

Dossier
GÉNÉRATION
Piercings

Détachable
TARIFS AU 1/9/2007

• N° 29 •

Septembre - Octobre 2007

Jod

• Journal d'omnipraticque dentaire •

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

Charleroi • Vendredi 16 novembre 2007 • 40 UA domaine 6

CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE

Parce que l'esthétique commence par la gencive



ROBERT MAES
0478/75 74 88

MAURO ONGARO
0479/62 05 55

Pourquoi Robert et Mauro vous recommandent-ils cette unité dentaire?



DISCOVERY DAYS
17-18 NOV,
DE 10 À 18H



Dental Discovery offre au dentiste un service de qualité pour l'aménagement de son cabinet. Qu'il s'agisse d'unités dentaires, d'éclairage, de solutions en matière de radiologie ou d'architecture, nous pensons avec vous afin de répondre à toutes vos exigences et vous aidons à faire le bon choix. Nous associons l'expérience de nos différents spécialistes à des conseils cohérents et nous suivons votre projet jusque dans le moindre détail. Vous pourrez ainsi exercer votre profession avec minutie - et surtout, en toute sérénité.

Vous souhaitez découvrir notre approche? Dans ce cas, appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition. Notre adresse: Plezantstraat 22, St.Niklaas. Tél.: 03/780 2000.

Distributeur pour la Wallonie: Dental Quality - Nivelles. Tél.: 067/844 284



**QUALITÉ ET SERVICE
POUR L'EXERCICE
DE VOTRE PROFESSION**



Édito

Spécialistes buccaux

La ligne droite de l'année 2007 s'ouvre devant nous.

Durant cette période qui précède les réjouissances de fin d'année, le COD vous offre encore deux possibilités de formation continue d'un haut niveau :

- Chirurgie plastique parodontale, au CEME de Charleroi, le vendredi 16 novembre
- Le Dental Thema Day interuniversitaire « Odontologie & Tabagisme », au CERIA de Bruxelles, le samedi 15 décembre

Voici deux opportunités d'accroître, si c'est nécessaire, son capital-heures de formation continue (l'échéance du 30 juin 2008 se rapproche à grands pas), ou de glaner quelques unités intéressantes dans le cadre de l'accréditation 2007.

Voici aussi, plus simplement, l'occasion de se faire plaisir, en participant en grands professionnels à des événements scientifiques qui permettent de redynamiser l'exercice au quotidien.

Considérons surtout la pertinence de nous ériger, avec tous nos Consœurs et Confrères omnipraticiens, parodontistes ou orthodontistes, en véritables « spécialistes buccaux ». En effet, les deux thématiques abordées par le COD en fin d'année sont directement liées au concept médical de la cavité buccale, et même au-delà.

Et c'est vrai que c'est effectivement sur nous, praticiens de l'art dentaire, que reposent bien des diagnostics précoces, des thérapeutiques de première ligne, et des attitudes prophylactiques salvatrices.

Inscrivons-nous résolument dans cette démarche ! Nos patients y gagneront en qualité de soins, et nous-mêmes en reconnaissance professionnelle. ■

- **Prochaines activités > 5 et 7**
 - **Pratique clinique**
- Chirurgie Plastique Parodontale :
 - Le lambeau positionné coronairement > 8
 - Facteurs de succès dans le recouvrement radiculaire > 15
- **Dossier**
- Génération Piercings > 27
- **La photo > 34**
- **Revue de presse > 37**
- **Accréditation**
- Peer reviews : presque entièrement bouclés ! > 39
- **Petites annonces > 42**
- **Inscriptions > 43**
- **Tarifs mis à jour au 1/9/2007 en pages centrales détachables**

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



Optez pour une
technologie
novatrice !

THE DENTAL
ADVISOR
"Best of 2004
Preferred Product"

THE DENTAL
ADVISOR
++++
Editors' Choice



« L'excellence au quotidien. C'est
l'obturation à nanoparticules de **VOCO**. »

Dr. med. A. Ackermann, 53 ans

Grandio

L'obturation à nanoparticules pour toutes les classes

Avec une
fluorescence naturelle



Notre concept pour la nanotechnologie

- Le taux de charges le plus élevé de sa classe (87 % poids)
- 25 – 40 % moins de résine comparé aux autres composites micro-hybridés

Cela signifie :

- Plus faible rétraction
- Meilleures propriétés physiques
- Stabilité permanente de la teinte
- Consistance et manipulation excellentes
- Peut être utilisé pour toutes les classes de cavités
- Coefficient dilatométrique dentaire

VOCO Centre de Service:

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

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

VOCO

La recherche scientifique créative

CHARLEROI

VENDREDI 16 NOVEMBRE 2007

Chirurgie plastique parodontale

Objectifs de ce cours — « L'esthétique commence par la gencive ». S'il est évident depuis toujours qu'une muqueuse enflammée met à néant tous les efforts de réhabilitation esthétique pratiqués sur les dents, ce concept est aujourd'hui dépassé : même une gencive en bonne santé se révèle inesthétique si ses rapports avec les tissus durs ou avec les artifices prothétiques ne sont pas harmonieux. Désormais, les patients sont demandeurs d'interventions sur la gencive, afin de simuler au mieux l'aspect naturel et jeune d'un sourire — ils ont raison, et les plus récents développements nous permettent de leur offrir ce service : la chirurgie plastique parodontale.

De haut niveau, et animé par l'une des paires scientifiques parmi les plus spécialisées dans ce domaine, ce cours se voudra à la fois théorique et pratique ; basés sur des concepts précis, de nombreux cas cliniques seront présentés afin de vous familiariser avec toutes les possibilités de la CPP. À ne manquer sous aucun prétexte, si vous voulez offrir à vos patients une approche esthétique globale, que vous la pratiquiez vous-même ou que vous la référiez à un spécialiste.



Alain Borghetti

DCD
CES d'Embryologie
CES de Parodontologie
Doctorat en Sciences Odontologiques
Doctorat d'Université
Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier à la Faculté d'Odontologie de Marseille
Exercice exclusif de la Parodontologie et de l'Implantologie en cabinet privé
Président scientifique de la SFPIO

Virginie Monnet-Corti

DCD
Docteur en Odontologie
CES de Biologie de la Bouche et d'Anatomie Comparée
CES de Parodontologie
DU d'Anthropologie et de Médecine Odonto-Légale
DU d'Etudes Cliniques Spéciales en Parodontologie
DEA de Méthodologie Chirurgicale
Doctorat d'Université
Maître de Conférences des Universités à la Faculté d'Odontologie de Marseille



Fiche technique de ce cours



Organisateur



COD asbl

agrée par l'INAMI sous le n°125

<i>Quand ?</i>	Vendredi 16 novembre 2007, 9h - 17h (petit déj. offert dès 8h30)
<i>Où ?</i>	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)
<i>Disponibilité ?</i>	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
<i>Accréditation ?</i>	OUI : accordée - 40 UA domaine 6
<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures
<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris : 184,- EUR
	Après 9/11/2007 : +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



ANAEJECT, LA SERINGUE ÉLECTRONIQUE.

L'injection assistée.

- Anesthésie immédiate dès la fin de l'injection.
- Aucun effort de pression pendant l'injection.
- Gère automatiquement le débit en fonction de la densité du ligament.
- Confortable et Atraumatique.

CD-R SUR DEMANDE

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



75TH

ANNIVERSARY

1932-2007



BRUXELLES SAMEDI 15 DÉCEMBRE 2007

DENTAL THEMA DAY

Objectifs de ce cours — L'année 2007 marquera peut-être un tournant historique dans les habitudes tabagiques en Belgique. En effet, l'interdiction de fumer dans les salles de restaurant, après que la mesure soit déjà entrée en vigueur l'an dernier sur les lieux de travail, aura, en tout cas, un effet positif : un coup de frein supplémentaire au scandale du tabagisme passif. On estime en effet à 2.000 le nombre annuel de décès en Belgique dûs au tabagisme passif.

Mais avant d'être léthales, les conséquences sur le fumeur nous concernent, nous odontologistes. Il s'agit évidemment des pathologies buccales, parodontales et implantaire. De plus, notre rôle ne doit pas être négligé dans la mise en place du sevrage, à tout le moins au stade de l'initiation et du renforcement.

Une journée thématique pour faire le point !

Odontologie & tabagisme



Marcel Frydman

Professeur honoraire ordinaire à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (Université de Mons-Hainaut)
Spécialisé dans la prévention du tabagisme et la manipulation du consommateur fumeur
Nombreux ouvrages, e.a. « Les habitudes tabagiques, comment les démystifier ? »

Les habitudes tabagiques



Joël Itic

DCD, Docteur d'Université en Odontologie Paris 7
C.E.S de Biologie Buccale
C.E.S de Parodontologie
DU de Parodontologie
DU d'Implantologie clinique et prothétique
Chargé de cours à Paris 7 et Paris 5

Les pathologies buccales et parodontales liées au tabagisme



Charles Micheau

DCD
Titulaire du Diplôme de Parodontologie Clinique et Implantologie Orale Paris 7
Assistant hospitalo-universitaire dans le service de parodontologie Paris 7
Président scientifique de la Société Parisienne de Parodontologie

Tabac et parodontite : stratégie de traitement



Marion Adler

Docteur en médecine
DU de médecine de plongée et hyperbare
DIU de soins palliatifs et traitement de la douleur
DIU de médecine manuelle et pathologie vertébrale
DIU de tabacologie
Praticien hospitalier tabacologie

Arrêter de fumer !

Fiche technique de ce cours



Organisateur



COD asbl

agrée par l'INAMI sous le n°125

<i>Quand ?</i>	Samedi 15 décembre 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 : accordée - 20 UA domaine 1 + 20 UA domaine 6
<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures
<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris : 184,- EUR
	Après 8/12/2007 : +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

Chirurgie plastique parodontale

Le lambeau positionné coronairement

Le lambeau positionné coronairement (LPC) a aussi été appelé lambeau de repositionnement coronaire, lambeau repositionné coronairement, lambeau déplacé coronairement et, enfin, lambeau d'avancement coronaire.

Comme le lambeau positionné latéralement, le LPC est une greffe pédiculée dérivée des techniques de chirurgie plastique. Il correspond au lambeau d'avancement pour la chirurgie de la peau

> Alain BORGHETTI
Virginie MONNET-CORTI

prev. rel. in
"Chirurgie plastique parodontale"
©CdP éd., 2000



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

Il consiste à déplacer en direction coronaire le tissu gingival présent apicalement au site à traiter. Si la première tentative est attribuée à Norberg en 1926, des cas traités avec plus ou moins de succès ont été rapportés par Patur et Glickman en 1958, Nordenram et Landt en 1969, Brustein en 1970 et Restrepo en 1973. Mais, à la suite des travaux d'Harvey, Bernimoulin et al. en 1975 font précéder le LPC par une greffe gingivale réalisée 2 mois auparavant et codifient la technique.

Indications

Le LPC est indiqué :

- pour le recouvrement des récessions de classe I de Miller
- en chirurgie parodontale régénératrice (couverture d'une membrane, couverture d'un comblement par de l'os ou des biomatériaux, ou exclusion de l'épithélium dans une lésion interradiculaire)
- en chirurgie de la crête (couverture d'une membrane ou d'une greffe osseuse, ou couverture d'un comblement d'alvéole par des biomatériaux)
- en chirurgie implantaire (couverture du site au stade I)

Pendant longtemps, le recouvrement radiculaire a été la première et la seule indication du lambeau positionné coronairement. Le LPC était la technique alternative au LPL, mais sans doute pas très souvent employé à cause de la né-

cessité d'intervenir en deux temps. Puis, grâce aux succès de la technique en un temps et à l'association avec la greffe de conjonctif ou avec une membrane, son utilisation s'est encore étendue.

La chirurgie régénératrice parodontale fait appel à la régénération tissulaire guidée, au comblement des lésions par de l'os ou des substituts osseux et, peut-être dans l'avenir, à des produits capables de modifier les processus de cicatrisation (comme les dérivés de la matrice de l'émail ou autres). Dans tous les cas, le lambeau doit être capable de couvrir la lésion intra-osseuse et la connaissance des principes du LPC peut aider l'opérateur à obtenir cette couverture. En 1995, Froum et Tarnow proposent une adaptation du LPC pour couvrir la membrane dans le traitement des lésions interradiculaires de classes II et III. En 1995, Genon et al. proposent un lambeau coronaire d'espacement pour traiter les lésions intra-osseuses.

Une technique de positionnement coronaire pour exclure l'épithélium et protéger le caillot dans le traitement des lésions interradiculaires mandibulaires de classe II a été proposée par Martin et al. et Gantes et al. Mais les résultats obtenus par cette méthode ne se sont pas montrés stables dans le temps.

Dans les chirurgies de préservation de crête et/ou de régénération osseuse guidée, et dans la greffe osseuse par bloc cortico-spongieux, le recouvrement du site par les tissus mous est une des clés du succès.

C'est un lambeau d'avancement coronaire qui est généralement employé, avec l'application des principes d'incision du périoste pour relâcher le lambeau de façon à le tracter, et d'affrontement de berges conjonctives.

Dans la chirurgie de stade I implantaire avec la technique enfouie, ce principe peut aussi être employé.

L'intérêt du positionnement coronaire dans différentes indications est tel qu'il pousse à rechercher tous les moyens d'y parvenir : en 1995, Tinti et Parma-Benfenati proposent un jeu astucieux d'incisions pour déplacer coronairement le lambeau à partir du palais ; en 1999, Hürzeler et Weng clivent deux fois le lambeau vestibulaire et font un lambeau « en accordéon » en palatin pour déplacer coronairement et suturer en deux plans sans tension.

Techniques opératoires

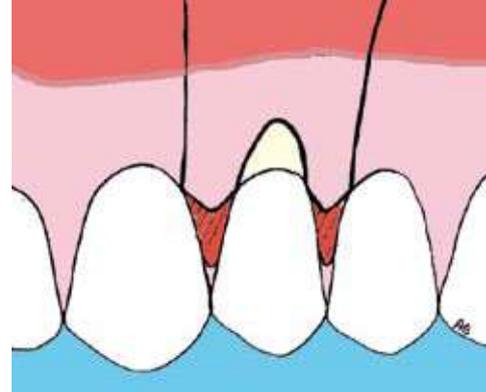
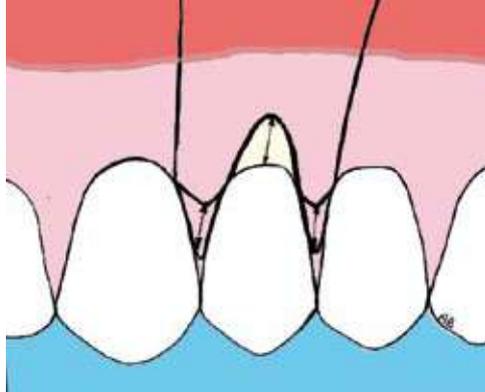
Seules les techniques opératoires qui concernent le recouvrement radiculaire seront décrites. Pour les autres indications, les principes majeurs sont les mêmes : présence de tissu kératinisé, déplacement en direction coronaire d'un lambeau libéré par dissection du périoste, avivement de la berge receveuse par désépithélialisation ou système de suture de Blair-Donati pour éverser les berges.

A. Lambeau positionné coronairement

Attention : la technique requiert la présence de tissu kératinisé apicalement à la récession et s'adresse donc à la classe I de Miller et à certaines classes III (présentant du tissu kératinisé apical et dans la limite des possibilités thérapeutiques de cette classe).

L'intervention débute par la préparation radiculaire : surfaçage du ciment exposé au milieu buccal de façon à le rendre « biologiquement compatible » avec le tissu conjonctif du lambeau qui va le recouvrir.

Le tracé d'incision doit tenir compte de la longueur du déplacement du lambeau, qui est égal à la hauteur de la récession. Cette distance est reportée depuis le sommet de la papille, pour situer le tracé d'incision de la future papille (fig.1a). Ce tracé des papilles



est relié par une incision intrasulculaire sur la dent à traiter et par des incisions de décharge verticales à légèrement obliques pour délimiter un lambeau trapézoïdal. Ces incisions de décharge s'enfoncent largement dans la muqueuse alvéolaire. De façon à créer une zone réceptrice conjonctive et donc vascularisée, la face externe de la papille est désépithélialisée à l'aide d'une paire de ciseaux très fins ou d'une lame (fig.1b). Le lambeau est ensuite décollé en épaisseur totale, d'une hauteur suffisante pour que cette plus grande épaisseur corresponde à celle de la racine à recouvrir. Le décollage est poursuivi en direction apicale par une dissection en épaisseur partielle.

Conseil : réaliser une dissection suffisamment profonde pour que le lambeau puisse être déplacé, libéré de toute traction (fig.1c).

Il est alors essayé dans la position souhaitée et éventuellement retouché. Le lambeau est finalement suturé par une suture suspensive, associée à des points séparés pour les décharges (fig.1d et e). La plaie est totalement fermée et la cicatrisation est de première intention.

B. Variantes

La discussion porte essentiellement sur la qualité du site donneur : le tissu gingival situé apicalement à la récession est-il suffisant en hauteur et en épaisseur ?

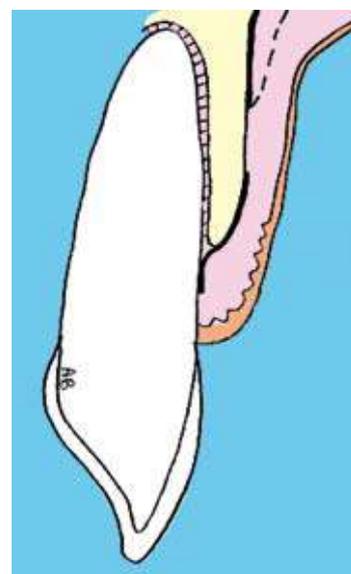
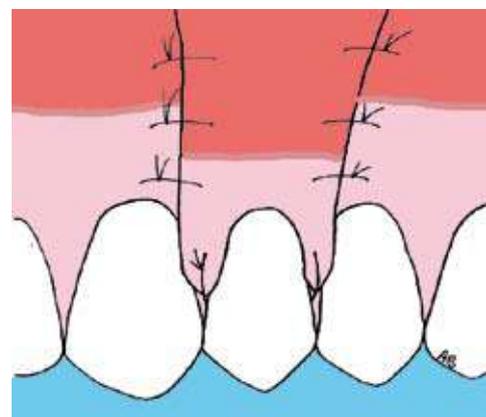
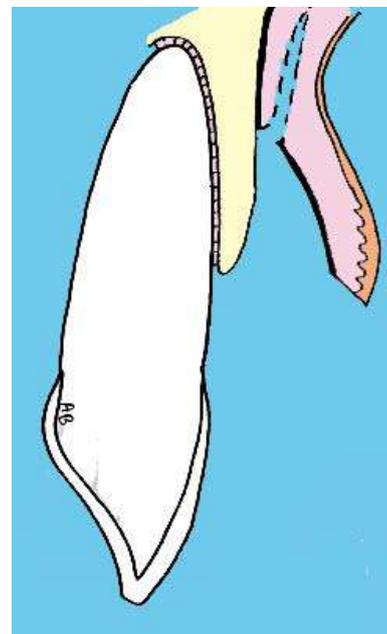
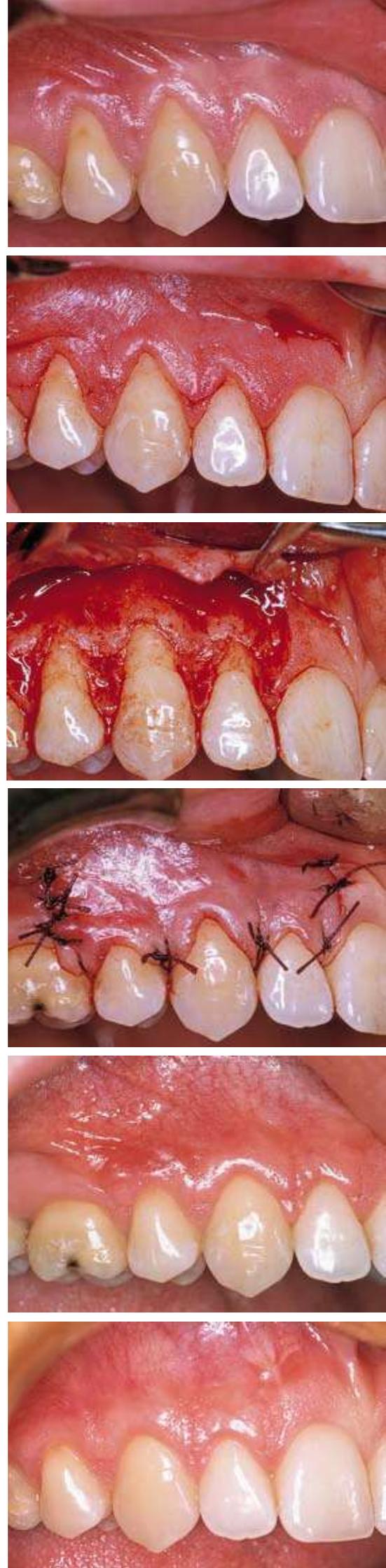


Fig.1. Le lambeau positionné coronairement.
a. Mesure de la longueur du déplacement et du tracé d'incision.
b. Désépithélialisation des papilles.
c. Coupe vestibulo-palatine : décollage de pleine épaisseur pour la zone qui doit recouvrir la racine et incision du périoste avec dissection en épaisseur partielle dans la zone apicale.
d. avancement coronaire et immobilisation par sutures.
e. Coupe vestibulo-palatine : situation des tissus en fin d'intervention

●●● Face aux résultats très inconstants sinon décevants montrés jusqu'alors, Bernimoulin et al. améliorent le site donneur par une greffe gingivale épithélioconjonctive destinée à augmenter la hauteur (et l'épaisseur probablement) du tissu kératinisé dans la zone apicale à la récession. Cette greffe est réalisée 2 mois avant le LPC. Ils publient les principes avec schémas de la technique et des résultats devenus favorables. Plusieurs tentatives d'association de la greffe gingivale avec un LPC avaient déjà été publiées. C'était l'époque d'un certain intérêt pour le rôle de la gencive attachée avec, comme conséquence, un intérêt certain pour la greffe gingivale. La technique a été ensuite largement reprise et de nombreuses études ont donné des résultats convergents et favorables, largement comparables à ceux obtenus par lambeau positionné latéralement. Mais à l'inconvénient d'intervenir en deux temps s'est progressivement ajouté celui du résultat inesthétique : des années 70 à aujourd'hui, l'indication fonctionnelle a régressé mais la demande esthétique a augmenté. Dans une zone visible, la présence d'une greffe gingivale, à l'aspect un peu « rustine », est un mauvais résultat esthétique. C'est ce qui a limité l'emploi de la « technique de Bernimoulin ». C'était la position du World Workshop de l'American Academy of Periodontology de 1989, qui considérait également que l'approche en un seul temps « n'avait pas d'indications et restait un rêve ».

Cette position est maintenant reconsidérée sur la base d'autres travaux concernant la technique en un seul temps (fig.2) : en 1989, Allen et Miller montrent des résultats extrêmement favorables par la sélection des sites. Ils prétendent choisir des récessions peu profondes, mais quand même jusqu'à 4 mm (3,25 mm en moyenne dans leur étude). Pour le site donneur, leurs critères sont une hauteur d'au moins 3 mm et une épaisseur d'au moins 1 mm de tissu kératinisé. Sur les 37 sites traités, ils observent un recouvrement de 97 % à 6 mois, démontrant qu'il est possible et fiable de repositionner coronairement la gencive existante sur une récession de classe I. En 1991, Blanc et al. vont plus loin : ils sélectionnent

Fig.2. a. Récession de classe I sur 12,13 et 14. b. Tracé d'incision des futures papilles. c. Élévation d'un lambeau d'épaisseur totale, puis partielle et désépithélialisation des papilles. d. Positionnement coronaire. e. Résultat à 2 mois post-opératoires. f. Maturation des tissus à 9 mois post-opératoires



des récessions plutôt importantes (hauteur moyenne : 5,2 mm), présentant moins de 3 mm de tissu kératinisé en apical (1,7 mm en moyenne). Les résultats portent sur 10 sites et 3 mois de suivi seulement, mais montrent un recouvrement de 3,43 mm, soit 66 %. Le calcul du coefficient de corrélation entre la hauteur de tissu kératinisé et le recouvrement montre que la hauteur initiale de gencive n'affecte pas l'importance du recouvrement ($r = 0,05$). Harris et Harris traitent des lésions de faible hauteur (2,15 mm en moyenne, fourchette de 1 à 3,5 mm). Le tissu kératinisé apical a une hauteur variant de 1 à 5 mm (moyenne : 3,1 mm). Ils observent, sur 18 sites, un recouvrement moyen de 98,8 % et soutiennent l'idée qu'il n'est pas nécessaire de disposer de 3 mm de tissu gingival pour obtenir un succès (au moins sur des récessions de petite taille).

En 1996, Wennström et Zucchelli, dans une étude comparative, traitent 45 sites par lambeau positionné coronairement en un seul temps et suivent les résultats pendant 2 ans. Les récessions sélectionnées ont plus de 3 mm (4,1 mm en moyenne) et sont de classe I (hauteur moyenne initiale de tissu kératinisé : 1,1 mm). Ils rapportent un recouvrement moyen de 97 %. Dans cette étude comparative, l'autre groupe

était représenté par un LPC associé à une greffe de conjonctif d'une épaisseur de 1,5 à 2 mm, ce qui augmentait l'épaisseur finale de la gencive d'autant. Les résultats n'étant pas statistiquement différents, les auteurs concluent que ce n'est pas l'épaisseur qui joue un rôle dans le succès mais d'autres causes comme, surtout, l'arrêt du trauma provoqué par le brossage. La hauteur de tissu kératinisé s'est trouvée augmentée par le LPC (de 1,1 mm à 2,2 mm en moyenne) et significativement plus par le LPC avec greffe de conjonctif (de 0,9 mm à 3,7 mm en moyenne). Mais l'épaisseur initiale de la gencive n'a pas été rapportée. Milano, en 1998, présente une nouvelle technique qu'il appelle lambeau combiné. Il s'agit de disséquer un lambeau d'épaisseur partielle, épithélioconjonctif, destiné à être déplacé coronairement pour recouvrir une double papille constituée de tissu conjonctif laissé en place par la première dissection, elle-même placée sur la racine à recouvrir. Les auteurs annoncent un recouvrement moyen de 84 % sur 11 sites.

En 1999, Pini Prato et al. mènent une étude comparative entre deux méthodes de préparation de la surface radiculaire : le surfaçage radiculaire (à l'aide de curettes) et le simple polissage (à l'aide d'une cupule de caoutchouc et d'une pâte à polir). Ils emploient un LPC sur des paires de récessions sélectionnées sur 10 patients, un site étant traité par polissage (test) et l'autre par surfaçage (contrôle). Le LPC a procuré un recouvrement de 2,6 mm, soit 89 %, dans le groupe test et de 2,3 mm, soit 83 %, dans le groupe contrôle. Aucune différence statistique n'a été mise en évidence. Encore récemment, Baldi et al. ont démontré l'existence d'une relation directe entre l'épaisseur du lambeau et la réduction de la récession avec un LPC. L'épaisseur du lambeau a été mesurée au niveau de la muqueuse alvéolaire. A 3 mois, les 19 récessions étaient réduites de 2,4 mm, soit 82 %. La technique de LPC en un seul temps est efficace dans le traitement des récessions de classe I, même avec peu de tissu kératinisé. Elle semble d'autant plus efficace que la récession n'est pas trop importante. L'épaisseur minimale utile n'est pas connue.

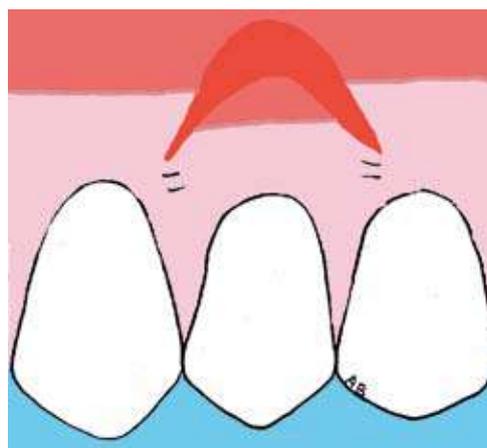
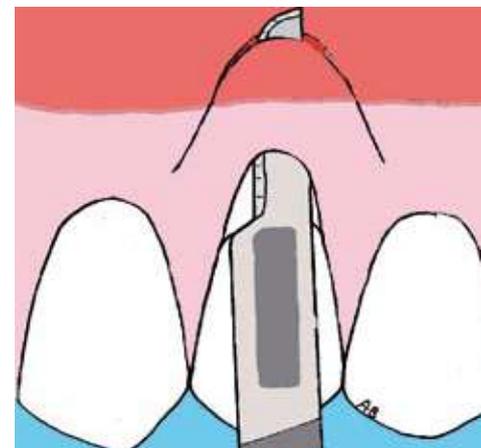
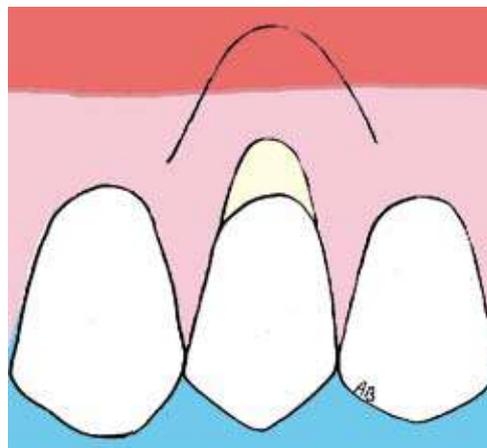


Fig.3. Le lambeau semi-lunaire positionné coronairement.
a. Incision semi-lunaire en tissu gingival et muqueux. b. Dissection en demi-épaisseur. c. Avancement coronaire

C. Lambeau semi-lunaire positionné coronairement

Sont regroupées sous cette appellation plusieurs techniques ayant en commun le fait de ne pas effectuer d'incisions de décharge verticales et de dissection du lambeau en direction apicale pour le mobiliser. Ces techniques ont au contraire en commun le fait de tracer une incision dans la muqueuse alvéolaire très apicalement, reliée par dissection dans l'épaisseur à une incision intrasulculaire. Ce lambeau ainsi libéré reste vascularisé par des pédicules latéraux, et peut effectuer l'avancement coronaire.

En 1969, Summer a le premier décrit ce principe en l'associant éventuellement à une greffe gingivale située sur le conjonctif laissé à nu, apicalement. La greffe réduirait la contraction pendant la cicatrisation. C'est surtout Tarnow, en 1986, qui a modifié le tracé d'incision apical en lui donnant cette forme de demi-lune parallèle à celle du

contour de la récession et en appelant la technique lambeau semi-lunaire positionné coronairement (fig.3). Après préparation de la surface radiculaire, il réalise une incision semi-lunaire dont le tracé suit approximativement celui du rebord gingival. Cette incision débute en tissu kératinisé et s'étend en muqueuse pour sa partie centrale. Ses bords avoisinent la base des papilles et doivent respecter un minimum de 2 mm de pédicule vascularisé. La dissection fine en demi-épaisseur relie la base du sulcus à l'incision semi-lunaire.

Attention : la difficulté de cette technique réside dans cette dissection.

Ce pont tissulaire est alors positionné sur la surface radiculaire et maintenu sous compression pendant 5 mm, ce qui rend les sutures inutiles. Pour Tarnow, cette technique permet d'obtenir de 2 à 3 mm de recouvrement et s'adapte bien aux récessions peu profondes du secteur antérieur maxillaire (fig.4, page suivante). La finesse du tissu gingival peut augmenter la difficulté. ●●●



Fig.4. a. Ligne des collets perturbée par la présence de récessions de classe I sur 21 et 22. b. Lambeaux semi-lunaires. c. Résultats à 1 an

••• Une technique utilisant le même principe, pouvant intéresser plusieurs dents par un lambeau de longueur importante et s'inspirant aussi de l'intervention d'Edlan et Mejchar, a été décrite par Marggraf et appelée lambeau à double pontage latéral. L'incision est semi-lunaire mais étendue à plusieurs dents pour recouvrir plusieurs récessions. Les papilles sont préparées comme dans la figure 1. La lame 15 dissèque, comme dans la figure 3, de l'incision intrasulculaire (poursuivie en interdentaire dans le tracé papillaire) vers l'incision semi-lunaire en muqueuse alvéolaire. Romanos et al. rapportent de 5 à 8 ans de recul sur un grand nombre de cas traités. Detienville et al. proposent une technique analogue.

Résultats

Le LPC a de nombreuses indications dans la chirurgie de la crête, dans la

chirurgie implantaire (fig.5) et dans la chirurgie parodontale régénératrice. C'est en fait un des temps opératoires de ces interventions et qui contribue à leur succès.

Important ! Les résultats sont bons si trois principes fondamentaux sont respectés :

- un tracé d'incision qui respecte un bon pédicule nourricier
- une incision du périoste permettant de relâcher suffisamment le lambeau
- une désépithélialisation assez large de la berge receveuse

Dans le recouvrement radiculaire, les résultats sont dépendants, comme pour le LPL, de la largeur et de la hauteur de la récession, de la présence d'os interproximal, du contrôle des facteurs étiologiques, de l'hygiène et de la consommation de tabac. Les résultats des études cliniques concernant le LPC sont regroupés dans le Tableau 1. On

constate que les pourcentages de recouvrement varient de 65 à 99 % pour le LPC en un temps, de 70 à 72 % pour les lambeaux semi-lunaires et de 36 à 74 % pour le LPC en deux temps. Si les résultats paraissent meilleurs avec les techniques en un temps par rapport à celle en deux temps, c'est probablement plus dû au fait que la technique s'est affinée avec le temps plutôt que par la présence d'une greffe gingivale constituant le tissu kératinisé manquant, alors que ce tissu est présent dans l'autre cas. Dans le World Workshop in Periodontics de 1996, Wennström calcule un pourcentage moyen de recouvrement radiculaire par LPC en un temps sur 5 études de 83 %. Le même calcul sur 8 études concernant la technique en deux temps donne 63 % de recouvrement.

Comme dans le lambeau positionné latéralement (LPL), la fiabilité de la technique n'est pas assurée : le pourcentage de recouvrement radiculaire complet varie de 24 à 95 %. Cette grande variabilité ne permet pas de conclure.

Remarque : il semble ressortir des travaux qui ont pris en compte ce paramètre que la hauteur initiale de tissu kératinisé ne joue pas un rôle prépondérant dans l'importance du recouvrement. L'épaisseur de ce tissu, sans doute à partir d'un certain seuil, ne semble pas non plus avoir d'influence majeure, alors que celle du lambeau mesurée au niveau de la muqueuse alvéolaire semble importante.

La hauteur de tissu kératinisé est augmentée évidemment par la technique en deux temps, ce qui en fait son intérêt (gain variant de 3,3 à 5,3 mm). Dans la technique en un temps, cette augmentation est inexistante à faible (jusqu'à 1 mm).

Dans tous les cas, la profondeur de sondage est réduite et le gain d'attache clinique évident.

Avantages et inconvénients

Les avantages et les inconvénients du LPC sont regroupés dans le Tableau 2.

Le LPC en deux temps permet de traiter les différents types de récessions grâce à l'apport du tissu kératinisé de la première intervention. Mais les in- •••

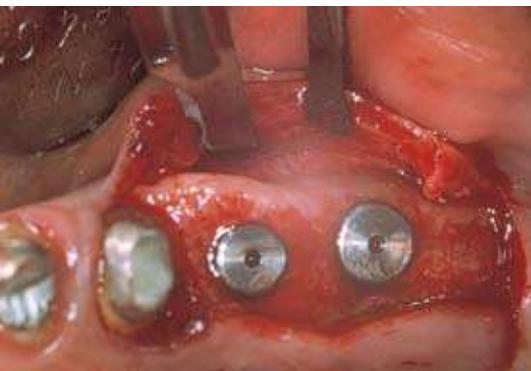


Fig.5. a. Difficulté de fermeture après mise en place d'implants à appui cortical crestal. b. Incision du périoste et dissection en direction apicale. c. Essayage de la coaptation. d. Immobilisation par sutures sans traction tissulaire. e. Résultats à 3 mois.

Etude	Patients (nombre)	Sites (nombre)	Durée (mois)	HR Jour 0 (mm)	Rec. (%)	Gain HTK (mm)	Obs.
Lambeau positionné coronairement							
Allen et Miller, 1989	28	37	6	3,3	98	-	+ AC
Blanc et al., 1965	9	10	3	5,2	65	0,7	+ AC
Harris et Harris, 1994	18	20	5	2,2	99	-0,1	+ TTC
Wennström et Zucchelli, 1996	32	45	24	4,1	97	1,1	-
Milano, 1998	11	11	12	3,3	84	1,3	+ AC
LPC après greffe épithélioconjonctive (technique en deux temps)							
Bernimoulin et al., 1975	13	41	12	2,4	65	-	
Guinard et Caffesse, 1978	14	14	6	4,3	64	3,3	
Matter, 1979	11	36	24	2,9	65	-	
Caffesse et Guinard, 1980	12	12	36	-	74	-	
Tenenbaum et al., 1980	10	34	12	3,2	57	-	
Liu et Solt, 1992	8	9	2	3,3	59	5,0	+ AC
Laney et al., 1992	8	8	3	2,2	36	-	
Pini Prato et al., 1992	25	25	18	5,4	71	5,3	
Pini Prato et al., 1999	10	10	3	3,1	89	-0,7	P
id.	10	10	3	2,9	83	-0,2	SR
Baldi et al., 1999	19	19	3	3,0	82	-0,2	
Lambeaux semi-lunaires							
Marggraf, 1985	19	55	24	4,0	72	-	
Romanos et al., 1993	18	74	60/96	3,8	70	0,3	

Tableau 1. Résultats des études cliniques sur les lambeaux positionnés coronairement dans le recouvrement radiculaire

HR : hauteur de récession ; Rec. : recouvrement ; HTK : hauteur de tissu kératinisé ; Obs. : observations ; AC : acide citrique ; TTC : tétracycline ; P : traitement de la surface radiculaire par polissage ; SR : traitement de la surface radiculaire par surfaçage

Avantages

- Recouvrement radiculaire d'environ 80 à 90 %
- Excellent aspect esthétique (sauf technique en deux temps)
- Intervention techniquement pas difficile
- Peu de douleurs et d'inconfort post-opératoires (sauf technique en deux temps)
- Bonne vascularisation du tissu déplacé grâce au pédicule

Inconvénients

- Recouvrement radiculaire pas totalement prévisible
- Intervention limitée aux récessions de classe I (sauf technique en deux temps)
- Risque d'échec en présence d'un frein, d'un vestibule peu profond ou d'un tissu gingival très fin

Tableau 2. Avantages et inconvénients des lambeaux positionnés coronairement



NOUVEAU ! UNIT ASTRAL



FEDESA

chez Phenox,
 déjà un unit à partir de **10.500 €**



Francisco
ARENAS



Kris
JANSSENS



Flor
JANSSENS



déjà un meuble mobile à **190 €**



Javier
MESAS



René
MIKOS

anthogyr



- Puissance et confort
- Excellente visibilité
- Refroidissement optimisé
- Facilité d'entretien

Mont blanc
 contra-angles



Réf. 10000 (1:5) avec lumière

920 **695 €**

Réf. 10200 (1:1) avec lumière

710 **550 €**

Réf. 10300 (5:1) avec lumière

830 **664 €**



Dr's Light

Just 5" seconds

- Ecran LCD couleur
- 6 programmes
- 1600 mw/cm² de puissance

685 €

DB 685

- 3 programmes
- 1000 mw/cm² de puissance

385 €



Nos prix s'entendent HTVA. Photos non contractuelles.

OSEZ LA DIFFERENCE, PHENOX VOUS ETONNERA !

●●● convénients sont majeurs : il s'agit de faire accepter au patient deux interventions successives, dont la première avec prélèvement au palais est en général inconfortable dans les suites opératoires. Et surtout, le déplacement coronaire de la greffe risque de la rendre visible et d'aller à l'encontre du résultat esthétique souhaité. On peut considérer maintenant que cette technique en deux temps n'a plus réellement d'indications.

La technique en un seul temps, LPC

classique ou semi-lunaire, a de multiples avantages. Son point fort est le bon résultat esthétique, sa simplicité technique (par rapport au LPL) et des suites opératoires non douloureuses. L'importance du recouvrement et sa fiabilité sont sans doute plus grandes que pour le LPL. Le point faible est la nécessité de disposer de tissu kératinisé apicalement à la dénudation (classe I de Miller). C'est une limitation importante.

Le lambeau positionné coronairement

est sans doute la technique la plus ancienne de la chirurgie plastique parodontale. Elle a retrouvé, ces dernières années, un regain d'intérêt grâce aux meilleurs résultats obtenus dans le recouvrement radiculaire et grâce à l'application de ses principes à différents types de chirurgies parodontales ou implantaires. C'est une technique à connaître absolument, en sachant surtout qu'elle peut être associée à une greffe de conjonctif ou à une membrane. ■

Facteurs de succès dans le recouvrement radiculaire

Les conditions de succès du traitement des récessions gingivales reposent sur la connaissance de leur étiologie et des possibilités de cicatrisation en rapport avec les différentes techniques chirurgicales visant à les corriger. La sélection du patient ainsi que celle de la lésion elle-même constituent une aide à la décision thérapeutique et au choix de la technique.

> Philippe BOUCHARD

Alain BORGHETTI

prev. rel. in

"Chirurgie plastique parodontale"

©CdP éd., 2000

Contrôle des facteurs étiologiques

La récession de la gencive est le miroir de la perte osseuse. L'absence ou l'insuffisance d'os de soutien, innée ou acquise, contribue à la migration apicale de la gencive. Ainsi, la position de la dent en dehors des tables osseuses, la minceur des tissus mous et des corticales, la présence de déhiscence et les résorptions osseuses secondaires doivent être considérées comme des facteurs de risque. Ces facteurs de risque, combi-

nés aux facteurs étiologiques que sont le brossage traumatogène et l'inflammation parodontale, peuvent conduire à la récession des tissus mous.

Les facteurs étiologiques doivent être éliminés afin de prévenir une aggravation de la récession et la récurrence après traitement.

A. Les traumatismes gingivaux

1. Hygiène dentaire

Il est probable que les récessions vestibulaires dans les populations à haut niveau d'hygiène bucco-dentaire soient associées à un traumatisme mécanique dû à un brossage inadapté. Le brossage traumatogène entraîne des abrasions gingivales et des ulcérations parfois associées à des abrasions cervicales de l'organe dentaire. La modification de la technique de brossage éliminant tout trauma nécessite information et explications pour corriger le comportement du patient et assurer le résultat à long terme. Les récessions de classes I et II sont les plus représentatives de cette étiologie.

2. Blessures gingivales

Des rapports de cas indiquent que des traumatismes mécaniques auto-entre-

tenus par le patient peuvent aboutir à des pertes d'attache et à des alvéolyses importantes. Ces tics, manies ou habitudes déviantes vont du simple tapotement du stylo sur la gencive ou du passage d'un ongle dans le sulcus à des blessures plus sévères.

Essentiel :

- la suppression d'un brossage inadapté et l'information du patient sur des techniques d'hygiène atraumatogènes constituent la base des thérapeutiques visant à corriger les récessions tissulaires marginales
- les lésions gingivales auto-entretenuës doivent être décelées lors de l'entretien avec le patient. Celui-ci doit en être informé afin de corriger ses habitudes et le praticien doit contrôler l'interruption de ces manies avant d'entreprendre une thérapeutique chirurgicale

B. Inflammation parodontale

1. Inflammation locale

Des corticales fines associées à des tissus mous de recouvrement peu épais constituent un lieu de moindre résistance à l'inflammation et peuvent entraîner des récessions localisées. Les ●●●

- caries radiculaires, les obturations cervicales de classe V et les contours prothétiques sous-gingivaux inadaptés ont également été incriminés. Les récessions liées à une inflammation locale sont limitées le plus souvent à la face vestibulaire, sans perte de la papille (classes I et II).

2. Parodontites

La composante essentielle du traitement des maladies parodontales repose sur l'élimination physique du biofilm bactérien. Les méthodes chirurgicales ou non chirurgicales sont considérées comme efficaces. Elles aboutissent à une diminution de la profondeur de poche qui correspond à un gain d'attache et à une récession.

La récession est donc la « cicatrice visuelle » de la thérapeutique. L'impact esthétique dépend de la profondeur de la poche initiale sur le site considéré. Plus la lésion sera profonde et large, plus la récession sera importante. L'histoire naturelle des parodontites aboutit le plus souvent à une perte tissulaire dans les zones proximales. Les récessions de classes III et IV sont les plus représentatives de cette catégorie.

Les parodontites juvéniles localisées doivent être particulièrement prises en compte lors des traitements à visée esthétique, car les lésions intéressent souvent les incisives maxillaires. Chez les patients jeunes, des épisodes répétés de gingivite ulcéronécrotique peuvent entraîner des lésions de classes I et II. Les parodontites ulcéronécrotiques aboutissent le plus souvent à des lésions de classe III.

Essentiel : un recouvrement radiculaire ne peut être envisagé avant contrôle de l'inflammation gingivale.

Facteurs de succès des techniques chirurgicales

La compréhension des phénomènes de cicatrisation est indispensable pour assurer la réussite d'un recouvrement radiculaire. Le succès thérapeutique est lié à la qualité du scellement des tissus mous de recouvrement sur les tissus durs de la dent.

A. Traitement de la surface radiculaire

Le ciment exposé est contaminé au contact de l'environnement buccal. Selvig et Zander ont montré depuis longtemps que plus la surface dentaire a été exposée dans le temps, plus les modifications sont importantes. Actuellement, aucune étude n'a exploré l'influence de la durée d'exposition sur la quantité de recouvrement après traitement. Le traitement de la surface dentaire semble donc être important dans le succès d'un recouvrement (fig.6).

Il apparaît maintenant que le traitement agressif de la racine exposée à l'aide d'instruments rotatifs n'est pas nécessaire. Ainsi, l'analyse de la littérature scientifique faite par Egelberg en 1999 conduit à penser qu'un surfaçage doux est suffisant pour préparer l'aire de recouvrement. Les abrasions radiculaires ne sont indiquées que lors des vestibulo-positions excessives ou en présence de carie radiculaire. L'étude récente de Pini Prato a suggéré que le traitement des récessions peu profondes de classe I ne nécessitait pas de surfaçage et qu'un simple polissage était suffisant.

Les traitements radiculaires chimiques par l'acide citrique (pH 1 pendant 3 min) et le chlorydrate de tétracycline (de 50 à 125 mg/ml pendant 3 à 5 min)

ont été utilisés. Leur efficacité clinique n'a jamais pu être prouvée. Cependant, de nombreux travaux récents montrent qu'ils sont encore utilisés. Leur usage peut être justifié par le fait qu'il n'existe pas d'autre moyen d'éliminer les débris résultant de l'instrumentation radiculaire, en dehors du détartreur ultrasonique ou de l'aéropolisseur.

Les protéines dérivées de l'émail pourraient constituer un moyen simple d'obtenir une attache conjonctive plus étendue. Le nombre limité d'études cliniques ne permet pas de confirmer leur efficacité. Cette méthode semble néanmoins prometteuse.

Note :

- le traitement mécanique de surface sera peu agressif
- la surface dentaire peut être en plus décontaminée

B. Vascularisation

Dans les techniques de recouvrement, la surface dentaire avasculaire constitue un écueil à la cicatrisation de la plaie opératoire. La vascularisation d'un lambeau provient de sa base pédiculée et des zones bordant la plaie. La survie d'un greffon dépend du rapport entre la surface dentaire avasculaire à recouvrir et la taille du lit receveur conjonctif.

Baldi et al. viennent de montrer l'épaisseur du lambeau intervenant dans la qualité du recouvrement. Plus les tissus sont fins, plus l'intervention est difficile et plus le risque de nécrose est important. Lorsque les tissus sont fins, le lit vasculaire doit être large.

L'épaisseur du greffon joue aussi un rôle dans sa survie lors des greffes de surface. Les techniques enfouies assurent une meilleure survie du greffon car elles présentent l'intérêt d'un apport vasculaire double provenant du lambeau de recouvrement et du lit conjonctif périosté.

Important :

- la manipulation chirurgicale des tissus mous doit être prudente
- la largeur du greffon sera supérieure à celle de la récession
- le lit vasculaire receveur doit être adapté à la largeur de la récession. Plus la surface à recouvrir est importante, plus la préparation du lit receveur sera étendue



Fig.6. La préparation de la surface radiculaire est le premier temps commun à toutes les techniques de recouvrement

- les incisions verticales seront toujours tracées sur un lit vasculaire
- les sutures ne doivent pas être faites sur la surface dentaire avasculaire

C. Stabilité de la plaie

L'adhésion primaire du caillot sur la surface dentaire est fondamentale dans le processus de cicatrisation [16.55]. Un caillot fin assure une résistance mécanique précoce de la plaie et sa stabilité. La réalisation technique de l'intervention ainsi que les premiers temps post-opératoires constituent les éléments clés de la réussite. Notre expérience personnelle fait apparaître que les échecs surviennent dans les deux premières semaines.

Conseils :

- le greffon doit être immobilisé
- le lambeau de recouvrement déplacé coronairement doit s'adapter passivement. La traction de la joue ne doit pas mobiliser le lambeau
- une pression digitale de 3 à 5 min est exercée sur la zone opérée. Les sutures sont déposées entre le 10^e et le 14^e jour
- le patient ne doit pas passer de brosse à dents ou mastiquer sur la zone opérée pendant 3 semaines

D. Contraction de la plaie

La contraction de la plaie est l'événement majeur intervenant lors de la formation du tissu de granulation. Dans les plaies larges, on observe une contraction de 5 à 10 %.

Remarque : le lambeau de recouvrement sera suturé de 1 à 2 mm coronairement à la jonction amélocémentaire

E. Contrôle de l'infection

Une inflammation persistante et/ou une infection peuvent affecter le déroulement normal de la cicatrisation. L'intervention doit se dérouler suivant les conditions d'hygiène et d'asepsie actuellement admises.

Les soins post-opératoires reposent sur le contrôle de l'infection en utilisant des agents locaux antiseptiques comme la chlorhexidine. Les antibiotiques ne sont pas nécessaires, sauf dans le cas d'utilisation de membrane.

Les pansements parodontaux sont rarement utilisés. Ils augmentent la tem-

pérature locale, l'humidité et la stagnation et favorisent le développement des bactéries. Ils assurent cependant une protection mécanique participant à la stabilisation de la plaie et au maintien de son immobilité.

Note :

- le pansement chirurgical n'est pas conseillé, sauf s'il existe des doutes sur la collaboration du patient à qui il est demandé de ne pas toucher le tissu greffé
- un programme antibactérien doit être institué à base de bains de bouche et de gel de chlorhexidine

F. Conditions techniques

La chirurgie plastique parodontale se pratique dans les conditions habituelles de la chirurgie parodontale en général, c'est-à-dire sous anesthésie locale au cabinet dentaire. Il s'agit donc d'intervenir avec une aide-opératoire et un plateau de chirurgie parodontale.

Cependant, la finesse de certaines techniques et la faible étendue du site opératoire peuvent faire rechercher une amélioration de ces conditions opératoires. Des progrès peuvent être apportés à trois niveaux : l'agrandissement, l'éclairage et l'instrumentation. ●●●

1. Agrandissement

Le port de loupes (X 2 à 5,5) est déjà un apport intéressant pour un coût encore très raisonnable.

Le microscope opératoire a été utilisé dans différents domaines de l'odontologie, comme en chirurgie endodontique par exemple. En chirurgie plastique parodontale, Shanelec et Tibbetts ont rapporté les avantages d'un agrandissement plus important (X 10 à 20) et des cas cliniques traités de façon remarquable. Mais ce matériel nécessite un certain apprentissage et constitue un investissement.

2. Eclairage

Un deuxième scialytique peut être monté sur l'équipement ou, mieux, une fibre optique peut être tenue par l'aide-opératoire, ou adaptée sur des instruments (aspiration, écarteur, etc.), ou encore montée sur les loupes.

3. Instrumentation

En plus de l'instrumentation classique disposée sur la table opératoire (fig.7), c'est une instrumentation plus fine qui peut faciliter l'acte opératoire, comme des décolleurs de papilles ou des décolleurs angulés, des mini-curettes et, bien sûr, des pinces et des ciseaux de Castroviejo.



Fig.7 Le plateau chirurgical de base

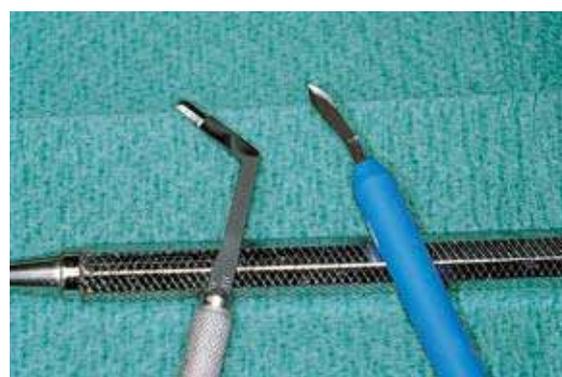


Fig.8. Manche et lame de Beaver® (à gauche), couteau jetable (à droite)

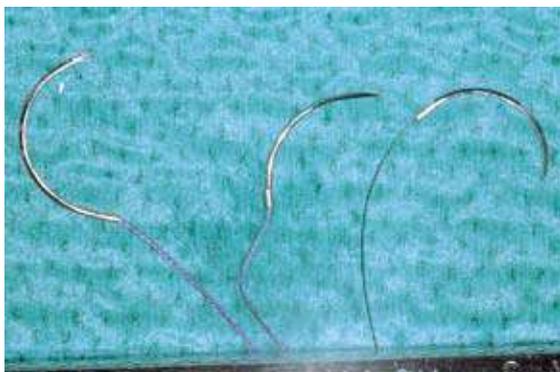


Fig.9. À gauche : fil 4/0 et aiguille 1/2 cercle de 17 mm pour chirurgie parodontale classique. Au centre et à droite : matériel de suture pour chirurgie plastique parodontale avec, successivement, aiguille de 13 mm, 3/8 de cercle et fil 5/0, puis aiguille de 13 mm, 1/2 cercle et fil 6/0

●●● L'essentiel de l'amélioration concerne les incisions et les sutures. Dans les incisions, il peut être intéressant d'employer :

- des lames 15C remplaçant avantageusement les lames 15 dans certaines dissections (semi-lunaire, enveloppe)
- des lames plus petites, de différentes formes, à monter sur des manches Beaver® (fig.8)
- des couteaux jetables (fig.8)

Dans les sutures, à côté des aiguilles habituelles de 17 ou 19 mm, celles de 13 mm, 3/8 de cercle ou 1/2 cercle sont utiles. Des fils plus fins que le traditionnel décimale 1,5 sont souvent nécessaires, comme des décimales 1 ou 0,7 (Vicryl®, Nylon ou polyester) (fig.9).

Le fait de travailler dans de bonnes conditions et avec une instrumentation adaptée contribue certainement au succès de cette intervention exigeante qu'est le recouvrement radiculaire.

Sélection du patient

A. Psychologie

Les recouvrements radiculaires sont le plus souvent envisagés sous l'angle de l'esthétique et font partie de la chirurgie plastique parodontale. Les techniques à visée esthétique doivent tenir compte de l'aspect psychologique et comportemental du patient. Ce point a été rarement abordé dans les études et demande à être exploré.

Les récessions sont souvent source d'anxiété pour le patient. L'entretien doit révéler un profil psychologique apte à la satisfaction du patient face aux résultats.

La coopération est nécessaire pour as-

surer le succès de l'intervention. Les patients qui ne suivent pas les traitements prescrits doivent être considérés comme des patients à risque. A long terme, les comportements associés à l'hygiène doivent être modifiés pour minimiser l'inflammation et supprimer le brossage traumatogène. Les pourcentages de succès diminuent avec un mauvais contrôle de plaque. A court terme, la non-observation des conseils post-opératoires conduit à l'échec.

Les récessions peuvent être le signe d'une parodontite sous-jacente. Habituellement, les patients à la recherche d'un traitement à visée cosmétique et atteints de parodontite ne sont pas de bons candidats à la chirurgie plastique parodontale. La probabilité de voir apparaître des récessions après traitement de la parodontite rend la demande esthétique difficile à satisfaire.

Le patient ayant subi de multiples interventions sur le même site peut être soupçonné de ne jamais être satisfait. La demande répétée -d'interventions chirurgicales peut en fait être un signe pathologique (dépendance polychirurgicale).

Les lésions auto-entretenuées doivent être prudemment traitées. Elles peuvent être le signe d'un désordre psychiatrique sous-jacent tel qu'un syndrome de Munchhausen ou d'une dysmorphophobie. L'Association américaine de psychiatrie considère que lorsqu'elles persistent plus de 4 semaines, un trouble psychiatrique peut être évoqué. Il est raisonnable de penser que dans ces situations, un délai de 1 mois minimum doit être respecté après une thérapeutique initiale avant d'entreprendre une intervention.

Pour le patient, la zone cosmétique

peut ne pas être limitée au sourire. Elle dépend de la perception qu'a le sujet de son propre corps. Les recouvrements à visée esthétique situés dans des zones non visibles doivent être discutés lors de l'entretien.

Les demandes esthétiques en vue du traitement des récessions modérées de classe I doivent être prudemment abordées. Même si le pourcentage de recouvrement est élevé pour cette classe de lésions, le chirurgien doit garder à l'esprit que plus la demande est exigeante, plus la probabilité de satisfaction est faible.

Attention : en matière d'esthétique, il existe une obligation de résultat. L'entretien avec le patient doit révéler son profil psychologique afin de pouvoir satisfaire sa demande.

B. Facteurs de risque

Les travaux actuellement publiés donnent peu de renseignements en ce qui concerne les caractéristiques des patients. Il n'existe pas d'indication, par exemple, sur l'influence du sexe ou de l'âge sur les taux de recouvrement.

L'étude récente de Gunsolley et al. suggère une association entre le tabagisme et la présence de récessions gingivales chez les sujets ne présentant pas de maladies parodontales. L'évaluation de l'impact du tabagisme sur les taux de recouvrement est contradictoire. Cependant, compte tenu du nombre croissant d'études tendant à prouver l'effet négatif de la consommation de tabac sur la cicatrisation parodontale, il semble raisonnable de la considérer comme un facteur de risque.

La ligne du sourire doit être prise en compte. L'évaluation tiendra compte du sourire « social » et des positions

forcées en rapport avec la mimique. Les patients présentant un sourire gingival doivent être considérés à risque car le sourire découvrira la totalité de la zone opérée. Ces patients peuvent nécessiter un traitement orthognatique ou orthodontique avant chirurgie.

Attention ! Dans les facteurs de risque, il faut considérer que :

- la consommation de tabac peut contre-indiquer une thérapeutique de recouvrement
- la ligne du sourire doit faire l'objet d'une évaluation soigneuse

Sélection de la lésion

Jusqu'ici, seuls des rapports de cas isolés ont montré qu'il était possible de reconstruire une papille. En l'état actuel des publications, l'absence de tissu osseux de support ne permet pas de prévoir quel sera le résultat. En conséquence, la classification de Miller reste un outil simple et pratique d'évaluation du pronostic. Cependant, elle fait apparaître des insuffisances :

- la position de la dent entre les tables alvéolaires n'est pas prise en compte. Les dents en vestibulo-position peuvent nécessiter un traitement orthodontique avant chirurgie
- la surface de la lésion doit être prise en compte. Il est d'usage de considérer que plus la surface à recouvrir est importante, moins le taux de recouvrement sera élevé
- la profondeur résiduelle du vestibule constitue un élément déterminant dans le choix de la technique

Ainsi, des lésions de classe II larges et profondes sur des dents vestibulo-versées sont plus difficiles à traiter que des classes III étroites présentant une importante profondeur résiduelle du vestibule et un environnement tissulaire favorable.

Remarque : les conditions du succès dans le recouvrement radiculaire ne dépendent pas de la sélection de la lésion mais de la technique chirurgicale employée, en fonction de cette lésion.

En chirurgie plastique parodontale, le choix de la technique repose sur les quatre principes cardinaux de toute chirurgie : succès, reproductibilité, absence de morbidité et rapport coût/bé-

néficé pour le patient favorable.

Plus la technique est simple, plus elle est reproductible car l'habileté du chirurgien ne constitue plus une variable à prendre en compte dans le résultat. Une intervention réussie correspond pour 75 % à la prise de décision et pour 25 % à la dextérité. La chirurgie cosmétique est hautement dépendante de l'habileté du chirurgien et les avancées techniques devraient être examinées dans ce sens. Des techniques sophistiquées peuvent entraîner

des complications post-opératoires. Le chirurgien choisira donc en fonction de sa confiance à reproduire les résultats des essais cliniques.

La durée de l'intervention et son coût doivent être pris en compte. En fait, les deux sont liés. Ceci implique le choix d'une technique en un temps.

Dans les recouvrements radiculaires, un questionnaire a révélé que le patient préférerait subir une seule intervention plutôt que plusieurs, ce qui est une évidence. ■

Le traitement parodontal en Questions & Réponses

MISE
À
JOUR



L'article « Le traitement parodontal en questions & réponses », paru dans le JOD n°24, a suscité une réaction de la part de la firme Johnson & Johnson (anc. Pfizer Consumer Healthcare) qu'il nous a semblé intéressant de communiquer.

Cette réaction a trait aux bains de bouche à base d'huiles essentielles phénoliques, dont l'article ne recommande pas l'utilisation chez les patients qui sont à même de procéder à un contrôle de plaque par des moyens mécaniques.

Nous ne retenons que des *a priori* positifs à l'égard de l'auteur, le Prof. Jan Egelberg, Professeur de parodontologie à l'Université de Malmö. Il est toutefois exact que sa conclusion à propos des huiles essentielles phénoliques repose sur des références assez anciennes (1986 et 1989).

Depuis lors, de nombreuses études ont été consacrées spécifiquement à ce sujet. Par exemple, en 2003, le Prof. Marc Quirynen de la KUL a fait une analyse exhaustive de la littérature publiée ces 25 dernières années. Cette analyse critique et globale des données publiées sur l'efficacité et le mode d'action des huiles essentielles phénoliques a paru dans un supplément du Journal of Clinical Periodontology⁽¹⁾. Il en ressort entre autres qu'en utilisant une eau buccale à base d'huiles essentielles phénoliques deux fois par jour après le brossage des dents, le patient diminue sa plaque dentaire de 56 % comparativement au brossage seul, et améliore sa condition gingivale de 36 %.

Il semble donc que les plus récentes données de la Science accordent désormais une meilleure crédibilité aux eaux buccales à base d'huiles essentielles. Naturellement, il s'agit d'un complément à l'action mécanique du brossage, et non d'une méthode de substitution. ■

⁽¹⁾Essential oils in oral health management : a review. J. Clin. Periodontology 2003; 30 (suppl. 5): 1-24.

HI-TECH & DESIGN



AUTOSTERIL

Aseptic et qualité clinique des liquides d'irrigation.



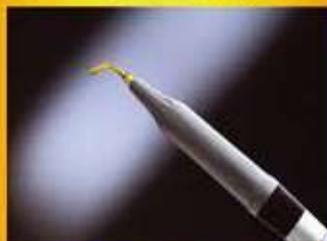
MICROMOTEUR POLYVALENT

Endodontie, chirurgie, dentisterie conservative.



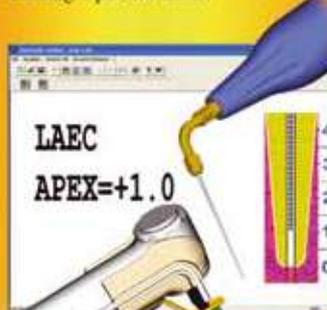
VISUALISATION DU COUPLE

Implantologie standard ou personnalisée.



SURGISON

Chirurgie par ultrasons.



LAEC
APEX=+1.0

LAEC

Localisateur d'Apex.



SILENT POWER GOLD

Nouvelle ligne de turbines silencieuses.



CASTELLINI



CASTELBEL

Zoning Noire Epine B

Avenue Sabin, 14 - 1300 Wavre

Tél. : 010 / 818 343 - Fax : 010 / 816 851

E-mail : info@castelbel.be

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.

DATE 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 "Live"

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

DATE 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™.

Tous les cours se font de 12h à 14h.

DATES

le jeudi 18 octobre 2007
le mardi 23 octobre 2007

le jeudi 25 octobre 2007
le jeudi 8 novembre 2007
le mardi 11 décembre 2007

le jeudi 13 décembre 2007

LIEU

Hôtel Hilton (Luxembourg)
Golf de Rougemont
(Namur - Profondeville)
L'Envers du Décor (Mons)
Hôtel Cathédrale (Tournai)
Nobel Biocare
(Bruxelles - Gd-Bigard)
Hôtel Hilton (Luxembourg)

Inscription

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

02/467 41 72 (Sofie Philips), sofie.philips@nobelbiocare.com

02/467 41 85 (Sandrine Vandebreedde), sandrine.vandebreedde@nobelbiocare.com

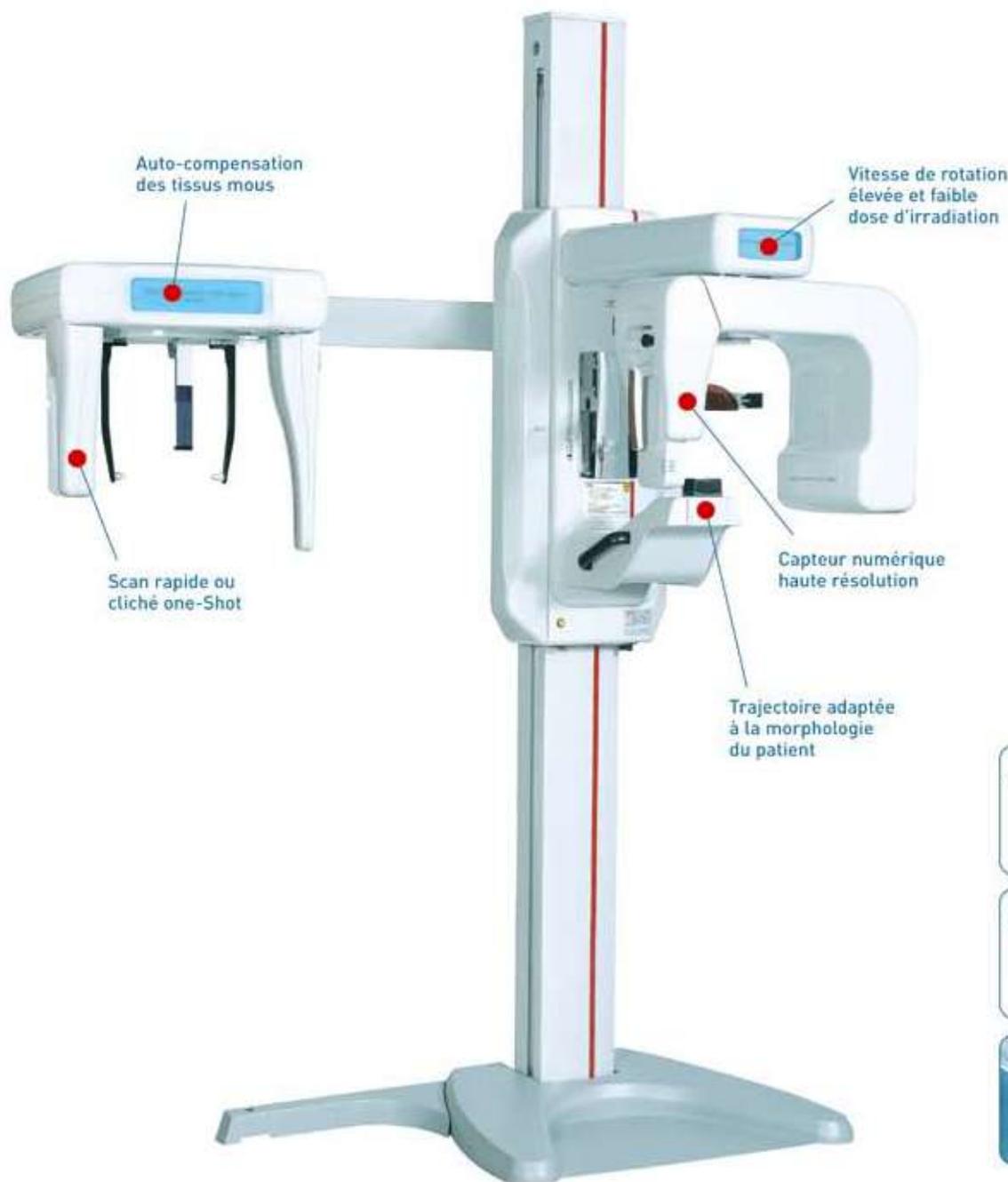
02/467 41 93 (Betty Van Hoorebeeck), elisabeth.van.hoorebeeck@nobelbiocare.com

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.



MAURO ONGARO
0479/62 05 55

Pourquoi Mauro vous recommande-t-il ce panoramique numérique?



VATECH X-RAY



DISCOVERY DAYS
17-18 NOV.
DE 10 À 18H



Dental Discovery offre au dentiste un service de qualité pour l'aménagement de son cabinet. Qu'il s'agisse d'unités dentaires, d'éclairage, de solutions en matière de radiologie ou d'architecture, nous pensons avec vous afin de répondre à toutes vos exigences et vous aidons à faire le bon choix. Nous associons l'expérience de nos différents spécialistes à des conseils cohérents et nous suivons votre projet jusque dans le moindre détail. Vous pourrez ainsi exercer votre profession avec minutie - et surtout, en toute sérénité.

Vous souhaitez découvrir notre approche? Dans ce cas, appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition. Notre adresse: Plezantstraat 22, St.Niklaas. Tél.: 03/780 2000

Distributeur pour la Wallonie: Dental Quality - Nivelles. Tél.: 067/844 284



**QUALITÉ ET SERVICE
POUR L'EXERCICE
DE VOTRE PROFESSION**

plus noble (or, titane...), et le « bijou » être luxueux : diamant, saphir, rubis... La forme qui s'en rapproche le plus est le **LABRET** (Fig.5): c'est aussi une barre droite mais, ici, l'extrémité fixe est un disque plat. L'autre extrémité, à visser comme pour le Barbell, peut avoir une multitude de forme : boule, pic, ou encore étoile, cube... Il s'appelle en fait Labret s'il est situé dans la langue ou la lèvre inférieure. Il prend le nom de **MOUCHE** (Fig.6) ou **MADONNA** s'il est dans la lèvre supérieure et situé de façon latérale. Par contre, en position centrale sur la lèvre supérieure, c'est un **MEDUSA**.

Un **ANNEAU** est fermé par une ou deux boules. On le retrouve dorso-latéralement sur la langue, mais aussi passant à travers la lèvre et ressortant par la commissure labiale. Il est aussi utilisé au niveau de la lèvre, du nez, de l'arcade sourcilière ou des lobes de l'oreille. Son composant est le plus souvent l'acier, l'or ou le titane.

Le **BANANA BELL** (Fig.7) ressemble au Barbell mais sa tige est courbée (en forme de banane) et aussi terminée à chaque extrémité par une boule ou un pic. Il est utilisé au niveau de la langue ou plus souvent, au niveau des arcades sourcilières.

Le **SMILEY** (Fig.8) est un anneau passé en travers du frein de la lèvre supérieure. Le **LIP PLATE** est un « plateau » au niveau de la lèvre inférieure, après avoir placé différents **EXPENDERS** de diamètre grandissant pour arriver à un orifice qui peut dépasser la largeur d'un doigt.

Dernièrement sont apparus également les **VERTICAL LOWBRETS**, très mutilants : le piercing consiste en une barre entre le vestibule mandibulaire et la base de la mâchoire inférieure.

D'autres formes sont utilisées dans le visage : le **STUD**, avec une extrémité en forme de L ou de C, au niveau de l'aile du nez ; l'**EXPENDER** puis le **PLUG** et le **TUNNEL** au niveau du lobe de l'oreille ; le **BRIDGE**, à la base du nez, entre les deux yeux ; la **LARME**, le piercing se faisant sous la paupière, sur le haut de la joue, ou l'**ŒIL DE CHAT**, au niveau de la tempe, à côté de l'œil ; le **SEPTUM**, au niveau de la cloison nasale, sur le fin lambeau de peau en dessous du cartilage nasal. ●●●



Fig.5. Le Labret se distingue du Barbell par la présence intrabuccale d'un disque plat



Fig.6. Cas présentant un Lipring et trois Labrets, dont une Mouche en acrylique



Fig.7. Choix de Banana Bells bon marché sur l'étal d'un pierceur



Fig.8. Smiley associé à un Labret



Fig.9. Vertical Lowbrets bilatéraux, associés à un Barbell lingual



NOUVEAU MODÈLE type "TR"

Votre professionnalisme avant tout!



- Solide et fiable
- Ergonomique et compact
- Intuitif et fonctionnel
- Prestations et contrôle
- Hygiène



J.J. MAES SYGMA nv

Parkstraat 34 - B-3070 Kortenberg - Belgique - T:056/628 855 - F:056/628 899

A DIVISION OF
ORSEUS
DENTAL
www.orseus-dental.be

••• Technique basique, hygiène douteuse

La technique du piercing est très simple et le matériel utilisé assez basique : l'opérateur va, au niveau buccal, demander en premier lieu au « client » (le terme « patient » ne doit évidemment pas être utilisé pour ce type d'interventions non médicales) de se rincer avec un bain de bouche désinfectant. Ensuite, après avoir séché les muqueuses au moyen d'une compresse, le pierceur va repérer les sites de pénétration et les marquer avec un peu de Bleu de Méthylène, ou un marqueur chirurgical. Il délimite alors l'endroit au moyen d'une pince creuse (dont les mors peuvent être ouverts) et passe alors rapidement une aiguille à travers les tissus. Il s'agit souvent d'une aiguille stérile 18G ou 20G de 50 mm de longueur. Après avoir sectionné l'embout en plastique de l'aiguille, il lui reste alors à glisser le bijou dans la lumière de cette dernière et, par un mouvement rapide de rotation, à faire passer le bijou à la place de l'aiguille à travers les tissus. L'opération se termine par le vissage de l'extrémité décorative à l'extrémité taraudée.

On essuie les quelques gouttes de sang et c'est terminé ! C'est du moins comme cela que ça se passe quand tout va bien, au niveau de la lèvre ou de la joue par exemple. Par contre, au niveau de la langue, se déclare fréquemment une hémorragie qu'il est plus difficile de maîtriser.

Le prix de la main d'œuvre pour une lèvre ou une langue s'établit aux environs de 60 à 80 euros. Pour un frein labial ou lingual, un peu moins : environ 50 euros. À cela, il faut évidemment ajouter le prix du bijou : de quelques euros pour un piercing tout simple en acrylique à plusieurs centaines d'euros en cas de métaux onéreux et de pierres précieuses...

Les nombreux sites que l'on peut découvrir sur Internet précisent aussi souvent les temps de cicatrisation : 4 à 6 semaines au niveau de la langue, 6 à 8 semaines au niveau de la lèvre inférieure ou des filets, 8 à 16 semaines pour une mouche et jusqu'à 9 mois pour un cartilage nasal ou un nombril ! Ces temps très longs de cicatrisation ne sont pas



Fig.10. Le perçage n'a rien d'anodin ; ses complications, nombreuses et fréquentes, peuvent être classées en trois catégories : immédiates, à moyen terme et à long terme

anodins : il est conseillé au client d'effectuer des bains de bouche et d'avoir une très bonne hygiène après la pose d'un piercing. Ce n'est sans doute pas trop difficile à obtenir dans les heures ou les jours qui suivent quand c'est encore « nouveau ». Par contre, on peut vraiment douter que ces personnes observent des règles strictes d'hygiène pendant plusieurs semaines.

Quand ça se complique...

Les complications rencontrées peuvent être classées en trois catégories (Fig.10) : immédiates, à moyen terme et à long terme.

Au moment même de l'intervention, la complication la plus fréquente est évidemment l'hémorragie. Au niveau de la langue, on retrouve des vaisseaux veineux ou artériels de gros diamètres. Mais cela peut aussi arriver au niveau de l'artère faciale avec les Vertical Lowbrets. Une autre complication immédiate est la lésion nerveuse : on est ici dans le territoire des nerfs trijumeaux, faciaux, linguaux et glosso-pharyngiens. Il n'est pas rare de constater des séquelles sensibles ou motrices. La troisième conséquence au temps 0 est l'infection directe quand les règles élémentaires de stérilisation ne sont pas respectées : VIH, hépatites, herpès ou encore tétanos peuvent se transmettre directement avec des instruments réutilisés.

À moyen terme, la complication la plus fréquente est la réaction inflammatoire au traumatisme. La langue

peut doubler de volume dans les heures qui suivent et représenter un handicap, certes passager mais tout de même assez gênant. Le traitement à appliquer : utilisation d'un bain de bouche aseptisant et éventuellement une médication anti-inflammatoire (que le pierceur n'est toutefois pas habilité à prescrire !). Une infection localisée peut aussi survenir. Les symptômes apparaissent dans les 6 à 24 heures sous forme d'un gonflement et d'une rougeur de la zone périphérique au bijou. On retrouve ensuite une sécrétion purulente avec des signes généraux : fièvre, sensation de chaleur, malaise.

Le traitement doit alors être la prescription d'antibiotiques et d'un bain de bouche à la chlorhexidine (même remarque). Il est aussi nécessaire, dans les cas importants, de retirer le piercing. Mais le patient — qu'un médecin ou un dentiste trouve alors en face de lui — refuse cette idée, car il vient de déboursier pour cette ornementation qu'il attendait depuis longtemps. Une infection à distance peut aussi survenir : le cas d'une périoronarite chez une femme de 22 ans arborant une barre en travers de la langue a été rapporté dans la littérature, la guérison s'étant réalisée spontanément en un mois.

Des phénomènes allergiques sont aussi rapportés : l'acier chirurgical 316LVM contient une petite quantité de nickel qui peut provoquer ces allergies. Les symptômes sont : une dilatation de la muqueuse autour du bijou avec une rougeur persistante, parfois un ●●●

●●● écoulement liquide transparent et de l'urticaire. Le traitement consiste évidemment en l'enlèvement du bijou. Mais il faut aussi penser à un autre problème : c'est l'allergie aux produits de soins. En effet, la personne peut être allergique par exemple à l'iode et faire dès lors une réaction avec bouche sèche, rougeur, urticaire... sur la zone traitée par l'antiseptique (Isobétadine®, Iodex®).

À moyen terme encore, certains traumatismes des organes dentaires peuvent survenir car le porteur a tendance à « jouer » avec le bijou qu'il peut cogner sur les faces palatines des prémolaires supérieures.

Enfin, un cas d'angine de Ludwig avec inflammation purulente de la glande sous-maxillaire au niveau du plancher buccal accompagnée d'une hypersialorrhée, après pose d'un piercing lingual, a été décrit par Perkins, Meyer et Harrison. Le traitement nécessita l'intubation et la ventilation mécanique du patient.

À long terme, les complications rencontrées fréquemment sont : l'hyperplasie tissulaire, la parodontite des dents antéro-inférieures, le rejet du bijou, après 2 mois à 2 ans (!), et les cicatrices définitives qui en découlent, des fissures ou fractures de l'émail, ou même une simple abrasion des dents entraînant une sensibilité au chaud et/ou au froid. Des cas d'ingestion et migration du bijou dans le tractus respiratoire ont aussi été rapportés.

Mais pourquoi ces complications d'infection ou de rejet en bouche ? Le piercing buccal est-il si différent des « oreilles percées » et des boucles d'oreille ? Effectivement. À la lèvre par exemple, les tissus sont très différents du côté externe (un épiderme), et du côté interne (une muqueuse). Or les tissus doivent se souder au centre du tunnel formé pour isoler le bijou. Cette cicatrisation entre tissus de natures différentes n'est jamais tout à fait parfaite et laisse donc une porte ouverte à l'infection permanente.

La répétition des piercings augmente aussi le risque. Une simple visite dans le livre Guinness des records permet de découvrir Luis Antonio Aguéro, habitant La Havane et portant 175 piercing dans le visage. Ou encore, Elaine

Fig.11. Complications sur ce Labret : hyperplasie muqueuse et début d'abrasion cervicale de 41 et 42



Fig.12. Complications sur ce Barbell : invagination muqueuse et trauma chronique sur la dentition



Davidson, une Brésilienne qui porte 2.520 piercings sur tout le corps.

Dans la même lignée, des pratiques bizarres plus récentes ont fait leur apparition comme le **SPLIT**, cette façon de se couper la langue en deux pour la faire ressembler à une langue de serpent. Cette pratique barbare est évidemment à condamner avec vigueur, car il s'agit de mutilations définitives qui peuvent entraîner des complications encore plus graves. De même avec l'abrasion volontaire des dents pour rendre les incisives pointues comme des canines.

Il faut encore relever un certain nombre de **contre-indications absolues** : le diabète, l'insuffisance rénale, les cardiopathies valvulaires, les maladies auto-immunes, les traitements par corticoïdes sont autant de maladies générales qui contre-indiquent le placement et le port d'un piercing ; pourtant, les « pierceurs » ont rarement les connaissances scientifiques requises pour la réalisation d'une anamnèse médicale complète et pourtant indispensable de leur client.

Pensons également que le jeune âge du porteur devrait constituer une contre-indication. Les chartes des tatoueurs et pierceurs professionnels font certes référence à un âge minimum de 18 ans, mais il n'est pas rare de rencontrer des adolescents de 12 ans avec plusieurs piercings dans la sphère buccale.

En conclusion, nous, dentistes généralistes, sommes en première ligne pour informer nos patients sur tous ces risques et éviter ainsi d'être « complices » de ces pratiques contestables. ■

Astuce pour les patients

La Société Odontologique de Paris édite une petite brochure (téléchargeable sur le site <http://www.sop.asso.fr>, qui peut être très utile pour attirer l'attention de nos patients sur ce problème finalement assez fréquent.

Une information objective et extérieure à la relation praticien-patient, qui en dit plus que de longs discours !

Showroom

Lamoral Training Center

St. Lendriksborre 7 B-1120 Brussel - te bezoeken na afspraak

Font St. Landry 7 B-1120 Bruxelles - à visiter sur rendez-vous

Ouvrez cette porte
vers votre futur

INVITATION

Journées Portes
Ouvertes

jeudi 25 octobre
vendredi 26 octobre
samedi 27 octobre

de 10 à 18 h

INFO 056/62 88 88

lamoral

Dental | Equipment

Lamoral nv

Textielstraat 24 8790 WAREGEM Tel 056/62 88 88 Fax 056/62 88 99

A DIVISION OF
ARSEUS
D E N T A L

La photo

La pratique de l'art dentaire atteint aujourd'hui des sommets inespérés il y a encore 10 ans. Les progrès sont fantastiques, autant dans le domaine préventif que dans la panoplie des traitements.

À cent lieues de l'esthétique et autres interventions qui touchent au confort et au luxe, bien des avancées représentent des soins de base : il s'agit d'un socle sanitaire, auquel chacun doit pouvoir prétendre de manière routinière et dans les meilleures conditions d'accessibilité.

Et pourtant, nombreux sont les patients à ne jamais en bénéficier.

Beaucoup à été essayé, ces dernières années, pour réduire la fracture des soins de santé dentaire : gratuité totale pour les plus précarisés et les enfants, quasi gratuité pour tous les autres.

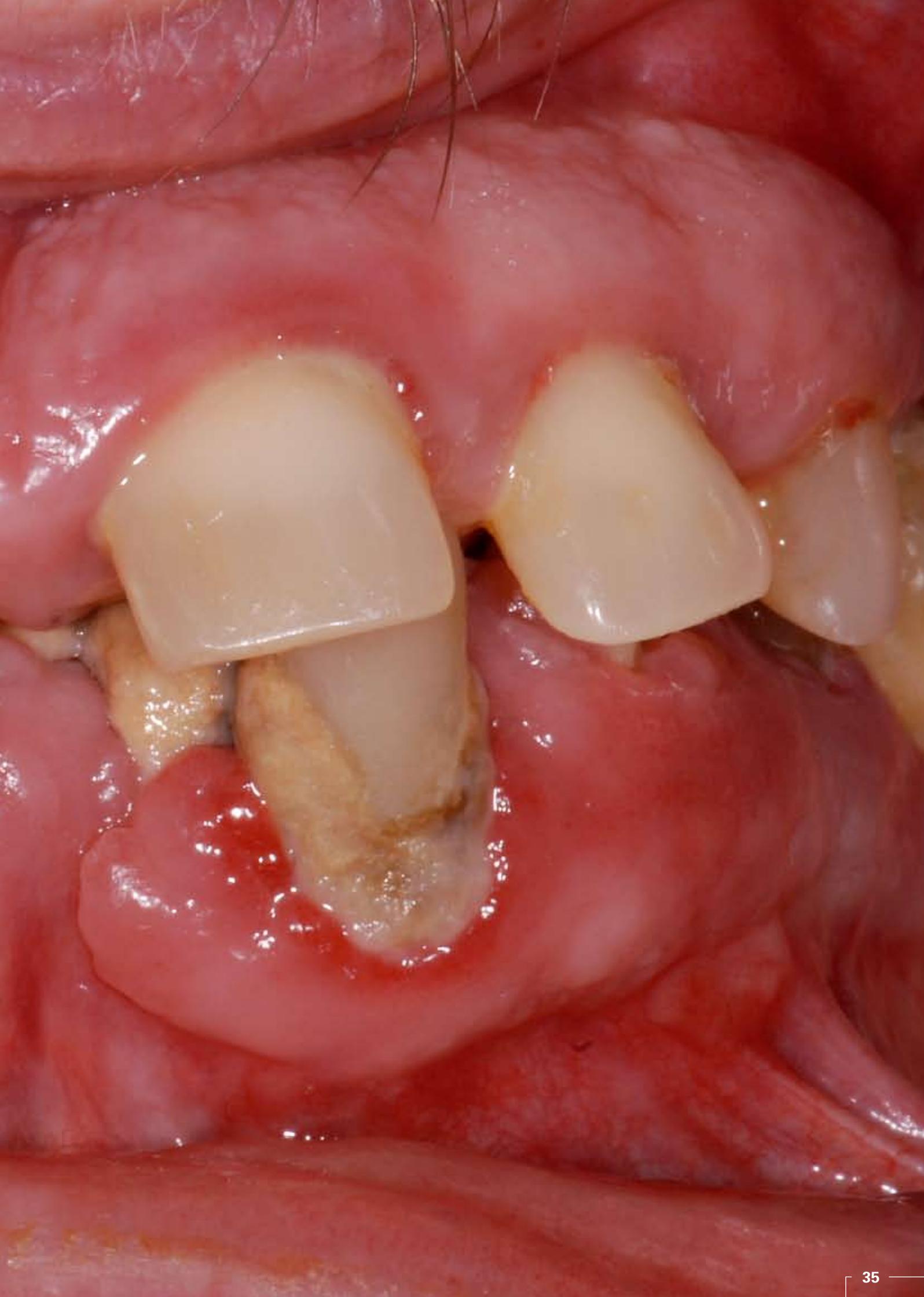
Constat d'échec.

Alors, si la gratuité ne marche pas, que faut-il conclure ?

Que le problème n'est pas tant financier, mais bien culturel : il existe une catégorie de patients qui ne se sentent simplement pas concernés les soins dentaires.

On pourrait donc espérer que des efforts (entendez "des moyens financiers") soient consacrés à attaquer le problème par ce côté.

Mais il s'agit, là aussi d'une révolution culturelle, pour nos décideurs. Et dans un pays où on ne parle plus que de communautaire...





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

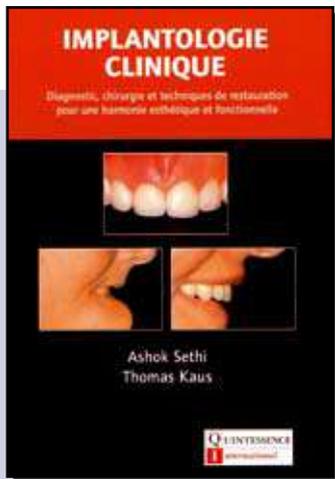
Il est arrivé - le moment idéal de moderniser le diagnostic dans votre cabinet. Avec l'utilisation des écrans radioluminescents flexibles, réutilisables et la technologie de pointe du nouveau Dürr VistaScan Perio. > **Tous les formats intra-oraux** > **une qualité d'image de diagnostic jusqu'à une résolution 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



Beaux livres en stock



« Implantologie clinique »

Ashok Sethi - Thomas Kaus

17,5 X 24,5 cm • 282 pages • ISBN 978-2-912550-52-1

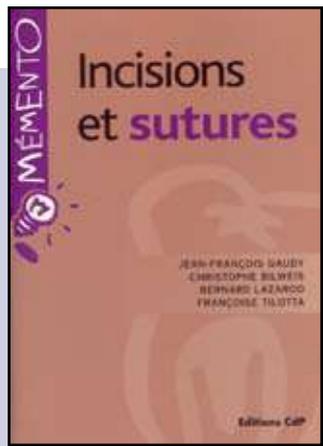
Encore un livre sur l'implanto ? Bien plus que cela : un véritable guide des protocoles cliniques de plus en plus nombreux, pour mener à bon terme les traitements implantaires.

Sur base d'une bibliographie de plus de 200 entrées, cette paire germano-britannique d'auteurs universitaires balaie la discipline de manière exhaustive. De la gestion de l'échec d'un simple cas unitaire aux grandes reconstructions multi-implantaires, deux points communs : l'aspect didactique, et la simplicité des termes de l'excellente traduction de Francine Liger et Frédéric Duffau.

À déguster au cours des longues soirées d'automne...

Commandez cet ouvrage ici :

<http://www.quintessence-international.fr>



« Incisions et sutures »

Jean-François Gaudy - Christophe Bilweis - Bernard Lazaroo - Françoise Tilotta

14,8 X 21 cm • 128 pages • ISBN 9782-84361-108-7

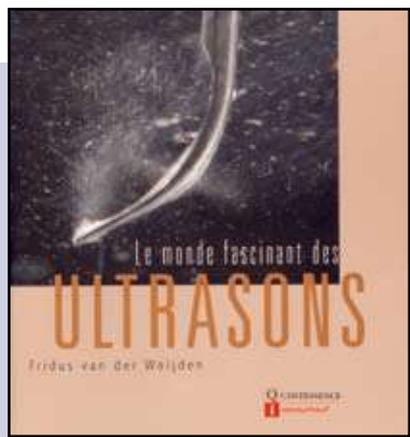
De l'extraction à l'implantologie, le champ d'activité du dentiste regorge d'actes débutant par des incisions et se concluant par des sutures. Ce mémento a dès lors pour objectif de présenter de manière synthétique et claire les matériels et les techniques à mettre en place en fonction des différentes situations cliniques rencontrées, sans omettre l'usage des colles chirurgicales.

Critères de choix des techniques et contraintes à prendre en compte complètent avantageusement l'aspect descriptif.

Schémas détaillés et photographies in situ font de cet ouvrage un guide particulièrement utile.

Commandez cet ouvrage ici :

<http://www.editionsmdp.fr>



« Le monde fascinant des ultrasons »

Fridus van der Weijden

21,1 X 22,5 cm • 82 pages • ISBN 978-2-912550-49-1

Parodontistes et endodontistes vont se régaler, mais aussi les omnipraticiens qui ne sont pas les derniers à avoir recours aux ultrasons ! C'est que, 50 ans après l'apparition de cette instrumentation dans notre arsenal thérapeutique, les effets ultrasonores sur les dents et le parodonte sont devenus beaucoup plus compréhensibles.

Déclinée de bases strictement scientifiques, cette monographie vous permettra une revisite de votre pratique des ultrasons : c'est qu'on ne les utilise pas n'importe comment, ni pour n'importe quelle raison.

Un ouvrage présenté dans un format innovant, avec un design de bouquin d'art !

Commandez cet ouvrage ici :

<http://www.quintessence-international.fr>

Plongez dans
l'univers du progrès



Travailler efficacement à deux ou à quatre mains

DUO: Les instruments de l'unité sont au centre et les instruments à main sont à proximité de la tempe du patient. L'assistante peut passer instruments et matériaux au praticien, de plus elle peut facilement saisir les tuyaux d'aspiration avec la main droite.

SOLO: Même les praticiens travaillant seuls conservent un accès facile à l'unité et aux instruments à main, aux tuyaux d'aspiration et aux différents matériaux. La tablette du porte-instrument est positionnée et le support de tuyau d'aspiration est mis en position « solo ».

Pour plus de détails concernant XO 4, consulter www.xo-care.com

XO[®]
Free to focus[™]

lamoral
Dental | Equipment

Découvrez dans notre Lamoral Training Center tout ce que XO 4 peut faire pour vous.
Neder-over-Heembeek • 1.000 m² d'exposition permanente • A visiter sur rendez-vous

LAMORAL SA - Textielstraat 24 - B-8790 WAREGEM
Tél. 056/62 88 88 - Fax 056/62 88 99 - dental@lamoral.be - www.lamoral.be

Division of **ARSEUS**
DENTAL

Nos sujets 2007
 • Quelles empreintes laissons-nous à notre technicien ?
 • L'endo relax ou comment se sentir bien dans sa pulpe

Peer-reviews :

Presque entièrement bouclés !

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) :

Sa 20/10 Gembloux

- 09h00 + 10h15 **COMPLET**
- 12h00 + 13h45 **COMPLET**
- 15h30 + 17h15 **COMPLET**

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 :



MEDICOTRONIX

PORTES OUVERTES

Les **26, 27** de 10h à 20h et le **28** octobre 2007 de 10h à 18h.



Installation complète Galbiati



Pano I-MAX easy O'wandy



Autoclave Lisa 517 W&H

Présentation de la gamme **complète** GALBIATI :
installations dentaires, mobiliers, tabourets
lampes de blanchiment.

NOUVEAUTES



Appareils d'**imagerie** dentaire et orthodontique :
capteur intra-buccal, scanner phosphore, panorami-
que 100% digitale. Equipements de haute technolo-
gie dans les meilleures marques (O'wandy, Kodak,
Durr dental).

CONDITIONS EXCEPTIONNELLES

Appareils périphériques dans les meilleures
marques : autoclaves, lampes, instrumentations,
détartreurs, implantologie, ...

QUALITE, SERVICE, GARANTIE

LE CONGRÈS ADF

DU 20 AU 24 NOVEMBRE 2007
PALAIS DES CONGRÈS – PLACE DE LA PORTE-MAILLOT – 75017 PARIS



350
EXPOSANTS RÉUNIS
AU PALAIS DES CONGRÈS

TESTER, COMPARER, ACHETER
PENDANT 4 JOURS DU 21 AU 24 NOVEMBRE

5 journées de programme scientifique (20-24 novembre) – 4 journées d'exposition (21-24 novembre)
Pour tout renseignement : Tél. : 01 58 22 17 37 – www.adf.asso.fr

ADF
ASSOCIATION DENTISTE FRANÇAISE



**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 :

- 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 |
- 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 45 du JOD 25)

- 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 :

I-Max Plus Ceph & Krystal-X Wifi

L'imagerie dentaire

Nouvelle génération



I-Max Plus Ceph

Panoramique numérique



Krystal-X Wifi

Capteur numérique

owandy
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE

I-Max Plus Ceph & Krystal-X Wifi

Panoramique numérique Dual System - Capteur numérique Wifi

Deux produits de la gamme **Owandy** pour la performance de votre cabinet et le confort de vos patients dans votre pratique quotidienne.

I-Max Plus Ceph : CCD haute définition + Multi-Motorisation + Positionnement en face à face + Connexion USB 2.0 : image en temps réel + Compact Flash : sans liaison PC + 12 programmes d'examen + Prises de clichés céphalométriques.

Krystal-X Wifi : Image en temps réel - Technologie WiFi + CCD haute définition (> 20 pl/mm) + Disponible en 2 tailles.



Owandy Benelux

68 Chaussée Bara
1420 Braine L'Alleud
Belgique
Tél : + 32 (0)2 384 30 99
Email : info-benelux@owandy.com
www.owandy.com