépatique, diabète, immunodépression acquise ou thérapeutique (corticothérapie, immunosuppresseurs...), mais il dépend aussi de l'état buccodentaire, de la présence d'abcès récent,

de PA et d'allergie. Enfin, la **référence à un praticien qualifié** en endodontie, qui conviendra d'un plan de traitement en accord avec le cardiologue traitant, peut être une alternative conservatrice à l'avulsion ou à d'autres thérapeutiques invasives.

La **surveillance**, radiologique et clinique du patient, est obligatoire.

L'information préalable du patient et son adhésion au traitement proposé (consentement éclairé) sont nécessaires. Le patient doit en outre être informé qu'il doit consulter son médecin avant toute prise de médicament si des symptômes ou une fièvre apparaissent dans le mois qui suit le geste dentaire.

• Prophylaxie de l'infection articulaire

Toute prothèse orthopédique articulaire peut faire l'objet d'une infection secondaire par bactériémie. Lorsque cette éventualité est tardive par rapport à l'acte chirurgical, il ne s'agit vraisemblablement pas d'une infection nosocomiale. Le foyer initial suspecté est souvent bucco dentaire, surtout si la bactérie isolée est un hôte commensal de la cavité buccale. Une telle situation peut imposer le retraitement ou l'avulsion de dent nécrosée ou avec une PA.

La décision est laissée au jugement du praticien et du chirurgien orthopédiste.

Les candidats à la chirurgie orthopédique articulaire doivent faire l'objet

de précautions à l'égard du risque infectieux surtout après une corticothérapie. L'équipe soignante peut alors prendre les mêmes options. Toutefois, les controverses existent et rien n'a été prouvé. C'est pourquoi il est recommandé à l'équipe soignante, odontologique et orthopédique, de prendre en charge chaque patient de manière individuelle.

• Infection par le VIH

L'infection par le VIH peut présenter trois stades : primo infection asymptomatique, ARC (AIDS-related complex) et SIDA.

Le rôle du chirurgien dentiste dans le dépistage et le diagnostic de cette maladie est prépondérant puisque certaines lésions buccales peuvent en être la seule manifestation clinique.

Le rôle du praticien est aussi d'éviter la possibilité de transmission virale aux autres patients et au personnel soignant, sans refuser de traiter les cas avérés. En effet, aux cours des deux premiers stades de la maladie, en fonction de l'évolution et des signes cliniques, le retraitement sous antibioprophyllaxie, peut être envisagé au cas par cas en accord avec le médecin traitant. Il répondra alors aux mêmes exigences que la prévention de l'endocardite.

Au stade SIDA, la conservation de dents présentant un foyer infectieux n'est pas envisageable. ●●●

Déjà indispensable pour des motifs odontologiques dans toutes les procédures endodontiques, la digue revêt un caractère vital pour les patients à risque du groupe B



••• • **Radiothérapie de la sphère ORL**

Le délai d'évolution vers la guérison d'une lésion d'origine endodontique, en cas d'indication de radiothérapie, et son appréciation, ne permettent pas la réalisation de RTE. Ainsi, tout foyer infectieux doit être éradiqué avant radiothérapie de la sphère O.R.L.

2. Contre-indications odontostomatologiques

La maladie parodontale est le premier élément à analyser avant de poser l'indication d'un retraitement.

Elle se caractérise par une atteinte multiple ou globale de l'ensemble de la denture. Sous toutes ses formes (mobilité, sensibilité à la pression, formes abcédées), elle peut évoquer une affection d'origine endodontique, surtout lorsque cette dernière s'extériorise par le parodonte (fistule).

Il convient aussi de faire le diagnostic différentiel avec les fêlures et les fractures radiculaires.

- Le diagnostic différentiel est établi par le sondage parodontal [Pitts et coll.1983] et l'incision intrasulculaire d'exploration.

Au cours de l'examen clinique, lors d'une maladie parodontale, le sondage parodontal met en évidence plusieurs pertes d'attaches progressives et larges dans des secteurs différents de la denture.

En endodontie, ce sondage doit être méticuleux et la progression doit se faire par millimètre sur toute la périphérie de la dent suspecte. Il peut alors révéler une perte d'attache ponctuelle, étroite et profonde (plusieurs millimètres).

- Si elle est bilatérale (face vestibulaire et linguale par exemple) il s'agit alors d'une fracture radiculaire qui condamne la dent.

- Si elle est unilatérale, elle évoque soit une fêlure (qui en général condamne également la dent), soit une fistule parodontale d'une lésion endodontique péri-apicale ou latéro-radulaire (canal latéral, perforation).

- Le diagnostic doit impérativement être précisé car la fistule du parodonte peut se refermer et la guérison s'installer après désinfection et obturation de

En endodontie de première intention comme en retraitement, l'évaluation parodontale doit être réalisée en premier lieu ; ici, le sondage avec un cône de gutta prouve que la lésion est d'origine paro



l'endodonte si son origine est uniquement endodontique.

Le diagnostic différentiel repose alors sur l'exploration chirurgicale de la dent suspecte, par une incision intrasulculaire qui ne dépasse pas les dents collatérales. La surface radiculaire est colorée au bleu de méthylène à l'aide d'une micro brosse ; l'aide visuelle (loupe opératoire) permet de localiser l'éventuelle fêlure.

En l'absence de fêlure, et si l'indication d'un retraitement endodontique est posée, aucune manœuvre de surfaçage ou de curetage ne doit être réalisée afin de permettre la réparation et la réattache des tissus parodontaux.

Indications du retraitement endodontique

L'appréciation d'un traitement endodontique insuffisant se fait suivant des critères précis.

1. Critères cliniques et radiologiques

• Critères cliniques

- Persistance de symptômes subjectifs et objectifs (douleurs récurrentes et exacerbées par la pression et la percussion).

- Présence ou persistance d'une tuméfaction et/ou d'une fistule.

- Mobilité excessive.

- Adénopathie, sinusite maxillaire unilatérale s'il s'agit d'une prémolaire ou d'une molaire maxillaire.

• Critères radiographiques

- Elargissement du desmodonte, absence de la lamina dura.

- Présence, persistance ou augmentation d'une raréfaction osseuse péri apicale ou latéro- radulaire.

- Réseau canalaire incomplètement obturé (obturation courte ou canal non traité) et/ou peu dense.

Outre la symptomatologie et le diagnostic de la dent causale, d'autres éléments sont à considérer lors de l'évaluation du cas afin de préciser les indications.

2. Evaluation du cas

Elle permet la décision de conserver ou non la dent ainsi que la technique du retraitement (orthograde et/ou rétrograde). Elle s'accompagne d'un pronostic biologique et fonctionnel.

• Évaluation clinique

Au cours de l'examen clinique conventionnel, la conservation d'une dent présente un intérêt si, et seulement si elle rétablit la fonction.

L'examen clinique doit évaluer le support parodontal ainsi que la sollicitation occlusale et fonctionnelle de la dent sujette au retraitement. Cet examen doit permettre de répondre à certaines interrogations cliniques : Est ce que le support parodontal est suffisant pour assurer le maintien fonctionnel de la dent sur l'arcade ? Est ce que la situation de la dent est stratégique sur le plan fonctionnel et prothétique ? Est ce que la dent peut être restaurée afin de retrouver une fonction normale ou peut elle restaurer la fonction au sein d'une restauration prothétique de plus ou moins grande étendue ?

• Évaluation radiographique

Les clichés préopératoires sont réalisés avec un angulateur suivant deux incidences : l'une orthogonale pour toutes les dents et l'autre, mésio-distale, sauf pour les molaires maxillaires où cette deuxième incidence sera disto-mésiale.

Outre les appréciations classiques de pathologies dentaires et d'estimation

de longueur ou de courbures, les cliniciens recherchent la présence de canaux ou de racines supplémentaires.

Ils précisent aussi les rapports avec l'anatomie (sinus, nerf alvéolaire...) et enfin orientent vers le choix de la voie thérapeutique.

La présence d'un trajet fistuleux doit être matérialisée par une radiographie avec un cône de gutta percha placé dans le trajet. L'origine de la fistule peut ainsi être objectivée avec précision.

D'autres critères radiographiques affinent l'analyse clinique :

- La lamina dura est l'image radiographique de la corticale alvéolaire qui entoure la dent. Elle est, par conséquent, représentée par un liseré radio opaque qui l'entoure. Sa présence, continue, délimitant l'alvéole dentaire est le signe d'une absence de pathologie.

Une solution de continuité ne signifie pas forcément la présence d'une pathologie mais doit être considérée comme tel, même si aucune image radio claire n'est associée et même si le traitement initial semble satisfaisant en longueur et densité. En effet, la présence de corticales alvéolaires épaisses, vestibulaire et linguale (apophyse zygomatique du malaire au maxillaire supérieur, ligne oblique externe au niveau des molaires mandibulaires, corticales vestibulaires des incisives mandibulaires) peut masquer l'existence d'une perte osseuse tant que leur effraction par le processus pathologique n'est pas effective [Bender et Seltzer 1961].

L'absence de lamina dura doit être considérée comme une pathologie potentielle et impose le retraitement même en cas de silence clinique.

- Le volume osseux péri lésionnel existant est un facteur directement lié au pronostic. En effet la taille de la lésion semble influencer ce dernier [Sundqvist et coll. 1998, Wang et coll 2004], l'échec du retraitement doit alors être envisagé en terme de capital osseux résiduel pour autoriser la pose ultérieure d'implant(s) avec un pronostic convenable. Un examen tomographique peut s'avérer nécessaire pour préciser le volume osseux initial.

- L'évaluation de l'obturation existante se fait suivant deux critères radiographiques : longueur et densité. Bien qu'ils soient très subjectifs [Reit et Hollander 1983] ils sont toujours utilisés. Voyez aussi l'encart en bas de page à propos des notions de sous-obturation, sur-extension et sur-obturation.

- Les éléments à évaluer de la couronne à l'apex concernent l'anatomie externe de la dent et le résultat des manoeuvres issus du traitement initial.

a. Anatomie externe : l'indice de Le Huche élevé signifie une dent plutôt grêle, étroite au collet. Cette zone cer-

vicale est la zone d'engagement des instruments de mise en forme et de forage des ancrages lorsqu'ils sont indiqués. Il y transite les contraintes mécaniques des restaurations corono radiculaires.

Pour les mêmes raisons, un degré de divergence radiculaire élevé rend l'accès difficile au tiers apical et génère des contraintes aux instruments. L'ouverture orientée de l'entrée du canal afin de les diminuer va affaiblir la paroi. En revanche, la tenue parodontale d'une telle dent est correcte, même en présence de racines courtes ou d'alvéolyse. Il en va de même pour la hauteur du tronc cervical, plus il est haut et plus la dent est résistante (et inversement).

b. La longueur et le diamètre du (des) tenon(s) existant sont évalués par rapport à l'anatomie de la racine et à l'interrogatoire qui doit rechercher un descellement antérieur. Cette éventualité, laisse supposer une dépose possible de l'ancrage à condition quelle soit atraumatique.

Un arrêt brutal de l'obturation initiale au niveau d'une courbure radiculaire et montrant un trajet rectiligne évoque une butée mécanique contre la paroi externe à la courbure et provenant de la mise en forme initiale. Cette butée ●●●

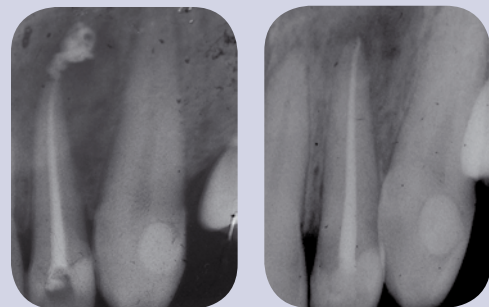
La présence continue de la lamina dura, délimitant l'alvéole dentaire, est le signe d'une absence de pathologie

Notions de sous-obturation, sur-extension, sur-obturation

• La **sous-obturation** est représentée par une image radio opaque d'obturation trop courte par rapport à la sortie du foramen. L'obturation est alors considérée comme inadéquate (défaut probable de désinfection et défaut d'étanchéité) : le retraitement s'impose.

• La **sur-extension** est une image radio opaque d'obturation dépassant le foramen, elle est le résultat d'une mise en forme inadéquate qui a provoqué un élargissement et/ou un déplacement du foramen (préparation en sablier). En aucun cas le scellement ne sera considéré comme étanche. Il s'agit d'un échec qui impose, en présence d'une PA, une réintervention chirurgicale car toute manoeuvre orthograde ne fait qu'exacerber le phénomène.

• La **sur-obturation** est un dépassement radio opaque de matériau d'obturation endodontique (ciment et gutta percha) dans le périapex sans déplacement ou élargissement du foramen. Ce type d'obturation est considéré comme satisfaisant car l'étanchéité peut être obtenue et parce que le matériau est relativement bio compatible.



Cas clinique présentant une surobturation (dépassement de ciment d'obturation sans déplacement ou élargissement du foramen) ; à 4 mois, le ciment est entièrement résorbé : l'obturation du système canalaire est satisfaisante

Conséquences cliniques

●●● est une complication à l'accès au foramen.

L'examen du trajet canalaire et de son opacité recherche un corps étranger (bris d'instrument, cône d'argent...) susceptible d'oblitérer l'accès au foramen. Sa localisation doit être précise et tenir compte de l'anatomie radiculaire avant d'envisager un passage latéral ou sa dépose.

Situé dans le tiers cervical du canal, ce corps étranger a toutes les chances d'être déposé en utilisant des aides visuelles et des inserts à ultra sons spécifiques et appropriés.

Situé dans le tiers moyen d'un canal courbe, le passage latéral ou sa dépose sont envisageables si le degré de divergence radiculaire est faible et la dextérité du praticien éprouvée à la technique.

Dans le tiers apical, sa dépose n'est envisageable que dans un canal rectiligne avec les mêmes exigences concernant le praticien ; dans un canal courbe il convient d'envisager une autre alternative thérapeutique en cas d'échec du passage latéral. ■



Dans le tiers apical, la dépose d'un corps étranger n'est envisageable que dans un canal rectiligne, si la dextérité du praticien est éprouvée à cette technique. Le canal mésio-vestibulaire de ce cas clinique semble donc promis au passage latéral ou plus vraisemblablement à la chirurgie

Cette évaluation du cas amène le praticien et le patient à évoquer l'aspect bénéfique/risque pour ce dernier. Globalement, si on considère l'élimination et le contrôle de l'infection intra canalaire, le retraitement endodontique orthograde (RTEO) est la procédure la plus appropriée [Danin et coll 1996].

En effet, ses démarches intéressent la porte d'entrée coronaire, le réseau canalaire et enfin le foramen. Dans sa logique, le retraitement endodontique élimine l'infection, son origine et obture l'ensemble de façon étanche afin de prévenir la récurrence. Pour cela il présente un bénéfice certain.

Cependant, ces manœuvres sont limitées à l'endodonte et sont sans effet sur les étiologies extra radiculaires (sauf si une relation associative existe entre certaines bactéries intra et d'autres extra radiculaires) [Friedman 2002]. A l'inverse, ce domaine est celui du retraitement endodontique rétrograde (RTER), la chirurgie apicale éliminant directement les tissus infectés et les éventuels corps étrangers. Dans cette perspective, le retraitement endodontique rétrograde représente un bénéfice certain.

Toutefois, il ne permet aucun contrôle de l'entrée coronaire, aucune désinfection efficace de l'endodonte et se limite à enfermer les bactéries intra radiculaires par une obturation apicale étanche. Si à court terme, le RTER présente un taux de succès plus élevé que le RTEO, son pourcentage de récurrence à long terme semble dépasser de manière significative celui du RTEO [Kvist et Reit 1999 in Toronto study].

En général, les taux de succès des deux méthodes sont variables, difficiles à comparer et pas clairement définis [Friedman 2002]. Pour les deux techniques, les risques ne sont pas négligeables. Les deux techniques sont en effet invasives.

Les risques encourus lors du RTEO sont l'avulsion de la dent (après une perte de substance coronaire excessive rendant impossible la nouvelle restauration), la fracture radiculaire, la perforation. Ces complications peuvent survenir à chaque étape du RTEO : dépose de la restauration, du/des tons, des obstacles intra canalaires.

Les risques encourus lors du RTER dépendent de la localisation de la dent et de ses rapports anatomiques avec les plexus vasculaires et nerveux mais aussi avec le sinus et les dents contiguës. Les risques sont ici d'ordre général et requièrent ensuite des techniques encore plus invasives. Mais aussi d'ordre local en cas d'altérations des dents voisines ou des structures osseuses. Enfin, le RTER peut s'accompagner de douleurs et tuméfactions post opératoires plus fréquentes, qui perturbent la vie associative du patient.

Comme il a été souligné précédemment, la dextérité et l'entraînement du praticien à ces techniques sont indispensables pour optimiser les résultats et diminuer les risques.

Eu égard à ces considérations, le RTEO doit, chaque fois que cela est possible, être choisi en première intention, la chirurgie endodontique et/ou l'avulsion en deuxième intention. ■



www.prothetica.com

PROTHETICA
Laboratoire dentaire

Fournisseur de sourires.

02-512 00 62

Fournisseur officiel Procera®



Les sutures en petite



Radiographie rétroalvéolaire de la dent de sagesse maxillaire avant extraction. Noter l'inclusion verticale



Dégagement de la 18 par ostectomie de la corticale vestibulaire



Dégagement de la 18 par ostectomie de la corticale vestibulaire (suite)



Luxation vestibulaire de 18

Luxation vestibulaire de 18 (suite)



L'incision de décharge et le triangle rétro-molaire sont suturés



chirurgie buccale

La suture chirurgicale permet de rapprocher et d'immobiliser les berges de la plaie pendant la cicatrisation.

Elle est formée d'un ensemble de points et permet idéalement de :

- positionner les tissus à l'endroit souhaité
- faciliter la cicatrisation et la formation d'un caillot sanguin
- prévenir l'hémorragie post-opératoire en maintenant ce caillot
- éviter la contamination de la plaie par des débris alimentaires

Cet article issu de l'ouvrage « La chirurgie buccale : nouveaux concepts », a pour objectif de rappeler l'instrumentation nécessaire et de décrire de manière graphique les différentes techniques de sutures utiles en odontostomatologie générale.

> Mithridate DAVARPANAH et col.

prev. rel. in
"La chirurgie buccale,
nouveaux concepts"
©CdP éd., 2005



Commandez cet ouvrage ici :
<http://www.editionsmdp.fr>

Instrumentation

Porte-aiguille

Il existe différents types de porte-aiguilles. Les mors peuvent être :

- courts ou longs
- larges ou étroits
- concaves ou convexes
- lisses ou dentés

Le plus utilisé est le porte-aiguille verrouillable à mors courts, de 15 mm de longueur.

Aiguilles

Les aiguilles utilisées doivent être :

- suffisamment souples pour ne pas se fracturer
- suffisamment rigides pour ne pas se tordre
- lisses et tranchantes pour ne pas déchirer les tissus

• Section

La section peut être

- triangulaire sur toute la longueur
- triangulaire à la pointe et ronde pour le reste de l'aiguille

• Forme du corps

La forme du corps de l'aiguille peut être droite ou courbe. Seule l'aiguille courbe peut être utilisée en chirurgie buccale.

Il existe différentes courbures : 1/4, 3/8, 1/2 et 5/8 de cercle. La manipulation d'une aiguille 3/8 de cercle nous paraît la plus aisée.

• Forme de la pointe

La forme la plus utilisée est la forme dite à coupure inverse : le bord tranchant est situé sur la face convexe de l'aiguille, ce qui permet de diminuer les risques de lacération.

• Conditionnement

Les aiguilles sont serties, livrées dans un double emballage stérile.

Les aiguilles à bords tranchants, de forme triangulaire ou losangique, pénètrent facilement sans déchirer ou lacérer les tissus mous, alors qu'une aiguille ronde entraîne, lors de sa pénétration, des déchirures.

Une aiguille d'un fil de suture de type 5/0 ou 4/0 est moins traumatisante qu'une aiguille d'un diamètre supérieur 3/0 ou 2/0.

Fil de suture

• Type

On distingue deux types de fils de suture :

- résorbable (synthétique ou naturel)
- non résorbable (synthétique ou naturel)

*Résorbable

La résorption se fait selon deux mécanismes physiologiques :

- l'hydrolyse
- la digestion enzymatique

Le fil synthétique est plus biocompatible du fait de sa composition (acide glycolique ou acide lactique qui sont des métabolites connus de notre organisme). Il a une résorption par simple hydrolyse (en 2 à 3 mois).

Le fil synthétique se présente sous forme de :

- polyfilament (Polysorb®, Vicryl®)
- monofilament (Monocryl®, Maxon®, Biosyn®)

L'adhésion bactérienne est moindre avec le fil monofilament. Il a une bonne résistance mécanique sur une période allant d'une dizaine de jours à plus de 2 mois.

- En ce qui concerne le fil naturel, le catgut est résorbé par action enzymatique. Il n'est cependant plus utilisé à cause de son mécanisme de résorption qui augmente la réaction inflammatoire.

*Non résorbable

Ce type de fil reste à demeure dans les tissus en raison de leur bio-tolérance maximale.

Le fil naturel est en soie. Dans certaines situations, il garde des adeptes grâce à sa grande flexibilité et sécurité au niveau des nœuds.

Le fil synthétique existe sous forme de :

- polyfilament (Dacron®)
- monofilament (Novafil®, Prolène®)

Il est constitué de différentes matières stables sur le plan physico-chimique (pas de réaction locale inflammatoire).

Le choix du fil de suture sera fonction de ses caractéristiques (souplesse, élasticité, plasticité et tenue des nœuds).

• Coloration

La teinte bleu au noir permet une meilleure visibilité du fil.

La teinte naturelle est préférée pour réaliser des surjets intradermiques résorbables pour éviter qu'ils ne se voient par transparence.

• Diamètre

Il est noté en décimale (déc2, déc4...) ou fraction (3/0, 5/0...) :

- pour les abords intrabuccaux, on utilise habituellement un fil de suture résorbable de diamètre 3/0 ou 4/0
- pour la chirurgie plastique muco-gingivale, des fils 5/0 ou encore 6/0 sont recommandés
- pour le plan cutané facial, des fils de sutures non résorbables 4/0 à 6/0 sont recommandés

Techniques de suture

Points de suture

On signifie, par « point », le moyen par lequel l'aiguille et par conséquent entrent en rapport avec le tissu en le transperçant. La pointe de l'aiguille doit toujours aborder le lambeau perpendiculairement.

• Points simples

*Point simple ou en O (Fig.1)

C'est le point le plus utilisé. Il y a danger de lacération en phase de serrage. Il y a risque de soulèvement de fibro-muqueuse lors du passage de l'aiguille par la face interne de la berge de la plaie.

*Point en 8 (Fig.2)

Le chevauchement est impossible. L'espace entre les deux berges de la plaie dû au croisement du fil risque de retarder la cicatrisation par contamination bactérienne sous-jacente.

• Points combinés

*Point en X (Fig.3)

Ce point est le plus souvent utilisé en chirurgie parodontale au niveau des tubérosités rétromolaires.

*Point en U horizontal (Fig.4)

Il est essentiellement utilisé au niveau des sites édentés. Il permet de corriger un déplacement de berge en prenant plus de tissu d'un côté que de l'autre.

*Point en U vertical (Fig.5)

Il est utilisé au niveau des sites édentés. Il nécessite une épaisseur suffisante des berges, ce qui limite son utilisation buccale.

Sutures

C'est le moyen par lequel le fil passe d'un point à un autre.

On distingue :

- les sutures discontinues avec réalisation d'un seul nœud (Tableau 1)
- les sutures continues, qui nécessitent un nœud de départ et un nœud d'arrivée (Tableau 2)

Nœud (Fig.12)

Le nœud simple le plus utilisé est schématisé par étape :

- la première boucle assure le rapprochement des tissus
- la deuxième boucle bloque le nœud

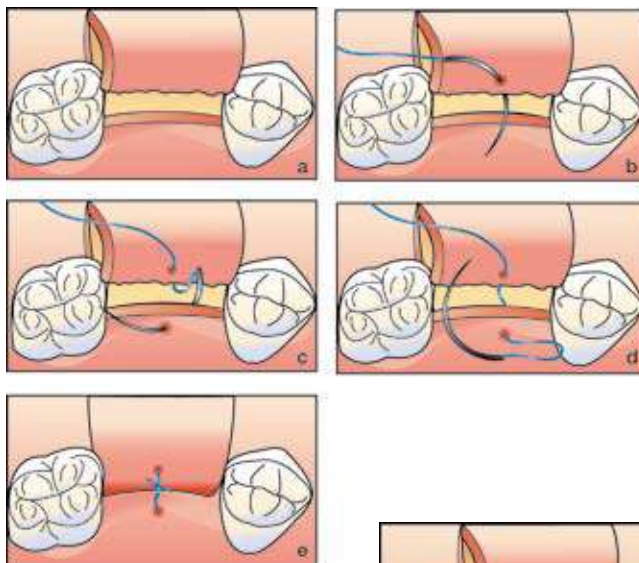
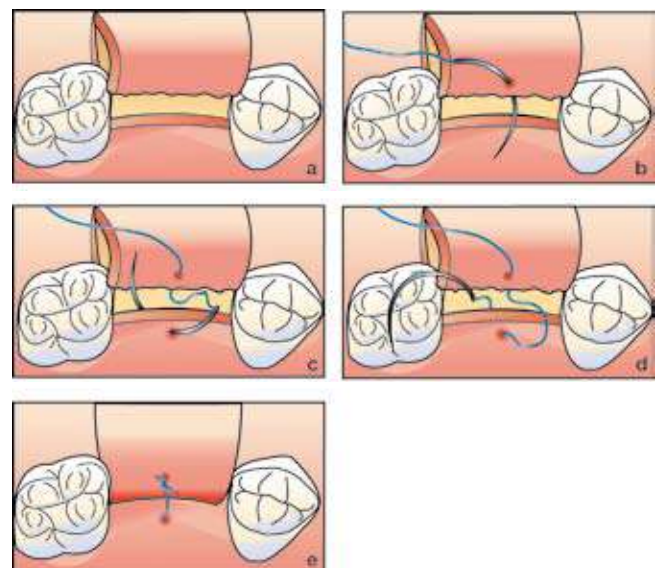


Fig.1. Point simple en O.
a. Lambeau avant réalisation de la suture.
b. L'aiguille traverse la face externe du premier lambeau.
c et d. Elle perce la face interne du deuxième lambeau.
e. Le nœud est réalisé au-dessus de l'incision

Fig.2 Point en 8.
a. Lambeau avant réalisation de la suture.
b. L'aiguille pénètre par la face externe du lambeau.
c. Elle perce la face externe de l'autre lambeau.
d. Elle sort par l'espace existant entre les deux berges.
e. Le nœud est réalisé du côté de la première pénétration de l'aiguille



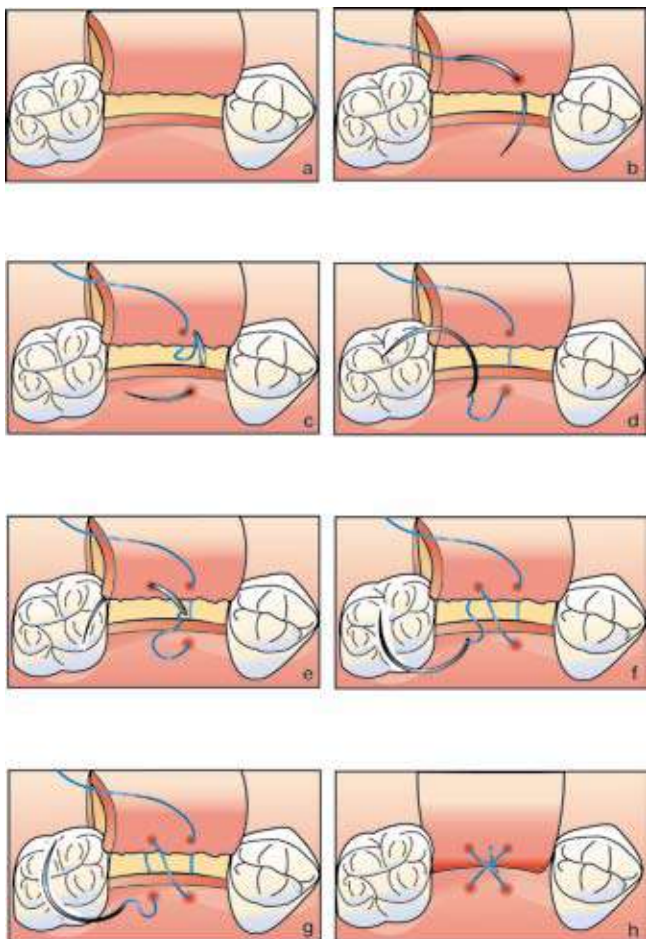


Fig.3. Point en X.

- a. Lambeau avant la réalisation de la suture.
- b. L'aiguille pénètre le lambeau.
- c. Elle sort par la face externe de l'autre lambeau.
- d. Le fil passe diagonalement au-dessus de l'incision du côté initial.
- e. L'aiguille transperce le tissu. f. Elle sort de l'autre côté.
- g et h. Le fil va rejoindre diagonalement le premier chef, le nœud est réalisé

Fig.4. Point en U horizontal.

- a. Lambeau avant la réalisation de la suture.
- b. L'aiguille traverse la face externe du lambeau vestibulaire.
- c. Elle perce la face externe de l'autre lambeau
- d. Elle retransverse la face externe du même lambeau à une distance de quelques millimètres
- e. Elle sort par la face externe du lambeau vestibulaire.
- f. Le nœud est réalisé

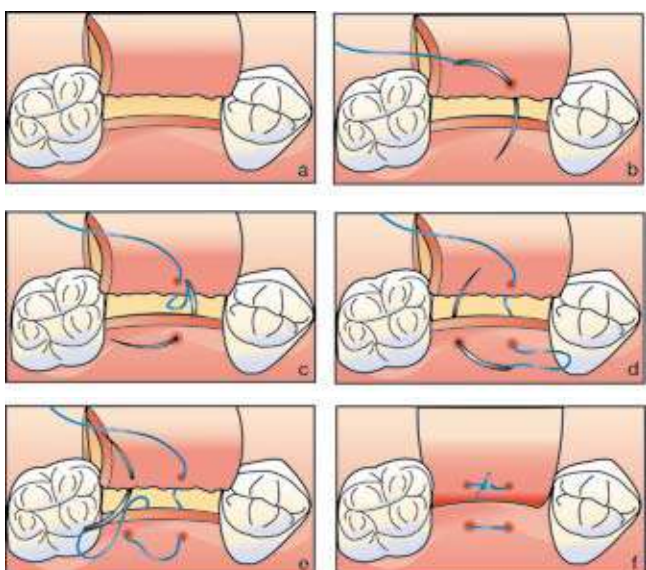


Fig.5. Point en U vertical.

- a. Lambeau avant la réalisation de la suture.
- b. L'aiguille traverse le lambeau à distance de l'incision sur toute l'épaisseur.
- c. Elle sort par le lambeau opposé, de la profondeur à la superficie à distance de la berge.
- d. Elle repart en sens inverse mais cette fois près du bord du lambeau (sens apico-coronaire).
- e. Elle réalise le même trajet sur l'autre lambeau en sortant par sa face externe.
- f. Le nœud est réalisé

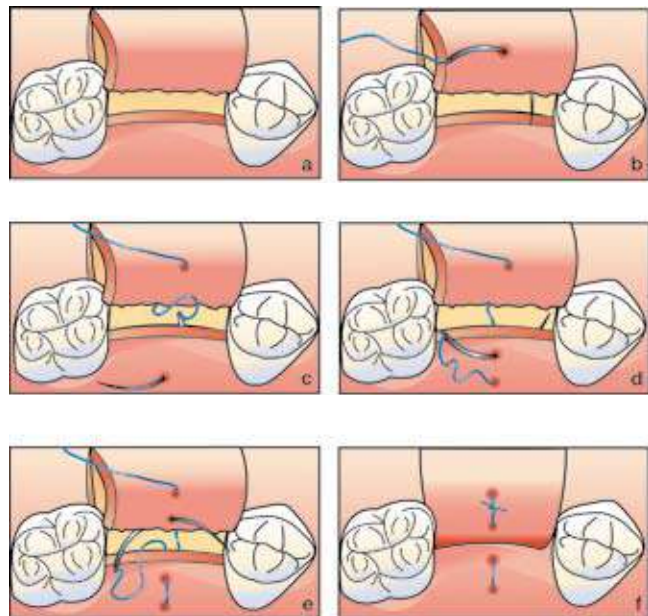


Tableau 1. ,Les sutures discontinues

Type de suture	Technique	Indications	
Suture simple	Point en 0 ou en 8	Sutures des lambeaux vestibulaire et lingual, rapprochement des berges	
Suture en ancre	Voir Fig.6	Positionnement d'une seule papille sans suturer les tissus du côté opposé Curetage profond localisé Lambeau intéressant uniquement la face vestibulaire ou linguale des dents	
Sutures de matelassier	Simple	Voir Fig.7	Sutures au niveau des zones édentées
	Horizontale	Voir Fig.8	Sutures des grands lambeaux pour un bon positionnement interdentaire et occlusal Papilles larges
	Verticale	Voir Fig.9	Même utilisation que les deux techniques précédentes sauf qu'elle est plus courante (plaque bien le lambeau)

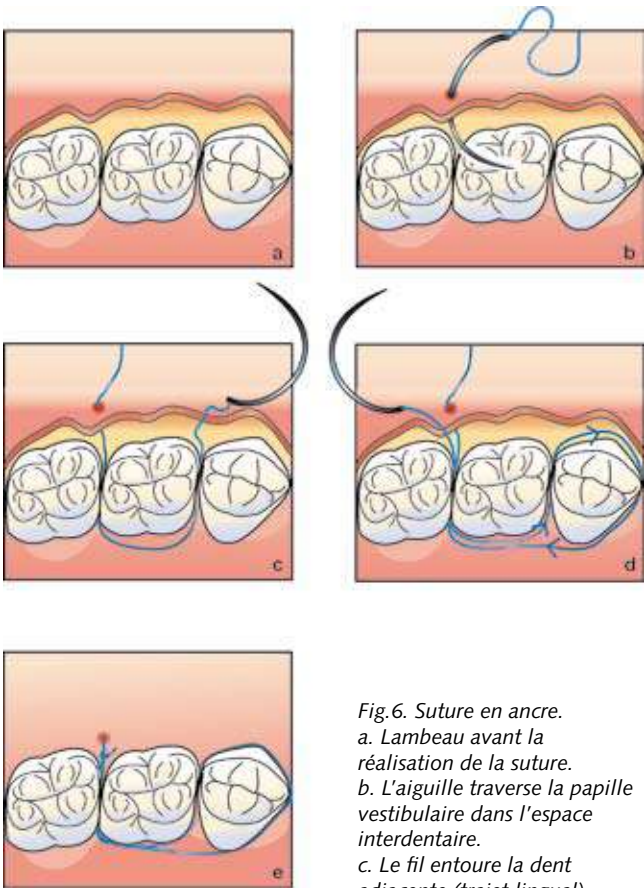


Fig. 6. Suture en ancre.

- a. Lambeau avant la réalisation de la suture.
- b. L'aiguille traverse la papille vestibulaire dans l'espace interdentaire.
- c. Le fil entoure la dent adjacente (trajet lingual)

et repasse dans l'espace interdentaire le plus proche en direction vestibulaire.

d. Le fil entoure la dent adjacente (trajet vestibulaire) et passe dans un troisième espace interdentaire (sens vestibulo-lingual) pour regagner l'embrasure initiale.

e. Le nœud est réalisé vestibulairement

Fig. 8. Suture de matelassier horizontale.

- a. Lambeau avant la suture.
- b. Le fil passe dans l'espace interdentaire. L'aiguille pénètre le lambeau par sa face externe, fait un parcours horizontal de quelques millimètres et ressort.
- c. L'aiguille repasse dans le même espace interdentaire, contourne la dent lingualemment.
- d. Elle passe par l'embrasure adjacente (sens linguo-vestibulaire). Elle traverse le lambeau par face externe et sort après un parcours horizontal de quelques millimètres.
- e. Elle repasse dans le même espace interdentaire.
- f. Le nœud est fait lingualemment

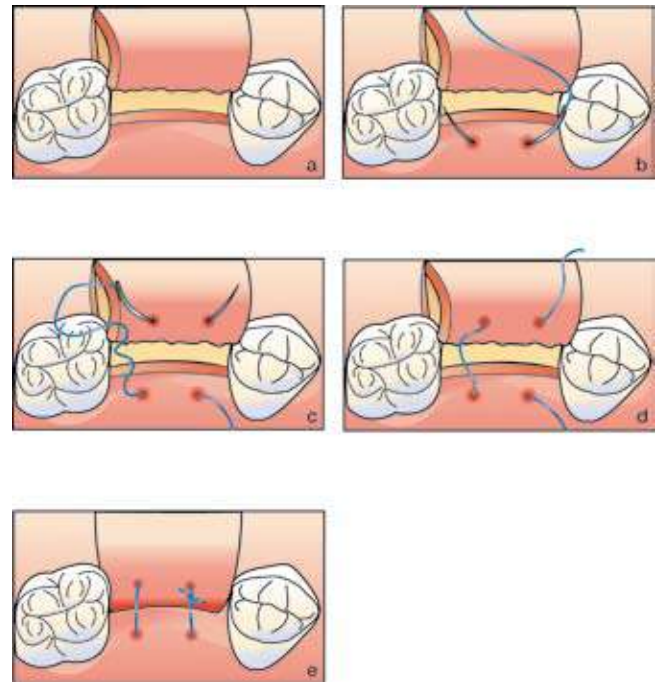
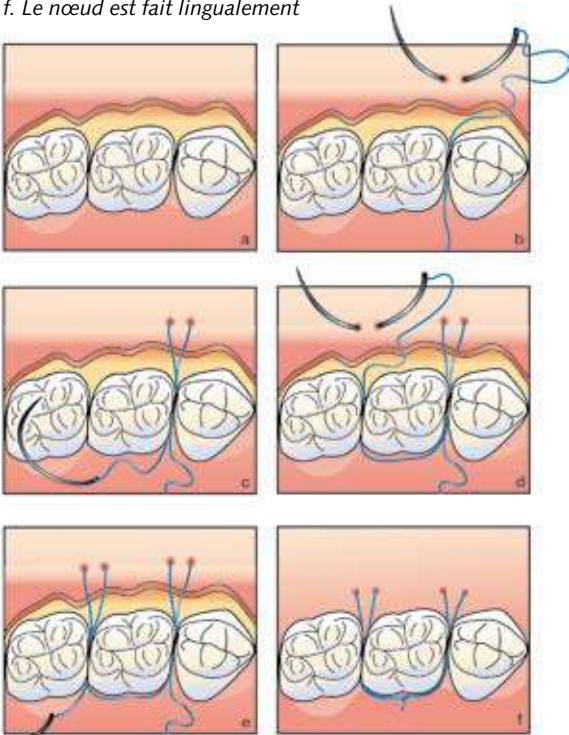
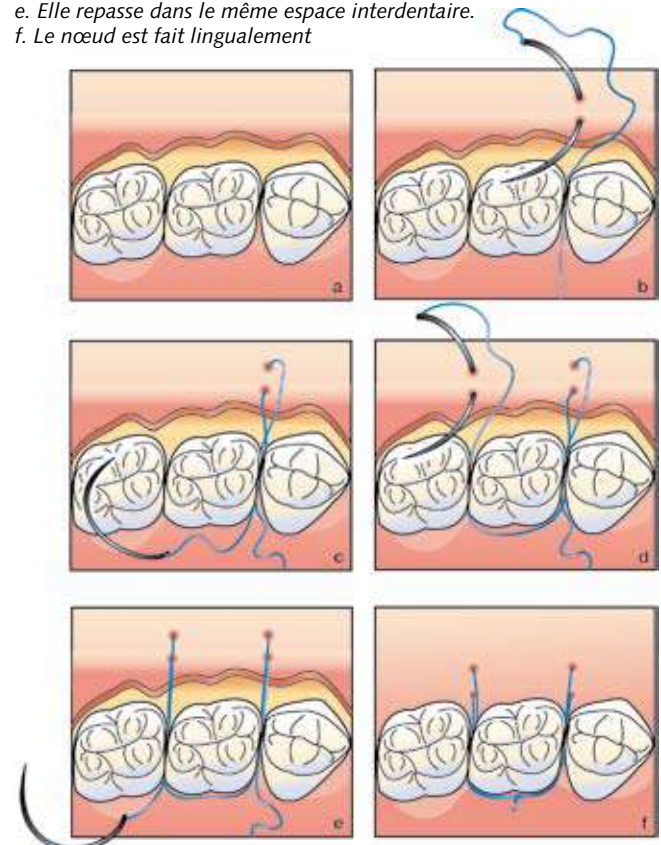


Fig. 7. Suture de matelassier simple.

- a. Lambeau avant la suture.
- b. L'aiguille pénètre parallèlement à l'incision sous la muqueuse, parcourt quelques millimètres et ressort par la face externe.
- c. Elle passe au-dessus de l'incision et traverse le lambeau par sa face externe et sort après un parcours de même distance.
- d. Le fil rejoint le brin du côté opposé.
- e. Le nœud est fait

Fig. 9. Suture de matelassier verticale.

- a. Lambeau avant la suture.
- b. Le fil passe dans l'espace interdentaire. L'aiguille pénètre le lambeau par sa face externe, fait un parcours vertical de quelques millimètres et ressort.
- c. Elle repasse dans le même espace interdentaire, contourne la dent lingualemment.
- d. Elle passe dans l'embrasure adjacente (sens vestibulo-lingual). Elle traverse le lambeau par face externe et sort après un parcours vertical de quelques millimètres.
- e. Elle repasse dans le même espace interdentaire.
- f. Le nœud est fait lingualemment



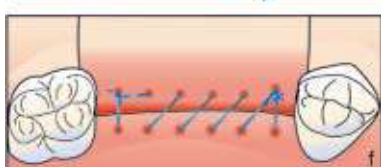
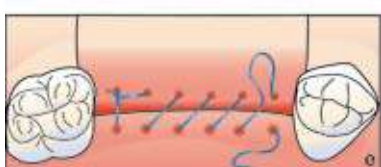
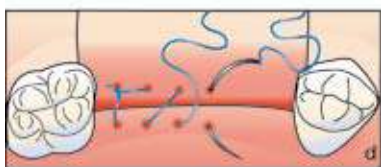
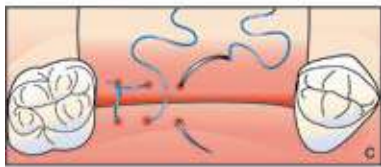
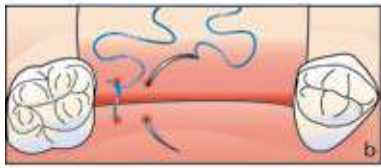
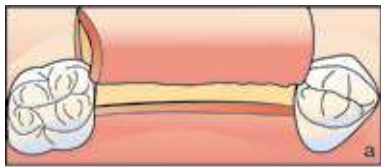


Fig.10. Suture liée.

a. Lambeau avant la suture.

b. Un point en O est réalisé et le nœud est fait (point d'arrêt). Ensuite le fil passe parallèlement à l'incision sur une courte distance, pénètre dans le tissu et traverse l'autre côté, perpendiculairement à l'incision.

c et d. Le fil passe diagonalement au-dessus de l'incision, traverse le lambeau par sa face externe et ressort par la face externe de l'autre lambeau. La même démarche est observée tout au long de l'incision.

e. Le fil de suture est maintenu plus long du côté vestibulaire pour terminer le nœud avec son extrémité.

f. Le nœud est fait vestibulairement

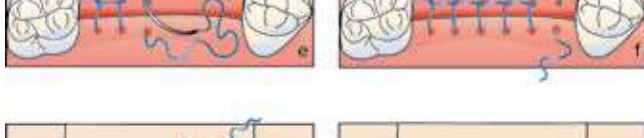
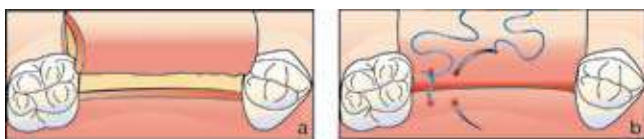


Fig.11. Variante de la suture liée.

a. Lambeau avant la suture.

b et c. On commence par un point d'arrêt, le fil passe parallèlement à l'incision sur une courte distance, pénètre dans le tissu et traverse l'autre côté, perpendiculairement à l'incision. Puis l'aiguille passe sous la partie horizontale du fil.

d, e, f. Une suite de points est réalisée de la même façon jusqu'au bout de l'incision.

g et h. Le nœud est fait du même côté que le point d'arrêt

Type de suture	Technique	Indications
Surjet (Fig.10 et 11)	Il existe plusieurs types de surjets qui ont le même point d'arrêt et se distinguent par le trajet que prend le fil après. On a ici schématisé les deux techniques les plus utilisées (suture liée et une variante de cette technique). Le surjet réduit le temps de suture et permet d'obtenir une bonne étanchéité de la plaie. L'inconvénient réside dans le risque de désunion cicatricielle en cas de rupture du fil en n'importe quel point du surjet. Il est conseillé de compléter le surjet par quelques points en O.	Dans les cas d'une longue incision Chirurgie des crêtes édentées

Tableau 2. Les sutures continues

Fig.10. Suture liée.

a. Lambeau avant la suture.

b. Un point en O est réalisé et le nœud est fait (point d'arrêt). Ensuite le fil passe parallèlement à l'incision sur une courte distance, pénètre dans le tissu et traverse l'autre côté, perpendiculairement à l'incision.

c et d. Le fil passe diagonalement au-dessus de l'incision, traverse le lambeau par sa face externe et ressort par la face externe de l'autre lambeau. La même démarche est observée tout au long de l'incision.

e. Le fil de suture est maintenu plus long du côté vestibulaire pour terminer le nœud avec son extrémité.

f. Le nœud est fait vestibulairement

Fig.12. Le nœud simple.

a. Un point en O est réalisé.

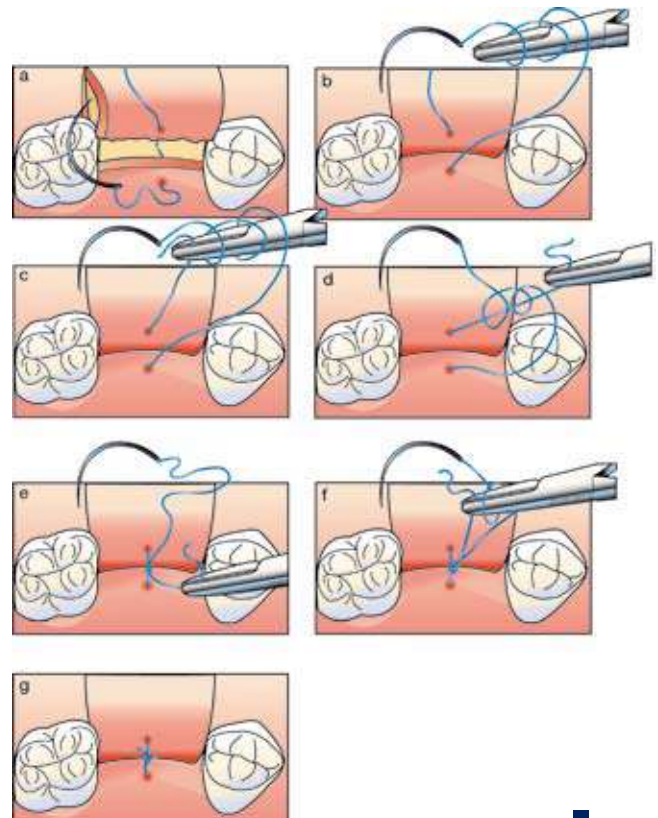
b. On fait un double enroulement du chef long autour du porte-aiguille.

c. Le chef court du fil est saisi entre les mors de la pince.

d. On tire le chef court en le glissant à travers le double enroulement jusqu'au serrage désiré.

e et f. Un enroulement simple est réalisé et le chef court est tiré au travers, puis on serre la seconde boucle en maintenant le fil en tension.

g. Le nœud est terminé



"Grâce à Lamoral, nous
avons fait le bon choix."



Lamoral Training Center Bruxelles



Lamoral Training Center est un concept unique en son genre, un pionnier dans son domaine. On pourrait l'identifier au système nerveux. Ou le comparer à un salon professionnel permanent en format de poche. Une chose est sûre: **one-stop-shopping-point** idéal en matière d'équipements dentaires, il vous aidera à prendre les meilleures décisions. Situé dans une région centrale, vous y découvrirez, dans une ambiance agréable, les toutes nouvelles applications ainsi qu'un vaste éventail de produits de qualité, signés par les marques les plus éminentes, parfaitement adaptés les uns aux autres et prêts à être utilisés et testés. Sans oublier nos **workshops** et **formations pratiques**, qui vous permettront de perfectionner vos compétences.



Prenez rendez-vous. Nous prendrons le temps. Le temps de vous aider à choisir en connaissance de cause. A faire le bon choix.

lamoral
Dental | Equipment

Midwinter Meeting

22-25 février 2007

 Chicago Dental Society

PÈLERINAGE à CHICAGO

Les explorateurs français Joliette et Marquet, en découvrant « Chicaougou » à l'embouchure d'une rivière à trois bras, au milieu du dix-huitième siècle, imaginèrent-ils qu'ils venaient d'initier la fondation d'une capitale mondiale ? Car, trois siècles plus tard, Chicago est en quelque sorte devenue une capitale scientifique pour le monde odontologique.

La Chicago Dental Society compte en effet parmi les sociétés savantes les plus dynamiques d'Amérique du Nord. Imaginez seulement : ces Confrères de l'Illinois viennent d'organiser leur 142ème congrès annuel !

Voici de quoi pousser à la modestie les organisateurs du monde entier. Et, tout comme les Musulmans doivent se rendre à La Mecque dès que les moyens sont à leur portée, de même les odontologistes devraient participer au moins une fois dans leur vie au grand événement hivernal nord américain : le Chicago Midwinter Dental Meeting.

Pèlerinage dans le Midwest.

> Thierry VANUFFEL

Lorsque le souffle de nord-est, caudeau glacial des plaines du Labrador, encore alourdi d'humidité par une traversée de 120 kilomètres sans obstacle au-dessus du lac Michigan, s'engouffre à l'angle de State et de Madison, on croit comprendre le surnom de « Ville du vent » dont Chicago s'est vu affubler.

Pourtant, la météo peu favorable du lieu n'est pas à blâmer dans l'attribution de ce pseudonyme. C'est en réalité un rédacteur du New York Sun, Charles Dana, qui l'utilisa pour la première fois dans une critique des politiciens de Chicago, accusés de ne guère agir et de ne faire que du vent électoraliste.

Sans doute, ces derniers ne durent pas apprécier, eux qui, comme tout un chacun à Chicago, ne tolèrent jamais d'être les seconds de personne. C'est peut-être pour se venger de ces gens de la Nouvelle-Angleterre que les bouchers de Chicago inventèrent une nouvelle coupe de la viande de bœuf, un rien frugale, mais devenue célèbre dans

le monde, qu'ils baptisèrent le « New York steak ».

Number one is a must

Il faut dire que l'esprit revancharde et pugnace local a permis à la mégapole du Midwest de faire face à bien des crises au cours de son histoire mouvementée — grand incendie de 1871 et prohibition en tête —, et d'endosser le plus naturellement du monde l'habit de tous les superlatifs et de tous les records.

Ainsi, Chicago fut la première ville à disposer d'une grande roue de foire, toujours située aujourd'hui sur le Navy Pier, sorte de quai-guinguette inauguré quelques mois avant l'entrée des États-Unis dans le premier conflit mondial. La première femme américaine à recevoir le Prix Nobel de la Paix était bien de Chicago : c'était Jane Addams en 1931, la fondatrice de la Hull House dès 1889, établissement social spécialisé dans l'aide aux nouveaux immigrants. Rappelons-nous également ●●●

●●● que c'est à Chicago qu'a véritablement débuté l'ère atomique, lorsque Enrico Fermi y produisit la première réaction en chaîne en 1942. C'est aussi à Chicago que l'on inventa les lentilles de contact à double foyer, la fabrication industrielle des balles de base-ball, les hôtels à l'épreuve du feu et les immeubles à structure en acier inoxydable. Et la Chicago River ne fut-elle pas le premier cours d'eau à voir son courant inversé, afin de limiter les problèmes de pollution de son déversoir ?

S'agissant d'immobilier, Chicago s'enorgueillit d'être la première ville au monde à avoir imaginé les gratte-ciels. Le premier bâtiment digne de ce nom fut le Home Insurance Building en 1885. Il est aujourd'hui rasé, comme la plupart des immeubles centenaires, et il est vrai qu'il aurait un aspect chétif face à ses successeurs. La finalité évidente de cette nouveauté architecturale de la fin du dix-neuvième siècle était de rassembler un maximum de travailleurs sur un minimum d'espace, à une époque où la communication virtuelle était inconnue. Forts de ce premier succès, les architectes se sont alors mis à bâtir à la verticale sans retenue, donnant rapidement à Chicago des allures d'une modernité démesurée pour les Européens qui la découvraient : les planches de « Tintin en Amérique » témoignent par exemple de la fascination d'Hergé pour le cubisme apparent de cet urbanisme d'ailleurs. Pourtant, l'effort artistique était bien présent, les façades s'enrichissant de jeux de briques ou de pierre de France sculptées. Deux immeubles remarquables ont pu être préservés sur les trottoirs huppés de Michigan Avenue : la Tribune Tower qui abrite les bureaux du premier quotidien de l'Illinois — le Chicago Tribune —, et le Wrigley Building — qui est aussi le siège d'une société bien connue du monde odontologique.

Au plus fort de l'exubérance verticale, le John Hancock Center et la Sears Tower rivalisent aujourd'hui dans les rumeurs pour figurer sur la liste sinistre d'un remake du 11 septembre 2001. La seconde nommée est encore de nos jours le plus haut édifice d'Amérique du Nord, avec ses 103 étages et 412 mètres, où l'ascenseur le plus rapide du monde vous emmène en moins de 60

secondes. On vous projette néanmoins un dessin animé durant le trajet, car 60 secondes, c'est long aux États-Unis ! Chaque habitant de Chicago considère la Sears Tower comme « sa » tour : impossible d'y jeter un œil sans que le badaud n'entame une conversation émue quant à sa beauté architecturale, pourtant toute relative, et personne n'accepte vraiment qu'elle ait perdu sa place de plus haute tour du monde au profit suc-

cessif de plusieurs ouvrages asiatiques. D'ailleurs, si l'on veut bien prendre en compte les antennes de télévision qui y sont désormais installées, n'a-t-elle pas reconquis son leadership ?

Vie sociale, vie scientifique

Mais Chicago se veut aussi éminente dans des domaines moins *concrete and steel*, encore que tout aussi spectaculai-



L'empire du chewing-gum

Le **Wrigley Building**, flanqué de sa tour de l'horloge, garnit joliment la rive nord de la Chicago River, là où les élégantes entament leur shopping de luxe sur Michigan Avenue et le Magnificent Mile.

William Wrigley Jr. arriva à Chicago à l'âge de 29 ans, au printemps 1891, avec 32 dollars en poche. Commercial talentueux, il lança une entreprise de vente de savonnettes, occupation que son père lui avait enseignée à Philadelphie. Son astuce était d'offrir un petit cadeau à ses clients, et à cette époque il joignait un sachet de levure gratuite avec chaque savonnette. Lorsqu'il mesura à quel point le succès des savonnettes dépendait de la levure, il se reconvertit... dans la levure ! Son idée fut alors d'offrir un chewing-gum avec chaque paquet de levure, et le scénario se répéta si bien qu'en 1892, William Wrigley opta définitivement pour le commerce du chewing-gum, une aventure multinationale qui allait conduire à la création de produits réputés tels Juicy Fruit et Spearmint (dès 1893), Doublemint (1914) et finalement Freedent (1975).



Interrogé sur son succès alors que le marché US du chewing-gum était déjà garni d'une douzaine de firmes, il répliqua que " *même dans les petites choses, c'est la qualité qui fait la différence* ".

Fortune faite après la première guerre mondiale, William Wrigley souhaite offrir un écrin de bureaux à sa société en construisant un immeuble flambant neuf sur les berges de la Chicago River. Il entreprit les travaux de la tour sud en 1920, et, dès la réception de celle-ci, il fut tellement enthousiasmé qu'il commanda une extension au nord pour tripler la surface de bureaux, à donner en location à d'autres sociétés, tout en reliant les deux édifices par une passerelle aérienne.

L'ensemble est conçu dans le style renaissance espagnole et, bien que copié de la tour Giralda de Séville, il offre aujourd'hui un contrepoint raffiné au bâtiment situé de l'autre côté de l'avenue, la Chicago Tribune Tower, construite en 1925 dans un imposant style néo-gothique.

Désormais, le Wrigley Building est l'un des emblèmes majeurs de Chicago : témoin à la fois des années folles et de la période noire de la prohibition, jalousement patronné, profusément illuminé, il donne une idée exacte de ce que fut le cadre de vie d'Al Capone et des Incorruptibles. Mais il est aussi resté le siège social et une importante concentration de bureaux de l'empire du chewing-gum Wrigley. ■

res : comme il convient de ne pas trop mettre le nez dehors huit mois par an, les activités d'intérieur prennent une importance sociale de premier plan. L'Art fait partie intégrante de la ville, et les sept millions d'habitants de l'agglomération, auxquels s'ajoutent annuellement douze millions de visiteurs, constituent une justification économique suffisante pour maintenir galeries et musées au top de la hiérarchie mon-

diale. L'Art Museum est réputé pour sa collection de peinture impressionniste et post-impressionniste. Le Musée Field d'Histoire Naturelle présente des expositions et des travaux pratiques sur l'univers ainsi que la Terre et ses habitants : l'Histoire humaine n'y est pas oubliée, avec notamment la reconstitution d'une maison en torchis de la tribu Pawnee. Le Museum of Science and Industry est quant à

lui conçu de manière interactive pour faire prendre conscience des technologies d'aujourd'hui et d'autrefois. Plus grand aquarium d'intérieur au monde avec ses 80.000 animaux aquatiques, le John Shedd Aquarium est aussi une rotonde sur le lac Michigan en bordure du Millennium Park. Et il existe ainsi des dizaines d'opportunités artistiques et éducatives à découvrir : toutes sont bien souvent gratuites, ou offrent des forfaits intéressants.

Et d'ailleurs, une simple flânerie dans les rues de Chicago est une épopée artistique en soi. Au hasard des chemins, on tombe nez à nez tantôt avec des œuvres de Calder, comme son *Universe* à l'entrée de granite de la Sears Tower, ou son *Flamingo*, oiseau stylisé et démesuré offrant un orange contrasté à l'architecture de Mies van der Rohe, tantôt avec un Chagall, le *Four Seasons* fait de verre et de pierres taillées main, tantôt encore avec un *Picasso sans titre*, cadeau en trois dimensions du génial Pablo aux habitants de la ville, ou encore avec le Chicago Bean, de son vrai nom le *Cloud Gate* de Anish Kapoor, haricot géant d'acier inoxydable de 110 tonnes et au coût de 23 millions de dollars...

Mais plus encore que ces points de repère mondialement connus, ce qui fait battre le cœur artistique de Chicago, ce sont les *parties* privées. Dès 7 heures le soir, on voit à tous les coins de rue des couples s'engouffrer dans les taxis — smokings, nœuds papillons, vestes de fourrure et talons aiguilles de rigueur. Ces gens pour qui la vie économique a déjà souri ont rendez-vous dans des centaines de clubs huppés ou de galeries underground pour des soirées triées sur le volet. La nuit finira ensuite au Chicago Symphony Orchestra, au House of Blues, ou dans le quartier de la boucle centenaire des RER, le Theatre District, où les meilleures revues américaines du moment remplissent les salles de spectacle.

Rien d'étonnant à ce qu'une population aussi tournée vers les activités sociales se soit parée de sociétés scientifiques de premier ordre. Parmi celles-ci, la **Chicago Dental Society** fut fondée dès 1864 et prit la personnalité juridique 14 ans plus tard. Les buts poursuivis sont l'amélioration de la santé du public, la promotion clinique et ●●●



« Cloud gate », l'une des innombrables sculptures qui font de Chicago downtown une véritable galerie à ciel ouvert



Envie de Niketown, de van Cleef & Arpels, de Crate & Barrel, de Saks Fifth Avenue, de Talbots, de Neiman Marcus ou d'Apple Store ? Rendez-vous sur North Michigan !



Le sport d'intérieur... en spectateurs, fait partie des hobbies favoris de Chicago l'hiver, où toutes les classes sociales se confondent dans une atmosphère bon enfant de hot dogs et de pop corn

●●● scientifique de l'art dentaire et la défense des intérêts des membres et des patients. Les membres de la Chicago Dental Society sont automatiquement membres de l'Illinois State Dental Society et de l'American Dental Society, une organisation pyramidale permettant une économie d'échelle au niveau de la cotisation, dont le niveau de base annuel atteint quand même le joli pactole de 890 dollars. Néanmoins, pour ce montant, qui n'a pas été indexé de

puis 1988 et a même diminué en 1995 et à nouveau en 2005, le praticien local jouit de sérieux atouts. Citons :

- des publications de haute qualité, dont un journal scientifique 7 fois l'an
- la section « membres » du site Internet
- l'admission gratuite au congrès annuel Midwinter Meeting
- quatre autres journées par an de formation continue, plus les journées or-

- l'accès à une vidéothèque
- la présence sur une liste de référence pour patients avec service téléphonique 24 heures sur 24 (service pas du tout farfelu aux États-Unis)
- un taux d'intérêt préférentiel sur les emprunts professionnels souscrits auprès d'un partenaire financier
- un service de médiation dans les litiges avec les patients
- une assurance en revenu garanti jusqu'à 65 ans
- une assurance en responsabilité professionnelle avec postériorité et éventuellement antériorité, avec défense en justice y compris pour les cas de médiation

Il est à noter que si, en Belgique, des assurances groupes de ce type ne constituent pas forcément le bon choix, il en va différemment aux États-Unis, en raison du montant autrement élevé des primes individuelles.

Structure étonnante

Plus de 7.500 dentistes sont aujourd'hui membres de la CDS, dont 3.500 ne résident même pas dans les trois comtés entrant en ligne de compte pour être considérés comme praticiens locaux. Tant de gens doivent naturellement être bien organisés : près d'un siècle et demi d'histoire associative a ainsi accouché d'une structure d'une incroyable complexité.

Les membres sont tout d'abord divisés géographiquement. Ceux des comtés Cook, DuPage et Lake sont les membres réguliers, les vrais de vrais. Ceux qui résident en dehors ne sont que des membres associés. Parmi les 4.000 membres réguliers, il faut encore distinguer neuf sections, chaque comté étant divisé au couteau selon le plan urbanistique : on obtient ainsi les sections Northwest Side, North Side, West Side, Englewood, Kenwood/Hydepark, North Suburban, Northwest Suburban, West Suburban et South Suburban, auxquelles il convient d'ajouter le District de centre ville. Certaines de ces sections dépassent les 900 membres, ce qui en fait des entités plus peuplées que les associations nationales de certains états de l'Ouest.

Le Conseil d'Administration de la Chicago Dental Society est formé à la manière d'un état-major militaire : 5 officiers et 9 directeurs de sections forment l'organe de direction. Les directeurs de section sont élus par leur propre section pour un mandat de trois ans. Quant aux officiers, leur mandat se limite à une année : il s'agit du Président, du Président élu, du Vice-président, du Secrétaire et du Trésorier. Ces mandataires supervisent le personnel professionnel du siège social, constitué de 19 employés !

Beaucoup plus étonnante encore est la division de la Chicago Dental Society en « partis politiques » (sic). Trois partis existent : le Groupe des Membres, l'Organisation Indépendante et le Club des Progressistes. Mais les statuts prévoient explicitement que les trois partis doivent gouverner en coalition, avec une tournante pour les postes-clés. Ce système de partage du pouvoir permet, à en croire ses supporters, une représentation efficace de toutes les tendances dans le processus décisionnel. Ainsi par exemple, chaque parti a le droit de désigner le Trésorier tous les trois ans, le nommé devant encore être approuvé par les deux autres partis. Ou encore, si le Président et le Vice-président appartiennent au Groupe des Membres, le Président élu et le Trésorier seront issus de l'Organisation Indépendante, et le Secrétaire sera un représentant du Club des Progressistes.

Tout ceci paraît un peu lourd aux yeux d'Européens, mais il faut admettre que, de ce côté-là de l'Atlantique, le résultat de cette organisation alambiquée est en fait un dynamisme d'une efficacité redoutable. L'organisation d'un congrès annuel majeur, sans la moindre interruption depuis la fondation de l'association, et pour la 142^{ème} fois en 2007, est la partie internationalement visible de cette efficacité.

Big is not enough

Et quel congrès ! Chaque année, plus de 30.000 participants se ruent des quatre coins des États-Unis et du reste du monde pour assister à l'événement numéro 1 de l'hiver odontologique. Au pays de la délégation des tâches et du marketing, les praticiens ne re- ●●●

Un dentiste de Chicago que nous connaissons tous



Bien que n'ayant jamais brigué de hautes fonctions au sein de la Chicago Dental Society (il lui préféra le bureau de l'Illinois State Dental Society, dont il fut Secrétaire et Président), le dentiste de Chicago le plus éminent fut sans conteste **Greene Vardiman Black** (1836-1915).

Né de parents agriculteurs à Winchester, petite bourgade dans cette portion méridionale de l'Illinois qui sent déjà bon le Missouri, G.V. Black décida à l'âge de 17 ans de suivre la voie tracée par son frère Thomas en embrassant des études de médecine. Mais il les interrompit rapidement et, dès 1857, il s'intéressa à la dentisterie, dont les rudiments de l'époque lui furent enseignés en quelques semaines par J.C. Speer.

La guerre de Sécession éclata alors, et il servit quelques temps comme éclaireur dans l'armée de l'Union. Une fois démobilisé, il s'installa à Jacksonville, Illinois, une ville suffisamment peuplée pour lui permettre l'exercice de la dentisterie à temps plein, ce qui, à l'époque, était tout à fait original... et ne nécessitait aucun diplôme.

Il mena alors une carrière de clinicien autant que de chercheur et, en une quinzaine d'années, devint l'une des personnalités les plus respectées de son domaine aux États-Unis.

Son intérêt principal portait sur la fluorose, ce qui l'amena à voyager dans le Colorado pour comprendre les taches brunâtres présentes sur la dentition des amérindiens et des colons habitant la région. Sa contribution technique à la dentisterie fut également énorme. Il déclina de nombreuses compositions de l'amalgame dentaire afin de lui conférer les meilleures propriétés possible, il mit au point un contre-angle relié à un pédalier, et il compta parmi les premiers à utiliser le protoxyde d'azote lors d'extractions.

Mais sa plus déterminante contribution à la dentisterie fut certainement son leitmotiv « extension for prevention », ce qui le mena à développer ses principes et classes « de Black », que les étudiants de troisième année étudient encore aujourd'hui. Ces notions, quoique dépassées depuis les années 1980 par les concepts de collage et de micro-dentisterie, demeurent une référence dans l'idiome odontologique quotidien de par le monde.

Bien qu'autodidacte et dénué de diplôme, G.V. Black mena néanmoins une carrière d'enseignant, tout d'abord au Missouri Dental College, qui finit par lui décerner un DDS. Ensuite il fut honoré d'un Master au Chicago College of Oral Surgery (qui aujourd'hui a rejoint le giron de l'université jésuite de Loyola).

À la fin de sa carrière, G.V. Black devint le premier Doyen de l'École de dentisterie de la prestigieuse Université Northwestern de Chicago, installée sur le superbe campus Evanston. Il y déclara un jour : « *Un vrai professionnel a le devoir d'être un étudiant perpétuel* ».

La ville de Chicago eut le bon goût d'honorer ce grand monsieur en lui érigeant une statue à Lincoln Park — un autre motif de pèlerinage pour tout praticien de l'art dentaire. ■



SERVICE HOTLINE



owandy
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE



NOUVEAU
PANO I-MAX



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



UNE LIGNE DE STERILISATION SUR MESURE
COMME VOUS EN REVEZ !

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



*Plus qu'un meuble,
un partenaire pour
le professionnel
pour une organisation
parfaite dans le
monde de la
santé buccale qui
répondra toutes
les exigences.*



●●● présentent toutefois qu'un quart de ces plantureux effectifs (Tableau 1). L'ensemble est classé dans le top 10 des congrès de Chicago, tous domaines confondus, et draine plus de 44 millions de dollars dans la ville. Il faut dire que jusque votre clé d'hôtel en forme de carte de crédit est sponsorisée par des marques dentaires !

Le centre de congrès McCormick Place est le lieu de rendez-vous. Situé à 10 minutes au sud de la ville, sur l'autoroute qui mène à l'Indiana, il offre des dizaines de salles de conférences et toutes les facilités liées à ce type d'événements. Il dispose aussi d'un hôtel intégré, mais celui-ci est généralement bouddé par les participants, qui préfèrent de loin poser leurs valises au centre ville. Qu'à cela ne tienne, la Chicago Dental Society met sur pied ses propres lignes de bus, qui relient gratuitement la douzaine d'hôtels officiels de downtown à McCormick, toutes les 10 minutes, du petit matin jusque tard le soir.

Le congrès se tient du jeudi matin au dimanche midi, soit trois journées et demi bien remplies. L'édition 2007 a réuni sur ce laps de temps 123 conférenciers offrant un choix total de 223 séances ! Toutes ces opportunités sont classées en séances « F » (pour « Free », accès gratuit dans le cadre de l'admission générale) et d'autres à entrée payante complémentaire. Le budget global est raisonnable pour le praticien international non membre, puisque l'admission générale est de 150 dollars pour les quatre journées, et les suppléments optionnels ne dépassent guère les 100 dollars.

Tout cela ne peut s'organiser sans une large automatisation et une bonne gestion des flux. L'inscription se fait donc en ligne ou par fax dès le mois de novembre. Le participant est invité à remplir ses souhaits quant à son programme personnel, aussi bien pour les sessions libres que les séances payantes. Le participant reçoit chez lui, où que ce soit dans le monde, les tickets d'admission qui lui permettront d'avoir sur place un siège garanti jusque 15 minutes avant le commencement des conférences ; au-delà, l'entrée devient libre pour tous, même sans réservation. Sur base des informations recueillies, le comité organisateur attribue les salles

les plus adéquates à chaque conférence, en fonction du succès rencontré, et ce à peine quelques jours avant le congrès. Le résultat est une impression d'espace et de sérénité, sans la moindre bousculade.

Autre automatisation notable : la remise des certificats de formation continue. Des ordinateurs et des imprimantes permettent à chacun d'éditer sa propre attestation (obligatoire comme chez nous) : il lui suffit d'encoder les séances suivies et les fameux codes de vérification qui sont fournis à la fin des conférences. Cette facilité peut également se faire *on line* plusieurs semaines après le congrès, pour les distraits.

Les petits services à l'américaine sont également bien présents. À noter la possibilité d'inscrire gratuitement ses enfants pour les journées de week-end : ils reçoivent ainsi leur propre badge et peuvent déambuler en toute liberté dans le centre de congrès, sous l'œil discret mais attentif d'une meute d'agents de sécurité.

Enfin, un événement de cette taille ne peut se concevoir sans une exposition de premier plan. Cette année, pas moins de 565 firmes offraient des stands à découvrir avec les yeux d'un enfant d'un autre continent. Comme toujours, les surprises y sont nombreuses, et on se prend à regretter les maigres 23 kilos autorisés pour la valise du retour... ■

Dentistes	7.793
Étudiants en dentisterie	878
Hygiénistes	4.207
Assistants	3.816
Autre personnel	2.699
Techniciens	501
Étudiants hyg. ou ass.	1.255
Visiteurs	2.094
Commerciaux	941
Journalistes	123
Exposants	9.485
TOTAL	33.762

Tableau 1. Répartition des participants au Midwinter Meeting 2007



Deux jours au salon IDS à



Impossible en fait de décrire vraiment ce rendez-vous des professionnels du monde dentaire, dentistes, techniciens mais surtout fabricants et distributeurs ; un seul mot peut être assez significatif : gigantesque ! Nous sommes obligés de n'utiliser que des superlatifs. Le Salon IDS 2007 est celui de tous les records. Imaginez un peu : 1742 exposants venant de 54 pays, et réunis en un seul lieu, sur plus de 130.000 mètres carrés !

> Pierre GOBBE-MAUDOUX

L'édition 2007 de ce salon a été la plus exhaustive et la plus attractive de tous les temps. 100.000 visiteurs : 35% de visiteurs étrangers et 62% d'exposants étrangers. C'est incontestablement le salon mondial de référence pour tous les décideurs. Et c'est peut-être aussi cela qui est difficile à imaginer lorsqu'on n'a jamais mis les pieds à l'IDS.

Bien sûr, il y a tous ces dentistes, techniciens dentaires mais aussi étudiants et assistantes qui sont à l'achat, comme on dit, ou qui, tout le moins, sont curieux de voir les « nouveautés ». Mais c'est surtout aussi le salon des affaires : la majorité des gens qui fréquentent l'IDS sont en costume-cravate et y viennent, certains pour y trouver des revendeurs, d'autres pour y trouver des produits qui manquent dans leur gamme, d'autres encore pour y négocier des conditions intéressantes.

Et l'industrie dentaire allemande se porte bien avec une croissance de près de 9% en 2006.

Mais ne croyez pas que ce salon est essentiellement allemand : il y a plus de 60% de firmes étrangères. L'anglais y est parlé partout et même le français y est en progression au fil des organisations. Les pays les plus représentés, après l'Allemagne, y sont les États-Unis (avec 186 exposants), l'Italie (178 exposants), la Suisse (69 exposants)... avec 250 « nouveaux » exposants par rapport à l'édition 2005.

On y est tout de suite frappé par l'importance des stands de Chine, mais aussi de Corée ou encore du Brésil, de l'Argentine ou du Pakistan.

Pas seulement l'unité

À quelques heures du cours d'ergonomie du COD avec Herluf Skovsgaard, cours qui s'annonçait comme un succès énorme, nous nous sommes un peu intéressés à un domaine bien représenté ici à Cologne mais qui, souvent, est « négligé » par les dentistes : l'organisation des meubles et des rangements autour de l'unité dentaire. En effet,



Cologne

bien souvent, le dentiste accorde beaucoup d'importance au choix de son fauteuil et de son unit alors qu'à ce niveau, il existe finalement peu de grandes variations. Par contre, selon la taille du dentiste, selon sa ou ses techniques de travail, selon ses habitudes... il y a de multiples possibilités de rangement du matériel et des produits.

C'est ainsi qu'apparaissent maintenant des meubles fixés sur rails verticaux, ce qui apporte quelques avantages : diminution du nombre de points de contact au sol, et donc nettoyage plus facile ; personnalisation de la hauteur du plan de travail ainsi que de la position des meubles suspendus, selon que le dentiste travaille debout ou assis.

On peut penser aussi que nombre d'« améliorations » sont apportées simplement pour l'esthétique ou pour coller à la mode du moment. N'en croyez rien. Ainsi, si le lavabo a plutôt tendance maintenant à être une vasque posée sur le plan de travail, c'est essentiellement pour éviter de devoir trop se pencher lorsqu'on se lave les mains. De même, le plan de travail « lumineux » diminue la fatigue oculaire lorsque le praticien passe du champ de travail très éclairé à la zone située derrière le patient.

Certains fabricants ont aussi beaucoup réfléchi à nos habitudes de travail et ont changé leurs offres. Par exemple, un pe-

tit meuble à roulettes pour la chirurgie ou l'implantologie est proposé maintenant en un mètre de large : ainsi, lorsqu'on y a déposé son moteur de chirurgie, il reste encore à côté la place pour déposer tout le matériel nécessaire à l'intervention. Là aussi, on propose un meuble avec des tiroirs de largeur double afin d'avoir tout le nécessaire pour l'une ou l'autre intervention.

Une autre évolution est l'apparition de ces zones pratiques pour les consommables : sur un espace restreint, on retrouve tout le nécessaire à l'hygiène individuelle : masques, gants, serviettes, gobelets.

Il faut également parler de la zone de stérilisation. L'ergonomie s'est installée dans la *stérili* pour proposer des modules complets où l'on retrouve non seulement le nécessaire mais surtout l'indispensable. Il ne fait aucun doute qu'à l'avenir, le praticien devra accorder une place toute particulière à cet aspect de notre profession et garantir au patient les meilleures conditions d'hygiène et de stérilisation. Dans les nouveaux concepts, cette zone est même largement visible par les patients pour qu'ils puissent ainsi être rassurés sur les mesures prises par leur praticien pour éviter les infections croisées.

Le prochain IDS se tiendra du mardi 24 au samedi 28 mars 2009, à Cologne évidemment. On vous y verra ? ■



MEDICOTRONIX

PORTES OUVERTES

Les **11 et 12 mai 2007** de 10h à 20h et le **13 mai 2007** de 10h à 18h.



Le 11 mai 2007 à 19h30

Workshop sur **IGN, STERILISATION** et
NORMES EUROPEENNES (Mr Colin - W&H).

Les 12 et 13 mai 2007

Informations techniques sur l'**IMPORTANTCE**
de l'**EAU** dans votre installation.

Conditions exceptionnelles
sur le matériel d'exposition



 **galbiati**
Since 1935

Herluf Skovsgaard L'ergonomie en solo

Namur, 23 mars 2007



L'ergonomie au cinéma

NON, CE N'ÉTAIT PAS UN FILM !

Au sein de l'un des plus grands complexes cinématographiques du pays, nous sommes confortablement installés dans les fauteuils de l'une de ses salles. Il faut chercher pour trouver l'un des rares sièges encore libres.

S'agit-il de la projection en avant-première d'un film attendu ? Non, pas du tout : au pied de l'écran géant, la présence insolite d'une unité dentaire et de son mobilier ne laisse aucun doute sur l'originalité du sujet choisi par rapport à l'environnement dans lequel nous nous trouvons. Mais, si nous ne nous attendons pas au spectacle habituellement projeté dans cette salle, souvent obscurcie pour la circonstance, nous nous apercevons d'emblée que la toile blanche aura toute son utilité pour agrandir ce qui va se passer sur scène : Herluf Skovsgaard va nous montrer magistralement comment pratiquer notre profession en respectant au maximum notre anatomie, qui, en général, n'a rien de la robustesse de celle d'un Arnold Schwarzenegger...

Une première en Wallonie ! Compte rendu.

> Pierre-Yves MARIÉ pierre-yves.marie@mobistarmail.be

Les troubles du rachis constituent une affection qui peut se révéler lourde de conséquences, tant au niveau professionnel qu'extraprofessionnel. En termes de santé publique, son poids est considérable, au point que l'on peut dire qu'elle représente un véritable fléau social. Parmi les professions à risque, celle de dentiste est particulièrement

exposée, et l'expérience montre que les atteintes rachidiennes sont fréquentes, parfois handicapantes : elles peuvent aller d'une simple incapacité occasionnelle à une incapacité totale de poursuivre son activité professionnelle !

Les causes fréquentes de cette pathologie sont la plupart du temps la résultante du mode de travail du praticien, de sa

sédentarité et de la mauvaise définition ergonomique de son plateau de travail. C'est dire tout l'intérêt que représentait, pour ce professionnel de la santé, ce séminaire entièrement consacré à ce sujet, depuis la pointe travaillante de sa fraise à la position de ses pieds, en passant par le choix de ses instruments rotatifs, la prise digitale de ses instruments, le travail de son avant-bras et de son bras, ou la position correcte de sa tête, de ses yeux, de son buste et des ses membres, au cours de la prestation des différents soins qu'il effectue jour après jour... Un intérêt qu'avaient bien compris les quelques trois cent septante dentistes présents, et la quinzaine d'assistantes qui les accompagnaient !

Entrons dans la danse

Si le précédent séminaire organisé par le COD consacré à l'ergonomie nous avait déjà touché un mot des postu- ●●●



●●● res de travail adéquates par rapport à celles qui ne le sont pas, et des exercices physiques ciblés à pratiquer régulièrement pour compenser les longs temps de pose dans des postures statiques (Jean Ginisty, 2004), Herluf Skovsgaard allait davantage se concentrer sur la globalité des facteurs entrant en jeu dans l'ergonomie au fauteuil, y compris ceux qui sont en lien avec l'environnement de travail. Pour mieux asseoir son propos, rien de tel évidemment que de pouvoir convaincre ses auditeurs en se trouvant « en situation », c'est-à-dire aux commandes de l'unit dentaire qu'il s'est donné la peine d'emmener avec lui, y compris son mobilier.

Et pour mieux se faire comprendre par ses auditeurs, le conférencier choisit la métaphore de la danse : celle-ci ne s'apprend pas par une démarche purement intellectuelle. On ne « sait » pas un pas de danse : on le pratique pour le mémoriser corporellement. Ainsi, dès les premières heures de notre pratique professionnelle, nous avons pris des habitudes, bonnes ou mauvaises, qui sont devenues, à force de les répéter, des automatismes qu'il s'agit de pouvoir, avec le recul, analyser et évaluer. Car si

des vices de procédures se sont introduits dans notre mode de fonctionnement, nous ne nous en débarrasserons pas sans un entraînement, comme celui que nous adopterions pour apprendre une nouvelle danse. Si nous voulons améliorer notre confort de travail, nous devons par conséquent réévaluer — et sans doute modifier — certaines de nos méthodes, pour créer de nouveaux automatismes qui nous permettent de nous concentrer davantage sur notre travail, avec le moins de stress ou de distractions possibles.

Pour une prestation de service !

Le dentiste n'est pas un vendeur : il ne dispose pas, tel un bijoutier, de tiroirs dans lesquels se trouvent des couronnes en métaux précieux, de différents modèles et de différentes tailles, à vendre... Non, le praticien de l'art dentaire offre une prestation de service qui consiste, d'une part, à convaincre le patient du bien-fondé d'un traitement, sans lequel la situation en bouche ne risque que d'empirer, et de personnaliser ensuite le traitement à ce patient, considéré dans toute son unicité. Mais

pour mener à bien cet objectif, le praticien le fera-t-il avec le plus de chances de succès : tendu, stressé, à crans ? Ou souriant, détendu, avenant ? Outre la question de la santé du praticien, c'est ici toute la question de son image et de celle de son cabinet qui entre en jeu.

Car, même si le traitement est irréprochable sur le plan technique, le service sera-t-il appréhendé par le patient comme un service de qualité si celui-ci fait l'expérience d'un praticien désagréable et d'humeur revêche ? Bien sûr que non. Il est par conséquent impératif de concevoir le service que le praticien rend à ses patients comme une globalité : action et communication.

Nous n'insisterons jamais assez ici sur l'importance de se faire assister par un personnel compétent, secrétaire et/ou assistante, qui, précisément, pourra prendre adéquatement en charge une grande partie de cette communication, au plus grand bonheur des parties en présence, mais peut-être, surtout, du praticien lui-même, délivré ainsi de son rôle d'homme-orchestre !



Avec une aide précieuse !

Parmi toutes les nations qui les entourent, les dentistes belges sont les seuls à renoncer massivement à l'engagement de personnel. Cela tient évidemment pour une grande part à des considérations socio-économiques : une pléthore de praticiens, l'absence de prise en charge par la sécurité sociale de tout un pan de la dentisterie — dont la prothèse fixe —, la quasi inexistence d'un système d'assurances privées complémentaire, pourtant généralisé chez nos voisins... Tous ces facteurs défavorables entraînent dans leur chef des chiffres d'affaire souvent insuffisants, au regard du coût — au contraire particulièrement élevé en Belgique — de l'engagement de personnel. Car il est évident que les dentistes belges n'ont rien d'une corporation de masochistes !

De ce fait, le praticien belge paye un lourd tribut à cette situation de fait : il consacre un moindre temps au travail effectif en bouche, constamment distrait dans son travail par une multiplicité de tâches « secondaires » dévolues derrière nos frontières au personnel auxiliaire. Mais le fait de bénéficier des services d'une assistante ou d'une secrétaire n'est pas suffisant. Car si l'organisation du cabinet n'est pas adaptée, celles-ci risquent de faire du « jogging assistance », se mouvant en tous sens pour effectuer les multiples tâches qui leur incombent. Toute cette architecture du cabinet, au sens large, fut abordée par le conférencier, dans les moindres détails, depuis la disposition des locaux, jusqu'à celle du contenu du dernier tiroir...

Nous n'avons fait ici qu'effleurer le premier module de ce séminaire, qui en comptait quatre, que les participants ne risquent pas d'oublier, pour les avoir enregistrés dans leur mémoire corporelle... ■



**Prochaine activité
à l'Acinapolis de Jambes**

**Samedi 30/9/2007
Présent & avenir de la prothèse
amovible partielle métallique**

Jean & Estelle Schittly

2^{èmes} Journées odontologiques de Paris Descartes



Beaucoup d'entre vous ne connaissent sans doute pas l'Université de Paris 5, ou encore Paris Descartes, communément appelée Montrouge. En effet, cette université qui possède une école de dentisterie est située sur le territoire de la petite ville de Montrouge. Commune de 42000 habitants, au sud de Paris, en bordure du périphérique, sur le territoire des Hauts de Seine (92). C'est à proximité du terminus de la ligne 4 du métro, la Porte d'Orléans. La Faculté de chirurgie dentaire de l'Université René Descartes est l'une des deux UFR d'odontologie implantées à Paris et l'une des seize UFR d'odontologie de France.

Le Journal d'Omnipratique Dentaire a été invité par son organisateur, le Professeur Lasfargues, aux 2^{èmes} Journées odontologiques de Paris Descartes les 29 et 30 mars 2007. Ces Journées se sont articulées autour de 3 principes : une journée de travaux pratiques et d'exposés s'y rapportant le jeudi, une soirée « haut de gamme » pour faire le point dans cinq domaines le jeudi soir et une « matinée au cabinet dentaire » le vendredi.

Les 200 participants aux travaux pratiques du jeudi ont été répartis en une dizaine de groupes dans les salles de cours et de laboratoire de l'école dentaire. Endodontie mécanisée sur dents extraites, parodontologie chirurgicale sur mâchoire de porc, Conception et Fabrication Assistée sur Ordinateur, traitement implantaire guidé... il y en avait certainement pour tous les goûts. Le soir : 40 années d'évolution en dentisterie... où en sommes-nous ? Domaine : paro, endo, collage, tout céramique et implants. Et le vendredi, une matinée exceptionnelle dont vous trouverez le résumé dans les pages suivantes...

> Pierre GOBBE-MAUDOUX



Quelle idée originale que de mettre sur pied cette « matinée au cabinet dentaire ». Intéressant, en effet, de regarder la réalité de tous les jours, avec un peu de recul et sans le véritable stress qui accompagne notre quotidien. Ici, il y a la prise en charge de situations cliniques variées, dans un timing à cadences variables, comme dans la vraie vie. Les patients se succèdent, certains programmés, d'autres relevant de l'urgence. Pour chaque situation, l'orateur présente le problème, les objectifs et décrit le temps par temps de la séance de soins. Les concepts novateurs sont évidemment mis en exergue.

Le but final ? Nous donner envie demain de recevoir les mêmes patients et de les aborder de la même façon.

9h00 - Un retraitement endo

Le premier patient est Jean Racine. Il est reçu par Dorothée Douyere. Elle l'a reçu il y a huit jours pour un contrôle régulier. À la radiographie, elle a décelé une 47 déjà traitée mais présentant une image péri-apicale. Elle a donc programmé le retraitement pour aujourd'hui.



L'orateur nous rappelle alors le protocole correct : pose du champ opératoire, réaménagement des voies d'accès, localisation des entrées canalaire, désobturation, mise en forme, nettoyage et obturation tridimensionnelle. C'est l'occasion de présenter les techniques optimales. Ici, le praticien a décidé d'utiliser le système R-Endo de MM® : lime Rm pour amorcer, puis Re pour « redresser » les entrées de canaux, ensuite R1 (1/3 coronaire), R2 (1/3 moyen), et R3 (1/3 apical), toujours sous irrigation à l'hypochlorite de sodium 2,5%. Et mise en forme finale avec le Rs. Ajustage des maîtres-cônes avec RX de contrôle. Irrigation finale à l'hypochlorite de sodium et Salvizol®

(EDTA liquide) pendant deux minutes. Ensuite assèchement canalaire, puis obturation à la gutta chaude (ici, Système B).

Elle termine par la restauration provisoire qui doit être étanche pour éviter toute recontamination. Elle utilise un ionomère de verre. Les deux cents participants ont alors l'occasion de

poser leurs questions sur ce qui a été moins bien compris, les alternatives possibles... L'antibiothérapie est-elle associée ? Combien de radiographies per- et post-opératoires ? Médication temporaire ?

9h30 - Une coloration inesthétique

Le second patient est le petit Eddy Scromie, 4 ans, amené par sa maman pour une dyschromie de la 51 apparue immédiatement après un traumatisme il y a environ 3 mois. Il est reçu par Emmanuelle Rioux. Il n'y a pas de mobilité, aucune sensibilité à la percussion, pas de fistule. L'examen radiographique ne montre aucune obturation endodontique ni aucune résorption pathologique. Donc, rien sauf la coloration.



Il ne faut rien faire ! Elle se base pour dire cela sur une étude de 2006. C'est l'occasion alors de faire un rappel de toutes les dyschromies : transitoires ou permanentes ; grise, rose ou jaune ; ...et les trois thérapeutiques possibles : abstention, traitement endo ou extraction.

10h00 - Une autre incisive

Le troisième patient est Ilies Thétique, reçu par Isabelle Rodrigues. Ilies a 15 ans et se plaint d'une dent « pas belle » (la 21) depuis longtemps. Cette dent présente une anomalie de forme et de structure. L'étiologie d'une telle pathologie est à retrouver lors de l'odon-

Une matinée au cabinet dentaire

tologie primaire. Soit génétique, soit systémique (fluorose, tétracyclines...), soit locale (trauma ou infection de la denture temporaire). Ici, c'est le trauma qui est en cause.



Le but de cette présentation est donc de reconstituer la dent. La dentiste utilise ici la technique de stratification en composite. Elle utilise une clé en silicone préparée sur une empreinte et un moulage préalables avec reconstitution de la forme finale en cire bleue (wax up). Elle utilise le CeramX Duo de De-Trey® après avoir enlevé tout le tissu qui présente l'anomalie, émail et dentine. Elle pratique un long chanfrein amélaire en vestibulaire et en palatin afin d'assurer un maximum de rétention.

Une remarque de l'assemblée concerne évidemment le temps passé et le prix d'une telle technique en pratique quotidienne...

Dans l'agenda est maintenant prévue la visite d'un délégué. C'est l'occasion de faire une petite pause café...

••• 11h00 - Une urgence... vraiment urgente

Le quatrième patient est une urgence vue par Marc Barantes. C'est une maman qui arrive, assez catastrophée, avec son fils, Jemal Odent, 12 ans, qui présente une tuméfaction importante de la face, à droite et à gauche, avec œdèmes palpébraux et la lèvre supérieure gonflée. Ce qui l'inquiète le plus, ce sont ses yeux qui sont fermés depuis ce matin.



Cela a commencé quatre jours auparavant. Il a 39,1° de température. L'examen clinique montre un gonflement vestibulaire au niveau 11 et 21, lesquelles dents ont des obturations en composite. Le test de vitalité au froid est négatif sur 11 et 21, positif sur les autres dents. Le test à la percussion est très positif sur 11 et 21, négatif ailleurs.

Le cliché rétro-alvéolaire montre une radioclarité péri-apicale sur 21. Le diagnostic est donc une cellulite diffuse de la face, avec sinusite maxillaire et ethmoïdale droite, nasogénienne bilatérale et orbitaire bilatérale suite à nécrose des dents 11 et 21.

On est ici devant une urgence vitale ! Le traitement immédiat a consisté en une ouverture de 11 et 21, ce qui a permis un écoulement purulent immédiat sur la 11 avec ouverture immédiate de l'œil droit. Le patient doit être adressé immédiatement aux urgences pédiatriques, pour contrôle régulier de son état général et antibiothérapie en intraveineuse pendant plusieurs jours. Une non prise en charge peut entraîner une cécité.

Le praticien nous rassure sur l'évolution : après huit jours d'hospitalisation avec cette antibiothérapie IV, le visage de Jemal a retrouvé un aspect normal. Après drainage ouvert à J0, ils ont revu

le patient à J+1 et J+2 pour rinçages canaux. Ensuite, à J+3, a été placé un hydroxyde de calcium avec obturation provisoire. Et à J+8, si tout va bien, on peut effectuer l'obturation définitive des canaux.

11h30 - Un plan de traitement

Le cinquième patient était Monsieur Eugène Hole. Il a décommandé il y a quelques minutes. On va donc utiliser ce temps libre pour étudier un cas « sur dossier ». Il s'agit de Madame du Pont, vue par Elisabeth Dursun, à qui elle a demandé une réhabilitation totale de sa dentition. Madame du Pont a 54 ans. Elle a un vieux bridge antérieur usé et a très peur qu'il vienne à casser. Elle est apparue décidée et confiante. L'examen clinique a montré un bridge résine 12 à 22 inadapté avec une couronne sur 13, tout aussi inadaptée. Il y a absence de la 11 et endo sur toutes les dents de 15 à 24, incomplètes... On a aussi des modèles pour étudier les profils dentaires, ces modèles sont montés sur articulateurs pour pouvoir juger de l'occlusion. Il faut prévoir le retraitement de toutes les dévitalisations.

On n'envisage pas d'implant pour la 11 car les dents voisines sont à traiter. Après dépose, on se retrouvera avec simplement les racines des dents 13 à 23, avec une image apicale sur la 12.

La dentiste a donc finalement opté pour un bridge 13 à 23, qui sera plus esthétique car plus uniforme que de laisser certaines dents individuelles. Ce bridge sera-t-il en all-ceram car plus biocompatible, plus esthétique... ? Son prix serait alors plus élevé et la technique est plus difficile. Cependant, il faut des inlay-cores métalliques sur les racines : le all-ceram a donc moins d'intérêt. Le choix définitif ira donc vers un bridge céramo-métal de 13 à 23. Il ne reste plus qu'à programmer les séances : dépose, endos, inlay-cores, provisoires, bridge...

12h00 - Un peu de tout...

Le dernier patient de cette matinée est reçu par Aurélie Beslot. C'est encore un garçon, Arnaud Dontome, 8 ans, qui vient avec sa maman. Arnaud présente de grands délabrements des molaires

permanentes, sans grandes plaintes. Il a une hygiène plutôt satisfaisante et est suivi très régulièrement. Aucune carie au niveau des molaires temporaires. Pourquoi ? Il n'y a eu aucune modification des habitudes alimentaires, pas de changement de mode de vie... Est-on devant une anomalie de structure ? L'interrogatoire de la maman ne précise rien. L'aspect des dents montre quelques opacités, assez caractéristiques des anomalies de structure.



La question va donc être : faut-il soigner ou extraire ces 6 ? L'examen radiologique montre aussi que les quatre incisives supérieures permanentes sont retenues par quatre dents surnuméraires. Cela n'a rien à voir avec les anomalies de structure des premières molaires mais va orienter le plan de traitement. Il est décidé de pratiquer, sous anesthésie générale, l'extraction des quatre incisives supérieures temporaires résiduelles, des quatre dents surnuméraires et des quatre premières molaires permanentes, en une seule fois. Ensuite, il faut prévoir une prothèse provisoire supérieure pour l'esthétique, la phonation, la maintenance de l'espace pour les définitives et aussi pour stimuler le remaniement antérieur.

La conclusion est qu'il faut aussi savoir extraire à certains moments, quand c'est nécessaire et indispensable, comme ici lorsque nous nous trouvons devant un diagnostic tardif.

Et voilà, notre matinée au cabinet est terminée. Très bien remplie. Mais c'est surtout notre cerveau qui est bien rempli par tous ces rappels et ces bons conseils.

Merci aux organisateurs pour une présentation aussi originale. On reviendra et on ne manquera pas de vous en faire le compte-rendu dans ces colonnes. ■

Entretien avec Jean-Jacques Lasfargues

Président des 2^{èmes} Journées odontologiques de Paris Descartes

Le JOD — Monsieur le Professeur, bonjour et merci de nous avoir invités aux 2^{èmes} Journées odontologiques de Paris Descartes. Au fait, à qui s'adressent ces Journées ? Aux anciens de cette Université ou à tous les praticiens ?

Jean-Jacques Lasfargues — Les Journées s'adressent à tous les praticiens de Paris et de la région parisienne. Les autres praticiens ne montent pas spécialement de province pour ces Journées, encore que quelques uns le font. On a fait un mailing sur Paris et la grande banlieue. Mais c'est vrai aussi qu'il y a beaucoup d'anciens de la Faculté qui reviennent à cette occasion.

Le JOD — Ce sont les deuxièmes journées, mais à quel moment eurent lieu les premières ?

Jean-Jacques Lasfargues — Historiquement, on a fait des journées par le passé qui s'appelaient « Les Rencontres Odontologiques de Montrouge ». On a ensuite un peu arrêté, il y a eu une chute de la formation continue dans les années 90. Et puis on a repris cela, et les premières Journées ont eu lieu il y a deux ans à la même époque. On les fait donc maintenant tous les deux ans.

Le JOD — Êtes-vous satisfait du résultat de ces deuxièmes Journées par rapport à l'édition précédente ?

Jean-Jacques Lasfargues — Pour les premières journées, on avait organisé cela sur trois jours complets avec un plateau exceptionnel. Il y avait en particulier une journée complète d'interventions en direct avec cabinet placé derrière le grand amphithéâtre. Et malgré tous ces efforts, le succès avait été modeste pour un programme qui était vraiment de très très haut niveau. Cette année, on a deux cents inscriptions et 45 laboratoires présents. Effectivement, je suis heureux parce que c'est un grand succès.

Le JOD — Quelles ont été vos motivations et celles du comité d'organisation pour le choix du programme ?

Jean-Jacques Lasfargues — Nous ne sommes pas un comité très protocolaire ; nous sommes des enseignants qui nous réunissons pour échanger nos vues. Nous essayons toujours d'être attentifs, d'une part, à présenter une approche globale et médicalisée de la dentisterie. On ne veut pas faire de la technique pure. On replace toujours tout dans une démarche médicale, et la prévention, pour nous, a toujours sa place. D'autre part, la prise en charge globale du patient et de ses besoins est quelque chose qui nous concerne beaucoup. La deuxième facette est d'apporter, avec notre spécificité universitaire et la possibilité d'avoir des équipes assez importantes d'encadrement et des salles de travaux pratiques, de faire aussi de la clinique.

Nous avons conçu un programme autour de trois axes qui nous ont paru d'actualité tout en étant aussi, je dirais, la base de la dentisterie. Les soins conservateurs : là, on a axé, avec les progrès du collage et de l'endodontie, avec la rotation continue, sur le continuum endo-prothétique. C'est un thème intéressant sur lequel les praticiens peuvent non seulement s'améliorer, mais aussi avoir un gain de productivité s'ils sont bien organisés. Le deuxième thème, c'est la traumatologie. Il y a une recrudescence assez importante des traumatismes ; et donc, repréciser les recommandations en traumatologie et faire part de certaines techniques, comme par exemple de contention, nous a paru intéressant. Enfin, le dernier thème, c'est le traitement des édentements. On a voulu avoir une approche globale, depuis la préparation pré-prothétique jusqu'au processus décisionnel, le choix des techniques prothétiques et les différentes facettes de la prothèse fixée dento-implant- portée, amovible, jusqu'à la prothèse complète. Vendredi matin étant une journée un peu différente : c'est une matinée très « pratique généraliste ». On a parfois accusé la Fa-

culté d'avoir des thèmes élitistes. Nous essayons donc aussi de nous mettre pratiquement dans la peau du praticien de base. C'est une matinée d'« omnipratique » avec un concept assez original : une matinée au cabinet dentaire comme chacun peut la vivre. Il y a aussi une particularité : le programme de cette matinée a été monté par nos jeunes, par notre équipe d'internes.

Le JOD — Les Travaux Pratiques ont apparemment toujours autant de succès ?

Jean-Jacques Lasfargues — Il y a une difficulté aujourd'hui parce que les matériaux et les matériels évoluent rapidement ; le praticien, de plus en plus, ne veut pas se précipiter et aller acheter les nouveautés, il veut les expérimenter auparavant ; comme ici, beaucoup de confrères me disaient qu'ils ne s'étaient pas encore mis à la rotation continue, et venaient donc pour la tester.

Le JOD — Où en est la situation de la Profession dentaire en France ?

Jean-Jacques Lasfargues — Dans certaines zones géographiques, il y a pléthore. Dans le sud de la France, il y a trop de praticiens. Dans certaines régions, à l'ouest, comme en Normandie, récemment, des sociétés privées, pour leurs employés, ont fait venir, par exemple, des praticiens d'Espagne.

Ici à Montrouge, la fréquentation a décliné régulièrement mais nous en sommes à des promotions d'à peu près cent étudiants par année depuis 10 ou 15 ans. Il y a certaines Facultés de province où le numerus clausus a plus augmenté qu'à Paris.

Le JOD — Merci, Monsieur le Professeur. ■



Nobel Biocare a le plaisir de vous présenter son programme de cours 2007

Cours cliniques

Le cours abordera:

- la façon dont se déroulent les consultations initiales
- la confection d'un guide radiologique
- la demande et la lecture des examens radiographiques préalables à la pose d'implants
- la collaboration avec votre implantologue
- les étapes à suivre afin d'obtenir un résultat prothétique à la fois esthétique et fonctionnel

Dates

le mardi 12 juin 2007, 14 - 18h
le mardi 16 octobre 2007, 14 - 18h

Prix

€ 120,00 (TTC). Le cours est remboursable à l'achat de produits Nobel Biocare.

Lieu

Nobel Biocare Belgium SA - Groot-Bijgaarden

Cours de chirurgie de base

Initiation à la Chirurgie Implantaire avec possibilité de suivi clinique personnalisé qui vous permettra de traiter des cas simples au cabinet

Date

le mardi 9 octobre 2007, 9 - 17h

Prix

€ 250,00 (TTC). Le cours est remboursable à l'achat de trousse chirurgicale, moteur ou implants.

Lieu

Nobel Biocare Belgium SA - Groot-Bijgaarden

Cours de chirurgie "Live"

Participation à une journée de clinique chirurgicale de pose d'implant en cabinet

Dates

le jeudi 8 mai 2007, 9 - 17h
le mardi 13 novembre 2007, 9 - 17h

Prix

€ 250,00 (TTC). Le cours est remboursable à l'achat de trousse chirurgicale, moteur ou implants.

Lieu

Woluwe - St - Lambert

Lunch & Learn NobelGuide™

Découvrez gratuitement le 'Step-by-Step' pré-opératoire du concept NobelGuide™

Dates et lieux

le vendredi 4 mai 2007 à Liège (Hôtel Radeski), 12 - 14h
le mardi 8 mai 2007 à Namur (Le Club House du Golf de Rougemont), 12 - 14h
le vendredi 14 septembre 2007 à Charleroi (Hôtel Charleroi Airport), 12 - 14h

Inscription

Pour toute information complémentaire ou si vous désirez participer à un de nos cours, n'hésitez pas de contacter votre représentant Nobel Biocare. Il vous est également possible de réserver par téléphone ou par e-mail:

02/467 41 82 (Sarah Meert), sarah.meert@nobelbiocare.com
02/467 41 72 (Nathalie Philippart), nathalie.philippart@nobelbiocare.com

Votre inscription sera confirmée après réception du droit d'inscription au n° de compte 210-0341240-46 (Fortis) (IBAN BE33 2100 3412 4046, SWIFTADDRESS : GEBABEBB) en mentionnant "Nom du cours + date + votre nom". Dès réception du montant vous recevrez une confirmation définitive ainsi que la facture acquittée.

Peer-reviews 2007

Avez-vous sécurisé votre participation ?

Le JOD n°25 a publié tous les détails de notre offre en peer-reviews pour 2007. Reportez-vous à ce numéro pour ne rien manquer !

Retenez en tout cas que notre formule de peer-reviews est véritablement imbattable. Tout d'abord sur le plan du concept, puisque chaque inscrit participera à 2 sessions consécutives, entrecoupées d'un simple petit quart d'heure de détente : les pertes de temps, très peu pour nous, et vous ? Ensuite sur le plan de la valeur ajoutée : nous vous offrons un véritable *débat de profession*, dans le


respect de l'esprit et de la lettre de ces réunions de Consœurs et Confrères. Enfin, une chaleureuse convivialité se dégage de nos peer-reviews. Demandez à ceux qui sont des habitués : ce n'est pas pour rien s'ils reviennent chaque année !

Ces deux peer-reviews consécutifs vous sont offerts en package pour 79,- EUR seulement pour ceux qui participent à 2 activités de formation continue, et 158,- EUR pour les autres. Comme toujours au COD, tout est compris dans ce prix : 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 à régler pour y avoir accès...

ATTENTION : les inscriptions sont très rapides, et certaines sessions sont complètes ou sur le point de l'être. Alors, sécurisez vite votre participation, car il n'y aura pas de place pour tout le monde ! ■

COMPLET = trop tard

 = plus que quelques places, vite !

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 INCOMPLETS)

Ma cotisation 2007 est **gratuite**, et je m'inscris à 2 peer-reviews 2007 du COD selon les modalités suivantes :


- Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités de formation continue COD en 2007 et je bénéficie donc pour mes 2 peer-reviews du montant fidélité 79 EUR
- Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment aux activités de formation continue COD en 2007 et je règle donc pour mes 2 peer-reviews le montant de base 158 EUR

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

Je 21/06 Lamoral

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

Sa 22/09 Charleroi IESCA

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

Sa 20/10 Gembloux

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

Sa 01/12 Lamoral

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

- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte du COD 001-3545567-02 (IBAN : BE 32 00 13 5455 6702 - BIC : GEBABEBB)
- 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 45 du JOD 25).

Date : Signature :





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

Nom & prénom :
N° INAMI :
Adresse :
Code postal : Localité :
GSM : Mail:

Nom & adresse pour l'attestation fiscale, si différent :
.....

1. Inscription(s)

Ma cotisation 2007 est **gratuite**, et je m'inscris aux activités de formation continue du COD selon les modalités suivantes :

- | | | | |
|--------------------------|--|-----------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Bousculer les limites de l'endodontie (sa 12/05/2007) - Charleroi | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 05/05/2007 | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trucs et ficelles en petite chirurgie buccale (sa 09/06/2007) - Bruxelles | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 02/06/2007 | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Présent & avenir de la prothèse amovible partielle métallique (sa 29/09/2007) - Namur | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 22/09/2007 | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie plastique parodontale (ve 16/11/2007) - Charleroi | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 09/11/2007 | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Dental Thema Day « Odontologie & Tabagisme » (sa 15/12/2007) - Bruxelles | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 08/12/2007 | + 50 = | EUR |

Montant de base = EUR

2. Réductions (Lire les conditions en page xx)

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 3 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 50 EUR | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 4 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 100 EUR | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 5 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 150 EUR | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'ai coché le montant «conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «jeune/étudiant» ⁽²⁾ , je précise donc ci-dessous | |
| | ⁽¹⁾ Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base : | |
| | ⁽²⁾ Année du diplôme et 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 du COD 001-3545567-02 (IBAN : BE 32 00 13 5455 6702 - BIC : GEBABEBB)
- 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 45 du JOD 25).

Date : Signature :



**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

