

JOD

Périodique destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire
© Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, éd. • Agréation P307013 • Tirage : 3.500 ex.



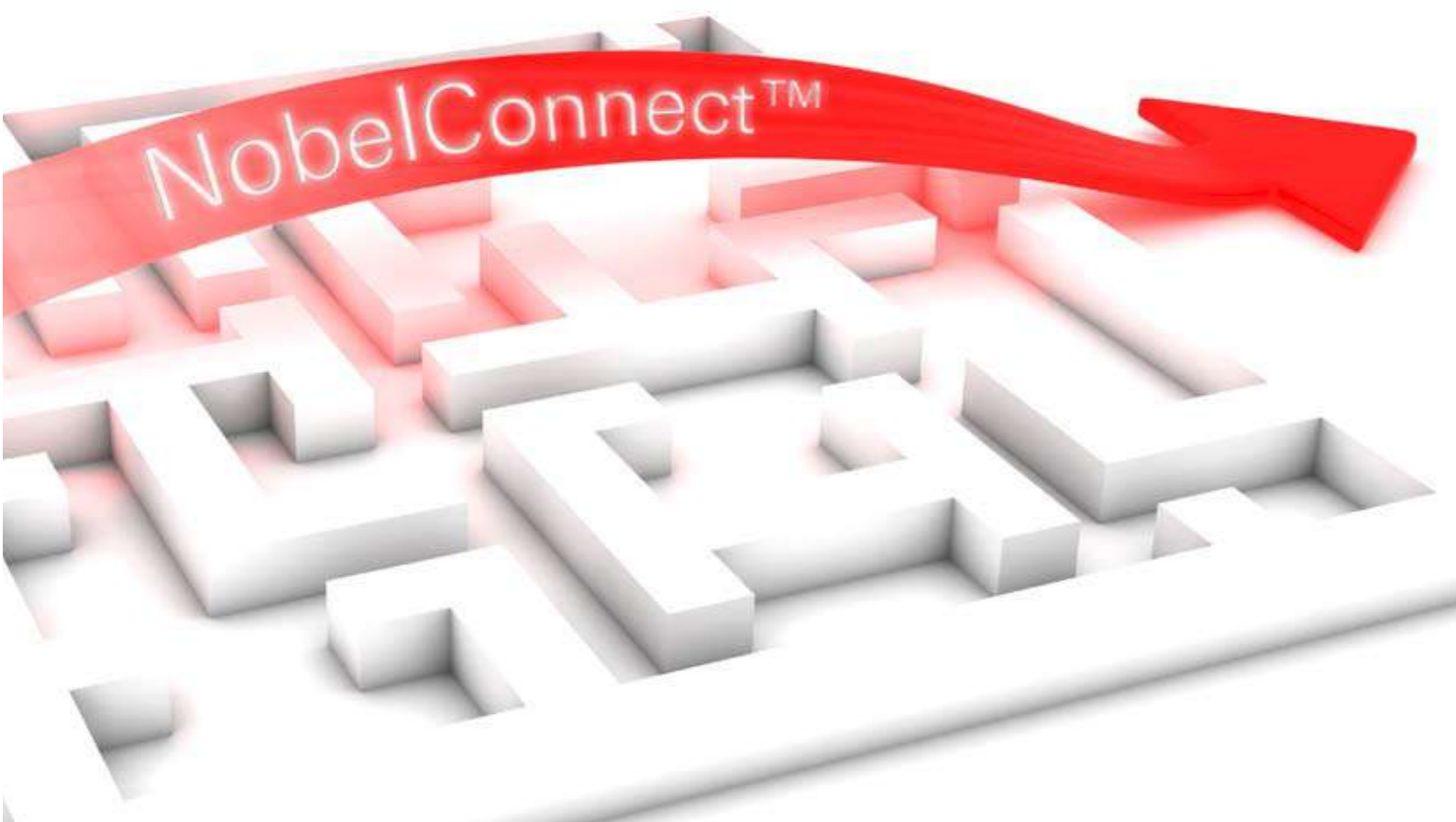
À L’AFFICHE

Quand le succès dépend du pilier

• PRINCIPES • DÉFIS • PROBLÈMES & SOLUTIONS

Namur • Vendredi 14 novembre 2014
40 UA • 6 heures FC

 Samer ABI NADER



NobelProcera® 2G



Logiciel NobelClinician™



OsseoCare™ Pro



Foret Pilote Guidé (en option)

Nouveau protocole de traitement intégré Accroît votre efficacité!

Avec le lancement du réseau NobelConnect, Nobel Biocare développe un protocole digital qui relie de manière fluide les dernières innovations qui interviennent à chaque étape du traitement d'un patient partiellement édenté, pour un rendement plus élevé et une précision ultime.

Il relie le logiciel de planification NobelClinician, le système CAD/CAM NobelProcera et son scanner 2G, l'option chirurgie guidée (NobelGuide) et le moteur de forage OsseoCare Pro. Les résultats sont plus rapides et prévisibles grâce à une coopération simplifiée entre tous les partenaires. Cela signifie également une plus grande flexibilité dans le traitement.

Pour de plus amples informations, contactez votre représentant local ou notre service clientèle au numéro 02/ 467 41 70.



JOD

Septembre - Octobre 2014 • n° 71



5 • À l'affiche

10 • Clinique

Prothèses vissées et scellées sur implants

17 • Envoyé spécial

40^e Entretiens de Garancière

24 • Annonces

27 • Inscriptions

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 : 39 EUR/an
Monde : 75 EUR/an

Website : www.cod.be

Infos publicité : 04 73 41 51 67 ou press@cod.be
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, 2014
Reproduction interdite sauf accord

Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Thierry Vannuffel
Rédacteur en Chef

S'adapter au mikado

Il fut un temps où l'équation d'un cabinet dentaire se résumait aux investissements et aux honoraires, tout en assurant des qualités de soins que les patients étaient les seuls à apprécier ou déprécier. Ce n'était déjà pas si simple, les banques se montrant, depuis le milieu des années 80, réticentes aux financements sur notoriété.

Puis, certains éléments furent ajoutés. Accréditation, agrément à recertifier, codes de compétence, autorisations et normes de l'AFCN, séparateur d'amalgame, gestion des déchets médicaux, services juridiques des Mutuelles... vinrent tant soit peu alourdir le modèle.

Mais que dire de ce qui s'annonce ?

Renversement de la charge la preuve en matière de consentement éclairé, tiers-payant obligatoire, délégation d'actes aux hygiénistes, effondrement du numerus clausus, pénurie de maîtres de stages, assurances complémentaires mutualistes qui offrent des cacahuètes contre de précieuses collectes de données... voilà le tableau désolant que nos (très) chères associations « représentatives » ont laissé s'installer pour les tout prochains mois et années.

Faut-il paniquer ? Non. Nous pourrions encore nous adapter, quelques temps, au mikado juridique que l'on concocte pour notre Profession. Il faudra bien.

La meilleure réaction se fondera longtemps encore sur la qualité des relations que nous entretenons avec nos patients, et sur l'excellence de nos prestations. Pour vous aider à progresser vers cette excellence, le COD restera à vos côtés. Découvrez nos deux activités de fin d'année sur la prothèse fixée et l'endodontie : des formations inédites et inégalables en Belgique ! De quoi rebooster nos connaissances, nos compétences, et... notre psychique. ♦

Biodentine™

La première et unique dentine en capsule



ACTIVE BIOSILICATE TECHNOLOGY

Biodentine™ est le premier matériau biocompatible et bioactif ‘tout-en-un’ indiqué pour la réparation des atteintes dentaires.

Biodentine™ stimule la reminéralisation dentinaire, préserve la vitalité de la pulpe et en favorise la cicatrisation. Dotée de propriétés biologiques et mécaniques similaires à celles de la dentine naturelle, Biodentine™ la remplace avantageusement.

Les traitements cliniques à base de Biodentine™ s’avérant très positifs, cette innovation permet aujourd’hui d’appliquer le composite dès la première séance et par conséquent de procéder à **une restauration totale en une seule intervention.**

N’attendez pas pour profiter des avantages cliniques de cette première et unique dentine en capsule et commandez dès maintenant Biodentine™ auprès de votre représentant Septodont.



SEPTODONT NV-SA • Av. de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles
Tél. 02 425 60 37 • Fax 02 425 36 82 • info@septodont.be • www.septodont.be



FORMATION - CONFÉRENCE 4
NAMUR JAMBES • VENDREDI 14 NOVEMBRE 2014

🇨🇦 Samer ABI NADER

Quand le succès dépend du pilier

- PRINCIPES • DÉFIS
- PROBLÈMES & SOLUTIONS



Samer Abi Nader

Docteur en médecine dentaire
Résidence multidisciplinaire
et réhabilitation prosthodontique
Fellow du Collège Royal
des Chirurgiens dentistes
du Canada
Professeur et Directeur de
la division de dentisterie
restauratrice (Université McGill)
Partique libérale à Montréal
et Moncton



Objectifs spécifiques — Les échecs vrais en prothèse fixée sont rares, mais lorsqu’ils surviennent, leurs conséquences sont particulièrement lourdes. Or, en début de traitement, le praticien tient en mains toutes les clés lui permettant d’atteindre le succès, lorsqu’il entame les préparations coronaires. Le tout est de les connaître, et de les mettre en œuvre avec maîtrise. Mieux : quelques concepts biomécaniques simples permettent, dans bien des cas, de corriger des situations semblant compromises.

Cette formation a donc été conçue comme une refondation des principes de préparation de piliers. En fin de journée, riche en cas cliniques et en séquences vidéos, les participants détiendront les informations pertinentes pour pouvoir relever trois défis :

- le défi clinique du geste de préparation périphérique
- le défi biologique de l’intégration parodontale
- le défi humain de la communication au laboratoire des données appropriées

Fiche technique de cette activité

Organisateur COD asbl Belgique : agréé par l’INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n°08BE2011-480/395	<i>Quand ?</i>	Vendredi 14 novembre 2014, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	<i>Où ?</i>	ACINAPOLIS, 16 rue de la Gare Fleurie 5100 Jambes (Namur)	
	<i>Disponibilité ?</i>	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	<i>Accréditation ?</i>	OUI : accordée - 40 dom 7	
	<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures	
	<i>Tarifs ?</i>	Montant de base tout compris :	199,- EUR
		Conjoints/Collaborateurs/Jeunes (Masters 2011 et suivants) :	189,- EUR
		Étudiants Masters 1 et 2 :	49,- EUR
		Paiement <u>reçu</u> après le 3/11 :	+50,- EUR
		Sur place (déconseillé, disponibilité non garantie) :	+101,- EUR
<i>Réductions ?</i>	Pour votre fidélité sur FC, TP et PR : voir bulletin d’inscription		
S’inscrire !	Bulletin d’inscription en avant-dernière page		

Travailler dans le confort, ça détend

JOURNÉES PORTES
OUVERTES

Samedi 22 nov. 2014 10h à 18h
Dimanche 23 nov. 2014 10h à 18h

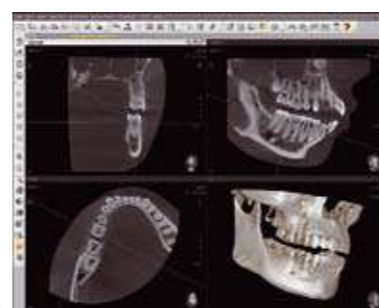


Qualité et service pour l'exercice de votre profession

Dental Quality propose 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.

Contactez 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



Pax-i OS 3D

Green Revolution
Cone Beam CT



Dental
Quality



FORMATION - CONFÉRENCE 5
CHARLEROI • SAMEDI 13 DÉCEMBRE 2014

 Peter TAWIL

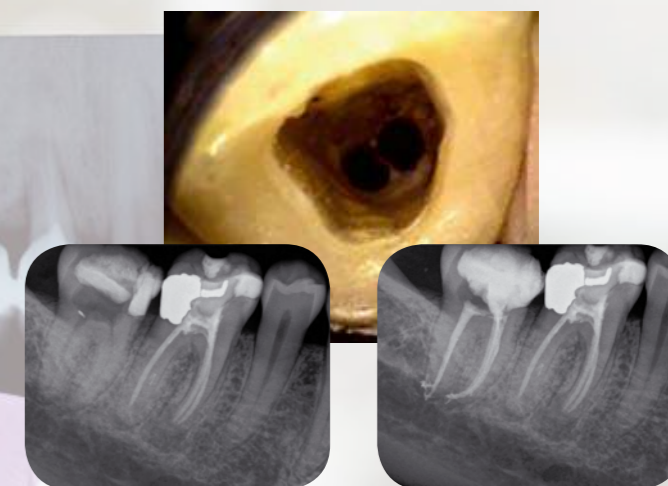
Endo : l'indispensable update

VRAIS PROGRÈS & FAUSSES INNOVATIONS, DE LA CAVITÉ JUSQU'À L'APEX



Peter Tawil

Docteur en médecine dentaire
Certificat en Advanced Education
in General Dentistry
Maîtrise en Endodontie
Professeur à l'University of North
Carolina at Chapel Hill
Enseignant pour l'American
Association of Endodontists
Mentor du College of Diplomates
of the American Board of
Endodontics
Examineur du Collège Royal des
Chirurgiens Dentistes du Canada
Pratique libérale limitée
à l'endodontie à Chapel Hill
(Caroline du Nord, USA)



Objectifs spécifiques — Ces dernières années, l'industrie dentaire a mis sur le marché quelques innovations peu banales en matière de traitement endodontique de première intention, et de retraitement. On dirait même que, certaines techniques semblant avoir atteint les limites de développement, de nouvelles voies ont été ouvertes, offrant des perspectives en termes de qualité de préparation, d'irrigation ou d'obturation tridimensionnelle.

Mais les concepts, eux, demeurent ! Aussi, il est pertinent de se demander si les innovations apportent de réels progrès en ce qui concerne le pronostic à long terme de nos traitements. Cette journée de formation a donc été conçue pour mettre en perspective et confronter les récentes innovations du marché avec les buts thérapeutiques ultimes, et offrir aux omnipraticiens les astuces du spécialiste leur permettant d'améliorer leur exercice de l'endo, tout en cherchant à le simplifier.

Il était temps de programmer cet update, qu'assurera le (probablement) seul endodontiste des États-Unis réellement francophone...

Fiche technique de cette activité

Organisateur  COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n°08BE2011-480/395	<i>Quand ?</i>	Samedi 13 décembre 2014, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
	<i>Où ?</i>	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)
	<i>Disponibilité ?</i>	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	<i>Accréditation ?</i>	OUI : accordée - 40 dom 4
	<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures
	<i>Tarifs ?</i>	Montant de base tout compris : 199,- EUR Conjoints/Collaborateurs/Jeunes (Masters 2011 et suivants) : 189,- EUR Étudiants Masters 1 et 2 : 49,- EUR Paiement <u>reçu</u> après le 1/12 : +50,- EUR Sur place (déconseillé, disponibilité non garantie) : +101,- EUR
	<i>Réductions ?</i>	Pour votre fidélité sur FC, TP et PR : voir bulletin d'inscription
	<i>S'inscrire !</i>	Bulletin d'inscription en avant-dernière page



CORILUS

Un seul contact pour l’informatisation complète de votre cabinet dentaire.

CORILUS

SOFTWARE

- . **Baltes:** Gestion efficace de chaque cabinet dentaire (dentiste travaillant seul ou en association).
Nouveau : Baltes est déjà prêt pour MyCareNet!
- . **Mediadent:** La seule solution universelle pour la gestion efficace de vos images. Compatible avec plus de 49 systèmes courants d’imagerie digitale (panos, capteurs, système au phosphore, caméras intra-orales, ...) avec possibilité de récupération de tous vos fichiers images.
- . **DentalMaster:** Permet de montrer au patient les différentes possibilités de traitements via un modèle 3D interactif personnalisé.



MATÉRIEL

- . Serveurs, PC, ordinateurs portables, tablet, terminaux de paiement, imprimantes, systèmes de back-up, caméras, réseaux, instruments de mesure comme Florida Probe, ...



IMAGERIE DIGITALE

- . Panos (2D & 3D), capteurs, systèmes au phosphore, caméras intra-orales, générateurs de rayons X, ...
- . Morita, Dürr, Carestream, MDX, ...



FORMATION & HELPDESK

- . Connaissance = meilleur rendement!
- . Equipe de spécialistes helpdesk expérimentés
- . Sessions de formation thématiques (classiques, via internet, personnalisées)



SERVICE TECHNIQUE

- . Equipe nationale de techniciens expérimentés
- . Orientés 100% secteur dentaire



MAINTENANCE DU MATÉRIEL

- Utilisez notre contrat Comfort Gold!
- . Délai d’intervention garanti
 - . Main-d’œuvre & frais de déplacement inclus
 - . Pièces de rechange incluses
 - . Assistance par téléphone et télémaintenance
 - . Matériel de remplacement
 - . Solutions anti-virus Corilus



Les peer-reviews du COD

Complétez votre accréditation en toute confraternité

PÉRIPHÉRIE BRUXELLOISE

PR1 : JEUDI 19 JUN 2014

PR4 : SAMEDI 29 NOVEMBRE 2014

CHARLEROI GILLY

PR2 : SAMEDI 20 SEPTEMBRE 2014

WAVRE

PR3 : JEUDI 16 OCTOBRE 2014

Nos thèmes 2014

« Patient impatient, dentiste sur les dents »

Modérateur : Pierre Gobbe-Maudoux



Chacun a été confronté à un patient stressé. Mais quelle est la véritable raison de ce stress ? La crainte de la piqûre ? L’aversion de la fraise ? La difficulté du choix de traitement ou la peur de la facture ? Le savoir du dentiste peut s’opposer à celui du patient. Mais le praticien est-il armé pour faire face à ces avis controversés ? Chaque praticien a au minimum une expérience à partager en ce domaine.

« La paro & l’omnipraticien »

Modérateur : Thierry Vannuffel



Le modèle actuel de l’étiopathogénie des maladies parodontales permet une prise en charge biologique, de bon pronostic, soutenue par la science, et ceci dans le champ d’activité de l’omnipraticien. Mais celui-ci en fait-il assez ? L’avènement de la spécialité en paro ne l’incite-t-elle pas à se décharger trop vite ? Quels outils et méthodes peuvent faire revenir la paro à sa vraie place : l’omnipraticien ?

Fiche technique de ces activités

Organisateur Sous l’égide du COD asbl Les organisateurs officiels portent les numéros 710 et 711	Quand ?	Choix entre tous les horaires figurant au bulletin d’inscriptions Chaque inscription vaut pour 2 sessions de 1h30 chacune
	Où ?	Toutes les adresses et plans d’accès à consulter sur www.cod.be
	Disponibilité ?	20 places par session (par ordre de réception du règlement)
	Accréditation ?	OUI : les modérateurs sont des organisateurs agréés
	Agrément ?	NON : il n’est pas prévu de délivrer de certificat
	Combien ?	Montant de base tout compris : 190,- EUR Avec 2 activités FC au moment de l’inscription : seulement 90,- EUR Attention : présence obligatoire, pas de remboursement
S’inscrire !	Bulletin d’inscription en avant-dernière page	

Plus d’info?

Surfez sur www.corilus.be ou contactez l’un de nos délégués Corilus: George Remy +32 (0)475 42 09 84 ou Bruno Focquet +32 (0)495 18 14 15.



Prothèses vissées et scellées sur implants

Comparaison & durabilité à long terme



La prothèse fixée sur implant est l'une des possibilités dans l'arsenal thérapeutique du dentiste pour remplacer une ou plusieurs dents manquantes sur une arcade. Elle comporte de nombreux avantages par rapport à la prothèse fixée traditionnelle comme, par exemple, l'absence de délabrement de dents adjacentes saines pour la réalisation d'un bridge.

Il existe deux grandes catégories distinctes de prothèses sur implants : les prothèses vissées et les prothèses scellées. Cette revue de littérature a pour but de mettre en évidence les avantages, les inconvénients, les différences et la durabilité de ces deux types de prothèses en étudiant différents paramètres.

Les deux techniques implantaire ont été comparées sur de nombreux points : la résistance à la fracture de la porcelaine, la résorption osseuse et la composition bactérienne,

l'adaptation couronne-pilier, la maintenance, la fiabilité des couronnes en fonction du type de connexion, les facteurs influençant le descellement des couronnes, l'esthétique et l'occlusion et enfin la durabilité à long terme de ces deux types de reconstruction.

Chacun de ceux-ci possède des avantages. En effet, une prothèse scellée est plus résistante à la fracture de la céramique, présente une meilleure adaptation à l'interface pilier-couronne et une résorption osseuse plus faible selon certains auteurs. Les prothèses vissées offrent aussi un certain nombre d'avantages : l'absence de ciment sulculaire diminue l'inflammation gingivale en raison d'une charge bactérienne plus faible, la maintenance est plus aisée lors du démontage de la prothèse...

• **Hadrien DUTERME, Ramin ATASH**

La réalisation d'une prothèse sur implant débute par une étude précise du cas clinique : anamnèse, CT-Scan, localisation prothétique optimale de l'implant... Par la suite, le dentiste ou chirurgien place l'implant au moyen d'un guide chirurgical. L'ostéo-intégration complète de l'implant est attendue avant la mise en charge ; ou, dans certains cas, l'implant bénéficie d'une « mise en charge immédiate », c'est-à-dire qu'une couronne provisoire est placée, à condition que la stabilité primaire de l'implant soit suffisante.

L'étape suivante consiste en la réalisation d'une empreinte en polyéther ou en silicone par addition au moyen d'un transfert d'empreinte. Deux techniques sont envisageables : l'empreinte directe (à ciel ouvert) ou l'empreinte indirecte (à ciel fermé). Dans le cas d'une prothèse scellée, un pilier implantaire est transvissé sur l'implant et une couronne fabriquée par le laboratoire est scellée sur l'abutment. Dans le cas d'une prothèse vissée, il existe deux possibilités : soit la couronne prothétique est directement transvissée sur l'implant, soit on utilise un abutment intermédiaire, lui-même vissé sur l'implant¹.

Matériels & méthodes

Une revue de littérature a été réalisée afin de comparer les prothèses vissées et scellées sur implants, dans le cas de couronnes unitaires ou de petits brid-

ges, et de mettre en évidence leurs avantages et désavantages, ainsi que leur durabilité dans le temps. Au moyen du moteur de recherche PubMed, une recherche bibliographique, en anglais, a été effectuée sur les prothèses sur implants, scellées versus vissées.

Les mots-clés ont été sélectionnés à l'aide du « grand dictionnaire terminologique » (<http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/>). Les termes MeSh suivants ont été retenus : dental abutments, denture retention, dental prosthesis implant-supported. Les mots-clés suivants ont aussi été sélectionnés : comparison between screw-retained, cement retained, implant supported single crowns. Seuls les abstracts en anglais et en français ont été pris en compte. Ensuite, des recherches ont été menées afin d'obtenir 26 articles entre le 31/08/2013 et le 31/12/2013.

Résultats

Les résultats de la revue de littérature sont présentés dans le Tableau 1.

Discussion

• La résistance à la fracture de la céramique

La résistance à la fracture de la céramique est l'un des paramètres souvent étudié par les auteurs pour les prothèses scellées et vissées sur implant. Luis G

et al. ont réalisé une étude reprenant 10 couronnes vissées en porcelaine, 10 couronnes vissées céramo-métalliques et 10 couronnes cimentées (groupe contrôle). Les couronnes vissées sont torquées à 32 N.cm alors que les couronnes scellées sont cimentées avec un Rely-X Luting. Les couronnes sont alors soumises à de nombreuses contraintes biomécaniques (compression axiale). Cette étude montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre ces deux types de prothèses vissées et scellées au niveau de la fracture, en faveur de la solution scellée. Cependant, il n'y a pas de différence significative pour la fracture entre les couronnes céramo-métalliques et céramiques² (Fig.1). >>

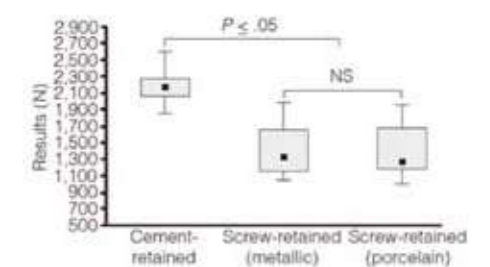


Fig.1. Pas de différence significative pour la fracture entre les couronnes céramo-métalliques et les céramiques.

Tableau 1. Résultats de la revue de littérature.

Critères	Prothèse scellée	Prothèse vissée
Résistance fracture céramique	Moins de fracture de la céramique ^{2,3}	Plus de fracture de la céramique Pas d'influence par rapport à la position du puits d'accès ^{2,3}
Résorption osseuse	À 4 ans : moins importante ⁶ Résorption ++ ¹⁰	Pas de différence significative à 10 ans ⁶ À 4 ans : plus importante ⁶ Qualité et quantité des tissus, et pink esthetic score : semblables ^{7,8} Résorption -- ¹⁰
Adaptation couronne-pilier	Moins de contraintes ^{13,14,15} Effet amortisseur	Contraintes +++ ^{13,14,15} Si adapt. améliorée : - contraintes ¹³
Maintenance	Possibilité de traverser la couronne pour accéder à la vis du pilier ^{5,17}	Facilité ++ ¹⁶
Fiabilité des couronnes, fonction de la connexion	Meilleure fiabilité ¹⁸	Moins bonne fiabilité ¹⁸ Les connexions internes sont plus fiables que les externes ¹⁸
FCTS descellement	Convergence proportionnelle au descellement Surface rugueuse augmente la rétention Type de ciment influence le descellement ^{20,21}	n/a
Esthétique	Meilleure ²³	Moins bonne ²³
Occlusion	++ ²³	-- ²³
Durabilité à long terme	Plus fiable sur beagle ²⁶	Pas de différence significative à long terme ^{24,25} Moins fiable ²⁶

>> Ces mêmes conclusions sont observées par Eduardo et al. Ces auteurs ont aussi essayé de déplacer le « trou d'accès occlusal d'un millimètre vers le coté buccal mais la différence de résistance à la fracture n'était pas significative³.

Al-Ommari et al. ont comparé, lors d'une étude in vitro, 40 molaires divisées en quatre groupes :

- Groupe 1 : prothèse vissée avec cavité d'accès centrée
- Groupe 2 : prothèse vissée avec cavité d'accès déportée d'un millimètre vers la cuspidé buccale
- Groupe 3 : prothèse scellée avec un ciment à base de phosphate de zinc
- Groupe 4 : prothèse scellée avec au centre de la face occlusale une cavité d'accès pour la vis de l'abutment

Les résistances à la fracture sont les suivantes :

- Groupe 1 : 1721 ± 593 N
- Groupe 2 : 1885 ± 491 N
- Groupe 3 : 3707 ± 1086 N
- Groupe 4 : 1700 ± 526 N

Les prothèses cimentées présentent donc, de façon hautement significative selon ces auteurs, une plus grande différence à la fracture ; cependant, on est en droit de se demander si ces statistiques sont réellement significatives, étant donné le faible échantillon et les écarts types élevés. D'autre part, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les prothèses vissées et la combinaison des systèmes vissés et scellés (groupe 4). Enfin, comme énoncé précédemment, la position du « trou occlusal » n'affecte statistiquement pas la résistance à la fracture⁴.

Les auteurs affirment donc que les couronnes vissées en céramique exposent à un plus grand risque de fracture. Ceci est probablement dû à la discontinuité de la céramique au niveau du trou d'accès, zone de contrainte mécanique importante. Les chippings dans la céramique entraînent une diminution de la résistance et un risque plus important d'une nouvelle fracture. Cependant, il ne faut pas négliger qu'il est, en général, relativement facile de démonter une prothèse vissée pour l'envoyer au laboratoire pour réparation^{2,5}.

• Résorption osseuse et composition bactérienne

Au niveau de la résorption osseuse, certains auteurs s'accordent à dire qu'il n'y a pas de différence significative entre les prothèses vissées et scellées à 10 ans⁶.

En effet, bien que Vigolo et ses collaborateurs affirment qu'il y a une différence au niveau de la résorption osseuse entre les deux types de prothèses à 4 ans (en faveur de la couronne cimentée), ils assurent que cette différence tend à disparaître à 10 ans ($p = 0.58$). En outre, il n'y aurait pas de distinction au niveau de l'aspect de la gencive kératinisée. Selon Cutrim et al, qui ont étudié le pink esthetic score de Fürhauser, il n'y a pas de différence significative quant à la qualité et la quantité des tissus mous entre les deux types de restauration. Le pink esthetic score est un test par lequel l'opérateur attribue une valeur comprise entre 0 et 2 pour sept paramètres. Plus le score est important, plus les tissus mous au niveau de la dent concernée sont en bonne santé. Ces paramètres sont : l'aspect de la papille mésiale, l'aspect de la papille distale, le niveau des tissus mous, le contour des tissus mous, la déficience au niveau des procès alvéolaires, la couleur et la texture des tissus mous^{7,8}.

Néanmoins, selon Keller et al., la charge bactérienne est nettement plus importante dans le sulcus des prothèses cimentées. De plus, les bactéries de type coques sont prédominantes dans le cas des prothèses scellées⁹.

De La Rosa et al. ont réalisé une étude rétrospective en mesurant la perte osseuse sur 148 implants de dix millimètres, et en comparant cette perte à différents paramètres propres à l'individu

et à la prothèse (le sexe, la localisation et la région de l'implant, le nombre d'implants par patient, le temps, le tabagisme, le type de connexion et le type de rétention) ; ils ont constaté que la résorption osseuse est significativement plus importante dans le cas des couronnes cimentées ($p = 0.03215$). De plus, des facteurs comme le tabagisme ($p = 0.00000$) ou le type de connexion ($p = 0.0001$) ont une influence nettement plus importante sur la résorption osseuse que le type de rétention¹⁰.

Toutefois, plusieurs points restent à préciser. D'une part, le test de pink esthetic score est relativement opérateur dépendant. D'autre part, pour les prothèses cimentées, le praticien doit faire attention à ce que le ciment ne fuse pas dans le sulcus gingival et doit vérifier au moyen d'une radiographie l'absence de ciment en sous gingival.

Une surocclusion peut à long terme provoquer une désostéointégration de l'implant. Lorsqu'une prothèse se déscolle plusieurs fois ou qu'on observe des dévissements de l'abutment à répétition ou des fractures de la vis, le praticien doit réagir et contrôler l'occlusion de la prothèse.

La revue de littérature de Brandao affirme également qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux types de prothèses au niveau de la résorption osseuse. Une perte osseuse inférieure à 1 mm ne doit pas être prise

en considération. En effet, il ne faut pas négliger le fait que qu'une résorption physiologique et naturelle est toujours présente. En effet, selon Smith et ses collaborateurs, une perte osseuse de 1.6 mm est considérée comme normale la première année alors qu'on accepte 0.2 mm par année écoulée suivante¹¹. Cependant, selon Brandao, il est quasiment impossible de comparer les deux types de rétention sans incorporer des biais¹².

• Adaptation couronne-pilier

Les auteurs ont aussi comparé l'adaptation du joint de la couronne avec le pilier dans les deux types de prothèses : vissée et scellée. Tant que la couronne n'est ni torquée ni scellée, il n'y a pas de différence : l'adaptation est la même pour les deux types de restaurations et l'ouverture marginale est identique. L'analyse est fondamentalement différente une fois la couronne scellée ou torquée : dans le cas des « screw-retained », on constate une diminution du joint et des contraintes de stress importantes, tandis que dans le cas de la prothèse cimentée, on observe une légère augmentation du joint et un stress biomécanique nettement moins important^{13,14}.

Karl et al, arrivent aux mêmes conclusions, c'est-à-dire qu'ils observent moins de contraintes avec les prothèses cimentées¹⁵. Une des explications, qui pourrait être avancée, est que la fine couche de ciment pourrait équilibrer les

forces et dissiper les contraintes. Le ciment permettrait ainsi de contrebalancer les irrégularités de confection. Pour les restaurations cimentées, il a aussi été constaté que la qualité du joint dépend du type de ciment utilisé (définitif ou provisoire). Cependant, les ciments définitifs ne sont quasiment jamais utilisés car il est très difficile de les déposer¹⁶. Néanmoins, l'étude de Guichet démontre que sur un implant (vissé), il n'y a quasiment pas de contraintes, lorsque l'adaptation est améliorée¹³.

• Maintenance

Un des nombreux avantages de la solution vissée est la maintenance. En effet, le système peut être dévissé lors d'un contrôle parodontal, de l'entretien de la pièce prothétique, ou pour intervenir sur un pilier se dévissant. Ceci n'est pas le cas de la prothèse scellée qui n'est pas aussi facilement dissociable, même dans le cas d'un ciment temporaire type Tempbond. En effet, la rétention est de type friction métal sur métal¹⁶.

À l'heure actuelle, il existe des techniques permettant, dans le cas d'un dévissage de l'abutment d'une prothèse scellée, de créer une cavité d'accès et de transformer cette restauration en une couronne vissée classique. Lorsque le patient se présente à la consultation, le praticien vérifie d'abord que la mobilité perçue n'est pas due à la désostéointégration de l'implant. Il réalise

par la suite un cone beam afin de repérer l'axe idéal selon lequel il va devoir créer sa cavité d'accès, par exemple à l'aide d'un guide chirurgical. Cet axe peut aussi être évalué en analysant celui de l'implant et la position radiologique de la vis de l'abutment. Une fois cette cavité réalisée, il suffit de revisser la vis et d'obturer la cavité d'accès comme si c'était une prothèse vissée, cette opération permettant de ne pas desceller la couronne^{5,17}. Notons aussi que les dévissements de piliers sont moins fréquents dans le cas des couronnes cimentées. Certains praticiens réalisent des encoches en palatin ou en lingual dans la céramique afin d'avoir une certaine prise mais cela peut créer des fractures de la céramique.

• Fiabilité des couronnes en fonction du type de connexion

Certains auteurs se sont intéressés aux différences de fiabilité entre des prothèses vissées et scellées, en fonction du type de connexions (interne ou externe), dans une étude in vitro¹⁸.

Les connexions internes présentent une meilleure répartition des forces et une meilleure fiabilité. En effet, la connexion interne permet la formation d'un ensemble rigide qui résiste mieux à la mobilisation. Il a aussi été constaté que les performances biomécaniques des connexions internes sont améliorées après un cycle de charges.

Dans les deux types de prothèses, les >>>



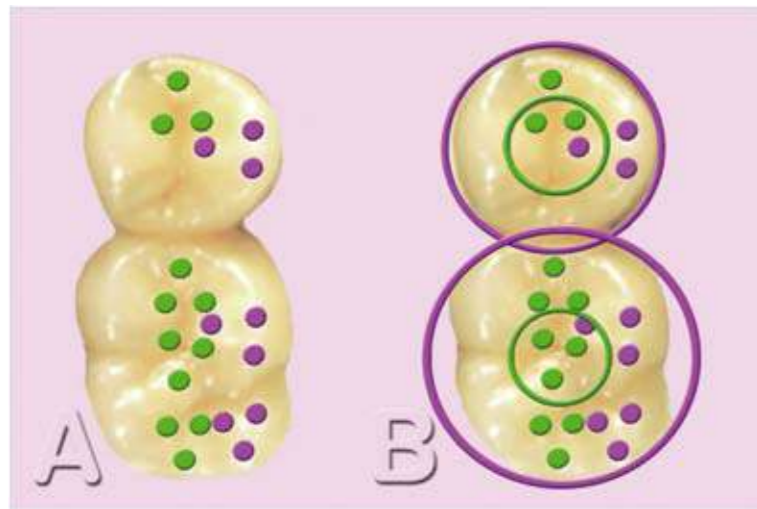


Fig.2. L'occlusion et l'esthétique sont plus favorables dans le cas des prothèses scellées.

>> problèmes principaux sont les pertes et fractures de vis. Le défi majeur des ingénieurs, pour les prochaines années, est dès lors d'améliorer les connexions. On observe plus de fracture de l'abutment dans le cas des prothèses vissées, tandis que dans le cas des prothèses cimentées, il est constaté une fracture de l'abutment pour les connexions externes et une fracture de la vis pour les connexions internes. Selon Freitas et al., après application de 50.000 cycles de 150 N, on observe le taux suivant de fiabilité :

- Couronnes cimentées à connection interne : 96%
- Couronnes cimentées à connection externe : 76%
- Couronnes vissées à connection interne : 64%
- Couronne vissées à connection externe : 6%

Le fait que la prothèse vissée à connection externe soit plus faible biomécaniquement que la prothèse scellée à connection externe serait lié à une meilleure distribution des charges par une augmentation de la dimension de l'abutment et aussi au risque élevé de perte de la vis^{18,19}. Par ailleurs, il est important de savoir que, les mécanismes d'attachements étant fondamentalement différents entre les deux types de prothèses, la mécanique de transmission des forces est totalement différente¹⁸.

• Facteurs influençant le descellement des couronnes scellées

La concavité du faux moignon (aussi appelée convergence occlusale), la forme de celui-ci, l'aspect microscopique de la surface ainsi que sa hauteur, sont des facteurs à prendre en considération

pour le calcul de la rétention de la future couronne. Il a été démontré que plus la convergence est importante et la hauteur faible, plus la force à produire pour desceller la prothèse est faible²⁰. Selon Hebel, l'angle de convergence occlusal idéal est de 6%. Une surface rugueuse augmente la rétention.

Les auteurs ont aussi analysé la force nécessaire au descellement en fonction des différents ciments, ce qui a permis de les classer par ordre d'efficacité. Le ciment le plus efficace est l'IMP pro alors que le Tempbond mélangé avec de la vaseline produit la rétention la moins importante. De même, les piliers implantaires de 8 mm de hauteur produisent une rétention supérieure²¹.

Une étude menée par Tan et son équipe a étudié l'influence du nombre et de la position des parois axiales du pilier implantaire sur la rétention. Cinq sous-classes ont été créées : pilier avec 4, 3, 2 adjacents, 2 opposés et 1 mur²². L'abutment ayant deux murs opposés est celui qui est le plus résistant au descellement, suivi par celui ayant trois murs adjacents. Ces deux piliers implantaires se démarquent par rapport aux trois autres solutions, qui ne présentent pas de différence statistiquement significative entre elles. Ils ont donc montré que la surface de contact et la rétention ne sont pas directement corrélées. Il ne faut pas négliger le fait que la transmission de la force doit être correctement centrée selon l'axe de la vis et de l'implant, au risque d'un descellement. C'est donc le praticien qui doit veiller au placement correct de l'implant²².

• L'esthétique et l'occlusion

Tout comme pour la prothèse dentaire classique, deux paramètres clés ne sont

pas à négliger : l'occlusion et l'esthétique. Selon Hebel et al., la position du « puits d'accès » dans le cas d'une prothèse vissée se trouve à un endroit stratégique de l'occlusion en RC ou en propulsion, ce qui influence l'occlusion malgré le recouvrement des puits d'accès par du composite. Aussi, la cavité d'accès peut poser des problèmes d'esthétique surtout dans le cas où l'implant n'est pas placé dans la position adéquate, et si la cavité d'accès se trouve en vestibulaire d'une dent antérieure. L'occlusion et l'esthétique sont donc plus favorables dans le cas des prothèses scellées²¹ (Fig.2).

• Durabilité à long terme en fonction du type de prothèse

Enfin, différentes études ont été réalisées sur la durabilité de ces deux types de restauration dans le temps. Vigolo et al. ont réalisé une étude sur douze patients. Ils ne constatent pas de différence statistiquement significative entre les deux types de restaurations, pour la pérenité des implants²³. Sherif et al. arrivent aux mêmes conclusions lors d'une étude prospective de 5 ans sur 214 implants : pas de différence significative à long terme, cependant le tissu gingival autour du col implantaire se porterait mieux dans le cas d'une prothèse vissée²⁴. Une étude expérimentale a été réalisée par Assenza et al., chez des beagles, sur 60 implants : il en résulte que les prothèses vissées sont nettement moins fiables (différence hautement significative). Après un an, 27% de perte (dévissement) dans le cas des prothèses vissées et 0% dans l'autre groupe²⁵.

Conclusion

Dans les limites de notre revue de littérature, les deux types de prothèses présentent, l'une comme l'autre, des avantages et des inconvénients. Alors que les prothèses vissées sont peut-être plus pratiques pour le praticien au niveau de la maintenance, les prothèses cimentées ont une occlusion plus adéquate, une meilleure résistance à la fracture, une meilleure durabilité selon certaines études, et une esthétique meilleure.

En fonction du cas clinique et de son habileté, le praticien doit donc choisir le type de prothèse adéquate⁶. ♦



Bibliographie

1. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Khoury P-M, Jakubowicz-Kohen, Martinez H. Manuel d'implantologie clinique, concept, protocoles et innovations récente. s.l. : CDP, 2008;2 : 273-327.
2. de Oliveira JL, Martin LM, Sanada J, de Oliveira PC, do valle AL.. The effect of framework design on fracture resistance of metal-ceramic implant-supported single crowns. Int J Prosthodont. 2010; 23:350-2.
3. Torrado E, Ercoli C, Al Mardini M, Graser G, Tallents R, Cordaro L. A comparison of the porcelain fracture resistance of screw-retained and cement-retained implant-supported metal-ceramic crowns. The journal of prosthetic dentistry 2004; 91:532-6.
4. Al-Omari, Shadid R, Abu-Naba'a L, El Masoud B. Porcelain fracture resistance of screw-retained, cement-retained, and screw-cement-retained implant supported metal ceramic posterior crowns. Journal of prosthodontic 2010;19:263-273.
5. Patil P. Technique for repairing a loosening abutment screw for a cement-retained implant prosthesis. Journal of prosthodontics. 2011;20: 652-5.
6. Vigolo P, Mutinelli S, Givani A, Stellini E. Cemented versus screw-retained implant-supported single tooth crowns : a 10-year randomised controlled trial. Eur Journal implantol. 2012 ;5 : 355-364.
7. Touati B. Réussir l'intégration gingivale et esthétique des prothèses implantaires. Le fil dentaire.2009;46:30-46.
8. Fürhauser R, Florescu D, Benesch T, Haas R, Mailath G, Watzek G. Evaluation of soft tissue around single tooth implant crowns : the pink esthetic score. Clin. Oral Impl.2005:639-644.
9. Keller W, Brägger U, Mombelli A. Peri-implant microflora of implants with cemented and screw retained suprastructures. Clinical oral implants research. 1998;9:209-217.
10. de la Rosa E, Rodriguez A, Sierra K, Mendoza G, Chambrone L. Predictors of peri-implant bone loss during long term maintenance of patients treated with 10-mm implants and single crown restorations. The international journal of oral & maxillofacial implants. 2013;28:798-802.
11. Zarb G, Smith D. Criteria for success of osseointegrated endosseous implants. The journal of prosthetic dentistry. 1989;62:567-72.
12. de Brandao ML, Vettore MV, Vidigal J. Peri-implant bone loss in cement- and screw-retained prostheses : systematic review and meta-analysis. Journal of clinical periodontology. 2012;40: 287-295.
13. Guichet, Caputo, Choi, Sorensen. Passivity of fit and marginal Opening in screw- or Cement-retained Implant fixed Partial denture designs. The international journal of oral & maxillofacial implants.2000;15:239-246.
14. Karl M, Taylor T, Wichmann M, Heckmann S. In vivo stress behavior in cemented and screw-retained five-unit implant FPDs. Journal of prosthodontics. 2006;15:20-24.
15. Heckmann S, Karl M, Wichmann M, Winter W, Graef F, Taylor T. Cement fixation and screw retention : paramètres fit. clinical oral implant res. 2004;15:466-473.
16. Keum E, Shin S. A comparison of retentive strenght of implant cement depending on various methods of removing provisional cement from implant abutment. The journal of advanced prosthodontics. 2013;5:234-240.
17. Wicks R, Shintaku W, Johnson A. Three Dimensionnal location of the retaining screw axis for a cemented single tooth implant restoration. american college of prosthodontists.2012;21:491-493.
18. Freitas AC, Bonfante EA, Rocha EP, Silva NRFA, Marotta L, Coelho PG. Effect of implant connection and restoration design (screwed vs cemented) in reliability and failure modes of anterior crowns. European Journal of Oral sciences. 2011; 119:323-330.
19. Sogo M, Maeda Y Satoh T. In vitro differences of stress concentrations for internal and external hex implant- abutment connections : a short communication. Journal of oral rehabilitation. 2006; 33: 75-78.
20. Bernal G, Okamura M, Munoz C. The effects of abutment taper, length and cement type on resistance to dislodgement of cement-retained, implant-supported restorations. Journal of prosthodontics. 2003; 12:111-115.
21. Hebel K, Gajjar R. Cement-retained versus screw retained implant restorations : achieving optimal occlusion and esthetics in implant dentistry. the journal of prosthetic dentistry.1997;77: 28-35.
22. Tan K, Masri R, Driscoll C, Limkangwalmongkol P, Romberg E. Effect of axial wall modification on the retention of cement-retained, implant-supported crowns. The journal of prosthetic dentistry. 2012;107:80-85.
23. Vigolo P, Givani A, Majzoub Z, Cordioli G. Cemented versus screw-retained implant supported single-tooth crowns : A 4-year prospective clinical study. The international journal of oral et maxillofacial implants. 2004;19:260-265.
24. Sherif S, Susarla S, Hwang JW, Weber H-P, Wright R. Clinician- and patient-reported long-term evaluation of screw- and cement-retained implant restorations : a 5-year prospective study. Clin Oral Invest. 2011;15: 993-999.
25. Assenza B, Scarano A, Leghissa G, Carusi G, Thams U, San Roman F, Piattelli A. Screw- vs cement-implant-retained restorations : an expérimental study in the beagle. part1 screw and abutment loosening. Journal of oral implantology. 2005; 31:242-246. ♦

VistaScan Mini – la vitesse de manipulation d'un capteur



AIR COMPRIMÉ
ASPIRATION
IMAGERIE
ODONTOLOGIE
CONSERVATRICE
HYGIÈNE

5 tailles de capteurs sans fil



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

Informations complémentaires sur notre site: www.durr.be

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



Sécuriser votre exercice quotidien

Qu'est-ce que « sécuriser » un exercice odontologique au quotidien ? C'est la question qui était posée à six conférenciers spécialistes lors de la journée inaugurale de la 40^e édition des Entretiens de Garancière, cette semaine annuelle de formation continue sous la férule des enseignants de Paris 7 Diderot.

Et la réponse fut nuancée. « Sécuriser », c'est à la fois s'appuyer sur les acquis d'hier, mais aussi rester attentif aux évolutions actuelles. D'un côté, tirer les enseignements de ses échecs, analyser le suivi d'un grand nombre de patients, identifier précocement les difficultés ; d'un autre côté, actualiser ses connaissances, savoir se remettre en question, intégrer l'évolution des modes de vie et la

demande en mutation des patients. En bref, « sécuriser » c'est réaliser l'exercice délicat entre la valorisation de l'expérience et l'assimilation prudente des perspectives.

Alors, comment rester stable sur ce fil de funambule ? Tenons à jour en permanence nos connaissances, et appliquons l'innovation au cas par cas, en fonction du rapport cout/bénéfice pour le patient.

Détails par spécialités dans les pages qui suivent... >>



• Recueilli par Thierry VANUFFEL

>> **Odontologie conservatrice**

• Pierre COLON



Le « facteur praticien » est déterminant en odontologie conservatrice. En effet, le dentiste souhaite sans cesse des procédures faciles à mettre en œuvre afin de gagner du temps, et des solutions polyvalentes applicables à toutes les situations cliniques.

Dans ce contexte, la sécurisation de l'exercice implique une réflexion et des prises de décision sur plusieurs points.

Prise en charge des patients

Il convient d'établir un diagnostic étiologique rigoureux, afin d'orienter un traitement de long terme et un pronostic ; exemple classique : bien distinguer les lésions érosives des lésions carieuses.

Par ailleurs, l'économie tissulaire et la préservation de la vitalité sont les piliers d'un exercice sécuritaire. Il faut aussi penser sans cesse à restaurer la fonction en même temps que l'esthétique.

Plateau technique

Les aides optiques sont aujourd'hui devenues incontournables.

Des instruments de diamètre de plus en plus petit, et éventuellement la sona-brasion, s'inscrivent dans la démarche contemporaine.

La généralisation des composites foulés oblige à modifier le choix des matrices, où les dispositifs sectionnels semblent désormais s'imposer.

Quant aux praticiens qui optent pour la CFAO, ils doivent être conscients que le large éventail sur le marché repré-

sente autant de chimies différentes qu'il convient de connaître.

Systèmes adhésifs

Le praticien est confronté à des solutions radicalement différentes : mordantage-rinçage, SAM 1 et SAM 2.

Combien de dentistes connaissent leurs systèmes précisément ? Bien peu. Or, la manipulation clinique dépend des composants ! Ainsi, selon les observations de Michel Desgranges, il est possible d'augmenter de 75% l'adhérence qu'obtient un praticien en soumettant simplement celui-ci à des travaux pratiques dirigés !

Composites

Nouvelle tendance dans l'industrie, les firmes veulent proposer deux types de solutions :

- une solution de composites haut de gamme, mais assez techniques et difficiles à manipuler
- une solution de composites plus faciles à mettre en œuvre cliniquement

Exemple chez GC : le Kalore d'une part, et le Gaenial d'autre part. Les résultats sont meilleurs avec le Kalore, mais cette solution n'est pas valable pour des situations cliniques où la facilité et la rapidité sont déterminantes.

En matière de composites, des problèmes restent à régler, qui aujourd'hui représentent encore des facteurs d'insécurité pour le praticien : la percolation marginale, l'usure, les fissures, l'hydrolyse et la formation d'acide méthacrylique. Dans sa recherche, l'industrie est confrontée aux coûts des essais cliniques, et a donc tendance à se cantonner aux essais de laboratoire. Hélas, ce

faisant, elle passe à côté de nombreux facteurs de dégradation que l'on ne rencontre qu'en situation clinique.

Ciments silicates de calcium

La sécurisation de l'odontologie conservatrice passe désormais clairement par les matériaux bioactifs. À terme, tous les matériaux deviendront bioactifs.

À ce jour, le praticien peut compter sur les ciments silicates de calcium, qui créent une zone intermédiaire causative au sein des tubules dentinaires, avec apatite néoformée.

Facteurs socio-économiques

On observe 80% des caries chez 20% des patients, ce qui tend à montrer l'importance du facteur social dans l'épidémiologie. Il s'agit d'un grand défi pour l'avenir, à l'échelle planétaire ; c'est pourquoi l'OMS en a fait un objectif de prévention.

D'autant qu'il ne faut pas se voiler la face : en dépit des progrès en techniques et matériaux, la pérennité des restaurations s'améliore peu...

Endodontie

• Pierre MACHTOU



Un adage largement admis : en endodontie, la somme des détails détermine le résultat. C'est dire si la sécurisation de l'endodontie est par définition multifactorielle. Le défi pour le praticien est de rester prévisible et reproductible cas après cas, en ayant conscience que toutes les étapes sont essentielles et ne tolèrent aucun compromis.

Diagnostic

Deux situations sont possibles :

- soit la dent est vivante et ne présente pas encore de contamination : le but du praticien est alors de ne pas introduire de germes
- soit la dent est nécrosée avec une infection et une réaction inflammatoire de défense : il convient alors, en plus, de réussir une décontamination

Pour distinguer les deux situations, il faut se méfier de la radiographie seule, qui peut être trompeuse. Compléter le diagnostic au pulp tester est un must.

Asepsie

La digue est un prérequis non négociable. Les preuves abondent : notamment, une étude longitudinale (sous presse) sur 570.000 cas montre un meilleur pronostic de l'endodontie sous champ opératoire.

Prétraitement

Sécuriser l'endodontie, c'est commencer par une reconstitution primaire étanche de la couronne, en vue du placement de la digue et de la création d'une cavité d'accès. Cette dernière ne s'accommode guère de la notion de « minimalement invasif », car on ne peut compromettre la qualité de la désinfection canalaire. L'idée de base d'une cavité d'accès correcte est d'éliminer complètement le plafond de la chambre pulpaire.

Mise en forme

Les instruments mécanisés en NiTi sont devenus le gold standard. Il en existe plus de 40 systèmes sur le marché, dotés de 40 protocoles, 20 conicités différentes, 22 dessins de pointe, et 6 longueurs...

Oui, mais... la première étape reste de sécuriser la trajectoire en maîtrisant le glidepath, car les instruments rotatifs ne peuvent que suivre ce qui a été préparé par l'instrument manuel. C'est pourquoi il ne faut jamais utiliser l'instrument rotatif sans avoir atteint le terminus radiographique avec instrument manuel. Les limes K10 et 15 (parfois 8 voire 6) sont indiquées, avec la séquence : suivre, élargie, reproduire. Les mouvements manuels à connaître et maîtriser sont : l'enveloppe, le remontoir de montre-retrait, et le va-et-vient (ce dernier mouvement ne s'opère qu'à la longueur de



travail). On crée de la sorte une trajectoire lisse avant d'utiliser des pathfiles.

La mise en forme mécanisée doit ensuite respecter les concepts de Schilder :

- préparation conique continue
- respect de l'anatomie, en plus large
- maintien de la position du foramen, qui est conservé étroit en vue de son scellement
- obtention d'une conicité apicale égale ou supérieure à 8°
- ne jamais forcer, toujours travailler en retrait, vérifier en continu la perméabilité apicale

Irrigation

La recommandation actuelle est d'utiliser au moins le NaOCl, à la dilution de 5%. L'activation est requise : il n'y a pas de consensus sur la méthode, mais on sait que toute forme d'activation améliore la désinfection.

Obturation

Cette étape gagne actuellement en importance pronostique par apport au passé. Retenons ce qu'en dit John West : "Un échec d'obturation ne donne pas toujours un échec de traitement, mais un échec de traitement comporte toujours un échec d'obturation".

Parodontologie

• Jean-Pierre OUHAYOUN



Question à se poser : quelle est l'efficacité au long cours de nos traitements parodontaux ?

Réponse : généralement très bonne, y compris pour les cas qui paraissent désespérés avant traitement, parodontites agressives avec déplacements et/ou mobilités, résections radiculaires...

Un principe sur lequel doit être fondée une parodontologie sécurisée : l'os se répare s'il retrouve la bonne santé. Une thérapie non chirurgicale y parvient généralement, fondée sur l'« hygiène » orale et le débridement sous-gingival : suppression des bactéries et du tartre. On obtient de la sorte une réduction des poches par suppression de l'inflammation, et parfois un gain d'attache sous la forme d'un épithélium de jonction. Important : personne n'a jamais démontré qu'une attache conjonctive avec ciment néo-formé serait de meilleur pronostic qu'un épithélium jonctionnel !

Ce qu'on ne fait plus

Le curetage, soit l'amputation de l'épithélium intrasulculaire, est proscrit.

Le surfaçage, c'est-à-dire l'amputation du ciment, si on le pratique, ne doit désormais plus être que très partiel, car le ciment n'est infecté par les endotoxines que de manière superficielle.

Protocoles

Le débridement se pratique aux ultrasons, ou équipement assimilé, ce qui est une bénédiction en termes de temps de travail et d'ergonomie.

Séquence recommandée : un quadrant par semaine. Plus récemment, Quyrinen a proposé la « désinfection globale » (full mouth therapy) en deux séances sur 24 heures. Séduisant sur le plan du concept, ce protocole souffre toutefois d'une démonstration scientifique de sa meilleure efficacité.

Adjuvants locaux ?

Antiseptiques (chlorhexidine...) et antibiotiques (tétracyclines, métronidazole...) sont proposés sur le marché, sous la forme de bandelettes, fibres, >>>



SA. **Castelbel** NV.

Concepteur de
cabinets dentaires
depuis 40 ans !

Découvrez le nouveau **PUMA Eli**
Polyvalent, design
et ergonomique
à pd 389 €/mois*

GARANTIE

2+2

ALL INCLUSIF
(pièces, m.o.
et déplacement)

* conditions sur demande



www.castelbel.be

info@castelbel.be - 010/818 343

>> chips, gels... Ces dispositifs permettent une réduction supplémentaire de poche jusque 0,5 mm par rapport aux contrôles, ce qui est certes statistiquement significatif, mais ne revêt que peu d'intérêt clinique.

Adjuvants systémiques ?

La question se pose de l'utilisation d'antibiotiques per os.

Goodson et Mdala ont comparé, dans deux études distinctes, l'utilisation de l'association amoxy-métronidazole durant 14 jours, l'utilisation d'antiseptiques locaux et la chirurgie, le tout en 8 groupes rassemblant divers protocoles. Il en ressort que l'addition d'antibiotiques per os améliore les résultats du débridement seul, mais pas celui du débridement avec chirurgie. Ceci ne signifie pas pour autant que la chirurgie n'est jamais nécessaire.

Attention : sécuriser la parodontologie, c'est aussi, avant de prescrire un antibiotique per os, prendre en compte les considérations de santé publique comme l'apparition de multi-résistants dans les pays latins.

Autres adjuvants ?

Laser diode et photothérapie sont proposés. Toutefois, les revues systématiques ne montrent pas un apport particulier de ces adjuvants.

Chirurgie ?

Sur base d'études, peut-on déterminer une profondeur de poche critique, indiquant la chirurgie ? Il semble qu'en dessous de 3 mm, la chirurgie fait perdre de l'attache, alors qu'au-delà de 6 mm elle serait indiquée.

Les membranes ne sont plus utilisées en parodontologie ; quant aux protéines de la matrice amélaire (Emdogain), quelques bons résultats cliniques ont été publiés, mais il s'agissait d'études sponsorisées. De manière générale, on regrettera que la recherche se cantonne désormais à un investissement, s'il y a un produit à vendre à l'arrivée ; les approches plus biologiques, sans création de marché, sont donc devenues difficiles à évaluer.

Implantologie

• Patrick MISSIKA



L'implantologie est probablement la discipline qui a proposé le plus d'évolutions de concepts depuis l'avènement de l'ostéointégration en médecine dentaire.

La prothèse amovible a évolué vers l'amovo-inamovible, puis vers l'unitaire fixe et le bridge vissé. Les exigences esthétiques des patients ont un jour pris le dessus sur l'aspect fonctionnel, et on a pu leur proposer l'alignement des collets, le profil d'émergence similaire à celui des dents adjacentes, la préservation ou la reconstruction de papilles. Les faux-moignons transvissés sont apparus, signant la possibilité de sceller les couronnes. Puis, des implants de petit diamètre ont été créés, avant ceux de... plus gros diamètre.

L'analyse informatique fut l'évolution suivante, en ce compris celle du projet prothétique et du guide chirurgical, avant des améliorations techniques comme la rugosité des surfaces et les moignons en alumine, ou des progrès chirurgicaux, comme l'augmentation du volume osseux au moyen d'autogreffes. Le raccourcissement des délais fut ensuite à l'ordre du jour, avec la technique en un temps sans enfouissement, puis l'extraction-mise en place immédiate, ou encore la mise en charge précoce, puis immédiate, puis encore les notions de « mise en esthétique » et « mise en temporisation ».

Enfin, la CFAO pour les faux-moignons et chapes, en zircone ou titane, est apparue ; et on en est aujourd'hui à l'empreinte numérique.

Face à cette débâche d'innovations incessantes, comment le praticien peut-il sécuriser son exercice ?

Préalable

Le préalable incontournable reste certainement le respect du devoir d'information et de conseil. Ce dernier se traduit par l'élaboration d'un projet prothétique pré-implantaire, validé par le patient dans le cadre du consentement éclairé, et même si possible daté et signé.

Pour parvenir à ce projet prothétique pré-implantaire, des techniques doivent être mises en œuvre : imagerie, wax up,

guide radiologique, guide chirurgical.

Il est aussi légitime d'inclure dans sa pratique les demandes actuelles des patients, comme l'esthétique et la réduction du temps de traitement. Toutefois, l'innovation ne peut se substituer à la fiabilité et au recul clinique : ne jamais oublier que le passage d'un taux de succès de 97 à 94% représente un doublement du... taux d'échec !

Médecine dentaire pédiatrique

• Chantal Naulin-Ifi



Traditionnellement, la médecine dentaire pédiatrique s'inscrit dans une relation soignant-soigné tripartite : praticien-enfant-parents.

Toutefois, ce modèle a évolué, car :

- les parents ont changé : ils croient tout connaître sur base de leurs recherches Internet
- les enfants ont changé : ils décident bien plus qu'avant, pour eux-mêmes et dans le milieu familial, et ces choix ne sont pas suffisamment encadrés

Dans ce contexte, et sachant que les caries précoces du jeune enfant ne sont nullement en régression, comment le praticien doit-il lui aussi évoluer pour sécuriser son exercice ?

Nouvelles approches diagnostiques

Un nouveau paradigme, bien moins interventionniste, est apparu dans le cadre des lésions carieuses. Fondé sur l'examen clinique (attention aux dégâts de la sonde !), la radiologie, et l'évaluation individuelle du risque, il aboutit à l'« International Caries Detection and Assessment System » (www.icdas.org), une nouvelle approche des stades de lésions et des prises de décisions thérapeutiques.

Dans ce système :

- jusqu'au stade 3 (carie établie avec rupture localisée de l'émail), il est indiqué de procéder à une reminéralisation sans fraisage
- aux stades 4 (carie établie avec ombre dans la dentine) et 5 (carie déjà sévère avec exposition de dentine), on procède à de la prévention secondaire : infiltration et scellement, afin de priver les bactéries de nutriments
- ce n'est qu'au stade 6 (carie sévère avec extension au sein de la dentine) que l'on traite selon les procédures classiques : fraisage et restauration >>

>> Recommandations pour le fluor

Actuellement, on prescrit le dentifrice fluoré selon le schéma suivant :

- de 1 à 3 ans : 1 brossage par jour au taux de 500 ppm
- de 3 à 5 ans : 2 brossages par jour au taux de 500 ppm
- au-delà de 5 ans : 2 brossages par jour au taux de 1.500 ppm

L'apport professionnel en fluor par voie topique n'est recommandé que dans les cas de risque carieux élevé.

Recommandations pour les scellements

La digue est incontournable pour un bon pronostic. Si celle-ci ne peut être utilisée, il vaut mieux s'abstenir de sceller, postposer le scellement à un moment plus favorable, et appliquer un vernis fluoré d'attente.

Recommandations pour l'anesthésie locale

Elle n'est qu'un élément dans l'approche globale de l'anxiété du jeune patient, où le meopa peut aussi jouer un rôle.

Le SleeperOne semble aujourd'hui recueillir les suffrages des pédodontistes.

Recommandations pour les traitements pulpaires

Le formocrésol reste considéré comme le standard pour la pulpotomie, mais... a été retiré du marché, suite à quelque mise en doute de son innocuité. Le praticien peut se tourner aujourd'hui vers le MTA ou la Biodentine.

S'agissant des pulpectomies lactéales, le matériau de choix doit rencontrer des critères d'une résorption idéale, comme c'est le cas de Vitapex, Diapex, Sealapex, Forendo.

“Une technique consensuelle ne garantit pas le succès clinique”

Le défi d'avenir réside dans la revascularisation, mais nous manquons d'un consensus quant à la méthodologie.

Recommandations pour la traumatologie

Depuis plusieurs années, l'IADT (International Association of Dental Traumatology) publie sur Internet des recommandations basées sur la preuve scientifique, avec un tableau décisionnel, de la simple concussion à la fracture maxillaire : www.dentaltraumaguide.org (gratuit, en anglais).

Désormais, une app pour smartphone et tablette est disponible en 17 langues : Dental Trauma First Aid (2,69 EUR).

Prothèse fixée

• Philippe MONSENEGO



La prothèse fixée a subi une évolution de concepts au cours du temps. Orthodontie, implants, techniques collées... ont lentement apporté une refonte des usages : ainsi, par exemple, les principes de préparation ont changé, et l'utilisation des tenons s'est réduite. La prothèse fixée est devenue moins mécaniste, moins géométrique, moins délabrante... mais est-elle pour autant plus pérenne ? Le praticien doit-il absolument abandonner les techniques conventionnelles ? L'innovation est-elle un gage de sécurisation ?

La littérature nous montre que les reconstructions fixées unitaires ou plurales ont des taux de succès élevés, avec des complications survenant généralement au-delà de 20 ans. Et encore, ces dernières sont essentiellement d'ordre biologique — carie secondaire, maladie parodontale — plutôt que technologique : l'ébrèchement d'une céramo-métallique, par exemple, survient au taux de 3% au cours de la première année, et chute ensuite très fortement.

En général, les déposes que l'on réalise ont une motivation esthétique, ce qui n'est pas un critère d'insuccès. Dans ce contexte favorable, quels préceptes le praticien doit-il conserver en tête pour sécuriser davantage encore son art ?

Répartition des risques

Les bridges complets sont aujourd'hui peu indiqués. Mieux vaut fractionner la



prothèse afin de limiter des conséquences d'une complication.

Vitalité

La littérature indique des taux de succès meilleurs sur dents vitales que sur dents dépulpées.

Bridges collés

Ceux-ci sont décevants sur le long terme. On observe 74% de survie à 4 ans, et 44% à 7 ans. Des préparations assez franches augmentent toutefois ce taux de survie. En tout cas, le recollage est souvent de très mauvais pronostic.

Extensions

Contre-indiquées de manière générale, les extensions en porte-à-faix sont tout à fait proscrites en distal.

Analyse préalable des facteurs de risque

Celle-ci est essentielle dans la conception du projet, afin d'éviter les erreurs esthétiques, biologiques, occlusales.

L'expérience du praticien est donc déterminante en prothèse fixée, en raison du peu de preuves et de consensus, et du fait de l'extrême variété des situations cliniques.

Prothèse complète

• Olivier HUE



Le contexte du vieillissement a certes une influence sur l'édentement total ; mais, de manière générale, son étiologie est toujours partagée entre maladie parodontale, santé générale et difficultés économiques. En fait, dans cette discipline, ce qui est « neuf » en 2014 a réellement été conçu entre 1880 et 1920...

Quels sont alors les critères contemporains qui permettent la réussite ? Ils sont traditionnellement d'ordre fonctionnel, avec une petite incursion plus récente de l'esthétique.

Empreintes

Elles demeurent évidemment anatomo-fonctionnelles, avec un joint péri-périphérique essentiel. Le joint postérieur est obtenu en faisant souffler par le nez tout en tenant la langue basse : le voile

mobile se déprime alors.

Remarque d'importance concernant les apophyses geni : si elles ont saillantes, elles doivent se retrouver impérativement sur l'empreinte.

Occlusion

Il est prouvé que, sur un plan neurophysiologique, six mois sont nécessaires pour retrouver un cycle masticatoire normal après modification des paramètres occlusaux. En conséquence : on modifiera le moins possible.

Si la DVO peut être ajustée, en tout cas le plan d'occlusion mandibulaire ne sera jamais altéré, car tout le passé occlusal du patient y est inscrit.

Montage

Un changement notoire : les dents en porcelaine ont quasiment disparu.

La tendance est d'utiliser des dents cuspidées pour le haut — pour raisons esthétiques — et des dents de plus en plus plates pour le bas : en effet, moins il y a de contacts, mieux c'est ! Seules les cuspidés linguales se touchent et il n'est plus question de composante de latéralité. Cette évolution est valable aussi pour la prothèse complète supra-implantaire, pour des raisons biomécaniques.

Esthétique

Probablement l'évolution la plus marquante : l'animation personnalisée, chère aux anciens, disparaît au profit d'une esthétique de plus en plus standardisée.

A contrario, la visibilité gingivale augmente, déplaçant ainsi le défi esthétique vers le maquillage de la résine rose... ♦



Travailler dans le confort, ça détend

Qualité et service pour l'exercice de votre profession

Dental Quality propose 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.



OMS Carving



Heka Unic



Thermodesinfektor HD 450



Pax-i One Shot

JOURNÉES PORTES OUVERTES

Samedi 22 nov. 2014 10h à 18h
Dimanche 23 nov. 2014 10h à 18h

Contactez 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



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

Compléter lisiblement en capitales un formulaire par participant. Merci.

INSCRIPTIONS

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

FC4 • Quand le succès dépend du pilier (ve 14/11/2014) - Namur

- Base 1 X 199 = EUR
- Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune⁽²⁾ 1 X 189 = EUR
- Étudiant Master 1 ou 2⁽³⁾ 1 X 49 = EUR
- J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : X 99 = EUR
- En cas de règlement reçu après le 3/11/2014 + 50 = EUR

FC5 • Endo : l'indispensable update (sa 13/12/2014) - Charleroi

- Base 1 X 199 = EUR
- Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune⁽²⁾ 1 X 189 = EUR
- Étudiant Master 1 ou 2⁽³⁾ 1 X 49 = EUR
- J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : X 99 = EUR
- En cas de règlement reçu après le 1/12/2014 + 50 = EUR

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

⁽²⁾ Année du diplôme Master 2 (2011 et plus tard) :

⁽³⁾ Université :

Réduction-fidélité FC (sauf pour Master 1 ou 2) :

- 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 2014

- Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2014 1 X 90 = EUR
- Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2014 1 X 190 = EUR

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

PR3 • Je 16/10 Wavre Castelbel

PR3A 08 **COMPLÉTÉ**

PR3B 12 **COMPLÉTÉ**

PR4 • Sa 29/11 NobelBiocare

PR4A 08 **COMPLÉTÉ**

PR4B 12h00 + 13h45

Total général de ce formulaire = EUR

Par mon inscription et/ou mon paiement, je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire JOD n°67 et sur www.cod.be).

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

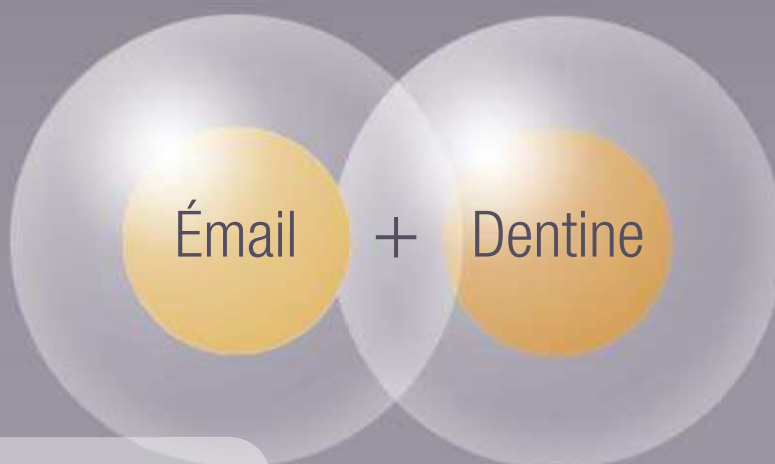
N° exp. /

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

FC

PR

CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 PREMIUM



COMBINAISONS DE TEINTES FIXES

CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 PREMIUM

Stratification deux couches avec combinaisons de teintes fixes

CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 PREMIUM est le nouveau composite pour la technique de stratification deux couches. Un composite esthétique qui vous permet, avec des combinaisons de teintes fixes, de réaliser facilement et avec un succès prévisible des restaurations très esthétiques, antérieures et postérieures.

Grâce à la technologie optique unique de CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 PREMIUM, vous couvrez, avec une seule combinaison de teintes fixe de composite émail et de composite dentine, trois teintes VITA™ ! Pour déterminer la teinte, vous utilisez normalement votre teintier VITA™ Classic. Essayez vous aussi CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 PREMIUM et découvrez la nouvelle stratification deux couches avec des combinaisons de teintes fixes.

