

Journal d'OmniPratique Dentaire • Bimestriel • Mars - Avril 2016 • n° 80

JOD

Périodique destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire et à l'industrie dentaire
© Collège d'OmniPratique Dentaire asbl, éd. • Tirage : 3600 ex.

À vos agendas !

Vous avez dit: «ergonomie» ?

Namur,

le jeudi 09 juin 2016



Soyez original avec le "Patient Treatment Box"

Le "PATIENT TREATMENT BOX" ou la boîte de traitement personnelle est destinée à assurer au patient la traçabilité des produits originaux Nobel Biocare. Dès le début ou en fin de traitement, il conserve dans cet étui les composants, les modèles et l'information de la planification de son traitement ainsi que toutes les références des composants utilisés, utiles pour le suivi du traitement. Le patient détient ainsi toute l'information et les éléments qui lui permettront, en cas de nécessité, d'être aidé à tout moment et ce, où qu'il soit dans le monde. La boîte dispose d'une information en français, néerlandais, anglais et en allemand. Nobel Biocare, designing for quality of life.

Plus d'info et commande via votre représentant ou au 02/467 41 90.



nobelbiocare.com/boite-patient



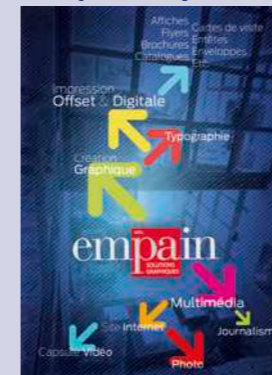
JOD

Mars - Avril 2016 • n° 80

- 3 • Editorial
- 6 • FC1 Ergonomie
- 8 • FC2 Traumatologie dentaire
- 10 • FC3 Imagerie diagnostique
- 12 • Librairie
- 14 • Histoire
- 17 • Radioprotection & radiophysique
- 18 • Les peer-review du COD
- 20 • FC4 Toute l'implantologie
- 22 • FC5 Parodontologie pour tous
- 25 • Cas clinique
- 30 • Petites annonces
- 31 • Formulaire d'inscription

impression:

Empain solutions graphiques sprl
empain@skynet.be



Pour nous contacter
et pour recevoir gratuitement le JOD :
Rue de l'Etang, 151 - B 6042 LODELINSART
Fax 071/33.38.05
info@cod.eu.com

Abonnement pour l'étranger :
EU : 39 EUR/an
Monde : 75 EUR/an

Website : www.cod.eu.com

Infos publicité : info@cod.eu.com

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 :
Pierre Gobbe-Maudoux
Rue de l'Etang, 151 - B 6042 Lodelinsart
Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs

© Copyright : COD asbl, 2016
Reproduction interdite sauf accord
Infographie : Pierre GOBBE-MAUDOUX

Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Pierre GOBBE-MAUDOUX
Rédacteur en chef

En route pour notre avenir.

Vous avez en main le n°80 du Journal d'Omnipratique Dentaire.

Cela fait plus de 13 ans que ce magazine est distribué gratuitement à l'ensemble des dentistes francophones de Belgique, aux firmes dentaires, aux étudiants et à nos amis étrangers.

Et cela grâce au soutien de nos partenaires. Et aussi grâce au soutien des inconditionnels du COD.

Que tous en soient ici encore remerciés.

Notre programme 2016 de Formation Continue rencontre le succès escompté. Vous êtes nombreux déjà à vous y être inscrits.

Ainsi, nous assurons le changement dans la continuité de ce qui fait la renommée du COD depuis sa création.

A moins que ce ne soit la continuité dans le changement que nous recherchons en permanence pour coller au mieux à vos désirs.

Merci à vous tous pour votre soutien en ce début d'année laborieuse.

Bonne lecture !

Le programme 2016 du C.O.D., c'est...

l'omnipraticien face aux défis quotidiens.

5 journées complètes de Formation Continue pour faire face à

- l'ergonomie
- la pédodontie
- l'imagerie
- l'implantologie
- la parodontologie

découvrez ici tout le programme.

C'est aussi...

un nouveau site internet:

<http://www.cod.eu.com>

un nouveau n° d'appel:

+32.473.715.714

une nouvelle adresse mail:

info@cod.eu.com

un fax:

+32.71.33.38.05

Notre formation continue...

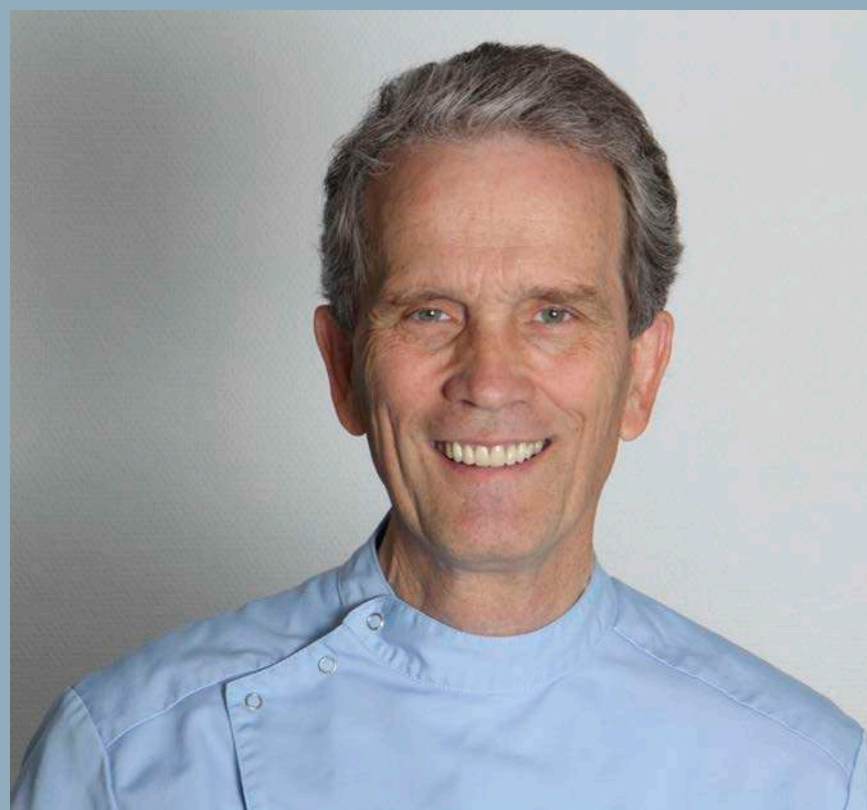


**... au
COD**

évidemment !



Vous avez dit: «ergonomie» ?



Herluf SKOVSGARD

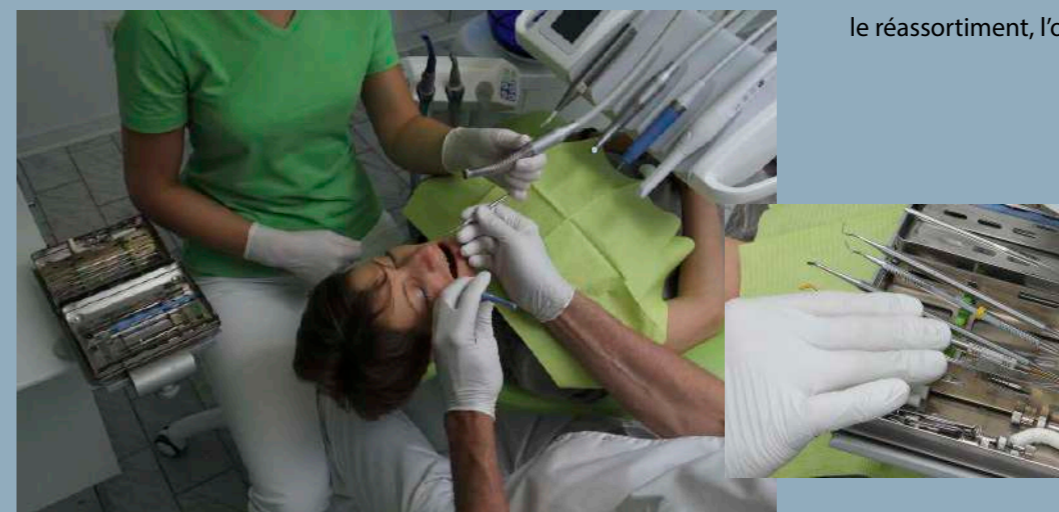
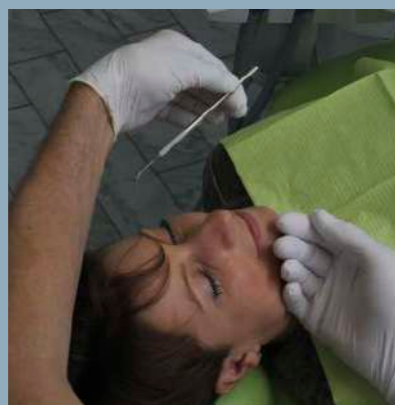
Dentiste diplômé du Royal Dental College, Aarhus, Danmark.

Praticien libéral à Assentoft, Randers Danmark depuis 1970.

Orateur spécialiste en ergonomie avec plus de 1000 communications en danois, anglais, allemand, italien, français,...

Auteur du livre "Dancing hands" chez Quintessence

Namur, le jeudi 09 juin 2016



1. Ergonomie et postures de travail.

- a. L'accès visuel: position du patient et du dentiste, direction de la vision, distance de vue, utilisation des loupes.
- b. Utilisation du miroir. Comment maintenir le miroir sec pour une vision fine ?
- c. Position de la tête du praticien. Position de travail. Chaise ergonomique pour le dentiste.
- d. Bien se positionner pour éviter les troubles musculo-squelettiques. Le fauteuil, l'unité de travail, l'aspiration, le plateau de travail et le rangement des instruments pour un travail 100% solo.

2. Compétence manuelle et micro-ergonomie: le cerveau et les mains.

- a. Forme et angulation des instruments à main. Contre-angle à grande vitesse sur micro-moteur ou turbine. Biomécanique des mouvements.
- b. Sensibilité et proprioception des outils de précision
- c. Planification et entraînement aux mini-mouvements par "modélisation mentale" et supervision visuelle
- d. 30 exemples de positionnement des contre-angles, turbines,... pour améliorer les positions adéquates.
- e. Protocoles pour les procédures standardisées.

3. Organisation "au fauteuil" des instruments et du matériel le poste de travail.

- a. Des protocoles de traitements comme base de l'organisation.
- b. Organisation de la stérilisation des instruments en sachets ou cassettes. Organisation des instruments rotatifs et des instruments d'endodontie.
- c. Organisation du poste de travail pour un travail en solo ou en duo.
- d. Protocoles d'information du patient et de tenue du dossier.

4. Travail avec assistante, dentisterie à 4 mains, protocole basé sur le travail en équipe..

- a. Par une assistance de haut niveau, le dentiste peut se concentrer essentiellement à son travail. Le dentiste n'a pas besoin de regarder ailleurs durant le traitement et tout lui arrive dans les mains. Le travail est amélioré et fluide lorsque le dentiste et l'assistante peuvent travailler en harmonie, de façon relax et en synchronisation.
- b. Utilisation de l'aspiration pour la rétraction de la joue.
- c. Utilisation de la seringue air-eau pour garder le miroir sec.
- d. 20 fonctions de l'assistante au fauteuil: l'unit, les instruments, les plateaux, les tiroirs, le stockage, le réassortiment, l'ordinateur,...

Namur le jeudi 9 juin 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)
ACINAPOLIS • Rue de la Gare fleurie 16 • 5100 Namur (Jambes)
400 places - Accréditation demandée 40 UA Domaine 2 - Agrément 6 heures
montant de base: 200,-€ - Réductions possibles



Traumatologie dentaire:

savoir gérer et mieux anticiper.

Chantal NAULIN-IFI

Docteur en Chirurgie Dentaire
DSO

Docteur d'État en Odontologie MCU - PH

Responsable du département d'odontologie pédiatrique (Paris 7)

Auteur de « Traumatologie dentaire du diagnostic au traitement », éd. CDP

Auteur de nombreuses publications et communications nationales et internationales



Les traumatismes dentaires constituent l'urgence la plus fréquente de notre pratique quotidienne. Les études épidémiologiques montrent que près de 30% des enfants reçoivent un choc sur les dents temporaires avant l'âge de 5 ans. Un sur deux subit un traumatisme dentaire entre 8 et 12 ans, les dents les plus touchées sont les incisives qui sont le plus souvent immatures.

Depuis un quart de siècle des changements radicaux ont eu lieu dans l'approche et la prise en charge de la traumatologie dentaire. Ainsi, la compréhension des phénomènes inflammatoires, une meilleure connaissance des bases biologiques de la guérison, et l'importance de respecter le temps dévolu au processus physiologique de réparation, ont conduit à plus d'efficacité et de constance dans les thérapeutiques mises en oeuvre. Cette connaissance, essentielle à plus d'un titre, permet d'éviter chez nos patients, des traitements inutiles voire inappropriés.

Un diagnostic précis de l'importance et de la sévérité du traumatisme posé dès la séance d'urgence, un suivi à long terme et une évaluation des possibles séquelles secondaires sont à la base d'une prise en charge adéquate selon les données acquises de la science.

Dans la plupart des situations d'urgence, un traitement rapide et réfléchi permet d'améliorer sensiblement le pronostic initial.

Cette conférence vous permettra de mieux appréhender les situations de traumatologie dentaire, d'envisager et de traiter les conséquences et les complications auxquelles vous pourrez avoir à faire face.

Charleroi le samedi 10 septembre 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)

CEME • Rue des Français 147 • 6020 Charleroi (Dampremy)

320 places - Accréditation demandée 40 UA Domaine 5 - Agrément 6 heures

montant de base: 200,-€ - Réductions possibles

Charleroi, le samedi 10 septembre 2016

L'imagerie diagnostique pour l'omnipraticien.



Charleroi, le samedi 1er octobre 2016



Robert CAVEZIAN

Docteur en Médecine,
Radiologue diplômé option radio-diagnostic
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (France)

Julien BATARD

Technicien diplômé d'état en imagerie diagnostique
Responsable du pôle diagnostique en pathologie dentaire et maxillo-faciale (Paris)
Formateur Cone-Beam Forcomed (France)



1. Imagerie 2D: de la rétro-alvéolaire à l'extra-buccale, de l'analogique au numérique

Le 8 novembre 1895, le physicien allemand Wilhelm Conrad Roentgen découvre une « nouvelle sorte de rayonnement », mystérieux, qu'il appellera X. Le 22 novembre, il réalise la première image radiographique : la main de son épouse Bertha. Il obtiendra pour cela le premier Prix Nobel de physique, en 1901. Ce rayonnement mystérieux qui traverse la matière ouvre les perspectives d'une évaluation anatomique in vivo atraumatique. Quelques semaines plus tard, son compatriote Otto Walkhoff réalise, sur lui-même, la première image dentaire au prix d'une pose de 25 minutes. Dans les années 1930, Bocage et Vallebona, inventent la tomographie, première imagerie sectionnelle, permettant de discriminer coupe par coupe les structures constitutives d'un volume anatomique complexe. Dans les années 1950, Paatero propose, avec le succès que l'on connaît, la pantomographie courbe ou panoramique dentaire, qui intègre les arcades dentaires d'une articulation temporo-mandibulaire à l'autre. L'avènement du Scanner RX imaginé et réalisé par Geoffrey Newbold Hounsfield marque, dans les années 70, le mariage indissoluble de l'imagerie médicale et de l'ordinateur en particulier pour le domaine dentaire et maxillo-facial. Il recevra avec Allan McLeod Cormack, le Prix Nobel de Médecine en 1979. Le scanner émerge en même temps que la technique implantaire de Branemark et séduit très vite le monde médical en général et dentaire en particulier.

2. L'imagerie de la 2D à la 3D, du Scanner RX au Cone-Beam et à l'IRM

Quelle que soit la méthode, l'usage des rayons X est soumise à une législation contraignante qui s'applique indifféremment, avec la même rigueur, aux radiologues et aux dentistes. Le souci de radioprotection conforte la position des « pessimistes » et les lois nationales intègrent les directives Euratom 96/29 et 97/43 : le bénéfice escompté de l'examen d'imagerie doit être supérieur au risque dommage supposé (principe de justification) ; pour un même résultat il faut choisir la technique la moins irradiante disponible (principe d'optimisation). Les Directives européennes de radioprotection, ont induit le développement de techniques performantes et peu irradiantes, comme le cone beam en imagerie dento-maxillofaciale. Cette méthode reconnue succède au scanner dento-maxillaire et trouve sa place au cabinet dentaire. Elle n'est pourtant pas univoque (il n'y a pas « un » cone beam mais « des » cone beam avec leurs qualités propres et leurs limites qui seront décrites et discutées. En même temps, Raymond Damadian invente l'Imagerie par Résonance Magnétique, qui trouvera son application dans l'étude statique et dynamique, atraumatique, des articulations temporo-mandibulaires au détriment de l'arthrographie ainsi que des tumeurs étendues aux parties molles.



Charleroi le samedi 1er octobre 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)

CEME • Rue des Français 147 • 6020 Charleroi (Dampremy)

320 places - Accréditation demandée 40 UA Domaine 3 - Agrément 6 heures

montant de base: 200,-€ - Réductions possibles

3. L'imagerie de la douleur: mythe ou réalité ? L'apport du Cone-Beam UHR

L'examen clinique est le temps fondamental de la reconnaissance dentaire ou parodontale de la douleur. Le cone beam haute résolution (UHR), trouve une application spécifique en endodontie en montrant ce qu'on ne voyait pas jusqu'à présent par l'imagerie (fissures fines, particularités radiculaires et canalaies...). A contrario, cette technique peut apporter des arguments solides en faveur de douleurs anorganiques évoquées. L'imagerie cone beam en ultra-haute résolution (UHR) a considérablement accru le pourcentage des explorations positives et convaincu nombre d'endodontistes et parodontologistes de l'intérêt de la méthode avec des appareils répondant aux critères requis pour une définition ultra-performante de l'image. Ainsi peut-on introduire un nouveau concept : celui d'une « imagerie de la douleur ». Le cone beam en parodontologie est plus que prometteur par sa résolution d'image et son analyse tridimensionnelle. En première approche, selon le groupe de travail des experts près l'HAS sur le cone beam (rapport publié en décembre 2009), il « pourrait se substituer à l'avenir à l'examen long cône pour le bilan parodontal. A contrario, cette technique peut apporter des arguments solides en faveur de douleurs anorganiques évoquées. Pour les lésions endo-parodontales, le Cone beam haute résolution, voire ultra-haute résolution, permet aujourd'hui d'isoler une entité bien particulière, celle de la fêlure radiculaire qui jusqu'à une date récente, malgré de fortes suspicions diagnostiques, défiait praticien et radiologue et menait à l'exploration chirurgicale.

4. Interprétation collégiale de cas radio-cliniques vécus

Fruit d'un travail quotidien, privé et hospitalier, en imagerie dentaire et neuroradiologie, nous puissions dans notre collection personnelle des cas radio-cliniques que nous soumettons à la discussion. L'image en elle-même n'est qu'un outil, le deuxième temps de la démarche diagnostique. Le premier temps est la connaissance du dossier clinique, trop souvent négligée. Cette étape est indispensable car : « on ne trouve que ce qu'on cherche et on ne reconnaît que ce qu'on connaît » (Albert Djian). Le troisième temps est celui de la synthèse et de la discussion menant au diagnostic. Nous nous inscrivons dans cette démarche de bon sens et présentons des dossiers personnels de différentes difficultés pour un dialogue ouvert et fructueux avec les participants.

Un collectionneur un peu «timbré».

par Pierre Gobbe-Maudoux, DG.

Notre confrère belge Henri ARONIS a passé toute sa vie à collectionner les timbres et autres objets en rapport avec notre profession et la santé bucco-dentaire. La sortie du volume II de l'Histoire de la Médecine Bucco-Dentaire au travers de la Philatélie (et autres objets), est l'occasion pour le Journal d'Omnipratique Dentaire de vous faire découvrir sa passion.

Il existe beaucoup d'ouvrages qui traitent de la Médecine Bucco-Dentaire mais ceux-ci s'ajoutent à cette liste car, sauf erreur de l'auteur, ils sont les seuls à mettre en exergue sa relation avec la philatélie. Les nombreux chapitres de ces ouvrages permettent de retrouver non seulement les timbres mais aussi des documents philatéliques et d'autres objets, en relation de près ou de loin avec la santé bucco-dentaire. Le premier volume compte 360 pages et plus de 2000 images en couleur dont 700 timbres, 500 documents philatéliques et près de 800 documents illustrant le thème. Le second volume comporte 260 pages fortement illustrées et est sorti de presse le 30 janvier 2016. Il contient deux nouveaux chapitres inédits: un sur la paléontologie et l'autre sur le tabagisme. Il mentionne également le Congrès de la FDI tenu en septembre 2015 à Bangkok.

Carte maximum avec timbre émis aux Pays-Bas en 1984. Le timbre montre un unit dentaire de l'époque.



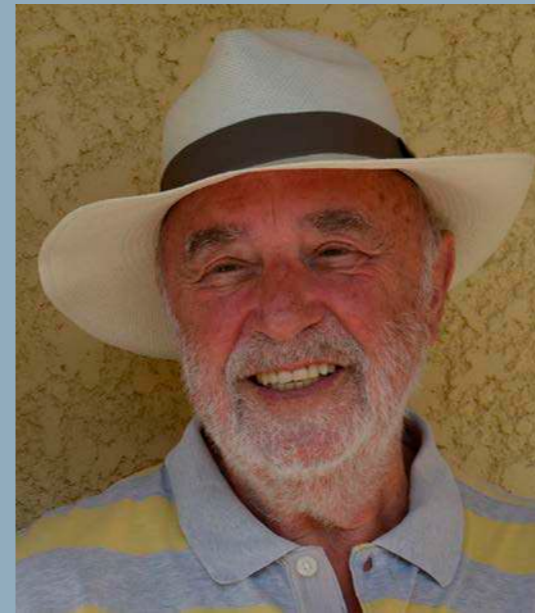
Carte maximum avec timbre émis au premier jour, le 1er juillet 1961, pour le 200e anniversaire de la mort de Fauchard.



Carte maximum avec timbre émis en Belgique en 1999 à la demande de l'auteur. Il fait partie d'une série de 2 timbres «Solidarité - Croix-Rouge».



Enveloppe publicitaire belge avec publicité du Dentiste Torres vendue 8 centimes pour une valeur faciale de 10 centimes. Les publicités finançaient la différence. (1989).



Nous vous présentons ici les différents chapitres ainsi que quelques illustrations des deux volumes de cet ouvrage afin de vous communiquer l'envie de réserver une place à ces livres dans votre bibliothèque.

Volume I

- La dent humaine
- Un peu d'histoire
- Pierre Fauchard
- Certains dentistes...
- La formation des praticiens
- Le cabinet dentaire
- Le prothésiste dentaire
- Les matériaux
- Hygiène buccale
- Les avulsions
- La génétique
- Les congrès dans le monde
- Une association belge
- Les dentistes et le sport
- Le dentiste à l'armée
- Plantes médicinales et fruits
- Les jetons & médailles
- L'art dentaire dans les arts

Volume II

- La paléontologie
- Le tabagisme et notre santé
- Apolline
- Humour
- Les affiches ...



Carte maximum représentant Ste Apolline émise en Autriche en 1982 pour le 70e Congrès de la FDI.



Enveloppe envoyée en Australie en 1990 au tarif intérieur. Le timbre montre une radiographie panoramique que l'on retrouve sur le négatoscope.

Vous pouvez commander les livres de Henri Aronis de cette manière:

Prix du livre :
Vol. I : 50€.
Vol. II : 33€.

Vol. I & 2 ensembles : 78€.

+ frais de port : Tarif de la poste par exemplaire :
France : € 8
Europe : € 15
Hors Europe € 20

par virement bancaire :

Livre Philatélie -
IBAN : FR76 3000 3038 2000 0503 6480
439
BIC : SOGEFRPP

Les coordonnées de l'auteur:

Dr Henri ARONIS

15 Rue du Président Krüger
F. 92400 Courbevoie

Courriel : livre.philatelie@gmail.com

Site: <http://timbreetdent.free.fr>

2e Congrès européen des Sociétés d'Histoire de l'Art Dentaire

Pierre Gobbe-Maudoux

Des nouvelles fraîches du passé...

Le deuxième congrès européen de l'Histoire de l'Odontologie vient à peine de refermer ses portes. Il s'est tenu les 15 et 16 avril 2016 à Madrid sous la Présidence de la Société Espagnole d'Histoire de l'Odontologie (SEHO), en association avec la Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire (SFHAD) et de la Société Italienne de l'Histoire de l'Odonto-Stomatologie (SISOS). Le Journal d'Omnipratique Dentaire y était pour vous faire revivre ces moments particuliers où la recherche du passé peut nous permettre de mieux comprendre le présent. Ces trois Associations ont décidé depuis 2013 de se réunir une fois tous les trois ans en congrès européen pour partager les recherches historiques que chacune peut développer dans son propre pays.

Le congrès 2016 était très riche en présentations avec pas moins de 43 exposés répartis sur 3 demi-journées. Nous ne pouvons pas ici vous faire le résumé de chacune des présentations. Nous allons simplement en aborder quelques unes et vous inviter à participer à un prochain congrès si l'histoire de notre profession peut vous intéresser. Sachez dès à présent que le prochain congrès de la SFHAD se tiendra à Portsmouth, en association avec la société anglaise en octobre 2017.

Un exposé a particulièrement retenu notre attention: celui de notre confrère, le Dr Thierry DEBUSSY et intitulé: «Heurs et malheurs des dentistes sous la Révolution.». Son exposé s'appuyait sur des recherches conduites aux Archives Nationales, départementales et municipales: minutier des notaires, registres paroissiaux, état civil, fonds administratifs et judiciaires, archives hospitalières,... La Révolution Française a marqué la fin d'un ordre ancien dont les révolutionnaires ont voulu faire table rase. Les Chirurgiens-Dentistes ont du traverser cette période difficile avec plus ou moins de bonheur. Notre profession a payé un certain tribut même si il semble que peu de dentistes y ont perdu la vie. Toutefois, le Dr Debussy nous a présenté l'histoire de quelques praticiens qui ont été exécutés, simplement parce qu'ils représentaient une certaine image de la bourgeoisie. Et cela ne peut nous empêcher de faire un rapprochement avec les conflits mondiaux actuels dans lesquels, aujourd'hui encore, les dentistes considérés comme des intellectuels nantis sont les premières victimes des terroristes de tout bord.



Dr Pierre BARON
SFHAD

Pr Javier SANZ
SEHO

Pr Paolo ZAMPETTI
SISOS



Pierre BARON



Paolo ZAMPETTI



Judit Nora SCHALLMACH



Susanna FALARDO RAMOS



Didier CERINO



Luciano MALLO PEREZ



Thierry DEBUSSY



Giancarlo BARBON



Jean-Pascal DURAND



Valerio BURELLO



Paola CARCIERI



Eric DUSSOURT



Pauline GRUBER



Micheline RUEL-KELLERMANN



Ilter UZEL

L'hygiène dentaire à travers les @ges.

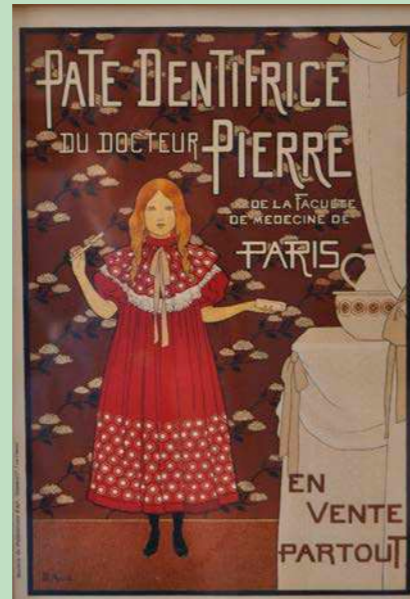


La bouche et les dents caractérisent le sourire de chaque individu. En dehors de l'aspect fonctionnel de la dentition, l'esthétisme de ce sourire a gardé une place importante dans toutes les civilisations au fil des siècles. Et l'hygiène dentaire en est le principal garant.

C'est l'objet de l'exposition temporaire affichée comme «Le plus joli sourire : l'histoire du dentifrice» dans les salles de l'Académie Royale de Médecine à Madrid. Du 12 avril au 1 juin 2016, les visiteurs peuvent y découvrir une partie de la collection du Professeur Javier Sanz. Du bâton de bois fibreux en passant par les comprimés à mâcher et le liquide désinfectant pour rincer la bouche, tout une panoplie d'outils et de produits se sont révélés utiles ou... gadgets.

L'origine du mot « dentifrice » vient des mots latins « dente(m) + fricare + i-um ». Comme le souligne notre confrère Javier Sanz, il signifie donc l'utilisation de divers produits pour frotter les dents.

Suivez-nous au travers de cette exposition... nous avons épinglé pour vous quelques découvertes singulières!



Un dentifrice porte le nom d'un médecin réputé, la publicité de l'époque en a fait un remède incontournable pour qui voulait s'entretenir avec une garantie de qualité.



Un buvard publicitaire parmi les cahiers, quelle incitation bienveillante pour les petites quenottes des élèves studieux!



Un comprimé effervescent offre un soin dentaire rafraichissant pour une haleine ... attirante.

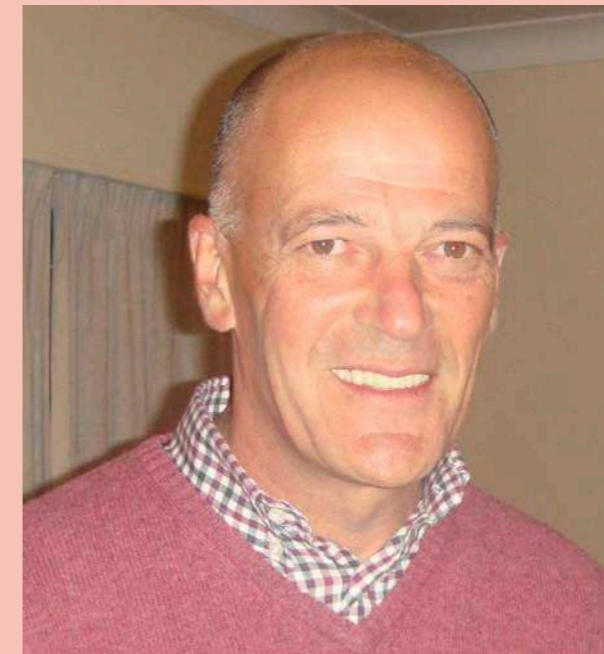


Un cendrier porte l'emblème d'un soin dentaire, quelle aubaine pour le fumeur qui peut laisser sa cigarette se consumer tout en s'entretenant l'haleine...

L'eau de Botot, une solution antiseptique créée spécialement pour le roi Louis XV par son médecin personnel Philippe Botot pour soulager ses douleurs dentaires... s'utilise encore à l'heure actuelle !



Radioprotection & Radiophysique.



Christian HUNIN

Expert en radioprotection
 Master en Sciences - Ingénieur en Energie Nucléaire
 Missions d'expert pour l'AIEA et les CEE
 Certificat en Radioprotection et Applications des rayonnements ionisants à la Faculté de Médecine de l'UCL
 DESS de Contrôle physique en radioprotection de l'Ecole de Santé Publique
 Membres de la section Protection Technique de la SFRP
 Chargé de cours, conférencier et formateur depuis 2001



Objectifs spécifiques:



Dans le cadre de leurs activités, les dentistes doivent effectuer des radiographies dentaires intra-orales ou panoramiques de la mâchoire. Dès lors, une sensibilisation intitulée « Pas de rayons sans raison », menée par le SPF Santé publique avec l'appui de l'INAMI, de l'AFCN et du secteur de l'imagerie médicale, a débuté le 23 mai 2013. Cette campagne a pour objectif de sensibiliser tant les patients que les dentistes à l'importance d'avoir recours aux techniques d'imagerie médicale d'une manière plus raisonnée.

Une formation permanente de niveau universitaire en radioprotection est exigée par l'AFCN, qui estime qu'une protection optimale, aussi bien du patient que du dentiste, est cruciale. Il est aussi de la responsabilité de chaque dentiste de garantir le fonctionnement optimal de son appareillage aux rayons X en le soumettant à un contrôle de qualité périodique.

A la fin de la formation, en plus d'avoir répondu aux exigences légales, les participants seront sensibilisés à la protection de la santé du patient et du dentiste contre les effets indésirables des rayonnements ionisants.

Avec certificat pour l'AFCN (valable 5 ans)

vendredi 10/06/2016 à Marche en Famenne Hôtel Quartier latin

RX1A: 09h00 - 12h30 ou RX1B: 14h00 - 17h30

vendredi 21/10/2016 à Namur Hôtel Château de Namur

RX2A: 09h00 - 12h30 ou RX2B: 14h00 - 17h30

vendredi 25/11/2016 à Nivelles Hôtel Nivelles Sud

RX3A: 09h00 - 12h30 ou RX3B: 14h00 - 17h30

40 places/session - Accréditation demandée 20 UA Dom 3 - Agrément 3 heures

montant de base: 220,-€

Les peer-reviews du COD

Les peer-reviews du COD

Le COD a été le premier à vous proposer des peer-reviews sans perte de temps : deux sessions qui se suivent, le même jour. Ces deux peer-reviews consécutifs vous sont offerts en package pour 180,- EUR. Comme toujours au COD, tout est compris dans ce prix : inscription aux deux sessions, location, présentation et animation des séances, modération, gestion de votre dossier avec l'INAMI et pause-café. Et pas de cotisation annuelle nécessaire pour cela: tout le monde est le bienvenu !

8 demi-journées vous sont proposées, soit en semaine, soit le samedi. Il y en a ainsi pour tous les goûts et chacun pourra y trouver ses préférences. Et le COD continue à se déplacer pour cela: Bruxelles, Charleroi et Wavre sont au rendez-vous.

Remplissez votre formulaire d'inscription en avant-dernière page.

Bruxelles : NobelBiocare

Roekhout, 17 1702 Grand-Bigard



Charleroi : IESCA

Rue de l'Hopital, 27 6060 Gilly



Wavre : Castelbel

Avenue Sabin, 14 1300 Wavre



mardi 7 juin de 14h00 à 17h15 à Bruxelles
 jeudi 16 juin de 14h00 à 17h15 à Bruxelles
 samedi 17 septembre de 8h30 à 11h45 à Charleroi
 samedi 17 septembre de 12h00 à 15h15 à Charleroi
 jeudi 27 octobre de 8h30 à 11h45 à Wavre
 jeudi 27 octobre de 12h00 à 15h15 à Wavre
 samedi 3 décembre de 8h30 à 11h45 à Bruxelles
 samedi 3 décembre de 12h00 à 15h15 à Bruxelles

À vos agendas !

*tous les renseignements sur
<http://www.cod.eu.com>*

Toute l'implantologie



Patrick MISSIKA

Maître de Conférences des Universités - Université Paris Diderot
Praticien hospitalier des Hôpitaux de Paris
Directeur du Diplôme Universitaire d'implantologie
Expert près la Cour d'appel de Paris
Expert National agréé par la Cour de Cassation
Président de la Compagnie Nationale des Experts en Odontostomatologie

Attaché d'enseignement du service du DU d'implantologie Paris VII - Hôpital Rothschild
Attaché d'enseignement du service de DU de reconstruction pré-implantaire Paris VII - Hôpital Rothschild
Co-fondateur de la formation PACTimplan
Diplôme Universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique Paris VII
Diplôme Universitaire de chirurgie pré et péri implantaire Paris XI



Guillaume DROUET



Namur, le vendredi 18 novembre 2016



Jacques ATTIAS

Attaché d'enseignement en chirurgie et prothèse implantaire à l'Hôpital Rothschild-Garancière
Diplôme Universitaire clinique d'implantologie chirurgicale et prothétique de Paris VII
Diplôme Universitaire de chirurgie pré et péri implantaire de Paris IX
Diplôme d'expertise judiciaire en médecine bucco-dentaire de Paris

Certificat d'Etude Supérieure de parodontologie
Certificat d'Etude Supérieure de prothèse fixée
Diplôme Universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique Paris VII
Diplôme Universitaire de chirurgie pré et péri implantaire Paris XI
Ancienne assistante hospitalo-universitaire Paris VII

Isabelle KLEINFINGER



1. Quelle longévité pour nos implants ?

« Docteur, Combien de temps vont durer mes implants ? »

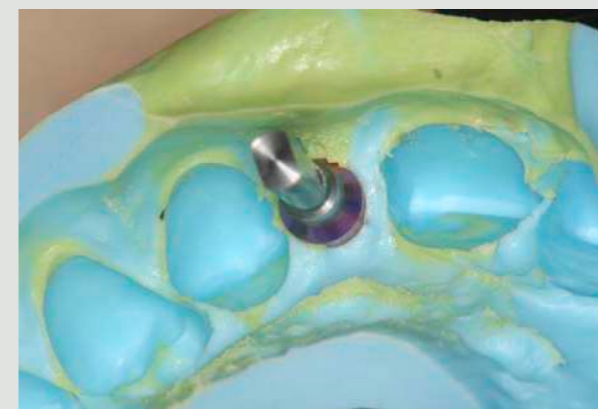
Confronté quotidiennement à ce questionnement, nous nous interrogeons souvent à la réponse loyale que nous devons délivrer.

La littérature scientifique ne donne pas de réponse précise sur la longévité implantaire, néanmoins elle nous donne les éléments qui nous permettent de cerner la question.

En effet, si les taux de survie des implants des études aux longs cours nous permettent d'évaluer quantitativement leur espérance de vie, ce sont les taux de succès de ces études qui nous éclairent sur le comportement des implants au cours de leur vie et de la menace que représente la perte osseuse marginale qui dans certains cas aboutit à la perte de l'implant.

Cette perte osseuse est trop souvent réduite à la notion de péri implantite dont l'étiologie sujette à controverse est à préciser.

En tout état de cause c'est en identifiant, au travers la littérature scientifique, les facteurs de risques susceptibles de nuire à la longévité implantaire qu'il nous sera possible d'améliorer l'espérance de vie implantaire.



4. Les bonnes pratiques en implantologie.

Le premier point qui paraît peut-être évident est que le traitement implantaire est essentiellement un traitement prothétique et donc que la démarche doit être axée sur ce traitement. Le devoir d'information apparaît comme un élément fondamental dans les procédures récentes. Or, comme chacun le sait, c'est au praticien de faire la preuve qu'il a rempli son devoir d'information. La preuve de l'information va donc, sur un plan pratique, être apportée par plusieurs éléments.

En premier lieu par les notes inscrites sur la fiche médicale du patient lors des consultations précédant la mise en œuvre du traitement. En effet, si deux ou trois rendez-vous sont consignés sur la fiche médicale, on peut légitimement penser que des explications ont été données au patient.

Ensuite, un pan de traitement détaillé, étape par étape avec la durée prévue pour chaque étape est également un élément de preuve. Ce plan de traitement peut comporter plusieurs options thérapeutiques. Il est hautement souhaitable de formaliser le consentement éclairé du patient par un document signé par le patient.

2. Intérêt et maîtrise du soulevé de sinus par voie crestale.

Pendant de nombreuses années, le manque de hauteur sous sinusienne associé à un os de type III ou IV au maxillaire postérieur a été la cause, selon de nombreux auteurs, de taux de succès réduits dans ces zones. Il est actuellement reconnu que le comblement sous sinusien permet favorablement de poser des implants avec un taux de réussite satisfaisant.

Si l'abord chirurgical latéral donne d'excellents résultats, cette technique n'est pas pour autant une méthode sans risque. En effet, il est rapporté par de nombreux auteurs environ 25% de complications, et la connaissance de la physiopathologie des sinus doit être parfaitement connue avant d'aborder cette technique qui est très opératoire dépendant.

L'analyse des cas peut nous permettre de poser des implants dans ces secteurs avec la technique par voie crestale. Décrite en 1994 par Summers, cette technique chirurgicale est fiable et reproductible, avec peu ou pas de complication. La maîtrise de cette chirurgie passe par une méthode stricte respectant certains corollaires.

Après une description précise de cette technique, les indications et les évolutions seront abordées, fruit d'une expérience de 15 années, illustrées par de nombreux cas cliniques.



3. Optimiser l'esthétique en secteur antérieur: quels protocoles pour quelles situations cliniques ?

En présence d'un édentement unitaire antérieur la réhabilitation prothétique à l'aide d'un dispositif fixé pérenne fonctionnellement et esthétiquement reste l'objectif principal.

Dès lors que l'extraction est indiquée, la nécessité de réfléchir à une solution de remplacement s'impose et l'indication d'un traitement implantaire doit être évaluée au même titre que les solutions prothétiques traditionnelles.

Bridge conventionnel ou bridge collé présentent l'avantage d'une réalisation rapide mais n'anticipent pas toujours la perte de substance au niveau du pontique.

A contrario, si l'alternative implantaire apparaît souvent comme l'option la plus économe tissulairement, la réalisation d'une prothèse implantoportée en secteur antérieur peut s'avérer être un véritable challenge. Comment conserver ou rétablir la présence des papilles et l'alignement des collets ?

Dans tous les cas l'alvéole d'extraction de la dent extraite subira des variations de volume.

L'enjeu ici est de limiter ou compenser cette résorption osseuse post extractionnelle et son impact sur l'architecture des tissus mous.

Namur le vendredi 18 novembre 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)
ACINAPOLIS • Rue de la Gare fleurie 16 • 5100 Namur (Jambes)
400 places - Accréditation demandée 40 UA Domaine 6 - Agrément 6 heures
montant de base: 200,-€ - Réductions possibles



Charles MICHEAU

CES de parodontologie et biomatériaux

DU de parodontologie clinique et implantologie Paris VII

Ancien assistant hospitalo-universitaire Paris VII

Enseignant au post-graduate européen de parodontologie Paris VII

Parodontologie pour tous

Michèle RENERS

Dentiste spécialiste en parodontologie

Pratique privée à Liège

Présidente du congrès EuroPerio 2018 à Amsterdam

Maître de stage externe et enseignante à l'Université de Liège

Rédacteur en chef de «l'Information Dentaire»

Conférencière internationale

Membre de la commission de reconnaissance des parodontologues

Past-présidente de la Société Belge de Parodontologie



1. Dépistage des parodontites, comment ne pas passer à côté !

Les signes cliniques des maladies parodontales sont discrets, il convient donc pour éviter de passer à côté de leur diagnostic, de protocoller les anamnèses et les examens cliniques et radiographiques.



Importance du dépistage: poche de 9mm en mésial d'une canine qui ne présente aucun signe extérieur.



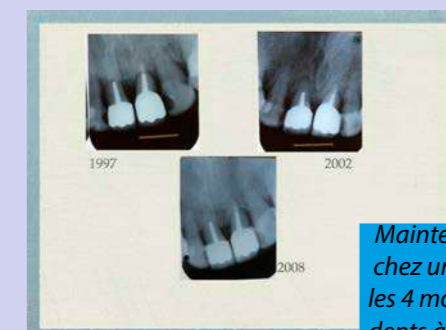
2. Maîtriser les facteurs de risque parodontaux et péri-implantaires: tabac, stress, obésité,...

On connaît l'origine bactérienne des maladies parodontales et péri-implantaires et les traitements qui y sont associés. Par contre les facteurs de risques, tabac, stress, obésité... souvent oubliés d'une prise en charge globale sont essentiels pour obtenir la guérison parodontale : il faut donc les prendre en charge !

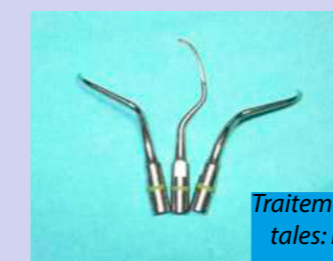


3. Les traitements de l'extrême: jusqu'où peut-on aller pour éviter l'extraction ?

Les implants dentaires ont prouvé leur efficacité. Il n'en reste pas moins qu'ils sont une solution qui présentent des complications sur le long terme. Peut on repousser les indications de l'extraction grâce à des traitements parodontaux performants : oui !!!



Maintenance parodontale chez une patiente vue tous les 4 mois: conservation des dents à un stade avancé de parodontite.



Traitement des maladies parodontales: intérêt des mini-inserts et des aéropolisseurs.

4. Comment améliorer nos traitements ? Des ultrasons aux antimicrobiens.

Les progrès de l'instrumentation ultrasonique ont permis de potentialiser l'efficacité de la thérapeutique parodontale non-chirurgicale et il existe parallèlement des traitements antimicrobiens (antiseptiques et antibiotiques) de plus en plus performants pour nous permettre d'obtenir des traitements reproductibles entre toutes les mains.

Charleroi, le samedi 17 décembre 2016

Charleroi le samedi 17 décembre 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)

CEME • Rue des Français 147 • 6020 Charleroi (Dampremy)

320 places - Accréditation demandée 40 UA Domaine 6 - Agrément 6 heures

montant de base: 200,-€ - Réductions possibles

Restaurations collées non invasives

Composite 3D

fermeture d'un diastème

et effets biomimétiques

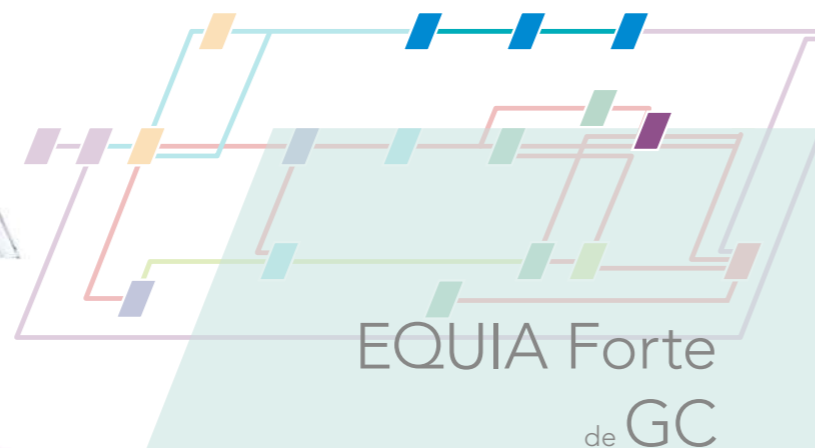
Ulf Krueger-Janson, Francfort-sur-le-Main, Allemagne

Les restaurations collées sont souvent le moyen le plus simple de corriger esthétiquement des positions dentaires déplaisantes. Cette technique est un procédé rapide et simple qui permet de créer des restaurations aux proportions harmonieuses. Ce traitement purement additif est très bien accepté par les patients car il débouche sur une modification rapide et esthétiquement satisfaisante. La technique permettant de créer un profil d'émergence naturel est décrite ci-dessous, étape par étape. Les principaux instruments utilisés sont une clé de positionnement en silicone et une bande-matrice transparente.

La révolution du verre hybride

EQUIA

FORTE



EQUIA Forte
de GC

Le nouveau verre-ionomère
micro hybride.

EQUIA Forte élève le concept éprouvé
EQUIA au niveau supérieur.

Ni conditionneur ni agent de collage
avec sa technologie adhésive intégrée universelle
et sa mouillabilité exceptionnelle.

EQUIA Forte est extrêmement tolérant
et colle à toutes les surfaces même
dans les lésions les plus profondes.

Avec EQUIA Forte Coat agissant comme glasure,
vous obtenez une esthétique excellente
et gagnez du temps sur le polissage.



'GC'

GC EUROPE N.V.
Head Office
Researchpark
Haasrode-Leuven 1240
Interleuvenlaan 33
B-3001 Leuven
Tel. +32.16.74.10.00
Fax. +32.16.40.48.32
info@gceurope.com
http://www.gceurope.com

GC BENELUX B.V.
Edisonbaan 12
NL-3439 MN Nieuwegein
Tel. +31.30.630.85.00
Fax. +31.30.605.59.86
info@benelux.gceurope.com
http://benelux.gceurope.com

Réalisation d'un mock-up pour la visualisation du résultat final et fabrication d'une clé en silicone. Pour obtenir des proportions naturelles, il est nécessaire de préparer une maquette de simulation positionnable en bouche, communément appelée mock-up. À cet effet, on utilise le procédé suivant : une résine composite de teinte dentine opaque est appliquée sur la surface dentaire non conditionnée (sans mordantage et sans adhésif) (Fig. 2). Après la photopolymérisation, il apparaît clairement que le choix de la teinte est approprié ou pas et par conséquent qu'il peut ou non être retenu pour la restauration définitive. Afin de créer des restaurations d'aspect naturel, les rapports de longueur et de largeur doivent être déjà définis dans le mock-up ; les proportions de la dent correspondante peuvent être imitées et corrigées si nécessaire. Finalement, une empreinte du mock-up est réalisée sur la face linguale/palatine (Fig. 3) dans le but d'obtenir un instrument essentiel à la conception que l'on appelle une clé de positionnement en silicone (Fig. 4). Cette clé représente la face palatine du mock-up. Il est donc important de s'assurer que la face palatine, et en particulier, les structures interdentaires, sont modelées selon les critères anatomiques, même pendant la préparation du mock-up. Pour parvenir à un ajustage et un repositionnement plus précis de la clé en silicone en vue de la phase suivante du traitement, le patient doit mordre sur deux rouleaux de coton placés dans le secteur postérieur.

Le patient peut également mordre directement sur la face arrière de la clé en silicone (Fig. 5) pour garantir un meilleur repositionnement. Les zones interdentaires doivent être modelées précisément dans la mesure où elles jouent un rôle important dans la création ultérieure du profil d'émergence. Lors de la vérification du repositionnement parfait de la clé en silicone (Fig. 6), ces structures anatomiques peuvent être réévaluées. La ligne médiane et les contours doivent être nettement visibles.

Pour la préparation de la restauration, les faces vestibulaires et interdentaires des dents sont abrasées à l'aide d'une tête EVA (contre-angle à mouvement oscillant) afin d'augmenter la liaison et d'éliminer les impuretés ou les structures amélaire déminéralisées (Fig. 7). L'utilisation d'une fraise diamantée à grains fins revêtue sur une seule face permet également d'abraser une petite zone sous-gingivale. Cette procédure doit être effectuée sans irritation ou saignement de la gencive. Celle-ci est suivie d'une rétraction de la gencive pour laquelle un cordon rétracteur de taille 0 est privilégié afin d'éviter toute irritation. L'étape suivante consiste à poser une matrice transparente autour de la dent à restaurer (Fig. 8).

La papille distale de la dent 12 est déplacée par application d'une pression. (Fig. 9) Ceci crée ainsi un espace ouvert permettant la formation d'un nouveau profil d'émergence plus large.



Fig. 1 Vue initiale du diastème entre les dents 12 et 13.



Fig. 2 Un composite de teinte dentine AO3 est utilisé pour créer un mock-up qui sert à visualiser le résultat du traitement et de fabriquer une clé en silicone, essentielle à la conception.



Fig. 3 Une empreinte de la face palatine et du bord incisif est prise au moyen d'un matériau en silicone. Le patient mord sur le rouleau de coton placé dans le secteur postérieur.

Le mordançage est réalisé selon les indications du fabricant. Le gel de mordançage est appliqué à l'aide d'une brosse sur les surfaces étroites environnant la matrice afin d'assurer un mordançage optimal de toutes les surfaces. La même technique est utilisée pour l'étape de collage. Après la préparation, la matrice est amenée à la position souhaitée au moyen d'une spatule Heidemann et une première couche de matériau fluide de teinte dentine opaque (G-aërial Universal Flo AO3) est appliquée (Fig. 10). L'embout d'une sonde sert à placer le matériau d'abord sur la face palatine puis dans la région interdentaire. Il est important de veiller à ne pas appliquer une trop grande quantité de matériau afin de permettre la superposition d'une autre couche de composite. Vu que la matrice est maintenue par la clé en silicone, elle peut être amenée dans la position voulue en tirant délicatement avec une paire de précelles. La forme du composite placé dans la région du bord incisif peut être modifiée au moyen d'une sonde. Comme illustré à la Fig. 10, le matériau peut également être adapté dans la région sous-gingivale. La forme primaire du profil d'émergence est à présent terminée. Le matériau qui est ensuite appliqué est une couche de dentine opaque AO3 sous forme de composite en pâte (G-aërial Anterior, GC) qui comble la partie distale de la restauration. La dernière couche de composite est réalisée à l'aide d'un matériau semi-translucide, dans ce cas la teinte émail pour enfant JE Junior Enamel (G-aërial Anterior, GC). Cette couche semi-translucide reproduit la zone translucide blanchâtre, présente dans les parties proximales des dents naturelles. (Fig. 11). Le contour final est maintenant réalisé avec l'outil EVA, et la restauration est polie. (Fig. 12 & 13). Cette procédure permet une transformation atraumatique de la papille interdentaire. Dès la fin du polissage, aucune irritation des tissus peut être détectée.

En ce qui concerne la dent 13, l'élargissement est réalisé au moyen de la même technique. La matrice est de nouveau placée autour de la dent (Fig. 16/17) et fixée avec la clé en silicone. Un matériau fluide est également appliqué sur la zone mésiale et positionné au moyen de la matrice (Fig. 18).



Fig. 5 Un mordu sur la face arrière de la clé en silicone avec les dents antagonistes permet de vérifier le repositionnement correct de la clé.



Fig. 6 Repositionnement de la clé en silicone après retrait du mock-up. L'empreinte des structures interdentaires est nettement visible.



Fig. 7 L'émail est abrassé à l'aide de la tête EVA à mouvement oscillant.



Fig. 8 Une matrice transparente est positionnée dans le sillon gingivo-dentaire et autour de la face palatine de la dent. Le positionnement idéal de la clé en silicone peut être assuré en demandant au patient de mordre dans l'empreinte déjà créée sur la face arrière du silicone. La matrice transparente est poussée dans le sillon gingivo-dentaire et à l'opposé de la face palatine par la clé en silicone sur la dent. La clé en silicone a été adaptée préalablement dans la zone du bord incisif afin de prévenir la déformation de la matrice.



Fig. 4 La face palatine et les structures interdentaires sont clairement visibles sur la clé en silicone.

Après le polissage, la teinte peut être évaluée. Vu que la dent est déshydratée pendant la phase de restauration, la structure dentaire apparaîtra plus claire à la fin du traitement par rapport à une dent naturelle. Le résultat final à 6 semaines (après réhydratation) indique une adaptation satisfaisante de la teinte.

Conclusion:

Grâce à la restauration des bords incisifs de deux dents, les proportions idéales ont pu être recréées. L'élargissement et la fermeture du diastème s'intègrent discrètement dans l'environnement dentaire. Une combinaison de composites fluides et en pâte associée à une technique créative permet à présent une restauration rapide et pratique. Grâce à la meilleure adaptation du composite dans la région sous-gingivale, la technique de matrice a permis la création d'un profil d'émergence d'aspect naturel. Cette approche directe et non invasive (technique du tape – prise en charge esthétique directe) a mené à des résultats rapides et a fait preuve d'une parfaite intégration esthétique.



Fig. 9 Un mordu fixe la clé de positionnement. Une spatule Heidemann permet d'ouvrir la zone.



Fig. 10 Le composite fluide est appliqué et la matrice est amenée dans la position souhaitée au moyen de précelles. Dans la région du bord incisif, le composite est mis en forme à l'aide de l'embout d'une sonde.



Fig. 11 Dernière couche sous forme de teinte émail pour enfant Junior Enamel



avant



après



Fig. 12 . Contourage au moyen des instruments EVA.



Fig. 13 Modelage des structures du bord incisif. Le contour final est maintenant réalisé avec l'instrument EVA, et la restauration est polie. (Fig. 12 et 13) Cette technique permet une transformation atraumatique de la papille interdentaire. Même après le polissage, aucune irritation du tissu ne peut être détectée (Fig. 14 et Fig. 15)..



Fig. 14 La dent a été élargie.



Fig. 15 Proportions naturelles avec un bord incisif distal oblique. La largeur du bord incisif est donc visuellement réduite.



Ulf Krueger-Janson

est vice président de la Société allemande de dentisterie restauratrice et régénératrice. Ulf Krueger-Janson est un membre agréé de la Société européenne de dentisterie esthétique. Il est aussi membre de « Neue Gruppe » et d'autres assemblées d'experts, telles que l'Association allemande de dentisterie esthétique (DGÄZ) et l'Association allemande de dentisterie conservatrice (DGZ). Il compte plus de 15 années d'expérience dans le domaine des systèmes « tout-céramique » et des traitements composites. L'utilisation des nouvelles techniques numériques pour la recherche de solutions et l'élaboration des plans de traitement est actuellement au centre de sa méthodologie dentaire. Il est l'auteur de diverses publications internationales, formateur et conférencier de longue date dans son pays et à l'étranger. Maître de conférences dans le cadre de programmes Master of Science (MSc).

En 2010, il a publié le livre intitulé 3D Composites.

REMERCIEMENTS À GC BENELUX BV

WWW.BENELUX.GCEUROPE.COM

La compétence numérique au service du diagnostic.



VistaPano S, VistaIntra et VistaScan Mini View : la compétence radiographique numérique réunie en un système. Misez sur des solutions complètes, pour une qualité d'image unique ! Les appareils de radiographie et les scanners d'écrans à mémoire de Dür Dental vous garantissent des possibilités de diagnostic optimales, un maximum de confort et une efficacité incomparable. [Plus d'informations sur www.duerrdental.com](http://www.duerrdental.com)

 **DÜRR
DENTAL**
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME



**Ma formation continue me permet de dépasser
mes limites et mes craintes !**

Medicotronix s.a.

Portes Ouvertes les 28 et 29 mai 2016

Horaires :

Le samedi 28 mai de 10h à 18h.

Le dimanche 29 mai de 10h à 18h.

Programme détaillé :

www.medicotronix.be

