

- MARSEILLE • STRASBOURG •
- GRENOBLE • TOULOUSE •
- MONTPELLIER • NICE •
- NANCY • LYON •
- PARIS •



*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

FRANCE
OCTOBRE 2019
#029

SUNSTAR



PowerCARE™

NOUVEAU

**L'EXPÉRIENCE DE
L'ÉLECTRIQUE ENFIN
ADAPTÉE AUX DENTS &
GENCIVES SENSIBLES !**



**Le POUVOIR
de la
DOUCEUR**



GENCIVES SAINES. VIE SAINES.™

NOUVEAU**G·U·M®**

PowerCARE™

AIDEZ VOS PATIENTS À UNE MEILLEURE OBSERVANCE LORS DU BROSSAGE



**Brins doux effilés pour
une meilleure efficacité
dans le sillon gingival
et les espaces interdentaires***



**Timer de 2 min
observance du temps
de brossage**
(avec signal toutes les 30 sec.)

2 modes de brossage

Normal : 9 300 oscillations/min
Sensitive : 7 500 oscillations/min
(activables sur le bouton)



Capteur de pression

Activé lorsque la pression
exercée lors du brossage
est trop forte.

Manche ergonomique anti-dérapant

Indicateur de charge



**Socle de recharge
de la batterie**
à brancher sur secteur



*American Journal of Dentistry Volume 32, Number 2, April 2019, pages 69-73



sunstargum.fr

Pour toute commande, contactez SUNSTAR France
commandesdentiste@fr.sunstar.com
Tél : 01 41 06 64 64 - Fax : 01 46 01 64 54
professional.sunstargum.fr



Partners in Oral Healthcare

• MARSEILLE • STRASBOURG •
• GRENOBLE • TOULOUSE •
• MONTPELLIER • NICE •
• NANCY • LYON •
• PARIS •



*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

FRANCE
OCTOBRE 2019
#029

Les innovations en parodontologie

Aménageons la gencive

Yael Bellahsen
Jordan Dray
Audrey Porcherot
Claire Do

COORDINATION

Xavier Bensaid



SAVE THE DATE AO PARIS

**VENDREDI
29 NOVEMBRE**

SHABBAT AO DE L'ADF

JEUDI 5 DÉCEMBRE

**LES ALIGNEURS, VASTE SUJET... !
AVEC EMERIC AUGERAUD
ET ARASH ZARRINPOUR**





ALPHA OMEGA NEWS

Le mag dentaire qui nous rassemble

Directeur de la publication : Jacques Bessade - dr.j@bessade.fr

Directeur de la rédaction : André Sebbag - ellemcom2@gmail.com

Rédacteurs en chefs adjoints
Michèle Albou
Sydney Boubliil
Joel Itic
Claude Bernard Wierzba

La rédac
Michel Ache, David Bensoussan,
Jacques Bessade, Marc Danan,
Xavier Bensaïd, Bernard Picard,
Thierry Roos, Eric Serfaty

Chargés de rubriques
André Amiach, Alain Amzalag, Cyril Licha et Patrick Chelala, Nathalie Cot, Claude Fain, Marie Christine Laurent, Philippe Pirnay

Correspondants locaux
Grenoble : Richard Grigri
Lyon : Marie Hélène Azoulay
Marseille : Jean Luc Guetta
Montpellier : Gilles Zitoun
Nancy : Eric Fiszton
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Michel Knafo
AO international :
www.alpha-omega.org
www.aonews-lemag.fr

Membres honoraires : René Arav, Maurice Huneman, Daniel Rozenzweig

Société éditrice et régie exclusive de la publicité : Ellem'com



Pour contacter le journal :
Directrice de la publicité et chargée de rédaction
Mylène Popiolek Sebbag
ellemcom1@gmail.com

Mise en page par
1,2,3 ! Simone
www.123simone.com

Impression par
Imprimerie Planchenault

Cet imprimé est certifié PEFC™ 10-31-1240.

Ont contribué à ce numéro



- MICHÈLE ALBOU
- NATHALIE ATTALI
- YAEL BELLAHSEN
- XAVIER BENSADA
- JACQUES BESSADE
- PATRICK CHELALA
- ODILE CHEMLA GUEDJ
- DAVID DILOUYA
- CLAIRE DO
- JORDAN DRAY
- ERIC FISZON
- CATHY GERBER
- CYRIL LICHA
- ROMAN LICHA
- LAETITIA MALRIC ITIC
- MÉLIANA
- FRANCE NAHUM MOATTI
- AUDREY PORCHEROT
- LÉO ROOS
- ALAA ZEIDAN
- GILLES ZITOUN

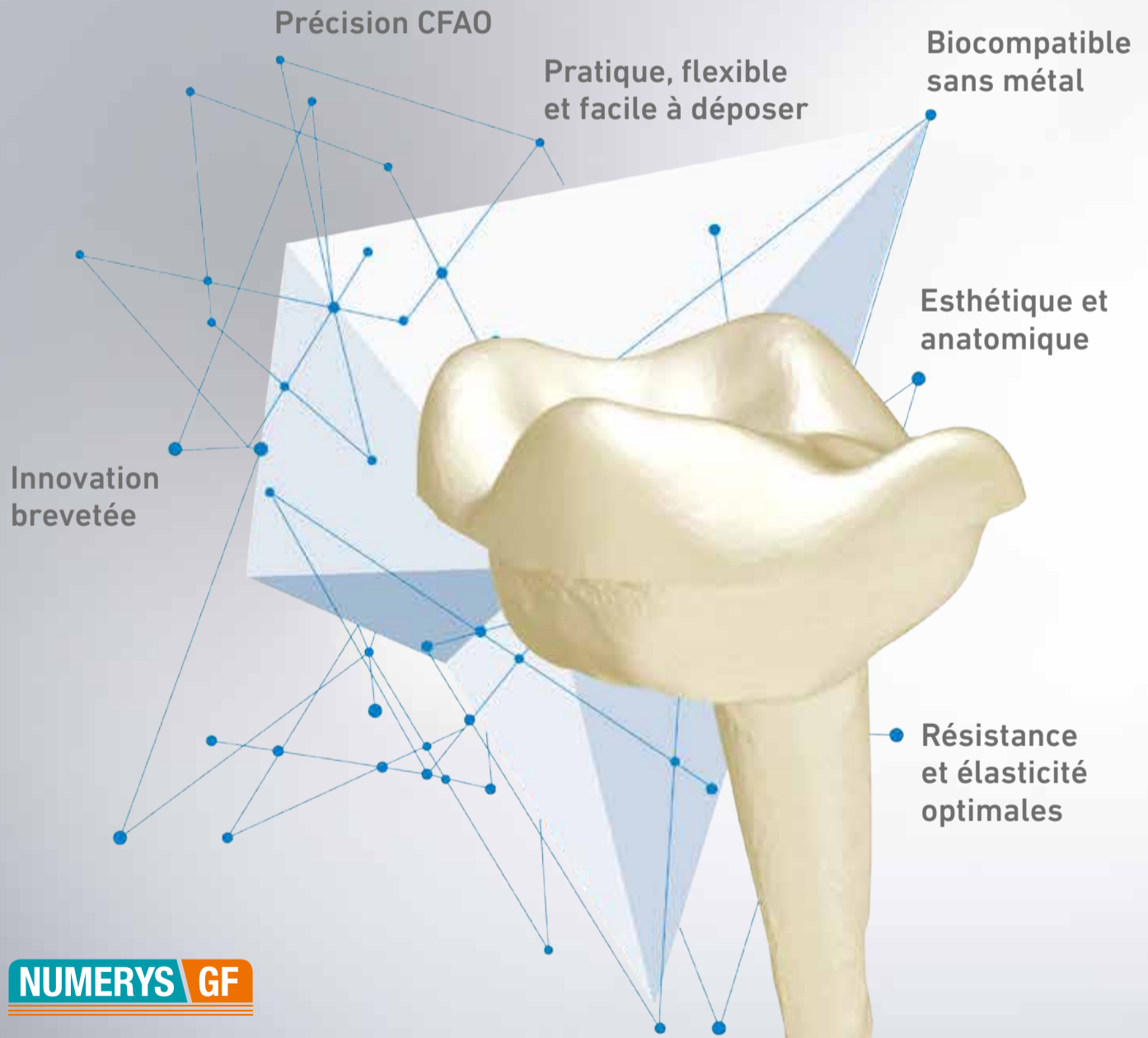


Vous avez une question, un commentaire ? Envoyez vos remarques à dr.j@bessade.fr ou écrivez nous directement sur le site aonews-lemag.fr



labocast Une nouvelle liberté

MODERN DENTAL GROUP



NUMERYS GF

Le 1^{er} Inlay-Core composite fibré usiné

en partenariat avec
ITENA
CLINICAL PRODUCTS

Pour plus d'informations, conseils ou devis gratuits, contactez-nous au 01.53.38.64.66
Labocast | 46-56 rue des Orteaux | 75020 Paris | labocast@labocast.fr | labocast.fr

labocast
MODERN DENTAL GROUP



Quand Mark Zuckerberg s'est présenté en avril 2018 devant la Commission sénatoriale américaine pour répondre pendant cinq heures aux représentants de la Nation, il n'en menait pas large. Le quasi-monopole que possède Facebook, (comme les autres GAFA) sur les données personnelles des millions d'internautes au cours des échanges, reste préoccupant ! Il devient le roi du monde (en Occident !!!). Qui possède l'information tient la place. Il projette depuis, d'ailleurs, de créer sa propre monnaie. Le CEO de Facebook était bien embarrassé quand il s'est agi de répondre au pistage des internautes inscrits sur son réseau, mais qui s'étaient ensuite désinscrits.

D'autres réponses furent évasives. L'information relative aux cookies par exemple reste insuffisante car les données sont systématiquement collectées dès que nous naviguons sur un site tiers comportant un module social. D'ailleurs en France et en Belgique, sa société a été condamnée à cause de cela. Or même s'il n'est pas prêt à renoncer à son propre droit à la vie privée, dans le même temps il serait prêt à l'abandonner afin de connecter les gens à travers le monde. Business is business !

Ne sommes-nous pas en mesure de nous demander, avec du recul, si FB est vraiment encore un réseau social... et s'il n'a pas définitivement quitté son ADN d'origine pour se muter, comme un virus, en un gigantesque service de publicités.

À la lumière de ce bref rappel de faits qui égrainent nos quotidiens, il est légitime pour un professionnel de santé de se demander si la confidentialité, voire le secret médical, restent toujours d'actualité. Notre éthique est écornée, et il est temps de redéfinir une nouvelle donne sur ces sujets si sensibles et épineux. La télétransmission de nos actes de soins, les courriels destinés à nos cabinets, les envois d'images, de vidéos, de radiographies sont autant de preuves qui tracent l'activité d'un cabinet ou d'un patient. De nouveaux métiers apparaissent dans le monde du DATA et de l'intelligence artificielle qui répondent... au mieux « à nous servir » ou au pire « à les servir ». On nous assure que pour notre sécurité toutes ces données sont cloisonnées, séparées, compartimentées, et que ces traçabilités sont sous contrôle... voir !!!!!!!

Dans notre activité libérale qui met le patient au centre de notre préoccupation, au point d'instaurer un dialogue singulier, il est familier d'évoquer la PATIENTÈLE. Combien de temps durera ce vocable face à la montée de la CLIENTÈLE ? La santé devenant un business comme un autre...

André Sebbag

Aménageons la gencive

➔ Scientifique

| | |
|--|----|
| Aménageons la gencive..... | 7 |
| Prix AO Breillat, Léo Roos lauréat 2018..... | 26 |

➔ AONow

| | |
|--|----|
| Retour sur l'année du chapitre lorrain..... | 28 |
| Des nouvelles d'AO Toulouse..... | 31 |
| Gil Tirlet à Lyon..... | 32 |
| Hommage à un grand monsieur d'AO..... | 33 |
| La nouvelle convention vue par E. Binhas pour les parisiens..... | 34 |

➔ Les nouveautés des industriels 36

| | |
|--|--|
| Helioseal F plus d'Ivoclar Vivadent | |
| Kavo Kerr lance un nouveau système d'obturation sans fil | |
| Numerys chez Labocast | |
| Inava Précision | |
| Néodiamond distribué par Henry Schein | |
| Lancement de la brosse électrique Gum | |
| Dental Distrib et les centres de santé | |
| Le nouveau détartreur piezo de W&H | |

➔ Le Mag

| | |
|--|----|
| 1 ^{re} Congrès de l'EACIM..... | 38 |
| Une formation laser à Jérusalem..... | 39 |
| Rencontre avec... Edmond Binhas..... | 41 |
| La règle du jeu..... | 42 |
| Lu pour vous, <i>Le Schmock</i> | 47 |
| Vu pour vous, <i>Deux moi</i> | 48 |
| Le monde tel qu'il est..... | 48 |
| Homo archelogs..... | 49 |
| Tellement cliché !..... | 50 |
| Vous et votre argent..... | 51 |
| Selfie AO avec C. Gerber, E. Fiszon, V. Schweizer..... | 53 |
| L'évolution du cacao africain..... | 54 |

Pour joindre nos partenaires

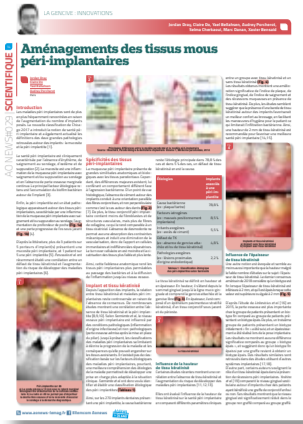
| | |
|---|------------------------------|
| Actéon..... | page 12 |
| Tél. 05 56 34 06 07 – info@acteongroup.com | |
| ADF..... | page 23 |
| www.adfcongres.com | |
| Airel..... | page 27 |
| Tél. 01 48 82 22 22 – www.arel.com – office@arel.com | |
| Align..... | pages 42-43 |
| www.aligntech.com | |
| Anthogyr..... | page 25 |
| Tél. 04 50 58 02 37 – www.anthogyr.fr | |
| Bien air..... | dossier spécial |
| Tél. 01 41 83 60 70 – www.bienair.com | |
| Dentalinov..... | page 13 |
| www.shop.dentalinov.com | |
| Dentsply Sirona..... | page 17 |
| www.corporate.dentsplysirona.com | |
| Durr Dental..... | page 40 |
| Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr | |
| EMS..... | page 8 |
| www.ems-dental.com | |
| Eurotec..... | page 41 |
| Tél. 01 48 13 37 38 – www.eurotec-dental.fr | |
| GC France..... | 3 ^e de couverture |
| Tél. 01 49 80 37 91 – www.gcinitial.gceurope.com | |
| Henry Schein France..... | page 18 |
| Tél. 02 47 68 90 00 – www.henryschein.fr | |
| Ivoclar Vivadent..... | page 44 |
| Tél. 04 50 88 64 00 – www.ivoclarvivadent.fr | |
| Julie Software..... | 4 ^e de couverture |
| Tél. 01 60 93 73 70 – www.julie.fr | |

| | |
|--|--|
| Kavo..... | page 29 |
| www.kavo.com/fr | |
| Labocast..... | face sommaire |
| N° Azur 0811 115 000 – labocast@labocast.fr | |
| Lyra ETK..... | page 30 |
| Tél. 04 50 91 49 20 – info@lyra.dental | |
| Megagen..... | page 47 |
| www.megagen.fr | |
| Melag France..... | page 45 |
| Tél. 01 30 76 03 00 – info@melagfrance.fr | |
| MSDental..... | page 39 |
| MSDental Lille 03 20 07 44 44 – MSDental Lyon 04 78 78 98 98 | |
| MSDental Paris 01 30 67 61 60 – www.ms dental.fr | |
| Owandy..... | page 46 |
| Tél. 01 64 11 18 18 – info@owandy.com | |
| Pierre Fabre Oral Care..... | page 48 |
| Tél. 05 63 51 68 00 | |
| SDI..... | page 21 |
| Appel gratuit 00800 022 55 734 | |
| Septodont..... | page 52 |
| Tél. 01 49 76 70 02 – www.septodont.fr | |
| Sunstar..... | duo couverture/2 ^e de couv et page 54 |
| Tél. 01 41 06 64 64 – contact@fr.sunstar.com | |
| Voco Les Dentalistes..... | page 50 |
| Tél. 06.07.14.39.01 – www.voco.com | |
| W&H..... | page 49 |
| Tél. 03 88 77 36 00 – commercial.fr@wh.com | |
| Zimmer Biomet..... | page 35 |
| Tél. 01 41 05 43 48 – www.zimmerbiomet.fr | |

SOMMAIRE SCIENTIFIQUE



7 La nouvelle classification des maladies parodontales



14 Aménagements des tissus mous péri-implantaires



19 Le prélèvement vestibulaire : un nouveau site donneur de la greffe épithélio-conjonctive ?



22 Prévention des échecs et des complications en chirurgie muco-gingivale

Xavier Bensaïd
Coordinateur du dossier

Formateur de l'Association de Chirurgie Muco-Gingivale (ACMG)
Ancien assistant hospitalier & universitaire de Paris 5
Praticien hospitalier au CHU Henri Mondor
Exercice libéral exclusif parodontie & implantologie

Yael Bellahsen

Diplômée de la Faculté de Paris V
Exercice privé Paris

Jordan Dray

Diplômé de la Faculté de Paris V
CES de Parodontie
Attaché de consultation en Parodontie
à l'hôpital Henri Mondor

Audrey Porcherot

Diplômée de la Faculté de Paris V
Attaché de consultation en Parodontie
à l'hôpital Henri Mondor

Claire Do

Diplômée de la Faculté de Paris V
Attaché de consultation en Parodontie
à l'hôpital Henri Mondor



PURE SIMPLICITÉ



NEW CHIOPRO

IMPLANTOLOGY
motor system

NEW CHIOPRO PLUS

IMPLANTOLOGY
motor system

ORAL SURGERY
motor system

Pilotez l'ensemble de votre moteur d'implantologie et chirurgie orale grâce à un unique bouton rotatif de commande. Les nouveaux Chiopro de Bien-Air Dental ont été entièrement conçus autour d'une seule et même philosophie : la simplicité !

WWW.BIENAIR.COM

SWISS MADE



RENDEZ-NOUS VISITE AU CONGRÈS ADF 2019

26.11 – 30.11.2019, Palais des Congrès, Porte Maillot, Paris • Stand 2L11

Bien-Air France Sàrl 19-21 rue du 8 Mai 1945 94110 Arcueil France Tél. +33 (0)1 49 08 02 60 Fax +33 (0)1 46 64 86 58 ba-f@bienair.com

Aménageons la gencive



Xavier Bensaïd

Je tiens tout d'abord à remercier l'équipe de jeunes talents qui ont participé à ce numéro pour leur pertinence et leur rigueur scientifique et mis en valeur le département de parodontologie au sein de l'hôpital Henri Mondor dirigé par le Pr Philippe Pirnay.

La parodontologie est une discipline en constante évolution, et ces dernières années marquent en effet un changement d'ère. À travers ces différents articles, nous avons cherché à vous présenter les évolutions récentes et quelques approches novatrices en parodontologie.

En 2017, la conférence de consensus sous l'égide de l'Académie Américaine de Parodontologie (AAP) et la Fédération Européenne

de Parodontologie (EFP) a mis en place une nouvelle classification des maladies parodontales avec des éléments essentiels à comprendre et qui peuvent changer nos approches thérapeutiques comme la notion de santé parodontale. À travers différentes situations cliniques vous appréhendez la nouvelle classification des parodontites en comparant ancienne et nouvelle classification.

La nouvelle classification comporte un chapitre sur les maladies péri-implantaires et met en évidence l'importance des tissus mous. L'aménagement de l'environnement muqueux favorise la pérennité des résultats à long terme. Améliorer l'environnement

péri-implantaire pour limiter le risque de complications, épaissir certaines zones esthétiques et choisir en fonction du site et du temps opératoire le protocole chirurgical adapté sont quelques-uns des objectifs abordés.

Ces dernières années en chirurgie muco-gingivale, la greffe épithélio-conjonctive semble perdre du terrain au profit des lambeaux dé-placés associés à des greffons de conjonctif enfoui. Mais les limites constatées en termes de douleur et d'intégration esthétique semblent résolues avec un nouveau site de prélèvement vestibulaire.

Enfin nous aborderons un thème peu représenté dans la littérature nationale et inter-

nationale que sont les échecs en chirurgie muco gingivale.

Nous avons essayé de vous donner les clés du succès et d'analyser quelques-uns de nos échecs pour vous permettre de progresser dans une des disciplines aussi passionnante que difficile à savoir la chirurgie muco gingivale.

Merci à Marc Danan pour ses conseils et sa bienveillance qui nous ont guidés dans ces travaux.

Merci à Andy Sebbag et au comité de rédaction pour leur confiance qu'ils ont bien voulu accorder à cette jeune équipe talentueuse et rigoureuse.



Yael Bellahsen, Audrey Porcherot, Jordan Dray, Claire Do, Hannah Kruk, Marc Danan, Xavier Bensaïd

La nouvelle classification des maladies parodontales

Yael Bellahsen
Audrey Porcherot
Jordan Dray
Claire Do
Hannah Kruk
Marc Danan
Xavier Bensaïd
Paris

Introduction

Les maladies parodontales sont des affections d'origine microbienne qui atteignent aussi bien le parodonte superficiel (gencive) que le parodonte profond (cément, ligament parodontal et os alvéolaire). L'American Academy of Periodontology a établi en 1999 une classification internationale décrivant toutes les pathologies et anomalies des tissus gingivaux et muqueux de la cavité buccale [1]. Ainsi face aux données acquises de la science en constante évolution, une conférence mondiale organisée par l'Académie Américaine de Parodontologie et la Fédération Européenne de Parodontologie s'est tenue pour donner naissance à une nouvelle classification des conditions saines et pathologiques en parodontologie et implantologie. Parmi les différences les plus importantes de cette nouvelle classification on note :

- l'introduction de la notion de santé parodontale ;
- la fin de la distinction entre parodontite chronique et agressive aboutissant à un modèle reposant sur la sévérité et la complexité de la maladie ;
- une définition des conditions saines et pathologiques parodontales et péri-implantaires.

Cette réunion historique a de ce fait abouti à une classification des maladies parodontales et péri-implantaires qui guide la planification du traitement et permet une approche personnalisée des soins aux patients.

Santé parodontale et maladies gingivales

La notion majeure introduite par la nouvelle classification de 2018 est celle de santé parodontale. **La santé parodontale est définie comme un état exempt de maladie parodontale inflammatoire qui permet à un individu de fonctionner normalement et de ne subir aucune conséquence (mentale ou physique) résultant d'une maladie antérieure** [2].

Sur un parodonte sain (Fig. 1), on constatera une absence de perte d'attache, d'inflammation et d'alvéolyse radiographique. La santé parodontale est également possible sur un parodonte réduit, malgré la présence de perte d'attache et d'alvéolyse radiographique, si l'inflammation atteint moins de 10 % des sites. Le parodonte réduit peut être de deux types :

- sans antécédents de parodontite présentant par exemple une récession parodontale ou une élévation coronaire (Fig. 2)
- avec antécédents de parodontite traitée et stabilisée (Fig. 3).

Ainsi quelle que soit la situation clinique, sur un parodonte sain ou ayant un antécédent de parodontite on peut avoir un état de santé parodontal. De même, si on a une reprise de l'inflammation, avec la présence d'un saignement au sondage sur plus de 10 % des sites, on parlera de gingivite aussi bien sur un parodonte sain que sur un parodonte réduit.



Un parodonte sain



Parodonte réduit sans antécédents de parodontite



Parodonte réduit stabilisé avec antécédent de maladie parodontale



Gingivite bactérienne



Gingivite provoquée par une poussée pubertaire chez une adolescente de 12 ans



Gingivite hyperplasique provoquée par la prise d'Amlodipine (antihypertenseur)



Fibromatose gingivale héréditaire

Maladies gingivales

Les maladies gingivales sont scindées en deux grandes familles : les maladies gingivales induites par la plaque et les maladies gingivales non induites par la plaque.

Selon l'ancienne classification les maladies gingivales comptaient un grand nombre de catégories qui ont été regroupées par le consensus en 3 grandes familles [3] :

1. Gingivite associée au biofilm uniquement (Fig. 4)
2. Gingivite modifiée par des conditions systémiques et facteurs oraux tel que les hormones stéroïdes, la puberté, le tabac, le diabète... (Fig. 5)
3. Élargissements gingivaux modifiés par les médicaments (Fig. 6)

SMILE IS IN THE AIR*

- ▶ FINI LES CUPULES
- ▶ FINI LA PÂTE À POLIR
- ▶ UTILISATION RÉDUITE DE L'INSTRUMENTATION MANUELLE ET ULTRASONIQUE



EMS 
MAKE ME SMILE.™

EMS-DENTAL.COM

AFPM 05/19 *Il y a du sourire dans l'air **Faites moi sourire Dispositif Médical classe IIa - Marquage CE 0124 - Org certificateur : DEKRA Certification GmbH - Fabricant EMS SA

AMÉNAGEONS LA GENCIVE

Yael Bellahsen, Audrey Porcherot, Jordan Dray, Claire Do, Hannah Kruk, Marc Danan, Xavier Bensaid

La classification des maladies gingivales non induites par la plaque reste très similaire à celle de 1999 [4]. Ces maladies gingivales peuvent avoir plusieurs étiologies :

- bactérienne spécifique comme la syphilis ou des streptocoques,
- génétique comme la fibromatose gingivale héréditaire (Fig. 7),
- systémique comme le lichen plan ou le lupus érythémateux,
- virale comme l'herpès ou le zona,
- fongiques comme le Candida Albicans,
- lésions traumatiques d'origine thermique, physique ou chimique.

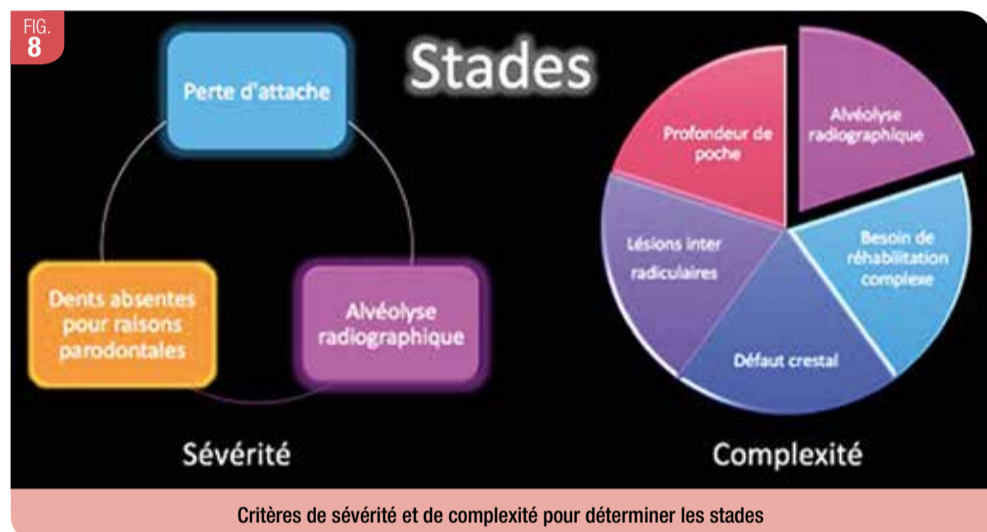
Parodontopathies

La parodontite se définit par une altération de l'ensemble des tissus parodontaux. Ses principales caractéristiques comprennent :

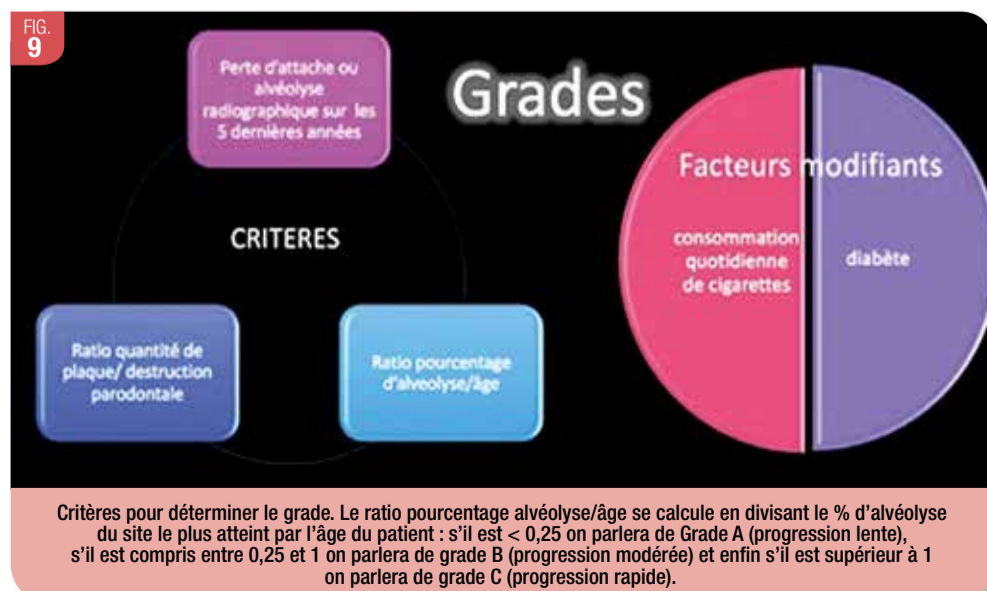
- la perte de support tissulaire parodontal, qui se manifeste par une perte d'attache clinique et une perte osseuse radiographique ;
- la présence de poches parodontales ;
- un saignement gingival.

Selon le système de classification internationalement accepté (Armitage 1999) jusqu'au consensus de 2018, la **parodontite** se subdivisait comme suit :

- **parodontite chronique**, représentant les formes de maladies parodontales destructives généralement caractérisées par une progression lente ;
- **la parodontite agressive**, un groupe diversifié de formes de parodontite très destructrices affectant principalement les jeunes, y compris les affections autrefois classées comme « parodontite d'apparition précoce » et « parodontite à évolution rapide » ;
- **la parodontite en tant que manifestation d'une maladie systémique**, un groupe hétérogène d'affections pathologiques systémiques incluant la parodontite en tant que manifestation ;
- **les maladies parodontales nécrosantes**, groupe d'affections qui partagent un phénotype caractéristique dans lequel la nécrose des tissus gingivaux ou parodontaux est une caractéristique prédominante ;



| Stade de la parodontite | Stade 1 | Stade 2 | Stade 3 | Stade 4 |
|-------------------------------|--|----------|---|---------|
| Sévérité | | | | |
| Perte d'attache interdentaire | 1 à 2 mm | 3 à 4 mm | ≥ 5 mm | ≥ 5 mm |
| Perte osseuse radiographique | < 33 % | | > 33 % | |
| Perte dentaire | Pas de perte dentaire due à la parodontite | | Perte dentaire due à la parodontite | |
| Complexité | | | | |
| Locale | Profondeur de sondage maximum ≤ 5 mm Perte osseuse surtout horizontale | | Profondeur de sondage ≤ 6 mm Perte osseuse verticale Atteinte de la furcation Déficit de crête Possibilité de réhabilitation complexe | |
| Étendue et distribution | À ajouter au stade comme description Pour chaque stade on ajoute : Localisée (< 30 % des dents atteintes), généralisée ou touchant molaires/incisives | | | |





Yael Bellahsen, Audrey Porcherot, Jordan Dray, Claire Do, Hannah Kruk, Marc Danan, Xavier Bensaïd

- **abcès parodontaux**, une entité clinique avec des caractéristiques de diagnostic et des exigences de traitement distinctes.

Bien que cette dernière ait fourni un cadre exploitable qui ait été largement utilisé au cours des 17 dernières années, le système souffre de certaines limites. C'est pourquoi

un nouveau système de classification de la parodontite a été adopté [5].

- Les formes de la maladie précédemment reconnues comme « chronique » ou « agressive » sont désormais regroupées sous une seule catégorie « parodontite » aux côtés des maladies parodontales nécrotiques et des parodontites manifestations d'une maladie systémique.

- Les parodontites sont désormais classées en différents stades et grades. Le stade (**Fig. 8**) dépend largement de la **sévérité** de la maladie et de la **complexité** de son traitement. Le grade (**Fig. 9**) donne des informations supplémentaires sur les aspects biologiques, la progression passée et future, **le pronostic** du traitement et le

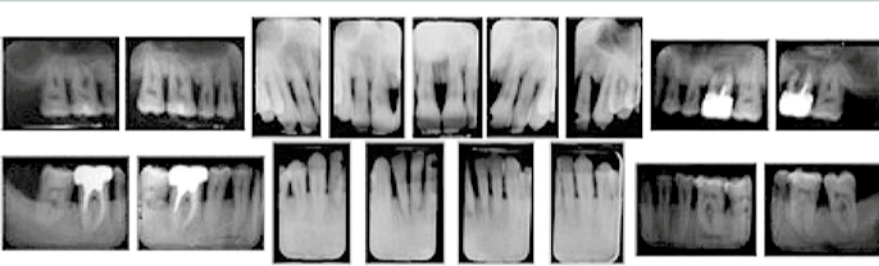
risque que la maladie ou son traitement affecte la santé du patient. Une nouveauté sur l'étendue de la maladie a été apportée : on parle de parodontite localisée quand moins de **30 % des dents** (et non des sites) sont atteintes et de parodontite généralisée quand **plus de 30 % des dents** sont atteintes.

Cas clinique 1

Patient de **29 ans**, en bonne santé générale, **fumant 15 cigarettes/J et du cannabis 1/jour** depuis 15 ans, **stressé**, est adressé pour une prise en charge parodontale.



Cliniquement, on note la présence de plaque et de tartre ainsi que des colorations tabagiques et des récessions parodontales généralisées sur un parodonte épais.



Au maxillaire : on note une **alvéolyse horizontale** qui atteint la 1/2 de la HR dans les secteurs postérieurs et la 1/2 au 2/3 de la HR dans le secteur antérieur, une **alvéolyse verticale** en M de 16 et 14 qui atteint la 1/2 de la HR et en M et D de 22 qui atteint les 3/4 de la HR. On note également des **LIR** sur 17,16, 26, 27. **À la mandibule** : on note une **alvéolyse horizontale** qui atteint la 1/2 de la HR dans les secteurs postérieurs et la 1/2 au 2/3 de la HR dans le secteur antérieur, une **alvéolyse verticale** en D de 36 qui atteint la 1/3 de la HR. On note également des **LIR** sur 47,46, 36, 37.

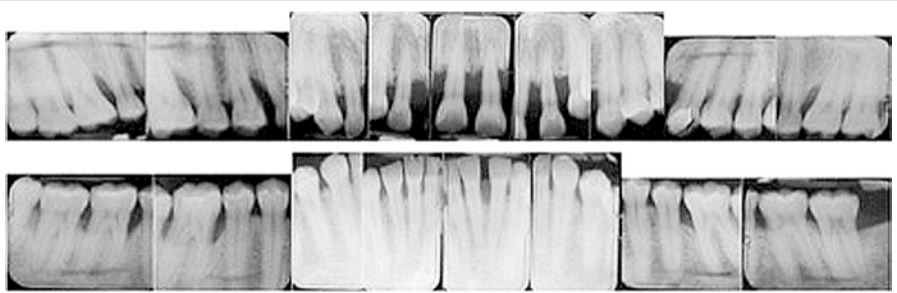
| Classification de 1999 | Classification de 2018 |
|--|--|
| Critères diagnostiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient en bonne santé ▪ Perte osseuse rapide ▪ Atteint généralement les sujets de - de 30 ans (patient de 29 ans) ▪ Perte d'attache interproximal généralisée sur au moins 3 dents permanentes (différent des 1^{re} M et incisives) | Critères diagnostiques : <p><i>Stade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte osseuse radiographique s'étendant du 1/3 ou de la moitié de la racine à plus ▪ Perte osseuse verticale de plus de 3 mm <p><i>Grade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % perte osseuse/âge > 1 |
| Parodontite agressive généralisée d'atteinte modérée à sévère au maxillaire et au secteur antérieur mandibulaire | Parodontite généralisée stade 3 grade C |

Cas clinique 2

Patient de 28 ans, en bonne santé générale, non-fumeur est adressé par son praticien pour mobilité dentaire et égression.



Cliniquement, on note plaque et tartre ainsi qu'une inflammation gingivale marquée sur un morphotype parodontal épais. On note également la présence de diastèmes secondaires et de mobilités.



Au maxillaire : on note une **alvéolyse horizontale** qui atteint le 1/4 au 1/3 de la HR dans les secteurs postérieurs et plus de la 1/2 de la HR dans le secteur antérieur, une alvéolyse verticale en M de 16 14 et 26. **À la mandibule** : on note une alvéolyse horizontale qui atteint le 1/4 au 1/3 de la HR dans les secteurs postérieurs et antérieurs, une alvéolyse verticale sur 35,36, 48-47 et en M de 46

| Classification de 1999 | Classification de 2018 |
|---|--|
| Critères diagnostiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient en bonne santé ▪ Perte osseuse rapide ▪ Atteint généralement les sujets de - de 30 ans (patient de 28 ans) ▪ Localisation au secteur molaire et incisive | Critères diagnostiques : <p><i>Stade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte osseuse radiographique s'étendant du 1/3 ou de la moitié de la racine à plus ▪ Perte osseuse verticale de plus de 3 mm <p><i>Grade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % perte osseuse/âge > 1 |
| Parodontite agressive localisée au secteur antérieur et 1 ^{re} M | Parodontite localisée aux incisives maxillaire stade 3 grade C |

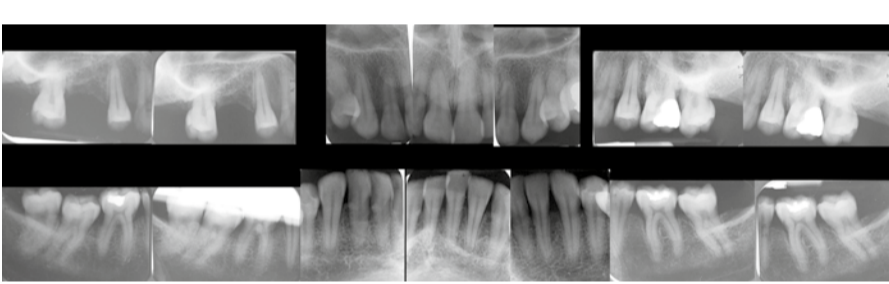


Cas clinique 3

Patiente **36 ans**, en **bonne santé générale, non fumeuse**, est adressée pour une évaluation implantaire au niveau de la 15 perdue suite à une fracture.



Cliniquement, on note la présence de **plaque et de tartre** ainsi qu'une inflammation gingivale peu **marquée** sur un morphotype parodontal de type normal dans le secteur incisif maxillaire et fin dans les autres secteurs avec peu de gencive attachée et récessions parodontales sans TK ni GA sur 36 et 46.



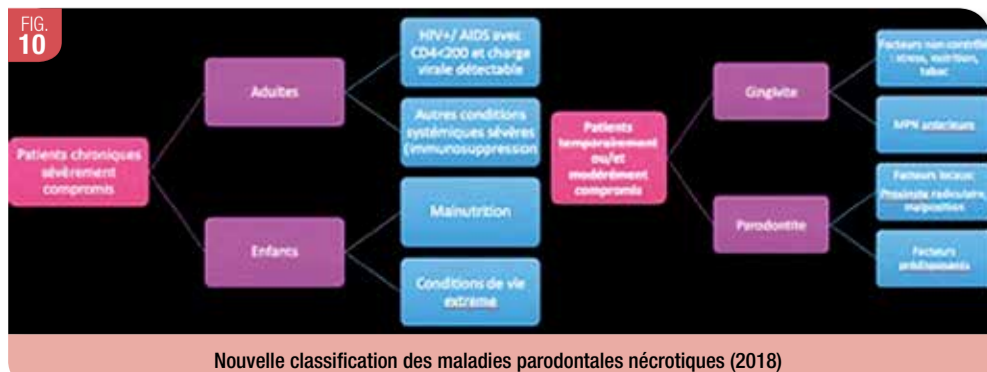
Radiologiquement, on note une alvéolyse **verticale** en D de 26 et 47 en M de 36 et 37, en forme de cuvette 26-27 ainsi qu'un édentement en place de 15.

| Classification de 1999 | Classification de 2018 |
|---|--|
| <p>Critères diagnostiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient adulte ▪ Progression lente ▪ Alvéolyse horizontale atteignant le 1/3 de la hauteur radicaire <p>Parodontite chronique de forme superficielle dans les secteurs postérieurs maxillaire et mandibulaire</p> | <p>Critères diagnostiques :</p> <p>Stade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte osseuse < 15 % ▪ Pas de perte dentaire due à la parodontite <p>Grade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % perte osseuse/âge < 0,25 <p>Parodontite localisée aux molaires maxillaire et mandibulaire stade 1 grade A</p> |

Les maladies parodontales nécrotiques

La nouvelle classification fait une place à part à la maladie parodontale nécrotique dans la catégorie des parodontites. Dans la classification de 1999, le terrain immunitaire du patient constituait un critère diagnostique. Aujourd'hui il s'agit d'un critère de classification, à savoir si le patient est chroniquement/sévèrement compromis comme dans le cas d'un VIH ou d'une immunodépression sévère Ou si le patient est temporairement et OU Modérément compromis (Fig. 10).

Qu'appelle-t-on les maladies parodontales nécrotiques ? [6]
 « La **gingivite nécrotique (Fig. 11)** est une **atteinte inflammatoire aiguë des tissus gingivaux** caractérisée par la présence de nécroses ou d'ulcères dans la papille interdentaire, un saignement gingival et une douleur, **sans atteinte osseuse**. D'autres symptômes sont associés comme la mauvaise haleine, des pseudomembranes, une lymphoadenopathie régionale, de la fièvre et chez l'enfant une sialorrhée (Fig. 12).

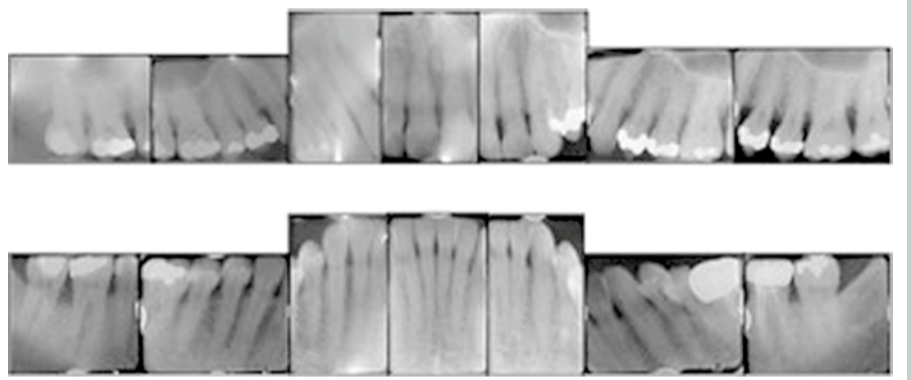


Cas clinique 4

Patiente de **54 ans**, en **bonne santé générale, sans prédisposition familiale, non fumeuse**, vient consulter pour des soins parodontaux. La patiente a déjà été suivie en parodontie.



Cliniquement, on note **peu de plaque et tartre** et une inflammation **gingivale discrète** sur un morphotype **parodontal épais** avec du tissu kératinisé en bonne quantité.



Radiologiquement, au maxillaire on note une alvéolyse horizontale qui atteint le 1/2 de la HR dans les secteurs postérieurs et le 1/3 de la HR au niveau du secteur antérieur, une alvéolyse verticale en M de 17 et en D de 24 et une LIR sur 17. À la mandibule, on note une alvéolyse horizontale qui atteint le 1/3 de la HR au secteur postérieur et antérieur ainsi qu'une LIR sur 46.

| Classification de 1999 | Classification de 2018 |
|--|--|
| <p>Critères diagnostiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient adulte ▪ Progression lente ▪ Alvéolyse <p>Parodontite chronique de forme modérée généralisée de forme légèrement plus marquée dans les secteurs postérieurs maxillaire</p> | <p>Critères diagnostiques :</p> <p>Stade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte osseuse entre 15 et 33 % ▪ Pas de perte dentaire due à la parodontite <p>Grade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % perte osseuse/âge de 0,25 à 1 <p>Parodontite généralisée stade 2 grade B, allant vers une parodontite stade 3 Grade B au niveau des molaires maxillaire</p> |

La **parodontite nécrotique** est une **atteinte inflammatoire du parodonte** caractérisée par la présence de nécroses ou d'ulcères dans la

papille interdentaire, de saignement gingival, de mauvaise haleine, de douleur et de **perte osseuse rapide**. D'autres symptômes sont associés comme la formation de pseudomembrane, une lymphoadenopathie et de la fièvre.



La **stomatite nécrotique** est une **atteinte inflammatoire sévère du parodonte et de la cavité buccale dans laquelle la nécrose s'étend au-delà de la gencive**. La dénudation de l'os peut apparaître à travers la muqueuse alvéolaire avec de larges zones d'ostéite et la formation de séquestre osseux. Elle apparaît typiquement chez des patients sévèrement compromis sur le plan général ».



Yael Bellahsen, Audrey Porcherot, Jordan Dray, Claire Do, Hannah Kruk, Marc Danan, Xavier Bensaïd



Gingivite nécrotique

Les autres pathologies affectant le parodonte

Enfin le consensus met en place une troisième grande catégorie regroupant les autres pathologies affectant le parodonte :

Autres pathologies affectant le parodonte (2018) :

- Maladies systémiques affectant les tissus parodontaux
- Abscès parodontal et lésions endo parodontales
- Altérations mucogingivales
- Forces Traumatiques occlusales
- Facteurs liés aux dents et à la prothèse

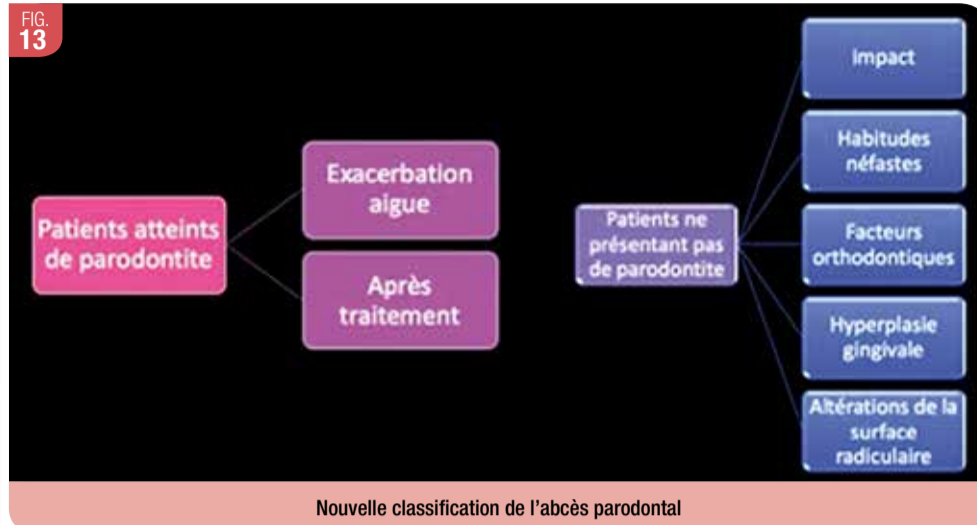
Maladies systémiques affectant les tissus parodontaux

On définit la maladie systémique comme une maladie qui affecte plusieurs organes ou tissus ou qui affecte le corps dans son ensemble. Les maladies systémiques vont être de trois types :

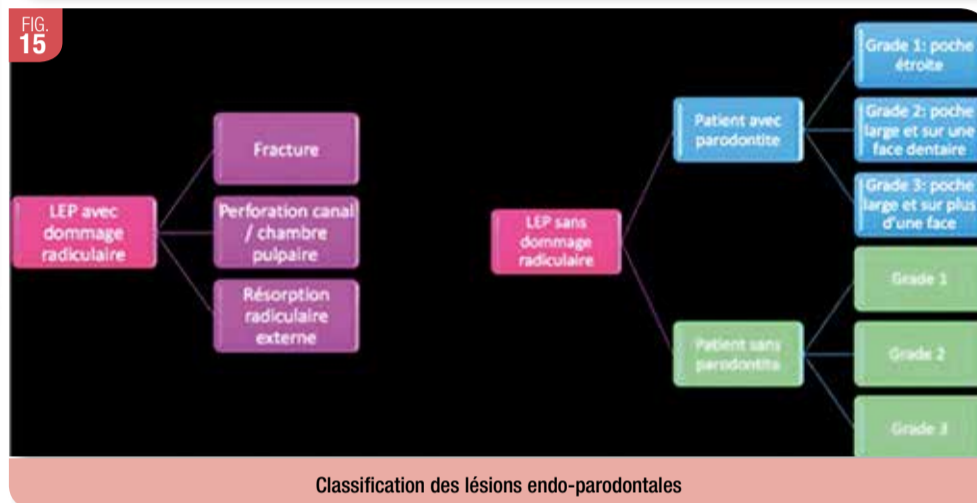
- maladies ayant un impact majeur sur la perte des tissus parodontaux en influant sur l'inflammation parodontale : ce sont les maladies rares ;
- consommations et maladies ayant un impact variable sur la pathogénie des maladies parodontales comme le diabète, l'ostéoporose, arthropathies, stress, troubles dépressifs, tabac... ;
- maladies pouvant entraîner la perte des tissus parodontaux en l'absence de parodontite.

Abcès parodontal

L'abcès parodontal peut être spécifiquement défini comme une accumulation localisée de pus située dans la paroi gingivale d'une poche parodontale, associé à une destruction tissulaire, survenant pendant une période limitée et présentant des symptômes cliniques facilement détectables (Fig. 13 et 14). Dans la nouvelle classification de 2018, on classera l'abcès parodontal en fonction de son étiologie selon que le patient présente ou non une parodontite. [7]



Nouvelle classification de l'abcès parodontal



Classification des lésions endo-parodontales

Lésions endo-parodontales

Les lésions endo-parodontales (LEP) impliquent à la fois la pulpe et les tissus parodontaux et peuvent être sous formes aiguës ou chroniques. Lorsqu'elles sont associées à un événement traumatique ou iatrogène récent (par exemple, une fracture ou une perforation de la racine), la manifestation la plus commune est un abcès accompagné de douleur. Toutefois, chez les patients atteints de parodontite, la LEP présente normalement une progression lente et chronique sans symptômes évidents (Fig. 16).

La classification des lésions endo parodontales, se fait selon qu'il y a ou non un dom-

mage radiculaire. Un système de grade a été mis en place pour rendre cette classification plus précise et ainsi diriger au mieux le traitement (Fig. 15).

Les récessions parodontales

En 1999, la récession parodontale est définie par l'American Academy of Periodontology comme « une dénudation radiculaire due au déplacement du bord marginal de la gencive par rapport à la jonction email cément » [8].

Une classification moderne de la récession basée sur la mesure de l'attache interdentaire a été proposée par Cairo et al. [9]



Abcès parodontal provoqué par l'exacerbation inflammatoire de la maladie parodontale



Vue clinique et radiographique d'une LEP (Remerciements au D' Denis BOUTER)

Cette classification surmonte certaines limitations de la classification de Miller [10] largement utilisée telles que l'utilisation de « perte osseuse ou de tissu mou » comme référence interdentaire pour diagnostiquer une destruction parodontale dans la zone interdentaire. En outre, la classification de Miller a été proposée lorsque les techniques de chirurgie parodontale de recouvrement

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| <p>Récession de type 1 (RT1)</p> | | <p>Pas de perte d'attache interproximale. La jonction émail-cément interproximale est cliniquement non détectable sur les aspects mésial et distal de la dent.</p> |
| <p>Récession de type 2 (RT2)</p> | | <p>Perte d'attache interproximale* < perte d'attache vestibulaire**</p> |
| <p>Récession de type 3 (RT3)</p> | | <p>Perte d'attache interproximale* > perte d'attache vestibulaire**</p> |

Classification des récessions parodontales 2018 (9)
 *mesurée en interproximal de la JEC au fond du sulcus ou de la poche
 **mesurée en vestibulaire de la JEC au fond du sulcus ou de la poche



radiculaire étaient à leurs balbutiements et la prévision de recouvrement potentielle dans les quatre classes Miller ne correspondant plus totalement à la réalité de nos thérapeutiques actuelles (Fig. 17).

Conclusion

Le consensus s'est donc réuni depuis 2015 pour actualiser, compléter et optimiser la classification de 1999 (Armitage 1999).

Dans un premier temps, la notion de santé parodontale a été introduite sur un parodonte sain mais également sur un parodonte réduit (avec antécédents ou non de parodontite). En effet pour une grande partie de la population, la question de santé parodontale doit être considérée dans le contexte du retour à la santé clinique d'une maladie gingivale ou parodontale : un patient présentant une perte d'attache tissulaire ou osseuse peut être en bonne santé parodontale.

Dans un second temps, les formes de maladies précédemment reconnues comme « chroniques » ou « agressives » sont désormais regroupées sous une seule catégorie « parodontites » au côté des maladies parodontales nécrotiques et des parodontites manifestations d'une maladie systémique. Le diagnostic de la parodontite est désormais caractérisé selon sa sévérité/complexité en 4 stades et selon son risque de progression en 3 grades.

Concernant les associations systémiques et comportementales, il a été défini que certaines maladies génétiques rares ont un effet majeur sur le parodonte tandis que d'autres maladies comme le diabète ou le tabagisme ont des effets variables sur le parodonte.

Enfin d'autres classifications ont vu le jour : classification des lésions endoparodontales, des abcès parodontaux et des récessions gingivales.

Il faut cependant garder à l'esprit que les classifications sont par essence imparfaites car elles sont censées ne reposer que sur des niveaux de preuve solides alors qu'elles embrassent aussi des opinions d'experts. Cette nouvelle classification ne doit donc pas être vécue comme un carcan mais plutôt comme une aide à la décision, au diagnostic et aux traitements des maladies parodontales.

Bibliographie

1. G. Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman K, L. Mealey B, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti M. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018 Jun ; 45 Suppl 20 : S1-S8
2. Lang, N. P., et P. M. Bartold. « Periodontal health ». *Journal of periodontology* 89, no S1 (2018) : 59-16

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr



PIEZOTOME CUBE

OPTEZ POUR L'EXTRACTION ATRAUMATIQUE

Des extractions sans stress

- Lambeau facultatif
- Traitement réalisé sans force
- Extraction d'apex résiduel facilitée
- Diminution du nombre de complications et rendez-vous d'urgence

Des bénéfices cliniques prouvés

- Suites opératoires amoindries : douleurs, oedèmes et prise d'antalgiques sont réduits de plus de 50%**
- Préservation maximale de la table osseuse
- Extraction-implantation immédiate possible

** Ultrasonic Piezotome® surgery: is it a benefit for our patients and does it extend surgery time? A retrospective comparative study on the removal of 100 impacted mandibular 3rd molar. A. Troedhan, A. Kurrek, M. Wainwright. *Open Journal of Stomatology*, 2011



* Solutions invasives a minima

Dispositif médical de classe IIa (GMED) - CE0459. Pour un bon usage, lire attentivement les mentions figurant dans la notice. Non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Réservé à l'usage professionnel dentaire. Date de création : 09/2019. Fabricant : SATELEC® Groupe ACTEON® (France).

SATELEC® S.A.S I A Company of ACTEON® Group
17 av. Gustave Eiffel | ZI du Phare | 33700 MERIGNAC | FRANCE
Tel + 33 (0) 556 340 607 | Fax + 33 (0) 556 349 292
E-mail : info@acteongroup.com | www.acteongroup.com



dental *ún*ov

une solution d'avance

C'EST
ÉNORME !



Une offre exceptionnelle à découvrir vite sur :
www.lesbonsplansdentaires.fr

Teneo. Indications : Poste de traitement pour cabinet dentaire. Classe IIa. Fabricant : Sirona Dental Systems GmbH organisme notifié 0123. Orthophos SL 3D et Orthophos S. Indications : Appareils pour radiologie dentaire. Classe IIb. Fabricant : Sirona Dental Systems GmbH organisme notifié 0123. Primescan et CEREC Primescan. Indication : scanner intraoral 3D haute résolution, pour fabrication assistée par ordinateur de restaurations dentaires et permettant également d'envoyer les prises d'empreintes numériques à un laboratoire de prothèse. Classe : I. Fabricant : Sirona Dental Systems GmbH.



Aménagements des tissus mous péri-implantaires

Jordan Dray
Claire Do
Yael Bellahsen
Audrey Porcherot
Paris

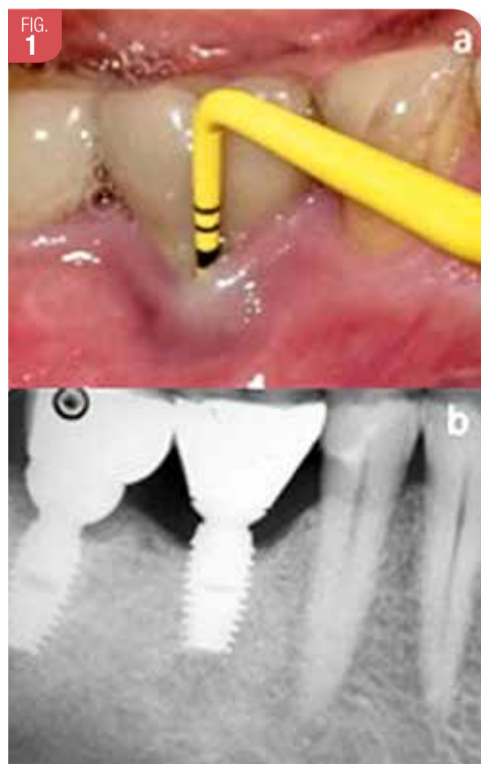
Introduction

Les maladies péri-implantaires sont de plus en plus fréquemment rencontrées en raison de l'augmentation du nombre d'implants posés. La nouvelle classification de Chicago 2017 a introduit la notion de santé péri-implantaire et a également actualisé les définitions des deux grandes pathologies retrouvées autour des implants : la mucosite et la péri-implantite [1].

La santé péri-implantaire est cliniquement caractérisée par l'absence d'érythème, de saignement au sondage, d'œdème et de suppuration [2]. La mucosite est une inflammation de la muqueuse péri-implantaire avec saignement et/ou suppuration au sondage et en l'absence de perte osseuse marginale continue. Le principal facteur étiologique retenu est l'accumulation du biofilm bactérien autour de l'implant [3].

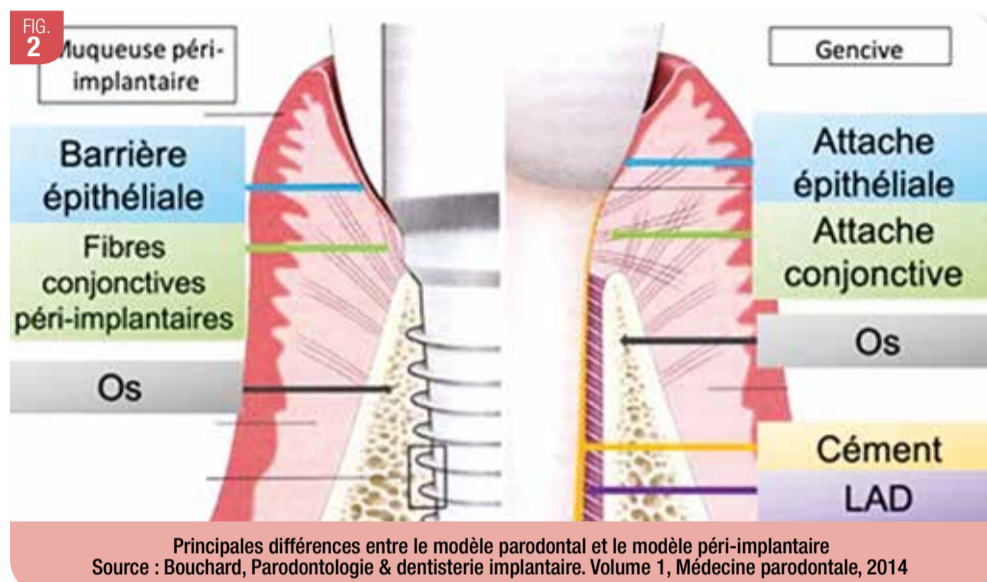
Enfin, la péri-implantite est un état pathologique apparaissant autour des tissus péri-implantaires, caractérisée par une inflammation de la muqueuse péri-implantaire avec saignement et/ou suppuration au sondage, l'augmentation de profondeur de poche (Fig. 1a) et une perte progressive de l'os sous-jacent (Fig. 1b) [4].

D'après la littérature, plus de 3 patients sur 5 porteurs d'implant(s) présentent une mucosite péri-implantaire, et 1 patient sur 5 une péri-implantite [5]. Perussolo et al. ont récemment établi une corrélation entre un défaut de tissu kératinisé et l'augmentation du risque de développer des maladies péri-implantaires [6].



Péri-implantite sur 46

a) La sonde plonge à 10 mm sous le rebord marginal témoignant de la destruction de la corticale vestibulaire. b) La radio en 2D ne permet pas d'objectiver la destruction osseuse d'où la nécessité d'associer le sondage à la démarche diagnostique.



Principales différences entre le modèle parodontal et le modèle péri-implantaire
Source : Bouchard, Parodontologie & dentisterie implantaire. Volume 1, Médecine parodontale, 2014

Spécificités des tissus péri-implantaires

La muqueuse péri-implantaire présente de grandes similitudes anatomiques et biologiques avec les tissus parodontaux. Cependant, des différences majeures existent, lui conférant un comportement différent face à l'agression bactérienne. D'un point de vue histologique, l'absence de ciment autour des implants conduit à une orientation parallèle des fibres conjonctives, et non perpendiculaire comme c'est le cas autour des dents (Fig. 2) [7]. De plus, le tissu conjonctif péri-implantaire contient moins de fibroblastes et de structures vasculaires, mais plus de fibres de collagène, ce qui le rend comparable à un tissu cicatriciel. L'absence de desmodonte ne permet aucune absorption des contraintes mécaniques et induit une diminution de la vascularisation, donc de l'apport en cellules immunitaires et indifférenciées réparatrices. Le turn over cellulaire en est moindre et la cicatrisation des tissus plus faible et plus lente.

Ainsi, cette faiblesse anatomique rend les tissus péri-implantaires plus perméables au passage des bactéries et à la diffusion de l'inflammation jusqu'au niveau osseux.

Implant et tissu kératinisé

Depuis l'apparition des implants, la relation entre tissu kératinisé et maladies péri-implantaires reste controversée en raison de l'absence de consensus. De nombreuses études montrent une corrélation entre l'absence de tissu kératinisé et la péri-implantite [8,9,10]. Selon Sarmiento et al., le niveau osseux péri-implantaire est influencé par des conditions pathologiques (inflammation d'origine infectieuse) et non-pathologiques (perte osseuse admise après la mise en place du pilier). Jusqu'à présent, les classifications des maladies péri-implantaires se limitaient à décrire la progression de la maladie et les conséquences qu'elle pouvait engendrer sur les tissus avoisinants. Il n'existait pas de classification basée sur les facteurs étiologiques des maladies péri-implantaires, pourtant, une meilleure compréhension des étiologies de la maladie permettrait de développer une prise en charge plus adaptée à la situation clinique. Sarmiento et al. ont donc voulu identifier et établir une classification étiologique des péri-implantites (Tableau 1).

Ainsi, sur les 270 implants dentaires présentant une péri-implantite, la cause bactérienne

reste l'étiologie principale dans 78,8 % des cas et dans 5 % des cas, un défaut de tissu kératinisé en est la cause.

| Étiologies | Implants associés à une péri-implantite |
|---|---|
| Cause bactérienne (ex : plaque/tartre) | 78,8 % |
| Facteurs iatrogènes (ex : mauvais positionnement implantaire) | 8,5 % |
| Irritants exogènes (ex : excès de ciment) | 5,5 % |
| Défaut de TK (ex : absence de gencive attachée et/ou de tissu kératinisé) | 4,8 % |
| Pathologies exogènes (ex : lésions proximales d'origine endodontique) | 2,2 % |

Tableau 1 : Classification étiologique des péri-implantites selon Sarmiento

Le tissu kératinisé se définit en hauteur et en épaisseur. En hauteur, il s'étend depuis le sommet gingival jusqu'à la ligne muco-gingivale et comprend la gencive attachée et la gencive libre (Fig. 3). En épaisseur, il est composé d'un épithélium pavimenteux stratifié kératinisé, d'un tissu conjonctif sous-jacent et du périoste.



Influence de la hauteur de tissu kératinisé

Certaines études récentes montrent une corrélation entre l'absence de tissu kératinisé et l'augmentation du risque de développer des maladies péri-implantaires [11,12,13].

Elles ont évalué l'influence de la hauteur de tissu kératinisé sur la santé péri-implantaire en comparant différents paramètres cliniques

entre un groupe avec tissu kératinisé et un sans tissu kératinisé (Fig. 4).

Les résultats obtenus montrent une amélioration significative de l'indice de plaque, de l'indice gingival, de l'indice de saignement et des récessions muqueuses en présence de tissu kératinisé. De plus, les études semblent suggérer que la présence d'une bande de tissu kératinisé autour des implants favoriserait un meilleur confort au brossage, en facilitant les manœuvres d'hygiène pour le patient ce qui limiterait l'infiltration bactérienne. Ainsi, une hauteur de 2 mm de tissu kératinisé est recommandée pour favoriser une meilleure santé péri-implantaire [14,15].



Influence de l'épaisseur de tissu kératinisé

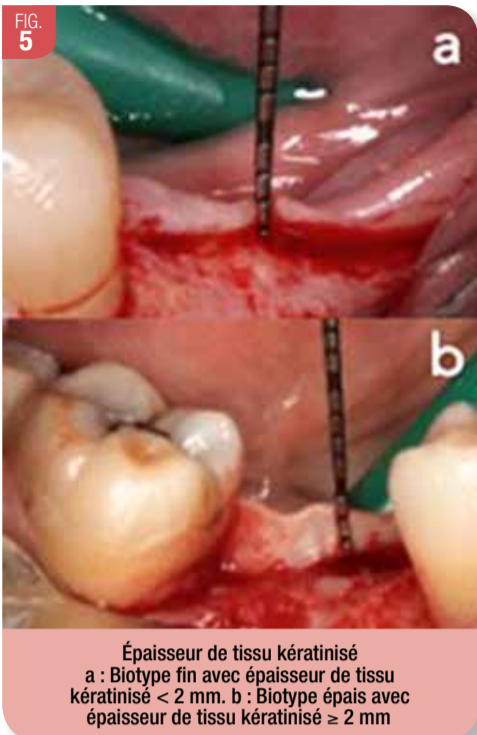
Une autre notion est évoquée et semble au moins aussi importante que la hauteur malgré le faible nombre d'études sur le sujet : l'épaisseur de tissu kératinisé. Le dernier consensus américain de 2018 considère qu'un biotype est fin lorsque l'épaisseur de tissu kératinisé est inférieure à 2 mm, et qu'il est épais lorsque cette valeur est supérieure ou égale à 2 mm (Fig. 5).

D'après l'étude de Linkevicius et al. [16] en 2015, la perte osseuse est plus importante chez le groupe de patients présentant un biotype fin comparé au groupe de patients présentant un biotype épais. De plus, un troisième groupe de patients présentant un biotype initialement « fin » a été suivi, et un épaississement a été réalisé lors de la pose implantaire. Les résultats ne montrent aucune différence significative comparés au groupe « biotype épais », et suggèrent donc qu'un biotype fin épaissi par une greffe revient à obtenir un biotype épais. Des résultats similaires sont retrouvés dans des études utilisant d'autres systèmes implantaires [17,18].

D'autre part, certains auteurs soulignent le rôle d'un tissu kératinisé épais dans la prévention de récessions péri-implantaires. Yoshino et al. [19] comparent le niveau gingival vestibulaire autour d'implants chez des patients ayant bénéficié d'une greffe de conjonctif enfoui ou non. Ses résultats montrent que le niveau gingival est significativement réduit dans le groupe non greffé comparé au groupe greffé.



Jordan Dray, Claire Do, Yael Bellahsen, Audrey Porcherot, Selma Cherkaoui, Marc Danan, Xavier Bensaid



Épaisseur de tissu kératinisé
a : Biotype fin avec épaisseur de tissu kératinisé < 2 mm. b : Biotype épais avec épaisseur de tissu kératinisé ≥ 2 mm

En conclusion, la présence d'une hauteur et d'une épaisseur de 2 mm de tissu kératinisé autour des implants favorisent un meilleur contrôle de plaque avec moins d'inflammation, moins de saignement et diminue le risque de récessions muqueuses. En présence de plaque, un défaut de tissu kératinisé semble être un facteur de risque de développer une péri-implantite, ou de majorer la perte osseuse chez les patients déjà atteints [20]. La perte osseuse est également reliée à l'épaisseur des tissus mous : le consensus américain et européen de 2018 admet qu'un biotype fin (< 2 mm) est plus à risque d'entraîner une perte osseuse marginale comparé à un biotype épais (≥ 2 mm) [21]. Il convient donc de dépister ces zones à risques et de modifier le biotype par des procédures de chirurgie plastique péri-implantaire.

Les aménagements muqueux

Les principales interventions chirurgicales ont pour but d'apporter du tissu kératinisé en hauteur et en épaisseur, ou d'épaissir les tissus déjà présents.

Il existe 4 grandes familles de protocoles : l'operculisatoin, le lambeau déplacé apicalement, la greffe épithélio-conjonctive et la greffe de conjonctif enfoui.

Lorsque les conditions sont idéales, c'est-à-dire, avec un tissu kératinisé en hauteur et en épaisseur suffisantes (≥ 2 mm), l'operculisatoin sera réalisée afin de découvrir la tête de l'implant pour y connecter l'accastillage prothétique.

Lorsque ces conditions ne sont pas respectées, les 3 autres protocoles vont permettre l'aménagement de ces tissus. Ils peuvent se faire à différents moments du traitement implantaire : lors de la pose des implants (stade per-implantaire), lors du désenfouissement des implants (2^e temps chirurgical), ou à plus long terme après la pose des prothèses.

Dans les traitements en 2 temps chirurgicaux, le deuxième temps chirurgical est le moment privilégié pour intervenir.

Le **tableau 2** récapitule les différentes techniques chirurgicales d'aménagement des tissus mous péri-implantaires en fonction des conditions locales et du moment d'intervention.

Operculisatoin

Elle est réalisée lorsqu'on dispose d'une quantité suffisante de tissu kératinisé en hauteur et en épaisseur (≥ 2 mm) (Fig. 6a). Elle permet d'atteindre la vis de couverture sans nuire aux structures voisines tout en réduisant la surface d'os exposé. En effet, seule la portion gingivale située au-dessus de la vis est retirée, réduisant le traumatisme post-chirurgical (Fig. 6b). L'éviction gingivale est réalisée au moyen d'un bistouri à lame froide ou rotatif, ou encore au laser.

Greffe de conjonctif enfoui

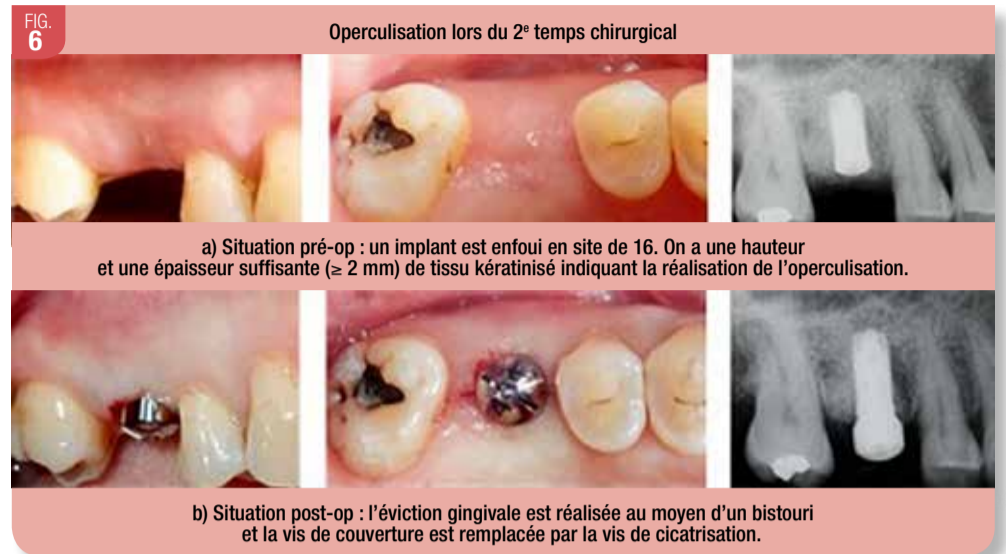
La greffe de conjonctif enfoui est réalisée lorsque le tissu kératinisé est présent sur la crête avec une hauteur ≥ 2 mm, mais en trop faible épaisseur (< 2 mm) (Fig. 8a, 8b et 9a). Son intérêt est d'augmenter l'épaisseur des tissus, pour faciliter les mesures d'hygiène orale et améliorer le résultat esthétique.

Elle consiste à prélever une portion de tissu conjonctif provenant d'un site donneur, pour l'enfouir au niveau du site receveur (Fig. 8c, 8d et 9b).

Le prélèvement du greffon se fait principalement par deux techniques : celle de la single incision, développée par Zuhr et Hurzeler, ou celle du greffon épithélio-conjonctif désépithérialisé, développée par Zucchelli.

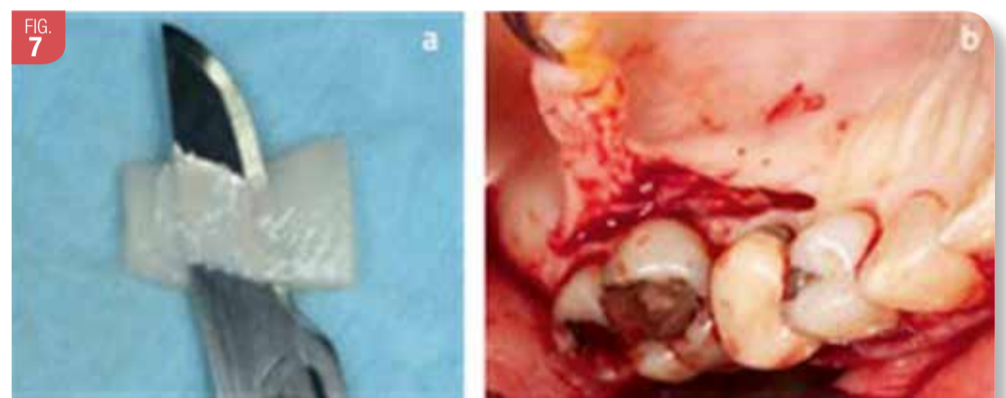
Pour le prélèvement épithélio-conjonctif désépithérialisé, deux incisions horizontales et deux incisions verticales sont réalisées afin de délimiter un rectangle. La portion de tissu est ensuite disséquée en épaisseur partielle et désépithérialisée en dehors de la bouche (Fig. 7a).

Pour la single incision, la première incision est perpendiculaire au grand axe des dents maxillaires, au contact osseux, et située à 2 mm du rebord marginal. La longueur de l'incision correspond à la longueur du greffon nécessaire. À partir de ce trait d'incision, la lame de bistouri est orientée parallèlement à la surface épithéliale pour séparer la partie conjonctive de la partie épithéliale. Un troisième passage est effectué, plus en profondeur, parallèle à la seconde incision, pour détacher le greffon du plan profond (Fig. 7b). Cette dernière technique offre une cicatrisation de première intention et donne ainsi de meilleures suites post-opératoires pour le patient. Elle sera privilégiée dans les cas où la fibromuqueuse palatine est suffisamment épaisse. Dans le cas contraire, la technique du prélèvement épithélio-conjonctif désépithérialisé sera réalisée, compromettant le confort post-opératoire par une cicatrisation

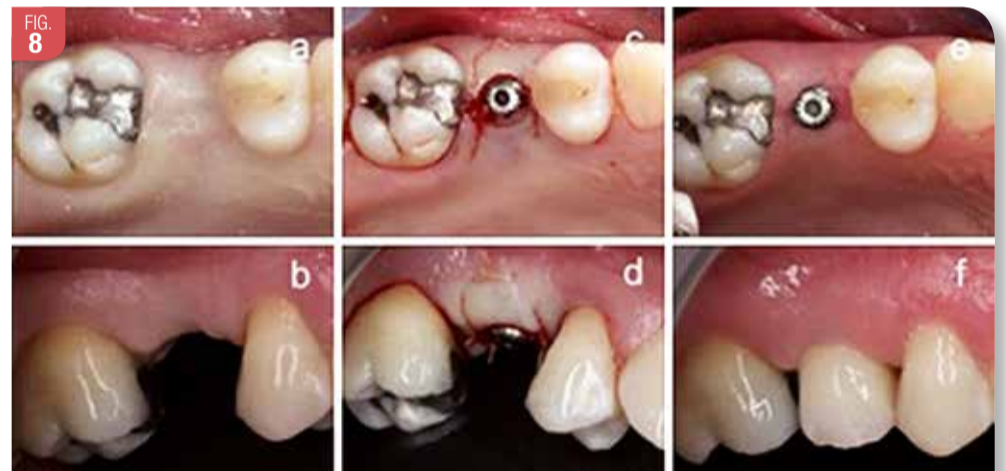


a) Situation pré-op : un implant est enfoui en site de 16. On a une hauteur et une épaisseur suffisante (≥ 2 mm) de tissu kératinisé indiquant la réalisation de l'operculisatoin.

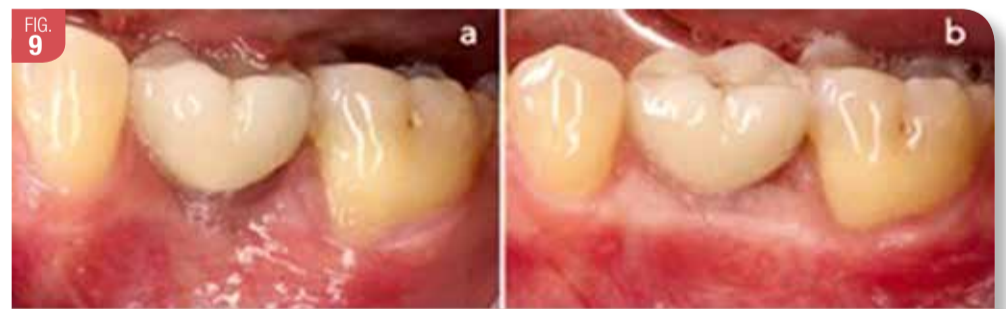
b) Situation post-op : l'éviction gingivale est réalisée au moyen d'un bistouri et la vis de couverture est remplacée par la vis de cicatrisation.



Prélèvements conventionnels
a) La greffe épithélio-conjonctive désépithérialisée dans un second temps. b) La technique de la « single incision »



Greffe de conjonctif enfoui réalisée lors d'un 2^e temps chirurgical - Source : Grégoire Chevalier
a) Vue occlusale : un implant en site de 15 est positionné. On observe une concavité vestibulaire. b) Vue vestibulaire de la situation pré-opératoire. Un conjonctif enfoui est indiqué pour compenser le déficit osseux vestibulo-palatin c) et d) Le greffon est enfoui, suturé et la vis de cicatrisation est mise en place. e) Cicatrisation à un mois : absence de concavité vestibulaire f) Résultat à un an post-opératoire après la mise en place de la prothèse.



Greffe de conjonctif enfoui après la pose des prothèses
a) Situation initiale : biotype fin avec concavité visible en regard de 36 et persistance d'une bande de tissu kératinisé. b) Situation post-opératoire à 6 mois.



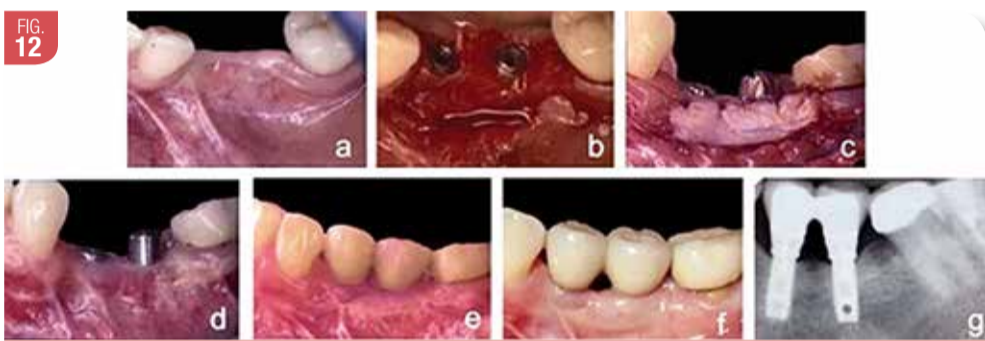
La technique du rouleau lors d'un second temps chirurgical
a) Situation initiale : édentement de 12 à 22 et présence d'une concavité vestibulaire en regard de 22. Au niveau de 12 une operculisatoin est indiquée et en regard de 22, la technique du rouleau est réalisée. b), c) et d) Désépithérialisation de la crête surplombant l'implant. e) Dissection du conjonctif au-dessus de l'implant. f) et g) Le conjonctif pédiculé est ensuite roulé en vestibulaire puis suturé. h) Résultat un an post-opératoire avec la restauration d'un volume tissulaire

| | 1 ^{er} temps chirurgical | 2 ^e temps chirurgical | Après la pose des prothèses |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Hauteur et Épaisseur > 2 mm | | Operculisatoin | |
| Épaisseur < 2 mm | Greffe de conjonctif enfoui | Greffe de conjonctif enfoui | Greffe de conjonctif enfoui |
| Hauteur < 2 mm (Selon le biotype) | | Lambeau déplacé apicalement (+/- conjonctif enfoui) | Lambeau déplacé apicalement (+/- conjonctif enfoui) |
| Absence de TK | | Greffe épithélio-conjonctive | Greffe épithélio-conjonctive |

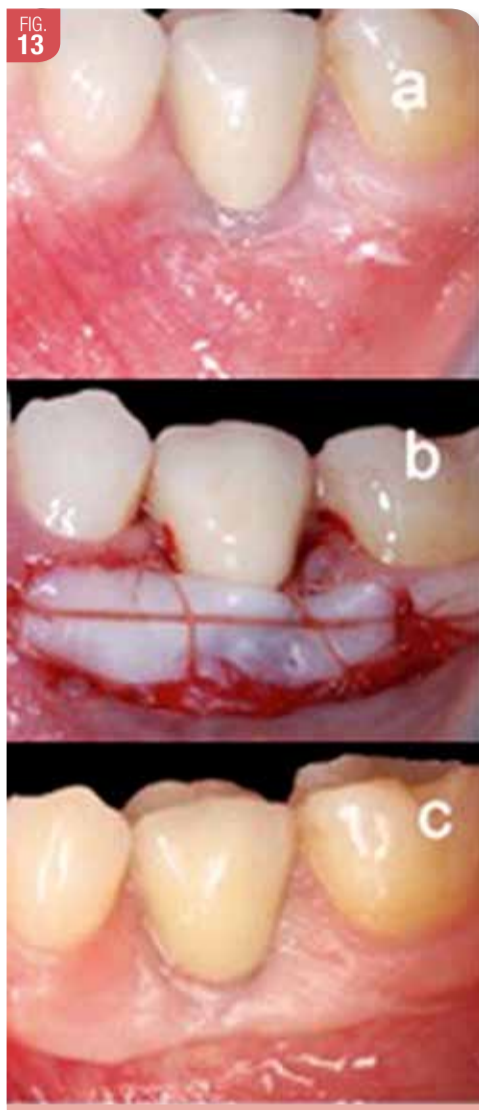
Tableau 2 : Les différents types d'aménagements des tissus mous péri-implantaires selon la situation clinique locale et le moment d'intervention



Lambeau déplacé apicalement lors du 2^e temps chirurgical
 a) Vue vestibulaire : absence de tissu kératinisé en vestibulaire. b) Vue occlusale : présence de tissu kératinisé sur la crête. c) Une incision crestale déportée en linguale est réalisée, suivie de deux incisions de décharge verticales, et le lambeau est apicalisé puis suturé autour des piliers de cicatrisation. d) Résultat à un an après la pose des prothèses.



Grefe épithélio-conjonctive péri-implantaire lors du 2^e temps chirurgical
 a) Vue pré-opératoire : deux implants en site de 34 et 35 sont enfouis. On note l'absence de tissu kératinisé en vestibulaire des implants, associée à une insertion freinale allant jusqu'au sommet crestal. b) Préparation du site receveur : une dissection du lambeau est réalisée et les vis de couverture implantaire sont retirées. L'incision crestale est réalisée en suivant la ligne muco-gingivale. Elle est accompagnée de deux incisions de décharge vestibulaires puis progressivement le lambeau est disséqué. Les implants sont alors dégagés et les vis de couverture déposées. c) Vue post-opératoire : le greffon épithélio-conjonctif est suturé autour des vis de cicatrisation. d) Cicatrisation à une semaine. e) Cicatrisation à 3 mois avec la prothèse définitive mise en place. f) et g) Contrôle clinique et radiographique à 20 ans.



Grefe épithélio-conjonctive péri-implantaire après la pose des prothèses
 a) Vue pré-opératoire : absence de tissu kératinisé et de gencive attachée en vestibulaire de 35, compliquant l'hygiène bucco-dentaire. b) Vue post-opératoire : des points matelassiers horizontaux périostés sont réalisés sur la berge labiale du lit receveur et se suspendent autour de la dent. Des points matelassiers verticaux sont également réalisés sur les bords proximaux du lit receveur. Elles ont pour but de plaquer le greffon. c) Résultat à 3 ans : obtention d'un gain en hauteur et en épaisseur, facilitant les manœuvres d'hygiène.

de seconde intention. Cette technique offre l'avantage de pouvoir être réalisée quel que soit le biotype tissulaire palatin.

Le greffon ainsi obtenu peut être enfoui au niveau d'un lit receveur préparé en épaisseur totale (au premier temps chirurgical), ou en épaisseur partielle (au deuxième temps chirurgical et après la pose des prothèses). La dissection en épaisseur partielle est préférable en raison de la source de vascularisation supplémentaire depuis le périoste.

La technique du rouleau

La technique du rouleau est une variante de la greffe de conjonctif enfoui ne nécessitant qu'un seul site opératoire. Elle consiste à disséquer un greffon de conjonctif pédiculé palatin puis à le rouler et l'enfouir sous un lambeau vestibulaire. Cette procédure permet de dégager la tête de l'implant et d'épaissir le tissu vestibulaire (Fig. 10). D'après Tunkel et al, cette technique offre de meilleurs résultats

en termes de gain d'épaisseur comparée à un lambeau déplacé apicalement seul, mais ce dernier associé à un conjonctif enfoui reste la procédure de choix avec les valeurs les plus élevées de gain d'épaisseur [22].

Lambeau déplacé apicalement

Le lambeau déplacé apicalement est réalisé au second temps chirurgical, lorsque le tissu kératinisé est présent sur la crête (Fig. 11b), en hauteur et en épaisseur ≥ 2 mm, mais absent ou insuffisant (< 2 mm) en vestibulaire des implants (Fig. 11a). Le but est de déplacer le tissu en vestibulaire pour augmenter la hauteur de tissu kératinisé et conserver l'aspect esthétique. Elle consiste en une incision crestale déportée en linguale, associée à deux incisions de décharge verticales. Ces incisions de décharge s'étendent au-delà de la ligne muco-gingivale pour permettre le déplacement du lambeau. Ce dernier est disséqué en épaisseur partielle, apicalisé, puis suturé

autour des piliers de cicatrisation. Une portion de tissu conjonctif reste exposée coronairement et cicatrisera en seconde intention en s'épithélialisant en surface (Fig. 11c).

En cas de morphotype fin, un greffon de tissu conjonctif peut être associé à ce protocole. Ce dernier sera suturé au périoste et recouvert par le lambeau déplacé apicalement.

Grefe épithélio-conjonctive

La greffe épithélio-conjonctive est indiquée en cas d'absence de tissu kératinisé associée à des conditions locales défavorables (présence de plaque, insertion freinale haute...) (Fig. 12a et 13a). C'est la technique de choix pour augmenter le tissu kératinisé en hauteur et en épaisseur, et renforcer ces zones de moindre résistance. Elle est réalisée au

second temps chirurgical ou après la pose des prothèses.

La préparation du lit receveur se fait au moyen d'une première incision horizontale, coronairement à la ligne muco-gingivale, associée à deux incisions de décharge verticales, délimitant un trapèze à grande base apicale s'étendant au-delà de la ligne muco-gingivale. La berge labiale est suturée au périoste afin de disposer d'une surface périostée adhérente non mobilisable par traction de la lèvre ou de la joue (Fig. 12b).

Le greffon épithélio-conjonctif est ensuite positionné et réajusté face conjonctive contre le lit receveur. Il est d'abord suturé par des points en O à ses extrémités pour le maintenir dans la position souhaitée. Puis il est plaqué par des points matelassiers horizontaux et verticaux (Fig. 12c et 13b).

C'est une technique fiable, simple d'exécution, et capable d'apporter une grande quantité de tissus (Fig. 12d à 12g et 13c), mais elle présente certains inconvénients dont un aspect inesthétique et des suites post-opératoires douloureuses liées à la cicatrisation de seconde intention au niveau du site donneur. (Voir article sur la greffe épithélio-conjonctive)

Conclusion

En l'absence de consensus, le choix du protocole est à adapter au patient et à la situation clinique. Aménager les tissus mous péri-implantaires constituerait un moyen de prévention des maladies péri-implantaires. De plus, la présence de tissu kératinisé facilite la ré-intervention sur les sites atteints de maladies péri-implantaires, lors du repositionnement des tissus mous au cours des thérapies additives et résectrices. Enfin, une maintenance péri-implantaire stricte et régulière reste essentielle pour la réussite du traitement implantaire.

Bibliographie

1. Berglundh, T., G. Armitage, M. G. Araujo, G. Avila-Ortiz, J. Blanco, P. M. Camargo, S. Chen, et al. « Peri-implant diseases and conditions. Consensus report of workgroup 4 of the 2017 world workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. » *Journal of Periodontology* 89 Suppl 1 (2018) : S313-18
2. Araujo, M. G., et J. Lindhe. « Peri-implant health ». *Journal of clinical periodontology* 45, no Suppl. 20 (2018) : S230-36.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr



Save the date

AO PARIS JEUDI 5 DÉCEMBRE

Les aligneurs, vaste sujet...!

Emeric Augeraud et Arash Zarrinpour

Combien ? Soirée incluse dans la cotisation 2019 ▪ Non membre : 120 €
 Où ? Intercontinental Marceau (Paris 8)
 Comment ? alphaomegaparis@free.fr ▪ www.aonews-lemag.fr





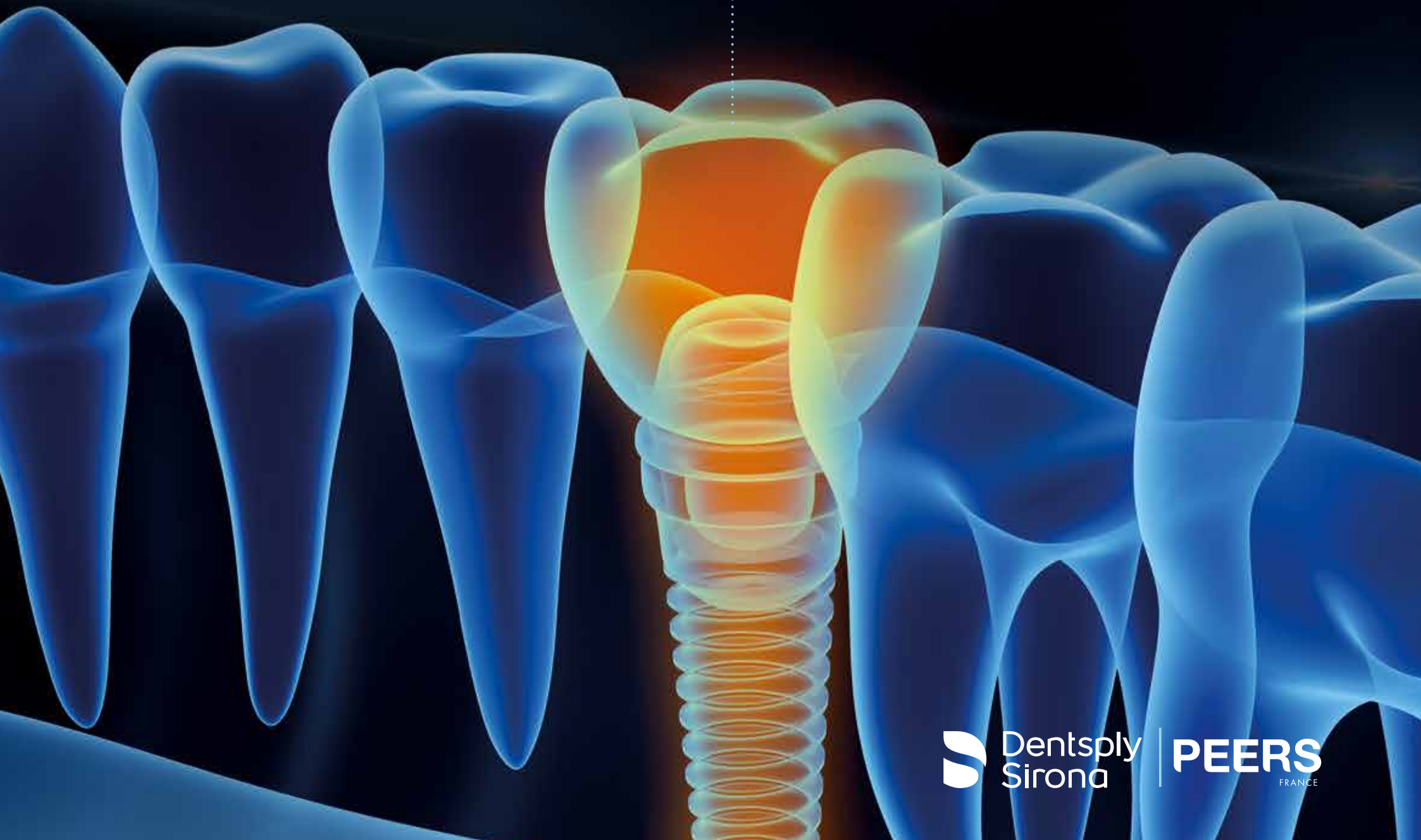
Sommet Universitaire en Implantologie

L'innovation en implantologie à l'ère du numérique

Chamonix - Hôtel Mercure les Bossons - 24 & 25 janvier 2020

www.sui-ds.com

BORDEAUX
CLERMONT FERRAND
CORTE
LILLE
LYON
MARSEILLE
MONTPELLIER
NANCY
NANTES
NICE
PARIS 5
PARIS 6 ET PARIS 7
PARIS 7
STRASBOURG
TOULOUSE



OFFRE SPÉCIALE

DÉCOUVREZ LA GAMME VISTASCAN MINI



VistaScan Mini Easy



VistaScan Mini Plus



VistaScan Mini View

Pour l'achat d'un lecteur de plaques VistaScan Mini



1000 SACHETS DE
PROTECTION T2
OFFERTS



1 BOÎTE DE 4 ÉCRANS
À MÉMOIRE T2+
OFFERTS

**SOIT + DE
600 €
OFFERTS**

OFFRE VALABLE DU 1ER OCTOBRE 2019 AU 31 DÉCEMBRE 2019. DANS LA LIMITE DES STOCKS DISPONIBLES.



Audrey Porcherot, Jordan Dray, Claire Do, Yael Bellahsen,
Grégoire Chevalier, Marc Danan, Xavier Bensaïd

Le prélèvement vestibulaire : un nouveau site donneur de la greffe épithélio-conjonctive ?

Audrey Porcherot,
Jordan Dray,
Claire Do,
Yael Bellahsen,
Grégoire Chevalier,
Marc Danan,
Xavier Bensaïd
Paris

Introduction

Le rôle du tissu kératinisé dans le maintien de la santé parodontale a fait l'objet de nombreux débats et discussions au cours des 50 dernières années. Les conclusions des publications scientifiques ont fluctué, certaines attestant de la nécessité d'une hauteur minimale de tissu kératinisé afin de permettre les mesures d'hygiène et d'assurer l'absence d'inflammation parodontale (Lang et Löe, 1972).

De nos jours, il est admis que 3 mm de tissu kératinisé ne sont plus une obligation ; les études ont démontré qu'en l'absence d'inflammation parodontale, il n'est pas nécessaire d'avoir du tissu kératinisé pour maintenir la santé parodontale [1], sauf dans les cas particuliers des dents présentant des limites prothétiques intrasulculaires [2], des dents supports de crochets de prothèses amovibles, des parodontes fins devant subir un traitement orthodontique ou encore de certaines restaurations implantaires [3], cas dans lesquels un renforcement par apport de tissu kératinisé est nécessaire. Il peut également être nécessaire de recouvrir des récessions parodontales, définies par Pini Prato comme la migration apicale de la gencive marginale par rapport à la position de la jonction amélo-cémentaire avec migration du système d'attache [4] et décrites dans la récente classification de Cairo

(2011) [5] (cf. article *Classification des maladies parodontales*). De nombreux protocoles chirurgicaux d'augmentation de tissu kératinisé ont été décrits et sont utilisés aujourd'hui, dont la greffe épithélioconjonctive ou greffe gingivale libre, décrite pour la première fois par Nabers en 1966, associée à un prélèvement le plus souvent palatin.

Protocole conventionnel de la greffe épithélioconjonctive

Le protocole chirurgical de la greffe épithélioconjonctive est détaillé en 1966 par Nabers, qui pose son indication dans le traitement des pathologies mucogingivales du secteur incisif mandibulaire, présentant fréquemment des insertions frénales hautes, peu ou pas de hauteur de gencive attachée, une gencive attachée très fine, souvent en association avec un vestibule insuffisamment profond. Cette

greffe autologue est adaptée d'un protocole chirurgical d'approfondissement du vestibule également décrit par Nabers en 1965 (6).

Dans les années 70/80, elle est considérée comme le protocole chirurgical de référence pour l'approfondissement du vestibule et le renforcement parodontal et est également utilisée à des fins de recouvrement des récessions, mais pour des résultats mitigés, en l'absence de tout critère de prédictibilité (n'arrivant que bien plus tard). La greffe épithélioconjonctive peut aujourd'hui être dite de renforcement ou de substitution, lorsque le but est d'améliorer les méthodes d'hygiène et de modifier le morphotype parodontal par la création de gencive attachée et l'approfondissement du vestibule (7), ou dite de recouvrement dans le cas de traitement des récessions parodontales.

Cas 1 : Protocole conventionnel à prélèvement palatin

Son protocole sera illustré par le cas clinique de Madame O., 48 ans, qui envisage un traitement orthodontique et qui signale des difficultés et douleurs au parodonte lors du brossage. Cliniquement (Fig. 1), on constate une absence de gencive attachée et de tissu kératinisé sur 31 et 41, ainsi que la présence de récessions parodontales de classe II de Cairo évolutives sur 31 et 41 et d'un frein iatrogène.



Situation initiale

Une suture de la berge labiale doit être réalisée, ainsi qu'une désépithélialisation des papilles (Fig. 2bis). Le site doit être protégé avec une compresse imbibée de sérum physiologique.



Tracé des incisions de la préparation du site receveur



Désépithélialisation des papilles

La deuxième étape consiste à prélever le greffon. Traditionnellement, trois sites peuvent être utilisés comme sites de prélèvement : les tubérosités, la fibromuqueuse palatine et les crêtes édentées. La fibromuqueuse, site plébiscité dans la plupart des cas pour son épaisseur et son accès aisé lors de la plupart des prélèvements, présente la particularité de la présence de l'artère palatine postérieure, qui émerge du foramen grand palatin au niveau des apex des deuxième et troisième molaires, et chemine dans une gouttière en profondeur à distance d'environ 12 mm du rebord marginal, donc théoriquement à l'écart d'un prélèvement superficiel tel que celui d'un greffon épithélioconjonctif. Les incisions sont réalisées dans la fibromuqueuse palatine, perpendiculairement à l'os, entre la

première prémolaire et la deuxième molaire, selon des dimensions qui correspondent à la taille nécessaire du greffon.

Le greffon est disséqué en épaisseur partielle, la lame parallèle à la surface épithéliale, puis désépaissi et dégraissé, et conservé dans du sérum physiologique. On notera qu'un greffon de substitution doit avoir une épaisseur de 0,75 mm, tandis qu'un greffon de recouvrement doit avoir une épaisseur de 1,5 mm [8] ; cette épaisseur plus importante a pour but d'éviter une nécrose du greffon sur la surface avasculaire radiculaire de la récession à recouvrir. Le site donneur est suturé afin de stabiliser le caillot sanguin (Fig. 3), et protégé à l'aide d'un pansement chirurgical ou d'une plaque palatine.



Sutures en treillis du site donneur

La troisième étape consiste à positionner et suturer le greffon au site receveur. Il est placé face conjonctive contre le lit receveur, 2 mm coronairement à la jonction amélo-cémentaire si le recouvrement complet est recherché, à la hauteur du sommet des papilles dans les autres cas. Le greffon doit être fixé dans ses quatre angles au périoste par des points de fixation, puis immobilisé par des points de plaquage ne passant pas par le greffon (Fig. 4), le site peut être protégé par un pansement chirurgical. Il est important de préciser au patient qu'il ne doit pas brosser au niveau du site pendant la première semaine.



Sutures du greffon

Cicatrisation d'une greffe épithélioconjonctive à prélèvement palatin

À 10 jours (Fig. 5) : la cicatrisation est encore immature, la gencive très framboisée car l'angiogenèse se fait progressivement. Grâce à la prolifération des fibroblastes entre le greffon et le périoste, l'adhésion du greffon se fait sur le lit receveur ainsi que sur les surfaces radiculaires.



Cicatrisation à 10 jours

À 1 mois et demi (Fig. 6) : le greffon a blanchi et a retrouvé la texture et la couleur d'une gencive saine.



Cicatrisation à 1 mois et demi



À 6 mois puis 1 an (Fig. 7 et 8) : le greffon a continué de s'épaissir, avec de légers changements en surface liés à la maturation tissulaire.



Cicatrisation à 6 mois



Cicatrisation à 1 an

Avantages et inconvénients de la greffe épithélio-conjonctive

Parmi les points positifs, on retrouve une augmentation très efficace et prédictible de tissu kératinisé, que ce soit au niveau des dents comme des implants ; le gain moyen de tissu kératinisé avoisine les 3,5 mm [9,10,11], supérieur à celui obtenu par lambeau déplacé apicalement. Ce gain important de tissu kératinisé semble par ailleurs d'une grande stabilité dans le temps. La greffe épithélio-conjonctive peine cependant à soutenir la comparaison avec les lambeaux pédiculés et les greffes de conjonctif enfoui dans sa deuxième indication, à savoir le recouvrement des récessions parodontales. Elle présente en effet un taux et un pronostic de recouvrement (respectivement de 73 et 57 %) [12] peu satisfaisants et significativement inférieurs aux lambeaux déplacés associés ou non aux greffes de conjonctif enfoui.

Il est en outre important d'étudier et d'évaluer le ressenti du patient après l'intervention, à savoir les douleurs ressenties ainsi que son confort post-opératoire, à l'aide d'une échelle visuelle analogique ou EVA, graduée de 0 à 10. Cette analyse est d'autant plus importante dans le cas des greffes épithélio-conjonctives, car la cicatrisation de seconde intention qui se met en place au site donneur

est plus douloureuse et plus longue qu'une cicatrisation de première intention. Elle est d'autant plus longue quand la fibromuqueuse est initialement peu épaisse (moins de 2 mm d'épaisseur) [13]. La douleur est maximale au premier jour post-intervention, et décroît ensuite pendant les 28 jours de la cicatrisation [14], est directement et positivement corrélée à l'épaisseur du greffon prélevé, et négativement corrélée à l'épaisseur initiale de la muqueuse palatine [15], et corrélée à la durée de l'intervention. Ainsi, la greffe épithélioconjonctive se retrouve systématiquement en première place du classement des techniques opératoires provoquant le plus de douleurs post-opératoires [16,17,18,19].

Enfin, la greffe épithélio-conjonctive est la technique opératoire qui obtient le moins bon score esthétique [20], évalué par le Root Coverage Esthetic Score [21], dans le recouvrement des récessions unitaires, en comparaison avec les lambeaux déplacés coronairement, avec ou sans greffon de conjonctif associé, de par son aspect de surface hyperkératinisé, parfois « en rustine », une intégration chromatique incomplète du greffon dans le morphotype parodontal environnant et le déplacement apical de la ligne mucogingivale.

La greffe épithélioconjonctive présente donc le grand avantage d'être une technique efficace et reproductible pour l'augmentation de tissu kératinisé, autant sur les dents que sur les implants, mais présente également les inconvénients non négligeables de causer des suites post-opératoires importantes et un résultat esthétique souvent peu satisfaisant.

Il a donc été proposé de modifier à la fois le site de prélèvement et la nature de tissu prélevé pour tenter de pallier ces inconvénients ; il en est ressorti un nouveau protocole, dans lequel le greffon est directement prélevé au niveau de la gencive attachée vestibulaire, prélevant ainsi un tissu de même nature que le tissu du site receveur, pouvant être envisagé sur des morphotypes parodontaux de type I ou III de Maynard et Wilson [22] afin que la gencive vestibulaire soit suffisamment épaisse pour être prélevée, et sur des sites présentant une hauteur de tissu kératinisé importante, d'environ 6 à 7 mm (1 mm de gencive marginale, et minimum 4-5 mm pour la hauteur du futur greffon).

Ce protocole est illustré par le cas clinique suivant (cas 2).

Cas 2

Le prélèvement vestibulaire dans la greffe épithélioconjonctive

Un patient de 32 ans, souhaitant démarrer un traitement orthodontique, a été adressé pour un bilan mucogingival. Il présente un morphotype parodontal épais ainsi que plusieurs récessions parodontales évolutives qui doivent être traitées avant de débiter le traitement orthodontique, dont une récession parodontale de classe II de Miller sur 33 et une récession parodontale de classe I de Miller sur 34, associées à une hauteur de tissu kératinisé insuffisante (Fig. 1). 33 et 34 sont en vestibuloposition en dehors du couloir parodontal, favorisant ainsi les récessions ; 35 a été extraite et laisse une concavité importante entre 34 et 36.



Situation initiale

Après une thérapeutique parodontale de mise en condition tissulaire incluant un enseignement à l'hygiène bucco-dentaire et un assainissement par détartrage aux ultrasons, l'intervention est réalisée sur 33 et 34.

Préparation du site receveur : il est identique au protocole d'une greffe conventionnelle. Une désinfection locale du site chirurgical est réalisée. Après anesthésie locale, une première incision horizontale est réalisée le long des dents concernées, paramarginale ou intrasulculaire, à biseau interne et festonnée, en prenant une marge d'une papille de part et d'autre de la zone concernée, coronairement de 1 à 2 mm par rapport à la ligne mucogingivale. Deux incisions de décharge peuvent y être associées, réalisées au contact osseux, au-delà de la ligne mucogingivale (hautes

d'une fois et demie la hauteur du greffon) afin de donner au lit receveur une forme de trapèze à large base apicale, pour favoriser la vascularisation. Le lambeau est disséqué en épaisseur partielle jusqu'à l'extrémité apicale des incisions de décharge ; la dissection du lambeau doit laisser une surface de périoste fixe. La berge labiale peut être suturée pour éviter tout effet de traction lors du mouvement des lèvres et ainsi augmenter la stabilisation du greffon. La suture de la berge labiale permet également d'éloigner la ligne mucogingivale du sommet de la crête. Les papilles adjacentes au site sont désépithélialisées, le site receveur est nettoyé par passage de plaque ou tartre, et par un passage doux des curettes de Gracey pour décontaminer les surfaces radiculaires. La taille nécessaire du greffon est mesurée à l'aide d'une sonde parodontale millimétrée et/ou d'un patron. Le site est protégé avec une compresse stérile imbibée de sérum physiologique.

Prélèvement du greffon vestibulaire : le patient présente en vestibulaire du secteur 2 une gencive attachée épaisse et en hauteur suffisante. Il a donc été décidé de prélever sur ce site en lieu et place de la fibromuqueuse palatine. Sous anesthésie locale, un sondage perpendiculaire au niveau du site donneur est effectué pour analyser l'épaisseur de tissu disponible. Les cotes d'épaisseur du greffon sont les mêmes qu'au palais (greffon 0.75 à 1 mm d'épaisseur pour une greffe épithélio-conjonctive de substitution ; greffon de 1,5 mm d'épaisseur pour une greffe épithélio-conjonctive de recouvrement, si l'épaisseur de la gencive vestibulaire le permet). Une incision horizontale est réalisée à une distance de 1 mm de la gencive marginale, d'une longueur de deux demi-papilles supérieure à la longueur nécessaire du greffon. Deux incisions verticales sont réalisées dans la gencive attachée, selon des dimensions respectant les mesures du lit receveur (aide avec le patron), légèrement

sur-évaluées afin d'anticiper la contraction du greffon, puis une dernière incision horizontale est réalisée coronairement à la ligne mucogingivale, permettant de délimiter la bande de tissu parakératinisé que sera le greffon. Le greffon est disséqué en épaisseur partielle, la lame parallèle à la surface épithéliale en contrôlant l'épaisseur disséquée (Fig. 2, site donneur après prélèvement). Après libération du greffon, le réserver dans une cupule stérile contenant du sérum physiologique. Le désépaissir si nécessaire afin d'obtenir le greffon le plus homogène possible, qui s'intégrera au mieux dans le morphotype parodontal adjacent. La protection et l'hémostase du site donneur sont réalisées par compression avec une compresse stérile humide. Le site donneur est suturé par des points croisés en treillis.



Site donneur après prélèvement

Mise en place du greffon au site receveur :

le greffon est positionné face conjonctive contre le lit receveur (retailé si nécessaire), coronairement à la jonction amélo-cémentaire de 2 mm si l'objectif est le recouvrement complet. Il est fixé dans le lit receveur par des points en 0 au fil 4-0 ou 5-0 dans les angles du greffon et au niveau des papilles, et immobilisé par des sutures de plaquage (éventuellement des points suspendus) qui ne passent pas par le greffon mais par-dessus le greffon afin de le plaquer contre le lit vasculaire (Fig. 3). On vérifie l'absence de traction du greffon par la mobilisation des lèvres et des joues. Le site receveur est protégé par un éventuel pansement chirurgical type Coe-Pack®.



Greffon suturé au site receveur

Le patient a reçu pour consignes post-opératoires de ne brosser que les dents adjacentes pendant les 10 premiers jours et d'appliquer un gel antiseptique à base de chlorhexidine 0,12 % 4 à 6 fois par 24 heures sur la zone opérée. Il est reconvoqué à 7 jours pour un premier contrôle de la cicatrisation. Le site donneur montre une ré-épithélialisation centripète depuis les bords de la plaie (Fig. 4). Le greffon à 7 jours est quant à lui montré en figure 5, on observe la desquamation de surface



Cicatrisation à 7 jours du site donneur



Cicatrisation à 7 jours du greffon



Audrey Porcherot, Jordan Dray, Claire Do, Yael Bellahsen,
Grégoire Chevalier, Marc Danan, Xavier Bensaid



Cicatrisation à 3 mois du greffon



Cicatrisation à 5 mois du greffon



Cicatrisation à 18 mois du greffon

de l'épithélium, laissant apparaître un tissu très framboisé. Concernant les suites post-opératoires durant les 7 premiers jours, le patient a rapporté des douleurs sur le site de prélèvement évaluées à 2 sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10. Le patient avait préalablement subi d'autres greffes épithélio-conjonctives à

prélèvements palatins sur d'autres dents, pour lesquelles il évaluait sa douleur au site de prélèvement à 6.

Le patient est ensuite reconvoqué à 1 mois, 3 mois (Fig. 6), 5 mois (Fig. 7) et 18 mois (Fig. 8). Le greffon montre une grande stabilité dans le temps, ainsi qu'un gain de tissu kératinisé de 4 à 5 mm. Le résultat esthétique

est très satisfaisant : préservation du contour gingival continu et festonné, bonne intégration chromatique du greffon avec le morphotype parodontal environnant, pas d'hyperkératinisation donnant cet aspect « en rustine » souvent observé dans les greffes épithélioconjonctives à prélèvement palatin.

Il s'agit ici d'une greffe épithélio-conjonctive de renforcement, donc les outils d'évaluation esthétique tels que le Pink Esthetic Score ou le Root Coverage Esthetic Score (23) n'y sont pas parfaitement adaptés ; néanmoins, nous pouvons supprimer le critère du recouvrement radiculaire et évaluer un « RES modifié » pour cette greffe épithélio-conjonctive de renforcement à 1 an et demi, qui nous donne un score esthétique très satisfaisant de 3 sur 4.

Discussion

Le prélèvement vestibulaire doit compenser les inconvénients posés par le prélèvement palatin classique de la greffe épithélio-conjonctive. Ainsi, il devrait :

- donner de meilleurs résultats esthétiques que le greffon palatin ou tubérositaire, car prélevé dans la muqueuse alvéolaire, donc histologiquement de la même nature tissulaire que le site receveur. On attend une absence de cicatrice, une intégration complète en couleur, volume et texture, et un refoulement plus discret de la ligne mucogingivale ;
- diminuer la rétraction du greffon, car moins fibreux ;
- diminuer les douleurs post-opératoires en supprimant le site de prélèvement palatin à l'origine de la majorité des suites douloureuses ;
- s'affranchir du risque hémorragique (certes faible) du fait de l'absence de paquet vasculonerveux dans la gencive vestibulaire (à l'exception de la zone du foramen mentonnier qui ne peut donc pas faire l'objet d'un prélèvement épithélioconjonctif).

Le case report précédent a montré que le gain de tissu kératinisé avec un greffon vestibulaire était tout aussi satisfaisant qu'avec un greffon palatin, tout en permettant une diminution des douleurs post-opératoires et un bien meilleur résultat esthétique.

Cette technique n'a en revanche jusqu'à présent jamais été décrite dans la littérature, et doit faire l'objet de recherches standardisées, afin d'évaluer quantitativement et qualitativement la stabilité au long terme de ce type de prélèvement, ainsi que d'envisager d'élargir l'utilisation de ce prélèvement aux cas de recouvrement de récessions parodontales.

Conclusion

Ce nouveau type de prélèvement semble permettre, dans les cas de renforcement du tissu kératinisé sur dents naturelles, en comparaison avec un greffon d'origine palatine :

- un gain de tissu kératinisé équivalent,
- une nette diminution des douleurs post-op.,
- un meilleur résultat esthétique.

Bibliographie

1. Wennström, « Lack of association between width of attached gingiva and development of soft tissue recession : a 5-year longitudinal study ».
2. Stetler et Bissada, « Significance of the width of keratinized gingiva on the periodontal status of teeth with submarginal restorations ».

Toute la bibliographie est à retrouver sur
www.aonews-lemag.fr

RESTAURATIONS RAPIDES ET SIMPLES EN COMPOSITE SUR POSTÉRIEURES

SDI | CRÉÉ PAR SDI
AURA BULK FILL

CIMENT DE SCÈLEMENT AU VERRE IONOMÈRE ENRICHÉ EN RÉSINE

- Un remplissage d'implantation allant jusqu'à 5 mm
- Photopolymérisation LED 20 sec
- Finition d'aspect naturel avec une seule nuance universelle
- Polymérisation profonde sans avoir besoin d'une couche de couronnement
- Mise en place aisée en quelques secondes
- La consistance cireuse est compacte et non collante pour optimiser la manipulation



The Dental Advisor, Vol. 33,
No. 07, September 2016



SDI DENTAL LIMITED
appel gratuit 00800 022 55 734

COMPOSITES | VERRES IONOMÈRE | BLANCHIMENT
APPAREILS | CEMENTS | ADHÉSIFS | RIVA STAR
MORDANÇAGE | SEALANT | AMALGAMES | ACCESSOIRES

Contacteur Nos Commerciaux:
Direction France:
Jean Louis Jurquet 06 34 69 65 52
Région Ile de France:
Morgane Girard 06 10 79 20 44
REJOIGNEZ-NOUS SUR
[FACEBOOK.COM/SDIFRANCE](https://www.facebook.com/sdifrance)

Région Nord - Ouest:
Didier Hutin 0 613 33 46 86
Région Centre - Est - Rhône Alpes:
Sébastien Hustache 0 617 53 07 94
Région SUD:
Pamela Donny 0 607 88 10 78



YOUR
SMILE.
OUR
VISION.



Prévention des échecs et des complications en chirurgie muco-gingivale

Claire Do,
Audrey Porcherot,
Jordan Dray,
Yael Bellahsen,
Bojana Dancheva,
Marc Danan,
Xavier Bensaïd
Paris

La chirurgie muco-gingivale est vraisemblablement la discipline qui a le plus évolué ces vingt dernières années au même titre que les protocoles de collage en dentisterie restauratrice. L'évolution des thérapeutiques et des protocoles nous permettent d'améliorer les résultats et d'obtenir des recouvrements radiculaires qui semblaient impossibles autrefois. Néanmoins, échecs et complications sont des aléas thérapeutiques que les parodontistes doivent prévenir ou prendre en charge.

L'échec est défini par Le Larousse comme un résultat négatif d'une procédure, une défaite et un insuccès. Les complications sont présentées comme un élément nouveau imprévu, un concours de circonstances qui entravent le déroulement normal de quelque chose (la cicatrisation) en créant des difficultés. L'analyse de la littérature internationale rapporte peu d'études sur les échecs et complications autour des dents. Pour prévenir ces risques, il est nécessaire de comprendre les différents paramètres qui permettent d'obtenir un succès en chirurgie muco-gingivale.

Les paramètres indépendants du praticien

Il existe des contre-indications d'ordre général selon les recommandations de la SFCO de 2015 : les patients à risque infectieux (endocardite infectieuse, immunodéprimé, risque d'ostéoradionécrose) et les patients à risque hémorragique (traitement par anti-coagulant, anti-agrégant plaquettaire).

Un diabète non équilibré est aussi une contre-indication car chez ces patients les processus de cicatrisation et de vascularisation sont très perturbés.

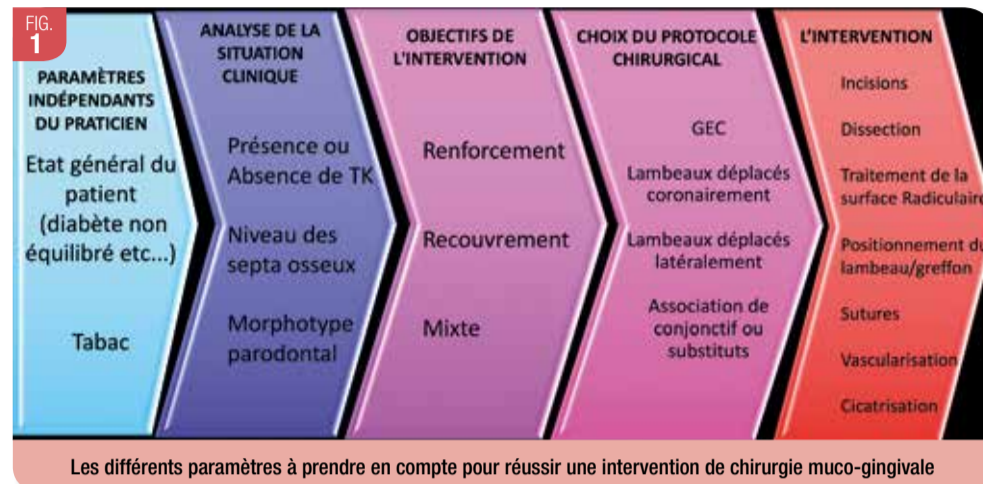
Le tabac [1]

Il a été démontré depuis de nombreuses années que les risques d'échec et de complications sont très largement augmentés chez les patients fumeurs. Il est donc nécessaire d'obtenir chez ces patients une fenêtre thérapeutique sans tabac de six semaines : avant pour que la revascularisation devienne fonctionnelle et quatre semaines pour que l'angiogenèse s'établisse sans perturbation.

Sur la **Fig. 2** un lambeau déplacé coronairement associé à un conjonctif enfoui a été réalisé. Le patient n'ayant pas respecté la fenêtre thérapeutique sans tabac, on constate à une



Exposition et nécrose du conjonctif enfoui à une semaine post-opératoire



Les différents paramètres à prendre en compte pour réussir une intervention de chirurgie muco-gingivale

semaine post-opératoire une nécrose du tissu conjonctif exposé. Il faut alors laisser la partie nécrosée s'éliminer d'elle-même pour tenter de conserver le tissu conjonctif qui reste enfoui. Une application topique de chlorhexidine et un arrêt strict du tabac permettent d'éviter une aggravation de la situation.

De même dans la situation de la nécrose palatine (**Fig. 3**), les mêmes précautions sont recommandées chez le patient, à savoir : arrêt du tabac strict et usage de chlorhexidine.



Nécrose du site de prélèvement palatin à une semaine post-opératoire

L'hygiène orale et le brossage traumatique [2]

On retrouve des anomalies muco-gingivales à la fois chez des patients à haut standard d'hygiène comme chez des patients à faible hygiène bucco-dentaire.

Il est nécessaire dans ces différentes situations de corriger les habitudes de nos patients avant d'envisager toute thérapeutique chirurgicale. Chez les patients présentant une quantité de plaque et de tartre importante, une thérapeutique étiologique devra être réalisée en amont. Sur la **Fig. 6**, la 32 présente une récession parodontale associée à de la plaque et du tartre. Après des séances de détartrage et de surfaçage radiculaire, on observe à un mois une diminution de l'inflammation et une modification des paramètres cliniques de la gencive (couleur, contour, texture, forme, consistance).

Une mauvaise hygiène orale diminue les résultats d'une chirurgie muco-gingivale. Wennström



Récession parodontale de classe 1 de Miller due à un brossage traumatique

et Zucchelli ont démontré depuis 1996 qu'un brossage traumatique est source de récurrence de lésion après traitement. Il est donc primordial de corriger et d'éduquer nos patients avant toute thérapeutique.



Récessions parodontales généralisées chez un patient présentant une maladie parodontale due à la quantité de plaque et de tartre



Situation avant et après thérapeutique étiologique

Analyse de la situation clinique

Un certain nombre de paramètres doivent être pris en compte en amont d'une intervention de chirurgie muco-gingivale afin de décider de l'objectif thérapeutique.

Le niveau des septa osseux [3]

C'est un critère essentiel à analyser pour connaître le potentiel de recouvrement espéré lors de nos thérapeutiques. La classification de Miller repose en partie sur l'atteinte ou non de cet os interdentaire. Ainsi, pour les classes I et II de Miller où il n'y a pas d'atteinte des septa osseux, un recouvrement complet pourra être espéré alors que pour les classes III et IV où il y a une atteinte osseuse interdentaire, seul un recouvrement partiel pourra être obtenu. Il est obligatoire de faire cette analyse osseuse à l'aide de radiographies rétro-alvéolaires.

La quantité et l'épaisseur de tissu kératinisé [4]

Dans les années 70, le critère essentiel était la hauteur de tissu kératinisé mais depuis une dizaine d'années l'épaisseur est au moins aussi importante que la hauteur. On pourra donc être amené dans certaines situations à juste épaissir le morphotype parodontal sans pour autant créer du tissu kératinisé.

Ainsi Zweers *et al.* ont établi une nouvelle classification des morphotypes parodontaux (classification reprise par la conférence de consensus AAP & EFP de 2017) [5] :

- biotype fin et festonné : association de dents triangulaires, convexité cervicale, contacts interproximaux proches du bord incisif, zone étroite de tissu kératinisé, gencive fine et os alvéolaire fin ;
- biotype épais et plat : dents carrées, convexité cervicale importante, contacts interproximaux situés plus apicalement au bord incisif, tissu kératinisé étendu, gencive fine et os alvéolaire épais ;
- biotype épais et festonné : dents fines, zone étroite de tissu kératinisé, feston marqué, gencive épaisse.



FIN FESTONNÉ



ÉPAIS FESTONNÉ



ÉPAIS PLAT

Classification de Zweers : les différents morphotypes parodontaux



Compas d'épaisseur pour mesurer l'épaisseur du lambeau



Claire Do, Audrey Porcherot, Jordan Dray, Yael Bellahsen, Bojana Dancheva, Marc Danan, Xavier Bensaïd

Pour les thérapeutiques de recouvrement radiculaire, l'adjonction d'un greffon de conjonctif enfoui est recommandée par Baldi et al. [6] si l'épaisseur du lambeau est inférieure à 0,8 mm.

Épaisseur du greffon

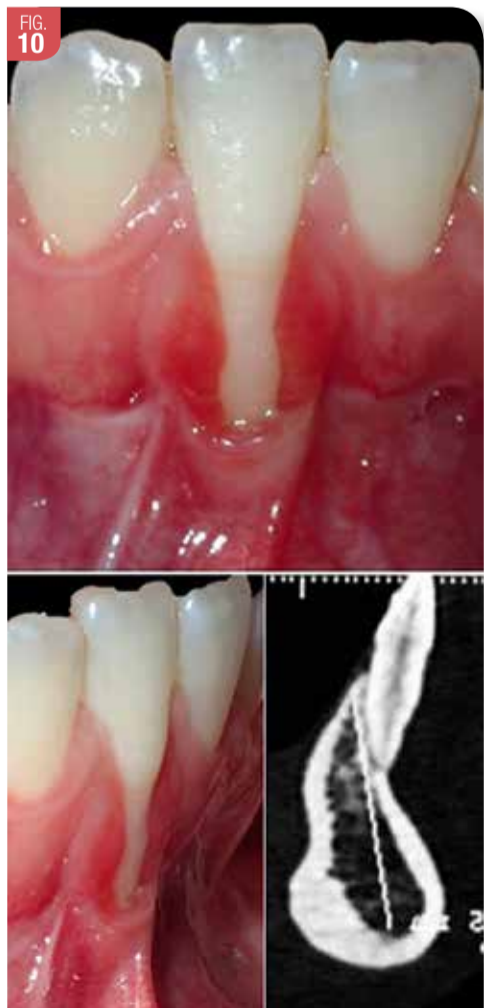
Quelle que soit la nature du greffon : épithélio-conjonctif ou conjonctif, il est nécessaire d'avoir une épaisseur de greffon homogène avec le morphotype parodontal environnant. Ainsi, dans les situations cliniques de la figure 9, des greffons épithélio-conjonctifs trop épais ont été prélevés et donnent un aspect de type rustine inesthétique, inhomogène et compliquant le brossage.



Greffon non-homogène

Position de la dent (V/P/L) et couloir parodontal

Les dents en position vestibulaire sont généralement en dehors du couloir parodontal. Les dents en dehors du couloir parodontal (osseux) présentent souvent des récessions



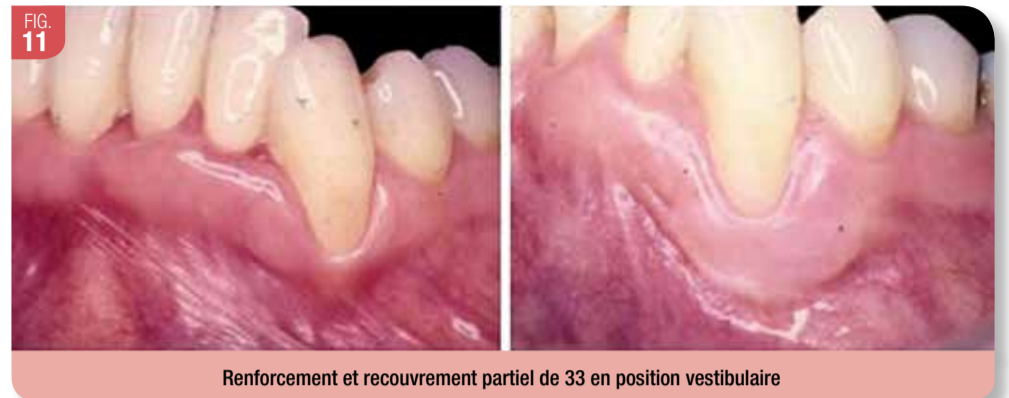
42 en dehors du couloir parodontal (Source : Grégoire Chevalier)

qui peuvent être associées à des défauts de tissu kératinisé. Ainsi, cette position doit être prise en compte pour déterminer les objectifs de traitement et le protocole chirurgical.

Dans la situation clinique de la Fig. 10, la 42 est en position vestibulaire avec une absence de gencive attachée, une inflammation tissulaire très importante et sur la radio 3D la destruction totale de la corticale vestibulaire. La conservation de cette dent peut être mise en cause au vu de sa situation clinique et du faible taux de succès d'un recouvrement et d'aménagement tissulaire.

Dans ces situations, la thérapeutique muco-gingivale ne permettra qu'un renforcement et recouvrement partiel. Il est envisageable également de combiner une thérapeutique orthodontique pour ramener la dent dans son couloir parodontal.

Dans la Fig. 11, la 33 est en position vestibulaire en dehors du couloir osseux, l'aménagement est réalisé par une greffe épithé-



Renforcement et recouvrement partiel de 33 en position vestibulaire

lio-conjonctive de substitution sans chercher un recouvrement complet.

Dans la situation clinique Fig. 12, 23 et 24 présentent des récessions de classe II de Miller avec une bande de tissu kératinisé apical. 23 et 24 sont en position vestibulaire. La thérapeutique réalisée est un lambeau déplacé coronairement avec conjonctif enfoui.

Le résultat sur la 24 est satisfaisant mais sur la 23 le recouvrement est partiel et une récession a été créée sur 11 et 12. Cet échec peut s'expliquer par une position trop vestibulaire de 13 créant une concavité osseuse entre 12 et 13 mais également une tension trop importante sur le lambeau. Il est parfois difficile d'identifier un seul paramètre responsable d'un échec ou d'une complication.

AVENIR

CONSTRUISONS-LE ENSEMBLE



Pour relever les défis de demain, partageons nos pratiques et nos savoirs. Retrouvons-nous du 26 au 30 novembre au Congrès de l'ADF 2019 pour échanger, se former, et tester les nouveautés.

f ADFASSO
@ADFASSO #CONGRESADF2019
ADFCONGRES.COM

ADF AGIR ENSEMBLE
ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE

Comi
dent



Cas clinique



Cas clinique



Situation avant et à 6 mois après greffe épithélio-conjonctive

Cela est généralement la combinaison de plusieurs paramètres. Avant d'envisager toute réintervention ou correction chirurgicale, il est nécessaire d'attendre au minimum trois mois afin que les tissus cicatrisent totalement.

Caries et lésions cervicales [7]

De nombreuses récessions parodontales sont associées à des lésions cervicales d'usure (ou carieuses). En fonction de la sévérité de ces lésions (supérieures à 2 mm en hauteur et en profondeur), il est nécessaire de réaliser un composite afin d'éviter une perturbation de la cicatrisation avec un caillot ou un tissu conjonctif non stable.

En termes de recouvrement, les études ne montrent pas de différence entre les dents indemnes de carie et les dents cariées traitées. Dans la situation clinique de la Fig. 13, des récessions parodontales multiples apparaissent dans le secteur postérieur gauche avec anciens composites au niveau de 34 et 35. Les dents présentent des lésions cervicales hautes (> 2 mm). Les composites n'ont pas été restaurés et la lésion sur 33 n'a pas été comblée. Un lambeau déplacé coronairement associé à

un conjonctif est réalisé. On note le positionnement coronaire de 2 mm du lambeau par rapport à la jonction amélo-cémentaire. La tension labiale trop importante, l'irritation du lambeau par un composite inadapté (35) et la vestibuloposition des dents sont responsables de l'échec du recouvrement radiculaire dans ce secteur.

Objectifs de l'intervention

Après analyse complète de la situation clinique et des différents paramètres qui peuvent interférer sur les résultats cliniques il est nécessaire que le praticien se fixe un objectif de traitement.

Le renforcement muco-gingival

Il peut se faire en apportant du tissu kératinisé et de la gencive attachée sur une zone dépourvue ou modifier un biotype parodontal fin en l'épaississant et le transformer en un biotype épais. Dans la situation 14 ou il n'y a pas de tissu kératinisé ni de gencive attachée sur le secteur antérieur mandibulaire avec déjà la présence de récessions et d'une alvéolyse horizontale (objectivée par la présence de trous noirs). La réalisation

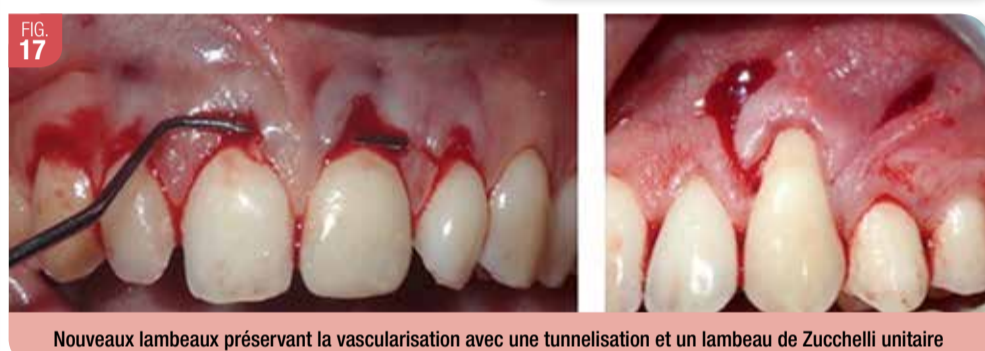


Recouvrement complet sur 13 à 15 ans post-opératoires

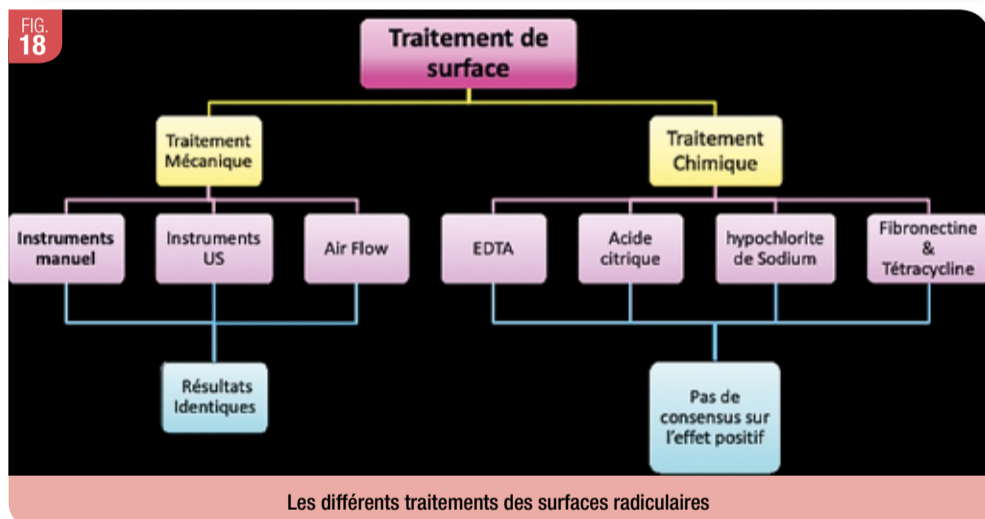
Choisir le bon objectif thérapeutique



Création de gencive attachée et recouvrement de 14. Résultats à 5 ans



Nouveaux lambeaux préservant la vascularisation avec une tunnelisation et un lambeau de Zucchelli unitaire



Les différents traitements des surfaces radiculaires

d'une greffe épithélio-conjonctive a permis de créer de la gencive attachée et de modifier le morphotype parodontal (Fig. 14).

Le recouvrement radiculaire

Il est parfois impossible d'obtenir un recouvrement complet des dénudations radiculaires et il est essentiel que le praticien explique et informe le patient sur les résultats parfois partiels au vu des patients mais qui sont le maximum des capacités biologiques atteignables (Fig. 15).

Objectif mixte

On peut obtenir à la fois le recouvrement des dénudations radiculaires et la modification du biotype parodontal en une seule intervention. Dans la situation 16 on note une dénudation radiculaire avec un manque de gencive attachée associé à un frein iatrogène. Une greffe épithélio-conjonctive de recouvrement a permis de renforcer et recouvrir la 14 (Fig. 16).

Les paramètres à prendre en considération pendant l'intervention

Incisions et vascularisation [9]

Des incisions dépendent la vascularisation de nos greffons et de nos lambeaux. Les designs des lambeaux ont évolué pour préserver au

maximum la vascularisation des tissus. Les protocoles de tunnelisation évitant de sectionner la vascularisation des papilles permettent d'améliorer nos résultats tout comme les designs des lambeaux de Zucchelli. Burkardt & Lang, en 2005, ont montré que la microchirurgie permet aussi d'améliorer les résultats au niveau de la vascularisation des tissus et en gain de recouvrement (Fig. 17).

Traitement des surfaces radiculaires

Il y a aujourd'hui consensus sur la nécessité de traiter mécaniquement la surface radiculaire lors des thérapeutiques de recouvrement. En revanche concernant le traitement chimique des racines il n'y a pas eu d'étude montrant un réel bénéfice pour les résultats en termes de recouvrement (Fig. 18).

Le positionnement des lambeaux et des greffons

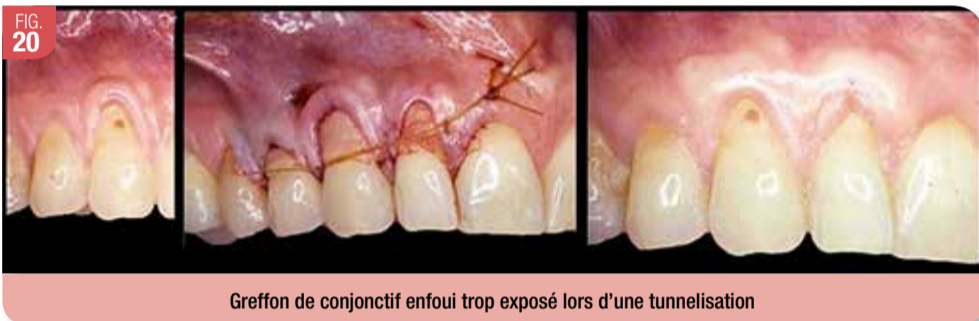
Dans un souci de préservation de la vascularisation et d'éviter la nécrose des greffons il faut toujours laisser reposer au moins 2/3 de la surface d'un greffon sur une surface déjà vascularisée. Dans la situation clinique de la figure 19, la 31 présente une dénudation radiculaire avec absence de tissu kératinisé et un frein iatrogène sans alvéolyse horizontale. L'erreur dans cette situation a été



Claire Do, Audrey Porcherot, Jordan Dray, Yael Bellahsen, Bojana Dancheva, Marc Danan, Xavier Bensaid



Greffon epithelio-conjonctif positionné trop coronairement



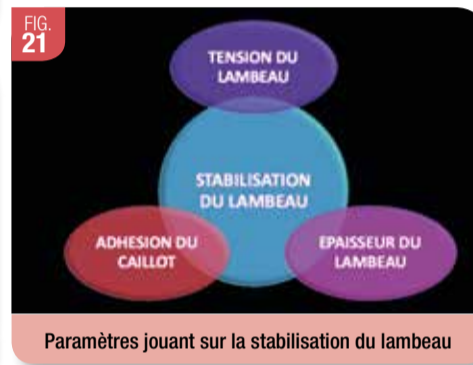
Greffon de conjonctif enfoui trop exposé lors d'une tunnelisation

de prélever un greffon pas assez haut et de le positionner de façon trop coronaire. Ainsi le greffon reposant en grande partie sur une surface avasculaire se nécrose et conduit à un échec dû à l'opérateur (Fig. 19).

Dans la situation clinique de la figure 20, la 13 présente une dénudation radiculaire. La dissection du lambeau n'a pas été suffisante pour la tunnelisation et le greffon de conjonctif n'est pas assez enfoui et ne bénéficie pas de la vascularisation du lambeau.

La partie exposée du conjonctif se nécrose mais la partie enfouie permet de modifier le biotype parodontal (Fig. 20).

Il est nécessaire d'obtenir en fin d'intervention des lambeaux stables et sans tension pour ne pas perturber la cicatrisation. Les sutures périostées jouent un rôle fondamental dans la stabilisation de nos lambeaux.



Paramètres jouant sur la stabilisation du lambeau

Conclusions

Pour éviter ou minimiser les échecs et complications il est obligatoire de prendre le temps d'analyser les situations cliniques, de choisir le bon objectif thérapeutique et mettre en place le protocole chirurgical adapté en préparant les patients en amont (thérapeutiques étiologiques et arrêt du tabac).

La compréhension des échecs peut être parfois difficile car ils sont souvent pluri factoriels et l'importance de la photographie pré, per et post-opératoire est indispensable.

Bibliographie

1. *Wound Healing and Infection in Surgery : The Pathophysiological Impact of Smoking, Smoking Cessation, and Nicotine Replacement Therapy : A Systematic Review.* Sorensen, Lars Tue MD, *Ann Surg.* 2012 Jun ; 255 (6) : 1069-79
2. *Wennstrom JL, Zucchelli G Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures ? A 2-year prospective clinical study.* *J Clin Periodontol* 1996; 23 : 770-777.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr

AxIN®

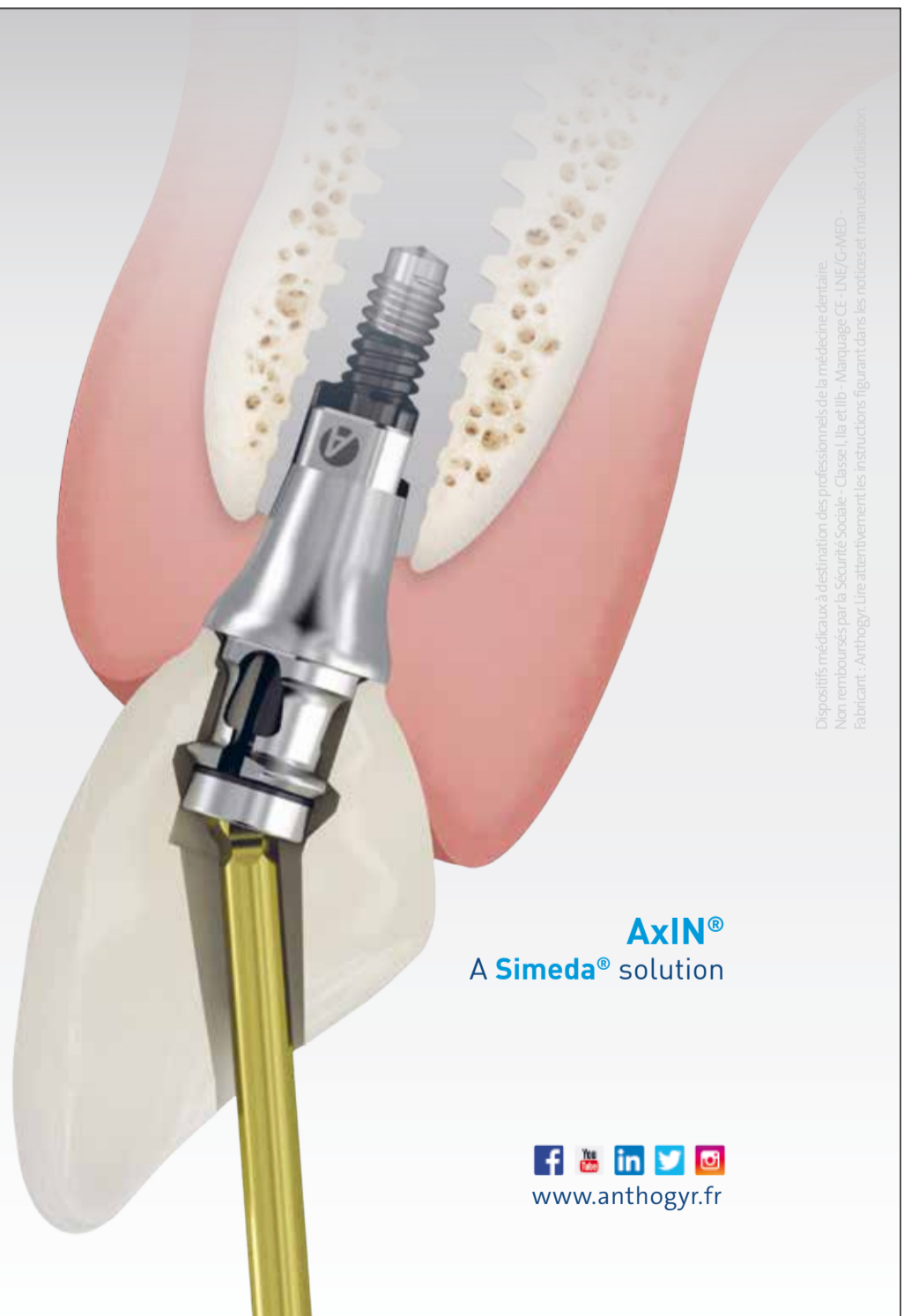
DENT TRANSVISSÉE PERSONNALISÉE

INNOVATION

Choisissez votre nouvelle référence

Pour respecter l'anatomie de la dent naturelle, Anthogyr crée AxIN®. Cette dent transviscée personnalisée Sameda® en zircone ne nécessite ni colle, ni ciment de scellement. Profitez de son Accès Angulé libre de 0° à 25° et de son fût étroit ø 2 mm pour optimiser le design prothétique. Une façon intelligente de préserver les bords libres et les zones de contraintes. Avec AxIN®, privilégiez le rendu esthétique et la sécurité biologique de vos restaurations unitaires, quel que soit le secteur.

Anthogyr
A Straumann Group Brand



AxIN®
A Sameda® solution

[f](https://www.facebook.com/anthogyr) [y](https://www.youtube.com/anthogyr) [in](https://www.linkedin.com/anthogyr) [ig](https://www.instagram.com/anthogyr)
www.anthogyr.fr

Dispositifs médicaux à destination des professionnels de la médecine dentaire. Non remboursés par la Sécurité Sociale - Classe I, la et/ou - Marquage CE - UNE/G-MED - Fabricant : Anthogyr. Lire attentivement les instructions figurant dans les notices et manuels d'utilisation.



Partenaire du prix



Diagnostic et traitement du kyste dentigère chez l'enfant et l'adolescent



Lauréat:
Léo Roos

Faculté:
Strasbourg

Directeur de thèse:
Sophie Bahi-Gross

Le kyste dentigère est un des kystes les plus fréquemment retrouvés dans les os maxillaire et mandibulaire. Il se classe parmi les kystes odontogènes liés au développement et trouve son origine dans le follicule dentaire. Majoritairement localisé autour des troisièmes molaires chez l'adulte, cette lésion se manifeste aussi plus précocement lors de l'évolution d'autres dents permanentes. Il y est associé une ou plusieurs dents retenues, voire des déplacements dentaires, des résorptions radiculaires et des modifications architecturales de l'os. Ces accidents d'évolution peuvent avoir chez l'enfant et l'adolescent des répercussions fonctionnelles et esthétiques majeures si la pathologie n'est pas prise en charge à temps. Le diagnostic précoce et la prise en charge spécifique sont cruciaux pour rétablir tant que possible les processus éruptifs et limiter les dommages structuraux associés au développement du kyste. L'approche thérapeutique la plus souvent privilégiée consiste en l'énucléation du kyste ainsi que, dans certains cas, l'avulsion de la ou des dents impliquées dans la lésion. Chez l'enfant et l'adolescent, il peut être judicieux d'envisager la décompression du kyste, alternative plus conservatrice qui peut amener à la résolution complète de la pathologie kystique, tout en limitant le risque de lésion des éléments anatomiques avoisinants.

Diagnostic

Le diagnostic d'un kyste dentigère est fait, dans la plupart des cas, suite à une découverte fortuite. Il est souvent révélé lors d'un examen radiologique de routine ou lorsqu'une radiographie est réalisée pour comprendre la cause du retard d'éruption d'une ou plusieurs dents. Il peut également être diagnostiqué au cours d'un accident infectieux ou inflammatoire. On retrouve aussi à l'examen endo-buccal (Fig. 1) une tuméfaction qui a généralement évolué lentement, parfois sur plusieurs années, avec une soufflure des corticales. La muqueuse est d'aspect sain; la palpation révèle généralement une lésion peu dépressible et non douloureuse. En cas de kyste très volumineux, on peut observer une asymétrie faciale à l'examen exo-buccal.



FIG. 1
Photographie intraorale montrant une tuméfaction sur le côté droit de la mandibule dans la région de 42, 83 et 84 chez une fille de 10 ans.

Kirtaniya BC, Sachdev V, Singla A, Sharma AK. Marsupialization: A conservative approach for treating dentigerous cyst in children in the mixed dentition. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 7 janv 2010;28 (3):203

Sur une radiographie bidimensionnelle (Fig. 2), le kyste dentigère se décrit comme une image uniloculaire, de forme régulière, arrondie ou incurvée, associée à la couronne d'une dent retenue à laquelle elle s'attache au niveau de la jonction amélocémentaire. La structure interne est totalement radioclaire, et les limites sont marquées par un liseré d'ostéocondensation. La radiographie tridimensionnelle se rend indispensable dans la plupart des cas pour objectiver l'étendue de la lésion et planifier l'intervention chirurgicale. Le diagnostic de certitude se fera systématiquement à l'aide d'un examen anatomopathologique.

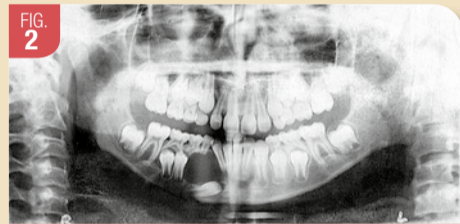
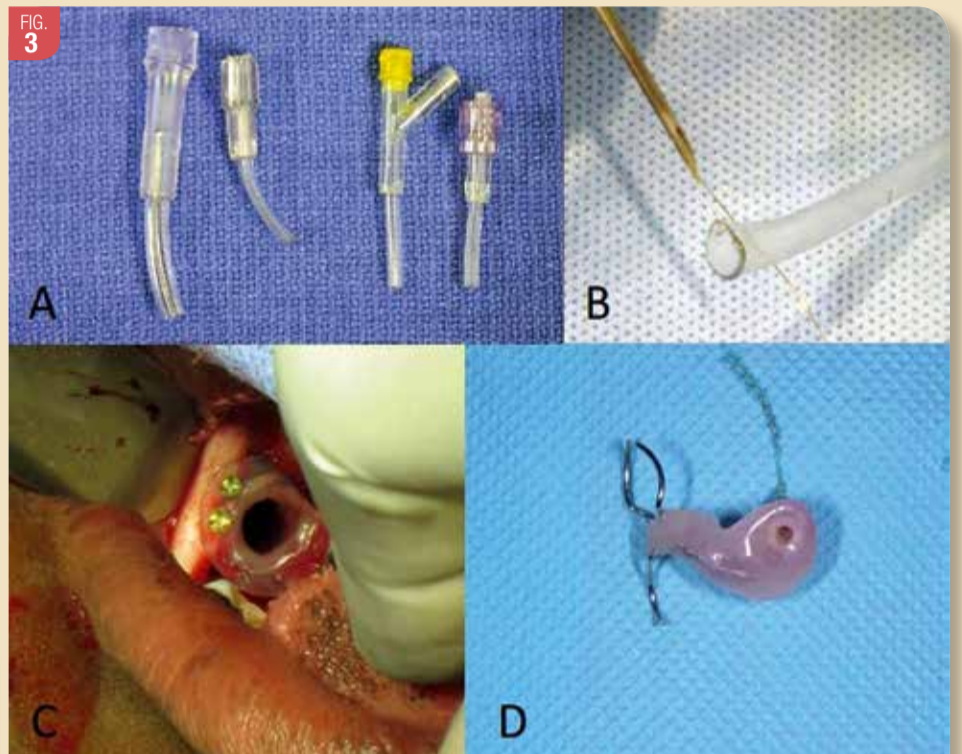


FIG. 2
Radiographie panoramique chez une patiente de 10 ans montrant une lésion radioclaire associée à une canine mandibulaire permanente incluse déplacée jusqu'au bord inférieur de la mandibule

Kirtaniya BC, Sachdev V, Singla A, Sharma AK. Marsupialization: A conservative approach for treating dentigerous cyst in children in the mixed dentition. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 7 janv 2010;28 (3):203

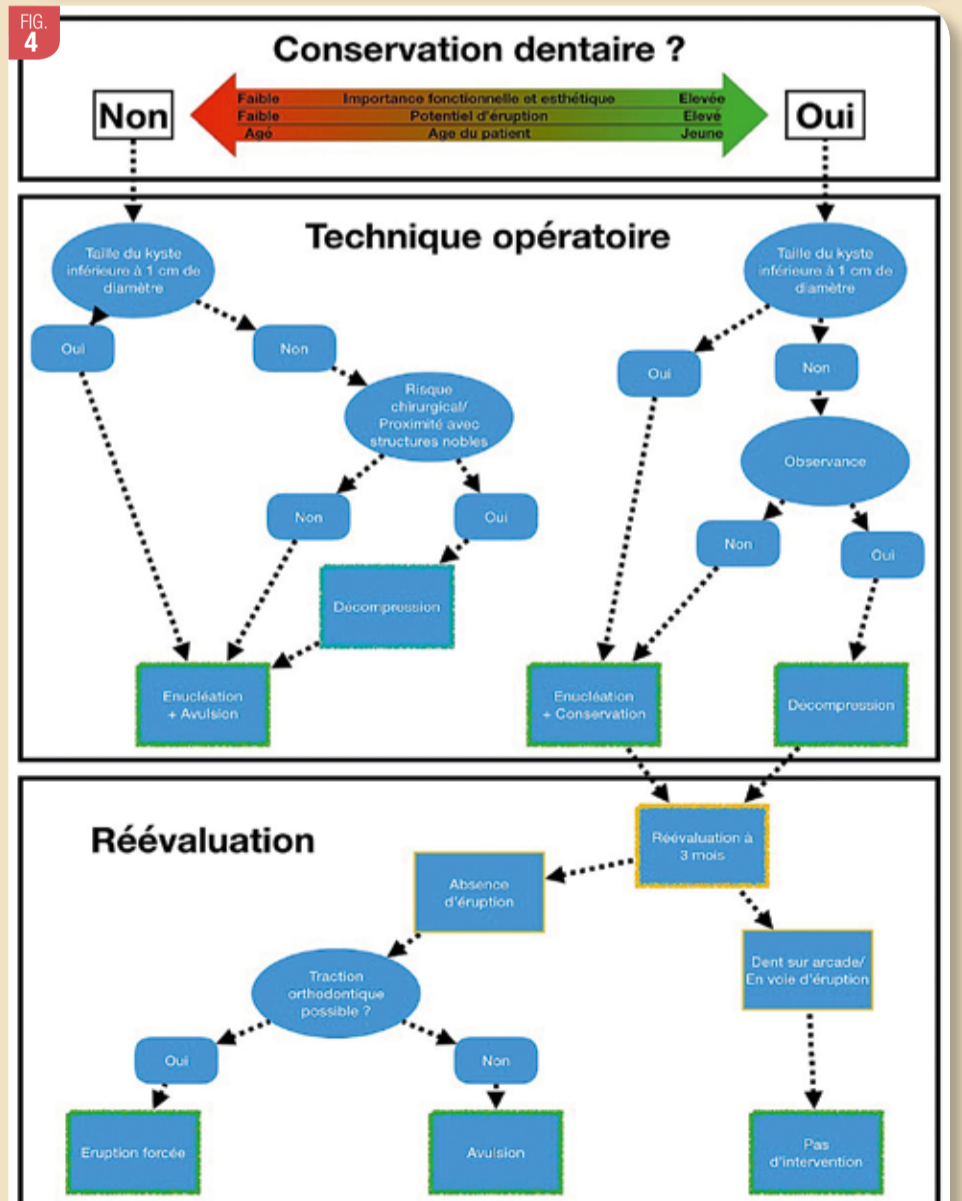
Traitements

Deux techniques différentes sont envisageables pour prendre en charge le kyste dentigère: l'énucléation et la décompression. Chez l'enfant et l'adolescent, le kyste devrait être considéré comme une entité différente de celui retrouvé chez l'adulte [1]. De ce fait, la prise en charge diffère également par rapport à celle de l'adulte par le pronostic de chaque traitement et les objectifs atteignables par l'une ou l'autre technique. L'énucléation du kyste, aussi appelée kystectomie, incluant les couches épithéliales et capsulaires attachées aux parois osseuses de la cavité. Ce traitement a pour vocation d'éliminer complètement et immédiatement la pathologie, en une seule intervention chirurgicale et vise à obtenir une cicatrisation de première intention et un suivi post-opératoire minimal. La plupart des auteurs recommandent de combiner l'énucléation du kyste à une avulsion systématique de la dent liée [1,2,3,4]. Cependant, *Motamedi et Talesh* [5] ont démontré que la conservation de la dent est raisonnablement envisageable, et que celle-ci peut faire son éruption normale ou être tractée orthodontiquement sur l'arcade. La décompression désigne tout moyen entrepris pour diminuer la pression intrakystique. Ce terme englobe donc la marsupialisation, ainsi que toutes les autres techniques faisant appel à différents types de drain pour diminuer la pression et maintenir l'ouverture de la poche kystique sur la cavité buccale. Le 1^{er} objectif de la décompression est, comme son nom l'indique, de diminuer la pression osmotique à l'intérieur du kyste. Cela permet d'inhiber l'expression de l'interleukine-1 et des prostaglandines, et d'empêcher la prolifération des cellules épithéliales [6]. Le corollaire recherché est l'arrêt de l'expansion du kyste et la néoformation osseuse. Chez l'enfant, le 2^e objectif de la décompression du kyste est la résolution totale du processus pathologique par l'éruption de la dent concernée et la disparition progressive et conjointe du kyste. En effet, grâce au potentiel d'éruption des dents et de régénération osseuse chez un patient plus jeune, la décompression peut être



Différents dispositifs de drainage

a: Tolstunov L. Marsupialization Catheter. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 mai 2008;66 (5):1077-9.
b: Kolokythas A, Schlieve T, Miloro M. Simple Method for Securing a Decompression Tube for Odontogenic Cysts and Tumors: A Technical Note. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 sept 2011;69 (9):2392-5.
c: Swantek JJ, Reyes MI, Grannum RI, Ogle OE. A Technique for Long Term Decompression of Large Mandibular Cysts. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 avr 2012;70 (4):856-9.
d: Gao L, Wang X-L, Li S-M, Liu C-Y, Chen C, Li J-W, et al. Decompression as a Treatment for Odontogenic Cystic Lesions of the Jaw. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 févr 2014;72 (2):327-33.



Arbre décisionnel (Iconographie personnelle)

un traitement en soi [1]. La mise en place de la ou des dents sur l'arcade, combinée à une néoformation osseuse riche permet la disparition progressive de la poche kystique et donc du kyste y étant contenu.

De nombreuses techniques de décompression, utilisant des dispositifs de drainages variés, ont été décrites. Notamment le drain en collerette décrit par Nielsen en 1988 est toujours employé à ce jour, suivant quelques modifications (Fig. 3a). Celui-ci est conçu à partir d'un tube polymère et suturé à la gencive périphérique. Il doit être adapté au fur et à mesure de la réduction en volume de la lésion. Kolokythas et al. proposent une alternative ne nécessitant pas de sutures aux muqueuses, grâce à un fil d'orthodontie ligaturé aux dents adjacentes (Fig. 3b). Swantek et al. recommandent quant à eux de fixer le drain à l'aide de 2 mini vis directement sur l'os (Fig. 3c). Enfin, Gao et al remplacent le drain en tube polymère par un obturateur en résine acrylique, percé en son centre pour permettre le drainage (Fig. 3d).

À ce jour, aucune étude ne prouve la supériorité d'un dispositif par rapport à un autre. Le choix de la technique se fera principalement sur les habitudes du praticien et les possibilités de réalisation en fonction du cas clinique.

Critères décisionnels

L'élaboration du plan de traitement s'appuie sur différents critères liés au patient et à la technique opératoire. Concernant le patient, les critères principaux à considérer sont:

- l'importance de la dent : la nécessité de conserver la dent liée à un kyste dentigère doit être attentivement évaluée avant l'élaboration du plan de traitement [5]. Si la dent est jugée inutile d'un point de vue esthétique et fonctionnel, il n'y aura pas de réel bénéfice pour le patient à mettre en place un traitement complexe qui vise à repositionner la dent sur l'arcade. Une énucléation du kyste et avulsion de la dent est alors préférable ;
- l'observance : lorsqu'un traitement par décompression est mis en place, une certaine coopération du patient est nécessaire à la réussite du traitement [7], d'une part pour les visites de contrôle fréquentes, d'autre part pour le nettoyage du site opératoire à domicile. Un tel traitement est donc plus délicat à mettre en place chez le patient jeune, souvent moins motivé. En cas de certitude du praticien que le bon déroulement du suivi post-opératoire est impossible, l'énucléation est la technique à privilégier ;
- le potentiel d'éruption : le stade d'édification radulaire, l'angulation de la dent, la profondeur d'inclusion et l'espace d'éruption sont autant de critères à considérer dans l'évaluation du potentiel d'éruption de la dent retenue par le kyste dentigère [8-11]. Cette analyse du potentiel d'éruption est indispensable pour prévoir les chances de succès d'une décompression et pour estimer si une énucléation combinée à l'avulsion de la dent n'est pas préférable d'emblée ;
- la taille du kyste : les kystes de petite taille sont généralement traités par énucléation et les kystes de grande taille par décompression. Cependant, la taille du kyste n'a aucune conséquence sur les chances d'éruption de la dent [11] ;
- l'âge du patient : d'après Fujii et Hyomoto [8-11] les chances d'éruption naturelle d'une dent après décompression du kyste sont liées à l'âge du patient. Plus le patient est jeune, plus son potentiel de régénération osseuse est important, et plus les chances d'éruption naturelle de la dent sont importantes.

Concernant la technique opératoire, les différents critères à considérer sont:

- le caractère invasif et le risque chirurgical : la décompression est moins invasive que l'énucléation, car elle permet une meilleure conservation de l'os et entraîne des suites opératoires minimales [12]. Cependant, la décompression est moins confortable que l'énucléation pour le patient à moyen et long terme, étant donné qu'il n'y a pas de cicatrisation primaire et qu'un dispositif de drainage est mis en place pour une longue période ;
- les difficultés chirurgicales : l'énucléation a deux difficultés principales : la réalisation d'un lambeau qui permettra une bonne cicatrisation primaire et l'obtention d'un caillot

sanguin suffisant pour éviter l'infection du site et permettre une cicatrisation osseuse efficace [12]. La décompression est quant à elle une procédure plus rapide d'exécution et plus simple à réaliser ;

- le suivi : le protocole de suivi post-opératoire est bien plus simple à mettre en œuvre après une énucléation qu'une décompression. Il sera plus court, moins fréquent et moins contraignant pour le patient.

De nombreux paramètres entrent donc en considération lors de l'élaboration du plan de traitement d'un kyste dentigère. La complexité réside dans le fait qu'une dent est directement impliquée et que sa conservation est remise en cause. Le seul fait de vouloir conserver ou non cette dent peut modifier entièrement la prise en charge du kyste. Nous avons ainsi deux décisions principales à prendre, concernant : la conservation dentaire et la technique opératoire. Le schéma ci-contre (Fig. 4) est un arbre décisionnel qui a pour vocation d'aider le praticien dans sa prise de décisions en synthétisant les critères énumérés ci-dessus.

Conclusion

Le kyste dentigère se développe de manière discrète chez l'enfant et l'adolescent, et les signes d'alerte et symptômes arrivent souvent tardivement. Une bonne connaissance des signes cliniques et radiologiques de la pathologie permet un diagnostic et une prise en charge précoces et adaptés. Cette prise en charge adaptée

permet de rétablir les processus physiologiques du développement et d'épargner les tissus et les organes dentaires avoisinants la lésion.

L'énucléation du kyste dentigère est la technique chirurgicale la plus invasive, et demande une certaine maîtrise du geste opératoire. Elle a l'avantage de mettre un terme à la pathologie de manière immédiate et le suivi post-opératoire est aisé. Dans la littérature scientifique, l'énucléation est régulièrement associée à l'avulsion systématique de la dent incluse. Cependant il a été montré que l'éruption peut tout de même se faire dans certains cas favorables. Cette technique doit donc entrer en considération dès lors que la dent incluse est jugée conservable.

La décompression du kyste dentigère est une technique plus conservatrice et plus facile à mettre en place, et permet de limiter les risques chirurgicaux. Il est possible chez le jeune patient d'obtenir une guérison totale sans énucléation secondaire et en conservant la dent impliquée. C'est pourquoi ce traitement est souvent mis en avant dans la littérature et que de nombreuses techniques ont été décrites. Cependant ce traitement nécessite un suivi post-opératoire plus lourd et une coopération accrue du patient.

Une des difficultés du traitement du kyste dentigère réside dans les choix thérapeutiques en matière de conservation dentaire et de technique à employer. Ces choix dépendront des différents facteurs décrits précédemment.

Ces deux approches thérapeutiques sont donc différentes et ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients. Elles sont toutes les deux favorables au traitement du kyste dentigère chez l'enfant et l'adolescent, et leurs indications respectives sont déterminées par une analyse rigoureuse des différents critères décisionnels pour chaque cas clinique.

Bibliographie

1. Martínez-Pérez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: A report of 4 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* mars 2001; 59 (3): 331-3.
2. Carrera M, Dantas DB, Marchionni AM, Oliveira MG de, Andrade MGS. Conservative treatment of the dentigerous cyst: report of two cases. *Braz J Oral Sci.* mars 2013; 12 (1): 52-6.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr

Nouveau PE9



A mettre entre toutes les mains



GRUPE
Airel Quetin
POUR UN ÉQUIPEMENT DENTAIRE ADAPTÉ

En continuité du PE7 et du PE8, conçus et approuvés depuis plus de 20 ans, Quetin sort aujourd'hui le fauteuil PE9, la référence en terme de confort et d'ergonomie pour le dentiste et le patient.

Le PE9 a été re-designé pour convenir à tous les dentistes.

Ses nombreuses fonctionnalités en font un unit universel.



Plus d'informations sur www.airel-quetin.com

Airel Quetin - 917, Rue Marcel Paul - 94500 Champigny-sur-Marne
Tél : 01 48 82 22 22 • choisirfrancais@airel.com
Dispositif médical : Classe IIa - Organisme notifié : SZUTEST (2195)
Fabricant : Airel, France / Avril 2019
Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation

Retour sur l'année 2018-2019

Éric Fizon, président

Bien qu'étant vraisemblablement le plus petit chapitre français, nous continuons à avoir des activités régulières qui nous permettent de porter haut et fort les valeurs de Alpha-Omega au sein de notre profession, et même au-delà.

À la Toussaint 2018, nous vous avons organisé un voyage-découverte d'Israël, qui a permis de compléter celui réalisé en 2016 : 38 participants, dont une moitié d'amis non-juifs, qui pour certains, ont pu découvrir les réalités israéliennes, tellement différentes de ce que les médias français peuvent véhiculer. Guidés de main de maître par Eytan Fizon, guide diplômé et expérimenté, nous avons sillonné une partie du pays : depuis Safed, jusqu'à Roch Hanikra sur la frontière libanaise, nous avons découvert une partie du Nord du pays. Après un shabbat passé à Tel Aviv, avec le dimanche une approche ludique de Israël Start-Up Nation, nous nous sommes retrouvés dans un campement bédouin, où nous avons passé la nuit, avant d'entreprendre la montée de Massada, par la rampe romaine. Ce lieu reste, même pour ceux qui l'ont déjà visité, un symbole que nos amis non-juifs ont pu comprendre. Après une « escale » à la mer morte, nous avons rejoint Jérusalem, où nous avons visité les locaux du Maguen David Adom, et en particulier la salle de dispatching ; vieille ville, tunnels du Kotel et musée FOZ (Friends of Sionism) ont été des étapes marquantes.

De retour en France, nous avons été sollicités par les participants pour nous retrouver et découvrir d'autres facettes d'Israël. C'est avec plaisir que nous pouvons vous annoncer que nous organiserons à la Toussaint 2020 un nouveau voyage, différent bien entendu des deux premiers.

Le 17 janvier 2019 nous avons reçu pour notre traditionnelle soirée conviviale M. **Laurent Hauben, rédacteur en chef-adjoint des éditions des 13h et 20h de TF1**. Grâce



Voyage-découverte d'Israël

à notre partenaire AG2R la MONDIALE- AMPHITEA, la soirée fut une belle réussite. Le 14 mars, **Alain Lefebvre**, ancien président de notre chapitre, a su captiver l'assistance par ses explications simples, didactiques et parfaitement illustrées de la nouvelle convention, de ses contraintes et de ses difficultés. Grâce à ces manifestations, nous avons pu offrir une subvention de 500 euros à une association locale, « les Complices de Pauline », qui s'occupe d'enfants handicapés ; une

subvention de 1000 euros au Département d'Odontologie Pédiatrique de la Faculté de Jérusalem (subvention que nous renouvelons tous les ans), et **lors d'un gala organisé à Metz pour le MDA le 25 juin, nous avons fait un don de 1000 euros, remis directement à Victor Wintz, directeur général**. Notre chapitre reste un petit chapitre, mais nos confrères et amis répondent toujours présents (pour la plupart !) pour nos rencontres. Nous sommes toujours présents et

sommes reconnus par nos confrères comme étant sérieux et amicaux. Notre esprit de confraternité, d'excellence en odontologie et notre tradition d'aide à ceux qui en ont besoin font de notre chapitre un élément moteur dans le monde lorrain de la dentisterie.

À toutes et à tous, il n'est pas trop tard pour vous souhaiter de très bonnes fêtes de Tichri dans la sérénité, la sécurité et la joie.



Soirée du 17 janvier avec M. Laurent Hauben



Laurent Hauben et le président



Gala MDA le 25 juin

Programme AO Marseille 2019-2020

- **Mardi 17 septembre**
HIPPODROME BORÉLY :
« Les 6 clés de la réussite implantaire »
Patrice Margossian
- **Mardi 19 novembre**
CERCLE DES NAGEURS : « Restaurations partielles collées : Onlays/Inlays »
Gaultier Weisrock
- **Mardi 17 décembre**
CERCLE DES NAGEURS : « Éthique dans le domaine médical et religieux »
Gaëtan Thierry & Rav Mimoun

- **GRANDE JOURNÉE AOMP 2020**
Jeuvi 16 janvier - NEWPORT
« Gestion du collage et des tissus mous dans les cas d'agénésie des incisives latérales maxillaires traitées par cantilevers »
Benjamin Cortasse et Dorian Bonnafous
« Facettes et esthétique antérieure »
Pierre Layan
« L'Endodontie au présent et au futur »
Laboratoire Komet

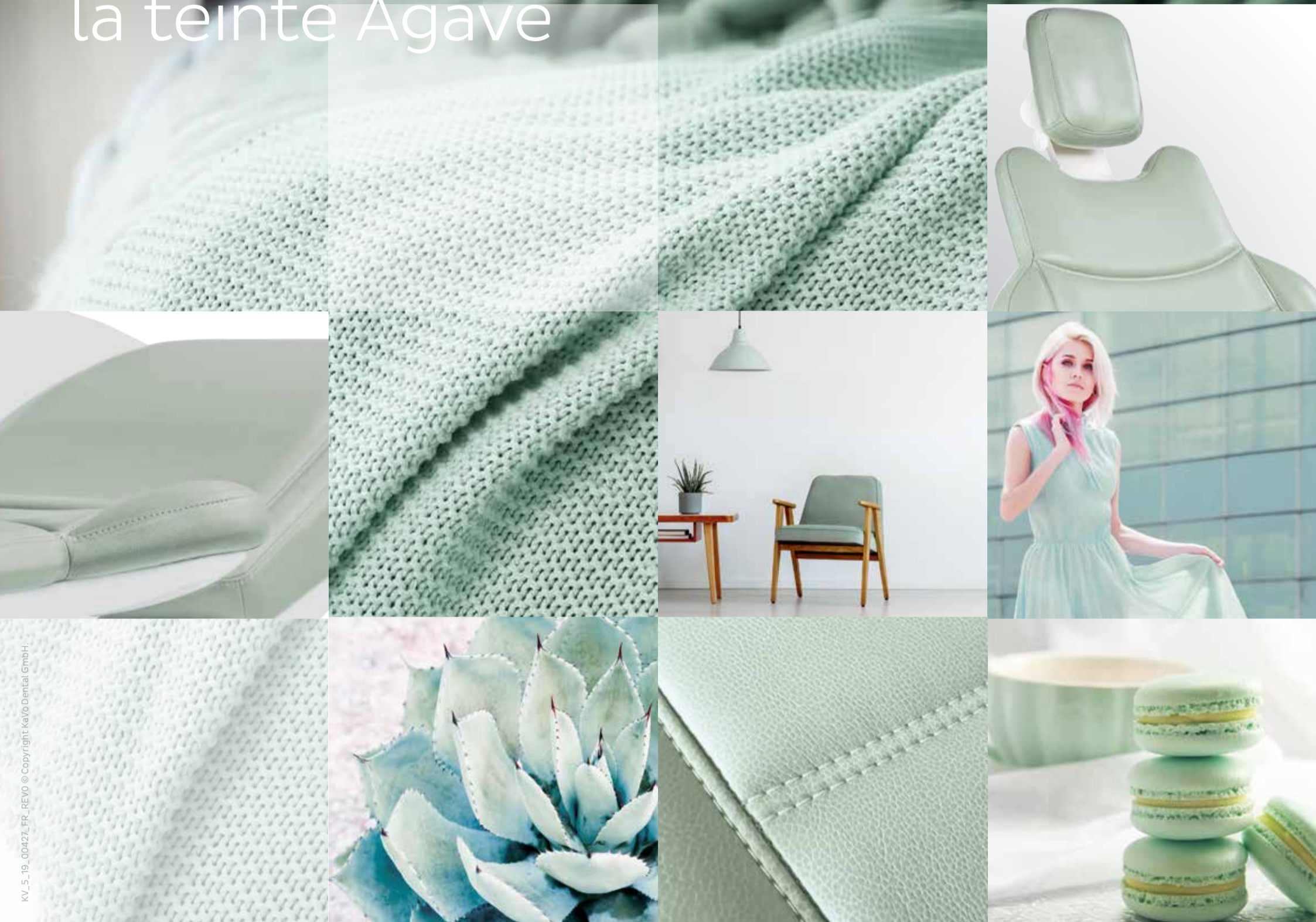
- **Mardi 17 mars**
CERCLE DES NAGEURS :
« La nouvelle convention : mise au point »
Edmond Binhas
- **Jeuvi 30 avril**
CERCLE DES NAGEURS : « Les stratégies numériques au service de l'esthétique en implantologie » ▪ **Gary Finelle**
- **Mardi 26 mai**
CERCLE DES NAGEURS : « Les cancers de la cavité buccale »
Fabrice Campana



HIPPODROME BORELY
159 Av. Pierre Mendès France 13008
CERCLE DES NAGEURS
Boulevard Charles Livon 13007
NEWPORT
79/81 Av. de la Pointe Rouge 13008

Sellerie Souple KaVo RELAXline

Faites plaisir à vos sens avec
la teinte Agave



Design exclusif – confort exceptionnel
Agave : la nouvelle couleur de la gamme
KaVo RELAXline

Une agréable sensation de fraîcheur et une couleur naturelle -
Agave - un design remarquable.
Découvrez le confort inégalé de la sellerie souple RELAXline, recouverte
d'un cuir souple et lisse. Elle s'adapte à la morphologie de chaque patient.
Vos patients vous diront : "Je ne me suis jamais senti aussi bien chez le
dentiste, même pendant un traitement".

Pour plus d'informations rendez-vous sur notre site internet
www.kavo.com/fr



KaVo ESTETICA™ E70/E80 Vision

PROFILE DESIGNER

iphysio[®]

LA SIMPLICITÉ EN IMPLANTOLOGIE

SOLUTION 3 EN 1

Cicatrisation
Empreinte
Provisoire



UNIVERSEL
Disponible pour les plus
grandes marques d'implants

INFORMATIONS Distribué par

+33 (0)4 50 91 49 20
info@lyra.dental
www.iphysio.dental

LYRA[™]

Fabriqué par **euroteknika** - 726 rue du Général de Gaulle, 74700 Sallanches (France)

Le Profile Designer iphysio[®] fabriqué par euroteknika et distribué par LYRA France est un dispositif médical de Classe IIb (Directive Européenne 93/42/CEE) conforme aux normes en vigueur et porteur du marquage CE0459. Non remboursé par la Sécurité Sociale, il doit être utilisé par des professionnels de la santé bucco-dentaire. Lire attentivement la notice d'instructions et le manuel d'utilisation. LYRA FRANCE, S.A.S. au capital de 10 000€ 25 rue Bleue, 75009 Paris - RCS Paris 799 960 067 - Tout document édité par LYRA se réfère à nos conditions générales de vente en vigueur. Photos non contractuelles - Reproduction même partielle interdite.

Des news du chapitre toulousain

Mathieu Benichou



Une assemblée attentive aux TP sur le numérique



Albert Franck Zerah avec le président



Raphaël Bettach

net dentaire. Il a détaillé les différentes formes de malaises, de chocs, crises et dyspnées avec, pour chaque situation la conduite à tenir et les différents stades de gravité associés.

Un grand merci à Vincent Benouaich pour la clarté de ses explications, sans oublier les partenaires présents (Henry Schein, Invisalign, TBR, Mega Dental, Pierre Fabre, Coltene).

Pour la première conférence de l'année 2019, le 31 janvier, nous avons réuni les principaux fabricants de caméra numérique pour une grande après-midi TP dans les locaux de la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse avec **Karim Nasr**, maître de conférences et responsable du DU de la CFAO à la faculté de Toulouse.

Il nous a expliqué l'historique et les bases de la dentisterie numérique, les différents matériels de prise d'empreinte actuellement sur le marché. Puis tous les participants ont pu essayer, manipuler et comparer les caméras avec les principaux fabricants 3Shape, Carestream, Cerec, Medit.

Merci à notre conférencier et à l'ensemble des partenaires présents.

Nous avons eu la chance d'accueillir le jeudi 21 février **Raphaël Bettach** qui est venu de Paris pour une soirée-conférence exceptionnelle sur le thème de la régénération osseuse.

Raphaël nous a fait partager son expérience et ses conseils dans la gestion des volumes osseux et sa maîtrise des techniques de régénération osseuses guidées dans les secteurs esthétiques et sous sinusiens avec des approches novatrices et l'expérience de son recul clinique. Encore merci au Dr Bettach pour sa conférence et la transmission de son expérience.

Le 14 mars, **Albert Franck Zerah** (Paris) a brillamment animé cette soirée sur le thème de l'implantologie numérique. Il nous a notamment expliqué la gestion du profil d'émergence en prothèse sur implant avec l'utilisation de l'iphysio développé par Lyra. Il nous a montré au travers de nombreux cas cliniques l'apport du numérique et de la CFAO dans la simplification de la gestion du profil d'émergence. Un grand merci toutes ses explications et à nos partenaires (Lyra, Henry Schein, Voco, Pierre Fabre).

Enfin, le 13 juin dernier, nous avons convié **Vincent Benouaich**, ancien chirurgien cardio vasculaire et aujourd'hui chirurgien-dentiste. Lors de cette soirée dans les locaux de notre partenaire TBR, il nous a donné toutes les clés pour savoir réagir en cas de situations d'urgence pouvant survenir à nos patients au cabi-

BUREAU AO TOULOUSE

- **Président :**
Patrick Bitoun
- **Vice président :**
Michel Knafo
- **Responsable scientifique :**
Cathy Assoun-Gerber
- **Trésorière :**
Laure Amsellem-Guedj
- **Responsable communication :**
Mathieu Benichou

PROCHAINE SOIRÉE AVEC GARY FINELLE LE MARDI 29 OCTOBRE

Alpha Omega Paris Jeunes 2019-2020



Léonard SEBBAG
D3 - Montrouge



Patrick CHELALA
T1+1 - Montrouge



Léa ATTHAR
D2 - Garancière



Thibaud GIBIER
D3 - Montrouge



Alexandra SZTAJNMAN
D3 - Garancière



Antoine BRUNEAU
D3 - Montrouge



Clara UZAN
D2 - Montrouge



Yohann BRUKARZ
D3 - Montrouge



Léa AMIACH
D2 - Garancière



Alison COHEN
D2 - Montrouge



Clémence RUEDOLF
D1 - Montrouge



Cyril LICHA
T1+1 - Montrouge



Julia GALEAZZI
D1 - Montrouge

Tu es étudiant en dentaire ?

Tu veux en découvrir plus sur les différents aspects de ton futur métier ?

Nos conférences sont faites pour toi !

Nous te proposons de la « formation pré continue »
avec des conférenciers reconnus de toutes spécialités afin d'élargir tes horizons !



No Post.. No Crown : un plaidoyer biologique et biomécanique contemporain avec Gil Tirlet

Alaa Zeidan

Nous avons eu l'immense honneur de recevoir le 2 avril dernier Gil Tirlet. 150 personnes se sont déplacées, jeunes et moins jeunes pour écouter cette magnifique conférence.

Le concept du « No Post No Crown », décrit pour la première fois en 2011 par Urs Belser et Pascal Magne, est un concept biologique contemporain majeur. Il permet avant tout de prendre conscience de l'importance de la conservation tissulaire lors de la prise en charge globale d'un patient. Ce concept fixe en réalité pour Gil Tirlet un véritable objectif de santé publique.

Il dénonce trop souvent le recours systématique à la couronne en première intention dans le cadre des réhabilitations dentaires avec d'importants effets délétères sur les plans biologiques et biomécaniques. Cette dentisterie est préjudiciable pour l'organe dentaire pour plusieurs raisons :

- baisse de la résistance mécanique (augmentation de la perte de rigidité de l'organe dentaire, réduction voire élimination dans certaines situations du « ferrule effect ») ;
- réduction des capacités de collage (en éliminant l'émail sur toute la périphérie) ;
- perte de la jonction amélo-dentinaire qui a un faible module d'élasticité et qui permet d'amortir l'énergie de contrainte ;
- réalisation fréquente de dépulpação associée encore trop souvent à la réalisation de couronnes (à des fins de rétention) ;
- risque plus important d'atteinte parodontale : situation de la limite cervicale, profils d'émergence axiaux, Irritation (provisoire, accès aux limites cervicales, assemblage, etc.).

Gil Tirlet s'engage depuis de nombreuses années déjà dans le développement de la dentisterie contemporaine. Il la définit comme une dentisterie du présent, avec une acuité et une pertinence particulières par opposition à ce qui est banal ou pire, dépassé. Il étaye, tout au long de cette soirée, son exposé par un important référentiel bibliographique et de très nombreuses illustrations cliniques.

Le profil du dentiste contemporain devrait répondre à ces principaux objectifs :

- être empathique avec le patient ;
- être préventif sur les plans parodontal, carieux, orthodontique et vis-à-vis de l'usure ;
- assurer une prise en charge globale pluridisciplinaire ;
- répondre aux exigences biologiques, biomécaniques, fonctionnelles et esthétiques actuelles (Puzzle Physiologique de Magne et Belser) ;
- permettre la persistance des dents le plus longtemps possible sur l'arcade en préservant au maximum les tissus.

Sur ce dernier point, l'Organisation Mondiale de la Santé préconise d'avoir encore au moins 20 dents à 80 ans. Or, d'après le même temps la Fédération Dentaire Internationale statue sur le fait que 30 % des adultes âgés de 65 à 74 ans ont déjà perdu toutes leurs dents naturelles.

Le concept majeur de la dentisterie contemporaine est le biomimétisme : c'est la science qui consiste à observer les mécanismes de la



nature pour trouver des solutions techniques innovantes et douces pour l'environnement. Il peut être de deux ordres : d'inspiration et/ou d'application. La nature nous sert de guide et bien au-delà de « Professeur ».

Dans le concept biomimétique, on essaie d'être le plus conservateur en préservant l'émail dans son épaisseur (point capital), et ainsi épargner la jonction amélo-dentinaire qui, de par sa capacité à amortir l'énergie de contrainte en tête des fissures, constitue une véritable barrière face à ces dernières.

Pascal Magne parle de « trinité dentaire » pour définir le système constitué par l'émail, la dentine et la jonction amélo-dentinaire et qui constitue le modèle biologique naturel de la dent. Pour ce qui est des propriétés mécaniques, la céramique se rapproche de l'émail, le composite de la dentine et le système adhésif de la jonction amélo-dentinaire.

Ce dernier est matérialisé par la couche hybride créée au niveau de la dentine exposée après la préparation : on réalise un « Immediate Dentin Sealing » ou scellement dentinaire immédiat avec de l'adhésif afin d'assurer une étanchéité dentinaire immédiate et d'optimiser les valeurs d'adhérence des futures restaurations adhésives. Il est également très important de préserver l'émail dans son épaisseur car les valeurs d'adhérence à son niveau restent les plus importantes.

Plusieurs slogans contemporains peuvent résumer ce concept :

- « Be additive »
- « Let nature be our guide »
- « Get bonded, stay bonded »

Le gradient thérapeutique, défini en 2009 par Gil Tirlet et Jean-Pierre Attal, fait également partie des concepts de la dentisterie contemporaine. Selon ce concept, les thérapeutiques doivent se faire dans l'optique d'une préservation tissulaire maximale. De ce fait, l'orthodontie est la thérapeutique esthétique la moins invasive qui permet le plus souvent de faciliter le traitement global et, à chaque fois que cela est possible bien entendu, de se substituer à la prothèse (libération d'espaces, traitement des supraclusions, rétablissement d'un équilibre dento dentaire et obtention de calage postérieurs stables...).

L'élaboration du traitement se fait grâce à un diagnostic précis avec notamment l'utilisation d'outils importants (aides visuelles, macrophotographie avec les modes polar-eyes et fluor-eyes...). Il est également essentiel de réaliser un projet de traitement. Les moyens

ne manquent pas à ce niveau, avec la proposition d'outils virtuels comme le VEP de Didier et Hélène Crescenzo, ou le DSD de Christian Coachman.

On arrive ainsi à la création de masques « Mock-up », qui restent pour lui le point de départ essentiel du traitement en termes de fonction et d'esthétique. Ils permettent d'une part de montrer au patient une anticipation des résultats du traitement tel qu'on l'envisage et sa validation à distance de la séance par le patient (et son entourage). Et d'autre part, de guider le praticien dans la calibration des préparations par rapport à la quantité de matériau nécessaire en épaisseur, ce qui permet d'être le plus conservateur possible, avec les tissus de soutien des futures restaurations. Le « Mock up » est le véritable GPS qui nous conduit au traitement final.

Notre conférencier a ensuite passé en revue les différents types de restaurations dans le cadre de la dentisterie contemporaine.

Au niveau antérieur, il y a les « chips », les héli-restaurations adhésives céramique et les restaurations adhésives céramiques (anciennement facettes).

Au niveau postérieur, il y a la famille des restaurations adhésives en céramique qui incluent les inlays, onlays, overlays, veneerlays et table-tops.

Quelques aspects thérapeutiques ont été développés tels que, la « 3-step » technique (élaborée par les Francesca Vailati et Urs Belser) pour la prise en charge ultra-conservatrice des lésions d'usure érosives et attritives.

D'autres aspects de procédures cliniques très actuels comme :

- La « super closed sandwich » technique : utilisation de composite « flow » au contact de la marge, reconstitution des parois proximales en composite, adjonction de 2 mm de CVI, CVIMAR ou de composite à base de fibre courtes Ever x (GC) puis de composite classique en occlusal (Magne, Longuet) ;
- la remontée de marge au niveau cervical, avec la technique « matrix-in-a-matrix » (Magne, Spreafico) pour relocaliser verticalement les marges profondes. G. Tirlet a décrit également les nouveaux designs postérieurs en illustrant les nouvelles propositions de préparations axiales et proximales (slot, bevel, shoulder) et occlusaux (ridge, ridge up, Ferraris, Veneziani, Politano, Peumans et Van Merbeck).

La conservation tissulaire maximale développée grâce à ces nouveaux design postérieurs permet de conserver un « effet ferrule » par-

ticulièrement important dans l'appréciation de la longévité de la dent restaurée. Il a présenté un coffret de fraises élaboré par Komet pour les préparations contemporaines d'overlays.

En conclusion, 125 experts venus de 35 pays différents sont arrivés à un consensus sur l'avenir de la dentisterie contemporaine :

- le traitement restaurateur aura pour rôle plus que jamais dans les prochaines années de préserver l'émail et la dentine encore présents et de maintenir la vitalité pulpaire ;
- l'optimisation de l'adhésion, qui est la clé du succès des traitements adhésifs ultra-conservateurs.

Selon G. Tirlet, les indications de couronnes périphériques ne devraient quasi plus exclusivement se faire que dans le cadre des réinterventions prothétiques. Il a conclu sa conférence en partageant les considérations du Pr Daniel Edelhof, à savoir que « la dentisterie numérique aura à l'avenir une place plus importante, mais elle ne remplacera jamais l'homme, car il est le seul à déterminer ce qui est de bon goût, à faire preuve d'empathie et à susciter la confiance du patient. »

D'où l'impérieuse nécessité d'être attentif et de sauvegarder nos artisans prothésistes, qui seront toujours les meilleurs partenaires des praticiens dans le cadre de cette dentisterie contemporaine.



Réalisation prothétique : Laboratoire Esthetic Oral

Un grand merci à nos partenaires sans qui rien ne serait possible : Pierre Fabre Oral Care, Gum, Dentsply Sirona, Crownceram, Labocast, PC Net Santé, Pred, SDI.



Claude Benant, Léa Sabbah, avec la présidente Marie-Hélène Azoulay



Gil Tirlet avec Corinne Attia

Rapprochement entre l'ancienne et la nouvelle génération !
On reconnaîtra entre autre Jean-Luc Bismuth et Elsa Fitouchi

Grégoire Lozach'hmeur (Dentsply Sirona), toujours ravi d'être parmi nous en discussion avec des confrères



Traditionnelle photo du conférencier avec la présidente !



En arrière-plan, Philippe Balagna et Anne Darmony

Hommage à Fernand Boutboul

Gilles Zitoun

C'est avec une grande tristesse que nous avons appris le décès de notre ami Fernand Boutboul, survenu le mardi 27 août, à l'âge de 90 ans.

Ce fut un grand homme, combatif, qui a donné énormément de lui-même tout au long de sa vie, au service de la profession, pour Israël, pour Alpha Omega, pour toutes les associations juives et autres œuvres humaines caritatives...

Il était avec René Arav l'un des tous premiers membres d'Alpha Omega France, fondateur et Président d'honneur du chapitre de Montpellier Languedoc Roussillon.

Surnommé « Docteur Quenottes », il fut l'un des premiers également à pratiquer la

prévention avec l'aide de quelques confrères bénévoles en allant dans les établissements scolaires pour les visites médicales dentaires. Il fut donc l'un des pionniers de l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) et pendant de nombreuses années son président local.

En Israël, il a participé à la création de DVI (Dentistes Volontaires en Israël). Il allait chaque été pendant 4 semaines soigner des enfants de familles démunies dans un petit établissement équipé de 4 fauteuils, grâce à des dons financiers en instrumentations, ou produits pharmaceutiques de confrères qu'il sollicitait. Militant avec son épouse Claudine à la WIZO, sioniste convaincu, il a été membre très actif de l'Ordre des chirurgiens-

dentistes et également du syndicat en place. Il fut très généreux et a aidé de nombreux confrères à s'installer et à se diriger vers des postes importants, dont notre président de l'ordre actuel Olivier Davron.

Homme droit et de sagesse, il s'est vu décerner la Médaille de Chevalier de l'Ordre du Mérite pour son dévouement et ses qualités tout au long de sa vie par ses pairs. Il a participé jusqu'à ses dernières forces à tous les voyages organisés par notre chapitre, dont le dernier en Irlande... sur chaise roulante.

Que sa mémoire soit saluée et qu'il continue à nous guider de là-haut, comme il l'a toujours fait parmi nous.



Tous ceux qui n'ont pu participer à ses obsèques, ses proches, ses amis, ses confrères, m'ont demandé de témoigner par mes quelques lignes leur tristesse, leur émotion et leur profonde affection auprès de Claudine sa femme, Michèle et Thierry ses enfants, ainsi qu'à ses petits enfants dont une future consœur.

Merci Fernand et un grand KAVOD pour une vie accomplie et remarquable jusqu'à ton dernier souffle.



Le dernier voyage en Irlande de Fernand avec Alpha Omega



Comment appréhender la nouvelle convention avec Edmond Binhas

Cyril Licha, Patrick Chelala

Le 4 juillet dernier, en partenariat avec Méga Dental, AO Paris a reçu Edmond Binhas lors d'une soirée estivale. Il a commencé sa présentation sous les yeux remplis d'interrogations de son auditoire... alors qu'il faisait canicule !

Dès le départ, il a annoncé que la nouvelle convention n'a rien de vraiment difficile car la nomenclature ne change pas : elle reste la CCAM. Mais il va falloir changer la façon de travailler.

En effet, notre intervenant met en avant la notion de qualité perçue. Les patients sont très exigeants, et il est nécessaire d'être perçu comme un praticien de qualité. Avec la nouvelle convention, il est plus compliqué de faire de la qualité tout en pratiquant des honoraires correspondant à nos attentes ; il faut donc accroître sa productivité de façon concrète, avec une plus grande maîtrise.

Il existe une triple contrainte aujourd'hui dans notre métier :

- les charges sont en augmentation constantes, peu importe le gouvernement,
- la pression est de plus en plus forte pour baisser les honoraires,
- la qualité croissante est exigée par les patients. Le Dr Binhas ajoute : « nous regretterons plus tard la sécurité sociale car les complémentaires, c'est pire ! »

Plusieurs problématiques existent aujourd'hui. Tout d'abord, l'État a des difficultés à financer la santé, c'est pourquoi il transfère le remboursement des soins vers les complémentaires, et ce sont ces complémentaires qui ont créé les réseaux de soins. Les patients **achètent** des soins que la complémentaire a négociés avec certains praticiens.

Cependant, la nouvelle convention pose un problème aux réseaux de soins car sur le principe, tout le monde aura le même tarif. Conclusion du conférencier sur ce problème : « Il faut faire des référentiels cliniques pour évaluer les tarifs. »



Enfin, l'État français lutte pour tenter d'augmenter le pouvoir d'achat de la population. Une pression est donc exercée dans toutes les professions pour essayer d'influencer sur les prix.

Ces deux problématiques se cumulent et aboutissent à la nouvelle convention.

Il existe toujours quatre niveaux de qualité perçue à propos d'une profession.

Le dû indispensable : bas mais acceptable, c'est le low-cost, c'est le centre dentaire. Le Dr Binhas pense qu'ils ne sont pas une vraie concurrence pour les libéraux car ils ciblent des patients qui ne se faisaient pas soigner avant. Il faut cependant les différencier avec les centres de soins qui sont des regroupements de dentistes libéraux réalisant du travail de qualité.

Le niveau moyen : c'est le cabinet traditionnel, un appartement aménagé. Il va disparaître car l'ARS souhaite une harmonisation entre centres et libéraux. Cela n'existera presque plus dans 15 ans. Il les surnomme les « cabinets libéraux à la papa »

Le niveau supérieur : qualité perçue haute, futur des cabinets dentaires.

Le luxe : niveau de qualité de service exceptionnel, devis très élevés.

E. Binhas a expliqué que mis à part le « niveau moyen » qui risque de disparaître, il n'existe pas de mauvais positionnement. Il faut rechercher l'excellence, que ce soit un low-cost, un premium ou un luxe. En effet, dans le futur, il y aura des cabinets libéraux spécialisés en CMU avec le RAC O.

Le patient a donc 2 choix : le positionnement remboursement (on s'aligne au prix remboursé par la complémentaire. Mais il faut augmenter sa productivité par la rentabilité technique et la rapidité) ; **le positionnement qualité** (il faut absolument développer la communication. Le plus grand défi est de convaincre les patients de payer de leur poche pour des soins de meilleure qualité.)

La conférence s'est articulée ensuite autour des questions de l'auditoire et une question est particulièrement revenue : **comment peut-on justifier des honoraires plus élevés ?**

Nous avons eu quelques réponses :

- la qualité perçue explique la différence de prix ;
- il existe trois paniers depuis la nouvelle convention : l'État reconnaît donc qu'il y a trois niveaux de qualité ;
- on doit obtenir l'adhésion de notre patient au meilleur traitement avant de lui parler d'argent. Il faut donc faire l'effort de convaincre ;
- il faut insister sur le fait que c'est notre cabinet, et qu'on y restera longtemps. La clé est d'établir une relation de confiance, qui est personnelle, avec le patient. Il faut



Dan Zerbib et son assistante avec Serge Zagury



Nos partenaires de la soirée, Aline Dumontier et Fabien Afonso (Mega Dental) avec le président Franck Sebban et Edmond Binhas



Valérie Halimi, Bruno Heller, Alain Abitbo et Eric Saadoun



Avec Éric Castel, Franck, Michèle Albou, Martine Aouizerat et Laurence Mercadov



Entourant le conférencier, Cyril Licha, Serge, Patrick Chelala, Franck, Fabien (Mega Dental) et Albert Pinto

de la sympathie, de l'enthousiasme, de la passion et de la pédagogie pour convaincre. 20 % d'augmentation des honoraires n'entraînent pas la perte d'un patient.

Les réseaux sociaux prennent une place énorme. Il ne faut pas rater le passage à la technologie ! La réputation des cabinets ne se fait plus uniquement par le bouche-à-oreille. Les avis Google deviennent très importants : en effet, les avis négatifs ne sont pas supprimables, il faut donc les noyer dans des avis positifs. Il faut répondre aux avis négatifs en répondant de façon professionnelle.

On a une politique médiatique anti-dentiste, mais l'avènement du sourire denté dans les médias va dans notre sens.

Le Dr Binhas a alors abordé alors la question des centres. Pour faire un cabinet de groupe, avec des dentistes libéraux, sans conflits, ce n'est pas évident. Il recommande donc un directeur de structure, qui n'est pas dentiste. En effet, les dentistes ont un problème : la plupart des décisions sont émotionnelles !

La rentabilité d'un centre dépend de la façon dont il est géré. Deux types de centres existent : ceux gérés par les dentistes et ceux gérés par les fonds d'investissement. Un centre très rentable peut dégager entre 12 et 15 % de son chiffre d'affaires mais à condition d'être très bien géré.

Il faut donc développer les compétences cliniques et de chef d'entreprise. Il faut plus de formation non clinique en communication, organisation, et management. Il faut une organisation qui offre une productivité sereine et mieux s'organiser pour être plus détendu. L'avènement des compagnies d'assurance est un problème, il faut se différencier par un niveau de professionnalisme et de qualité hors norme. Finalement, il nous a dit : « *il n'y a que deux types de dentistes : les rapides et les morts.* »

Concernant l'organisation future du cabinet :

- il faut se former aux traitements du panier libre ;
- il faut bien connaître la nouvelle convention : il y a beaucoup d'actes non remboursés que nous faisons tout le temps comme les reconstitutions pré-endodontiques, les reprises de traitement etc. Il faut les facturer !

- trop de patients devient un frein à la productivité. Il faut sélectionner les patients en ne prenant que ceux qui veulent la dentisterie que l'on veut offrir.

Enfin, Il faut développer une philosophie de traitements : une approche globale, une organisation des actes, les nouvelles technologies qui font gagner du temps et qui accroissent la qualité perçue, le travail à 4 mains, le travail sur 2 fauteuils, les bacs et cassettes etc.

Il nous a présenté ses solutions : les « 9 systèmes ».

Gestion du carnet de rendez-vous : c'est l'assistante qui peut le faire mais elle doit être formée. Plus les cabinets sont stricts sur la politique, moins les patients ratent leur rendez-vous.

Approche globale, logique dentisterie optimale globale

Expérience du nouveau patient

Présentation des plans de traitement

Système d'encaissement

Scripts et communications

Qualité du service

Management

Gestion prévisionnelle

Le cabinet libéral idéal serait avec 2 praticiens, 1 secrétaire, 2 assistantes et 4 fauteuils. Les différents cabinets du futur seraient :

- les cabinets premium : Il faut devenir un super-dentiste, super-clinicien, super-communicant et super-gestionnaire ;
- les cabinets libéraux spécialisés organisés ont leur place mais en ne traitant que les cas compliqués ;
- le développement de centres mutualistes et centres privés low-cost.

Notre intervenant a également prédit une augmentation du RAC O, avec une baisse de la qualité globale des soins.

La nouvelle convention pousse à faire une dentisterie moderne. Donc le collage est mis en avant, les inlay-core, c'est bientôt terminé !

Pour conclure, il nous a présenté ses pistes pour préserver notre rentabilité :

- lire la nouvelle convention,
- étudier la dernière version de la CCAM et facturer les actes NPC,
- formez votre équipe à la communication,
- mettre en place des systèmes organisationnels efficaces,
- organiser au mieux l'agenda,
- optimiser les temps de réalisation sans courir plus,
- se former aux traitements du panier libre, ACCEPTER DE CHANGER SES HABITUDES

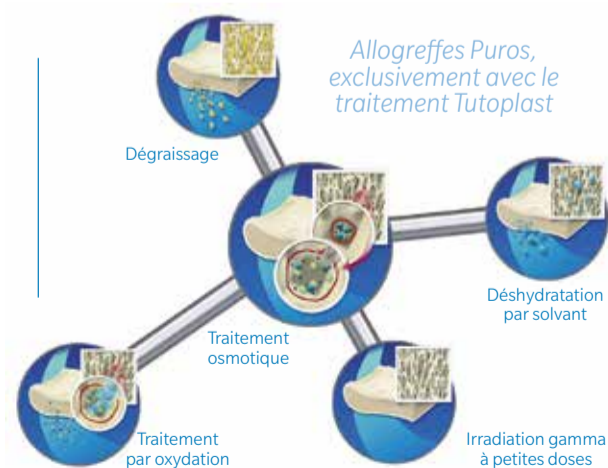


La référence en matière de sécurité et de qualité des tissus*

Toutes les allogreffes ne sont pas identiques. C'est la raison pour laquelle des cliniciens à travers le monde se tournent vers les allogreffes Puros® pour les procédures dentaires régénératives. Grâce au processus exclusif de stérilisation des tissus Tutoplast™, les composants naturels conservés dans les allogreffes Puros offrent une matrice exceptionnelle, similaire aux tissus naturels. RTI a distribué plus de 5 millions de greffons stérilisés suivant le processus Tutoplast, sans AUCUNE incidence confirmée d'infection associée au greffon. Faites confiance aux allogreffes Puros, sources d'excellents résultats pour vos patients.

Confiez-nous l'avenir des soins de vos patients. Appelez-nous au +33(0)1-45 12 35 35

zimmerbiometdental.fr



* Données disponibles auprès de RTI Surgical, Inc. Sauf indication contraire, comme indiqué ici, toutes les marques déposées sont la propriété de Zimmer Biomet et tous les produits sont fabriqués par une ou plusieurs des filiales dentaires de Zimmer Biomet Holdings, Inc., commercialisés et distribués par Zimmer Biomet Dental et par ses partenaires de commercialisation. Les produits Puros sont fabriqués par RTI Surgical, Inc. sous le nom de RTI Biologics et Tutogen Medical GmbH. Tutoplast est une marque déposée par Tutogen Medical GmbH. Pour des informations complémentaires sur les produits, consulter l'étiquetage du produit concerné ou son mode d'emploi. Novomedics France, Metz, est une banque de tissus qui fait l'objet d'une autorisation délivrée par l'ANSM (numéro BT/18/O/002), partenaire du service logistique de Zimmer Biomet Dental. L'autorisation du produit et sa disponibilité peuvent être limitées à certains pays ou régions. Ce document s'adresse uniquement aux praticiens et n'a pas pour objectif de fournir un avis médical ou des recommandations. La distribution à tout autre destinataire est formellement interdite. Ce document ne doit pas être dupliqué ni réimprimé sans l'autorisation écrite expresse de Zimmer Biomet Dental. ZB0299FR RÉV C 10/18 ©2018 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.



Shabbat AO de l'ADF
Vendredi 29 novembre

Tarifs :

65 €/adulte

40 €/étudiant

30 €/enfant - 12 ans

Inscription obligatoire :

Audrey 06 80 11 71 05

ou

Catherine 06 74 98 39 55

HELIOSEAL® F PLUS**Le scellement de sillons efficace**ivoclar
vivadent
passion vision innovation

Protection efficace des puits et sillons. Scellement rapide et pratique des puits et sillons chez les enfants et les adolescents.

Helioseal® F Plus, le produit de scellement des puits et sillons d'Ivoclar Vivadent, aide à prévenir l'apparition des caries : Le nouveau sealant est fluide et peut être appliqué de manière optimale sur des surfaces complexes – même au maxillaire. Il forme un joint marginal étanche qui apporte une protection contre les germes cariogènes. De fines particules de charges assurent une surface lisse et étanche.

Traitement efficace

La seringue facile à utiliser vous permet de distribuer et d'appliquer la bonne quantité d'Helioseal F Plus exactement là où vous en avez besoin. L'embout fin permet une application rapide et précise dans les puits et sillons. Avec l'aide d'une lampe à photopolymériser appropriée, telle que Bluephase® Style ou Bluephase® G4 d'Ivoclar Vivadent, le sealant peut être polymérisé en seulement 10 secondes. Une application précise, d'excellentes propriétés de fluidité et de mouillabilité ainsi que des temps de photopolymérisation exceptionnellement courts font d'Helioseal F Plus votre premier choix lorsqu'il s'agit de sceller hermétiquement les puits et sillons rapidement et efficacement chez les enfants et adolescents.

Helioseal® et Bluephase® sont des marques déposées par Ivoclar Vivadent AG.

Pour plus d'informations :

info@ivoclarvivadent.com • www.ivoclarvivadent.com

Numerys GF chez LABOCASTlabocast
MODERN DENTAL GROUP**1^{er} inlay core en composite fibré !**

En partenariat avec Itena Clinical, l'expert en tenons et composites, Labocast, leader français de la prothèse dentaire, propose le tout premier inlay core anatomique en fibres de verre radio-opaques unidirectionnelles (80 %) et composite (20 %).

Soucieux d'offrir à ses praticiens des solutions accessibles et exigeantes, qui facilitent, fiabilisent et enrichissent les pratiques, Labocast sélectionne ici une innovation qui fait faire un pas de plus aux reconstructions prothétiques. Elle offre :

- une résistance sans contrainte sur les parois canalaires ;
- une biocompatibilité sans métal ;
- une élasticité proche de celle de la dentine ;
- une adhésion améliorée du canal, de l'inlay core et de la couronne.



Les Inlays cores usinés en composite fibré Itena Numerys GF sont particulièrement indiqués sur le secteur antérieur pour renforcer l'esthétique des couronnes en céramique vitreuse de type e.max ou Enamic.

Facile à poser, et à déposer si besoin, cet inlay core anatomique, conçu pour les systèmes de CAO/CFAO, est sans doute la meilleure réponse à la demande croissante de restaurations esthétiques sans métal.

Contact :
labocast@labocast.fr
0153386466
www.labocast.fr

KAVO KERR lance le nouveau système d'obturation sans fil elements™ IC

Kerr™

Le nouveau système d'obturation offre aux praticiens un confort et un contrôle comme jamais auparavant.

Kerr Endodontics lance une version améliorée de son système d'obturation sans fil : l'elements™ IC. Construit sur le succès de son prédécesseur, l'elements™ free, le nouvel elements IC constitue une véritable avancée pour les systèmes d'obturation. Il dispose d'une batterie d'une durée de vie plus longue, d'un design ergonomique amélioré, et d'une interface OLED plus performante.

L'elements IC possède une source de chaleur avec un contrôle précis et des fouloirs chauffés électriquement qui peuvent atteindre 200 °C en moins de 0,5 secondes, ce qui le rend le Downpack parfaitement adapté à des obturations de la partie apicale du canal radiculaire. L'unité backfill, qui permet l'extrusion de la gutta, dispose d'un temps d'extrusion réduit d'au moins 20 % par rapport à celui de l'elementsfree. Par ailleurs, il se démarque des autres par sa capacité à obturer plus de 16 canaux avec une seule recharge de l'unité Backfill. Grâce à son interface simplifiée, ses performances plus rapides et ses contrôles plus précis, le nouvel élément IC offre aux cliniciens un résultat plus efficace et plus prévisible de l'obturation.

Pour plus d'information sur le système d'obturation elements™ IC, vous pouvez visiter notre site internet : www.KerrDental.com

*À la température par défaut, en utilisant les réglages recommandés.

**INAVA Précision**

La nouvelle génération de brosse à dents quotidienne : technique & innovante

Pierre Fabre
ORAL CARE

La nouvelle brosse à dents Inava Précision a été élaborée pour un brossage précis et approfondi. Dotée d'une implantation spécifique de ses deux types de brins, Inava Précision retire 30 %^{1*} de plaque dentaire supplémentaire dans les zones difficiles d'accès versus une brosse à dents souple de référence.

Brins sensibilité en périphérie

Plus longs
Brins 18/100° à la base
ÉDlés en 1/100° à l'extrémité

Nettoyage approfondi des espaces interdentaires difficiles d'accès**Brins anti-bactériens au centre**

Brins 10/100° extra-souples
Brins arrondis
Brins anti-bactériens

Nettoyage doux et optimal de la surface des dents

Manche flexible et une tête fine et arrondie, pour atteindre les espaces postérieurs, communs à toutes les brosses Inava.

*Étude exploratoire - Test robot - Modèle expérimental cliniquement validé - 3 passages - PÔLE CSMI - UI CHC - 01/2019.



PowerCARE™, la brosse électrique GUM



Première brosse à dents oscillo-rotative rechargeable de GUM

GUM capitalise sur son expertise de la gencive et propose une nouvelle approche de l'électrique, associant l'efficacité d'une brosse oscillo-rotative rechargeable, à la douceur d'une brosse spécialement conçue pour les gencives et dents sensibles.

Tout est « dans la tête » !

GUM a appliqué dans la conception de cette brosse ce qui a fait le succès de ses brosses manuelles : des brins extrêmement doux et effilés qui vont permettre d'éliminer la plaque dentaire, notamment dans le sillon gingival et dans les espaces interdentaires, là où des brins traditionnels ne peuvent accéder. Un cœur de tête à 15/100 et des brins périphériques à 18/100 effilés à 1/100, c'est le choix qu'a fait GUM, pour des résultats supérieurs cliniquement prouvés¹ dans l'efficacité de brosse.

Une conception favorisant l'observance

Deux modes de brosse sont proposés en fonction des besoins de l'utilisateur : la personne peut au choix, rester sur le mode Standard (9300 oscillations/min) ou passer sur le mode Sensitive (7500 oscillations/min). Pas de risque de brosse trop intense, grâce à son capteur lumineux prévenant d'une pression trop forte. Un Timer de deux minutes signale toutes les 30 secondes le passage au prochain cadran. Son manche ergonomique antidérapant apporte confort et facilité de préhension et de manipulation à l'utilisateur, quelle que soit sa dextérité. Enfin, une charge suffit pour permettre une autonomie de 10 jours d'utilisation, à raison de deux brossages de 2 minutes par jour.

La brosse GUM PowerCare est disponible exclusivement en pharmacie et parapharmacie au prix de 59,90 € pour le patient. Tête remplaçable vendue en blisters de deux à 9,90 €.



Pour plus d'informations, contactez : contact@fr.sunstar.com

¹ American Journal of Dentistry Volume 32, Number 2, April 2019, pages 69-73.

Henry Schein France est distributeur exclusif de NEODIAMOND® pour la France



Grâce aux innovantes fraises diamantées stériles à usage unique, fournissez à vos patients un traitement de haute qualité et efficace, tout en réduisant le risque de contamination croisée.

Grâce aux fraises NeoDiamond®, vainqueur « Dental Advisor's Top Bur-Diamond Award 2018 », les dentistes peuvent fournir à leurs patients un traitement de haute qualité et efficace, tout en réduisant le risque de contamination croisée. Les fraises stériles à usage unique NeoDiamond® ont été créées en 1989 et vendues à plus de 120 millions d'exemplaires dans le monde pour devenir ainsi l'un des produits phares de ce secteur.

La fraise NeoDiamond®, développée par la société américaine Microcopy® qui conçoit, développe et fabrique des produits dentaires, présente de nombreux avantages pour les dentistes et les patients, aussi bien en termes de traitement qu'en termes d'efficacité d'utilisation. Les fraises sont disponibles en emballages stériles à usage unique pour des séances de traitement individuelles. Ceci permet de réduire le risque de contamination croisée ainsi que les coûts de matériel de stérilisation et de désinfection. De plus, ces fraises sont affûtées et possèdent des bords tranchants finement ciselés, garantissant ainsi un traitement le plus rapide possible tout en réduisant au maximum les désagréments.

« L'hygiène et la sécurité du patient sont la priorité absolue pour tous les chirurgiens-dentistes qui veulent offrir des soins dentaires de haute qualité à leurs patients tout en préservant leur santé », explique Christian De Bus, Directeur Commercial & Marketing Henry Schein France. « C'est pourquoi Henry Schein France est fier d'introduire NeoDiamond® sur le marché français. »

Outre les avantages offerts par NeoDiamond® en termes d'efficacité et de bénéfices pour les patients, ces fraises sont également dotées d'un mandrin XactFit® qui, grâce à sa faible tolérance, garantit une prise optimale et réduit le risque de desserrage de la fraise. La technologie adhésive Triton®, utilisée pour fixer le diamant sur le mandrin, offre une surface de coupe de 20 % supérieure à celle des autres fraises communément disponibles sur le marché. Microcopy® garantit que les fraises NeoDiamond® resteront stériles pendant 5 ans si elles sont conservées en lieu sûr et utilisées correctement. Le produit est disponible dans une grande variété de formes, de dimensions et de granulométrie.



Choix de fraises NeoDiamond®

Dental Distrib, le partenaire des praticiens créateurs de centres de santé



Avec 18 ans d'expérience dans le marché dentaire, l'associé principal de Dental Distrib, Florent Garçon, propose son expertise et réactivité au service des praticiens afin de faciliter l'installation de cliniques médico-dentaires.

Les domaines d'intervention de Dental Distrib :

- Recherche de local adapté aux normes des cahiers des charges des structures médico-dentaires et d'accueil du public
- Montage dossiers ARS
- Assistance juridique pour l'élaboration des statuts de la structure
- Expertise comptable pour la préparation du business plan
- Gestion des contrats d'assurance
- Solutions de financement
- Architecture, réalisation et suivi des travaux
- Installation du matériel (toutes marques)

Les avantages :

- Un catalogue produit très large
- Un approvisionnement rapide (livraison à J+1 pour toute commande validée la veille avant 16h)
- Un ajustement attractif des coûts par rapport au volume des commandes (Avec un coût impactant approximativement 15 % du chiffre d'affaires annuel, les consommables représentent l'un des pôles majeurs de dépenses des centres médico-dentaires).
- Maintenance de matériel dentaire (en cas de panne ou de besoin en maintenance, nous nous positionnons comme un intermédiaire de choix pour vous trouver dans de très brefs délais le bon intervenant sur votre secteur géographique).

Contact : Florent Garçon • fgarcon@dentaldistrib.com • 06 50 00 75 04

Détartreur piézo Proxeo Ultra



La technologie à ultrasons est à la pointe du nettoyage professionnel dans l'art dentaire et est reconnue pour le traitement de la parodontite et de la péri-implantite.

Avec le nouveau détartreur piézo Proxeo Ultra, W & H propose désormais de nouvelles fonctionnalités axées sur l'efficacité et personnalisables aux besoins de chaque traitement de prophylaxie. Le nouveau système de changement rapide d'insert simple d'utilisation permet de n'effectuer qu'une seule rotation au lieu de six auparavant. Le Proxeo Ultra est équipé d'une commande au pied sans fil pour une liberté maximale de mouvement dans la salle de traitement. Le Proxeo Ultra peut être utilisé sans aucun risque sur des patients qui portent des stimulateurs cardiaques. La sécurité est donc augmentée, aussi bien pour les utilisateurs que pour les patients.



Contact : W & H France • + 33 388 773 600 • commercial.fr@wh.com • wh.com



Premier congrès de l'European Academy of Ceramic Implantology, 28 juin 2019

La céramique zircone, une alternative au titane en implantologie

Jacques Bessade

Ce premier Congrès, présidé par **Pascal Valentini**, s'est tenu à Paris à l'Hôtel Intercontinental Marceau devant une centaine de praticiens.

Philippe Duchatelard (Chamalières) a débuté cette journée par les aspects fondamentaux de la structure de la zircone. On retiendra la haute ténacité de la zircone (7-15) (résistance à la propagation des fissures) comparée aux vitrocéramiques. On se souvient de l'implant CBS en oxyde d'alumine du Pr Sami Sandhaus (1960) puis de l'implant de Tübingen (1976) en oxyde d'alumine Al₂O₃ (Ténacité 3). Le premier implant Zircone (Cerasand system) date de 1987.

Actuellement la zircone est disponible sous 4 familles de matériaux : l'Y-TPZ (Yttrium stabilized tetragonal Zirconia polycrystal) ; le ZTA verre infiltré de zircone et renforcé à l'alumine ; l'ATZ à base d'alumine renforcée à la zircone (20 % d'alumine) et le Ce-TPZ/Al₂O₃ (Tetragonal Zirconia Polycrystalline), renforcé à l'Yttrium et offrant des propriétés mécaniques très renforcées.

La zircone ATZ est destinée à la fabrication de forets et d'instruments en zircone. Le TZP est destiné à la fabrication des implants.

La zircone TZP présente une haute résistance à toutes formes de corrosion et une inertie chimique totale. Ce matériau ne présente pas de « flash » au scanner. Il offre une absence de toxicité et de bimétallisme ainsi qu'une excellente tolérance tissulaire.

Plusieurs études récentes comparent les capacités du titane et de la zircone à s'ostéointégrer. La méta analyse de *Roehling et al.* (COIR 2019) indique un BIC de 59,1 % pour le titane contre 55,9 % pour la zircone, un torque de dévissage de 102,6 pour le titane contre

71,5 pour la zircone et une profondeur de l'espace biologique de 3,5 mm pour le titane contre 3,5 mm pour la zircone. Les auteurs concluent à la faculté plus rapide à s'ostéointégrer pour le titane que pour la zircone.

Une moindre présence bactérienne est mesurée sur la zircone par rapport au titane.

En 2005 sont apparus les premiers implants zircone monobloc avec pilier intégré. En 2012 sont apparus les premiers piliers zircone à sceller dans des implants zircone. Le premier implant Zircone Tissue Level à hexagone externe date de 2016 (Zeramex P6). En 2018 est apparu le premier implant zircone conique à connexion interne (Zeramex XT).

L'étude de *Jank et al.* (Implant Dent 2016) portant sur 15 000 implants en 2 parties (Zeramex T) indique un taux de succès de 96,3 % après 3 ans.

Pascal Eppe (Belgique) a présenté l'intérêt de la prothèse en PEEK sur les implants zircone. Ce matériau présente une haute biocompatibilité et peut être employé pour la fabrication des vis de cicatrisation, des piliers prothétiques provisoires, voire des butées d'enfoncement pour foret ou des vis.

Un second polymère thermoplastique haute performance, moins connu, le PEKK est également disponible. Les propriétés physiques du PEKK sont meilleures que celles du PEEK.

Un attachement de type Locator, le Novaloc, en Peek, peut être employé en connexion aux piliers zircone Locator. Un autre polymère, le BioHPP (Bredent) a également été présenté comme alternative aux alliages métalliques pour la réalisation de prothèses amovibles à friction télescopique sur des implants zircone monobloc.



Des stellites en Peek peuvent être réalisés chez des patients allergiques aux alliages non précieux avec une excellente tenue, une très bonne tolérance allié à un faible poids. Ces matériaux sont particulièrement intéressants en cas d'intolérance au métal ou de bruxisme. Le module d'élasticité du Peek est beaucoup plus proche de celui de l'os que celui de l'or ou du titane.

À l'inverse, sa faible énergie de surface rend son emploi compliqué en prothèse fixée. Il est très compliqué d'associer le Peek en armature pour des restaurations en composite, par exemple. Dans ces indications, le Bio-HPP est beaucoup plus fiable.



Giancarlo Bianca a exposé l'intérêt de la céramique zircone dans la prévention des péri-implantites.

Safioti et al. (J Periodontol 2017) ont mesuré des niveaux de titane dissous dans les tissus mous péri-implantaires plus élevés en cas de péri-implantite. *Lee et al.* (J adv Prostodont 2015) ont identifié des phénomènes de corrosion entre des alliages nickel-chrome et du titane, in vitro. La libération d'ions métalliques peut ainsi avoir des effets cytotoxiques autour des implants. L'étude de *Sicilia et al.* (Clin Oral Impl Res 2008) portant sur 1500 patients implantés a mis en évidence une prévalence de l'allergie au titane de 0,6 %. Ce point continue de faire débat mais pose la question de l'attitude à adopter face à une hypersensibilité aux métaux. L'étude pilote de *Fretwurst et al.* (Clin Oral impl Res 2016) montre que 75 % des biopsies de tissus mous ou durs touchés par une péri-implantite contiennent des particules de fer et de titane sans que l'on sache quel type de réaction immunitaire

est en cause dans cette pathologie. La pose d'implants zircone chez ce type de patient peut être la bonne solution.

Fabrice Baudot a décrit l'excellent comportement de la zircone au contact des tissus mous péri-implantaires, son intérêt biologique et également esthétique. **Simon Tordjman** a partagé son expérience de l'implant zircone monobloc. Enfin, **Jochen Mellinghoff** (Allemagne) qui pose des implants zircone depuis 2004 a précisé les indications des différents systèmes disponibles.

Concernant les implants monoblocs standards, ils sont adaptés à de l'os de type 1 ou 2. Les monoblocs cylindro-coniques sont, comme pour les implants titane, conseillés pour l'os de type 3 ou 4 et les situations d'extraction implantation immédiate. Les monoblocs Locator ou bouton-pression concernent les indications prothétiques globales amovibles. Enfin, les implants en deux parties sont à privilégier en cas d'ancrage primaire faible car l'absence de pilier supra-gingival évite les sollicitations accidentelles par la langue.

Les implants « one piece » ont plus de 15 ans de recul clinique et de fiabilité.

Rendez-vous est pris pour la seconde édition de ce congrès le 25 avril 2020 à Bruxelles.

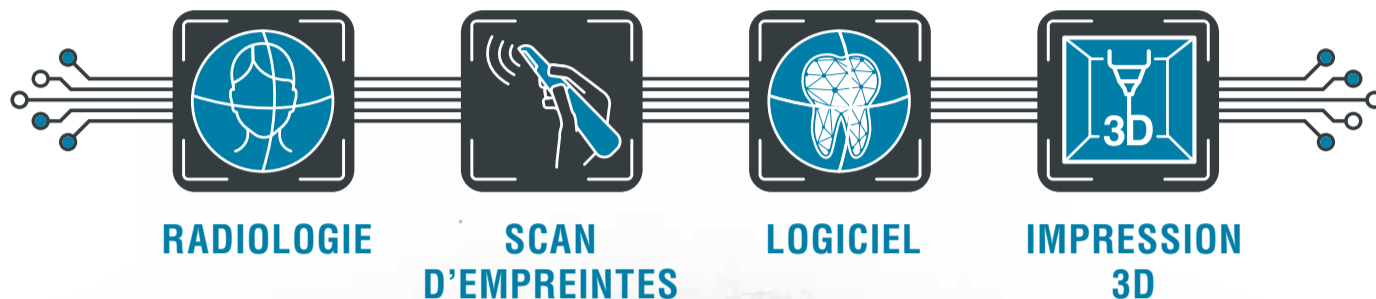


Les conférenciers et le président



Où en êtes-vous avec le digital ?

Chez Msdental nous vous proposons des produits et des solutions qui s'adaptent à vos besoins.



Intéressé par un seul maillon ou par toute la chaîne digitale ?
Pour en savoir plus, contactez-nous :



MSDENTAL
La référence des espaces dentaires.

Tél : 01 30 67 61 60 • contact@groupemsd.com • www.msdental.fr



Une formation laser réussie à Jérusalem

David Vincent Dilouya



Des participants de la formation avec D. Dilouya et A. Stabholz

Le 22 août dernier, une formation en dentisterie laser pour dentistes francophones a été organisée à l'université hébraïque de Jérusalem conjointement par la Société Française de Dentisterie Laser, et son président **David Dilouya**, par l'Université Hébraïque de Jérusalem et son ancien Doyen, **Adam Stabholz** avec son épouse **Ayala** et **Sharonit Sahar Helft**, membres actifs d'AO, ainsi que la Société Israélienne de Dentisterie Laser. Ils ont merveilleusement été reçus par l'équipe universitaire de la faculté de chirurgie dentaire menée par Adam Stabholz qui a commencé par une visite guidée de l'Hôpital Hadassah, du musée médico-dentaire de l'hôpital avec la découverte des modèles en plâtre d'Albert Einstein.

Les participants ont pu découvrir la haute technologie du centre de soins médico-dentaire où chaque étudiant dispose d'un fauteuil moderne avec la radiologie numérique et tout l'équipement nécessaire. La visite s'est poursuivie à l'étage des spécialités et des 3^{es} cycles internationaux organisés par l'hôpital Hadassah. Adam a rappelé tout l'historique passionnant du financement de Hadassah et du centre médico-dentaire grâce à la générosité des donateurs de la fraternité Alpha Oméga International. C'est d'ailleurs pour cela qu'à chaque étage on trouve des plaques au nom des différents chapitres, et que l'université hébraïque arbore fièrement le logo d'Alpha Oméga.

Adam Stabholz nous a aussi fait visiter le jardin avec la fameuse sculpture Un arbre de vie, emblème des différentes actions humanitaires pour la santé et pour la paix au Proche Orient que mènent les différentes équipes d'Hadassah. Les participants ont d'ailleurs observé que les patients sont tous soignés de manière égale quelles que soient leurs origines et leurs religions, et de constater à quel point le système de santé israélien est performant et égalitaire.

Puis les conférences ont eu lieu. Les intervenants, Aylala Stabholz, David Dilouya, Adam Stabholz, et Sharonit Sahar Helft ont présenté chacun des conférences d'une heure, puis les échanges avec les différents participants ont été très fructueux. Le séminaire s'est terminé en fin de journée avec la visite, par un guide francophone passionnant, des vitraux de Marc Chagall, réalisés et offerts par le peintre à la synagogue située au centre de Hadassah. Nous renouvelerons probablement l'expérience l'année prochaine et évidemment nous vous tiendrons informés.

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

Hygowater® – Maintient l'eau pure et respecte les directives



1

PRÉFILTRE

Retient les matières en suspension et les particules



2

CHARBON ACTIF

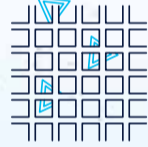
Adsorbe le chlore, les colorants et les substances odorantes



3

ÉCHANGEUR D'IONS

Adoucit l'eau – protège les tuyaux et les appareils de l'entartrage



4

FILTRE FIN

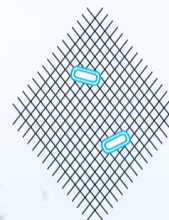
Élimine les micro-particules jusqu'à 1 µm



5

ÉLECTROLYSE

Désinfection efficace de l'eau par électrolyse



6

ULTRAFILTRE

Élimine les particules ultrafines, les particules en suspension colloïdale et les contaminations microbiologiques



Des micro-organismes mis à dure épreuve : Hygowater® de Dürr Dental élimine, en six étapes seulement, les micro-organismes de l'eau de traitement des unités dentaires et protège durablement du biofilm dans les tuyaux. L'eau est filtrée et désinfectée par électrolyse. La qualité de l'eau potable est garantie durablement sans faire appel à des produits chimiques.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.duerrdental.com ou nous contacter au 01.55.69.11.61

Dispositif Médical de classe I
Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Produits non remboursés par les organismes de santé.



Rencontre avec...

Rencontre avec... Edmond Binhas

À l'occasion de ses 20 ans et pour accompagner les mutations des professions dentaires, le Groupe Edmond Binhas s'est transformé et est devenu, depuis la rentrée, **Binhas Global Dental School**, la première école physique et digitale, alliant clinique et non-clinique, au service de l'excellence dentaire.

AONews. Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

Edmond Binhas. Chirurgien-dentiste, diplômé de la faculté Aix-Marseille, j'ai exercé dans mon cabinet libéral pendant plus de 20 ans. J'ai publié de nombreux ouvrages dont les 2 tomes de la « Gestion Globale de Cabinet » parus aux éditions CDP. En 1999 parallèlement à mon cabinet, je crée le Groupe Edmond Binhas, un organisme de formation et de coaching pour les chirurgiens-dentistes et leurs équipes. J'ai ainsi mené de front mes 2 activités pendant près de 10 ans. Aujourd'hui, je suis entouré d'une vingtaine de collaborateurs. Le monde dentaire est en pleine mutation. Aussi, à nous d'avancer avec lui... C'est pour cette raison qu'à partir du mois de septembre, nous devenons **Binhas Global Dental School (BGDS)**.

AON. Pourquoi ce nouveau positionnement ?

E.B. Parce que le bien-être des patients est au centre de nos préoccupations, nous sommes convaincus que les métiers dentaires doivent en permanence s'améliorer. Fort de notre expertise reconnue dans la formation non-clinique, nous avons choisi d'aller plus loin en proposant des formations qui combinent à la fois les aspects cliniques et non-cliniques. Notre objectif est de

former les équipes dentaires d'aujourd'hui et de demain de manière pratico-pratique. Fidèles à notre ADN avant-gardiste, nous ne pouvions pas moderniser le domaine de la formation sans repenser le format pédagogique. D'où la naissance d'un nouveau concept, le Concept CNP® (*Combinaison Numérique et Présentiel*).

AON. Qu'est-ce que cela va changer pour les praticiens et leurs équipes ?

E.B. La nouvelle pédagogie et les méthodes exclusives qui reposent sur le Concept CNP® ont pour vocation de permettre une application optimale des éléments enseignés dans la pratique quotidienne. Des formations en e-learning seront accessibles sur notre nouveau site (www.bgds.fr) et depuis une application mobile disponible pour tablette et smartphone (dès janvier 2020)...

AON. Quelles seront vos nouvelles formations ?

E.B. Nos formations seront toujours constituées de **cycles complets** (9 à 12 mois avec accompagnement) mais également désormais de **modules indépendants à la carte**. Tous seront conçus selon les besoins et les attentes des praticiens et leurs équipes autour de 3 grands axes : **non-clinique - clinique - mieux-être des équipes**.

AON. En conclusion...

E.B. Nous sommes ravis des projets qui nous attendent et vous donnons rendez-vous sur www.bgds.fr pour découvrir nos nouvelles formations.



N O U V E L
A - d e c 5 0 0
l'évolution d'une légende

a|dec
reliablecreativesolutions®

Venez découvrir la gamme A-dec chez votre concessionnaire, sur le site www.a-dec.com ou par téléphone au 0148133738



Shabbat AO de l'ADF Vendredi 29 novembre

Tarifs :

65 €/adulte
40 €/étudiant
30 €/enfant - 12 ans

Inscription obligatoire :

Audrey
06 80 11 71 05
ou
Catherine
06 74 98 39 55



En partenariat avec la MACSF
Rubrique sous la responsabilité de Michèle Albou

Des règles de l'art aux données acquises de la science, quand le Droit et la Médecine s'affrontent

Le médecin doit prodiguer à ses patients des soins « conformes aux règles de l'art », à défaut il verra sa responsabilité engagée, si le manquement constaté est à l'origine d'un préjudice direct et certain pour le patient. Mais qu'entend-on par règles de l'art ? Quels sont les référentiels vers lesquels se tournent les professionnels de santé ? Quelle est la valeur des données composant ce référentiel ? Les médecins sont-ils réellement « libres de leurs prescriptions » ?

Les règles de l'art : un concept juridique

Selon le Centre National de Ressources textuelles et lexicales (CNRTL) la médecine est définie comme « une science qui a pour objet l'étude, le traitement, la prévention des maladies ; art de maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleures conditions de santé ». La médecine participe donc de l'art et de la science. L'art étant appréhendé comme un savoir-faire appris auprès des maîtres. En droit, ces règles « de arte » reçoivent la qualification de « données acquises de la science » ou de « connaissances médicales avérées ».

La référence aux données acquises de la science apparaît en 1936 avec l'arrêt fondateur du concept dit Mercier qui énonce « Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques [...], mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

L'expression fut ensuite reprise par les juridictions, ainsi que par les codes de déontologie médicale et dentaire aux articles R 4127-32 et R 4127-233 du code de la santé publique (CSP).

Les données acquises de la science renvoient à des normes validées par l'expérimentation et la communauté scientifique contrairement au concept des données actuelles. Elles constituent dès lors un standard de référence par rapport auquel est comparé l'agissement dommageable du médecin poursuivi. C'est sur cette base que les juges apprécient l'existence d'un éventuel manquement du praticien susceptible d'engager sa responsabilité s'il en est résulté un préjudice pour le patient. Mais quels sont les éléments servant de référentiel au juge ?

Feue la liberté de prescription ?

L'évolution de l'art médical s'est faite dans un cadre enrichi au fil du temps par la multiplication de règles, au détriment parfois du principe de la liberté thérapeutique reconnue aux médecins inscrite à l'article R 4127-8 CSP. Sont en effet élaborés et mis à leur disposition des mécanismes de standardisation, tels que :

- les recommandations de bonnes pratiques de la HAS ou des sociétés savantes, se livrant à une analyse critique de la littérature médicale nationale et internationale.
- les références médicales opposables (RMO), déterminant les pratiques inutiles voire dangereuses, etc.

Depuis une quinzaine d'années le nombre de recommandations émises par les autorités sanitaires ne cesse de croître, cette « soft law » a pris une telle ampleur qu'il est main-

tenant impossible pour les professionnels de santé de l'ignorer. S'ils le faisaient ils ne manqueraient pas de voir leur responsabilité recherchée. Ces normes, se manifestent à travers l'adoption de nouvelles dispositions

qui visent à limiter ou encadrer la liberté de prescription.

Parmi celles-ci on rappellera notamment que depuis la loi santé de 2016 la HAS se trouve

chargée de la rédaction de nouveaux référentiels de prescription comme les guides des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ou encore les listes de médicaments à utiliser préférentiellement. Cette

Invisalign Go Conçu pour l'omnipratique

Dr Nathalie Cegarra

Chirurgien-Dentiste **London, UK**

Diplômée de la faculté de Paris VII

Conçu pour vous

Avec notre soutien tout au long de votre parcours, il vous est facile d'intégrer le traitement Invisalign dans votre cabinet dentaire. Grâce à un accès continu à une formation parfaitement adaptée ainsi qu'à un service dédié d'assistance clients et d'accompagnement clinique, vous pouvez avoir confiance dans l'obtention des résultats que vos patients attendent.

Avec Invisalign, **vous allez plus loin.**

Pour savoir comment intégrer le traitement Invisalign dès aujourd'hui, visitez notre site www.invisalign-go.fr ou appelez-nous au 0805080150

2019 Align Technology (BV). Invisalign, ClinCheck et iTero Element, entre autres, sont des marques commerciales et/ou des marques de service déposées d'Align Technology, Inc. ou de l'une de ses filiales ou sociétés affiliées, susceptibles d'être enregistrées aux États-Unis et/ou dans d'autres pays.

Formations à venir :

- 7 novembre à Lyon
- 14 novembre à Marseille
- 21 novembre à Paris
- 5 décembre à Nice
- 12 décembre à Bordeaux
- 19 décembre à Paris
- 9 janvier à Toulouse

mission est d'ailleurs entrée en application avec la parution du Décret n° 2016-1900 du 27 décembre 2016. Ce sont ces standards, qui servent de référentiel aux juridictions pour apprécier le respect ou non par le praticien des « données acquises de la science » et partant de là aux « règles de l'art » constitutif ou non d'une faute susceptible d'engager sa responsabilité civile médicale.

Connaître les bonnes pratiques mais les appliquer avec discernement

Le juge reconnaît-il nécessairement une faute si le praticien s'en est écarté ? Tout dépend de la nature de la règle transgressée.

Les normes de droit dur, c'est-à-dire celles énoncées dans le code de déontologie médi-

cale ou le code de la santé publique, ainsi que celles qui constituent notre arsenal législatif et réglementaire s'imposent et quiconque y contrevient peut être sanctionné et voir sa responsabilité engagée.

La soft law ou les normes de droit souple constituée notamment des recommandations de bonnes pratiques (HAS ou sociétés savantes) constituent en revanche un instrument d'aide dans la mise en œuvre des stratégies de soins sans caractère impératif.

En réalité, le juge tient compte de ces différentes sources mais ne leur confère pas de valeur normative. Le non-respect de ces sources n'entraîne en effet pas systématiquement la reconnaissance par le juge de la

faute du médecin. La jurisprudence l'a récemment rappelé dans un arrêt rendu par la Cour d'appel de Versailles le 26 janvier 2017, respectueux en cela de la liberté thérapeutique des professionnels de santé. Dans cette affaire, une patiente ayant subi de lourdes complications après une gastrectomie rapprochée au chirurgien de n'avoir pas suivi les recommandations de la HAS publiées en janvier 2009 en matière de chirurgie bariatrique imposant des critères, assez restrictifs, de recours - subsidiaire - à cette chirurgie qui n'étaient pas nécessairement respectés au cas présent.

La Cour écarte ce grief considérant qu'« il ne peut être reproché au praticien de n'avoir pas strictement appliqué ces préconisations, d'une

part parce qu'elles ont été publiées concomitamment (de) l'intervention, et qu'il pouvait donc ne pas les connaître, et d'autre part et surtout parce qu'elles ne constituent que des règles non contraignantes de bonnes pratiques, et ne font pas obstacle à l'adoption par le médecin de solutions différentes, dans le cadre de son appréciation propre du traitement le plus adapté au cas précis de son patient ».

C'est en conjuguant recommandations, expérience et savoir-faire que le praticien choisit la thérapeutique adaptée. Ce choix se fonde notamment sur la balance bénéfique/risque d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins proposé par le médecin, établie en concertation avec le patient qui a toujours la liberté de les refuser. Pour autant, une condamnation en cas de non-respect des recommandations reste possible si le professionnel de santé n'est pas en mesure de justifier les motifs de son abstention et *a fortiori* s'il ne les connaissait pas.

Le Pr Agnès Buzyn, présidente du collège de la Haute autorité de santé et ministre des Solidarités et de la Santé depuis le 17 mai 2017, a d'ailleurs réaffirmé le rôle primordial de ces outils dans l'exercice quotidien des médecins tout en précisant : « Les recommandations de bonne pratique de la HAS n'ont pas à être opposables car la médecine est un art évolutif[...] » a-t-elle rappelé. « Les médecins doivent connaître les bonnes pratiques, a-t-elle précisé, et être capables de dire pourquoi, le cas échéant, ils s'en sont éloignés. C'est lorsque les praticiens ne justifient pas les raisons qui les ont fait s'écarter de ces recommandations qu'ils courent un risque judiciaire. » « Si elles demeurent une aide précieuse pour le médecin, les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé (HAS) ne constituent pas une obligation à suivre systématiquement au pied de la lettre ».

Par ailleurs pour apprécier si le praticien a commis une faute, l'expert et le juge doivent se replacer dans l'état des connaissances scientifiques à l'époque des faits pour déterminer si le médecin a agi comme il était tenu de le faire.

En effet, la Cour de cassation rappelle régulièrement qu'il faut se replacer au jour des faits et se référer aux connaissances scientifiques de l'époque. Il en est ainsi dans un arrêt rendu par la Cour de cassation le 13 juillet 2016 (n° 15-20268) où le médecin accoucheur reprochait à l'expert judiciaire de s'être référé à des publications postérieures à l'année de l'acte médical pour considérer qu'une césarienne aurait dû être pratiquée à la place d'un accouchement par voie basse. La Cour de cassation a admis le pourvoi formé par l'obstétricien.

Conclusion

Pour le Dr Luc Duquesnel, président des « Généralistes CSMF » un subtil dosage entre le respect d'une recommandation et la possibilité de s'en écarter « est ce qui fait la grandeur et la difficulté de l'art médical ». [Quotidien du médecin 13 mars 2017 : Obligation déontologique mais pas juridique, les recommandations de la HAS n'ont pas à être opposables (Henri de Saint Roman)]. L'exercice de la médecine de nos jours se situe donc au point de jonction entre un cadre nécessaire, indispensable à la garantie de la qualité des soins et l'évolution de la science fruit de l'innovation.



 invisalign | made to move



En partenariat avec la MACSF
Rubrique sous la responsabilité de Michèle Albou

La règle du jeu

Refus de transmission d'un dossier médical par un chirurgien-dentiste : la CNIL prononce une sanction exemplaire

Par une délibération n°SAN-2017-008 du 18 mai 2017, qu'elle a rendue publique pour lui conférer la plus large portée possible, la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) a prononcé une sanction de 10 000 € à l'encontre d'un chirurgien-dentiste qui avait négligé de répondre à la demande d'un patient de transmission de son dossier médical. Par cette sanction exemplaire, la CNIL entend rappeler leurs obligations aux professionnels de santé en la matière.

Un chirurgien-dentiste récalcitrant...

En 2015, la CNIL est saisie d'une plainte d'un ancien patient d'un cabinet dentaire en raison de l'absence de réponse à sa demande d'accès aux données à caractère personnel contenues dans son dossier médical. La CNIL intervient auprès du chirurgien-dentiste et lui demande de la tenir informée de la réponse apportée au plaignant.

En l'absence de toute réponse, la CNIL renouvelle sa demande à deux reprises, sans succès. Elle met alors le chirurgien-dentiste en demeure, par une décision du 24 octobre 2016, de définir et mettre en œuvre une procédure effective de droit d'accès aux données à caractère personnel contenues dans le dossier médical. Elle lui demande de communiquer au plaignant une copie de ses données. Cette décision étant restée sans

réponse, la CNIL effectue une ultime relance par voie de recommandé, qui lui est retourné non réclamé... Elle procède alors à l'instruction de la plainte en nommant un rapporteur.

Le chirurgien-dentiste coupable de deux manquements

La CNIL retient deux manquements à l'encontre du chirurgien-dentiste :

- un non-respect du droit d'accès aux données à caractère personnel : la CNIL rappelle que lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à la personne concernée, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Malgré la mise en demeure qui lui a été adressée, le chirurgien-dentiste n'a fait parvenir le dossier médical que postérieurement au rapport de sanction établi par le rapporteur de la CNIL, chargé de l'instruction du dossier. Il explique ce long délai par le fait qu'il voulait s'assurer, préalablement à toute transmission, de l'absence de violation du secret médical. Or, la CNIL rappelle les dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, auxquelles le secret médical ne saurait s'opposer dès lors que les conditions de transmission sont réunies ;
- un manquement à l'obligation de répondre aux demandes de la CNIL : l'article 21 de la loi du 6 janvier 1978 impose aux détenteurs ou utilisateurs de traitements ou de fichiers de données à caractère personnel de faciliter l'action de la commission. Or, le chirurgien-dentiste n'a apporté aucune réponse à trois courriers successifs et à la mise en demeure de la Présidente de la CNIL.

Une sanction exemplaire, à méditer...

La sanction prononcée par la CNIL dans sa délibération du 18 mai se veut exemplaire à deux égards :

- le montant de la sanction prononcée (10 000 €, sachant que le rapporteur de la CNIL préconisait 15 000 €) : il s'explique par la résistance du chirurgien-dentiste qui a privé le patient de la possibilité de transmettre les données relatives à son état de santé dentaire à un nouveau praticien ;
- la publication de la décision, le 13 juin 2017 : cette publication, habituellement exceptionnelle, se trouve ici justifiée par la persistance dans le temps des manquements formulés à l'encontre du chirurgien-dentiste et par les nombreuses diligences effectuées à son égard par les services de la CNIL. L'objectif de cette publication est de sensibiliser les personnes et les responsables de traitement aux droits et obligations issus de la loi Informatique et Libertés.

Jusqu'à présent, les sanctions infligées aux professionnels de santé qui négligeaient ou tardaient à transmettre les pièces médicales réclamées par leurs patients étaient plutôt modérées. Cette fois, l'amende est beaucoup plus significative ; si elle s'explique par les circonstances propres à cette affaire – résistance injustifiée du praticien, absence totale de réponse malgré pas moins de cinq courriers de la CNIL – elle doit toutefois appeler à une certaine vigilance. La publication de la décision démontre clairement la volonté de la CNIL de rendre toute son effectivité aux dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Il est donc fortement conseillé de ne pas tarder à transmettre les pièces médicales réclamées par les patients, et surtout de ne jamais négliger ce type de demande, ni les courriers de la CNIL !

3s PowerCure

Système complet pour des restaurations postérieures esthétiques

L'art d'être efficace

Rationalisez la technique chronophage de stratification en réduisant le temps de traitement de plus de moitié* avec le système 3s PowerCure.

Isolation

Adhésion

Restauration

Polymérisation

Dispositifs médicaux de Classe IIA / CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ces dispositifs médicaux ou sur leur étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie. AD0319 - RCS Annecy B 326 420 544

www.ivoclarvivadent.com
Ivoclar Vivadent SAS
B.P. 118 | 74410 Saint-Jorioz | France | Tel. +33 4 50 88 64 00 | Fax +33 4 50 68 91 52

passion vision innovation

* Tetric® PowerFill et Tetric® PowerFlow comparés à Tetric EvoCeram™ et Tetric EvoFlow™, données disponibles sur demande.

MELAG[®]
France
Expert en Hygiène

IL SUFFIRA D'UN GESTE...



Équipement fabriqués suivant normes et directives :

2006/42/CE (Directive Européenne)

EN 285 (Grands Stérilisateurs)

EN 13 060 (Petits Stérilisateurs)

EN 11607 - 2 (Thermosoudeuses)

DIN EN ISO 15883 (Appareils de Nettoyage & Désinfection)

93/42/CEE Classe IIa (Directive Européenne Produits Médicaux)

CONTACT : 01 30 76 03 00 | info@melagfrance.fr








www.melagfrance.fr

**NOUVEAU F.O.V
12x10 cm**

Visitez notre site
www.imax3d.fr

I-MAX^{3D}

L'IMAGERIE 3D ACCESSIBLE À TOUS

-  Compacte et légère : 66kg
-  3D Cone Beam
-  Multi FOV : de 12x10 à 5x5 cm
-  HD : 87µm
-  CAD/CAM ready
-  Guides chirurgicaux
-  Budget maîtrisé



Découvrez notre gamme complète de produits : www.owandy.com





Le Schmock

Franz-Olivier Giesbert - Éd. Gallimard

À coup sûr le plus grand de tous les Schmock de l'histoire...

Avec les Schmocks on peut s'attendre à tout même au pire! Cette expression Yiddish a tinté à mes oreilles tout au long de ma jeunesse, mais malheureusement avec la disparition des parents et grands-parents elle s'est éteinte doucement. Surtout ce n'est plus mon juron spontané depuis fort longtemps et c'est d'autant plus dommage que les Schmocks en tout genre ont proliféré, depuis des années, avec une croissance exponentielle!

C'est dire le coup de cœur quand j'ai découvert ce titre et son auteur dans ma librairie préférée. Une petite définition s'impose, le Schmock est une expression Yiddish particulièrement imagée qui signifie à la fois un abruti, un crétin, un salaud, et le pénis. Être à la fois une bite et un con: quel raccourci... si je puis dire!!! On voit avec cet exemple comment la langue Yiddish porte en elle-même des images et un humour souvent intraduisible. Elle se meurt, hélas, depuis quelques décennies bien qu'elle soit encore parlée et enseignée dans de nombreux pays. C'est à cet égard un véritable « Esperanto » (la langue internationale qui n'a jamais été réellement adoptée). Certains flics de Brooklyn le pratiquaient couramment, tout comme Louis Armstrong, Colin Powell (le secrétaire d'état de Georges W. Bush) et bien d'autres non juifs.

Franz-Olivier Giesbert nous conte l'amitié très proche de deux familles munichoises à travers les deux guerres mondiales: les Weinberger, famille juive bourgeoise non pratiquante, et les Gottsahl, typiquement allemands, patriotes et traditionnalistes dont le patriarche est un industriel prospère. Ce lien amical profond sera mis à mal par la montée du nazisme et la présence régulière du Schmock Adolph (c'est ainsi que le surnommait le père de Franz-Olivier, d'où le titre) à la table des Gottsahl, alors qu'il n'est qu'un petit caporal, vétéran de la première guerre et un peintre sans envergure, refoulé de l'académie des beaux-arts. L'histoire du monde eut-elle été changée si le Schmock Adolph avait été admis à cette dite académie? Eric-Emmanuel Schmitt tente de répondre à cette question dans la superbe « La part de l'autre ». La présence des Weinberger à ces dîners ne dissuade pas le Schmock de se lancer dans ses diatribes anti-sémites et autres érucations favorites. « Un brailard inculte, au teint gris terreux, les intestins putréfiés, l'estomac rongé, provoquant des ballonnements, des rots et des pets inopinés, une véritable bonbonne de gaz ». L'amitié entre les Gottsahl et les Weinberger résistera malgré tout. Le patriarche Gottsahl, tout en préservant ses arrières et ses intérêts économiques, reste persuadé jusqu'à l'avènement du Schmock au pouvoir que celui-ci n'a aucun avenir politique, ce dont il arrive à convaincre les Weinberger!

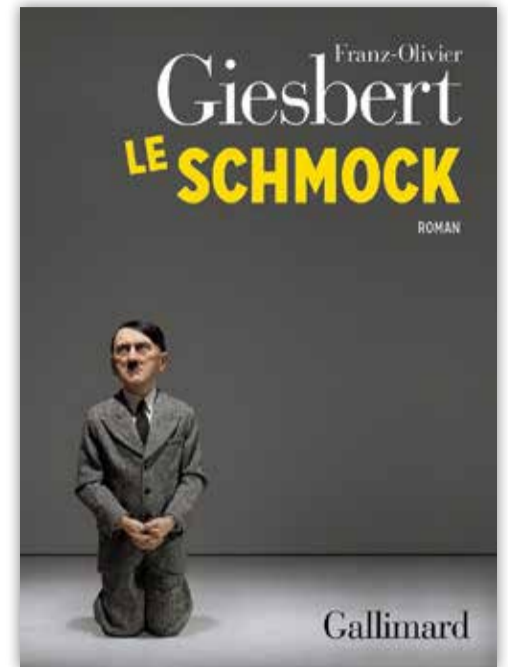
FOG ne nous propose pas un ouvrage historique, il tente de répondre à une question essentielle qu'il exprime ainsi: « Malgré toutes mes lectures sur la période hitlérienne, je n'ai jamais réussi à comprendre pourquoi tant d'Allemands "bien", respectables, avaient pris à la légère la montée du nazisme tandis que les Juifs tardaient étrangement à fuir. Par quelle aberration, à cause de quelles complaisances, quelles lâchetés, le nazisme fut-il possible? Qu'était-il arrivé à ce grand pays de musiciens, de philosophes et de poètes? ». La question est essentielle car la barbarie humaine s'est plusieurs fois déchaînée depuis la guerre: Rwanda, Cambodge, Yougoslavie, etc. A une différence fondamentale près: aucun de ces génocides, si horrible soit-il, n'a atteint le caractère « industriel » des camps de la mort nazis. L'islamo-fascisme ne marche-t-il pas dans les sillons du nazisme?

Les leçons de l'histoire, plus personne n'y croit. D'ailleurs avec la montée universelle de l'intolérance et du racisme, personne ne semble s'indigner, par exemple, de voir enseigner, dans certains coins du globe dans des manuels scolaires destinés à de tout jeunes enfants, la haine de son voisin et l'incitation à le tuer, photos d'armes à l'appui. FOG nous propose quelques clés pour comprendre comment « La résistible ascension d'Arturo Ui » (le sosie Brechtien du Schmock) fut possible. Il minimisait en privé devant les grands industriels et décideurs économiques son antisémitisme obsessionnel. Ses talents d'orateur et son hystérie pendant ses discours ont fasciné

les foules mais surtout: « son principal mérite aura sans aucun doute été la chance. La politique est une affaire de travail, de talent, de compétence, mais surtout de chance ». La chance en politique de gagner une élection (sans faire aucun parallèle avec le Schmock, bien entendu), ça ne vous rappelle pas un ou deux exemples récents?

L'ami Franz a totalement oublié d'être Schmock, sa plume est alerte et brillante, son humour (juif inévitablement!) fait mouche. « Il n'y a rien de tel au monde que l'amour d'une femme mariée. C'est une chose dont aucun mari ne se rendra jamais compte ». FOG s'immisce dans sa propre fiction romanesque avec des anecdotes historiques ou pour rétablir certaines vérités. Le journaliste d'investigation est en ombre chinoise et le travail de documentation est impressionnant. J'ai lu çà et là que l'on reprochait à l'auteur sa légèreté face à un tel sujet. A-t-on

reproché cela à Charly Chaplin pour « Le dictateur » ou Roberto Benigni pour « La vie est belle » de 1997? Combien ces deux films magnifiques ont-ils fait de milliers (de millions?) de spectateurs qui ne seraient jamais entrés au cinéma pour voir « Nuits et brouillard » d'Alain Resnais ou « Shoah » de Claude Lanzman, deux films pourtant qualifiés de chef-d'œuvre. Je pense que la qualité principale de cet ouvrage est justement de proposer un roman, une histoire d'amour et d'amitiés et non un énième ouvrage historique. Toutes les anecdotes justes et précises, l'arrière-plan historique parfaitement esquissé, sont à même de donner aux lecteurs réticents aux ouvrages d'histoire ou non réellement concernés, les clés d'une information objective et d'une compréhension de ce qui a noirci ce début de xx^e siècle. C'est malheureusement nécessaire face aux négationnistes de tous bords et aux barbus de tous poils (sic) qui pullulent comme des Schmocks!!



MegaGen AnyRidge

Et si on parlait de biologie

Meilleure préservation de l'os | Maintien des tissus mous | Excellente stabilité primaire



Design prothétique S-Line pour une meilleure stabilité des tissus mous

Double **switching platform** pour la préservation des tissus durs et mous

Design unique des **spires** pour un gain de près de 50% de surface de contact

Stabilité primaire élevée

Apex atraumatique

AnyRidge



www.megagen.fr
Megagen F.D. SA
Via Valeygia 8
6926 Montagnola | Suisse



Deux moi

Cédric Klapisch

Rémi et Méliana, d'immeubles voisins, mènent tous deux leur vie parisienne, rythmée par un « métro - boulot - dodo ». Le film dresse deux portraits comparatifs des personnages, établis parallèlement, chacun de leur côté. Tous deux se lassent de leur quotidien et connaissent une phase dépressive. On s'immisce dans leur vie, leur thérapie. On comprend qu'ils ont beaucoup de points en commun, (situation amoureuse, familiale...) On est face à une frustration agréable permanente de les voir se frôler, passer l'un à côté de l'autre sans se connaître. C'est donc indéniable qu'ils sont faits pour être ensemble.

LA personne parfaite, celle qui nous conviendrait par excellence, existe-elle ? Serait-elle tout près de nous sans qu'on la voit ? Ainsi, la

question du destin et de l'âme sœur se dessine dans notre esprit. Alors que leur histoire leur est propre, on s'identifie à eux. Chacun d'entre nous se reconnaît dans une partie de leur vie. Par une mise en abîme on effectue notre propre thérapie, on en tire nos conclusions, conseils à suivre.

On porte un intérêt croissant au film, prenant du temps à commencer, pour qu'on s'en délecte davantage tout au long. Comprendant ainsi que chaque détail, la latence d'une prise, la couleur d'un décor, a son importance, relevant la beauté de la réalisation de Cédric Klapisch. Le jeu d'acteur de François civil est remarquable. Habitué à des rôles où il respire la joie de vivre, parle beaucoup celui-ci témoigne de son incroyablement talent. Par son attitude et la manière

dont il s'exprime, il parvient à nous transmettre des émotions. Compassion, empathie, pitié voire tristesse. Il est doté d'une carapace dont il se détache au fur à mesure. On découvre sa sensibilité et sa tendresse, ce qui le rend attachant. Ana Girardot est ravissante, malgré sa supposée « mauvaise mine ». Elle est d'une puissance discrète relevant d'une douceur et d'une ardeur qui s'entrelacent dans son jeu. Comme son personnage le dit bien sa « fragilité est une force » qui la sublime tout au long. Finalement ce film témoigne parfaitement du *spleen et idéal*. En quoi la frontière est poreuse, qu'on tend entre les deux. Certains jours se rapprochent de l'un, d'autres de l'autre. Chacun d'entre nous a le droit au bonheur, la question étant de se donner les moyens d'y accéder.



SOINS QUOTIDIENS SOINS SPÉCIFIQUES

Inava

TECHNOLOGIE PROFESSIONNELLE

PARMI
LES MARQUES LES PLUS
RECOMMANDÉES PAR LES
CHIRURGIENS-
DENTISTES*

UN PACTE D'EFFICACITÉ AVEC VOS PATIENTS



Pour passer commande, rendez-vous sur le site www.pierrefabreoralcare-services.fr

Pierre Fabre
ORAL CARE

Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT

225 827 - Janvier 2019

* Enquête IMAGO - Décembre 2017.

Notre science au service de la santé bucco-dentaire

Le monde tel qu'il est



Temps passé chaque jour à lire un livre: 2 minutes en France, 5 minutes en Italie, 7 minutes en Allemagne et 13 minutes en Estonie.

Kate Middleton a accouché dans une clinique à 8900 dollars la nuit. Aux USA, la journée de maternité est à 10800 dollars en moyenne.

Les parents français consacrent 4 heures par semaine aux devoirs de leurs enfants. C'est 12 heures en Inde, 9 en Turquie et 7 en Chine.

35 % des Français ont confiance dans les médias pour 64 % des Allemands.

Moyenne des salaires nets mensuels en France: 2225 euros en France, 2479 en Irlande, 2509 en Finlande et 3270 au Danemark.

55 % de la population mondiale vit dans des villes.

Français et Allemands quittent le domicile parental à 24 ans. C'est 29 ans en Espagne, 30 en Italie et 32 en Croatie.

Le géant chinois de l'Internet Tencent a racheté 277 entreprises de technologie depuis 2013, dont 67 % en Chine et 23 % aux Etats Unis.

8 Français sur 10 n'ont pas confiance dans les placements en actions.

La production de parmesan a augmenté de 10 % au cours des 3 dernières années pour atteindre 3,65 millions de meules. Les prix ont augmenté de 14 %.



Le bateau de Guinossar, un challenge technologique et archéologique...

DEUXIÈME PARTIE



Le bateau dans la piscine

Lors du voyage de la Fondation Israël Archéologie, en novembre 2019, j'ai été particulièrement intéressée par les explications techniques relatant la découverte d'un bateau, datant de la période romaine (d'après la forme et le mode d'assemblage), échoué au fond du lac de Tibériade.

Cette trouvaille, datant de 1986, est tellement rare que de nombreuses techniques ont dû être inventées de toutes pièces pour le sortir de l'eau intacte, le restaurer et le conserver. Il est actuellement exposé au musée Yigal Allon où la lumière et les degrés d'hygrométrie sont surveillés en permanence. On ne sait pas combien de temps il pourra rester en exposition sans risque de dégradation.

Tout d'abord, une énorme digue fut construite pour empêcher les eaux du lac de recouvrir l'embarcation, des pompes refoulant les eaux profondes. Des techniques de protection du bois humide ont été utilisées. Le bateau a été renforcé à la fibre de verre puis emballé dans de la mousse de polyuréthane (une sorte de mise en moufle, pour nos amis dentistes ou prothésistes) puis transporté à la plage où il a été placé dans une piscine spécialement construite à cet effet. Des poissons du lac ont été introduits dans cette piscine pour lutter contre les vers et les bactéries susceptibles de se multiplier dans l'eau.

L'archéologue en charge du site avait rêvé qu'elle naviguait sur ce bateau... Une photo la montrant trônant sur la coque de mousse est

exposée au musée. Grâce à son ingéniosité, son rêve est devenu réalité!

La conservation du bateau a duré 14 ans. 65 tonnes de produits chimiques ont été nécessaires pour empêcher la déformation et la désintégration des bois de la coque gonflés d'eau. La fabrication de ce bateau se situe aux alentours de la période du second temple, à l'époque durant laquelle Jésus était en Galilée. La datation a été possible en conjuguant 4 types de données: les poteries et une lampe à huile trouvées à l'intérieur et autour du bateau, les clous utilisés, les techniques de construction de la coque et la datation au radiocarbone.

La visite de ce même musée aurait été bien fade sans les explications techniques...



L'archéologue voguant sur la coque de mousse de polyuréthane



Une grue dépose le bateau dans la piscine



Une poterie ayant contribué à la datation du bateau



Des clous d'assemblage

#whdentalwerk
video.wh.com

Plus d'info sur
wh.com

NOUVEAU!

Akibox intégrée

RENDEZ-VOUS
STAND
W&H
2M30
ADF DU 27 AU 30 NOV 2019

Fabuleux dedans & dehors

Les nouveaux stérilisateurs Lisa dépassent toutes les attentes. Conçus pour les exigences les plus élevées : simplicité d'utilisation incroyable avec EliSense. Traçabilité incroyable jusqu'à l'instrument ou kit d'instruments avec EliTrace. Efficacité incroyable grâce à la technologie brevetée Eco Dry +.

Dispositifs Médicaux Classe 2b / CE 0051 / IMQ. Veuillez lire attentivement les instructions figurant dans la notice d'utilisation. Produits non remboursés par les organismes de santé. Fabricant W&H. Octobre 2019.

lisa

www.citeasen.fr



Suivez notre actualité et les dernières découvertes archéologiques via notre page Facebook ou sur Instagram: Israël Archéologie Culture & Education

Totalement cliché !

LAETICIA MALRIC ITIC



Camp de réfugiés rwandais en Tanzanie, 1994 • Exposition « Déclarations » • Sebastião Salgado

En 2019, dans un flux et un reflux quasi permanent d'images au sein d'un monde hyperconnecté, les mots photographe et photographie ont-ils encore un sens ? D'un point de vue littéral, photographe signifie écrire, peindre avec la lumière. Avec l'avènement de la photographie numérique nous couchons de moins en moins nos images sur du papier photosensible... Néanmoins, être photographe signifie aussi être auteur, construire un récit. Chaque photographe en fonction de sa personnalité, sa sensibilité ou encore de son histoire personnelle nous offre sa vision du monde. La photographie est donc un univers artistique très vaste, elle est faite de multiples voies d'expression différentes, mais compatibles, à explorer. Dans cette nouvelle rubrique, nous allons les découvrir ensemble en partant à la rencontre d'œuvres ou de photographes emblématiques d'hier et d'aujourd'hui.

« Je ne suis pas le photographe de la misère, je suis le photographe de la dignité. »

Sebastião Salgado

Pour inaugurer cette rubrique intéressons-nous à ce monstre sacré qu'est le photographe Franco-Brésilien Sebastião Salgado.

Il est intéressant d'évoquer ce photographe actuellement à plus d'un titre.

Il est tout d'abord au cœur de l'actualité artistique parisienne. **Le Musée de l'Homme présente jusqu'au 11 novembre une trentaine de ses photographies** dans le cadre de l'exposition « Déclarations », qui commémore les 70 ans de la Déclaration universelle des droits de l'Homme, signée au Palais de Chaillot le 10 décembre 1948. Sont ici exposées, afin d'illustrer certains articles de la déclaration tels que le droit d'asile, le droit au travail, le droit à la liberté de penser et bien d'autres, des photographies issues de séries telles que « Exodes », « La main de l'Homme » ou « Autres Amériques ».

Par ailleurs, depuis les années 70, ce photographe humaniste et engagé a, pour ses projets photographiques menés à long terme, étudié des sujets comme les phénomènes migratoires et l'exil (qu'il a lui-même vécu en fuyant la dictature brésilienne en 1969), le travail, l'Homme exploité et broyé par le système économique, l'écologie et l'interaction de l'Homme avec la nature. Toutes ces thématiques entrent en résonance avec notre brûlante actualité. Le travail de Sebastião Salgado doit sa force à la réflexion en amont des projets photographiques, ensuite à l'immersion totale dans le milieu qu'il a choisi de photographier, enfin à la puissance formelle de ses clichés.

En effet, ayant une formation d'économiste, son analyse intelligente et lucide de l'évolution de l'Homme et de la société lui permet de construire un travail photographique narratif de façon très juste les bouleversements qui affectent le monde. L'immersion totale faisant suite à la réflexion lui permettent d'explorer en profondeur son sujet, cela transparaît ensuite dans les photographies.

D'un point de vue plastique, son art de la composition des plans, des lignes directrices, son exploitation de la lumière et bien sûr son travail Noir et Blanc unique viennent renforcer le propos de façon considérable.

Son œuvre photographique sublime et puissante qui nous raconte la Terre et l'Humanité dans ce qu'elles ont de plus grandiose et de plus terrible, a rendu Sebastião Salgado immortel : il est en effet entré à l'Académie des Beaux-Arts en 2016.

Mais il était déjà depuis longtemps dans mon Panthéon personnel des photographes !

SI VOS CONFRÈRES
SONT CONVAINCUS DE
L'ADMIRA FUSION
POURQUOI PAS
VOUS ?



CONGRÈS
ADF
2019

Rendez-vous visite
ADF - Paris - Stand : 1N14
27.-30.11.2019

La première céramique pure pour restaurations.

Des avantages impressionnants :

- 1) Pas de monomères classiques, pas de monomères résiduels !*
- 2) Rétraction de polymérisation inégale !**
- 3) Emploi universel et facilité d'utilisation !

Avec tous ces atouts, que demander de plus ?



*Leyhausen et al., Faculté de Médecine de Hanovre, rapport à VOCO, 2015. ** Source : Mesure interne de VOCO, 2014
Dispositif Médical pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Classe/Organisme certificateur : IIa/CE 0482. Fabricant : VOCO GmbH

VOCO GmbH - Allemagne - www.admira-fusion.dental

VOCO
LES DENTALISTES

Laetitia Malric Itic
Photographe et dentiste
www.laetitiamalricitic-photographie.fr



ODILE CHEMLA GUEDJ

Vous et votre argent

CABINET ODILE CHEMLA-GUEDJ - EXPERT COMPTABLE - COMMISSAIRE AUX COMPTES - 5 RUE ERLANGER - 75016 PARIS - TÉL. 01 84 25 14 25



Local professionnel : plus et moins-values

Formalisme de l'exonération des plus-values immobilières

La cession d'un logement, ne figurant pas à votre actif professionnel, donne lieu à constat de plus-values immobilières. Depuis 2012, une exonération est possible sur option, s'il s'agit de votre première cession, sous conditions de emploi. Mesure dont le formalisme vient d'être confirmé!

Dispositif optionnel et conditions

Rappel des conditions encadrant la mesure

La cession à titre onéreux de biens immobiliers bâtis ou non bâtis ou de droits relatifs à ces biens donne lieu à constat de plus-values (PV) immobilières. L'article 150 U du CGI assorti ce principe d'exceptions, et notamment à la première cession d'un bien ne constituant pas votre résidence principale, sous conditions (CGI art. 150 U, II, 1° bis). La mesure est ainsi encadrée par des conditions tenant à la fois au cédant, au logement cédé et au emploi de tout ou partie du prix de cession dans les 24 mois suivant le transfert pour l'acquisition de votre résidence (BOI-RFPI-PVI-10-40-30 n° 160). De plus, ce doit être votre 1^{re} cession de logement intervenue depuis le 01.02.2012 (les ventes antérieures n'étant pas prises en considération).

Un dispositif optionnel

L'acte de cession doit préciser la nature et le fondement de l'exonération (CGI art. 150, VG, III), et doit compter diverses mentions: l'identité du bénéficiaire de l'exonération, les droits du bénéficiaire sur le prix de cession, la fraction du prix de cession correspondant à ses droits, que le bénéficiaire destine au emploi à l'acquisition ou la construction d'un logement affecté à sa résidence principale ainsi que le montant de la PV exonérée (CGI art. 41 duovicies, 0-H de l'ann. III). Le fisc reprend ces exigences et précise que « l'exonération s'applique sur demande du cédant par une mention portée dans l'acte de cession [...] l'absence de demande expresse du cédant, la plus-value immobilière est imposable dans les conditions de droit commun » (BOI-RFPI-PVI-10-40-30 n° 160).

Formalisme : condition indispensable

Rappel des faits

Les juges ont eu l'occasion de se positionner sur le formalisme encadrant ce dispositif et les incidences liées à l'absence d'option lors de la signature de l'acte de cession (CAA Douai 23.04.2019 n° 17 DAO1449). Un couple a pro-

cedé à la cession en 2012 d'un immeuble à usage d'habitation qui ne constituait pas leur résidence principale. L'opération a donné lieu à application et paiement des PV immobilières. Postérieurement à cette cession, les contribuables ont considéré respecter l'ensemble des conditions posées par l'article 150 U du CGI et ont sollicité par voie de réclamation le bénéfice de la mesure. Bien que satisfaisant à l'ensemble des conditions de mise en œuvre du dispositif d'exonération, exception faite de l'insertion dans l'acte de cession, les juges de première instance ont écarté la demande, considérant que le non-respect du formalisme faisait nécessairement échec à l'application de l'exonération.

Insertion indispensable dans l'acte de cession

Les juges d'appel ont confirmé cette analyse en écartant la demande des parties. « Ces dispositions doivent ainsi être regardées comme faisant obstacle à ce qu'un particulier, qui n'a pas fait valoir son droit à exonération de la plus-value de cession lors de la vente et n'a donc pas fait mentionner dans l'acte de cession par le notaire ces informations, demande, dans le délai de réclamation, la restitution de l'impôt dont il s'est acquitté sur la plus-value de cession,

quand bien même il justifierait satisfaire aux autres conditions requises pour y prétendre. » L'absence de mention dans l'acte de cession fait perdre toute possibilité d'application de cette exonération.

À noter

La base BOFiP (BOI-RFPI-PVI-10-40-30 n° 420) envisage des mesures de régularisation mais uniquement en cas de emploi effectif inférieur à celui pour lequel a été demandé le bénéfice de l'exonération lors de la cession (dépôt d'une déclaration de plus-value immobilière rectificative) ou emploi d'une fraction du prix de cession supérieure à celle actée (par voie de réclamation contentieuse).

Si vous souhaitez bénéficier de cette mesure d'exonération, vous devez en faire état lors de la cession auprès de votre notaire. À défaut de mention dans l'acte, impossible de l'envisager par voie de réclamation. Les conditions d'application étant complexes, il vous revient d'analyser la pertinence d'une telle option auprès du rédacteur de l'acte!

Frais et charges professionnels, frais de personnels

Votre cabinet chez vous : quelles dépenses déduire ?

Votre cabinet médical est installé chez vous. Quelles dépenses pouvez-vous déduire ? Comment déterminer la part professionnelle ? Quelles dépenses ne sont jamais déductibles ? Et si vous employez une femme de ménage à titre personnel ? Nos conseils...

Des dépenses mixtes

Principe

La doctrine administrative indique que lorsque les dépenses ont un caractère mixte (c'est-à-dire, un usage privé et un usage professionnel), il y a lieu de procéder à une ventilation pour déterminer la part des dites dépenses se rapportant exclusivement à l'exercice de la profession (BOI-BNC-BASE-40-10 n° 520). Ainsi, si vous utilisez le concours d'un(e) employé(e) de maison, en l'occurrence votre femme/homme de ménage, à la fois pour votre service personnel et à des fins professionnelles, vous pouvez comprendre parmi vos dépenses déductibles la quote-part de la rémunération versée à votre employé(e) de maison correspondant à l'utilisation professionnelle qui en est faite.

Si votre cabinet est à votre domicile

Outre les exigences nécessitées par l'installation de votre cabinet médical à votre domicile (autorisations administratives, du bailleur, de la copropriété), vous pouvez décider d'affecter une partie de votre habitation personnelle à l'usage de votre profession. Dans cette hypothèse, votre bien est donc utilisé à usage mixte. Les dépenses afférentes à ce bien (appartement ou maison) ne seront admises comme charges professionnelles que dans

la mesure de l'utilisation professionnelle par rapport à l'utilisation personnelle des locaux. La ventilation entre la partie affectée votre usage professionnel et celle affectée à votre usage personnel doit être faite en fonction du rapport existant entre la superficie affectée à l'usage professionnel et la superficie totale des locaux. L'ensemble des charges accessoires pourra subir également la même ventilation et être ainsi déduites : électricité, eau, assurance habitation, abonnement Internet,...

Si vous êtes propriétaire

Votre logement étant déclaré dans votre patrimoine privé, vous ne pourrez déduire que la quote-part des charges qu'un locataire devrait supporter (loyers, chauffage, électricité, ...). Et si vous pouvez comprendre parmi les charges déductibles de votre bénéfice le loyer afférent à la fraction du logement utilisée à titre professionnel, vous serez en contrepartie taxé au titre des revenus fonciers sur les loyers encaissés. Donc, aucun intérêt!

Comptablement

La quote-part professionnelle est déterminée, sous votre responsabilité, selon les critères qui paraissent les mieux adaptés (superficie du local, consommation d'énergie, nombre de kilomètres annuels professionnels, etc.). Deux méthodes d'enregistrement sont possibles: l'enregistrement de la totalité de la dépense ou l'enregistrement de la seule part professionnelle. **Exemple.** Vous avez réglé le 10 mars 2019, par chèque bancaire (sur votre compte professionnel), le loyer de février de 600 €. Le loyer annuel s'élève à 7 200 € et la quote-part professionnelle est de 50 %.

En cas d'utilisation de la méthode de l'enregistrement de la totalité de la dépense, sur votre déclaration n° 2035, il conviendra de compléter la ligne 15 « Loyers et charges locatives » : 7 200 € et la ligne 36 « Divers à réintégrer » : 3 600 €. Dans le cas de la seconde méthode (enregistrement de la seule part professionnelle), la ligne 15 « Loyers et charges locatives » devra mentionner 3 600 € et la ligne 36 « Divers à réintégrer » le chiffre 0 €.

Dépenses non déductibles

Principe de déductibilité. Les dépenses qui peuvent être retranchées des recettes en vue de la détermination de votre bénéfice net sont celles nécessitées par l'exercice de la profession ; elles doivent plus généralement avoir le caractère de charges nécessaires à l'acquisition de votre revenu.

Exemples. En cas d'utilisation mixte d'un service ou d'un bien, seule la quote-part professionnelle est déductible de votre revenu puisque les dépenses qui ne se rattachent pas directement à l'exercice de votre profession ne sont pas prises en compte pour la détermination de votre bénéfice. Il en est ainsi notamment des dépenses suivantes :

- d'ordre personnel: les dépenses afférentes à des biens meubles ou immeubles non affectés à l'exercice de la profession (loyers d'appartements privés, dépenses de maison, salaires des employé(e)s de maison privés, entretien d'un véhicule ou d'un immeuble à usage privé); les impôts personnels (impôt sur le revenu, taxe d'habitation, etc.); les frais de maladie; les frais de déplacement non justifiés par les besoins de la profession; les salaires de la femme

(ou homme) de ménage justifiés par le fait que le conjoint du contribuable seconde son mari (ou épouse) dans l'exercice de sa profession, alors même que le salaire du conjoint ne serait pas admis dans sa totalité en déduction des recettes,...

- Pertes subies à l'occasion d'actes (prêts, engagements de caution, remboursements de capitaux, etc.) ne relevant pas normalement de l'exercice de votre profession ;
- Dépenses se rapportant à une activité exercée à titre bénévole et dépenses supportées à l'occasion de travaux, réunions, manifestations et congrès en tant que membre ou animateur de groupements ou associations d'intérêt général ne se rattachant pas directement à l'exercice de votre profession ;
- Certaines libéralités ou dépenses d'agrément ou somptuaires dont le rapport avec l'objet de la profession n'est pas établi (comme p.ex. l'achat d'œuvres d'art destinées à l'ornement de votre cabinet professionnel).
- Si votre cabinet est installé chez vous, vous pourrez notamment déduire certaines dépenses considérées comme mixtes pour leur quote-part afférente à votre activité de médecin. Attention toutefois à ne véritablement déduire que la partie professionnelle de ces dépenses!

Odile CHEMLA GUEDJ

Expert Comptable
Commissaire aux Comptes

Coordonnées:
5 rue Erlanger - 75016 PARIS
Tél. 01 84 25 14 25



Biodentine™

n'est pas une protection pulpaire
comme les autres !



COMPAREZ AVEC LA VÔTRE ...

Biodentine™ Substitut dentinaire bioactif

Septodont - 58, rue du Pont de Créteil - 94107 Saint-Maur-des-Fossés Cedex. Tél. : 01 49 76 70 02 - Fax : 01 49 76 70 78
www.septodont.fr

Dispositif médical de Classe III réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR, **à l'exception du coiffage pulpaire (acte codifié HBFD010 : parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct)**. Marqué CE et Organisme certificateur CE0459 GMED. Fabricant : Poudre + Liquide : Septodont France / Spatule : Medistock - France. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation.





Brèves de Fauteuil



La sélection de **Claude Bernard Wierba**



Un futur beau-papa va rendre visite à son futur beau-fils. Il le trouve plongé dans la Torah, en train d'étudier. Il s'assied à côté du jeune garçon et lui demande : *Alors, on va parler entre hommes. Comment gagnes-tu ta... vie par exemple ?*

Heu, eh bien, j'étudie la Torah, et D. pourvoira à cela ! Je vois. Et comment comptes-tu pourvoir aux besoins de ta future femme ?

Eh bien, j'étudie la Torah, et D. y pourvoira ! Et vos enfants ? Comment vous en occuperez-vous ? Une fois encore, la Torah et D. feront que tout ira bien. Le beau-papa en puissance rentre alors chez lui, et sa femme lui demande : *Alors ? Quelles nouvelles ?*

Oh... Il n'a pas de travail, il n'a même pas l'intention d'en trouver. Mais il y a au moins une bonne nouvelle : il me prend pour Dieu !

Moché vient voir le Rabbi Schwartz et lui dit : *Rabbi, j'ai un problème. J'ai deux perroquets femelles, et elles ne savent dire qu'une seule chose. Qu'est-ce qu'elles disent ?* demande Rabbi Schwartz. Elles savent seulement dire : *salut, nous sommes les deux petites prostituées de Bet Yaakov. Tu veux t'amuser ? C'est terrible !* s'exclame Rabbi Schwartz. Mais j'ai une solution à ton problème. Amène tes deux perroquets femelles chez moi et je vais les mettre avec mes deux perroquets mâles à qui j'ai appris à faire la prière et lire les téhilim. Mes perroquets vont apprendre aux tiennes à arrêter de dire cette terrible phrase et à prier.

Merci ! répond Moché.

Donc le lendemain, Moché amène ses deux perroquets femelles chez Rabbi Schwartz. Les deux perroquets du rabbi tiennent des sidourim et sont en train de prier dans leur cage. Moché met ses deux perroquets femelles à côté des mâles, et les femelles disent : *Salut, nous sommes les deux petites prostituées de Bet Yaakov. Tu veux t'amuser ?*

Alors l'un des mâles regarde l'autre et s'exclame *Barouh Hachem, nos prières ont enfin été exaucées !*

La mère juive...
Bonjour maman. Je peux te laisser mes gosses ce soir ?
 Mère juive : Tu sors ?
 Oui.
 Mère juive : Avec qui ?
 Avec un copain.
 Mère juive : Je ne comprends pas pourquoi tu as quitté ton mari. C'est un homme très bien.
 Mais je ne l'ai pas quitté. C'est lui qui m'a quitté !
 Mère juive : Tu l'as laissé te quitter, et maintenant tu sors avec n'importe qui.
 Je ne sors pas avec n'importe qui. Bon, je te laisse mes enfants ?
 Mère juive : Tu vas rester toute la nuit avec lui ? Que va dire ton mari quand il l'apprendra ?
 Mon EX mari. Je ne pense vraiment pas que cela le dérange. Depuis qu'il m'a quitté, il n'a probablement jamais dormi tout seul !
 Mère juive : Alors, tu vas aller coucher avec ce bon à rien ? Il n'est pas un bon à rien.
 Mère juive : Un individu qui sort avec une femme divorcée avec des enfants, c'est un bon à rien et un parasite. Je ne veux pas discuter. Tu veux que je t'emmène mes gosses, oui ou non ?
 Mère juive : Pauvres gosses... avec une mère pareille. ASSEZ !!!
 Mère juive : Ne cries pas sur moi. Je suis sûre que tu cries aussi sur ton bon à rien !
 Ah ! Voilà, maintenant tu te fais du souci pour le bon à rien ?
 Mère juive : Ah, tu vois bien que c'est un bon à rien. Je le savais. Au revoir, maman.
 Mère juive : Attends ! Ne raccroche pas !... Bon, quand m'emmènes-tu tes gosses ?
 Je ne les emmène plus, je ne sors plus ce soir !
 Mère juive : Si tu ne sors jamais, comment espères-tu rencontrer quelqu'un ?

Votre dîner idéal réunirait...
 Je rêverais de dîner entre Elie Wiesel et Jean d'Ormesson...

Vos 3 films incontournables
 Sur la route de Madison (Eastwood)
 Un + une (Lelouch)
 Minuit à Paris (Woody Allen)

Vos 3 livres fétiches
 L'homme qui voulait être heureux (Laurent Gounelle)
 Mensonges sur le divan (Irvine Yalom)
 La vengeance du pardon (Eric Emmanuel Schmidt)

Une chanson de votre vie
 L'amitié de Françoise Hardy

Votre insulte favorite
 Quel con ! Mais pour être honnête, je ne dis que très très peu de gros mots...

Votre madeleine de Proust culinaire
 Le bouillon avec kneidlers : le médicament miracle de toutes les familles ashkénazes

Un héros... réel ou imaginaire
 Simone Weil

Salé ou Sucré ?
 Heu... Bonbons, gâteaux, chocolats glacés...

Une passion, un hobby ?
 Je dessine, je peins, je fabrique des bijoux

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
 Amoureuse de la sieste...

Vos vacances de rêve
 Les vraies vacances : devant de l'eau turquoise...

Accro au net... ou pas ?
 Ben oui, on est en 2019, non ?

Votre dernier coup de foudre ?
 Le golf depuis 3 mois

Dans une autre vie vous seriez...
 Joaillière, working-girl ou avocate aux Assises

Enfin, une adresse à recommander...
 Andorra boutique hôtel de Grau Roig

Votre dîner idéal réunirait...
 Mes 7 petits enfants (si possible calmes !)

Vos 3 films incontournables
 Avatar
 Le retour du Jedi
 Un pont trop loin

Vos 3 livres fétiches
 Furie Divine (JR Dos Santos)
 L'élu (Chaim Potok)
 La série BD (3 volumes)
 La brigade juive (Marvano)

Une chanson de votre vie
 Nine billion bicycles (Katie Mellua)

Votre insulte favorite
 Je n'ose pas la révéler en public !

Votre madeleine de Proust culinaire
 Le pied de veau en gelée (gallerette en yiddish)

Un héros... réel ou imaginaire
 Yonathan Natanyaou

Salé ou sucré ?
 Définitivement salé

Une passion, un hobby ?
 Certaines séries TV

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
 J'aime mon canapé

Vos vacances de rêve
 Avec mon épouse dans un hôtel de charme, tranquillité et soleil

Accro au net... ou pas ?
 Modérément

Votre dernier coup de foudre ?
 Le Portugal et ses habitants

Dans une autre vie vous seriez...
 Écrivain

Enfin, une adresse à recommander...
 Happy Fish, restaurant dans le quartier Mamilla à Jérusalem

Votre dîner idéal réunirait...
 Johann Wolfgang von Goethe, Wolfgang Mozart et Barack Obama

Vos 3 films incontournables
 Out of Africa (Sidney Pollack)
 Green Book (Peter Farrelly)
 Le Guépard (Luchino Visconti)

Vos 3 livres fétiches
 Les contes de 1001 nuits
 Au revoir là-haut (Pierre Lemaître)
 La panthère (Rainer Maria Rilke)

Une chanson de votre vie
 L'air de Nadir (Les pêcheurs de perles) chanté par Roberto Alagna

Votre insulte favorite
 Silence

Votre madeleine de Proust culinaire
 Ma mousse au chocolat noir maison

Un héros... réel ou imaginaire
 Le petit Prince

Salé ou sucré ?
 Salé

Une passion, un hobby ?
 La musique et le chant

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
 Nordic walking

Vos vacances de rêve
 L'Italie, côte d'Amalfi

Accro au net... ou pas ?
 Accro mais pas addict

Votre dernier coup de foudre ?
 Mon chéri

Dans une autre vie vous seriez...
 Chef d'orchestre

Enfin, une adresse à recommander...
 La terrasse de l'hôtel Raphaël à Paris

LE BILLET D'HUMOUR ÉTUDIANT

Bonjour à toutes et à tous !
 Lundi matin, le jour de la rentrée : « *Nous espérons que vous avez passé de bonnes vacances, bienvenue à l'hôpital.* »
 Voilà le GONG de départ d'un triathlon acharné pour remplir ses quotas de patients pour chaque matière ! Mais qui sont les coureurs ? Les nouveaux externes de l'hôpital encore endormis et peu habitués à ce qu'on leur adresse la parole. Une belle course se dessine !
 Après une nuit insomniaque, petit-déjeuner copieux façon top chef pour espérer ne pas tomber (tout de suite) dans les pommes à la vue du sang.
 Ensuite, 1^{re} épreuve : la natation. C'est le moment de brasser fort pour se trouver un patient. On décroche

alors le téléphone et on espère pouvoir « vendre » un rendez-vous tel Leonardo di Caprio dans Le Loup de Wall Street ! Heureusement, le destin a bien fait les choses en nous rendant dentiste et pas business man. Soyons honnêtes, cela n'a mené à rien ou à des rendez-vous non honorés. Selon le personnel, c'est assez fréquent par ici, laissons-nous le temps de nous y habituer.
 Et puis un matin, c'est notre tour d'aller aux urgences : et là des patients, on en a.
 2^e épreuve : le cyclisme. Après le tour de France voici le tour de l'Hôpital. On passe plus de temps à chercher les professeurs que de temps auprès des patients. À peine installé, celui-ci doit déjà affronter les montagnes russes, car on ne sait pas encore

comment fonctionne le fauteuil. Puis, la première anesthésie, et ce grand moment de solitude où la seringue à la main, on se met à penser tout haut : « *Où dois-je piquer déjà ?* »
 Dernière épreuve : la course à pied. Autant vous dire la vérité, nous étions trop fatigués. Aucun n'a passé la ligne d'arrivée.
 Prochaine course dans 2 jours, et au programme *Charting* et observation clinique, et avec tout ça les patients continuent à nous appeler Docteur...

Roman Licha et David Naccache
4^e année



L'évolution du cacao africain

Au XXI^e siècle, c'est l'Afrique de l'Ouest, et en particulier la Côte d'Ivoire, qui produit la majeure partie du cacao mondial (43,1 %, le Ghana 19,3 %, puis le Nigeria et le Cameroun). La Côte d'Ivoire a une production annuelle de 2 millions de tonnes. Près de 80 % de la production mondiale provient aujourd'hui d'exploitations familiales de moins de 5 hectares, sur des terres qui génèrent mal la fertilité des sols, ce qui entraîne une menace pour la culture africaine. Des causes économiques sont aussi avancées, 9 % des plantations sont des exploitations familiales dans lesquelles les enfants des planteurs travaillent.

Ces enfants subissent les effets néfastes des pesticides utilisés pour la production, ils portent des charges supérieures à leur poids, ils sont blessés avec les machettes et pire

que tout, il y a un trafic d'enfants esclaves. Un documentaire est passé sur Arte il y a quelque temps. Aujourd'hui les grands groupes comme les sources viennent en aide à ces planteurs pour leur assurer un revenu plus décent, permettre à ces enfants d'aller à l'école et rendre la culture du cacao plus attractive.

Après l'indépendance, le choix du Président Félix Houphouët-Boigny est de privilégier le secteur primaire par rapport au secondaire. Le cacao va connaître un développement fulgurant : entre 1960 et 1970, les cultures de cacao triplent, la production atteint 312 000 tonnes. Le prix du cacao très élevé baisse d'années en années bien que le coût de la vie augmente. Il s'opère alors une spéculation. L'état se base sur le prix de la bourse. Il garde 40 % et paie 60 % aux plan-



teurs. 30 % de la population travaille dans le cacao. L'État ivoirien, par l'intermédiaire de la Caisse de stabilisation et de soutien des prix des productions agricoles (Caistab), garantit

chaque année un prix d'achat minimum aux productions des planteurs (inférieur à ceux du marché mais jugé satisfaisant), mais l'Etat se garde le monopole.

- 3 multinationales se partagent le marché :
- Barry Callebaut 40 % du marché mondial dont le siège est en Suisse
 - Cargill aux USA, et quelques usines en France
 - Olam, en Indes

L'un des enjeux pour le moyen et long terme est l'adaptation de la culture des cacaoyers au dérèglement climatique. En 2012 Naga Coulibaly, secrétaire général du Copal (Alliance des pays producteurs de Cacao) alertait la communauté internationale sur le fait que l'Afrique fournit près de 80 % de la production mondiale, et que selon les modèles du réchauffement climatique elle sera très affectée par les changements globaux ; « S'il n'y a pas une réaction rigoureuse aux menaces, il va sans dire que [...] dans cinquante ans ou un siècle on ne pourra plus avoir du cacao ». Les plants sont déjà affectés par ces changements : Dans une région productrice de Côte d'Ivoire la grande saison des pluies a été réduite de 30 jours environ, passant de 4 à 3 mois (de 1956 à 2009), ce qui se traduit par des baisses de production.

L'évolution des grands producteurs mondiaux sur la décennie 2010 reste dominée par le leader incontesté qu'est la Côte d'Ivoire, selon Arcadia, déclinaison africaine du Rapport Cyclope. À elle seule, elle représente 40 % de l'offre planétaire de petites fèves et produit deux fois plus que son suivant immédiat et voisin d'Afrique de l'Ouest, le Ghana. Sur les cinq premiers producteurs mondiaux, quatre sont des pays d'Afrique de l'Ouest.

Le gouvernement camerounais a mis en place un programme « New Génération » qui pousse les citoyens à revenir à la campagne pour travailler le cacao. Les femmes sont intégrées à ce plan.

Pour conclure, le risque pour l'avenir selon certains serait une pénurie du cacao en Afrique de l'Ouest s'il n'y avait pas de relais avec les pays d'Asie. Le réchauffement climatique étant la cause principale de cette pénurie surtout face à l'augmentation de la consommation des pays émergents comme l'Inde, le Brésil ou la Chine. Mais malgré ces risques, les 25 % de la population ivoirienne qui vivent du cacao ne sont pas prêts d'y renoncer.



France Nahum Moatty,
Présidente de
Chocolatez-vous

TRAITEMENT D'APPOINT DES INFECTIONS BUCCALES ET DES SOINS POST-OPÉRATOIRES EN STOMATOLOGIE

La prescription des bains de bouche à base de chlorhexidine doit être réservée aux patients ne pouvant assurer une hygiène correcte par le brossage des dents.

PAROEX
Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %

PERFORMANCE PRÊTE À L'EMPLOI



Pour adultes et enfants de 6 ans et plus.

Mentions légales disponibles sur le site <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

SUNSTAR
FRANCE

19/04/69798127/PM/005 - AVRIL 2019

L'alliance de la force et de la beauté



Stand ADF 1M02

EQUIA Forte™ HT de GC

Système de restauration
verre hybride haute densité



Indications : classe I, classe II (jusqu'à 1mm de distance des cuspidés classe V, reconstitution de moignons, gérodontologie, alternative à l'amalgame, restaurations dans le cadre de MIH.

Dispositifs médicaux pour soins dentaires réservés aux professionnels de santé, non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Organisme certificateur : n°0086 - Distribués par GC France.

GC France
Tél. 01 49 80 37 91
info.france@gc.dental
www.france.gc.europa.com

GC

L'ESPRIT TRANQUILLE.

CHIRURGIENS-DENTISTES ET
ASSISTANT(E)S DENTAIRES,
RETROUVEZ VOTRE SÉRÉNITÉ.



Le logiciel qui simplifie la gestion de votre cabinet.

+25%

de rendez-vous
honorés

+2h30

de soins au
fauteuil par jour

+1 jour

d'administratif gagné
par semaine

+1/3

de devis
acceptés

TOUT CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR EN 45 MINUTES !

PRÉVENTION

AGENDA

CONVENTION DENTAIRE

DEVIS

INSTALLATION

COMMUNICATION

DONNÉES PATIENTS

AVEC LA PARTICIPATION DE L'UFSBD ET DU GROUPE EDMOND BINHAS

Programme complet des conférences et inscription sur www.julie.fr/congresadf