

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 : 3.800 ex.

Symposium d'exception
« 10^e anniversaire »

Le 2^e « Best of » du COD

12 patients, 4 praticiens, 1 journée de cabinet

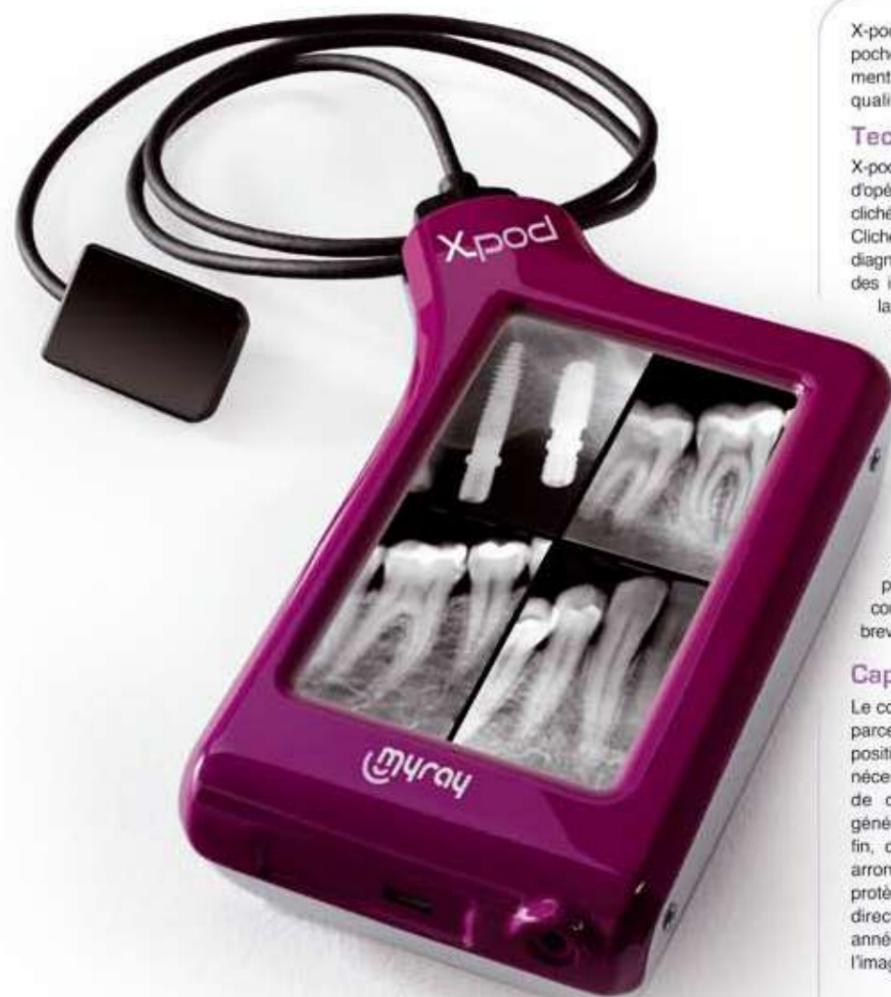
Namur • Vendredi 18 novembre 2011 • 40 UA

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.



JOD

Septembre - Octobre 2011 • n° 53



- 4 • La photo
- 9 • Prochaines activités
- 12 • L'actu med
- 14 • Pratique
Reconstructions coronoradiculaires en médecine dentaire esthétique
- 23 • Reportage
Garancière envahit Paris
Nouveautés & réalité clinique
Rencontre avec Chantal Naulin
- 33 • Librairie
- 36 • Annonces
- 39 • 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 constituent des indications pour le lecteur et non de la publicité

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

Éditeur responsable :
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD 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

ÉDITO



Thierry Vannuffel
Rédacteur en Chef

Dix années de service et de valeurs

En ce mois d'octobre 2011, nous fêtons le dixième anniversaire du COD.

Dix magnifiques années d'expérience, que nous avons mises au service de nos valeurs :

La qualité. Celle de notre art, aussi bien que celle de nos formations. À chaque organisation, à chaque publication, nous mettons l'accent sur la pertinence des messages scientifiques et professionnels que nous partageons et optimisons.

La tolérance. Au COD, tout le monde est chez soi. Sans distinction aucune. Sans jugement. Pour un programme complet ou pour un peer-review occasionnel. C'est cela, l'expression la plus puissante de la véritable confraternité.

L'unité de l'intention et de l'action. Rien ne nous détourne de notre but méritoire. Jaloux et mauvaises langues ont pourtant essayé. Notre stratégie : les chiens aboient, la caravane passe.

Ces valeurs sont tellement ancrées en nous, que nous sommes prêts dans les starting blocks pour une nouvelle décennie.

Célébrons ensemble cette bonne nouvelle, lors de notre Best Of 2011, le 18 novembre prochain, à Namur : un symposium d'exception nous y attend. Avec impatience. ♦



RXDC HyperSphere+
High frequency X-ray unit



Hyperion
Panoramic Imager



SkyView
3D CBCT panoramic imager

myray
new comfort
in digital imaging

Les lésions déminéralisantes non carieuses de l'émail, souvent appelées *white spots* du fait de leur apparence clinique, constituent un défi pour le praticien de l'art dentaire, d'autant plus difficile à appréhender que leur paradigme étiopathologique diffère du modèle courant fondé sur une cause bactérienne et un dommage irréversible.

En effet, la solubilité des différentes formes de phosphates calciques présents dans l'émail, dont l'hydroxyapatite constitue l'essentiel, dépend de l'acidité buccale ; on considère que l'environnement offre une stabilité cristalline idéale à pH 7.4, et que sous le pH critique de 5.5, la dissolution bat son plein.

L'approche professionnelle thérapeutique universellement admise aujourd'hui repose sur le concept *primum non nocere*. Il convient de ne pas entamer de manœuvres cliniques risquant de faire effondrer les prismes d'émail lésés. Mieux : il est possible, par une sursaturation en ions calciums, phosphates et fluorures, de régénérer des cristaux moins solubles.

Ce patient âgé de 17 ans n'a pas bénéficié de cette philosophie prophylactique. À l'occasion d'un détartrage, un praticien a malencontreusement ouvert des *white spots* et exposé la dentine. Il s'en est suivi des lésions carieuses secondaires.

Cette mutilation initiale oblige désormais à une intervention résectrice bien plus invasive, avec obturation par composites, sans négliger la gestion des autres sites de déminéralisation. À plus long terme, des reconstructions indirectes collées constitueront une solution fonctionnelle et esthétique cohérente, mais à mille lieues de la démarche biologique stricte qu'aurait autorisée l'absence de manœuvre iatrogène dans le jeune âge. ♦



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.

Symposium d'exception
« 10^e anniversaire »

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



Patrick Missika



Chantal Naulin



Déborah Tigrid

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 18 nov. 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 : accordée - 10 dom 2 + 10 dom 4 + 10 dom 5 + 10 dom 6	
	<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures	
	<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris :	225,- EUR
		Paiement reçu après le 4/11 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR
	<i>Réductions* ?</i> <small>*conditions page 31 du JOD 52 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	

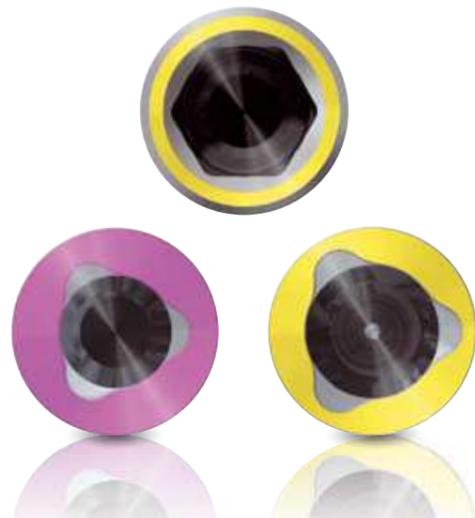
Un système implantaire pour tous vos besoins.

Un corps d'implant, trois connexions.

Traitement simple avec un seul protocole de forage.

Le système implantaire le plus utilisé au monde.¹

AVANT- PREMIÈRE Avec transfert de plate-forme et connexion conique
Lancement à l'automne 2011



Nous vous présentons NobelReplace. Que vous soyez un utilisateur novice ou expérimenté en matière d'implant, cet implant anatomique original reproduisant la forme d'une dent naturelle vous offre une solution sûre et fiable pour toutes les indications. Les composants chirurgicaux et prothétiques à code couleur et le protocole de forage standard décrit étape par étape assurent une grande facilité d'utilisation et des résultats prévisibles. Selon les indications et vos préférences personnelles, vous pouvez

opter pour la connexion interne tri-rainure avec ou sans transfert de plate-forme pour une sensation tactile sans précédent ou pour la connexion conique très hermétique avec transfert de plate-forme intégré. Précurseurs en matière d'innovation depuis 45 ans, nous vous fournissons des technologies éprouvées à long terme et fiables pour le traitement performant des patients.

Leur sourire, vos compétences, nos solutions.



Appelez le 02/467 41 70 ou connectez-vous au site nobelbiocare.com/nobelreplace



© Nobel Biocare Services AG, 2011. Tous droits réservés. Nobel Biocare, le logo Nobel Biocare et toutes les autres marques sont des marques du groupe Nobel Biocare, si rien d'autre n'est stipulé ou n'est évident dans le contexte d'un cas particulier. Déni de responsabilité : Il est possible que la vente de certains produits ne soit pas autorisée dans tous les pays. Contactez le service commercial local de Nobel Biocare pour plus d'informations sur la gamme complète disponible. 1 Source: Millennium Research Group. 2 Dental Product Shopper a élu NobelReplace Tapered Meilleur Produit 2011. www.dentalproductshopper.com/nobelreplace

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



Jean-François Keller



Philippe Poisson



Isabelle Frayssignes

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 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 : accordée - 10 dom 1 + 20 dom 4 + 10 dom 6	
	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 31 du JOD 52 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	

Un autre regard sur...



Stern Weber TR S 220 Hybrid

Surprenant et différent

Stern Weber présente des solutions surprenantes. Non pour être différent, mais pour être mieux.

Avec le Hybrid, Stern Weber choisit catégoriquement pour l'innovation. La grande mobilité et le design offrent beaucoup d'espace libre autour du patient et sous le dossier du fauteuil.



Arseus Dental Solutions
Tél. 0800/14.605
www.arseus-dental.be
info@arseus-dental.be

Bruxelles - Charleroi - Wavre - ... ou dans votre salon • Nombreux horaires

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 !

Un autre regard sur... Chez Arseus Dental Solutions, nous nous occupons de votre cabinet.

Vous pouvez compter sur notre service personnalisé, qui va plus loin que la simple fourniture de produits. En effet, nous veillons à ce que vous exploitiez votre potentiel au maximum. C'est pourquoi nous explorons de nouvelles voies et repoussons sans cesse les limites de nos initiatives, de nos innovations, de nos solutions. Afin d'élargir notre horizon... mais aussi le vôtre!

Arseus Dental Solutions est un fournisseur global d'équipements et matériel dentaires, d'aménagements de cabinets, de financements, de formations, de services et de conseils.

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



SÉCU

SOS SIS

Pas de pitié pour la carte SIS, dont la mort est annoncée fin 2013. Pharmaciens et hôpitaux pourront commencer, à partir de 2012, à consulter les données d'assurabilité de leurs patients sur base de la carte d'identité électronique. Mais les données n'y seront pas vraiment stockées : l'eID ne devrait qu'ouvrir l'accès en ligne aux données administratives auprès des organismes assureurs.

Pour les dentistes... bof. Rien ne change vraiment, puisqu'ils ne pouvaient pas (encore) consulter les cartes SIS... et ne le pourront jamais. Le délai annoncé pour la mutation du système devrait permettre d'adapter les logiciels de gestion et de procéder aux démarches pour obtenir un code de prestataire ouvrant droit à l'accès aux données. L'avenir nous dira ce dont cette nouvelle usine à gaz accouchera.

Papy n'a pas fait de la prévoyance

C'est écrit : la Belgique connaît son plafond en matière de pensionnés. Rien que pour 2010, ce sont 107.000 travailleurs qui ont



été admis à la retraite. Faut-il se réjouir d'atteindre le plafond ? Non, car selon les chiffres de l'Office National des Pensions (ONP), le nombre de nouveaux papys annuels restera stable jusqu'en... 2025. Or rien n'a été thésaurisé par cette génération qui a consacré le principe de la distribution au détriment de la capitalisation.

De quoi effrayer les édiles en charge du prochain budget. Que ce soit le gouvernement démissionnaire d'Yves Leterme ou les négociateurs d'Élio Di Rupo qui s'en chargent, la question est la même : comment financer l'infi-

nançable, alors que la croissance stagne et que 7 à 8 milliards d'économies structurelles sont nécessaires ? Les soins de santé sont en première ligne...

PATIENTS

La bonne mort

En 2002 est entrée en vigueur la loi dépenalisant partiellement l'euthanasie. Depuis lors, cette pratique rencontre un « succès » jamais démenti. Depuis longtemps, on naissait sur programmation ; à présent, on meurt aussi sur rendez-vous.

Ainsi, depuis janvier 2011, la moyenne tourne autour des 85 déclarations par mois ; il est donc question d'atteindre les 1.000 euthanasies sur base annuelle, ce qui représente... 1% des décès. Dans 80% des cas, la maladie causale est un cancer, et dans 92% des cas, la mort naturelle est attendue à brève échéance, l'acte médical étant une pure anticipation technique.

Autre point statistique, et curieux : 84% des déclarations sont rédigées dans la langue de Vondel ! Comme s'il y avait la bonne mort au Nord, et la mort tout court ailleurs.

Les cigarettiers créatifs

Selon le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC), 13% des jeunes Belges de 10 à 17 ans se déclarent « fumeurs ». Une légère diminution pour cette cible marketing... de premier choix, puisque qui a fumé fumera ! Les cigarettiers redoublent donc de créativité pour attirer cette clientèle d'autant plus fragile que quatre jeunes sur cinq estiment que, en dépit d'une dépendance prouvée, il suffit de « s'arrêter à temps ».

Dernières offensives commerciales en date : ajouter à la cigarette un colorant de fumée, un coupe-faim, un laxatif... "Les jeunes sont très sensibles à cet argument, selon Adriaan Meirsmann du CRIOC, car ils tentent de copier l'image véhiculée par les médias." Dernière étape à franchir pour les sournois vendeurs de poison : l'avis du Conseil Supérieur de la Santé et l'approbation ministérielle.

Autre innovation : la cigarette « anti-incendie ». Il s'agit de contrecarrer la combustion par l'utilisation d'un papier différent, constitué d'anneaux étanches à l'air. Voilà qui n'est pas pour favoriser la consommation : c'est ce que ne sont pas les cigarettiers eux-mêmes qui ont imaginé le procé-

dé, mais bien une nouvelle norme de la Commission Européenne, soucieuse de limiter les incendies accidentels.

MÉDECINS

6 ans = doc

Groupon et la drague

On croyait retombé le lever de boucliers observé à l'occasion du lancement par Groupon d'achats en série de blanchiments dentaires. Mais le site de deals remet le couvert en s'intéressant désormais à une partie plus sexy encore de l'anatomie de la gent féminine.

C'est ainsi qu'une clinique esthétique courtraienne offre sur groupon.fr une réduction de 54% pour, Mesdames, « la poitrine de vos rêves » (sic). Soit tout de même encore 2.499 euros. Intéressée ? Visitez simplement totalbeautyclinic.be. Lors de la première journée promotionnelle, 6 acheteuses s'étaient déjà réunies.

Saisi par son homologue français, l'Ordre des Médecins examine le cas et prépare une plainte. Et ce, d'autant plus qu'une nouvelle loi du 23/6/2011 interdit spécifiquement, depuis le 5 août dernier, la publicité pour la médecine esthétique. Une chanson que les dentistes connaissent, eux, depuis 1954... et il était déjà question de protéger la population de potentielles pratiques malveillantes !

C'est fait depuis fin août : le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles (ex-Commaunauté Française) s'est mis d'accord pour diminuer d'une année le tronçon commun des études de médecine, à partir de la rentrée académique 2012. Conséquence : les études de médecine sont toutes raccourcies d'une année.

Mais les mesures d'envergure sont ailleurs : un test non contraignant à l'entrée, et une réorientation sans redoublement en cas d'échec en BAC1. Le projet de décret est en cours de rédaction. Voilà qui devrait (peut-être) rencontrer les objectifs, bien contraignants quant à eux, du contingentement au niveau fédéral.

MÉDICAMENTS

Geen snøepje

L'AFMPS, c'est l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé. Jamais entendu parler ? Ça va peut-être changer avec la campagne « Un médicament n'est pas un bonbon », ou en bon



Néerlandais « Een geneesmiddel is geen snoepje »...

Sur le web, ça donne une URL très... euh... longue.

En « douze clés pour un bon usage du médicament », cette offensive de communication entend rappeler qu'un médicament peut s'avérer inefficace, inadapté voire dangereux, s'il est utilisé de manière inadéquate, sans l'avis du médecin ou du pharmacien et sans respecter les recommandations de la notice.

De dentiste là-dedans, point ! Daar vindt U geen tandarts mee ! Mais belle affiche, tout de même. Si, si.

KINÉS

À la queue leu

Voilà ce qui arrive lorsque l'on n'est pas prévoyant. À force de croire que le nombre de kinés pouvait s'autoréguler, l'année

2011 aura fait vivre une tragédie à 99 kinés francophones fraîchement diplômés : excédentaires par rapport au quota de 292 prestataires autorisés à ouvrir un cabinet, ils ont été recalés lors du concours organisé par l'INAMI. Et cela, en dépit de tous les recours judiciaires introduits.

Alors, que faire politiquement ? Les autoriser à représenter l'épreuve en 2012, pardi ! Oui, mais en 2012, plus de 500 nouveaux kinés devraient être diplômés... ce qui laisse penser que 300 au moins seront recalés... Et en 2013 ? Les projections font état de... 760 concernés ! C'est ce qu'on appelle un effet boule-de-neige.

En tout cas, y a pas à dire, les kinés font plus la file que leurs patients. Un avant-goût de ce qui attend les étudiants-dentistes de l'époque moratoire ? ♦



Le concept du tout-céramique repose sur des critères cliniques stricts allant de la forme de la préparation à l'assemblage définitif de l'ouvrage prothétique avec les dents préparées.

Cela étant, il convient de procéder, avant de traiter la situation clinique de départ, à un examen précis permettant d'évaluer la future teinte des moignons dentaires préparés. Cette teinte peut être fortement influencée par des traitements antérieurs ou par la corrosion issue d'anciennes restaurations. Dans ces cas cliniques, le fait d'opter pour une céramique caractérisée par une translucidité élevée entraînerait un échec immédiat, quel que soit le degré d'opacité de l'adhésif. Dans ces cas très particuliers, il convient d'opter pour une armature opaque. En revanche, si la situation clinique est favorable, la réalisation d'un tenon en fibres de verre à fixation adhésive est la meilleure solution pour exploiter l'effet de transmission de la lumière qu'offrent les armatures en vitrocéramique.

Le présent article clinique décrit étape par étape la réalisation d'un tel ouvrage dans la pratique.

Face à des exigences esthétiques de plus en plus élevées, le chirurgien-dentiste est amené à revoir sa méthode clinique. Il est devenu aujourd'hui indispensable de compléter la panoplie thérapeutique existante par des reconstitutions adhésives, non pour des raisons économiques mais afin d'assurer de bonnes conditions biomécaniques et d'offrir un avantage médical au patient [4, 7, 10]. Ces restaurations sont décrites dans un rapport sur les indications et contre-indications des reconstitutions coronoradiculaires remis en 2003 par un groupe d'experts à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Dans ce rapport, il est notam-

Reconstructions coronoradiculaires en médecine dentaire esthétique

•Olivier Étienne, Jean-Claude Schoeffler

ment précisé ce qui suit : « Une reconstitution coronoradiculaire (RCR) a pour objectif d'assurer la rétention d'une superstructure [couronne, moyen d'ancrage de bridge, élément support de prothèse adjointe partielle (PAP)]. Deux familles de reconstitutions de la dent dépulpée existent : les reconstitutions coulées, inlay-cores (IC) et inlay-cores à verrou, encore appelés IC à clavette (ICC), [...] et les reconstitutions réalisées avec un matériau inséré en phase plastique (RMIPP) » (<http://www.has-sante.fr>). Le 1^{er} groupe de cette classification habituellement utilisée en France comprend les inlay-cores à tenon et les inlay-cores à clavette ou tenons coulés réalisés en laboratoire au moyen de procédés de coulée directs

ou indirects. Le 2^e groupe comprend les tenons réalisés directement en une seule séance avec un matériau plastique (p. ex. composite, ciment verre ionomère, ciment verre ionomère renforcé à la résine). Bien qu'une méthode d'évaluation stricte (analyse critique de la littérature scientifique internationale) ait été employée dans le rapport, le groupe d'experts conclut dans son rapport que les données analysées n'ont pas permis de définir les indications et contre-indications des deux types de reconstitutions. Cela confirme au moins une chose, à savoir qu'il est très difficile d'établir un algorithme décisionnel pour systématiser le choix d'une telle technique de reconstitution [3, 12].



Ainsi, lorsqu'il se trouve confronté à une situation clinique donnée, le chirurgien-dentiste doit tenir non seulement compte des critères cliniques et radiologiques de la dent concernée, mais aussi de son environnement occlusal.

Les **tenons coulés** sont réalisés à partir d'alliages métalliques présentant des comportements mécaniques différents selon la catégorie (précieux, semi-précieux, non précieux). Ils sont indiqués de préférence en cas de défauts importants des tissus durs de la dent (deux parois résiduelles ou moins) et de pertes de substance affleurant ou dépassant le niveau gingival.

Pour **les tenons avec matériau plastique**, le consensus général semble pencher actuellement vers l'emploi de tenons renforcés de fibres de verre en combinaison avec un matériau composite. Leur indication est limitée, essentiellement en raison des contraintes imposées par la méthode de collage (procédure à respecter à la lettre, digue).

Ils devraient être réservés aux dents présentant une substance dentinaire résiduelle suffisante (3 ou 4 parois) avec une hauteur d'au moins 2 mm au-dessus de la limite de préparation [5]. L'insertion d'un tenon et la préparation dans la dentine, comme décrit plus haut, garantissent l'effet de sertissage en cas de couronne cimentée, laquelle peut ainsi résister efficacement aux forces de cisaillement élevées dans la zone antérieure lors du masticage. Dans la zone latérale, en cas de destruction peu ou moyennement importante de la couronne clinique, l'application de la technique adhésive rend parfois inutile l'emploi de tenons [2]. En outre, les tenons renforcés de fibres de verre, dotés d'un module d'élasticité comparable à la dentine, présentent l'avantage d'une étanchéité coronaire rapide et d'un nombre réduit de séances [8]. Un autre avantage — souvent négligé — réside dans le fait qu'ils répondent aux exigences relatives à la diffusion de la lumière de restaurations tout-céramique translucides [1, 6, 9, 11, 13].

Dans ce qui suit, nous expliquons étape par étape, au moyen d'exemples cliniques, la réalisation d'une couronne tout-céramique sur une reconstitution adhésive à tenon, en utilisant du mieux possible les connaissances scientifiques afin de répondre aux exigences fonctionnelles et esthétiques.

1^{er} cas clinique

Une patiente âgée de 41 ans se plaint du niveau d'esthétisme insuffisant de la dent 16, laquelle a été restaurée avec une obturation composite il y a 10 ans (Fig.1). La restauration présente des dyschromies déjà anciennes et dues à divers facteurs. Il est donc fort peu probable qu'un blanchiment puisse donner un résultat satisfaisant. C'est pourquoi, en accord avec la patiente, une couronne tout-céramique doit être mise en place.

Lors d'une 1^{ère} séance, après le retrait du matériau d'obturation, un traitement du canal radicaire est effectué (ancienne pulpotomie) afin de l'étanchéifier au mieux. Lors d'une 2^e séance, la dent est préparée, à commencer par la réduction occlusale. Après la préparation circulaire, il faut s'assurer que la reconstitution

adhésive puisse être réalisée dans les meilleures conditions possibles (présence des 3 à 4 parois périphériques, hauteur dentinaire suffisante pour le cerclage).

La dent est étanchéifiée avec la digue. A ce stade, une préparation supragingivale facilite la pose de la digue. Le canal palatin est préparé à l'aide d'un foret calibré. Le tenon doit être placé en position totalement passive, de manière à éviter toute friction mécanique sur les parois du canal (Fig.2).

Enfin, le retrait total du ciment canalaire doit être contrôlé afin de garantir un durcissement complet du matériau composite de reconstitution.

Le sablage de la cavité à l'oxyde d'alumine permet d'éliminer entièrement l'obturation provisoire sur la surface de collage de la dentine (Fig.3). >>



Fig.1. Situation de départ : dent 16 avec dyschromie occlusale.



Fig.2. Le foret et le tenon sont calibrés. Afin de garantir un collage efficace, il est nécessaire de vérifier que la préparation est bien effectuée dans la dentine canalaire. La préparation canalaire est contrôlée visuellement. Cependant, il faut veiller à ce que le diamètre du tenon soit inférieur à celui du canal radicaire, afin que l'ajustement du tenon reste passif et que ce dernier soit entièrement recouvert de matériau composite.



Fig.3. Sablage à l'oxyde d'alumine (50 µm) pour nettoyer la surface et la préparer à la fixation adhésive.

» Ensuite, le canal et la cavité sont soigneusement rincés par jet d'eau, puis tamponnés à l'aide de petites éponges d'application et de pointes de papier (Fig.4), afin d'éviter un dessèchement complet de la dentine.

La fixation adhésive du tenon composite renforcé de fibres de verre peut être réalisée à l'aide de divers systèmes adhésifs, soit de systèmes « Mordançage & Rincage » à conditionnement acide et rinçage séparés, soit de systèmes à conditionnement automordançant. Compte tenu des facteurs mécaniques favorables, les auteurs ont opté pour un système automordançant à 1 temps.

Pour cela, l'adhésif automordançant dual est appliqué pendant 20 à 30 secondes sur la dentine intra-radicaire et sur les surfaces occlusales de la dentine et de l'émail. Dans la plupart des cas, l'emploi dans le canal radicaire de micro-applicateurs ultrafins est nécessaire (Fig.5). Ensuite, l'adhésif excédentaire présent dans le canal préparé est éliminé à l'aide d'une pointe de papier. Le solvant est éliminé par un léger soufflage, et l'adhésif est réparti de manière homogène. L'adhésif Futurabond DC (VOCO, Cuxhaven) utilisé dans ce cas est compatible, selon les indications du fabricant, avec le matériau de reconstitution dual.

Dans ce procédé, la fixation adhésive du tenon constitue la source d'erreurs la plus fréquente, surtout en raison de la pénétration de bulles d'air qui réduisent la surface de collage globale. Afin d'éviter la formation de bulles d'air, il est recommandé de procéder comme suit.

- Tout d'abord, recouvrir directement de matériau composite le tenon nettoyé à l'alcool et, le cas échéant, silanisé (selon les indications du fabricant). Ensuite, à l'aide d'une canule fine, injecter le matériau composite dans le sens apico-coronaire dans le canal préparé (Fig.6), en veillant à ce que la pointe de la canule reste en permanence immergée dans le matériau.

- Répartir ensuite manuellement le matériau composite à l'aide d'un obturateur canalaire de grand diamètre (type injecteur de Tanaka) sur les parois périphériques de la cavité d'accès afin de garantir une bonne répartition du composite. À ce stade, l'emploi d'un instrument rotatif n'est pas indiqué car la chaleur ainsi générée accélérerait le

Fig.4. La cavité d'accès est séchée au moyen d'une boulette de coton. Ensuite, le canal radicaire est séché à l'aide de pointes de papier.



Fig.5. Les parois du canal radicaire et de la cavité d'accès sont imbibées pendant 20 secondes avec l'adhésif (Futurabond DC, VOCO) par frottement des surfaces à l'aide d'un micro-applicateur.



Fig.6. Les kits destinés aux tenons contiennent souvent des canules de différents diamètres. La canule fine sert à l'obturation canalaire. Le matériau composite (Rebilda DC, VOCO) se laisse mieux répartir sur les parois à l'aide d'un obturateur canalaire (bourse-pâte type Tanaka).



Fig.7. L'instrument doit impérativement être utilisé manuellement afin d'éviter tout risque de polymérisation accélérée.



durcissement du matériau ; il faut utiliser une technique manuelle (Fig.7).

À présent, le tenon recouvert du même matériau composite peut être inséré dans le canal radicaire et accompagné par un léger mouvement rotatif. Ensuite, il convient de procéder à une photopolymérisation par le haut pendant 40 se-

condes afin de fixer le tenon et de durcir l'adhésif posé sur les surfaces dentaires occlusales (Fig.8).

Cette photopolymérisation n'atteint pas la partie la plus apicale du matériau dans le canal ; il est donc préférable d'attendre le délai de chétopolymérisation totale (5 min) avant d'effectuer la prépa- >>



VATECH
Haute technologie 3D
Fiabilité
Modularité

SELECTED BY DENTAL QUALITY

“Leader Mondial”

Vous souhaitez découvrir notre approche?
Chaussée de Mons 47, 1400 Nivelles - Tél.: 067/844 284 - www.dentalquality.be

Discovery Days | démonstration permanente de radiologie digitale
19-20 nov. de 10 à 18h | samedi 19 novembre - Nivelles
dimanche 20 novembre - Sint-Niklaas

www.fs-communication.be

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





Enfin, vous pouvez obtenir une double adhésion puissante et durable en une seule étape à la structure de la dent ET aux restaurations esthétiques... même sur la zircone.

Le ciment résine ré-inventé avec le nouveau **G-CEM Automix** de GC.

Utilisez G-CEM Automix et appréciez :

- une étape de mélange – le travail est fait pour vous
- une étape d'application – distribution directe, même dans le canal radiculaire
- une étape de nettoyage – retrait précis et aisé de tous les excès

Avec un temps de prise idéal et la fiabilité des résultats que vous attendez de GC.

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

GC BENELUX B.V.
Tel. +31.30.630.85.00
info@benelux.gceurope.com
www.benelux.gceurope.com

GC FRANCE s.a.s.
Tel.+33.1.49.80.37.91
info@france.gceurope.com
www.france.gceurope.com

GC AUSTRIA GmbH
Swiss Office
Tel. +41.52.366.46.46
info@switzerland.gceurope.com
www.switzerland.gceurope.com



>> ration du moignon. L'emploi de moules préformés peut être utile en fonction de la quantité et de la viscosité du composite. En cas de reconstitution de grande taille (comme c'est le cas ici), la polymérisation se fera par couches successives de 2 mm. Chaque couche doit être photopolymérisée pendant 40 secondes.

Plusieurs critères indispensables doivent être pris en compte lors du choix du matériau composite de reconstitution : durcissement dual (polymérisation à la lumière et polymérisation chimique), dispositif d'auto-mélange afin de minimiser le risque de formation de microbulles dans le matériau, teinte de dentine répondant aux exigences esthétiques.

Une fois la préparation terminée et après un polissage minutieux, une empreinte est prise lors de la même séance (Fig.9) et une restauration provisoire est réalisée.

La couronne tout-céramique (E.max Press, Ivoclar Vivadent) est mise en place lors de la séance suivante (Fig.10).

2^e cas clinique

La mise en œuvre des principes décrits plus haut s'applique tout particulièrement à la zone antérieure, celle-ci devant répondre à des exigences esthétiques encore plus élevées, et le comportement mécanique favorable des tenons renforcés de fibres de verre avec matériau composite y est évident.

Chez la patiente âgée de 22 ans, une nouvelle restauration des dents 11 et 21 est devenue nécessaire (Fig.11), notamment en raison de traitements endodontiques insuffisants et de limites de couronne non conformes. Après le retrait des deux couronnes, l'indication clinique d'une reconstitution adhésive est confirmée pour la restauration définitive, étant donné qu'une préparation par sertissage (hauteur de dentine sur la périphérie > 2 mm) est possible (Fig.12). Les traitements endodontiques sont révisés, et deux reconstitutions coronoradiculaires collées à tenon fibré sont réalisés dans la semaine qui suit (Fig.13a et b). Avec cette reconstitution, les moignons dentaires ressemblent au noyau de dentine naturel, tant au niveau de la teinte que de la biomécanique. Il est donc recommandé de privilégier des couronnes tout-céramique >>



Fig.8. La polymérisation de la reconstitution s'effectue couche par couche, comme de coutume, pour limiter l'effet de contraction.



Fig.9. Après la préparation, on aperçoit le tenon renforcé de fibres de verre au niveau de la surface occlusale. La restauration provisoire est mise en place lors de la même séance afin de protéger les surfaces d'une infiltration bactérienne et d'éviter que le tenon ne gonfle sous l'effet de l'humidité.



Fig.10. La couronne tout-céramique est réalisée d'après les indications transmises au laboratoire (Laboratoire D. Watzki, Illkirch, France) et fixée de manière adhésive. Son intégration esthétique et fonctionnelle répond aux exigences établies au départ.



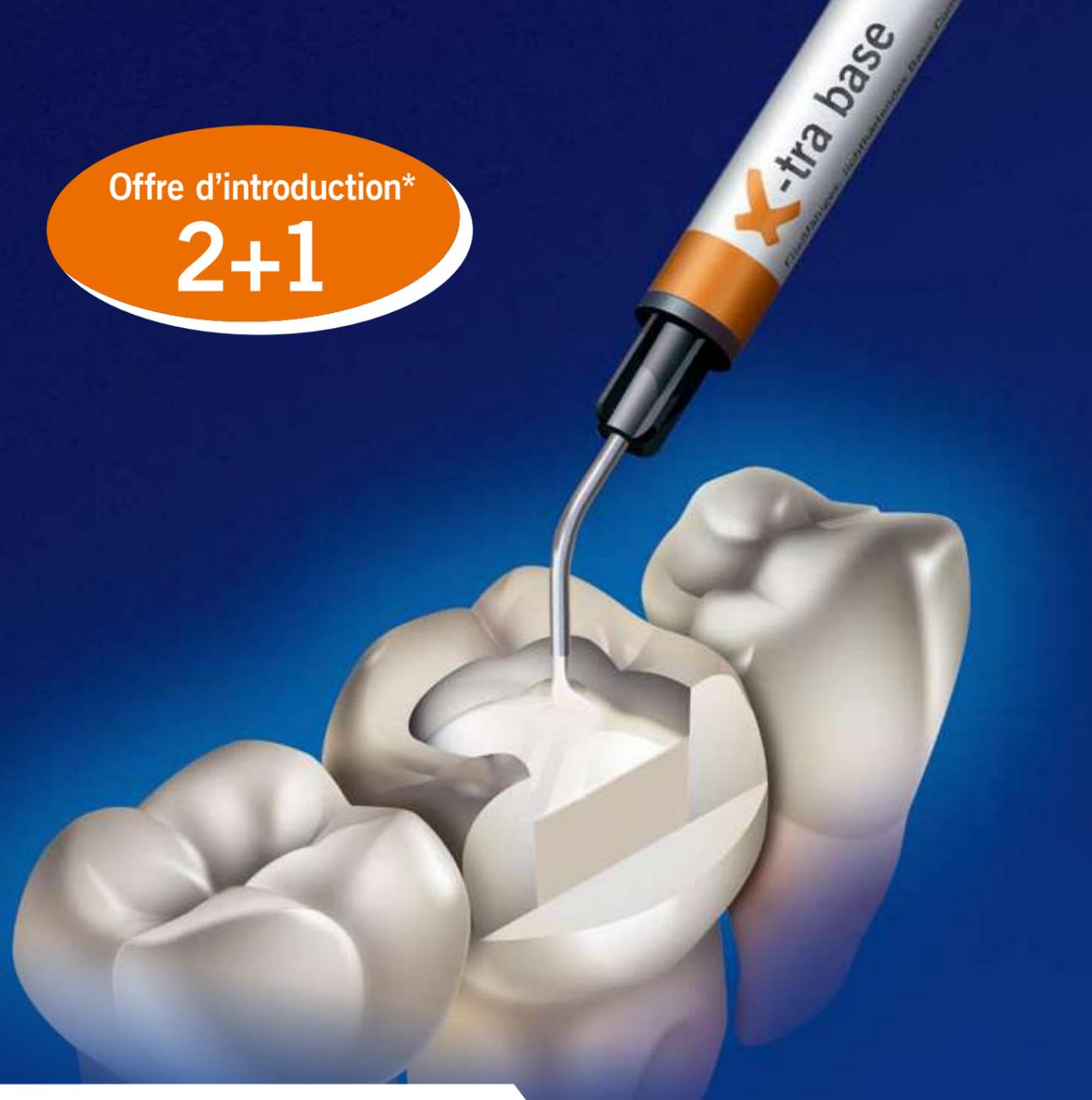
Fig.11. La forme et la teinte peu harmonieuses des incisives sont les raisons de la visite chez le chirurgien-dentiste. En y regardant de plus près, il s'avère que les 2 dents n'ont pas de tenon et présentent des couronnes dont les limites sont inadéquates.



Fig.12. Après le démontage et la réalisation de la préparation périphérique, l'indication peut être établie pour une reconstitution coronoradiculaire esthétique.

Offre d'introduction*

2+1



LE NOUVEAU COMPOSITE FLOW POUR LA TECHNIQUE D'OBTURATION EN MASSE!

Pour l'obturation efficace et sûre des postérieurs!

- Une base de 4 mm pour restaurations en 10 secondes seulement (teinte universal)
- Faible stress de rétraction pour une adhésion sûre
- Radio-opacité élevée (350 % Al)
- Auto-étalement
- La couche occlusale pour le recouvrement peut être effectuée avec tout composite universel



* Vous trouverez toutes les propositions actuelles sur notre site www.voco.com

X-tra base



VOCO
LES DENTALISTES



Fig.13a. Les traitements endodontiques sont de nouveau effectués afin d'assurer l'étanchéité canalaire.



Fig.13b. Ensuite, deux reconstitutions adhésives à tenons fibré (Rebilda DC et Rebilda Post, VOCO) sont réalisées. La gencive, améliorée par les dents provisoires, est préparée afin d'adapter les collets.



Fig.14. Les deux couronnes à armature en vitrocéramique translucide (e.max Press) sont collées à l'aide d'un système « Total-Etch » (Variolink II, Ivoclar Vivadent). Le bon comportement gingival et l'intégration esthétique sont visibles après une semaine.

» dotées d'une armature en vitrocéramique (E.max Press) dont la translucidité élevée profite de ces reconstitutions esthétiques. La fixation adhésive, réalisée avec un système « Total-Etch » qui améliore la résistance de la vitrocéramique, permet l'intégration esthétique et biologique de cette restauration prothétique (Fig.14).

Conclusion

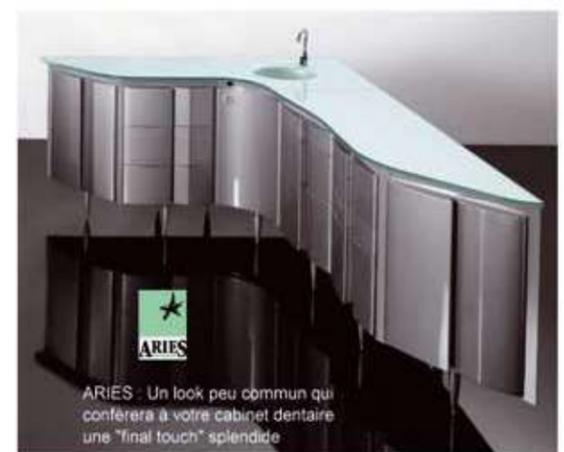
Grâce à la combinaison de la technologie céramique sans armature métallique avec tenons et matériau composite, le chirurgien-dentiste est aujourd'hui en mesure de proposer une solution biocompatible fiable, tant au niveau esthétique que mécanique, et conforme aux dernières avancées scientifiques. Toutefois, le choix de matériaux appropriés constitue l'un des facteurs clés pour la réussite à long terme du traitement. Compte tenu du grand nombre de paramètres à prendre en compte, il n'est pas simple de définir les indications pour un système de restauration précis. Il reste donc difficile, voire impossible, de systématiser une méthode dans le domaine de ces matériaux modernes. L'examen au cas par cas reste la règle de rigueur qui guide notre façon de procéder. ♦

Bibliographie

- Ahn JS, Lee YK. Difference in the translucency of allceramics by the illuminant. *Dent Mater* 2008; 24: 1539-1544
- Bitter K, Kielbassa AM. Post endodontic restorations with adhesively luted fiber-reinforced composite post systems: A review. *Am J Dent* 2007; 20: 353-360
- Bolla M, Muller-Bolla M, Borg C et al. Root canal posts for the restoration of root filled teeth. *Cochrane Database Syst Rev* 2007: CD004623
- Braun J. Aesthetic post and core to complement the all-ceramic crown. *Dent Today* 2005; 24: 122-126
- Dikbas I, Tanalp J, Ozel E et al. Evaluation of the effect of different ferrule designs on the fracture resistance of endodontically treated maxillary central incisors incorporating fiber posts, composite cores and crown restorations. *J Contemp Dent Pract* 2007; 8: 62-69
- Edelhoff D, Sorensen J. Light transmission through all-ceramic frameworks and cement combinations. 80th IADR. San Diego, USA 2002. Abstract #1779
- Etienne O. Préparations pour céramiques collées: technique des masques et préservation tissulaire. *Réalités cliniques. N° spécial esthétique - Tome 2.* 2010; 21 (4): 289-297
- Etienne O. - Watzki D. Préparation des modèles de travail en tout céramique : jouer avec la translucidité. *Stratégie Prothétique* 2009 Vol 9 (3) : 177-187
- Francischone CE, D'Alpino PH, Garcia FC et al. Reconstruction of anterior teeth using an aesthetic post-and-core and all-ceramic material. *Pract Proced Aesthet Dent* 2003; 15: 459-464
- Freedman GA. Esthetic post-and-core treatment. *Dent Clin North Am* 2001; 45:103-116
- Heffernan MJ, Aquilino SA, Diaz-Arnold AM et al. Relative translucency of six all-ceramic systems. Part I: core materials. *J Prosthet Dent* 2002; 88: 4-9
- Kurbad A, Muller T. Post and core build-ups as the basis of all-ceramic restorations. *Int J Comput Dent* 2007; 10: 199-216
- Li Q, Yu H, Wang YN. Spectrophotometric evaluation of the optical influence of core build-up composites on all-ceramic materials. *Dent Mater* 2009; 25: 158-165
- Reissmann D, Heydecke G. Evidenz zu Stiftsystemen. *Quintessenz* 2008; 59: 957-966
- Spear F, Holloway J. Which all-ceramic system is optimal for anterior esthetics? *J Am Dent Assoc* 2008; 139 (Suppl.): 19S-24S



Garancière envahit Paris



ARIES - Un look peu commun qui confèrera à votre cabinet dentaire une "final touch" splendide

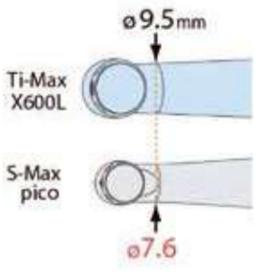


MultiSteril

- Désinfection
- Lavage
- Rinçage automatique
- Séchage
- 3 Programmes
- -20° à 60°C

NSK S-Max pico

La plus petite tête au monde



La Faculté d'Odontologie de Paris 7 Diderot, mieux connue sous la désignation de « Garancière », du nom de la rue où l'établissement était installé de mémoire de praticien, décentralise désormais ses stages cliniques au sein des hôpitaux Pitié Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital dans le XIII^e, et Rothschild, rue Santerre dans le XII^e.

Une modernisation qui s'imposait.

La formation post-universitaire délivrée par l'Association de l'École Odontologique a logiquement suivi le mouvement. Et à l'occasion des 37^e Entretiens qui viennent de se tenir du 20 au 23 septembre derniers, c'est à une véritable invasion de Paris que l'on a pu assister : séances « Rendez-vous avec... » et « Cartes Blanches », démonstrations cliniques, travaux pratiques, séance de prestige,

déjeuner-débat... le tout délocalisé sur sept adresses parisiennes différentes !

De quoi consacrer, chaque année davantage, les Entretiens de Garancière comme événement odontologique incontournable de la rentrée académique.

Vivez avec nous, dans les pages qui suivent, un aperçu de la séance inaugurale consacrée aux « Nouveautés et Réalité clinique », et découvrez la rencontre du JOD avec la Directrice des Entretiens, Chantal Naulin.



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

Nouveautés & réalité clinique

Cette séance inaugurale des 37^e Entretiens de Garancière avait pour mission de planter le décor thématique, en apportant des réponses à la question phare suivante : que reste-t-il des innovations que l'industrie met sur le marché, lorsqu'elles sont confrontées à la littérature et à l'exercice clinique au quotidien ?

Plusieurs spécialistes, dont une brochette d'anciens du COD, ont été amenés à porter un œil objectivement critique, chacun dans son domaine de prédilection : Pierre Colon pour l'odontologie restauratrice, Yves Samama pour la prothèse fixée, Patrick Missika pour l'implantologie, Stéphane Simon en endodontie, Alain Borghetti pour la parodontologie, et enfin Franck Chaubron en ce qui concerne les technologies à base de cellules souches.

· L'univers des silicates de calcium, applications cliniques

Pierre Colon

Deux applications cliniques sont à retenir : le traitement de l'hypersensibilité dentinaire et les ciments.



1. Hypersensibilité dentinaire

Le fraisage induit inévitablement une souffrance inflammatoire pulpaire, résultat des mouvements de fluides au sein des canalicules dentinaires, qui sont d'autant plus ouverts si l'on ôte la smear layer.

On sait que la dentine sclérotique ne présente pas ce phénomène : suite à une hyperminéralisation sous la forme de cristaux de whitlockite, les canalicules sont obstrués. D'où l'idée de reproduire ce moyen de défense naturel à l'aide de dérivés de silicates de cal-

cium. La whitlockite, comme les autres cristaux constituant l'émail et la phase minérale de la dentine (apatite, brushite...) ne sont autres que des phosphates de calcium, capables de se muer les uns dans les autres sous des conditions précises.

Dès 1971, Larry Hench a développé ce concept sous la forme de l'introduction de bioverres dans les dentifrices. Ce composé de CaO/Na₂O/SiO₂ en proportions variables, appelé Novamin®, entraînait une minéralisation dynamique au cours de cycles de dissolution/reprécipitation.

Le mécanisme d'action des silicates de calcium est basé sur la stratégie chronologique suivante :

- Libération de Na⁺ (alcalinisation)
- Libération de calcium et phosphates, avec sursaturation
- Cristallisation d'une «hydroxyapatite-like » et obstruction durable des canalicules

Les avantages des formulations récentes reposent sur une réelle liaison chimique avec la dentine, l'absence de coloration et l'amélioration des propriétés mécaniques. On trouve sur le marché, notamment :

- Nutri-émail® (Pierre Fabre)
- Sensodyne® Répare et Protège (GSK)

Pour usage professionnel, il faut retenir Dentsply® Nupro Sensodyne® avec Novamin®.

2. Ciments

Les silicates de calcium utilisés comme ciments totalisent 635 articles référencés sur Medline.

En effet, additionnés à l'eau, les silicates de calcium développent une réaction de prise lente, qui est celle du béton, d'où leur appellation de « ciments de Portland ». Il s'ensuit une alcalinisation

du milieu stimulant la différenciation d'ostéoblastes et l'inhibition des ostéoclastes.

Pro-Root® MTA (Maillefer) et Biodentine® (Septodont) sont deux formulations populaires. L'indication de Pro-Root® MTA est plutôt l'usage endodontique, alors que celle de Biodentine®, dont les propriétés sont proches de celles des ionomères de verre, est davantage la restauratrice.

Biodentine® est actuellement en cours d'évaluation clinique à Paris 7, sur 60 cas prospectifs, avec de premiers résultats encourageants. La mise en œuvre clinique de ce matériau est facilitée par l'emploi de capsules Centrix® à orifice segmenté.

Les questions qui subsistent à ce stade sont les suivantes :

- Quelle est la dissolution en milieu acide ?
- Quels types de liaisons sont établis avec l'hydroxyapatite biologique ?
- Quelle est la valeur de l'étanchéité à l'interface ?
- Quelle est la structure cristalline obtenue ?
- Quelles sont les applications à venir ? Ciment endodontique ? Nanocomposite inhibant la récurrence carieuse ?

Enfin, une évolution possible est le développement de tricalcium silicate (C₃S), exempts d'oxydes d'alumine et ferreux.

· L'esthétique du secteur antérieur : entre mythe et réalité

Yves Samama

Dans une société axée sur la recherche du « blanc » et du « jeune », il est logique que l'industrie dentaire se soit



La traduction clinique des innovations peut révéler bien des limites au dentiste, dont la vigilance doit rester permanente.

orientée vers des teintiers translucides ou semi-translucides. On a donc vu apparaître différentes générations de tout-céramique, aux meilleures propriétés optiques. Mais quelle est leur réalité clinique face à la céramo-métallique ?

Cette dernière date des travaux de Weinstein en 1950 et a vu peu d'évolution. Son concept repose sur la préparation périphérique d'un épaulement de 1,2 à 1,4 millimètre, et elle présente de réelles qualités :

- des propriétés mécaniques hors normes
- la tolérance d'importantes variétés de formes cliniques, dès lors que l'armature métallique compense les défauts de structure incompatibles avec la céramique
- le respect des deux critères majeurs de succès en prothèse fixée : la réduction tissulaire et la définition des limites
- l'optimisation de la résistance radiculaire par effet de cerclage
- un joint d'assemblage limité à 20 à 30 µm, moitié moins que la tout-céramique

Dès lors, la céramo-métallique conserve des indications franches :

- en occlusion à risque
- dans les parafunctions confirmées
- en cas de délabrement coronaire important ou de manque de hauteur clinique
- en cas de risque carieux élevé
- en gérodonologie

Le conférencier admet même en être revenu à la céramo-métallique dans tous les cas de dents cuspidées.

Si néanmoins, le choix de la tout-céramique est retenu, quel système choisir ?

Depuis McLean en 1965 qui inventa la jacket sur noyau d'alumine, trois grandes évolutions sont à retenir dans le développement du tout-céramique :

- en 1986, Sadoun propose l'In-Ceram® (Vita) basée sur une barbotine frittée à 1100°C
- en 1991, l'Empress® (Ivoclar) est une technique de pressage à chaud de céramique feldspathique dans un moule réfractaire
- en 1993, Anderson développe la Procera® (NobelBiocare), une céramique alumineuse

Aujourd'hui, un très grand nombre de techniques sont présentes sur le marché, avec des protocoles variés, et le clinicien ne peut tout maîtriser. Dans les choix qu'il pose, ce dernier doit prendre en compte deux principes :

- plus les propriétés optiques de la céramique sont élevées, moins les propriétés mécaniques de flexion sont bonnes
- ce n'est pas le système qui fait le résultat, mais la complémentarité entre les plateaux techniques de cabinet et de laboratoire

En conclusion, pour ce conférencier, les indications de la tout-céramique demeurent encore étroites :

- le souci d'économie tissulaire, en occlusion favorable uniquement
- les patients dysmorphophobiques, exigeant la translucidité et le A0 du teintier Vita, mais sans aucune garantie, ce qui mène à un exercice de « dentisterie caricaturale »

· Les nouvelles techniques en implantologie

Patrick Missika

1. La chirurgie assistée par informatique

Les données acquises de la Science, sur lesquelles doivent reposer les décisions du praticien et celles de l'expert judiciaire en cas de conflit, précisent que les implants ne peuvent être posés qu'en fonction du projet prothétique, et non l'inverse.

Les deux approches de planification, classique (wax up, montage directeur) et informatique (Simplant®, NobelGuide®...), peuvent répondre à cette exigence, en se fondant sur la fabrication d'un guide chirurgical.

L'approche informatique innovante repose sur les étapes suivantes :

- Dans une phase préparatoire, le projet prothétique est décidé sur base d'une prothèse existante ou créée ex nihilo, puis validée cliniquement.
- Un guide d'imagerie est réalisé, représentant le prémontage prothétique définitif. Des marqueurs radio-opaques sont positionnés dans ce guide, en vue de la technique de double scan. Afin de garantir le positionnement optimal du guide, un plan occlusal est réalisé et maintenu en place durant le scan.
- Un premier scanner est réalisé du patient, guide en place ; un second scanner est réalisé, du guide seul. Ce protocole permet de numériser l'anatomie du patient et le projet prothétique.

- Après conversion des données DICOM sur CD, vient le travail de console : identification des obstacles (nerf alvéolaire...), mise en place, à l'aide d'un logiciel dédié, des implants (axes, émergences...) et des clavettes de repositionnement, commande du guide chirurgical via Internet.

Une séance d'essayage du guide chirurgical doit être planifiée, avant chirurgie.

- Il existe une possibilité de concevoir une prothèse transitoire en plaçant des analogues dans le guide.

- Lors de la séance chirurgicale, le guide est positionné, sécurisé au moyen des clavettes ; puis vient la mise en place des implants. Une chirurgie sans lambeau est possible, et les suites opératoires >>>

>> sont nettement réduites. Une prothèse temporaire est mise en fonction.

- Quelques mois plus tard, la prothèse d'usage peut être réalisée.

Pour séduisante que soit cette approche assistée par ordinateur, une analyse critique met en lumière quelques écueils :

- Le refroidissement des forets demeure problématique.

- Des complications sont possibles, notamment du fait d'une certaine imprécision de la planification (1 à 1,5 mm), rendant nécessaire une marge de sécurité.

- Le coût du guide chirurgical reste élevé (700 à 800 euros).

- Au vu de la rigueur du protocole, la technique doit être réservée à ce stade aux chirurgiens avancés. Mais la technique est appelée à évoluer et à devenir plus accessible.



L'ingénierie : voie d'avenir en odontologie ?

2. Le système Encode® (Biomet 3i)

Cette innovation repose sur le principe d'une empreinte de vis de cicatrisation, en éliminant la nécessité d'une empreinte d'implants avec tout le stock de composants que ce système traditionnel exige. En effet, les codes gravés sur la surface occlusale de la vis de cicatrisation Encode® indiquent la hauteur de l'implant, l'orientation de l'hexagone, le diamètre de plate-forme et le type de connexion.

Après montage sur un articulateur spécial, le modèle et son antagoniste sont expédiés dans un centre de traitement à Valence (Espagne), où est fabriqué un pilier sur mesure en tenant compte de l'architecture gingivale et des structures dentaires du site.

Le recul clinique est trop peu important à ce jour pour émettre un avis argumenté. En tout cas, le prix de revient est semblable à celui induit par un système conventionnel.

3. La piézo-chirurgie

Certainement appelée à se développer, la piézo-chirurgie est surtout utile en chirurgie du sinus par ouverture de volet latéral : en effet, cette technique ne présente pas de risque de perforation de la membrane. D'autres indications englobent les prélèvements mentonniers ou ramiques.

Resista®, Mectron® et Piezo-Surg® sont

les principales marques actives sur le marché.

Les inconvénients sont :

- une certaine lenteur, surtout pour les systèmes de première génération

- un investissement important, qui ne peut être justifié que par un usage fréquent

- la nécessité d'une phase d'apprentissage

L'ingénierie tissulaire : la voie de l'endodontie moderne

Stéphane Simon



Qu'est-ce qui a évolué en endodontie depuis Schilder (1974) ? Les aspects mécaniques, dont la dernière étape en date est l'« instrument unique ». À quand la technique « instrument zéro »... ?

Qu'est-ce qui n'a pas évolué en endodontie depuis toujours ? L'anatomie et ses embarras, sources de toutes les autres difficultés, que l'on ne changera jamais. D'où l'idée de changer plutôt l'endodontie elle-même, pour en faire une discipline régénérative.

Cette démarche d'ingénierie tissulaire exige de développer une recherche à la fois sur les cellules endothéliales issues de progéniteurs, la biochimie de l'in-

flammation, l'angiogenèse et les matériaux bioactifs.

Mais l'ingénierie tissulaire ne date pourtant pas d'hier en endodontie. Le coiffage pulpaire en est le premier pas (Hermann, 1930), puisqu'il s'agit d'une régénération pulpaire localisée. La calcification spontanée observée dans certaines situations cliniques est aussi une forme d'ingénierie tissulaire, malheureusement incontrôlable.

Mais peut-on aller plus loin ? Peut-on revasculariser une pulpe inflammatoire voire infectée ? Il existe aujourd'hui une technique en ce sens, limitée aux dents immatures, car s'appuyant sur l'existence d'une papille apicale permettant l'édification radiculaire, et donc riche en cellules souches (SCAPs).

La technique proposée inclut les étapes suivantes :

- Rincer le canal au sérum physiologique et désinfecter au moyen d'un onguent constitué comme suit : ciprofloxacine 200 mg / métronidazole 500 mg / minocycline 100 mg / macrogol ointment / propylène glycol. La polyantibiothérapie contenue dans cette formulation a tendance à évoluer vers une monoantibiothérapie à base d'amoxicilline pure.

- Laisser en place 2 à 3 semaines.

- Réintervenir en créant un saignement apical (après avoir enduit la face vestibulaire endocamérale de bonding, pour prévenir toute dyschromie). Lorsqu'un caillot sanguin est obtenu dans le canal, le couvrir de Pro-Root® MTA.

- À 3 mois, un pont dentinaire doit apparaître à très légère distance du MTA, signant le succès de la thérapeutique. Dans le cas contraire, il faut procéder à une apexification non vitale classique.

Cette technique est-elle destinée à évoluer vers une application aux dents matures ? On peut y croire, car il reste d'autres cellules souches à exploiter (DPSC, SHED, DPCSC...). L'avenir réside sans doute dans l'usage de facteurs de croissance capables de recruter ces cellules souches.

Au-delà, on parle de tooth-engineering pour désigner la reformation d'organe dentaire complet. Déjà aujourd'hui, c'est possible en laboratoire, mais l'organe créé n'a qu'un lointain rapport anatomique avec une dent véritable.

Reste la question éthique : faut-il entreprendre tout cela pour... une dent ? >>>

dentOpen



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 codes mnémotechniques liés aux codes de nomenclatures INAMI et leurs critères d'application, annulant tout risque d'erreur et les refusés mutuelles qui y sont liés.
 - 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).
 - Impression semi-automatisée des annexes légales INAMI.
 - 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.
- Rappel des soins automatisés (sms, email).
- Rappels de paiements à plusieurs niveaux.
- **Liaison avec près de 15 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. Immobilisations par compte.**
- **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.**
- **Mise à jour des tarifs et mise à niveau du logiciel via internet.**

NEW

Un module agenda intégré à dentOpen est maintenant disponible. Transfert du logiciel à l'agenda des données de vos fiches patients : nom, prénom, téléphone, adresse email, jour et heure de rendez-vous préféré, etc. Edition automatique d'une journée de l'agenda vers le logiciel. Il permet l'envoi de rappels automatiques par sms et email, la gestion des catégories de rendez-vous. Comme tous les modules déjà existants il est multipostes et multi-praticiens.

COMING SOON

Deux nouveaux modules de gestion pour la parodontologie et l'orthodontie

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

kuraray

PROMOTIONS

A L'ACHAT D'UN DEMI-KIT DE CLEARFIL ESTHETIC CEMENT UN ENSEMBLE DE LANCEMENT CLEARFIL SA CEMENT GRATUIT !



CLEARFIL™ ESTHETIC CEMENT

- ✓ Ciment composite esthétique pour des restaurations invisibles
- ✓ Indications : Couronnes, bridges, bridges adhésifs, inlays (prothèses intrinsèques), onlays (prothèses extrinsèques), facettes prothétiques et tenons.
- ✓ Adhère à tous les matériaux dentaires, y compris l'oxyde de zircon et d'alumine
- ✓ Facilité de mise en œuvre
- ✓ Le kit s'utilise également en guise de système de réparation

CLEARFIL™ SA CEMENT

Le ciment composite autoadhésif associé à la fiabilité de CLEARFIL™.

- ✓ Produit insensible à la technique, aucun mordantage, primer ou adhésif distinct n'est requis
- ✓ Elimination aisée du surplus.
- ✓ Sans prétraitement, adhésion fiable au tissu dentaire, aux matériaux céramiques, aux oxydes de zircon et d'alume, à la céramique hybride, aux métaux et aux composites.
- ✓ S'utilise pour la quasi-totalité des indications (adapté à des couronnes, bridges, inlays, onlays et tenons)

ACTUELLEMENT, 35% DE MATÉRIAU GRATUIT !



ENSEMBLE DE LANCEMENT KURARAY

Cet ensemble comprend:

- CLEARFIL™ SE BOND Intro
- CLEARFIL™ AP-X seringue, teinte A3
- CLEARFIL MAJESTY™ Esthetic seringue, teinte A3
- DVD: CLEARFIL MAJESTY™ Esthetic, CAS CLINIQUES par le Dr. Mauro Cattaruzza
- CD-ROM des procédures CLEARFIL™
- CLEARFIL™ SA Cement seringue, teinte Universal



PRIX COD € 99,-

>> . La réalité clinique face aux innovations en parodontologie

Alain Borghetti

Le conférencier distingue 7 domaines d'évolution dignes de communication en parodontologie.



1. Le contrôle de plaque

Les nouvelles brosses oscillo-rotatives fournissent désormais un contrôle nettement supérieur au brossage manuel, avec une évidence scientifique. Cette évolution se traduit en termes d'efficacité mais aussi de sécurité (absence de lésions muqueuses).

2. L'instrumentation ultrasonique pour surfaçage

Les progrès sont réels dans ce domaine, et le surfaçage manuel n'est plus la règle.

3. La désinfection globale en un temps

Ce nouveau concept repose sur la volonté d'éradiquer en 24 heures l'ensemble des pathogènes parodontaux, par un débridement simultané de tous les quadrants, associé au contrôle des autres niches orales à la chlorhexidine. Le but recherché est d'éviter toute recolonisation entre les séances.

Il existe beaucoup de littérature récente sur le sujet, et les résultats sont mitigés. Il reste vrai que :

- la méthodologie présente des avantages pratiques certains
- aucun risque n'est créé pour le patient
- une amélioration significative a été prouvée dans les cas de parodontites chroniques sévères chez le fumeur

4. Les applications parodontales du laser

Les papiers les plus récents (notamment Rotundo, 2010) ne mettent pas en évidence de résultat plus effectif avec thérapie au laser Er:Yag par rapport au détartrage-surfaçage seul, ou même des résultats similaires au détartrage uniquement supra-gingival. Les lasers

semblent donc incapables de réduire la charge bactérienne.

En 2011, l'American Academy of Periodontology émis une déclaration dans ce sens (<http://www.perio.org/resources-products/pdf/laser-efficacy-statement.pdf>).

Par contre, il existe une évidence de l'intérêt du laser dans le débridement de la péri-implantite.

5. La régénération tissulaire

L'innovation majeure raisonnablement récente réside dans l'utilisation d'amélogénines (protéines amélaire) dans le cadre de la cicatrisation et de la néoformation de tissu parodontal.

PrefGel® et Emdogain® (Straumann) sont deux spécialités largement soutenues par la littérature.

6. La chirurgie plastique parodontale

Les innovations sont constantes dans ce domaine, mais une mention spéciale revient au lambeau positionné coronairement avec incisions obliques, avec ou sans greffon conjonctif, comme enseigné par De Santis.

Par contre, le PRF (Platelet Rich Fibrin) perd en notoriété. Utilisé complémentaiement dans le cas du lambeau décrit ci-dessus, le PRF produit un recouvrement radiculaire inférieur, mais un gain d'épaisseur à 6 mois.

7. Les allogreffes

Peu de publications et peu de preuves scientifiques viennent en soutien de spécialités comme Mucograft® (Geistlich) et Alloderm® (Lifecell).

Le conférencier saisit ce domaine des allogreffes pour rappeler en conclusion que les innovations sont certes sources de progrès, mais qu'avant de devenir une réalité clinique, elle doivent passer le filtre de la preuve scientifique.

. Cellules souches d'origine pulpaire : usage thérapeutique en médecine régénérative, cryoconservation pour un usage autologue ultérieur potentiel

Franck Chaubron



Actuellement, la thérapie cellulaire se limite souvent à collecter des cellules souches chez un patient déjà malade. Or il est possible d'anticiper, et de s'intéresser à des prélèvements beaucoup plus anodins. Quatre types de prélèvement sont actuellement envisageables :

- cellules souches embryonnaire : utilisées pour la recherche, avec des restrictions éthiques
- cellules souches de nouveau-né (prélevées dans le sang de cordon)
- cellules souches mésenchymateuses (prélèvement de moelle osseuse, procédure très invasive)
- cellules souches dentaires

Ces dernières présentent de grands avantages :

- un prélèvement non invasif, les dents devant être extraites pour d'autres raisons
- une source en quantité
- une grande capacité de différenciation (pluripotentialité) et de mise en culture cellulaire, avec pour objectif à terme de reconstruire du tissu osseux, du muscle cardiaque, de la peau... en vue d'une autogreffe ultérieure.

En conséquence, les sociétés de bio-banking sont déjà sur ce marché ! Elles proposent au patient, qui est le client, le stockage de tissu pulpaire, en froid absolu pour une période de 20 ans, de dents extraites pour raisons essentiellement orthodontiques.

Le dentiste est quant à lui sollicité comme partenaire incontournable, car un protocole très rigoureux doit être suivi : contrat, lettre de consentement, questionnaire médical, prescription légale d'une sérologie, conditionnement...

Le coût pour le patient représente un investissement assez lourd : 1.440 euros à la commande, et 1.000 euros un mois après le stockage effectif. Le contrat est renouvelable après 20 ans... ce qui apparaît bien nécessaire, vu que le prélèvement est effectué dans le tout jeune âge. ♦

Agenda

Prochains Entretiens de Garancière

18-21 septembre 2012

RECIPROC ...

... un jeu d'enfant

1 SEUL INSTRUMENT
(protocole ultra simplifié)

ALLIAGE EXCLUSIF
(meilleure flexibilité)

MOUVEMENT UNIQUE
(rotation horaire et anti-horaire)



La réciprocité :
réalisez en toute sécurité
et simplicité une mise
en forme canalaire de
qualité à l'aide d'un seul
instrument.



Pour une information, démonstration
ou un cours pratique, contactez-nous !

DENTAL
+ PLUS

tel: +32 2 478 42 56 - info@dentalplus.be - www.dentalplus.be



Rencontre avec Chantal Naulin

Directrice des 37^e Entretiens de Garancière

“ Envie de sérénité
retrouvée ”



Le JOD — Le thème de ces 37^e Entretiens de Garancière ose :
« Nouveautés et réalité clinique ». Expliquez-nous ce choix...

Chantal Naulin — Il nous a paru intéressant, devant toutes ces nouveautés qui nous sont sans cesse proposées, de tenter une réflexion sur l'intérêt clinique de ces innovations. Sont-elles applicables d'emblée dans notre pratique quotidienne ? Ou bien, devant le forcing du marketing de certains produits, faut-il avoir un réflexe de bonne pratique, qui permet de raisonner avec un certain recul ? Le fondement de notre thématique 2011 est donc d'entreprendre une réflexion avec les différents experts, les spécialistes avertis, sur ce qu'il faut retenir de réellement positif dans l'innovation odontologique perpétuelle.

Le JOD — Lors de la séance inaugurale, le Professeur Bernard Picard, Président de l'Association de l'École Odontologique, déclarait qu'avec vous, Chantal Naulin, nous devons nous attendre à des surprises. Quelles sont-elles ?

Chantal Naulin — Il s'agissait d'un petit clin d'œil... en ce qui concerne mon caractère personnel ! Mais le seul fait que le Directeur des Entretiens soit une Directrice ne peut suffire à véritablement modifier l'essentiel. Sans doute, j'apporterai une petite empreinte originale. Il faut intégrer la féminisation de notre Profession, qui est une réalité. La Profession n'est pas machiste, et il est acquis que les femmes y occupent une dimension de plus en plus conséquente.

Le JOD — En septembre 2010, la Faculté de Paris 7 commençait une nouvelle vie. Un an plus tard, quel est le bilan ?

Chantal Naulin — Au niveau de la Faculté, aucun bouleversement ! Cours, travaux pratiques, et enseignement dirigé se développent encore et toujours au sein de Garancière. Par contre, le changement s'est installé au niveau des stages cliniques, qui se déroulent désormais soit à Rothschild, soit à la Pitié Salpêtrière. Cette évolution positive nous offre une ouverture sur des situations nouvelles, au cœur de locaux hospitaliers : l'intégration et

l'interaction sont totales avec les autres disciplines médicales. Ce transfert a également permis de libérer des surfaces à Garancière, où désormais sont organisées des sessions de formation continue pour les praticiens, notamment de troisième cycle, avec l'appui de fauteuils high-tech, et des locaux de partage de connaissances.

Le JOD — Le fameux « esprit Garancière » résistera-t-il à ces évolutions ?

Chantal Naulin — C'est en tout cas mon souhait, et je constate aujourd'hui qu'il est plus que jamais présent, aussi bien dans les rangs du corps professoral qu'au sein des implantations hospitalières. Les étudiants, eux aussi, sont toujours fiers d'appartenir à cette marque de fabrique que représente Garancière. Quelle que soit leur orientation professionnelle future, aucun doute qu'ils resteront marqués par l'esprit Garancière.

Le JOD — En tant que Directrice des Entretiens pour deux ans, vous êtes bien placée pour nous offrir un scoop : alors, quelle sera l'orientation 2012 ?

Chantal Naulin — Il serait un peu prématuré de révéler une thématique définitive. Mais, après avoir confronté cette année les innovations à la réalité clinique, nous allons peut-être nous poser un peu. L'accroissement des directives de patients qui ont consulté l'Internet, la complexification voire la judiciarisation des relations soignant-soigné, ou l'essor de crises professionnelles comme le burn out, suscitent en nous l'envie de proposer aux praticiens d'apprendre à exercer leur art dans un contexte de sérénité retrouvée... ♦

SELECTED BY DENTAL QUALITY

“Charisme Danois”



HEKA
Ergonomie parfaite
Finition exclusive
100% aluminium

Vous souhaitez découvrir notre approche?
Chaussée de Mons 47, 1400 Nivelles - Tél.: 067/844 284 - www.dentalquality.be

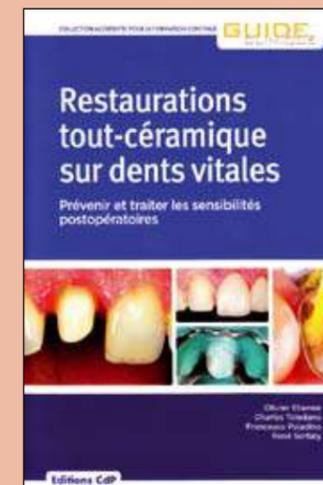
Discovery Days
19-20 nov. de 10 à 18h

démonstration permanente de radiologie digitale
samedi 19 novembre - Nivelles
dimanche 20 novembre - Sint-Niklaas

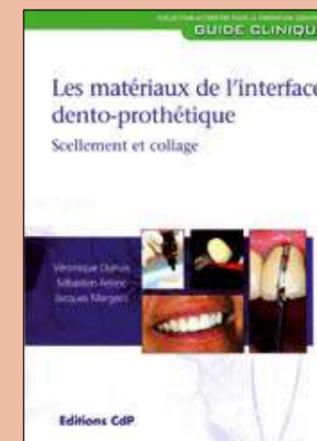
Dental Quality. Qualité et service pour l'exercice de votre profession.



Les indispensables de la rentrée



Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.librairie-sante.fr>



Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.librairie-sante.fr>

« Restaurations tout-céramique sur dents vitales »

Olivier Étienne, Charles Toledano, Francesco Paladino, René Serfaty
Éditions CdP, 2011 • ISBN 978-2-84361-171-1
24 X 16 cm • 128 pages • 59,00 euros

Il est constant que, en dépit de récents progrès, les reconstructions volumineuses par technique directe présentent un pronostic mitigé, en raison de la contraction de polymérisation et du vieillissement esthétique et fonctionnel. Dans ces situations, on opte volontiers pour la technique indirecte, d'un contrôle plus précis au niveau des marges cervicales ; mais ici, la nécessité d'une préparation plus invasive et l'obligation d'utiliser un matériau d'assemblage évoquent la crainte de sensibilités post-opératoire sur dents vitales.

Dans ce nouvel opus de la collection « Guide clinique » à la maquette rajeunie, les auteurs parviennent admirablement à synthétiser tous ces aspects du défi de la « tout céramique ».

« Les matériaux de l'interface dento-prothétique »

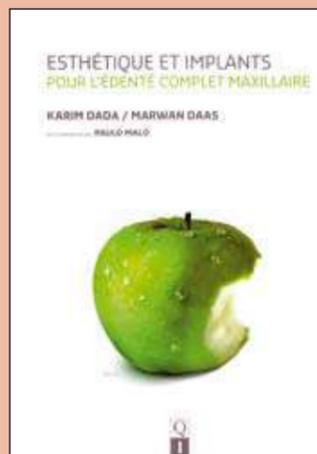
Véronique Dupuis, Sébastien Felenc, Jacques Margerit
Éditions CdP, 2011 • ISBN 978-2-84361-151-3
21 X 14,8 cm • 173 pages • 59,00 euros

En prothèse fixée, la restauration est intimement liée aux tissus par un matériau de jonction, qui peut être une colle ou un ciment de scellement, dont le but est double : créer et maintenir l'étanchéité, et participer à la rétention de l'artifice prothétique.

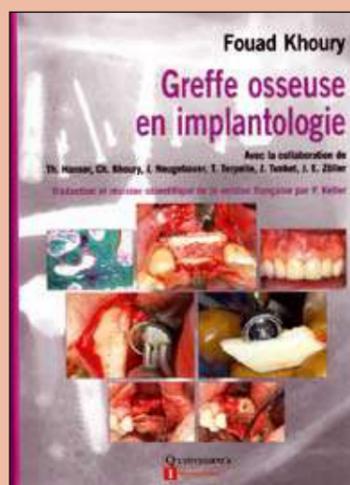
Dans cet ouvrage, les auteurs font le point sur les qualités et les défauts de chaque produit, mettent en évidence la simplicité de plus en plus grande des solutions proposées sur le marché, et n'hésitent pas à dénoncer lorsqu'il le faut un discours commercial parfois éloigné de la réalité. Un guide qui est le complément idéal de celui présenté ci-dessus ; ensemble, ils forment une mise à jour 2011 parfaite de l'assemblage en prothèse fixée.



Commandez cet ouvrage à l'adresse : <http://www.librairie-sante.fr>



Commandez cet ouvrage à l'adresse : <http://www.quintessence-international.fr>



Commandez cet ouvrage à l'adresse : <http://www.quintessence-international.fr>

« La chirurgie orale »

Hervé Tarragano, Patrick Missika, Franck Moyal, Benjamin Illouz, Yvon Roche
Éditions Cdp, 2010 • ISBN 978-2-84361-146-9
30,2 X 21,7 cm • 261 pages • 145,00 euros

La chirurgie orale est un pilier des compétences professionnelles du dentiste omnipraticien, aussi bien en France qu'en Belgique (où la définition du champ d'activité du dentiste généraliste est on ne peut plus large). En intégrant la chirurgie dans son exercice, l'odontologiste développe sa pratique de manière extrêmement valorisante, s'assurant une satisfaction professionnelle d'envergure.

Mais ce faisant, il engage également sa responsabilité. Aussi, ce traité a été rédigé dans le but de définir les meilleures pratiques chirurgicales actuelles, sur base de la littérature et de l'expertise des auteurs.

« Esthétique et implants pour l'édenté complet maxillaire »

Karim Dada, Marwan Daas
Éditions Quintessence International, 2010 • ISBN 978-2-912552-63-7
29,7 X 21 cm • 224 pages • 165,00 euros

Réduction du nombre d'ancrages implantaire, simplification des protocoles chirurgicaux et prothétiques, développement de stratégies de traitement applicables au plus grand nombre de patients par le plus grand nombre de praticiens, tels sont les objectifs déclarés de cette bible rédigée avec la collaboration de Paulo Malo.

Les nouveaux protocoles, basés sur une analyse complète clinique, radiographique et informatique représentent en effet une révolution du plan de traitement. L'analyse esthétique standardisée, présentée en annexe sous forme de check-list, complète cette synthèse up-to-date d'une approche thérapeutique à même de changer la vie des édentés totaux.

« Greffe osseuse en implantologie »

Fouad Khoury
Quintessence International, 2011 • ISBN 978-2-912550-73-6
21 X 28 cm • 519 pages • 280,00 euros

Cette parution offre une excellente version française du traité de Khoury, fournissant une compréhension des fondamentaux de la biologie osseuse et des techniques d'augmentation verticale et horizontale dans le cadre de la pose d'implants.

En lien permanent avec la littérature, et riche de ses 1.890 illustrations, dont l'immense majorité de situations cliniques peropératoires, étape par étape, ce traité fournit au lecteur, chirurgien avancé, une vue d'ensemble actuelle des possibilités de reconstructions tridimensionnelles des crêtes alvéolaires édentées.

VistaScan Mini - la vitesse de manipulation d'un capteur



5 tailles de capteurs sans fil

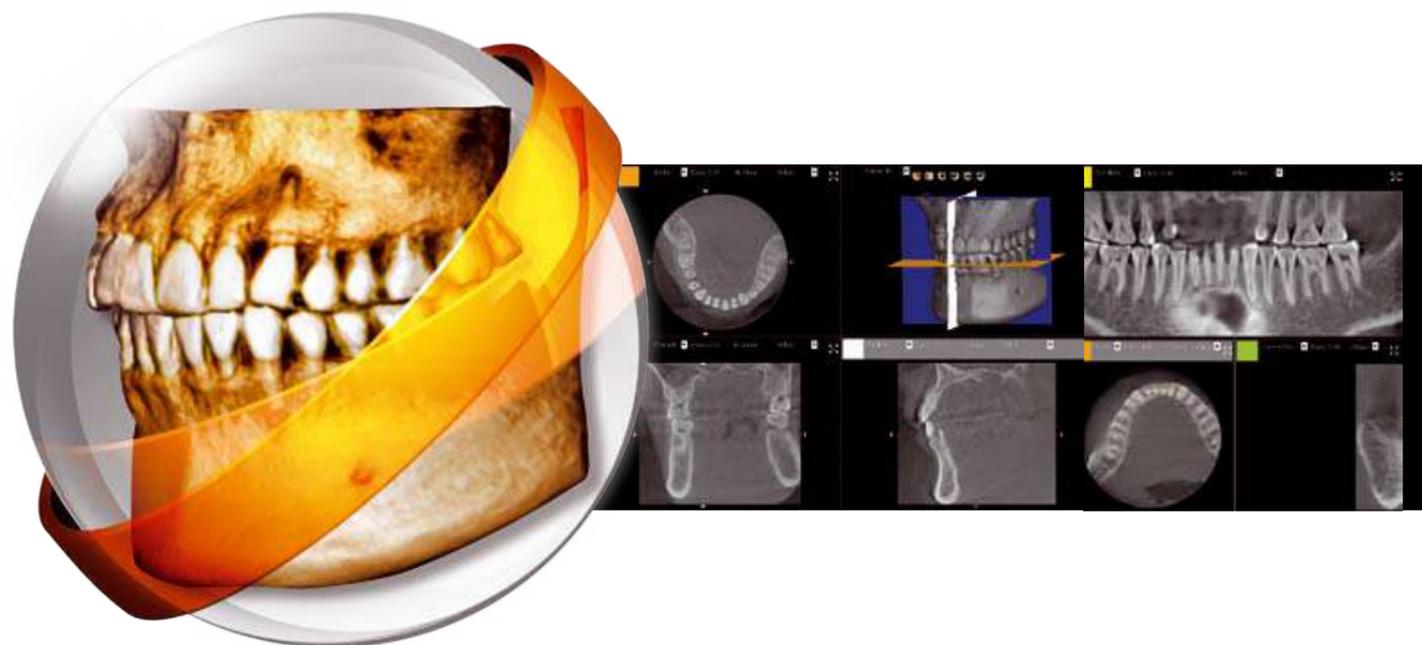
- Connexion USB et Net
- Tous les formats taille 0 à taille 4
- Scanner avec la plus haute définition actuelle : 22 pl/mm
- Manipulation plus facile qu'un capteur

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



Une nouvelle ***DIMENSION***
ajoutée à votre panoramique



IDENTITE INSTRUMENTS - www.identite.fr

I-MAX TOUCH 3D
Panoramique évolutif 3 en 1

L'évolution naturelle de votre panoramique I-Max Touch, c'est l'acquisition de l'intégralité de la dentition en un seul volume 3D (9 x 8 cm) pour un champ d'examen étendu : idéal pour la simulation en implantologie.

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

owandy



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

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

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Base..... | 1 X 225 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur ⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant ⁽²⁾ | 1 X 215 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : | X 125 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 4/11/2011..... | + 50 = | EUR |

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

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Base..... | 1 X 195 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur ⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant ⁽²⁾ | 1 X 185 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : | X 95 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> 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) :

Total = EUR

PR • Deux sessions de PR 2011

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2011..... | 1 X 85 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> 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 27/10 Wavre Castelbel

08h15
 12h00
COMPLET
COMPLET

Sa 10/12 Bruxelles Lamoral

08h30 + 10h15 ⚠
 12h00 + 13h45

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 31 du JOD52 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. /

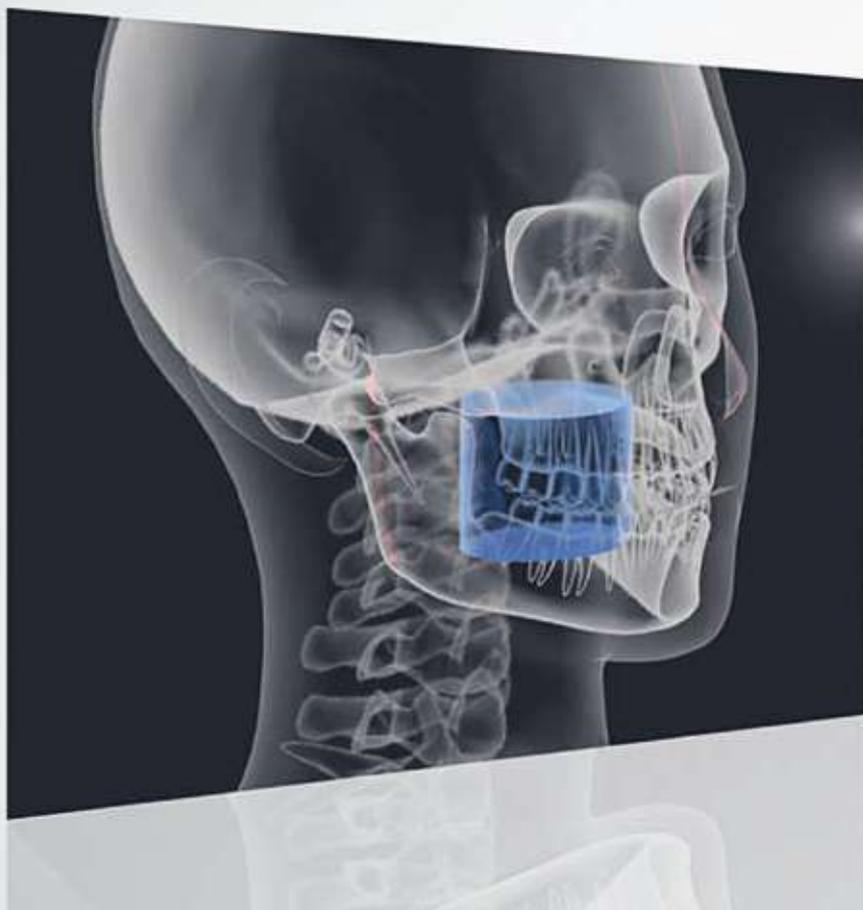
Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte : _____
 Date : _____ Signature : _____

FC

PR

Avec la 2D, vous cherchez...

Avec la 3D, vous trouvez.



Visualisez l'anatomie dentaire
comme vous voyez le monde – en 3D

Le système d'imagerie extra-orale
Kodak 9000 3D augmente votre
capacité diagnostique grâce à des
images 3D réalisées à très haute
résolution mais à une dose réduite.
La caméra intra-orale Kodak 1500
Wi-Fi vous aide à communiquer les
meilleures options de traitement à
vos patients.

OFFERT

© Carestream Health, Inc. 2011.
La marque et l'habillage commercial Kodak
sont utilisés sous licence de Kodak.



**SOUHAITEZ VOUS
PASSER À LA 3D ?**

Faites réaliser une étude pour la
reprise de votre équipement
panoramique ! Recevez alors en
cadeau une caméra Kodak 1500
pour l'achat du système
Kodak 9000 3D.

Liste complète des revendeurs
participants disponible sur
www.carestreamdental.com

**OFFRE LIMITEE
SEP-DEC 2011**