

# JOD

Périodique destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire  
© Collège d'Omnipraticque Dentaire asbl, éd. • Agréation P307013 • Tirage : 3.800 ex.

## PRATIQUE

Le dysfonctionnement  
crânio-mandibulaire

## CLINIQUE

La prothèse amovible  
supra-implantaire  
par barre fraisée

## ACCREDITATION

Le point de la situation  
et tous les numéros 2012

FC1 • Drôles de DAM

Namur • Vendredi 23 mars 2012

# Les secrets de l'ATM dévoilés

# 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 • Avenue de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles  
Tél. +32 (0)2 425 60 37 • Fax +32 (0)2 425 36 82 • info@septodont.be • www.septodont.be

WITH 80-YEAR EXPERIENCE DEDICATED TO DEVELOPING AND MANUFACTURING INNOVATIVE PRODUCTS FOR DENTAL PROFESSIONALS. SINCE 1932.

# JOD

Mars - Avril 2012 • n° 56



- 5 • **Accréditation**  
Le point de la situation
- 6 • **La photo**
- 9 • **Programme 2012**
- 11 • **Prochaines activités**
- 16 • **L'actu med**
- 18 • **Pratique**  
Dysfonctionnement crânio-  
mandibulaire
- 26 • **Clinique**  
La prothèse amovible supra-  
implantaire par barre fraisée
- 35 • **Forum**
- 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, 2012  
Reproduction interdite sauf accord

Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Thierry Vannuffel  
Rédacteur en Chef

## État cherche milliards

"L'indexation n'est pas négociable." Tel est le crédo des syndicats. Mais pas des syndicats dentaires, qui ont accepté un maigre 1,577% d'augmentation des honoraires conventionnels au 1<sup>er</sup> janvier, alors qu'au même moment l'inflation atteignait 3,65%. Évidemment, quand on survit grâce aux subsides, on a tendance à se taire.

Un rattrapage est annoncé, mais en tout cas, la norme de croissance des soins de santé n'a pas, comme prévu, résisté au budget de l'État 2012. Il n'est pas de notre ressort de décréter si c'est un bien ou un mal, mais nous devons être lucides quant aux conséquences. Elles sont au moins de deux ordres :

1. Les initiatives nouvelles passent à la trappe. Nous resterons avec des tranches d'âges discriminatoires, avec une Nomenclature foetale en paro-implantologie, avec des moyens indignes de notre art et de notre science.
2. Ce n'est que le début. Deux nouveaux milliards restent à trouver rien que pour 2012. Et davantage par la suite. Alourdir les recettes ? Entreprises et indépendants étouffent. Limiter les profusions ? On ne peut toucher aux allocations pour des raisons populistes (1.911.501 allocataires au 31/12/2011). À terme, il faudra donc bien tailler dans le gras des soins de santé, quitte à faire mal aux prestataires et à faire fuir le fleuron de l'industrie pharmaceutique.

Tout ceci signe la faillite d'un modèle, la fin des tabous. Ceux qui ont tout misé sur l'État sponsor de la dentisterie se sont fourvoyés. L'État ! Ce mauvais cheval grevé de dettes et attaqué de tous côtés par séparatistes et rattachistes !

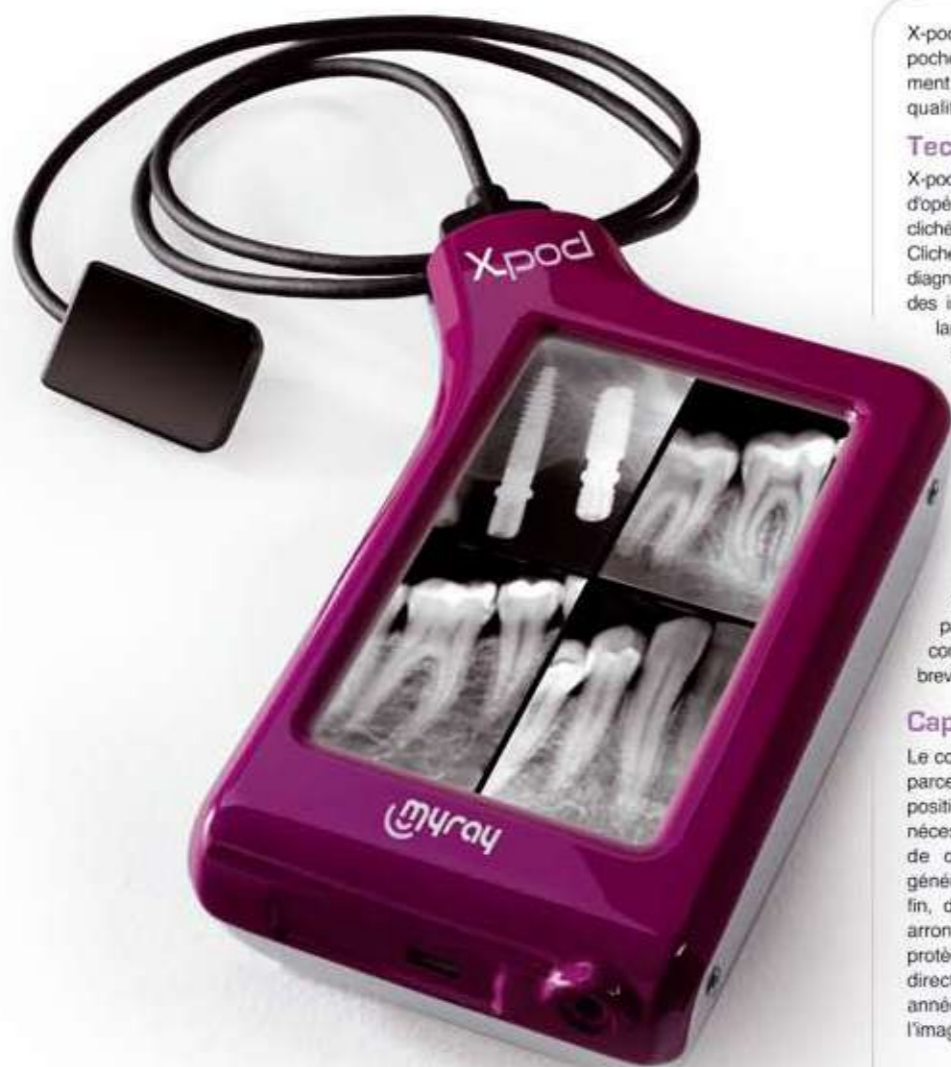
Alors, quelles solutions ?

Certains sont tentés par la fraude sociale, un sport national. Ce dentiste incarcéré à Lantin, ou le cas récent de ce médecin distribuant de faux certificats contre un bakchich de 5 euros, ne sont que des épiphénomènes que l'on monte en épingle pour camoufler la vague de fond.

Nous conseillerons plutôt l'acceptation d'un nouveau modèle : plus que jamais, la modernité de nos prestations va solliciter le revenu des ménages. Et au fond, pourquoi pas ? Le steak haché et le jeans ne sont pas « remboursés », alors que l'alimentation et l'habillement représentent des droits aussi universels qu'une bonne santé bucco-dentaire.

Mais attention, ce modèle-ci repose sur un tripode incontournable : qualité, innovation, formation. Grâce à son indépendance, le COD est prêt à vous en ouvrir les portes. ♦

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.



## Le point de la situation sur l'accréditation au COD

Nous vous l'avons annoncé dans nos colonnes (voir JOD n°52, page 29) et par voie électronique : un contentieux est né entre le Groupe de direction et le COD dans le cadre de l'accréditation des activités FC1 et FC2 de 2011. Une banale divergence d'interprétation sur une clause de style — pourtant gommée par l'échange de deux courriers — et surtout les longs délais de réaction de ces Commissions de l'INAMI, ont suffi comme prétextes pour décréter le refus d'accréditation de nos deux premières activités de 2011.

Au vu de l'injustice du fond et de l'illégalité du procédé, nous avons introduit les recours nécessaires auprès du Conseil d'État. Aujourd'hui, nous sommes en mesure de vous annoncer la bonne nouvelle : les plaidoiries ont eu lieu le 19/1/2012 sur base d'un rapport d'auditorat particulièrement favorable au COD ; et, au moment de boucler cette édition du JOD, nous étions en attente d'une très probable annulation de la décision du Groupe de direction (de refuser l'accréditation).

Dès que cette annulation prendra corps, il conviendra pour le Groupe de direction d'adopter une nouvelle position tenant compte des griefs émis par le Conseil d'État. Cela signifie que la régularisation formelle pourrait encore se révéler chronophage. Nous organisons dès à présent la mise sous pression nécessaire pour raccourcir les délais, ainsi que les actions civiles complémentaires en vue de compenser le préjudice subi par notre association. Et enfin, avec Shakespeare, nous pourrions affirmer en vieil anglais :

« Much ado about Nothing. »

#### Que devez-vous faire ?

Dans l'attente de la régularisation, il est pertinent, pour chaque participant intéressé par l'accréditation, d'inscrire l'activité ou les activités sur la feuille de pré-

sence individuelle, à rentrer à l'INAMI pour le 31/3/2012. Non seulement cela préserve vos droits pour l'avenir, mais en plus il est possible que les activités soient administrativement considérées accréditées, d'emblée, comme semble le suggérer leur statut « approuvé » sur le serveur de l'INAMI.

Néanmoins, si vous avez rentré votre feuille de présence en omettant de mentionner ces activités, pas de panique ! Le COD a bien uploadé les fichiers électroniques et votre participation devrait être automatiquement validée.

#### Et l'agrément ?

Depuis la réforme du maintien de l'agrément en date du 30/6/2009, seu-

les les activités reconnues dans le cadre de l'accréditation sont prises en considération pour les règles spécifiques à la formation continue. Lorsque nos procédures au Conseil d'État auront abouti, tout rentrera automatiquement dans l'ordre de ce point de vue ; il n'y a donc pas lieu d'entreprendre quelque action que ce soit.

Comme à l'accoutumée, nous vous tiendrons informés, par notre site www.cod.be, des développements au fur et à mesure de l'évolution judiciaire de ce dossier. ♦

#### • Le Conseil d'Administration du COD

## Et pour 2012 ?

L'année 2012 s'annonce très sereine sur le plan de l'accréditation : lors de sa réunion du 7/2/2012, le Groupe de direction a approuvé toutes nos demandes sans autre formalité.

Vous trouverez donc ci-dessous, pour votre parfaite information, les points et domaines reconnus en 2012.

Date	Activité	Domaine	UA	Numéro
23/3/2012	FC1	1	20	23529
		7	20	23633
2/06/2012	FC2	2	40	23530
23/06/2012	TP	7	40	23534
28/09/2012	FC3	7	40	23531
13/10/2012	EC1	7	40	23535
		7	30	23532
10/11/2012	FC4	7	10	23634
		7	40	23536
17/11/2012	EC2	7	40	23536
15/12/2012	FC5	1	30	23533
		7	10	23635

Pour mémoire, vous pouvez toujours prendre connaissance de ces détails de trois manières en ligne :

- au sein du programme : [www.cod.be/programmes/](http://www.cod.be/programmes/)
- sur notre page d'accréditation : [www.cod.be/main/accreditation.html](http://www.cod.be/main/accreditation.html)
- sur le serveur de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/webprd/appl/pacc/UC19/SearchActivity.aspx>

Il vous suffit d'encoder le numéro 125 dans le champ « Numéro d'organisation » et de cliquer sur « Rechercher »... ♦

**L**es dysfonctionnements de l'appareil manducateur (DAM) peuvent prendre des formes variées. Parmi celles-ci, le bruxisme représente une entité étiopathogénique particulière, vis-à-vis de laquelle la plus grande prudence doit être mise en œuvre par le praticien.

Ce patient de 56 ans consulte pour une réhabilitation de ses 25 et 26 fortement délabrées et présentant des fractures à répétition de leurs obturations collées foulées. Mais cette plainte n'est en réalité que l'arbre qui cache la forêt. L'anamnèse comprend en effet :

- une fracture d'une couronne céramo-métallique sur 36 vers 1992
- une fracture du pont céramo-métallique qui s'en est suivi dans le troisième quadrant vers 1998
- une fracture d'un pont à incrustation vestibulaire dans le quatrième quadrant, y compris le pilier naturel en position 47, en 2005
- une fracture de la couronne céramo-métallique sur implant en position 46 en 2011 après 5 ans de fonction

Par ailleurs, le patient admet grincer des dents la nuit, et dispose d'une conscience précise des parafunctions au point de pouvoir les simuler lors de l'examen bucco-dentaire.

Une analyse très simple sur modèles à base d'empreintes à l'alginat permet de mettre en évidence, mieux que dans la cavité buccale, les lésions d'usure sur les dents naturelles. Ces modèles servent aussi de support à l'indispensable communication avec le patient : il est en effet essentiel que ce dernier associe les usures naturelles et prothétiques aux parafunctions qu'il a constatées.

Tout traitement devra prendre en compte la réalité clinique de ce bruxisme, et il faudra notamment :

- prévoir un design prothétique excluant les contacts occlusaux sur les cosmétiques, et faisant largement appel au métal précieux ou semi-précieux
- inclure dans le plan de traitement la réalisation d'une gouttière de protection nocturne, aussi bien pour les prothèses que pour les dents naturelles restantes

En dépit de ces précautions, aucune garantie mécanique ne peut être offerte au patient, et il se révèle prudent de consigner par écrit cette disposition, afin d'opposer un consentement éclairé à l'obligation jurisprudentielle de résultat fonctionnel qui grève les travaux prothétiques dentaires. ♦



**Vous souhaitez utiliser le nouveau système Reciproc pour la préparation canalaire mécanisée avec 1 instrument mais vous n'êtes pas encore équipé !  
Nous avons la solution**



**A l'achat de :**

- 1 moteur Reciproc Silver
- 30 recharges d'instrument Reciproc (21, 25 et 31 mm) (R25, R40 et R50)  
6 instruments par blister stérile
- 1 système Kit (21 ou 25 mm)  
Contenant :
  - 6 instruments R25
  - 3 instruments R40
  - 3 instruments R50
  - 1 assortiment pointe papier stérile
  - 1 assortiment gutta percha
- 5 recharges de limes de cathéterisme C-Pilot  
Disponible en 17, 21 et 25 mm en Ø 06, 08, 10 et 12
- 2 supports Interim Stand

**Nous rachetons votre contre-angle ou moteur endo usagé pour la somme de 1250€ HT**

Package : 2589€  
Moteur Reciproc : 1250€  
Reprise : -1250€

**2589€ HT**  
→ **soit 33% de remise**



**Des acteurs  
de santé  
et de mieux-être**



Depuis 2001




**ATM**  
Namur • Vendredi 23 mars



**Coaching**  
Bruxelles • Samedi 2 juin



**Prothèse partielle**  
Namur • Vendredi 28 septembre



**Orthodontie**  
Charleroi • Samedi 10 novembre



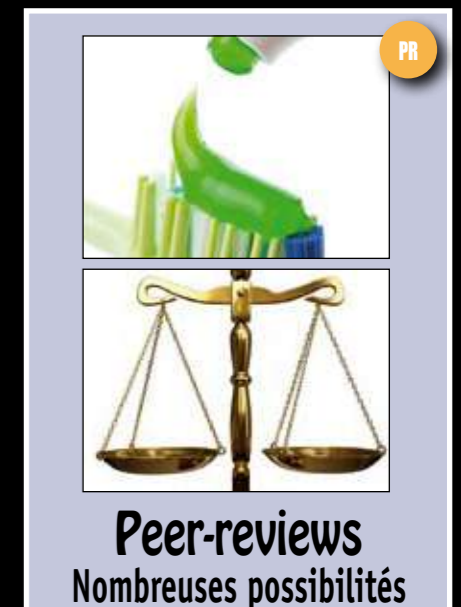
**Pathologie buccale**  
Bruxelles • Samedi 15 décembre



**Travaux pratiques  
Prothèse collée**  
Charleroi • Samedi 23 juin



**Entretiens cliniques  
PAC mandibulaire**  
Bruxelles • Samedi 13 octobre  
et samedi 17 novembre



**Peer-reviews**  
Nombreuses possibilités

**NOUVEAU**



## CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND PLUS

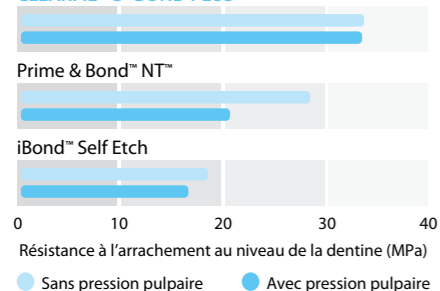
Ouvre de nouvelles perspectives

CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND PLUS est le premier adhésif automordant à une seule étape dont les performances égalent celles d'un adhésif à plusieurs étapes. Il est fondé sur les meilleures propriétés de CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND, qui a largement fait ses preuves, complétées de nouvelles technologies. Il ouvre ainsi de nouvelles perspectives sur le plan de la rapidité, de la stabilité, de la résistance et de la durabilité !

Utiliser CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND PLUS est synonyme d'une avancée gigantesque sur plusieurs fronts. Grâce à la technologie unique de dispersion moléculaire, le mélange des composants hydrophiles et hydrophobes est toujours optimal. Le monomère hydrophile multifonctions innovateur pénètre facilement au travers de la dentine. Le monomère MDP assure une adhésion chimique stable et durable à l'hydroxyapatite. Après polymérisation, la couche d'adhésion résiste à l'hydrolyse. Grâce au nouveau photo-initiateur et à la fluorine dérivée de téflon, CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND PLUS procure à la cavité soigneusement préparée, en quelques secondes à peine, une couche adhésive imperméable et résistante à l'humidité.

CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND PLUS est le système d'adhésion le plus facile et le plus rapide du moment. En outre, vous établissez ainsi la base pour une rétention durable de vos restaurations.

### CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND PLUS



Seul CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND PLUS est une marque déposée de Kuraray  
Sources: Prof. Dr. H. Pashley et Prof. Dr. F. R. Tay, Georgia Health Sciences University, USA.

Alors que d'autres produits perdent leur pouvoir adhésif en cas de pression pulpaire, CLEARFIL™ S<sup>3</sup> BOND PLUS reste résistant et fiable.



Namur • Vendredi 23 mars 2012

# Drôles de DAM

Formation-Conférence 1

Les secrets de l'ATM (enfin) dévoilés et démystifiés

**FC1**

**Objectifs de ce cours** — Les DAM — ou dysfonctionnements de l'appareil manducateur — représentent pour bien des odontologues un drôle de mystère, encore nappé d'un voile de brume par toutes sortes de théories complexes et de mythes contradictoires.

Ce cours a pour mission d'y voir plus clair, de connaître la vraie nature du problème, de comprendre et objectiver les signes cliniques, et de les mettre en relation avec les acquis de la recherche. Sur ces bases, il sera plus facile pour le participant de transposer dans ses gestes cliniques, avec un succès au quotidien, une approche préventive ou réellement thérapeutique des plaintes articulaires de ses patients.

Dans ce but, nous avons sélectionné un enseignant nord-américain, qui est avant tout un clinicien offrant une consultation spécialisée dans les troubles de l'ATM.



### J. Patrick Arcache

Doctorat en Médecine Dentaire  
Certificat en thérapie temporo-mandibulaire (Georgetown, USA)  
Chargé d'enseignement de l'occlusion et de la clinique des douleurs et dysfonctions bucco-faciales (Université de Montréal)  
Membre de l'American Academy of Orofacial Pain, de l'American Equilibration Society, de la Canadian Sleep Society...  
Pratique privée en douleurs orofaciales et traitement de l'apnée du sommeil  
Conférencier international



### Fiche technique de cette activité

<b>Organisateur</b>  <b>COD asbl</b> Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	<b>Quand ?</b>	Vendredi 23 mars 2012, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	<b>Où ?</b>	ACINAPOLIS, 16 rue de la Gare Fleurie 5100 Jambes (Namur)	
	<b>Disponibilité ?</b>	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	<b>Accréditation ?</b>	OUI : accordée - 20 dom 1 + 20 dom 7	
	<b>Agrément ?</b>	OUI : 6 heures	
	<b>Combien ?</b>	Montant de base tout compris :	195,- EUR
		Paiement reçu après le 12/3 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR
	<b>Réductions* ?</b> <small>*conditions p.43 JOD 55 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2009)/étudiant :	185,- EUR
		Réduction-fidélité sur programme :	possible jusque 450,- EUR !
	<b>S'inscrire !</b>	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>	

Charleroi • Samedi 23 juin 2012



# Les peer-reviews du COD

## Le complément zen pour 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](http://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 2012

« Et vous, vous souriez pour la photo ? »

Modérateur : Pierre Gobbe-Maudoux



En ce siècle de l'image, chaque praticien doit pouvoir documenter ses cas par ses propres photos. Ce peer-review sera l'occasion d'échanger nos expériences dans le domaine.

Ensemble, nous passerons en revue les principes généraux de la photographie, le matériel le mieux adapté à la spécificité de la photographie buccale et des exemples cliniques bien précis.

« Histoires de responsabilité civile professionnelle »

Modérateur : Thierry Vannuffel



Généralement, les dentistes assurent leur RCP et croient que tout est ainsi réglé. Mais la vraie vie est différente : les cas de plaintes de patients se multiplient et peuvent réserver quelques... surprises.

Sur base de cas réels d'expertises, nous dresserons un inventaire des grands classiques de la RCP en dentisterie, et en déduisons ensemble quelques principes de précaution pour l'exercice quotidien.

Ça se passe aussi près de chez vous

**Intéressant.** 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](mailto:info@cod.be)

# Quand l'implant unitaire est impossible... ... que faire avec la dentisterie adhésive ?



**Objectifs de ces TP** — Pour des raisons anatomiques, médicales ou autres, la pose d'implant est parfois impossible, mais le patient souhaite pourtant le remplacement d'une dent manquante. L'apparition des céramiques renforcées, de l'alumine et de la zircone a permis de mieux répondre à la demande esthétique que ce que peut offrir le bridge collé métallique. Le choix des ancrages, leur association, le type de céramique, et le matériau de collage demeurent des questions cruciales pour assurer la pérennité de nos choix prothétiques.

Cette séance de travaux pratiques, réalisés sur un modèle pédagogique personnalisé, permet d'aborder toutes ces données essentielles : préparer les piliers a minima pour garantir la vitalité, associer des ancrages de même valeur pour assurer stabilité, rétention et pérennité. Pour chaque situation clinique, les participants réaliseront, après analyse des contraintes cliniques, les préparations des ancrages les mieux adaptés sur les piliers dentaires qu'ils auront choisis.



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

### Fiche technique de cette activité

<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 23 juin 2012, 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 : accordée - 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 11/06 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR
	Lire attentivement la liste du matériel offert et de celui à apporter		
	S'inscrire !	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>	



Entretiens Cliniques

Bruxelles • Samedis 13 octobre et 17 novembre 2012

# La PAC mandibulaire stabilisée sur implants

Nouvelle formule d'activités pour une interactivité maximale

## Apprendre. Comprendre. Réaliser.

**Objectifs de ces EC** — Depuis quelques décennies, les sociétés industrialisées ne cessent de relever le défi de la longévité humaine, ce qui conduit à un accroissement du nombre de patients édentés uni ou bi maxillaires, d'où l'apparition d'un réel problème de santé publique. En effet, malgré la satisfaction initiale que la prothèse amovible mandibulaire peut procurer, l'instabilité de celle-ci entraîne un véritable handicap pour les patients, avec nécessité pour les praticiens de maîtriser les différentes manières de stabilisation de la prothèse amovible par des implants.

L'objectif de cette journée est d'aborder la globalité du traitement de stabilisation d'une prothèse complète mandibulaire par des implants, commençant par les techniques de la réalisation de prothèse complète et les indications des différents types de systèmes d'attachement, et l'analyse pré-implantaire, jusqu'à la maintenance post-prothétique, en passant par toutes les étapes du traitement afin de les intégrer dans la pratique quotidienne du cabinet d'omnipraticque.

Des séances *hands-on* permettront aux praticiens de manipuler l'accastillage prothétique et de prendre des empreintes sur des modèles de démonstration.

A la fin de cette journée, les participants seront alors capables de réaliser seuls une prothèse amovible stabilisée par des implants.

### Fiche technique de cette activité

Organisateur	Quand ?	Choix entre les samedis 13 octobre ou 17 novembre 2012 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)		
	Où ?	BÂTIMENT F CAMPUS ÉRASME, 808 route de Lennik 1070 Bruxelles		
COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Disponibilité ?	20 places par date (attribuées par ordre de réception du règlement)		
	Accréditation ?	OUI : accordée - 40 dom 7		
	Agrément ?	OUI : 6 heures		
	Combien ?	Montant de base tout compris :	375,- EUR	
		Avec 2 activités FC au moment de l'inscription :	275,- EUR	
	Paiement reçu après le 1/10 ou 5/11 (selon date choisie) :	+50,- EUR		
S'inscrire !	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>			



Formation-Conférence 2

Bruxelles • Samedi 2 juin 2012

# Boostez le plaisir de soigner vos patients !

## Le comportement humain sous toutes ses facettes

**Objectifs de ce cours** — Face au fameux « moule de la performance » auquel les dentistes sont, bien malgré eux, assujettis de nos jours, on perd souvent de vue l'importance de développer, et surtout de maintenir, un bon équilibre entre le côté technique et le côté émotif de la profession. D'où l'importance de bien s'outiller sur le plan psychologique.

Grâce à la programmation neurolinguistique, communément appelée la PNL, nous pouvons aujourd'hui mieux comprendre la science du comportement humain à travers ses forces et ses vulnérabilités, de façon à mieux se synchroniser avec le modèle de l'autre, et par la même occasion mieux s'évaluer sur le plan humain. Non seulement nous réalisons dans le processus d'analyse que le comportement ne définit pas la personne, mais qu'ultimement, ce que l'on EST parle souvent beaucoup plus fort que ce que l'on DIT !

Prendre en charge sa propre attitude, oser changer et se dépasser, pour booster le plaisir de l'exercice au quotidien, tels sont les objectifs, aux mains d'un professionnel nord-américain du coaching, de ce cours qui est aussi un formidable spectacle dont on ne sort pas intact.



**Richard Aubé**

CEGEP Montmorency  
Carrière dans l'ingénierie  
Ancien Directeur des ventes  
chez 2020 Technologies  
et Hydro-Québec (Canada)  
Praticien en neuro-linguistique  
Coach professionnel  
Conférencier international  
Auteur de best-seller en  
psychologie

• **L'attitude, c'est drôlement contagieux !**

• **Soyez le changement !**

• **L'art du dépassement**

• **Déployez le leader en vous !**

### Fiche technique de cette activité

Organisateur	Quand ?	Samedi 2 juin 2012, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)		
	Où ?	AUDITORIUM LÉONARDO DA VINCI, 5 rue Chomé Wijns 1070 Bruxelles		
COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Disponibilité ?	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)		
	Accréditation ?	OUI : accordée - 40 dom 2		
	Agrément ?	OUI : 6 heures		
	Combien ?	Montant de base tout compris :	195,- EUR	
		Paiement reçu après le 21/5 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR	
	Réductions* ? <small>*conditions p.43 JOD 55 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2009)/étudiant : 185,- EUR Réduction-fidélité sur programme : possible jusque 450,- EUR !		
S'inscrire !	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>			





MÉDECINS

Prothèses à risques

Les prothèses dentaires dites « chinoises » n'ont pas été les seules en vedettes, ces derniers mois. D'autres prothèses, qui n'ont aucun rapport avec l'odontologie, ont fait couler pas mal d'encre... et d'autres substances.

Ainsi en est-il des prothèses PIP, ces artifices mammaires dont 674 patientes ont bénéficié en Belgique. La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Laurette Onkelinx (PS) a sauté sur l'occasion pour occuper les feux de la rampe médiatique en suivant une recommandation d'explantation du Conseil supérieur de la Santé, y compris pour les prothèses intactes. Dans la foulée, elle a annoncé le remboursement de ces explantations — si l'implantation initiale avait été elle-même remboursée — et la réflexion de son Cabinet quant à une plainte contre X avec constitution de partie civile pour récupérer les frais ainsi engagés par l'INAMI. Mwoui, sauf que cela ne rapportera qu'à un cabinet d'avocats, la société française à l'origine du scandale étant virtuellement en faillite avec plus de 2.500 plaintes de patientes, et son génial gourou faisant l'objet d'une mise en examen...

Autres prothèses à risques d'actualité, les ASR XL Acetabular Hip System et les DePuy ASR Hip Resurfacing System : des prothèses de hanche à la base d'un rappel de qualité pour quelque 1.500 patients en Belgique. Sauf qu'ici, le fabricant DePuy (Johnson & Johnson) s'est engagé spontanément à prendre en charge tous les frais liés aux visites médicales, examens et, si nécessaire, remplacements des dispositifs défectueux. D'ailleurs, on n'a pas entendu la Ministre sur ce thème...

PATIENTS

La corde communautaire

Selon une enquête de Test-Achats, 20% des Belges ont pensé au suicide en 2011. Et la guéguerre communautaire s'invite aussi dans ce domaine. Ces dernières semaines, la presse fut ainsi inondée de chiffres alarmistes, chaque Communauté rivalisant d'ingéniosité pour s'attirer la palme d'or. Mais de « petites » nuances dans l'approche ont tout de même perlé.

C'est ainsi que Jean-Marc Meilleur, Substitut au Parquet de Bruxelles, a dénoncé une augmentation de 13,5% en 2011 dans la capitale. Ce chiffre est d'autant plus surprenant qu'il fait suite à 6 années

consécutives de baisse. Côté wallon, la Ministre de la santé Éliane Tillieux (PS) a martelé le chiffre de 700 suicides annuels dans le sud du pays, rappelant que cette problématique est proportionnellement plus élevée en Wallonie qu'en Flandre.

La Flandre, parlons-en, où le suicide est étudié sous l'angle... économique. Ainsi, sur base des frais médicaux engendrés et de la perte de productivité au travail, le Tijd a estimé le coût des 1.100 suicides annuels pour l'économie flamande à quelque 500 à 600 millions d'euros. Selon Lieven Annemans, économiste à l'UGent, "il y a tellement de personnes en Flandre qui veulent s'ôter la vie que cela risque de devenir un problème pour l'économie." À chacun sa manière d'apprécier le problème...

Par la bouche, c'est mieux ?

La laryngotomie n'amuse personne, et on se souviendra d'une vidéo choc diffusée en salle de cours au COD pour frapper l'imagination des accros de la clope... Pourtant, dans les cas de cancers invasifs sur tabagisme, c'est parfois la seule manière de sauver le patient.

Saluons alors la nouvelle technique par voie transorale mise en œuvre avec succès, cinq fois



déjà, par une équipe médicale de Mont-Godinne. Cette approche, assistée par un robot, limite l'incision à celle d'une thyroïdectomie, le reste de la dissection s'opérant par voie naturelle. Conséquences : suites opératoires réduites, cicatrization meilleure surtout dans les cas irradiés, moindre coût de l'hospitalisation...

Alors, fini la vidéo choc pour pousser les tabacomaniacs au sevrage ? Gageons que voir un larynx sortir par voie transorale ne doit pas être plus ragoûtant que par une incision cervicale.

Pas avec les pieds SVP !

Le (pourtant) très sérieux British Medical Journal a publié, début février, une étude étonnante réalisée sur 155 enfants âgés de 20 mois à 6 ans et demi, testant les effets de la méthode du *baby led weaning* (ou « autosevrage ») sur l'obésité. Pratiquement, ces jeunes enfants étaient amenés à découvrir eux-mêmes les aliments à leur disposition, uniquement à l'aide des doigts !

Résultats : les sucres lents (pâtes, pain...) ont toujours été préférés par ces bambins, alors que la population contrôle sevrée traditionnellement à la petite cuiller marquait une préférence pour les sucres rapides.

Une piste pour réduire (aussi) le CAO ?

KINÉS

Provisoire, moratoire et toute cette foire

Le 29/10/2011, le Selor a organisé, pour la première fois, un concours afin de départager les kinésithérapeutes et attribuer des numéros d'INAMI aux heureux lauréats admis à l'exercice autonome. Un scénario qui préfigure peut-être ce qui se passera sous peu pour les jeunes dentistes, du fait de l'absence d'organisation du contingentement en Communauté française.

Toutefois, le Conseil des Ministres vient de prolonger les numéros INAMI provisoires de tous les kinés recalés, dans la mesure où une décision du Conseil d'État est attendue pour les 21 recours introduits. Du coup, environ 200 kinésithérapeutes continuent de délivrer des prestations remboursées, sans que le budget n'ait été prévu dans ce sens, ce qui met tout le secteur à la merci de mesures de correction.

L'organisation professionnelle des kinés plaide pour la suspension définitive du concours, un cadastre des besoins, et aussi une harmonisation de la durée des études : actuellement 4 ans en



Communauté française et 5 ans en Flandre. Ben oui, la Belgique de la kinésithérapie, ce n'est déjà plus un pays.

SÉCU

Les invalides, c'est pas toujours à Paris !

Aujourd'hui, 265.000 personnes bénéficient en Belgique d'une indemnité d'invalidité ; et les prévisions font état du franchissement de la barre des 300.000 allocataires probables dès 2015. Des chiffres qui inquiètent, car ils représentent la masse de salariés en arrêt de travail depuis au moins une année.

En cause ? On cite les poncifs habituels : pression exacerbée du travail, troubles musculo-squelettiques, et même féminisation accrue du marché de l'emploi.

Hé oui, Mesdames, vous représentez une population à risques. Alors que le nombre d'hommes percevant une allocation pour invalidité a augmenté de 6,6% ces dix dernières années, le nombre de leurs collègues féminines dans le même cas a explosé de 30%... particulièrement depuis le relèvement progressif de l'âge de la pension à 65 ans. Effet de glissement ? Certains s'interrogent dans le contexte budgétaire difficile actuel.

Les muts la main dans le sac

Beaucoup l'ignorent : depuis janvier 2012, l'affiliation à des services mutualistes complémentaires est devenue obligatoire, pour les affiliés des cinq mutuelles d'union nationale ! Autrement dit, existent aujourd'hui l'assurance obligatoire et... l'assurance complémentaire obligatoire (aussi).

Simple ? Pas tant que cela, puisque l'assurance complémentaire, obligatoire ou pas, représente bel et bien une assurance faisant appel à des conditions générales et particulières. Et là, le bât blesse, puisque peu de mutuelles ont informé leurs affiliés, qui peuvent se retrouver avec des couvertures en double emploi, ou dans l'ignorance d'une couverture bien réelle. Note salée et pas de service, voilà qui est peu... solidaire !

Espérons que la situation s'améliorera. Dans cette attente, il reste possible de souscrire au service de base auprès de la CAAMI (la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité).

Économies de bouts de biscuits!

Les temps sont décidément durs. Même le SPF Santé publique est soumis à un régime de 2,5% d'économies de fonctionnement.

Pas évident vu qu'un fonctionnaire est nommé et ne peut être licencié... Solutions trouvées : on s'attaque à 10 postes de contractuels, plus précisément les 10 préposés au... café ! Les agents de l'État devront-ils donc se passer du petit noir bien corsé ? Que non ! Ce service sera désormais sous-traité.

Tiens, le prix de revient dans le secteur privé serait moins élevé qu'au Ministère, au point d'engendrer de sérieuses économies ? Rien ne le prouve en fait, puisque le cahier des charges du catering a supprimé le... spéculoos. ♦





Dysfonctionnement cranio-mandibulaire

Le premier contact avec le patient



Source :

© Wolters Kluwer France, 2011

**H**ormis la visite de contrôle, le patient consulte généralement au cabinet dentaire, soit pour des douleurs, soit pour un problème esthétique, soit pour une gêne fonctionnelle. Le chirurgien-dentiste a de prime abord une certaine impression selon l'aura du patient. Tout en l'invitant à s'asseoir dans le fauteuil dentaire et en se préparant pour l'examen, il débute l'anamnèse.

Il est difficile de donner des règles pour aborder le patient avec tact. Cet

abord est plus souvent tributaire de l'expérience professionnelle et/ou de la sensibilité du praticien que de toute technique de communication. Certains auront le contact, d'autres non. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de recettes miracles, seule l'expérience du praticien compte. De la qualité de cette anamnèse dépend le succès ou l'échec du dialogue indispensable avant toute thérapeutique. Pour cela, se conforter uniquement à l'intuition professionnelle peut se révéler fallacieux et conduire à des échecs thérapeutiques. Le discours demande donc à être structuré.

• Pierre-Hubert Dupas

Première approche du patient

Le manque de temps aboutit indubitablement à une insuffisance de dialogue. C'est malheureusement le défaut de notre société moderne qui a de plus en plus de difficulté à communiquer, donc à permettre aux hommes de se comprendre. Depuis une génération, la mentalité des malades évolue. Ceux-ci deviennent plus exigeants et plus curieux, voire plus circonspects, sur la thérapeutique qui leur est proposée. Le praticien ne peut qu'y gagner en confiance si le message est bien perçu. Il n'est donc plus possible de conduire le patient sur le chemin

de la thérapeutique sans connaître véritablement ses motivations.

« **La première impression est souvent la bonne.** » Il faut se méfier de cet adage et ne pas le systématiser. Néanmoins, une première rencontre permet d'avoir un jugement qui peut se révéler objectif, donc juste. C'est ainsi que cette première approche revêt toute son importance. Pour permettre son succès, le cadre de travail doit être convivial et accueillant. La ponctualité du praticien favorise la détente du patient qui, ne se crispant pas dans la salle d'attente, est plus disponible lors de l'anamnèse. L'irritation provoquée par l'attente peut fausser ou masquer certains traits de la personnalité du patient. Le premier dialogue est alors tendu et compromet l'objectivité de la consultation. Lors de celle-ci, le praticien se doit d'être attentif et apaisant. Cette attention se porte sur l'aura du patient, en particulier sur son attitude sur le fauteuil dentaire, sa phonétique, son expression verbale plus ou moins volubile. Un patient trop loquace dissimule souvent son stress. Quant au mufler, il faut toute l'expérience du praticien pour l'encourager à s'exprimer.

« **L'habit ne fait pas le moine.** » Toutefois, l'apparence physique est souvent révélatrice de la personnalité du patient. Elle peut également la conditionner. En effet, un costume et une cravate peuvent dissimuler certains traits de caractère qu'il est essentiel de connaître avant toute mise en œuvre thérapeutique. À l'inverse, il est rare qu'un habillement à la limite de la correction, voire de l'hygiène, révèle un environnement buccal favorable. Il n'est pas souvent aisé de reconnaître le vrai du faux gentleman !

« **Dis-moi qui tu fréquentes, je te dirai qui tu es.** » En revanche, cette maxime est souvent vérifiée. L'expérience montre qu'un patient vindicatif envoie souvent son semblable. Celui-ci est à éviter, car les séances de travail se promettent d'être pénibles et stressantes. Elles aboutissent inévitablement sur un échec.

Il en est de même du mauvais payeur qui enverra son *alter ego*. À ce propos, le fait d'habiter les quartiers à la mode, dans lesquels les habitants se doivent d'avoir un certain train de vie au risque d'être déconsidérés, ne doit pas être un critère

de sélection. Ils sont souvent à l'origine de certaines difficultés relationnelles et professionnelles. Le jeune cadre dit « supérieur » bardé de traites pour assurer une apparente facilité dans son existence a souvent des difficultés pour honorer le travail du praticien. Ses choix thérapeutiques sont nettement à la hauteur de ses ambitions et non de ses possibilités. Ce patient est particulièrement dangereux, car rien dans son attitude ne laisse présager une future déconvenue. D'autant qu'il accepte avec un certain aplomb toutes les propositions qui lui sont faites, mais dont il sait pertinemment qu'il ne pourra pas les assumer financièrement.

La ponctualité du praticien favorise la détente du patient

« **Par qui êtes-vous envoyé ?** » Les critères d'évaluation du patient deviennent ceux de celui qui lui a conseillé le praticien qu'il vient consulter. Il connaît donc déjà sa renommée et sa façon de travailler. Fort de ce renseignement, le praticien adapte son débit verbal et ses expressions en fonction du sexe, de l'âge et de la personnalité de son interlocuteur.

Il est donc intéressant de savoir au début de l'anamnèse, outre le nom, l'adresse, l'âge et la profession, les pathologies éventuelles afin d'éliminer les contre-indications en résultant. Enfin l'accent est surtout mis sur le motif de la consultation pour que le chirurgien-dentiste sache ce que le patient attend de lui. L'historique des éventuels troubles dont souffre le patient peut être un bon indicateur sur sa motivation à se laisser soigner ou non. Les doléances se révélant urgentes ou non peuvent être d'origine algique, esthétique ou fonctionnelle. Leur appréciation est laissée au praticien qui évalue les impératifs du patient.

La douleur ne souffre pas d'attendre qu'elle soit supprimée, tout comme un dommage esthétique peut défigurer une personnalité ou porter un préjudice professionnel qui nécessite une impérieuse solution thérapeutique. Quant aux perturbations de la fonction orale, l'estimation de l'urgence est tributaire des conséquences sur l'alimentation et la phonation. Souvent, les troubles fonctionnels s'accompagnent de phénomènes algiques qui obligent à traiter néanmoins dans l'urgence.

La connaissance des antécédents de

soins ou prothèses dentaires informe sur les différentes expériences vécues par le patient. Cela permet de suivre sa trajectoire odontologique, de mesurer les éventuelles déceptions ou les critiques s'adressant au travail réalisé par le précédent praticien. Au-delà de la retenue éthique et confraternelle, la critique d'un thérapeute plus ou moins justifiée est un piège dans lequel il ne faut surtout pas tomber. C'est un signe révélateur du caractère et de la mentalité du patient qu'il ne faut pas négliger. Car le prochain sur la liste du plaignant sera probablement celui auquel il confie maintenant tous ses problèmes...

Tout en dialoguant, le praticien observe son patient. Il apprécie sa typologie, sa symétrie faciale, son profil, les éventuelles particularités cicatricielles congénitales ou acquises. Ses mimiques faciales reflétées par le mordillement des lèvres, des joues et/ou des tics permettent de cerner définitivement sa personnalité (Fig.1).

Après cette première approche extra-buccale avec laquelle le patient est mis en confiance et s'est détendu en narrant ses éventuels souhaits, l'examen intra-buccal est entrepris. D'emblée, en un premier coup d'œil, le chirurgien-dentiste peut se rendre compte si l'urgence manifestée par le patient est réelle et surtout si ses souhaits thérapeutiques sont conformes à l'état dentaire et parodontal de sa cavité buccale.

Cette première approche permet au praticien, non seulement de se forger une certaine idée sur le sérieux des desiderata du patient, mais aussi d'apprécier la complexité ou non du futur travail à exécuter. En fonction de cet état buccal, l'anamnèse est poursuivie pour connaître le réel vécu odontologique et estimer la véritable motivation du patient. Il faut se méfier de celui qui, enthousiaste, est prêt à tout en ayant des souhaits irréalistes qui ne correspondent pas à ses possibilités dentaires et matérielles.

L'ouverture buccale peut être déviée et se recentrer plus ou moins tardivement, cela s'accompagnant d'un bruit articulaire. Il s'agit d'une antéposition discale réductible plus ou moins précocement. Si ces bruits articulaires sont des craquements ou des crépitations, il faut craindre une arthrose des articulations temporo-mandibulaires. L'amplitude d'ouverture buccale est également ap-

Fig.1. Hypertrophie des masséters due au bruxisme.



préciée. Elle peut être limitée, déviée, démesurée (Fig.2). La déviation se fait toujours du côté malade (Fig.3). La limitation peut éventuellement être le fait de la timidité ou de la crainte du patient qui n'ose pas dévoiler ses dégâts dentaires. L'ouverture buccale limitée et déviée peut signifier une dysfonction mandibulo-crânienne révélatrice de troubles musculaires ou articulaires. L'ouverture buccale démesurée doit faire penser à une laxité ligamentaire, soit acquise, soit pathologique. Cette dernière serait la conséquence d'une antéposition discale ancienne. Après ces premières impressions, l'examen de la cavité buccale est entrepris.

Il est évident que la priorité du praticien est de répondre aux desiderata immédiats de son patient, surtout si ce dernier souffre. L'investigation clinique dentaire, parodontale et occlusale qui va suivre est une observation qui rassemble en fait tous les éléments qui mènent au diagnostic. Celui-ci pourra être complété ou non par l'imagerie. Ce premier aperçu reflétant l'état de la bouche renseigne le praticien sur les habitudes du patient. Cette carte d'identité buccale ne correspond pas toujours à la carte d'identité nationale...

## Examen dentaire

Dans cet examen dentaire ne seront décrites que les éventuelles pathologies rencontrées. Celles-ci offrent bien évidemment plus d'intérêt que la description de la normalité. Aussitôt apparaît l'intégrité ou non des arcades dentaires. Elles sont harmonieuses ou irréguli-



Fig.2. Ouverture buccale démesurée.

Fig.3. Ouverture buccale limitée et déviée.



ères avec des dents en malposition. L'évaluation des dents absentes est rapide. Cet édentement est soit encastré, soit terminal. Il est compensé ou non par de la prothèse fixée ou amovible, réalisée ou non de façon « académique ». La teinte des dents ainsi que leur forme sont notées. Elles sont blanches, jaunes ou grises, leurs formes sont triangulaires, carrées ou ovoïdes. Le sourire est

gingival ou les lèvres masquent tout ou partie des dents antérieures. Les dents sont saines ou cariées. Ces caries sont superficielles ou profondes atteignant ou non la pulpe. Les dents pouvant être éventuellement à l'état de racines présentent ou non des dysplasies, des myolyses, des fractures, des fêlures ou des facettes d'usure conséquentes (Fig.4). Elles supportent ou non des restaurations de dentisterie plus ou moins anciennes ou iatrogènes. Leur sensibilité est spontanée ou provoquée par un test de vitalité. Leur percussion est sensible ou non, elle indique un son plus ou moins mat qui peut révéler l'absence de vitalité pulpaire. Celle-ci est confirmée ou non par des sollicitations au froid et au chaud. Des habitudes vicieuses mandibulaires provoquent à terme des ingressions dentaires (Fig.5).

## Examen du parodonte

Comme lors de l'examen dentaire, l'attention est surtout portée sur l'éventuelle pathologie gingivale et/ou parodontale. La première réaction est d'évaluer l'hygiène du patient. Si celle-ci est plus que défectueuse, la motivation du patient et du praticien devra être importante pour surmonter ce handicap. Il faut être très vigilant quand, à la remarque du chirurgien-dentiste sur la relative hygiène du patient, celui-ci répond traditionnellement : " Je n'ai pas le temps ! " Cela augure mal de la suite des soins. L'existence et l'étendue de la plaque dentaire et du tartre sont d'excellents indicateurs, surtout si leur présence est effective dans des endroits facilement accessibles à la brosse à dents.

On note les éventuelles lésions muqueuses sur les lèvres, la langue, les joues, ainsi que la rougeur et le contour de la gencive marginale et des papilles interdentaires (Fig.6). Pour se rendre compte rapidement du degré d'inflammation gingivale et pour l'indiquer au patient, il suffit de solliciter la gencive avec le souffle de la seringue à air pour qu'elle saigne. Cet acte marque en général les esprits, car il n'y a aucun contact avec la muqueuse. Il faut juste dire au patient : " C'est comme si je soufflais sur votre main et qu'elle se mettait à saigner ! " C'est une image forte qu'il n'est pas près d'oublier.

Fig.4. Usure dentaire.

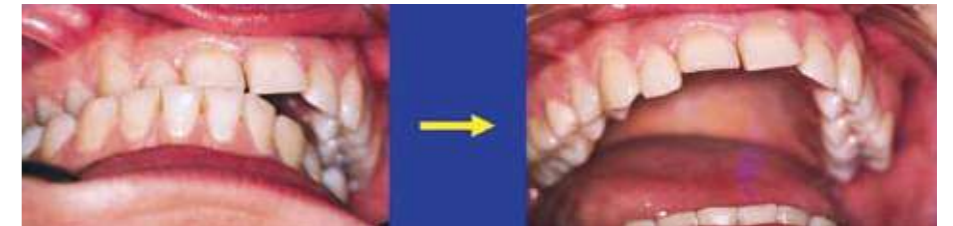


Fig.5. Ingression des incisives centrales due à des habitudes vicieuses.

Fig.6. Morsure de la lèvre.



Un examen plus approfondi permet d'apprécier les restaurations iatrogènes, la profondeur du sulcus, la hauteur de gencive attachée protectrice de la pérennité parodontale. La hauteur excessive de la couronne d'une dent laisse présager de son alvéolyse, donc de son maintien relatif dans l'os. De même, quand le parodonte se révèle en mauvais état, un sondage des poches parodontales s'avère nécessaire afin de situer la hauteur d'os. L'inflammation gingivale induit l'œdème qui masque bien souvent cette réelle atteinte parodontale amoindris-

sant le rapport couronne/racine. Dans ces circonstances, la mobilité de la dent intéressée est en général supérieure à la normalité. Cette mobilité dentaire n'est pas, à proprement parler, révélatrice d'un trouble parodontal. Certes une gingivite entraînant une parodontite se manifestant par une fonte de l'os et un rapport couronne/racine défavorable y contribue ; mais cette mobilité existe également quand une dent au parodonte sain supporte une surcharge occlusale. Dès que celle-ci est levée, la dent retrouve sa stabilité première.

La motivation du patient et du praticien devra être importante

## >> Imagerie

L'imagerie aide le praticien dans son diagnostic en lui apportant des renseignements complémentaires qu'il ne peut pas découvrir lors de son examen clinique. Elle confirme ou infirme le diagnostic dentaire et/ou parodontal, mais n'est pas à elle seule un élément de diagnostic suffisant.

La radiographie panoramique donne une impression d'ensemble intéressante. Elle permet de distinguer les éventuelles dents incluses, les caries, la qualité des traitements endodontiques, l'importance et la valeur des restaurations de dentisterie et/ou prothétiques plus ou moins débordantes et les lésions apicales (Fig.7). Le praticien profite de la visualisation complète offerte

L'imagerie aide le praticien dans son diagnostic en lui apportant des renseignements complémentaires qu'il ne peut pas découvrir lors de son examen clinique. Elle confirme ou infirme le diagnostic dentaire et/ou parodontal, mais n'est pas à elle seule un élément de diagnostic suffisant.

La radiographie panoramique donne une impression d'ensemble intéressante. Elle permet de distinguer les éventuelles dents incluses, les caries, la qualité des traitements endodontiques, l'importance et la valeur des restaurations de dentisterie et/ou prothétiques plus ou moins débordantes et les lésions apicales (Fig.7). Le praticien profite de la visualisation complète offerte par la radio panoramique pour observer la forme des condyles. Ceux-ci sont normalement ronds. Une forme aplatie peut révéler des pressions articulaires excessives qui laissent supposer l'existence d'un trouble articulaire ancien. Certes, celui-ci demande confirmation par un diagnostic précis, car il faut se méfier d'une interprétation radiographique hâtive.

L'étude des radiographies rétro-alvéolaires complète et affine celle de la radiographie panoramique. Elle permet de préciser l'importance des caries non visibles cliniquement, l'importance des reconstitutions coronaires, la qualité de l'os alvéolaire, les éventuelles lésions endoparodontales ou interradiculaires (Fig.8).

Il est possible d'estimer également les relations des dents avec les tissus durs environnants afin de préciser les rap-

ports couronnes/racines et les particularités morphologiques de celles-ci. L'anatomie pulpaire et celle des canaux radiculaires sont nettement plus perceptibles. La présence de lésions apicales, de pulpolithes, d'obturations canalaire défectueuses, d'instruments endodontiques fracturés dans les racines se distingue avec plus d'acuité.

## Rapports occlusaux

Les examens précédents ont permis d'analyser la qualité de la dent elle-même et de son environnement. Il s'agit maintenant d'étudier sommairement les rapports des dents et des maxillaires entre eux.

Lors de l'entretien, le praticien, observant son patient, s'aperçoit de l'éventuelle diminution de la dimension verticale d'occlusion. Le faciès « à la Popeye », la perlèche à la commissure des lèvres sont les signes cliniques classiques dénonçant le déficit de la dimension verticale d'occlusion (Fig.9). Cependant, celle-ci ne s'accompagnant pas toujours d'usure dentaire, il faut être très prudent dans son interprétation. En effet, elle peut être compensée par l'os alvéolaire qui provoque une extrusion den-

taire compensatrice. Une usure dentaire ne correspondant pas fatalement à un manque de hauteur de l'étage inférieur de la face, une erreur de diagnostic peut se révéler néfaste lors de l'élaboration de la future reconstruction prothétique. Pour la déterminer cliniquement, la seule possibilité est d'apprécier l'amplitude de l'espace de repos physiologique en demandant au patient de souffler entre ses lèvres sans serrer les dents. Il lui est demandé de laisser tomber la mandibule afin que les dents ne se touchent pas tout en gardant les lèvres jointes. Celles-ci sont ensuite écartées rapidement afin de contrôler l'inocclusion antérieure en résultant qui est de 1 à 3 millimètres selon les cas.

Les édentements non compensés, favorisant les égressions ou versions dentaires, perturbent non seulement la régularité de la courbe de Spee mais aussi la cinématique mandibulaire. Par exemple, l'extraction d'une dernière molaire maxillaire induit l'extrusion de la molaire mandibulaire antagoniste. Celle-ci se calant derrière son antagoniste affecte les mouvements propulsifs mandibulaires. Il résulte à terme un dysfonctionnement des muscles ptérygoïdiens latéraux. Quand l'édentement est plus important et ancien, les dents non soutenues par leurs antagonistes peu-

vent être en relation étroite avec la crête édentée, jusqu'à la morsure de celle-ci. Tout le rebord osseux alvéolaire antagoniste à l'espace édenté peut s'égrèsser sans pour autant que les dents ne s'extrudent et modifient leurs rapports couronne/racine, lorsque l'interposition linguale latérale parvient à stabiliser le processus d'égression. La version des dents proximales à un édentement occasionné par la perte d'une dent favorise également les interférences dento-dentaires dans les excursions mandibulaires.

Le praticien demande à son patient de serrer les dents en occlusion habituelle ou occlusion d'intercuspidation maximale usuelle. Les rapports statiques des dents entre elles sont appréciés. Dans le plan sagittal, les différentes classes d'Angle canines et molaires sont notées, dans le plan transversal les éventuels articulés croisés ou « crossbite » sont repérés. Une attention plus soutenue concerne les contacts des dents antérieures maxillaires et mandibulaires afin d'apprécier leur guidage. Les mouvements de propulsion mandibulaire sont pris en charge par les incisives et canines maxillaires servant de tremplin aux incisives mandibulaires.

Ce trajet de propulsion ne doit pas être perturbé par des contacts dentaires postérieurs. Une seule dent antérieure prenant en charge la propulsion est considérée comme une interférence propulsive. Les mouvements latéraux de diduction mandibulaire encore appelés « travaillants » sont guidés soit par la canine maxillaire, soit par les pans cuspidiens travaillants des canines, prémolaires et molaires maxillaires. Ce trajet travaillant interdit tout contact dentaire postérieur controlatéral ou non travaillant. Si une autre dent que la canine guide seule la mandibule en latéralité, celle-ci est considérée comme une interférence travaillante.

Un guidage antérieur faible, voire inexistant, contribue aux collisions dentaires postérieures dans les différents mouvements mandibulaires. Apparaissent alors des interférences postérieures propulsives, travaillantes et non travaillantes. Celles-ci, ne permettant pas un fonctionnement harmonieux des articulations temporo-mandibulaires, contribuent à leur boiterie et entretiennent un dysfonctionnement cranio-mandibulaire existant. Si les dents en

prématurité ont un bon soutien parodontal, des facettes d'usure apparaissent signant la direction des différents trajets interférents. En revanche, si elles présentent une atteinte parodontale, celle-ci s'exacerbe, entraînant la mobilité de la dent en cause. Les différents déplacements mandibulaires en propulsion ou en latéralités doivent être exécutés avec une relative facilité et une certaine amplitude de l'ordre du

centimètre. Dans le cas contraire, ces difficultés doivent faire penser aux interférences précédemment citées. Une investigation des muscles masticateurs permettra de mettre en évidence les spasmes musculaires consécutifs au bruxisme.

La béance antérieure s'accompagne le plus souvent d'une déglutition atypique antérieure (Fig.10 et 11). La langue, profitant de l'espace, s'engouffre dans

Fig.7. Radiographie panoramique.

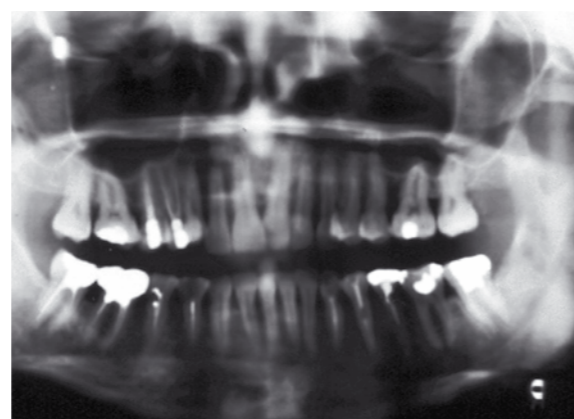


Fig.8. Lésion interradiculaire.

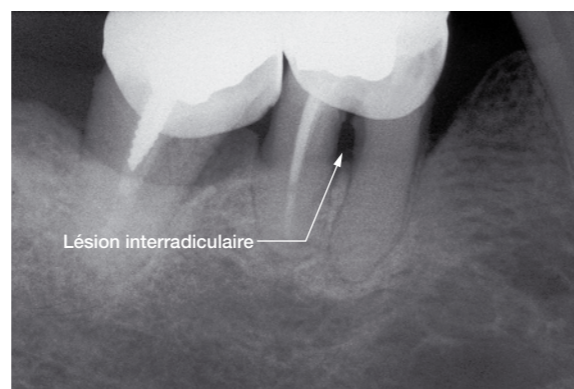


Fig.9. Affaissement de la dimension verticale d'occlusion.



Fig.10. Béance antérieure.



Fig.11. Déglutition atypique.



>> la béance lors de la déglutition. Il en résulte une pulsion linguale qui exerce des pressions excessives sur les dents antérieures. Pour peu que la lèvre supérieure ait une attache haute, la résultante des forces se fera au profit de la langue. Il s'ensuit une tendance à la version vestibulaire des dents antérieures qui croît avec l'inversion temporelle naturelle du rapport couronne/racine vieillissant.

En cas d'interférences occlusales exacerbées par le bruxisme, les dents, les muscles masticateurs et les articulations temporo-mandibulaires sont sollicités par le dérapage de la mandibule sur l'interférence dentaire (Fig.12a et 12b). En fonction de la résistance de chacun, les conséquences sont différentes. Si les dents ne présentent pas un émail particulièrement résistant, les facettes d'usure apparaissent en matérialisant la direction des tics mandibulaires. Si l'émail dentaire résiste et que la dent interférente ne présente pas de troubles parodontaux entraînant sa mobilité, les forces occlusales ne sont pas amorties, les muscles et les articulations temporo-mandibulaires sont alors plus sollicités. Les conséquences en sont les spasmes musculaires ou l'exacerbation des troubles dysfonctionnels condylo-discaux. En revanche, si le soutien parodontal de la dent interférente est faible, elle échappe, de par sa mobilité, aux différentes sollicitations occlusales. Elle ne présente alors que très rarement des facettes d'usure et joue en quelque sorte le rôle d'amortisseur dento-dentaire réducteur de l'impact des forces occlusales sur les muscles masticateurs et sur les articulations temporo-mandibulaires.

Les troubles algo-dysfonctionnels de l'appareil manducateur passent alors inaperçus. Malheureusement, si une solution n'est pas rapidement trouvée et le traitement occlusal vite mis en œuvre, l'avenir de la dent est compromis.

## Conclusion

Toutes ces investigations se sont réalisées plus ou moins rapidement en fonction de l'expérience du chirurgien-dentiste. Si la cause des troubles qui ont amené le patient à consulter est trouvée, le diagnostic est alors posé et le traitement peut commencer. Sinon, le praticien poursuit son examen. ♦

Fig.12a. Interférences en relation centrée.



Fig.11. Glissade de la position de la relation centrée à celle d'intercuspitation maximale habituelle.



## Biblio

- [1] Dupas PH. Diagnostic et traitement des dysfonctions crano-mandibulaires. Paris, Éditions CdP, 1992.
- [2] Dupas PH. Diagnostic et traitement des dysfonctions crano-mandibulaires. Nouvel-édition. Rueil-Malmaison, Éditions CdP, 2000.
- [3] Dupas PH. Nouvelle approche du dysfonctionnement crano-mandibulaire. Du diagnostic à la gouttière. Rueil-Malmaison, Éditions CdP, 2005.
- [4] Dupas PH. L'analyse occlusale avant, pendant, après. Rueil-Malmaison, Éditions CdP, 2004.
- [5] Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependant upon disturbed function of the TMJ. Ann Otol Rhino Laryngol 1934 ; 43 : 1-15.
- [6] Rozencweig D. Algies et dyfonctionnements de l'appareil manducateur. Paris, Éditions CdP, 1994.
- [7] Clauzade MA, Darailans B. Étiologies du SADAM. Cah Prothèse 1988 ; 62 : 23-36.
- [8] Descamp F, Mayer G, Rignon-Bret C, Koffi NJ et al. Comment diagnostiquer une antéposition discale en omnipratique odontologique ? Stratégie Proth 2003 ; vol 3, n° 2 : 125-138.
- [9] Gola C, Chossegros C, Orthlieb JD. Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur. Paris, Éditions Masson, 1995.
- [10] Orthlieb JD, Laplanche O, Preckel EB. La fonction occlusale et ses dysfonctionnements. Réalités cliniques 1996 ; 7 : 131-146.
- [11] Orthlieb JD, Brocard D, Schittly J, Maniere-Esvan A. Occlusodontie pratique. Paris, Éditions CdP, édit, 2000.
- [12] Ikeda T, Nishigawa K, Kondo K, Takeuchi H et al. Criteria for the detection of sleep-associated bruxism in humans. J Orofacial Pain 1996 ; 10 : 270-282.
- [13] Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism : an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Sleep Med Rev 2000 ; 1 : 27-43.
- [14] Kato T, Montplaisir J, Guitard F, Sessle B et al. Evidence that experimentally induced sleep bruxism in a consequence of transient arousal. J Dent Res 2003 ; 4 : 284-288.
- [15] Schatzle M, Lang NP, Anerud A, Boysen H et al. The influence of margins of restorations on the periodontal tissues over 26 years. J Clin Periodontol 2000 ; 27 : 57-64.
- [16] Orthlieb JD, Laurent M, Laplanche O. Cephalometric estimation of occlusal vertical dimension. J Oral Rehab 2000 ; 9 : 802-807.
- [17] Orthlieb JD, Rebibo M, Mantout B. La dimension verticale d'occlusion en prothèse fixée : critères de décision. Cah Prothèse 2002 ; 120 : 67-79.
- [18] Pousseygur V, Serre D, Exbrayat J. Test phonétique et dimension verticale : le loga-tome. Cah Prothèse 1997 ; 97 : 53-58.
- [19] Hübner O. L'occlusion : aspects anatomiques, aspects neurophysiologiques. Cah Prothèse 1998 ; 100 : 65-74.
- [20] Ogawa T, Ogomoto T, Koyano K. Pattern of occlusal contacts in lateral positions: canine protection and group function validity in classifying guidance patterns. J Prosth Dent 1998 ; 80 : 67-74.
- [21] Slavicek R. Les principes de l'occlusion. Rev Orthop Dento Fac 1983 ; 17 : 449-490.
- [22] Thornton LJ. Anterior guidance : group function/canine guidance. A literature re-view. J Prosth Dent 1990 ; 64 : 479-482.
- [23] Hübner O. Manuel d'occlusodontologie. Paris, Éditions Masson, 1992.
- [24] Dawson PE. A classification system for occlusions that relates maximal intercuspitation to the position and condition of the temporomandibular joints. J Prosth Dent 1996 ; 75 : 60-66.

«La similitude de GrandioSO avec la dent m'a convaincu !»

Dr. H. Gräber

Profitez des offres actuelles!\*

## PLUS PROCHE DE LA DENT

L'addition des caractéristiques physiques fait de Grandio®SO le matériau de restauration le plus proche de la dent au monde.\*\* Cela signifie pour l'utilisateur des restaurations durables et fiables et, avant tout, des patients contents.

- Utilisation en antéro-postérieur pour les exigences les plus élevées
- Opacité naturelle pour un résultat similaire à la dent avec une seule teinte
- Teintier intelligent avec de nouvelles teintes <sup>VC</sup>A3.25 et <sup>VC</sup>A5
- Consistance souple, forte résistance à la lumière ambiante, polissage à reflets facile

\* Vous trouverez toutes les propositions actuelles sur notre site [www.voco.com](http://www.voco.com)

\*\* Commandez notre information scientifique.

**GrandioSO**





# La prothèse amovible supra-implantaire par barre fraisée

**P**our beaucoup de patients, l'édentement total est un handicap psychosocial majeur du quotidien [1]. Suite à cette perte, le visage s'en trouve complètement changé: l'os alvéolaire se résorbe (avec une atrophie 3 à 4 fois supérieure à la mandibule qu'au maxillaire) et la musculature du faciès et de la mastication perd de son volume, ce qui entraîne un moins bon soutien des joues et des lèvres [2].

L'édentement est la conséquence d'une multitude de facteurs sociaux-économiques qui augmentent la pré-

valence des trois grandes origines de la perte des dents: les maladies buccales, la carie et la parodontite [3]. Les études épidémiologiques de ces dernières années ont constaté une baisse significative de la prévalence des personnes édentées dans le temps, preuve d'une politique préventive efficace. Cependant, ces résultats sont contre-carrés par l'augmentation de l'âge [3]. Aujourd'hui, en Europe, plus de 15% de la population est édentée après 65 ans, selon l'OMS. [4]

Pour remédier à ce handicap, la solution initiale choisie est souvent la prothèse amovible complète. C'est une solution fonctionnelle et écono-

mique de choix mais qui tend sur le long terme vers une perte d'adaptation qui entraîne des problèmes de rétention, de stabilité et d'occlusion, menant tant bien à des douleurs qu'à des problèmes masticatoires et esthétiques [2].

De nouvelles solutions, encouragées par le consensus de McGill et basées sur l'utilisation d'implants pour augmenter la rétention, se sont dès lors développées et ont montré une amélioration significative des conditions de vies des édentés complets [5].

• **Antoni Kondratek, Ramin Atash**

On retiendra qu'il existe des solutions muco-portées (attachement à résilience), muco-implanto-portées (attachement rigide comme les barres classiques) et strictement implanto-portées (barre fraisée et solution fixe) [6, 7]

Le choix prothétique sera déterminé en fonction d'un plan général qui requiert de définir le design de la prothèse (en fonction de la distribution, localisation et le nombre d'implants), le type de dentition antagoniste, la relation intermaxillaire, le schéma occlusal et les considérations esthétiques [8] (qualité et quantité d'os, ligne du sourire, support des lèvres), ainsi que de l'hygiène [9, 10]

## Matériel & méthodes

Nous étudierons plus en détail un des systèmes d'attachement sur implant : la barre fraisée. Une revue systématique de la littérature scientifique via Pubmed, ainsi que des livres de référence dans le domaine de l'implantologie nous ont permis de cerner les différents paramètres de la barre fraisée que ce soit au niveau de sa technicité comme de ses propriétés. L'analyse de tests a aussi permis une comparaison entre les différents systèmes supportés par des implants.

## Résultats

### 1. Caractéristiques techniques

#### 1.A. Les implants

• **De type vissé** [11, 12]

Distance entre les implants > 3 mm (d=R1+R2+3) [13].

Le diamètre et l'angulation (jusqu'à 40°) sont définis par la qualité et la quantité d'os sain [8, 14, 15, 16], notamment dans le cas de mandibulotomie [17] ou maxillectomie [18].

• **À la mandibule** : minimum de 4 implants [8, 12, 13, 19, 20, 21] placés en antérieur dans l'espace entre les trous mentonniers [13, 16, 19, 20, 21].

• **Au maxillaire** : idéalement de 4 à 8 implants [9, 14] de préférence en antérieur (zone de support de  $962 \pm 84 \text{ mm}^2$ ) pour des raisons chirurgicales et techniques [11, 22].

#### 1.B. La barre fraisée

Système rigide vissé aux implants [1, 9, 14, 19] sans appui tissulaire (idéal quand on a une muqueuse friable et sensible [17]) et qui limite les mouvements latéraux et rotationnels de la prothèse [12, 20], la barre et les piliers sont idéalement modelés en une seule pièce ou brasés au laser pour diminuer la corrosion et la porosité des joints et mieux résister à la tension et la fatigue [24]. Ils sont en métal précieux (or) ou semi-précieux (titane/chrome-cobalt) [14, 16, 19, 23].

La barre a une conicité de 2 à 10° qui se choisit en fonction de la hauteur des tissus mous et qui a un rôle de guide buccal et lingual, ce qui apporte une forte résistance face aux forces rotationnelles et latérales et permet un seul axe d'insertion [9, 13, 14, 21, 22, 23].

Des extensions postérieures sont autorisées jusqu'à la première molaire maximum (en moyenne 15 mm de longueur) [1, 13, 16]. Elles permettent un meilleur transfert et une meilleure distribution des forces des implants à l'os [16].

Des attachements axiaux peuvent être placés sur la barre en complément, et être activés lors d'une perte rétentive de la barre fraisée, dans le but de diminuer les mouvements verticaux de la prothèse [13, 19, 21, 23, 26].

#### 1.C. La prothèse

Elle contient la partie femelle du système rétentif.

Prothèse de 12 dents en résine d'une épaisseur minimale de 3 mm rose opaque pour cacher le renfort métallique (même métal que la barre fraisée) recommandé à cause des forces occlusales importantes et qui permet de concevoir une prothèse en fer à cheval au maxillaire, évitant un recouvrement palatal. [1, 8, 9, 14, 15, 19, 23].

#### 1.D. Indications

• Atrophie crestale avancée [13, 19, 21, 23]

• Relation maxillo-mandibulaire défavorable [19]

• Perte du support facial [8, 19]

• Mandibulotomie ou maxillectomie (patients irradiés) [23]

• Malposition des implants [13, 15]

• Attache musculaire haute [13, 21]

• Patient voulant une solution amovible [21]

#### 1.E. Contre-indications

• Espace prothétique < 12 mm [16, 17]

• Distance entre les implants faible limitant la longueur des extensions [16]

• Patient à faible dextérité [16]

#### 1.F. Avantages

• Bon contrôle des mouvements de la prothèse [13, 21]

• Efficacité masticatoire augmentée [9, 13, 21]

• Très bonne rétention et stabilité [9, 12, 23]

• Hygiène facile [13, 17, 21, 23]

• Réduit les problèmes de bruxisme nocturne [13, 21, 23]

• Pas d'appui palatal au maxillaire [9, 12, 23]

• Bonne esthétique : régénération tissulaire, bon support des lèvres [1, 8, 13, 17, 23]

• Réglage des problèmes phonétiques [1, 8, 9, 13]

#### 1.G. Inconvénients

• Poids du châssis important [9]

• Savoir technique du labo nécessaire [9]

• Corrosion [24]

## 2. Propriétés de la barre fraisée et comparaison avec les différents systèmes implantaires

### 2.A. Statistique de survie implantaire

La barre fraisée offre un taux de succès implantaire élevé de 96% (après mandibulotomie) [17] à 100% après 5 ans [6, 19, 23, 27, 28].

### 2.B Conditions péri-implantaires

Six paramètres sont classiquement étudiés et permettent une comparaison entre les différents systèmes : la perte osseuse, la profondeur des poches, l'indice de plaque, l'indice gingival, l'indice de saignement et l'indice de tartre.

• La perte osseuse

Il n'y a pas de différence significative au niveau de la résorption osseuse péri-implantaire entre la barre fraisée, les barres classiques et système à résilience (1,7 ± 0,7 mm pour les barres fraisées contre 1,8 ± 0,6 mm pour une barre ronde sur 4 implants après 5 ans) et une solution fixe (1,5 mm pour les barres fraisées >>>

>> contre 1,85 mm pour les couronnes télescopiques après 3 ans) [23, 25, 27, 28].

• La profondeur des poches

Aucune différence significative n'est observée entre la barre fraisée, les barres muco-implanto-portées ( $3,0 \pm 1,4$  mm pour les barres fraisées contre  $3,1 \pm 1,5$  mm pour une barre ronde sur 4 implants après 5 ans) [28] et les couronnes télescopiques ( $3,2$  mm pour les barres fraisées contre  $3,4$  mm pour les couronnes après 3 ans) [25].

• L'indice gingival

Ici encore, aucune différence significative n'a été observée entre les différents systèmes implantaires. On observe un indice de  $0,2 \pm 0,2$  pour la barre fraisée contre  $0,3 \pm 0,4$  pour les barres rondes sur 4 implants (indice de Löe et Silness modifié) [28] et des résultats annuels très satisfaisants entre la barre fraisée et les couronnes télescopiques : plus de 80% des résultats donnent un état de la muqueuse normal après 3 ans [25].

• L'indice de saignement

Idem que pour les résultats précédents, il n'y a pas de différence significative. On a  $0,6 \pm 0,2$  pour les barres fraisées contre  $0,5 \pm 0,3$  pour la barre ronde sur 4 implants (indice de 0 absence de saignement à 3) [28] et plus de 80% d'absence de saignement que ce soit pour les barres fraisées ou les couronnes télescopiques [25].

• L'indice de plaque

On n'observe pas de différence significative entre les barres fraisées ( $0,6 \pm 0,3$ ) et les barres rondes sur 2 ou 4 implants ( $0,6 \pm 0,4$ ) (indice de 0 à 3) [28]. Au contraire, on a une différence significative entre les barres fraisées (60% à 0, 30% à 1, 10% à 2) et les couronnes télescopiques (70% à 0, 25% à 1, 5% à 2) [25].

• L'indice de tartre

Les mêmes observations que l'indice de plaque peuvent être énoncées avec un indice marquant l'absence (0) ou la présence (1) de plaque. On ne constate aucune différence significative entre les barres fraisées et les système à résilience ( $0,5 \pm 0,4$  contre  $0,3 \pm 0,4$ ) [28] tandis qu'une différence significative nette apparaît entre les barres fraisées (40% d'absence, 60% de présence) et les couronnes télescopiques (70% d'absence, 30% de présence) [25].

Ces informations nous amènent à considérer qu'une hygiène stricte est nécessaire car, malgré le fait que l'amovible soit plus aisée à nettoyer [17], la surface est plus importante.

2.C. Maintenance et confort du patient

De nombreuses études in vivo ont permis un suivi régulier des patients. Toutes mènent aux mêmes observations : la barre fraisée nécessite une maintenance plus faible, que ce soit par rapport à un système à résilience (attachements axiaux) [27], comme un support muco-implantaire (barre préfabriquée) [28] ainsi qu'avec une solution fixe (couronnes télescopiques) [25], même si dans ce cas, la différence est non significative. Ceci signifie que l'on a moins de complications et donc moins de soins post-insertion prothétique et donc un coût de maintenance plus faible pour le patient [28].

Cette maintenance facilitée peut être couplée à un haut niveau de confort du patient. Une étude comparative entre une solution implanto-portée fixe et une amovible a permis de démontrer que ces solutions maintenaient un niveau d'efficacité masticatoire significativement identique et un très bon main-

tien de l'épaisseur du masseter [20]. Les patients observent de plus une très nette amélioration phonatoire ( $4,7 \pm 0,2 / 5$ ) et esthétique ( $4,3 \pm 0,3 / 5$ ) [19].

On observe ainsi un taux très élevé de satisfaction chez les patients ( $4,8 \pm 0,2 / 5$ ) [19].

## Discussion

Nous avons vu que la barre fraisée sur implants est un attachement de choix qui concilie les avantages de la fixe et de l'amovible. Elle est particulièrement indiquée dans des situations compliquées (patients irradiés, malpositionnement des implants) et montre, même dans ces conditions, des résultats plus que satisfaisants, tant bien au niveau péri-implantaire qu'au niveau de la maintenance et du confort du patient, à condition d'avoir une hygiène stricte et un suivi post-insertion prothétique régulier.

Des éléments rétentifs complémentaires sont particulièrement indiqués pour améliorer davantage la rétention de la prothèse. Actuellement, le choix du Locator® semble le plus conseillé, étant donné ses qualités rétentives. >>

Fig.1. Empreinte avec transferts.



Fig.2. Plâtre pour la fabrication du modèle.



# Créez l'æ-motion avec G-ænia de GC

Le composite universel pour des restaurations esthétiques invisibles en technique mono teinte ou multi teintes.

Système innovant de sélection de teinte en fonction de l'âge.



Avec G-ænia, renforcez votre talent esthétique et créez des restaurations invisibles naturelles grâce au système de teinte simplifié. Le choix de la teinte émail dépend de l'âge de votre patient :

- JE - Email Junior pour les plus jeunes
- AE - Email Adult pour les adultes
- SE - Email Senior pour les personnes âgées

Sélectionner les bonnes teintes n'a jamais été aussi simple !

**GC EUROPE N.V.**  
Head Office  
Tel. +32.16.74.10.00  
info@gceurope.com  
http://www.gceurope.com

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

**GC FRANCE s.a.s.**  
Tel. +33.1.49.80.37.91  
info@france.gceurope.com  
http://france.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](http://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](mailto:info@durr.be)



## >> Réalisation d'une prothèse complète sur barre fraisée avec Locator® au maxillaire supérieur

Patient de 81 ans se présentant avec une prothèse squelettique 9 dents au supérieur et 4 dents avec une forte mobilité et une atteinte parodontale.

### 1. Etapes pré-implantaires

#### CLINIQUE

- Empreinte pour adjonction de dents sur la prothèse squelettique
- Extraction des dents mobiles et comblement osseux avec de l'os de banque (granulométrie 300-500 de type DFDBA) et du PRF
- Cicatrisation entre 8 et 10 semaines
- Réalisation d'un guide radiographique : empreintes et enregistrement de la distance interocclusale et le choix du schéma occlusal

#### LABO

Fabrication d'un guide radiographique (tube en titane) qui pourra ensuite servir de guide chirurgical [29].

### 2. Etapes implantaires

- Placement de 4 implants à l'aide d'un guide chirurgical
- 4 mois de cicatrisation
- Chirurgie de dénudation
- Attente 3 semaines

### 3. Etapes prothétiques

Plusieurs techniques de fraisage existent : par formation électrique, par la technique traditionnelle fine [14, 13, 15, 16, 17, 21, 30] ou par la technologie CAD-CAM. [23]

Ici, le choix s'est tourné vers cette dernière technique [15].

#### 1er rendez-vous

- Empreinte de l'antagoniste
- Placer les transferts en bouche
- Faire une empreinte sur les 4 implants solidarisés par un fil orthodontique et du composite avec un porte-empreinte (Fig.1)
- Vérifier le bon placement avec des radios
- Placer délicatement les répliques d'implant dans les transferts

#### Suite au labo :

- Couler un plâtre pour en faire un modèle (Fig.2) + plâtre de l'antagoniste (Fig.3)
- Faire une maquette des répliques de piliers en titane (cylindre) sécurisés aux répliques d'implants avec des vis et de la cire

Fig.3. Modèle antagoniste.



Fig.4. Bourrelet d'occlusion.



Fig.5. Barre fraisée avec Locator®.



#### 2è rendez-vous

- Essai des cylindres
- Enregistrement de l'occlusion (Fig.4)

#### Suite au labo :

- Contrôle de la distance maxillo-mandibulaire : barre fraisée réalisable
- Fabrication de la maquette d'essai esthétique

#### 3è rendez-vous

- Vérification de l'essai esthétique et validation

#### Suite au labo :

- Une fois l'essai validé, mise en place de la technique CAD/CAM
- CAD : logiciel 3D qui permet de spécifier la forme et les dimensions de la barre fraisée, de visualiser les zones de relais, les cuspidés de la prothèse et la position des implants par rapport aux tissus
- CAM : fabrication de la barre à partir d'un bloc en titane médical puis polissage (Fig.5)





### >> 4<sup>e</sup> rendez-vous

- Contrôle sur modèle (Fig.6) puis en bouche (Fig.7) : vérifier l'axe d'insertion, l'ajustement (radiologiquement) et la relation maxillo-mandibulaire

#### Suite au labo :

- Fabriquer le châssis métallique de la prothèse (Fig.8)  
- Faire les finitions de la prothèse  
- Mettre en résine la prothèse  
- Polir la prothèse (Fig.9)  
- Changer les caoutchoucs noirs des locators pour des caoutchoucs bleus (Fig.10)

### 5<sup>e</sup> rendez-vous

- Visser la barre fraisée aux implants  
- Placer la prothèse en réalisant une dernière vérification (Fig.11)  
- Consignes : brosser les surfaces avec une brosse souple, du savon et de l'eau. Rendez-vous de contrôle : 1 à 2 semaines, 1 mois, 3 mois, 6 mois puis tous les ans

## Conclusion

La barre fraisée sur implants est souvent un choix délaissé par les dentistes au profit de solutions fixes. Elle a souvent l'image de solution d'urgence suite à un échec. Certes, elle demande un savoir technique du laboratoire spécial et un coût assez élevé qui peut en repousser certains. Pourtant, elle affiche des qualités de premier ordre dans la reconstruction tant fonctionnelle (mastication, phonétique, hygiène) qu'esthétique (support facial, absence de recouvrement palatal) d'un édentement complet. ♦

Fig.11. Placement.



Fig.10. Mise en place des caoutchoucs bleus.



Fig.6. Contrôle sur modèle.



Fig.7. Contrôle en bouche.



Fig.8. Fabrication du châssis squelettique.

Fig.9. Mise en résine et polissage de la prothèse.



## Biblio

1. Mericske-Stern RD, Taylor TD, Belser U. Management of the edentulous patient. Clin Oral Implants Res. 2000;11 Suppl 1:108-25.
2. Ejvind Budtz-Jorgensen, Philippe Mojon. Epidémiologie de l'édentement total. Realités cliniques Vol. 8 n° 4 1997 pp. 359-367
3. Naharro M. Perte partielle ou totale des dents: une revue de littérature sur la prévalence et l'incidence en Europe. Université de Genève 2008
4. Petersen PE. Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI<sup>e</sup> siècle - l'approche du programme OMS de santé bucco-dentaire. Rapport sur la santé bucco-dentaire au XXI<sup>e</sup> siècle, 2003
5. The McGill consensus statement on overdentures. Montréal, McGill University ; May 2002.
6. Assad AS, Abd El-Dayem MA, Badawy MM. Comparison between mainly mucosa supported and combined mucosa-implant supported mandibular overdentures. Implant Dent. 2004 Dec;13(4):386-94.
7. Rignon-Bret. Attachements et prothèses complètes supra-radicaux et supra-implantaires. Edition Cdp, 2008
8. Mericske-Stern RD, Taylor TD, Belser U. Management of the edentulous patient. Clin Oral Implants Res. 2000;11 Suppl 1:108-25.
9. Straioto FG, de Azevedo AM, do Prado CJ, das Neves FD, Neto AJ. Rehabilitation of maxillary edentulism with implant-supported milled-bar prostheses. Implant Dent. 2006 Dec;15(4):366-71
10. Santoni P. Maîtriser la prothèse amovible partielle. Edition Cdp, 2004
11. Krennmair G, Krainhöfner M, Piehslinger E. Implant-supported maxillary overdentures retained with milled bars: maxillary anterior versus maxillary posterior concept - a retrospective study. Int J Oral Maxillofac Implants. 2008 Mar-Apr;23(2):343-52.
12. Seban A., Bonnaud P. Le bilan préopératoire à visée implantaire. Edition Elsevier Masson, 2009
13. Hebel KS, Galindo D, Gajjar RC. Implant position record and implant position cast: minimizing errors, procedures and patient visits in the fabrication of the milled bar prosthesis. J Prosthet Dent. 2000 Jan;83(1):107-16.
14. Tipton PA. The milled bar retained removable bridge implant-supported prosthesis: a treatment alternative for the edentulous maxilla. J Esthet Restor Dent. 2002;14(4):208-16.
15. Moeller MS, Duff RE, Razzoog ME. Rehabilitation of malpositioned implants with a CAD/CAM milled implant overdenture: a clinical report. J Prosthet Dent. 2011 Mar;105(3):143-6.
16. Lowe LG, Shcherbukhin VM. An implant-supported, cobalt-chromium milled bar and nonflanged attachment-retained overdenture to rehabilitate the edentulous mandible. J Prosthet Dent. 2009 Jul;102(1):46-51.
17. Wong TL, Wat PY, Pow EH, McMillan AS. Rehabilitation of a mandibulotomy/onlay/graft-reconstructed mandible using a milled bar and a tooth- and implant-supported removable dental prosthesis: a clinical report. J Prosthet Dent. 2010 Jul;104(1):1-5.
18. Fukuda M, Takahashi T, Nagai H, Iino M. Implant-supported edentulous maxillary obturators with milled bar attachments after maxillectomy. J Oral Maxillofac Surg. 2004 Jul;62(7):799-805.
19. Krennmair G, Krainhöfner M, Piehslinger E. Implant-supported Mandibular overdentures retained with a milled bar: a retrospective study Int J Oral Maxillofac Implants. 2007 Nov-Dec;22(6):987-94.
20. Müller F, Hernandez M, Grütter L, Aracil-Kessler L, Weingart D, Schimmel M. Masseter muscle thickness, chewing efficiency and bite force in edentulous patients with fixed and removable implant-supported prostheses: a cross-sectional multicenter study. Clin Oral Implants Res. 2011 Jun 2. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02213.x
21. Galindo DF. The implant-supported milled bar mandibular overdenture. J Prosthodont. 2001 Mar;10(1):46-51.
22. Krennmair G, Piehslinger E. Removable implant-supported maxillary prostheses anchored on milled bar: a retrospective evaluation of two concepts. Int J Prosthodont. 2009 Nov-Dec;22(6):576-8.
23. Bueno-Samper A, Hernández-Aliaga M, Calvo-Guirado JL. The implant-supported milled bar overdenture: a literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Mar 1;15(2):e375-8.
24. Waddell JN, Payne AG, Swain MV, Kieser JA. Scanning electron microscopy observations of failures of implant overdenture bars: a case series report. Clin Implant Dent Relat Res. 2010 Mar;12(1):26-38.
25. Krennmair G, Sütö D, Seemann R, Piehslinger E. Removable four implant-supported mandibular overdentures rigidly retained with telescopic crowns or milled bars: a 3-year prospective study. Clin Oral Implants Res. 2011 Apr 19. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02169.x.
26. Bohyn P., Siebel, Evrard, Atash R. Stabilisation de la prothèse supra-implantaire par le système Locator. Cah Prothèse 2010
27. Dudic A, Mericske-Stern R. Retention mechanisms and prosthetic complications of implant-supported mandibular overdentures: long term results. Clin Implant Dent Relat Res. 2002;4(4):212-9.
28. Weinländer M, Piehslinger E, Krennmair G. Removable implant prosthodontic rehabilitation of the edentulous mandible five year results of different prosthetic anchorage concepts. Int J Oral Maxillofac Implants. 2010 May-Jun;25(3):589-97.
29. Wulfman C, Hadida A, Rignon-Bret C. Radiographic and surgical guide fabrication for implant-retained mandibular overdenture. J Prosthet Dent. 2010 Jan;103(1):53-7.
30. Brudvik JS, Chigurupati K. The milled Implant bar: an alternative to spark erosion. J Can Dent Assoc. 2002 Sep;68(8):485-8.

## AVIS AUX AUTEURS

**Vous souhaitez  
vous aussi  
publier un travail  
scientifique ou  
clinique  
de qualité ?**

**Le JOD est peut-être en mesure de  
vous aider.**

En effet, l'objet social de l'association sans but lucratif Collège d'OmniPratique Dentaire est, notamment, de contribuer à la diffusion des connaissances en odontostomatologie et dans les domaines connexes.

Le Journal d'OmniPratique Dentaire, bimestriel distribué à environ 4.000 exemplaires auprès des dentistes francophones belges ainsi qu'auprès des Écoles de médecine dentaire et de l'industrie odontologique, contribue largement à cette diffusion de connaissances. Il est le point de rencontre — gratuit mais qualitatif — des auteurs qui peinent à publier leurs travaux sans frais, et des lecteurs cliniciens à la recherche d'éléments en vue de faire progresser leur exercice.

Intéressé ?

Demandez-nous les  
« Consignes aux auteurs »  
à l'adresse : info@cod.be



VATECH - Pax Primo  
Intelligent digital  
Haute qualité  
Compact

SELECTED BY DENTAL QUALITY

*“Une transparence  
géniale”*

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

Quality Days | démonstration permanente de radiologie digitale  
21-22 avril de 10 à 18h | samedi 21 avril - dimanche 22 avril 2012

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



•• **Un cabinet dentaire voisin du mien fait de la publicité au moyen d'un site Internet. Que faut-il en penser ?**

Il faut analyser la question sous l'angle légaliste. À ce jour, c'est toujours bien la loi du 15/4/1958 qui régit l'interdiction de publicité.

L'article 1 de cette loi détaille explicitement les techniques publicitaires interdites, au rang desquelles ne figure évidemment pas l'Internet, inexistant en 1958. C'est donc la jurisprudence qui doit être consultée pour connaître les décisions que les juges prennent par extrapolation. À notre connaissance, cette jurisprudence est inexistante.

Il faut dès lors considérer que l'édition d'un site ne tombe pas sous le coup de l'interdiction, sauf peut-être si le cabinet concerné utilise des moyens de référencement volontaire sur les moteurs de recherche. On en trouve de nombreux exemples sur Google.

À l'avenir ? Il est vraisemblable que la législation évoluera à terme, pour englober la problématique de l'édition électronique. Il s'agit d'une compétence du Ministre de la Santé publique, sur avis éventuel du Conseil de l'Art dentaire. Cela fait 10 ans que ce Conseil a le dossier sur sa table... Dans cette attente, il convient d'être vigilant quant au contenu, en évitant par exemple l'allusion à toute association avec un laboratoire de technique dentaire, ou l'utilisation erronée de termes pouvant prêter à confusion dans l'esprit des patients (« spécialiste en »...).

•• **Est-il possible d'être encore accrédité après la retraite ?**

Fondamentalement, l'accréditation est réservée aux praticiens qui exercent effectivement leur art dans le cadre de l'Assurance-maladie belge. Ce principe revêt une certaine logique, dans la mesure où des fonds publics de la sécurité sociale sont utilisés pour verser des primes. Il en découle que les praticiens en retraite, comme les praticiens exerçant dans un autre pays, sont ex-

clus du système : la simple détention d'un numéro INAMI est donc insuffisante en soi pour ouvrir droit à l'accréditation.

C'est pour quoi un seuil d'activité a été mis en place dès le début. Deux remarques à ce propos :

1. Fixé tout d'abord à 100 prestations — ce qui est un marqueur tout à fait suffisant de la réalité d'un exercice effectif —, ce seuil d'activité a fait et fait encore l'objet de pression de la part des Organismes Assureurs, qui y voient une opportunité d'exclure une tranche de praticiens peu actifs. Inattentives à cette dangereuse dérive, les associations « représentatives » des dentistes ont malheureusement laissé filer le seuil, puisqu'il représente aujourd'hui le triple de sa valeur de départ.

2. Mais d'un autre côté, le mécanisme de vérification du seuil est on ne peut plus laxiste. L'Arrêté royal du 20/12/2007 ne stipule en effet prosaïquement que : « Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit avoir effectué au moins 300 prestations sur une année civile dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Des conditions particulières concernant le seuil d'activité s'appliquent aux dentistes jeunes diplômés ». Cette situation laisse un large pouvoir d'appréciation au Groupe de direction, qui a décidé de fonctionner selon la méthode de la déclaration sur l'honneur. Dans la pratique, ces déclarations ne sont vérifiées qu'en fin de cycle de 5 ans.

# • Vos questions & les réponses du JOD •

•• **L'examen buccal parodontal 301372 fait-il partie des prestations accessibles au DG ou est-il réservé exclusivement aux parodontistes ?**

La prestation 301372 \*Examen buccal parodontal, une fois par année civile, à partir du 18e jusqu'au 50e anniversaire N37,15 (en vigueur en tant que telle depuis le 1/5/2011, AR du 14/04/2011, MB du 26/04/2011) peut être attestée par le dentiste titulaire du code de compétence 001, 004, 005 ou 006.

Notons que, à ce jour, seules les prestations suivantes de l'article 5 de la Nomenclature ne sont pas accessibles au dentiste titulaire du code de compétence 001:

- 301092 / 301103 \* Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, à partir du 18e anniversaire
- 301114 / 301125 \* Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie à partir du 18e anniversaire
- les quatre prestations équivalentes pour les patients jusqu'au 18e anniversaire, où le «30» est remplacé par un «37»

Rappelons enfin que l'impossibilité d'attester certaines prestations de la Nomenclature est sans rapport avec l'étendue de la compétence légale. ♦



Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl, par fax au 071 33 38 05 ou à retranscrire par mail à l'adresse info@cod.be

Nom & prénom (facultatif) : .....

- QUESTION     SUGGESTION     CRITIQUE     ENCOURAGEMENT

.....  
 .....  
 .....

## Emploi / collaboration

Cab. dent. région Boussu CHERCHE dentiste pour collaboration 2 demi-jours semaine. Tél.: 065/65.65.21 ou 0497/633.698.

Urgent Maison Médicale Gilly CHERCHE dentiste pour collaboration matériel récent RX et pano numérique secrétariat dossier dentaire informatisé Baltes. Tél.: 071/28.55.77 - 0476/43.55.73.

Dinant cabinet privé 1 stomato 4 orthos CHERCHE LSD tps partiel ou +. Tél.: 082/ 22.39.73 ou 0470/43.06.49.

Centre médical Molenbeek CHERCHE dentiste orientation pédo souhaitée 2 X 6h./sem. lundi et mercredi. Tél.: 0476/81.11.61.

Paris 8<sup>e</sup> cabinet groupe (ostéo, nutritionniste, endo, paro-chir, occluso-troubles du sommeil) CHERCHE collaborateur motivé pour occluso-troubles du sommeil (form. compl. assurée si besoin). exp. omnipratique indispensable assoc. ultér. envis. si implication et intégration réussie. Tél.: 0033/971.42.01.67.

Polyclinique à Bruxelles CHERCHE dentiste pour compléter équipe, grandepatientèle. Horaires souhaités: lu, ma, me tte la journée. Equipement neuf et moderne honoraires rétrocédés imm. fin de cons. Tél.: 0475/31.58.28 ou 0475/45.48.45.

Dentiste Nivelles CHERCHE collabo cabinet pleine activité (2 fauteuils

full équipés). Collabo longue durée et motivée. Tél.: au 0475/83.53.83.

Cab.dent.Hainaut CHERCHE dentiste H/F pour collabo long terme. Tél.: 0478/55.49.98 le soir.

CHERCHE dentiste pour 2<sup>e</sup> fauteuil 2 à 3 j/sem. dans cabinet informatisé à Virton. Tél.: 0497/16.92.71 ou mail: maryclaudine@skynet.be.

Centre médical Saint-Gilles CHERCHE dentiste et orthodontiste pour compléter plages horaires. TB patientèle horaires à convenir. Tél.: 0475/340.591.

## Matériel

A VENDRE unit dentaire complet Castellini Puma 6 ans + RX mural X-Safe 70 Castellini très bon état. Tél.: 0472/34.02.81.

A VENDRE instal. dent. complète Castellini bon état cause cessation. Fauteuil Ritter + crachoir. Tél.: 0476/92.61.34.

A SAISIR Cerec unité d'usage 07/2005 exc. état 5.000€. Tél.: 02/653.61.21.

## Remise / reprise / immo

Cabinet A CEDER Bruxelles bd. Machtens cause retraite à p.d. 1/7/2012 cab. et quartier agréable patientèle fidélisée loc. 500 €/mois + 50 € ch. Tél.: 0475/47.26.46 ou haneffe@skynet.be.

Reprends cabinet avec C.A. de

150.000 € sur axe Mons-Liège. Tél.: 0495/57.40.65.

A VENDRE cabinet entre Dijon et Besancon TB équip. pano num. 2 fauteuils inform. 2 ass. Poss. logement. Poss. accomp. 6 mois. Tél.: 0033/648.26.86.95.

A VENDRE Bruxelles quartier Louise Chatelain maison de maître convenant pour prof. lib. (actu cab. dent.) 3 chambres (poss. 4) jardin terrasse 2 feux-ouverts. Parfait état. Tél.: 02/539.11.77.

Région Tournai cab. dent. A LOUER ou A VENDRE pleine activité patientèle en attente équip. mod. Tél.: 0477/52.76.49 ou cabinetdentaire76@gmail.com.

A VENDRE Schaerbeek Diamant maison centre médical avec 2 cab. dent. 420.000€. Tél.: 02/735.10.28.

## Divers

A VENDRE proche Carcassonne villa neuve 165m<sup>2</sup> tt confort 4 ch SDB SDD grand séjour cuisine caves garage 145 m<sup>2</sup> terrain piscinable 24 a. plein Sud vue sur Pyrénées. Clim. réversible. 295.000 €. Infos: www.linkup.be/villaavendre ou tél.: 0485/06.33.66.

Offre d'emploi ou de collaboration, recherche d'un interim ou d'une reprise de cabinet, matériel dentaire à vendre, plateau professionnel à louer...? N'hésitez plus et pensez JOD!

Et en plus : c'est gratuit.

Offre réservée aux praticiens.

La rédaction se réserve le droit de ne publier que les annonces présentant les caractéristiques légales et déontologiques en vigueur.

Néanmoins, le JOD ne peut être tenu responsable du contenu, de la nature ou des conséquences des annonces publiées.



## Liège implantologie "Live" 5<sup>ème</sup> édition

9 mai 2012: Pré-congrès: workshops

10-11 mai 2012: Congrès: Les clés du succès

Congrès de l'Université de Liège à ne pas manquer Inscrivez-vous!

Deux jours complets de chirurgie implantaire et de procédures prothétiques en live.

Cette année la gestion complète de l'édenté total supérieur, les gestions d'alvéoles ainsi que les reconstructions osseuses en zone postérieure seront à l'honneur.

Mise en application des techniques présentées dans les workshops.

Vous pouvez retrouver le programme détaillé sur le site web du congrès.



### Orateurs

- Prof. Eric Rompen
Prof. Marc Lamy
Prof. Alain Vanheusden
Mr. Geoffrey Lecloux
Mme France Lambert
Mme Caroline Legros
Mme Amélie Mainjot

www.ulg-congreslive2012.be

Inscriptions:

Exclusivement sur le site web

www.ulg-congreslive2012.be

Lieu

Pré-congrès - 9 mai 2012

Château de Colonster

Université de Liège

Allée des Erables

4000 Liège

Congrès - 10/11 mai 2012

CHU de Liège Sart Tilman

Amphi Bacq et Florkin

4000 Liège

Bon pour une annonce gratuite à renvoyer au JOD c/o COD Rue du Moulin Blanc 28 7130 Binche ou par fax au 071 33 38 05 ou mail : info@cod.be

Grid of boxes for sending the ad to JOD COD

# Medicotronix s.a.

Votre partenaire en dentisterie

Finndent 8000



L'ergonomie scandinave

Galbiati Fox Easy



Le design italien

Gamme complète sélectionnée par des professionnels.  
Nouveautés sur [www.medicotronix.be](http://www.medicotronix.be)



Meubles (métal)  
Hygiène, Ergonomie, beauté.

Mobilier



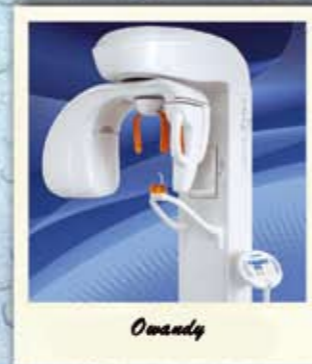
Le laser  
Elexion Claros Pico

Laser



Stérilisateur  
Le plus complet en classe B

Hygiène



Owandy

Imagerie

Medicotronix, Zoning de Fleurus, Av. de l'Esperance, 44, 6220 Fleurus

Tel: 071/87.78.73, Fax: 071/81.98.75 email: [medicotronix@skynet.be](mailto:medicotronix@skynet.be) - [www.medicotronix.be](http://www.medicotronix.be)

## INSCRIPTIONS



Formulaire à renvoyer complété au COD rue de l'Étang 151, 6042 Lodelinesart ou par fax : 071 33 38 05  
Renseignements complémentaires éventuels : 04 73 41 51 67 ou [info@cod.be](mailto:info@cod.be)

Compléter lisiblement en capitales un formulaire par participant. Merci.

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

<b>FC1 • Drôles de DAM (ve 23/03/2012) - Namur</b>			
<input type="checkbox"/> Base.....	1 X 195 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur <sup>(1)</sup> ou Jeune/étudiant <sup>(2)</sup> .....	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 12/03/2012.....	+ 50 =	.....	EUR
<b>FC2 • Boostez le plaisir de soigner vos patients ! (sa 2/06/2012) - Bruxelles</b>			
<input type="checkbox"/> Base.....	1 X 195 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur <sup>(1)</sup> ou Jeune/étudiant <sup>(2)</sup> .....	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 21/05/2012.....	+ 50 =	.....	EUR
<b>FC3 • Plaidoyer pour la PAP de l'avenir (ve 28/09/2012) - Namur</b>			
<input type="checkbox"/> Base.....	1 X 195 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur <sup>(1)</sup> ou Jeune/étudiant <sup>(2)</sup> .....	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 17/09/2012.....	+ 50 =	.....	EUR
<b>FC4 • Toute l'ortho de l'omnipraticien-qui-ne-fait-pas-d'ortho (sa 10/11/2012) - Charleroi</b>			
<input type="checkbox"/> Base.....	1 X 195 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur <sup>(1)</sup> ou Jeune/étudiant <sup>(2)</sup> .....	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 29/10/2012.....	+ 50 =	.....	EUR
<b>FC5 • Cancers buccaux, aussi une affaire de dentistes (sa 15/12/2012) - Bruxelles</b>			
<input type="checkbox"/> Base.....	1 X 195 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur <sup>(1)</sup> ou Jeune/étudiant <sup>(2)</sup> .....	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 3/12/2012.....	+ 50 =	.....	EUR
		<b>Total =</b>	EUR

(1) Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base : \_\_\_\_\_  
 (2) Année du diplôme et université (2009 et plus tard) : \_\_\_\_\_

Réduction-fidélité FC :

<input type="checkbox"/> Je m'inscris simultanément à 3 activités FC : je déduis une réduction-fidélité globale de 50 EUR	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Je m'inscris simultanément à 4 activités FC : je déduis une réduction-fidélité globale de 100 EUR	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Je m'inscris simultanément à 5 activités FC : je déduis une réduction-fidélité globale de 150 EUR	.....	EUR

<b>TP • Quand l'implant unitaire est impossible... (sa 23/6/2012) - Charleroi</b>			
<input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2012.....	1 X 395 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2012.....	1 X 495 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 11/6/2012.....	+ 50 =	.....	EUR

<b>EC • La PAC mandibulaire stabilisée sur implants (sa 13/10/2012 ou 17/11/2012) - Bruxelles</b>			
<input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2012.....	1 X 275 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2012.....	1 X 375 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 1/10/2012 (EC1) ou 5/11/2012 (EC2).....	+ 50 =	.....	EUR
Mon choix de date est : <input type="checkbox"/> EC1 • 13/10/2012 <input type="checkbox"/> EC2 • 17/11/2012			

<b>PR • Deux sessions consécutives de PR 2012</b>			
<input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2012.....	1 X 85 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/> Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2012.....	1 X 185 =	.....	EUR
Mes préférences sont (cochez autant de cases que vous le souhaitez, nous essaierons de vous donner satisfaction) :			
<u>Je 14/06 Bruxelles Lamoral</u>	<u>Sa 22/09 Charleroi IESCA</u>	<u>Je 25/10 Wavre Castelbel</u>	<u>Sa 8/12 Bruxelles Lamoral</u>
<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 43 JOD 55 et sur [www.cod.be](http://www.cod.be)).

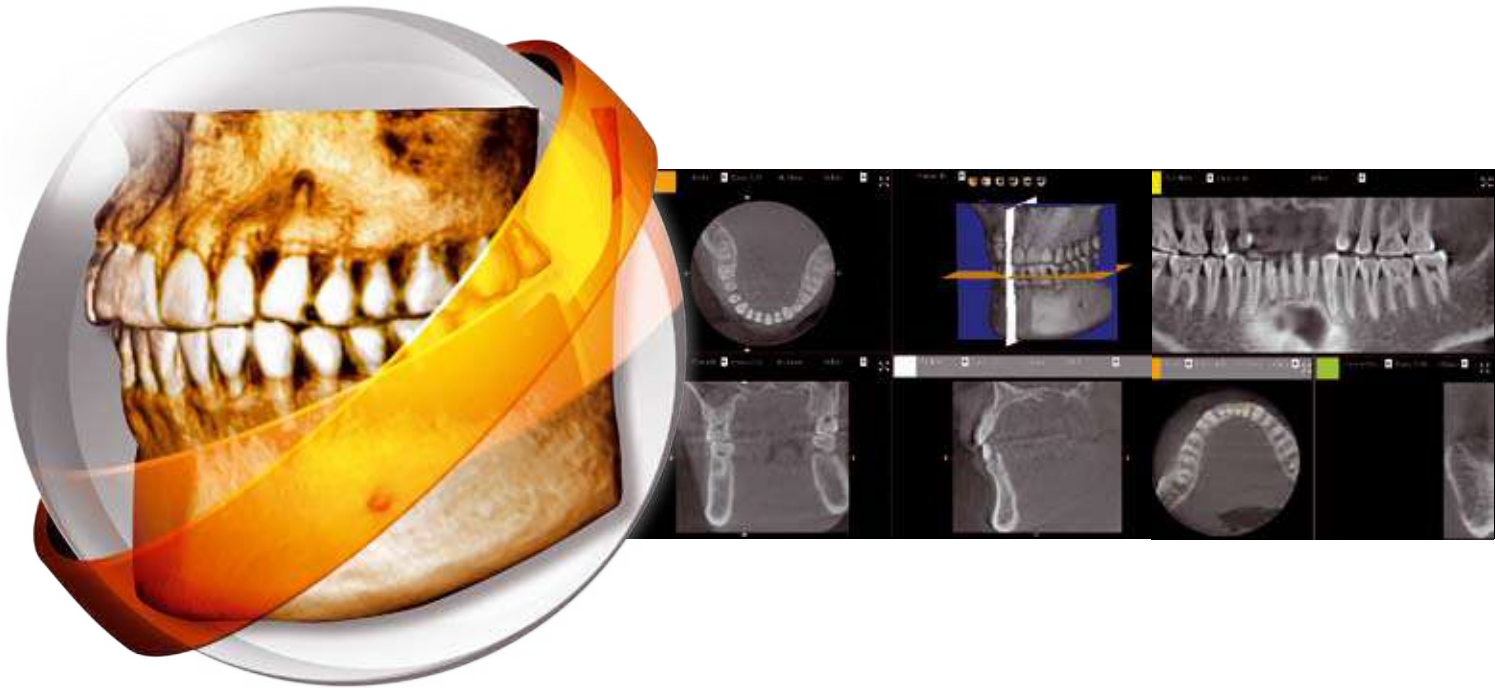
- Je verse ce jour le total général de ce formulaire sur le compte du COD 001-3545567-02 (IBAN : BE 32 00 13 5455 6702 - BIC : GEBABEBB)
- Veuillez charger ma carte de crédit pour le total général de ce formulaire

N°                 exp.  /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

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**