

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.

DOSSIER SPÉCIAL

Savoir dépister le risque
de transformation maligne

PROCHAIN ÉVÈNEMENT

Bruxelles • Samedi 15 décembre 2012 • 40 UA • 6 heures FC

Journée pluridisciplinaire & interuniversitaire

Cancers buccaux

Aussi une affaire de dentistes

Pourquoi attendre pour se faire plaisir? Profitez déjà de nos promotions



CASTELLINI

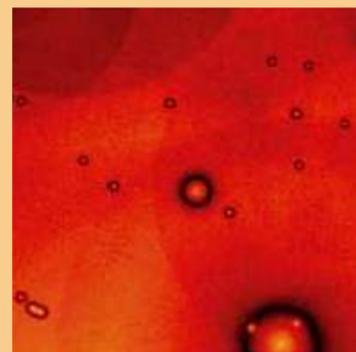
New Skema 8
Just for you!

Castelbel

Tél.: 010 81 83 43
www.castelbel.be

JOD

Novembre - Décembre 2012 • n° 60



- 4 • La photo
- 7 • Prochain événement
- 8 • L'actu med
- 18 • Dossier spécial
Savoir dépister le risque
de transformation maligne
- 25 • Monde de l'industrie
Viva l'Italia! - Vitali
- 32 • 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

Michel-Ange et le vert bouteille

L'exercice de l'art dentaire incarne probablement l'activité professionnelle où la distance est la plus grande entre les possibilités techniques contemporaines et la (dure) réalité quotidienne.

Au fond, on nous flatte les papilles cliniques avec de grandes ambitions, on nous initie à des technologies de pointe, on développe en nous le talent nécessaire à redorer la Chapelle Sixtine, bref on fait de nous des Michel-Ange en puissance... et puis, nous devons épuiser le plus clair de nos jours à peindre des portes de genre en vert bouteille.

J'exagère un peu. Certains patients sont prêts à nous suivre loin dans nos projets thérapeutiques. Mais ils sont une minorité. Et face à la réalité économique, face aux demandes incessantes de soins de base ou parfois au report d'interventions essentielles, il n'y a rien d'étonnant à constater que, dans l'esprit de beaucoup de dentistes, se crée une fracture, une insidieuse dissonance qui aboutit à une perte de repères, à un évanouissement des valeurs, et finalement à une mésestime de soi... parfois suicidaire.

Dans ce tableau peu engageant, subsistent heureusement quelques poches de résistance, quelques raisons, pour l'odontologiste, d'espérer avoir tout de même, entre deux amalgames, un rôle vrai de Santé Publique à tenir. La vigilance face aux cancers buccaux en fait partie, comme nous le démontrerons le samedi 15 décembre prochain, lors du dernier événement scientifique du COD en 2012.

Le dentiste : élément clé d'un dépistage qui peut, une fois dans une carrière, faire gagner une vie !

Évidemment, gagner une vie ne nous fera jamais gagner la nôtre. Le bénéfice se situe à un autre niveau — il est d'autant plus valorisant. ♦



Dans l'éventail des lésions blanches, l'aphte buccal occupe la position la plus bénigne d'un point de vue pathologique : il ne s'agit que d'une réaction inflammatoire exacerbée à un stimulus mineur, d'étiologie inconnue, peut-être avec une composante familiale.

Pourtant, l'impression subjective du patient, surtout face à un sentiment de récurrence fréquente, peut amener celui-ci à consulter spécifiquement.

Il est important de rassurer le patient en lui détaillant les quatre phases classiques de l'aphte banal :

- un **prodrome** de 24 heures, avec sensations de brûlure ou prurit
- la **phase pré-ulcératrice** associée à des macules ou papules, voire des bulles de courte durée
- la **survenance d'une ou plusieurs ulcérations douloureuses**, pouvant prendre diverses formes cliniques, plus ou moins œdémateuses, superficielles ou profondes, punctiformes ou atteignant le centimètre, isolées ou en bouquets... mais toujours exemptes d'adénopathie satellite et accompagnées d'une périphérie inflammatoire érythémateuse en halo — ce qui permet de les distinguer des ulcérations d'étiologie mécanique
- la **guérison**, ne dépassant généralement pas 10 jours, avec ré-épithélialisation sans cicatrice

En cas d'aphtose sévère et récidivante, il convient toutefois d'orienter le patient vers son médecin traitant, afin d'établir le diagnostic différentiel classique :

- syndrome de Behçet
- immunodépression (aphtoses herpétiques)
- maladies du tube digestif (Crohn, colite ulcéreuse, intolérance au gluten...)
- carences vitaminiques (B12, acide folique), souvent secondaires au point précédent
- infections virales (mononucléose, papillomavirus, VIH...)
- lymphome

À noter que si l'aphte ne présente évidemment aucun potentiel de transformation maligne, la mucite post-radique fait le lit d'une aphtose récidivante. ♦



Communication patients

Informer correctement votre patient est un aspect important dans l'explication d'un plan de traitement. Nobel Biocare offre une large gamme de matériel qui peut vous aider à améliorer cette communication et donc à accroître l'acceptation des traitements proposés.

Contactez-nous afin d'avoir un aperçu de la gamme complète au 02/467 41 90.

Pour votre salle d'attente



Set de dépliants, brochures, portes brochures et posters. Découvrez également **Dental Master™ Voice Over**, un canal d'informations pour votre salle d'attente.



Suivi du traitement

Dossier dentaire

Kit comprenant une carte patient, une petite farde et une carte de traitement



www.nobelbiocare.com

Pendant la consultation



Flipchart éducatif

Flipchart à anneaux, tenant debout, 20 pages recto/verso. Images pour le patient et informations à l'arrière pour le dentiste

Multimédia en ligne

La section éducative multimédia de notre site internet est dédiée à l'information patients et regroupe des animations, des images et des vidéos. Pour télécharger ces animations et vidéos, il vous suffit de vous inscrire sur le site afin de recevoir un log-in vous autorisant à utiliser le matériel.

<http://www.nobelbiocare.com/en/resource-library/patient-communication/>

Cours

Nobel Biocare propose une large gamme de formations afin que vous puissiez offrir à vos patients les meilleures solutions.

Retrouvez nos cours sur notre site web:

<http://www.nobelbiocare.com/en/training-education/>

Et bien plus!

Journée pluridisciplinaire & interuniversitaire

Cancers buccaux

Aussi une affaire de dentistes

Bruxelles • Samedi 15 décembre 2012 • 40 UA • 6 heures FC

Objectifs de ce cours — Les cancers buccaux représentent un ensemble de pathologies qui embrassent à la fois les compétences des médecins et des odontologistes.

Les dentistes sont concernés à tous les stades. D'abord, au tout début de la survenance, dans un rôle capital de dépistage précoce, souvent fortuit. Ensuite, lorsqu'il faut mettre en condition le milieu bucco-dentaire dans le cadre d'une éventuelle radiothérapie, et prévenir les complications de la chimiothérapie. Et, en fin de parcours thérapeutique, quand il s'agit de reconstruire les inévitables dégâts collatéraux de traitements particulièrement agressifs, sur les plans pharmacologique, radique et chirurgical.

Cette journée, forcément pluridisciplinaire — et interuniversitaire avec la participation de cliniciens issus des Universités de Paris Descartes, Bordeaux, Strasbourg et Lille —, a été conçue comme le voyage thérapeutique d'un dentiste accompagnant son patient atteint d'un cancer buccal, du dépistage initial jusqu'à la reconstruction.



Fiche technique de cette activité

Organisateur COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Quand ?	Samedi 15 décembre 2012, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	Où ?	AUDITOIRE J CAMPUS ÉRASME, 808 route de Lennik 1070 Bruxelles	
	Disponibilité ?	475 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	Accréditation ?	OUI : accordée - 30 dom 1 + 10 dom 7	
	Agrément ?	OUI : 6 heures	
	Combien ?	Montant de base tout compris :	195,- EUR
		Paiement reçu après le 3/12 (PAS d'inscript. sur place) :	+50,- EUR
	Réductions* ? <small>* conditions page 43 JOD55 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 !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	



HÔPITAUX

Haute fournaise

L'interdiction prochaine de facturer des suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits continue de susciter la grogne. Selon l'Absym, cette mesure plongera les hôpitaux encore un peu plus dans le rouge, contraignant ces derniers à licencier du personnel — on parle de 3.000 emplois perdus au niveau national, dont 800 à Bruxelles. "C'est autant qu'Arcelor-Mittal à Liège, peste Jacques de Tœuf, Vice-Président de l'Absym, et tout le monde s'en fout !"

De son côté, la Ministre de la Santé Laurette Onkelinx (PS) a condamné ces propos et le chantage odieux de "quelques médecins qui privilégient leur train de vie et le pré carré de leur propre hôpital". Jacques de Tœuf et le CHIREC se sont-ils sentis visés ?

Ceci étant, l'indexation des honoraires médicaux est directement liée à la baisse du volume des prescriptions : alors, à chantage, chantage et demi, et vive la vision budgétaire à (très) court terme !

On cherche cancérologues

Au moment où Facebook censure les poitrines dénudées, même lorsqu'il s'agit de promouvoir la prévention du cancer du sein, les hôpitaux tirent la sonnette d'alarme car ils ne trouvent plus d'oncologues à recruter. "Onze hôpitaux à travers le pays sont en pénurie de cancérologues, détaille Manon Huizing de l'UZ Anvers dans Het Laatste Nieuws, certains postes étant vacants depuis plus d'une



année". Les patients restent suivis, mais dans des conditions difficiles, les médecins devant assurer jusqu'à 30 consultations par jour.

On estime que le nombre de patients cancéreux aura augmenté de 68% en 2025 ; aussi une quinzaine de nouveaux oncologues par an semble un objectif minimal. Avis aux candidats.

On cherche informaticiens

Info ou buzz ? L'éditeur de logiciels antivirus Bitdefender a mis en garde fin octobre contre une potentielle cybercriminalité à l'encontre des hôpitaux. Dans la pratique, les centres hospitaliers sem-

blent mal défendus, car a priori ils ne représentent pas une cible de choix pour les hackers. Mais selon la règle qui veut que toute vulnérabilité sera tôt ou tard exploitée, il y a de quoi s'alarmer. La criminalité subséquente pourrait prendre les formes les plus diverses, de la simple ponction de données médicales confidentielles à l'injection de malwares dans défibrillateurs, pacemakers et autres pompes à insuline !

"Cela pourrait entraîner des scénarios dignes des plus noirs polars, insiste Alexandru Balan, responsable sécurité chez Bitdefender. Les hackers pourraient attenter à la vie des patients, dérober des informations sur des personnalités de premier plan ou concernant des anonymes et les utiliser pour des attaques d'ingénierie sociale ciblées."

A-t-on mis là le doigt sur une forme moderne de maladie nosocomiale ?

Delicious

L'hôpital St Bartholomew de Londres est surtout connu pour son... « Musée des pathologies ». Et pour fêter dignement le 60^e anniversaire de l'établissement, le Conservateur du Musée a mis sur pied une exposition temporaire basée sur des... pâtisseries représentant, chacune, une maladie ou un traitement. Un peu plus moderne et attractif que les bustes de William Harvey et Percival Pott, il est vrai !

Tout y passe : cancer, herpès génital, bouche ornée d'un superbe bouton de fièvre... Le clou de l'exposition revient pourtant à une plaie garnie d'asticots.

Rassurez-vous, tout cela est en massepain et sucre d'orge. "Simplement délicieux", selon Carla Connolly, l'assistante du Conservateur. Et, pour ne pas perdre le nord (et refinancer l'hôpital NHS ?), ces petits fours sont... vendus aux bambins des excursions scolaires.

SÉCU

Espèce en voie de disparition

Au cours des trois premiers trimestres 2012, ce sont 49.280 indépendants qui ont créé leur nouvelle entreprise en Belgique. Un chiffre en... nette baisse par rapport à celui de la même période, douze mois auparavant, où on recensait 55.349 installations. De plus, la grande majorité des entrepreneurs se consacrent à des activités très sensibles au risque de faillite en période de crise : construction, horeca, commerce de détail et services business.

Si le rythme se maintient, il n'y aura plus aucun nouvel indépendant belge dans moins de 10 ans. Pourquoi ? L'Université de Liège a mené une étude sur le sujet, auprès de 1.100 indépendants, dont il ressort qu'un dirigeant de



PME ou TPE sur cinq présente des signes précurseurs de burn out. "Plus de 20% d'entre eux dorment moins de 6 heures par nuit. Et ils travaillent beaucoup. Pour 53%, c'est du 7 jours sur 7 et près de 24% prennent moins de 11 jours de congé par an, rappelle Philippe Mairiaux, un des responsables de l'étude. La charge de travail administratif reste très lourde. Ils sont noyés dans une paperasserie complexe. Les problèmes financiers sont également source de stress avec notamment le retard ou le non-paiement des factures par les clients".

Ben oui, pour l'État, les indépendants représentent un gibier de choix. Mais à force de chasser ce gibier dès sa naissance, il finit par se raréfier...

SANTÉ PUBLIQUE

Turbine elbow

La tendinite des membres supérieurs vient de faire une entrée fracassante dans la liste très fermée des « maladies professionnelles ». Cette accession à la jet-set des pathologies signifie tout simplement que le patient n'aura plus à prouver de lien entre sa tendinite et

son activité professionnelle pour bénéficier d'une indemnisation. Rien que ça ! Les chiffres disponibles pour 2010 montrent que 363 patients avaient, cette année-là, conclu les démarches avec succès dans le cadre de cette indemnisation. Gageons que l'on va assister à une explosion, si la preuve n'est désormais plus requise.

Et les dentistes ? Du poignet à l'épaule, n'ont-ils pas des raisons objectives de souffrir de tendinite ? Si, mais comme ils sont indépendants, ils peuvent juste continuer de travailler en silence.

Fontaine de jouvence

The Lancet a publié fin octobre une étude prospective établie de 1996 à 2011, portant sur 1,2 millions de femmes britanniques, dont 20% de fumeuses, 28% d'ex-fumeuses et 52% de non fumeuses.

Il en ressort sans surprise que les non fumeuses ont une espérance de vie supérieure de 11 ans aux fumeuses, avec un risque de décès avant 70 ans de 24% pour les non fumeuses contre 9% pour les fumeuses. Le risque augmente en fonction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement, et aussi en fonction de l'âge auquel les femmes ont commencé, celles

ayant débuté avant 15 ans étant les plus à risque, principalement pour le cancer du poumon.

Mais les chercheurs se sont surtout attachés à déterminer ce qu'il était advenu des femmes ayant arrêté de fumer à des âges divers de leur vie : ils ont alors mis en lumière qu'en arrêtant avant 40 ans, les femmes pouvaient regagner plus de 9 ans d'existence, voire 10 ans en arrêtant avant 35 ans.

Mesdames, vous savez ce qu'il vous reste à faire... et en plus c'est rentable.

PARMACO

Faussaires et pauvres hères

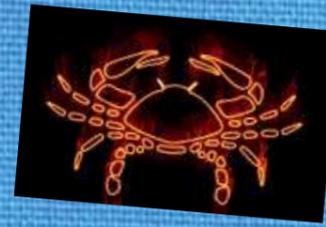
L'Organisation Mondiale des Douanes (OMD) s'intéresse dorénavant à la contrefaçon médicamenteuse. Fin octobre, cette organisation a révélé les résultats de son opération coup de poing « Vice Grips » réalisée début juillet : en quelques jours à peine, 82 millions de doses de faux médicaments ont été saisis dans les ports africains. Il s'agissait soit de médicaments contrefaits (sans principe actif), ou de contrefaçon (fabriqués sans autorisation ni contrôle).

Des résultats qui, extrapolés statistiquement, montrent que près de 2 milliards de doses illicites transitent annuellement par l'Afrique, au départ de Chine surtout, mais aussi d'Inde et des Émirats.

Et rien d'artisanal là-dedans : de véritables usines sont sur pied, parvenant à tout contrefaire, y compris les hologrammes anti-contrefaçon ! Et comme il ne s'agit pas de médicaments anodins mais bien d'antirétroviraux, anti-paludéens et autres antibiotiques, il faut affirmer clairement que les faussaires en pharmacologie sont des assassins, s'attaquant à des populations fragilisées. À méditer à l'heure où il est si facile de se procurer tout et n'importe quoi via l'Internet ! ♦



Le dentiste face aux cancers buccaux



Savoir dépister le risque de transformation maligne

©ADF, Paris, 2008
Avec leur aimable autorisation

Selon la définition de l'OMS (1972), une lésion précancéreuse correspond à un tissu morphologiquement altéré où le risque d'apparition d'un cancer est plus élevé que sur le tissu homologue sain.

Initialement, trois lésions précancéreuses avaient été décrites^[1] :

- la leucoplasie qui se présente comme une tache ou une plaque blanche ne pouvant être rattachée cliniquement ou histologiquement à une maladie ;
- la préleucoplasie qui se présente comme une plaque grisâtre ou blanc-grisâtre, à bords mal limités ;
- l'érythroplasie qui se présente comme une plaque rouge, brillante, velvétique qui ne peut pas être considérée cliniquement ou histologiquement comme une autre maladie.

• **Groupe de travail scientifique de l'ADF, sous la Présidence de Michel GOLDBERG et Philippe ROCHER**

Le terme de préleucoplasie a été rapidement abandonné car, dans la réalité, il est bien difficile de reconnaître la leucoplasie au stade initial et, de plus, son aspect clinique n'apparaît pas très différent.

L'érythroplasie est une lésion rare qui correspond à l'érythroplasie de Queyrat, affection à haut risque de transformation maligne.

Le strict respect de la définition des termes « leucoplasie » et « érythroplasie » devrait conduire à un diagnostic d'exclusion. Or, le plus souvent, la démarche menant au diagnostic d'exclusion n'est pas réalisée : le terme de leucoplasie est utilisé pour décrire de nombreuses lésions blanches sans préjuger de leur potentiel de transformation maligne, alors que ce terme est purement descriptif et n'a aucune signification étiologique.

Dans la pratique, il est régulièrement utilisé pour désigner des lésions très différentes qui comportent presque toujours une kératose de surface ; dans de rares cas, l'aspect blanchâtre est dû à une autre anomalie, siégeant dans

l'épithélium ou le chorion superficiel qui, en modifiant la transparence de la muqueuse, rend également invisible les vaisseaux superficiels.

Elles peuvent être :

- bénignes comme la kératose simple
- pré malignes (précancéreuses) comme les dysplasies
- ou déjà malignes (cancéreuses) comme le carcinome épidermoïde micro-invasif

Le terme de leucoplasie n'est donc pas très satisfaisant car il est uniquement descriptif et il entretient une certaine confusion, préjudiciable pour le malade. Il devrait être employé uniquement accompagné d'un qualificatif précisant son étiologie, par exemple « leucoplasie syphilitique »...

On doit donc s'efforcer de mettre fin à cette confusion et de mieux définir les lésions précancéreuses^[1].

Une lésion précancéreuse répond à trois critères : elle doit précéder l'appa-

rition du cancer, être en rapport avec le cancer, mais être différente du cancer.

Cette définition peut être considérée dans le sens strict ou large.

- Dans le sens strict, la lésion précancéreuse correspond aux dysplasies que l'on assimile à des précurseurs du carcinome épidermoïde.

- Dans le sens large, il s'agit de lésions ou d'états qui comportent un risque de transformation maligne variable mais toujours plus élevé que celui de l'épithélium normal : ce sont les lésions ou les états dits à risque de cancérisation ou de transformation maligne.

Les lésions à risque évoluent vers un carcinome épidermoïde dans 6 à 36% des cas^[1]. Le risque est donc très variable : il dépend de la nature de la lésion, de sa localisation (celles situées sur le plancher buccal, la face ventrale de la langue et le voile se transforment plus facilement), du terrain (âge, système immunitaire...), de l'élimination précoce des facteurs cancérogènes... mais aussi des auteurs. Par exemple, les lé-

sions à risque, décrites sous le terme de leucoplasies, comportent en général une kératose de surface, mais toutes les lésions kératosiques ne possèdent pas un potentiel de transformation maligne identique, et si on ne les différencie pas en fonction de leur étiologie, les données statistiques n'ont guère de valeur.

Les lésions à risque de transformation maligne sont présentées dans cet article. Elles sont nombreuses et leur fréquence est très variable. Elles sont généralement classées en fonction de leur origine : réactionnelle, dermatologique, infectieuse, toxique ou iatrogène, congénitale et idiopathique^[1]. Plus récemment, une forme particulière de kératose, la leucoplasie verruqueuse proliférative, a été identifiée.

Kératoses réactionnelles à des facteurs exogènes

• Kératoses d'origine traumatique

Elles régressent totalement après suppression des facteurs étiologiques. Les traumatismes répétés, en particulier ceux liés au port de prothèses dentaires amovibles, ont été suspectés de favoriser le développement des carcinomes épidermoïdes mais cela n'a jamais été démontré de manière irréfutable. Si le traumatisme prothétique joue un rôle, il paraît insignifiant. Les kératoses liées au *morsicatio buccarum* (Fig.1) ou *linguae* (Fig.2) ne présentent **aucun potentiel de transformation maligne**.

• Kératoses d'origine chimique et thermique

L'application topique répétée d'un produit peut favoriser l'apparition d'une plaque kératosique limitée à la zone d'application (Fig.3 et 4). Ces kératoses régressent à l'arrêt de l'application ; elles **ne se transforment jamais**, contrairement à ce que l'on observe en expérimentation animale où l'on utilise des substances cancérogènes^[1]. >>>

Fig.4. Kératose intéressant la gencive, la muqueuse vestibulaire et jugale, due à la mise en place, plusieurs fois par jour, toujours au même endroit dans le fond du vestibule supérieur, d'une pastille de Sen-Sen (bonbon composé de réglisse, de gomme arabique, de maltodextrine et de parfums naturels et artificiels) pour la laisser fondre.



Fig.1. Kératose rétrocommissurale due à un tic de mordillement (*morsicatio buccarum*) : kératose irrégulière, à limites mal définies, avec de petits lambeaux flottants parfois associés à des ecchymoses punctiformes.



Fig.2. Kératose sur le bord de la langue, due à un tic de mordillement (*morsicatio linguae*).



Fig.3. Kératose dans la région médiane du vestibule inférieur secondaire à l'application régulière d'un gel fluoré concentré sur le collet des incisives inférieures.



>> La chaleur entraîne progressivement une modification de la muqueuse avec apparition d'une kératose. La kératose en pastille des sujets qui gardent leur mégot aux lèvres est bien connue ; elle **se transforme souvent** en carcinome épidermoïde (Fig.5)^[1].

Par contre, l'ouranite glandulaire tabagique du fumeur de pipe, liée principalement à la chaleur de la fumée, peut avoir un aspect inquiétant (kératose en général épaisse, parfois verruqueuse) (Fig.6) mais le risque de transformation reste faible. Il est bien différent pour les sujets qui fument la cigarette à l'envers (« reverse smoking »). Dans ces trois cas, l'action synergique du tabac pourrait faire discuter du rôle réel de la chaleur. Or, chez les souffleurs de verre et chez les Chinoises qui ont l'habitude de boire du thé brûlant dès l'enfance, la chaleur constitue un facteur carcinogène évident.

• Kératoses d'origine actinique

Les **ultraviolets** représentent un facteur cancérigène bien connu, en particulier pour la demi-muqueuse labiale inférieure. Chez les sujets régulièrement exposés aux ultraviolets (paysans, marins...), la demi-muqueuse labiale se modifie progressivement. Elle devient atrophique, squameuse et/ou kératosique, elle s'ulcère facilement et la limite entre la demi-muqueuse et la peau tend à s'effacer : c'est l'aspect caractéristique de la chéilite actinique chronique qui se traduit histologiquement par une **kératose de surface** discrète et une **élastose** (fragmentation des fibres élastiques) (Fig.7 et 8).

Fig.7. Kératose due à une chéilite actinique chronique qui se traduit par la disparition de la limite cutané-muqueuse et par la présence d'une croûte dans la région paramédiane gauche ; la persistance d'une croûte annonce bien souvent l'apparition d'un foyer de transformation maligne.



Fig.5. Kératose en pastille sur la demi-muqueuse labiale inférieure chez un fumeur qui garde son mégot aux lèvres ; la transformation maligne a déjà eu lieu (carcinome épidermoïde).



Fig.6. Kératose diffuse du palais donnant, à un stade avancé, une ouranite glandulaire tabagique caractéristique du fumeur de pipe. Noter la coloration noire des dents due aux goudrons.

• Kératoses post-radiques

Les **radiations ionisantes** à doses élevées altèrent les tissus et la radiomucite chronique, secondaire à une irradiation cervico-faciale, s'accompagne souvent d'une kératose discrète (Fig.9). La muqueuse irradiée présente à long terme un risque de transformation maligne; le délai peut être raccourci par la présence d'autres facteurs carcinogènes (intoxication éthylo-tabagique persistante, lichen ancien, état post-lichénien...).

Fig.8. Chéilite actinique chronique avec un foyer de transformation maligne (carcinome verruqueux) se traduisant par une tumeur en verre de montre ; la kératose sur le reste de la demi-muqueuse labiale est à peine visible.



Fig.9. Radiomucite chronique se traduisant par une plage érythémateuse, une fine kératose jugale et intermaxillaire et deux petites papules kératosiques sur le voile.

• Kératoses d'origine tabagique et éthylo-tabagique

La fumée de la cigarette diffuse dans les vestibules, puis dans toute la cavité buccale. Les **lésions kératosiques** sont habituellement **étendues et discrètes**, parfois associées à une mélanose tabagique (macule brunâtre). Elles intéressent principalement le **voile du palais**, le **plancher buccal antérieur**, parfois la **région rétro-commissurale**.

Lorsque l'intoxication éthylo-tabagique prédomine, on observe une stomatite congestive diffuse qui se traduit par un érythème, plus ou moins foncé, et une dilatation des capillaires sanguins de la muqueuse libre. Il n'y a pas de plages kératosiques évidentes mais seulement quelques **marbrures** ou **reflets opalins** et la mélanose tabagique reste alors souvent discrète (Fig.15 et 16).

L'arrêt de la consommation d'alcool entraîne une régression de l'érythème et l'apparition de plages kératosiques. Les lésions liées à l'intoxication tabagique (kératose et mélanose) sont longtemps réversibles et disparaissent dans les 6-9 mois qui suivent la fin de l'intoxication. Pour la muqueuse buccale, contrairement à ce que l'on observe pour les poumons, le risque cancérigène lié au tabac régresse de façon importante à l'arrêt de l'intoxication tabagique.

Il est acquis que le tabac a un rôle cancérigène majeur. Toutefois le rôle cancérigène de la consommation d'alcool n'est pas négligeable (dégradation de l'alcool par la flore buccale en acétaldéhyde dont le potentiel cancérigène est incontestable). La notion d'intoxication éthylique est très souvent retrouvée en cancérologie des VADS ; elle a une



Fig.10. Kératose éthylo-tabagique, presque homogène, sans limites nettes, symétrique, intéressant le plancher buccal antérieur et la face ventrale de la langue (OIN de haut grade).



Fig.11. Kératose éthylo-tabagique, symétrique, du plancher buccal antérieur, assez bien limitée, associée à un érythème diffus (OIN de haut grade).



Fig.12. Kératose éthylo-tabagique épaisse, régulière, bien limitée du plancher buccal antérieur gauche (OIN de haut grade) mais, en réalité, toute la muqueuse du plancher buccal antérieur et de la face ventrale de la langue est recouverte d'une fine couche de kératose avec, par endroits, de petites plages érythémateuses.



Fig.13. Kératose éthylo-tabagique du plancher buccal latéral gauche et de la face ventrale de la langue constituée par une fine couche de kératose (kératose simple) et par une kératose verruqueuse, de taille limitée, reposant sur une base légèrement infiltrée (OIN de haut grade).



Fig.14. Kératose éthylo-tabagique irrégulière, étendue, intéressant le bord gauche de la langue ; sa partie centrale est occupée par une plage érythémateuse (érythroplasie), en sablier, bien limitée, qui correspond à un carcinome in situ (OIN de haut grade).

Fig.17. Kératose due à une chique de tabac ; elle est assez étendue et elle a entraîné une rétraction gingivale, qui a permis une coloration noire des racines dénudées par les goudrons.

action synergique avec l'intoxication tabagique et multiplie le risque cancérigène.

La chique de tabac est encore couramment pratiquée dans de nombreux pays d'Afrique et d'Orient. Elle peut contenir d'autres ingrédients, en particulier des épices (clou de girofle...). Elle est le plus souvent placée dans le vestibule inférieur, en regard de la canine et des prémolaires. Elle entraîne le développement d'une lésion kératosique, souvent **verruqueuse**, intéressant le cul de sac vestibulaire et la muqueuse gingivale et jugale adjacente (Fig.17). La transformation maligne s'effectue le plus souvent en passant par le stade de carcinome verruqueux^[1]. >>>



Fig.15. Mélanose tabagique (macules brunâtres) très étendue, intéressant une grande partie du voile ; il existe une kératose paramédiane gauche et une discrète kératose masquée par la mélanose sur le pilier antérieur du voile.



Fig.16. Mélanose tabagique (macules quelquefois noirâtres) très étendue, intéressant le voile et la face interne des joues.



>> • Kératoses liées aux épices, aux piments et à la chique de bétel

La consommation régulière d'épices fortes et de piments s'accompagne de modifications de la muqueuse buccale se traduisant par des plages kératosiques et/ou érythémateuses. Ces lésions ont sans doute un potentiel de transformation maligne mais il semble relativement faible.

La chique de bétel est constituée par une noix d'arec et de la chaux, associées le plus souvent à du tabac et des épices ; l'ensemble est enveloppé dans une feuille de bétel. Il s'agit d'une pratique fréquente chez les Indiens et les Pakistanais, aussi bien hommes que femmes. Cette pratique entraîne progressivement des modifications de la muqueuse buccale aboutissant à une affection bien connue et longuement étudiée, la **fibrose buccale sous-muqueuse**^[2]. Elle se manifeste initialement par des sensations de **brûlures**, une perte de souplesse de la muqueuse buccale qui devient rose pâle ou blanchâtre, avec quelquefois des plages pigmentées dépendant des ingrédients entrant dans la composition de la chique (Fig.18 et 19). Histologiquement, elle se traduit par une discrète atrophie muqueuse et une fibrose hyaline du chorion. La fibrose buccale sous-muqueuse possède un **potentiel de transformation maligne très important et le carcinome épidermoïde de la cavité buccale représente plus de 50% des cancers dans certaines**

régions de l'Inde. Une nouvelle chique, le *pan masala* ou le *gutka*, composée de tabac, de noix d'arec et de substances diverses, vient d'être commercialisée. Étant peu coûteuse, elle tend à remplacer la chique de bétel. Comme elle entraîne une fibrose buccale sous-muqueuse encore plus rapidement, il faut s'attendre à une augmentation de l'incidence du carcinome épidermoïde de la cavité buccale en Inde dans les prochaines années^[2].

Kératoses réactionnelles à des facteurs endogènes

• Tumeurs et pseudo-tumeurs sous-épithéliales

Elles s'accompagnent de modifications de l'épithélium sus-jacent comportant au minimum une discrète kératose de surface ; la couleur blanche est surtout due à l'absence de visibilité des vaisseaux sanguins du chorion qui sont masqués par la lésion.

Cette kératose ne possède **aucun potentiel de transformation maligne** mais elle est parfois associée à des aspects trompeurs. Par exemple, la tumeur à cellules granuleuses induit une hyperplasie épithéliale pseudo-carcinomeuse, source éventuellement d'erreur diagnostique si le prélèvement biopsique est trop superficiel.

Kératoses dues à des dermatoses acquises

Le développement d'une **fibrose sous-épithéliale** s'accompagne de modification dystrophique de l'épithélium sus-jacent, comportant souvent une hyperkératose, une hyperplasie ou une atrophie épithéliale. De nombreuses affections (fibrose buccale sous-muqueuse, lichen plan buccal, sclérodémie...) entraînent le développement d'une fibrose mais toutes ne possèdent pas le même potentiel de transformation maligne. Le risque est mal connu sauf pour la **fibrose buccale sous-muqueuse** et le **lichen plan buccal**.

En dehors des affections étudiées par ailleurs (fibrose buccale sous-muqueuse, chéilite actinique chronique, radiomucite chronique), il existe d'autres dermatoses comportant une kératose : ce sont le lichen plan buccal, le leucoedème, la dermatomyosite et le lupus érythémateux chronique ; cette dernière affection est parfois difficile à différencier du lichen.

Seul le lichen plan buccal présente un risque de transformation maligne, toutefois contesté par certains auteurs^[3-10]. Cette divergence résulte probablement d'analyses méconnaissant les différentes phases de l'évolution de cette affection. Le lichen plan est une affection fréquente de la muqueuse buccale qui touche 1 à 2% de la population et son histoire naturelle se déroule sur plusieurs années. Pendant la phase initiale (Fig.20) et la phase d'état (Fig.21), il n'y a aucun risque de transformation maligne; le risque apparaît à la phase tardive, en général après au moins une dizaine d'années d'évolution.

A ce stade, lichen ancien (il y a encore un infiltrat inflammatoire discret) ou état post-lichénien (l'infiltrat inflammatoire a disparu), on observe une (scléro-) atrophie de la muqueuse et/ou une kératose qui peut devenir verruqueuse.

La (scléro-) atrophie donne à la muqueuse jugale une couleur rose pâle, jaunâtre ou brunâtre (couleur foie gras), à la gencive un aspect luisant, et entraîne un effacement des vestibules postéro-inférieurs, une dépapillation de la langue marginale et symétrique ou intéressant une grande partie de sa face dorsale. L'atrophie favorise le développement de lésions érosives, spontanées ou pour des agressions >>



Fig.18. Kératose jugale discrète chez une femme de 33 ans présentant une fibrose buccale sous-muqueuse; on devine la perte de souplesse de la muqueuse jugale qui apparaît rigide.



Fig.19. Même patiente que pour la fig.16. Kératose labiale inférieure discrète et perte de souplesse de la lèvre inférieure.

DUAL. UNIVERSEL. SÛR.

Futurabond® DC

Le premier adhésif automordançant à durcissement dual en *SingleDose*

- Adhésif universel all-in-one
- Peut être utilisé pour tous les composites à durcissement photo, dual et auto
- Tolère l'humidité
- Étanchéité permanente du joint
- Réduit les sensibilités post-opératoires



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





CLEARFIL™ DC CORE PLUS

POUR UN DEPART FULGURANT...

Le nouveau CLEARFIL™ DC CORE PLUS possède de nombreux atouts. Le matériau se travaille facilement tout en nécessitant peu de force. Après application il reste bien en place lors du modelage du moignon. Sa résistance et son élasticité sont adaptées aux forces auxquelles la structure du moignon est confrontée. De plus, son temps de travail est long, de sorte qu'il n'est plus nécessaire de changer entre-temps de compule mélangeuse.

CLEARFIL™ DC CORE PLUS présente, en tant que matériau de reconstitution, encore un autre avantage: il s'utilise de manière optimale en conjonction avec CLEARFIL™ S3 BOND PLUS. En effet, il permet à cet adhésif d'également durcir à des endroits inacces-

sibles à la lumière. Cette approche unique à deux étapes est garante d'une adhésion fiable basée sur la technologie CLEARFIL™ éprouvée. Bref, avec CLEARFIL™ DC CORE PLUS, vous prendrez sous peu un départ fulgurant pour une parfaite reconstitution de moignon.



CLEARFIL™ DC CORE PLUS: LA MEILLEURE RECONSTITUTION AVEC LE MOINS DE COMPOSANTS

kuraray

Kuraray Dental Benelux B.V.
BE: Tél.: +32 (0)475 819 258, info@kuraraydental.be, www.kuraraydental.be
NL: Boîte postale 299, 1970 AG IJmuiden, Pays-Bas, Tél.: +31 (0)255 523 701, info@kuraraydental.nl, www.kuraraydental.nl



Fig.20. Kératose jugale punctiforme caractéristique du lichen plan buccal à la phase initiale.



Fig.21. Kératose jugale, étendue, mal limitée, assez homogène, associée à quelques petites plages érythémateuses, assez caractéristique d'un lichen plan buccal au début de la phase d'état (période de quiescence).



Fig.22. Femme, 36 ans, premières manifestations d'un lichen cutanéomuqueux à l'âge de 18 ans. État post-lichénien. Kératose irrégulière, parfois verruqueuse, intéressant la région jugale postéro-médiane ainsi que les régions palatine, intermaxillaire et vélaire adjacentes; à la partie supérieure de la commissure intermaxillaire, la muqueuse est atrophique.



Fig.25. Homme, 78 ans. État post-lichénien. Kératose intéressant le bord gauche postérieur de la langue avec un carcinome verruqueux dans la partie antéro-inférieure de la plaque kératosique.



Fig.23. Femme, 75 ans. État post-lichénien. Kératose discrète sur la face dorsale de la langue en grande partie dépapillée; la petite corne kératosique située à côté de la petite plaque érosive médiane repose sur un carcinome épidermoïde bien différencié.



Fig.26. Femme, 88 ans. État post-lichénien. Kératose gingivale associée à un érythème, avec un carcinome verruqueux dans la région prémolo-molaire.

>> mineures. Histologiquement, l'aspect caractéristique du lichen a également disparu: l'épithélium est atrophique avec une membrane basale rectiligne, l'infiltrat inflammatoire devenu discret ou inexistant est parfois remplacé par une fibrose.

La transformation maligne du lichen plan buccal, bien qu'ayant une faible incidence (1 à 3%), semble incontestable. Elle survient chez des sujets, le plus souvent des femmes, qui ne présentent aucun autre facteur de risque. La transformation maligne qui aboutit en général à un carcinome épidermoïde bien différencié, se développe progressivement et passe souvent par le stade de carcinome verruqueux. Elle touche fréquemment des régions (face interne des joues, gencive, dos de la langue) qui sont habituellement peu touchées par le carcinome épidermoïde mais qui correspondent au siège habituel des lésions du lichen plan. Enfin, les patients présentent souvent plusieurs foyers buccaux de transformation maligne au cours de l'évolution (Fig.22-29), voire une atteinte touchant la muqueuse vulvaire ou œsophagienne^[4].



Fig.24. Femme, 50 ans. État post-lichénien. Kératose occupant toute la face dorsale dépapillée de la langue; la petite tumeur postéro-latérale droite est constituée par un carcinome verruqueux. La patiente développera un autre carcinome verruqueux dans la région postéro-latérale gauche, puis un carcinome épidermoïde peu différencié sur l'extrémité antérieure du bord gauche de la langue qui aura une évolution fatale en 6 mois.



Fig.27. Femme, 45 ans. État post-lichénien. Volumineux carcinome verruqueux occupant toute la crête alvéolaire en arrière de la 34.



Fig.28. Femme, 68 ans. État post-lichénien. Kératose médio-jugale faisant suspecter un carcinome verruqueux (diagnostic confirmé par l'examen histopathologique de la pièce d'exérèse) mais, en réalité, toute la face interne de la joue présente un état post-lichen scléro-atrophique. Pendant les cinq dernières années, la patiente a déjà développé plusieurs foyers de transformation maligne presque tous localisés sur la joue gauche.



Fig.29. État post-lichénien. Le dernier foyer de transformation maligne a eu, en un an, une évolution fatale car il a récidivé rapidement après une exérèse non carcinologique et il s'est développé de façon agressive, envahissant rapidement les plans musculaire et cutané.

>> Kératoses d'origine infectieuse

• Lésions d'origine bactérienne

Elles sont fréquentes dans la cavité buccale mais elles comportent rarement une kératose ; la septicité buccale, souvent rencontrée dans l'intoxication éthylo-tabagique, a longtemps été suspectée de constituer un facteur carcinogène sans que son rôle soit clairement démontré. Récemment, il a été démontré que certaines bactéries de la flore buccale dégradent l'alcool en acétaldéhyde qui a un réel potentiel carcinogène ; la septicité buccale constitue donc un facteur carcinogène indirect. Pour mémoire, on doit citer la **leucoplasie syphilitique**, manifestation



Fig.30. Leucoplasie syphilitique qui est le siège d'un carcinome épidermoïde (région médio-linguale). Noter l'amputation du bord droit de la langue consécutive à l'exérèse d'un premier carcinome épidermoïde.

lésion suspecte. L'examen histopathologique montre qu'il s'agit le plus souvent d'un carcinome verruqueux ayant l'aspect d'une papillomatose inversée, ou quelquefois d'un carcinome in situ ou déjà micro-invasif^[1] (Fig.33).

Enfin, les champignons semblent avoir un rôle carcinogène indirect en dégradant l'alcool en acétaldéhyde, comme certaines bactéries de la flore buccale^[11].

Le syndrome APECED (auto-immune polyendocrinopathie-candidiasis-ectodermal dystrophy) est très fréquent en Norvège où des cas de transformation maligne, dus à la candidose buccale chronique, ont été rapportés^[12].

de la syphilis tertiaire, qui touchait de façon préférentielle la langue (Fig.30) ; elle présentait un **potentiel de transformation maligne élevé**, de l'ordre de 20%^[1].

• Infections mycosiques

Les candidoses chroniques, plus particulièrement les candidoses chroniques en foyers, se traduisent par des lésions associant kératose et érythème ; leur proportion varie en fonction de l'activité de l'infection.

• La **forme en foyers** comporte au maximum six lésions : une glossite lésion médiane et une ouranite qui représente son image en décalque, une perlèche souvent bilatérale, qui peut être prolongée par un foyer jugal rétro-commissural.

• Le **foyer jugal rétro-commissural** est la seule lésion candidosique à présenter un **potentiel de transformation maligne**. Il est certes faible mais bien réel.

Le rôle de l'intoxication tabagique, presque toujours associée, est probablement secondaire car la région rétro-commissurale est exceptionnellement le siège d'un carcinome dû à une intoxication tabagique. La kératose du foyer jugal rétro-commissural, qui est habituellement lisse, homogène, avec un aspect parqueté (Fig.31), peut donner naissance à une lésion tumorale.

Cette modification de l'aspect doit faire suspecter un processus de transformation maligne. Si le traitement antifongique n'entraîne aucune régression (Fig.32), il faut réaliser l'exérèse de la



Fig.31. Kératose jugale rétro-commissurale, fine, lisse, homogène, ayant un aspect parqueté, associée à une kératose commissurale ; ces deux kératoses sont caractéristiques des candidoses buccales chroniques en foyers.



Fig.32. Kératose commissurale et rétro-commissurale, ayant un aspect granuleux ; cette kératose a retrouvé un aspect lisse et homogène après le traitement antifongique.



Fig.33. Kératose rétro-commissurale d'aspect classique sur laquelle se sont développées deux lésions kératosiques verruqueuses : il s'agit de ex petits carcinomes verruqueux.

• Leucoplasie villeuse

La leucoplasie villeuse buccale (oral hairy leukoplakia) a été décrite en 1984 chez des sujets séropositifs pour le HIV ; quelques cas ont été rapportés chez des sujets immunodéprimés non infectés par le HIV. Cette lésion, d'aspect très variable dans le temps, siège principalement sur les bords de la langue, les autres localisations [dos de la langue, face interne des joues...] sont rares ; elle n'a jamais été observée sur d'autres muqueuses.

La leucoplasie villeuse buccale est constituée par des plages blanchâtres, légèrement surélevées, à contours déchiquetés, mal limités, à surface plane ou le plus souvent irrégulière, hérissée de crêtes festonnées. Les lésions, qui ne s'accompagnent d'aucun signe fonctionnel et qui ne s'éliminent pas au grattage, comportent souvent sur les bords de la langue des crêtes ayant une disposition verticale. Dans les formes plus étendues, des lésions peuvent intéresser le dos et la face ventrale de la langue, le plancher buccal, les commissures intermaxillaires et la face interne des joues, surtout la linea alba. L'aspect clinique est souvent assez caractéristique pour permettre le diagnostic.

L'examen histopathologique montre un épithélium d'épaisseur normale ou acanthosique avec des crêtes renflées ou coalescentes. Les assises épithéliales profondes sont constituées de kératinocytes d'aspect histologique normal. Les assises superficielles comportent une épaisse couche de cellules parakératosiques, d'aspect plus ou moins déchiqueté en surface où on observe des lambeaux flottants, responsables de

l'aspect « vilieux », Cette couche parakératosique, souvent recouverte d'amas de bactéries, est presque toujours colonisée par des hyphes et/ou des spores de Candida. Au-dessous d'elle, il existe une couche parfois discontinue et d'épaisseur irrégulière de kératinocytes à cytoplasme clair, assimilés à des koilocytes. L'aspect peut être assez proche de certaines lésions épithéliales dues aux HPV mais on ne retrouve que très rarement des pseudo-mitoses et les véritables koilocytes avec leur grande vacuole périnucléaire sont peu nombreux. Il s'agit en réalité de grands kératinocytes à cytoplasme très faiblement éosinophile, avec une région périnucléaire plus claire. Le noyau est tantôt pycnotique et chromophile, tantôt clair avec une chromatine marginée ou poussiéreuse, ou plus rarement volumineux avec un gros nucléole acidophile. Le chorion sous-jacent, avec parfois quelques vaisseaux congestifs, ne présente que peu d'altération.

Même en cas de colonisation mycosique importante de l'épithélium, l'infiltrat inflammatoire reste discret ou absent.

Comme l'EBV est très souvent retrouvé dans la leucoplasie villeuse buccale, on a considéré que cette dernière était d'origine virale. En réalité, chez les immunodéprimés, l'EBV est également présent dans la muqueuse saine. La présence quasi constante d'une infection candidosique aurait du faire également suspecter une étiologie fongique, d'autant plus que le traitement antifongique fait disparaître la leucoplasie villeuse buccale.

Au total, la leucoplasie villeuse buccale semble bien être une forme particulière de candidose buccale, favorisée par les traumatismes, d'où sa localisation préférentielle pour les bords de la langue. Cette kératose d'origine infectieuse n'a **aucun potentiel de transformation maligne**.

Fig.37. Kératose verruqueuse intéressant le bord libre de la gencive autour de la 11 chez un sujet greffé rénal depuis 24 ans et qui a déjà développé une vingtaine de tumeurs cutanées. L'examen histopathologique a montré qu'il s'agissait d'une lésion associant OIN de bas grade et OIN de haut grade. La recherche d'ADN viral pour les HPV 6, 11, 16, 18, 31 et 33 a été négative, ce qui n'écarte pas formellement la présence d'un HPV.

• Infections virales

Plusieurs virus (HPV, EBV, HHV8, HTLV1...) ont un potentiel cancérigène qui peut s'exprimer dans la cavité buccale (Fig.34 à 37). >>>



Fig.34. Tumeur vélaire kératosique unique, pseudo-pédiculée, polybée, due à un papillome.



Fig.35. Tumeur gingivale kératosique, comportant en surface de fines digitations, assez caractéristiques d'un condylome acuminé.



Fig.36. Papules ou plages kératosiques, souples, plus ou moins nombreuses, disséminées principalement sur les joues et les lèvres, assez caractéristiques de l'hyperplasie épithéliale focale.



>> Kératoses d'origine toxique ou iatrogène

Hormis la radiomucite chronique, qui ne sera pas traitée ici, il peut s'agir de lichen plan iatrogène et d'intoxication arsenicale chronique.

• Lichen plan buccal iatrogène

Il peut être d'origine médicamenteuse, ou secondaire à une réaction du greffon contre l'hôte (GVHD pour graft versus host disease) (Fig.38 et 39). Plusieurs médicaments (sels d'or, D-pénicillamine, pirytinol, allopurinol...) et certains matériaux (amalgame...) peuvent induire des lésions ressemblant à un lichen plan que certains auteurs préfèrent qualifier de réaction lichénoïde. Mais rien ne permet de les différencier cliniquement; histologiquement, la réaction lichénoïde comporte en plus un infiltrat péri-vasculaire.

Le lichen induit ou la réaction lichénoïde ne se transforment jamais.

Le lichen lié à la GVHD a une évolution beaucoup plus rapide et souvent plus agressive que le lichen idiopathique ; son potentiel de transformation maligne semble extrêmement faible malgré l'existence d'autres facteurs carcinogènes (chimiothérapie intensive, radiothérapie corporelle totale, traitement immunosuppresseur)^[13].

• Intoxication arsenicale chronique

Elle peut entraîner le développement de kératoses muqueuses et surtout cutanées. Si les kératoses arsenicales cutanées peuvent se transformer en carcinome épidermoïde, cette transformation semble exceptionnelle pour les kératoses muqueuses. Les produits contenant de l'arsenic (insecticides, liqueur de Fowler) responsables jadis d'intoxications chroniques ne sont plus commercialisés.

Kératoses dues à une affection congénitale

• **L'anémie de Fanconi et le naevus orthokératosique** comportent des altérations du revêtement cutané-muqueux (Fig.40) qui peuvent subir une transformation maligne ; cette transformation intéresse principalement les lésions cutanées.

• **Le syndrome de Zinsser-Engman-Cole** ou dyskératose congénitale, associe une poikilodermie lichénoïde intéressant surtout la face antérieure du cou et le décolleté, une dystrophie unguéale des cheveux clairsemés (Fig.41) et une kératose lichénoïde de la muqueuse buccale, touchant principalement la langue (Fig.42). Cette kératose se transforme fréquemment en carcinome épidermoïde^[14].

• Il existe **d'autres affections congénitales** comportant une kératose buccale comme la maladie de Darier, les kératodermies palmo-plantaires, le white sponge naevus (Fig.43), la pachyonychie congénitale, la dyskératose épithéliale héréditaire bénigne... mais aucune d'entre elles n'est associée à une transformation maligne.



Fig.40. Naevus orthokératosique intéressant le vestibule, la gencive, le trigone rétromolaire et la joue adjacente qui s'est transformé en carcinome verruqueux (gencive vestibulaire à 47) traité par une exérèse chirurgicale limitée à la transformation maligne. Le reste du naevus s'est transformé deux ans plus tard en carcinome épidermoïde.



Fig.41. Syndrome de Zinsser-Engman-Cole ou dyskératose congénitale (transmission récessive lié au chromosome) comportant des manifestations cutané-muqueuses tardives (poikilodermie lichénoïde du visage, du cou, du décolleté, cheveux clairsemés, dystrophie unguéale... et kératose buccale) associées à une pancytopenie ayant une évolution comparable à celle de l'anémie de Fanconi.



Fig.42. Même patient que sur la Fig.41. Kératose linguale avec foyer de transformation maligne médio-linguale.



Fig.43. White sponge naevus (transmission autosomique dominante de mutations touchant les kératines K4 et K13) se traduisant par une hyperkératose épidermolytique pouvant intéresser les muqueuses buccale, génitale et anale. Kératose buccale étendue et symétrique chez une jeune femme où l'ensemble des muqueuses est atteint.

• On doit également mentionner ici deux affections assez fréquentes : la **langue géographique** (ou exfoliatio aerata linguae) et le **leucoedème**. Les plages blanchâtres observées dans la langue géographique ne correspondent pas réellement à une kératose : cet aspect blanchâtre est dû au décollement des couches épithéliales superficielles. Ces deux affections n'ont aucun potentiel de transformation maligne.

Kératoses idiopathiques

Il s'agit de lésions kératosiques apparaissant chez l'adulte et pour lesquelles aucun facteur connu ne peut être mis en évidence. Elles sont rares et forment un groupe d'attente. Ce sont les seules qui correspondent à la définition classique de la leucoplasie. Leur risque de transformation varie de 4 à 17,5% selon les auteurs^[1]. On peut sans doute rapprocher de ce groupe la leucoplasie verruqueuse proliférative^[15,16].

Leucoplasie verruqueuse proliférative

Cette entité, qui a été décrite par Silverman Jr en 1985, est constituée par des plages kératosiques multiples dont la surface, initialement lisse, devient rugueuse puis verruqueuse. Elle s'observe le plus souvent chez les femmes (sex ra-

tio 4 : 1), âgées (âge moyen : 65 ans) ; elle semble plus précoce chez les hommes (âge moyen : 49 ans). L'aspect histopathologique dépend du stade d'évolution : on peut examiner tous les stades allant de la kératose à la dysplasie, voire au carcinome verruqueux ou épidermoïde. Après 20 ans d'évolution, 86,7% des cas ont développé un carcinome (durée moyenne par la transformation maligne : 8 ans). Plusieurs facteurs favorisants ont été évoqués – radiations ionisantes, tabagisme, lichen ancien ou état post-lichénien, infection à HPV – mais aucun ne semble avoir un rôle déterminant. Progressivement les lésions s'étendent et touchent d'autres régions de la cavité buccale. La fibromuqueuse gingivale représente la région la plus touchée par cette affection. Au cours de l'évolution, les reliefs qui apparaissent en surface donnent à la kératose un aspect verruqueux et/ou exophytique prenant souvent, en quelques années, l'aspect d'un carcinome verruqueux (Fig.44-47).



Fig.44. Leucoplasie verruqueuse proliférative rétrocommissurale dont la partie supéro-postérieure est le siège d'un carcinome verruqueux. Il n'y a pas eu de récurrence après l'exérèse in toto.



Fig.45. Même patient que sur la Fig.44. Leucoplasie verruqueuse proliférative intéressant le vestibule inférieur droit dont l'évolution a été fatale 10 ans plus tard en raison de la négligence du patient.



Fig.46 et 47. Leucoplasie verruqueuse proliférative. Après une exérèse initiale de la lésion siégeant autour de la 33, la patiente a disparu et a été revue 12 ans plus tard ; elle a développé successivement plusieurs foyers de transformation maligne (carcinomes verruqueux), principalement sur la crête alvéolaire inférieure.



Fig.38 et 39. GVHD (graft versus-host disease) chronique sévère, touchant l'ensemble de la muqueuse buccale, se traduisant entre autres par une kératose étendue visible sur les lèvres, les joues et la langue.



>> États à risque de transformation maligne

La notion d'état à risque est une notion ancienne qui a connu un regain d'intérêt avec la conception proposée pour les dysplasies ; on considérait alors que le processus de transformation maligne se faisait simultanément dans toutes les cellules d'une région. Toutefois, elle n'a jamais connu de réels développements et elle est devenue obsolète avec l'adoption de la conception de néoplasies intra-épithéliales se développant à partir d'une seule cellule maligne qui donne naissance à un clone de cellules tumorales.

Dans cet article, on peut décrire sept affections dont quatre — la fibrose buccale sous-muqueuse, le lichen plan, le lupus érythémateux, la syphilis — ont été présentées avec les kératoses. Les

trois autres sont représentées par le déficit en fer, le xeroderma pigmentosum et l'épidermolyse bulleuse dystrophique^[17].

• **Le déficit en fer** entraîne une atrophie de la muqueuse bucco-pharyngée avec décapillation de la langue. Cette atrophie se manifeste par des érosions buccales douloureuses et une odynophagie. En l'absence de traitement, les lésions muqueuses peuvent se transformer et favoriser le développement de carcinomes épidermoïdes (syndromes de Kelly-Paterson ou de Plummer-Vinson).

• **Le xeroderma pigmentosum** est dû à un défaut de réparation de l'ADN qui se traduit par le développement de multiples carcinomes épidermoïdes sur la peau exposée aux ultraviolets. La demi-muqueuse labiale peut être touchée.

L'atteinte de la muqueuse buccale est exceptionnelle (quelques cas de carcinome épidermoïde de la langue ont été rapportés).

• **L'épidermolyse bulleuse dystrophique** (type Hallopeau-Siemens) est une affection congénitale (transmission autosomale dominante), sévère et invalidante, qui touche l'ensemble du revêtement cutané-muqueux. L'atteinte de la muqueuse buccale aboutit rapidement à une modification complète de cette muqueuse (muqueuse atrophique) et à l'apparition d'une sclérose (limitation de l'ouverture due à la perte de souplesse des tissus, disparition des vestibules, ankyloglossie). L'atteinte cutanée favorise le développement de carcinomes épidermoïdes sur la peau ; quelques cas de carcinomes épidermoïdes de la muqueuse buccale ont été rapportés. ♦

Bibliographie

1. Samson J, Duran D, Carrel JP. Lésions précancéreuses et précurseurs du carcinome épidermoïde de la cavité buccale. *Réal Clin* 1999;10:373-87.
2. Tilakaratne WM, Klinikowski MF, Saku T, Peters TJ, Warnakulasuriya S. Oral submucous fibrosis : review on aetiology and pathogenesis. *Oral Oncol* 2006;42:561-8.
3. Gonzalez-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. *Oral Dis* 2008;14:229-43.
4. Lombardi T, Küffer R, Posternak F, Husson C, Samson J. Oesophageal involvement in oral lichen planus patients : possible malignant evolution. *Oral Pathol Med* 1998; 27:361.
5. Lysitsa S, Abi Najm S, Lombardi T, Samson J. Lichen plan buccal : histoire naturelle et transformation maligne. *Méd Buccale Chir Buccale* 2007;13:19-29.
6. Lysitsa S, Samson J, Gerber-Wicht C, Lang U, Lombardi T. COX-2 expression in oral lichen planus. *Dermatology* 2008; 217:150-5.
7. Cawson RA, Odell EW, Porter S. Oral premalignancy in Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine, 7th ed. (pp 231-42). Churchill Livingstone. Edingurgh London New York Oxford Philadelphia St-Louis Sydney Toronto, 2002.
8. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L. Dysplasia/neoplasia surveillance in oral lichen planus patients: A discription of clinical criteria adopted at a single centre and their impact on prognosis. *Oral Oncol* 2006; 42:819-24.

9. Rodrigues Acay R, Ronca Felizzola C, Soares de Araújo N, Orsini Machado de Sousa S. Evaluation of proliferative potential in oral lichen planus and oral lichenoid lesions using immunohistochemical expression of p53 and Ki67. *Oral Oncol* 2006; 42:475-80.

10. van der Meij EH, Mast H, van der waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol* 2007; 43:742-8.

11. Homann N, Tillonen J, Meurman JH, Rintamäki H, Lindqvist C, Rautio M, Jousimies-Somer H, Salaspuro M. Increased salivary acetaldehyde levels in heavy drinkers and smokers : a microbiological approach to oral cavity cancer. *Carcinogenesis* 2000; 21:663-8.

12. Rautemaa R, Hietanen J, Niissalo S, Pirinen S, Perheentupa J. Oral and oesophageal squamous cell carcinoma - a complication or component of autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy (APECED, APS-I). *Oral Oncol* 2007;43:607-13.

13. Boisramé-Gastrin S, Pascal F, Gluckmann E, Deboise A, Berthou C, Predine-Hug F. Le lichen plan dans la réaction du greffon contre l'hôte. *Med Buccale Chir Buccale* 2006; 12:47-56.

14. Handley TPB, McCaul JA, Ogden GR. Dyskeratosis congenita. *Oral Oncol* 2006;42:331-6.

15. Batsakis JG, Suarez P, El Naggar AK. Proliferative verrucous leukoplakia and its related lesions. *Oral Oncol* 1999;35:354-9.

16. El Naggar AK, Reichart PA. Proliferative verrucous leukoplakia and precancerous conditions (pp. 180-1). In WHO classification of tumours: Pathology & genetics head and neck tumours. L. Barnes, JW Eveson, P. Reichart, D. Sidransky ed: IARC Press, Lyon, 2004.

17. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Epithelial pathology (pp 315-87). In Oral and maxillofacial pathology, 2nd ed. Saunders, Philadelphia, 2002.

Travailler dans le confort, ça détend

Qualité et service pour l'exercice de votre profession

Dental Quality offre au dentiste un **service de qualité** pour l'aménagement de son cabinet. Qu'il s'agisse **d'unités dentaires, d'éclairage, de solutions en matière de radiologie ou d'architecture**, nous pensons avec vous afin de répondre à toutes vos exigences et vous aidons à faire le bon choix.

Carving
oms



JOURNÉES PORTES
OUVERTES

Jeudi 15 nov. 10h à 20h
Vendredi 16 nov. 10h à 20h
Samedi 17 nov. 10h à 18h

Appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition.

Dental Quality - Chaussée de Mons 47 - 1400 Nivelles

T 067 844 284 - www.dentalquality.be

Dental
Quality

**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



Viva l'Italia!



Nous reprenons nos visites de firmes avec une société familiale installée à Bologne depuis presque 60 ans.

La société Vitali est en effet née en 1953, créée par Lino Vitali, père de l'actuel Administrateur unique Marco Vitali que nous avons rencontré pour vous accompagner de Cinzia Riganelli, Responsable des exportations au sein de l'établissement depuis 23 ans.

L'entreprise compte aujourd'hui 25 employés. Elle exporte dans une trentaine de pays de toute l'Europe mais aussi du Moyen-Orient, de l'Asie et du nord de l'Afrique.

• Pierre **GOBBE-MAUDOUX**

Marco Vitali, Administrateur unique de la société nous a fait l'honneur de nous recevoir en ses locaux pour nous expliquer la passion qui l'anime à diriger cette entreprise familiale. La société Vitali est un constructeur de matériel dentaire se concentrant exclusivement sur les unités dentaires, les fauteuils et les tabourets. Au départ, en 1953, Lino Vitali, son père, crée un petit atelier dans la seule clinique de Bologne pour réparer les installations présentes. Très vite, l'idée lui vient de créer ses propres installations. La première réalisation est une simple colonne de moteurs dentaires, le Supra apparu en 1963 suivi ensuite d'une première installation complète, l'Unicum, créée en 1968. C'était alors un tournant dans l'histoire de l'entreprise car cette installation comportait déjà les toutes dernières inventions de l'époque. Le compresseur et l'aspiration chirurgicale intégrés dans la colonne de l'unité, des instruments rentrant dans la tablette... Le hall d'entrée de l'usine expose encore ces modèles ainsi que les suivants : le Sima2 en 1974, avec un design du fauteuil réinventé, l'Alba et le Halley en 1985 qui inauguraient l'entrée

de Vitali dans la production industrielle.

Vitali est installée dans les locaux modernes actuels depuis 2009. Elle bénéficie du label ISO9001 à la fois pour la qualité de ses produits mais aussi pour la gestion de l'entreprise, tout en gardant toutes les valeurs de l'artisanat.

La philosophie de cette société est « étudier et offrir ». Elle recherche en permanence les solutions de travail toujours plus modernes tout en gardant qualité et fiabilité. La caractéristique qui marque leurs produits est de conjuguer innovation et attention constantes aux exigences des clients. On trouve donc du matériel d'avant-garde qui allie technologie, ergonomie et hygiène. Elle construit des installations de qualité qui ne demandent pas un service après-vente répété. Elle possède toutefois un magasin de pièces détachées, conforme aux normes EU, qui garde tous les éléments de rechange pendant au minimum 10 ans après l'arrêt de production. Chaque installation est livrée avec une documentation complète sur tous ses composants et le personnel technique du réseau de distribution suit des mises à niveau constantes. >>

» Sa capacité de fabrication est de 65 à 70 équipements par mois. Cela amène à une production d'environ 800 unités par an. Cette production se fait uniquement selon les commandes, il n'y a donc pratiquement jamais de stock. La construction commence par le fauteuil, (cinq exemplaires sont montés en parallèle), et se termine par la zone de test où tout est contrôlé durant une journée complète comme dans la réalité. Vient alors ensuite un démontage partiel pour emballage et expédition. Beaucoup de soins sont apportés à cette étape pour une meilleure facilité de remontage chez l'utilisateur final. Tous les problèmes éventuels doivent être décelés avant la sortie d'usine. La grande majorité des pièces de base sont fabriquées en Italie, à proximité de l'usine. Cette manière de faire permet d'énormes capacités de personnalisation selon les souhaits du client.

La gamme comporte actuellement trois lignes : T5 EVO, T5 et V8. Le **T5** est un équipement de départ, produit depuis 10 à 12 ans. Il peut être aussi livré en version gaucher. Son groupe hydrique peut pivoter à 90°. Le **T5 EVO** est un produit plus récent, apparu il y a un an seulement. Avec son design original et fonctionnel, il est l'aboutissement de 60 années d'expérience de la société Vitali. Le **V8** est du haut de gamme construit depuis deux ans et demi avec des matériaux plus précieux et des équipements plus sophistiqués comme un appui-tête à réglage pneumatique sur trois axes. Tout y a été étudié pour une excellente condition de travail à quatre mains. Un équipement de type kart, le **Clip6**, est également disponible. Il est entre autre particulièrement indiqué pour la chirurgie. Il peut être fourni avec un kit pour implantologie avec conteneur pressurisé. Le tabouret de la gamme s'appelle **Estro**. De forme classique ou « selle de cheval », il peut être livré en différentes finitions de socle (en aluminium poli ou en polyuréthane), dossier (enveloppant ou anatomique) et accoudoirs. Le fauteuil se nomme lui **Flares** et est livrable en 15 couleurs modernes.

L'ensemble de la gamme présente une ergonomie opérationnelle pour le confort de l'opérateur mais aussi du patient. Une attention particulière est accordée aux détails, aux couleurs et aux matériaux. Mais tout cela n'empêche pas un excellent rapport qualité - prix.

L'hygiène et la sécurité sont garanties

La firme Vitali est importée et représentée en Belgique par

Médicotronix SA
Avenue de l'Espérance 44
6220 Fleurus
Tél. : 071/877.873
Fax : 071/89.875
www.medicotronix.be
medicotronix@skynet.be



La chaîne de montage commence par le fauteuil...

...et se poursuit avec tous les composants électroniques.



Une vue générale des ateliers ultra-modernes.



par l'utilisation d'un système de désinfection des circuits internes, des dispositifs anti-reflux des liquides, de nombreux éléments autoclavables, l'absence de connexions externes et la présence de nombreux dispositifs de sécurité, mécaniques et électroniques.

Une unité dentaire Vitali peut être transformée en un poste de travail totalement indépendant en l'équipant d'un écran LCD, une caméra intra-orale de haute résolution, un clavier imperméable intégré dans le porte-instruments et un PC logé directement dans la structure du fauteuil dentaire.

Le Journal d'Omnipratique Dentaire peut remercier Marco Vitali et Cinzia Riganelli tout d'abord pour leur invitation à Bologne mais aussi pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité à nous faire découvrir cette entreprise passionnée pour le confort des patients et des praticiens de l'art dentaire.

Nous avons ainsi pu nous rendre compte du sérieux de cette société, dès la conception des produits jusqu'à leur expédition. Gageons que de nombreux cabinets dentaires en Belgique utiliseront à l'avenir ce matériel moderne, fiable et ergonomique.



Marco Vitali montre la qualité de la finition de chaque élément.



Une installation entièrement indépendante avec toute l'informatique intégrée.



Ce qui frappe en premier lieu le visiteur de cette ville du nord-est de l'Italie, ce sont ses multitudes d'arcades qui s'étendent sur près de 40 kilomètres. Bologne est une ville très ancienne, fondée par les Etrusques aux environs de 500 avant J.-C.. Comptant déjà 10.000 habitants au temps des Romains, elle est peuplée aujourd'hui de 375.000 âmes. Cette ville s'est vue attribuer au fil du temps toute une série de surnoms : la savante en raison de son rayonnement culturel et de son université, la rouge, en référence à ses tuiles de terre cuite mais aussi à son âme politique de gauche ou encore la grasse pour son excellente cuisine.

C'est dans la ville de Bologne qu'est apparue, aux environs de l'an 1100, la première université d'Europe. Des étudiants vont venir de l'Europe entière au Palazzo dell'Archiginnasio. Imaginez par exemple que son théâtre anatomique était le seul lieu où il était autorisé de pratiquer des dissections sur cadavres. Des statues des médecins illustres qui y travaillèrent ornent encore le théâtre. Les étudiants vouaient alors une véritable admiration à leurs professeurs au point de faire ériger, à leur mort, des tombeaux somptueux dont beaucoup sont encore visibles aujourd'hui. ♦

La société Vitali consacre aussi du temps aux Œuvres Sociales. Depuis 2006, elle équipe et entretient trois unités dentaires installées sur un camion Iveco transformé en cabinet dentaire mobile pour l'organisation Overland for Smile qui opère en Roumanie pour offrir des prestations dentaires gratuites dans les orphelinats. (www.overlandforsmile.it)

Aux dentistes participants, il est demandé une disponibilité minimum d'une semaine. On leur indique alors l'aéroport de référence sur la base de la ville recevant la caravane. Les opérateurs soutiennent à leurs frais les coûts relatifs au vol et à la disposition hôtelière, Overland for smile® fournit les repas, la logistique des déplacements quotidiens hôtel-orphelinat-hôtel et deux interprètes présents en permanence. Chaque équipe est composée de dentistes, d'hygiénistes et d'assistantes au fauteuil, chacun devant fournir au préalable aux autorités roumaines les documents attestant de leur compétence professionnelle. Le travail a lieu du matin au soir. Les repas de midi se prennent au réfectoire de l'institution visitée et en deux roulements afin de ne pas interrompre le travail au fauteuil. Les prestations dispensées répondent aux meilleurs critères des normes européennes en la matière.

Le matériel fourni est utilisé de façon intense et dans des conditions parfois difficiles : trois mois de travail non-stop dans un environnement particulier. 250 dentistes volontaires se relaient pour y recevoir 2000 patients et prodiguer plus de 4000 soins. Des milliers d'heures de travail et un circuit de 50.000 kilomètres, et tout cela sans aucune maintenance nécessaire. Encore une preuve, s'il en faut, de la fiabilité et de la compétence de la firme Vitali. ♦



LE MUST

Enfin : la paro atraumatique



LEDs puissantes



Thérapie parodontale avec le Vector Paro

- Thérapie et prophylaxie atraumatique des parodontites et des péri-implantites • Anesthésie très rarement nécessaire
- Sans chirurgie • Cément préservé • Polissage des surfaces atraumatique et non-invasif

Options :

- Scaler lumineux pour phase initiale
- Pièce à main avec inserts pour recall et traitement de la péri-implantite

Plus d'informations sur 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



Focus sur les difficultés implantaire chez Quintessence International

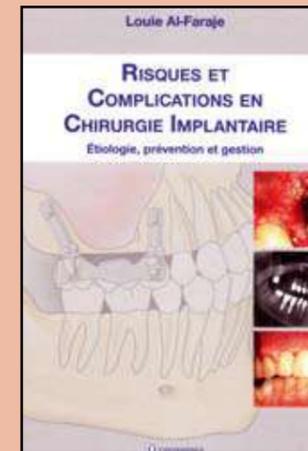
Bonne nouvelle dans le monde de l'édition: Quintessence nous gratifie de la ré-édition en langue française de ces ouvrages récents d'auteurs internationaux mondialement connus.

Deux bibles à dévorer en binôme, par tous les praticiens qui touchent à l'implantologie chirurgicale et prothétique.

« Risques et complications en chirurgie implantaire »

Louie Al-Faraje

Éditions Quintessence International, 2012 • ISBN 978-2-912550-99-6
22 X 30 cm • 228 pages • 196,00 euros



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

Cet ouvrage est conçu comme un guide de gestion des nombreuses complications pouvant apparaître au cours d'une chirurgie implantaire. Il est aussi un guide d'autoformation du praticien, lui offrant la possibilité de développer une procédure de détection précoce des complications chirurgicales éventuelles.

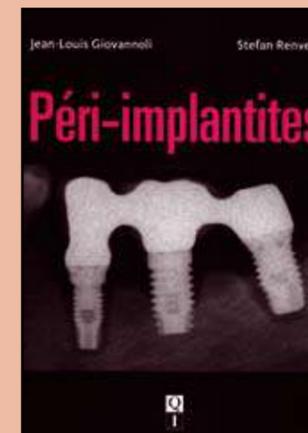
L'auteur détaille la nécessité d'une planification correcte, d'une codification de l'intervention, et des conseils post-opératoires, autant de facteurs essentiels du succès.

Deux véritables « plus » : la révision européenne du chapitre pharmacologique, et les modèles de consentement éclairé pour chaque type d'intervention.

« Péri-implantites »

Jean-Louis Giovannoli, Stefan Renvert

Éditions Quintessence International, 2012 • ISBN 978-2-912550-96-5
21 X 28 cm • 272 pages • 800 illustrations • 169,00 euros

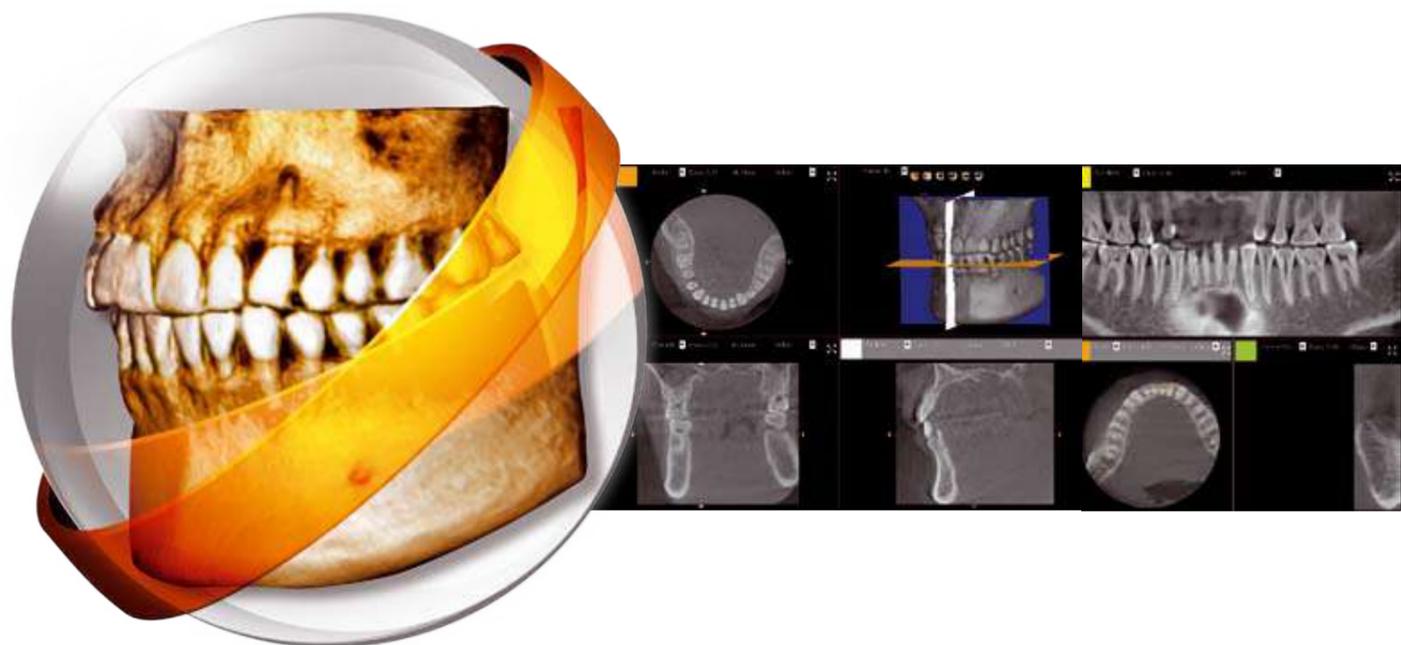


Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.quintessence-international.fr/>

Les auteurs, grâce à leur expérience acquise dans le sujet traité, proposent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques permettant la gestion de l'infection en vue de la conservation des implants.

Formidablement illustré, accessible, résolument clinique avec des illustrations reproduisant les gestes dans la cavité buccale et des schémas au rendu 3-D, cet ouvrage complet représente un véritable traité sur les complications implantaire, de l'étiopathologie à la maintenance — sans négliger les aspects fondamentaux tels que l'épidémiologie et les facteurs de risque.

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

GARDER LE SOURIRE



CONGRÈS ADF 2012

DU 27 NOVEMBRE AU 1^{er} DÉCEMBRE 2012
PALAIS DES CONGRÈS / PORTE MAILLOT

DU 28 NOVEMBRE AU 1^{er} DÉCEMBRE 2012
EXPOSITION INTERNATIONALE

WWW.ADF.ASSO.FR

ADF ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE **comident**

NOUVEAU : FujiCEM 2 de GC

Ciment verre ionomère de scellement renforcé à la résine de qualité supérieure bénéficiant de la technologie Force & Fusion.

Lorsque l'innovation et la technologie s'unissent pour apporter la simplicité dont vous avez besoin

Le nouveau FujiCEM 2 est le résultat d'une décennie entière d'améliorations constantes et d'une solide réputation bâtie sur 150 millions de prothèses collées dans le monde.

Renforcé par la technologie innovante Force & Fusion, FujiCEM 2 double sa résistance au cisaillement par rapport au FujiCEM original, vous assurant ainsi la pérennité et la réussite de votre traitement.

*Donnée en ligne

Que votre préférence soit le mélange manuel ou automatique, un distributeur type seringue ou type clicker... FujiCEM 2 offre le tout en 1 produit.



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

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



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

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



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

Compléter lisiblement en capitales un formulaire par participant. Merci.

INSCRIPTIONS

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

FC5 • Cancers buccaux, aussi une affaire de dentistes (sa 15/12/2012) - Bruxelles

- Base 1 X 195 = EUR
- Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾ 1 X 185 = EUR
- J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : X 95 = EUR
- En cas de règlement reçu après le 3/12/2012 + 50 = 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 :

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

Total = EUR

PR • Deux sessions consécutives de PR 2012

- Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2012 1 X 85 = EUR
- 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) :

COMPLÉTÉ

NOUS TELEPHONER

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).

- 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 :

SEPTANEST NORMAL, 40 MG/ML + 5 MICROGRAM/ML, SOLUTION INJECTABLE.
SEPTANEST SPECIAL, 40 MG/ML + 10 MICROGRAM/ML, SOLUTION INJECTABLE.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Septanest Normal : cartouche de 1 ml. Chlorhydrate d'articaine 40,000 mg. Adrénaline 0,0050 mg (sous forme de tartrate d'adrénaline). Une cartouche de 1 ml contient 40,000 mg de chlorhydrate d'articaine et 0,0050 mg d'adrénaline. Une cartouche de 1,8 ml contient 72,000 mg de chlorhydrate d'articaine et 0,010 mg d'adrénaline. Septanest Special : cartouche de 1 ml. Chlorhydrate d'articaine 40,000 mg. Adrénaline 0,010 mg (sous forme de tartrate d'adrénaline). Une cartouche de 1 ml contient 40,000 mg de chlorhydrate d'articaine et 0,010 mg d'adrénaline. Une cartouche de 1,8 ml contient 72,000 mg de chlorhydrate d'articaine et 0,018 mg d'adrénaline. Excipients: Chlorure de sodium, métabisulfite de sodium, édétate de sodium, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

FORME PHARMACEUTIQUE:
Solution injectable.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :
Anesthésie locale ou locorégionale en pratique odonto-stomatologique.

POSOLOGIE :
Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 4 ans en raison du type d'anesthésie non adapté avant cet âge. Posologie : Adulte : Pour la plupart des interventions courantes, une infiltration de 1,8 ml est suffisante. Dans tous les cas, l'injection devra être faite lentement (1 ml/min environ). Ne pas dépasser la dose de 7 mg de chlorhydrate d'articaine par kilogramme de poids corporel. Enfant (de plus de 4 ans) : La quantité injectée dépend de l'âge, du poids de l'enfant et du type d'intervention à réaliser. Tableau en dessous: posologie de Septanest Normal / Special chez l'enfant. Sujet âgé : Réduction de moitié de la dose réservée à l'adulte.

MODE D'ADMINISTRATION :
Injection locale ou régionale intrabuccale sous-muqueuse. Vérifier qu'il n'y a pas d'effraction vasculaire par des tests d'aspiration répétés, en particulier lors d'anesthésie régionale (tronculaire). La vitesse d'injection ne doit pas dépasser 1 ml de solution par minute.



08/2012



Pourquoi les dentistes du monde entier injectent-ils Septanest® plus de 150 millions de fois par an? Simplement parce que Septodont, leader mondial de l'anesthésie depuis des décennies, continue d'être un partenaire reconnu des dentistes à travers le monde.

Avec le plus large choix de volumes**, un procédé de fabrication sans latex avec 'stérilisation terminale' et des autorisations dans le monde entier, Septanest® vous offre plus de choix et de sérénité, pour vous et pour vos patients.

SEPTANEST®
VOS INJECTIONS EN TOUTE CONFIANCE



Septodont NV-SA - Av. de la Constitution 87 - 1083 Bruxelles
Tél. :02/425.60.37 - Fax. :02/425.36.82 - info@septodont.be - www.septodont.be

* Septanest® peut être vendu dans certains pays sous la marque Septocaine® / ** en cartouches

Poids de l'enfant		20 kg	30 kg	40 kg
Dose maximale :		3,6 ml	5,4 ml	7,2 ml
0,18 ml/kg		2 cartouches	3 cartouches	4 cartouches
Dose moyenne recommandée en cartouche de 1,8 ml	Procédure simple	1,2 ml	1,8 ml	2,4 ml
	0,06 ml/kg	2/3 d'une cartouche	1 cartouche	1,3 cartouche
0,07 ml/kg	Procédure complexe	1,4 ml	2,1 ml	1,5 ml
	0,07 ml/kg	3/4 d'une cartouche	1,2 cartouche	1,5 cartouche

CONTRE-INDICATIONS : • Hypersensibilité à l'articaine ou à des anesthésiques locaux similaires et à l'un des excipients de la préparation • Troubles de la conduction auriculo-ventriculaire sévères et non appareillés • Epilepsie non contrôlée par un traitement • Insuffisance hépatique grave • Porphyrie • Enfant âgé de moins de 4 ans • Affections cardio-vasculaires : graves (telles que l'infarctus du myocarde récent); troubles du rythme; arythmie; maladies cardiaques et ischémiques; hypertension • Thyrotoxicose • Diabète sévère • Patients sous inhibiteurs de la mono-amino-oxydase ou antidépresseurs tricycliques et patients présentant une myasthénie grave et un taux de cholinestérase peu élevé (contre-indication relative)
• Injection intravasculaire.

EFFETS INDESIRABLES : L'articaine et l'adrénaline peuvent atteindre des concentrations sanguines suffisamment élevées pour entraîner des effets indésirables systémiques. Les effets indésirables sont listés ci-dessous par classe organe et par fréquence (classification MedDRA).
Fréquent (≥ 1/100 et < 1/10): Affections du système nerveux: céphalées, paresthésies, hypoaesthésies; Affections cardiaques: bradycardie, tachycardie; Affections de la peau et du tissu sous-cutané: oedème facial; Affections vasculaires: chute de la pression artérielle; Peu fréquent (≥ 1/1 000 et < 1/100): Affections gastrointestinales: nausées, vomissements, diarrhée; Affections de la peau et du tissu sous-cutané: prurit; Affections vasculaires: élévation de la pression artérielle; Rare (≥ 1/10 000 et < 1/1 000): Affections du système immunitaire: réactions allergiques et de façon plus sérieuse, choc anaphylactique; Affections psychiatriques: nervosité, anxiété; Affections du système nerveux: paralysie faciale, épilepsie, vertiges, agitation, désorientation, tremblements; Affections oculaires: diplopie, mydriase, ptosis, myosis, enophtalmie; Affections cardiaques: défaillance cardiovasculaire et arrêt cardiaque; Affections de la peau et du tissu sous-cutané: angioedème, nécrose tissulaire. Une prolongation de l'interruption de la transmission de l'influx nerveux (effet pharmacologique du produit) peut être observée après l'administration d'articaine. La disparition des symptômes sensitifs se fait habituellement en huit semaines.

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :
SEPTODONT NV-SA - 87, Avenue de la Constitution - 1083 Bruxelles - BELGIQUE.
NUMEROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :
Septanest Normal : BE 152765.
Septanest Special : BE 152661.
STATUT LEGAL DE DELIVRANCE :
Médicaments soumis à prescription médicale.
Date de dernière mise à jour : Mai 2011.
Date de dernière mise à jour publicité : Août 2012.

