

fdi
CONGRÈS MONDIAL
2008

• N° 35 •

Septembre - Octobre 2008

Jod

• Journal d'omnipraticque dentaire •

Implantologie

- LES ACQUIS DES 20 DERNIÈRES ANNÉES
- LES CHALLENGES DES 20 PROCHAINES ANNÉES

Namur Jambes / 8 novembre 2008 / 40 UA

Périodique bimestriel destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire © Collège d'Omnipraticque Dentaire asbl, éd. Agréation P307013 Tirage : 4.200 ex.

STRAUMANN® DENTAL IMPLANT SYSTEM

LE NEC PLUS ULTRA APRÈS LES DENTS NATURELLES



Implants dotés
de la surface
SLActive unique!

VISITEZ NOTRE STAND AU DENTEX ET GAGNEZ DE MAGNIFIQUES LOTS

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS



Édito

Il était une fois les implants

Les recherches fondamentales de Branemark débutèrent, dans la discrétion, dès 1961. Près d'un demi-siècle ! Quatre ans plus tard, l'expérimentation clinique orale fut entreprise, et, jusqu'aux premières communications officielles en 1977, plus de 6.000 implants sur un millier de patients servirent de preuves scientifiques à la réalité de l'ostéointégration, avec des taux de succès étonnants.

Pourtant, c'est seulement à la fin des années 1980 que l'implantologie débarqua enfin dans les écoles dentaires belges. Bien timide au début. Des choix techniques qui se révélèrent par la suite désastreux, une obstination dans des projets rivaux d'allogreffes d'organes dentaires, le flair du potentiel économique de la nouveauté – qu'il convenait peut-être de réserver à quelques uns —, furent autant de mauvaises raisons à un certain obscurantisme vis-à-vis des implants, à tel point que les étudiants furent souvent tenus écartés de la discipline naissante, même de sa théorie.

Fort heureusement, une fois dépassés ces premiers soubresauts, l'implantologie à la belge gagna quand même les auditoires, dans les cursus de base comme en formation continue. Et, assez radicalement, une révolution gagna nos pratiques, jusque dans les fondements mêmes des plans de traitement.

Durant cette mutation, 20 années s'écoulèrent encore. Aujourd'hui, on nous parle surface active, 3D et robotique. Branemark, qui tenait tellement à la validation scientifique avant toute publication, doit sourire, en contemplant la traînée de poudre qu'il a finalement embrasée malgré lui.

Et nous, cliniciens, nous devons faire le point. C'est ce que le COD propose ce samedi 8 novembre à Namur. Le point sur les acquis des 20 dernières années, et le point sur les challenges des 20 prochaines. À ne pas manquer. ■

- La photo > 4
- Prochaines activités > 7
 - Accréditation > 11
Nos peer-reviews 2008
 - Pratique clinique > 12
Le concept de platform-switching et ses implications
- Monde de l'industrie > 24
Galbiati : Bellissima Italia
- Envoyé spécial > 32
La FDI au pays de Branemark
Le système de remboursement des soins dentaires en Suède
- Profession > 43
Nouveaux barèmes pour la stomatologie
- Petites annonces > 44
- Inscriptions > 47

Le Journal d'Omnipratique Dentaire est une publication du Collège d'Omnipratique Dentaire ASBL

Pour nous contacter et pour recevoir gratuitement le JOD :
B.P. 1091 - B 6000 Charleroi 1
Tél. 04 73 41 51 67 (répondeur)
Fax 071 33 38 05
info@cod.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 35 EUR/an
Monde : 60 EUR/an

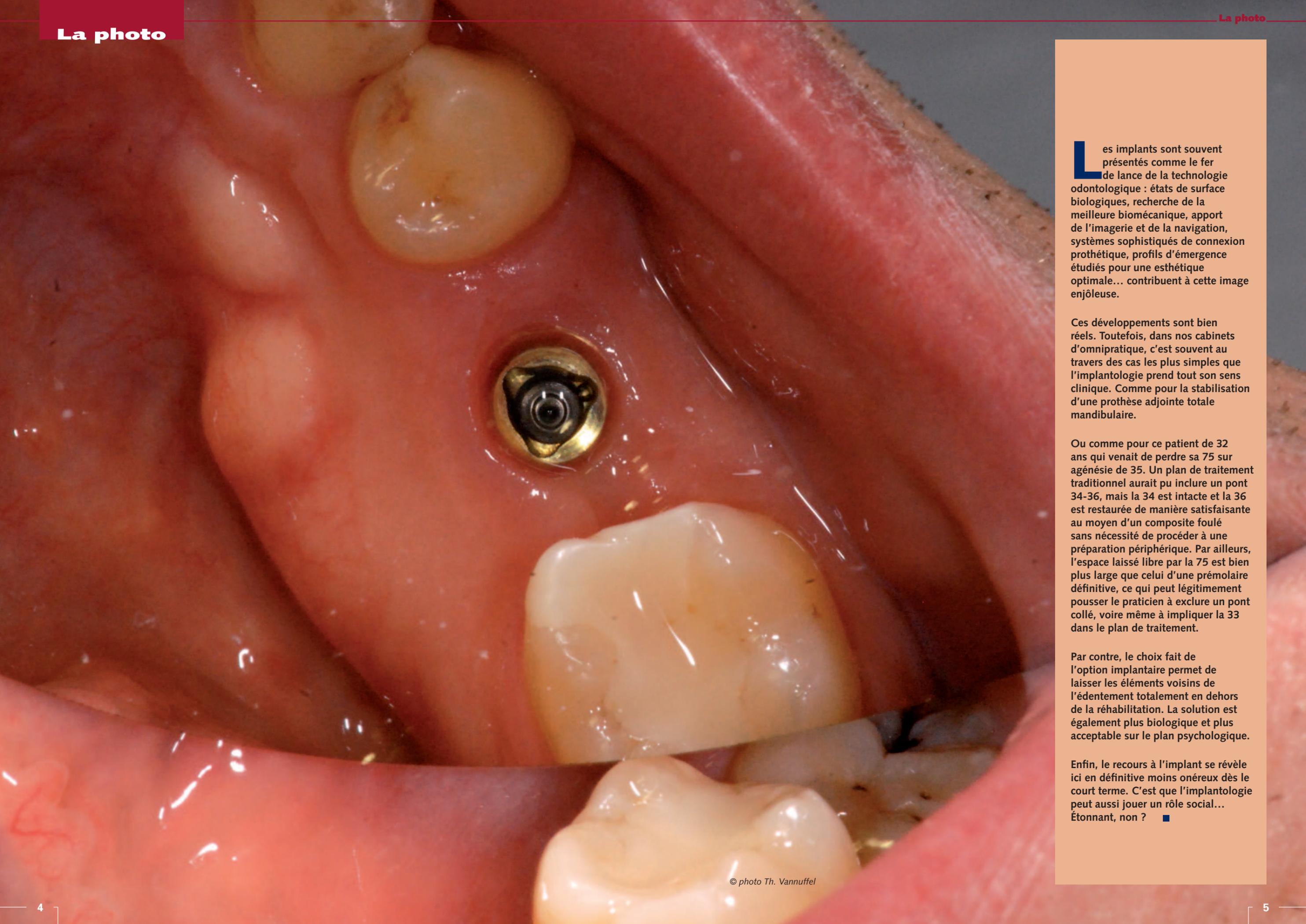
Website : www.cod.be

Infos pour la publicité : 04 73 41 51 67
La publicité paraît sous la responsabilité exclusive des annonceurs
Les noms de marque cités dans les articles constituent des indications pour le lecteur et non de la publicité

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

Éditeur responsable :
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD
28 rue du Moulin Blanc - B 7130 Binche
Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leur auteur

© Copyright
Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, 2008
Reproduction interdite sauf accord



Les implants sont souvent présentés comme le fer de lance de la technologie odontologique : états de surface biologiques, recherche de la meilleure biomécanique, apport de l'imagerie et de la navigation, systèmes sophistiqués de connexion prothétique, profils d'émergence étudiés pour une esthétique optimale... contribuent à cette image enjôleuse.

Ces développements sont bien réels. Toutefois, dans nos cabinets d'omnipratique, c'est souvent au travers des cas les plus simples que l'implantologie prend tout son sens clinique. Comme pour la stabilisation d'une prothèse adjointe totale mandibulaire.

Ou comme pour ce patient de 32 ans qui venait de perdre sa 75 sur agénésie de 35. Un plan de traitement traditionnel aurait pu inclure un pont 34-36, mais la 34 est intacte et la 36 est restaurée de manière satisfaisante au moyen d'un composite foulé sans nécessité de procéder à une préparation périphérique. Par ailleurs, l'espace laissé libre par la 75 est bien plus large que celui d'une prémolaire définitive, ce qui peut légitimement pousser le praticien à exclure un pont collé, voire même à impliquer la 33 dans le plan de traitement.

Par contre, le choix fait de l'option implantaire permet de laisser les éléments voisins de l'édentement totalement en dehors de la réhabilitation. La solution est également plus biologique et plus acceptable sur le plan psychologique.

Enfin, le recours à l'implant se révèle ici en définitive moins onéreux dès le court terme. C'est que l'implantologie peut aussi jouer un rôle social... Étonnant, non ? ■

À l'occasion du 20^e anniversaire de la publication en français de l'ouvrage de Branemark/Zarb/Albrektson « Prothèses ostéo-intégrées »

Implantologie : le point en 2008

Objectifs de ce cours — En 1988 paraissait en langue française l'ouvrage « Prothèses ostéo-intégrées » de Branemark et collaborateurs, dans une traduction de Bunni et Renouard. Les travaux de l'équipe suédoise étaient certes déjà bien connus à ce moment des milieux privilégiés, mais cette publication allait véritablement populariser l'implantologie en Belgique francophone, et en quelque sorte l'imposer aux milieux universitaires jusqu'alors frileux voire réticents.

Vingt ans plus tard, les techniques implantaire se sont révélées dans presque tous les cabinets comme une réponse quasi automatique à l'édentement ou même au délabrement, au point parfois d'éclipser d'autres solutions tout aussi prédictibles. Cette journée a dès lors été conçue pour faire le point.

Le point sur les acquis des 20 dernières années, au cours desquelles les préceptes de Branemark ont subi certaines transgressions. Cela fut-il toujours heureux ?

Le point sur les challenges des 20 prochaines années, au cours desquelles une révolution plutôt qu'une évolution pourrait bien envahir nos catalogues, notamment grâce à l'apport de l'imagerie et de l'informatique. Cela sera-t-il toujours validé ?



Jean-Pierre Ouhayoun

Docteur en Chirurgie Dentaire (Toulouse)
Postgraduate en Parodontologie (Tufts University Boston)
Doctorat d'État (Paris 7)
Professeur des Universités e.r. (Paris 7)
Chercheur en biomatériaux et substituts de greffes osseuses (Lariboisière Saint-Louis)
Exercice libéral et exclusif en Parodontologie et Implantologie

Jean-Louis Roche

Docteur en Chirurgie Dentaire (Nice)
DU d'Implantologie Post-Graduate in Implantology (New York University)
Intervenant dans DU Universités de Dijon, Troyes, Toulouse, Corte, Bordeaux, Nice
Consultant Clinique Europe pour la Navigation Robodent : Hôpital « La Charité » (Berlin) et Centre de technologie MIMED (Munich)
Implantologie exclusive



Fiche technique de ce cours

	Quand ?	Samedi 8 novembre 2008, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
	Où ?	Acinapolis, 16 rue de la Gare Fleurie 5100 Jambes (Namur)
	Disponibilité ?	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	Accréditation ?	OUI : accordée - 20 UA domaine 6 + 20 UA domaine 7
	Agrément ?	OUI : 6 heures
	Combien ?	Montant de base tout compris : 186,- EUR Après 31/10/2008 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) : +100,- EUR
Réductions* ?	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant : 181,- EUR	
*conditions sur www.cod.be	Réduction-fidélité : possible jusque 250,- EUR !	
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	

Organisateur



COD asbl

agréé par l'INAMI sous le n°125



DENTEX
16-18 /10/2008
PALAIS 7
STAND 1206

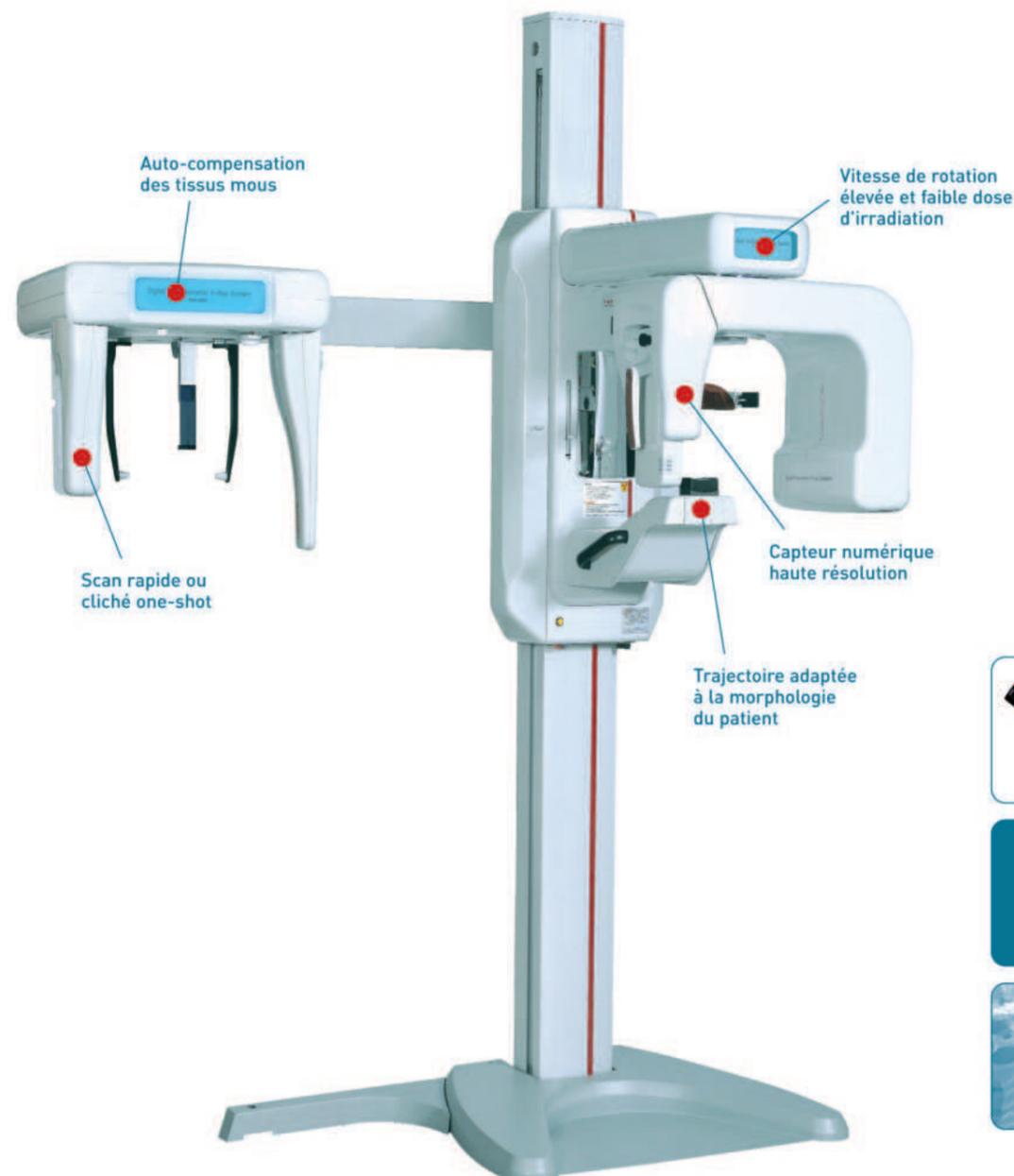


VATECH DIGITALE X-RAY

Pourquoi Mauro vous recommande-t-il ce panoramique numérique?



MAURO ONGARO
0479162 05 55



Auto-compensation des tissus mous

Vitesse de rotation élevée et faible dose d'irradiation

Scan rapide ou cliché one-shot

Capteur numérique haute résolution

Trajectoire adaptée à la morphologie du patient

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

Nous associons l'expérience de nos différents spécialistes à des conseils cohérents et nous suivons votre projet jusque dans le moindre détail. Vous pourrez ainsi exercer votre profession avec minutie - et surtout, en toute sérénité.

Vous souhaitez découvrir notre approche? Dans ce cas, appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition. Notre adresse: Dental Quality, Domaine de Willambroux - Chaussée de Mons 47, 1400 Nivelles - tél.: 067/844 284 - www.dentalquality.be



**QUALITÉ ET SERVICE
POUR L'EXERCICE
DE VOTRE PROFESSION**

DENTAL THEMA DAY

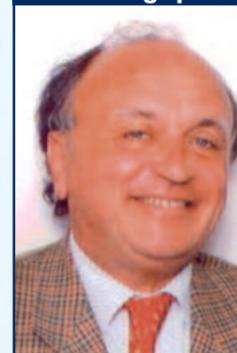
« La dent de sagesse »

JOURNÉE THÉMATIQUE INTERDISCIPLINAIRE

Objectifs de ce cours – La troisième molaire est généralement perçue comme une source d'ennuis par les patients comme par les praticiens. Éruptions problématiques, rapports anatomiques délicats, lien prétendu avec les récives orthodontiques, difficultés d'accès, valeur stratégique minimisée... sont autant de motifs discutables qui amènent à procéder à un nouveau « massacre des innocents ».

Cette journée a dès lors été programmée pour réhabiliter la dent de sagesse aux yeux des professionnels, mais sans occulter les pathologies véritables qu'elle peut provoquer. Au travers de la lentille de cinq spécialistes, qui, chacun dans sa discipline, nous révéleront enfin toute la vérité concernant la « 8 », notre vision de cet organe négligé à tort prendra une dimension nouvelle.

Le point de vue radiologique



Gérard Pasquet

Docteur en Médecine
C.E.S. de Radiologie, option
Radiodiagnostic
Co-auteur de 4
ouvrages en Radiologie
odontostomatologique
Enseignement de l'imagerie
dento-faciale, Facultés de
chirurgie dentaire de Paris 5
et Paris 7

Le point de vue chirurgical



Jacques-Henri Torres

Médecin stomatologiste
Docteur en chirurgie
dentaire
Professeur des Universités
Responsable du
département de Médecine
buccale et chirurgie buccale
à la Faculté d'Odontologie
de Montpellier

Le point de vue orthodontique



Christian Chambas

Docteur en Chirurgie
Dentaire
CES embryologie
CES orthopédie dento-
faciale
Docteur d'Université en
Odontologie Clermont 1
Maître de Conférences
des Universités (Clermont-
Ferrand)

Le point de vue endodontique



Isabelle Barril

Docteur en Chirurgie
Dentaire
CES de Biologie Buccale
CES d'Endodontie et
d'odontologie conservatrice
DEA de Biologie Osseuse
Ancien Assistant à la Faculté
Paris 7

Le point de vue prothétique



Isabelle Fouilloux

Docteur en Chirurgie
Dentaire
Attachée Hospitalo-
Universitaire
Faculté Paris 7
Hôpital Charles Foix
Pratique privée à Alfortville

Fluidité. Fiabilité. Dureté.

Rebilda DC

Composite fluide pour la reconstitution de moignons à durcissement dual

- Fluidité**
Précision du fluage – adaptation parfaite, application facile, petits embouts de mélange
- Fiabilité**
Le système de bonding novateur Futurabond DC pour des restaurations durables et le scellement de pivots radiculaires, faible réaction exothermique
- Dureté**
Excellentes propriétés physiques, durété proche de la dentine pour un meulage facile

Nouveau avec Futurabond DC à durcissement dual

MADE IN GERMANY 100%



VOCO Centre de Service:
Jacques Wouters · GSM 0495 - 22 39 22 · Tél./Fax 081 - 46 16 48
Quentin Montfort · GSM 0475 - 25 51 12 · Tél./Fax 071 - 84 45 38

P.O. Box 767 · 27457 Cuxhaven · Allemagne · Tél. +49 (4721) 719-0 · Fax: +49 (4721) 719-140 · www.voco.com

La recherche scientifique créative

Fiche technique de ce cours

 Organisateur COD asbl agréé par l'INAMI sous le n°125	Quand ?	Samedi 13 décembre 2008, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
	Où ?	CERIA, 1 avenue Émile Gryzon 1070 Anderlecht (Bruxelles)
	Disponibilité ?	840 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	Accréditation ?	OUI : accordée - 10 UA dom. 3 + 10 UA dom. 6 + 20 UA dom. 0
	Agrément ?	OUI : 6 heures
	Combien ?	Montant de base tout compris : 186,- EUR Après 5/12/2008 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) : +100,- EUR
Réductions* ? <small>*conditions sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant : 181,- EUR Réduction-fidélité : possible jusque 250,- EUR !	
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	

Nos peer-reviews 2008

Objectifs de nos peer-reviews — L'objectif premier de nos peer-reviews est de vous offrir le service complet en matière d'accréditation, aussi bien à Bruxelles qu'au centre de la Wallonie. D'ailleurs nous vous garantissons une capacité de pas moins de 680 sessions, ce qui représente l'accréditation de 340 praticiens ! Mais nous voulons aller au-delà sur le plan de la valeur ajoutée : nous vous offrons un véritable débat de profession, dans le respect de l'esprit et de la lettre de ces réunions de Consoeurs et Confrères. Une chaleureuse convivialité se dégage de nos peer-reviews. Demandez à ceux qui sont des habitués : ce n'est pas pour rien s'ils reviennent chaque année !

Cette année, nous vous proposons un thème clinique (« Optimiser l'anesthésie locale ») et un thème sociétal (« Réussir le consentement éclairé ») : de quoi passer 3 heures variées, en apprenant et en échangeant du concret avec ses pairs.

ATTENTION : les inscriptions sont très rapides, et certaines sessions sont complètes ou sur le point de l'être. Alors, sécurisez vite votre participation, car il n'y aura pas de place pour tout le monde !

COMPLET = trop tard



= plus que quelques places, vite !

Détails, adresses et plans d'accès sur www.cod.be

Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl BP 1091, 6000 Charleroi 1 ou par fax au 071 33 38 05
Renseignements complémentaires éventuels au 04 73 41 51 67 ou par mail : info@cod.be

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

ÉCRIRE LISIÈLEMENT EN CAPITALES SVP
 (NOUS NE POUVONS DONNER SUITE À DES BULLETINS ILLISIBLES OU INCOMPLETS)

Ma cotisation 2008 est **gratuite**, et je m'inscris à 2 peer-reviews 2008 du COD selon les modalités suivantes :

- Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités de formation continue COD en 2008 et je bénéficie donc pour mes 2 peer-reviews du montant fidélité 80 EUR
- Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment aux activités de formation continue COD en 2008 et je règle donc pour mes 2 peer-reviews le montant de base 160 EUR

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

Je 16/10 Dentex

Je 18/12 Lamoral

08h30 + 10h15

08h30 + 10h15

12h00 + 13h45

12h00 + 13h45

12h00 + 13h45

- Je verse ce jour le montant de l'inscription 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 montant de l'inscription

N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire sur www.cod.be).

Date : Signature :

Toutes nos prothèses sont réalisées dans notre laboratoire de Bruxelles.

Quand on fait fait un travail comme le nôtre, un travail qui touche vos patients de si près, il n'est pas question pour nous de sous-traiter où que ce soit un travail que vous nous confiez, c'est une question de confiance entre vous, les dentistes, et nous.

C'est une question de contact, de communication et de rapidité d'exécution,

C'est simplement pour que nous puissions vous voir sourire à chaque travail confié.

PROTHETICA
Laboratoire dentaire

Fournisseur de sourires.

02-512 00 62

www.prothetica.com

Implants, attachements, céramique, amovible, squellettiques. Prise et remise gratuites

Le concept de platform-switching et ses implications

L'implantologie moderne a récemment fêté ses 25 ans depuis son introduction par la petite porte du congrès de Toronto en 1982. Depuis lors, l'implantologie est devenue incontournable dans l'élaboration du plan de traitement en dentisterie. Dans certains pays où le patient a la charge intégrale de ses soins dentaires, elle est même entrée en compétition avec le traitement conservateur, endodontique et prothétique, des dents.

L'ancrage osseux des implants dentaires et son mécanisme physiologique semble avoir été bien compris et maîtrisés. C'est d'ailleurs ce qui nous permet de mettre en œuvre, avec succès, de nombreux protocoles de mise en charge immédiate. Cependant notre quête du meilleur résultat esthétique à l'aide de restaurations implanto-portées n'est pas encore arrivée à son terme, loin s'en faut. De nombreuses ombres persistent encore car nous ne savons pas encore anticiper avec suffisamment de précision la réponse des tissus mous. Par voie de conséquence, la maîtrise du

résultat esthétique de nos réhabilitations sur implants nous échappe encore.

Certaines pistes existent, elles portent sur la notion de distance biologique ainsi que sur les rapports complexes qu'entretiennent les tissus mous avec leurs éléments de soutien osseux. L'observation clinique à posteriori d'un phénomène fortuit nous a peut-être livré, sur un plateau d'argent, l'occasion de mettre en œuvre un outil clinique inattendu par sa simplicité : le platform-switching. En quoi consiste-t-il, comment fonctionne-t-il, que peut-on en attendre dans le domaine de l'esthétique et comment l'exploiter ? Tout ceci constitue le thème de ce présent article, tiré du « Manuel d'implantologie clinique, Concepts, protocoles et innovations récentes », Collection JPIO, 2^e édition, récemment édité par les Editions CdP.

> Mithridate DAVARPANA
Serge SZMUKLER-MONCLER
Paul M. KHOURY

L'objet de cet extrait est de décrire le concept de platform-switching, son intérêt, ses implications, quelques cas illustrant son application et ses limitations.

Introduction

Avant de détailler le concept de platform-switching, il est nécessaire de comprendre la problématique sous-jacente et de saisir les questions auxquelles il constitue une réponse.

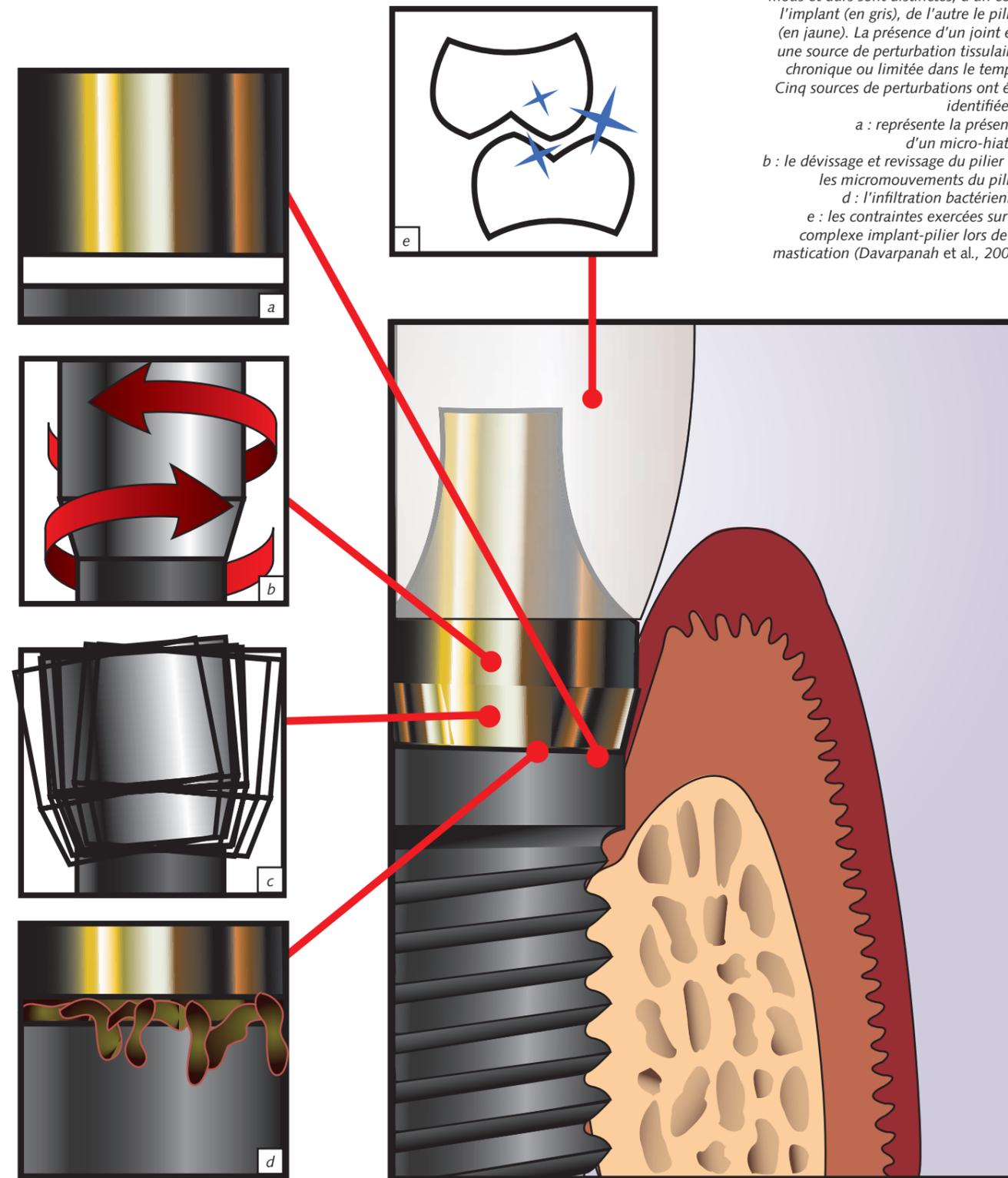
À la suite de plusieurs études cliniques (Tarnow *et al.*, 1992, 2000 et 2003 ; Choquet *et al.*, 2001), il a été acquis que pour marier au mieux implantologie et esthétique, certaines règles devaient être respectées. Ces règles concernent les implants en 2 parties, où tissus durs et tissus mous sont au contact de 2 pièces distinctes, l'implant lui-même et un pilier, temporaire ou définitif (fig.1). Elles ne sont pas nécessairement extrapolables aux implants en 1 pièce de type transgingival. Peu d'informations existent à ce sujet.

Pour aboutir à un résultat esthétique, il est nécessaire de :

- préserver le capital osseux consécutif au placement de l'implant et, surtout, d'éviter une résorption de la table vestibulaire
- préserver la géométrie des papilles et leur volume dans le temps pour les sites post-extractionnels
- recréer des papilles et conserver leur volume dans le temps pour les sites guéris
- préserver un contour gingival préexistant et le maintenir au cours du temps, pour les sites post-extractionnels
- recréer un contour gingival et le maintenir au cours du temps, pour les sites guéris
- préparer un profil d'émergence optimal quel que soit le site

Rapidement, il s'est avéré que pour réussir un traitement esthétique de la zone antérieure, le positionnement des implants devait intégrer des critères ●●●

Fig.1. Implant en 2 parties avec les sources de perturbations tissulaires au joint implant-pilier. Les parties en contact avec les tissus mous et durs sont distinctes, d'un côté l'implant (en gris), de l'autre le pilier (en jaune). La présence d'un joint est une source de perturbation tissulaire, chronique ou limitée dans le temps. Cinq sources de perturbations ont été identifiées :
a : représente la présence d'un micro-hiatus
b : le dévissage et revissage du pilier
c : les micromouvements du pilier
d : l'infiltration bactérienne
e : les contraintes exercées sur le complexe implant-pilier lors de la mastication (Davarpanah *et al.*, 2007)

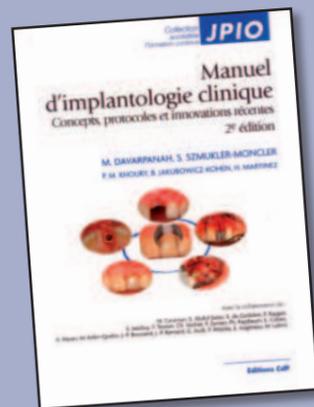


« Manuel d'implantologie clinique, Concepts, protocoles et innovations récentes », 2^e édition

M. DAVARPANA, S. SZMUKLER-MONCLER, P.-M. KHOURY, B. JAKUBOWICZ-KOHN, H. MARTINEZ

Collection JPIO
Editions CdP, 2008

Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.editionsmdp.fr>



••• spécifiques de placement découlant des principes biologiques énoncés ci-dessous.

1. Principe de soutien des tissus mous par un support osseux sous-jacent

Le niveau vertical d'un tissu mou dépend de la présence d'une structure osseuse sous-jacente. Toute récession gingivale est précédée d'une migration apicale de l'os de soutien sous-jacent.

La littérature clinique rapporte l'existence d'une distance maximale entre le niveau de la crête osseuse et le point de contact entre 2 couronnes adjacentes, puis entre 1 dent et 1 implant, enfin entre 2 implants (Tarnow *et al.*, 2003). La fig.2 illustre des mesures réalisées cliniquement entre 2 dents. Quand une distance inférieure ou égale à 5 mm est observée entre le sommet de la papille et de la crête osseuse, la papille est présente dans 100 % des cas. Au fur et à mesure que cette distance augmente, les chances de maintenir une papille s'amoindrissent.

Les distances sont similaires pour les papilles entre 1 dent et 1 implant. Cependant, elles sont beaucoup plus faibles pour les papilles entre 2 implants. Lorsque la distance entre les sommets de la papille et de la crête osseuse interimplantaire est supérieure à 5 mm, la papille est presque systématiquement absente. Elle n'est présente que quand cette distance est de 2 à 4 mm.

2. Principe de la conservation d'un espace biologique

Les implants, tout comme les dents, sont soumis au principe de la conservation d'un espace biologique. Cela signifie que quelles que soient les conditions, la structure de la jonction tissulaire séparant le milieu interne du milieu externe doit être constante. Elle est composée des étages du sceau biologique, en l'occurrence d'une attache épithéliale et d'une attache conjonctive, l'ensemble formant une attache muco-épithéliale d'une épaisseur d'au moins 3 mm quand on rajoute le sulcus.

L'application du principe de la conservation de l'espace biologique signifie que l'os adjacent face à une agression doit être protégé par une structure tissulaire déterminée. Ainsi, si une éfraction, d'origine bactérienne ou mécanique, porte atteinte à la structure de l'attache muco-épithéliale et la réduit à moins de 3 mm, la structure se réorganise et les dimensions originales des 3 composants se reconstituent. Pour mettre en place le « bouclier » de protection contre l'agression, le niveau du contact os-implant le plus coronaire est repoussé en direction apicale jusqu'à ce que les 3 mm de l'espace biologique soient rétablis. C'est ainsi que l'application du principe de conservation de l'espace biologique peut conduire à une lyse osseuse apicale circulaire autour de l'implant sous forme d'une cratérisation.

Quand la lyse osseuse horizontale est étendue en direction vestibulo-palatine, elle peut porter atteinte à la table vestibulaire. Elle sape alors le soutien osseux nécessaire au maintien d'un contour gingival dans sa position antérieure. En direction mésio-distale, une lyse avancée de la crête entre dent et implant ou interimplantaire sape le soutien osseux destiné à la papille. La lyse osseuse est alors suivie d'une récession de la papille.

3. Règles de placement qui découlent de ces principes

La distance à respecter entre 2 implants est supérieure à 3 mm (2 X 1,5 mm). De la sorte, la lyse osseuse s'épuise et le septum osseux interimplantaire peut être préservé. La papille reçoit le support osseux dont elle a besoin. Si la distance entre 2 implants est inférieure à 3 mm (2 X 1,5 mm), le septum osseux interimplantaire est résorbé sur toute sa hauteur. Il ne peut plus assurer de soutien à la papille, cette dernière migre en direction apicale jusqu'à retrouver un soutien osseux suffisant.

La distance à respecter entre 1 implant et 1 dent est supérieure à 1,5 mm.

La distance à respecter entre le bord externe de l'implant et le rebord de la table vestibulaire est supérieure à 2 mm. De la sorte, la lyse osseuse circonférentielle n'atteint pas la corticale vestibulaire, sa limite coronaire n'est pas affectée. L'os assure son rôle de soutien •••

anthos PRIMEUR DENTEX 2008

Nouveau modèle type "R7 Reverse"

SUPER PROMOTION



Special "Dentex Package" à partir de € 289,00 / mois hors TVA *

- "Quick Switch" concept: en un tour de main, de droitier à gaucher
- 2 versions: continental (fouets) et international (pendants)
- Design attractif
- Très compact
- Commandes intuitives

Découvrez cette merveille sur notre stand nr 1416 à DENTEX au demandez des informations au **0800 14 605**



LAMORAL NV
Font St. Landry 7 - 1120 Neder-over-Heembeek
0800 14 605 - www.lamoral.be - dental@lamoral.be

DIVISION OF **ARSEUS DENTAL**
SERVING THE DENTAL PROFESSIONALS

*Conditions de leasing 01/08/08 - 10 ans - sous réserve d'acceptation du dossier

Application du principe de soutien des tissus mous par un support osseux sous-jacent

Fig.2a. Relation entre la distance séparant la crête osseuse et le point de contact entre 2 couronnes de dents adjacentes, correspondant au sommet de la papille (en abscisse) et la fréquence d'apparition d'une papille (en ordonnée). Au fur et à mesure que la distance augmente, les chances d'avoir une papille diminuent. A 9 mm et au-delà, la présence d'une papille n'est plus à espérer

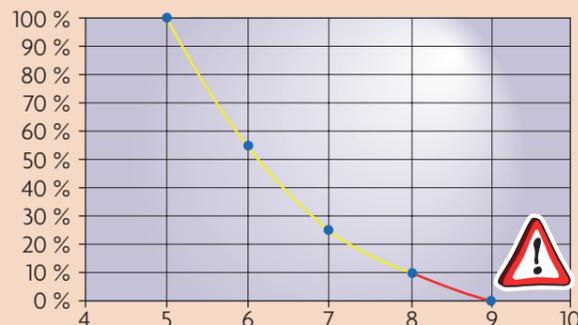
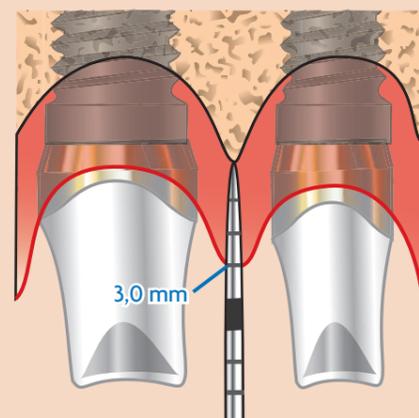


Fig.2b. Schéma de la distance de soutien entre le sommet d'une papille et la crête osseuse sous-jacente inter-implantaire. Dans le cas présent, cette distance est de 3 mm (Davarpanah *et al.*, 2007)



Venez découvrir nos nouveautés
DENTEX 2008 - STAND 405
 16 • 17 • 18 octobre



I-MAX TOUCH

Equipez-vous du 6^{ème} sens
 Interface tactile & intuitive



owandy
 DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE

I-Max Touch

Panoramique numérique



- Ecran tactile intuitif. Vision en temps réel de l'image radiologique et zoom
- Exporter l'image directement sur clé USB
- Intégration 100% compatible dans le logiciel Julie / QuickVision
- Piloter l'appareil en réseau sur tous les postes du cabinet
- Option Ceph avec capteur amovible ou fixe
- CCD Haute Définition
- 12 programmes



SAUVEGARDE INDEPENDANTE
 image acquise sur clé USB

Owandy Benelux

68 Chaussée Bara
 1420 Braine L'Alleud
 Belgique
 Tél : + 32 (0)2 384 30 99
 info-benelux@owandy.com
 www.owandy.com

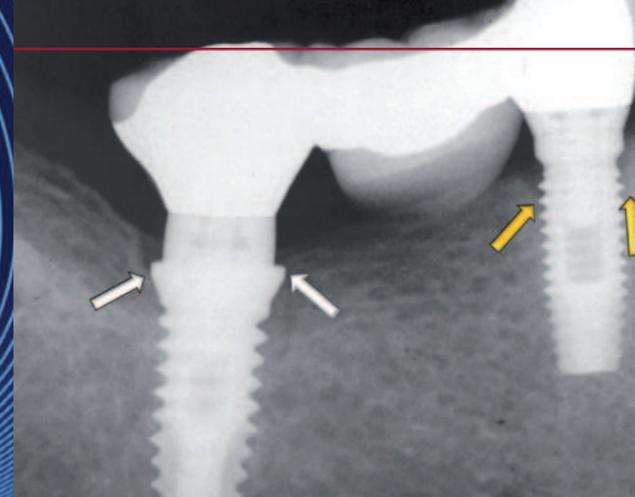


Fig.3. Radiographie rétroalvéolaire au cours d'un contrôle de 4 ans d'une prothèse fixée reposant sur un implant standard et un implant de gros diamètre. L'implant mésial a subi une lyse osseuse jusqu'à la première spire (flèches jaunes). L'implant distal de gros diamètre n'a pas subi de lyse osseuse (flèches blanches). Les piliers des 2 implants ont un diamètre similaire

••• à la gencive marginale, l'esthétique est préservée. Si cette distance est inférieure à 2 mm, la lyse osseuse circonferentielle de 1,5 mm atteint la corticale buccale sur toute son épaisseur. De ce fait, le premier contact os-implant devient plus apical qu'au moment de la pose. Il s'ensuit une récession gingivale d'autant plus importante que la table vestibulaire est fine.

4. Origine de la lyse osseuse jusqu'à la première spire

Durant les premiers mois de la mise en fonction, une lyse verticale atteignant la première spire (fig.3) est observée sur la plupart des implants en 2 pièces. Elle s'étend sur 1 à 1,5 mm sous la forme d'une cratérisation circulaire, avec une composante verticale et horizontale. Considérée jusqu'à présent comme physiologique, elle est susceptible d'induire une récession du niveau des tissus mous qui rend délicate la gestion de l'esthétique.

Les phénomènes à l'origine à cette lyse osseuse sont débattus. Elle provient probablement des agressions déclenchées au niveau du joint implant-pilier (fig.1). Cependant, ces dernières sont nombreuses et le degré d'implication de chacune d'entre elles dans la cratérisation osseuse est encore inconnu.

Les perturbations potentiellement contributrices ont été identifiées. Il s'agit :

- de micro-hiatus à la jonction implant-pilier (micro-gap) (Hermann, 2001)
- d'infiltrat bactérien le long de la jonction implant-pilier (Ericsson *et al.*, 1996 ; Piattelli *et al.*, 2003 ; Broggin *et al.*, 2003)
- de micromouvements du pilier par rapport à l'implant (King, 2002)
- de contraintes liées à la fonction occlusale (Miyata *et al.*, 2002)

Des perturbations transitoires ont aussi été identifiées. Elles sont dues à des manipulations prothétiques répétées (vissage et dévissage du pilier) (Abrahamsson *et al.*, 1997).

Pour certains auteurs, la lyse verticale jusqu'à la première spire est due à la mise en place de l'espace biologique (Wallace, 1994 ; Hermann *et al.*, 1997). D'autres attribuent les lyses osseuses horizontales et verticales observées sur les implants à joint implant-pilier classique à la présence d'une inflammation chronique (Quirynen *et al.*, 1993 ; Persson *et al.*, 1996). L'existence de cette inflammation chronique et limitée du tissu conjonctif est connue depuis longtemps. Elle a été mise en évidence sur un modèle animal expérimental (Ericsson *et al.*, 1996). Les germes qui en sont à l'origine proviendraient de l'intérieur de l'implant après migration le long des interstices délimités par les puits de vissage ou le long des piliers. Ils s'y multiplieraient et migreraient à travers l'interface, non hermétique, implant-pilier (fig.1). La diffusion de cette inflammation occuperait le champ d'une demi-sphère, sur

un rayon de 1 à 1,5 mm (Davarpanah *et al.*, 2007). Elle se traduirait verticalement par une migration osseuse équivalente en direction apicale, jusqu'au niveau de la première spire. Horizontalement, le parcours de l'inflammation intéresserait l'os adjacent à l'implant et se traduirait par une lyse osseuse équivalente.

Concept de platform-switching

Si cette lyse osseuse pouvait être évitée, la gestion de l'esthétique en serait plus aisée. De fait, dans certaines circonstances inattendues, il a été possible de prévenir cette perte osseuse crestale (fig.3).

En 1991, le fabricant d'implants 3i avait mis sur le marché des implants de large diamètre (5 et 6 mm) sans les accompagner de piliers aux diamètres correspondants. De ce fait, certaines restaurations du secteur postérieur de la cavité buccale reposaient sur des implants de 3,75 mm de diamètre ainsi que sur des implants de gros diamètre, de 5 et 6 mm (fig.3). Tous ces implants de différents diamètres étaient connectés à des piliers aux diamètres identiques. On a alors observé qu'autour des implants standard, la lyse osseuse verticale atteignait la première spire, en conformité avec les classiques observations radiologiques (fig.3). Cependant, autour des implants de gros diamètre, le niveau osseux, de manière inattendue, était maintenu à son niveau initial ; la lyse osseuse prévue était absente (fig.3). Pendant longtemps, cette observation n'a été ni interprétée ni exploitée.

Après avoir appris à maîtriser le pronostic de l'ostéo-intégration, la gestion de l'esthétique a recueilli toute l'attention de la communauté scientifique et clinique. On a alors tenté d'éviter ou de minimiser la perte osseuse crestale longtemps considérée comme physiologique. Le maintien fortuit du niveau crestal à son niveau initial a attiré l'attention et a de nouveau été analysé.

On a eu l'idée d'attribuer son origine au retrait de la jonction pilier-implant par rapport au col implantaire. C'est ce décalage entre les diamètres du pilier et du col implantaire qui est appelé platform-switching (fig.4a et c).

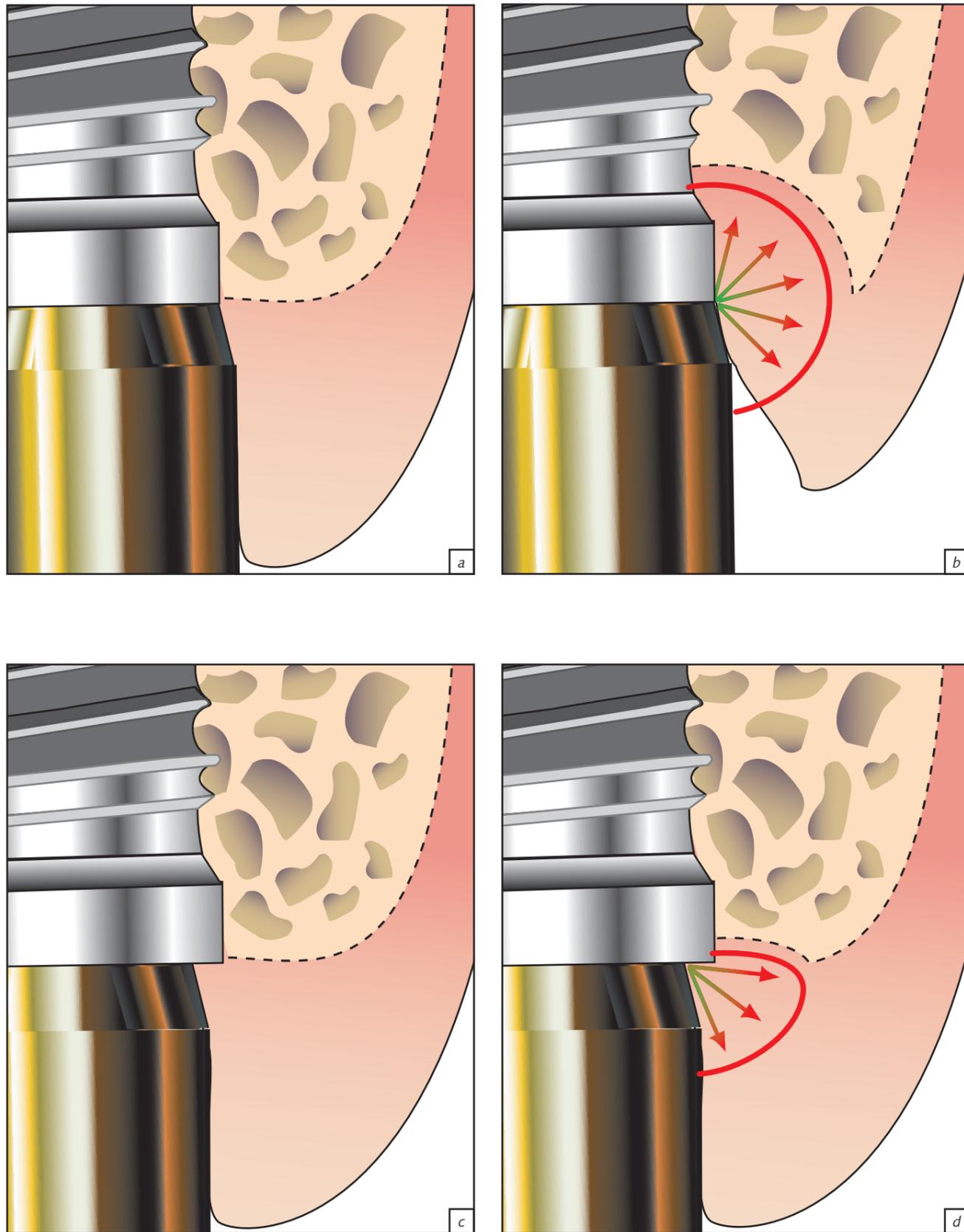


Fig.4. Principe du platform-switching

- a. Joint implant-pilier classique en bout à bout
 b. Réaction possible de diffusion de l'inflammation chronique au joint implant-pilier. La diffusion se ferait selon un rayon de 1 à 1,5 mm, elle entraînerait une lyse verticale et horizontale sous la forme d'une cratérisation
 c. Décalage en retrait du joint implant-pilier ou application du platform-switching. Le diamètre du pilier est plus petit que le col implantaire
 d. Réaction possible de diffusion de l'inflammation chronique lors de l'application du platform-switching. La trajectoire de diffusion serait modifiée par le rebord saillant du col de l'implant. La lyse verticale serait empêchée, la lyse horizontale en serait limitée (Davarpanah et al., 2007)

••• Des cas traités avec et sans le platform-switching ont pu confirmer ce phénomène radiographiquement. Il semble ainsi que :

- pour les implants avec platform-switching, la lyse osseuse verticale est faible, elle se cantonne au col de l'implant ; de même, la lyse horizontale est limitée (fig.3 et 5)
- pour les implants sans platform-switching, la lyse osseuse horizontale et verticale est plus prononcée. La lyse verticale atteint le niveau de la première spire et la lyse horizontale s'étend plus largement autour des implants (fig.3)

Il n'est pas simple d'interpréter ce phénomène ni de formuler un lien entre platform-switching et réaction osseuse verticale car diverses théories s'affrontent pour expliquer l'existence de la lyse crestale jusqu'à la première spire :

- Ceux qui attribuent la lyse verticale jusqu'à la première spire à la mise en place de l'espace biologique expliqueraient que le platform-switching permet à l'espace biologique de se mettre en place le long du retrait implant-pilier. Non projetée sur un axe vertical, la lyse osseuse correspondante est plus limitée et n'atteint pas la première spire ;

- Ceux qui attribuent la lyse osseuse verticale observée sur les implants à joint implant-pilier classique à la présence d'une inflammation chronique (fig.4b) suggèreraient que la fusée inflammatoire chronique est détournée en direction horizontale ou vers le haut (fig.4d). Cette modification de trajectoire se traduirait par la préservation verticale de la crête osseuse et une faible lyse horizontale. De la sorte, le capital osseux, mieux préservé, assurerait un meilleur soutien aux tissus mous au collet ou à la papille ;

- Ceux qui attribuent la lyse osseuse apicale à la présence de micromouvements au niveau du joint implant-pilier avanceraient que lorsque le platform-switching est appliqué, les micromouvements ne sont plus exercés à proximité immédiate de l'os. Il n'a donc pas besoin de se rétracter à distance de la perturbation mécanique, il peut rester au voisinage immédiat du col de l'implant.

Intérêt du platform-switching

Ainsi, ce « simple » déport de pilier par rapport à la tête de l'implant semblerait avoir la propriété d'empêcher l'apparition des lyses osseuses apicale et horizontale observée dans des conditions habituelles.

Quelles qu'en soient les raisons, l'application du principe de platform-switching accompagné de sa perte osseuse limitée offrirait de nouvelles perspectives :

- elle permettrait de revoir à la baisse les distances minimales entre dent et implant et entre implants (fig.6) (Davarpanah et al., 2007)
- les règles de positionnement des implants seraient assouplies
- la gestion de l'esthétique serait simplifiée
- davantage d'implants pourraient être posés pour satisfaire aux critères biomécaniques sans interférer sur les exigences esthétiques, par exemple lors d'une mise en charge immédiate au maxillaire

Implication du platform-switching sur la macrogéométrie implantaire : l'implant Prevail®

1. Caractéristiques de l'implant Prevail®

Après l'identification du concept de platform-switching, un implant ayant intégré ce principe (fig.7a et b) a été mis au point pour mieux répondre aux exigences esthétiques. Récemment introduit sur le marché, cet implant dénommé Prevail® (Biomet 3i) a bénéficié de diverses modifications par rapport à un implant standard :

A. Pour répondre au concept de platform-switching :

- une plateforme évasée a été rajoutée, similaire à celle de l'implant XP (Biomet 3i) lorsqu'une stabilité primaire élevée est recherchée
- d'autres implants sans col évasé ont aussi été développés
- les piliers standard correspondant au diamètre du corps de l'implant ont

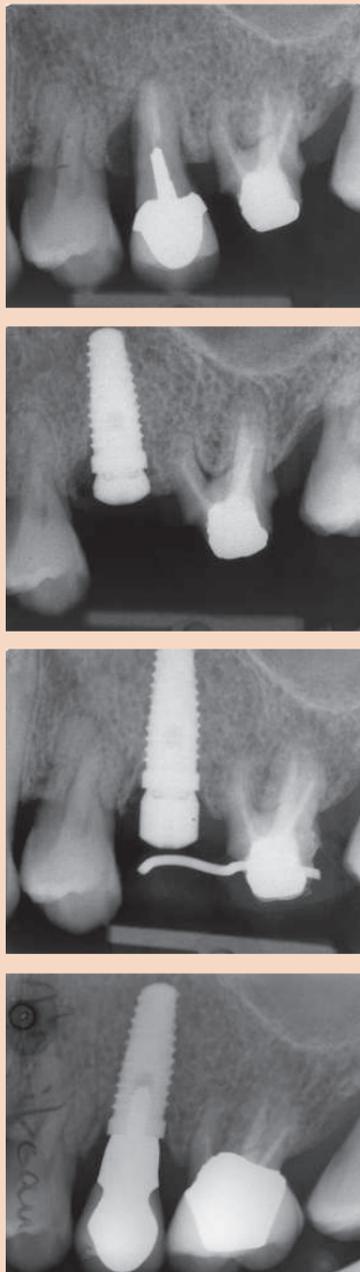


Fig.5. Application du platform-switching pour éviter une lyse verticale atteignant le niveau de la première spire.
 a. Radiographie pré-opératoire. La dent est à extraire.
 b. Radiographie postopératoire. Noter, en mésial, les 2 spires dénuées de contact avec le tissu osseux.
 c. Radiographie durant la cicatrisation. Le pilier a été changé tout en respectant le principe du platform-switching. Noter l'apposition osseuse en direction coronaire ainsi que le maintien du niveau osseux au niveau du col implantaire en distal.
 d. Radiographie de la prothèse définitive. L'application du platform-switching a permis d'éviter une lyse osseuse verticale jusqu'à la première spire.

- un diamètre inférieur de 0,70 mm par rapport au col de l'implant. Le retrait local au niveau du joint implant-pilier est de 0,35 mm (fig.6b)
- un plateau évasé, au lieu d'un plateau à bords parallèles, permet :
 - d'améliorer la stabilité primaire en prenant appui sur la crête osseuse
 - de mieux circonscrire l'alvéole quand l'implant est posé immédiatement après l'extraction
 - une meilleure assise prothétique pour les couronnes larges

B. Pour retenir la crête osseuse à son niveau original :
 Le traitement de surface Osseotite® a été appliqué de l'apex jusqu'au col de l'implant. Il remplace la surface hybride Osseotite® où la surface des 3 spires les plus cervicales est usinée, c'est-à-dire non mordancée.
 Les implants existent dans toute la gamme des diamètres (fig.8a), du plus petit au diamètre de 5 mm. La reconnaissance de leur dimension repose sur 3 chiffres, le premier (A) correspond au diamètre du corps de l'implant, le

second (B) correspond au diamètre le plus large du col, le troisième (C) correspond au diamètre du pilier posé (fig.8b). Toutes les pièces prothétiques sont compatibles avec ce nouveau type d'implant (fig.8c).

2. Avantages de l'implant Prevail®

Il est légitime de se demander quel est l'avantage clinique d'intégrer le concept de platform-switching dans la macrogéométrie d'un implant, alors que son application avec des implants standard est simple et aisée. En effet, il

suffit d'utiliser des piliers de diamètre inférieur au diamètre de l'implant.

Les avantages sont les suivants :

- Le platform-switching peut être appliqué à des implants de 3,25 et de 4 mm de diamètre. Avec les implants standard, cela n'est pas réalisable car seuls les implants de 5 et 6 mm de diamètre peuvent recevoir des piliers de diamètre inférieur. Cet avantage en soi est déjà déterminant.
- Le praticien prothésiste ne doit pas faire l'effort de se souvenir, lors de la commande des pièces prothétiques, que cet implant, d'un code couleur déterminé, doit recevoir un pilier de diamètre inférieur au diamètre de l'implant, doté d'un code couleur différent. Quand l'implant intègre la fonction de platform-switching, le diamètre correspondant est immédiatement déterminé à la lecture du code couleur. Un premier niveau de confusion et d'erreur possibles est évité.
- Les erreurs de communication avec le laboratoire de prothèses (fig.9) sont évitées car le diamètre du pilier correspondant est reconnu grâce au code couleur.
- La séquence de placement correspond à celle des implants standard.
- Les mêmes forets que pour les implants standard sont utilisés.

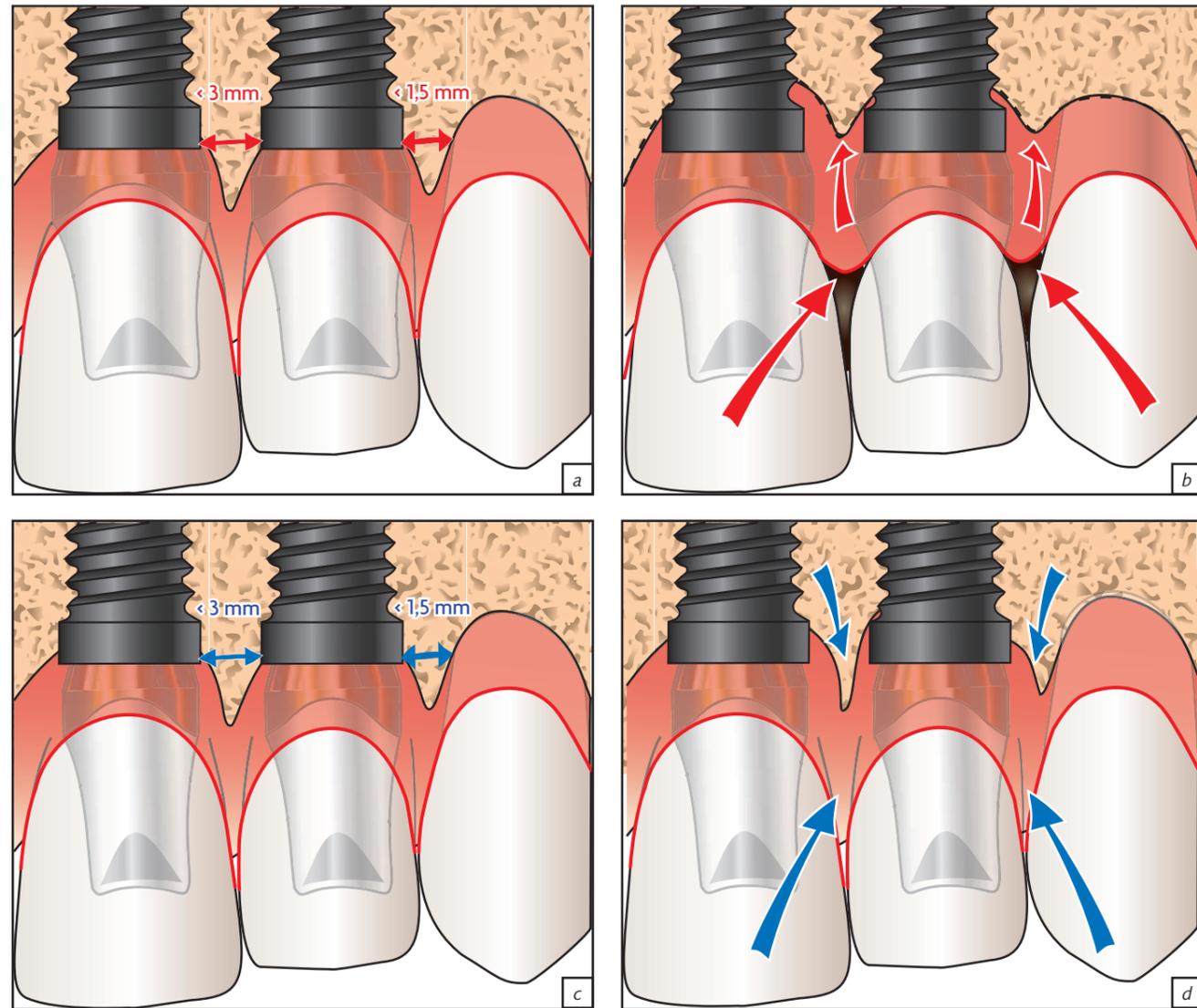


Fig.6. Simplifications éventuelles apportées par l'application du platform-switching dans les règles de positionnement des implants.
 a. Distance interimplantaire inférieure à 3 mm sans application du platform-switching, situation postopératoire. Le niveau osseux est situé au niveau du col implantaire.
 b. Distance interimplantaire inférieure à 3 mm sans application du platform-switching, situation après mise en fonction. La résorption osseuse a lysé la crête interimplantaire (petites flèches rouges) car la distance interimplantaire est inférieure à 3 mm. La papille n'est plus soutenue, une récession prend place à ce niveau (grandes flèches rouges).
 c. Distance interimplantaire inférieure à 3 mm avec application du platform-switching, situation postopératoire. Le niveau osseux est situé au niveau du col implantaire.
 d. Distance interimplantaire inférieure à 3 mm avec application du platform-switching, après mise en fonction. La résorption osseuse est limitée. En dépit d'une distance implantaire inférieure à 3 mm, la crête interimplantaire n'a pas été lysée. Elle peut alors apporter son soutien (petites flèches bleues) à la papille et éviter une récession gingivale à ce niveau (grandes flèches bleues).

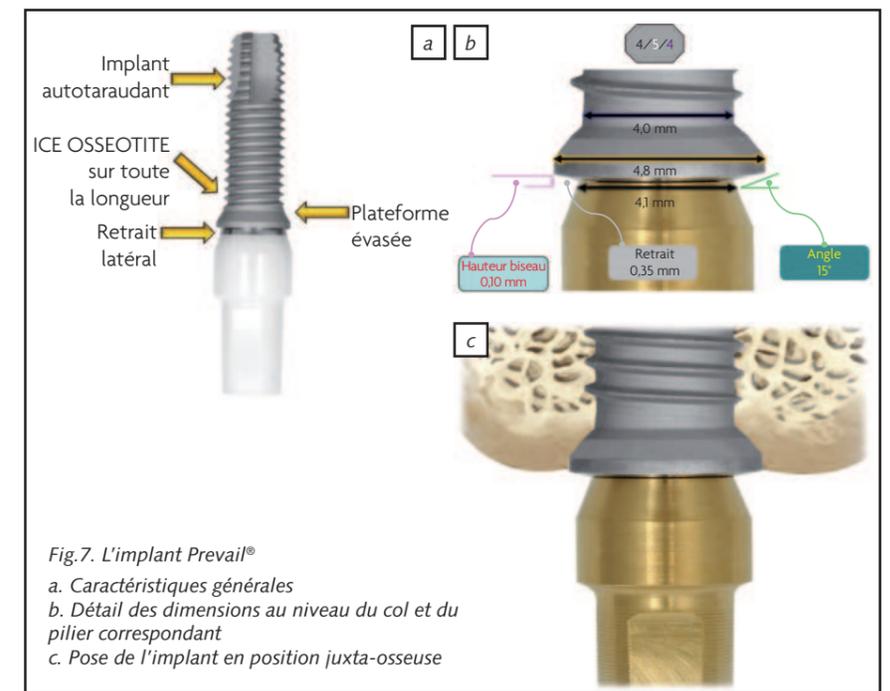


Fig.7. L'implant Prevail®
 a. Caractéristiques générales
 b. Détail des dimensions au niveau du col et du pilier correspondant
 c. Pose de l'implant en position juxta-osseuse

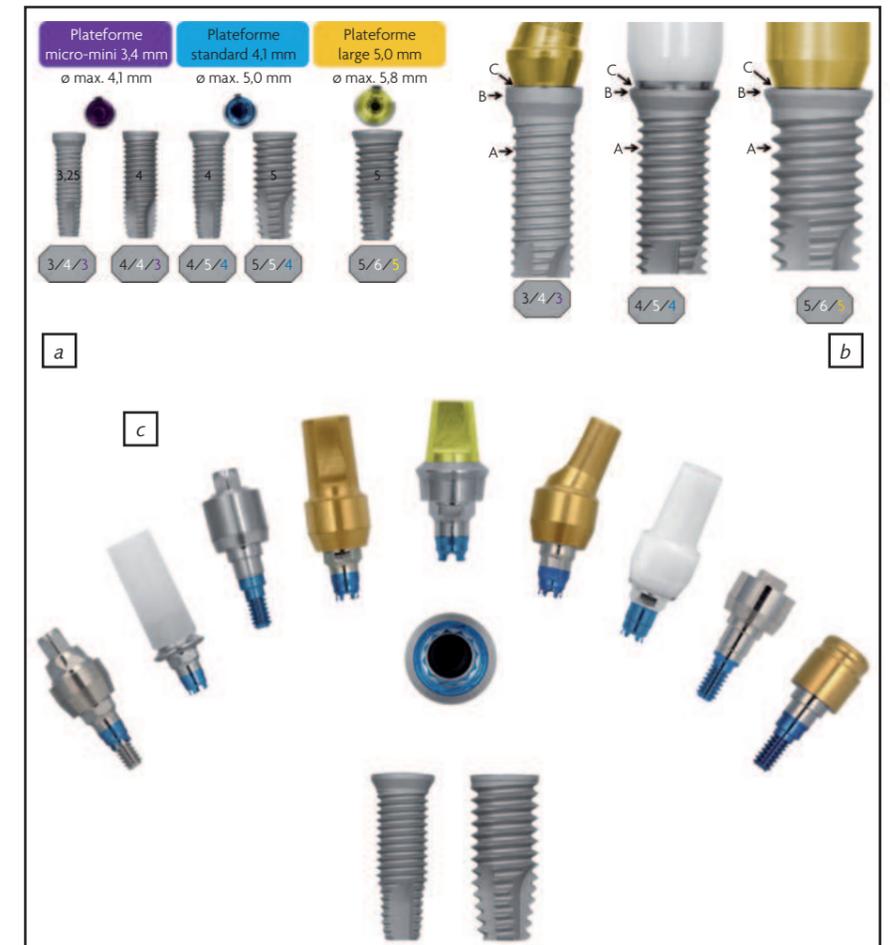


Fig.8. Reconnaissance des dimensions de l'implant Prevail®
 a. Les différents diamètres et leur marquage en dimension.
 b. Attribution des chiffres et localisation de leur dimension. Le chiffre à gauche correspond au corps de l'implant, celui du milieu au diamètre de la plateforme, celui de droite au diamètre du pilier.
 c. Compatibilité des pièces prothétiques avec l'implant Prevail®. Toutes les pièces prothétiques correspondant au diamètre du corps de l'implant sont compatibles avec l'implant Prevail® correspondant à son code de couleur. Le platform-switching est automatiquement obtenu, avec certitude.

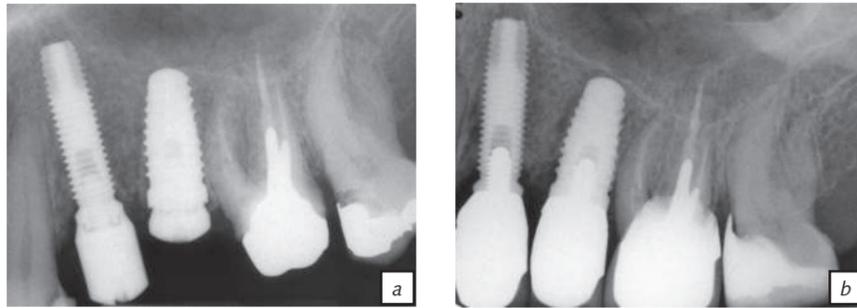


Fig.9. Erreur de communication entre le praticien et le laboratoire dans l'application du platform-switching.

a. Radiographie postopératoire. Un pilier de cicatrisation d'un diamètre moindre est placé sur l'implant en vue d'appliquer le concept de platform-switching.
b. Radiographie de la prothèse finale. Le platform-switching n'a pas été appliqué à la prothèse définitive par suite d'une erreur de communication survenue lors de l'étape du laboratoire. De ce fait, les pertes osseuses sont classiques, elles atteignent le niveau de la première et de la deuxième spire. Noter aussi sur cette radiographie la lyse de la crête interimplantaire entre les 2 implants, alors qu'elle était présente en situation postopératoire.



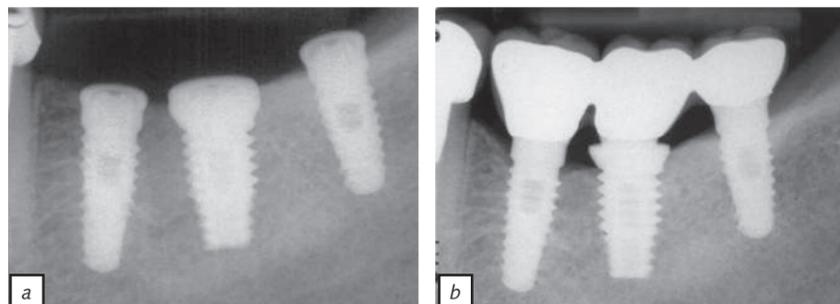
Fig.10. Application du platform-switching lors de la restauration d'un édentement unitaire par une couronne implanto-portée.

a. Radiographie postopératoire. Un pilier de cicatrisation en conformité avec le concept de platform-switching.
b. Radiographie de la prothèse finale. Le platform-switching a permis d'éviter une perte crestale. Les tissus mous sont soutenus et permettent de répondre aux attentes esthétiques du patient.
c. Vue vestibulaire de la couronne définitive. Le contour gingival ainsi que les papilles sont préservés.



Fig.11. Application du platform-switching lors de la restauration d'un édentement postérieur mandibulaire.

a. Radiographie postopératoire. Les implants sont laissés en nourrice. L'implant distal est supra-osseux, les 2 autres sont juxta-osseux.
b. Prothèse définitive. L'implant mésial sans platform-switching a subi la perte osseuse classique jusqu'aux premières spires. L'implant le plus distal, supra-osseux, n'a pas enregistré de perte crestale. L'implant médian, traité en conformité avec le concept de platform-switching, n'a pas perdu d'os sur le côté distal. En revanche, le côté mésial fait état d'une perte crestale classique, attendue. De ce côté, le platform-switching n'a pas été capable de maintenir l'os à son niveau initial comme du côté distal.



ment rapportée durant les premiers mois de mise en fonction.

Remarque : cependant, le seul usage de cet implant ne peut garantir la préservation des niveaux osseux car les paramètres intervenant dans la réaction osseuse sont nombreux. La mauvaise gestion de l'un de ces paramètres peut contrebalancer les effets bénéfiques de la nouvelle géométrie de l'implant (fig.11).

Conclusion

Récemment introduit, le concept de platform-switching est susceptible de modifier de manière profonde les principes de positionnement 3D qui ont jusqu'à présent guidé le praticien dans la quête d'une esthétique optimale. La mise au point d'un implant dont la macrogéométrie intègre ce nouveau concept devrait lui permettre d'assurer une meilleure gestion des tissus mous. Elle passe par l'intermédiaire de la préservation des tissus durs.

Cependant, il faut encore comprendre dans le détail les mécanismes biologiques régulateurs du platform-switching. Cela permettra de gagner systématiquement la bataille de la préservation de la crête osseuse péri-implantaire et, par là, la stabilité des tissus mous à long terme. ■

Bibliographie
sur simple demande
info@cod.be



cmf | restorative system

Nous n'avons jamais été aussi près de la nature!

Exempt de TEGDMA et HEMA

Le système de restauration est composé du cmf adhesive sytem® et du composite els extra low shrinkage®.

Nombreuses études universitaires sur le site www.saremco.ch

Dentex – Stand 801 DENTA

BON pour une seringue «els extra low shrinkage®» GRATUIT – Stand 801 DENTA

(l'action est limitée aux 70 premiers cabinets dentaires qui se présenteront chaque jour)



1 seringue «els extra low shrinkage®» A2 (4 gr.), valeur : 54.30 €

Cabinet dentaire
Nom
Adresse
CP/Lieu
Tél./Fax
E-Mail

Bellissima ITALIA

Continuons nos visites de firmes avec un joyau de l'Italie du Nord !
La société Galbiati, née en 1935 à Milan, est le plus ancien fabricant d'installations dentaires en Italie. C'est à la fin des années 80 que Orazio Baruffini a acquis cette entreprise. Il en est le Directeur général aujourd'hui encore, accompagné de son neveu, Gionata Frigeri, qui assure quant à lui les fonctions de Directeur aux exportations.
L'entreprise compte 27 employés, exporte dans plus de 20 pays en Europe, Russie, Moyen Orient et Asie ; elle a atteint en 2007 un chiffre d'affaires de plus de 6 millions d'euros avec une production annuelle de 550 unités dentaires.

> Pierre GOBBE-MAUDOUX

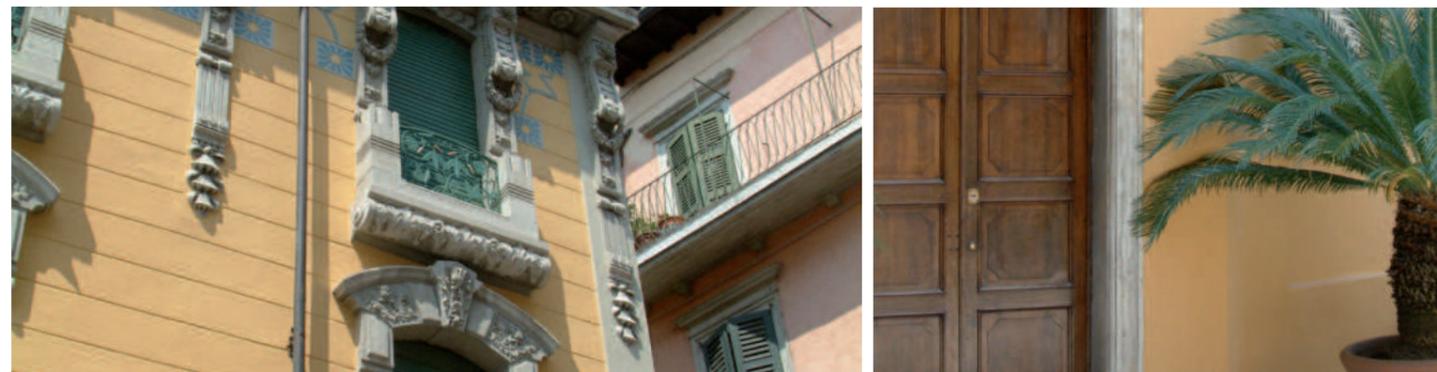
Le nom Galbiati signifie pour un grand nombre d'entre nous la marque d'un fabricant d'installations dentaires. Mais c'est aussi une vaste gamme d'autres équipements : radiologie numérique, meubles, stérilisation... mais encore laserthérapie ou blanchiment. Actuellement, en Italie, Galbiati revendique le titre de « One-Stop-Shop supplier » en équipement dentaire. La gamme permet en effet ce service complet à la clientèle.

Orazio, Gionata et Emilio Galliazzo (responsable informatique et support technique) nous ont présenté, avec beaucoup de fierté, leur entreprise dont le format demeure raisonnable mais qui présente d'énormes qualités et une ambition bien campée : les normes ISO 9001 et 9002 pour la fin de cette année et une croissance de 50% en production d'unités et en chiffre d'affaires pour 2010.

Nos hôtes nous proposent de commencer la visite par leur vaste show-room et

nous découvrons 7 différents modèles d'unités dentaires pour toutes les applications. Détaillons un peu ces diversités :

- La gamme **EGO** et **EGO Tower**, compacte et pratique, offre des consoles très complètes pour praticien et pour assistante, permettant une multitude de réglages tels que les vitesses de rotation ou la programmation du fauteuil. Un équipement multimédia peut évidemment y être associé tout comme un système de désinfection automatique des canules et tuyaux d'aspiration.
- Le modèle **SMART**, plus dépouillé, présente toutefois la possibilité de fournir un spray stérile aux instruments rotatifs.
- La **FOX 2008**, avec son groupe hydrique rotatif facilitant le travail avec une assistante, permet l'utilisation de cinq modules moteurs avec une tablette montée sur un bras à double pantographe pour un confort de travail maximum.



Lac de Garde, villages typiques aux noms ensoleillés, Villa Vittoriale à Gardone Riviera... tel est l'écrin dans lequel les employés de Galbiati peuvent se divertir chaque jour, un peu au Nord de leur lieu de travail

- Les **GIPSY** et **GIPSY Easy** sont des karts mobiles sur quatre roues silencieuses, offrant beaucoup d'ergonomie. Ils permettent également le travail sous liquide désinfectant ou eau distillée pour une multitude d'utilisations. Ajoutons à cela la possibilité de choisir une installation pour gaucher, ou même un modèle « ambidextre »
- Et pour terminer cette description, l'**ORTOFOX** complète la gamme, qui, comme son nom l'indique, s'adresse aux spécialistes en orthodontie

Le confort du praticien sera complété par un tabouret offrant confort maximal, efficacité de premier plan, et respect de la santé physique et du bien-être. Depuis le traditionnel **Easy** jusqu'à l'étonnant **Pluto**, l'offre en assises permet de répondre à toutes les exigences.

Ensuite, Galbiati peut vous fournir les meubles pour équiper votre cabinet, dans une composition infinie de dispositions et de coloris. Les revêtements de tablette ainsi que les vasques sont très variés. Nous avons « flashé » sur la série F-VIP et son plan de travail lumineux. Rappelons aussi le mobilier pour salles de stérilisation, à l'ergonomie parfaitement étudiée, et les meubles mobiles pour la chirurgie ou la vidéo-radiographie.

L'éclairage de votre salle de soins sera idéal avec la gamme Fly Light à 21.600 lumen.

Le client peut compléter son local de stérilisation avec l'autoclave B Plus qui, comme son appellation l'indique, est une machine offrant les cycles de type B, connectable à un ordinateur, pour fournir un rapport précis sur les paramètres de chaque utilisation. Ce matériel est parfaitement complété avec la soudeuse et la gamme complète ●●●

••• de désinfectants et détergents pour nos installations : savons, bactéricides, glutaraldéide, calbénium...

Ajoutons à cet équipement les appareils de radiographies :

- intra-orale avec les RX DC- et AC-View : appareils Haute Fréquence qui garantissent la constance des paramètres d'exposition

- et extra-orale avec les panoramiques I-Max Easy et I-Max Plus, et la céphalométrie I-Max Plus Ceph : tous les avantages de la technologie digitale dans votre cabinet

Et tout cela peut être complété par le capteur Sensor View, le nouveau senseur digital portable à transmission USB 2.0 avec une zone disponible de 600 mm², conforme aux normes CE 93/42.

Tournés sur l'avenir

Nous avons pu découvrir aussi leur moteur de chirurgie et d'implantologie mais aussi la lampe de blanchiment Aladdin®, « sans fil » pendant l'intervention grâce à sa batterie rechargeable. La spécificité de cette dernière tient dans la présence de trois diodes, à gauche, au centre et à droite, qui, chacune, dispose de trois niveaux d'intensité, permettant ainsi un ajustement variable du traitement dans ces trois zones de la bouche. Légère, elle est très maniable avec sa tête pivotant à 270°.

Autres appareils importants et tournés sur l'avenir au sein de la gamme : les G-Laser 6 et 25. Il s'agit d'un système précis et flexible de laser diode dans une pratique dentaire de tous les jours. En chirurgie buccale pour les incisions et la gingivoplastie, souvent sans anesthésie ; en parodontologie pour éliminer les infections parodontales, enlever le tissu de granulation, désensibiliser les surfaces radiculaires et stimuler la régénération tissulaire ; en dentisterie opératoire pour réduire les caries par vitrification et sceller les tubuli dentinaires ; en endodontie pour stériliser les canaux ; en pathologie buccale pour diminuer les symptômes douloureux avec un effet bactéricide et une stimulation biologique ; en esthétique pour corriger les contours gingivaux. Comme vous le lisez, les applications sont variées et multiples.

Le montage des bras articulés des tablettes d'units est confié à des techniciens parfaitement rôdés à ce type de travail

Pour être complets, ajoutons que Galbiati fournit également des compresseurs et des moteurs d'aspiration.

Un dernier coup d'œil à une « spécificité » Galbiati dans le monde dentaire : la Pedana ou BioPostural System est une plateforme d'évaluation posturale répondant aux normes internationales (1985) de diagnostic des troubles posturaux en rapport avec des malocclusions. Cette étude, réservée au départ à des spécialistes en occlusodontie, par sa simplicité d'utilisation et le software qui l'accompagne, offre aux omnipraticiens et aux orthodontistes un protocole de diagnostic et un contrôle par bio-feedback des perturbations posturales en rapport avec l'occlusion du patient.

Ensuite, Fabio Bocchi, superviseur production et responsable Recherche et Développement dans l'organigramme de la société, nous a guidés dans l'atelier de production. Toutes les pièces « standard » pour chaque installation sont montées par des techniciens expérimentés, et qui connaissent parfaitement le travail qui leur est demandé. Une armoire abrite les « modèles » de chaque élément qui peuvent être consultés en cas de nécessité pour les comparer aux parties construites. Cette partie de production s'occupe aussi bien des sièges que des groupes hydriques ou des bras d'éclairage. Déjà à ce stade, différents tests de fonctionnement sont effectués sur tous ces composants. Ensuite vient la zone de « personnalisation » de chaque installation. Une force de cette petite entreprise est de four- •••

Les units passent ici leur examen de conformité ! Durant 24 heures, tout est contrôlé : eau, air, évacuation, électronique, alimentation...



Kodak Dental Systems

DENTEX STAND 1212

Entre la qualité et la perfection, il y a un monde.



Aujourd'hui, ne vous contentez pas d'une qualité standard, exigez la perfection. La dernière génération de systèmes de radiologie numérique Kodak RVG apporte des améliorations majeures en ergonomie, en robustesse, ainsi qu'une fiabilité renforcée des capteurs en offrant toujours la meilleure qualité d'image. En utilisant la gamme de systèmes Kodak RVG, 20 ans d'expérience vous donnent raison.

Testez la différence Kodak, demandez une démonstration au 00800 4567 7654 ou visitez www.kodakdental.com

Capteurs Kodak RVG. Nothing compares*.

Carestream Health

© Carestream Health, Inc., 2008.
"Kodak" et les couleurs Kodak sont des marques déposées de Eastman Kodak Company utilisées sous licence.
RVG est une marque de Carestream Health.

* Incomparables.



MEDICOTRONIX

Une équipe de professionnels à votre service

Votre partenaire en dentisterie vous présente :

Sa gamme **complète GALBIATI** : installations dentaires, mobiliers, tabourets lampe de blanchiments.



Dentex les 16, 17 et 18 octobre 2008

Son programme complet d'appareils d'imagerie dentaire et orthodontique : capteur intra-bucal, scanner phosphore, panoramique 100% digitale, caméra. Matériels de haute technologie dans les meilleures marques (O'wandy, Durr dental).

Sa gamme complète d'appareils **périphériques** dans les meilleures marques : autoclaves, lampes, pièces à mains, détartreurs, implantologie, ...



Dentex Stand 603



... nir finalement des installations « à la carte » pour chaque commande : on complète ainsi l'unité de base avec un deuxième micro-moteur, un détartreur EMS® ou Satelec®, une lampe à polymériser, une seconde seringue air-eau sur la tablette d'assistante etc... Lorsque tout cela est effectué, l'installation passe entre les mains du département *Vérification*, coordonné par Rodolfo Fiameni, en poste chez Galbiati depuis 37 ans ! Autant dire qu'une installation dentaire n'a plus aucun secret pour lui. Pendant 24 heures, les unités sont contrôlés à tous points de vue : eau, air, évacuation, électronique, alimentation... C'est ce service aussi qui effectue les éventuelles corrections, et imprime ensuite le « certificat de conformité » mentionnant modèle et numéro de série de chaque installation.

Fabio nous présente ensuite le département R&D (Recherche et Développement). Nous avons ainsi pu y découvrir le prototype et les dernières mises au point d'une nouvelle plaquette de commande à découvrir très bientôt sur les prochaines installations Galbiati. C'est également dans ce département que sont imaginées et fabriquées les machines de test des différents composants.

Nous poursuivons la visite avec le magasin. Impressionnant ! Plus de 1.500.000 pièces sont ici stockées, non seulement pour assurer la production mais aussi pour fournir en pièces détachées le réseau de distribution : la société Galbiati est son propre vendeur dans la région de Lombardie et a ensuite des dizaines de distributeurs, importateurs et dealers, qu'il faut approvisionner dans les meilleurs délais.

Projets

Et nous terminons par la zone d'expédition où nous découvrons les commandes prêtes à quitter l'usine : installations complètes, meubles, lampes... Tout cela couvre une superficie somme toute réduite mais garantissant un suivi personnalisé à chacun. Il est aussi dans les projets de la société de déménager dans d'autres locaux permettant, outre le show room, de disposer d'une salle de cours dans les domaines aussi variés que le traitement laser, l'ergonomie, la stérilisation ou la posturologie.



Sous le charme du plan de travail lumineux des meubles de la série VIP...

Le Journal d'Omnipratique Dentaire remercie la société Galbiati pour son invitation et l'accueil chaleureux de ses dirigeants. Nous avons pu nous rendre compte du sérieux de cette entreprise se basant sur plus de 75 ans d'expérience mais qui, par un projet ambitieux d'expansion et de certification, peut garantir à ses clients, actuels et à venir, un exercice de leur profession dans les meilleures conditions d'ergonomie et de progrès technologiques, avec une installation simple et fiable, pour un investissement à un prix très concurrentiel. Les objectifs de cette société sont de satisfaire et fidéliser leur clientèle à travers la qualité des produits et du service. ■

En savoir plus

www.galbiati-srl.com

Importateur
pour la Belgique, les Pays-Bas
et le Nord de la France :

Médicotronic SA
Avenue de l'Espérance, 44 à
6220 Fleurus.071/87.78.73
Contact : Grégory De Coster

Pas plus de 80 minutes !

Notre déplacement à l'usine Galbiati a aussi été l'occasion de découvrir sa région d'implantation. Située, pour ainsi dire, dans la périphérie de Milan (à 30 km), cette entreprise est certainement installée dans une région « active » au niveau industriel, aussi bien dans le domaine dentaire que la mode ou le design, pour ne citer que ceux-là.

Mais c'est la région du Lac de Garde, à une centaine de kilomètres de l'usine, qu'Orazio Baruffini avait décidé de nous faire découvrir, en commençant par la petite ville de Salò pour y prendre contact avec le bord du lac en cette merveilleuse journée de fin du mois de juin. L'architecture y est typique et splendide. Le Lac de Garde est un des plus importants d'Italie. A une altitude de 65 mètres, il est entouré de montagnes et sa profondeur atteint en certains endroits 346 mètres. Son climat est particulièrement doux, ce qui a favorisé la croissance de plantes méditerranéennes parmi lesquelles des oliviers et des citronniers.

Le tour du lac, dans le sens des aiguilles d'une montre, nous a permis de découvrir Gargnano, Limone, Riva del Garda, Bar-

dolino... Chaque étape nous a laissé un merveilleux souvenir.

Nous ne pouvons être complets dans cet article sans mentionner la visite à Gardone Riviera de la Villa Vittoriale degli Italiani, l'endroit où Gabriele d'Annunzio a terminé sa vie. Tout dans ce lieu est édifié à la gloire du poète-combattant. La vue sur le lac y est époustouflante, du haut de la tourelle du bateau de guerre installé dans le jardin. Et aucun adjectif n'est assez fort pour qualifier la visite de la villa : un peu comme une impression de Salvatore Dali à l'italienne...

Notre périple nous a permis de faire ainsi, sur une journée, le tour complet du lac. Avec une halte sur le retour à Bergame, dans sa vieille ville et son enceinte du XVI^e siècle, construite sous la domination vénitienne. Située aujourd'hui sur les hauteurs de ce qui est une cité de 116.000 habitants, cette partie de la ville abrite un jardin botanique, et une Faculté de langues et de littératures étrangères parmi les plus prestigieuses.

Et n'oubliez pas que, avec Ryanair, cette splendide région n'est qu'à 80 minutes de la Belgique... ■



CONGRÈS ADF 2008

"L'ESPRIT GUIDE LA MAIN"

DU 25 AU 29 NOVEMBRE 2008 – PALAIS DES CONGRÈS
PLACE DE LA PORTE MAILLOT – 75017 PARIS

POUR DES ÉCHANGES DE PROS ET DES INFOS À DISPO.

160 séances scientifiques
630 conférenciers
350 exposants venus de tous les continents
Des occasions multiples de valider vos crédits
au titre de la formation continue obligatoire.

**PRATIQUE,
RAPIDE, FIABLE :**
L'INSCRIPTION
EN LIGNE SUR
adf.asso.fr

ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE
7 RUE MARIOTTE 75017 PARIS – TÉL. : 01 58 22 17 10 – www.adf.asso.fr

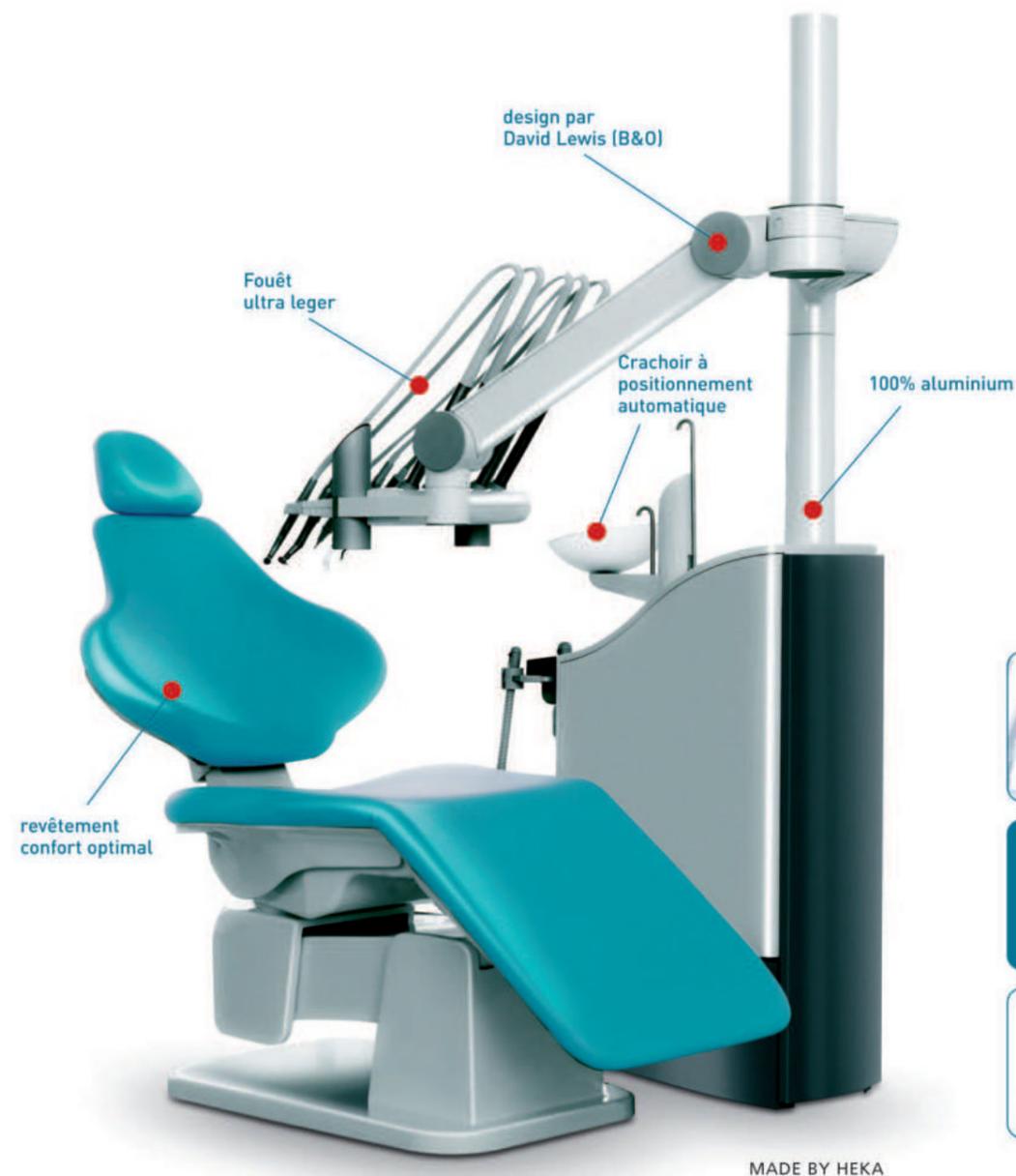
ADF com^xdent
ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE



ROBERT MAES
0478/75 74 88

MAURO ONGARO
0479/62 05 55

Pourquoi Robert et Mauro vous recommandent-ils cette unité dentaire?



DENTEX
16-18 /10/2008
PALAIS 7
STAND 1206



www.rs-communication.be

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

Nous associons l'expérience de nos différents spécialistes à des conseils cohérents et nous suivons votre projet jusque dans le moindre détail. Vous pourrez ainsi exercer votre profession avec minutie - et surtout, en toute sérénité.

Vous souhaitez découvrir notre approche? Dans ce cas, appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition. Notre adresse: Dental Quality, Domaine de Willambroux - Chaussée de Mons 47, 1400 Nivelles - tél.: 067/844 284 - www.dentalquality.be

**Dental
Quality**

QUALITÉ ET SERVICE
POUR L'EXERCICE
DE VOTRE PROFESSION

CONGRÈS MONDIAL 2008

24-27 SEPTEMBRE

STOCKHOLM



La FDI au pays de

BRÅNEMARK



Déjà en 1993, la FDI avait choisi pour destination le jardin de Brånemark, à Göteborg.

Retour en Suède, à Stockholm, pour ce millésime 2008, et quatrième consécration pour la capitale après 1912, 1937 et 1963.

Un congrès 2008 qui fit la part belle aux conférenciers locaux et fut donc bien évidemment très largement consacré à la paro-implantologie.

> Thierry VANNUFFEL

Quelque part au Nord du 55^{ème} parallèle, entre mer Baltique et golfe de Botnie, l'eau glaciale se constelle d'îlots. Plus ils s'enfoncent vers l'Ouest, plus les ferries en provenance de Gdansk, de Riga, de Tallinn ou de Saint-Petersbourg doivent slalomer entre les archipels et se frayer un chenal au travers de passes de plus en plus étroites. Trente kilomètres plus loin, la terre et la forêt ont conquis la majorité de l'espace disponible, et le marin se demande s'il navigue encore sur des bras de mer, ou s'il cabote désormais sur un lacis fluvial.

Là se dresse soudain Stockholm, où, selon la légende empirique, l'eau salée fait place à l'eau douce, et où, en tout cas, se faufile sous les ponts le seul déversoir vers la Baltique du lac Mälaren — et bien au-delà d'une part sérieuse du système hydrographique suédois. Au

milieu de ce fin canal, l'Île de Gamla Stan et sa voisine de Riddar Holmen, au centre de l'actuelle Stockholm, représentèrent durant plus de mille ans tantôt un centre marchand pour les riches mines de Bergslagen, tantôt une place militaire stratégique.

L'Europe du Nord possède son Histoire bien à elle, peu enseignée ailleurs, mais qui n'a rien à envier aux outrages belliqueux et sanguinaires du reste du monde. Car si la Scandinavie s'est rendue tristement célèbre par ses conquêtes méridionales aux accents de pillages, drakkars en tête, c'est surtout entre eux que les peuples qui la composent se sont entretenus au cours des quatre derniers siècles du Moyen-Âge. D'une part, des criminels de droit commun sévissaient en mer, et Birger Jarl est réputé avoir fondé Stockholm pour limiter leurs incursions au sein des terres. Et d'autre part, en dépit de l'Union de Kalmar en

1397, censée pacifier la Scandinavie en rassemblant les trois couronnes, le Danemark, principalement, prit souvent les armes contre sa voisine et alliée du Nord, jusqu'à ce qu'un jeune nobliau, Gustav Eriksson, ne rétablisse durablement la souveraineté suédoise et se fasse couronner sous le nom de Gustav Ier Vasa, le 6 juin 1523, date perpétuée aujourd'hui encore dans les mémoires par la Fête nationale.

C'est alors que la Suède s'engagea sur le chemin menant au statut de grande puissance, et ce fut bien son tour, sous l'ère gustavienne, de mener des campagnes hégémoniques pour faire de la Baltique une nouvelle Mare Nostrum : Danemark, Pays baltes, Pologne et même Nord de la Prusse tombèrent dans son escarcelle. Mais face à la grande Russie, une défaite signa la fin de la suprématie suédoise en 1709. Une évolution que les historiens d'aujourd'hui

considèrent positive, car elle permit à la Suède, à peine dix ans plus tard, d'entamer une ère de démocratie parlementaire qui se poursuit jusqu'à ce jour, en dépit de quelques parenthèses comme le coup d'État du Roi Gustave III et l'entraînement du Royaume dans les guerres napoléoniennes. La Suède se développa alors considérablement, dès 1720 et jusque nos jours, dans les domaines culturels et scientifiques. Comment ne pas citer l'émergence de savants tels Carl von Linné ou Alfred Nobel ?

Non alignement

Au début du XX^{ème} siècle, la Suède parvint, vaille que vaille, à préserver sa prospérité agricole et industrielle en tissant des liens de bon voisinage avec tous les pays européens, allant jusqu'à déclarer sa neutralité au cours des deux conflits planétaires, ainsi que durant

toute la guerre froide, neutralité à laquelle elle ne renonça, après l'effondrement du bloc soviétique, que par son adhésion à l'Union Européenne en 1995 — et encore, à ses conditions, puisque l'adoption de la monnaie unique n'est plus à l'ordre du jour depuis qu'un référendum a balayé cette opportunité, pourtant soutenue par la plupart des partis politiques !

Néanmoins, en jonglant de la sorte sur la vague du non alignement, en tirant aussi les leçons de son Histoire, la Suède est parvenue aujourd'hui à se hisser parmi les nations les plus respectées au niveau mondial dans les dossiers relatifs à la sauvegarde de l'environnement, aux énergies renouvelables, à la validité des suffrages universels, et aux droits de l'homme. C'est même devenu une marque de fabrique suédoise, au même rang que Volvo, Ikea, H&M, Electrolux, Ericsson ou Krisprolls ! ●●●

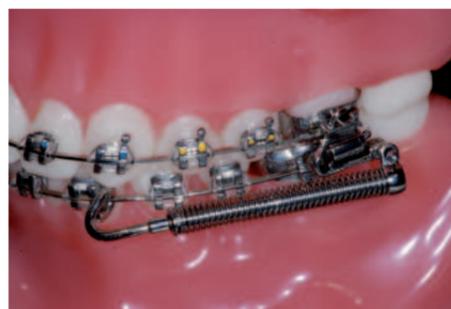
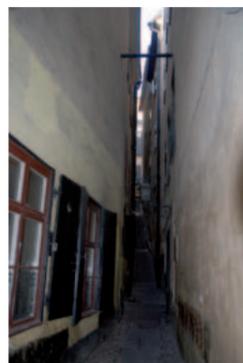
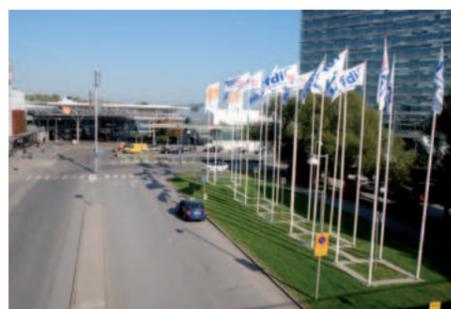
••• État providence

Tout le passé du pays — ses guerres, ses misères, ses luttes de classes, mais aussi son formidable élan intellectuel et économique — est profondément ancré dans l'inconscient collectif suédois. À tel point que, dès 1936, une nouvelle coalition posa les fondements d'un État-providence aux accents bis-marckiens où des prélèvements importants sont la contrepartie de prestations sociales généreuses. Grâce au parapluie de la neutralité, grâce aussi au développement d'industries à forte valeur ajoutée et au succès mondial, la Suède a pu assurer, jusqu'au début des années 90, la croissance nécessaire au financement de sa très coûteuse politique sociale. Depuis lors, comme dans bien des pays, une pression existe en Suède pour un certain retour à plus de libéralisme, notamment face au dumping social des pays émergents, qu'il est devenu impossible de concurrencer. Une remise en cause des bienfaits de l'État-providence existe aussi du fait que le travail n'est plus suffisamment valorisé par rapport aux allocations — une chanson déjà souvent entendue ailleurs —, et par le constat que les laissés pour compte sont finalement nombreux, en dépit du système de redistribution le plus avancé au monde.

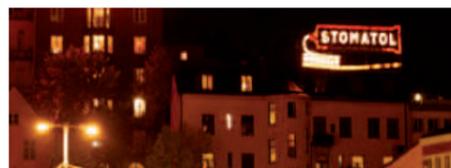
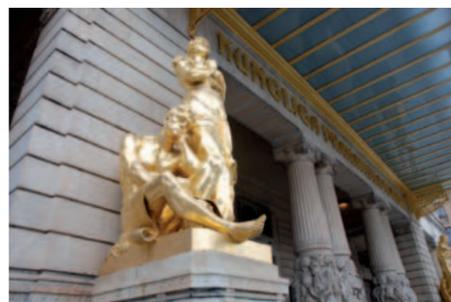
Exemple saisissant de cette relative faillite sociale, le nombre de SDF est extrêmement élevé en Suède : plus de 16.000 personnes sont recensées sans domicile fixe, ce qui représente un taux de 17,8 par 10.000 habitants. Un tiers de ces individus vivent dans les parcs et les caves désaffectées des grandes villes : 3.863 à Stockholm, 2.620 à Göteborg et 945 à Malmö. Et la situation n'est pas en passe de s'améliorer, entre autres pour des raisons... administratives. Le SDF doit en effet traiter avec pas moins de 30 services différents de la fonction publique, s'occupant chacun d'une petite pièce du puzzle, avant de former l'espoir de retrouver sa dignité — démarche ubuesque que bien peu de ces gens précarisés sont en mesure d'accomplir. L'administration sociale suédoise n'a donc pas encore intégré la notion de guichet unique.

Pour un pays à la grande tradition d'immigration, une particularité réside

aussi dans le fait que la grande majorité des SDF est de souche suédoise. Parmi ceux-ci, 16% souffrent de problèmes de santé non traités, 33% présentent une maladie mentale, et 63% sont dépendants à l'alcool ou aux drogues.



D'ailleurs, de manière générale dans la population suédoise, le taux d'addiction est élevé. Un million de résidents (sur un total de 8,92 millions) reçoivent sur base régulière des prescriptions anxiolytiques, dont 250.000 y sont



dépendants. Trente mille suédois sont même dépendants aux injections de narcotiques. On considère aussi que, pour 12% de la population, le premier contact avec l'alcool ou la drogue intervient entre le dixième et le quatorzième

anniversaire. Tout n'est donc pas rose au paradis social.

Autosuggestion

Cependant, en Suède, la méthode Coué fonctionne à plein régime, et on comp-

te sur l'effet d'entraînement de l'indéniable image positive sur la scène internationale pour encore aller de l'avant en matière de croissance. Stockholm s'est ainsi autoproclamée « Capitale de la Scandinavie ». Et ça marche : •••

SESSION SCIENTIFIQUE

Implants : hier, aujourd'hui et demain

Tomas Albrektsson

À partir de 1940, les dentistes ont tenté d'implanter leurs patients dans les tissus mous. L'échec était systématique. Cela n'empêcha pas certains auteurs, comme Collins (1954) de déclarer : « Les implants ne s'incorporent jamais dans l'os ». Une réaction fibreuse de l'os était en effet mise en avant. De plus, l'implantologie naissante souffrait d'un problème d'évaluation du succès : basées sur des rappels téléphoniques peu suivis, les tentatives dans ce sens ne jouissaient d'aucune crédibilité.

Lorsque Branemark et ses collaborateurs (au rang desquels figurait le jeune Tomas Albrektsson, ndlr) firent leurs premières évaluations à 5 ans, c'est donc dans un contexte très difficile qu'ils s'attaquèrent à la question. Ils souffrirent également d'une faible acceptation professionnelle dentaire, car eux-mêmes étaient des médecins sans formation particulière en odontologie.

La reconnaissance officielle en Suède intervint en 1977, car à ce moment, le concept d'ostéointégration était prouvé. Pourtant, aujourd'hui encore, Branemark et ses collaborateurs ne considèrent pas que l'ostéointégration est une preuve de succès ; elle est « simplement » la clé du succès.

L'an 1982 vit l'introduction des implants ostéointégrés sur la scène internationale, lors d'une présentation historique à Toronto. George Zarb, de l'Université de Toronto, avait en effet pu reproduire à partir de 1978 les expérimentations préalables de Branemark, et il usa de toute son influence, qui était copieuse, pour imposer cette nouvelle science. Cette année-là, la production d'implants par la firme NobelPharma fut multipliée par quatre. Et aujourd'hui, le chiffre d'affaires des deux principales firmes d'implants en Suède (NobelBiocare et AstraTech) flirte avec les 700 millions d'euros.

L'an 1982 n'est seulement un tournant économique pour les implants ad modum Branemark, c'est aussi l'année où existe un solide « state of the art » de la discipline, fondé sur :

1. La biocompatibilité, basée sur le titane
2. Le design, en forme de taraud
3. L'état de surface, dit « plasma sprayed »
4. Les capacités de l'hôte, réputé en bonne santé générale
5. La technique chirurgicale avec lambeau
6. La mise en charge différée

Depuis, on a sans cesse tenté de remettre en cause ces préceptes.

Certaines évolutions se révélèrent favorables, notamment :

1. La biocompatibilité représente désormais plus un concept général que l'utilisation du seul titane. On sait aujourd'hui qu'elle est accomplie aussi avec l'hydroxyapatite ultrafine, le niobium et les alliages de titane.
2. Le design taraudé reste le gold standard, mais le pas de vis idéal reste à définir.
3. L'état de surface idéal est désormais appelé « minimalement rugueux », ce qui signifie une rugosité inférieure à un demi-micron. Des innovations tels les nonopits pourraient être utiles, même si la preuve manque encore.
4. L'importance de l'hôte demeure, même si les contre-indications formelles se sont concentrées sur l'extrême faiblesse de la hauteur osseuse, l'irradiation du site et l'ostéoporose.
5. L'évolution de la chirurgie a montré des possibilités avec la technique sans lambeau.
6. On a obtenu des résultats satisfaisants avec la mise en charge immédiate, même si la prédictibilité est alors inférieure à la technique en deux temps.

Malheureusement, d'autres évolutions prirent de mauvaises directions :

- L'implant Frialit-1 de Tübingen, à base d'oxyde d'aluminium, présenta des fractures au point de disparaître du marché et d'entraîner avec lui la firme japonaise fabriquant la matière première.
- L'implant ajouré Corevent prouva de bons résultats en ostéointégration, mais les pertes de niveau osseux furent très importantes.
- L'implant IMZ, dénué de pas de vis, subit la même évolution, atteignant 13% de succès seulement à 10 ans.
- De manière générale, les couvertures en hydroxyapatite (non ultrafine) se révélèrent non adhérentes aux implants qui en étaient parés.

Tomas Albrektsson se demande si nous avons appris de ces échecs, et, en voyant la situation actuelle du marché, il doit répondre par la négative.

Il semble qu'aujourd'hui, l'industrie combine des évolutions qui ont montré leurs limites, ce qui mène à des résultats désastreux. Le manque de recul et de littérature est de plus en plus cruel. La conclusion de Tomas Albrektsson est que l'on ne peut se fier à une firme aujourd'hui sur base de ses résultats du passé (une idée connue dans le monde financier, ndlr). La raison de cet état de fait est que les décisions managérielles l'emportent souvent : on peut facilement changer un directeur, et toute la stratégie de recherche et de phasage de la mise sur le marché en est modifiée !

De plus, Tomas Albrektsson regrette que les firmes usurpent désormais la diffusion de la connaissance en organisant des tournées mondiales comme s'il s'agissait de concerts pop (sic). Les règles de la mode avec ses collections de printemps ou d'automne envahissent l'industrie implantaire, le plus souvent sans fondement scientifique (re-sic).

Dès lors, tous les implants fabriqués aujourd'hui sont-ils risqués ?

Selon Albrektsson, certains modèles sont parfaitement dignes de confiance. Il cite de manière non exhaustive Ti-Unite, SLA, Osseotite 3i, Astra TioBlast...

Mais, selon lui, les dentistes achètent trop vite les implants nouvellement mis sur le marché. En 2007, deux millions d'implants ont été placés par 60.000 dentistes américains, le plus souvent des omnipraticiens. Les pays européens ne sont pas en reste : la Belgique par exemple se situe en cinquième position mondiale du placement d'implants relativement à la population.

En conclusion, Tomas Albrektsson plaide pour qu'un système indépendant de mesure du taux de succès soit mis en place ; en effet, il est actuellement trop facile de camoufler des échecs.

Le CSR (Cumulative Survival Rate) tel qu'utilisé aujourd'hui est insignifiant car il ne tient pas compte, notamment, de la perte osseuse. Albrektsson suggère à tout le moins la technique de mesure du « worst case », qui est le critère de la Food & Drug Administration américaine. L'avantage d'une évolution dans ce sens serait la reproductibilité et la lisibilité par les cliniciens. ■

••• en 2007, trois millions de personnes sont passées par la métropole suédoise, totalisant un record de plus de neuf millions de nuitées. Les efforts des Autorités municipales sont importants en termes d'infrastructures, avec notamment une intermodalité réelle entre les différents moyens de transports publics, où le billet unique est une réalité appréciée. Les musées variés, les centres commerciaux à l'abri des rigueurs climatiques, le romantisme de l'architecture baroque, l'équipement hôtelier et événementiel sont autant d'incitants pour les organisateurs internationaux.

Rien d'étonnant dès lors à y retrouver de temps à autre le congrès de la FDI. Celui concocté en 2008 par le Comité local, sous la présidence de Roland Svensson, avec une brochette bigarrée de prolifiques auteurs suédois et de conférenciers internationaux de premier ordre, n'a évidemment pas déçu. Sous le titre générique « Pioneering prevention », ce rassemblement mondial a tout naturellement fait l'éloge de la prophylaxie et, à l'autre bout de la chaîne dentaire, de l'implantologie sous tous les angles. Trois journées et demi de sessions scientifiques, 175 conférenciers sans compter les communications libres ni les posters, plus de 300 exposants... avec de tels ingrédients, la recette ne pouvait être que réussie.

Légère déception peut-être : une seule séance consacrée à l'endodontie, comme si la prévention supprimait (presque) les pathologies pulpaires et comme si l'implantologie représentait

Un Belge à la rescousse



Venu à Stockholm en appui de ses collègues locaux, le très polyglotte et néanmoins Belge Jérôme Vrijens (GSK) : " Que ne ferait-on pour le ProGlasur ? "

SESSION SCIENTIFIQUE Péri-implantite : diagnostic et prévalence

Tord Berglundh

Il faut bien distinguer gingivite péri-implantaire et péri-implantite, qui sont deux affections distinctes constituant ensemble les « maladies péri-implantaires ». Une analogie peut être établie avec les maladies parodontales, puisque la gingivite péri-implantaire se rapproche de la gingivite induite par la plaque, et la péri-implantite s'apparente aux parodontopathies.

Il existe toutefois une différence importante entre ces deux dernières entités au niveau biologique. En effet, dans le cas d'une péri-implantite, le biofilm infectieux est directement mis en contact avec l'os alvéolaire, ce qui donne un aspect plus malin à cette dernière.

Le diagnostic différentiel s'établit comme suit :

- Gingivite péri-implantaire : érythème, œdème, parfois saignement au sondage
- Péri-implantite : poches, souvent suppuration, toujours perte osseuse et saignement au sondage

La plupart des cliniciens s'y intéressent parce qu'ils ont peur de perdre les implants concernés. Or, ce motif mécaniste et économique n'est pas le bon, car la perte réelle des implants peut ne survenir qu'après un nombre important d'années. Un motif plus opportun d'intérêt est le fait qu'il s'agit d'une maladie infectieuse du milieu buccal.

Facteurs de risque

- La susceptibilité individuelle à la maladie parodontale
- La surface implantaire : rugosité, modifications avec le temps
- La qualité de la prothèse

la panacée dans tous les cas de délabrements traumatologiques ! Une position assez... radicale, qui trace son chemin dans l'odontologie du XXIème siècle, sans pour autant faire l'unanimité.

La FDI a l'habitude, non sans raison, de présenter son événement annuel mondial comme l'occasion de rencontrer des collègues de partout, et de se former sur les mêmes bancs qu'eux, sans distinction d'origine. Pour cela, il faut évidemment que les sessions soient bien garnies, et l'on regrettera que des interventions comme celle d'Albrektsson, prévue dans une salle de 1.600 sièges, n'ait réuni que 150 intéressés au

Prévalence

Peu de données existe, ce qui interdit une revue systématique. La raison en est que le terme « péri-implantite » a longtemps été peu utilisé dans la littérature.

La recherche actuelle s'intéresse au risque pour un patient particulier, après mise en fonction. Un critère majeur semble être le nombre d'implants : plus il y a d'implants, plus le risque augmente. De quoi faire réfléchir...

Une étude (Roos, Jansaker et coll., 2006) sur 999 implants, avec des critères diagnostiques ne retenant que la péri-implantite sévère, montre un Cumulative Survival Rate de 95,7% mais avec 16% des patients et 6,6% des implants présentant une péri-implantite. Si les critères de diagnostic de ces auteurs avaient englobé toutes les péri-implantites (sévères, modérées et débutantes), la prévalence par sujet aurait dépassé 56% et la prévalence par implant aurait atteint 24% !

Évolution

La péri-implantite est plus agressive, et progresse plus rapidement que la plupart des parodontopathies. Les recherches les plus récentes montrent que son évolution est fortement influencée par la surface de l'implant atteint.

Traitement

Une greffe osseuse est souvent le premier mauvais réflexe. En effet, une greffe ne peut rien contre une maladie infectieuse : le but du traitement est la fermeture de la poche et l'arrêt du saignement au sondage.

Le traitement consiste donc en un nettoyage chirurgical des sites avec excision du tissu de granulation. On n'ajoute aucun antibiotique ni aucun antiseptique. Une étude récente chez le chien met en évidence l'efficacité de ce traitement sur certaines marques d'implants, mais hélas pas sur d'autres. ■

plus fort du débat. D'autres communications, aux thématiques plus sociétales et donc réputées moins aguichantes, auront dû se contenter de quelques dizaines de courageux volontaires. Pour que le congrès mondial demeure un lieu de rassemblement scientifique, il sera déterminant pour ses organisateurs, dans les prochaines éditions, de trouver le catalyseur indispensable à une participation effective des praticiens.

Après tout, il reste bien assez de temps, en dehors des heures officielles, pour s'adonner à une villégiature agréable et méritée. ■



SUPER PROMO "DENTEX"

Nouveau modèle type "TR"

Votre professionnalisme avant tout!



- Solide et fiable
- Ergonomique et compact
- Intuitif et fonctionnel
- Prestations et contrôle
- Hygiène



J.J. MAES SYGMA nv 0800 14 605

SHOWROOM: Parkstraat 34 - B-3070 Kortenberg - Belgique

T:02/759 42 52 - info@jjmaessygma.be

DIVISION OF
ARSEUS DENTAL
SERVING THE DENTAL PROFESSIONALS

Rendez-vous au Dentex, stand 606 ...

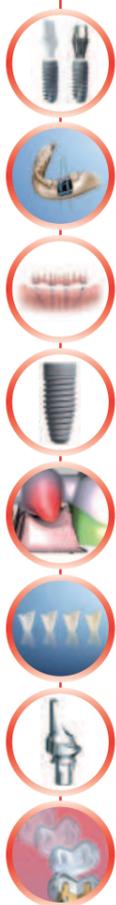
... Découvrez nos produits de pointe au service de vos patients:

- NobelActive™, une nouvelle orientation pour l'implantologie
- NobelGuide™, parfaitement prévisible grâce à la technique chirurgicale de planification tridimensionnelle
- All-on-4, concept prothétique unique permettant une réduction de coûts pour le patient
- NobelReplace™, «l'implant le plus vendu au monde»
- Procera® Software et Colored Zirconia
- Curvy abutment
- Le bouton pression «Locator®» disponible sur les implants Nobel Biocare

Ainsi que notre large programme de formations.

*Comment mieux communiquer
avec vos patients à travers un média
interactif? Informez-vous au stand 606!*

Nobel Biocare Belgium SA
Industriezone Maalbeek
Roekhout 17
1702 Groot-Bijgaarden
Tél. +32 2 467 41 70
Fax +32 2 467 41 80
www.nobelbiocare.com



Le système de remboursement des soins dentaires en Suède — un modèle à suivre ou à fuir ?

Depuis longtemps, la Suède a réussi à donner d'elle-même l'image d'un pays à la pointe dans le domaine de la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne le système de couverture des soins de santé. À ce titre, le pays est même doté d'une « loi dentaire » dont le §2 stipule que *“le but des soins dentaires est une bonne santé orale et des soins de qualité pour toute la population”*.

La réalité dentaire de terrain est cependant moins enchantée.

Ainsi, l'existence de tarifs réglementés a poussé quelque 2.000 dentistes suédois à s'exiler en 1995, en profitant immédiatement des règles de libre circulation faisant suite à l'adhésion de la Suède à l'Union Européenne. Un quart de la Profession dehors, d'un seul coup !

Les syndicats dentaires, Autorités et (nombreuses) administrations suédoises ont-ils tiré la leçon de ce malaise ?

Analyse de la nouvelle réforme, entrée en vigueur ce 1er juillet 2008.

> Thierry VANNUFFEL

La Suède a toujours mis l'accent et des moyens financiers sur la prévention et les soins de première ligne chez les jeunes. Ainsi, la gratuité de tous les soins est garantie jusqu'au vingtième anniversaire, la caisse d'assurance-maladie intervenant en tiers-payant. Revers de la médaille de cette générosité parmi d'autres : une fiscalité extrêmement élevée, notamment un taux de TVA de 25% sur presque tous les biens et services, et le record du monde du taux de prélèvement : 54% du PIB !

Mais ce n'est pas tout, la générosité ayant elle aussi ses limites. Ainsi, une fois dépassé le fatidique vingtième anniversaire, c'est terminé : plus aucun remboursement pour la dentisterie !

Ce modèle dentaire à la Suédoise fut soutenu et entretenu par une majorité de longue date des sociaux-démocrates — la gauche locale — qui s'en félicitait. Les patients aussi s'en félicitaient, puisque la santé dentaire suédoise compte parmi les meilleures du monde. Par ailleurs, un index normalisé de satisfaction (le Swedish Performance Satisfaction Index) a mis en évidence

le meilleur score (>80%) obtenu par la Profession dentaire dans son ensemble, par rapport à d'autres prestataires de services, comme les écoles, les banques, les télécoms... Enfin, les dentistes eux-mêmes s'étaient réconciliés avec le système, depuis la suppression des honoraires réglementés en 1999 !

Tout va bien, donc changeons

Au pouvoir depuis septembre 2006, l'Alliance (c'est-à-dire la coalition entre libéraux, conservateurs et chrétiens-démocrates) n'entendait pourtant pas être en reste de réformes odontologiques. Pour preuve : le nouveau modèle de remboursement des soins dentaires chez l'adulte, entré en vigueur ce 1er juillet 2008. Le mobile officiel de l'initiative était que 20% de la population adulte ne consultent pas régulièrement le cabinet dentaire pour des motifs économiques... La réforme tend dès lors à créer un système de remboursement des prestations dentaires chez l'adulte ; c'est louable de prime abord.

Mais les conditions apparaissent drastiques.

••• Comment s'articule désormais cette couverture dentaire adulte ? Autour de deux axes :

1. La conservation de la bonne santé dentaire « acquise grâce au remboursement jusque l'âge de 20 ans »

Dans la pratique, les patients reçoivent un « voucher » dentaire, c'est-à-dire un bon à valoir, de 150 couronnes suédoises par an (env. 15 euros). En fait, il s'agit d'une ligne de crédit car l'ensemble est entièrement numérique. Ce voucher est valable 2 ans, et peut être cumulé avec celui de l'année suivante, pour atteindre 300 couronnes (guère plus de 30 euros), à investir en une seule visite dentaire. Ces montants sont doublés pour la tranche d'âge 20-29 ans et les seniors de plus de 75 ans.

2. La protection contre les coûts dentaires élevés

Dans ce second cadre, les patients adultes reçoivent une intervention si le montant de leur dépenses dentaires, par période de 12 mois consécutifs, atteint un certain montant — un système qui n'est pas sans rappeler le maximum à facturer belge.

L'immunisation est de 50% pour les dépenses à partir de 3.000 couronnes (env. 310 euros) et de 85% au-delà du seuil de 15.000 couronnes (env. 1.550 euros). Le remboursement n'est toutefois dû que pour une nomenclature restrictive de 130 actes.

Les honoraires du praticien restent libres, mais les montants qui entrent en ligne de compte dans le calcul du remboursement sont des tarifs de référence, pas les barèmes individuels réellement appliqués !

La poule aux œufs d'or ?

Beaucoup de praticiens suédois entrevoient, dans cette nouveauté, des possibilités économiques, inespérées il y a encore deux ans. À court terme effectivement, l'incitant financier pour les patients adultes pourrait se concrétiser par un taux d'acceptation en hausse des plans de traitement.

C'est sans doute pourquoi les représentants dentaires suédois ne critiquent que du bout des lèvres cette

réforme, à l'élaboration de laquelle ils ont d'ailleurs été conviés dans le cadre d'une vaste concertation. À peine plus incisive, Gun-Britt Lundin, coordinatrice au sein de l'Agence suédoise des remboursements dentaires et pharmaceutiques, regrette que la nomenclature ne prenne pas en compte tout le champ de l'evidence-based dentistry. *“Parfois, le traitement idéal au regard de la Science n'est pas remboursé, fustige-t-elle, alors qu'existe une compensation financière pour des alternatives moins heureuses.”* Et de prendre l'exemple de l'endodontie des troisièmes molaires, qui reste entièrement à charge des patients, ou encore la limitation de l'intervention pour implant unitaire au barème du bridge de trois éléments, ce qui peut inciter les patients à opter pour des traitements de second choix. *“Cette nomenclature*

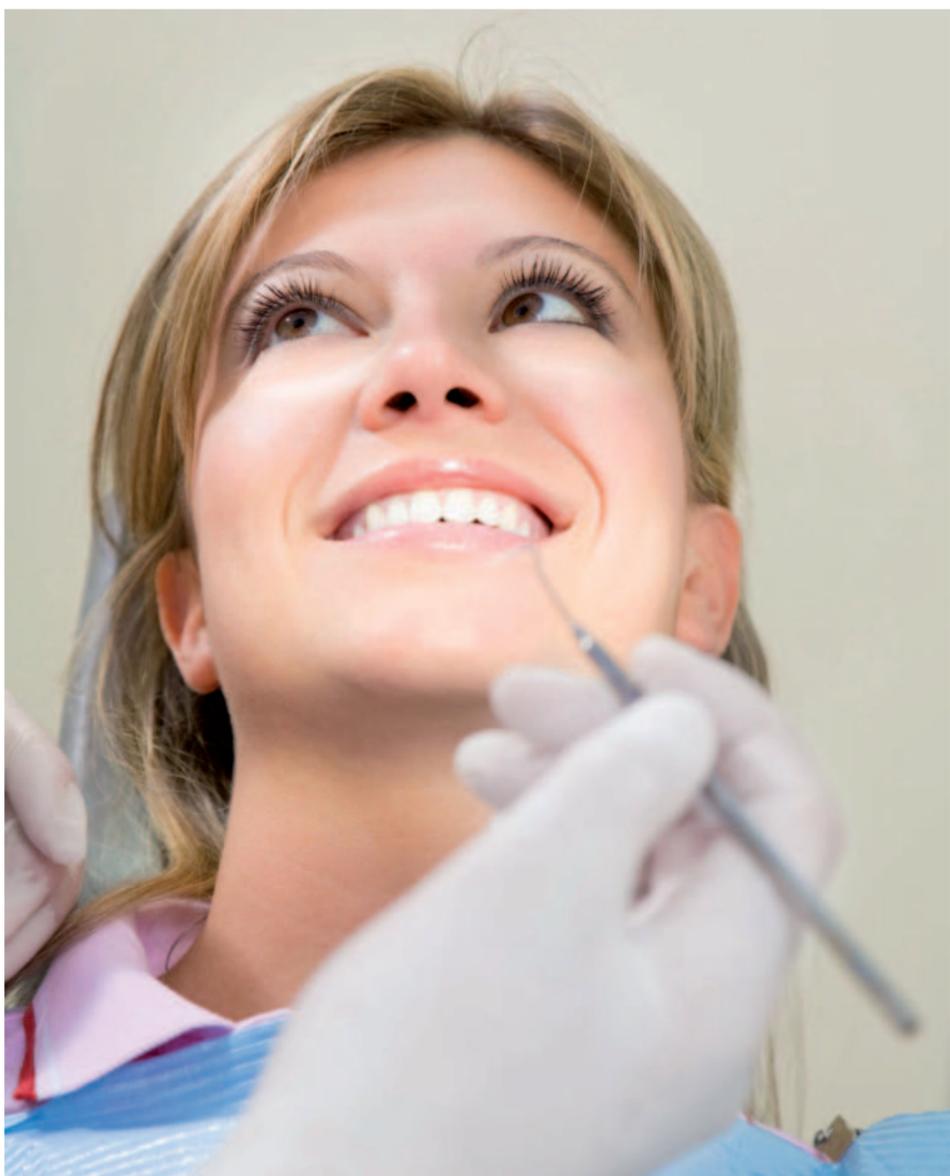
est hélas basée sur une échelle de besoins, dénonce encore Gun-Britt Lundin, car plus le patient est en demande de soins, plus il reçoit de l'État”.

Si les critiques se font donc en mode mineur, trois mois après le lancement de la réforme, il n'en demeure pas moins que nos collègues suédois risquent fortement de découvrir les écueils, nombreux, à la lumière de l'expérience. C'est que cette poule aux œufs d'or, que personne ne veut agresser pour l'heure, a aussi son prix à payer.

Ainsi, en échange de cette nomenclature chez l'adulte, le praticien est désormais conduit à respecter une série impressionnante d'astreintes, notamment :

- Le tiers-payant est obligatoire pour les montants immunisés, le praticien

Les patients suédois sont demandeurs de plus de remboursements dentaires chez l'adulte, y compris pour des réhabilitations complexe, et semblent prêts, pour y parvenir, à des sacrifices en matière de protection de la vie privée



ayant en principe l'assurance d'un paiement dans les 14 jours — un cash flow inhabituel qui n'est pas sans faire saliver certains.

- Pour facturer le bon prix, l'électronique est de mise. Ainsi, le praticien reçoit automatiquement les informations suivantes concernant le patient qui est assis face à lui :

- la disponibilité éventuelle de vouchers
- le montant déjà facturé sur la période de 12 mois, chez tous les praticiens
- la date de départ de la période
- la date du dernier acte etc...

Cette intégration de données — qui va loin sur le plan du respect de la vie privée, ce qui ne semble pas faire sourciller le Suédois moyen — n'a été possible qu'au travers d'une interopérabilité entre les sept principaux logiciels de cabinets existant sur le marché en Suède, ainsi que par une mise en conformité de ces derniers avec les standards de la solution basée sur le web mise en place par la Försäkringkassan, l'INAMI local.

- A contrario, le dispensateur a l'obligation de transmettre électroniquement toutes les données de soins à un système centralisé de la Sécurité Sociale, dans les 14 jours de leur réalisation, y compris les actes n'entrant pas en ligne de compte pour le remboursement. La motivation officielle de cette mesure réside dans la nécessité de pouvoir calculer le montant payé par le patient, déterminer à partir de quand il entre dans le cadre de la protection contre les coûts élevés, et d'assurer le feed-back des données dans le sens opposé. Les données que le dentiste doit transmettre incluent le numéro d'identification du patient, le numéro de la dent, le diagnostic, le traitement réalisé, le montant d'honoraires réclamés, ainsi que l'identification du prestataire (dentiste ou délégation de tâches à une hygiéniste dentaire).

Piège

Plus surprenant, l'accord prévoit que le prestataire peut, de temps à autre, être sollicité pour transmettre l'ensemble de ses tarifs ! Comme cette mesure ne



Les praticiens du pays aux trois couronnes ne montrent guère d'appréhension à télétransmettre des instructions de facturation, ni à publier leurs listes d'honoraires...

semble pas avoir d'utilité pratique, on peut soupçonner une sorte d'agenda caché, et les Autorités suédoises, manifestement soucieuses de se donner une image de transparence, acceptent de lever un coin du voile. *“La couverture des soins dentaires représente un investissement de l'État de quelque 6 milliards de couronnes (env. 620 millions d'euros) sur base annuelle, argumente Sofia Wallström, Directrice au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Cela confère à l'Administration un devoir moral de contrôle.”* *“De nos données, il ressort que, pour un même acte, les honoraires des dentistes peuvent varier de 370 à 1.300 couronnes, renchérit Barbro Hjörpje, Expert auprès de la Commission de réforme des remboursements dentaires. Cette situation ne semble pas justifiée, et nous voulons informer les patients avant qu'ils ne choisissent de consulter l'un ou l'autre praticien.”* Les dentistes ont-ils les moyens de s'opposer à ce cadastre ? *“Les honoraires des différents cabinets doivent absolument rester en concurrence sur le service global qu'ils proposent”*, se contente de déclarer un peu théoriquement Anders Wikander, le Président de l'Association Suédoise des Dentistes Privés, qui perçoit dans le système un risque de nivellement par le bas.

Une impression forte domine : les dentistes suédois admettent que le prix à payer est élevé, mais ils s'y soumettent pourtant avec une certaine complaisance. Est-ce uniquement en raison des retombées économiques à court terme qui pourraient en découler ? On a du mal à le croire, tant les cabinets suédois tournent déjà à plein régime. La vérité doit être trouvée ailleurs : c'est que l'accession des adultes à une nomenclature dentaire est aussi une réponse politique à l'inscription au forfait, qui demeure ancrée dans l'esprit idéologique de bien des bureaucrates suédois. Ce système de forfait, avec à la clé les problèmes bien connus de manque de qualité, d'absence de choix du prestataire, de listes d'attente... et aussi le risque économique transféré de l'État vers les dispensateurs, nos Confrères suédois, à une écrasante majorité, n'en veulent tout simplement pas. Au point de collaborer à une autre réforme aux allures inquisitoires.

Comme quoi, entre la peste et le choléra, le choix est désarmant dans tous les pays du monde. ■

Remerciements aux participants des forums « Sweden's new national system for dental subsidies » et « The role of capitation in dentistry in the future », Stockholm, 25/9/2008

Nouveaux barèmes pour la stomatologie



**LE NOUVEAU DÜRR VISTASCAN PERIO:
UNE DÉCISION PERSPICACE**

Il est arrivé - le moment idéal de moderniser le diagnostic dans votre cabinet. Avec l'utilisation des écrans radioluminescents flexibles, réutilisables et la technologie de pointe du nouveau Dürr VistaScan Perio. > **Tous les formats intra-oraux > une qualité d'image de diagnostic jusqu'à une résolution de 40 PL/mm au moyen de la technologie Dürr PCS > aucun temps d'attente grâce au système de cassettes à multi insertions Dürr et au fonctionnement complètement automatisé y compris l'effacement > Status intermédiaire avec 8 clichés en 30 secondes environ.** Décrivez-vous pour la compétence dans le diagnostic dentaire: Demandez à votre distributeur dentaire le nouveau Dürr VistaScan Perio et informez-vous sur www.vistascanperio.info! DÜRR DENTAL BELGIUM B.V.B.A., Molenheidebaan 97, 3191 Hever, Tel. 0 15 61 62 71, Fax 0 15 61 09 57, info@durr.be



LES IDEES FONT LE PROGRES. WWW.DURR.BE



PETITE CHIRURGIE BUCCALE								
317030	317041	alvéolectomie	K42	47,14	47,14	47,14	0	0
317052	317063	traitement ostéite alvéolaire	K82	69,59	69,59	69,59	0	0
317074	317085	gingivectomie (min 6 dents)	K21	23,57	23,57	23,57	0	0
317111	317122	exérèse tumeur bénigne	K10	11,22	11,22	11,22	0	0
317170	317181	frénectomie	K42	47,14	47,14	47,14	0	0
317192	317203	incision abcès dentaire	K10	11,22	11,22	11,22	0	0
317214	317225	extr. sous anesth. générale (≥ 8 dents)	K125	169,40	169,40	169,40	0	0
317236	317240	extraction de dent incluse	K75	84,18	84,18	84,18	0	0
317251	317262	extr. sous anesth. générale (< 8 dents)	K75	84,18	84,18	84,18	0	0
317295	317306	prothèses spéciales max.	K400	677,61	677,61	677,61	0	0

Les actes de la nomenclature stomatologique ont été modifiés, avec entrée en vigueur le 1/10/2008. Vous trouverez les nouveaux barèmes ci-dessus, en ce qui concerne les prestations accessibles au praticien de l'art dentaire.

Pour rappel, une plaquette de nomenclature à jour est téléchargeable en permanence sur le site du COD : www.cod.be.



new!

La meilleure des chimies fait toute la différence.

N'Durance™

La première véritable percée technologique en Résine Composite depuis plus de 30 ans.

Le nouveau, Le révolutionnaire Composite nanohybride **à faible rétraction et à taux de conversion de monomères élevé** pour la restauration des dents antérieures et postérieures. Le composite **N'Durance™** combine la nanotechnologie et une technique de polyaddition exclusive (nano-dimer conversion technology™) pour obtenir des restaurations antérieures et postérieures naturelles et durables. Caractéristiques : haut degré de conversion des monomères (conversion intra-orale de 75 %), faible degré de retrait volumétrique (pour garantir une intégrité marginale et l'absence de sensibilité postopératoire) et haute résistance à la compression (haute résistance à la flexion et faible module d'élasticité pour résister à l'usure). Le composite radio-opaque est disponible en 16 teintes Vita, Universal Opaque, Bleach White et Translucent.



N'Durance. Engineered chemistry for life.

SEPTODONT NV-SA
Av. de la Constitution 87 ● B-1083 Bruxelles
Tél. +32 (0)2 425 60 37 ● Fax +32 (0)2 425 36 82
commande@septodont.be ● www.septodont.be



Dentex 2008 - Bienvenue au STAND 803

The world leader in pain control