

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



news

**Le magazine dentaire
qui nous rassemble**

PRIMESCAN™

La technologie conjuguée au futur.

Disponible maintenant.



FRANCE
FÉVRIER 2019
#024

**Ne cessez jamais d'être le premier.
Choisissez l'avenir dès maintenant.**



Dispositif médical pour soins dentaires, réservé aux professionnels de santé, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPP. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice avant utilisation. 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. Rev : 01/2019.

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™*

* Le partenaire de toutes vos solutions dentaires.

 **Dentsply
Sirona**

PRIMESCAN™

La technologie conjuguée au futur.

Disponible maintenant.

PRÉCISION :

Une technologie de haute précision pour consolider plus de 50 000 images par seconde.

SIMPLICITÉ D'UTILISATION :

Champ de vision accru pour une prise d'empreinte simple et nette qui permet d'accéder facilement à toutes les surfaces dentaires.

VITESSE :

Une technologie de « Scan Dynamique en Profondeur » pour traiter plus d'un million de points 3D par seconde.

**Ne cessez jamais d'être le premier.
Choisissez l'avenir dès maintenant.**

Pour en savoir plus rendez-vous sur www.dentsplysirona.com/primescan ou retrouvez-nous sur **nos stands à l'IDS 2019**. Vous pouvez également contacter votre représentant Dentsply Sirona ou tester Primescan™ dans notre showroom à Versailles ou dans votre agence Arcade Dentaire, Datis, Dentalinov ou Henry Schein la plus proche.



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

FRANCE
FÉVRIER 2019
#024

news

*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

Traiter les lésions cervicales

Alexis Gevrey
David Gerdolle
Marleen Peumans

Coordination :
Laurence Addi

AO PARIS REÇOIT GIL TIRLET

JEUDI 21 MARS

**ULTRA PRÉSERVATION TISSULAIRE ET ADHÉSION
AU SERVICE DES PATIENTS ATTEINTS D'USURES ÉROSIVE**

WWW.AONEWS-LEMAG.FR



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 Bensaid, 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 Fiszon
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 : 01 47 39 59 54
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



- LAURENCE ADDI
- ELIE ATTALI
- NATHALIE ATTALI
- PATRICK CHELALA
- ALEXIS GEVREY
- DAVID GERDOLLE
- JEAN-LUC GUETTA
- JOËL ITIC
- MAGUY LÉVY
- MARIE-CHRISTINE LAURENT
- CYRIL LICHA
- FRANCE NAHUM MOATTY
- MARLEEN PEUMANS
- ANDRÉ SEBBAG
- CLAUDE-BERNARD WIERZBA

Vous avez une question, un commentaire ? Envoyez vos remarques à dr.j@bessade.fr ou écrivez nous directement sur le site [aonews! www.aonews-lemag.fr](http://www.aonews-lemag.fr)



MEDIT i500 distribué par LABOCAST 3D

La première caméra intra-orale couleur hautement fiable et largement accessible !



Performante

adaptée à la prise d'empreinte pour Inlay core



Confortable

sans poudrage



Précise

détections des limites des préparations et prise d'occlusion exacte



Rapide et fiable

prise d'empreinte fluide et sans interruption



Une innovation Medit Company, leader mondial du scanner 3D industriel

20 280 € TTC
Ordinateur portable compris



Complet

ordinateur portable compris



Libre

système 100 % ouvert, sans licence

[+33 1 53 38 64 66](tel:+33153386466)

labocast3d@labocast.fr | 46-56, rue des Orteaux | 75020 PARIS | www.labocast.org

LABOCAST 3D
Modern Dental Group



Il n'aura échappé à personne que 2017 fut une année électorale avec une promesse du candidat Macron en matière d'accès aux soins au sens large.

Ce numéro sur les lésions cervicales préparé par Alexis Gevrey nous ramène à la réalité du quotidien et nous rappelle que la restauration sur une face par matériau inséré en phase plastique (HBMD056) passera allègrement au 1^{er} avril à 26,97 € pour atteindre sa vitesse de croisière en janvier 2022 à 29,30 €... soit près d'un euro d'augmentation en 3 ans !

2018 fut une année de négociation conventionnelle entre trois « partenaires », les Caisses d'Assurance Maladie, les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie et les Chirugiens-Dentistes au travers de trois syndicats représentatifs de notre profession. Cette négociation fut conclue le 21 juin dernier par la signature des Chirugiens-Dentistes de France (ex CNSD) et de l'Union Dentaire. Le calendrier d'application des mesures prévues par cette Convention prévoit au 1^{er} avril 2019 une modification complète des codifications CCAM en prothèses fixés et surtout un plafonnement d'honoraires sur tout un pan de notre activité.

Le Président Macron charge dès juillet 2018 son ministre de la Santé, Madame Agnès Buzyn de mettre en œuvre sa promesse électorale, permettant ainsi à l'ensemble de la population française de bénéficier de lunettes, prothèses auditives et dentaires sans reste à charge financier.

Un peu d'histoire...

Le Monde titre le 3 novembre 1966 « *Le développement des soins dentaires n'est pas une source de déséquilibre financier* ».

« *Les dépenses de soins dentaires, nous a déclaré à ce sujet M. Berthelot, l'un des dirigeants de la Confédération nationale des chirurgiens-dentistes, représentent environ 7,5 % des prestations de l'assurance maladie [...]* »

La suite, nous la connaissons, un accord tacite régit les négociations conventionnelles suivantes, en contrepartie de l'absence de revalorisation des soins conservateurs et de la chirurgie. Une liberté tarifaire est accordée à la profession sur le volet prothétique de notre activité. Ce désengagement progressif et constant se traduit aujourd'hui par un chiffre : les dépenses de soins dentaires remboursés par l'Assurance Maladie représentent environ 4 % des dépenses de soins de ville soit presque deux fois moins qu'en 1966 !!!

Mais revenons à l'actualité.

Cette **Convention**, loin d'être une évolution des précédentes, représente une **véritable rupture**. L'accord tacite exposé ci-dessus vole en éclat. À partir du 1^{er} avril 2019, des plafonds d'honoraires se mettent en place sur notre activité en prothèse fixée, ces plafonds seront abaissés en janvier 2020. À partir de 2021, la prothèse adjointe résine sera concernée, 2022 sera le tour de la prothèse adjointe métallique. Ces plafonds toucheraient plus de 85 % de notre activité prothétique, tant en volume qu'en terme de chiffre d'affaire généré. La perte de revenu engendrée par ces mesures a été évaluée par l'Assurance Maladie à 417 millions d'euros, montant transmis à nos syndicats durant la phase de « négociation ».

En contrepartie de « l'effort demandé à la profession », **une revalorisation sur des honoraires des soins conservateurs nous est accordée, revalorisation progressive sur les cinq prochaines années**. Si on ne peut nier que celle-ci est substantielle, elle ne peut effacer plus de cinquante ans d'abandon du secteur dentaire par l'Assurance Maladie.

Si l'objectif du gouvernement est louable, qu'en est-il de la mise en œuvre des mesures imposées vis-à-vis des patients ?

Un constat : le plafonnement des prothèses était déjà une réalité. Celui-ci est la résultante de la fameuse loi de « l'offre et la demande ». Les honoraires des prothèses relevés en 2018 (source, Système National des Données de Santé) font apparaître des tarifs légèrement supérieurs à ceux des plafonds conventionnels et ce quelle que soit la région de France. Les patients risquent de devenir les victimes de ces nouvelles mesures et non les bénéficiaires. Il en est de même pour nos plus proches partenaires, nos prothésistes. Ces mesures dogmatiques sonnent le glas d'une époque. Une nouvelle page de la médecine bucco-dentaire va devoir s'écrire. Exit les « cabinets de papa » avec un ou deux associés, l'heure est déjà aux structures nettement plus importantes capables de supporter les charges financières des obligations administratives toujours plus nombreuses, les investissements technologiques toujours plus onéreux et les attentes légitimes des patients en traitements conformes aux données acquises de la science dans un environnement sécurisé. **Soyons acteurs et non spectateurs de ces changements.**

Il n'y a rien de négatif dans le changement, si c'est dans la bonne direction, disait Winston Churchill, gageons que nous n'irons pas dans le mur.

Espérons que le cap défini par la gouvernance Macron ne porte pas un coup fatal au mode actuel de distribution des soins dentaires en France. Que seront nos cabinets libéraux dans 10 ans ?

Nous devons accepter le changement mais conserver nos principes, disait Jimmy Carter.

Elie Attali

Traiter les lésions cervicales

➔ **Scientifique** 7

➔ **AONow**

Belle soirée AO Paris avec Philippe et Bertrand Khayat	21
Le poison d'avril, avec Elie Attali	22
Soirée extraprofessionnelle à Marseille	23
Prochaine Convention Européenne à Porto	23
AO Nice reçoit Fabrice Campana	24
Sur les traces de la Thessalonique Juive	24

➔ **Les nouveautés de nos industriels** 26

Le prix Meridol 2019	
La Bluephase G4 d'Ivoclar Vivadent	
L'IDS élargit sa gamme de services	
Le Symposium Oral Reconstruction France 2019	

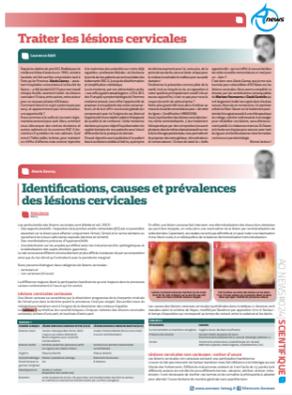
➔ **Le Mag**

L'édition du SNIF 2018, une réussite	28
Soirée de lancement du Primescan	28
Les 50 ans de Montrouge en photos	29
La chronique de Nathalie : Homo archeologus	30
Le pivot et la dent dure	31
Selfie AO avec H. Kruk, M. Ache, B. Cauche	32
Les brèves de Claude	32
Le billet d'humeur étudiant	32
Le blog d'un certain regard	33
Le monde tel qu'il est	33
Théâtre : Intra Muros	33
Chocolatez-vous	34

Pour joindre nos partenaires

Airel dossier	spécial
Tél. 01 48 82 22 22 – www.airel.com – office@airel.com	
Colgate	page 18
Tél. 02 37 51 67 59 – www.colgateprofessional.fr	
Dentsply Sirona	couverture / 2^e de couv.
www.corporate.dentsplysirona.com	
Durr Dental	page 9
Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr	
Eurotec	page 12
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	
Ivoclar Vivadent	page 15
Tél. 04 50 88 64 00 – www.ivoclarvivadent.fr	
Julie Software	4^e de couverture
Tél. 01 60 93 73 70 – www.julie.fr	
Labocast	face sommaire
N°Azur 0811 115 000 – labocast@labocast.fr	
Lyra	page 19
Tél. 04 50 91 49 20 – info@lyra.dental	
Melag France	page 20
Tél. 01 30 76 03 00 – info@melagfrance.fr	
Owandy	page 25
Tél. 01 64 11 18 18 – info@owandy.com	
Pierre Fabre Oral Care	page 31
Tél. 05 63 51 68 00	
Visiodent	page 27
Tél. 01 49 46 58 00 – info@veasy-solution.com	

SOMMAIRE SCIENTIFIQUE



6 **Identifications, causes et prévalences des lésions cervicales**



9 **Prévention des lésions cervicales**



10 **Point sur la déminéralisation, reminéralisation**



12 **Lésions cervicales : les options thérapeutiques**



14 **Quelle stratégie d'isolation pour les lésions cervicales ?**



15 **Les restaurations adhésives (composite): step by step**

David Gerdolle

Diplômé Nancy I (1993)
Master Science, Oral and osseous biology, biomaterials and bioengineering (Paris 5)
Member of Bio Emulation Group
Member of the International Academy of Adhesive Dentistry (IAAD)
Responsible for postgraduate training of adhesive and biomimetic dentistry (Paris 7)
Pratique privée, Montreux

Alexis Gevrey

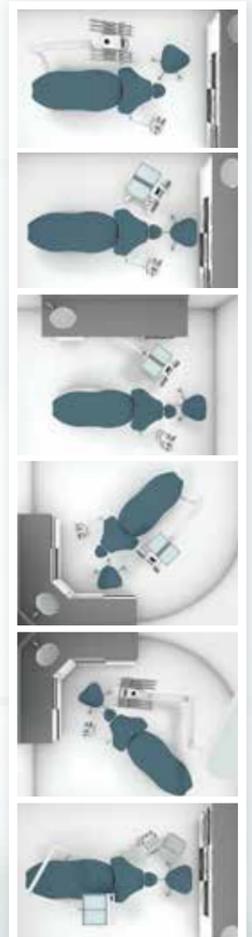
Diplômé Nancy I (2016)
Assistant hospitalo-universitaire en dentisterie restauratrice/endodontie au CHU de Nancy
Pratique privée, Nancy

Marleen Peumans

Diplômée à l'Université Catholique de Louvain (1987)
Professeure à l'Université Catholique de Louvain depuis 2004

Le PE8+,
Le fauteuil dentaire qui s'adapte à tous les praticiens.

GRUPE
Airel Quetin
POUR UN ÉQUIPEMENT DENTAIRE ADAPTÉ



LE FAUTEUIL UNIVERSEL

Le fauteuil universel PE8 s'adapte à votre position de travail et à votre activité. Parfaitement ambidextre, il convient aussi bien aux droitiers et aux gauchers...

...en seulement quelques secondes.



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

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



Traiter les lésions cervicales



Laurence Addi

Depuis la création du prix AO J. Breillat pour la meilleure thèse d'exercice en 1990, certains lauréats ont fait carrière universitaire tant à Paris qu'en Province. **Alexis Gevrey** – assistant hospitalier universitaire à la faculté de Nancy – a été lauréat (2017) pour son travail clinique fouillé, rarement traité : les lésions cervicales !! Il sera, entre autres, notre auteur pour ce nouveau dossier d'AOnews.

Comment faire d'un sujet *a priori* assez peu sexy, et apparemment peu rémunérateur, une opportunité ?

Nous sommes à la veille du tsunami réglementaire annoncé pour avril. Alors, comment nous démarquer des centres dentaires et autres cabinets où la couronne RAC O deviendra LE quotidien de nos cabinets. Quel ennui !! Tailler, tailler, turbiner, pour maintenir un chiffre d'affaires mais surtout répondre

à la mainmise des autorités sur notre déjà regrettée « profession libérale » et à la douce tyrannie de nos patients qui vont souhaiter des traitements RAC O, à coup de désinformation et simplification médiatique.

La vie moderne, par son alimentation acide, « ses reflux gastro œsophagiens » (25 à 30 % des Français) symptomatologie de l'homme moderne stressé, nous offre l'opportunité de proposer à nos patients des soins conservateurs, et de leur offrir une écoute globale (en comprenant avec lui l'origine de ces lésions) l'opportunité d'une relation patient-thérapeute de qualité et de confiance. Cette médecine dentaire qui a pour objectif la préservation du capital dentaire de nos patients sera l'atout différentiel de la pratique de demain.

Pouvoir répondre aux inquiétudes d'un patient face à ces lésions visibles à l'œil nu, synonyme

de déchaussement pour lui, voire pire, de la perte de ses dents, sera un levier unique pour le motiver à souhaiter le meilleur pour sa santé dentaire !

Positionner la prévention comme pilier de la santé, tout au long de la vie, en opposition à notre système principalement curatif mis en œuvre aujourd'hui, n'est-ce pas pour nous le moyen de sortir de cette emprise ?

Notre plus grand défi sera alors d'utiliser au mieux la nouvelle nomenclature pour « lire entre les lignes » ! (codification HBMD058).

Aussi, la prévention des lésions cervicales (vernis, crème reminéralisante...), leur traitement thérapeutique par des composites (souvent plusieurs dans la même séance) associé ou non à de la chirurgie parodontale, nous permettront de proposer des soins globaux, rémunérateurs et conservateurs ! À nous de saisir la « belle

opportunité » qui va s'offrir à nous et de faire de cette nouvelle nomenclature un mal pour un... bien !!

C'est donc vers Alexis Gevrey que je me suis tournée pour cette édition d'AOnews sur les lésions cervicales. Nous avons complété ce dossier par les contributions remarquables de **Marleen Peumanns** et **David Gerdolle** qui ont largement traité ces sujets dans d'autres revues. Nous les en remercions. Un prochain article de Marc Danan sur le traitement parodontal chirurgical associé à une thérapeutique de collage, solution intéressante à envisager pour réhabiliter ces lésions, sera ultérieurement publié. Un chaleureux merci au Dr Danan et à toute son équipe pour assurer avec tant de rigueur et d'enthousiasme notre formation continue en parodontologie.

Bonne lecture !

Alexis Gevrey



Identifications, causes et prévalences des lésions cervicales

Alexis Gevrey
Nancy

Les particularités des lésions cervicales sont (Kaleka et coll. 2001):

- Des rapports étroits avec le parodonte marginal
- Des rapports évolutifs : l'exposition de la jonction amélo-cémentaire (JAC) est un paramètre essentiel car la lésion peut affecter uniquement l'émail, l'émail et la racine dentaire ou seulement les tissus radiculaires exposés (dentine et ciment)
- Des manifestations précoces d'hypersensibilité
- Une distribution sur les arcades qui diffère selon les mécanismes étio-pathogéniques et la latéralisation des sujets (droitiers-gauchers).

Le site cervical est différent structurellement et plus difficile à restaurer de par sa composition ainsi que du lien étroit qu'il entretient avec le parodonte marginal.

Nous pouvons distinguer deux catégories de lésions cervicales :

- carieuses
- non carieuses (d'usure)

La différence majeure étant la participation bactérienne qui est majeure dans le processus carieux contrairement à l'usure qui l'en exclut.

Lésions cervicales carieuses

Une lésion carieuse se caractérise par la dissolution progressive de la charpente minérale de l'émail puis dans la dentine quand le processus n'est pas stoppé. Des acides issus du métabolisme bactérien sont à l'origine de la dissolution des cristaux d'apatite.

Le **tableau 1** synthétise les caractéristiques cliniques notoires des lésions cervicales carieuses, actives d'une part, et inactives d'autre part.

EXAMEN CLINIQUE	LÉSION CERVICALE CARIEUSE ACTIVE (LCCA)	LÉSION CERVICALE CARIEUSE INACTIVE (LCCI)
Examen visuel	Couleur claire (jaunâtre à brun, blanc crayeux aux stades débutants) Bords irréguliers avec surplomb d'émail ébréché	Couleur foncée brillante (brune voire noire) due à la reminéralisation
Examen tactile	Fond de cavité mou (processus actif) ou rugueux aux stades initiaux	Surface dure (dentine réactionnelle reminéralisée)
Hygiène	Plaque présente	Plaque absente
Symptomatologie	Douleur possible au sondage	Rarement douloureux
Proximité avec la gencive marginale	Oui	À distance
Développement	Plutôt en surface (disposition des canalicules)	
Évolution	Lente la plupart du temps. On peut noter une transformation des formes actives en inactives et inversement (contamination par une flore cariogène)	

En effet, une lésion carieuse fait intervenir une déminéralisation des tissus durs dentaires qui peut être stoppée, on note alors une inactivation de la lésion par reminéralisation de cette dernière. Cependant, ces stades ne sont pas définitifs et on peut noter une réactivation d'une lésion suite à un déséquilibre de la balance déminéralisation/reminéralisation.



FIG. 1
Lésions cervicales carieuses inactives sur les dents 34 et 35. On note d'ailleurs sur la dent 24 une LCU avec une trace d'activité carieuse stoppée



FIG. 2
LCC inactives au centre des lésions sur les dents 13 et 12 mais actives sur le pourtour. Noter le liseré blanc qui signe l'activité du processus carieux.

Les causes des lésions carieuses cervicales synthétisées dans le tableau ci-dessous sont classées selon le schéma de Keyes, modifié par Newbrun par apposition d'un 4^e facteur : le temps d'exposition qui correspond au temps de contact entre le substrat et les dents.

ÉTIOLOGIES	CAUSES
Surconcentration en bactéries cariogènes	Hygiène bucco-dentaire insuffisante
Présence de substrat	Consommation excessive de sucre Environnement professionnel (« carie du boulanger-pâtissier »)
Terrain	Traitements anticancéreux (radiothérapie oro-faciale) Addictions (opiacés, hallucinogènes, amphétamines, etc.)

Lésions cervicales non carieuses : notion d'usure

Les lésions cervicales non carieuses excluent une participation bactérienne.

L'usure ne fait pas intervenir de facteur bactérien mais fait référence à la tribologie qui est l'étude des frottements. Différents mécanismes existent et il est facile de s'y perdre tant différents auteurs les ont décrits sous différents termes : abrasion, attrition, érosion, tribo-érosion. Il est nécessaire de clarifier ces termes et de connaître la philosophie à adopter pour aborder l'usure dentaire de manière générale sans appréhension.



L'attrition : perte de tissus dentaire par contact dento-dentaire

L'attrition n'atteint pas la zone cervicale mais il est important de la connaître afin de la différencier d'une usure tribo-érosive postérieure. Ce processus entraîne l'apparition de facette d'usure qui est plane et circonscrite par une limite qui est nette. Les facettes se correspondent parfaitement entre dents antagonistes.

L'abrasion : perte de tissus d'origine mécanique

Il existe deux catégories : globale due à l'alimentation et focale due aux manœuvres d'hygiène.

Selon Kaleka et coll. (2001), les paramètres étiologiques les plus importants sont : l'âge ; l'utilisation d'un mouvement de brossage horizontal ; la fréquence de brossage égale ou supérieure à deux fois par jour.

On note une disparition des péricymaties au niveau des surfaces vestibulaires, donnant un aspect lisse et brillant à l'émail. Le passage d'une sonde dans le sulcus permettra d'objectiver la présence d'un léger décrochement. Le décollement de la gencive marginale à l'aide d'une spatule à bouche permettra de mettre en évidence ces lésions abrasives débutantes. Le patient peut éventuellement souffrir d'hyperesthésies et de récessions gingivales associées.

Quand le phénomène progresse, on voit une concavité se former au niveau cervical, on les nomme lésions en encoche (« wedge shaped » ou encore en forme de V en coup d'angle). Elles peuvent être coronaires, corono-radiculaires ou radiculaires. La déflexion des brins de la brosse à dents est à l'origine de la création de cette encoche. Cette perte de substance va elle-même favoriser l'orientation des brins de la brosse à dents. L'abrasion va être focalisée. Les lésions apparaissent cunéiformes, aux délimitations précises. En effet, les bords sont saillants et abrupts et la lésion est plus profonde que large. Elles sont souvent associées à des récessions gingivales et la lésion est allongée dans le sens mésio-distale. Le fond de la lésion est dur et poli, composé de dentine sclérotique. On peut d'ailleurs noter des petites « rayures » horizontales au fond de cette lésion. La micro-morphologie de la lésion signe l'origine abrasive. On note des lésions différentes en fonction de leur emplacement en bouche. En effet, la principale étiologie étant le brossage traumatique, on peut noter sur les dents antérieures que les angles mésio-distaux de ces lésions n'ont pas la même angulation.



La différence entre le secteur 1 et 2 est flagrante, due à la latéralisation du brossage sur ce patient droitier. On note des fentes de Stillmann au niveau du secteur 2 tandis que le secteur 1 est indemne. On ne note pas ici de lésion cervicale dentaire, on note cependant des dents des plus lisses et une transparence assez importante au niveau des angles incisifs.

L'observation des papilles entre ces zones peut montrer des lésions traumatiques sur ces dernières en continuité avec les lésions dentaires. On peut noter des altérations gingivales associées (fissures de Stillmann, bourrelets de Mac Call) qui mettront le clinicien sur la piste d'un facteur abrasif (Kaleka et coll. 2001).



Brossage traumatique. Une coloration au bleu de méthylène permet d'objectiver des manœuvres d'hygiène traumatiques. Noter les abrasions au niveau des papilles interdentaires et le début d'une récession apparaitre au niveau de la dent n° 23.



Dans ce cas-ci, pas d'atteinte muco-gingivale mais uniquement des LCU essentiellement abrasives. Le parodonte modère littéralement l'atteinte ou non des tissus durs.

L'érosion : phénomène chimique

- Intrinsèques : Reflux gastro-oesophagien, troubles alimentaires, etc.
- Extrinsèques : Consommation de produits acides (sodas, médicaments, etc.)

Cependant, nous préférons parler de tribo-érosion à la place d'érosion car il n'y a que très peu de surfaces dentaires qui ne soient soumises à une friction physique dans le milieu buccal (Pindborg, 1970). Cela nous sensibilise au fait qu'une cause unique n'est pas possible en bouche, mais peut cependant se révéler prépondérante.

On peut noter une certaine évolution dans le processus de tribo-érosion passant par la modification des propriétés optiques de l'émail : il devient brillant et vitreux. Si le processus continue, il se matifie avec la disparition des péricymaties (Lussi et Jaeggi, 2008; Kargul et Bakkal, 2009) donnant un aspect lisse et givré (processus actif) comme mordancé. Un séchage lors de l'examen clinique des dents peut aider au diagnostic. Cela peut affecter les surfaces occlusales mais ce phénomène sera limité aux zones non-attritionnelles (les lignes de transition deviennent abruptes sur les incisives en vestibulaire par perte de leur bombé).

Une cavité cervicale apparaît, elle est plus large que profonde : ces lésions sont nommées lésions en cuvettes (« saucer shaped ») ou lésions en U. Elles possèdent des bords flous et des contours mal délimités.

La tribo-érosion provoque la perte de contour anatomique avec un émail aminci en cervical

associé à une usure tribo-érosive occlusale (Kaleka et coll. 2001). L'usure est symétrique en bouche. Une usure marquée au niveau cervical signe la présence d'un facteur mécanique de type abrasif additionnel.

Ces lésions sont supra-gingivales, en effet, on note souvent un bandeau d'émail cervical intact le long de la gencive (Kargul et Bakkal, 2009) qui serait dû à des restes de plaque dentaire luttant contre la diffusion d'acide (Lussi et Jaeggi, 2008) ou au pH basique du fluide sulculaire (compris entre 7,5 et 8). Cette morphologie signe l'étiologie tribo-érosive.

L'abfraction : processus de perte dentaire cervicale due à des contraintes occlusales

Le terme d'abfraction désigne un procédé d'usure provoquant un stress mécanique qui divise encore de nos jours. En effet, c'est un processus de séparation par désolidarisation. Le premier à avoir traité de ce sujet est Grippo en 1991. Ce phénomène est appelé aussi la « théorie de la flexion » et rend compte des phénomènes biomécaniques que subit la dent dans sa fonction occlusale.

Il convient de faire attention aux interactions et aux « pièges » qui peuvent se présenter au praticien :

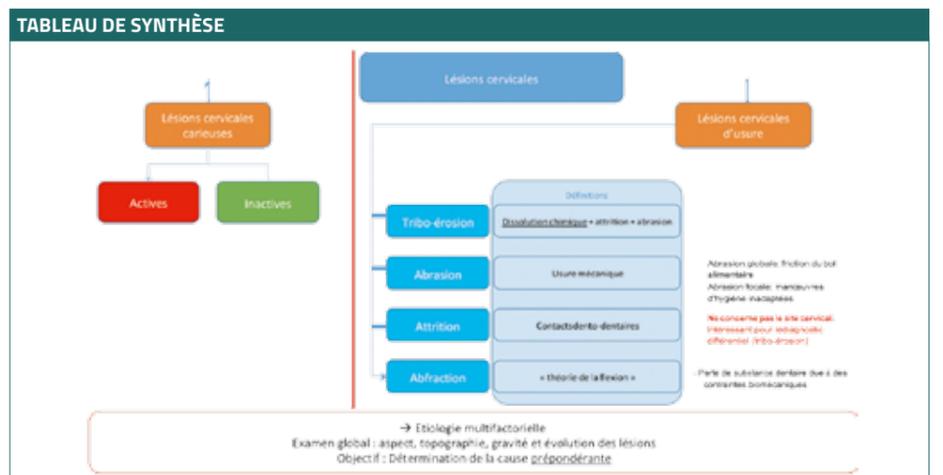
- complications d'une LCU en lésion carieuse
- premiers signes d'érosion qui ressemblent au début de lésion carieuse
- lésions d'érosion et abrasion.
- lésions d'abrasion et d'abfraction qui morphologiquement sont très proches.



Cas d'érosions sévères
a : Le facteur érosif est prépondérant mais on note des bourrelets de Mac Call au niveau des dents 43 et 44, les LCU sont principalement érosives, celles sur 43 et 44 ont une singularité abrasive car plus profonde que celles en regard des dents 12 et 13.
b : Les lésions érosives sont d'origine intrinsèques, la patiente souffre de troubles alimentaires et se fait vomir régulièrement depuis des années.
c : On note l'usure tribo-érosive marquée au niveau des incisives maxillaires, la patiente a une perte de OVO. Noter la visibilité des différents tissus dentaires et le réseau canalaire par transparence, les surfaces semblent comme sablées.

CAUSES DE LA TRIBO-ÉROSION	
ORIGINE	CAUSES
Intrinsèques	Reflux gastro-oesophagien Troubles alimentaires Reflux, vomissements Alimentation et boissons acides
Extrinsèques	Boulimie, anorexie, rumination Alcoolisme, grossesse, médicaments Sodas, agrumes, vinaigrettes, boissons diététiques, jus de fruits, vin... Médicaments Drogues Environnement Végétarisme
	Tranquillisants, antihistaminiques, anti-émétiques, antiparkinsoniens, bêta-bloquants, etc. Cocaïne, ecstasy... Sportifs, professionnels

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES CARACTÉRISTIQUES DES LCU EN FONCTION DE L'ÉTIOLOGIE			
	TRIBO-ÉROSION	ABRASION	ABFRACTION
Morphologie :	- Lésion en U, cuvette, « saucer shaped »	- Lésions en V, cunéiforme ou rainure, « wedge shaped »	- Lésions en V
■ Forme	- Plus large que profonde	- Plus profonde que large	- Limites tranchantes
■ Limites de la cavité	- Limites lisses	- Limites tranchantes	- Fond rugueux
■ État de surface	- Fond lisse, souvent poli	- Fond lisse ou rayé	
Localisation	- Vestibulaire ou palatin - Symétrique - Atteinte limitée à la couronne	- Vestibulaire - Asymétrique - Peut atteindre la racine	- Vestibulaire
Évolution	- Extension vers le bord libre - Effet « gommant » sur les reliefs dentaires	- Augmentation - Le parodonte modèle la lésion	- Augmentation
Signe(s) associé(s)	- Usure occlusale associée	- Récession gingivale	





Alexis Gevrey

Prévention des lésions cervicales

Alexis Gevrey
Nancy

La prévention globale doit être mise en œuvre même si le patient n'a pas de lésion. En effet, ce dernier peut être en phase subclinique. Le chirurgien-dentiste commencera par le diagnostic étiologique des lésions. Après remplissage du questionnaire par le patient, il s'agit de reprendre point par point les différents éléments du questionnaire afin d'affiner notre approche (Jager, 2011).

L'utilisation d'aide optique est une corde supplémentaire à l'arc du praticien dont l'utilité se trouve être intéressante pour la détection de lésions précoces. Une prévention précoce permet de stopper ou diminuer l'avancée de l'usure et retarde d'autant les traitements invasifs (restaurateurs ou chirurgicaux). Les lésions étant irréversibles, la prévention se doit donc d'être la plus précoce et efficace.

Les mesures de prévention selon les différentes causes sont décrites ci-dessous.

Abrasion

Le diagnostic clinique comprend l'identification des facteurs majeurs et des cofacteurs et vise à rechercher des lésions débutantes mêmes asymptomatiques. Le diagnostic précoce consiste à la notification de bourrelet de Mac Call (hypertrophie fibreuse gingivale) ou de fissures de Stillman (cf. L'identification, Fig. 3 et 4), signes d'un brossage traumatique. Il se fait en écartant délicatement la gencive libre à l'aide d'une spatule de bouche et permet ainsi l'examen des dents adjacentes. Ainsi, une lésion isolée peut se voir accompagnée de lésions précoces non visibles sur les dents adjacentes sans cet examen. Une coloration au bleu de méthylène permet d'objectiver des micro-abrasions au niveau gingival mais les altérations gingivales ne sont pas toujours présentes.

Information et motivation du patient

Il s'agit de faire réaliser au patient que son mode de vie ainsi que ses habitudes d'hygiène peuvent être nocifs pour lui, et l'informer de l'incidence d'absence de changement de comportement à long terme. Il est nécessaire d'impliquer le patient dans son traitement car le patient est la clef de voûte de ce dernier.

Conseils aux patients

Après cette prise de conscience, le patient est à l'écoute des conseils que le praticien lui énonce à savoir :

- Se brosser les dents à l'aide d'une brosse à dents manuelle souple avec des brins aux extrémités arrondis.
- Éviter de se brosser vigoureusement avec des brins durs et prendre la brosse à dents entre deux doigts pour limiter les forces appliquées (Eccles, 1982).
- Supprimer le composante horizontale du brossage qui entraîne usure dentaire et traumatise la gencive marginale (Björn et Lindhe, 1966).
- Adopter la technique du rouleau ou de Bass modifiée qui sont privilégiées (Bergström et Lavstedt, 1979). Ce sont des techniques de brossages intra-sulculaires avec pression légère et mouvement de nettoyage de type vibratoire afin de diminuer l'amplitude du mouvement et donc sa composante abrasive (Saporta et coll., 2001).

La brosse à dents électrique peut être une solution (Boyd et coll., 1997). En effet, le mouvement de réciprocity de la tête de la brosse à dents enlève la composante traumatique horizontale. Certaines ont un dispositif de contrôle de la pression exercée (« stress breaker ») qui peut se révéler très utile pour les brosseurs « compulsifs ».

Cas 1

La patiente est fumeuse et « brosseuse compulsive », malgré l'utilisation d'une brosse à dents électrique depuis longtemps, on note la latéralisation de cette droitière avec des récessions plus importantes au niveau du secteur 2 sur les dents 21 à 24. On note

des dents comme polies, il y a ce que l'on peut appeler un « excès » d'hygiène allant vers l'usure en vestibulaire, par contre on note une inflammation gingivale légère due au tabac en proximal avec des papilles inflammées. Il convient alors de faire prendre conscience

au patient d'arrêter de « poncer » leurs dents, chose difficile et de « transférer » cette habitude nocive vers l'utilisation de brossettes afin de palier au contrôle de plaque défaillant en interproximal.



AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

VistaVox S : 3D avec champ anatomique.

plus de 50 ANS
TECHNOLOGIE DES RAYONS X

Dose de rayonnement réduite grâce au volume adapté à l'anatomie du patient

Excellente qualité d'image en 2D et 3D grâce au capteur CsI haute résolution avec une taille de pixel de 49,5 µm

Flux de travail simplifié et intuitif

FoV de la forme de la mâchoire

Volume d'acquisition 3D idéal de la forme de la mâchoire (Ø 130 x 85 mm)

Volume de Ø 50 x 50 mm en résolution jusqu'à 80 µm

Made in Germany

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.duerrdental.com/vistavox

Dispositif Médical de classe IIb CE0297. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Produits non remboursés par les organismes de santé.

DÜRR DENTAL
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME



Tribo-érosion

En ce qui concerne la tribo-érosion, il conviendra de modifier en premier lieu les facteurs d'érosion (exogènes ou endogènes). Des recommandations peuvent être données au patient en matière préventive comme :

- Diminuer la fréquence et la quantité de boissons acides (sodas, jus de fruits, vin, boissons aromatisées gazeuses ou non).
- Préférer l'eau à boire en journée.
- Éviter toute exposition acide avant de se coucher du fait de la diminution du flux salivaire la nuit.
- Diminuer la fréquence d'aliments acides et ne pas les garder en bouche longtemps (éviter les bonbons à sucer par exemple).
- Diminuer l'alimentation végétarienne (acidité et consistance).
- Préférer la mastication d'agrumes plutôt que leurs jus car la mastication stimule la salive.
- Limiter la consommation de vinaigre, sauces salade, citrons, cornichons et rhubarbe.

Et s'il y a une consommation acide :

- Éviter la prise entre les repas, plutôt à la fin des repas quand la stimulation salivaire a provoqué un afflux en bouche.
- Limiter le temps de contact avec les dents en utilisant une paille mise derrière les dents. Ne pas siroter ou faire de gargarismes.
- Préférer une consommation acide froide.
- Boire du lait, manger un fromage ou un yaourt.
- Éviter tout brossage avant la prise acide et juste après. Attendre minimum 1 heure.
- Prendre un chewing-gum sans sucre permettant de stimuler la sécrétion salivaire ou des comprimés antiacides.
- Rincer la bouche avec de l'eau ou un mélange d'eau et de bicarbonate de sodium permettant de lutter contre l'acidité.
- Se brosser les dents 3 fois par jour (éventuellement deux fois par jour à l'appréciation du praticien si le facteur érosif est difficile à contrôler).

La méthode de brossage

- Doit être montrée au patient au fauteuil avec un miroir de la manière adéquate afin de maintenir son hygiène bucco-dentaire sans pour autant provoquer une usure disproportionnée. Le patient viendra avec sa brosse à dents au cabinet afin que le praticien puisse la contrôler (Kaleka et coll., 2001a). « L'habitude est une seconde nature »

selon Pascal : il ne faut pas sous-estimer son poids.

- Ces habitudes sont souvent prises dans l'enfance, plus le patient est âgé et plus il sera difficile pour lui de se « reprogrammer ».
- Le brossage horizontal est à éliminer. On privilégiera la méthode de Bass modifié ou la méthode rouleau.
- Varier les parcours en changeant de point de départ et de côté.
- Le nombre de brossages peut être réévalué avec le patient : il peut être ramené à 2 si le patient traumatise toujours son parodonte et la partie cervicale de sa dent.
- L'achat d'une brosse à dents électrique avec contrôle de la force peut être un atout pour les « brosses compulsifs » ou le fait de tenir la brosse à dents à l'aide seulement du pouce et de l'index oblige le patient à ne pas brosser trop fort.

La brosse à dents

- Elle doit être de type souple voire ultra-souple avec une tête courte permettant d'accéder au fond de la bouche sans difficultés.

- Les brins de préférence en nylon et à bouts arrondis.
- Il faut contrôler son usure.
- La courbure des brins souples ou ultra-souples est un témoin de la force que le patient met sur ses dents. En effet, une usure des brins et une déformation de ces derniers sont visibles plus rapidement en cas de brossage appuyé.

Le dentifrice

- Un dentifrice fluoré permet de réduire la déminéralisation et permet d'accélérer la reminéralisation. Il peut donc diminuer l'usure par abrasion.

- La quantité de dentifrice doit être faible à savoir de la taille d'un petit pois.
- Il est préférable de l'étaler avant de débiter le brossage pour éviter toute focalisation abrasive à un endroit particulier.
- Le dentifrice n'aide pas à enlever la plaque, c'est l'action mécanique de la brosse qui le permet. Son efficacité est limitée à son action reminéralisante.
- Les dentifrices « blancheur » sont fortement déconseillés chez les patients présentant des lésions d'abrasion (et sont à

contrôler chez les personnes indemnes). En effet, ces dentifrices contiennent des particules abrasives qui vont retirer les colorations dentaires (silice ou perlite).

- Ces dernières provoquent des micro-rayures de l'émail et le fragilisent. On notera que les particules de perlite sont à privilégier car de forme aplatie et large contrairement à celles de silice qui sont plus dures et en forme de bille.

Le fil dentaire

Il se doit d'être spongieux car doux et offre une plus grande surface de contact que le fil dentaire standard (Zucchelli, 2014b).

Abfraction

Des meulages occlusaux en prévention de l'apparition de lésions d'abfraction ne sont pas justifiés (Grippo et Simring, 1995). Néanmoins, des meulages peuvent être réalisés

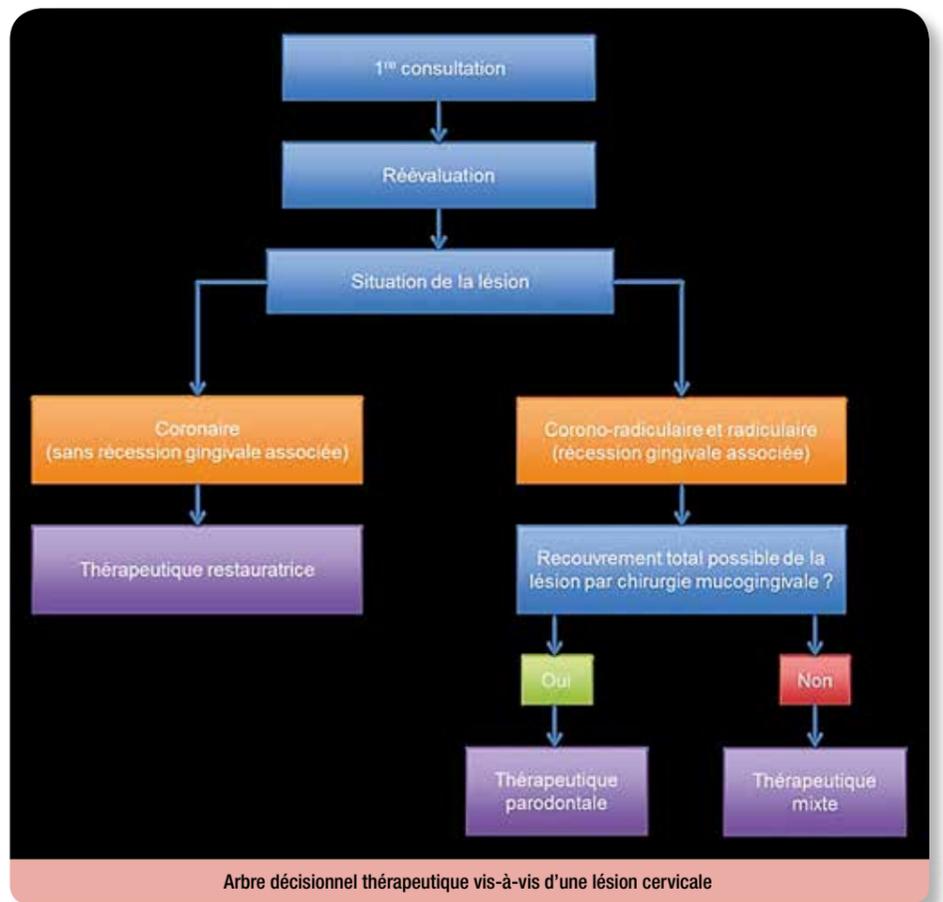
dans certains cas en prévention d'échec de restauration cervicale (Saporta et coll., 2001).

La gestion des pertes de substance cervicale découle d'un plan de traitement global et ne peut se limiter à une discipline en particulier. En effet, elle commence par le diagnostic étiologique de ou des lésions afin d'identifier la cause prédominante.

La connaissance des biomatériaux, leurs caractéristiques et indications ainsi que l'application rigoureuse des protocoles de mise en œuvre permettent au praticien d'utiliser au mieux les propriétés intrinsèques du matériau au service du patient et de pérenniser les restaurations.

La mise en place d'un traitement restaurateur, chirurgical ou mixte permet de soulager les structures dentaires restantes, rétablir une anatomie dentaire optimale et au patient, de retrouver une esthétique.

La prise en charge des lésions cervicales peut être schématisée sous la forme d'un arbre décisionnel.



Arbre décisionnel thérapeutique vis-à-vis d'une lésion cervicale

Point sur la déminéralisation, reminéralisation

L'érosion peut laisser perplexe aux premiers abords car difficilement diagnostiquable aux premiers stades et parce que leur prise en charge (restauratrice) n'a trouvé de réponse que récemment avec l'avancée considérable de la dentisterie adhésive.

La lésion carieuse offre une déminéralisation en surface moins importante qu'en subsurface alors que la lésion érosive peut être vue comme un lavis acide sur la dent, enlevant des couches successives en commençant par les cuspidés.

Ceci peut expliquer les aspects cliniques différents des deux processus (Fig. 1).

La déminéralisation s'opère par palier. En effet, les premiers stades correspondent à une déminéralisation partielle (l'émail est



comme ramolli) qui peut faire l'objet d'une reminéralisation en utilisant la matrice restante.

Nous avons vu que la restauration de telle lésion est difficile (substrat modifié, pose du champ opératoire en cervical délicat etc.) raison pour laquelle la prévention est primordiale :

- éviter le curetage de lésions reminéralisables,
- conservation maximale de tissus sains,
- impliquer le patient dans sa santé bucco-dentaire, l'inviter à prendre soin de lui avec le praticien.

La mise en place de mesures complémentaires permet d'arrêter le cycle de déminéralisation application d'agents pharmacologiques en combinaison avec modification des mesures

d'hygiène buccodentaire et modification des habitudes alimentaires.

Ces agents pharmacologiques sont le plus souvent des agents fluorés car le but est de prévenir la déminéralisation future et favoriser la reminéralisation des tissus déminéralisés.

Les différents agents utilisés Les agents fluorés seuls

- Le fluorure de sodium (NaF) (il existe une conversion lente et partielle de la phase cristalline de l'émail en fluorohydroxyapatite plus résistant aux attaques acides que l'hydroxyapatite).
- Le fluorure d'amine (AmF)
- Le fluorure d'étain (SnF2)
- Le fluorure de titane (TiF4)



Alexis Gevrey

Nous retiendrons que l'AmF, le SnF2 et le TiF4 sembleraient plus efficaces que le NaF (Garot et coll., 2018). Et plus particulièrement avec l'utilisation de solutions à pH bas qui permet la formation plus rapide de Fluorure de Calcium (Ca2 + F) dont le calcium provient de l'environnement buccal à proximité immédiate et une meilleure incorporation des ions métalliques dans l'émail (Teixeira et coll., 2016).

Phosphopeptide de caséine-calcium amorphe (CPP-ACP)

La présence d'acides dans une solution sous-saturée en phosphates et calcium est la dynamique qui permet la déminéralisation de l'organe dentaire. L'incorporation de caséine phosphopeptide permet de stabiliser le calcium et le phosphate sous forme amorphe (Cross et coll., 2005) et son application au contact de la dent permet sa reminéralisation par apport direct de phosphate et calcium.

Combinaison (Fluor/CPP-ACP)

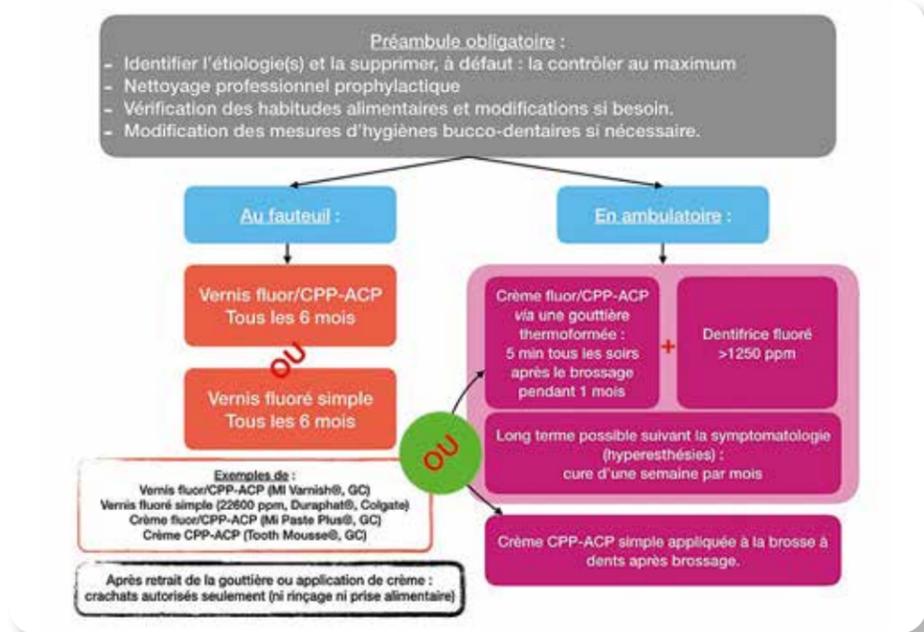
La combinaison de fluor associé au calcium et phosphate semble très intéressante par synergie. L'association de CPP-ACP ainsi qu'un vernis fluoré de 900 ppm semble plus efficace que le CPP-ACP avec un meilleur potentiel

de reminéralisation (Srinivasan et coll., 2010), même constat pour son association avec un vernis fluoré supérieur ou égal à 22600ppm (Bayrak et coll., 2017).

Le vernis semble la forme galénique la plus intéressante car adhère à la dent et permet ainsi une augmentation du temps de contact de ce dernier et offre aussi une barrière mécanique adhérente. Le pilotage des lésions (cariées ou érosives) est une méthode intéressante pour le patient ainsi que le praticien puisqu'il consiste à un suivi régulier chez un patient (informé et motivé uniquement) permettant une reminéralisation de lésions ainsi qu'à un recours à une thérapeutique restauratrice en dernier recours seulement.

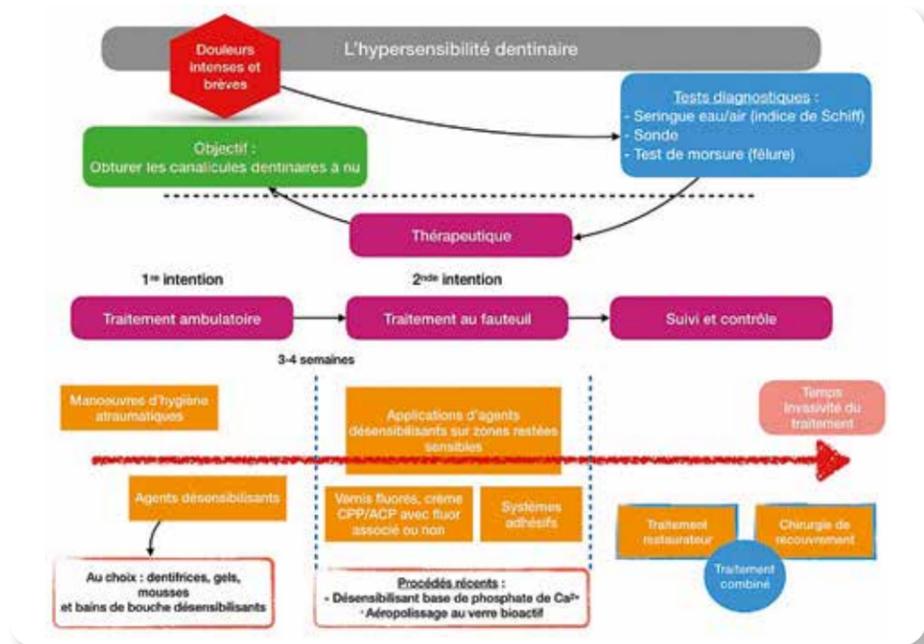
Le patient est alors responsabilisé, impliqué dans sa santé orale et peut se féliciter de son adhésion au plan de traitement quand la reminéralisation des tissus durs est au rendez-vous.

Ci-contre l'approche possible préventive et curative à adapter en fonction de la compliance et des possibilités matérielles du patient (gouttière) (d'après Garot et coll., 2018):



Point sur l'hypersensibilité dentinaire

L'hypersensibilité dentinaire peut affecter rapidement un patient présentant une lésion cervicale, même minime. La démarche thérapeutique et le gradient thérapeutique de son traitement sont exposés dans le schéma ci-dessous :



**PROCHAINS ÉVÉNEMENTS
AO PARIS**

LUNDI 18 MARS

2^e édition de la conférence
« Nouvelle donne conventionnelle »

animée par Elie Attali



OÙ : dans les locaux de GACD - Rue Bleue - 75009 Paris

DÉROULÉ : Accueil apéritif à partir de 20h00
Conférence de 20h30 à 22h00

TARIFS : Inclus dans cotisation 2019
30 € de participation pour les non-membres

Inscrivez-vous et posez votre question en ligne sur aonews-lemag.fr

JEUDI 21 MARS

Gil Tirlot pour une soirée consacrée à
« L'Ultra préservation tissulaire et adhésion, au service des patients atteints d'usure érosive »



OÙ : Intercontinental Marceau
64 avenue Marceau - 75008 PARIS

DÉROULÉ : Accueil d'înatoire à partir de 19h30
Début 1^{re} partie de la Conférence : 20h45

TARIFS : Inclus dans cotisation 2019
120 € de participation pour les non-membres

Informations & inscription en ligne aonews-lemag.fr

CYCLE HYPNOSE

AO Paris vous propose un
Cycle de formation
à l'hypnose médicale



de 14 heures en 4 sessions de 3h30 chacune,
animée par Patrick Assoune
Formation gratuite si prise en charge par le DPC
Toutes les infos sont sur aonews-lemag.fr



Lésions cervicales : les options thérapeutiques

Ciment verre ionomère ou composite

Alexis Gevrey
Nancy

Après compréhension des phénomènes mis en jeu, il convient d'agir sur la cause prédominante et de la contrôler voir si possible de la supprimer. En effet, il semble délicat à un praticien de demander du jour au lendemain à une patiente anorexique/boulimique d'arrêter ses comportements nocifs pour elle premièrement, et ses dents ensuite. Les thérapeutiques mises en jeu suivront toujours la notion de gradient thérapeutique :

- Prévention
- Odontologie restauratrice

- Odontologie chirurgicale : concerne les lésions cervicales essentiellement radiculaire dont le recouvrement peut être obtenu par chirurgie muquo-gingivale uniquement (cf. article de Xavier Bensaïd, AONews #22)

- Combinées, appelées aussi traitements parodonto-restaurateurs, deux approches de ces traitements existent.

Le dépistage de ces lésions doit être systématique dans une dentisterie fondée sur la prévention et l'interception des pathologies plutôt que sur le traitement des séquelles qui les accompagnent. Il s'agit de préserver un capital amélaire dans un monde où les habitudes et les produits mis

à disposition de tous ne font que diminuer. D'autant plus quand le traitement de ces lésions ne fait pas consensus et la pérennité dépend en grande partie des bons soins que le patient se prodigue chaque jour lors de ses manœuvres d'hygiène bucco-dentaire. Le traitement se doit d'être préventif avant d'être restaurateur. En effet, le site cervical est de par sa nature, une zone fragile et difficile à restaurer. Qu'en sera-t-il de nos restaurations si l'étiologie à l'origine n'est pas comprise et si possible éradiquée ?

De nombreux auteurs ont donné leurs indications de recourir à la mise en place d'un soin restaurateur

en site cervical, nous retiendrons celles de Tassery et coll. (2001) qui sont :

- Présence ou non de symptômes d'hyperesthésie dentinaire.
- Importance de la perte de substance et sa forme.
- Risques encourus pour la pulpe et la résistance résiduelle de la dent.
- Pronostic incluant l'aptitude du patient à modifier ses comportements (hygiène, alimentation).
- La demande esthétique du patient.

En termes de matériau utilisé, nous avons le choix entre les ciments en verre ionomère modifiés par adjonction de résine (CVIMAR) et les résines composites (RC).

Les Ciments en Verre Ionomère (CVI)

Les CVI sont issus d'un mélange de poudre de verre avec de l'acide polyalkénoïque.

Les CVI conventionnels ne sont pas abordés ici car leurs propriétés optiques et leur résistance à l'abrasion ne sont pas suffisantes sur le long terme. Afin de pallier à ces faiblesses, les ciments en verre ionomère modifiés par adjonction de résine (CVIMAR) ont vu le jour avec l'ajout d'une petite quantité de résine (5 à 15 % de méthacrylate d'hydroxyéthyle : HEMA) qui confère à ce matériau une résistance à l'absorption hydrique quasi immédiate. Néanmoins, il est nécessaire de les protéger à la fin de leur mise en forme par un adhésif fluide appelé *coating*. Les CVIMAR sont bien plus résistants que leurs homologues CVI à l'abrasion et ont une stabilité optique accrue, néanmoins elle est moins bonne que les RC. Leur prise se fait par acide-base et par photo-polymérisation. Si l'usage du champ opératoire n'est pas obligatoire, il est toutefois important qu'il n'y ait pas d'eau sur le site au moment de la photo-polymérisation.

La mise en place en première intention d'un CVI permet :

- de conserver un maximum de tissus dentaires,
- de limiter le dépôt de plaque et d'encourager l'environnement local de la dent vers la reminéralisation.
- de mettre en place une période de « temporisation » pendant laquelle le patient va changer ses habitudes de vie et d'hygiène, le praticien pourra alors estimer la compliance et la détermination du patient pour la suite du plan de traitement,
- si la restauration fracture, il restera généralement une couche d'ions enrichie favorisant la reminéralisation.
- si cette dernière perdure, l'esthétisme déterminera si elle est laissée telle qu'elle ou modifiée en une technique sandwich que l'on nommera « différée »,
- cette dernière option ne pourra être vue comme une perte de temps car elle aura permis de conserver des tissus dentaires qui auraient été enlevés lors d'une procédure de collage habituel et aura limité une prolifération bactérienne sur les tissus durs ainsi que sur les tissus gingivaux,
- elle peut alors conditionner le succès de la pose d'un champ opératoire en cas de stratification par composite différée.

Ce protocole se verra être utile si le CVI est correctement manipulé et s'il est protégé de manière adéquate pendant sa phase de maturation.

TABLEAU : SYNTHÈSE DES AVANTAGES DES CVIMAR ET DES RC

CIMENTS EN VERRE IONOMÈRE	RÉSINES COMPOSITES
Biocompatibilité envers les tissus	Esthétisme
Propriétés reminéralisantes à long terme	Propriétés mécaniques accrues
Facilité de mise en œuvre	
Reprise facile <i>a posteriori</i>	
Utilisation possible en temporisation	

A-dec, une gamme haute en couleurs.



SASSY
Color by A-dec

PARROT
Color by A-dec



VIOLET
Color by A-dec



EBONY
Color by A-dec



SKY BLUE
Color by A-dec



FUCHSIA
Color by A-dec





a dec
reliablecreativesolutions

“A-dec, l'essentiel et rien d'autre”

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



Réalisation d'une obturation de lésion cervicale au CVIMAR

Cas 1



Lesions cervicales carieuses inactives sur les dents 31 et 41



Éviction carieuse *a minima* après mise en place de cordonnets rétracteurs



Conditionnement des surfaces dentaires



Application du CVIMAR à l'aide de matrices cervicales transparentes (KerrHawe®) et photo-polymérisation



Mise en forme du soin à l'aide de fraises à polir pour résines composites



Application d'un coating afin de préserver la balance hydrique du CVIMAR et de combler les porosités du soin



Dépose du fil de rétraction. Notez l'excès de coating déposé

Cas 2



Vues de la dent n° 33 porteuse d'une résine composite infiltrée



Dépose de la résine composite



Vues postopératoires immédiates du CVIMAR. La couleur de la restauration n'est pas définitive puisque la maturation du matériau prend environ 15 jours. Néanmoins l'intégration esthétique du soin est satisfaisante.



Réalisation d'une obturation de lésion cervicale à la résine composite

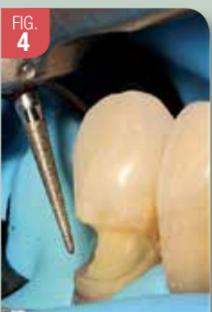
Cas 3



Vue pré opératoire de la dent n° 23 avant dépose d'une résine composite défectueuse (le crampon B4 de chez Hygénic® est souvent bien utile en cervical)



Après dépose de la RC avant et après sablage



Réalisation d'un biseau amélaire coronaire pour une intégration esthétique optimale



Mordançage sélectif de la dentine (15 s) et de l'émail (30 s)



Application d'un adhésif M & R3 (Optibond FL de Kerr®) et passage du fil dentaire avant photo-polymérisation



Transformation de la cavité initiale en cavité de classe 1



Mise en forme de la restauration cervicale en RC



Polissage de la restauration et vue post-opératoire immédiate



Schéma de synthèse



Quelle stratégie d'isolation pour les lésions cervicales ?

David Gerdolle
Montreux (Suisse)

La littérature peine à valider scientifiquement les avantages de l'isolation du champ opératoire au moyen de la digue en dentisterie restauratrice). Par ailleurs, les praticiens autant que les patients y voient souvent et au premier abord une contrainte ou un inconfort plutôt qu'un réel bénéfice. Dès lors pourquoi faudrait-il continuer à employer cette technique opératoire introduite il y a plus de 150 ans ? Tout simplement parce que bien maîtrisée, l'isolation du champ opératoire permet de conjuguer efficacité et rapidité opératoire, tout en améliorant la sécurité et le confort du patient.

Plus spécifiquement, en dentisterie restauratrice et prothétique, l'utilisation de la digue permet d'éviter toute contamination dentinaire et pulpaire par les bactéries et de limiter l'humidité (directe et indirecte) au taux ambiant dans le cabinet. Car la dentisterie peu invasive se doit de préserver l'organe mais aussi de pérenniser la restauration, par définition collée au moyen de matériaux composites, globalement hydrophobes.

Cependant, réussir une isolation efficace dans les régions cervicales en particulier est souvent présenté comme le challenge ultime. Dans cette optique cet article se propose d'apporter un éclairage sur la stratégie à adopter ainsi que sur quelques situations cliniques.

Le but de toute procédure d'isolation est de positionner la feuille de digue au-delà de la ligne de plus grand contour de la dent, à l'intérieur du sulcus et en position inversée.

En cas d'isolation unitaire, le crampon est situé par nature sur la dent à isoler. L'inversion n'est pas obtenue naturellement car les points d'ancrage du crampon entrent en contact avec la racine avant le latex. L'action d'une ligature, complétée le cas échéant par un cordonnet rétracteur ou une bande de téflon permettent alors, après la mise en place du crampon, de réaliser l'inversion.



La fixation des ligatures au cadre permet une rétraction gingivale plus importante, notamment au niveau cervical

En cas d'isolation par quadrant, la dent d'ancrage est choisie dans la situation la plus distale possible et elle reçoit un crampon d'ancrage. Comme dans la configuration unitaire, l'étanchéité et l'inversion à ce niveau sont difficiles à obtenir sans l'action complémentaire d'une ligature, d'un cordonnet ou d'une bandelette de téflon. Concernant les autres dents du quadrant, l'inversion et un surcroît de rétraction gingivale sont généralement souhaités au niveau de la (les) dent(s) à traiter, ainsi que sur les deux dents adjacentes. Une ligature (simple ou double) est le plus souvent suffisante, le cas échéant complétée par un cordonnet rétracteur ou une bande de téflon, selon le degré de rétraction supplémentaire souhaitée. Dans certaines situations (les **challenges cervicaux** en particulier), l'ampleur de la rétraction gingivale à obtenir est si important, qu'un **crampon**, dit **additionnel** ou complémentaire, est positionné d'emblée afin de repousser le latex dans la position la plus apicale possible.



Franchissement des points de contact et utilisation du fil dentaire. À la manière d'une feuille de papier dans une imprimante, une seule épaisseur de latex franchit progressivement le point de contact



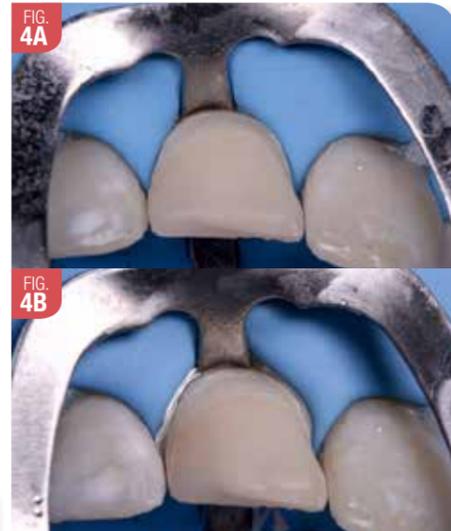
Stabilisation des crampons additionnels. Souvent de constitution grêle et donc moins rigides, les crampons additionnels méritent souvent une stabilisation complémentaire, réalisée au moyen d'un matériau rigide (ici de la pâte thermoplastique).

Ensuite, la stratégie d'inversion propre à toute dans porteuse de crampon est appliquée: une ligature est ajustée autour et au-delà des mors du crampon, un cordonnet et ou une bande de téflon intervenant en compléments éventuels. À noter que les crampons additionnels dont l'arceau est souvent fin et peu puissant demandent parfois à être stabilisés sur les dents adjacentes (au moyen de pâte thermoplastique ou de composite par exemple).

La stratégie est donc finalement simple, puisque toujours la même, et pourrait se résumer ainsi: l'inversion des lèvres du latex est l'élément clé d'une isolation réussie. Le latex et le latex d'abord doit être poussé au fond du sulcus en situation inversée. Dans cette configuration, les berges de la perforation sont plaquées contre la racine par le flux des fluides environnants et l'étanchéité s'établit naturellement selon le modèle de fonctionnement d'une valve cardiaque par exemple. Différents moyens sont utilisés pour garantir cette inversion, parmi lesquels les ligatures, cordonnets rétracteurs et autres bandes de téflon, qui sont toujours placés secondairement et au-dessus du latex (empilés à la façon d'un mille feuilles).

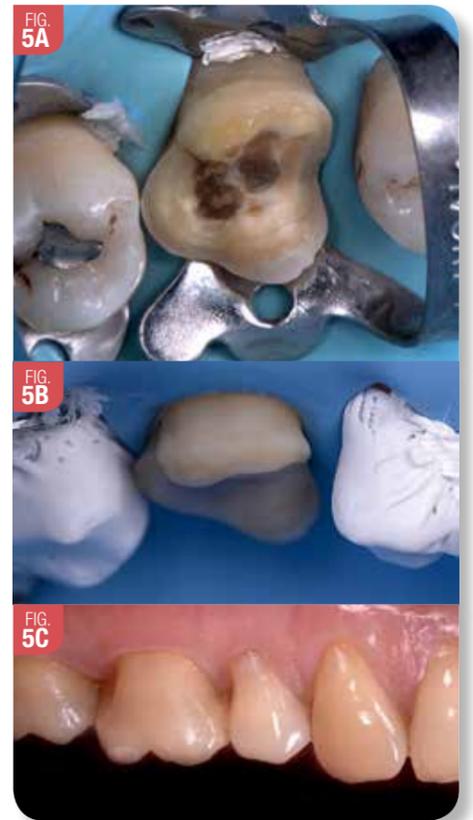
Technique et stratégie dans les secteurs antérieurs et cervicaux: conjuguer digue et clamp additionnel

Dans les secteurs antérieurs, spécialement lorsque l'accès aux zones cervicales est requis, la stratégie d'utilisation des différentes techniques d'isolation et de rétraction gingivale est encore une fois déterminante.



Lésion cervicale, profil radiculaire et crampon additionnel (Fig. 5)

L'accès au collet des molaires est également régulièrement problématique, en raison de profils d'émergence et de contours radiculaires très variables. Dès lors, une première difficulté est de disposer d'un crampon dont le design est adapté à une anatomie cervicale spécifique, et une seconde sera d'assurer l'étanchéité au niveau de la concavité de la furcation, que la digue franchit, là encore et naturellement, de façon rectiligne. Posséder des crampons divers et mixer des techniques (crampon + ligature + téflon) au sein d'une stratégie réfléchie permet de résoudre la plupart des situations rencontrées. Dans l'exemple présenté, un crampon « pré-molaire » est placé d'emblée sur la première molaire, une ligature assure l'inversion et une bande de téflon est finalement compactée dans la furcation vestibulaire (Fig. 5a). Une



isolation conventionnelle avec une simple ligature s'avèrera ensuite suffisante le jour du collage de l'onlay (Fig. 5b). À deux semaines post-opératoire, la situation gingivale est totalement stabilisée (Fig. 5c).

Conclusion

L'efficacité de l'isolation du champ opératoire n'a qu'un secret, celui de la détermination que l'on y engage. Cependant l'utilisation d'un matériel adapté, qui découle d'une stratégie réfléchie, avec le concours d'aides optiques permettant d'objectiver l'efficacité des procédures, sont les clés véritables de la réussite, particulièrement dans les régions cervicales.

UNE IMAGE VAUT MILLE MOTS!

Dam and veneers isolation
Youtube
<https://www.youtube.com/watch?v=x4-eZwbWIAy>

Dental dam and ceramic veneers
Youtube
<https://www.youtube.com/watch?v=rwgaaekj9hM>

Bibliographie

1. Raskin, A., Setcos, J.C., Vreven, J., & Wilson, N.H. Influence of the isolation method on the 10-year clinical behaviour of posterior resin composite restorations. *Clinical Oral Investigations* 2000, 4 (3), 148-152.
2. Mathias P., Rocha V., Saraiva L., Cavalcanti A.N., Azevedo J.F., Paulillo L.A. Intraoral environment conditions and their influence on marginal leakage in composite resin restorations. *Acta Odontol Latinoam.* 2010; 23 (2): 105-10.

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



Marleen Peumans

Les restaurations adhésives (composite): step by step

Marleen Peumans
Louvain (Belgique)

La restauration adhésive est la dernière option thérapeutique pour la lésion cervicale non carieuse (LCNC). Compte tenu de ses excellentes propriétés esthétiques et de ses performances cliniques satisfaisantes, le composite est généralement indiqué pour les LCNC. La performance clinique de ces restaurations dépend grandement du matériau utilisé, notamment en ce qui concerne le système adhésif. Les systèmes MR3 (mordançage-rinçage en trois temps) et le monomère MDP (10-Méthacryloyloxydécyl dihydrogène phosphate) comprenant deux adhésifs auto-mordançants en deux temps garantissent le meilleur collage sur la dentine en termes d'efficacité, tant in vitro qu'in vivo. Avec un système auto-mordançant, une adhésion optimale sera obtenue sur le bord incisif de l'émail après une étape préalable de mordançage sélectif de l'émail à l'aide d'acide phosphorique à 35 %. Le type de matériau composite semble n'avoir aucun impact significatif sur la performance clinique des restaurations des LCNC dans les essais cliniques. Le rôle de l'opérateur, chargé d'exécuter correctement la procédure clinique, compte davantage.

Le déroulement de la procédure comprend: une isolation du champ opératoire, un fraisage de la surface dentinaire, un biseau sur l'émail, une application du système adhésif selon les instructions du fabricant et une application rigoureuse du composite à l'aide de la technique incrémentale. Les finitions et le polissage doivent aboutir à des marges invisibles et indétectables ainsi qu'à une surface uniformément satinée. Dans le temps, une dégradation marginale est fréquemment observée. Une visite de contrôle annuelle comprenant éventuellement un nouveau polissage des marges de restauration permettra d'allonger leur durée de vie. Enfin, il sera nécessaire de sensibiliser le patient lors de ces visites de contrôle.

Le traitement restaurateur des lésions cervicales non carieuses (LCNC) doit être envisagé lorsqu'au moins l'une de ces conditions est observée:

- présence de lésions carieuses cavitaires actives associées aux LCNC ;
- les marges des lésions cervicales ou toutes les marges des lésions cervicales situées sous la gencive, nuisant au contrôle de la plaque dentaire et augmentant ainsi le risque carieux et le risque de maladie parodontale ;
- il existe une perte importante de la structure dentaire, compromettant l'intégrité de la dent, ou une atteinte à proximité de la pulpe ou encore une pulpe exposée ;
- une hypersensibilité dentinaire persistante est observée, qu'aucune option thérapeutique non invasive n'a pu soulager ;
- la dent sert de pilier pour une prothèse amovible ;
- il existe une demande esthétique de la part du patient [24, 29].

Dans les cas où la restauration est nécessaire, la procédure de restauration des LCNC doit être la moins invasive possible. Parmi toutes les techniques disponibles, l'association d'un système adhésif et d'une résine composite reste la procédure de choix pour les praticiens qui apprécient les qualités esthétiques et la bonne performance clinique d'une telle procédure (Fig. 1). Bien que l'utilisation des ciments verres ionomères et des ciments verres ionomères modifiés par adjonction de résine (CVIMAR) ainsi que le recours à la



a. Patiente de 70 ans présentant des LCNC sur toutes les dents antérieures de la mandibule. L'étiologie est d'origine multifactorielle. L'abrasion constitue le principal facteur étiologique. La dentine exposée n'est pas hypersensible. Un traitement mettant en œuvre des restaurations composites directes a été entrepris pour des motifs esthétiques. **b.** Toutes les LCNC, à l'exception de la petite lésion sur la 43, ont été restaurées à l'aide d'un composite nanohybride en association avec un SAM 2 doux.

technique de stratification de résine composite aient été préconisés dans le cadre des restaurations de LCNC, ces matériaux sont moins souvent utilisés [14, 16].

Les restaurations adhésives des LCNC se comportent très bien à long terme [16] (Fig. 2).

Plusieurs paramètres déterminent le comportement clinique de ces restaurations. Selon une revue systématique visant à évaluer l'efficacité clinique des systèmes adhésifs actuels dans le traitement des LCNC, le choix du système adhésif joue un rôle essentiel quant à la dura-



Restaurations en composite de classe V, réalisées 20 ans plus tôt, sur deux prémolaires du bas. Un système adhésif M & R en deux étapes a été utilisé, en association avec un composite microchargé (44) et un composite hybride (45). 20 ans plus tard, les restaurations demeurent acceptables d'un point de vue clinique, présentant de légères altérations marginales ainsi qu'une coloration marginale superficielle.

LA BONNE COLLE

pour chaque situation clinique

Le duo idéal pour vos cas de collage :

Variolink® Esthetic – La méthode facile pour coller les restaurations hautement esthétiques

SpeedCEM® Plus – La méthode efficace pour coller les restaurations en zircone

Constatez par vous-même :
cementation.ivoclarvivadent.com

www.ivoclarvivadent.fr

Ivoclar Vivadent SAS
8.P. 118 | 74410 Saint-Jorioz | France | Tel. +33 450 88 64 00 | Fax +33 450 68 91 52

Recommandé pour
IPS e.max®

passion vision innovation

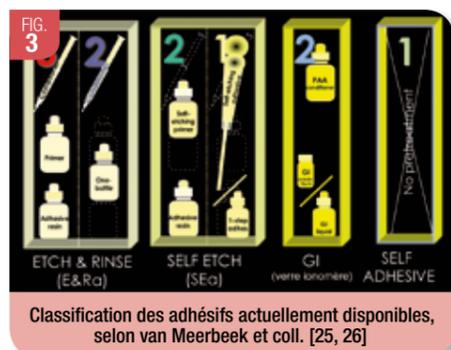
Dispositifs médicaux Classe IIA/CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ces dispositifs médicaux ou sur leur étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie. AD0318



bilité de la restauration [16]. Outre le choix du système adhésif, l'opérateur occupe également une place décisive. Ce dernier doit veiller à ce que la procédure clinique mise en œuvre soit d'une qualité irréprochable : isolation, préparation de la dent, application du système adhésif et du composite, finitions, polissage et enfin entretien de la restauration. Nous allons détailler l'un après l'autre ces différents paramètres.

Sélection du système adhésif

Selon la classification de van Meerbeek et coll. [25, 26], les systèmes adhésifs actuels peuvent être divisés en trois catégories : les adhésifs mordantage-rinçage (M & R), les systèmes adhésifs automordantants (SAM) et les matériaux auto-adhésifs (verres ionomères et composites de scellement auto-adhésifs) (Fig. 3).



L'approche mordantage-rinçage en plusieurs séquences comprend une étape de mordantage avec de l'acide phosphorique qui provoque, au niveau de l'émail, l'apparition de profondes anfractuosités dans le substrat riche en hydroxyapatite et qui, au niveau de la dentine, déminéralise sur une profondeur de quelques micromètres afin d'exposer un réseau de collagène dépourvu d'hydroxyapatite. L'étape suivante consiste soit en l'application/la polymérisation d'une résine combinant primaire/adhésif selon une procédure en deux étapes (M & R 2), soit en l'application successive d'un primaire puis d'une résine adhésive selon une procédure en trois étapes (M & R 3). L'objectif final est de créer un ancrage micro-mécanique par la diffusion et la polymérisation in situ de monomères dans les anfractuosités de l'émail, les tubules dentinaires ouverts et le réseau de collagène exposé, ce dernier formant la fameuse couche hybride [25, 26].

Les systèmes adhésifs auto-mordantants utilisent des monomères acides, ne nécessitant pas de rinçage, qui déminéralisent et infiltrent simultanément l'émail et la dentine. L'auto-mordantage dissout partiellement la boue dentinaire, mais n'élimine pas les phosphates de calcium dissous puisqu'il n'y a pas de phase de rinçage. Le temps d'application clinique est plus court et la technique de mise en œuvre est moins sensible. En plus d'une procédure en deux et en un temps (SAM 1, SAM 2) – selon que l'on utilise ou non un agent adhésif sans solvant séparément –, une autre distinction peut

être établie en fonction du pH du primaire auto-mordantant : fort (pH < 1) (SAM fort) et doux (pH ≥ 1.5) (SAM doux). Ces derniers ne déminéralisent pas complètement la surface dentinaire ; l'hydroxyapatite restera donc dans la couche hybride. Le monomère fonctionnel (à savoir 4-MET, 10-MDP, phenyl-P) présent dans le primaire auto-mordantant a la possibilité d'interagir chimiquement avec l'hydroxyapatite [27]. Cela génère un mécanisme d'adhésion double, micromécanique et

chimique. Parmi tous les monomères fonctionnels disponibles sur le marché, le 10-MDP s'est révélé le plus efficace, capable de former une liaison chimique stable et durable avec l'hydroxyapatite dans la couche hybride [28]. Les systèmes M & R et SAM sont associés à un matériau de restauration (résine composite, giomère ou compomère). Les verres ionomères et les verres ionomères modifiés par adjonction de résine sont des matériaux auto-adhésifs. Un rapide traitement préalable à l'acide polyacrylique est recommandé, débouchant sur une approche en deux temps. La solution à l'acide polyacrylique nettoie la surface de la dent, élimine la boue dentinaire et expose les fibrilles de collagène jusqu'à environ 0,5-1 µ de profondeur ; à partir de là, les composants des verres ionomères se propagent, créant une liaison microchimique selon le principe de l'hybridation. La liaison chimique est en outre obtenue grâce à l'interaction ionique des groupes carboxyles contenus dans l'acide polyacrylique avec l'hydroxyapatite de calcium resté accroché aux fibrilles de collagène.

Il existe d'autres matériaux auto-adhésifs : les composites de scellement auto-adhésifs. La plupart de ces matériaux auto-adhésifs sont disponibles en tant qu'agents de scellement. Il y a quelques années, les auto-adhésifs fluides ont été mis au point et distribués sur le marché des produits dentaires, mais l'efficacité de l'adhérence in vitro à la structure de la dent reste en dessous du seuil des résultats généralement observés avec les systèmes adhésifs communément utilisés et décrits ci-dessus [18].

On constate aujourd'hui une forte tendance à l'utilisation des adhésifs universels. Ces derniers sont en réalité une version revisitée des SAM1 pouvant être appliqués selon plusieurs modes : un mode mordantage et rinçage, un mode auto-mordantage et un mode auto-mordantage avec mordantage préalable et sélectif des marges amélaire à l'aide d'acide phosphorique à 35 % [5, 19].

Les LCNC sont des lésions idéales lorsqu'il s'agit de tester l'efficacité clinique des adhésifs dans le cadre d'essais cliniques [16]. En effet, ces lésions impliquent à la fois l'émail et la dentine, bien que la majeure partie de la structure dentaire recevant l'adhésif soit constituée de dentine. Ces lésions ne produisent généralement pas ou peu de macro-rétention, ce qui provoquerait le décollement d'une liaison

Systèmes adhésifs actuels : 3 catégories

mal réalisée et donc un échec de la restauration. La perte de rétention est le paramètre clé le plus important dans l'évaluation des performances des agents adhésifs dans le cadre d'essais cliniques sur les LCNC. Dans une revue systématique des études cliniques sur les LCNC, le nombre des restaurations perdues par an (calculé sous la dénomination « Annual Failure Rate » ou AFR : Taux d'Échec

Annuel) a été relevé dans 87 essais cliniques testant 78 adhésifs [16]. Les adhésifs étaient classés en 7 catégories (m pour « mild » ou doux et s pour « strong » ou fort) : MR 3, MR 2, SAM 2 m, SAM 2 s, SAM 1 m, SAM 1 s, verres ionomères. Selon une première conclusion, la stratégie adhésive est un facteur déterminant dans l'efficacité du collage pour les LCNC. Les catégories les plus performantes étaient : verres ionomères avec le taux d'échec annuel le plus bas, suivis de près par SAM

2 m, MR 3 et SAM 1 m. Une faible efficacité du collage a été constatée pour les systèmes MR 2 et les SAM s en une et deux étapes. Il a été mis en évidence que le pouvoir de liaison chimique des adhésifs joue un rôle important dans la qualité et la durabilité du collage pour les LCNC. Outre la stratégie adhésive, il existe

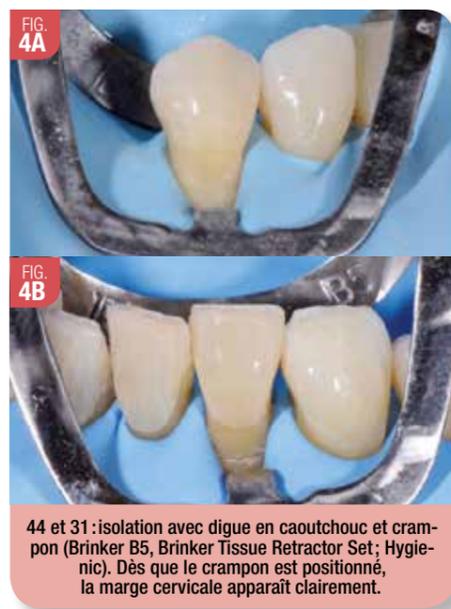
Bonne isolation = facteur de réussite

un large éventail de possibilités parmi les adhésifs au sein de la même famille. Cela signifie que le praticien doit choisir un matériau doté d'une efficacité clinique avérée. Parmi les catégories d'adhésifs les plus efficaces décrites ci-dessus, les scores d'AFR les plus bas ont été enregistrés pour Optibond FL (Kerr) (MR 3), Clearfil SE Bond (Kuraray Noritake) (SAM 2 m) et G-Bond (GC) (SAM 1 m). Ces résultats correspondent à ceux d'une revue systématique évaluant l'efficacité des adhésifs in vitro par des tests de résistance aux microtractions [6]. De la même manière, Optibond FL et Clearfil SE Bond ont obtenu les meilleurs résultats en ce qui concerne la force de liaison immédiate et la force de liaison un an après stockage dans l'eau.

Bien que les matériaux à base de verre ionomère obtiennent de bons résultats en termes de rétention, leurs mauvaises propriétés esthétiques, leur faible résistance à l'usure ainsi que leur solubilité particulièrement marquée dans un environnement buccal acide font qu'ils sont moins indiqués pour la restauration des LCNC, surtout dans la région prémolaire et antérieure [14, 16].

Isolation

Une bonne isolation constitue un facteur important dans la réussite des restaurations des LCNC. Une méta-analyse récemment publiée [12] a souligné que l'utilisation d'une digue en caoutchouc influençait positivement la qualité des restaurations adhésives des LCNC, réduisant ainsi la perte de rétention et améliorant l'adaptation marginale. Par conséquent, lorsque le contexte clinique le permet, une isolation complète à l'aide d'une digue en caoutchouc doit être réalisée. Une stratégie réfléchie doit être mise en œuvre, dans le cadre de laquelle le praticien maîtrise parfaitement les gestes et les écueils à éviter pour isoler correctement sous digue en caoutchouc [4]. Dans cette optique, l'utilisation d'une digue lourde est préférable car elle génère une rétraction optimale des tissus périphériques, papilles comprises. Les trous doivent être correctement perforés de sorte que la totalité des tissus gingivaux soit recouverte. Retourner la digue autour du collet de la dent empêche la salive de s'infiltrer entre la digue



et les gencives. Les crampons utilisés pour l'isolation des LCNC par digue en caoutchouc sont les crampons Brinker Tissue Retractor (B4, B5, B6) (Hygienic, Coltene Whaledent) et le crampon 212 (Hu Friedly). En outre, le fil dentaire, les bandes de téflon et le fil de rétraction gingivale peuvent être utilisés afin d'obtenir une rétraction gingivale (Fig. 4 et 5).

Certaines caractéristiques intrinsèques anatomiques et morphologiques de la zone cervicale peuvent entraver la mise en place de la digue et du crampon. Des difficultés peuvent survenir, par exemple au cours du traitement d'une LCNC sur une molaire ou sur d'autres dents présentant une grande différence de hauteur entre les gencives en vestibulaire et en lingual ou sur des dents présentant un encombrement important.

Lorsqu'une isolation efficace ne peut être obtenue à l'aide d'une digue, il est possible de mettre en œuvre une autre méthode d'isolation. L'insertion d'un fil de rétraction gingivale peut servir à contrôler l'humidité, en association avec des rouleaux de coton salivaire. Si nécessaire, un agent hémostatique peut être utilisé pour empêcher la contamination par le sang. Des études ont montré que la contamination de la dentine par le sulfate de fer ou le chlorure d'aluminium diminue le pouvoir de liaison des adhésifs auto-mordantants [2, 11]. Groddeck et coll. [8] ont montré que la contamination de la cavité par des agents hémostatiques, intervenue après contamination sanguine et éliminée à l'hydropulseur, ne mettait pas en péril l'adaptation marginale au niveau de l'émail et de la dentine lors de l'utilisation d'un adhésif M & R ou d'un SAM. Toutefois, une analyse de la surface des éléments a montré qu'il subsistait des restes d'agents hémostatiques sur les surfaces amélaire et dentinaire après rinçage à l'hydropulseur du sang coagulé. Ces reliquats d'agents hémostatiques à la surface des tissus dentaires durs auraient moins de répercussions sur l'adaptation marginale que sur la force de liaison. Une dernière option consiste à associer une matrice en métal ou en plastique avec des coins de bois à une barrière gingivale photopolymérisée [15].



Préparation de la dent

Préparation de la surface amélaire

Au niveau de la partie coronaire, le matériau composite sera collé à l'émail. Un biseau d'émail court (1 à 2 mm) doit être préparé à l'aide d'une fraise diamantée microfine. Cela servira à éliminer l'émail aprismatique et à augmenter l'adhérence à l'émail [3]. De plus, la création d'un biseau d'émail formera une transition plus progressive entre la restauration en composite et la surface de la dent, améliorant ainsi le rendu esthétique final.

Préparation de la surface dentinaire

Souvent sclérosée, la surface dentinaire des LCNC constitue un substrat plus difficile à coller que la dentine saine. La dentine sclérotique est hyperminéralisée, d'aspect brillant et dur, et les tubules dentinaires sont partiellement ou entièrement bouchés par des dépôts minéraux, générant une plus grande résistance aux solutions acides. L'examen morphologique de l'interface dentinaire sclérosée révèle une fine couche hybride au niveau de la dentine intertubulaire hyperminéralisée ainsi que de courtes brides résineuses, à peine développées [23]. Afin d'augmenter l'efficacité de l'adhérence à ce type de dentine, la surface dentinaire sclérosée doit être préparée à l'aide d'une fraise diamantée (Fig. 6) [12].



Après isolation à l'aide de fils de rétraction gingivale et de rouleaux de coton, la couche contaminée de la surface dentinaire des LCNC est nettement visible. Cette couche contaminée doit être éliminée à l'aide d'une fraise diamantée afin d'obtenir une surface dentinaire propre, susceptible d'assurer une adhésion de bonne qualité.

La dureté de la fraise diamantée joue un rôle important, car elle peut influencer l'épaisseur de la boue dentinaire. La présence d'une boue dentinaire épaisse peut interférer avec l'efficacité des adhésifs auto-mordançants à pH doux/ultra-doux (pH ≥ 2) [7]. Par conséquent, pour être sûr que la surface dentaire dépolie soit propre et présente une quantité minimum de boue dentinaire, la préparation doit être finalisée par un sablage à l'Al₂O₃ (27 µm) (Fig. 5).

De façon générale, la procédure de préparation doit rester la moins invasive possible par un simple dépolissage des surfaces amélaire et dentinaire. Lorsque les LCNC présentent des bords tranchants sur des dents à forte charge occlusale, il peut être justifié d'arrondir la profondeur de la lésion angulaire afin d'améliorer le comportement biomécanique du matériau de restauration, favorisant ainsi la longévité clinique [20, 21].

Application du système adhésif

Le système adhésif doit être appliqué en suivant rigoureusement les instructions du fabricant (Fig. 7 à 9). Lors de l'utilisation d'un adhésif non simplifié (MR 3, SAM 2), le primaire doit être appliqué à la fois vigoureusement et rigoureusement sur la surface dentinaire selon le temps de pose indiqué par le fabricant. Un mouillage optimal et une bonne pénétration de la dentine exposée favoriseront la formation d'une couche hybride de qualité. L'importance de cette étape est trop souvent sous-estimée. Lorsque l'on utilise un système adhésif auto-mordançant doux, de meilleurs résultats cliniques seront obtenus en procédant à un mordantage sélectif de l'émail avec de l'acide phosphorique (Fig. 7a). Ainsi, de légers défauts marginaux ainsi qu'une coloration marginale



a. 31 : mordantage amélaire sélectif de l'émail préparé à l'acide phosphorique (35 %) pendant 20 secondes afin d'optimiser le collage au niveau de la face amélaire incisive. b. Après rinçage à l'eau et séchage, une surface amélaire mordancée mate est nettement visible.



a. 31 : application d'un primaire auto-mordançant 10-MDP (Clearfil SE Bond 2, Kuraray) pendant 20 secondes. b. La surface apprêtée est séchée délicatement à l'aide d'un léger jet d'air jusqu'à obtention d'une surface mate.



44 et 31 : l'adhésif est appliqué, soufflé à l'aide d'un jet d'air puis photopolymérisé pendant 10 secondes.

superficielle apparaîtront moins fréquemment sur la portion amélaire au fil du temps [16]. Le mordantage de l'émail à l'acide phosphorique dessine un tracé de mordantage plus profond et plus prononcé par rapport aux SAM et assure une rétention micromécanique plus élevée ainsi qu'une adhérence optimale à l'émail. Lorsqu'on choisit un adhésif universel, il est préférable d'opter pour un adhésif MDP-10, utilisé en mode auto-mordançant avec mordantage sélectif préalable. L'interaction chimique entre les monomères fonctionnels MDP-10 et le calcium n'est possible que lorsqu'il subsiste de l'HAP dans la couche hybride. Avec la méthode M & R, l'hydroxyapatite sera entièrement dissoute. Enfin, lorsque l'on utilise un système adhésif simplifié, il est préférable de recouvrir l'adhésif d'une pellicule de résine hydrophobe. Cette couche supplémentaire ajoutée après l'application d'un système adhésif simplifié assure une couche adhésive plus épaisse et plus uniforme avec moins d'eau et de solvant résiduels et une réduction importante de la vitesse d'écoulement des fluides. L'interface résine-dentine sera ainsi plus stable [16].

Sélection et application du composite

Sélection du composite

Les LCNC ont un facteur C relativement faible, ce qui signifie que les propriétés mécaniques du composite jouent un rôle moins important dans le résultat de la restauration finale que dans l'efficacité réelle de l'adhésif. En effet, plusieurs publications ont montré que le type de composite utilisé n'avait aucun impact sur l'efficacité du pouvoir de liaison des adhésifs dans les LCNC [10, 14, 16]. De la même manière, les compomères, les giomères, résines libérant du fluorure, ne s'avèrent pas plus performants que les composites conventionnels dans les essais cliniques sur les LCNC [14, 16].

Il a été avancé que les LCNC dont la cause initiale serait l'abfraction devraient être restaurées avec une résine composite micro-chargée ou avec une résine fluide dotée d'un faible module d'élasticité étant donné que ces dernières s'assoupliraient avec la dent et ne compromettraient pas la rétention. Aucune conclusion catégorique ne ressort toutefois dans la littérature concernant les différents taux d'échec des résines composites selon leur rigidité lorsqu'elles sont utilisées pour la restauration des LCNC [17, 22].

Application du composite

Une technique multicouche est proposée afin de diminuer la rétraction due à la polymérisation et obtenir également une meilleure adaptation marginale dans les cavités de classe V. Étant donné que l'adhésion à l'émail est plus forte et plus prévisible, l'application du matériau doit se faire à partir de la face gingivale, sans recouvrir l'émail. À chaque fois que cela est possible, la cavité doit être restaurée avec deux ou trois incréments (Fig. 10 à 12). Le dernier sera appliqué sur la limite amélaire. Les lésions de petite taille peuvent être restaurées à l'aide d'un seul incrément. Une méthode d'application alternative consiste à recouvrir l'intégralité de la surface dentinaire exposée avec une fine couche de composite fluide dans un premier temps, de manière à optimiser l'adaptation du composite de la surface dentinaire hybridée. De plus, le module d'élasticité plus faible et la flexibilité plus importante du composite fluide compenseront la rétraction due à la polymérisation. Dans un deuxième temps, le reste de la lésion sera restauré à l'aide d'un composite conventionnel plus rigide (Fig. 13 et 14).



a. 44 : application d'un composite dentinaire chromatique recouvrant la surface dentinaire (Essentia Dark Dentin, GC) suivie d'une photopolymérisation. b. Ensuite, un composite amélaire chromatique transparent (Essentia Dark Enamel, GC) est appliqué pour restaurer le contour de la dent. Cette couche recouvre le biseau d'émail incisif.



a. Application d'un gel de glycérine et photopolymérisation finale (20 secondes) afin d'éliminer la couche inhibée par l'oxygène. b. Les restaurations sont contrôlées une semaine après la dernière séance de finition/polissage.



LCNC sur 44, 42, 41, 31 avant (a)/après (b) la pose des restaurations composites directes.



LCNC sur 34 et 35 avant (a) et après (b) traitement restaurateur avec restaurations composites directes.



a. 35 : application du système adhésif. b. Une fine couche de composite fluide est appliquée sur toute la surface dentinaire avant d'être polymérisée. c. Un composite micro-hybride conventionnel est posé afin de restaurer le contour initial partant du tiers cervical et recouvrant la limite amélaire incisive.

En ce qui concerne l'aspect esthétique, la teinte de la zone cervicale est facile à obtenir. L'utilisation d'un composite dentinaire chromatique d'opacité moyenne associé à un composite amélaire chromatique légèrement translucide parvient à reproduire la structure naturelle de la dent (Fig. 10). La plupart des praticiens préfèrent une construction chromatique plus



simple à l'aide d'un seul composite chromatique d'opacité moyenne. Un soin tout particulier sera apporté à la technique d'application afin de minimiser la phase de finition.

Finitions et polissage

Il convient d'éviter les excédents et les rugosités dans les restaurations des LCNC. Une rétention de la plaque dentaire, une inflammation gingivale et l'apparition de lésions carieuses signent non seulement l'échec de la restauration, mais génèrent aussi de nouveaux problèmes pour le patient. Des procédures de finition et de polissage mal réalisées peuvent endommager les tissus durs et mous. Les techniques induisant une phase minimale de finition et de polissage sont idéales, mais des restaurations aux contours nets s'obtiennent rarement sans qu'il soit nécessaire d'éliminer l'excès de matériau, particulièrement au niveau des bords.

Quand cette phase s'avère incontournable, il faut utiliser de préférence une pointe de finition diamantée ultra-fine (granulométrie 40 µm), un disque abrasif pour la finition des composites, avant de terminer avec des pointes de polissage en caoutchouc avec une granulométrie décroissante (Fig. 15).



a. Finition et polissage des restaurations composites des LCNC. À l'aide d'une fraise diamantée à pointe ultra-fine (40 µm).
b et c. Puis à l'aide de pointes de polissage en caoutchouc avec une granulométrie décroissante.

Entretien

Au cours de la visite de contrôle annuelle, l'état des restaurations doit être vérifié. Une détérioration marginale se manifestant par

une coloration et de légers défauts est souvent observée au fil du temps avec les LCNC [9, 16]. La durée de vie de ce type de restaurations peut être prolongée par un nouveau polissage des limites de restauration (Fig. 16). Dans le cas de détériorations plus importantes, des réparations localisées seront entreprises.

L'influence des facteurs liés au patient sur la performance clinique de ces restaurations ne doit pas être sous-estimée. Comme évoqué dans l'article précédent, il convient de veiller à maîtriser constamment l'étiologie des LCNC afin de prévenir la récurrence desdites lésions. Il est important de souligner que la plupart des essais cliniques sur les LCNC n'incluent pas les situations particulières telles qu'une hygiène bucco-dentaire défaillante, un risque carieux élevé, un bruxisme sévère et des problèmes d'érosion. Bien que l'on puisse supposer que ces patients à haut risque aient une forte influence négative sur la durée de vie des restaurations, la longévité clinique des résines composites



Une patiente souhaite faire remplacer les restaurations cervicales en composite à cause des bords colorés. Un polissage des limites des restaurations a permis d'éliminer la coloration superficielle, augmentant du même coup la longévité de ces restaurations. Dans un second temps, l'ancien bridge Maryland, peu esthétique, a été retiré et remplacé par un bridge en composite renforcé aux fibres.

utilisées comme matériaux de restauration dans un tel contexte devrait être mesurée dans le cadre d'études cliniques.

Conclusion

Avec leur technique peu invasive, les restaurations directes en composite sont le traitement de choix des LCNC. Ce type de restaurations montre un niveau de performance clinique satisfaisant sur le long terme, à condition que le système adhésif sélectionné fasse preuve d'une efficacité clinique avérée.

L'excellent niveau de compétences du praticien associé à une mise en œuvre méticuleuse de la procédure est indispensable pour augmenter la longévité des restaurations. Enfin, l'impact des facteurs liés au patient sur la performance clinique des restaurations ne doit pas être sous-estimé.

Bibliographie

1. Abdalla R, Mitchell RJ, Ren YF. Non-carious cervical lesions image by focus variation microscopy. *J Dent* 2017; 63 (8): 14-20.
2. Ajami AA, Kahnmoii MA, Kimyai S, Oskoe SS, Pourmaghi-Azar F, Bahari M, Firouzmandi M. Effect of three different contamination removal methods on bond strength of a self-etching adhesive to dentin contaminated with an aluminum chloride hemostatic agent. *J Contemp Dent Pract* 2013; 14 (1): 26-33.

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

Hypersensibilité dentinaire ? Un soulagement instantané*¹ et durable² qui commence avec votre recommandation

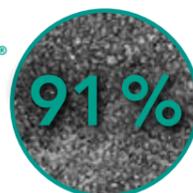


elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ avec sa technologie PRO-ARGIN® unique

- Bloque instantanément l'influx douloureux* :
60,5% de réduction de l'hypersensibilité dès la première utilisation^{1,**}
- Soulage la douleur durablement :
80,5% de réduction de l'hypersensibilité après 8 semaines^{2,**}

- Obturation supérieure des canalicules dentinaires :
91% d'occlusion contre **67%** avec une technologie fluorure stanneux / fluorure de sodium^{3,#}

Technologie PRO-ARGIN®



Pour plus d'informations, consultez le site www.colgateprofessional.fr

Contact Commercial :
02 37 51 67 59

* Pour un soulagement instantané de la douleur, appliquez directement sur les zones sensibles avec le bout du doigt et massez délicatement pendant 60 secondes.

** Comparé à la valeur initiale

Étude *in vitro*, après 5 applications par rapport à la technologie fluorure stanneux / fluorure de sodium (p < 0,05)
Références : 1. Nathoo S, et al. *J Clin Dent*. 2009 ; 20 (Spec Iss) : 123-130. 2. Docimo R, et al. *J Clin Dent*. 2009 ; 20 (Spec Iss) : 17-22. 3. Hines D, et al. Poster accepté, Juillet 2018 IADR. Colgate-Palmolive Company 2018.

Le dentifrice elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ est un dispositif médical de classe IIa pour soulager l'hypersensibilité dentinaire. Lire attentivement les instructions figurant sur l'emballage. CE 0483. Colgate-Palmolive manufacturing Poland, Sp. z o.o., Aleja Colgate 2, Swidnica 58-100, Poland. Mise à jour septembre 2018



PROFILE DESIGNER

iphysio[®]

LA SIMPLICITÉ EN IMPLANTOLOGIE

CONCEPT BREVETÉ 3 EN 1
Cicatrisation - Empreinte - Provisoire



NOUVEAUTÉ

UNIVERSEL
Disponible pour les plus
grandes marques d'implants

UN PROTOCOLE SIMPLIFIÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION BIOLOGIQUE

Iphysio[®] permet de réaliser la cicatrisation, l'empreinte et la prothèse provisoire sans démontage.
Ce Profile Designer de forme anatomique permet de sculpter un vrai profil d'émergence non circulaire,
favorise le maintien des papilles et la conservation de la gencive kératinisée.

Une (R)évolution majeure qui, en plus d'apporter confort et respect biologique, vous fera gagner un temps précieux.

INFORMATIONS

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

Distribué par

LYRATM

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.



*Ensemble,
nous évoluons*

Venez nous retrouver à l'IDS
Stand n° M10 - Hall 10.2

IDS
2019

12.-16.3.2019

Pour en savoir +
Tél. : +33 1 30 76 03 00
Email : info@melagfrance.fr
www.melagfrance.fr

MELAG[®]
France
Expert en Hygiène

Conserver ou implanter avec les « Khayat Brothers »

Cyril Licha et Patrick Chelala

Très grand succès le 13 décembre pour la dernière soirée AO Paris de l'année avec les frères Khayat ! Plus de 120 praticiens sont venus écouter ce duo de choc qui a abordé une question que chaque praticien se pose au quotidien : conserver ou implanter ?

Philippe Khayat, implantologiste, et son frère **Bertrand**, endodontiste, ont animé avec passion cette soirée en partageant leur analyse de différents cas relatifs à leur spécialité et à leur expérience.

La conférence commence par l'analyse de clichés radiographiques. D'emblée, le CBCT s'impose comme un examen pré-opératoire indispensable à la prise de décision.

L'absence de parois osseuses autour d'une lésion apicale indique d'emblée la chirurgie endodontique ; une cicatrisation après un traitement orthograde étant impossible.

La présence d'une fracture invisible sur un cliché 2D mais identifiable au CBCT indique l'extraction.

La présentation s'anime par des allers-retours entre les deux frères qui discutent et argumentent. Finalement, on se rend compte que l'implantologiste se montre très conservateur, contrairement à ce que l'on aurait pu penser !

Les cas s'enchaînent, et Bertrand Khayat nous présente un échec. Le patient revient quelques années pour des douleurs sur cette même dent, après une chirurgie endodontique. Cette dent présente alors une fracture, mais sur la racine non traitée ! Il n'existe pas de fractures ou fêlures types : on peut les retrouver au niveau du plancher pulpaire, au niveau de l'apex, ou encore en plein milieu de la racine. C'est pour cela que parfois, il est nécessaire de s'adapter pendant la chirurgie, quitte à réséquer plus de tissu dentaire.

Des études montrent que la réalisation d'une chirurgie endodontique n'est pas directement

responsable de fractures post-opératoires. Les fêlures et fractures arrivent, et parfois au mauvais moment ! La résistance mécanique d'une dent n'est pas réellement dans la longueur de la racine mais dans la résistance mécanique coronaire et cervicale.

Les pratiques actuelles nous incitent à conserver de plus en plus, mais après fracture on se dit qu'une thérapeutique implantaire aurait été plus adaptée (et c'est alors à Philippe de faire un petit geste commercial !)

Une question se pose : est-ce que l'endo, ça marche ? Une première étude présentée donne un taux de survie à 8 ans de 97 % sans symptômes pour les traitements endodontiques orthogrades ; une autre présente un taux de 83 % pour les traitements endodontiques orthogrades et 80 % pour les reprises de traitements.

Une troisième étude montre que les techniques de microchirurgie endodontiques donnent 94 % de succès.

À cela il faut comprendre que parfois, le traitement endodontique classique ne suffit pas parce que l'anatomie canalaire n'est pas régulière (présence d'isthmes, de canaux ovalaires, etc.).

Dans ces cas, la chirurgie endodontique est le seul moyen de mettre en forme l'apex et d'obturer de façon étanche. Il faut pour cela du matériel adapté : des aides optiques (microscope), des moyens hémostatiques, etc. Une résection bien menée doit être biseautée, pour permettre une bonne visibilité et pour libérer un passage pour les instruments. Bertrand Khayat a d'ailleurs développé en partenariat avec Actéon un kit d'instruments US « Endo Success » qui a permis d'améliorer la mise en forme canalaire (au-delà de 6 mm de préparation à rétro) et donc d'augmenter les taux de succès de la chirurgie à rétro.



Lorsque la conservation est impossible, la solution de choix est la thérapeutique implantaire. Elle présente cependant des contraintes et des complications, la plus connue étant la péri-implantite. Philippe Khayat la présente comme la maladie du siècle. Toutes les marques d'implants et tous les designs sont concernés : cône morse, plateforme switching, surfaces rugueuses ou lisses. La rugosité des implants permet de maintenir l'os autour du col implantaire. Cependant, les surfaces rugueuses retiennent plus de plaque dentaire. La question est de savoir si les implants lisses sont moins sujets à la péri-implantite. L'étude de Raes 2018 montre que les implants à surface usinée lisse développent 4 fois moins de péri-implantites que les implants rugueux.

Pour poser le diagnostic de péri-implantite, il faut mettre en évidence une évolution, une perte osseuse, une suppuration, ou une inflammation. La perte osseuse seule ne suffit pas.

La conduite à tenir lorsque les spires sont exposées dans un cas de péri-implantite est de réaliser une implantoplastie sans comblement pour éliminer les rugosités. Il faudrait idéalement avoir des implants à la fois lisses et rugueux. Philippe explique qu'il utilise des implants hybrides : lisses au niveau du col et rugueux sur la partie apicale de l'implant. (Legacy®, Implant Direct)

En résumé, les critères de décision entre chirurgie endodontique et implantation sont nombreux. Certains contre-indiquent la réalisation de la chirurgie endodontique comme les obstacles anatomiques en fonction de la localisation de la dent (le sinus ou nerf alvéolaire inférieur) ou encore des racines trop courtes. À l'inverse, la conservation sera préférée en

cas de pilier de bridge présentant une lésion apicale (quand la prothèse est adaptée), ou en cas d'instrument cassé. Comme le dit Bertrand Khayat : « *ce n'est pas vous qui regardez l'instrument, c'est lui qui vous regarde !* ». De plus, les aprioris du patient sont à prendre en compte : certains patients sont réfractaires à la pose d'implants, la chirurgie endodontique peut alors être indiquée.

La conférence se termine par un cas peu conventionnel : une patiente présente une incisive maxillaire non conservable avec perte de la table osseuse vestibulaire. La problématique est la gestion esthétique des tissus mous du secteur antérieur. Philippe a indiqué une extraction et implantation immédiate avec reconstruction de table osseuse vestibulaire par un prélèvement tubérositaire conjonctif et osseux. Il faut cependant garder à l'esprit que la fracture d'implant est possible. Aucune thérapeutique n'est parfaite, et la réflexion pluridisciplinaire en concertation avec le patient est nécessaire pour identifier la meilleure option thérapeutique.

Cette soirée fut aussi l'occasion pour **Ilana Amor** de passer le flambeau de la présidence à **Franck Sebban** après 3 ans de bons et loyaux services ! Mazeltov à notre nouveau président et bravo Ilana !!

Enfin, nous avons découvert les heureux lauréats du prix de thèse Jacques Breillat soutenu par notre partenaire Labocast. Félicitons **Elise Pastwa** (Nancy Metz), **Adrien Deschamps** (Strasbourg), **Laura Jaussaud** (Paris 5), **Maureen Nkambeu Simo** (Paris 7) et **Léo Roos** (Strasbourg) et remercions **Grégory Scialom** (président de Labocast).

Une très belle soirée orchestrée de mains de maître par **Michèle Albou** et **André Sebbag** !



Michèle Albou entourée par Philippe et Bertrand Khayat



Une partie du bureau : Éric Castel, Géraldine Fima, Ilana Amor, Franck Sebban, Sydney Boubli, Mylène Popiolek et Audrey Ohayon



André Sebbag avec Jacques Bessade et Alexis Gevrey



Léo et Thierry Roos avec Deborah Amar et Cyril Boukhris (IDI)



Franck Sebban et l'équipe de GACD



Salima Ferradji sur le stand Pierre Fabre Oral Care



Des étudiants toujours heureux de retrouver leur professeur, Claude Bernard Wierzba



N'oubliez pas les aides optiques !



René Arav et Nathalie Attali



Sur le stand Dentalinov avec Xavier Bensaid, Jonathan Sellem, Léonard Sebbag (AO Paris Jeunes) et Bilal Omarjee



Le maître Jean-Paul Albou et ses élèves



Carole Krief (Dentalinov) avec Serge Zagury et Didier Cochet (Henry Schein)



(Airel) entourée par Jacques et Gérard Lacroix (Implant Direct)



Guillaume Jouanny et Maxime Lucas



Passation de pouvoir présidentiel !



De beaux diplômes pour de beaux conférenciers !



Quatre des cinq lauréats du prix de thèse avec A. Sebbag et Grégory Scialom (Labocast)

La nouvelle convention, le poison d'avril

André Sebbag

Dès la rentrée 2019, AO Paris s'est mobilisée pour offrir à ses membres deux soirées d'information sur la nouvelle donne conventionnelle. Elie Attali, expert près des tribunaux, chargé de cours à la Faculté Paris 7 et futur candidat aux élections ordinaires de Paris, nous a proposé de mieux comprendre le virage que prendront nos cabinets. Il a accepté également de signer l'éditorial de ce numéro afin de dépeindre le nouveau paradigme tant redouté. Trois paniers de soins sont proposés. Un reste à charge 0, un panier limite, un panier à honoraires libres. Arriver à slalomer entre les piquets sera le nouveau sport national. Des soins seront revalorisés sur une échéance

progressive de trois ans pendant que dans le même temps, les soins prothétiques seront plafonnés, puis viendront à diminuer.

Nous savons déjà que certains de nos anciens retraités qui continuaient d'exercer ont décidé de baisser les bras. Un droit de « revoyure » permettra aux trois parties de faire un point sur l'état des lieux de la profession.

Comme pour cette première réunion, GACD nous accueillera dans ses locaux parisiens le lundi 18 mars à 20h. S'informer c'est prévoir ? Un grand merci à notre membre Elie Attali pour son dévouement et sa disponibilité.



Notre conférencier avec l'équipe de GACD



Les praticiens mobilisés pour mieux comprendre la nouvelle convention



Transmettre son patrimoine

Jean-Luc Guetta

Pour clôturer l'année 2018 nous avons assisté à une soirée de droit, animée par Maîtres Sarah Nataf-Sultana et Sarah Guedj notaires associées. Le sujet était « Transmettre son patrimoine ». Un sujet traitant de droit nous a changés de sujets exclusivement de dentisterie mais on a pu quand même trouver quelques correspondances nous concernant.

N'oubliez pas la convention européenne à Porto la dernière semaine de juin 2019.

Les partenaires de la soirée : AXA (Alain Taieb), Pierre Fabre Oral Care (Elisabeth Ollive), Tov Implant (David Elkoubi), Dentalart (Gilles Mosca)



Michele Guedj, Marion Ammar, la présidente Laura Levy et Anaëlle Delouya



Les intervenantes Sarah Nataf-Sultana et Sarah Guedj avec Edouard Zeitoun, Cecile Toutou et Michele



Jeremy Delouya et Marion Ammar



Nathalie Assayag, Sabine Scemama Ammar et Carole Lugassy



Brigitte Chocron et Marco



Des étudiants de 2^e année



Thierry Meyer, past président et Marion



N'oubliez pas la convention européenne à Porto la dernière semaine de juin 2019 !

Convention européenne à Porto du 26 au 30 juin

PROGRAMME

Mercredi 26 juin	Jeudi 27 juin	Vendredi 28 juin	Samedi 29 juin	Dimanche 30 juin
Arrivée à partir de 14h	Visite de Porto départ 9h	Board meeting 7h30-9h meeting room	<i>Journée libre</i>	Farewell coffee break 10h Roof Top
Board meeting 17h-19h meeting room	Lunch Jewish center	Journée de formation 9h-15h30 Lunch Douro Norte & Sul	Office religieux Lunch Jewish center	
	<i>Après-midi libre</i>	Programme accompagnants		
	Etudiants/ Jeunes installés « Fun session »	Kabbalat Shabbat		
<i>Soirée & repas libres</i>	<i>Soirée & repas libres</i>	Shabbat 20h Jewish center	Dîner de Gala 20h Hôtel Sheraton	

Hôtel de la Convention

Porto Palácio Congress Hotel & SPA

Tarifs en Executive Room: 170 € (single), 185 € (double)

Inscription: cmcosta@portopalaciohotel.pt, Cláudia Costa

Pour en savoir plus ou pour des infos mises à jour: www.aoporto2019.com



www.aoporto2019.com

Une soirée originale pour commencer l'année à Nice

Le bureau AO Nice

L'année a bien commencé pour le chapitre niçois. C'est **Fabrice Campana** qui nous a présenté une conférence très originale avec une iconographie « surprenante ». Fabrice Campana est MCU-PH à la Faculté de Aix-Marseille et responsable de la consultation de pathologies de la muqueuse buccale. Le thème « Sexe et Bouche » en a surpris plus d'un mais a rempli la salle du Palais de la Méditerranée avec une présentation très pertinente. Merci à Fabrice, à nos partenaires d'être toujours présents et à nos membres venus en nombre, plus de 70 participants, pour lancer cette édition 2019 qui s'annonce riche.

Prochaine soirée lundi 25 mars avec Jonathan Semtob



Meryl Hayat, Sidney Touret et Lionel Sellam, toujours de bonne humeur !



Fabrice Campana avec le bureau, Georges Afota (Trésorier), Nathan Touret (secrétaire), Franck Afota (Vice-président) et Franck Hagege (Président)



Frédérique Bally-Genet (présidente du Cercle d'Études Dentaires et Stomatologiques de la Côte d'Azur), Agnan Ipala (Orasoptique), Sidney et Thierry Touret



Le président avec les Drs Bouganim



Marie-Eve Bezzina nous a également fait l'honneur de sa présence



Les étudiants toujours là pour les soirées AO Nice



Stéphane Voulfort (Alphabio) avec Mickael Afflalo



AO Nice Côte d'Azur 2019

PROGRAMME

- ♦ Lundi 25 mars : Jonathan Semtob (parodontiste, Paris)
Gestion des tissus mous : quels critères de décision pour des techniques chirurgicales autour des dents et des implants ?
- ♦ Jeudi 6 juin : Bertrand Khayat (endodontiste, Paris)
Actualisation dans la décision et le choix de la chirurgie endodontique
- ♦ Gala juin (date à confirmer)
- ♦ Lundi 16 septembre : Nathalie Vincent (ORL, Nice)
L'orthèse d'avancée mandibulaire : rôle du chirurgien-dentiste dans le SAOS
- ♦ Lundi 9 décembre : Gabriel Bendahan (orthodontiste, Paris)
Le point sur les aligneurs orthodontiques

Bureau AO Nice 2019

- Président : Franck J. Hagege
- Vice-Président : Franck Afota
- Secrétaire : Nathan Touret
- Trésorier : Georges Afota

Cotisation

300 € les 5 conférences (buffet K) + le gala
65 €/conférence pour les non-membres, gratuit pour les étudiants
Renseignements : Alphaomega.nice@hotmail.com

Voyage organisé par AO Paris du 29 mai au 2 juin (Ascension)

Sur les traces juives en Thessalonique*
SÉJOUR CULTUREL ET CONVIVAL AVEC UN GUIDE EXCEPTIONNEL !

(Départ : mercredi 29 mai - 15h45 • Retour : dimanche 2 juin - 19h)

TARIF : 1 200 €/personne (taxes comprises sur la base de 40 participants en chambre double)

Ce tarif comprend :

- Les vols A/R et transferts
- Hébergement au Boutique Hôtel DAIOS*****
- Les petits-déjeuners
- 4 dîners dont le dîner de Shabbat
- 2 déjeuners
- Guide francophone
- Visites des musées et sites archéologiques

Surclassement possible en chambre supérieure, vue mer ou suite avec supplément

Frais de participation au congrès scientifique : 120 €/personne (déduction fiscale possible)

Réservations auprès de Chantal Elysées Tours au 0149 70 49 71.

Informations complémentaires auprès de la GO d'AO Audrey OHAYON au 0680 11 71 05

*Programme scientifique en cours



DERNIÈRES PLACES



Musée juif de Thessalonique

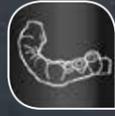
**NOUVEAU F.O.V
12x10 cm**

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 Prix Meridol, met à l'honneur depuis 16 ans des travaux de haute qualité en parodontologie et/ou implantologie issus de jeunes cliniciens ou chercheurs provenant de toutes les UFR d'Odontologie de France.

Les candidatures sont à soumettre au plus tard le 15 mai, sous forme de résumé à déposer directement sur le site <http://www.colgateprofessional.fr> et seront acceptées ou refusées par le bureau du Collège National des Enseignants en Parodontologie (CNEP), présidé par le Pr Sylvie Jeanne, pour présentation finale le samedi 14 septembre aux journées du CNEP à Lille, lors d'une session de 2h de communications orales.

Deux lauréats seront désignés par un jury scientifique et par le public qui votera le jour des communications orales au CNEP. Ils repartiront avec un prix prestigieux, et **Colgate, partenaire de longue date du CNEP, aura l'immense plaisir d'inviter les deux lauréats au Congrès AAP 2020 à Honolulu, Hawaii.**



IDS (12-16 mars) continue d'élargir sa gamme de prestations de services



Pour se rendre au 38^e Salon international d'odontologie, les exposants et les visiteurs du monde entier réservent maintenant leur vol ou leur billet de train ainsi que leur chambre d'hôtel ou autre. Afin de leur offrir les meilleures conditions possibles pour une participation ou une visite réussie, Koelnmesse continue d'élargir sa gamme de prestations de services : **la gratuité des transports publics, déjà instaurée sur le réseau VRS (Verkehrsverbund Rhein-Sieg), s'étendra pour la première fois au réseau VRR (Verkehrsverbund Rhein-Ruhr).**

La carte d'entrée à IDS 2019 est assimilée à un titre de transport sur le réseau (VRS) et, pour la première fois, sur le réseau VRR. La clientèle du salon peut ainsi profiter des offres d'hébergement attrayantes, proposées également dans les environs de Cologne et la conurbation Rhin-Ruhr. En raison de sa parfaite intégration au réseau de communication, le parc des expositions est à moins de 30 minutes de Düsseldorf et de Bonn. Des villes de la conurbation Rhin-Ruhr, à savoir Duisbourg, Essen, Gelsenkirchen, Mühlheim ou encore Dortmund, il faut compter entre 45 minutes et une heure de trajet. Les personnes dont l'avion atterrit à l'aéroport de Düsseldorf ou qui passent la nuit dans un hôtel d'Essen peuvent utiliser gratuitement les trains express régionaux, les trains express urbains « S-Bahn », les tramways et les bus urbains qui assurent rapidement et confortablement la liaison avec la gare de Cologne-Deutz, située à proximité immédiate du parc des expositions de Cologne. Grâce à ce service supplémentaire, il est possible de profiter des possibilités d'hébergement de toutes sortes dans de plus petites villes et municipalités (Düren, Leverkusen, Solingen, Troisdorf, Siegburg, Hennef) desservies par les trains de la Deutsche Bahn et ainsi reliées à Cologne, site de salons. Complément d'information sur le réseau VRS (Verkehrsverbund Rhein-Sieg) et le réseau VRR (Verkehrsverbund Rhein-Ruhr) : www.vrsinfo.de/et www.vrr.de

Bluephase G4 Ivoclar Vivadent a développé la première Bluephase intelligente



Élégante, fiable et intelligente, voici Bluephase G4, la première lampe à polymériser Bluephase dotée d'un système d'assistance personnel. Pour des résultats encore meilleurs.

Des matériaux et des équipements fiables sont indispensables au succès des restaurations directes et indirectes. Cependant, beaucoup de gens ne le savent pas : la précision avec laquelle le processus de photopolymérisation est effectué a également un effet important sur la pérennité des restaurations composite. C'est ici qu'intervient Bluephase G4, la dernière lampe à photopolymériser d'Ivoclar Vivadent. La quatrième génération de la famille Bluephase est non seulement élégante, mais offre également une nouvelle fonctionnalité conviviale : la technologie Polyvision.

Une vibration alerte l'utilisateur en cas d'erreur d'application

La technologie Polyvision permet à la Bluephase G4 de détecter si la pièce à main se déplace pendant le processus d'exposition, ce qui pourrait compromettre la fiabilité de la polymérisation. Dans ce cas, la lampe émet une alerte par vibration pour informer l'opérateur de l'erreur et, si nécessaire, prolonge automatiquement le temps d'exposition de 10 %. Si la pièce à main bouge trop – par exemple, si l'embout lumineux glisse hors de la cavité buccale – la lampe s'éteint automatiquement afin que la procédure de polymérisation puisse être répétée correctement. Les avantages pour l'opérateur sont : une manipulation facile, une assistance discrète, des résultats de polymérisation fiables et des patients satisfaits.

Une lampe à polymériser qui communique avec l'opérateur

Grâce à son système d'assistance automatisé, Bluephase G4 représente une toute nouvelle génération de lampes à photopolymériser capables à la fois d'obtenir des résultats de polymérisation fiable et de communiquer avec l'utilisateur. Cette lampe à polymériser offre une intensité lumineuse de 1200 mW/cm², la technologie LED Polywave avec un large spectre de 385 à 515 nm et une fibre optique de 10 mm de large avec un profil de faisceau homogène. Ces fonctionnalités permettent une utilisation exceptionnellement efficace : des résultats de haute qualité dans des délais très courts.



La nouvelle Bluephase G4 : une photopolymérisation sereine grâce à la technologie intelligente Polyvision

Bluephase® est une marque déposée par Ivoclar Vivadent AG. Bluephase est un dispositif médical de Classe IIA/CE0123 fabriqué par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ce dispositif médical ou sur l'étiquetage. Ce dispositif médical n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie.

Pour plus d'informations : info-france@ivoclarvivadent.com – www.ivoclarvivadent.com

Symposium Oral Reconstruction France 2019 L'évidence digitale – Le savoir-faire et le numérique au service de l'excellence

Avec un programme complet et des modérateurs renommés, Henry Schein France accueillera, avec le soutien de la Fondation Oral Reconstruction (anciennement connu sous le nom de Camlog Foundation), le Symposium Oral Reconstruction France 2019. Cet événement – qui les années précédentes s'appelait Congrès National Camlog – aura lieu les **jeudi 4 et vendredi 5 avril 2019 au Pavillon Dauphine (Paris)**. **Rodolphe Acker, Luc Manhes et Karim Nasr** seront les trois présidents scientifiques. Bertrand Dinahet ouvrira le congrès avec une conférence d'une heure sur la dentisterie en omni pratique 2.0. S'en suivront trois conférences animées par de prestigieux conférenciers : **Jacques Vermeulen** parlera du digital au service des reconstructions implanto-prothétiques, **Antoine Popelut** abordera le sujet de l'apport du numérique dans la mise en esthétique en implantologie et **Maxime Jaisson** terminera l'après-midi de conférences en présentant l'occlusion dynamique digitale.

Le vendredi matin, **Jean-Pierre Gardella** indiquera les critères de succès en implantologie et l'évolution des concepts, **Elisa Choukroun** expliquera comment combattre le stress oxydatif en implantologie. Enfin, **Guillaume Fougerais** enseignera l'application de la chirurgie guidée. Dans un deuxième temps, **David Gerdolle** animera une conférence sur la dentisterie restauratrice digitale et **Carlos Repullo Sanchez** précisera la chaîne numérique en implantologie. **Luc Manhes** et **Thibaud Casas** apporteront des éléments sur le « Paradigm Shift in oral implantology ».

De plus, des séances de mise en réseau sont programmées. Elles permettront aux orthodontistes de partager leurs expériences avec des confrères exerçant dans le monde entier.

Tout renseignement concernant le Symposium Oral Reconstruction 2019 se trouve sur le site web de Henry Schein France et sur Facebook.



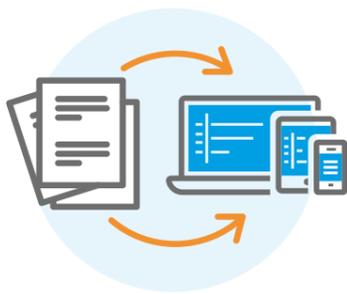
Découvrez LA solution Cloud pour développer votre activité.



Avec **veasy**, entrez dans l'ère de la transformation digitale, mise au service des professionnels de santé et de leurs patients, pour révolutionner et simplifier le quotidien de tous.



Multi plateforme



100% digital



Plus de mise à jour



Plus de sauvegarde

GRUPE VISIODENT

Le SNIF édition 2018 : le sourire au fil du temps

Maguy Lévy

Le 13 décembre dernier s'est déroulé au New Cap (Paris 15) une nouvelle édition du SNIF (Symposium National d'Implantologie au Féminin). Le thème était « le sourire au fil du temps » et la réflexion pouvait être ouverte sur tous les sujets ! Cette journée était divisée en 2 parties. Le matin, 6 conférenciers et conférencières de renom (français, suisse, belge et canadien) se sont succédé abordant des questions importantes qui se posent aujourd'hui dans notre profession comme la

gestion des tissus mous en implantologie, les matériaux, les nouvelles techniques utilisées en orthodontie ou la gestion du stress. Après un déjeuner convivial autour de la cuisine italienne et un échange amical avec nos partenaires de l'industrie, nous avons repris les conférences mais là la surprise fut totale ! Le format, proposé par le comité d'organisation du Snif et la présidente Anne Benhamou, nous a étonnés et... réveillés ! Speed 'Snif au format TED : 10 conférenciers se sont prêtés



au jeu de faire un mini-exposé de 11 minutes. Exercice difficile pour ces 10 orateurs qui ont dégagé, avec beaucoup de professionnalisme et d'humanité, l'essentiel de leur exercice. Après une pause, la journée s'est terminée par les ateliers où les nombreux participants ont pu questionner ou mettre en pratique ou manipuler les différents produits. L'atelier

assistante a réuni, quant à lui, de nombreuses participantes très demandeuses. Ce fut une très belle journée. Le rythme et le niveau de ce SNIF furent sans doute une de ces meilleures éditions. Il a réuni plus de 400 personnes dans une atmosphère chaleureuse, conviviale et studieuse qui reste la touche et le label de ce Symposium.



Anne Benhamou avec Armand Parenque



Le président scientifique Serge Armand et Virginie Monnet Corti



Isabelle Kleinfinger, Maguy Lévy et Catherine Rivière, trois Snifettes !



Laurence Addi et Georges Khoury



C. Rivière avec Bernard Touati



Sur le stand Nobelbiocare



Chaleureuse ambiance pendant le déjeuner



Anne et sa fameuse cloche !



Sandrine Dahan, l'une des heureuses gagnantes du concours de « Photos de sourires » en partenariat avec Baume et Mercier



Au dîner des conférenciers, Les Snifettes (Isabelle, Catherine, Virginie, Anne, Maguy Catherine, Laurence, Cécilia), Les Corinne, Philippe Monsénégo et Olivier Lafarge (Dentsply Sirona)

Soirée de lancement de la nouvelle caméra d'empreinte optique, signée Dentsply Sirona

À l'occasion du lancement mondial du Primescan™ le 4 février dernier, des universitaires, leaders d'opinion et la presse se sont retrouvés à l'agence Henry Schein Paris afin de découvrir en live la nouvelle caméra. Ce fut une soirée conviviale où plus de 60 participants ont testé avec intérêt la technologie de la Primescan™ : vitesse, précision et simplicité d'utilisation. Didier Cochet, Directeur

des Relations Stratégiques Henry Schein a témoigné : ce lancement surprise nous a donné l'occasion de regrouper les Leaders d'Opinion Parisiens pour lesquels la CFAO est un outil important de leur exercice, des Professeurs de Facultés et Enseignants ont également immédiatement répondu à notre invitation. Les présentations et commentaires sur les fonctionnalités de cette nouvelle caméra ont montré des caractéristiques

révolutionnaires ! La technologie a encore fait un bond et permet d'allonger la liste des avantages de l'empreinte optique.

Pour en savoir plus, rendez-vous dans votre agence Henry Schein pour découvrir et manipuler dès maintenant Primescan™ ou sur www.henryschein-materiel.fr/primescan



Didier Cochet (HSF) avec Catherine Mesgouez, Patrick Missika, Stéphane Viargues (Dentsply) et Philippe Monsénégo



Pierre Detour (HSF) et Jean François Chouraqui



Franck Sebban avec Olivier Fromentin, D. Cochet, Nathalie Janisset et P. Monsénégo



Carole Guinard (HSF), Christian Moussaly, José Bermudes (Dentsply Sirona) et Carole Krief (Dentalinov)



L'équipe Henry Schein

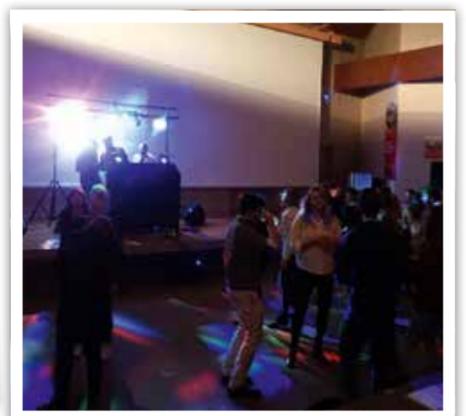
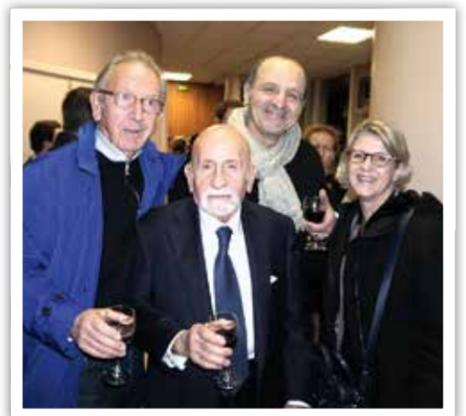


Les 50 ans de la faculté dentaire de l'Université Paris Descartes

Reportage photos



Très gros succès pour l'anniversaire de la faculté le 20 décembre ! Professeurs, étudiants, alumni se sont retrouvés avec bonheur... Les images valent mieux que les mots ! Félicitations au doyen Louis Maman et bravo à l'organisateur de la soirée Jean-Pierre Attal.



Damien de Charry (Dentply) et Gary Finelle



Maguy Lévy, J.-F. Chouraqui et Dov Scherman



Florence et Guillaume Drouhet avec Philippe et Carole



Jean-François N'Guyen, Thibault Drouhet, Daniel Dot et Dov Scherman



Le bateau de Guinossar, une découverte unique, passionnante et exceptionnelle

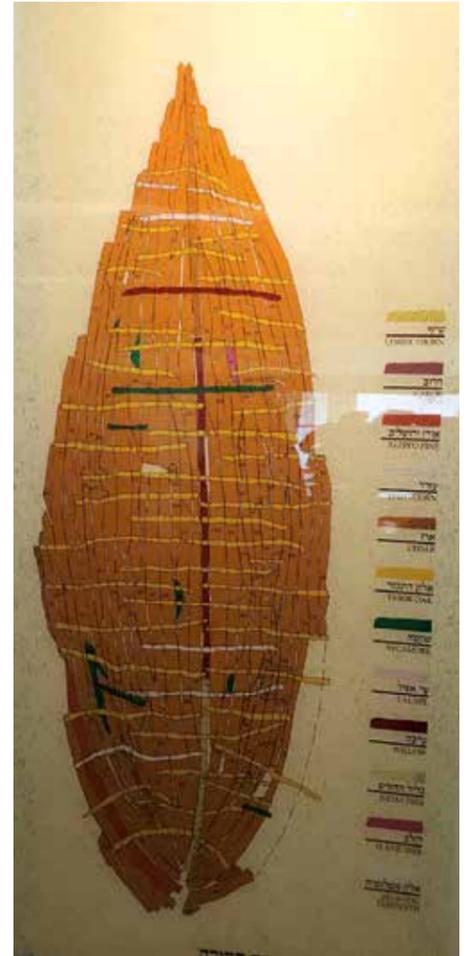
Première partie



Bateau exposé au Musée



Des poissons ont été introduits dans le bassin pour reproduire les conditions marines



Les 12 essences de bois du bateau

Lorsque David Ohnona, notre guide lors du voyage multi-religieux de la Fondation Israël Archéologie, nous a fait pénétrer dans la seule et unique salle de ce musée, j'ai été surprise du choix de cette lumière plutôt terne ! Ses explications détaillées et entrecoupées d'anecdotes m'ont permis de comprendre quels avaient été les enjeux d'invention technologiques et de temps qui avaient été nécessaires. En fait, la lumière du musée et l'hygrométrie sont surveillées pour permettre la conservation de cette fabuleuse découverte archéologique !

En 1986, deux frères, Moshe et Yuval Lufan, pêcheurs sur le lac de Tibériade et membre du kibboutz Guinossar, ont fait une découverte incroyable : un bateau de pêche contemporain de l'époque du Christ et daté entre 70 et 40 avant JC.

Le bateau est apparu en raison d'une grande sécheresse au cours de laquelle les eaux du lac avaient baissé, révélant un trésor inattendu. La coque, remplie d'alluvions prise dans la boue du lac, était intacte, les autres parties du bateau exposées à l'air n'ont pas survécu. Le challenge archéologique et technologique était un véritable défi !

Protégées par la boue pendant 2000 ans, les structures en bois conservées se désin-

tégraient à l'air libre. Une solution pour sortir le bateau sans l'abîmer devait être trouvée mais il fallait le faire rapidement avant que les eaux ne le recouvrent à nouveau.

En 12 jours seulement, les équipes de volontaires du kibboutz et les archéologues de l'Autorité des Antiquités Israéliennes ont réussi à l'extraire suffisamment rapidement. Une solidarité exceptionnelle s'est immédiatement instaurée, certains bénévoles prêtant main-forte, d'autres préparant des repas pour toute l'équipe.

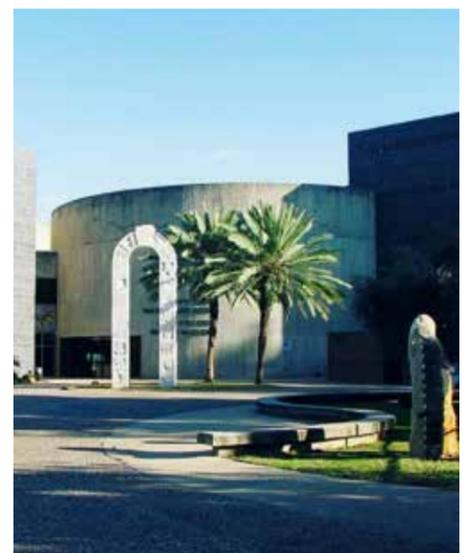
L'étude de la coque a révélé qu'elle est composée de 12 essences de bois différentes, principalement du cèdre et du chêne libanais. Le bateau mesure 25,5 pieds (8,2 m) de long, 7,5 pieds (2,3 m) de large et 4,1 pieds (1,25 m) de haut. Il était probablement équipé d'une voile et de deux paires d'avirons. Pour manœuvrer, il fallait un équipage de cinq personnes : quatre rameurs et un timonier. Dix personnes supplémentaires pouvaient embarquer pour lever les filets. Les chercheurs ont relevé des preuves de réparations répétées indiquant que le bateau a été utilisé pendant plusieurs décennies, peut-être près d'un siècle.

Le bateau de Galilée est apparemment le type de ceux utilisés à cette époque sur la

mer de Galilée, à la fois pour la pêche et le transport sur le lac. Il est probable que ce type de bateau ait été utilisé par Jésus et ses disciples, dont beaucoup étaient des pêcheurs. Peut-être le Christ a-t-il navigué dessus... On peut également penser qu'il l'a sûrement vu.

Dans les évangiles les bateaux de pêche sur le lac de Galilée sont mentionnés plus de 50 fois. Le bateau de Guinossar appelé aussi bateau de Galilée a reçu aussi le nom de « bateau de Jésus » car il est un artefact fascinant qui donne vie à de nombreux récits évangéliques. La forme du bateau et le mode d'assemblage sont typiques de la période Romaine. Un bateau similaire est représenté sur une mosaïque du 1^{er} siècle découverte à Migdal

Le bateau est exposé au musée Yigal Allon du kibboutz Ginosar.



Le musée Yigal Allon du kibboutz Ginosar

Prochain événement de la Fondation Israël Archéologie

L'histoire secrète des manuscrits de la Mer Morte avec David Ohnona (ex inspecteur général de l'Autorité des Antiquités Israéliennes, responsable des volontaires fouilles terrestres et sous marines)

Dimanche 3 mars, 17h45 – Centre communautaire de Neuilly

Pour un don de 40 € avec CERFA, une place est offerte

Inscription obligatoire auprès de Nathalie 06 1897 77 77



Le pivot et la dent dure

Les mots rebondissent

Simon Berenholc – Éditions Simon Berenholc

L'exploit du saut en auteur... !!! Auteur de vue... !!!

Notre confrère, le professeur Simon Berenholc m'a fait l'amitié de m'adresser son dernier ouvrage dont je l'avoue d'emblée je me suis délecté. Après une brillante carrière au cours de laquelle il a beaucoup publié doctement, il nous propose ici une tout autre prose. C'est un recueil d'aphorismes, de sentences, de poèmes et de maximes dans lequel l'auteur jongle avec les mots, ses pensées, ses opinions sur divers sujets et tel un Devos il devise sur tout et rien mais jamais comme tout terrien car bien faire l'humour demande du talent ! Vous devinez qu'il est impossible de résumer l'ouvrage, vous avez raison et pour vous convaincre de le réclamer à l'auteur je vous en offre quelques extraits :

De l'éducation :

« L'éducation a un coût. La tête pour semer les graines du savoir, on la bourre, pour faire pousser la réflexion sur des terrains réceptifs, car le repos des jachères, c'est déjà cher !
Même un puits de science ne peut remplir des

sots. On ne doit pas tomber den charriant les syllabes, dans l'incompréhension et la médiocrité »

De l'amour :

« Ta chatte sous mon moi brûlant. L'amour platonique, de loin, devient plat tonique de près. L'amour avec Toi, émois. Aimer c'est du gâteau, quand l'amour s'en va croissant. Faire l'amour, pour être après scié. D'abord hêtre et rester saule, pleureur »

De la religion :

« Curieux, en résumé, ADoNaï, un sacré nom de Dieu, toute l'information du Monde, et Acide Desoxy riboNucléique,

toute l'information biologique.

Pour certains, Dieu a fait le monde, car avant le monde *Yahvé* Dieu ! Incroyable ! »

De la politique :

« La venue de mots qui se ruent, s'offrent un boulevard, et ne doivent pas tomber dans une impasse, pour que les voix rient. C'est le rêve de l'humoriste. Un peuple sans glotte, muet, émasculé par le politiquement correct, comme l'eunuque sans glands, sanglant, sanglote. »

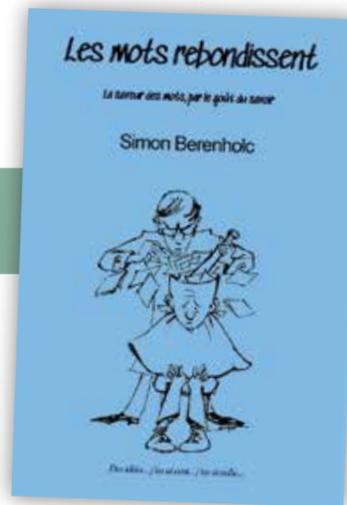
C'est ainsi tout au long de 120 pages d'humour, de sourires, de réflexions sur la vie, sur l'envie de vie.

C'est un petit livre de chevet puisque chevet le relire de soir en soir pour savourer les bons mots qui évite bien des maux, cet ouvrage en est une démo.

L'auteur joue et contre joue avec les mots, les triture car l'écriture et l'écrit dure après un tri dur.

L'auteur étire la langue, manipule ses phrases comme une « mammy pull » tricote et détricote les mailles des mots et caresse son texte pour atteindre le plaisir !

Je partage avec Simon l'amour des mots car une langue à l'aise dans son palais, assurément ça n'est pas laid, parfois avec une contrepèterie en contrepartie, un oxymore qui occis la mort, car le jeu vaut plus que l'enjeu.



JOËL ITIC



19^e Séminaire d'Implantologie du Club d'Étude Dentaire

COMPLET



16-20 mars, Courchevel
(Hôtel Le Pralong)

Président du Congrès:
Philippe Monsénégo

Coordinateurs scientifiques:
Patrick Missika, Philippe
Monsénégo et Jérôme Liberman

Tristesse



Christelle Bernard était l'un des plus beaux sourires de la profession. Chez Dexter, puis Biomet3i elle participait à chacune de nos soirées AO Paris avec enthousiasme et professionnalisme. Elle est partie prématurément des suites d'une longue maladie il y a quelques mois. Nous tenions à lui rendre ce petit hommage...

**BAIN DE BOUCHE
ANTISEPTIQUE EFFICACE⁽¹⁾
ET PRATIQUE⁽²⁾**

**L'efficacité
sans alcool*
prête à l'emploi**



Eludrilpério

Chlorhexidine 0,20%

Sa force, sa praticité

Flacon 200 ml Remb. 15% Sec. Soc.

**Pierre Fabre
ORAL CARE**

Notre science au service de la santé bucco-dentaire

Traitement d'appoint des affections parodontales liées au développement de la plaque bactérienne (gingivite et/ou parodontites), ainsi que lors de soins pré et postopératoires en odontostomatologie.

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⁽³⁾.

(1) RCP section 5.1 - Par son activité antiseptique, la solution ELUDRILPERIO contribue à réduire la plaque dentaire et par conséquent l'inflammation gingivale.

(2) RCP section 4.2 - La solution est prête à l'emploi et doit être utilisée pure non diluée.

(3) HAS - Synthèse d'Avis de la Commission de la Transparence : bains de bouche à base de chlorhexidine et autres principes actifs. 13/01/2010.

* Sans alcool éthylique. Pour une information détaillée, se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>.

Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT



Michel ACHE
Pratique privée,
ancien assistant
Paris 5

Votre dîner idéal réunirait...

Ma femme, mes enfants, mes petits-enfants

Vos 3 films incontournables...

La cage dorée
Les Chtis
Le dîner de cons

Vos 3 livres fétiches...

L'avare (Molière)
Knock (Jules Romain)
Le Petit Poucet (Charles Perrault)

Une chanson de votre vie...

Capri, c'est fini

Votre insulte favorite...

Mirable

Votre madeleine de Proust culinaire...

Le millefeuille de saumon

Un héros... réel ou imaginaire...

Roger Fédérer

Salé ou sucré ?

Le tartare de saumon et avocat

Une passion, un hobby ?

Les relations humaines, la médiation

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?

Devant la télé

Vos vacances de rêve...

Miami : eau, soleil, et magasins

Accro au net... ou pas ?

Pas accro, mais utilisateur régulier

Votre dernier coup de foudre ?

Ma femme !

Dans une autre vie vous seriez...

Dentiste

Enfin, une adresse à recommander...

Saperlipopette à Puteaux



Hanna KRUK
Pratique libérale
(Vincennes), paro
implanto exclusive

Votre dîner idéal réunirait...

Mes ex
Mes meilleurs amis
et François Pignon pour un dîner presque parfait

Vos 3 films incontournables...

Bridget Jones
Mo Better Blues

Vos 3 livres fétiches...

Sex and the city... évidemment !
Les enchanteurs (Gary)
Les illusions perdues (Balzac)
Corps et âme (Conroy)

Une chanson de votre vie...

La drôle de vie

Votre insulte favorite...

TA MÈRE !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Votre madeleine de Proust culinaire...

Les gencives de porc

Un héros... réel ou imaginaire...

Bradley Cooper

Salé ou sucré ?

Épicée

Une passion, un hobby ?

Le jazz

Sportif sur canapé ou sur le terrain ?

Ça dépend de l'équipe

Vos vacances de rêve...

Tous les 2 mois

Accro au net... ou pas ?

Je te facebook ton insta

Votre dernier coup de foudre ?

Électrique

Dans une autre vie vous seriez...

On verra plus tard

Enfin, une adresse à recommander...

Le Silencio



Benoît CAUCHE
Dirigeant
Eurotec Dental

Votre dîner idéal réunirait...

Aurélié (ma femme), Simone Veil, Jacques Brel,
Michel Audiard, Philippe Noiret, Bertrand
(mon meilleur ami), Charlotte Perriand
et Charles Edouard Jeanneret dit le Corbusier

Vos 3 films incontournables...

Les tontons flingueurs, 12 hommes en colère,
Le 5^e élément

Vos 3 livres fétiches...

Même les tueurs ont une mère (P. Meney), Le vol
des cigognes (J.-C. Grangé), Le vieil homme et la mer
(E. Hemingway) Même les tueurs ont une mère
(P. Meney), Le vol des cigognes (J.-C. Grangé),
Le vieil homme et la mer (E. Hemingway)

Une chanson de votre vie...

Wish were here (Pink Floyd)

Votre insulte favorite...

Arriviste !

Votre madeleine de Proust culinaire...

Le cassoulet

Un héros... réel ou imaginaire...

Martin Luther King

Salé ou sucré ?

Salé

Une passion, un hobby ?

La plongée

Sportif sur canapé ou sur le terrain ?

Les deux

Vos vacances de rêve...

Avec les mêmes que mon dîner
sur la plage de Anahiti (Tahiti)

Accro au net... ou pas ?

Les deux... mais je me soigne !

Votre dernier coup de foudre ?

Il y a 23 ans...

Dans une autre vie vous seriez...

Architecte designer

Enfin, une adresse à recommander...

La maison des vins à Mâcon
sur la route des vacances de mon enfance

Brèves de Fauteuil

La sélection
de Claude Bernard Wierzba



Devinette :

Mon premier est docteur.
Mon second est dentiste.
Mon troisième est avocat.
Qui suis-je ?
Réponse : leur mère

Un jour à la clinique, une Marocaine,
une Tunisienne et une Africaine accouchent
en même temps !
Micmac à la clinique, les bébés s'échangent !
On prévient les mamans et on propose
à la Tunisienne d'identifier son enfant
en premier !

La Tunisienne naturellement attrape le petit
bébé noir africain, le serre contre elle et dit
c'est le mien celui-là, c'est sûr !
Alors l'infirmière, regarde la Tunisienne
et lui dit *madame, ça m'étonnerait !*
La Tunisienne lui répond *je sais... mais je ne
veux pas prendre le risque de prendre le bébé
marocain !*

Marcel et Lucas discutent autour d'un café
le lendemain du nouvel an.

– *Ben dis donc Marcel tu en fais une tête !*
– *M'en parle pas ! La nouvelle année commence
mal, ma femme veut divorcer.*
– *Qu'est-ce que tu lui as fait ?*
– *Mais rien, justement absolument rien je n'y
comprends rien !*

– *Mais enfin vous n'avez pas fêté le nouvel an !*
– *Bien sûr que si ! Figure-toi qu'hier soir, je sors
du café du village, pour une fois pas trop tard,
je file chez moi. En arrivant, ma femme m'ac-
cueille, habillée seulement de sous-vêtements
très sexy et elle tenait deux petites cordes en
velours...*

Elle me dit : « Pour ce dernier jour de l'année, j
e t'offre ce petit cadeau, attache-moi et tu
pourras faire tout ce que tu veux après... »
... *Donc, je l'ai attachée... Et je suis retourné
prendre une bière avec mes potes...*

Un automobiliste, après avoir fait six heures
de route décide de s'arrêter pour faire une
petite sieste. Juste au moment où il ferme
les yeux, un joggeur frappe à la vitre : *vous
avez l'heure ?*

Il est 14 heures, répond l'automobiliste
Dix minutes plus tard, un autre coureur
frappe à la vitre et lui redemande l'heure.
Exaspéré, le conducteur, pour ne plus être
dérangé, colle sur la fenêtre un papier
indiquant en toutes lettres : JE N'AI PAS
L'HEURE.

À peine vient-il de s'endormir qu'on frappe
à la vitre : *il est 15h, M'sieur...*

Norbert est un célibataire et fils unique ;
il vit avec son père et travaille dans
l'entreprise familiale.

Un jour, il réalise qu'il va hériter de la fortune
de son père malade.

Il décide alors de trouver une femme
pour partager sa fortune. Lors d'une soirée,
il remarque la plus belle femme qu'il n'ait
jamais vue ; le souffle coupé par la beau-
té de la jeune femme, il s'approche et lui
murmure : *j'ai peut-être l'allure d'un homme
ordinaire, mais d'ici quelques semaines, mon
père va mourir et je vais hériter de 200 millions
d'euros.*

Très impressionnée, la femme lui demande
sa carte de visite... et trois jours plus tard...
la jolie femme épouse le père malade.

En affaires, les femmes sont bien meilleures
que les hommes!!!!

LE BILLET D'HUMOUR ÉTUDIANT

Bonjour à tous !

Nous vous retrouvons dans cet édito peu de temps
après notre première conférence Alpha Omega Paris
Jeunes sur la chirurgie muco-gingivale et le recouvre-
ment radiculaire, qui s'est déroulée à la faculté de chirur-
gie dentaire de Montrouge. Nous souhaitons remercier
encore une fois le D^r Danan et le D^r Bensaïd pour la
qualité de cette conférence qui a su captiver l'auditoire
(reportage complet dans le prochain numéro !).

Nous approchons petit à petit de la fin de nos études
à la faculté. Ainsi, nous sommes nombreux à res-
sentir le besoin de « rentabiliser » cette dernière
année : apprendre un maximum de choses avant
de sortir pour être plus compétent face à nos pa-

tients. On se concentre davantage sur la qualité et
la diversité des actes réalisés en clinique que sur la
quantité, contrairement à ce qu'on a pu le faire les
années précédentes. Avec l'équipe enseignante,
il est alors possible de prendre en charge des cas
plus complexes et pluridisciplinaires.

L'année 2019 a été difficile au centre de soin de
l'hôpital Charles Foix à Ivry-sur-Seine où plus de
70 rotatifs ont été volés pendant la césure de fin
d'année : l'infâme criminel court toujours, et les
étudiants se serrent les coudes afin que tout le
monde puisse travailler dans de bonnes conditions...
Affaire à suivre...

Enfin, nous commen-
çons sérieusement à préparer notre thèse : le travail
qui signe l'aboutissement de toute une scolarité. Un
sujet que l'on choisit avec nos professeurs et praticiens
hospitaliers, et qui nous emmènera vers le diplôme de
docteur en chirurgie dentaire.

« Un jour, je serai docteur », nous pouvions dire dans
notre jeunesse. Le rêve se réalise et nous pouvons
désormais compter les semaines, avant que, vêtu de
la toge, résonne le serment d'Hippocrate.

Cyril Licha, Patrick Chelala
5^e année





Vous êtes fabuleux!

Comment réagissez-vous aux compliments ?

Vous sentez monter votre taux d'ocytocine, là tout de suite, avec ces simples mots. Quel agréable compliment à entendre et à se repasser en boucle ! Peut-être êtes-vous de ceux qui ont du mal à en recevoir, ou à en faire ? Vous avez le syndrome « Le corbeau et le renard », peut-être ? Le *Tout flatteur vit aux dépens de celui qui l'écoute* vous marque depuis l'enfance (si vous êtes un millénial, vous ne savez même pas de quoi je parle) ? Passez outre, car vous faites un amalgame entre flatterie et compliment ! Faisons la différence qui change tout !

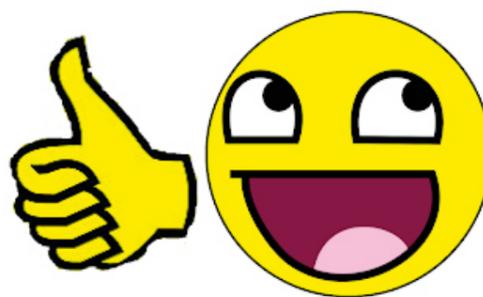
Vous méritez des compliments, acceptez-les avec joie, et sachez gérer les flatteries avec hauteur/dédain/opportunisme/jubilation !

Il est barbant M. de la Fontaine avec ses morales, certes de bon sens, mais qui plombent l'ambiance et l'ego. Vous êtes le phénix des hôtes de ces bois dit Renard, et hop voilà le corbeau de la fable qui ne se sent pas de joie, ouvre un large bec et laisse tomber sa proie au roué flatteur, qui lui rétorque : *Tout flatteur vit aux dépens de celui qui l'écoute, cette leçon vaut bien un fromage sans doute.*

Passons outre le vocabulaire du XVII^e, assez peu exploitable aujourd'hui, pour en venir à la vraisemblance (soyons pragmatiques, car pour convaincre, les mots comptent moins que le ton sur lequel on les prononce) : il n'est pas simple de flatter un corbeau, je le prouve quasi scientifiquement. Lors d'un séjour au Sri Lanka (NDLR : la touche d'exotisme n'obère pas la démonstration. Dans cette île, il n'y a

pas de pigeon mais des corbeaux tout aussi insolents), ledit volatile s'abattit sur ma terrasse et vola un petit pain sur la table du petit-déjeuner. Avec un à propos sidérant, qui montre à quel point je suis darwinienne (seuls les plus forts et les plus adaptables survivent dans l'hostilité, et au passage un auto-compliment est toujours plaisant), je m'extasiais illico sur la splendeur de son plumage. Certes en anglais, car je ne maîtrise pas le sri lankais, mais le ton était enjôleur (et on connaît l'importance de la voix dans l'impact de conviction) et les mots étaient dans l'esprit de ceux de La Fontaine. Puisque ses vers sont censés avoir convaincu, et que ma mémoire fonctionne, je n'allais pas réinventer l'eau chaude. Fatale erreur système ! Avant que je lui ai parlé de son ramage (franchement il croassait sans grâce, mais je ne m'apprêtais pas à lui proposer d'enregistrer un album, et qui veut la fin veut les moyens), l'oiseau noir était loin. Et un congénère, aussi peu réceptif à mes intimidations (car j'avais changé de ton, l'erreur est acceptable une fois si elle est pédagogique), venait rafler une brioche. Quant au renard qui glapit pour avoir un fromage, car il pense que les produits laitiers sont ses amis pour la vie, c'est rare. Jean de La Fontaine devait boire, car dans la traduction latine d'Esopé, c'était un morceau de viande ; on lui accordera cette licence poétique, la rime en étant plus facile.

Cette parenthèse ethnico-animalière passée, revenons à nos compliments. Je suis surprise que certaines personnes, recevant un compliment sincère, aient une attitude de recul, de gêne ou d'hostilité (mais une légère rougeur est touchante à tout âge).



Tout le monde n'a pas eu la chance d'avoir une yiddish/corse/ce qui vous plaira Mama, hyper valorisante et dont les messages positifs dopent l'ego !

Pourquoi se priver du plaisir d'accepter un compliment ? Fausse modestie pour certains, malaise par manque d'habitude, éducation austère (devoir-devoir), mauvaise estime de soi, expériences douloureuses, fausse force de caractère ? Le tout à la fois parfois. En tout cas, cette attitude dommageable révèle une réelle difficulté à distinguer la sincérité de la vile flatterie. Et quand bien même : sur une liste avantages/inconvénients, un compliment (même légèrement outré, pourvu qu'on ne soit pas dupe) et qui fait monter le taux d'ocytocine, cette hormone du plaisir qui s'active avec un orgasme, des câlins, un bain chaud et autre câlins (voyez Amma, le gourou indien qui prend dans ses bras des milliers de personnes) vaut bien la remise de munsters virtuels (ou même de roues de gruyère). Les réseaux sociaux qui vous envoient de la dopamine à loisir en célébrant les like, et vous encourageant à ne point les lâcher des yeux et du clic l'ont bien compris (marketing de persuasion quand tu nous tiens !).

On ne dit jamais assez à ceux qu'on aime qu'ils sont beaux, agréables, qu'ils ont des qualités délicieuses, des atouts charmants, et qu'on

se réjouit de leurs succès petits ou grands. Encourager quelqu'un, le féliciter c'est aussi un B-A-BA de management, sans lequel il n'y a pas de leader crédible, de thérapeute fiable.

J'aime faire des compliments, et sans être une sainte élever au plus haut possible le principe de bienveillance. J'aime en recevoir : merci mes amis, mes amours, mon public. Je déteste la flagornerie, que je ne pratique pas (soyons psychologue et diplomate, mais point besoin d'en faire trop). Et je n'ai pas envie de lutter contre un penchant naturel et optimiste à envoyer des ondes positives aux autres. Dommage pour ceux qui s'en protègent. Alors, en attendant le prochain compliment, filez devant un miroir pour vous sourire : vous êtes épatants/beau/unique et votre 1^{er} fan.

En savoir plus :

- <http://anti-deprime.com/2018/01/16/declencher-secretion-docytocine-etre-plus-heureux-1/>
- <http://clairespink.skyrock.com/811404953-Le-corbeau-et-le-renard-J-La-Fontaine.html>
- https://www.iletaitunehistoire.com/genres/fables-poesies/lire/le-corbeau-et-le-renard-bibliopoe_001



Le monde tel qu'il est

Le **congé de paternité** est de 53 semaines en Corée du Sud, 28 en France et 9 en Allemagne.

La Chine investit plus de 30 milliards d'euros par an en **Afrique**, 10 fois plus que les États-Unis et 15 fois plus que la France.

22 **tempêtes historiques** ont balayé la France depuis l'an 2000.

Chaque jour, plus de milliards de photos sont prises avec des **téléphones mobiles**.

90 % des 2043 **milliardaires** dans le monde sont des hommes.

En 2017, **Amazon** a acheminé 5 milliards d'articles à ses abonnés Prime.

À Paris, 10 % des déplacements se font en **voiture** contre 29 % à Berlin, 33 % à New York et 38 % à Londres.

Tokyo est l'agglomération la plus peuplée du monde avec 27 millions d'habitants. Il y a 2000 ans, c'était Rome avec 1 million d'âmes.

Palmarès 2017 des **matières premières** : le palladium a progressé de 56 %, l'aluminium de 32 % et le charbon de 31 %.

Dans la nuit du 19 au 20 janvier dernier, 1500 ouvriers ont construit en 9 heures, la **gare TGV** de Longyan, dans la province chinoise du Fujian.

La pièce du moment

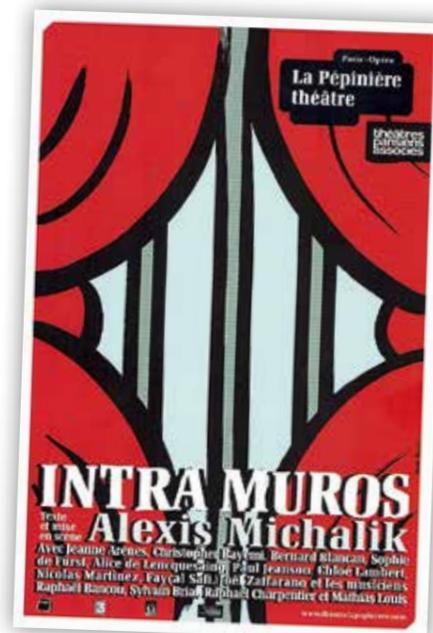
INTRA MUROS

d'Alexis Michalik

Tandis que l'orage menace, Richard, un metteur en scène sur le retour, vient dispenser son premier cours de théâtre en centrale. Il espère une forte affluence, qui entraînerait d'autres cours – et d'autres cachets – mais seuls deux détenus se présentent : Kevin, un jeune chien fou, et Ange, la cinquantaine mutique, qui n'est là que pour accompagner son ami. Richard, secondé par une de ses anciennes actrices – accessoirement son ex-femme – et par une assistante sociale inexpérimentée, choisit de donner quand même son cours. Une pièce qui démarre comme un simple cours de théâtre mais nous sommes en prison où nous allons découvrir au fur et à mesure la vie des différents personnages. L'histoire va prendre une tournure originale avec un excellent rythme et bien évidemment avec une mise en scène intelligente comme sait le faire Alexis Michalik, le petit génie actuel du théâtre. Les acteurs sont tous excellents avec une mention particulière pour Kevin, interprété par Jean Louis Garçon (le frère de Florent, l'un des acteurs de notre monde dentaire !).

Allez y, vous passerez une excellente soirée !

Théâtre de la Potinière jusqu'au 1^{er} juin. Interprété en alternance.



Le chocolat et ses bienfaits : connus de tous ou encore méconnus

« Quelques personnes se plaignent de ne pouvoir digérer le chocolat ; d'autres au contraire prétendent qu'il ne nourrit pas assez et qu'il passe trop vite. Il est probable que les premiers ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes et que le chocolat dont ils usent est de mauvaise qualité et mal fabriqué car le chocolat bon et bien fait doit passer dans tout estomac ou il reste un peu de pouvoir digestif. »

Anthelme Brillat Savarin
« Physiologie du goût » 1826

À partir de là, nous allons comprendre les six bonnes raisons qui nous poussent à manger du cacao.

Le chocolat est bon pour la santé, c'est la science qui l'affirme

Il n'est pas bon uniquement pour les papilles, il est bon pour le cerveau. Le cacao est une source de flavonoïdes (des polyphénols), principalement

des flavanols, sous la forme d'épicatéchine et de catéchine. Le chocolat contient d'autres molécules intéressantes comme la caféine et la théobromine, qui peuvent aussi influencer la fonction cognitive. Mais par rapport au contenu en flavanols, les concentrations en caféine et théobromine sont probablement trop faibles pour exercer une action significative. En revanche les flavonoïdes présents dans le cacao améliorent les fonctions cognitives telles que la logique ou la mémoire. Elles indiquent tout de même que les flavonoïdes du cacao améliorent les capacités cognitives. Les effets dépendent de la dose employée. Ceci est vrai pour la cognition en général, mais aussi l'attention et la mémoire de travail. Chez les personnes jeunes, le chocolat pourrait être consommé ponctuellement pour faire face à une situation au cours de laquelle les capacités cognitives sont dégradées. Par exemple les études montrent

que chez les femmes, après une nuit blanche, le chocolat ou le cacao contrebalance la baisse des capacités cognitives.

D'une manière générale, si on est en bonne santé (et jeune), les effets du chocolat (ou du cacao) ne semblent nets que lorsque l'organisme est fortement sollicité, comme dans une tâche qui nécessite une attention extrême. À plus long terme, le chocolat est bénéfique pour l'ensemble des fonctions cognitives (mémoire de travail, vitesse de traitement de l'information, capacités verbales). Chez les personnes plus âgées, le chocolat consommé régulièrement améliore aussi les fonctions cognitives, surtout chez ceux dont la mémoire a déjà décliné. Les auteurs de l'étude pensent que les flavanols du cacao augmentent le volume du flux sanguin qui irrigue l'hippocampe, une structure spécialisée du cerveau. Ils invitent les adultes à consommer chaque jour du chocolat noir.

Le chocolat est bon pour le cœur

Les flavonoïdes contenus dans le cacao sont deux fois supérieurs à ceux contenus dans le thé vert ou le vin. Ils évitent l'augmentation de la pression artérielle et améliorent l'élasticité des vaisseaux sanguins. Comme l'aspirine il fait baisser la pression artérielle. Selon une étude parue au sein du European Heart Journal et présentée lors du Symposium Chocolat et Santé à Paris le 22 juin 2010, la consommation quotidienne de chocolat réduirait de 37 % les maladies cardiovasculaires, de 48 % le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de 27 % celui d'infarctus du myocarde. Ses effets préventifs passeraient essentiellement par une baisse de la tension artérielle, principal facteur de risque cardiovasculaire.

Il agit sur le cholestérol

Il semblerait que les flavonoïdes réduisent la concentration de mauvais cholestérol et augmentent la production de bon cholestérol, en consommant régulièrement du chocolat noir, moins sucré et moins gras. Une analyse publiée dans l'European Journal of Clinical Nutrition a prouvé l'efficacité des polyphénols du cacao contre le cholestérol. 10 essais cliniques incluant 320 participants et évaluant ces effets des polyphénols du cacao sur le taux de lipides sanguins l'ont confirmé.

Il contient les minéraux essentiels tels que le potassium

En principe, le potassium doit être uniquement apporté par l'alimentation. Les fruits et les légumes en constituent les sources les plus concentrées. L'apport quotidien en potassium doit atteindre 4 700 mg. Cependant, la plupart des consommateurs n'excèdent pas la barre de 3 100 mg par jour. Outre les aliments de base, le chocolat et le cacao sont également riches en potassium.

Il a des effets bénéfiques sur la peau

C'est un excellent antioxydant qui aide à lutter contre le vieillissement de la peau et donne un aspect plus jeune. Cet ingrédient qui compose de nombreuses crèmes cosmétiques affiche également des propriétés antioxydantes grâce à sa teneur naturelle en vitamines (A, B, C, E) ainsi qu'en minéraux. En outre, les acides gras qu'il contient sont particulièrement indiqués pour apaiser certaines irritations ou lésions cutanées. Le beurre de cacao est un composant multifonction qui, en plus est 100 % naturel.

Il est bon pour le moral

Des nouvelles études montrent que les mères qui mangent davantage de chocolat sont moins stressées. C'est un excellent euphorisant. Une fois encore il a été démontré dans le chocolat noir qui est moins gras et moins sucré. Il prévient aussi contre les risques des artérioscléroses, contient de la caféine, de la sérotonine, il ne fait pas grossir et a une action bénéfique qui est démontrée à partir d'une consommation régulière de deux carreaux par jour, pour un chocolat qui contient 85 % de cacao.

Le chocolat reste toutefois un aliment à consommer avec modération car son apport énergétique est important. Cent grammes de chocolat noir correspondent ainsi à 500 kcal, soit l'équivalent d'un quart de nos besoins journaliers.

Alors n'oublions pas que le chocolat a été reconnu alimentaires, et que vous pouvez le déguster dans les règles, au cours de nos dégustations mensuelles.

www.chocolatez-vous.net



France Nahum Moatty,
Présidente de
Chocolatez-vous

"CARTE BLANCHE AU DOCTEUR GERARD J. CHICHE LE 31 MAI 2019 DEAUVILLE"

Professeur Gérard J. Chiche
Diplômé de l'Université Paris 7, Professeur Emérite de l'Université de Louisiane, Professeur au Collège de médecine dentaire à Augusta University en Géorgie, et titulaire de la Chaire de la Thomas P. Hinman Society, ancien président de l'American Academy of Esthetic Dentistry. Il est respectivement avec Alain Finaut et avec Hitoshi Aoshima l'auteur des ouvrages : « Esthétique des restaurations antérieures fixes », et « Smile Design-guide pour cliniciens, céramiste et patient », tous deux publiés par Quintessence Pub. Co

L'EXCELLENCE ESTHETIQUE - AESTHETIC MASTERCLASS

"VENEZ VIVRE L'EXPERIENCE D'UNE JOURNEE UNIQUE, INOUBLABLE!"

PROGRAMME DU COURS

"REHABILITATIONS ESTHETIQUES EN CERAMIQUE"

Cette présentation reviendra sur les points clés formulés en approche systématique et étape par étape, pour résoudre les problèmes esthétiques en vue de résultats fiables et d'un meilleur soutien du laboratoire. Cette présentation décrira également en détails la planification du traitement et la gestion des **facettes en porcelaine** ainsi que toutes les techniques de **couronnes en céramique**.
La sélection du système céramique, des **ciments et adhésifs** ainsi que leur **séquence de collage** seront élaborés en détails afin d'obtenir des résultats optimaux.
La dentisterie esthétique interdisciplinaire et la réhabilitation occlusale en céramique seront également soulignées afin de contrôler tous les facteurs esthétiques nécessaires dans le contexte des combinaisons avec les **thérapies parodontales, orthodontiques et implantaires**, en vue de la **protection à long terme des restaurations toutes céramiques**.

COURS DANS LE CADRE PRESTIGIEUX DU THEATRE DU CASINO DE DEAUVILLE, EXPO PARTENAIRES, DEJEUNER, PAUSES CAFES ET COCKTAIL DANS LE SALON DES AMBASSADEURS.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

COURS 1000003 JOURNEE COURS ET D COCKTAIL DE JOURN	NON ADHERENT	ADHERENT	EARLY BIRD
DENTISTES	950 €	900 €	850 €
PROTHESISTES, ASSISTANTES DENTAIRES	450 €	400 €	350 €
INTERNES ETUDIANTS DES CES ET DU	300 €	250 €	200 €
ETUDIANT EN SEM. ANNÉE (hors repas)	50 €	40 €	30 €

Horaires des cours : 9H00-12H00 / 14H00-18H00

Le tarif "early bird" s'applique pour toute inscription avant le 15 Mars 2019

TARIF Membres AO : 650 €

Pour suivre nos actualités, abonnez-vous à notre page FaceBook "SFPiO Normandie" ou flashez le QR code:

Nom : Prénom : Adresse :
 Ville : Code Postal : Tel : e-mail :
 Profession : Nombre de participants :

Bulletin d'inscription à retourner, accompagné de votre règlement à :
Dr Michel Benouaiche 25 Place du Général de Gaulle 76600 Le Havre e-mail : benouaichemichel@gmail.com

Solide comme un roc

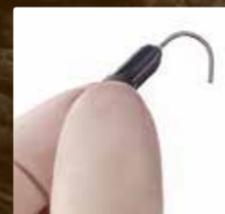
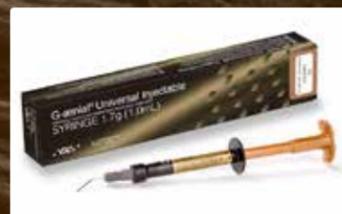


De larges indications
Une application des plus simples
Une esthétique étonnante

Injectez !

G-ænia[®]
Universal
Injectable
de GC

Composite de restauration
haute résistance



Indication : composite de restauration pour toutes les classes de cavité sans limitation de taille

Dispositif médical pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursé par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Classe IIa.
Organisme certificateur : n°0086
Distribué par GC France

GC France
Tél. 01 49 80 37 91
info@france.gceurope.com
www.france.gceurope.com

GC

OFR052018

Avec Julie, l'expert de la gestion de cabinet dentaire, soyez prêt au 1^{er} avril 2019



En tant qu'éditeur de premier plan, c'est à nous de maîtriser les changements de codes CCAM pour vous, et de mettre à votre disposition les outils, simples et intelligents, capables de vous assurer une activité pérenne.

Nos experts réglementaires sont prêts pour vous accompagner dans ce tournant de la profession dentaire.



Démonstration gratuite

Découvrez notre logiciel de gestion simple et intelligent.



Conférences en région

Assistez à nos conférences 100% informatives et interactives.



Webinar

Participez à nos webinars sur la nouvelle convention dentaire.

Julie
- SOLUTIONS -

www.julie.fr

Pour en savoir plus, contactez-nous:
dynamik@julie.fr
01 60 96 22 23

