

JOD

Périodique destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire
© Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, éd. • Agréation P307013 • Tirage : 4.000 ex.

SPÉCIAL PROGRAMME 2011



L'année
des 10 ans !!

Système d'imagerie extra-orale KODAK 9000C 3D

L'innovation, à portée de main



NOUVEAU : disponible avec céphalométrie numérique



Tracés automatiques



Formats d'image ajustables



Céphalométrie "One shot"



Carestream Dental

Produit sous licence
Kodak

© Carestream Health, Inc., 2010.
"Kodak" et les couleurs Kodak sont des marques déposées
de Eastman Kodak Company utilisées sous licence.

Visitez www.carestreamdental.com
ou appelez le 00800 4567 7654

JOD

Janvier - Février 2011 • n° 49



5 • Programme 2011

- 6 • Ergonomie
- 12 • Endodontie
- 18 • Implantologie
- 24 • Esthétique
- 30 • Pluridisciplinaire
- 34 • Thématique
- 40 • Travaux pratiques
- 45 • Peer-reviews

47 • Conditions générales

48 • Annonces

51 • Inscriptions

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

Pour nous contacter
et pour recevoir gratuitement le JOD :
Avenue de l'Europe 40 - B 6000 Charleroi
Tél. 04 73 41 51 67 (répondeur)
Fax 071 33 38 05
info@cod.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 35 EUR/an
Monde : 60 EUR/an

Website : www.cod.be

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 consti-
tuent 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 DG
Rue du Moulin Blanc 28 - B 7130 Binche
Les articles signés n'engagent que
la responsabilité de leurs auteurs

© Copyright
Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, 2011
Reproduction interdite sauf accord

Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Thierry Vannuffel
Rédacteur en Chef

10 ans, 2.060 adhérents

En 2001, nous avons créé la nouvelle formation continue. Une rupture.
Et nous avons raison : 10 ans plus tard, plus de 2.000 praticiens adhèrent
à notre projet.

Aujourd'hui, nous voulons vous dire à quel point nous sommes **fiers** de
faire partie avec vous de la Profession dentaire, cette corporation res-
ponsable, qui a compris la dimension fondatrice du développement des
connaissances et des compétences.

Et, avec tous les collaborateurs du COD, avec les 128 enseignants diffé-
rents qui se sont investis dans nos formations, avec les hôtesse, les per-
sonnels de la restauration et de la technique, avec nos partenaires fidèles
de l'industrie, nous voulons vous faire part de notre **plaisir** intact, à nous
immerger parmi vous, à chacune de nos activités.

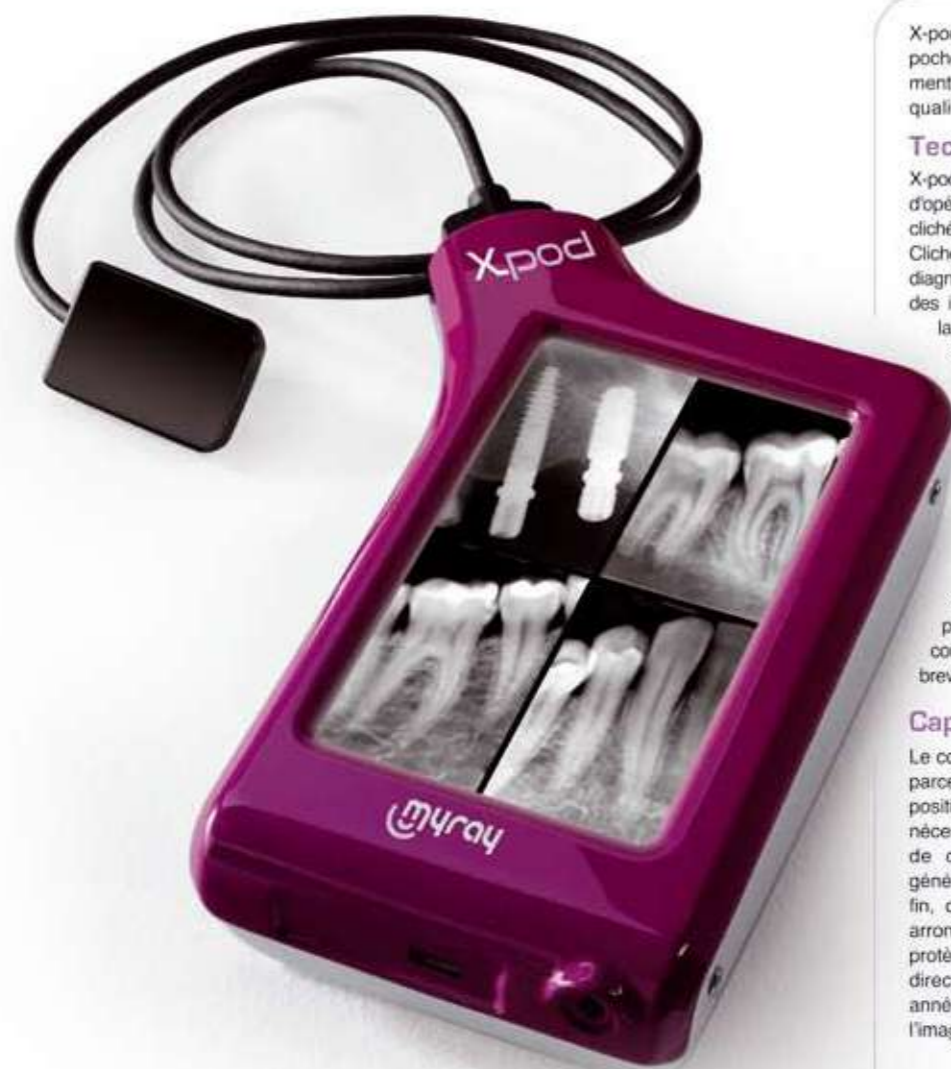
Fierté et plaisir. Deux ingrédients de la réussite. Alors, poursuivons. Allons
de l'avant. Dans les pages de ce numéro spécial, explorez notre program-
me 2011, l'année des 10 ans. Il a été peaufiné dans les détails, particuliè-
rement pour vous. Au-delà des exigences légales, il vous ouvre les portes
de votre réussite à vous.

Bonne découverte, et à bientôt au COD! ♦

Xpod

Wireless Digital System

Dans le creux de la main
Le diagnostic instantané



X-pod, le nouveau dispositif médical de poche créé par MyRay, réalise instantanément des clichés radiographiques de haute qualité dans le creux de la main.

Technologie en autonomie

X-pod vous permet de rentrer dans la salle d'opération et de disposer instantanément de clichés radiographiques parfaitement clairs. Clichés qui vous permettent de faire un diagnostic en examinant et en agrandissant des images haute résolution sur un écran large, mais dont les dimensions correspondent à celles d'un appareil de poche. Tout cela sans être lié à des fils, alimentations, logiciels ou un ordinateur; toutes les fonctions disponibles à travers son écran tactile. X-pod se recharge pendant la nuit et sa batterie aux polymères de lithium permet une autonomie d'une journée entière. X-pod sauvegarde les clichés sur la carte mémoire Secure Digital et vous permet de les partager au moyen du port USB ou par connectivité Bluetooth "sans interférence" brevetée.

Capteur ergonomique

Le confort du patient n'est pas une option, parce que lorsque le patient est dans une position agréable, le prendre en charge nécessite moins de temps. X-pod est doté de capteurs intra-oraux de dernière génération, avec un revêtement externe fin, des bords émoussés et des angles arrondis. Une couche en fibres optiques protège le capteur contre la pénétration directe des rayons X, permettant des années d'utilisation sans détérioration de l'image.



Depuis 2001

PROGRAMME 2011

FC1

Ergonomie
Charleroi • Samedi 2 avril

FC2

Endodontie
Namur • Vendredi 6 mai

FC3

Implantologie
Bruxelles • Samedi 18 juin

FC4

Esthétique
Charleroi • Vendredi 30 sept.

FC5

Pluridisciplinaire
Namur • Vendredi 18 nov.



FC6

Thématique
Bruxelles • Samedi 17 déc.

TP

Travaux pratiques
Charleroi • Samedi 1^{er} oct.

PR

Peer-reviews
Nombreuses possibilités

myray
new comfort
in digital imaging

Distribué par Castelbel : contact par tél. au 010 818 343 ou par mail à info@castelbel.be

Charleroi • Samedi 2 avril 2011

FC1

Ergonomie

Que la lumière soit !

L'environnement de la vision au cabinet dentaire

Objectifs de ce cours — Que serait un dentiste sans ses yeux ? Voir. Aussi bien pour le diagnostic que pour l'intervention thérapeutique, voir s'est toujours révélé fondamental mais difficile pour le dentiste. Car une particularité de notre art, est d'avoir l'obligation de voir clair dans une cavité obscure par essence. Et ceci, tout au long d'une carrière où l'acuité visuelle se détériore... Ce n'est pas pour rien que le miroir est associé au serpent sur notre caducée !

Mais, au fil du temps, le concept de vision s'est encore développé, globalisé. Ce n'est plus seulement la cavité buccale qu'il faut éclairer, mais un lieu de travail tout entier. De plus en plus, des recherches ont mis en... lumière les rapports entre, d'une part, un éclairage performant assorti de bonnes techniques de vision, et, d'autre part, la prévention des maladies professionnelles de la posture, voire la bonne santé psychique du dentiste.

De quoi prendre la résolution d'une activité consacrée à tous les aspects environnementaux tournant autour de ce concept.

Car une bonne lumière et une bonne vision sont certes fondatrices de qualité des soins dentaires, mais aussi de qualité de vie pour le praticien. >>



Jean-Claude Hache

Docteur en Médecine
Spécialiste en ophtalmologie
Chef du service de neuro-
ophtalmologie et d'exploration
de la vision au CHU de Lille
(1975 à 2003)
Activités de soins,
d'enseignement et de
recherche
(177 publications référencées)
Actuellement neuro-
ophtalmologiste à la clinique
de la Louvière à Lille



Thierry Caire

DCD Paris 5
CES Biomatériaux
CES Parodontologie
AUET Implantologie
Membre du groupe de
recherche sur l'esthétique
Smile
Exercice libéral à Lambesc
(Provence)



Marc Apap


DCD, DSO
Ex-Assistant Paris 5
Auteur de nombreux articles
concernant la pratique dentaire
et l'évaluation de matériels et
produits depuis 1998
Rédige actuellement la rubrique
« Ce que j'en pense », mensuel
Clinic (Editions CdP)
Président de l'Association
Française d'Ergonomie et de
Gestion Dentaire, membre de
l'ESDE (European Society of
Dental Ergonomics)
Pratique libérale
à Saint Germain en Laye



Philippe Perrin

Médecin-dentiste
Assistant à la Faculté de Berne
et divers cabinets privés
Dentiste Adjoint à la Klinik
für Zahnerhaltung, Präventiv-
und Kinderzahnmedizin de
l'Université de Berne
(Prof. Adrian Lussi)
Nombreux cours et
conférences dans le domaine
de la microdentisterie et des
aides visuelles
Pratique libérale généraliste à
Schaffhouse (Suisse)

Fiche technique de cette activité

Organisateur  COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Quand ?	Samedi 2 avril 2011, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
	Où ?	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)
	Disponibilité ?	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	Accréditation ?	OUI : demandée - 10 dom 1 + 30 dom 2
	Agrément ?	OUI : 6 heures
	Combien ?	Montant de base tout compris : 195,- EUR Paielement reçu après le 18/3 (PAS d'inscrit. sur place) : +50,- EUR
	Réductions* ? <small>* conditions page 47 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2008)/étudiant : 185,- EUR Réduction-fidélité sur programme : possible jusque 250,- EUR !
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	

>> 9h00 Le dentiste face à ses défauts visuels [Jean-Claude Hache]

Cette présentation débutera par une introduction sur la physiologie oculaire, qui a considérablement évolué depuis les travaux d'Hubel et Wisel (Prix Nobel 1981) :

- Notion de vision : on sait maintenant que l'appareil visuel fonctionne comme l'oreille et décompose une image en fréquences spatiales. La lumière n'est que le support de l'image, car ce sont les différents contrastes, qui constituent cette image, qui sont l'élément stimulant pour la rétine. Les différents signaux sont ensuite acheminés au cortex par plusieurs sortes de fibres nerveuses pour y être décodés et identifiés à l'étage cognitif. La vision ne fonctionne pas de façon isolée, elle est liée à l'audition et aux capteurs posturaux de l'oreille. Le déplacement des yeux entraîne des modifications du tonus corporel. Certaines perturbations de l'équilibre binoculaire peuvent être à l'origine de syndromes comme le SADAM.

- Notion de regard : une image, un visage, une scène visuelle, un texte à lire ne sont pas identifiés en une fois. Le regard se déplace selon une stratégie programmée pour acquérir l'information. Il existe des pathologies du regard comme le nystagmus, la dyslexie ou les hémis-négligences qui perturbent la reconnaissance des formes ou des mots.

Sur ces bases, nous aborderons les pathologies qui présentent des répercussions sur l'exercice de l'art dentaire.

Des anomalies congénitales comme le daltonisme sont fréquentes (9,2 % des hommes) et compliquent sérieusement l'activité dentaire. Les amétropies (myopie, hypermétropie, astigmatisme) nécessitent une correction dont le type (lunettes, lentilles, chirurgie) doit être adapté aux besoins et risques spécifiques des dentistes. Nous verrons comment.

Enfin, nous aborderons le vieillissement de l'œil et de sa fonction dans le cadre du travail de dentiste. La presbytie qui sous nos latitudes se manifeste vers 44 ans est souvent mal acceptée par les odontologistes car il n'est pas simple de soigner les dents du haut avec un verre progressif dont la zone de vision de près se situe en bas... Nous verrons ensemble les différentes solutions à apporter à ce problème qui complique la vie de 100% des Confrères.

11h00 Bien éclairer pour bien voir [Thierry Caire]

L'éclairage d'un cabinet dentaire (du poste de travail en particulier) revêt une importance majeure sur les conditions d'exercice d'un chirurgien dentiste en raison de l'évolution de nos actes thérapeutiques : la dentisterie esthétique, la micro dentisterie, l'implantologie, sont des domaines dans lesquels la précision, le travail sur des matériaux de teintes très voisines, nécessitent une quantité de lumière importante et de grande qualité.

En début d'activité, l'éclairage n'est pas toujours considéré comme une priorité par le dentiste, peut-être parce que sa vision est généralement excellente et lui permet de s'accommoder quelques années d'un éclairage moyen. Si au contraire l'éclairage est d'emblée conforme, les performances de la vision diminuent avec le temps, ce qui nous oblige malgré tout à reconsidérer régulièrement l'éclairage général du cabinet, soit en prévoyant cette évolutivité dès l'installation, soit en intégrant un dispositif de gradation des sources lumineuses.

Eclairagiste est un métier qui n'est pas le nôtre et qui n'est pas forcément celui de nos installateurs. Il peut être donc utile d'acquérir quelques notions en la matière pour faire les bons choix. Nos installateurs de matériel, aussi compétents soient-ils, ne connaissent pas certaines spécificités de notre métier et proposent des solutions relativement standardisées. En effet, un bon éclairage ne suffit pas à bien voir. Il doit faire parti d'une ergonomie globale de travail incluant des positions de travail et des matériels adaptés (la digue en est sans doute un bon exemple tant elle améliore la visibilité de la zone de travail).

Nous verrons que l'éclairage d'un cabinet dentaire peut être considéré selon trois zones :

- La zone extra dentaire ou de circulation reste malgré tout une zone de travail (accueil, travail sur écran, stérilisation) avec des tâches bien spécifiques. Elle ne doit pas être sous estimée.
- Dans la zone de travail, le plafonnier est l'élément clé de notre éclairage. Quoi qu'en disent certains fabricants, ce n'est pas de la haute technologie mais quelques éléments techniques sont à connaître pour bien le choisir ou

pour améliorer un matériel vieillissant. Nous aborderons ainsi les notions de spectre lumineux, de température de couleurs, ou encore de luminance qui exprime l'éblouissement que provoque une source ou sa réflexion sur une surface. Des renseignements pratiques seront livrés sur la sélection des tubes fluorescents ou des types de diffuseurs de lumière.

- La zone intra buccale ou zone opératoire est une zone difficile à éclairer. Faut-il un éclairage opératoire spécifique pour certains domaines ? En plus de la lampe opératoire, de nouvelles sources lumineuses sont disponibles, à commencer par celles de nos instruments rotatifs. Avec l'avènement des LED, une multitude d'accessoires éclairants nous sont proposés : lampes frontales, écarteurs lumineux, miroirs lumineux... Mais ces dispositifs sont-ils utilisables avec nos matériaux photopolymérisables ? Ici encore nous développerons l'idée que l'éclairage optimum de la cavité buccale et des dents dépend du respect des fondamentaux de l'ergonomie dentaire : les bons positionnements du matériel adapté (la lampe opératoire), du praticien et du patient.

De la bonne qualité de l'éclairage ambiant (naturel ou artificiel) dépendra la juste perception de notre environnement et la qualité de votre vision. Précisons en outre que la performance de l'éclairage de notre lieu de travail doit associer l'efficacité au bien-être du personnel soignant et des patients. Notre environnement est façonné par l'éclairage. Il peut être reposant à certains endroits, stimulant à d'autres et, tant qu'à faire, esthétique. Dans une certaine mesure, savoir bien éclairer est aussi un art.



13h30 Vision indirecte : ne nous en privons plus ! [Marc Apap]

La vision indirecte est indispensable pour conserver une position confortable et saine, quel que soit le secteur de la bouche sur lequel on travaille. Le but de cet exposé sera de décrire le matériel, la manière de s'en servir, les positions respectives des différents protagonistes, pour optimiser le travail en vision indirecte, que l'on exerce seul ou avec une assistante au fauteuil.

Partout dans le monde, 65 % des chirurgiens-dentistes souffrent ou ont souffert au moins une fois dans leur vie du dos, de la nuque ou des épaules. La cause principale de ces problèmes ? De mauvaises positions de travail soutenues tout au long de la journée durant des années. Les postures que nous adoptons instinctivement ont un seul but : nous permettre de mieux voir ce que nous faisons dans la bouche de nos patients. Malheureusement, elles sont toujours délétères à plus ou moins brève échéance.

Travailler en sollicitant son corps le moins possible, conserver en toute circonstance une posture qui préserve sa santé est quelque chose qui s'apprend. Il faut se tenir assis, le dos droit, les épaules basses, les coudes près du corps, le tout en position symétrique. Les avant-bras sont relevés de 10 à 25°. Les pieds sont à plat sur le sol, les cuisses forment un angle d'environ 110° avec le tronc. La tête ne doit pas être penchée vers le bas de plus de 20° (Hokwerda et coll., 2006). Pour garder cette attitude, quel que soit le secteur opéré, on peut varier ses positions horaires par rapport au patient. Ce dernier doit être complètement allongé, la tête orientée de telle sorte que les surfaces travaillées soient toujours bien visibles.

Etant donné la configuration de la bouche et des dents, il est impossible d'observer la totalité de leurs faces en vision directe sans se livrer à des contorsions hautement toxiques. En conséquence, pour conserver la bonne position de référence, il faut utiliser un miroir qui réfléchisse l'image de la dent traitée en direction de notre regard. S'obstiner à travailler exclusivement en vision directe est épuisant et stérile : c'est comme vouloir à tout prix s'exprimer dans sa langue maternelle dans un pays où personne ne la comprend.



>> Les dentistes qui ont introduit la vision indirecte dans leur pratique présentent jusqu'à 20% de dorsalgies en moins par rapport à ceux qui travaillent tout le temps en vision directe (Ginisty, 2004). Le travail en vision indirecte ne présente guère de difficulté, tant que l'on n'utilise pas d'instrument dynamique, ni de spray d'air et d'eau pouvant souiller le miroir. Pour fraiser ou détartrer confortablement sous spray en vision indirecte, il faut disposer d'un équipement adéquat, se placer de façon convenable, et s'entraîner suffisamment. Avec l'habitude, le passage de la vision directe à la vision indirecte et vice-versa devient un réflexe.

L'assistante au fauteuil rince le miroir en permanence pour qu'il soit toujours lisible et aspire l'eau du spray. Elle doit anticiper les réactions du praticien et placer en bouche ses instruments avant ceux du dentiste. Une parfaite coordination entre les deux protagonistes est vivement recommandée, tout comme l'apprentissage de leurs positions respectives selon le secteur traité.

Il y a encore quelques années, le travail à quatre mains était la seule manière possible d'exercer en vision indirecte. Aujourd'hui, des dispositifs comme les miroirs aspirants permettent à un praticien seul d'accomplir la quasi-totalité des tâches en vision indirecte sans assistance au fauteuil. On peut donc l'affirmer sans crainte, la vision indirecte est désormais sans restriction, à la portée de tous.



15h30 Les aides optiques : un changement de vie [Philippe Perrin]

Nous, les dentistes, avons-nous une vision suffisante pour notre profession ? Les plus âgés voient-ils moins bien que les jeunes ? Bien sûr, mais où se situe la limite ? Et est-ce vraiment inéluctable ?

Des loupes sont-elles alors nécessaires pour toutes et tous ? Et le microscope : s'agit-il vraiment d'un sujet pour les omnipraticiens ?

Une dentisterie minimalement invasive est-elle possible sans aide visuelle ? Et cette aide visuelle, est-elle possible sans assistante ?

Et si on fait le pas, sur quels critères choisir des loupes ? Comment apprendre l'ergonomie nécessaire à l'aide visuelle ?

Nous allons discuter toutes ces questions (et d'autres) et comprendre que le sujet de la vision est d'une complexité inattendue. Néanmoins, des réponses transposables dans la pratique et basées sur la recherche actuelle seront présentées. Du reste, les aides visuelles, le microscope plus encore que les loupes, ont des avantages énormes en ergonomie qui seront discutés.

Laissez-vous emmener dans le monde fascinant des images agrandies et d'une nouvelle vision sans compromis ! ♦



Votre partenaire dans la gestion de votre cabinet dentaire

Software made by **Stevensoft**

Fonctionnalités :

Le logiciel dentOpen, s'appuyant sur les fonctions de Windows, vous permet la gestion complète de votre cabinet dentaire grâce aux fonctionnalités suivantes :

- **Fiche patient :**
 - Coordonnées du patient, couverture INAMI, paramètres personnels, etc.
 - Gestion des cartes SIS et EID.
 - Classement des dossiers patients inactifs.
 - Encodage automatisé des soins selon des mnémoniques liés à des codes de nomenclature INAMI, minimisant ainsi les risques d'erreur et éventuellement des refus des mutuelles.
 - Encodage des soins via le schéma dentaire, y compris l'historique rapide et le plan de traitement. Modification facile entre dentition lactéale et définitive.
 - Gestion du tiers-payant.
 - Gestion des paiements par le patient ou par groupe. Impression de l'attestation.
 - Impression d'ordonnances selon le modèle légal en vigueur (code barre).
 - Établissement de l'anamnèse (personnalisable).
 - Établissement et gestion des devis et plans de traitement.
 - Gestion de rubriques personnelles par patient.
 - Stockage des photos et images scannées liées au patient.
- Impression de documents spécifiques par traitement de texte interne, ou en fusion avec un traitement de texte externe (Lettre type aux patients, aux mutuelles, au titulaire auprès de la mutuelle, ou via un fichier d'adresses interne).
- Possibilité d'envoi automatique d'email.
- Rappels de soins automatisés.
- Rappels de paiements à plusieurs niveaux.
- **Interaction avec 12 logiciels de radiologie numérique.**
- **Édition et gestion des récapitulatifs des mutuelles** (paiements, acomptes, refusés, etc.).
- **Module de comptabilité intégré avec édition des ventes, du financier, du livre journal, etc.**
- **Facturier, avec suivi des paiements, imputation des frais déductibles, avec répartition privé/professionnel. Plan d'amortissement pour les investissements.**
- **Établissement du bilan à tout moment de l'année** (tableau de bord).
- **Module de statistiques : Profil praticien, statistiques financières, comparaisons par mois, année.**
- **Gestion d'un post-It, avec en-tête et impression**
- **Gestion multipostes et multi praticiens.**

NEW Un module agenda intégré à dentOpen est maintenant disponible. Il vous permet de récupérer les données de vos fiches patients : nom, prénom, téléphone, adresse email, jour et heure de rendez-vous préféré, etc. Il permet l'envoi de rappels automatiques, la gestion des catégories. Il est multipostes et multi-praticiens.



Stevensoft

Nous contacter :
Stevensoft sprl
Rue des Carrières 1
6460 Saint-Remy (CHIMAY)
Tél. +32 (0) 60 21 54 00
Fax : +32 (0) 60 21 56 83
info@stevensoft.be
www.stevensoft.be

Namur • Vendredi 6 mai 2011



Les voies de l'apex sont-elles impénétrables ?

Décisions & techniques en retraitement endodontique

Objectifs de ce cours — À l'heure de la banalisation des implants, le retraitement endodontique a-t-il encore du sens ? L'apex constitue-t-il toujours le Graal de la sérénité odontologique ? Tout dépend naturellement de la situation clinique, mais on rencontre nombre de patients pour qui cette approche demeure un premier choix. Faiblement invasif, souvent à la portée de l'omnipraticien grâce aux nouvelles techniques et connaissances, le RTE figure encore en bonne place dans l'arsenal thérapeutique dentaire.

Il arrivera — espérons-le — un jour où la qualité reproductible de l'endodontie de première intention rendra inutile la réintervention... Dans cette lointaine attente, consacrons une journée « données acquises » au RTE, en compagnie de trois ténors et une soprano de la spécialité. >>



Raphaël Devillard

Maître de Conférences des Universités à l'U.F.R d'odontologie de Bordeaux. Praticien Hospitalier plein temps au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Pratique exclusive de l'endodontie

Reza Arbab-Chirani

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Membre de la Société française d'endodontie
Responsable du département d'odontologie conservatrice - endodontie
Université de Bretagne Occidentale
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest



Étienne Deveaux


DCD, DSO, PhD
Docteur d'État en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD à la Faculté d'Odontologie de Lille à temps plein, avec un exercice d'endodontie en secteur privé
Membre associé international de l'AAE, membre certifié de l'ESE
Ex-Président et Directeur des relations internationales de la Société Française d'Endodontie

Catherine Ricci

Diplômée de l'Université de Paris 7
DU d'Endodontie de l'université de Paris 7 (Prof. Laurichesse)
Ex-Président de la société Française d'Endodontie
Co-Directeur au DUI Endodontie à l'Université de Nice
Attaché hospitalo-universitaire à l'Université de Nice
Regent-Directeur pour l'Europe au Bureau de l'IFEA
Exercice limité à l'endodontie à Nice



Fiche technique de cette activité

Organisateur  COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	<i>Quand ?</i>	Vendredi 6 mai 2011, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	<i>Où ?</i>	ACINAPOLIS, 16 rue de la Gare Fleurie 5100 Jambes (Namur)	
	<i>Disponibilité ?</i>	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	<i>Accréditation ?</i>	OUI : demandée - 40 dom 4	
	<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures	
	<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris :	195,- EUR
		Paiement reçu après le 22/4 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR
<i>Réductions* ?</i> <small>* conditions page 47 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2008)/étudiant :	185,- EUR	
	Réduction-fidélité sur programme :	possible jusque 250,- EUR !	
<i>S'inscrire !</i>	Bulletin d'inscription en avant-dernière page		

>> 9h00 Qu'est-ce que l'apex ? [Raphaël Devillard]

Un échec endodontique se manifeste le plus souvent par la survenue d'une LIPOE (Lésion Inflammatoire Péri-apicale d'Origine Endodontique), qui est liée à la présence de bactéries intra-canalaires. La grande majorité de ces bactéries se situe dans les derniers millimètres du canal, au niveau de l'apex. Mais qu'est ce que réellement l'apex ?

Kuttler a montré en 1955 que l'apex était constitué de deux cônes, l'un dentinaire, l'autre cémentaire. Ces deux cônes s'opposent par leur sommet, au niveau de la jonction cémento-dentinaire, structure correspondant le plus souvent à un rétrécissement du canal appelé constriction apicale. Cette description semble aujourd'hui ne pas rendre suffisamment compte de la grande complexité et variabilité de la zone apicale. En effet, la constriction apicale n'est pas toujours identifiable. Quand elle existe, sa forme est souvent ovale ou irrégulière. Son diamètre et sa position sont très variables selon les études, et diffère en fonction de la dent considérée, de l'âge du patient. Peut-on encore parler de constriction apicale, ou s'agit-il plutôt d'une zone critique, frontière complexe entre l'endodonte et le parodonte ? Lorsqu'une pathologie apicale existe, il peut même ne pas y avoir de distinction morphologique nette, ce qui implique qu'aucune zone de rétrécissement apical n'est alors présente.

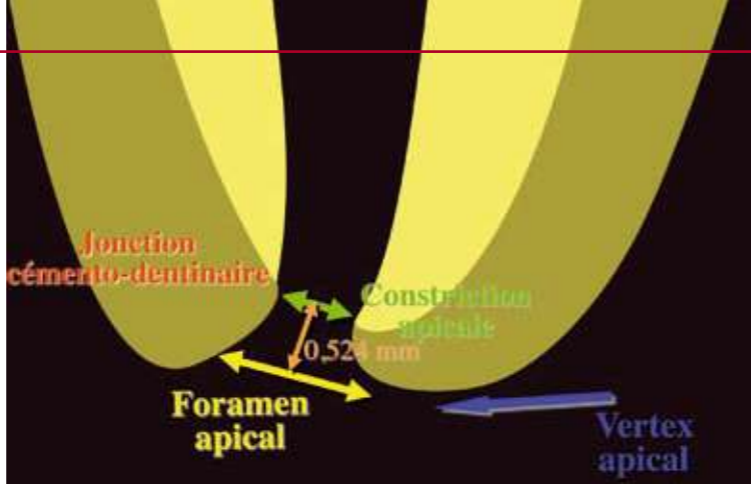
Les études morphologiques et anatomiques des structures apicales montrent enfin la présence dans une grande majorité de racines, de canaux latéraux et ramifications apicales qui rendent encore plus complexe l'abord de cette zone si stratégique. Notre limite apicale de préparation doit être la jonction cémento-dentinaire. Cette entité physiologique est impossible à localiser cliniquement. Correspond-elle réellement à la constriction apicale ? Non, à en croire certains auteurs.

Différentes approches sont alors proposées pour fixer la limite apicale de la préparation et de l'obturation en fonction des situations cliniques, l'enjeu étant de nettoyer l'intégralité de l'endodonte tout en évitant d'irriter le périapex.

A la question cruciale de la limite apicale, s'ajoute celle du diamètre minimal de préparation qu'il faut obtenir. Là encore, pas de consensus dans la littérature, mais un compromis à trouver entre une désinfection la meilleure possible, un élargissement facilitant la technique d'obturation choisie, sans prendre le risque de créer des butées, ou de déchirer le foramen apical.

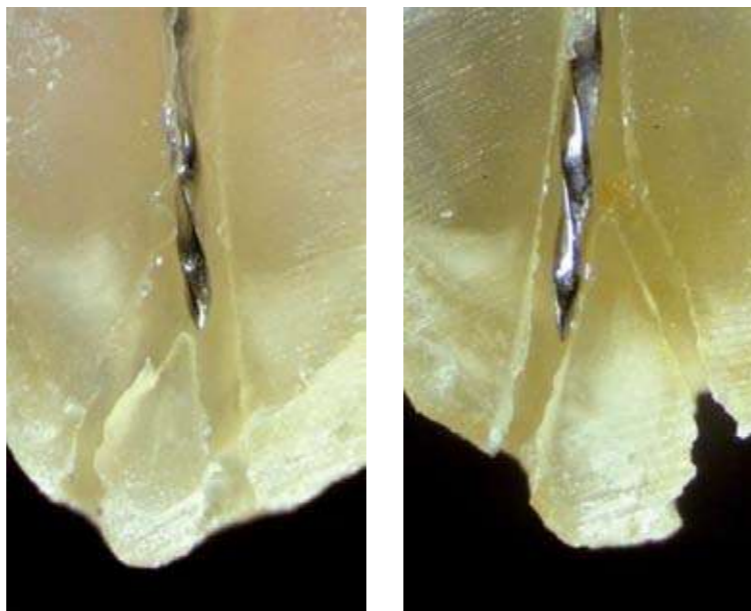
Comment faire alors pour réussir à s'en sortir dans son cabinet ? Les moyens que nous avons à notre disposition en clinique sont notre sensation tactile, la radiographie en 2 ou 3 dimensions, et les localisateurs d'apex. Mais que peut-on réellement localiser avec ces différentes méthodes ? La constriction apicale ? Le foramen apical ?

La radiographie est le moyen le plus utilisé pour tenter d'appréhender les derniers millimètres du canal. Mais cette méthode présente de nombreux inconvénients, que nous détaillerons. Tout récemment, l'arrivée de l'imagerie numérique en 3D semble offrir des perspectives très prometteuses pour visualiser la zone apicale.



Les localisateurs d'apex sont des outils faciles d'utilisation qui ont considérablement évolué par rapport aux anciennes générations d'appareils. Ils sont maintenant considérés comme fiables quelles que soient les conditions intra-canalaires, ce qui les rend indispensables pour la détermination de la Longueur de Travail. Sur quels critères devra-t-on choisir un appareil électronique performant, et comment faire pour éviter les pièges qui perturbent la réalisation de la mesure ?

Le recours à ces deux méthodes (électronique et/ou radiographique), ainsi que la perception d'une sensation tactile dans le canal, permettra au praticien d'appréhender au mieux cet apex, zone si complexe, mais souvent clef de la réussite du (re)traitement.



11h00 Retraiter ou ne pas retraiter : telle est la question [Reza Arbab-Chirani]

Le retraitement endodontique constitue un acte thérapeutique effectué très fréquemment dans le cadre d'un exercice omnipratique. Il s'agit d'une procédure clinique bien codifiée mais qui est souvent considérée par les praticiens comme un soin difficile à maîtriser et donc à réaliser. En dehors des difficultés techniques possibles auxquelles peut être confronté le clinicien durant le retraitement, de nombreux autres facteurs peuvent intervenir dans la prise de décision. Cette dernière est par conséquent parfois délicate et exige toujours une phase de réflexion approfondie initiale à laquelle doit être associé le patient.

Cette étape préalable est également nécessaire car, ainsi qu'il est démontré dans la littérature scientifique, le pronostic d'un RTE est toujours moins favorable qu'un traitement initial. Dans ce domaine, nous devons toujours envisager plusieurs solutions thérapeutiques et opter pour celle qui présente la meilleure indication : faut-il retraiter ou ne pas retraiter ? Telle est donc la question qu'il faut aborder.

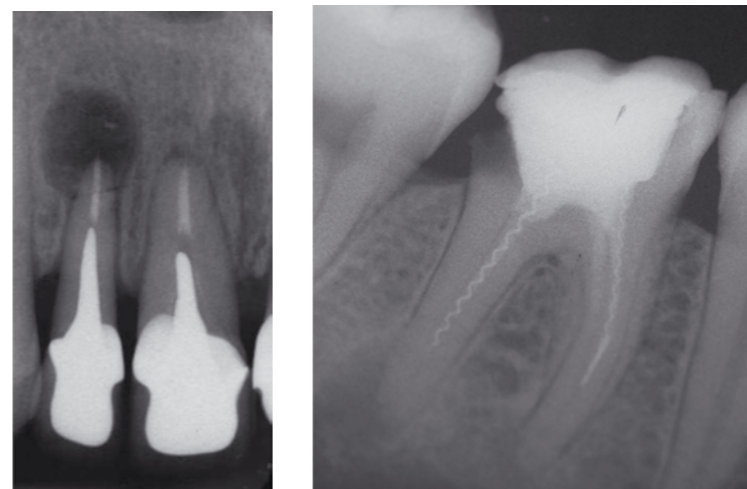
Deux situations cliniques peuvent emmener le praticien à prendre la décision de la réintervention endodontique sur une dent :

- La dent présente une symptomatologie clinique et/ou radiologique : dans ce cas l'objectif est la disparition des signes et/ou la cicatrisation des tissus.
- La dent ne présente aucune symptomatologie, mais il existe des risques potentiels d'échec. Le retraitement peut s'avérer nécessaire, notamment lors d'une restauration prothétique. Dans ce cas, soit la qualité de l'obturation est évaluée comme insuffisante soit l'endodonte, malgré une obturation qualifiée de satisfaisante, a été exposée de façon prolongée à une contamination bactérienne.

Lors du retraitement, le clinicien peut rencontrer un certain nombre de difficultés tels que l'accès difficile à l'endodonte déjà traité, la complexité anatomique, la présence d'erreurs per-opératoires commises lors du traitement initial (fracture instrumentale, déviation du trajet canalaire...). C'est la raison pour laquelle la prise de décision nécessite une phase d'examen cliniques et complémentaires, notamment radiologiques (radiographie intra-orale, OPT, Scanographie CBCT...), très complète et précise, cela d'autant que les raisons d'un échec du traitement initial ne sont pas toujours faciles à mettre en évidence.

Une décision adéquate est bien entendu également basée, avant tout examen, sur une phase d'analyse de la situation clinique (passé de la dent, anamnèse, intérêts de la dent sur les plans fonctionnel et esthétique, nombre de TE déjà réalisés...) et d'évaluation de la motivation et de la coopération du patient.

Par ailleurs, le praticien doit être parfaitement conscient de ses compétences et limites dans le domaine endodontique. Le plateau technique (instrumentation ultrasonore, microscope...) dont il dispose joue également un rôle crucial dans ce domaine.

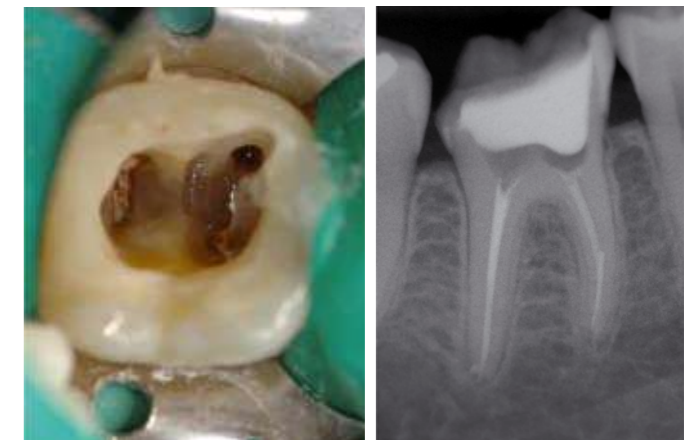


Enfin, l'état général du patient doit également orienter le clinicien dans sa prise de décision.

En cas d'échec avéré ou potentiel d'un traitement endodontique, il est à noter que les différentes possibilités thérapeutiques (RTE par voie coronaire, RTE par voie chirurgicale, extraction et remplacement prothétique ou implanto-prothétique de la dent) doivent être envisagées et proposées au patient. Le choix s'effectuera en fonction du meilleur rapport bénéfices/risques et du pronostic attendu du traitement.

Pour résumer, en matière de retraitement endodontique, les clés du succès lors de la prise de décision se trouvent dans une phase d'observation clinique complète associée à une réflexion préalable à laquelle doit être systématiquement associé le patient.

Lors de ce module, les différents facteurs, intervenant dans la prise de décision de RTE, liés à la dent, à son environnement, au patient et enfin au praticien seront abordés et un arbre décisionnel sera proposé.



13h30 Le retraitement par voie coronaire [Étienne Devaux]

Retraiter, c'est réaliser un nouveau traitement endodontique (TE) à la suite d'un traitement initial inadéquat ou de son échec. Le retraitement endodontique (RTE) est dit orthograde (RTEO) quand il est réalisé par voie coronaire.

Si échec il y a eu, le praticien commence par en analyser les causes, afin de ne pas les reproduire, voire de les aggraver, et afin de les corriger. L'objectif est d'atteindre la triade pour le succès du T : préparer, désinfecter et obturer. Cette triade va permettre d'envisager l'absence d'apparition de pathologies apicales (LIPOE Lésions inflammatoires péri-radicales d'origine endodontique) et/ou leur guérison.

En fonction des habitudes personnelles, de son niveau d'équipement et de son habileté, le dentiste établit ses limites et sélectionne les cas qu'il pense être en mesure de résoudre.

Une fois confirmée la prise de décision du retraitement, sa mise en œuvre nécessite organisation, rigueur et logique.

La première étape est coronaire et elle est capitale. C'est elle qui va conditionner en grande partie le succès du RTE. Il est >>>

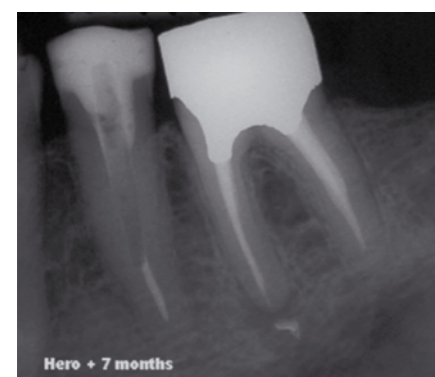
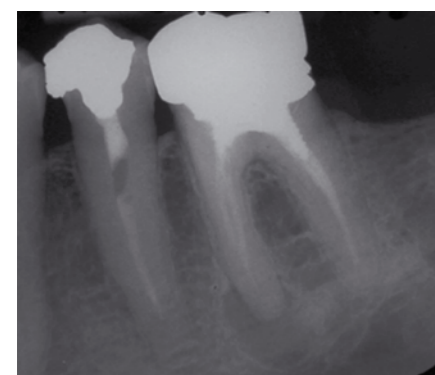
>> préconisé de déposer la totalité des anciens matériaux de restauration coronaire. Cela permet de procéder à l'éviction de tous les tissus cariés, d'aménager les parois résiduelles et de réduire les faces occlusales. A ce stade, la prise de décision initiale peut être modifiée et les pertes de substance être telles qu'une avulsion soit être inévitable. Au cours de cette phase, les tenons (métalliques ou fibrés) sont déposés. La dépose des éléments prothétiques sera préférée au passage à travers ces éléments. Ultrasons et aides visuelles sont déjà nécessaires. La cavité d'accès est évaluée et aménagée en deuxième intention.

Après avoir réalisé ainsi l'accès aux canaux, c'est l'accès aux apex qui est mis en œuvre dans une deuxième étape : la désobturation canalaire est effectuée, avec des moyens chimiques pour les obturations à base de pâtes et gutta, avec des moyens mécaniques pour les anciens matériaux en place (pointes d'argent, lentulos, matériaux semi-solides). D'autres causes d'échecs comme les fausses routes ou les épaulements sont résolues par des méthodes spécifiques. Ainsi, la réparation canalaire peut être réalisée. Une place importante est réservée, pour mener à bien cette deuxième étape, aux ultrasons, aux aides visuelles et aux systèmes de re-préparation en NiTi en rotation continue. Il faut savoir agir soit en une séance, soit en plusieurs séances, en fonction de chaque situation clinique.

La dernière étape consiste en la ré-obturation, afin de pérenniser le résultat obtenu par les manœuvres de RTE.

Un suivi est mis en place pour évaluer la guérison des lésions péri-apicales

Réflexion, patience, méthodologie, outils spécifiques, dextérité sont des items nécessaires pour mener à bien des procédures de RTEO. Cette voie coronaire permet d'être moins invasif et plus conservateur des tissus dentaires. Elle permet, dans de nombreux cas, d'atteindre les objectifs biologiques de l'endodontie moderne.



15h30 Le retraitement par voie apicale [Catherine Ricci]

Lorsque le traitement endodontique est un échec et que le retraitement n'a pas permis la guérison d'une lésion péri-apicale, l'endodontie chirurgicale reste le dernier recours avant l'extraction.

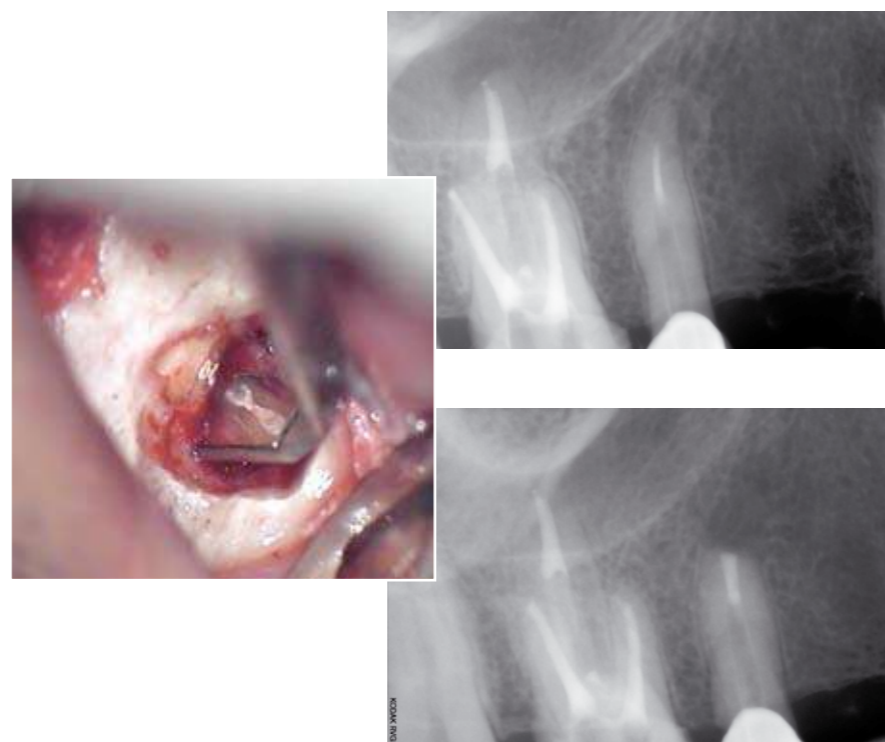
Bien souvent, l'apparition ou la persistance d'une lésion péri-apicale est liée à la présence de bactéries dans le système canalaire. Les micro-organismes peuvent survivre dans des dents apparemment bien traitées, dans les tubules dentinaires, les irrégularités canalaires, les deltas et les isthmes. De plus, les bactéries peuvent s'organiser en biofilm extraradiculaire, particulièrement résistant aux mécanismes de défenses de l'organisme.

Les indications de l'endodontie chirurgicale sont rassemblées en plusieurs catégories :

- L'échec d'un retraitement : cause bactérienne, canal calcifié, présence d'un instrument fracturé ou d'une fausse route ayant empêché la négociation du canal jusqu'à son extrémité, ciment non soluble ou fêlure apicale
- Présence d'une couronne, avec un ancrage indémontable
- Dépassement d'un matériau d'obturation générant une douleur permanente
- Douleur à la palpation apicale liée à l'absence de table osseuse externe en regard de l'apex
- Développement d'un kyste vrai

Il est évident que le simple curetage périapical ne résoudra en rien le problème infectieux, seule l'élimination de la source de la pathologie par un nettoyage du canal a retro et son obturation permettra la guérison.

Les différentes phases de cet acte, évaluation de l'étendue de la lésion, tracé d'incision, curetage de la lésion, résection apicale et obturation a retro seront expliqués étape par étape afin que chacun puisse connaître les règles de la chirurgie endodontique. ♦



L'ALTERNATIVE

Composite de restauration photopolymérisable pour le secteur postérieur

- L'alternative : Des grandes obturations sans amalgame
- Rapidité : Polymérisation jusqu'à 4 mm de profondeur en 10 secondes
- Teinte universelle : Bonne adaptation à la teinte naturelle de la dent obtenue par mimétisme


X-tra fil



MAINTENANT ÉGALEMENT
DISPONIBLE DANS UN
COFFRET GÉANT À UN PRIX
FAVORABLE



Rendez-nous visite
Cologne, 22.-26.03.2011
Stand : R8/S9 + P10, hall 10.2

La participation exceptionnelle de ce conférencier est possible grâce à 

Bruxelles • Samedi 18 juin 2011



L'os et l'implant : "Je t'aime, moi non plus"

Heurs & malheurs de l'ostéointégration

Objectifs de ce cours — L'os et l'implant, c'est une sorte d'histoire d'amour, pour le meilleur et pour le pire. L'un ne va pas sans l'autre ; ils entretiennent ensemble une relation fusionnelle. Et comme dans toutes les passions, les incidents existent bel et bien, qu'on les appelle « résorption », « péri-implantite » ou « défaut osseux ».

Mais le hasard intervient peu dans les soubresauts de ce destin scellé. Quelques presciences, quelques gestes adroits de clinicien, une intuition quant au devenir d'une arcade... et voilà bien des scènes de ménage prévenues ou guéries. Au cœur de la prise de décision : l'omnipraticien, comme toujours.



Hadi Antoun

DCD (Université de Lyon)
CES d'histologie embryologie et
CES de parodontologie (Paris 7)
Post-graduate d'implantologie
du Misch Implant Institute
(Pittsburgh, USA)
DU d'Implantologie Chirurgicale
et Prothétique (Paris 7)
Ex-attaché dans l'Unité
d'Implantologie de Paris 7
Exercice libéral et exclusif en
implantologie (Paris)
Expert auprès de la Cours d'appel
de Paris
Auteur de plusieurs publications
nationales et internationales

9h00 Aménagement des sites d'extraction


La mise en place d'un implant nécessite, à part l'état général du patient permettant de réaliser l'acte chirurgical, un volume osseux qui puisse stabiliser mécaniquement l'implant et qui puisse aussi le placer dans un axe correspondant au projet prophétique. Or le volume osseux disponible ainsi que sa densité dépendent de plusieurs facteurs :

- la présence d'une prothèse amovible et de sa stabilité
- l'anatomie du patient
- certaines pathologies d'ordre général
- la pathologie associée aux dents présentes
- la résorption post extraction



Comblement par une hydroxyapatite d'origine bovine associée à une membrane résorbable.

Fiche technique de cette activité

Organisateur  COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Quand ?	Samedi 18 juin 2011, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)		
	Où ?	WOLUBILIS, 251 avenue Paul Hymans 1200 Bruxelles		
	Disponibilité ?	475 places (attribuées par ordre de réception du règlement)		
	Accréditation ?	OUI : demandée - 40 dom 6		
	Agrément ?	OUI : 6 heures		
	Combien ?	Montant de base tout compris :	195,- EUR	
		Paiement reçu après le 3/6 (PAS d'inscrit. sur place) :	+50,- EUR	
	Réductions* ? <small>* conditions page 47 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2008)/étudiant :	185,- EUR	
Réduction-fidélité sur programme :		possible jusque 250,- EUR !		
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page			



Greffon épithélio-conjonctif permettant d'aménager un site d'extraction.



Extraction, implantation immédiate sur un édenté complet. Une mise en fonction et mise en esthétique immédiate sont préconisées dans les 24h qui suivent l'intervention.

>> Or le simple fait d'extraire une dent entraîne de profondes modifications au niveau des tissus durs et des tissus mous. Après l'extraction d'une dent, la résorption de la crête alvéolaire est un phénomène physiologique inévitable. Elle peut être de 3 à millimètres à la fois dans le sens vertical et le sens vestibulo-lingual, dans les 6 mois qui suivent l'extraction (Schropp, 2003). Elle peut atteindre 23% de la crête osseuse à 6 mois, jusqu'à 40% dans les 2 ans qui suivent. Afin de diminuer l'incidence de ces modifications ainsi que dans un souci de simplification et de gain de temps, certains auteurs proposent des thérapeutiques d'aménagement des sites d'extraction avant la pose des implants.

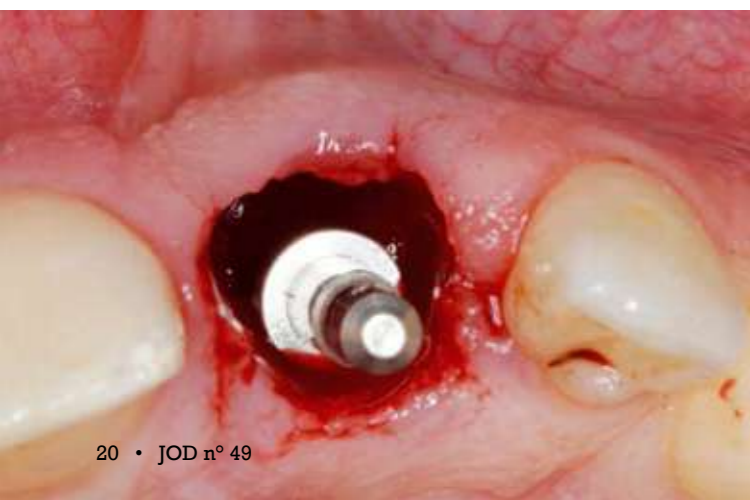
Ce premier module sera consacré à ces techniques, à la disposition de l'omnipraticien qui procède aux extractions.

11h00 Extraire ou implanter immédiatement

L'ostéointégration des implants ainsi que l'obtention d'une fonction adéquate sur le long terme étant acquises, il est incontournable aujourd'hui d'assurer au patient d'une façon reproductible un résultat esthétique stable.

Cette partie a pour objectif de donner une approche biologique et clinique à la gestion esthétique des restaurations implanto-portées dans les édentements antérieurs comme dans les édentements partiels postérieurs et totaux. L'évaluation du site, de la crête osseuse et la conservation des tissus mous seront discutées.

Extraction, implantation immédiate au niveau d'une incisive centrale en vue d'une provisoire immédiate sur implant.



Nous aborderons la mise en esthétique immédiate après extraction implantation immédiate, comme aussi la mise en charge différée et les critères de choix pour l'une ou l'autre approche.

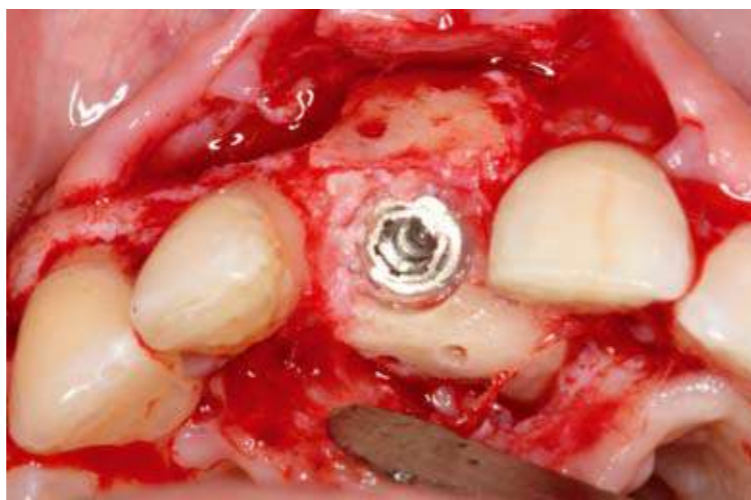
13h30 Gestion des défauts osseux péri-implantaires de petite étendue

L'option de mise en place immédiate des implants n'est pas toujours possible. La perte osseuse autour des dents à extraire ou encore une infection active empêchent assez souvent de le faire, raison pour laquelle la mise en place des implants est différée. Combien faut-il alors attendre avant d'implanter ? Quelle est la technique la plus appropriée ? Ceci va dépendre de plusieurs facteurs ;

- la qualité du tissu osseux environnant
- la taille du défaut
- le potentiel ostéogénique du patient
- l'âge du patient
- la préparation du site d'extraction
- l'association ou pas de matériaux de substitution osseuse

Ces différents éléments de diagnostic devraient aussi déterminer s'il faut greffer avant la pose des implants ou en même temps, s'il faut enfouir ou pas les implants ? Quand une greffe gingivale est-elle nécessaire et à quel moment la faire ? >>

Réentrée à 4 mois après une greffe osseuse autogène et reconstruction en épaisseur et hauteur.



Medicotronix S.a. 2^g

Votre partenaire en dentisterie

Finndent 8000



L'ergonomie scandinave

Galbiati Fox Easy



Le design italien

Gamme complète, ambiance conviviale



*Mobilier (métal)
Hygiène, Ergonomie, beauté.*

Mobilier



*Le laser
Elexion Claros Pico*

Laser



*Sterilisateur
Le plus complet en classe B*

Hygiène



Owandy

Imagerie

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

IDS
2011Rejoignez-nous,
Hall 4,
A090/091

NobelProcera™

Barres implantaires,
biocompatibles et précises.



Barres individualisées usinées à partir de titane de type chirurgical, léger et biocompatible.

Précision de l'adaptation, pour une transmission idéale des charges fonctionnelles et une stabilité à long terme des joints vissés.



Grande variété de barres et d'attaches pour solutions fixes et amovibles.

Grande simplicité d'utilisation de l'implant Replace Select TC grâce à son accès direct sur tête d'implant.

NOUVEAU

Utilisez les implants Replace Select TC (Tissue Collar 3 mm) pour plus de facilité.

Découvrez un nouvel univers dans le domaine de la dentisterie CFAO : haute précision, rapidité et rentabilité. Grâce au logiciel NobelProcera, votre laboratoire scanne et conçoit des barres pour prothèse adjointe et conjointe supra-implantaire individualisées. Pour toutes les indications dans le logiciel NobelProcera – fixes et amovibles – allant d'un prix peu élevé à une option haut de gamme,

pour de nombreuses possibilités d'attaches et de systèmes implantaires. Chaque barre est usinée dans un centre de production NobelProcera à partir d'un seul bloc de titane de type chirurgical, biocompatible. Le résultat : des barres légères et solides sans joint de soudure ni problèmes de porosité. Utilisez le nouvel implant Replace Select TC en toute confiance pour

un temps de traitement moins long. La garantie est de 5 ans. Nobel Biocare est le leader mondial en solutions dentaires innovantes, scientifiquement éprouvées. Pour plus d'informations, contactez votre représentant commercial Nobel Biocare au 02 467 41 70 ou consultez notre site Internet : www.nobelbiocare.com

>> 15h30 Gestion des défauts osseux de grande étendue

Certaines conditions cliniques aboutissent à des résorptions osseuses sévères sur de petites étendues ou aussi à des résorptions de grande étendue. Il est évident que la réhabilitation de ces cas par des restaurations implantoprotées peut s'avérer assez complexe. Elle peut aussi être simplifiée en évitant dans certaines situations les augmentations osseuses. Ceci passe par l'inclinaison des implants, la solidarisation des implants pouvant créer des extensions, l'utilisation d'implants ptérygoïdiens ou zygomatiques, l'apport de fausse gencive à la prothèse etc.

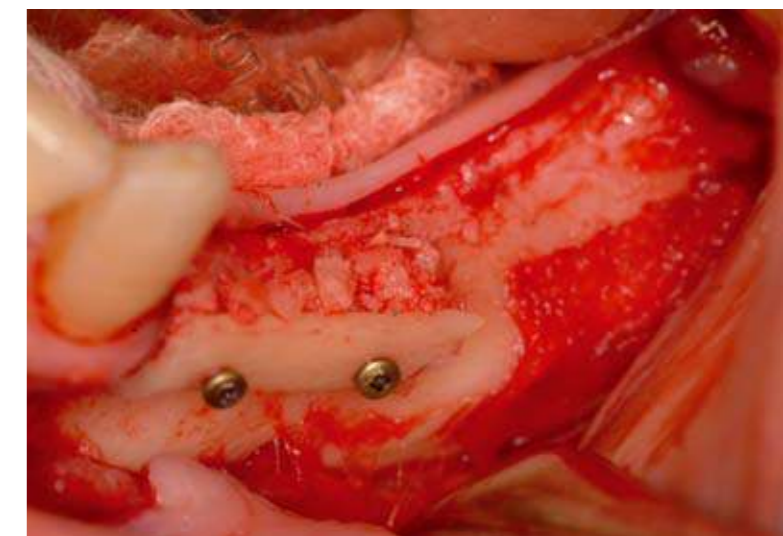
Dans d'autres situations, les augmentations osseuses restent encore nécessaires. L'utilisation de matériaux de substitution osseuse demeure encore notre première option et, dans de rares cas, mais de manière toujours incontournable, l'apport d'os autogène semble encore nécessaire, qu'il soit d'origine intra-orale ou extra-orale, notamment pariétale.

Au cours de l'ensemble de cette présentation nous brosserons les différentes situations cliniques permettant de créer un arbre décisionnel qui devrait nous orienter plus précisément vers les traitements et les délais d'attente les plus adaptés à nos patients. ♦

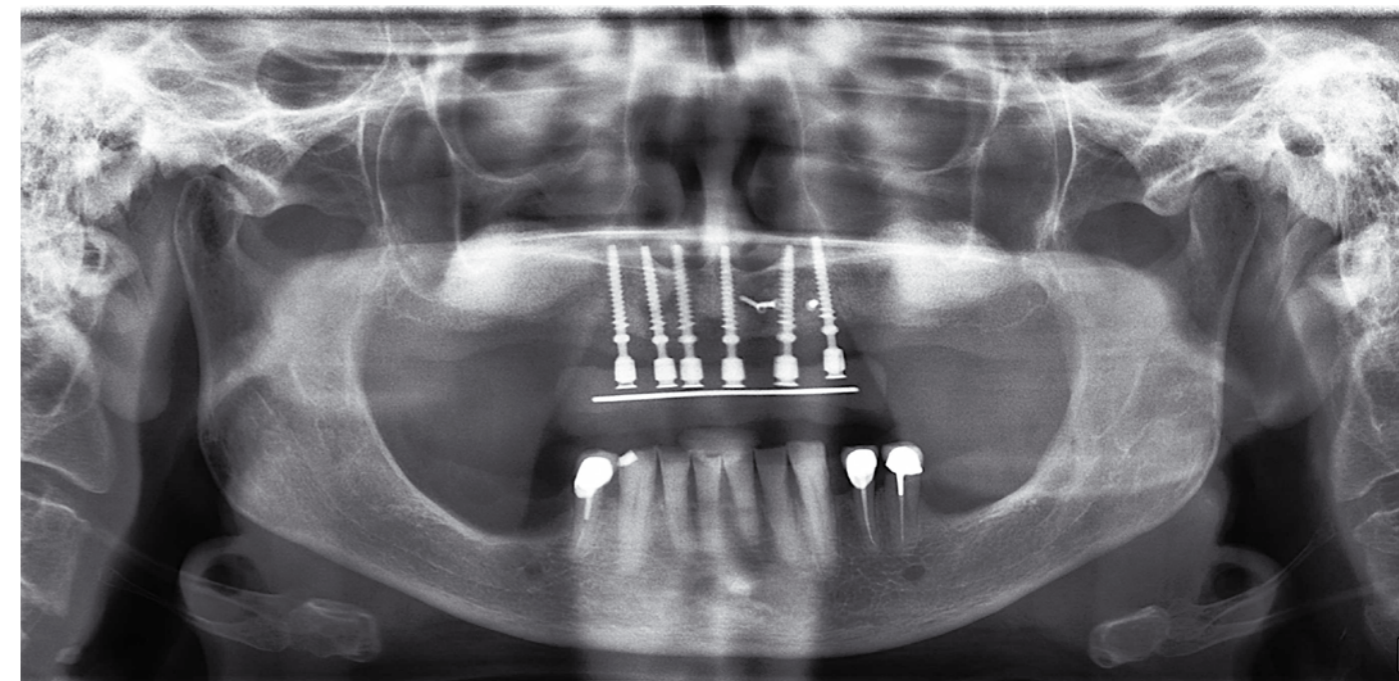


Régénération osseuse guidée au niveau d'un défaut osseux important par hydroxyapatite bovine et membrane non résorbable.

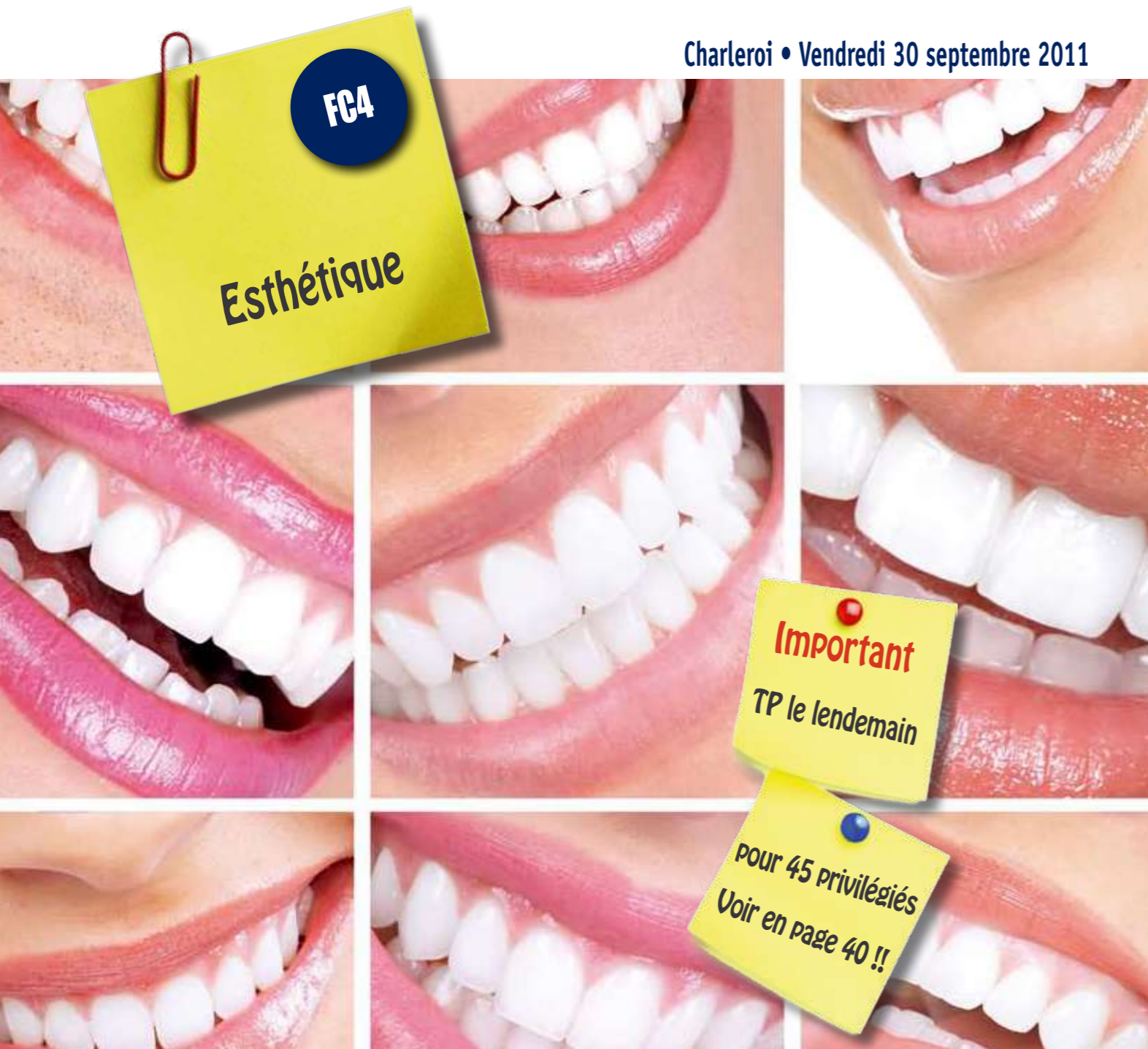
Augmentation osseuse d'un secteur mandibulaire latéral par prélèvement osseux ramique.



Cliché panoramique après un double soulèvement de sinus, une greffe d'apposition et des implants provisoires mis en charge immédiatement.



Charleroi • Vendredi 30 septembre 2011



FCA


Esthétique

Important

TP le lendemain

pour 45 privilégiés
Voir en page 40 !!

Fiche technique de ctte activité

Organisateur  COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Quand ?	Vendredi 30 sept. 2011, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	Où ?	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)	
	Disponibilité ?	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	Accréditation ?	OUI : demandée - 40 dom 7	
	Agrément ?	OUI : 6 heures	
	Combien ?	Montant de base tout compris :	195,- EUR
		Paiement reçu après le 16/9 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR
Réductions* ? <small>* conditions page 47 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2008)/étudiant :	185,- EUR	
	Réduction-fidélité sur programme :	possible jusque 250,- EUR !	
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page		

Souriez, vous êtes filmés !

Le « tout céramique » au quotidien

Objectifs de ce cours — Malgré les satisfactions qu'elle peut procurer, la céramo-métallique vit peut-être ses dernières années... Les difficultés et limites qui lui sont inhérentes, liées à la métallurgie, à l'élaboration des opaques et à la liaison de la céramique cosmétique, auront raison d'elle, en tout cas pour des projets de moins de 4 intermédiaires.

Les objectifs de ce cours sont donc de démystifier les techniques plus récentes en « tout céramique », et de démontrer que cette approche est fiable et accessible à tous les omnipraticiens. Au cours de cette journée, les différentes expressions du « tout céramique » seront développées et illustrées de nombreux cas cliniques : réalisation d'inlays, onlays, overlays et facettes de céramique collées, bridge céramo-céramique en céramique pressée et sur base zircone...



Claude Launois

DCD, DSO (Reims)
 Ex-Maître de Conférences des UFR d'odontologie de Reims et de Nancy
 Ex-Praticien hospitalier des centres de soins de Reims et Nancy
 Exercice libéral à Reims
 Secrétaire national de l'Académie de Dentisterie Adhésive
 Conférencier international
 Animateur de séances de TP dans le cadre de sociétés scientifiques depuis plus de 25 ans

Dans ce module, les différentes céramiques utilisables en prothèse collée seront décrites. De la céramique feldspathique, toujours la plus belle grâce à son comportement lumineux, mais peu résistante (75 MPa), fragile et difficile d'élaboration, à la zircone, qui grâce à ses propriétés mécaniques, optiques et biologiques, permet de supprimer la portion métallurgique de notre profession.

La multitude de céramique proposée par les industriels représente actuellement la difficulté majeure pour le praticien. Entre une céramique stratifiée élaborée sur feuille de platine et une céramique pressée maquillée ou stratifiée, entre une couronne périphérique ou partielle, entre une base alumine ou zircone, entre un élément en céramique pressée ou élaboré par CFAO, le choix n'est pas évident !

Toute cette aventure sera illustrée de cas cliniques suivis sur plus de 20 ans, avec la présentation de réussites à court et long terme, et de cas nécessitant une réfection.

9h00 Le « tout céramique » : une aventure de 25 ans

Une fois révolu le temps des premières facettes et inlays sur feuille de platine, dans les années 80, à l'aide de la céramique feldspathique, l'apparition des céramiques renforcées (Emax press d'Ivoclar, par exemple) ont permis, depuis 1990, de traiter pratiquement toutes les situations cliniques, que les dents soient pulpées ou déulpées, claires ou saturées, intactes ou délabrées

Les paramètres essentiels de réussite « tout céramique » concernent la forme de la préparation et le protocole de fixation de ces éléments.

11h00 Les facettes de céramique en omnipraticienne quotidienne

Dans ce second module, à approfondir concrètement lors de la séance de Travaux Pratiques du lendemain, pour ceux qui le souhaitent, nous passerons en revue l'ensemble de la séquence dans la réalisation des facettes : l'analyse esthétique, le choix de la céramique, les préparations, la confection de provisoires, et le collage.



Analyse esthétique : la demande initiale concerne la modification de l'anatomie coronaire de 11 et 21.



L'analyse globale de la situation initiale et en particulier du sourire permet de mettre en évidence la nécessité de redonner une prééminence aux incisives centrales.



Masques de composite de 13 à 23 permettant de valider le projet esthétique.

>> • L'analyse esthétique

L'analyse des situations cliniques doit comporter les questions essentielles de la réussite : la demande du patient est-elle justifiée et fait-elle partie d'un traitement unitaire, partiel ou global intégrant l'environnement gingival et le sourire ?

Les *masques* réalisés en composite, simulant le futur sourire, placés sur les dents sans préparation dentaire permet au patient de visualiser les modifications esthétiques proposées et de les valider.

• Le choix de la céramique

Une céramique feldspathique laisse passer un important pourcentage du rayon lumineux incident et la teinte de la dentine sous-jacente peut interférer dans le rendu final.

Une céramique renforcée, plus dense, permet de masquer plus facilement les effets de la dentine et facilite l'obtention d'un résultat esthétique particulièrement attractif.

• Les préparations

L'analyse des rapports occlusaux, la quantité de matériau dentaire perdu au bord libre lors d'une fracture coronaire, l'anatomie axiale à modifier lors de la réhabilitation d'un sourire et le type de céramique choisi déterminent la forme de la préparation.

La nécessité, dans certaines situations, de réaliser un retour lingual s'avère plus délabrant et les risques de lésion pulpaire plus importants.

• Les provisoires

Les facettes provisoires sont obligatoires, elles doivent reproduire fidèlement et transférer en bouche le projet esthétique et fonctionnel établi à l'aide des céroplasties prospectives (wax-up) ; la résine chémopolymérisable et le composite sont les matériaux de choix pour leur réalisation.

Pour la fixation temporaire de facettes en composite, un ciment opaque ne peut être employé et la fixation se fait grâce à un adhésif placé sur la dent non mordancée.

• Le collage

La réussite et la pérennité du traitement sont assurées par la qualité de la fixation réalisée par collage. Face à la multitude de produits, adhésifs et colles, le choix s'avère difficile. Des pistes claires seront proposées et argumentées.

13h30 La zircone : est-ce vraiment la panacée ?

Les qualités mécaniques et optiques de la zircone sont largement connues. Elles permettent d'utiliser ce matériau dans de nombreuses situations cliniques.

Les principes de la fiabilité sont les suivants : choisir une zircone fiable, un double scannage indispensable pour respecter une homothétie parfaite, et réaliser des armatures permettant de faire travailler la céramique en compression.

Cette conception d'armature est identique à l'élaboration des armatures métalliques, la résistance de la céramique cosmétique ne change pas avec sa cuisson sur la zircone.

Au niveau clinique, une attention particulière est apportée à la qualité des préparations. Le profil de la limite cervicale, sous forme de congé rond, est d'une épaisseur variable de 1,2 à 1,5 mm selon que la dent soit pulpée ou déulpée. Les qualités optiques de la zircone permettent de placer les limites en juxta-gingival facilitant l'empreinte, réalisée généralement en deux temps.

La zircone est parfaitement tolérée par la parodonte marginal et son comportement optique permet d'obtenir des résultats esthétiques satisfaisants.

La qualité de précision d'élaboration par F.A.O. permet de s'affranchir de l'essai des armatures zircone pour les éléments unitaires ou les petits bridges. Cette étape reste cependant obligatoire dans le cas de bridge de grande étendue : situation délicate par le risque de présence de zones de contre-dépouille.

Les inconvénients principaux concernent :

- La liaison zircone – céramique cosmétique
- La fatigue de la zircone en milieu humide
- L'impossibilité de retouche de l'armature
- L'impossibilité pour le moment de la fixer par collage qui réserve son utilisation à des éléments périphériques

Parmi ces inconvénients, la diminution des capacités mécaniques par fatigue de la zircone en milieu humide est supprimée par la création d'un joint en céramique pressée sur tout le pourtour éliminant ainsi tout contact de la zircone avec la salive.

Le problème le plus souvent rencontré concerne les fractures de la céramique cosmétique, conséquences d'un mauvais design de l'armature ou de son traitement de surface lors de l'établissement de la couche de liaison (zirliner).

Pour la fixation de ces éléments céramo-céramiques sur base zircone, outre le super-bond, les colles auto-adhésives sont recommandées avec application d'un silane dans l'intrados de la chape. Les colles auto-adhésives sont faciles d'utilisation par leur présentation commerciale sous forme de double seringue mélangeuse, leur faible sensibilité face à la présence d'humidité ne nécessite pas la pose d'une dique.



Préparation sur dent reconstruite par IMC titane.

Rendu esthétique final.



Couronne en zircone avec joint en céramique pressée.



Essai d'une armature zircone de 15 à 25.



>> 15h30 **Les cas cliniques complexes : séance interactive**

Les situations cliniques que nous rencontrons dans notre pratique quotidienne sont généralement des cas cliniques simples à résoudre. La restauration unitaire (sauf pour l'incisive centrale), le bridge pour le remplacement d'une seule dent manquante ne posent pas de problèmes considérables une fois l'analyse faite.

Il en est tout autrement quand le patient, présentant des problèmes esthétiques majeurs associés à des problèmes occlusaux, refuse tout traitement orthodontique et désire bien évidemment acquérir ou retrouver un beau sourire. Le remplacement d'anciennes prothèses ne s'avère toujours pas facile quand les patientes demandent à retrouver le sourire par la réalisation d'éléments « tout céramique » ! Il en est de même quand l'orthodontiste, en cas d'agénésies des incisives latérales, choisit de mésialer les canines offrant à la patiente un préjudice esthétique majeur.

Ces exemples cliniques et d'autres aussi complexes seront présentés, au cours de ce module, de façon interactive. Les participants auront à se prononcer à propos de critères décisionnels concernant la solution prothétique, le nombre et le type d'ancrages, le type de céramique à employer etc...

Nous montrerons en conclusion que de nombreux exemples cliniques du « tout céramique », en particulier pour les facettes prouvent une longévité de plus de 20 ans, que les fractures sont très rares et sont souvent la conséquence d'une préparation dentaire inadaptée.

L'essentiel de la réussite et de la pérennité en « tout céramique » repose sur les quatre points suivants :

- La communication est la base capitale de la réussite du traitement prothétique
- Il est nécessaire de fixer des référentiels communs entre le cabinet et le laboratoire (éclairage, teintier, modalités dans le relevé des paramètres de la couleur...)
- L'adaptation marginale des procédés céramo-céramiques est aussi bonne que celle des procédés céramo-métalliques.
- La dégradation du joint dento-prothétique collé est réelle, inévitable, mais particulièrement lente. ♦

Agénésie des incisives latérales, avec fermeture orthodontique des brèches : quelle solution « tout céramique » adopter ?



Le remplacement d'anciennes prothèses ne s'avère toujours pas facile : quelle solution « tout céramique » adopter ?

La dégradation des tissus dentaires et environnementaux, la présence de facettes de composite sur le bloc incisivo-canin mandibulaire, les suites d'une chirurgie ortho-gnathique, le remplacement d'une attelle-bridge métallique... ne facilitent guère notre choix de restauration prothétique appropriée : quelle solution « tout céramique » adopter ?



SOREDEX

DIGORA® Optime

DIGORA® Optime UV
Nouvelles caractéristiques

- Désinfection UV
- Aide visuelle grâce à son écran
- Opticlean™ concept hygiénique



Compact. Ingénieux. Rapide.

DIGORA® Optime, le système phosphore pour vos radiographies intra-orales.

NOUVEAU CONCEPT Opticlean™ – Vraiment hygiénique !

Comme première solution phosphore pour les intra-orales, SOREDEX vous propose le Digora® Optime UV, un système de désinfection interne entièrement automatisé. L'intégration des ultraviolets élimine les virus nuisibles et bactéries contagieuses en dehors de la chaîne de création de l'image. Cette NOUVELLE solution unique élimine le danger de contamination pour vos patients, votre personnel et vous-même et ce, même lorsque les risques sont élevés. C'est prouvé !

Les meilleurs résultats cliniques pour vos diagnostics – avec le plus petit, le plus rapide et le plus convivial des systèmes phosphore sur le marché dentaire



Digital Imaging made easy™

lamoral
Dental Equipment

0800 14 605



Namur • Vendredi 18 novembre 2011



Le 2^e « Best of » du COD

12 patients, 4 praticiens, 1 journée de cabinet

Objectifs de ce cours — Comme en 2006, le COD réunit à nouveau les conférenciers qui, au cours des cinq dernières années, ont obtenu les meilleures notes d'évaluation par les participants. Oui, ces quatre enseignants d'exception, rassemblés en équipe pour le 10^e anniversaire du COD, c'est vous qui les avez choisis ! Et nous les avons mis au défi : se succéder au pupitre, en rotation toutes les 30 minutes, pour présenter un total de 12 situations cliniques, à la manière du déroulement d'une journée d'omnipratique de haute qualité.

Une endo où il convient de préserver le capital osseux, une polycarie chez une jeune patiente de 4 ans, un essai de couronnes sur implants, bref des séances qui se suivent et ne se ressemblent pas... et, pour corser le tout, une urgence traumatique et l'une ou l'autre gestion de conflits avec le personnel ou les patients ! Comment les spécialistes gèrent-ils ces situations ? Comment intégrer leurs solutions dans votre omnipratique ?

Résultat : une journée très clinique et interactive, pleine de rythme, de surprises et de leçons à tirer, pour fêter ensemble les 10 ans du COD ! >>



Jean-Yves Cochet

DCD
 CES de biologie buccale,
 d'endodontie et d'odontologie
 conservatrice
 DU d'endodontie
 Ancien Assistant de
 l'Université Paris 7
 Enseignant à la Florida
 Southeastern University Nova
 (USA)
 Ancien Président de la Société
 Française d'Endodontie



Chantal Naulin

DCD, DSO
 Docteur d'État en Odontologie
 MCU - PH
 Responsable du département
 d'odontologie pédiatrique
 (Paris 7)
 Auteur de « Traumatologie
 dentaire du diagnostic au
 traitement », éd. CDP
 Auteur de nombreuses
 publications et
 communications nationales et
 internationales



Patrick Missika


Maître de Conférences des
 Universités, Université Paris 7
 Praticien Hospitalier
 Directeur du Diplôme
 Universitaire d'Implantologie
 Professeur Associé Tufts
 University Boston USA
 Expert près la Cour d'Appel de
 Paris
 Expert National agréé par la
 Cour de Cassation
 Secrétaire Général de
 l'Association Française
 d'Implantologie



Déborah Tigrid

DCD
 Ancienne assistante hospitalo-
 universitaire (Paris 7)
 Présidente et fondatrice
 de Feed-Back Médical
 (formation en communication,
 organisation, management et
 développement)
 Nombreux articles sur la
 communication thérapeutique
 Exercice privé en région
 parisienne

Fiche technique de cette activité

Organisateur  COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Quand ?	Vendredi 18 nov. 2011, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	Où ?	ACINAPOLIS, 16 rue de la Gare Fleurie 5100 Jambes (Namur)	
	Disponibilité ?	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	Accréditation ?	OUI : demandée - 10 dom 2 + 10 dom 4 + 10 dom 5 + 10 dom 6	
	Agrément ?	OUI : 6 heures	
	Combien ?	Montant de base tout compris :	225,- EUR
		Paiement reçu après le 4/11 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR
Réductions* ? <small>*conditions page 47 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2008)/étudiant :	215,- EUR	
	Réduction-fidélité sur programme :	possible jusque 250,- EUR !	
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page		

Les 3 situations cliniques de Jean-Yves Cochet : endodontie

>> Traitement d'une perforation radiculaire ancienne

Traitement d'un dépassement avec pathologie sinusienne

Chirurgie endodontique avec préservation du capital osseux

Les 3 situations cliniques de Chantal Naulin : pédodontie

Traitement d'un enfant de 4 ans présentant des caries précoces de la petite enfance ou ECC

La décoronation : traitement d'une enfant de 9 ans présentant les séquelles d'un traumatisme ayant entraîné l'expulsion d'une incisive centrale deux ans auparavant

Traitement d'une enfant présentant une anomalie de structure de l'émail : hypominéralisation molaire et incisive

Les 3 situations cliniques de Patrick Missika : paro-implantologie

Fracture radiculaire suite à une agression

Pose de deux implants sur parodontite terminale avec mise en temporisation immédiate

Mise en place de faux moignons titane usinés et essai des couronnes

Les 3 situations cliniques de Déborah Tigrid : communication

De l'électricité dans l'air : anticiper un conflit naissant avec le personnel ou les collaborateurs

L'« emmerdeur » ou le patient que l'on adresserait à notre pire ennemi : améliorer notre argumentaire

"Je ne vous dis pas à bientôt, Docteur !" ou comment gérer la maintenance et la prophylaxie au cabinet dentaire

Bruxelles • Samedi 17 décembre 2011



Urgences & Complications

Journée à thème avec collaboration interuniversitaire

Objectifs de ce cours — Malgré les progrès des connaissances et la mise en place de politiques de prévention, parfois tout se passe mal. Le manque de compliance des patients, l'imprévisibilité des techniques, la simple réalité de l'exercice sur une composante du vivant, obligent l'odontologue à prendre en compte, dans ses compétences comme dans son organisation, l'éventualité d'urgences réelles et de complications soudaines.

Au sein d'un vaste éventail de domaines où l'urgence se tient à l'affût, nous avons fait le choix de l'endodontie, de la paro-implantologie, de la traumatologie du sport, sans oublier les accidents médicaux per-opérateurs.

Sur cette thématique spécifique, nous avons réuni un panel de quatre conférenciers, qui, chacun dans sa spécialité, maîtrise la question de l'urgence, sur le terrain comme en salle de cours. >>



Cyril Villat

DCD
 CES d'Odontologie conservatrice et Endodontie (Paris 7)
 DEA Génie Biologique et Médical spécialité Matériaux (Université Paris Nord)
 Thèse de Doctorat de l'Ecole Centrale Paris
 MCU-PH Université de Lyon 1
 Exercice libéral



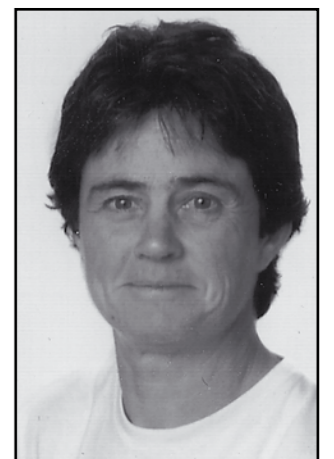
Jean-François Keller

DCD
 CES d'Odontologie chirurgicale (Clermont-Ferrand 1)
 CES de Chirurgie dentaire, mention Parodontologie (Lyon 1)
 Assistant hospitalo-universitaire (Lyon 1)
 Exercice libéral



Philippe Poisson


DCD, PhD
 MCU-PH (Université Victor Segalen Bordeaux 2)
 Expert pour la Commission AFNOR « EPI pour activités sportives »
 Chirurgien dentiste référent pour la Fédération Française de Boxe
 Président de l'Association Française de Médecine Buccodentaire du Sport



Isabelle Frayssignes

Docteur en Médecine
 Capacités en Médecine d'urgence et de catastrophe
 DU en réanimation métabolique, en gestes d'urgence en gériatrie, en analgésie-sédation-déchochage, en urgence et oxylogie...
 Praticien hospitalier temps plein au Service des urgences du CH d'Auch (Gers, France)
 Médecin Commandant de Sapeurs pompiers

Fiche technique de cette activité

<p>Organisateur</p>  <p>COD asbl</p> <p>Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125</p> <p>France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395</p>	Quand ?	Samedi 17 décembre 2011, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)		
	Où ?	CCC Wol. St Pierre, 93 avenue Charles Thielemans 1150 Bruxelles		
	Disponibilité ?	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)		
	Accréditation ?	OUI : demandée - 10 dom 1 + 10 dom 4 + 10 dom 6 + 10 dom 7		
	Agrément ?	OUI : 6 heures		
	Combien ?	Montant de base tout compris :	195,- EUR	
		Paiement reçu après le 3/12 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR	
Réductions* ? <small>* conditions page 47 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2008)/étudiant :	185,- EUR		
	Réduction-fidélité sur programme :	possible jusque 250,- EUR !		
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page			

>> 9h00 Urgences & complications en endodontie [Cyril Villat]

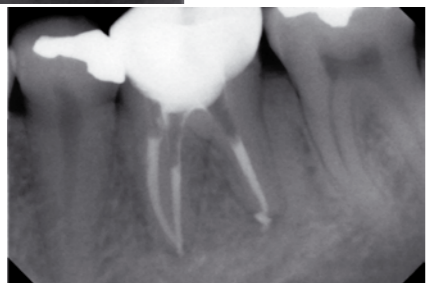
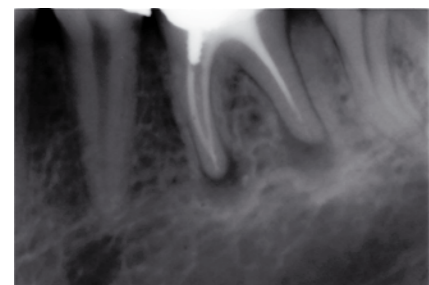
La première cause de consultation en urgence chez le chirurgien-dentiste est liée à une douleur qui, dans la majorité des cas, est d'origine endodontique. Cette douleur peut être consécutive à une pathologie inflammatoire, infectieuse, à une complication thérapeutique (en cours de séance ou en inter-séance) ou encore à un trauma. Les deux tiers de ces douleurs sont de type modéré ou sévère. En outre, l'arrivée d'une urgence au cabinet est souvent source de désorganisation de l'agenda. Il convient donc d'établir un diagnostic sûr et précis mais aussi d'adopter le geste thérapeutique adéquat afin de soulager le patient.

Lorsque le praticien est confronté à une urgence endodontique, une prescription seule ne permet pas d'aboutir à la guérison ; il convient de l'associer au geste interventionnel adapté, qu'il soit immédiat ou différé. Toutefois, la littérature anglo-saxonne montre que 75% des patients présentant une pulpite reçoivent une prescription d'antibiotique alors que ce type de pathologie est inflammatoire et ne nécessite donc pas de prescription de ce type... Quand doit-on alors prescrire ? Quel type de molécule et à quelle posologie ?

Dans le cadre des urgences traumatiques avec implication endodontique, nous nous intéresserons aux fractures coronaires ou corono-radicales des dents antérieures. Lors de la consultation, il convient donc de traiter à la fois le problème lié à l'exposition pulpaire mais aussi le problème esthétique. Dans ces conditions, outre la rédaction d'un certificat initial décrivant les lésions et le pronostic de celles-ci, la thérapeutique visant à « réattacher » le fragment fracturé est l'intervention la plus rapide et la mieux acceptée par le patient, que ce soit dans le cadre d'une solution d'attente ou d'une solution de longue durée.

Le but de cette conférence est de donner les outils permettant :

- de définir la douleur
- d'identifier la dent causale et le type de pathologie,
- de mettre en œuvre la bonne conduite à tenir face aux urgences endodontiques inflammatoires, infectieuses et traumatiques

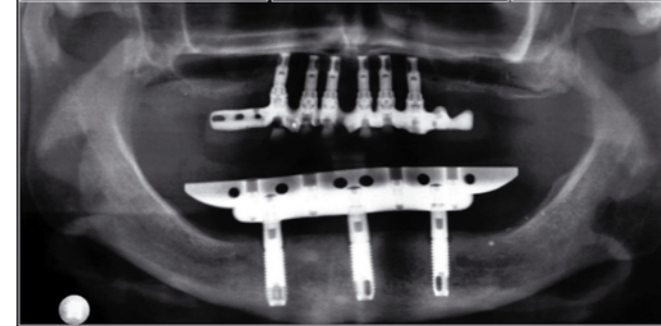
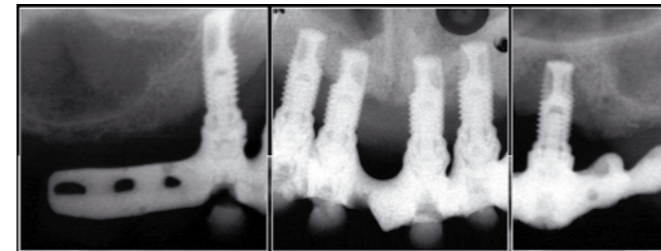


11h00 Urgences & complications en paro-implantologie [J.F. Keller]

Depuis plusieurs années, les thérapeutiques implantaire se sont imposées dans notre exercice comme une alternative aux prothèses amovibles et aux prothèses fixes dento-portées. Il est actuellement admis que les éléments implantaires présentent un très bon taux de survie, variant entre 90 et 95% sur des périodes allant de 5 à 10 ans. Cependant, le succès implantaire, différent de la survie, répond à des critères bien précis. En effet, parmi les implants en survie, certains présentent des complications.

Les complications implantaires, souvent ignorées des praticiens, sont cependant parfaitement décrites. Elles sont définies en fonction de leur nature : mécanique ou péri-implantaire. Les complications mécaniques intéressent la prothèse et les implants, les complications péri-implantaires intéressent les tissus environnant les implants. Ces dernières sont différenciées en fonction de leur délai d'apparition. Les complications précoces correspondent à l'absence d'ostéo-intégration. Les complications tardives sont représentées par les mucosites péri-implantaires et la perte de l'ostéo-intégration préalablement établie. La réelle incidence ainsi que les facteurs de risques de ces complications sont encore mal connus.

Le praticien, généraliste ou spécialiste, doit être en mesure de diagnostiquer précocement ces complications péri-implantaires. En effet, elles peuvent aboutir à la perte des implants et mettre en péril l'ensemble de la réhabilitation prothétique. A l'heure actuelle, aucune approche thérapeutique préventive ou curative ne semble prépondérante dans le traitement des complications péri-implantaires. Le succès des réhabilitations implantaires ne peut être acquis d'emblée et nécessite la mise en place d'un suivi régulier. En effet, pour assurer la pérennité de nos traitements, nous devons réaliser une thérapeutique implantaire de soutien. La maintenance, quelle soit personnelle ou professionnelle, devra être adaptée à chaque situation clinique.



13h30 Traumatologie buccodentaire du sport : épidémiologie, traitement et prévention [Philippe Poisson]

La traumatologie buccodentaire est une source importante des urgences traitées par le dentiste, qu'elle soit liée à un accident du travail, une activité de loisirs, un acte de violence... ou une activité sportive. Si, généralement, la traumatologie sportive représente la seconde cause des accidents de la vie courante, les atteintes buccodentaires sont peu visibles en termes de données épidémiologiques, et par conséquent mal connues et sous-évaluées. En effet, les données actuellement disponibles sont parcellaires et difficilement exploitables pour proposer des mesures collectives de prévention ou d'adaptation réglementaire. Les difficultés proviennent des indicateurs utilisés, du mode de recueil de l'information (urgence hospitalière ou cabinet dentaire, par le chirurgien dentiste ou le médecin), de la classification utilisée (basée sur l'incapacité de la victime ou sur la lésion), ainsi que de l'outil de recueil.

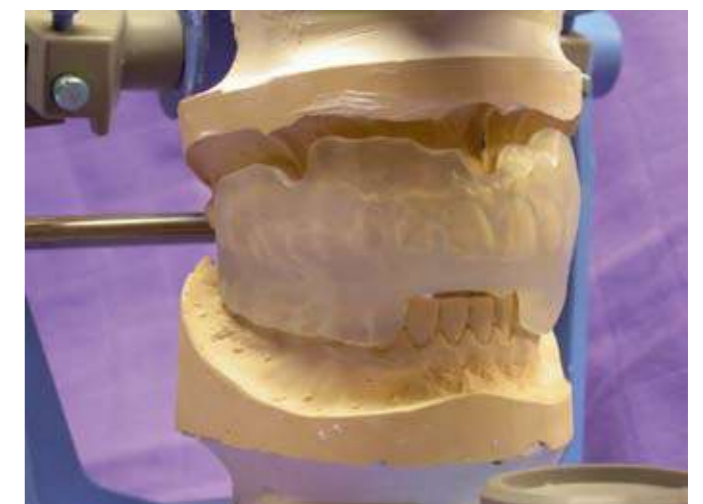
Cependant, les lésions buccodentaires sont souvent irréversibles et à l'origine de conséquences fonctionnelles, esthétiques et économiques pour la victime.

Le rôle du dentiste est, d'une part, curatif par le traitement des besoins en soins dont l'urgence, et d'autre part, préventif par le traitement des facteurs buccodentaires de prédis-

position aux traumatismes, par la confection de dispositifs adaptés — les Protections Intra-Buccales (« protecteurs buccaux », « protèges dents ») — ou encore par la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé destinées au sportif et à son entourage.

Les Protections Intra-Buccales (PIB) font partie des Equipements de Protection Individuelle (EPI) dont le port est conseillé, voire imposé, dans la pratique de sports à risques. Depuis la fin du 19^e siècle, ces dispositifs ont largement évolué et dépassé leur rôle premier de protection des structures bucco-dentaires et maxillaires pour intervenir dans la limitation des commotions cérébrales et des traumatismes du rachis cervical. Cette évolution apparaît liée à une augmentation de l'activité des muscles hyoïdiens, lorsque le sportif évolue mâchoires serrées, avec pour conséquence une optimisation du maintien de la tête et du cou.

Pour les pays Membres de l'Union Européenne, les PIB doivent être conformes aux exigences essentielles de la Directive Européenne sur les EPI. Ainsi, des projets de norme (nationale, européenne harmonisée) sur les PIB pour activité sportive sont actuellement rédigés afin de proposer un protocole d'essais *ad hoc*.



15h30 Urgences médicales au cabinet dentaire [Isabelle Frayssignes]

Les urgences médicales au cabinet dentaire sont des situations rares ; cependant, de par leur caractère brutal, inattendu et grave d'emblée pour certaines, elles sont déstabilisantes.

Le but de l'exposé sera de dédramatiser l'urgence, en présentant cinq pathologies pouvant survenir au cours de votre exercice professionnel. Savoir les identifier, en connaître les gestes et thérapeutiques simples et bien codifiées vous permettra d'adopter sereinement une prise en charge efficace, et d'éviter une issue fatale.

Afin de ne pas lyophiliser vos surrénales d'emblée, nous débuterons l'exposé par deux pathologies ne mettant pas habituellement la vie du patient en danger, mais potentiellement stressantes pour le praticien car cliniquement « bruyantes ».

Le malaise vagal est l'urgence médicale la plus fréquemment rencontrée ; le plus souvent bénigne. Dans le contexte du soin dentaire, il est favorisé par l'inquiétude et la douleur. La présentation clinique est impressionnante (pâleur, sueurs, chute, perte de connaissance...); mais la thérapeutique d'une simplicité et efficacité désarmantes : la position de Trendelenburg.

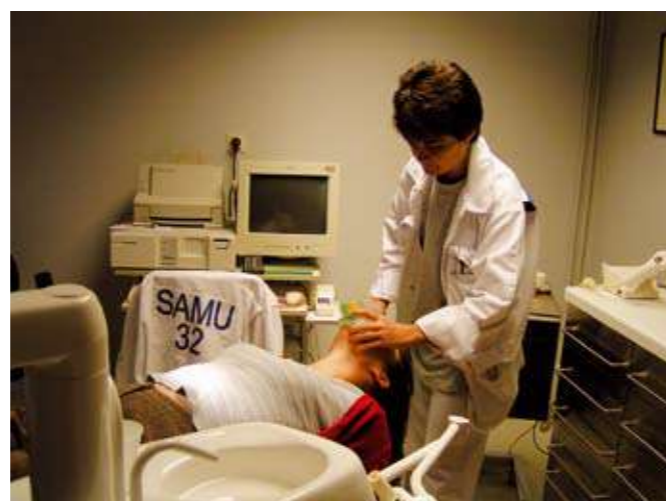
La survenue d'une crise convulsive généralisée isolée au cours du soin dentaire reste anecdotique. Cependant, en connaître le tableau clinique tempétueux mais stéréotypé aidera le praticien à ne pas paniquer : perte de connaissance et chute lourde, phase tonique avec cyanose, phase clonique, coma post-critique et enfin retour progressif à la conscience. La prise en charge reste élémentaire : laisser la crise se dérouler sans intervenir, mettre en PLS à la fin des convulsions.

Après les « mises en bouche » nous rentrerons dans le vif du sujet en exposant trois situations potentiellement létales.

L'inhalation de corps étranger est un accident éventuel du soin dentaire. Elle résulte de la conjonction de multiples facteurs liés au patient (âge extrême, neuropathie, éthylisme...), au type de soin (accessibilité du site, absence de protection...), au praticien (maladresse, fatigue...). Une obstruction complète des voies aériennes aboutit rapidement au dramatique tableau d'asphyxie aiguë. La réalisation de la manœuvre d'Heimlich évitera une évolution fatale.

Le choc anaphylactique est une réaction allergique grave pouvant rapidement engager le pronostic vital. Dans le contexte du soin dentaire, il peut être déclenché par l'injection d'anesthésique local, l'utilisation de gants en latex.... Il associe des symptômes cutanés, respiratoires, hémodynamiques, neurologiques rapidement évolutifs, parfois vers l'arrêt cardiorespiratoire. L'injection rapide d'adrénaline permet d'enrayer le processus.

Si vous avez échoué dans vos thérapeutiques précédentes votre patient présente un tableau d'arrêt cardiorespiratoire. Vous allez tenter d'être plus performant dans sa prise en charge. Vous devrez le reconnaître sans tarder et activer ensuite la chaîne de survie, chaîne à quatre maillons dont les deux premiers sont initiés par le témoin, donc vous. Il vous



faudra donner une alerte précoce et débiter la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base. Parfois vous pourrez aussi être l'acteur du 3^e maillon en utilisant un défibrillateur. Votre efficacité dans la mise en place des deux et/ou trois premiers maillons permettra au 4^e et bon dernier (les médecins de l'urgence) de mettre en œuvre la réanimation spécialisée. Cette fois tout a bien fonctionné, le patient a récupéré une activité cardio-pulmonaire. Cependant vous avez eu chaud, vous décidez donc d'aller à Bruxelles vous réapproprier les éléments basiques mais essentiels à la prise en charge de l'urgence médicale... ♦



Owandy • Une vision claire et instantanée

I-Max Touch & Visteo Radiographier d'une seule main



Visteo

Capteur intra-oral à induction

- Capteur CMOS par induction
- Angulateur capteur intégré et universel avec 7 positions prédéfinies ou une angulation libre
- Visualisation de la rotation du capteur dans les logiciels Julie
- Capteurs interchangeables T1 et T2 : 600 - 900 mm²
- Boîtier nomade, compact et Easy Clip
- Mordus ergonomiques
- Tous types d'examen radiologiques

I-Max Touch

Panoramique numérique

- Ecran tactile intuitif. Vision en temps réel de l'image radiologique et zoom
- Exporter l'image directement sur clé USB
- Piloter l'appareil en réseau sur tous les postes du cabinet
- CCD Haute Définition
- 12 programmes
- Option Ceph avec capteur amovible ou fixe
- Intégration 100% compatible dans le logiciel Julie

Owandy
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE

Owandy Benelux

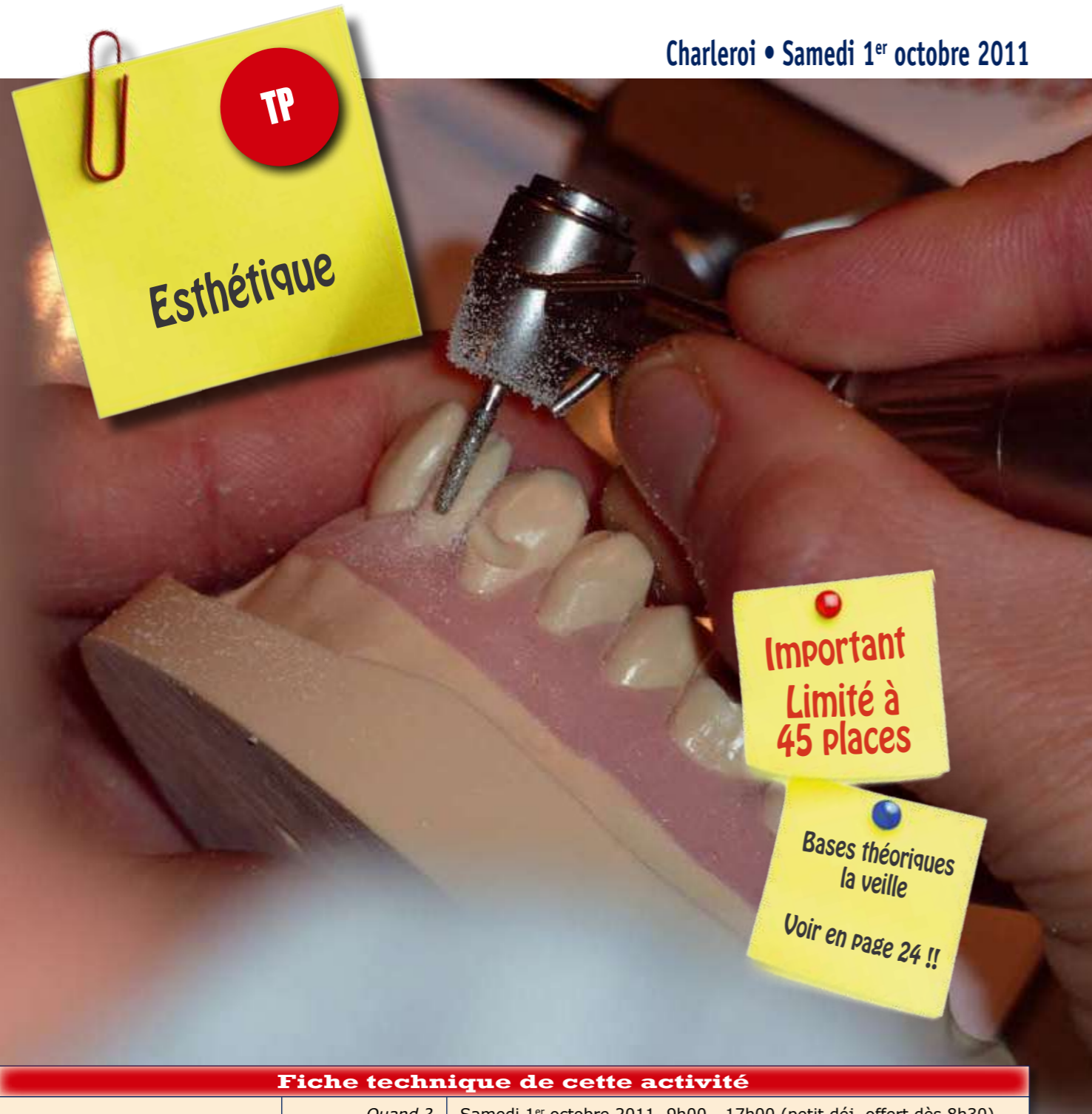
68 chaussée Bara
1420 Braine l'Alleud
Tél. + 32 (0)2 384 30 99
Email : info-benelux@owandy.com
www.owandy.com



I-Max Touch

Visteo

Charleroi • Samedi 1^{er} octobre 2011



Les facettes, c'est facile !

Passer au concret en esthétique

Objectifs de ces TP — Parfois, il faut mettre ses mains dans le cambouis pour « oser » passer au concret. Pour des raisons médico-légales aussi, il est bon de s'initier à de nouvelles compétences sur pièce anatomique ou sur modèle pédagogique. C'est tout le sens de ces travaux pratiques : bien des aptitudes sont à votre portée, il vous faut juste un encadrement efficace et cohérent pour débiter dans la sérénité.

Rejoignez cette activité, dont le principe est de mettre les praticiens dans une situation proche de la réalité clinique, en partageant avec des Confrères expérimentés leurs réflexions, leur analyse à propos de différentes situations rencontrées en omnipratique, à traiter par facettes de céramique collées, tout en apprenant à répondre aux exigences précises du patient.

Une lésion carieuse sur prémolaire linguale, une mylolyse, une dysmorphie « dent en grain de riz » avec comblement du diastème, une fracture coronaire, une dysplasie sur dent linguale et le rétablissement d'un guidage canin sur dent vestibulée : telles sont les 6 situations à traiter au cours de cette journée. Cette séance très complète s'achève par un exercice de collage d'une facette sur incisive centrale. >>



Claude Launois et ses collaborateurs Michel Lombard, Gérard Loufrani et Bernard Weiler

Plus de 25 ans d'expérience en initiation à la technique des facettes, sous forme de travaux pratiques sur modèle pédagogique simulant des situations cliniques

Détails du modèle pédagogique utilisé, et exemple d'exigences cliniques




Cas d'une mylolyse sur 13

Critères cliniques

- dent en norme position de couleur saturée,
- mylolyse cervicale profonde,
- dent pulpée,
- modifier l'anatomie axiale.

Fiche technique de cette activité

<p>Organisateur</p>  <p>COD asbl</p> <p>Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125</p> <p>France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395</p>	Quand ?	Samedi 1 ^{er} octobre 2011, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)		
	Où ?	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)		
	Disponibilité ?	45 places (attribuées par ordre de réception du règlement)		
	Accréditation ?	OUI : demandée - 40 dom 7		
	Agrément ?	OUI : 6 heures		
	Combien ?	Montant de base tout compris :	495,- EUR	
		Avec 2 activités FC au moment de l'inscription :	395,- EUR	
		Paiement reçu après le 16/09 (PAS d'inscrit. sur place) : +50,- EUR		
		Attention : participation à l'activité FC4 obligatoire		
	S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page		

>> L'organisation

Les 45 praticiens inscrits seront répartis en trois groupes de 15 participants afin d'assurer la meilleure implication individuelle. Pas moins de quatre conférenciers chevronnés seront présents pour encadrer ces groupes.

L'interactivité

Pour chaque situation clinique présentée, et avant chaque exercice pratique sur modèle, les participants proposent leur solution aux questions posées :

- La préparation doit-elle se faire avec un retour lingual ou sans retour ?
- La céramique à choisir pour le cas doit-elle être translucide, semi-opaque ou opaque ?
- Quelle technique et quel matériau doit-on utiliser pour la réalisation de la facette provisoire ?

Exemple de poste de travail individuel



Le matériel

Mis à disposition sur place :

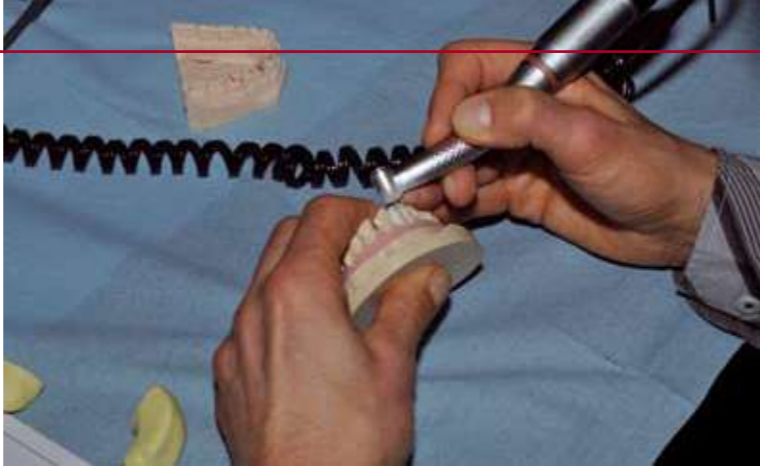
- Moteur électrique et lampe de bureau
- Lampes à photopolymériser
- Plateau d'examen et blouse
- Seringues à air et eau
- Tous les matériaux consommables

Mis à disposition sur place et à emporter ensuite gratuitement :

- Modèle pédagogique avec facette à coller
- Coffret de fraises spécial « facettes »
- Syllabus polycopié

À apporter par le participant :

- Contre-angle rouge ou orange, avec ou sans lumière
- Aides optiques personnelles (facultatif) ♦



Un système complet pour
le collage de tenon et
la reconstitution coronaire
esthétique en
une seule séance

Gradia Core™
et Fiber Post™
de GC.

La combinaison idéale de GC Fiber Post et de Gradia Core, tenon et composite pour le collage et la reconstitution corono-radulaire, offrant des propriétés de manipulation optimale, une approche conservatrice et des performances durables.
La solution clinique... sans compromettre performances et esthétiques.

GC EUROPE N.V.
Head Office
Tel. +32.16.74.10.00
info@gceurope.com
www.gceurope.com

GC FRANCE s.a.s.
Tel. +33.1.49.80.37.91
info@france.gceurope.com
http://france.gceurope.com

GC BENELUX B.V.
Tel. +31.30.630.85.00
info@benelux.gceurope.com
http://benelux.gceurope.com

GC AUSTRIA GmbH
Swiss Office
Tel. +41.81.734.02.70
info@switzerland.gceurope.com
http://switzerland.gceurope.com

GC

VistaScan Mini – la vitesse de manipulation d'un capteur



5 tailles de capteurs sans fil



- Connexion USB et Net
- Tous les formats taille 0 à taille 4
- Scanner avec la plus haute définition actuelle : 22 pl/mm
- Manipulation plus facile qu'un capteur

Informations complémentaires sur notre site: www.durr.be

DÜRR DENTAL BELGIUM B.V.B.A., Molenheidebaan 97, 3191 Hever
Belgique, Tel.: +32 (0) 15 61 62 71, Fax: +32 (0) 15 61 09 57, info@durr.be



Les peer-reviews du COD

Sécurisez votre accréditation

Le COD est l'inventeur des peer-reviews sans perte de temps : deux sessions qui se suivent, le même jour. Ces deux peer-reviews consécutifs vous sont offerts en package pour 85,- EUR seulement. Comme toujours au COD, tout est compris dans ce prix : inscription aux deux sessions, location, présentation et animation des séances, modération, gestion de votre dossier avec l'INAMI et pause-café. Et bien entendu, aucune cotisation pour y avoir accès... Seule condition pour bénéficier de ce prix attractif : suivre aussi un minimum de formation continue au COD ! Et dans le cas contraire, vous êtes évidemment bien accueilli !

Référez-vous au **formulaire d'inscription en avant-dernière page** pour connaître les horaires et les lieux de rendez-vous. Adresses précises et plans d'accès sont, comme toujours, disponibles en ligne sur www.cod.be.

Bienvenue dans la grande famille de nos peer-reviews ! Près de la moitié des praticiens francophones accrédités nous font déjà confiance ! ♦

Nos thèmes 2011

« Prévenir vaut mieux que guérir »

Modérateur : Pierre Gobbe-Maudoux



Entre le traditionnel "*Brossez-vous les dents*" de nos parents et les explications des avancées technologiques contemporaines, le message que nous adressons à nos patients a fortement évolué.

Venez discuter avec nous de votre technique de motivation des patients. Découvrez aussi les nouvelles données scientifiques qui peuvent appuyer votre message.

« Attention : e-patient ! »

Modérateur : Thierry Vannuffel



Que fait un patient 2011 qui rentre de sa consultation chez le dentiste ? Il se connecte et valide (ou invalide) la bonne parole du praticien. Attention : surprises garanties !

Venez améliorer votre communication sur les différents types de patients. Venez apprendre au moyen de jeux de rôles les méthodes Carnegie et Joule-Beauvois pour faire des alliés de vos e-patients !

NOUVEAU

Nouveau dès 2011. Vous disposez d'un club local ou d'un groupe de peer-reviews dans votre région ? Vous souhaiteriez inviter le COD pour animer vos sessions ? C'est possible ! Plusieurs régions ont profité de cette formule en test dans le passé. Vous aussi, bénéficiez désormais de nos peer-reviews en formule « clé sur porte », près de chez vous. Pour toute information sur les modalités, écrivez-nous : info@cod.be

Des bases équitables au profit de tous !

Des milliers d'inscriptions sont enregistrées chaque année. Pour une gestion efficace et équitable, un règlement est donc nécessaire. Ce règlement, que vous trouverez ci-dessous pour 2011, correspond aux valeurs administratives qui doivent fonder, selon nous, une association de l'envergure du COD.

Toute inscription et/ou tout paiement valent acceptation automatique de ce règlement, qui a été défini dans l'intérêt général. Parfois, l'intérêt général semble contraire aux intérêts particuliers ; si vous estimez que votre intérêt particulier n'est pas rencontré, ne vous inscrivez pas.

? Quelle est la procédure d'inscription ?

Pour des raisons légales, d'accréditation, et d'assurances, les inscriptions sont strictement nominatives ; elles ne peuvent faire l'objet de cession entre personnes.

Les inscriptions doivent parvenir au moyen du formulaire ad hoc ou d'une copie de ce dernier. Ce formulaire permet au COD de comprendre les souhaits d'inscription et de vérifier le détail des coordonnées. Le COD ne peut garantir le traitement administratif de formulaires illisibles ou incomplets. Seul le paiement correspondant valide l'inscription, dont la date-valeur fait foi pour l'attribution des places disponibles ainsi que pour le calcul des frais liés aux inscriptions tardives.

Les inscriptions sont toujours confirmées par le COD au moyen d'un courrier personnel contenant un reçu comptable numéroté. Si une telle confirmation n'est pas reçue par le participant dans les 8 jours de son paiement, ou si la confirmation contient une divergence avec l'inscription souhaitée, il appartient au participant de se manifester sans délai auprès du COD.

En cas de règlement bancaire dans la semaine précédant une activité, une preuve de paiement est demandée à l'accueil ; à défaut de celle-ci, une caution en espèces (correspondant au montant d'inscription avec retard) est exigée, ou l'accès à l'activité est refusé. Les inscriptions sur place ne sont pas acceptées.

Le COD se réserve le droit de refuser toute personne, sans avoir à justifier sa décision.

? Les activités du COD donnent-elles droit à l'accréditation ?

Le COD est un organisateur agréé et remplit loyalement les formalités liées au système de l'accréditation, en Belgique et en France. Néanmoins, le COD ne peut être tenu responsable de décisions ou de délais qui ne lui appartiennent pas, notamment en ce qui concerne l'agrégation d'activités ou l'accréditation individuelle des participants. Le participant renonce à tout recours contre le COD dans ce cadre.

Le règlement de l'accréditation belge stipule que l'organisateur doit valider le talon détachable seulement à la fin du cours et que pour entrer en ligne de compte le cours doit être suivi entièrement. En conséquence, si un participant arrive en retard, ou part en avance, l'accréditation ne peut lui être accordée, sans que le

COD ne puisse en être tenu pour responsable. Dès lors, il incombe au participant de prévoir la marge de sécurité nécessaire dans ses horaires de déplacements et de présence.

? Comment fonctionne la réduction-fidélité ?

Une réduction-fidélité est accordée pour toute inscription simultanée à 3 activités de formation continue (FC) au moins, confirmée par un paiement global en une fois. Cette réduction s'établit selon le barème fixé sur le formulaire d'inscriptions. Le participant peut choisir soit la réduction-fidélité pour une inscription globale, soit des inscriptions unitaires tout au long de l'année ; les inscriptions unitaires successives n'ouvrent pas droit à réduction.

? Qu'est-ce que le montant pour étudiants, jeunes, conjoints et collaborateurs ?

Un montant promotionnel d'inscription, cumulable avec la réduction-fidélité, est accordé pour certaines activités aux :

- « Etudiants » : inscrits régulièrement en master en dentisterie
- « Jeunes » : praticiens de l'art dentaire diplômés en 2008 ou plus tard
- « Conjoints » : cohabitants d'un participant inscrit et payant le montant de base ou fidélité
- « Collaborateurs » : praticiens exerçant dans un cabinet où exerce aussi un autre praticien inscrit et payant le montant de base ou fidélité

? Est-il possible d'annuler une inscription ?

Le COD offre une assurance annulation gratuite, acceptée sans discussion toute annulation qui lui parvient au moins 3 jours avant l'activité, et procède au remboursement, déduction faite de la franchise suivante :

- annulation au moins 30 jours en avance : 20% du montant de base
- annulation au moins 7 jours en avance : 50% du montant de base
- annulation au moins 3 jours en avance : 80% du montant de base

Le cas échéant, la réduction-fidélité est recalculée déduction faite de l'inscription annulée. Par ailleurs, en cas de paiement par carte de crédit, les frais de transaction sont également déduits du montant remboursé.

Cette assurance annulation n'est pas d'application pour les travaux pratiques (TP) et les peer-reviews (PR).

? Est-il possible de transférer une inscription ?

Le COD accepte le transfert d'inscription sans frais, pour un même participant, à condition que l'activité visée par le transfert soit antérieure à l'activité annuelle, et dans les limites de disponibilité.

Cette possibilité de transfert n'est pas d'application pour les travaux pratiques (TP) et les peer-reviews (PR).

? Quelles sont les règles spécifiques aux peer-reviews ?

Ces règles garantissent le respect des obligations légales de l'accréditation (principalement la constitution de groupes de 8 à 20 personnes, sans dérogation ni à la hausse ni à la baisse). Aussi, le respect par tous les participants de quelques règles complémentaires est indispensable :

- l'inscription et la participation effective aux 2 peer-reviews consécutifs sont obligatoires
- le participant fait part de ses préférences calendaires sur le formulaire d'inscription ; toutefois, il est possible qu'il soit affecté dans une autre session, en fonction des disponibilités (affectations dans l'ordre de réception des règlements) ; cette affectation est sans appel
- il n'est pas possible d'annuler une participation à un peer-review et aucun remboursement n'est prévu pour quelque raison que ce soit
- il n'est pas possible de transférer une participation : le participant est tenu de lire attentivement la confirmation qui lui est envoyée et de respecter les horaires annoncés

Pour toute interprétation ou complément à ces conditions générales, les décisions du COD sont seules opposables. ♦

D'autres questions ?

Si un point ne vous paraît pas suffisamment clair, écrivez-nous : info@cod.be.

Nous nous ferons un plaisir de répondre à toute question.



Travailler dans le confort, ça détend



Dental Quality 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.

Discovery Days
2-3 avril de 10 à 18h

démonstration permanente de radiologie digitale
samedi 2 avril - Nivelles
dimanche 3 avril - Sint-Niklaas

Vous souhaitez découvrir notre approche? Appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition.
Dental Quality, Chaussée de Mons 47, 1400 Nivelles
Tél.: 067/844 284, www.dentalquality.be

Dental Quality. Qualité et service pour l'exercice de votre profession.



PHENOX



Formulaire à renvoyer complété au COD rue de l'Étang 151, 6042 Lodelinsart ou par fax : 071 33 38 05
Renseignements complémentaires éventuels : 04 73 41 51 67 ou info@cod.be
Compléter lisiblement en capitales un formulaire par participant. Merci.

INSCRIPTIONS

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



TACTYS®

- Claviers hygiéniques en verre trempé
- SERIE "SLIM" de claviers ultra-fins
- wireless ou USB



- Pano I-MAX Touch à 12 programmes

- Capteurs OWANDY CCD à scintillateur wireless WIFI

VISTEO



owandy



vistascan



- Scanner à très haute résolution au phosphore VISTASCAN de DÜRR

FC1 • Que la lumière soit ! (sa 2/04/2011) - Charleroi

Base..... 1 X 195 = EUR

Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 185 = EUR

J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 95 = EUR

En cas de règlement reçu après le 18/03/2011..... + 50 = EUR

FC2 • Les voies de l'apex sont-elles impénétrables ? (ve 6/05/2011) - Namur

Base..... 1 X 195 = EUR

Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 185 = EUR

J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 95 = EUR

En cas de règlement reçu après le 22/04/2011..... + 50 = EUR

FC3 • L'os et l'implant : je t'aime, moi non plus ! (sa 18/06/2011) - Bruxelles

Base..... 1 X 195 = EUR

Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 185 = EUR

J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 95 = EUR

En cas de règlement reçu après le 3/6/2011..... + 50 = EUR

FC4 • Souriez, vous êtes filmés ! (ve 30/09/2011) - Charleroi

Base..... 1 X 195 = EUR

Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 185 = EUR

J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 95 = EUR

En cas de règlement reçu après le 16/9/2011..... + 50 = EUR

FC5 • Le 2^e Best of du COD (ve 18/11/2011) - Namur

Base..... 1 X 225 = EUR

Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 215 = EUR

J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 125 = EUR

En cas de règlement reçu après le 4/11/2011..... + 50 = EUR

FC6 • Urgences & Complications (sa 17/12/2011) - Bruxelles

Base..... 1 X 195 = EUR

Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 185 = EUR

J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 95 = EUR

En cas de règlement reçu après le 3/12/2011..... + 50 = EUR

⁽¹⁾ Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base :

⁽²⁾ Année du diplôme et université (2008 et plus tard) :

Réduction-fidélité FC :

- Je m'inscris simultanément à 3 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 50 EUR
- Je m'inscris simultanément à 4 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 100 EUR
- Je m'inscris simultanément à 5 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 150 EUR
- Je m'inscris simultanément à 6 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 250 EUR

Total = EUR

TP • Les facettes, c'est facile ! (sa 1/10/2011) - Charleroi (participation à FC4 obligatoire)

Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2011..... 1 X 395 = EUR

Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2011..... 1 X 495 = EUR

En cas de règlement reçu après le 16/09/2011..... + 50 = EUR

PR • Deux sessions de PR 2011

Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2011..... 1 X 85 = EUR

Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2011..... 1 X 185 = EUR

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

Je 09/06 Bruxelles Lamoral	Sa 24/09 Charleroi IESCA	Je 27/10 Wavre Castelbel	Sa 10/12 Bruxelles Lamoral
<input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15	<input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15	<input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15	<input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15
<input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	<input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	<input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	<input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45
	<input type="checkbox"/> 15h30 + 17h15		

Total général de ce formulaire = EUR

Par mon inscription et/ou mon paiement, je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire page 47 et sur www.cod.be).

- Je verse ce jour le total général de ce formulaire 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 total général de ce formulaire

N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte : _____
 Date : _____ Signature : _____



FEDESA

- display à 24 fonctions
- Système de désinfection des sprays
- Système de désinfection des tuyaux d'aspiration chirurgicale
- Scialytique à LED
- MM lumière à induction [Titane]
- Seringue 6 fonctions avec éclairage LED

optimize your dental office



Excelsiorlaan 4a - 1930 Zaventem
 Tel +32 2 721 5054
 Fax +32 2 721 5024
 www.phenox.be - info@phenox.be

Nos prix s'entendent HTVA. Photos non contractuelles.

Biodentine™

... est le premier matériau biocompatible et bioactif tout-en-un pour la réparation de toute atteinte dentinaire



Indiqué pour toute atteinte au niveau de la **couronne** et de la **racine**

Favorise la **reminéralisation** dentinaire

Préserve la vitalité pulpaire et **favorise la cicatrisation pulpaire**

Remplace la dentine naturelle et présente **les mêmes propriétés mécaniques**

/// **ACTIVE
BIOSILICATE
TECHNOLOGY**



SEPTODONT NV-SA • Av. de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles

Tél. +32 (0)2 425 60 37 • Fax +32 (0)2 425 36 82 • commande@septodont.be • www.septodont.be

PLUS DE 78 ANNÉES D'EXPÉRIENCE DÉDIÉES AU DÉVELOPPEMENT ET À LA FABRICATION DE PRODUITS INNOVANTS POUR LES PROFESSIONNELS DES SOINS DENTAIRES. DEPUIS 1932.