

• N° 30 •

Novembre - Décembre 2007

# Jod

• Journal d'omnipratique dentaire •

**JOURNÉE INTERUNIVERSITAIRE  
DENTAL THEMA DAY**

## Odontologie & tabagisme

**Bruxelles  
Samedi 15/12/2007  
40 UA**



# 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](mailto:info@castelbel.be)



# Édito

## 1.000.000.000.000.000

**10<sup>15</sup>** : tel est le nombre de radicaux libres que contient une seule bouffée de tabac. Le premier milieu à en subir les inconvénients, c'est la cavité buccale. Dans ce contexte, le praticien de l'art dentaire endosse un double rôle important :

- Sa mission s'inscrit bien entendu dans la prise en charge des effets parodontaux et associés. En effet, au-delà de l'aspect néoplasique, des études récentes sur le développement de la maladie parodontale font état d'un facteur risque 2,7 fois plus important chez le fumeur, et même 7,7 fois plus important si le patient est PST positif en plus d'être fumeur.

- Pour le patient, les effets délétaires du tabagisme sont les plus visibles, les plus palpables au niveau buccal : par exemple, l'esthétique du sourire s'en trouve largement altérée. Cette situation confère au praticien de l'art dentaire un rôle certain au niveau de la prise de décision du sevrage, et de l'accompagnement dans la phase thérapeutique. Car on sait aujourd'hui que la dépendance — cette *mémoire du plaisir*, comme la décrivent les neurologues — peut être fortement contrecarrée par une succession de petites incitations à l'arrêt de l'addiction.

Il est donc important que les professionnels de la santé buccale se positionnent clairement contre le tabac, et en faveur des actions de prévention du tabagisme et de promotion du sevrage ; cette prise de position se doit d'être individuelle, dans chaque cabinet, mais aussi globale, au niveau associatif.

Le COD s'inscrit dans cette démarche en mettant sur pied le Dental Thema Day 2007 « Odontologie & Tabagisme », le 15 décembre prochain, au CERIA. Nous y contribuons également en diffusant une affiche pour votre salle d'attente, que vous trouverez gratuitement en annexe de cette édition du JOD. Ensemble, aidons le COD dans son action !

Aidons aussi nos patients en nous impliquant réellement, et en mettant à jour nos connaissances ! Ils nous en remercieront. ■

- **La photo > 4**

- **Prochaine activité > 7**

Dental Thema Day  
Odontologie & tabagisme

- **Accréditation > 9**

Dernière chance de peer-reviews

- **Guide au quotidien > 10**

Au choix : le tabac  
ou la santé de votre bouche

- **Pratique clinique > 19**

Lésions à risque et cancers  
de la bouche

- **Reportage > 29**

XXXIII<sup>e</sup> Entretiens de Garancière

- **Envoyé spécial > 36**

Orient Congress : FDI Dubaï

- **Petites annonces > 46**

- **Inscriptions > 47**

- **Programme 2008 > 48**

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

Le narguilé est une longue pipe orientale, d'origine perse vraisemblablement.

La fumée de tabac passe tout d'abord dans un récipient d'eau parfumée avant de parvenir à la bouche au travers d'un long tuyau flexible.

Encore appelé chicha en Orient, il est utilisé comme source de plaisir et de détente, et favorise la convivialité dans les pays où la consommation d'alcool est prohibée par la charia.

Le fait que la fumée dégage une odeur «*qui ne sent pas le tabac*» en raison de la recette particulière à base d'eau parfumée, et aussi le fait que le narguilé est souvent un objet d'art, en plus d'être un outil technique d'addiction tabagique, diminuent fortement la perception de nocivité. Pourtant, les effets délétères de cette forme de tabagisme sont les mêmes que toute autre forme de consommation de tabac.

De plus, une séance de narguilé expose généralement le fumeur à un volume de fumée plus important que ne le fait la cigarette. Diverses études révèlent même qu'une seule bouffée de narguilé expose à 70% de nicotine en plus, 1.500% de monoxyde de carbone en plus, et jusque 3.600% de goudron supplémentaire.

Le développement de la mode du narguilé en Occident, probablement dû aux plus nombreuses vacances passées dans des pays comme la Turquie, n'est donc pas une bonne nouvelle en termes de Santé Publique.

© photo Th. Vannuffel







**Profitez des offres actuelles!**  
Contactez votre délégué commercial VOCO!

**Economique. Rapide. Judicieux.**

**X-tra fil**

## Composite de restauration photopolymérisable pour le secteur postérieur

### ● Rentabilité

Restaurations du secteur postérieur en teinte esthétique unique avec un rapport qualité-prix attrayant

### ● Rapidité

Polymérisation jusqu'à 4 mm de profondeur en 10 secondes

### ● Judicieux

Manipulation facile, propriétés physiques excellentes



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 · Téléphone +49 (4721) 719-0 · Fax: +49 (4721) 719-140 · [www.voco.com](http://www.voco.com)

**VOCO**

La recherche scientifique créative

**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



## 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

## 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



## 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

agréé 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 : <b>184,- EUR</b>
	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
	<b>Réduction-fidélité : possible jusque 250,- EUR !</b>
<i>S'inscrire !</i>	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>





**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](http://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](mailto:info@durr.be)



LES IDEES FONT LE PROGRES. [WWW.DURR.BE](http://WWW.DURR.BE)





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

# Peer-reviews :

## Dernière chance pour cette année !

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 01/12 Lamoral

08h15

12h00 + 13h45

**COMPLET**



- 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 : .....





# Que dire à nos patients fumeurs ?

En offrant des conseils personnalisés à leurs patients, nombre de praticiens de l'art dentaire contribueront à réduire la morbidité et la mortalité liées au tabac.

Certes, à première vue, la pratique bucco-dentaire n'implique pas de lutter contre l'industrie du tabac, d'étudier des cultures de substitution, de prendre part à des analyses économiques visant à prouver que le tabagisme nuit à l'économie générale, d'encourager la taxation rédhibitoire du tabac, de promouvoir un environnement sain par l'instauration d'espaces non-fumeurs, de faire pression sur les politiques pour qu'ils ratifient et appliquent la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT), premier traité international de l'OMS...

**Pourtant, toutes ces actions sont essentielles et complémentaires d'une pratique clinique.**

**De fait, la FDI mène de longue date une politique en faveur de mesures visant à réduire le tabagisme.**

**Soulignons en outre que le dentiste lui-même est amené à jouer un rôle de modèle, en s'abstenant de fumer.**

> Judith MACKAY  
Carmen AUDERA-LOPEZ  
Rob H. BEAGLEHOLE

prev. rel. in  
"Tobacco or oral health : an advocacy  
guide for oral health professionals"

edited by Beaglehole RH  
& Benzian HM ;  
FDI World Dental Federation,  
Ferney Voltaire, France /  
World Dental Press, Lowestoft, UK  
©FDI/OMS, 2005

Unofficial translation  
For reference only

## “ Au choix : le tabac

### L'étendue du problème

#### Quelques chiffres concernant le tabac

Le nombre actuel de fumeurs dans le monde est estimé à 1,3 milliard, dont plus de 900 millions dans les seuls pays en voie de développement, soit une prévalence mondiale totale de 29 % (47,5 % des hommes et 10,3 % des femmes de plus de 15 ans).

Deuxième cause de mortalité mondiale, le tabac est actuellement responsable du décès d'un adulte sur dix au monde. Toutes les 6,5 secondes, une personne dans le monde meurt d'une maladie due au tabac. La moitié des fumeurs chroniques meurent de leur tabagisme, et 50 % d'entre eux décèdent entre 35 et 69 ans, perdant ainsi 20 à 25 années de vie.

La mortalité annuelle liée au tabagisme s'élève à présent à 4,9 millions de personnes. Au rythme des tendances actuelles de consommation, d'ici à 2020, ce nombre pourrait atteindre 10 millions, dont 70 % de décès dans les pays en voie de développement. De même, si les schémas actuels du tabagisme se maintiennent, quelque 500 millions de personnes actuellement en vie mourront des suites de leur tabagisme. Selon les prévisions, d'ici à 2030, le tabac constituera la première cause de décès dans le monde, avec une mortalité annuelle de 10 millions de personnes.

Avec la progression des recherches concernant les conséquences sanitaires du tabagisme et l'augmentation

du nombre de personnes affectées, la liste des pathologies liées au tabac s'est élargie. Il est à présent prouvé que le tabagisme affecte quasiment tous les organes du corps, entraînant notamment des maladies telles que des cataractes, la pneumonie, la leucémie aiguë myéloblastique, l'anévrisme aortique abdominal, le cancer de l'estomac, le cancer du pancréas, le cancer du col de l'utérus, le cancer du foie et la parodontite. Ces pathologies s'ajoutent à la liste des affections déjà connues : cancers du poumon, de l'œsophage, du larynx, de la bouche et de la gorge, maladies pulmonaires et cardio-vasculaires chroniques, impact délétère sur l'appareil reproducteur et syndrome de mort subite du nourrisson. Notons que le tabagisme passif expose aux mêmes conséquences néfastes sur la santé. Il existe à présent des preuves scientifi-

Fig.1. Estimation actuelle et future du nombre de fumeurs dans le monde  
(Source : Guindon, GE & Boisclair, D. Past, Current and future Trends in Tobacco Use. HNP Discussion Paper No.6, Economics of Tobacco Control Paper No. 6, WHO and The World Bank, 2003)







# OU la santé de votre bouche ”

ques concluantes qui montrent qu’une exposition involontaire au tabac aggrave le risque de cancer du poumon, de maladies et affections respiratoires et cardio-vasculaires, d’asthme, d’infections de l’oreille et syndrome de mort subite du nourrisson.

Au-delà de ces conséquences sanitaires tragiques, il y a aussi la question des coûts du tabagisme. Le tabac fait peser un fardeau économique important sur les familles et les sociétés, et constitue une menace grave pour un développement équitable et durable.

Malgré les connaissances actuelles concernant sa nocivité, l’épidémie tabagique continue d’augmenter et se déplace des pays industrialisés vers les pays en voie de développement (Fig.1). Deux raisons expliquent ce phénomène. Tout d’abord, la nicotine provoque une forte dépendance, ce qui rend le sevrage très difficile, en dépit de la meilleure volonté de nombreux fumeurs. Ensuite, afin de renouveler ses marchés et de remplacer les consom-

mateurs morts prématurément ou sevrés, l’industrie du tabac met en œuvre nombre de stratégies marketing ciblant des populations de non-fumeurs (jeunes, hommes et femmes dans les pays en voie de développement).

L’Enquête Mondiale sur le tabagisme parmi les jeunes, la plus grande étude mondiale sur le tabagisme chez les adolescents de 13 à 15 ans, révèle qu’en dépit de variations spectaculaires dans la consommation de cigarettes et d’autres produits tabagiques selon les lieux, les jeunes filles fument presque autant que les jeunes hommes et sont aussi nombreuses à consommer des produits tabagiques autres que les cigarettes (tabac sans fumée, bidies, narguilés...). Ces résultats suggèrent que les projections pourraient sous-estimer la mortalité mondiale liée au tabac car elles se fondent sur les schémas actuels de consommation tabagique, dans lesquels les femmes sont environ quatre fois moins susceptibles de fumer que les hommes. À noter que dans quasiment 24 % des

cas, l’âge de la première cigarette se situe vers dix ans, c’est-à-dire bien trop tôt pour pouvoir comprendre les attentes sociales ou s’y opposer.

## Quelques faits concernant le tabagisme et la santé bucco-dentaire

Les effets du tabagisme sur la santé de la population générale ont été bien illustrés. Toutefois, il importe également de prendre en compte l’impact du tabac sur la santé bucco-dentaire. Parmi les conséquences les plus importantes, citons les lésions cancéreuses et pré-cancéreuses de la cavité buccale, une aggravation de la sévérité et de l’étendue des maladies parodontales, des difficultés de cicatrisation.

Associé à nombre de maladies bucco-dentaires, le tabac contribue largement au fardeau de morbidité mondial pour ces pathologies. Il est ainsi responsable de la moitié des cas de parodontite ●●●



... de l'adulte. Le lien explicite entre maladies orales et tabagisme justifie pleinement l'implication des professionnels de soins bucco-dentaires dans la lutte contre le tabac et les programmes de sevrage.

Le tableau ci-dessous présente quelques-unes des affections les plus fréquentes.

1. Cancers buccaux
2. Leucoplasies  
(lésions potentiellement malignes) :
  - leucoplasie nodulaire
  - leucoplasie verruqueuse
  - érythroleucoplasie
  - érythroplasie
3. Affections de la muqueuse buccale :
  - palais du fumeur
  - mélanose du fumeur
4. Effets associés au tabac sur les dents et sur les tissus de soutien :
  - affections parodontales
  - perte dentaire prématurée
  - gingivite ulcéro-nécrotique aiguë
  - taches dans la cavité buccale
  - halitose

Tableau 1. Affections causées par ou associées au tabagisme

## Affections de la muqueuse buccale

Le tabagisme est associé à plusieurs changements de la membrane muqueuse orale et exerce un effet cancérogène direct sur les cellules épithéliales de cette membrane. D'ailleurs, le tabac est même le principal facteur de risque des cancers buccaux. Le cancer buccal le plus fréquent est le carcinome des cellules squameuses, qui représente plus de 90 % des tumeurs malignes orales.

Chez l'homme, les cancers buccaux arrivent au huitième rang des cancers les plus fréquents dans le monde. Son incidence est élevée dans les pays en voie de développement, notamment dans certaines zones du sud de l'Asie centrale où il se range parmi les trois types de cancer les plus prévalents. La leucoplasie, la plus fréquente des lésions potentiellement malignes des membranes muqueuses orales, survient six fois plus souvent chez les fumeurs.

## Maladies parodontales

Il existe une association claire entre, d'une part, le tabagisme et, d'autre part, la prévalence et la sévérité des maladies parodontales. Les pertes osseuses parodontales, les pertes d'attachement parodontal et l'apparition de poches parodontales sont toutes les trois associées au tabagisme. De nombreuses études indiquent également que le tabac exerce un effet négatif sur les traitements parodontaux, avec des taux de réussite thérapeutique moindres pour les fumeurs.

La littérature suggère aussi l'existence d'une relation dose-effet entre le tabagisme et la santé parodontale.

## Cicatrisation

Le tabac est un vasoconstricteur périphérique qui influe sur la vitesse de cicatrisation des blessures buccales. De fait, la cicatrisation après chirurgie orale est plus longue et plus aléatoire chez les fumeurs.

L'absence de coagulation après extraction dentaire est quatre fois plus fréquente chez les fumeurs. En outre, le tabagisme a un impact négatif sur la cicatrisation des plaies d'extraction dentaire.

## Implants dentaires

De nombreuses preuves suggèrent que le tabagisme nuit au succès, à court et à long terme, des implants dentaires et que l'arrêt du tabac en améliore au contraire les chances. Dans une étude, le facteur le plus important de prédisposition à un échec était le tabac : chez les fumeurs, le taux d'échec était doublé.

## Haleine et goût

Les effets du tabac sur la sensibilité olfactive et gustative ont été démontrés. En outre, qu'il soit à mâcher ou à fumer, le tabac est susceptible d'entraîner une halitose.

## Conséquences esthétiques

Les taches de tabac peuvent pénétrer dans l'émail, dans les restaurations dentaires ou les dentiers, entraînant une coloration brune ou jaunâtre des dents. L'halitose et les taches dentaires sont des conséquences réversibles, mais difficiles à cacher, du tabagisme, et constituent des préoccupations fréquentes chez les fumeurs. Pour toutes ces raisons, elles peuvent servir de motivations à l'arrêt du tabac.

# Le dentiste dans la lutte anti-tabac

Il est urgent de mener une action concertée en vue de réduire la morbidité, la souffrance et la mortalité prématurée qui résultent directement du tabagisme. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) met en lumière l'impact que les programmes de lutte anti-tabac, et notamment les dispositifs de sevrage, sont susceptibles d'exercer sur la réduction de ce fléau. L'OMS a récemment souligné qu'il importe d'intégrer les programmes antitabagiques au sein des systèmes sanitaires.

Les professionnels de la santé bucco-dentaire ont été reconnus pour leur rôle essentiel dans l'aide apportée aux fumeurs qui indiquent vouloir arrê-

ter la cigarette. Une diminution de la consommation de tabac entraînerait une amélioration de la santé générale et bucco-dentaire, et contribuerait également à réduire des inégalités croissantes entre les populations.

L'équipe dentaire doit tenir un rôle majeur dans la prévention du tabagisme. Des preuves suggèrent que les interventions de sevrage sont efficaces à la fois en termes de moyens et de coûts. Une action brève permet souvent d'obtenir des gains importants et, à long terme, de réduire les dépenses de santé nationales relatives au tabagisme. Malheureusement, peu de professionnels de la santé bucco-dentaire ont l'habitude, dans leur pratique quotidienne, de



donner des conseils de sevrage, et peu d'Associations Dentaires Nationales s'impliquent dans la lutte anti-tabac. Cette brochure incite tant les cliniciens que les professionnels de la santé bucco-dentaire à intensifier leurs efforts de contrôle du tabagisme, notamment au travers d'actions de plaidoyer et de programmes de sevrage.

L'implication des professionnels de la santé dentaire dans le sevrage tabagique contribuera à étendre les stratégies de lutte anti-tabac. Par ailleurs, les attentes des patients ont évolué, de sorte que des questions sur le tabagisme sont moins susceptibles d'entraîner des réactions défensives. Il existe à présent de solides preuves en faveur de l'introduction de cette activité en soins dentaires primaires. L'aide apportée aux patients qui désirent cesser de fumer peut entraîner des bénéfices substantiels pour la santé bucco-dentaire et pour la santé générale. Le moment est venu de veiller à ce que les connaissances en matière de lutte anti-tabac soient mises en pratique et fassent partie de la routine de l'équipe dentaire.

## Comment obtenir l'implication des professionnels de santé bucco-dentaire ?

Les professionnels de la santé bucco-dentaire sont idéalement placés pour contribuer à la lutte anti-tabac de diverses manières complémentaires :

- en tant que modèles auprès de leurs patients
- en s'abstenant de fumer
- en conseillant à leurs patients de ne pas fumer
- en les dirigeant vers des programmes de sevrage tabagique
- en s'adressant au public
- en faisant pression en faveur de politiques publiques de grande portée pour lutter contre le tabagisme

Les Associations Dentaires Nationales et les autres organismes de santé bucco-dentaires occupent également une position privilégiée pour mobiliser d'autres professionnels de santé (médecins, infirmières, pharmaciens...) dans la lutte anti-tabac.

Dans beaucoup de pays, les dentistes présentent des taux de tabagisme supérieurs à ceux de la population générale, et constituent de ce fait des contre-exemples. Les initiatives pour inciter les dentistes à arrêter de fumer peuvent jouer un rôle très positif dans la lutte anti-tabac car, en plus de servir de modèles à leurs patients, ils seront davantage susceptibles de s'engager dans le contrôle du tabagisme.

Il importe également d'inciter les étudiants en odontologie à prendre part à la lutte anti-tabac, car ils sont plus ouverts à une nouvelle compréhension de leurs responsabilités professionnelles. Il peut aussi être intéressant de cibler les doyens des écoles dentaires, des universitaires et des professeurs susceptibles d'influencer des professionnels de santé bucco-dentaires dans les Ministères et les secrétariats à la santé, les ministres de la santé, de hauts fonctionnaires de santé et des commissions et des conseils d'organismes dentaires nationaux.

Il importe absolument que les prestataires de soins bucco-dentaires reconnaissent que leurs devoirs professionnels dépassent le traitement des maladies dues au tabagisme et intègrent des mesures de prévention et de sevrage (Fig.2). Malheureusement, ils sont d'autant moins incités à cette prise de conscience que les services de sevrage ou de conseil sont mal remboursés par les assurances santé.

Comme exposé plus haut, le tabagisme est lié à un grand nombre d'affections de la cavité buccale. Ces conséquences sur la santé orale constituent une illustration visuelle et claire des dégâts du tabagisme sur le corps, et peuvent ainsi servir d'indicateurs utiles à l'usage des fumeurs et les motiver à cesser de fumer. Il suffit de très peu de temps pour aider les patients intéressés et désireux d'arrêter le tabac : il a été démontré que quelques minutes de conseils peuvent avoir une grande efficacité.

## Comment aider les patients à arrêter de fumer ?

De nombreux guides de médecine fondée sur des faits fournissent des conseils aux professionnels de la santé ●●●



*Fig.2. Régulièrement au contact de leurs patients, les dentistes sont les premiers à constater les effets du tabac sur la cavité buccale et sont les seuls professionnels de santé qui voient souvent des patients « en bonne santé » ; pour ces raisons, ils occupent une position privilégiée pour diffuser le message anti-tabac et pour motiver et soutenir les fumeurs qui désirent arrêter la cigarette*

- bucco-dentaire qui s'impliquent dans les programmes de sevrage. L'un de ces guides ciblant l'équipe dentaire définit de manière claire et efficace une stratégie possible dans ce domaine important de prévention.

### **La méthode des 4 A**

Cette méthode constitue un exemple de stratégie claire et rapide pour identifier les fumeurs qui désirent arrêter le tabac et pour les soutenir au mieux dans leurs efforts. Les dentistes peuvent intégrer ce modèle dans leur pratique quotidienne en suivant la démarche par étapes décrite dans le Tableau 2.

#### *1. Ask = Interroger*

- Interroger tous les patients au sujet de leur statut tabagique et consigner les informations dans des notes cliniques

#### *2. Advise = Conseiller*

- Conseiller à tous les fumeurs d'arrêter le tabac
- Donner des conseils clairs et personnalisés
- Insister sur les effets du tabagisme sur la santé bucco-dentaire
- Souligner la nature réversible de ces effets
- Évaluer la motivation du patient à se rendre en clinique de sevrage tabagique (si disponible)

#### *3. Arrange = Organiser*

- Si le patient est motivé, l'adresser vers une clinique locale de sevrage tabagique
- Encourager le patient et l'informer sur les services de la clinique
- Insister sur les effets bénéfiques du sevrage sur la santé bucco-dentaire

#### *4. Assist = Aider*

- Si le patient est motivé pour le sevrage mais ne souhaite pas se rendre dans une clinique, lui apporter aide et encouragements pour abandonner le tabac
- Recenser les précédentes tentatives de sevrage
- Fixer une date pour l'arrêt total du tabac
- Identifier la préparation nécessaire
- Encourager, si nécessaire, le recours à des traitements par substituts nicotiniques ou par Zyban®
- Évaluer l'évolution du patient lors du rendez-vous suivant

<b>Ask</b> <i>Interroger sur la consommation</i>	Vérifier le statut tabagique de tous les patients à intervalle régulier
<b>Advise</b> <i>Conseiller l'arrêt</i>	Rappeler à tous les fumeurs le bénéfice qu'ils auraient à cesser de fumer
<b>Arrange</b> <i>Organiser le suivi du sevrage</i>	Adresser les fumeurs motivés au service de sevrage tabagique le plus proche
<b>Assist</b> <i>Aider à la décision de sevrage</i>	Aider les fumeurs qui désirent arrêter, mais qui ne sont pas prêts à rencontrer un service de sevrage

Tableau 2. La méthode des 4 A.

Source : « L'aide au sevrage tabagique : guide à l'intention de l'équipe dentaire » (reproduit avec l'aimable autorisation de la HDA (Health Development Agency))

Lorsque cette méthode des 4 A est menée à son terme, il convient de réévaluer le statut tabagique du patient à la consultation de rappel suivante.

### **Travail d'équipe**

L'équipe dentaire (lorsqu'elle existe) devrait être impliquée toute entière dans les tentatives de sevrage afin d'en optimiser la réussite. Il importe de garantir une bonne communication entre les différents membres de l'équipe, et de prévoir des réunions régulières et des possibilités de formations en conseil de sevrage.

De même, il est essentiel de déléguer des rôles et des responsabilités à chaque membre de l'équipe (Fig.3). On peut envisager, par exemple, que le responsable encourage une communication efficace au sein de l'équipe tandis que le réceptionniste interroge chaque nouveau patient sur son statut tabagique et fournit des informations relatives aux

services locaux de sevrage, les dentistes et hygiénistes, de leur côté, expliquant la méthode des 4 A.

### **Comment surmonter les obstacles au sevrage ?**

De nombreux obstacles ont été identifiés, qui limitent l'implication des professionnels de la santé dentaire dans les programmes de sevrage tabagique. Les plus fréquents sont : le temps à consacrer au personnel, les difficultés de remboursement, le manque de connaissances et de compétences.

Toutefois, ces obstacles ne sont pas insurmontables. Les points suivants présentent différentes manières de les dépasser.

#### *Manque de temps*

Il a été recommandé que de brèves interventions de sevrage tabagique ne dépassent pas 3 minutes de temps clinique. Le protocole conseillé n'exige pas

Fig.3. Il est essentiel de garantir une bonne communication et de déléguer des rôles et des responsabilités à chaque membre de l'équipe





Fig.4. L'absence de mécanismes de remboursement, et par corollaire, d'honoraires spécifiques aux interventions de sevrage tabagique au cabinet dentaire, n'incite pas les praticiens à s'intéresser à la question ; toutefois, des incitations brèves, peu consommatrices de temps et de moyens, ont prouvé leur efficacité



forcément beaucoup de temps, surtout si le dentiste travaille de concert avec les autres membres de l'équipe.

#### *Absence de mécanismes de remboursement*

Ce problème doit être pris en considération (Fig.4). La brièveté des activités de sevrage peut toutefois constituer une incitation.

#### *Manque de confiance et de compétences*

La confiance et les compétences peuvent s'acquérir par le biais d'une formation appropriée. De nombreux organismes fournissent à présent des formations au sevrage à l'intention des professionnels de soins de première ligne. Ces cours sont conçus pour différents niveaux d'activités.

#### *Doutes quant à l'efficacité de l'aide*

Les bilans des preuves révèlent que les conseils de sevrage tabagique constituent l'une des formes les plus efficaces de promotion sanitaire. En se conformant au protocole recommandé, les conseils de l'équipe dentaire peuvent avoir des effets importants.

#### *Absence de documentation éducative facilement accessible pour les patients*

Cet article est conçu dans l'optique d'informer les praticiens et de les inciter à s'impliquer dans des initiatives de sevrage à destination de leurs patients. De nombreux Organismes Dentaires Nationaux et Ministères de la Santé peuvent fournir d'autres documentations éducatives sous forme de brochures à placer en salle d'attente ou de support d'informations pour les patients.

#### *Possible réaction négative du patient*

Les enquêtes réalisées auprès des patients révèlent que beaucoup d'entre eux pensent que les dentistes devraient inciter activement au sevrage tabagique. Ce constat est encourageant car il signifie que les patients attendent de leur dentiste qu'il se préoccupe de leur santé dans son ensemble, et notamment de leur statut tabagique.

## Organiser une pratique dentaire propice aux interventions antitabagiques

Le cabinet dentaire constitue un endroit idéal pour diffuser des messages personnalisés sur la santé, offrir un suivi sur le long terme, prescrire des médicaments de sevrage (dans certains pays) et proposer un soutien. Toutes ces activités peuvent impliquer des changements de style clinique ou de communication, des modifications de système d'enregistrement des patients ou des systèmes de rendez-vous, ou une évolution des responsabilités des membres de l'équipe lorsqu'elle existe.

Toutefois, menées efficacement, ces actions antitabagiques ont des compensations gratifiantes en ce qu'elles permettent de sauver des vies, de prévenir une morbidité et des dépenses inutiles et d'aider les patients à se libérer d'une dépendance fatale.

Les modifications réalisées dans le cabinet dentaire pour faciliter les interventions anti-tabac inciteront le dentiste et

son équipe à parler du tabagisme avec chaque patient. Certaines Associations Dentaires Nationales ou les organismes de lutte contre le tabac peuvent également fournir des étiquettes pour identifier le statut tabagique des patients ou de la documentation éducative.

Voici ci-dessous quelques exemples d'actions concrètes à entreprendre pour

intégrer la lutte contre le tabac dans un cabinet dentaire.

#### *Mentionner le statut tabagique dans les fiches des patients*

Le personnel dentaire éventuel peut secondar le dentiste en interrogeant chaque patient sur son statut tabagique et en portant cette information dans le dossier du patient au moyen d'une étiquette spéciale. Ces mesures permettent de se rappeler de parler du tabagisme avec chaque patient. Il a été démontré qu'en matière de sevrage, de brèves discussions sur le tabagisme sont plus efficaces qu'une séance intensive.

#### *Proposer de la documentation sur le tabac en salle d'attente*

Des affiches et des brochures en salle d'attente pourront inciter les patients à cesser de fumer, ou du moins à envisager d'arrêter, ou les amener à se poser des questions qui donneront lieu à une tentative de sevrage. Les organismes locaux ou nationaux d'arrêt du tabac peuvent également fournir de la documentation éducative, gratuite la plupart du temps pour les professionnels de santé.

#### *Assurer un suivi*

Une fois qu'un patient a décidé de cesser de fumer, le dentiste peut l'aider à maintenir sa motivation en planifiant des rendez-vous et des appels téléphoniques de suivi. Le personnel du ●●●

**En leur conseiller d'arrêter de fumer, les dentistes rendent sans doute à leurs patients le service le plus important pour leur santé globale**

- cabinet peut également collaborer en continuant d'interroger le patient sur son statut tabagique, même après plusieurs années de sevrage.

### *Organiser des séances de conseil*

Pour les patients qui en ont besoin, organiser des séances de conseil au cours desquelles ils pourront parler de leurs sentiments et de leurs préoccupations concernant le sevrage tabagique, et se voir proposer des méthodes pour surmonter les symptômes, éviter les pertes de poids et utiliser, éventuellement, des médicaments d'aide à l'arrêt.

Les patients nécessitant une aide plus importante doivent de préférence être adressés vers des cliniques de sevrage tabagique, s'il en existe. Toutefois, la plupart des pays ne possèdent pas de cliniques spécialisées. Les organismes de soins bucco-dentaires sont donc fondés à plaider, en collaboration avec d'autres associations de santé, pour la création de cliniques de sevrage répondant aux exigences de la médecine fondée sur des faits.

### *Prescrire des médicaments de sevrage tabagique*

Si nécessaire et si la législation locale le permet, des médicaments de sevrage tabagique peuvent être prescrits ou recommandés, sans omettre toutefois d'en spécifier les précautions d'emploi au patient.

Les traitements par substituts nicotiques (NRT - Nicotine Replacement Therapies) consistent à utiliser un produit qui délivre la nicotine antérieurement apportée au patient par la cigarette. Dans de nombreux cas, ces thérapies réduisent les symptômes de manque et améliorent les résultats du sevrage. Elles ne peuvent constituer la pierre angulaire d'un sevrage tabagique, mais fournissent cependant une aide précieuse en complétant avec efficacité les thérapies comportementales.

Il est avéré que les NRT multiplient environ par deux les chances de réussite d'un sevrage, voire davantage lorsqu'elles sont associées à des aides com-

portementales. De fait, les recherches indiquent que plus le patient bénéficie d'aides, meilleurs sont les taux de sevrage tabagique.

### *Parler aux fumeurs de sevrage tabagique à chaque consultation*

Même en se contentant à chaque visite de demander au patient s'il désire ces-

ser de fumer, le dentiste transmet un message suffisamment clair. De cette manière, il montre à son patient qu'il se soucie des risques du tabagisme sur la santé de celui-ci. Il convient également d'évoquer les maladies dues au tabac susceptibles d'affecter le fumeur. Une personne peu motivée à arrêter le tabac pourra changer d'avis dans l'optique d'améliorer sa santé générale. ■

## FDI & tabagisme

La mission de la FDI pour « promouvoir une santé bucco-dentaire et générale optimale pour tous les peuples » comprend, par voie de conséquence, la lutte anti-tabac. Agissant à l'échelle internationale au nom des Associations Dentaires Nationales, la FDI reconnaît l'importance d'impliquer la profession dentaire dans les questions de contrôle du tabagisme.

Un Comité Spécial sur le Tabac a été fondé en 1996 pour conseiller la FDI sur les actions anti-tabac requises. L'une des premières mesures prises était la rédaction d'une déclaration de principes qui sert depuis de référence à de nombreuses associations membres de la FDI pour mener leurs activités.

### **DÉCLARATION DE PRINCIPES DE LA FDI SUR LE TABAC EN PRATIQUE QUOTIDIENNE**

La consommation de tabac est nuisible à la santé générale car elle constitue une cause fréquente de dépendance, de maladie évitable, d'invalidité et de décès. Le tabagisme peut également augmenter les risques de cancer bucco-dentaire, de parodontopathie et d'autres affections bucco-dentaires délétères. En outre, il compromet l'issue des soins bucco-dentaires.

**La FDI exhorte ses associations membres et tous les professionnels de santé à prendre des mesures décisives pour réduire la consommation de tabac et la dépendance à la nicotine dans la population générale.**

**La FDI exhorte également tous les professionnels de la santé bucco-dentaire à intégrer des services de prévention et de sevrage tabagiques dans leur pratique quotidienne.**

#### LUTTE ANTI-TABAC DANS L'ENSEIGNEMENT

De brèves communications (identification des consommateurs de tabac, offre de conseils directs ou de documentation de soutien, suivi) ont une influence considérable sur la consommation par les patients de produits tabagiques.

**La FDI exhorte tous les établissements de santé bucco-dentaire et tous les professionnels assurant des formations continues à intégrer à leurs programmes des thèmes ayant trait au tabac.**

#### PROTECTION DES ENFANTS

Les conséquences nocives du tabagisme passif sont particulièrement graves pour les enfants et durent toute la vie.

**La FDI sanctionne et encourage fermement les mesures éducatives et politiques visant à prévenir et/ou à réduire l'exposition des nouveau-nés, des enfants et des jeunes à la fumée de tabac.**

#### PRÉVENTION DE L'INITIATION

Dans plus de 80 % des cas, la consommation tabagique commence avant l'âge de 18 ans. Le tabagisme chez les enfants et les jeunes entraîne facilement une dépendance à la nicotine dont les jeunes sous-estiment largement le risque.

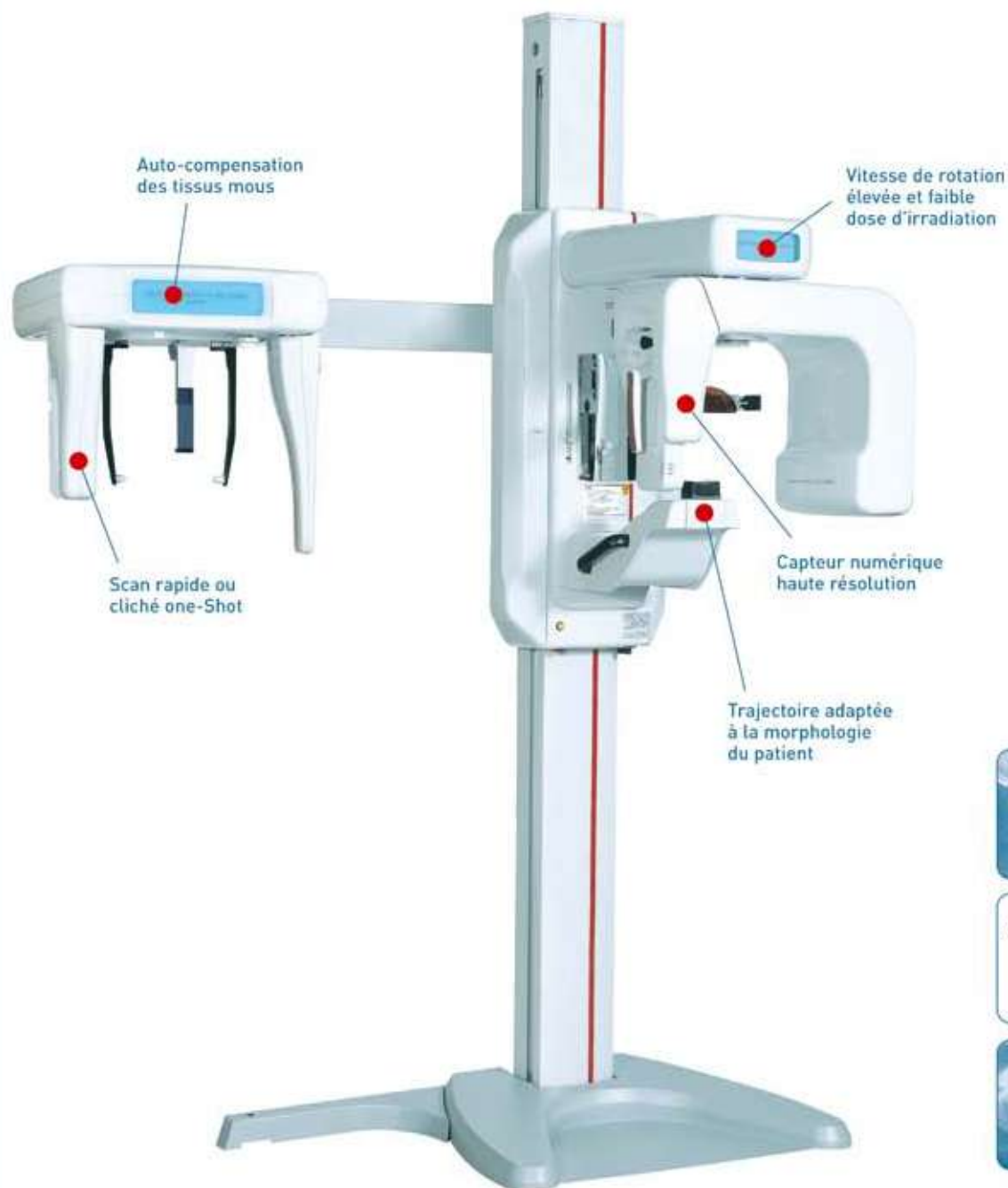
**La FDI soutient avec force toutes les mesures qui tentent d'empêcher le début du tabagisme chez les jeunes et d'en dissuader l'initiation par les adultes.** ■





MAURO ONGARO  
0479/62 05 55

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



VATECH X-RAY



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**

# I-Max Plus Ceph & Krystal-X Wifi

## L'imagerie dentaire

### Nouvelle génération



I-Max Plus Ceph

Panoramique numérique



Krystal-X Wifi

Capteur numérique

**Uwandy**  
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



# Lésions à risque et cancers de la bouche

## — Un sujet d'importance

C'est par un bien triste constat qu'il nous faut commencer.

En effet, la France est l'un des cancrs mondiaux en terme de mortalité et de morbidité dues aux cancrs de la bouche. Elle occupe même la première place au niveau européen pour la prévalence de ces cancrs.

Les cancrs s'inscrivent dans le cadre des cancrs des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ces lésions sont très agressives et entraînent rapidement des métastases. Leur pronostic est encore, à l'heure actuelle, très pessimiste et pratiquement aucun progrès thérapeutique n'est constaté depuis plusieurs décennies.

> Didier GAUZERAN

prev. rel. in  
"Lésions à risques et cancrs de la bouche, du diagnostic au traitement"  
©Wolters Kluwer France, 2007



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

Un des facteurs qui explique ce mauvais pronostic est le retard apporté au diagnostic. Le dernier rapport de l'OMS stipule que plus de 60 % des patients présentent une atteinte avancée. Jacky Samson précise à ce sujet : "Ce retard n'est pas acceptable car il modifie de façon catastrophique le pronostic, tout en obligeant à un traitement plus agressif et plus mutilant." La majorité des cancrs sont en effet diagnostiqués à des stades trop évolués (Fig.1 et 2) et cela pose des problèmes de survie et de qualité de survie, tant nous connaissons et constatons les séquelles invalidantes importantes des traitements anticancéreux sur le plan esthétique, fonctionnel et aussi moral.

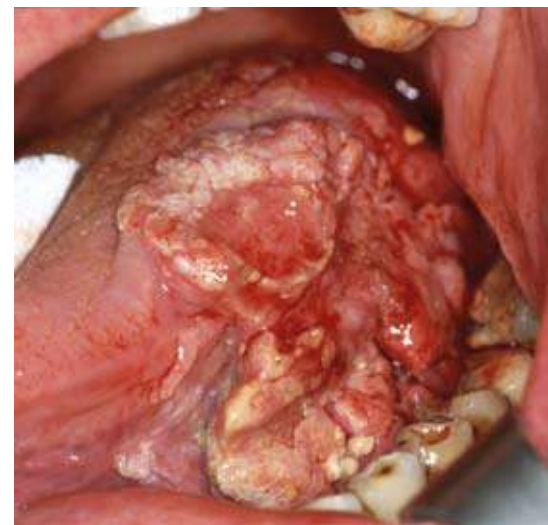
Pourquoi ce retard diagnostic qui implique une perte de chance thérapeutique pour le malade ? Pour plusieurs raisons :

- Ignorance de la grande majorité de la population de l'existence de cancrs de la bouche et, a fortiori, de l'existence de lésions à risque et de lésions précancéreuses. Une récente et significative étude menée au Québec par le conseil de l'ordre, en mars 2004, montre que seulement 39 % des Québécois ont entendu parler du cancer de la bouche (bien que ce cancer tue presque un Québécois par jour) et que 56 % d'entre eux n'en connaissent pas les causes et, en particulier, ne soupçonnent pas le tabac !

- Symptomatologie des lésions cancéreuses débutantes discrète voire absente



Fig.1 et 2. Carcinomes épidermoïdes à un stade très avancé (T3-N2a) excluant toute thérapeutique salvatrice. Il s'agissait de la première consultation de ces deux malades (hommes, 60-65 ans, fumeurs)



- Négligence des patients qui tardent à consulter (négligence aggravée dans 80 % des cas par le fait d'une imprégnation alcoolique importante)
- Adhésion de trop de personnes à la « politique de l'autruche »
- Timidité parfois des praticiens à pratiquer un dépistage systématique de la bouche et de la région cervico-maxillo-faciale chez les sujets à risque (tabac, alcool, personnes âgées, immunodéprimés, familles « à cancrs ») etc

- • Prise en compte insuffisante de l'existence de lésions à risque potentiel de transformation maligne

- Indiscipline de nos concitoyens concernant leur hygiène de vie

**Et pourtant le dépistage des lésions cancéreuses devrait être chose facile à faire car :**

- Ces cancers atteignent le revêtement muqueux de la cavité buccale et sont donc relativement visibles, souvent même par le patient
- La bouche est facilement accessible à un simple examen
- La population à risque est globalement assez évidente à remarquer (80 % d'alcool-tabagiques et aussi les personnes âgées)
- Les signes cliniques pouvant évoquer la possible transformation maligne d'une lésion sont relativement simples et peu nombreux
- Le diagnostic clinique d'une lésion cancéreuse est, en général, assez évident à porter

Une lapalissade consiste à dire que le meilleur moyen de ne pas avoir de cancer est d'éviter que celui-ci n'apparaisse. Nous n'obtiendrons donc de meilleurs résultats dans la lutte contre ces cancers que par le dépistage, le diagnostic et le traitement précoce des lésions à risque, des lésions précancéreuses et des cancers débutants. Il faut avoir à l'esprit que, lorsque le cancer devient cliniquement décelable, il a déjà environ douze mois d'existence biologique ; il faut donc rechercher les prémices lésionnelles avec acharnement. À ce sujet, il est important de noter que l'OMS et d'autres instances internationales considèrent qu'il est de la responsabilité du chirurgien-dentiste de dépister ces lésions. Nous pourrions ajouter qu'il en est de même pour le médecin généraliste.

Mais pour que le dépistage soit efficace, il faut savoir ce que l'on recherche. La mise à jour régulière des connaissances sur le sujet, et sur d'autres, s'avère donc indispensable, notre crédibilité et notre responsabilité en dépendent. Cependant, bien connaître la sémiologie des maladies des muqueuses buccales ne relève pas uniquement de la respon-

sabilité professionnelle du praticien. C'est aussi son éthique de savoir reconnaître, par exemple, les signes cliniques d'alerte et de porter un diagnostic qui représente pour le patient une chance d'échapper au développement d'une lésion potentiellement maligne ou dangereuse. Bien examiner la bouche des patients, surtout ceux à risques, peut parfois leur sauver la vie !

Il faut aussi agir en amont en participant efficacement à la lutte contre le tabagisme et à la prise en charge des patients tabagiques.

La population est en droit d'attendre des chirurgiens-dentistes (et des médecins généralistes) qu'ils fassent un dépistage systématique de la cavité buccale lors de toute nouvelle visite, spécialement chez les sujets à risque. La campagne de sensibilisation au cancer de la bouche menée au Québec et les sondages s'y attachant montrent que 79 % des Québécois souhaitent que le chirurgien-dentiste fasse plus de prévention auprès des patients, en particulier concernant le sevrage tabagique. Voilà un rôle que nous devrions développer rapidement. Ces sondages montrent aussi que 50 % des Québécois considèrent, à juste titre, le chirurgien-dentiste comme étant le praticien médical le mieux placé pour détecter le cancer de la bouche, comparativement à 36 % pour le médecin généraliste. Enfin, 72 % savent maintenant que leur chirurgien-dentiste peut détecter un cancer de la bouche.

Les chirurgiens-dentistes doivent donc se préoccuper d'assumer pleinement leur domaine de compétences. Un procès récent s'est traduit par la condamnation du praticien qui n'avait pas dépisté à temps chez son patient une lésion cancéreuse. Il est donc de la responsabilité et du devoir de chacun d'améliorer fortement ses connaissances en médecine buccale, comme l'a souligné l'OMS qui prévoit que cette discipline incombera dans un futur proche aux spécialistes de la bouche que sont les chirurgiens-dentistes.

Malheureusement, il est regrettable de constater que, dans notre belle France, cette notion ne soit pas assimilée par certaines de nos instances professionnelles qui passent souvent plus de



*Fig.3. Malgré l'aspect inquiétant de cette volumineuse tumeur de la commissure intermaxillaire gauche, il ne s'agissait que d'un angio-granulome gingival (épulis) à cellules géantes strictement bénin (femme de 43 ans)*

temps à des actions administratives et politico-politiciennes. Ceci, au lieu de tirer la profession médico-dentaire vers le haut, et d'encourager les praticiens à se dépasser et enfin reconnaître leurs nouvelles compétences.

La cancérologie buccale, et plus généralement la médecine buccale, demeure un vrai problème de santé publique et il serait temps de le prendre en compte. Ainsi, il faudrait former des praticiens spécialistes en dermatologie orale au sein de nos facultés, afin de subvenir, comme l'OMS le souligne, aux besoins de la population. Le Canada a bien compris cela en créant récemment une spécialité en médecine orale à la faculté de médecine dentaire. Pourquoi la France ne suit-elle pas cet exemple et n'offre-t-elle pas la possibilité aux praticiens qui le désirent de devenir des spécialistes en médecine et chirurgie buccales, plutôt que de prendre en considération certains intérêts partisans dépassés et qui n'ont pas leur place dans un contexte de santé publique ?

## Quelques réflexions cliniques

### La démarche diagnostique

Un diagnostic clinique, quel que soit l'organe concerné, n'est pas toujours chose aisée. Une bonne connaissance de la sémiologie est évidemment indispensable, mais serait insuffisante sans une bonne analyse clinique, une sérieuse réflexion intellectuelle appuyée en grande partie sur la déduction et la logique, et souvent aussi, une solide expérience. Pour cela, le praticien doit se conformer au strict respect d'une dé-





Fig.4. Cette candidose chronique en rétro-foyer commissurale droite présente un aspect très suspect qui impose une biopsie : finalement, la lésion s'avère bénigne



Fig.5. L'aspect clinique de cet épulis au niveau 33-34 n'est pas d'emblée inquiétant ; pourtant, il s'agissait d'une localisation gingivale d'une maladie de Kahler (myélomes multiples : hémopathie maligne)

marche diagnostique rigoureuse dont la finalité est d'établir un traitement ciblé.

La démarche diagnostique comprend l'anamnèse médicale, l'examen clinique et, éventuellement, des examens complémentaires.

– **L'anamnèse médicale** (interrogatoire du patient) qui nous permet d'obtenir un certain nombre de renseignements concernant le malade fournis par ce dernier :

- état civil
- renseignements ethnique, familial et professionnel
- antécédents médico-chirurgicaux
- traitements récents et surtout en cours
- histoire de la maladie : prodromes, évolution, passé thérapeutique...
- signes subjectifs d'accompagnement : douleur, gêne, sensations diverses...

– **L'examen clinique**

- observation générale du patient : hygiène, comportement (stress, nervosité...), élocution... qui détermineront le profil du malade
- dans certains cas, l'examen des zones cutanées facilement observables peut être source d'informations (visage, cou, bras...)
- examen des aires ganglionnaires cervico-faciales et des glandes salivaires
- identification et topographie de la lésion initiale ou primitive : il s'agit de définir la lésion élémentaire qui représente un point capital de l'examen clinique. Est-ce une macule, une papule, une érosion, une ulcération, une vési-



Fig.6. Malgré la petite taille et l'aspect homogène de cette kératose du plancher buccal antérieur gauche, l'examen histologique montre un carcinome intra-épithélial (femme de 60 ans alcoolo-tabagique)

cule... ? Est-ce une lésion unique ou multiple ?

- aspect de la lésion : rouge, blanc, rouge et blanc, pigmenté, achromique ?

– **Cet ensemble « anamnèse – examen clinique »** nous apportera un recueil de données qui nous permettra, après avoir fait un diagnostic différentiel, soit d'établir d'emblée le diagnostic positif, soit d'envisager différentes hypothèses diagnostiques. Alors et seulement alors, nous serons autorisés à faire appel à d'éventuels examens complémentaires. Il ne faudra pas omettre, aussi, de faire un diagnostic étiologique, point souvent très important, notamment concernant le volet thérapeutique.

– **Les examens complémentaires**

- la biopsie, qui permet une étude histologique de la lésion, reste en derma-

tologie orale et surtout en oncologie, l'examen de référence le plus important

- examens mycologiques, bactériologiques ou virologiques
- examens biologiques sanguins
- imagerie médicale

### **Corrélation entre l'aspect et la gravité d'une lésion**

Il n'y a pas systématiquement corrélation entre l'aspect clinique d'une lésion et sa gravité. Il ne faudra pas toujours se fier à la première impression et ce ne sera pas d'emblée la pathologie la plus volumineuse, la plus inflammatoire, à la symptomatologie la plus prononcée ou encore à l'allure la plus inquiétante, qui sera forcément la plus grave ou la plus problématique (Fig.3 à 6). ●●●

### ●●● Corrélation histoclinique

L'expérience montre aussi qu'il n'y a pas toujours adéquation entre l'aspect clinique d'une lésion et le diagnostic histopathologique. De plusieurs lésions de symptomatologie et d'aspects cliniques strictement identiques, une peut être histologiquement bénigne (Fig.7), une autre précancéreuse (Fig.8) et une dernière déjà maligne (Fig.9).

L'aspect clinique ne présume pas toujours d'un diagnostic pessimiste, il ne fait que le suspecter et seule l'histologie tranchera.

## Épidémiologie et facteurs de risque

### ÉPIDÉMIOLOGIE

La France a recensé 280.000 nouveaux cas de cancers en 2000 (toutes localisations anatomiques), contre 150.000 cas en 1980, soit une augmentation de 63 % en vingt ans. Cet accroissement est essentiellement lié à l'allongement de la durée de vie, mais peut être aussi à la présence accrue de carcinogènes dans notre environnement.

Carcinogènes dont certains sont librement et volontairement consommés par un grand nombre d'individus dans notre pays : **le tabac en est, de loin, le meilleur exemple.**

La classification internationale des maladies (CIM) regroupe les cancers de la bouche dans le cadre des cancers de la région lèvres-bouche-pharynx (LBP, codes 140 à 149 de la CIM), qui elle-même s'intègre dans le cadre plus général des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

En effet, les cancers de la cavité orale et ceux des VADS répondent à des critères épidémiologiques similaires ; c'est la raison pour laquelle ils sont réunis dans un même ensemble.

En France, la bouche est concernée à hauteur de :

- 36 % des cancers des VADS chez l'homme
- 31 % des cancers des VADS chez la femme.

### Histologie

Environ 90 à 95 % de ces cancers sont des carcinomes épidermoïdes, qui sont des tumeurs développées aux dépens de l'épithélium des muqueuses. Cet

*Fig.7. Hyperplasie fibreuse bénigne du plancher buccal antérieur (traumatisme chronique par une prothèse dentaire amovible)*



*Fig.8. Hyperplasie fibreuse ulcérée en son centre (traumatisme chronique par prothèse dentaire amovible). Lésion précancéreuse au stade OIN de bas grade*



*Fig.9. Carcinome épidermoïde du voile du palais gauche*



ouvrage n'abordera que cette forme histologique.

Le reste est constitué d'adénocarcinomes nés de l'épithélium glandulaire des glandes salivaires accessoires, et de sarcomes qui sont des tumeurs nées à partir du tissu conjonctif (lymphomes, mélanomes...).

### À propos des données statistiques

Il n'existe pas de registre du cancer à l'échelon national en France. Seule-

ment quelques départements tiennent un registre. On compte onze registres généraux (tous types de cancers) et huit registres spécialisés. L'ensemble de ces registres ne couvre que 13 % de la population. Les données chiffrées ne sont, par conséquent, qu'une estimation réalisée, à partir de ces registres, par modélisation mathématique, de l'incidence des cancers en France.

En revanche, grâce à l'Inserm, nous connaissons avec précision les causes



de décès en France ; mais cela ne reflète pas l'incidence de ces cancers car, bien heureusement, un certain nombre d'entre eux peuvent être guéris. Incidence et mortalité sont deux concepts différents.

Les données statistiques françaises les plus récentes sont celles de l'an 2000.

### **Incidence**

La France détient le triste record de la première place en Europe, à la fois en fréquence et en taux de mortalité, et de la seconde dans le monde (après l'Inde), pour les carcinomes des VADS. Ils représentent donc un réel problème de santé publique.

En Europe, l'Espagne, la Slovaquie, la Pologne, la Hongrie et la Tchéquie sont, après la France, dans le peloton de tête. Les meilleurs élèves de la classe étant l'Autriche, la Finlande et surtout l'Angleterre avec un taux inférieur à 5 pour 100.000 habitants. Globalement, ce sont les pays de l'Europe méridionale et centrale qui affichent les plus fortes incidences de cancers des VADS au monde.

Au niveau de l'hexagone, nous constatons une surmortalité dans les zones

urbaines et en Bretagne, et dans le Nord, le nord-est ainsi que dans le nord de la région parisienne. Les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Somme, du Calvados, de la Manche et du Doubs arrivent même au premier rang mondial !

En revanche, une sous mortalité est constatée dans le sud de la France, en particulier dans le Tarn et l'Hérault.

Quelques chiffres montrant l'incidence (pour 100.000) des cancers de la bouche chez l'homme dans certains pays ou régions :

- Bas-Rhin : 12,4 pour 100.000
- Trieste (Italie) : 8,4
- Slovaquie : 5,4
- Pays basque espagnol : 4,9
- Tarn : 2,8
- Finlande : 1
- Sud-ouest de l'Angleterre : 0,9

Du point de vue socioprofessionnel, ce sont les classes les plus basses de la société qui présentent la plus forte mortalité.

En 2000 en France, il fut recensé environ 15.400 nouveaux cas de cancers de la région LBP avec plus de 5.000 décès ; ce qui les place au 8e rang en matière de décès (3,4 % de l'ensemble des décès par cancers).

En terme de localisation cancéreuse, les cancers LBP se situent à la 5e place, sexes confondus. En revanche, chez l'homme, ces cancers sont à la 4e place, après les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum. En comparaison, il est à noter que le cancer de la bouche, au niveau mondial, n'occupe que la 11e place (en référence au nombre de cas).

### **Incidence liée à l'âge et au sexe**

Le taux d'incidence des cancers des VADS augmente dès la trentaine, pour atteindre un pic à l'âge de 70 ans chez l'homme et de 60 ans pour la femme.

L'âge moyen étant de 60 ans chez l'homme et de 64 ans chez la femme.

Cependant, du fait de la consommation

accrue de tabac par les jeunes (moins de 45 ans), plus de 25 % des cas sont maintenant observés avant 50 ans.

En Europe, au cours des dernières décennies, la prévalence des cancers buccaux, chez les jeunes de 20 à 39 ans, a

été multipliée par six.

Bien que la prédominance masculine soit écrasante (80-85 %), nous constatons depuis quelques décennies, une diminution du risque chez les hommes du fait d'une réduction du nombre de fumeurs (72 % des hommes fumaient en 1953, contre 40-45 % en 1970-1980 et 35 % depuis 1995). On note également, à l'appui de cette évolution favorable du risque chez les hommes, une baisse de la consommation d'alcool observée en France depuis les années cinquante. En revanche, la courbe

féminine est actuellement en nette ascendance du fait de l'augmentation importante de la consommation de tabac chez la femme, avec un accroissement de l'incidence de 3,8 à 4,9 pour 100.000. À titre d'exemple, entre 1980 et 1994, en Île de France, on a noté une baisse de l'incidence des cancers de la bouche chez l'homme de 19,8 %, alors qu'elle a augmenté de 21,5 % chez la femme.

### **Pronostic**

Le pronostic des cancers des VADS reste, malheureusement, assez stable depuis plusieurs décennies et demeure très pessimiste.

Tous stades confondus, il est d'environ :

- 50 % de taux de survie à 3 ans
- 30 à 35 % à 5 ans
- 10 % à 10 ans

Mais, en réalité, tout va dépendre à quel stade sera diagnostiqué le cancer :

- pour les T3 ou T4, la survie à 5 ans varie de 20 à 50 %
- pour les T1 ou T2, elle oscille entre 60 et 80 %

Les cancers de la bouche ont, globalement et à l'exception du plancher buccal, de meilleurs taux de survie :

- 39 à 45 % à 5 ans
- 94 % concernant les cancers de la lèvre

### **FACTEURS DE RISQUE**

Il existe des facteurs de risque environnementaux qui peuvent, à des degrés divers, favoriser l'éclosion d'un cancer ; des facteurs de risque dénommés « états précancéreux » qui dépendent de l'individu lui-même ; et des facteurs de risque appelés « conditions précancéreuses » qui dépendent des lésions.

#### **Facteurs pouvant favoriser la survenue d'un cancer**

**Les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale sont d'origines multifactorielles mais la cause principale en est le tabac.**

Les études épidémiologiques analytiques récentes, qui étudient les causes de la maladie, renseignent sur les facteurs considérés comme ayant une responsabilité majeure dans la survenue de ces cancers, et sur les facteurs ayant sans doute une part de responsabilité. ●●●

**On note actuellement une augmentation de l'incidence féminine du cancer buccal du fait de l'augmentation importante de la consommation de tabac chez la femme**

●●● Ces études déterminent des facteurs de risque qui font actuellement consensus dans l'ensemble de la littérature médicale.

• Le tabac

Son rôle carcinogène est depuis longtemps prouvé. L'intoxication tabagique est d'ailleurs un facteur commun chez 80 à 90 % des malades atteints par un cancer des VADS.

Dans 95 % des cas, la durée du tabagisme est supérieure à 20 ans. Par tabac, il faut comprendre toutes les formes possibles : de la cigarette à la pipe, en passant par la chique de bétel, le narghilé très en vogue ou le tabac à priser. Ce dernier étant un nouveau facteur de risque de cancer de la bouche, en particulier au sein de la population masculine jeune aux États-Unis .

Le tabac représente la cause essentielle de cancer des VADS et le risque croît avec la quantité de tabac consommée et l'ancienneté du tabagisme. On estime le seuil critique à 20 paquets/année (1 paquet par jour pendant 20 ans, ou deux paquets par jour pendant 10 ans...).

L'OMS considère que le tabagisme serait à l'origine d'environ 41 % de ces cancers chez l'homme et 15 % chez la femme, partout dans le monde.

L'évolution actuelle de la consommation de tabac semble être corrélée à :

- une intoxication plus précoce : à 19 ans, 50 % des jeunes français fument, à égalité de sexe. Curieusement, le pourcentage de jeunes fumeurs augmente avec le niveau social familial. De plus, les problèmes sont aggravés par la consommation de plusieurs produits addictifs par un grand nombre de jeunes
- un accroissement du nombre de femmes fumeuses, en particulier chez les plus jeunes
- de nouvelles habitudes ou modes, le narghilé par exemple

Le tabac est constitué de plusieurs milliers de substances et sa composition chimique est très complexe. Cependant, seules quelques dizaines de substances sont présentes à des doses pharmacologiquement et toxicologiquement actives. Parmi elles, certaines sont cancérogènes et d'autres pas :

*Fig.10. Carcinome épidermoïde gingivo-jugal mandibulaire gauche, sous une prothèse dentaire amovible inadaptée (très ancienne). Le traumatisme prothétique chronique peut être le point de départ de ce cancer chez une patiente à risque de 88 ans*



- la nicotine crée la très forte dépendance tabagique, mais elle ne serait pas cancérogène. Cependant, elle révèle une activité anti-apoptique qui annule l'effet des médicaments anti-tumoraux

- l'acétaldéhyde dont la présence dans la fumée de cigarette suggère un lien entre le tabagisme et l'alcoolisme, car il représente le principal métabolite de l'éthanol

- les goudrons qui contiennent deux types de puissants carcinogènes : les hydrocarbures aromatiques polycycliques (surtout le benzopyrène) et les nitrosamines

- des irritants : phénols, aldéhyde, acroléine... Ce dernier, très concentré dans la fumée de cigarette, est un agent mutagène très délétère

• L'alcool (éthanol)

L'alcool n'est pas carcinogène mais son association à l'intoxication tabagique est négative et multiplie les risques par six. Le couple alcool-tabac est très souvent constaté chez les malades atteints d'un cancer des VADS.

L'alcool est un cocarcinogène car :

- il favorise la pénétration des substances cancérogènes du tabac (rôle de solvant)

- certaines boissons contiennent des nitrosamines (cas de la bière), des esters, de l'acétaldéhyde...

- l'éthanol est irritant et agressif envers les muqueuses

- indirectement, l'alcool favorise la survenue d'un cancer par les déficits nutritionnels qu'il entraîne (hypovitaminoses)

- il induit une dysrégulation du système enzymatique cytochrome *p450*

• Les facteurs nutritionnels

Ils sont mal connus, encore mal évalués actuellement, et sans doute sous-estimés. Cependant, il est maintenant admis qu'une alimentation déséquilibrée et insuffisante, par les carences vitaminiques qu'elle entraîne (surtout en vitamines A et C), peut faciliter la survenue d'un cancer. C'est le cas, en particulier, des dénutritions occasionnées par l'alcoolisme.

Une alimentation pauvre en fruits et en légumes constitue un autre facteur de risque du cancer de la bouche. Selon le dernier rapport de l'OMS, une alimentation riche en fruits et en légumes aurait un effet protecteur, et des études montrent une réduction du risque de cancer de l'ordre de 20 à 60 %.

Les compléments alimentaires, en particulier les antioxydants, offrent des perspectives intéressantes dans une optique préventive.

À l'inverse, certains aliments contiennent des produits cancérogènes comme des nitrosamines (viandes et poissons salés, fumés et séchés).

• Les irritations et traumatismes chroniques, en particulier prothétiques

Le rôle néfaste, sur les muqueuses, des prothèses dentaires amovibles anciennes est incontestable.

Les prothèses peuvent en effet induire, par leur inadaptabilité, un certain nombre de lésions muqueuses. Lésions qui, sans traitement, vont passer à la chronicité. Cependant, ces irritations chroniques ont-elles une responsabilité dans l'éclosion du carcinome épidermoïde ? À ce sujet, un certain nombre d'auteurs notoires en médecine orale ont évoqué le problème. Il en est ainsi



de Bertoin, Chomette, Auriol, Regezi, Sciubba, Sol, Silverman, Reyhler, Barrellier, Granon.... Ces auteurs pensent qu'il est difficile d'apprécier la responsabilité des prothèses dans le processus cancéreux. Toutefois, ils n'excluent pas que les irritations chroniques, en tant qu'activateurs du processus, puissent favoriser la cancérisation, surtout si d'autres facteurs de risque s'y ajoutent. M'appuyant sur mon expérience, je pense que les irritations et traumatismes chroniques, chez certains patients à risque, doivent être considérés avec la plus grande attention. En effet, j'ai observé plusieurs fois des carcinomes a priori liés à l'existence de traumatismes répétitifs au long cours. Quel est alors le rôle des traumatismes ou des irritations chroniques, chez certains sujets et dans certaines conditions, dans la survenue d'un carcinome ?

Nombre de cliniciens se posent la question, mais personne ne peut actuellement y répondre. Les seuls cas cliniques dont chacun puisse argumenter ne sont fondés que sur leur propre expérience. Aucune de nos constatations cliniques ne s'appuie sur une étude statistique ou scientifique et, à ce jour, faire la preuve qu'une lésion traumatique chronique soit vraiment à l'origine d'un carcinome qui se développerait au même endroit n'est pas possible. Dans certains rares cas, on peut le supposer mais parfois, il est cliniquement logique de penser qu'une telle relation de cause à effet peut exister (Fig.10).

S'il est vrai que les lésions muqueuses induites par des irritations chroniques ne peuvent et ne doivent pas être qualifiées de lésions précancéreuses, il faut cependant, en fonction du terrain qui les abrite, certainement les considérer comme potentiellement à risque.

#### • Les virus

La présence de papilloma virus (HPV) est plus importante dans les tissus cancéreux buccaux que dans la muqueuse normale.

Les types HPV 16 et 18 sont carcinogènes par la mutation du gène de la P53 qu'ils entraîneraient (Fig.11).

Pour l'OMS, la prévalence du HPV est très variable. Elle est estimée entre 8 et 100 % (100 % pour le carcinome laryngé verruqueux).

L'infection orale, par transmission sexuelle du HPV, est associée à un risque majoré d'éclosion du carcinome épidermoïde. De même, les femmes ayant des antécédents de carcinome du col de l'utérus présentent un risque, de deux à quatre fois supérieur, d'avoir un carcinome buccal .

#### • Autres facteurs

##### a. L'hygiène bucco-dentaire

Quelques rares études (citées par Barrellier et Granon) constatent que 80 % des patients présentant un carcinome ont une mauvaise hygiène buccale, en particulier chez les malades alcooliques (Fig.12).

Ce défaut d'hygiène serait peut-être un facteur favorisant dans la survenue des

cancers buccaux par augmentation de la flore orale. Cette dernière, participant activement à la dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde, accroît la concentration buccale de ce carcinogène.

##### b. Les radiations

Les radiations ionisantes et les ultraviolets (photo-carcinogène) peuvent directement induire des cancers.

L'effet des ultraviolets est bien connu concernant les carcinomes épidermoïdes des lèvres (Fig.13).

##### c. Familles présentant ou ayant présenté des cancers de la bouche

##### d. Personnes de bas niveau socioprofessionnel

##### e. Habitants des régions connues pour leur surmortalité par cancer



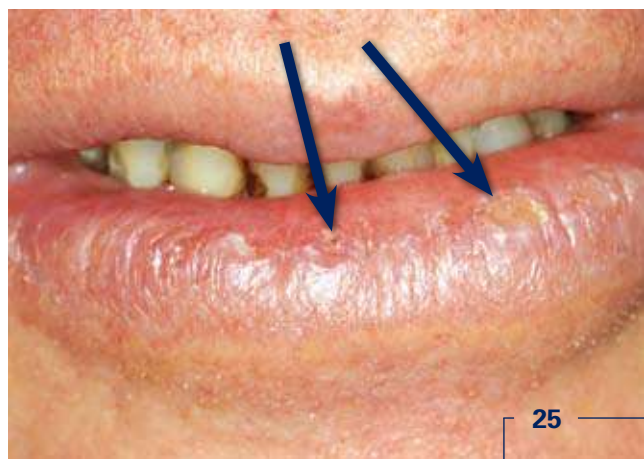
Fig.11. Volumineux carcinome pelvi-gingivo-mandibulaire de nature virale à HPV (kératinocytes vacuolisés)



Fig.12. Lésion à risque : ulcération traumatique chronique de la lèvre inférieure chez un patient de 65 ans alcoolotabagique. L'hygiène dentaire très négligée représente un facteur local aggravant



Fig.13. Kératose actinique squameuse avec des zones dysplasiques (OIN de haut grade) chez un retraité de 62 ans vivant en Bretagne : lésion précancéreuse (flèches)



## ••• ÉTATS PRÉCANCÉREUX

Cette notion d'état précancéreux est très importante car elle définit le profil des sujets à risque et nous impose un dépistage et un suivi particulièrement attentifs chez eux.

L'OMS définit un état précancéreux comme : « Un état général associé à un risque significativement accru de cancer ».

L'état de santé et le contexte général du patient, ainsi que ses habitudes de vie néfastes pour sa santé, pouvant alors favoriser le développement d'un cancer. Le sujet présente alors une prédisposition et une plus grande sensibilité tissulaire aux agents carcinogènes.

- **Intoxication alcoolo-tabagique**
- **Malades ayant déjà eu un carcinome : 20 à 25 % de ces malades feront une récurrence ou un autre cancer au niveau des VADS**
- **Immunodéficiences congénitales et acquises (Sida, chimiothérapie anticancéreuse, réaction du Greffon Versus Hôte...)** (Fig.14)

### • Sujets dépressifs

La dépression nerveuse, le stress et l'anxiété marquée auraient tendance à diminuer les défenses immunitaires de l'organisme par le biais d'un axe « neuro-hormono-immunitaire ». Mais ceci n'est pas démontré.

### • Prédispositions génétiques

En particulier, nous ne sommes pas égaux face à certains xénobiotiques carcinogènes (produit chimique étranger à la biochimie qui se comporte comme

Fig.15. Carcinome épidermoïde chez une femme de 75 ans sans facteur de risque surajouté



un toxique vis-à-vis de l'organisme) comme le tabac.

Selon la présence ou non de certains gènes et de leur expression, selon certaines formes de génotypes, en fonction de l'activité enzymatique de certains cytochromes, l'effet délétère de tel ou tel carcinogène sera variable d'un individu à l'autre et selon les ethnies. Par exemple, les mutations de la protéine P53 sont plus fréquentes dans les pays développés (40 à 50 %) que dans les pays en développement (5 à 25 %).

### • Cas particulier des personnes âgées

Une personne de 70 ans présente environ cent fois plus de risques de développer un cancer qu'un jeune de 20 ans. J'ajouterai, et ce, sans facteurs de risque associé (tabac, alcool...) (Fig.15).

Bien que la sénescence soit un processus naturel, elle favorise cependant l'émergence de diverses maladies à cause des remaniements tissulaires qu'elle induit. La personne âgée présente en effet un terrain plus favorable au développement de lésions précancéreuses et

cancéreuses du fait des modifications biophysiques liées à l'âge (voir encart en page de droite). Modifications dont l'élément central est le déséquilibre entre les phénomènes de réparation et de dégradation de l'organisme. Déséquilibre en faveur des phénomènes de dégradation.

## CONDITION PRÉCANCÉREUSE

Une condition précancéreuse, à la différence d'un état précancéreux, a une connotation locale, c'est-à-dire ici buccale. Ce n'est pas le fait que certaines maladies affectent tout ou parties de l'organisme qui augmente le risque d'avoir un cancer de la bouche, mais seulement les conséquences lésionnelles que ces maladies entraînent au niveau des muqueuses orales.

C'est le cas, par exemple, de la syphilis. Ce n'est pas l'infestation systémique par le tréponème pâle qui augmente le risque d'avoir un cancer oral, mais uniquement les dommages occasionnés par la syphilis tertiaire sur les muqueuses buccales qui représentent une condition précancéreuse (atrophie épithéliale, hyperkératose...).

C'est aussi le cas du syndrome du Plummer-Vinson qui n'implique un risque de cancer de la bouche accru que par l'atrophie épithéliale qu'il induit.

Une condition précancéreuse correspond à des affections qui présentent un risque élevé de survenue d'un cancer. Elle n'est pas synonyme de lésion précancéreuse, mais veut simplement dire que l'affection présente les conditions requises au développement éventuel d'un cancer. Cliniquement elle se traduit par des lésions à risque de transformation maligne.

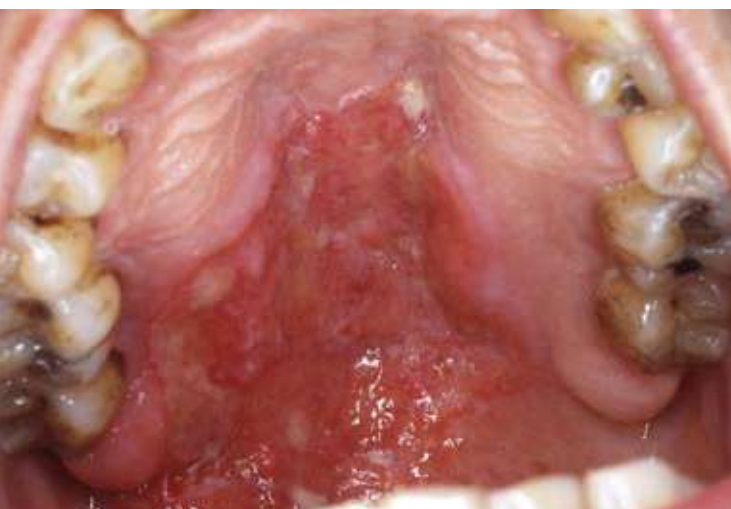


Fig.14. Vaste carcinome épidermoïde palatin chez un malade de 50 ans atteint du sida



Les principales conditions précancéreuses sont :

- Certaines formes cliniques de lichen plan
- Les chéilites actiniques chroniques
- Quelques infections bactériennes comme la syphilis tertiaire et infections virales à HPV, EBV...
- La fibrose sous-muqueuse
- Le syndrome de Plummer-Vinson (ou de Kelly-Patterson) qui associe une dysphagie, une anémie hypochrome microcytaire et une atrophie épithéliale des muqueuses buccales prédisposant au carcinome épidermoïde

Ce peut être aussi :

- Une kératose homogène tabagique bénigne de la face ventrale de la langue (Fig.16) qui réalise une condition précancéreuse car elle est d'origine tabagique et, de plus, sa topographie la situe sur une muqueuse plus fragile que d'autres
- La papillomatose orale floride bénigne (grade I) qui est une condition précancéreuse car elle présente une propension quasi constante à évoluer, un jour, du grade I bénin au grade II précancéreux, puis au grade III cancéreux

**En conclusion**, nous devons faire du dépistage systématique chez les sujets à risque. Certains de nos patients attendent de nous une aide dans le sevrage tabagique. C'est un rôle nouveau que nous devons jouer et, pour cela, il nous faut acquérir une compétence dans ce domaine. ■

*Fig.16. Kératose tabagique bénigne de la face ventrale de la langue. La cause de cette kératose et sa localisation la classent dans les lésions à fort potentiel de malignité*



## CONSÉQUENCES DU VIEILLISSEMENT AYANT DES RÉPERCUSSIONS CLINIQUES CONCERNANT LE CANCER BUCCAL



- Les muqueuses orales se modifient : atrophie épithéliale, fibrose du chorion (accumulation du collagène), sous-muqueuse adipeuse, diminution du liquide interstitiel. Elles deviennent alors plus fragiles et affichent un potentiel réparateur moins performant ;
- Troubles de la kératinisation. Celle-ci diminue au niveau des gencives et de la muqueuse de recouvrement du palais osseux. À l'inverse, le reste des muqueuses orales, normalement non-kératinisé, a tendance à subir une kératinisation, surtout dans les régions jugales et labiales. Cela témoigne d'un certain trouble dans la maturation des cellules épithéliales qui facilite le développement de certaines dermatoses et carcinomes, verruqueux en particulier ;
- La vascularisation devient déficiente, en particulier la microcirculation ;
- Les glandes salivaires principales et accessoires subissent une atrophie fibreuse progressive qui touche à la fois les canaux et le parenchyme glandulaire sécrétoire. Ceci aura pour effet l'installation d'une hyposialie avec comme conséquences : un milieu oral plus acide, moins d'éléments de défenses salivaires, une diminution du rôle lubrifiant de la salive, un déséquilibre de la flore saprophyte microbienne et fongique ;
- L'hygiène bucco-dentaire est souvent moins bien respectée, ce qui implique une sépticité orale accrue ;
- La réponse immunitaire, en général, est diminuée ;
- La déshydratation et la dénutrition (déficits vitaminiques) sont fréquentes ;
- Le contexte psychique n'engage pas ces patients à consulter régulièrement et la compliance à nos traitements et au suivi s'avère plus aléatoire ;
- Une certaine notion d'iatrogénicité peut parfois être un facteur aggravant, voire déclenchant.

Les conséquences cliniques, liées à ces perturbations tissulaires, seront :

1. Une grande fragilité de ces muqueuses atrophiques
2. Une moins grande résistance de celles-ci face aux agressions
3. Une cicatrisation plus lente, voire de mauvaise qualité
4. Un passage des lésions à la chronicité

Les personnes âgées présentent une prédisposition tissulaire aux lésions précancéreuses et cancéreuses. ■



## LES ANESTHÉSQUES SEPTODONT:

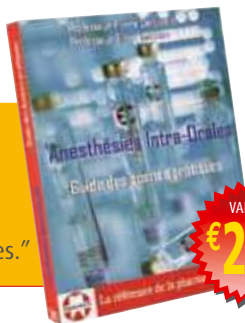
# maîtrise totale de la douleur.

Les anesthésiques Septodont vous garantissent une qualité inégalée. Septodont est heureuse de présenter la première gamme complète de produits anesthésiques dentaires **GARANTIS SANS LATEX ET A STÉRILISATION TERMINALE**. Septanest normal, Septanest spécial, Lignospan 2%, Scandonest 3%, Xylonor 2% et Xylonor 3% sont aujourd'hui commercialisés dans des cartouches entièrement sans latex.

Ces produits sont le résultat de cinq années de recherche visant à développer les anesthésiques locaux les plus fiables, efficaces et stables possible. La recherche continue: de nouvelles formules de médicaments sont actuellement en cours de développement. L'année 2007 devrait être encore une année prolifique pour les professionnels du monde dentaire.

**SUR DEMANDE,  
DVD GRATUIT:**

"ANESTHÉSIES INTRA-ORALES:  
Le guide des bonnes pratiques."



VALEUR  
**€20.00**

**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](http://www.septodont.be)

**75<sup>TH</sup>**  
**ANNIVERSARY**  
**1932-2007**



septodont

The world leader in pain control



# XXXIII<sup>e</sup> Entretiens de Garancière

Paris – septembre 2007

Journée à thème : Traumatologie

Comme vous pourrez le lire dans l'interview du Directeur de ces 33<sup>e</sup> Entretiens de Garancière, le Professeur Pierre Colon, cette première journée sur le thème de la traumatologie en odontologie se voulait vraiment pluridisciplinaire.

De quoi intéresser réellement tous les lecteurs du Journal d'Omnipratique Dentaire.

> Pierre GOBBE-MAUDOUX



La journée a débuté avec un exposé du Docteur Jean-Pierre Fortier concernant le dossier médical et la responsabilité des patients. Deux enfants sur trois subissent un jour un traumatisme. Et parmi ces victimes de traumatisme, 47 % sont des « récidivistes ». Dans le contexte actuel, la partie médico-légale est de plus en plus importante. Le dossier médical est la « clé médico-légale » qui gouverne la consignation de toutes les données diagnostiques, pronostiques, cliniques et thérapeutiques. On doit tenir compte des données acquises, des données avérées, des règles de l'art.

Nous sommes tous capables de rédiger un dossier médical correct. L'orateur attire notre attention sur une phrase importante à toujours mentionner dans un constat d'accident chez un enfant ou un adolescent : « *Toutes les réserves d'usage doivent être formulées en ce qui concerne le devenir des dents lésées, des dents voisines et des dents antagonistes* ». La rédaction d'un tel constat nous oblige aussi à un suivi clinique et radiographique régulier ainsi qu'à une restauration prothétique provisoire avant

la restauration définitive. Veillons aussi à la qualité des documents du dossier : radiographies, modèles, fiches, photos etc. Il en est indiscutablement de la responsabilité de tout praticien. ...

# Pour tous les goûts

●●● Ensuite, le Professeur Chantal Naulin-Ifi (que nous avons déjà eu le plaisir d'écouter au COD), a abordé le problème des traumatismes des dents temporaires, pas toujours aussi anodin que certains le pensent. L'examen clinique dans le trauma d'une dent temporaire doit être aussi précis que complet : examen exobuccal, examen endobuccal, tests de sensibilité, tests de mobilité, tests de percussion, changement de teinte, examen radiographique (occlusal et rétroalvéolaire, défilé maxillaire), puis rédaction d'un certificat initial, pose d'un diagnostic, élaboration d'un plan de traitement... Dans les cas d'expulsion d'une dent temporaire, il ne faut jamais réimplanter. Parfois alors, la pose d'une prothèse pédiatrique doit être envisagée.

Après la première pause, le Professeur Pierre Machtou (qui, lui aussi, nous a déjà fait deux fois l'honneur de participer aux formations du COD) nous posait la question : « Peut-on traiter les résorptions radiculaires ? ». Selon lui, la réponse est : « Oui, mais pas toujours ». Malheureusement, l'extraction est parfois la seule solution.

Les lésions de la pré-dentine et du pré-cément provoquent une attraction de cellules clastiques. Si la lésion est au niveau de la pré-dentine, elle entraînera une résorption interne. Dans le cas d'une lésion du pré-cément, ce sera une résorption externe, au niveau de la surface radiculaire. Si on élimine la cause, l'irritant, les lésions vont guérir d'elles-mêmes.

Le premier irritant, c'est la pression (voir l'orthodontie, l'éruption des dents permanentes, les dents de sagesse, les tumeurs...). Si le stimulus continue, s'installera une résorption inflammatoire progressive. S'il y a une nécrose pulpaire, il y aura résorption apicale, parfois avec des invaginations du tissu parodontal à l'intérieur de la racine. Sur les petites lésions cervicales, Pierre Machtou préconise l'application d'acide trichloracétique pour « brûler » la zone de résorption.

Le quatrième orateur de la matinée était le Docteur Roberto Spreafico qui nous exposait sa vision des restaurations en composite sur les dents antérieures. Le cahier de charges pour la réalisation de telles restaurations est lourd et complexe. Quatre points sont très importants : la couleur, mais aussi l'intégration marginale, la forme générale et l'opacité/translucidité. L'orateur nous fait profiter d'une iconographie de son confrère Toffenetti avec des restaurations en composite des dents antérieures avec plus de 34 années de recul. La maîtrise des techniques de stratification naturelle en ayant recours à des masses dentine, émail et transparentes, permet d'obtenir un résultat esthétique optimal. Dans l'aspect final de ces restaurations, il ne faut oublier ni la macrotexture, ni la microtexture.

La délicate tâche de réveiller l'assemblée après un agréable déjeuner sur place, était confiée au Docteur Catherine Mattout (elle aussi a déjà fréquenté les podiums du COD). La prise



Jean-Pierre FORTIER



Chantal NAULIN



Pierre MACHTOU



Roberto SPREAFICO







Catherine MATTOUT

*De nombreuses séances de travaux pratiques et de démonstrations cliniques dans tous les domaines de l'odontologie*



Mithridade DAVARPANAH

en charge à court, moyen et long terme des traumatismes au niveau parodontal lui était confiée. Les lésions ont surtout lieu dans la zone antérieure, chez les patients pratiquant par exemple des sports violents : planche à roulettes, rugby, équitation...)

Si on se trouve face à un traumatisme parodontal, le traitement est :

- premièrement le repositionnement afin de réparer le ligament
- deuxièmement une contention pour immobiliser la dent et toujours une antibiothérapie

Dans les cas extrêmes, une perte osseuse accompagne la perte de la dent qui ne peut être réimplantée ; alors une reconstruction et la pose d'un implant seront envisagés, à la fin de la croissance osseuse.

Le Docteur Mithridade Davarpanah traitait des indications des implants dans le cas de traumatismes alvéolo-dentaires. Tous les âges et toutes les couches de la population y sont exposés. L'implantation peut être immédiate ou différée. Se posent les problèmes de la temporisation, fixe ou adjointe, et du résultat esthétique que l'on peut escompter.

Dans la dernière partie, le Docteur Philippe Tramba prenait en charge les traumatismes de la prothèse fixée. Il donnait l'exemple du patient victime d'une agression. Dans un cas pareil, même si on réalise le plus beau des traitements, le patient ne sera jamais comme avant, donc jamais vraiment content du résultat. Il est capital, essentiel de comprendre le complexe global du patient : pourquoi vient-il ? Il faut avoir les bonnes connaissances du traitement éventuel mais aussi les capacités de les mettre en œuvre. Selon



Philippe TRAMBA



Didier MAURICE

lui, en France, la prothèse fixée représente 80 % du volume total de prothèses réalisées. Dans une étude portant sur 817 couronnes, un tiers des anomalies constatées parmi 16 critères de non qualité, concernait un surcontour ou un mauvais contact proximal. Le traitement devient alors délétère, c'est-à-dire qu'il est défini comme nuisant à la santé. Donc, l'échec est grave car il entraîne un délabrement osseux important.

Le dernier exposé, par le Docteur Didier Maurice, concernait moins les dentistes puisqu'il traitait des prothèses maxillo-faciales en traumatologie. Après un rappel de l'origine des prothèses maxillo-faciales dont des traces ont été retrouvées déjà en 500 avant JC, le Docteur Maurice a exposé, à titre documentaire, toute une série de cas reçus dans son service hospitalier.

## Garancière 2007, c'était aussi...

1. Une matinée « 20.000 lieux sous les dents » consacrée à la radiologie avec le Docteur Robert Cavézian que nous avons déjà reçu aussi au COD. La radiographie est l'examen complémentaire souvent indispensable en odontostomatologie lorsque l'examen clinique ne permet pas de répondre à toutes les interrogations du praticien. Quelles sont les examens à prescrire dans chaque situation ? Quelles sont les nouvelles techniques qui permettent de réduire l'irradiation du patient et d'améliorer les informations obtenues ?

2. Une matinée sur l'occlusion, de la théorie à la réalité clinique, avec deux orateurs qu'il ne faut plus présenter, les Docteurs Simonet et Orthlieb. Tout d'abord, un résumé « historique » avec une énumération des différents ar- ●●●

●●● ticulateurs, suivi ensuite par une partie théorique volontairement rapide. Ces orateurs développent l'anatomie fonctionnelle des dents, c'est-à-dire que l'anatomie des dents va orienter la fonction. Le but était donc de clarifier tous les dysfonctionnements qui peuvent être induits. La majorité des douleurs oro-faciales n'ont pas d'origine occlusale (mais bien neurologique, vasculaire...); par contre, les dysfonctionnements de l'appareil manducateur sont plus dépendants de la mécanique mandibulaire sur le terrain musculo-articulaire.

3. Une après-midi d'entretien clinique sur l'adhésion. Au départ programmée dans une petite salle, cette conférence a dû être déplacée dans un amphithéâtre en raison de son succès. Les différents systèmes d'adhésion ont été passés en revue par les assistants du service de l'Université de Paris 7. Auto-mordant ou monocomposant, fonds de cavité ou substitut dentinaire, composite microhybride ou nanochargé, colle ou ciment, lampe halogène ou lampe LED, autant de choix qu'il n'est pas toujours facile de poser. Cet exposé a éclairé nos esprits.

4. Une matinée sur la douleur en endodontie : la douleur en pré-opératoire, à savoir diagnostiquer et traiter l'urgence ; la douleur en per-opératoire par la maîtrise indispensable des techniques d'anesthésie, et enfin la gestion de la douleur en post-op : savoir identifier les situations à risques pour éviter les complications et connaître la juste place de la prescription en endodontie.

5. De nombreuses séances de travaux pratiques et de démonstrations cliniques dans tous les domaines de l'odontologie : accès et mise en forme canalair, prothèses sur implants, stratification des composites, lambeau parodontal, contention collée en orthodontie, obturation canalair, parodontie non chirurgicale, inlay composite, stérilisation, chirurgie préprothétique, retraitement endodontique, empreintes primaires, chirurgie muco-gingivale, traitements d'éclaircissement...

Il y en a vraiment pour tous les goûts aux Entretiens de Garancière !

Rendez-vous est déjà pris du 16 au 19 septembre 2008. ■

## ENTRETIEN AVEC PIERRE COLON DIRECTEUR DES XXXIII<sup>e</sup> ENTRETIENS DE GARANCIÈRE



**Le JOD — Nous avons lu dans votre présentation de ces Journées : « Nouvelle équipe, nouveaux objectifs, nouvelle organisation ». Pouvez-vous nous parler un peu des changements que vous avez voulu apporter ?**

**Pierre COLON —** Je pense que les Entretiens de Garancière occupent une place à part dans le domaine de la formation des praticiens. C'est à la fois de la formation continue et puis c'est également l'interface entre le milieu universitaire et les praticiens de ville qui nous envoient des patients. C'est un moyen de leur montrer dans quelles conditions nous travaillons, de quelle façon nous formons nos étudiants, mais aussi de connaître quelles sont les évolutions du côté de l'Université et de l'hôpital. C'est déjà un premier aspect en terme d'objectif.

En deuxième lieu, vous savez que la formation continue odontologique est devenue en France, comme chez vous en Belgique, obligatoire : on observe dès lors une demande qui va crescendo. Par rapport à cette demande, nous avons un nombre d'inscrits qui a augmenté cette année d'une façon sensible, passant de 435 inscrits à près de 600. Pour moi, le bilan se fera surtout sur le degré de satisfaction de ces praticiens qui sont venus se former chez nous, et sur toute la logistique pour vérifier que tout fonctionne bien. La performance est plus dans la capacité à gérer 600 inscrits que d'obtenir ces 600 inscrits.

Troisièmement, c'est le thème du congrès : l'objectif qualité. Dans les thématiques envers les soins pour nos patients, mais également dans l'organisation du congrès. Nous avons un nouveau programme, nous avons doublé le nombre de pages. Ceci permet d'avoir une brochure plus lisible, dans laquelle on a ajouté un certain nombre de photos pour rendre le tout un peu plus attrayant, les points de formation continue, des résumés... Nous avons retravaillé au niveau de tous les petits détails qui font que, tant pour un conférencier que pour un congressiste, on aboutit à un certain degré de satisfaction qui peut leur donner l'envie de revenir.

**Le JOD — Mardi a été une journée à thème. Cette année, la traumatologie. Pourquoi le choix de ce sujet ?**

**Pierre COLON —** Pour deux raisons. Premièrement parce que je pense que cela va dans une logique d'une thématique qui est directement dans le prolongement de l'hospitalo-universitaire. On a en milieu hospitalier beaucoup de consultations dans le domaine de la traumatologie. Sur notre deuxième site de la Salpêtrière, on a des gardes les samedis et dimanches. Tous nos internes connaissent bien toute la gestion de ces situations.

Deuxièmement, on est sur une thématique typiquement pluridisciplinaire. ●●●

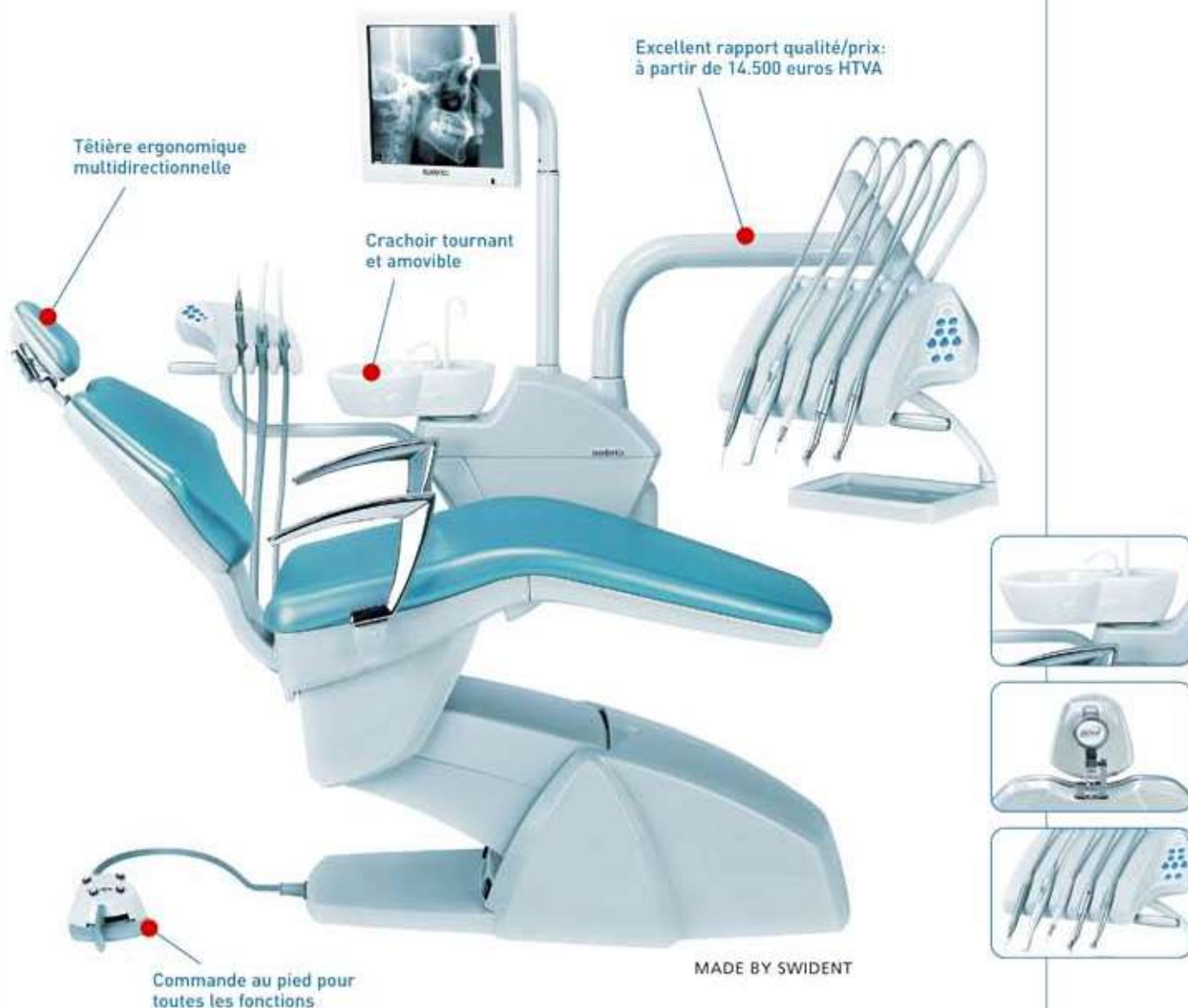




CHRISTIAN DESHAYES  
0478/62 53 53

ROBERT MAES  
0478/75 74 88

## Pourquoi Robert et Christian vous recommandent-ils cette unité dentaire?



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.**



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

## Formations Nobel Biocare BeLux

### Programme de formations

#### Initiation en prothèse sur implants

C&B&I Workshop 32,50 € pp (TTC)

- Le mardi 20 novembre 2007 - Groot-Bijgaarden - 14h-18h
- Le jeudi 22 novembre 2007 - Luxembourg - 14h-18h
- Le jeudi 29 novembre 2007 - Tournai - 13h-17h
- Le mardi 11 décembre 2007 - Groot-Bijgaarden 14h-18h
- Le mercredi 12 décembre 2007 - Liège - 14h-18h
- Le mardi 8 janvier 2008 - Groot-Bijgaarden - 14h-18h
- Le mardi 15 janvier 2008 - Charleroi - 9h-13h
- Le mercredi 23 janvier 2008 - Wavre - 14h-18h
- Le mardi 12 février 2008 - Mons - 9h-13h
- Le mardi 19 février 2008 - Verviers - 14h-18h
- Le mardi 4 mars 2008 - Arlon - 14h-18h
- Le mardi 11 mars 2008 - Groot-Bijgaarden - 14h-18h
- Le mardi 18 mars 2008 - Namur - 9h-13h
- Le mardi 8 avril 2008 - Groot-Bijgaarden - 14h-18h

#### Initiation en chirurgie

Cours de Base de Chirurgie 250,00 € pp (TTC)

- Le mardi 19 février 2008 - Groot-Bijgaarden - 9h-17h
- Le mardi 22 avril 2008 - Groot-Bijgaarden - 9h-17h
- Le mardi 23 septembre 2008 - Groot-Bijgaarden - 9h-17h
- Le mardi 18 novembre 2008 - Groot-Bijgaarden - 9h-17h

#### **A NE PAS MANQUER !** Journée clinique le vendredi 7 décembre 2007 au Sheraton Brussels Airport.

Avec la participation du Dr F. Renouard de Paris, l'équipe de l'Université de Liège; Mr G. Lecloux, Prof E. Rompen, Prof M. Lamy et Prof A. Vanheusden, le Prof A. Brabant (UCL) et l'équipe de l'ULB (Hôpital Erasme); le Dr Ph. Daelemans, Le Dr F. Durdu et Mr Ph. Adriaenssens.

N'hésitez pas à nous contacter au 02/467 41 70 ou par mail [marketing.belgium@nobelbiocare.com](mailto:marketing.belgium@nobelbiocare.com) pour tout renseignement complémentaire.

#### Information de chirurgie et de prothèse

Lunch & Learn NobelGuide™

- Le mardi 11 décembre 2007 - Groot-Bijgaarden - 12h-14h
- Le jeudi 13 décembre 2007 - Luxembourg - 12h-14h

#### Cours approfondi de chirurgie

Cours clinique All-on-4 1950,00 € pp (TTC)

- Dr Paulo Maló
- Clinica Malo, Lisbonne/Portugal
- Le vendredi 6 et samedi 7 juin 2008
- Le vendredi 26 et samedi 27 septembre 2008

#### NOUVEAU !

Cours de chirurgie NobelActive™

- Le mardi 27 novembre 2007 - Groot-Bijgaarden - 13h-19h
- Le vendredi 14 décembre 2007 - Groot-Bijgaarden - 13h-19h



- Alors que l'on pense souvent que la traumatologie n'intéresse que l'odontologie pédiatrique, la chirurgie et l'odontologie restauratrice, en réalité on s'aperçoit qu'aujourd'hui, on a aussi des traumatismes chez des patients porteurs de prothèses fixées ou prothèses amovibles... On a tous les problèmes de gestion de ces traumatismes en urgence dans des situations qui, cliniquement, deviennent de plus en plus complexes. Pour moi, ce thème était donc vraiment du pluridisciplinaire. On a pu le voir au travers d'un certain nombre de présentations. Nous avons déjà quelques autres idées pour l'an prochain mais c'est encore un peu tôt pour en parler.

**Le JOD — Les praticiens français ont donc bien répondu à votre invitation...**

**Pierre COLON** — Oui, les praticiens français ont très bien répondu. Ils sont pratiquement 60 à 70 % à venir de province. On en a aussi quelques uns qui viennent de Belgique. Cela m'a fait très plaisir de retrouver dans ce genre de manifestation, comme conférencier, le Professeur José Vreven. Je pense aussi que les Entretiens de Garancière doivent davantage s'ouvrir sur les autres pays francophones. Cette évolution ne peut que permettre d'enrichir, à la fois le niveau du congrès, et puis la qualité de nos échanges.

**Le JOD — Pouvez-vous rappeler un peu à nos lecteurs ce qu'est « l'esprit Garancière » ?**

**Pierre COLON** — On a l'habitude de dire d'année en année que « l'esprit Garancière », c'est la convivialité. Cela veut tout et rien dire. Pour moi, ce sont des praticiens qui viennent dans les différentes séances de travaux pratiques où ils ne sont jamais plus de 25, dans des entretiens cliniques où là, ils sont en petit nombre, et qui vont pouvoir se former par rapport à la thématique proposée dans chaque séance mais qui vont pouvoir également souvent exposer des problèmes personnels.

On en voit beaucoup qui viennent eux-mêmes avec leurs clichés radiographiques, voire leurs moulages, qui vont demander conseil, qui vont voir plusieurs personnes pour obtenir des avis de chaque spécialiste. Il y a toujours une possibilité de discussion, d'échanges personnels. L'esprit Garancière tourne donc en grande partie autour de cette qualité d'échanges.

**Le JOD — En votre qualité de Professeur à Paris VII, pouvez-vous nous en dire un peu plus sur la situation des études odontologiques à Garancière et en France en général ?**

**Pierre COLON** — Au niveau de la formation, nous sommes encore dans une phase un petit peu difficile en termes d'harmonisation européenne. On a, en France, une grosse tradition d'années universitaires avec une première session d'examen en juin et une deuxième session en septembre. Nous sommes obligés de bousculer un petit peu tout ce mode de fonctionnement pour aller dans le sens de cette harmonisation européenne, et cela se fait d'une façon un peu différente d'une Université à l'autre. Disons

que sur l'ensemble de la France, des Universités comme Nice ou comme Nantes sont plutôt des précurseurs par rapport à la semestrialisation. Chez nous, à Garancière, nous avons encore un petit peu de mal à mettre en œuvre cette orientation. C'est plus facile au niveau de la formation des Masters 1 et 2 où cela intéresse un plus petit nombre d'étudiants, et sur des formations plus spécifiques. On constate encore une grosse diversité d'approche dans chaque Université tant par exemple en termes de locaux disponibles que de nombres d'enseignants, d'évolutions de numerus clausus etc. En fait toutes choses que, je pense, vous connaissez par ailleurs également en Belgique. Il y a encore en France un travail à faire qui durera quelques années, mais nous allons tous dans le même sens, et nous regardons aussi de près ce qui se passe dans les autres pays européens de ce point de vue.

**Le JOD — Et au niveau de la fréquentation, du nombre d'étudiants ?**

**Pierre COLON** — On sait qu'à partir des prochaines années, nous enregistrerons des départs à la retraite qui vont être beaucoup plus nombreux que le nombre de jeunes diplômés. Le Professeur Picard, lors de la soirée inaugurale au Sénat, de même que le Professeur Lefevre, notre Doyen, ont insisté sur ce problème démographique et sur l'obligation de former davantage de praticiens.

Le Ministère de l'Éducation Nationale nous a demandé effectivement de relever le numerus clausus et d'arriver à diplômer plus de praticiens. Mais nous nous heurtons, et ce n'est pas une situation spécifique à Garancière, à un problème de moyens. On a déjà eu le passage de 5 à 6 ans de la durée des études, qui nous a mobilisé des fauteuils, des amphithéâtres et d'autres ressources. Nous nous trouvons maintenant en situation difficile pour augmenter la capacité d'accueil des étudiants, et nous sommes en discussion avec le Ministère pour trouver des pistes de façon à pouvoir répondre à une demande qui, maintenant, est bien perçue — c'est d'ailleurs la même situation pour la médecine en France.

Le problème est à la fois au niveau hospitalier, avec le nombre de fauteuils disponibles, et aussi au niveau des capacités que l'on peut avoir au niveau universitaire : à Garancière, on se trouve dans un quartier très agréable mais avec peu de surface et donc, nous sommes limités en salle de travaux dirigés, en amphithéâtres... ■



# ORIENT CONGRESS

Le rendez-vous annuel du Congrès de la FDI s'est tenu à Dubaï, du 24 au 27 octobre 2007...ou plus exactement du 13 au 16 Shawwal 1428, comme l'on dit ici selon l'algorithme « koweïtien » — en fait une tentative de Microsoft de résoudre la difficile conversion vers le calendrier grégorien.

Shawwal est le dixième mois de l'année lunaire islamique et, selon son étymologie, est le mois où la femelle du chameau doit être pleine. C'est aussi le mois où Mahomet a épousé Aïsha, la fille de son commandant en chef Abu Bakr. Au cours du Shawwal, il convient que les Musulmans jeûnent 6 jours au choix, qui s'additionnent aux 30 jours consécutifs du mois précédent Ramadan. Les 36 jours ainsi jeûnés, multipliés par 10 en récompense de toute bonne action, forment une représentation symbolique de l'année entière, et donc le jeûne perpétuel.

Pourtant, les appétits scientifiques des congressistes mondiaux ont été largement assouvis durant Shawwal 1428 : des conférences par dizaines, des séances de travaux dirigés, une retransmission en direct d'une inter-

vention chirurgicale en Allemagne, des présentations de posters et des communications libres, des sommités mondiales et de sympathiques révélations locales... tout était réuni pour une nouvelle édition à succès. Le Congrès de la FDI, c'est chaque année l'opportunité de mêler une réelle avancée des connaissances et la découverte d'une culture étrangère.

Pour 2007, les Émirats Arabes Unis servaient de décor doré : une oligarchie pétrolière du Golfe Persique où aucun citoyen ni entreprise ne paie le moindre dirham d'impôt tout en bénéficiant de services modernes, dans un cadre strictement pacifique et auto-discipliné. Mais la médaille a aussi son revers : à mille lieues de nos valeurs occidentales, la cassette de l'Émir se confond perpétuellement avec celle de l'État, l'ascenseur social est inexistant, le développement à tout crin fait fi des principes écologiques élémentaires, et la condition féminine digne de la féodalité devrait voiler le sourire de ceux et celle qui serrent les mains à la ronde.

> Thierry VANNUFFEL





L'aurora ne pointe pas encore. Dans le lointain, on devine les incantations de Fajr, la prière du matin. C'est comme un signal pour les dockers indiens et bengladi qui ont passé la nuit non loin des quais du vieux port. Lentement, ils s'ébrouent et regagnent docilement leur poste de travail. Une nouvelle nuit par 25 degrés se termine.

Lorsque les premiers sambouks à moteur arrivent dans la crique, c'est au tour des Pakistanais d'enfourcher leur vélos vétustes et de remonter les quais jusqu'au débarcadère. Là, la fourmilière d'immigrés se met en place. Les grues excavent la cargaison des boutres, qui s'affiche à présent le long de Baniyas Road : palettes de cola, caisses de bananes, pneus de camion ligaturés en piles

immenses, et bien des emballages au contenu mystérieux. Pas un Émirati à l'horizon : quelques uns viendront plus tard, à bord de leur Mercedes ou de leur Lexus, contrôler la basse besogne des ouvriers.

Plus à l'embouchure de la crique, le quartier historique de Deira s'éveille lui aussi. C'est déjà l'heure de Shuruq, la deuxième prière. La densité du réseau de mosquées et de leurs minarets drapés ici le chant des imams d'une polyphonie étonnante. Les chuintements des mégaphones bas de gamme se fondent dans leurs propres effets Larsen, et le tout s'engouffre dans les étroites ruelles aux murs crépis. Au rez-de-chaussée des vieux immeubles d'appartements sociaux, les volets mécaniques sont levés et dévoilent des cavernes d'Ali Baba emplies de tissus, chaussures, accessoires multicolores, appareils électroniques, tout ce qui s'achète et donc se vend. On se laisse guider par les effluves de coriandre, de cannelle et de girofle, jusqu'au souq aux épices, où l'on fait son choix personnel dans les sacs de jute, ouverts pour toucher la marchandise. Toujours pas d'Émirati dans les environs. Il fait déjà 30 degrés.

Au détour d'une venelle, le souq de l'or illumine d'un ocre saturé les deux galeries et demi en T qui le composent. Les touristes s'activent et séparent le bon grain de l'ivré. Des boutiquiers pakistanais en mal de chiffre d'affaires tentent de détourner l'attention des acheteurs vers leurs bazars douteux dans les traboules secondaires, où sont proposés les sacs et les montres de la contrefaçon chinoise. Sur le portique d'entrée du souq, un bandeau lumineux affiche le prix officiel du métal précieux : il ne s'agit que d'une indication, puisque l'or part toujours au rabais, et c'est le marché qui fait le prix, non l'inverse.

Au terminal voisin des bus de banlieue, une odeur marine insiste entre les gaz d'échappement : le marché aux poissons bat son plein sous la grande bache attenante. Des dizaines d'employés paks vantent la qualité de la marchandise, simplement posée à même un mince lit de glace, où l'hygiène est injuriée par la fournaise autant que les invectives de la criée. Sur un muret de parpaing, des livreurs exposent une prise de requins tout prêts pour la découpe. ●●●







••• Plus loin, les odeurs du poisson se mêlent aux relents un peu cadavéreux des moutons et des chèvres, pendus entiers aux essens cruelles d'une coulisse de fer blanc. Des billots déjà ensanglantés, dressés sur le tarmac, ne laissent aucun doute sur la besogne à venir des préposés en bleu de travail.

Le long des berges de la crique, les passeurs organisent le transport humain vers la rive opposée, celle de Bur Dubai, en alignant leurs abras, ces frêles barges de bois au carénage d'acier et à la tonnelle de vieille toile salie. Les candidats à la traversée appontent, comme s'il s'agissait d'embarquer dans une rame de métro, sous la régie d'un fonctionnaire zélé. Après la manœuvre, un coup de poing du pilote sur la table centrale suffit, et chaque passager comprend qu'il convient de verser le dirham réglementaire dans l'aumônière. Ni ticket ni comptabilité pour ce moyen de transport rustique, pourtant service public de l'Émirat.

Côté Bur Dubai, d'autres souqs attirent les tentations vestimentaires, pour toutes les cultures. Et lorsque le bourg s'efface, c'est pour laisser place à une longue bande côtière de sable blanc : c'est Jumeirah, simple confrontation du Golfe et du désert il y a encore 20 ans, aujourd'hui banlieue huppée du tourisme mondial en proie à toutes les exubérances. Sur 30 kilomètres en direction d'Abu Dhabi, la D-94 déroule son asphalté sur six bandes jusqu'aux abords du port de Jebel Ali. Face à la Grande Mosquée, on entend la longue plainte de Zohr, la prière de midi. Le soleil cogne. On dompte la soif avec du thé glacé au citron ou des jus de fruits pressés aromatisés à la menthe fraîche. Derrière les estaminets, la succession presque ininterrompue d'hôtels internationaux et de propriétés privées laisse quelques hectares à la plage publique. Les femmes locales emmènent bien leurs enfants sur les premiers espaces, mais abandonnent l'immensité du littoral aux Occidentales dénudées qui s'enfoncent à 45 degrés dans l'eau limpide, où fourmillent de minuscules poissons.

À quelques kilomètres au sud, le Jumeirah Beach et le Mina Al Salam offrent une garde rapprochée au Burj Al Arab, l'hôtel le plus luxueux au monde,

## SESSION SCIENTIFIQUE

### Instruments NiTi : quels développements à présent ?

Les instruments NiTi sont peut-être au bout de leur évolution quant à leurs concepts de conicité et de coupe. Toutefois, l'industrie doit encore se montrer attentive au souci majeur des praticiens : le risque de fracture peropératoire.

Dans ce contexte, deux évolutions sont à attendre dans les prochaines années :

- le développement d'alliages de NiTi plus résistants que le Nitinol actuel
- une attention particulière à l'état de surface

C'est sur ce second point qu'a essentiellement porté la communication de Adam Lloyd le mercredi 24 octobre.

En effet, un état de surface rugueux semble montrer une meilleure résistance à la torsion et à la fatigue in vitro. C'est la raison pour laquelle aucun soin particulier n'est apporté à ce jour à cet état de surface, qui présente dès lors de nombreuses « stries d'usinage ». C'est typiquement le cas des Profile®. Seul le système Endosequence® procède à un électropolissage.

On sait toutefois qu'il est difficile de comparer les systèmes car la résistance à la fatigue cyclique dépend surtout du diamètre de l'instrument : plus ce dernier est grand, plus la fatigue est importante. On sait aussi que les conditions in vivo diffèrent du fait de la présence de boue dentinaire, qui semble bien impliquée dans le processus de rupture : les amas de boue provoquent un effet de coin entre les stries d'usinage.

Comment alors faire évoluer l'instrumentation ? Il est certain qu'il faudra de nouvelles stratégies industrielles.

Une option sera de laisser en place des stries d'usinage qui soient parallèles à la surface de l'instrument, si de nouvelles études confirment que ces stries sont bénéfiques à la résistance à la rupture.

Une autre option, qui est retenue par la recherche actuelle, est de procéder à une implantation ionique ciblée entre les stries.

*NDLR : Cette seconde option a le mérite d'exclure enfin les traces de boue dentinaire sur les instruments, ce qui permet de les réutiliser après stérilisation sous sachet. Il est en effet exclu de ne pas jeter un instrument contenant au sein de stries d'usinage des résidus organiques potentiellement infectés de prion. Voir à ce propos les peer-reviews COD 2007. ■*



qui s'est auto-attribué 7 étoiles et ne comporte que des suites, dont la plus modeste affiche 196 mètres carrés. La voile blanche de béton et de verre de cette Tour des Arabes contraste avec l'azur, et dissimule un intérieur cosu fait du rouge des velours et du jaune franc des ors véritables. Il y a quelque

chose de la Californie à Jumeirah. Avenues rectilignes et interminables, majesté de la mer, soleil accablant, bâtisses surréalistes...

C'est là aussi que se concrétise le gain de la terre ferme sur l'eau : Palm Island, l'Archipel The World, Dubaï Waterfront, autant de projets résiden-

tiels pharaoniques où le sable veut l'emporter sur la mer. Mais comme pour arbitrer un juste équilibre entre les éléments, c'est la mer qui sera emmenée sur dix kilomètres au sein du désert par le chantier de la Dubaï Marina. Cet ensemble de bureaux, logements, complexes commer- ●●●

## SESSION SCIENTIFIQUE

### Prophylaxie professionnelle : 6 questions/réponses

Les professionnels de l'art dentaire ont bien évidemment un rôle actif à jouer dans le domaine préventif, qui ne relève pas que de décisions globales, mais se concrétise surtout dans la relation individualisée soignant-soigné. Le bon conseil sanitaire, et la bonne intervention au bon moment (la moins invasive possible) : c'est sur ce concept que Hien Ngo (Australie) a basé sa communication le vendredi 26 octobre.

Voici quelques points relevés qui méritent réflexion.

#### 1. Fil dentaire : avant ou après le brossage ?

Le but du fil dentaire est d'ôter la plaque là où la brosse ne peut le faire : dans les zones proximales. A priori, la chronologie importe peu.

Pourtant, il faut tenir compte des principes suivants :

- le fluorure doit atteindre les zones où il est le plus utile : les surfaces de contact, ce qui n'est pas possible lorsque la plaque est présente
- en l'absence de plaque, un temps de contact est quand même nécessaire : de 30 à 60 secondes
- il faut prendre le patient « tel qu'il est », c'est-à-dire ne pas lui imposer des temps de brossage trop longs de son point de vue

Dès lors, la séquence suivante est proposée :

- passage du fil dentaire
- brossage de 2 minutes avec dentifrice fluorisé
- rinçage final avec une solution fluorisée

Du point de vue carioprophyllactique, cette séquence est tout aussi efficace et plus acceptable pour le patient qu'un brossage de 4 minutes.

#### 2. Les chewing-gums sans sucre ont-ils réellement un rôle préventif ?

Le fondement de ce concept est de stimuler la production de salive entre les repas. Pour savoir si la technique est indiquée ou

pas, il convient de procéder à une mesure du pH salivaire, au repos et sur stimulation.

La salive au repos est prélevée dans le vestibule du patient après un séchage à la compresse : on cherche ainsi à récolter la salive des glandes accessoires, présente en bouche entre les repas.

La stimulation est quant à elle réalisée en demandant au patient de se rincer avec une solution de glucose, et de cracher ensuite dans un récipient : on récolte de la sorte la salive produite par les glandes salivaires principales.

Si le pH est acide au repos et neutre à la stimulation, nous rencontrons une indication des chewing-gums sans sucre, puisque ces derniers vont favoriser la neutralisation de l'acidité buccale entre les repas par une stimulation régulière des glandes principales. Dans les autres cas de figure, les chewing-gums ne présentent pas d'intérêt prophylactique.

#### 3. Sportifs et boissons énergisantes : danger ?

Les boissons pour sportifs contenant des ions ont un pH acide : il s'agit d'une nécessité industrielle, car à pH neutre, les ions précipiteraient et ne seraient plus autant biodisponibles. Cette formulation chimique, associée à la présence de sucres rapidement fermentescibles, cause une acidification du milieu buccal.

En conséquence, un patient qui (re)commence à pratiquer un sport sur base régulière nécessite un bilan préventif dentaire, car il présente un risque de décompensation d'une situation jugée cariostatique.

Des bains de bouche alcalins peuvent être proposés pour lutter contre la baisse du pH : bicarbonate par exemple.

#### 4. Les ciments ionomères de verre (CIV) peuvent-ils être exposés à la salive ?

Les études récentes montrent que :

- la dureté de surface des CIV est améliorée suite à une exposition à un milieu reminéralisant
- il peut y avoir pénétration de Ca au sein du matériau CIV

Ces informations plaident en faveur de l'exposition des CIV au milieu buccal à pH neutre capable de reminéralisation, dans les indications suivantes :

- les techniques en sandwich ouvert lorsqu'un joint ciment-matériau est inévitable

- la gérodonologie, essentiellement en cervical

- la stabilisation des caries des dents en voie d'éruption, sans préparation, sous la muqueuse

- la protection distale des 7 en cas d'impaction des 8

Dans ces deux dernières indications, un matériau de choix est le Fuji VII®. À noter que la véritable raison de sa teinte rosée est de maximiser l'absorption de l'énergie photonique pour l'accélération optionnelle de prise (non résineuse).

#### 5. Faut-il pratiquer une prophylaxie avant fluorisation topique au cabinet ?

De manière naturelle, l'organe dentaire est recouvert d'une pellicule organique non bactérienne, qui est en quelque sorte la surface normale de l'émail et n'a rien à voir avec la plaque (biofilm).

Cette pellicule joue un rôle dans la captation du fluorure des gels de prévention, et son relargage dans l'hydroxyapatite amélaire. Le fluorure est donc moins biodisponible en l'absence de pellicule.

On peut dès lors proposer la séquence suivante au cabinet :

- brossage et passage de fil par le patient uniquement (ce qui ôte la plaque et laisse la pellicule intacte) et pas de prophylaxie professionnelle à cette séance
- application du gel de fluorure
- abstention de rinçage durant une heure

#### 6. Le fluor suffit-il à la reminéralisation ?

Lors de la déminéralisation, il y a perte de Ca et de phosphate : reminéraliser implique donc d'apporter ces éléments en plus du fluorure. Les études récentes montrent aussi que ce type d'apport résulte en une meilleure rémanence et une meilleure biocompatibilité.

Plusieurs technologies existent, mais la recherche actuelle s'oriente vers les ACP-CPP (Amorphous Calcium Phosphate – Casein Phosphopeptide).

Ces produits, capables de faire disparaître les white spots en quelques semaines, peuvent être apportés sous forme de chewing-gums (Trident®, Cadbury Schweppes) ou de gel (Tooth Mousse®). Ce dernier est très efficace aussi contre les sensibilités, s'il est délivré en gouttière sur mesure, en raison du caractère collant des protéines qui le composent. ■

# PHENOX



Excelsiorlaan 4A • 1930 Zaventem  
T +32 2 721 5054 • F +32 2 721 5024

info@phenox.be

Phenox Lux

(R. Mikos) T +352 621 247 310

[www.phenox.be](http://www.phenox.be)

optimize your dental office

PHENOX



Francisco ARENAS



Pascal BESSON



Kris JANSSENS



Flor JANSSENS



Javier MESAS

Phenox LUXEMBOURG



René MIKOS



**NOUVEAU ! UNIT ASTRAL**



## FEDESA

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

à partir de **4.990 €**



déjà un meuble mobile à **190 €**



**wandy**

### anthogyr



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

*Mont blanc*  
contra-angles



Ref. 10000 (1:5) avec lumière

920

**695 €**

Ref. 10200 (1:1) avec lumière

710

**550 €**



DÜRR  
DENTAL

### VISTASCAN



### Dr's Light

Just 5" seconds

- Ecran LCD couleur
- 6 programmes
- 1600 mw/cm<sup>2</sup> de puissance

**795 €**

## OSEZ LA DIFFERENCE, PHENOX VOUS ETONNERA !



... ciaux et services récréatifs n'est en réalité qu'une infime portion des développements urbains de Dubaï au sud de Jumeirah, qui, à terme, aboutiront à multiplier par 40 la superficie originelle de la ville portuaire et en faire un immense parc d'attractions. Sans le pétrole et le gaz, il n'y aurait ici que quelques tentes de Bédouins. À la place, le gouvernement local, sous la pression des lobbies immobiliers, construit une nouvelle Vegas.

Au beau milieu de cet amoncellement de chantiers gigantesques se dresse le Dubaï International Convention & Exhibition Center, un complexe de 60.000 mètres carrés unique au Moyen-Orient, inauguré en 2003 à peine, mais qui ne suffit déjà plus aux ambitions locales : il sera bientôt agrandi à la faveur d'un budget spécial de 8 milliards de dirhams (1,6 milliard d'euros) et inauguré de nouveau en 2012. Et les services offerts sont à la démesure des lieux à en croire le Directeur des Événements de la FDI : *"L'enthousiasme des gens ici, rapporte Paul Wilson, ainsi que l'efficacité du Ministère de la Santé de Dubaï, se sont révélés incroyables depuis le début de nos contacts. Pour nous, il est essentiel que les congressistes puissent vivre une expérience globale. Je veux dire qu'un congrès de la FDI, ce n'est pas uniquement visiter une exposition, assister à des sessions scientifiques ou des réunions administratives. C'est aussi profiter d'opportunités de détente avec une découverte touristique de la ville, et des moments de convivialité. Des comptoirs d'accueil dès l'aéroport, des bornes Internet, des espaces, des services horeca... tout cela est réuni à Dubaï de manière professionnelle, pour le plus grand plaisir de tous !"*



Sur les carreaux en pierres naturelles du vaste atrium, on croise enfin des Émiratis. Les hommes, très fiers, la barbe admirablement taillée, portent une longue tunique immaculée et sont couronnés d'un keffieh blanc ou vichy. Qu'on ne s'y trompe pas : tout cela, sous des apparences de simplicité, est très sophistiqué, et les griffes de Christian Dior sont bien visibles. Il est loin, le temps du nomade.

La féminisation de la profession dentaire est bien en marche à Dubaï. Nos Consœurs sont vêtues du hijab, et la tête est toujours couverte d'une burqa, dont les formes varient, du simple chador iranien au niqab qui ne laisse que les yeux apparents.

Certes, la purdah — cette séparation physique entre hommes et femmes — n'est pas strictement de mise ; seuls, les lieux de dévotion sont séparés, comme il en est de même pour les toilettes dans le monde entier. Parfois, on se persuade que les femmes adhèrent de manière plutôt volontariste au port des ornements coutumiers, par distinction traditionnelle ou par conviction religieuse. Et parfois on en doute, tant la mode prend tous ses droits en décorant les robes noires de galons et de broderies fleuries, ou en garnissant les pieds de chaussures Prada et les épaules de sacs Delvaux les plus bariolés, alors qu'entre les pans des abayas un peu lâches, ce sont les jeans Levi's qui sont mis en valeur. Les ongles ont été finement ciselés et décorés, le dos des mains est orné de dessins au henné, et les yeux, puisqu'on ne voit qu'eux, concentrent tous les efforts d'un make up de bon goût. À l'intermède, ces jeunes femmes se réunissent, devisent joyeusement autour d'un gahwa, et ...



# 3

EXPOSITION

découvertes

• 2 X 2 MINUTES CHRONO



C'est le temps nécessaire au brossage, chaque jour, pour maintenir un parodonte en parfait état. D'où l'idée connue de joindre un chrono aux brosses électriques. Oui, mais on n'a pas toujours une brosse électrique au milieu du désert, et même en ville il y a des patients pour préférer la brosse manuelle.

D'où l'idée d'un timer autonome. Une sorte de minuterie de cuisine électronique dédiée à l'hygiène dentaire. Gadget ? Pas sûr. Des études montrent que si les patients sont assistés dans la mesure de leur temps de brossage, leur compliance à respecter le schéma conseillé par le professionnel est 5 fois supérieure.

• PAS DE ÇA SUR MON BUREAU



Il fallait y penser : pour éviter les souillures sur les écrans d'ordinateur, il suffit de rétracter ces derniers dans le plan de travail quand on ne s'en sert pas.

Conçu pour les poussiéreux labos de résine au départ, cet ingénieux système motorisé trouvera aussi des applications au cabinet dentaire, pour améliorer la convivialité de certains temps clés, motivation et présentation de devis en tête.

• UN CHÂSSIS D'ARABESQUES



Les livres de prothèse amovible partielle regorgent de tracés de châssis plus ingénieux les uns que les autres. Mais celui proposé par ce labo dubaïote est franchement créatif. La provenance de l'œuvre ne peut faire aucun doute, même si l'or n'est qu'en option dans le concept. L'histoire ne dit toutefois pas si tout cela est bien meilleur sur le plan mécanique ou biologique... ■

●●● décrochent leurs portables dernier cri. Cette double personnalité — une coquetterie enjouée sur fond de rituel austère —, d'allure schizophrénique au premier regard, n'est pourtant rien d'autre que naturelle, et contribue à lisser les dissemblances avec les congressistes américaines en short qui

éclaboussent les lieux de leur présence triomphante. Asr, la prière de 15 heures 22, entame sa longue plainte dans la sonorisation du centre de congrès. Le mp3 automatique est diffusé en sourdine, comme s'il s'agissait de bips horaires ertébéens, simples balises du temps qui s'écoule,

et nul ne semble y accorder davantage d'importance. De l'entrée méridionale, on déroule un long tapis rouge et, quelques instants plus tard, un émir et sa suite de cinquante courtisans font leur apparition sous les flashes des journalistes : c'est Cheik Hamdan bin rachid Al Maktoum, un membre

## SESSION SCIENTIFIQUE

### Traumas : faits & gestes

De par le monde, de plus en plus de chercheurs s'intéressent à la traumatologie dentaire. Les avancées prodigieuses concernent aussi bien la compréhension des mécanismes histopathologiques post-traumatiques que le potentiel de guérison activé par l'intervention du praticien.

Au niveau de ce dernier, la connaissance de quelques faits élémentaires et la maîtrise des gestes à poser (simples sur le plan technique) se révèlent capitales en termes de pronostic.

Jens Andreasen (Danemark), opinion leader mondial dans ce domaine, est parvenu ce samedi à faire le pont entre les deux aspects, sur base de données récoltées par une vingtaine de chercheurs internationaux.

#### Faits

Quelle proportion de la population, en fonction de l'âge, a-t-elle déjà connu un trauma dentaire ?

- À 1 an : 15%

Ces premiers traumas sont à mettre en relation avec l'apprentissage de la marche.

- À 2 ans : 20%

Les traumas de la seconde année sont liés à la gravité. Les lois physiques ( $E=mv^2$ ) font que les conséquences sont peu importantes (énergie peu importante en raison d'une faible masse corporelle et d'une hauteur de chute équivalente à la taille de l'enfant).

- À 3 ans : 25%

À partir de cet âge, les accidents surviennent davantage en mouvement : l'énergie potentielle fait place à l'énergie cinétique ( $E=mv^2/2$ ). Les séquelles augmentent car elles sont alors proportionnelles au carré de la vitesse acquise au moment du trauma.

- À 8 ans : 32%

Progressivement, les séquelles sont plus importantes en raison de l'augmentation de la masse corporelle et de la vitesse acquise lors du trauma. Les dents définitives commencent à être impliquées.

- À 14 ans : 46%

Les traumas de cette tranche d'âge sont liés au comportement des pré-adoles-

cents, capables de se lancer des défis. Il s'agit souvent de déplacements et d'avulsions. Malheureusement, beaucoup de praticiens extraient des dents pouvant être repositionnées ou réimplantées.

- À 30 ans : 60%

Ce sont les accidents de sports qui constituent la cause principale de traumatismes dentaires chez les adolescents et les jeunes adultes.

- En fin de vie : 64%

Au-delà du trentième anniversaire, le risque diminue fortement. Les causes de trauma dentaire sont alors liées à la violence urbaine et aux accidents de la circulation.

Au total, près de 2 humains sur 3 sont donc victimes d'un trauma dentaire au cours de leur vie, ce qui représente 3 milliards de personnes parmi les contemporains.

Malheureusement, les études montrent que moins de 10% de ces traumatismes pourraient être évités par la prévention. La prise en charge globale de ce fléau n'a donc rien à voir avec la cariologie ou les parodontopathies. C'est au niveau thérapeutique que les efforts doivent être concentrés.

Dans ce cadre, une approche pluridisciplinaire est nécessaire, alors que la traumatologie n'est reconnue comme holistique dans aucune école dentaire. Andreasen se définit lui-même comme un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale qui a dû se « déspecialiser » pour progresser en traumatologie — une modestie qui laisse à réfléchir.

#### Gestes

- Les 5 règles du traumatologue

1. Faire preuve de compassion face à l'accident
2. Se révéler un maître en contrôle de la douleur

3. Documenter un dossier complet

4. Vouloir être disponible et appelable

5. Développer une attitude biologique plutôt que mécaniste (litt. "Be a healer, no technician")

- La guérison est-elle possible après un trauma dentaire ?

La guérison pulpaire diffère de la guérison ligamentaire. Le tableau de bas de page compare les deux processus.

On peut en déduire les bons gestes :

1. Repositionnement
2. Pose d'une contention souple: résine non chargée (type couronne provisoire) collée dents 2 à 2 et non en attelle, laissée en place 4 semaines voire moins
3. Abstention d'antibiothérapie systémique

- Attitude en cas d'avulsion

Il faut distinguer le temps passé hors du milieu liquide et le temps de conservation.

Hors liquide : les études montrent qu'après 5 à 10 minutes, le pronostic de la réimplantation est presque nul.

Temps de conservation :

- dans la salive : 2 heures
- dans le lait : 6 heures
- dans l'eau de distribution : 20 minutes
- dans un milieu destiné à la culture biologique : jours voire semaines – des moyens de transport de ce type devraient faire partie des trousseaux de secours dans les communautés (écoles, clubs de sports...)

- Informations

Bientôt un site Internet reprendra un guide pour les praticiens, une table de pronostic pour les patients, et des informations générales pour le développement de l'intérêt envers la traumatologie dentaire : <http://www.dentaltraumaguide.org/> ■

	Guérison pulpaire	Guérison ligamentaire
<b>Temps de revascularisation ?</b>	5 semaines ou plus (0,5 mm par jour)	2 à 4 semaines
<b>Rôle des bactéries ?</b>	Effet délétère	Activation des cellules géantes donc résorption radiculaire
<b>Repositionnement ?</b>	Essentiel	Pas déterminant
<b>Contention ?</b>	Non rigide si possible	Ankylose si rigide
<b>Antibiothérapie ?</b>	Topique uniquement	Effet mal documenté



de la famille royale, vice-président de Dubaï, Ministre des Finances et de l'Industrie des Émirats Arabes Unis et Président de l'Administration de la Santé de Dubaï. Il est venu couper le cordon et inaugurer l'exposition dentaire ; il se fend même d'une déclaration : *"La santé buccale est importante, car elle est le reflet de la santé générale d'une population."* Tout le monde lui donne raison, et demain, il pourra avoir sa photo dans la presse, non loin de celle, quotidienne, de son parent le Cheik Mohammed, son supérieur hiérarchique. Sa prestation protocolaire réglée, il s'évade déjà avec toute son escorte de dignitaires, laissant un peu en plan les Présidents de la FDI qui l'ont accueilli. La foule s'engouffre à présent dans le vaste volume et les exposants irrités du retard peuvent se presser à louer leurs articles. Parmi eux, on reconnaît même Martin Serck et Jan Steffens, ces Belges de chez KerrHawe en charge du Moyen-Orient.

À l'extérieur, les jets d'eau tentent de tromper la canicule, mais les fines gouttelettes peinent contre une évaporation immédiate. Un réseau de tuyaux d'irrigation, apparent à la surface du sable des bermes, maillé tous les cinquante centimètres, parcourt les boulevards et déverse son flot d'eau recyclée à cadence régulière. Chaque plante bénéficie de son propre filet, et pourtant tout est roussi. Face au Centre de congrès, une étendue désertique de plusieurs kilomètres carrés sert de cadre à un vaste chantier autoroutier. Dans le smog de début de soirée, les Emirates Towers encadrent la haute flèche de la Burj Dubaï. Distante de deux kilomètres, elle semble pourtant toute proche en raison de sa taille. Lorsque les travaux seront achevés, elle sera peut-être la tour la plus haute du monde, bien que sa hauteur définitive soit tenue secrète par ses promoteurs, afin de ne pas immédiatement tenter la concurrence, en Chine ou ailleurs dans la région du Golfe. La raillerie du moment à Dubaï, est de prétendre qu'elle sera coiffée d'une antenne télescopique, qu'il suffira de rehausser un peu à chaque record battu pour continuer de détenir la suprématie mondiale. Sur le chantier, les ouvriers pakista-

nais, indiens ou philippins ne remarquent même pas que c'est l'heure de Maghrib, l'avant-dernière prière ; ils sont trop occupés à leur mouvement de grève. Bien entendu, toute fronde est interdite, ainsi que tout syndicat. Mais leurs logements insalubres, leurs bus bondés et leurs 6 dollars de salaire quotidien ont décidé les ouvriers de l'équipe du soir à débrayer. Avec la promesse que leurs revendications seront étudiées, tout rentre vite dans l'ordre : braver la charia est sans doute un peu téméraire pour les expatriés, qui craignent perpétuellement l'expulsion.

Finalement, il n'y a guère de gloire à développer un pays à grande vitesse, en important une main d'œuvre étrangère bon marché, presque exclusivement masculine. Trois quarts de la population de Dubaï sont désormais masculins. Et lorsque l'on sait qu'un Émirati peut épouser jusqu'à quatre femmes, on comprend qu'il y ait peu de places pour la création de familles allochtones. Calcul du gouvernement ? En tout cas, la situation fait la fortune des souteneurs de prostituées russes, et garantit aux gens du crû de demeurer la caste dirigeante, pour toujours.

Mais même aux postes décisionnels, la proportion d'expatriés est saisissante : 80% de la population sont désormais d'origine étrangère. À tel point qu'une politique de renationalisation des managers est en place, connue ici sous le nom de « émiratisation »...

En attendant cette évolution, les Émiratis saluent leurs dames et prennent place derrière le volant pour passer la soirée entre hommes au centre ville. Isha, la prière du soir, sera révolue lorsqu'ils envahiront les restaurants chic des hôtels internationaux. L'Émirati qui se bat avec ses baguettes japonaises pour ingurgiter son teppanyaki, sans tacher son keffieh, fait aussi partie de l'insolite et cosmopolite décor dubaïote. ■



## HISTOIRE

### Le congrès de la FDI à Bruxelles !

Le saviez-vous ? Le Congrès de la FDI s'est déjà déroulé 5 fois dans la capitale belge !

En 1908, 1930, 1935, 1951 et 1958.

Avant la mondialisation, avant le détricotage de la Belgique, et au temps où Bruxelles brusselait... ■

**SOREDEX**



Digora optime



Cranex Novus



Scanora 3D

I-CAT 3D

Imaging  
Sciences  
International



**anthos**



Life Optics  
The Vision Company



Varioscoop

**DORR DENTAL**



Vistaxcon

**NSK**



**Nitram**



DAC Universal

**mocom**  
Systems Specialist of sterilization



**aidec**

archimed



Tout le service qu'il vous faut,  
maintenant sous un seul numéro!





j.j.maes  
sygma

Info: +32 (0)2/759 42 52

Textielstraat 24 - 8790 - Waregem - Belgium



OP200



8000



TR unit



CP one unit



RX-DC



Focus X-Ray



DAC Universal



**ARSEUSTEC**  
TECHNICAL SERVICE WITH A BIG SMILE

Textielstraat 24 - 8790 - Waregem - Belgium

**0800 30 555**

## Emploi

CHERCHE dentiste à Liège mardi jeudi toute la journée patientèle en attente. Tél.: 0474/52.85.45.

Cab. dentaire en pleine expansion sud Lux. CHERCHE dentiste (m/f). Demandes par écrit à Mme Sylvie Gotti 53, rue de l'Acier, L-4505 Differdange, Luxembourg.

Centre de soins dentaires centre France RECHERCHE chirurgien dentiste avec cdi, assistante dentaire au fauteuil, compétence assurée, cadre neuf et agréable. Tél. Mr boistard 0033/2.54.34.77.51.

Cabinet dentaire CHERCHE dentistes temps plein ou partiel région Ixelles. Tél.: 02/502.04.02. ou 0494/70.46.93.

Châtillon RECRUTE un chirurgien dentiste à temps plein ou temps partiel candidature + CV à Monsieur le Maire - 1 Place de la libération - F92320 CHATILLON. Contact: Mme Brulley - Tél.: 0033/146.57.33.38 ou cms.chatillon@wanadoo.fr.

## Matériel

A VENDRE unit Heka Dental (DK) 1999 + RX Trophy + mobilier prof. + matériel divers cause fin activité déc. 07. Tél.: 02/657.20.93 - 02/673.08.66.

A VENDRE meuble de coin Dentalart comme neuf cause départ photo sur demande leur 8000 euros vendu 2200. Contact: clinique@skynet.be ou tél.: 0472/10.18.08.

A VENDRE appareil RX mural Siemens. Tél.: 071/52.34.35.

A VENDRE pour cause double emploi panoramique Arcodent Fiad 2000 euros exc. état. Tél.: 081/21.33.71.

LOUEZ-MOI : microscope dentaire dans cabinet dentaire pour futur endodontiste. Tél.: 0479/87.87.93.

A VENDRE pano-télé développeuse Velpex unit Castellini Solar RX murale vibreur. Tél.: 0476/926.134.

A VENDRE unit + compresseur + moteur aspi. + petit matériel. Prix idéal pour débiter. Tél.: 0495/777.134.

## Remise / reprise / immo

A VENDRE Andenne spacieux cabinets dentaires avec maison. Idéal pour association. Tél.: 0479/463.638.

A REPRENDRE cause départ en France cabinet Bruxelles centre pour dentiste sérieux coop. longue durée deux fauteuils dont un neuf poss. activité plein temps. Contact: denta@skynet.be.

Pour cause santé CÈDE cabinet tenu 11 ans, situé sur le littoral audois, matériel récent mais seulement 143 euros de leasing à reprendre CA moyen mais pouvant être développé petit prix à débiter. Tél.: 0033/623.80.05.98.

CHERCHE cabinet généraliste région Brabant wallon. Tél.: 071/47.01.35.

A LOUER cabinet dentaire en activité 90 grande patientèle situé à Etterbeek proche CEE. Tél.: 02/733.52.26 - 0475/56.98.96.

À REMETTRE Lyon cabinet très équipé, toutes normes, deux fauteuils modernes, RVG, panoramique, etc. Pa-

tientèle fidèle et motivée. Prix 20K E (1/10 CA), cause retraite. Locaux sûrs, agréables, climatisés. Achat des murs possible. Tél.: 0033/660.83.01.76.

CHERCHE cabinet généraliste région Brabant wallon. Tél.: 071/47.01.35.

Ixelles cabinet dentaire À REMETTRE installation Eurod 25 ans pano 2 demi-jours/semaine CA 40M euros location 1000 euros/sem cause double emploi prix : 25000 euros. Tél.: 071/52.14.71.

VENDS cabinet Reims belle installation petit prix 30% du CA possibilité achat des murs. Tél.: 0033/673.92.88.08.

## Divers

CHERCHE praticiens fanas de Macintosh en vue constituer club d'utilisateurs dentistes). Mail: dental.mac@skynet.be.

## Offre d'emploi ou de collaboration,

**recherche d'un interim**

**ou d'une reprise de cabinet,**

**matériel dentaire à vendre,**

**plateau professionnel à louer...?**

**N'hésitez plus et pensez JOD !**

**Et en plus : c'est gratuit.**

Offre réservée aux praticiens.

La rédaction se réserve le droit de ne publier que les

annonces présentant les caractéristiques légales

et déontologiques en vigueur.

Néanmoins, le JOD ne peut être tenu responsable

du contenu, de la nature ou des conséquences des

annonces publiées.



## Bon pour une annonce gratuite

à renvoyer au JOD c/o COD  
BP 1091 6000 Charleroi 1  
ou par fax au 071 33 38 05






**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 :

- Dental Thema Day « Odontologie & Tabagisme » (sa 15/12/2007) - Bruxelles**
    - Base ..... 1 X 184 = ..... EUR
    - «Conjoint/collaborateur»<sup>(1)</sup> ou «Jeune/étudiant»<sup>(2)</sup> ..... 1 X 179 = ..... EUR
    - J'emmène mon (mes) assistante(s) ..... nombre : X 92 = ..... EUR
    - 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»<sup>(1)</sup> ou «jeune/étudiant»<sup>(2)</sup>, je précise donc ci-dessous
    - <sup>(1)</sup> Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base :
    - <sup>(2)</sup> Année du diplôme et université :
- Total à régler =** ..... EUR

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

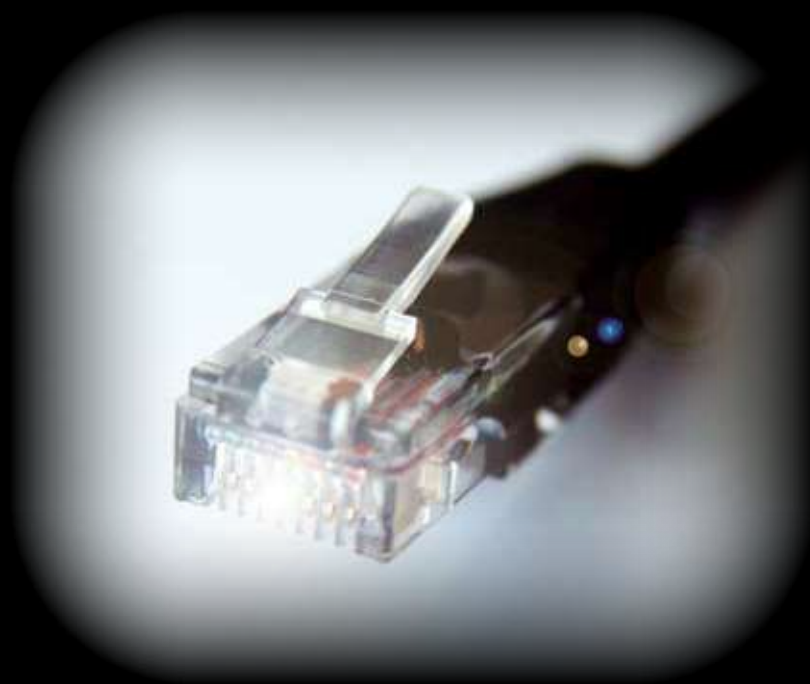
- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte du COD 001-3545567-02 (IBAN : BE 32 00 13 5455 6702 - BIC : GEBABEBB)
- Veuillez charger ma carte de crédit
  -    N°                     exp.   /
  - Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte : .....

**4. Validation**

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire en page 45 du JOD 25).  
Date : ..... Signature : .....

**2008**

# **RESTONS CONNECTÉS !**



**Samedi 15/3/08 • Charleroi**

**Enfant difficile ? Bienvenue !**

**Vendredi 25/4/08 • Namur**

**Obturation endodontique : certitudes & perspectives**

**Samedi 7/6/08 • Bruxelles**

**Voulez-vous devenir un dentiste cosmétique ?**

**Vendredi 3/10/08 • Charleroi**

**Bioatériaux. Bio ? Vous avez dit « bio » ?**

**Samedi 8/11/08 • Namur**

**Implantologie : le point en 2008**

**Les acquis des 20 dernières années, les challenges des 20 prochaines années**

**Samedi 13/12/08 • Bruxelles**

**Dental Thema Day « La dent de sagesse »**

**Restons connectés ! Le nouveau programme scientifique du COD.**

**Tous les détails dans votre boîte aux lettres le 14 janvier 2008.**