

HYGIENIO propose un système unique, où la synergie entre l'opérateur et le matériel devient un processus simple, efficace et universel.

RESPECT !

RESPECTE
VOTRE SANTÉ,
RESPECTE
TOUTES LES SURFACES,
RESPECTE
L'ENVIRONNEMENT,
RESPECTE
VOTRE TEMPS,
RESPECTE
VOS COÛTS.

HYGIENIO®



1, 2, 3 | Simone

UNE SOLUTION UNIQUE QUI RÉVOLUTIONNE LA DÉSINFECTION.

Hygienio propose un système unique, où la synergie entre l'opérateur et le matériel devient un processus simple, efficace et universel.



HÔPITAUX, CENTRES SANTÉ ET DISCIPLINES MÉDICALES - COLLECTIVITÉS
TRANSPORTS - CENTRES SPORTIFS



IMPORT DENTAIRE

Diffusion : **Import Dentaire** - commande@importdentaire.fr
Tél. : 01 39 98 35 20 - Plus d'infos sur www.hygienio.com



Au cœur de l'ADF 2021, morceaux choisis

Reportage de
la team d'AOnews



Les 50 ans de la Faculté de Strasbourg

Corinne Taddéi signe l'édito

Interview exclusive du nouveau doyen de Paris Université Cité, Vianney Descroix

AO online avec David Azaria



Alpha Omega news

LE MAG DENTAIRE
QUI NOUS RASSEMBLE

RÉDACTEUR EN CHEF - FONDATEUR

André Sebbag : asebbag@wanadoo.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Jacques Bessade : dr.j@bessade.fr

RÉDACTEURS EN CHEFS ADJOINTS

Michèle Albou
Sydney Boubliil
Joël Itic
Claude-Bernard Wierzba

LA RÉDAC'

Xavier Bensaid, David Bensoussan,
Jacques Bessade, Marc Danan,
Hanna Kruk, Nathan Moreau,
Jonathan Sellem

CHARGÉS DE RUBRIQUE

André Amiach, Alain Amzalag,
Nathalie Attali, Olivier Boujenah,
Patrick Chelala, Odile Chemla Guedj,
Cyril Licha, Roman Licha, David Naccache,
Philippe Pirnay, Anne-Charlotte Theves

CHRONIQUEURS TEAM JEUNES

Michael Allouche, Julien Biton, Coraline
Dericbourg, Jordan Dray, Léonard Sebbag,
Romane Touati, Yoram Zaouch

CORRESPONDANTS AO

Grenoble : Richard Grigri
Lyon : Marie-Hélène Azoulay
Marseille : Jean-Luc Guetta
Montpellier : Gilles Zitoun
Nancy : Eric Fizon
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Cathy Gerber
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

ELLEM'COM

POUR CONTACTER LE JOURNAL :

Directrice de la publicité
et chargée de rédaction

Mylène Popiolek
ellemcom1@gmail.com

Pour tout changement d'adresse,
merci d'envoyer un mail à
ellemcom3@gmail.com

MISE EN PAGE PAR

1,2,3 ! Simone
www.123simone.com

IMPRESSION PAR

Imprimerie Planchenault (EF)

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

Ont contribué à ce numéro



Crédit photo couverture : Gil Tirlet

- MICHAEL ALLOUCHE
- DAVID AZARIA
- FRANCK BELLAÏCHE
- JACQUES BESSADE
- JULIEN BITON
- PATRICK BITOUN
- PATRICK CHELALA
- JORDAN DRAY
- JOËL ITIC
- HANNA KRUK
- PHILIPPE LÉVY
- CYRIL LICHA
- ROMAN LICHA
- MÉLIANA
- DAVID NACCACHE
- ANDRÉ SEBBAG
- LÉONARD SEBBAG
- ANNE-CHARLOTTE THÈVES
- ROMANE TOUATI
- YORAM ZAOUCH



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)



Flux tout numérique LE DOUBLE GAGNANT !

MEDIT i700
Prise d'empreinte optique

TRIO CLEAR
L'aligneur puissance 3

I.A. 2.0
SmileDesign
OrthoSimulation

Puissance progressive
3 aligneurs par étape
Souple > Moyen > Fort

Système ouvert
sans licence
mises à jour
régulières gratuites

SANS LIMITE

Compatible
avec la majorité des
systèmes numériques

Medit i700 +
1 cas TrioClear Touch up
21980 euros TTC

LIBRE

Gouttières TrioClear
Large gamme dès
500 euros TTC

ACCESSIBLE

labocast 3D
MODERN DENTAL GROUP

01.53.38.64.66
Labocast | 46-56 rue des Orteaux | 75020 Paris
labocast@labocast.fr | labocast.fr

labocast
MODERN DENTAL GROUP

Hommage à 50 ans de rayonnement !

La Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Strasbourg et le Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires des Hôpitaux Universitaires trouvent leurs origines en 1970 à la suite de divers mouvements sur les plans national et local. La création des UFR, il y a 50 ans, a donné à l'Odontologie ses dimensions hospitalo-universitaires et sociétales lui conférant une légitimité ainsi qu'une expertise originale et unique.

L'aura de notre Faculté est liée à son histoire qui trouve son origine dans le cadre de l'Université allemande en 1887, avec la création de l'Institut Dentaire de la Faculté de Médecine sur le site actuel. Son dernier directeur structura l'enseignement, modernisa plateaux techniques et bâtiments puis favorisa le passage vers le statut hospitalo-universitaire jusqu'en 1970, année de la création de la Faculté. Jusqu'en 1992, le premier doyen, le Professeur Robert Frank, contribua au rayonnement international de la Faculté dans le domaine de la recherche. L'investissement des doyens qui prirent la suite dans le projet d'un nouveau centre de soins et d'une nouvelle Faculté, dans la réforme des études, dans les relations internationales et la recherche odontologique a donné à cette structure universitaire et hospitalière tout son caractère. Après 10 ans de travaux de rénovation, l'inauguration de la Faculté en 2015 précédée 5 ans auparavant de l'inauguration du Pôle ont donné un nouvel élan à ses deux structures.

Hormis une surface plus que quadruplée, la Faculté et le Pôle ont gagné en modernité par une ouverture sur les mutations du numérique, impliquant de nombreuses innovations, possibles grâce à une importante levée de fonds avec l'aide de la Fondation, ainsi que des projets IdEx aboutis : training center d'implantologie, salle informatique, laboratoire CAO, salle de simulation interactive et de radiologie, acquisition d'œuvres d'art, rénovation de la bibliothèque. Ces nouveaux locaux ainsi qu'un tandem de direction Faculté / Pôle ont permis d'exercer des activités

dans de meilleures conditions et de favoriser le rayonnement de l'établissement. L'excellence strasbourgeoise, c'est avant tout l'image de ses enseignants-chercheurs, anciens et en activité, du dévouement des personnels, sans oublier l'implication des étudiants. L'engagement de chacun permet de relever les défis pédagogiques et scientifiques au sein de l'Université de Strasbourg qui nous soutient et qui croit en nous.

Ensemble nous avons bien travaillé ! Dix années bien chargées... d'enthousiasme, de projets, d'échanges, de formations, auxquels nous nous sommes tous voués. Dix années marquées aussi par la disparition de nos Maîtres, ceux qui nous ont formés, qui ont fait vivre et évoluer cette Faculté.

C'est par notre solidarité que nous avons pu faire aboutir tous les projets de nos enseignants-chercheurs, de nos étudiants, en engendrer d'autres, coordonner les programmes d'enseignement, les échanges internationaux, développer la recherche biomédicale. Le temps consacré à la vie étudiante a fait partie des priorités : accompagnement individuel, écoute des problèmes personnels, rencontres avec les promotions, investissements pour la qualité de vie telle la salle de lecture, l'aménagement des espaces verts, la mise en valeur du patrimoine et des actions de communication, cérémonies des thèses et des diplômes, ainsi que la réduction progressive du coût des études.

L'événement des 50 ans s'est avéré un moment important. Admirer les locaux, raconter l'histoire, faire visiter... tout cela à la gloire de notre Faculté, de Robert Frank et de notre Pôle, c'est le moindre hommage que nous devons à tous ceux qui ont œuvré pour que d'années en années ce vaste projet d'établissement soit abouti. Cet événement a été d'emblée soutenu par notre Université et la Direction



Générale des Hôpitaux Universitaires. De nombreux enseignants, personnels, étudiants, amicalistes de la Faculté se sont investis dans l'organisation de cette journée ainsi que les équipes dynamiques du Pr J. Marescaux et de l'IRCAD, du chef étoilé M. Haeberlin et de la Brasserie Les Haras. Les Conseils de l'Ordre Départementaux ont également collaboré, et une mobilisation exceptionnelle des praticiens, des enseignants et des étudiants, tous donateurs pour soutenir entre autres le projet de rénovation de la salle de stage doit être soulignée. Enfin, nous ne remercierons jamais assez nos partenaires qui nous aident depuis tant d'années, tout particulièrement Alpha Omega.

De nombreuses générations d'enseignants et d'étudiants ont connu l'ouverture de notre établissement, ses locaux étroits où il était difficile de démarquer les lieux de cours, de clinique et de recherche, sa salle de stage mythique... Nous avons souhaité que cette journée soit l'occasion de nous retrouver pour que chacun puisse revivre les bons moments passés et découvrir le magnifique destin de sa Faculté récemment renommée : la Faculté de Chirurgie Dentaire - Robert Frank de l'Université de Strasbourg.

Corinne Taddéi-Gross

Doyenne de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg



Pour joindre nos partenaires

Airel page 19 Tél. 01 48 82 22 22 • www.airel.com • office@airel.com	Eurotec page 32 Tél. 01 48 13 37 38 • www.eurotec-dental.fr	Pierre Fabre Oral Care page 44 Tél. 05 63 51 68 00
Anthogyr page 14 Tél. 04 50 58 02 37 • www.anthogyr.fr	Henry Schein France / Reveal Clear Aligners page 24 Tél. 02 47 68 50 00 • www.revealclearaligners.fr	SDI page 34 Appel gratuit 00800 022 55 734
Bien Air dossier scientifique Tél. 01 41 83 60 70 • www.bienair.com	Hygienio duo couverture / 2° de couverture Tél. 01 39 98 35 20 • www.hygienio.com	Septodont page 43 Tél. 01 49 76 70 02 • www.septodont.fr
Biotech Dental page 29 Tél. 04 90 44 60 60 • www.biotech-dental.com	Ivoclar page 23 Tél. 04 50 88 64 00 • www.ivoclarvivadent.fr	Sunstar page 42 Tél. 01 41 06 64 64 • contact@fr.sunstar.com
Dentalinov page 38 www.shop.dentalinov.com	Kuraray page 27 Tél. 01 56 45 12 51 • dental-fr@kuraray.eu	Visiodent 4° de couverture Tél. 01 49 46 58 00 • www.veasy-solution.com
Dentsply Sirona page 37 www.corporate.dentsplysirona.com	Labocast face sommaire N°Azur 0811 115 000 • labocast@labocast.fr	Voco Les Dentalist page 40 Tél. 06 07 14 39 01 • www.voco.com
Dexter pages 10 et 11 Tél. 01 34 34 38 10 • www.dexter.fr	MIS 3° de couv Tél. 01 78 14 13 00 • www.misimplants.fr	XO page 17 www.xo-care.com
Durr Dental page 41 Tél. 01 55 69 11 50 • info@durr.fr	Néodent / Straumann page 45 Tél. 01 64 17 30 08 • www.straumann.com	Zimmer Biomet page 31 Tél. 01 41 05 43 48 • www.zimmerbiomet.fr

C'EST NOUVEAU !

- 7 Gum, nouvelle brosse électrique
- 7 L'opération recyclage d'Ivoclar
- 7 Le nouvel implant Anthogyr Axiom X3®
- 7 Welcome Haleon
- 7 Invisalign Go Express en France



SCIENTIFIQUE : retour sur l'ADF 2021, comptes rendus de séances choisies

- 8 Échecs et relations avec nos patients : peut-on tout dire ?
- 9 La productivité et l'éthique
- 9 Obturation endodontique : un objectif, des choix ?
- 10 Restauration cervicale et recouvrement radiculaire
- 12 Le grand débat sur la dentisterie adhésive
- 14 Mastermatch : implantation immédiate versus implantation différée
- 15 La péri implantite, sommes-nous prêts à traiter le pb ?
- 16 La e-réputation au cabinet dentaire : définition, prévention et solutions ?
- 18 Mastermatch : Les vitrocéramiques par rapport à la zircone ou le combat Vertiprep vs préparation traditionnelle
- 20 Ces traitements qui nous posent problème : bisphosphonates, anti-thrombotiques, anti-cancéreux
- 22 Mastermatch : Dent déulpée en demi-finale, collage contre ancrage



Avec ces comptes rendus de séances choisies d'un ADF en mouvement, replongez sur des thèmes d'actualité et des sujets qui font débat ! Notre jeune équipe de confrères frais émoulus vous fait partager sa fraîcheur, ses interrogations sur des thèmes cliniques et éthiques. Pour cette seconde année, ils ont donné une vraie densité au reportage rapporté du Palais des Congrès.

AO NOW

- 25 À Paris, le 20 janvier dernier, Gary Finelle et Julien Mourlaas
- 30 Belle soirée chirurgie à Lyon le 24 janvier
- 30 Benjamin Cortasse à Strasbourg
- 31 Prochain symposium à TAU (Tel Aviv University) le 16 mai



LE MAG

- 33 Rencontre avec le doyen de la nouvelle Université de Paris, Vianney Descroix
- 35 Yves Soyer nous présente le prochain congrès de la SFODF
- 36 AO Online news avec David Azaria NOUVELLE RUBRIQUE
- 39 Lu pour vous
- 39 Le saviez-vous
- 41 Booster mind, les 10 clés pour une communication efficace
- 42 Le pivot et la dent dure, Joël Itic
- 44 Vu pour vous, la pièce *Drôle de genre*
- 45 Votre argent, Devenir propriétaire de SCPI
- 46 Le monde tel qu'il est
- 46 Le billet d'humeur étudiants
- 46 Selfies AO S. Dallem, V. Descroix, Y. Soyer



Cette nouvelle rubrique, animée par Jonathan Sellem, sera le reflet des réseaux sociaux et du foisonnement des sujets proposés par des confrères connus ou méconnus



SUNSTAR

Du nouveau côté brosse à dents électrique chez GUM® !

GUM élargit sa gamme de brosses à dents soniques à pile avec GUM SONIC SENSITIVE, spécialement conçue pour un nettoyage ultra-doux des dents et gencives sensibles, et pour offrir une sensation de brossage « plaisir » vraiment différente.

Elle est munie de brins 15/100 effilés à 1/100, qui, combinés à la puissance des vibrations soniques, permettent d'éliminer la plaque dentaire **88 % plus profondément dans les zones difficiles à atteindre** – espaces interdentaires et sillon gingival – qu'une brosse à dents ordinaire à tête plate. **Légère et sans fil, la brosse GUM SONIC SENSITIVE est aussi adaptée à un usage nomade. La pile permet jusqu'à 3 mois d'utilisation et la tête est remplaçable.** Elle dispose de trois anneaux de couleur pour la personnalisation et l'usage familial. Disponibles exclusivement en pharmacies et parapharmacies. Prix de vente conseillés : 10 € la brosse Sonique avec pile incluse, 5,50 € le pack de 2 recharges.

professional.sunstargum.fr



Ivoclar et ses utilisateurs de blocs se mobilisent

IVOCLAR

Ivoclar France lance pour la première fois une opération nationale visant à recycler les attaches de blocs de matériaux usinables. Par cette action, intitulée **Opération Recyclage**, Ivoclar France souhaite montrer l'exemple et donner la possibilité aux utilisateurs de ses blocs usinables de ne plus jeter les attaches mais de les recycler. Cette demande éco-responsable est forte chez nos utilisateurs de blocs. Cette demande traduit une nouvelle façon de consommer et de traiter ses déchets en cabinet et laboratoire.

Ne jetez plus vos attaches de blocs, Ivoclar France les recycle !

La société Excoffier Recyclage, basée à Annecy et partenaire de cette opération unique en France, est un acteur majeur de la fédération du recyclage. De par son activité, elle s'implique au quotidien dans la politique de gestion des déchets pour l'environnement et vise à valoriser au maximum les déchets afin d'atteindre les objectifs ambitieux du Grenelle de l'environnement.



Participez activement au retraitement de ces attaches

1. Rendez-vous directement sur notre page internet dédiée en flashant le QR Code ci-dessous pour réserver votre box
2. Recevez gratuitement votre Attach'Box pour recycler vos attaches de bloc usagées
3. Remplissez l'Attach'Box avec vos attaches et retournez-la gratuitement à Ivoclar grâce à l'envoi prépayé
4. Devenez un utilisateur acteur de la récupération du métal utilisé sur les blocs Ivoclar

Avec cette belle action, soyez doublement engagés !

Dans votre box, vous trouverez un nez rouge... Pourquoi ? Pour chaque kilo d'attaches de blocs Ivoclar retourné, Ivoclar France versera une contribution financière à l'association Le Rire Médecin, que la société soutient depuis 2018. Cette opération a débuté officiellement le 18 mars à l'occasion de la journée mondiale du recyclage et durera jusqu'au 17 septembre, journée mondiale du nettoyage de la planète (World Cleanup Day), où Ivoclar France communiquera les résultats de cette première collecte.

Ivoclar France compte sur vous pour faire de cette action professionnelle et éco-responsable un vrai succès !

www.ivoclar.com

ANTHOGYR

Implant Axiom X3® l'innovation d'Anthogyr

Nouvelle innovation Anthogyr, l'implant Axiom X3® est une réponse holistique adaptée à la diversité clinique, dans la préservation de l'environnement le plus précieux : l'os.

Son bone care design a été conçu afin d'apporter plus d'avantages : de la simplification des gestes grâce à la finesse du filetage et ses rainures de coupe bidirectionnelles

permettant de réaliser des protocoles de forage peu invasifs et flexibles. Adapté à toutes les densités osseuses, Axiom X3® répond à tous les challenges cliniques, et plus spécifiquement les traitements immédiats. Axiom X3® s'inscrit dans la continuité de l'écosystème Axiom® Multi Level pour une implantation simple et efficace. **Sa connexion conique** unique offre une grande flexibilité, notamment grâce à une trousse de chirurgie commune pour tous les implants Axiom® Bone Level et Axiom® Tissue Level. À vos côtés, quel que soit votre défi, le X3 s'adapte à votre pratique et à vos patients. Nous vous invitons à le découvrir sans plus attendre :

anthogyr.fr/nouveaux-mondes



GSK

Welcome Haleon

GlaxoSmithKline (GSK) a annoncé le 22 février dernier que la nouvelle entreprise, qui sera issue de la séparation de la branche santé grand public de GSK à la mi-2022, s'appellera Haleon.

Haleon (prononcé Hay-Lee-On) s'inspire de la fusion des mots Hale, un mot anglais ancien qui signifie en bonne santé, et Leon, qui renvoie à l'idée de force. La nouvelle

identité de la marque a été conçue avec la contribution des employés, des praticiens de santé et des consommateurs. Elle sera déployée dans plus de 100 marchés partout dans le monde, là où l'entreprise est présente. La création de Haleon résulte d'une série d'investissements réussis et de changements stratégiques dans l'activité de santé grand public de GSK au cours des 8 dernières années. Cela inclut notamment les intégrations des portefeuilles de produits de santé grand public de Novartis et Pfizer. Il s'agit désormais d'une activité internationale de grande valeur et très ciblée, générant un chiffre d'affaires annuel d'environ 10 milliards de livres sterling.

En tant qu'entreprise indépendante, Haleon deviendra un nouveau leader mondial en matière de soins de santé grand public, avec une offre différenciante, associant une compréhension profonde de l'humain et une expertise scientifique de pointe, afin d'offrir à tous une meilleure santé au quotidien. Haleon disposera d'un portefeuille de marques mondiales de premier plan, telles que Sensodyne, Voltaren, Parodontax et Advil. Le secteur de la santé grand public représente aujourd'hui 150 milliards de livres sterling. La demande est forte, portée par un intérêt croissant pour la santé et le bien-être, de grandes attentes de la part d'une population vieillissante et d'une classe moyenne émergente au niveau international, ainsi que des besoins insatisfaits chez les consommateurs.

gsk.com/fr-fr/a-propos-de-gsk

HALEON

Align Technology lance le système Invisalign Go Express

Demier né de la gamme Invisalign Go pour omnipraticiens

ALIGN TECH

Le système d'aligners transparents Invisalign Go Express, lancé le 1^{er} mars, est une option de traitement efficace pour les patients adultes nécessitant des corrections orthodontiques mineures, telles qu'un espacement léger, un encombrement ou des rechutes orthodontiques. Il utilise la même technologie brevetée que le reste de la gamme

Invisalign Go, combinant le matériau Invisalign SmartTrack, les fonctions SmartForce et la technologie Smart Stage, permettant d'obtenir des résultats plus prédictibles¹.

Le système Invisalign Go Express peut être un traitement autonome ou être inclus dans un plan de traitement ortho-restauratif complet plus large. Il peut également faire partie de la technique dentaire non-invasive d'alignement avant blanchiment pour les patients ayant des attentes essentiellement esthétiques.

Fiche technique Invisalign Go Express :

- Type de malocclusion : Légère Champ
- d'application clinique : Classe I
- Léger encombrement/espacement
- Pas de correction de la classe molaire
 - Non-extraction
- Profil du patient : adulte
- Nombre d'aligners : 7
- Dents concernées : Première pré-molaire à première pré-molaire (4-4)

¹. Par rapport aux aligners Invisalign précédemment fabriqués en matériau monocouche (EX30).

www.aligntech.com



Échecs et relations avec nos patients : peut-on tout dire ?

Sarah Attal, Jean-Hugues Catherine

Responsable scientifique : Michel Bartala (23 novembre)

Sarah Attal pratiquant l'endodontie exclusivement a su démystifier les échecs dans notre pratique. L'échec principal en endodontie est l'apparition d'une lésion infectieuse ou une fracture. Cependant **il faut savoir placer son curseur**. La pulpite n'est-elle pas déjà l'échec de la carie ? L'échec de notre prévention ?

Une lésion apicale chez un patient sans symptôme c'est un échec pour le praticien oui sûrement mais pour le patient non si sa dent est fonctionnelle.

Pour arriver à cette conclusion il faut comprendre déjà qu'en tant que praticien nous ne pouvons faire deux choses à la fois ! Une étude hospitalière américaine a constaté que si un patient se faisait opérer le jour de l'anniversaire du chirurgien, le taux de mortalité chez les plus de 65 ans augmentait de 23 %. En effet lorsque l'on n'est pas uniquement concentré sur un seul acte, notre geste passe d'un acte concentré à un acte automatisé.

Ne pas se laisser entraîner dans l'automatisation (sujet très bien expliqué par ailleurs par Franck

Renouard), celle-ci nous mènera à des erreurs qui peuvent rapidement nous entraîner dans la spirale de l'échec. Il faut savoir prendre son temps.

Pour rester sur un acte concentré il faut d'abord suivre une ligne directrice en trois étapes complémentaires : **diagnostic, pronostic, traitement**. C'est-à-dire ne pas seulement penser au traitement. Faire la dévitalisation c'est bien, mais si la couronne n'est pas réalisable c'est inutile. Il faut donc penser au plateau technique nécessaire, au

temps nécessaire, à la rémunération de l'acte, c'est aussi ça connaître ses limites. En endodontie ça n'est pas un échec que d'adresser son patient avant d'avoir cassé sa lime. Se former régulièrement permet d'une part un travail de meilleure qualité, et de l'autre, augmenter son niveau.

On rappellera que le taux de succès sur une dent vitale est de 96 % mais qu'une dent déjà traitée est de 42 %, ce qui fait diminuer drastiquement le pronostic.

Pour la conférencière les dix premières minutes de la consultation sont primordiales. En effet le climat installé par le praticien va permettre de créer un tandem praticien-patient capable d'affronter toutes les épreuves.

Peut-on parler d'échec si l'on finit par extraire une dent parce qu'il n'y a pas d'endodontie dans notre désert médical ? Pour Sarah Attal **l'échec c'est l'erreur de pronostic ou de diagnostic, la technicité, elle, est un point accessoire**.

Jean-Hugues Catherine a souligné, par la suite, que **l'annonce d'un dommage associé aux soins est aujourd'hui une obligation**. Celle-ci à des points positifs : l'apaisement de la relation, la réputation du professionnel de santé est améliorée, il y a un gain de temps et d'argent.

Il nous a présenté un modèle très intéressant proposé par James Reason, le *swiss cheese model*. Reason constate que l'incident, l'évènement indésirable provient toujours d'une succession de défaillances d'un système, pour nous en pré, per et post opératoire. La mise en place de barrières permet de réduire ces événements indésirables.

On utilise donc des protocoles et des check listes, qui permettent de diminuer le stress car les modalités de travail sont connues, et la gestion de l'imprévu est anticipée puisque l'on dispose des ressources nécessaires. Enfin il faut savoir prévenir le patient des complications potentielles sans l'affoler, une fois de plus la consultation initiale est fondamentale. ■

Julien Biton



NEW
TORNADO

NEW
PROTECTIVE SHIELD

Le bouclier dont vous avez besoin

SWISS MADE

Les nouvelles Tornado s'arment d'un véritable bouclier de protection. Ce nouveau revêtement **Protective Shield** dernière génération inrayable résiste à l'épreuve de l'utilisation quotidienne intensive. Ce bouclier appliqué grâce à un traitement PVD (Physical Vapor Deposition) dernière génération est unique sur le marché. Il leur confère une protection extrême contre les agressions externes.

Les Tornado ne sont pas uniquement les plus puissantes turbines Bien-air mais désormais aussi les plus robustes.

En savoir plus

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

La productivité et l'éthique

Jacques Vermeulen, Florence Acquier-Demes

Responsable scientifique : Geneviève Wagner (23 novembre)

Un cabinet dentaire, c'est aussi une entreprise ! Il se doit donc d'être productif pour proposer un plateau technique de qualité, absorber une demande importante (notamment dans les zones où il y a un manque d'offre de soins dentaires), offrir un environnement propice à la réalisation de soins de qualité dans un cadre le plus agréable possible aux patients... La productivité visée doit se faire dans l'intérêt du patient et oblige donc à mener une réflexion éthique pour être atteinte.

Les intervenants, Jacques Vermeulen et Florence Acquier-Demes, ont abordé la prise en charge des patients selon un modèle productif en adéquation avec les enjeux éthiques inhérents aux soins dentaires : gestion de l'urgence, information du patient, consentement éclairé, qualité de soins, optimisation de la prise en charge en tenant compte du temps de trajet du patient... Pour ce faire, les intervenants ont exposé un modèle de prise en charge rigoureux, balisé et fonctionnel puisqu'ils le mettent effectivement en place au quotidien.

Tout débute par une mise au point. Ils nous expliquent en effet que hormis la gestion d'une urgence dentaire – le plus souvent douloureuse – qui aboutit à la réalisation d'une prescription ou d'un acte permettant de soulager le patient, la simple consultation dentaire est assez rare. Par exemple, lorsqu'un patient vient pour un détartrage ou un rescellage de couronne, ce n'est pas une consultation. De même un bilan dentaire complet ne saurait être une consultation selon les intervenants puisqu'il nécessite du temps pour échanger avec le patient, réaliser des examens cliniques et radiographiques voire des moulages d'études, de mener une véritable réflexion pour élaborer un plan de traitement comprenant d'éventuelles alternatives thérapeutiques.

Ceci posé, **voici le modèle de prise en charge proposé par les intervenants. Dès le premier contact lors d'une consultation d'urgence, ou par téléphone lorsque le patient appelle, ou encore sur une plateforme de prise de rendez-vous en ligne, le patient est informé que toute demande de prise en charge débute par un long premier rendez-vous de bilan dentaire complet (avec entretien médical, photos, radios, empreintes) au cours duquel aucun soin ne sera réalisé, sauf en cas d'urgence bien sûr. Une enveloppe forfaitaire pour ce bilan est d'emblée annoncée au patient.**

Le premier rendez-vous de *bilan initial global* qui a pour but de sceller l'alliance thérapeutique dans le cadre d'un véritable colloque singulier doit permettre d'informer le patient, de l'écouter, de réaliser un examen clinique dentaire complet (dent par dent, secteur par secteur, parodontie, tissus mous...). Tout est consigné par écrit pour que ce premier rendez-vous aboutisse à l'élaboration d'un document clair, complet et compréhensible comprenant photos, radio panoramique, observations cliniques, diagnostics, solutions thérapeutiques envisageables chiffrées, et remis au patient lors d'un second rendez-vous une semaine plus tard.

Chaque proposition thérapeutique est détaillée. Les étapes du plan de traitement (extractions, délais de cicatrisation, traitements, ROG, endodonties, traitement implantaire, prothèse...) sont présentées associées à leurs durées. Si le patient demande des choses auxquelles le praticien n'adhérerait pas, par exemple la pose d'implants dans un contexte de parodontite non traitée, on expliquera pourquoi on passe par une prothèse de transition ou amovible partielle, le temps de stabiliser la parodontie. Il est important de proposer des solutions alternatives,

même si on n'est pas prêt à le faire soi-même, quitte à orienter le patient vers un confrère. On associe également des fiches techniques pour informer le patient. C'est capital. Il faut donc des éléments clairs.

Le patient devra alors valider son plan de traitement, c'est-à-dire le comprendre pour y adhérer. C'est le plan de traitement qui doit guider les séances vers le résultat projeté. C'est le cahier des charges du patient, nous explique J. Vermeulen. Il doit être validé, donc compris, et signé par le patient. Pour ce qui est de la valorisation de ce bilan initial global, les intervenants rappellent qu'il existe des codes CCAM NPC pour valoriser ces actes avec tact et mesure en fonction du temps passé. Quant au dossier complet réalisé, il doit être remis au patient en lui précisant oralement qu'il est remis à titre gracieux et le conférencier conseille de préciser au patient : *Maintenant, c'est à vous de choisir car il s'agit de votre bouche. Réfléchissez bien et revenez vers nous quand vous aurez pris votre décision.* Le dossier est remis en le tendant symboliquement à deux mains précise-t-il.

Une fois le plan de traitement validé et signé, vient le temps l'exécution des actes. Pour rendre ce temps productif il faut être bien assisté, organiser les séances de soins en regroupant les actes, donner des rendez-vous longs et déléguer les tâches administratives, conseillent les intervenants.

Regrouper les actes permet en effet de limiter le matériel utilisé ainsi que les consommables jetables. Cela réduit les flux dans le cabinet – ce qui est important en cette période de pandémie – et minimise l'utilisation des instruments, donc réduit le nombre de cycles de stérilisation. Enfin, cela diminue l'empreinte carbone quand les patients

doivent faire de nombreux kilomètres pour venir. Toutefois ce regroupement d'actes nécessite des rendez-vous longs. En outre les rendez-vous courts ne permettent pas d'avoir un taux horaire compatible avec une bonne productivité nous expliquent les intervenants. *Regrouper des actes réalisés en six rendez-vous pour les effectuer en un rendez-vous présente une vraie différence, même si l'acte est codé pareil. En regroupant les actes on optimise le temps de travail et on améliore la productivité. Cela permet de rentabiliser le coût du plateau technique.*

Enfin, à ceux qui craignent les annulations des longs rendez-vous, le Dr Vermeulen donne un ultime conseil. *Il y a 4 choses impératives à faire pour éviter les annulations : le patient doit avoir signé le devis, versé un acompte, signé un consentement éclairé, et avoir un dossier médical complet.* Selon lui, lorsqu'un rendez-vous n'est pas honoré c'est qu'il manque au minimum un de ces points.

Après quelques échanges avec le public, les intervenants ainsi que la responsable de séance ont conclu en rappelant qu'il est tout à fait possible de mener une activité de qualité et productive dans le respect de l'éthique de notre profession. ■

Michael Allouche



Obturation endodontique : un objectif, des choix ?

Jacob Amor, Guillaume Jouanny

Responsable scientifique : Jean-Philippe Mallet (mercredi 24 novembre)



L'introduction de la conférence avait été faite par Jacob Amor, cependant du fait d'un problème de transport (on remercie la RATP), seule la partie sur l'obturation canalair, le choix des biocéramiques de Guillaume Jouanny sera retranscrit ci dessous.

1974 est l'année de sortie d'un des articles-références en endodontie : *Cleaning and Shaping the Root Canal de Schilder.*

Il y développe le principe de la mise en forme correspondant au type de matériau d'obturation canalair où le foramen apical doit être maintenu le plus petit possible, c'est-à-dire à un diamètre de 25 µm.

Avant, le principe était d'augmenter la conicité de manière importante sans trop augmenter le diamètre apical. Cela a plusieurs conséquences :
- augmenter la conicité améliore le remplacement de la solution d'irrigation ;

- les instruments à forte conicité ne peuvent pas préparer les canaux ovales ;
 - à diamètre apical équivalent l'augmentation de la conicité induit une élimination augmentée de dentine ce qui fragilise la dent.
- Quoiqu'il advienne, placer l'aiguille à 2/3 mm de l'apex assure une bonne irrigation.

Le concept Minimale Invasive Dentistry peut aussi s'appliquer à l'endodontie sans s'opposer à l'optimalité biologique. C'est ainsi qu'actuellement, on assiste à un **changement de philosophie où l'on tend à augmenter le diamètre apical tout en limitant le degré de conicité.**

Il est décrit dans la littérature (*Meyer et al, 2006*) qu'il existe une **rétraction de la gutta-percha à chaud d'environ 7 %**. C'est pourquoi la technique d'obturation guidait la forme de préparation notamment avec la technique de condensation verticale à chaud. Maintenant, c'est l'inverse : **la forme de préparation doit guider la technique d'obturation.**

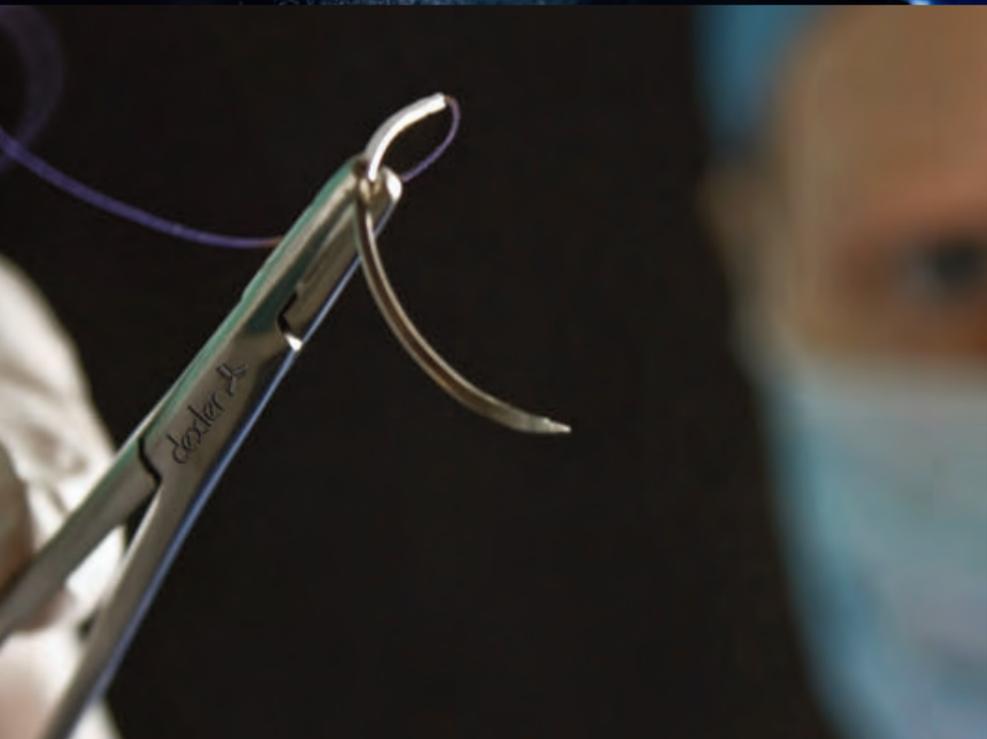
On assiste donc au retour de la monocone à froid (ou plutôt condensation hydraulique à froid) de mais avec un ciment d'obturation canalair différent.

Dans les ciments hydrauliques à base de silicate de calcium il existe deux classes. Les ciments à base de Ciment de Portland (MTA) et leurs dérivés que l'on appelle **ciments biocéramiques de nouvelles générations**. Ces biocéramiques sont dépourvues d'aluminium et sont à base de trisilicate de calcium. Pour rappel, le MTA possède de nombreuses applications cliniques : conservation pulpaire, apexification, réparation des perforations, chirurgie endodontique, résorptions (**Fig. 1**).

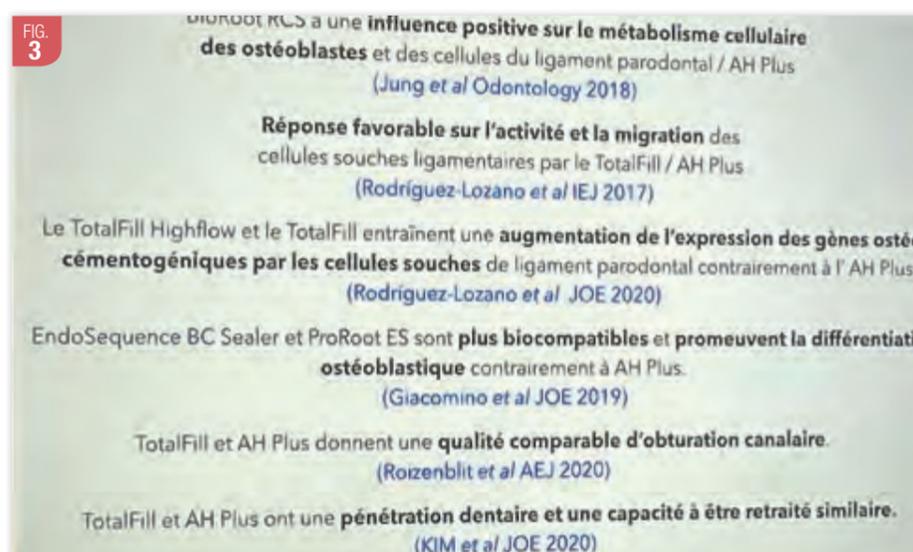
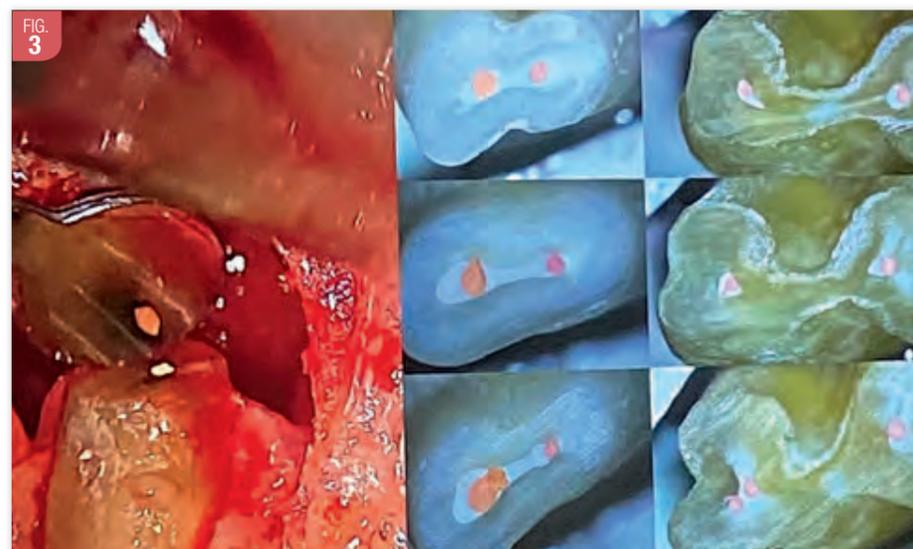
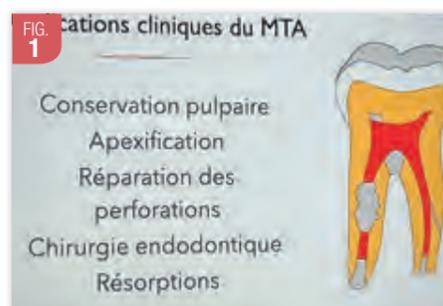
Les biocéramiques ont pour propriétés d'être **hydrophile, d'adhérer chimiquement et mécaniquement à la dentine, de former de l'hydroxyapatite** et de posséder une **légère expansion de prise** (0,01 %).

NOTRE EXPERTISE AU SERVICE DE VOTRE PRATIQUE

WWW.DEXTER.FR



ADF 2021 : séances choisies



Il existe actuellement **deux véritables biocéramiques sur le marché** : le **TotalFill BC Sealer** FKG (en seringue « prémixée ») et le **BioRoot RCS** Septodont (en mélange poudre liquide). Le TotalFill a pour avantage d'être plus reproductible dans sa consistance mais a pour inconvénient d'être (beaucoup) plus onéreux (Fig. 2).

Ce n'est donc plus la gutta qui remplit l'espace, mais le ciment ! La gutta n'est là que pour maintenir le ciment et guider un éventuel retraitement endodontique (Fig. 3).

En comparaison avec les ciments gold standard zinc eugénoles, les biocéramiques possèdent une **stabilité dimensionnelle supérieure**, une **adhésion grâce aux ions calcium**, une **meilleure biocompatibilité** avec une absence de cytotoxicité et une **activité anti microbienne intéressante avec un pH** qui monte à 12 pendant la prise. Enfin, les biocéramiques sont bioactives c'est-à-dire qu'elles ont la capacité à entraîner une réponse cellulaire favorable aidant la guérison d'une lésion (plusieurs études entre 2017 et 2020) et ce même en présence d'un dépassement (Fig. 4).

La grosse limite des biocéramiques reste le retraitement. Dans la partie du canal où la gutta-percha est présente, le retraitement est similaire aussi bien avec un ciment traditionnel que biocéramique. Cependant, si la partie apicale d'un canal est obturée seulement au ciment biocéramique, il est presque impossible de venir retraiter. Quid donc des endos où la gutta est trop courte à l'apex ? Seule la **chirurgie endodontique** est alors envisageable.

Comme il a été expliqué précédemment les biocéramiques ont pour avantages d'être simples, rapides et utilisables dans toutes les situations cliniques. **Le problème majeur reste leur coût.** En effet, le prix d'un **gramme d'AH Plus coûte 5 euros** contre **200 euros le gramme de biocéramique** soit 4 fois plus que le gramme d'or (50 euros) ! Il est intéressant de préciser qu'il faut **presque 10 fois plus de ciment biocéramique que de ciment traditionnel pour une obturation.**

La séance s'est terminée par un échange entre les conférenciers et le public.

Voici quelques réponses :

- en cas de perforation, le ciment biocéramique est alors utilisé pour obturer la perforation et le canal de manière conventionnelle ;
- la présence de canal latéral non obturé ne provoque pas de réaction inflammatoire au niveau du parodonte ;
- la résistance au retrait (tug back) n'est pas forcément nécessaire car on vient placer le cône et non le bloquer ;
- pour les 2/3 coronaire ou pour des canaux larges, il ne faut pas hésiter à rajouter des cônes. ■

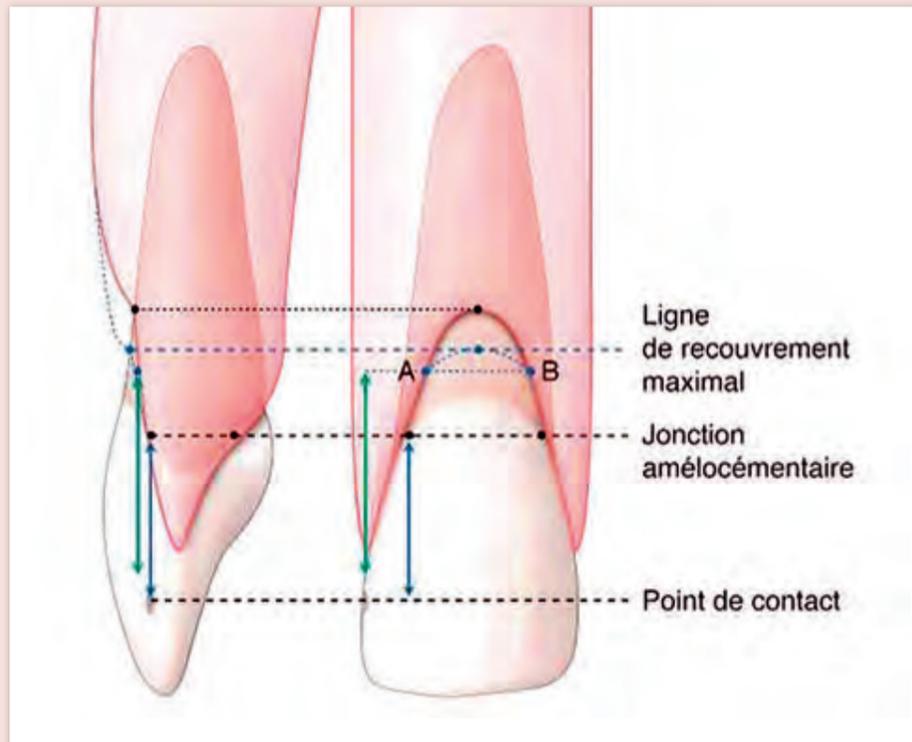
Léonard Sebbag



Restauration cervicale et recouvrement radiculaire

Daive Guglielmi, Aurore Blanc

Responsable scientifique : Sofia Aroca (24 novembre)



1. Calculer la hauteur de la papille anatomique idéale (du point de contact au point angulaire de la JAC, où se rencontrent la face coronaire vestibulaire et proximale (ligne bleue),
2. Déplacer cette mesure apicalement à partir de la pointe de la papille réelle (ligne verte)
3. Projection de ces points perpendiculairement de part et d'autre de la récession (A et B), qui reliés entre eux forment une ligne courbe objectivant la LMR.

Fouque C. et al. Le recouvrement radiculaire : techniques et résultats. In : Bouchard P, éditeur. Parodontologie et dentisterie implantaire. Vol. 2 Paris : Lavoisier Médecine Sciences ; 2016. p. 259.

Le choix de la thérapeutique chirurgicale permettant de recouvrir une récession parodontale dépend des caractéristiques anatomiques locales (hauteur et largeur de la dénudation radiculaire et des tissus mous interdentaires etc.) et des exigences du patient. Sofia Aroca a tout d'abord rappelé que les récessions parodontales sont associées à des lésions cervicales non carieuses (LCNC) dans plus de 46 % des cas (Cortellini et Bissada, 2018). Elles peuvent entraîner la disparition de la jonction amélo-cémentaire (JAC), paramètre principal pour déterminer l'approche thérapeutique et le résultat espéré. Dans ces cas, il faudra combiner une thérapeutique parodontale de recouvrement radiculaire avec un traitement restaurateur des tissus dentaires. Mais comment recréer cette JAC lorsqu'elle n'est plus cliniquement détectable ? et dans quel ordre procéder ?

S. Aroca précise qu'il faudra d'abord reconstituer la JAC thérapeutique au moyen d'une restauration esthétique par composite. Sa position peut être considérée comme la ligne maximale de recouvrement radiculaire (LMR). Zucchelli et al. ont développé une méthode pour déterminer approximativement le niveau de recouvrement radiculaire maximum (Zucchelli et al., 2006).

Suite à l'analyse préopératoire de la LMR, Davide Guglielmi vient marquer cette dernière avec une fraise diamantée puis réalise la restauration au composite par couche successive (en l'absence de champs opératoires en raison du risque d'agression du crampon sur le biotype parodontal fin). Un composite fluide est placé en sous-couche pour limiter la rétraction de prise. Puis une masse dentine est positionnée 1 mm au-delà de la LMR et recouverte ensuite par une masse émail. Une finition et un

polissage méticuleux assurent la pérennité de la restauration et guident la cicatrisation du lambeau. S'ensuit l'intervention chirurgicale visant à recouvrir la récession parodontale (RT1) au niveau d'une canine maxillaire (23). Il opte pour une technique bilaminaire associant un greffon conjonctif enfoui à un lambeau déplacé coronairement. Un lambeau trapézoïdal est décollé en épaisseur partielle-totale-partielle et les papilles sont désépithélialisées. Le greffon conjonctif est ensuite positionné et stabilisé à l'aide de sutures. Le lambeau est ensuite tracté coronairement à la LMR et maintenu à l'aide de sutures suspendues à la dent. ■

Bibliographie

1. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018 Jun; 45 Suppl 20: S190-S198.
2. Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol.* 2006 Apr; 77 (4) : 714-21.



Yoram Zaouch, Jordan Dray

BEAUTIFIL Flow Plus

Composite fluide injectable avec un brillant Xtra en deux viscosités



- Idéal pour les restaurations de classe I à V
- Excellente thixotropie
- Compatible avec tous les systèmes de collage conventionnels
- Esthétique naturelle due à l'effet caméléon

BEAUTIFIL II LS

Pâte composite antéro-postérieur



- Faible rétraction de 0,85 % (testé selon ISO 17304:2013 E) et haute résistance à la compression
- Parfait mimétisme avec les dents naturelles
- Consistance fongible et non collante
- Libération et absorption de fluor

Le service clients :
01 34 34 38 10



www.shofu.de/fr



Distribué par :

DEXTER
VECTEUR DE PROGRÈS

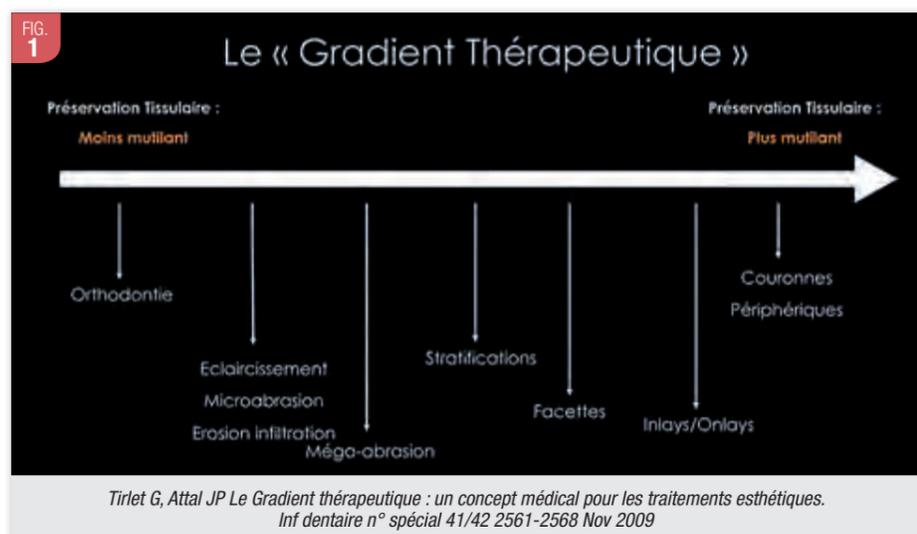
www.dexter.fr

Le grand débat sur la dentisterie adhésive, 30 ans de recul

avec Gil Tirlet, animé par Jean-Pierre Attal

La conférence qui scotche ! (24 novembre 2021)

La grande salle de conférences est comble. La salle dans laquelle est projetée la retransmission en direct l'est davantage. Dans une scénographie quadrifrontale, Jean-Pierre Attal et Gil Tirlet reviennent sur la dentisterie adhésive. Suivant leur fameux et désormais incontournable gradient thérapeutique (Fig. 1), les héritiers de Michel Degrange nous présentent de manière interactive des cas pour nous transmettre des messages clés et nous aider au quotidien.



L'idée fondamentale de la dentisterie moderne exposée par Gil Tirlet s'appuie sur le **concept de biomimétique** qui signifie copier le modèle naturel, la dent, et le reproduire – dans ses propriétés optiques et biomécaniques – grâce à des biomatériaux composites et céramiques assemblés par une interphase qui ressemble à la jonction amélo-dentinaire. Les deux axes qui se recoupent pour conduire à la biomimétique sont le respect de la biologie via la préservation tissulaire et l'adhésion.

L'orthodontie

Elle est au cœur de toutes les thérapeutiques car la biomimétique n'a de sens que si l'environnement dans lequel on place les restaurations se situe dans un contexte occlusal fonctionnellement et biomécaniquement stable. Sans prendre en compte les contingences fonctionnelles et biomécaniques de l'occlusion, une restauration n'est plus biomimétique mais cosmétique. Gil Tirlet insiste, la longévité d'un traitement de qualité est tributaire d'une réalisation qui tient compte du contexte fonctionnel et biomécanique du patient. L'orthodontie est une véritable contrainte de traitement, mais c'est un prérequis parfois inévitable pour répondre à la demande du patient et il est nécessaire de savoir lui expliquer et l'adresser vers un orthodontiste au moins pour un avis.

L'éclaircissement des dents pulpées



Un simple éclaircissement (Fig. 2) sur un sourire dans un contexte de chaos occlusal peut déclencher la prise

de conscience d'un patient qui acceptera alors de consulter un orthodontiste. L'éclaircissement est une thérapeutique encore malheureusement réservée à l'adulte et dorénavant ambulatoire, très simple mais qui nécessite des connaissances pour être mise en œuvre. En premier lieu, savoir regarder les deux éléments clés d'un visage qui sont le regard (plus particulièrement la sclérotique de l'œil) et le sourire (plus particulièrement la chromie de l'émail dentaire) pour rééquilibrer la luminosité entre l'opacification de l'émail et le blanc de l'œil pour éclaircir le sourire. Attention, rappelle G. Tirlet, il ne faut pas s'engager sur un résultat, on peut seulement dire qu'il y aura un gain de luminosité mais sans pouvoir le prévoir précisément. On pourra le constater par la prise de photos avant et après la thérapeutique qui donne des résultats jusqu'à 4 ans. Le produit à utiliser est le peroxyde de carbamide de 10 % à 16 % maximum pendant trois à six semaines, voire parfois 10 mois ou 12 mois pour les patients qui ont reçu des traitements aux tétracyclines selon les études de Haywood ou Greenwall. Pour être efficace, il est nécessaire de porter la gouttière (sans réservoir) régulièrement, quotidiennement pendant une ou deux heures, pas nécessairement toute la nuit. Les éléments clés selon J.P. Attal demeurent l'information sur la mise en œuvre, la démonstration, l'écoute du patient, le contrôle hebdomadaire l'évolution du traitement. En fin de traitement on pourra prescrire du Tooth Mousse®, indique-t-il pour redonner de la dureté à l'émail, améliorer le polissage de l'émail et retarder la récurrence.

L'éclaircissement des dents dépulpées



Le couronnement systématique des dents dépulpées pour des raisons esthétiques sans perte majeure de tissu dentaire n'est plus le dogme car l'élimination de quelques dixièmes de millimètres d'émail augmente la perte de résistance de la dent et diminue sa rigidité. L'éclaircissement interne (Fig. 3) avec du peroxyde de carbamide 10 % ou 16 % (interdiction du perborate de sodium) permet de traiter la dyschromie de la dent dépulpée. Toutefois, la longévité du résultat obtenu est faible, n'est pas quantifiable de manière reproductible et pourra indiquer, en cas de récurrence, de compléter la thérapeutique par un éclaircissement externe avec un peroxyde de carbamide à 16 % dans une gouttière évitée sur les dents collatérales pour ne charger que la dent concernée, comme le pratique notre intervenant. La réintervention en interne est déconseillée car elle fragilise la dent. De même le patient doit être informé d'un risque d'overbleaching qui nécessiterait de faire un éclaircissement d'harmonisation des deux arcades suite à l'éclaircissement interne.

Le protocole de l'éclaircissement interne de Gil Tirlet est le suivant :

- désobturer la gutta sur 2 mm sous le collet,
- isoler de manière étanche la gutta avec un CVI MAR,
- mordancer l'entrée de la chambre,
- placer le peroxyde de carbamide qui est sous forme de gel,
- poser un téflon en protection et un adhésif + flow ou un CVI (mais pas de cavité) jusqu'à la séance de renouvellement hebdomadaire pendant 5 à 7 semaines,
- attendre 15 jours entre le retrait du produit d'éclaircissement et la pose du composite de fin de traitement car la prise et donc l'étanchéité du composite est inhibée par l'oxygène relargué.

Il existe également la technique *inside-outside* qui consiste à réaliser simultanément un éclaircissement interne et externe de la dent.

L'érosion infiltration

Cette thérapeutique *made in France* développée par nos conférenciers est un trompe l'œil qui joue sur la transformation optique de la lésion et non sur son élimination mécanique (Fig. 4). C'est pourquoi elle permet de traiter uniquement les taches blanches de l'émail et non les taches brunes et orangées qui répondront à d'autres thérapeutiques. En premier lieu, il convient donc de poser le bon diagnostic pour identifier l'étiologie de la dyschromie (lésion post-traumatique, fluorose, white spot, ou MIH) afin de la traiter de manière appropriée.

Le protocole de J.P. Attal et de G. Tirlet est le suivant : il faut atteindre le cœur de la lésion par sablage ou par fraisage pour effondrer le toit de la lésion, c'est-à-dire uniquement la partie d'émail qui la recouvre. Nous serons au cœur de la lésion quand il sera possible de retirer des copeaux d'émail déminéralisé à la lame de bistouri. Ensuite de l'acide

chlorhydrique à 15 % est appliqué par microbrush (voire microbrosse ICB sur contre angle) sur le cœur de la lésion. Puis un draft alcoolique, dont l'incidence de réfraction est proche de celle de l'émail, est utilisé pour vérifier que la tache n'est plus visible. S'il reste une tache blanche périphérique, il faut s'assurer qu'il n'y a pas d'effet de bord, c'est-à-dire de contre dépouille au niveau de la lésion qu'il faudrait alors l'éliminer car elle empêche l'action de l'acide. Si la tache est imparfaitement éliminée il faut réitérer l'utilisation de l'acide. Une fois que le draft alcoolique révèle l'élimination totale de la tache, la phase d'infiltration peut débuter. Si la lésion est superficielle, la résine d'infiltration suffit pour jouer l'effet trompe l'œil et redonner la petite convexité perdue. Si la lésion est profonde il faudra ajouter à la résine d'infiltration sans adhésif un composite monté en couche émail ou stratifié en couche masse dentine et masse émail.



La stratification antérieure au composite

Cette technique reconnue par Gil Tirlet comme celle du maître Lorenzo Vanini, relève de la dentisterie additive. Le collage permet un renforcement des structures dentaires, certes moins important qu'avec la céramique, mais qui redonne à la dent traumatisée une résistance proche de 80 à 85 % de sa résistance initiale. La stratification (Fig. 5) présente comme avantages une bonne longévité d'environ 8 à 10 ans, mais surtout permet une réintervention dans l'esprit du gradient thérapeutique, à coût tissulaire quasi constant, non agressive pour la dent. Il est possible de déstratifier pour restratifier : fraisage, sablage mordantage, silanisation pour réactiver la liaison entre les charges de l'ancien composite et du nouveau, mise en place du système adhésif et restratification au composite.

En revanche, quand l'exigence esthétique est importante du fait d'une perte conséquente de volume, ou d'un nombre important de dents à restaurer, la difficulté d'obtenir un beau résultat, liée à l'exécution de l'opérateur, peut nécessiter de passer à l'utilisation de la céramique nous explique Gil Tirlet.

Lorsqu'il s'agit d'une dent présentant un trouble de l'émail, ajoute Jean-Pierre Attal, il faut comprendre que la plupart de ces troubles sont liés à une hypominéralisation, ce qui signifie qu'il y a davantage de protéines sur cette dent. Cet excès explique une moindre résistance mécanique et une qualité de collage diminuée. L'idée est donc d'enlever les protéines avant de coller par le protocole suivant : mordancer à l'acide orthophosphorique, déprotéiniser à l'hypochlorite de sodium à 5 % pendant 1 minute, rincer, sécher, mettre l'adhésif universel et mettre le composite.



Les facettes

Cette thérapeutique que Gil Tirlet décrit comme *une grande histoire d'amour qui dure depuis 36 ans* présente une excellente longévité et des taux de survie de 94 % à 15 ou 18 ans.

Elles permettent de restaurer l'esthétique, la fonction, la biomécanique de la dent naturelle et de restituer des hauteurs coronaires allant jusqu'à 5,5 mm selon des études de Pascal Magne. Les facettes (Fig. 6) sont de véritables *secondes peaux de l'émail* en disilicate de lithium ou en feldspathique. La grande nouveauté dans cette thérapeutique concerne le design des préparations puisqu'il est désormais possible d'avoir des marges à l'intérieur du composite de comblement ! Ce qu'on ne savait pas faire jadis, et qui était même contre indiqué. *Cela amplifie le champ d'indications des restaurations adhésives en céramique. On a des formes de limites qui permettent d'être plus contourné, de s'inscrire dans le composite et d'être au service de la préservation tissulaire*, explique G. Tirlet. Cette évolution permet de reculer encore l'échéance prothétique dite conventionnelle. À tel point que la restauration adhésive en céramique ou la restauration partielle est devenue l'évolution contemporaine de la couronne en antérieur, au même titre que l'onlay et l'overlay sont devenus l'évolution contemporaine de la couronne en postérieur.



Sans développer le protocole car le temps court dans cette conférence, Gil Tirlet et Jean-Pierre Attal ont rendu hommage à ceux qu'ils considèrent comme des vedettes absolues en matière de facettes notamment **Michèle de Rouffignac, Bernard Touati, Jean-Claude Harter, Jacques de Cooman, Jean-François Lasserre, Stefen Koubi**.

Quelques éléments clés à la volée des questions :

- Les facettes ne sont pas contre indiquées en cas de bruxisme, mais elles nécessiteront de bien régler l'occlusion et *a fortiori* selon le référentiel du chemin de fermeture physiologique, selon l'enseignement de José Abjean.
- Quelques indications pour coller les facettes, trois choix : la colle composite duale mais qui nécessite de rester en pression sur l'élément ; les colles composites fluides photopolymérisables ; les composites chauffés à 68 degrés qui est le mode le plus courant aujourd'hui. Pour la couleur de la colle, on choisira celle de la saturation de la masse dentine de la céramique conseille Gil Tirlet.
- Enfin deux références bibliographiques conseillées par nos conférenciers : *Facettes en céramique - 20 Recettes pour réussir* (Stefen Koubi), *Fusion, Art et Nature dans les restaurations céramiques* (Jean-François Lasserre).

Les inlays/onlays

La nouveauté dans cette thérapeutique vient d'une meilleure connaissance des tissus et de la prise en compte du dôme de compression amélaire. En effet, *même dans des cas de restaurations volumineuses, l'idée est de reconstruire le corps dentinaire de manière à recevoir le dôme amélaire en céramique. La notion de biocontour donnée par les tissus dentinaires permet d'aborder les restaurations partielles postérieures sous la forme d'onlay ou d'overlay (Fig. 7) qui mettent en compression les tissus et gardent un maximum de férule, qu'on peut qualifier de férule adhésif car il est destiné à recevoir par collage la pièce en céramique.*

Ainsi, aujourd'hui, plutôt que d'avoir des épaisseurs différentielles en faisant des inlays/onlays MOD qui sont des mauvais designs en termes de vieillissement, on aura tendance à aller investir les cavités, à faire des built up – c'est-à-dire des composites renforcés à base de fibre type everX – de manière à limiter les bords de la cavité dans les zones cervicales où les tensions sont maximales pour remonter très haut, très superficiel et assurer la mise en compression. On peut retrouver plus de précisions dans un article de Gil Tirlet (Réalités Cliniques, juillet 2021) où il y décrit trois types d'overlays : ceux de reconstruction quand la perte tissulaire est très importante ; ceux de renforcement quand il y a affaiblissements de pointes cuspidiennes d'appui ou guide ; ceux de restitution pour redonner la morphologie dans les cas notamment de perte de dimension verticale d'occlusion. Enfin le message de Gil Tirlet à retenir est que *la longévité de la dent est plus importante que celle*



de la pièce prothétique. Il vaut mieux conserver un maximum de tissu quitte à remplacer un overlay tous les 5 ans plutôt que réaliser une couronne qui durera 12 ans mais qui conduira à la perte d'une dent qui se sera fissurée. En effet, le gros avantage de ces restaurations réside dans la possibilité de réintervenir.

Le bridge collé cantilever

Gil Tirlet et Jean-Pierre Attal sortent du gradient pour nous présenter à travers cette dernière thérapeutique une alternative de choix à l'implant pour remplacer une dent absente en cas d'édentement unitaire antérieur : le bridge collé cantilever (Fig. 8).

L'avantage clé de cette prothèse est d'être un bridge mono-ailette, qui en s'appuyant sur une dent plutôt que deux, déjoue les problèmes de mobilités partielles entre deux dents, souvent à l'origine de décollements. En revanche, il existe des risques de fracture qui nécessitent des précautions dans la préparation. Ce bridge collé cantilever peut être soit en métal, soit en zircone, soit en disilicate de lithium. Pour le réaliser on distingue trois temps cliniques : la préparation de la gencive, la préparation de la dent et le collage, détaille Gil Tirlet. Pour préparer la gencive, l'idée est d'obtenir une émergence naturelle. Qu'on la prépare au laser, au bistouri électrique ou à la fraise boule, on cherche à créer une zone d'ovalisation crestale qui sera maintenue à l'aide d'une gouttière, et d'une dent du commerce bien convexe.

En effet, on cherche à créer un écrin muqueux dans lequel le céramiste viendra loger l'émergence de l'inter de bridge. Une compression muqueuse de 12 jours donnera deux fausses papilles. Vient ensuite la préparation de la dent dans sa portion amélaire uniquement. Pour ce faire, on utilise des fraises à butée calibrée 0,4 ou 0,6 mm, comme pour une facette palatine avec une cannelure coronaire pour s'opposer aux forces de cisaillement et de pelage de l'ailette collée.

Pour le collage, il est recommandé d'utiliser des clés de collage car le bridge n'est pas stable et des index de positionnement du cantilever seront nécessaires pour tenir compte de l'effet trampoline du champ opératoire. *Pour coller un bridge en Emax®, le protocole en court est mordantage à l'acide fluorhydrique et utilisation d'un silane ; pour coller la zircone on fera un sablage puis on utilise le Panavia F 2.0® ou un primaire zircone associé à n'importe quelle colle*, précise Jean-Pierre Attal.



Cette thérapeutique est intéressante car elle présente un taux de succès comparable aux facettes en performance et longévité, indique Gil Tirlet. Et en outre, dans le contexte de la gestion d'un édentement antérieur en phase d'évolution de croissance, elle permet d'éviter les situations implantaires qui aboutissent parfois à une infraclusion de l'implant posé précocement et un différentiel de niveau de papilles.

Ce qui est incroyable avec le bridge collé cantilever, c'est que les tissus parodontaux suivent lors des phases de croissance grâce à la stimulation physiologique de l'intrados de l'inter qui est convexe. Il y a une stimulation du sommet de la crête et le parodonte suit l'inter de bridge. Et pour aller plus loin, si un temps d'orthodontie s'avère nécessaire – très complexe quand il y a un implant –, il est possible avec le bridge collé cantilever. Quant à la contention orthodontique, elle sera posée sur la mono-ailette et laissera libre l'inter de bridge pour permettre le passage du fil dentaire. Dans le cas où la dent est triangulaire, il faudra anticiper en la modifiant par stratification préalablement à réalisation du bridge cantilever. Et en cas d'espace important, on proposera une thérapeutique orthodontique préalable. Si cette dernière est insuffisante on réalisera une stratification sur les dents collatérales pour rééquilibrer.

Les grands noms du bridge cantilever sont Mathias Kern, John Hopkins, M.G. Botelho, Alain Brabant, Stefan Ries, S. Jr Duarte rappellent nos conférenciers.

Fin de cette magnifique conférence sous un tonnerre d'applaudissements ! ■

© Crédit photo : Gil Tirlet

Michael Allouche



Mastermatch : implantation immédiate versus implantation différée

Nicolas Picard, David Nisand

Responsable scientifique : Jacques Malet (24 novembre)

La conférence n'a concerné uniquement que le remplacement de dents dans le secteur antérieur. Lorsqu'une dent est non conservable et que le praticien a choisi d'opter pour une solution implantaire, il existe 3 possibilités :

- **implantation immédiate** : le jour de l'extraction, on réalise la pose de l'implant ;
- **implantation précoce** : la pose de l'implant a lieu 6-8 semaines après l'extraction ;
- **implantation différée** : la pose de l'implant a lieu à 3 à 6 mois post-extractionnelle si une reconstruction osseuse a été réalisée.

Les conférenciers se sont intéressés uniquement à l'implantation immédiate et précoce.

En introduction, il est essentiel de rappeler certains concepts biologiques et histologiques de la cicatrisation post-extractionnelle naturelle.

Suite à l'extraction dentaire, on observe des modifications tissulaires inévitables avec un remodelage osseux non maîtrisé.

- Schropp et al. (1) réalisent en 2003 des extractions atraumatiques et montrent que les 2/3 du volume osseux sont perdus dans les 3 premiers mois suivant l'extraction.

- En 2005, Araujo et al. (2), expliquent ce phénomène en montrant qu'il y a une différence de résorption entre la corticale vestibulaire et la corticale palatine. La première est composée d'os fibrillaire en majorité où s'insèrent les fibres de Sharpey, et la seconde est composée d'os cortical. C'est l'os fibrillaire (donc la corticale vestibulaire) qui se résorbe le plus rapidement, dès la première semaine pour disparaître complètement à 3 mois post extraction.

- En 2013, Chappuis et al. (3), ont étudié l'impact du biotype parodontal sur la résorption osseuse et

ils concluent que les biotypes fins (< 1 mm) présentent une résorption osseuse plus importante comparé aux biotypes épais (> 1 mm) (7,5 mm versus 1,1 mm de perte osseuse verticale). Ils vont plus loin en analysant au scanner l'épaisseur des tissus mous avant, et 8 semaines après extraction (avec un intervalle de 2 semaines). Il en résulte qu'il y a un épaissement des tissus mous sur des biotypes fins (de 0,7 à 5,3 mm) et aucune différence sur les biotypes épais.

La question s'est alors posée de savoir si une extraction atraumatique (sans altération de la corticale vestibulaire) permettrait d'éviter toute résorption ?

- Chen et al. (4), en 2017 évaluent chez 34 patients le volume osseux et la position de la crête marginale au moment de l'extraction et 8,5 semaines plus tard. Ils observent que 73,5 % des patients présentent un défaut osseux de type déhiscence avec une perte osseuse verticale marquée même si la corticale était initialement intact suite à l'extraction.

La littérature scientifique s'est également intéressée à la nécessité de mettre en place un biomatériau de comblement osseux dans une alvéole post-extractionnelle pour limiter la résorption osseuse.

- En 2015, Araujo et al. (5) concluent que dans tous les cas il y a une perte osseuse vestibulaire mais qu'on perdait moins de volume crestale par rapport à une cicatrisation crestale seule.

Lorsqu'on réalise une implantation immédiate, le risque majeur est l'apparition de récessions implantaire au cours des années. Il est donc nécessaire d'anticiper sur les conséquences de la cicatrisation tissulaire (osseuse et muqueuse), et de les prendre en compte lors de notre choix thérapeutique. La finalité étant de se retrouver dans des conditions optimales pour poser l'implant et obtenir un résultat stable dans le temps.

Ainsi, en 2014, un consensus a permis d'établir des recommandations lors de la réalisation d'extraction / implantation immédiate dans les secteurs esthétiques selon Chen et Buser (6) :

- morphotype osseux et gingival épais,
- une corticale vestibulaire intacte,
- pas d'infection,
- positionnement idéal de l'implant (émergence en regard du cingulum),
- mise en esthétique non fonctionnelle, pour stabiliser les tissus mous.

Dans les cas où ces critères ne sont pas remplis, il est préférable de différer la pose d'implant. Une implantation précoce pourra être réalisée et il faudra attendre 6 semaines avant de réintervenir sur le site d'extraction.

Il y a plusieurs avantages à s'orienter vers une implantation précoce :

- pas de problème infectieux,
- on s'affranchit de la résorption tissulaire,
- on est au pic ostéoblastique très favorable à la régénération osseuse guidée,
- on est en présence d'un défaut à 3 parois.

axiomX3[®]
AU-DELÀ DES FRONTIÈRES

Dispositifs médicaux à destination des professionnels de la médecine dentaire. Non remboursés par la Sécurité Sociale. Classes I, IIa et IIb. CE0459.LNE/G-MED - Fabricant : Anthogyr. Lire attentivement les instructions figurant dans les notices et manuels d'utilisation.

Explorez de nouveaux territoires, pour toujours mieux répondre aux besoins de vos patients. Une solution adaptée à la diversité clinique, dans le respect et la préservation de l'environnement le plus précieux : l'os. Découvrez Axiom X3[®], une expérience nouvelle, au-delà de vos frontières.

En savoir plus

Anthogyr
A Straumann Group Brand

anthogyr.fr

Le protocole de l'implantation précoce est le suivant selon Buser et al. 2008 (7) :

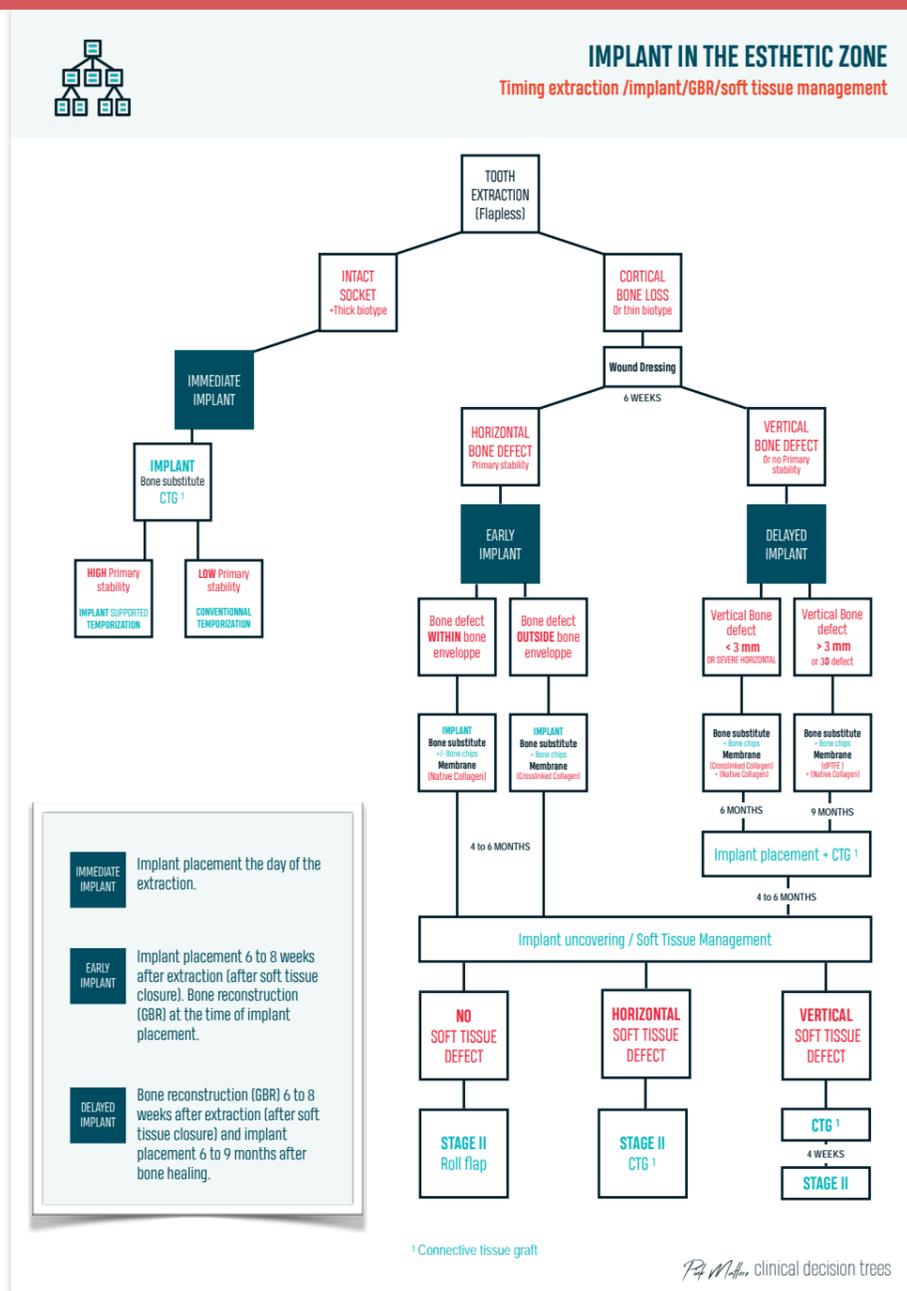
T0	Extraction sans lambeau + Eponge de collagène
6-8 sem.	Implant + ROG
3-4 mois	Second temps opératoire + aménagement des tissus mous
0-1 mois	Couronne provisoire
3-4 mois	Couronne d'usage

De plus, certains paramètres sont à respecter que l'on choisisse une implantation immédiate ou précoce : La préservation papillaire, préservation de la corticale vestibulaire intacte et la réalisation d'une prothèse provisoire bien adaptée guidant la cicatrisation des tissus mous. Le forage implantaire est complexe dans les 2 situations, il est donc recommandé de s'aider de guide chirurgical.

En résumé, les difficultés que l'on peut rencontrer :

Implantation immédiate	Implantation précoce
- Le positionnement implantaire	- Le temps de traitement qui sera allongé
- Le remodelage osseux non prévisible	- Le nombre d'intervention augmenté
	- La temporisation plus difficile

Il faudra prévenir le patient qu'en per-opératoire on peut changer de protocole si on estime que nous ne sommes pas dans les conditions optimales pour poser immédiatement l'implant (prévoir de réaliser une solution provisoire fixe ou amovible). **Pour nous aider sur le choix de la technique, les conférenciers ont proposé un arbre décisionnel.** ■



Bibliographie

- Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction : a clinical and radiographic 12-month prospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2003 Aug ; 23 (4) : 313-23.
- Araújo MG, Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. *J Clin Periodontol.* 2005 Feb ; 32 (2) : 212-8.
- Chappuis V, Engel O, Reyes M, Shahim K, Nolte LP, Buser D. Ridge alterations post-extraction in the esthetic zone : a 3D analysis with CBCT. *J Dent Res.* 2013 Dec ; 92 (12 Suppl) : 195S-201S.
- Chen ST, Darby I. The relationship between facial bone wall defects and dimensional alterations of the ridge following flapless tooth extraction in the anterior maxilla. *Clin Oral Implants Res.* 2017 Aug ; 28 (8) : 931-937.

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



Yoram Zaouch, Jordan Dray

La péri implantite, sommes-nous préparés à traiter le problème ?

Anne-Marie Roos Jansaker, Vincent Meuric

Responsable scientifique : Michèle Reners (24 novembre)

Nous posons de plus en plus d'implants, c'est la péri implantite est donc un problème de plus en plus fréquent qui peut avoir des conséquences sur la santé générale. Aujourd'hui **il n'existe pas de gold standard dans le traitement des péri implantites**, c'est donc du cas par cas.

L'étiologie principale c'est le biofilm et la plaque. Le diagnostic précoce est donc fondamental afin de prévenir les complications futures. C'est un vrai puzzle souligne A. M. Roos Jansaker car il faut prendre en compte le design implantaire, le design prothétique, l'hygiène orale, la maintenance parodontale. La plupart des facteurs de risques menant à la péri implantite peuvent être pris en charge avant la thérapie implantaire, il faut donc mettre toutes les chances de son côté.

Pour cela il faut **établir un bon diagnostic**, en commençant par se demander pourquoi a-t-on perdu la ou les dents ? Le patient est-il capable d'avoir un bon contrôle de plaque ? De plus il faut établir un programme de maintenance personnalisé en tenant compte de ses facteurs de risque. En 1991 Garber soulignait déjà **the name of the game is maintenance**, le nerf de la guerre c'est la maintenance et on constate que 5 ans sans maintenance c'est 20 % de nos patients avec

une péri implantite. Le fait de voir le patient très régulièrement permet également de traiter avant la perte osseuse, c'est-à-dire à la mucosite.

Pour la conférencière il ne faut pas oublier une chose fondamentale c'est que tous les patients n'ont pas besoin d'une restauration fixe. Il faut adapter sa restauration en fonction du patient. Chez un patient âgé, il sera beaucoup plus compliqué de maintenir une hygiène correcte sur une restauration fixe que sur des locators par exemple.

Pour Vincent Meuric, le second conférencier de la séance, **le facteur de risque le plus facile à contrôler reste le microbiote** même si l'on reste très loin de tout comprendre. Les nouvelles technologies et la bio-informatique permettent une véritable révolution face aux techniques traditionnelles comme la culture et le microscope optique. En effet les techniques de nouvelles générations, permettant un séquençage à haut débit, ont trouvé que 30 % des bactéries ne sont pas cultivables, 300 espèces bactériennes sont présentes en bouche avec une variabilité inter individuelle considérable.

Il nous a rappelé qu'autour d'un implant le passage est facilité pour les bactéries mais que ce ne sont

pas les bactéries qui provoquent la perte osseuse mais la réponse inflammatoire face à celles-ci. En effet il faut bien comprendre quatre éléments fondamentaux dans l'anatomie péri implantaire :

- les fibres sont circonférentielles et non perpendiculaires,
- il n'y a pas de ligament alvéolo-dentaire,
- le sillon a une conformation de « plaie ouverte »,
- **la surface est non desquamante donc le biofilm s'accumule.**



La colonisation bactérienne se fait une demi-heure après la pose de l'implant, cependant le biofilm



organisé, lui, met deux semaines à se former, les bactéries qui colonisent l'implant initialement ne sont pas toxiques mais forment une symbiose.

Vincent Meuric souligne que les définitions bactériennes de la gingivite et de la parodontite sont relativement similaires à ceux de la mucosite et de la péri implantites aux premiers stades de la colonisation. Cependant les écosystèmes sont distincts, les compositions quantitatives et qualitatives sont différentes, et les sites de péri implantite abritent des microbiotes moins diversifiés que les sites parodontaux.

Enfin les changements environnementaux favorisent grandement le passage de la symbiose à la dysbiose, l'hygiène orale adaptée est donc absolument indispensable. ■

Julien Biton



La e-réputation au cabinet dentaire : définition, prévention et solutions ?

Jacques Wemaere

Responsable scientifique : Alain Béry (26 novembre)

Cette séance a pour but de sensibiliser le praticien sur sa visibilité sur internet et sur l'importance exponentielle que prend internet dans la vie de nos patients.

Parlons de nous d'abord : qui n'a jamais regardé les avis TripAdvisor pour choisir entre un restaurant A ou B ? entre l'hôtel C ou D pour nos vacances ? Ce besoin actuel de se forger une opinion avant de vivre un évènement est déjà très ancré dans nos vies, et c'est pareil pour nos patients qui prennent rdv !

Notre image virtuelle a besoin d'être managée et gérée pour éviter de laisser ces genres de commentaire sur notre page Google Business (Fig. 1). Tous ces commentaires sont le plus souvent liés au service : l'accueil, l'attente, le personnel, l'expérience globale du cabinet dentaire. Et la plus grande difficulté, c'est qu'il est extrêmement difficile de les supprimer aujourd'hui !

Cette séance nous permettra de comprendre, puis de mettre en place rapidement des principes essentiels pour maîtriser son image numérique. Pour ceux qui n'auraient pas le courage de le faire eux-mêmes, il existe des sociétés spécialisées dans la gestion de notre image numérique.

Définissons l'E-réputation

L'E-réputation est l'image numérique d'une personne sur internet. Cette e-réputation est entretenue par tout ce qui concerne cette personne et qui est mis en ligne sur les réseaux sociaux, les blogs ou les plateformes de partage de vidéos.

Notre société évolue à grande vitesse : l'essor et le développement du numérique ont fait exploser le temps d'écran (combo téléphone/tablette/ordinateur) pour arriver à 6-8 heures par jour chez les 12-14 ans. Demandez à vos ados de partager leur temps d'écran !

Notre communication évolue également grâce à la levée de l'interdiction absolue de la publicité au sein de la profession avec l'évolution du code de déontologie fin 2020. Pas de panique cependant, cette communication reste très encadrée selon la forme et le support numérique utilisé.

Notre conférencier nous conseille avant tout de nous rapprocher de nos assurances pour prendre l'assurance E-réputation ET la garantie cybercriminalité. En effet, celle-ci peut ainsi prendre en charge une action en justice pour faire retirer un commentaire ou une plainte pour diffamation. De plus, les attaques cybercriminelles qui demandent une rançon pour ne pas effacer les données du cabinet sont de plus en plus fréquentes, il faut s'en protéger !

La gestion de notre E-réputation passe par l'organisation d'une veille régulière :

- faire un état des lieux régulièrement,
- créer un compte Google professionnel pour maîtriser les informations disponibles et pouvoir répondre directement aux commentaires,
- contrôler les nouveaux résultats en tapant son nom et quelques mots-clés.

Pour récupérer son compte business Google, il faut faire une demande auprès de Google. Nous pouvons alors accéder à notre page pour la configurer (Fig. 2).

La relation avec nos patients change également. Aux plus fidèles, il peut être envisagé de demander de poster un bon avis sur la page Google, à l'image de ce que peut nous demander notre pizzeria préférée !

Quelques conseils :

- attention à ne pas répondre à chaud, ce qui peut devenir plus délétère pour notre image,
- ne pas diffuser d'informations sur le patient,
- secret médical tenu sur les réseaux sociaux également,
- attention aux critiques avec les confrères.

Les 4 étapes pour répondre à un avis :

1. Prendre le contrôle de sa fiche Google mybusiness
2. Identifier le type d'avis
3. Formaliser la réponse
4. Vérifier

En cas d'injure ou de diffamation, on peut faire un signalement à Google pour demander le retrait du commentaire.

Adopter la bonne stratégie de réponse

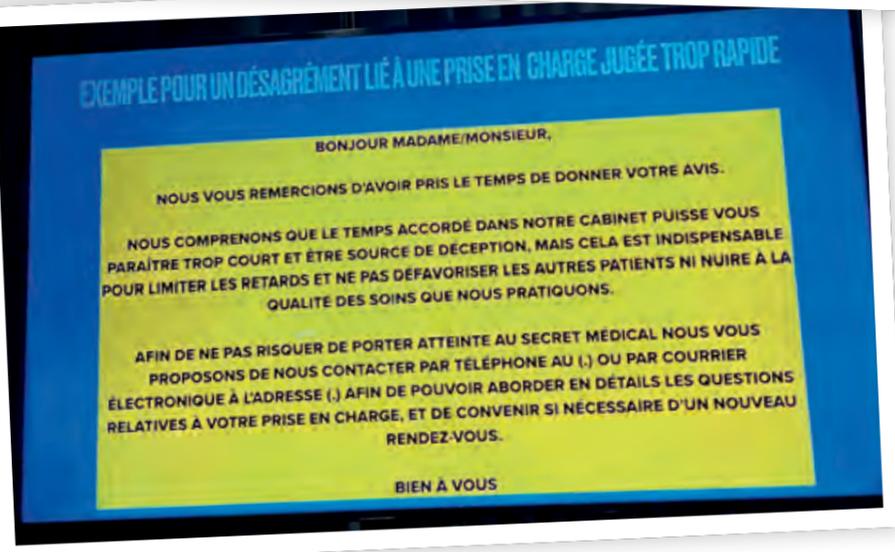
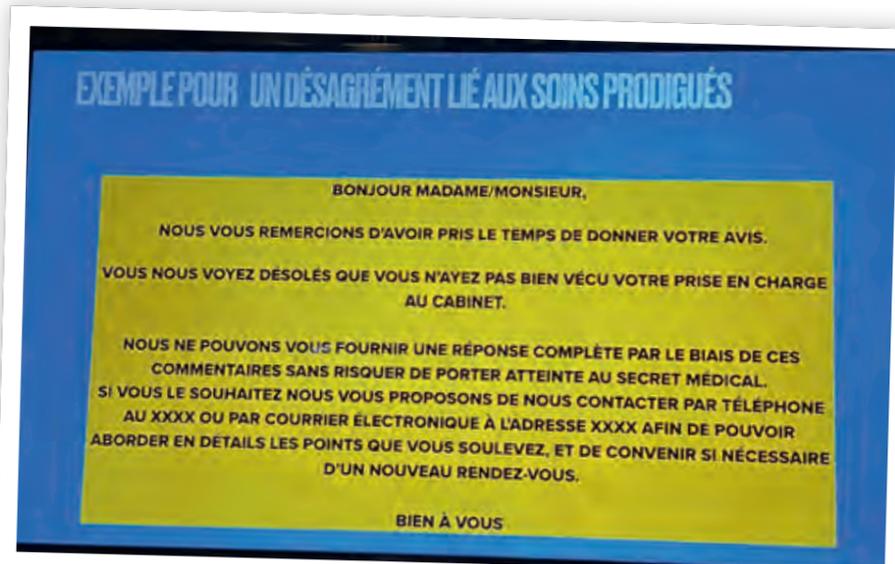
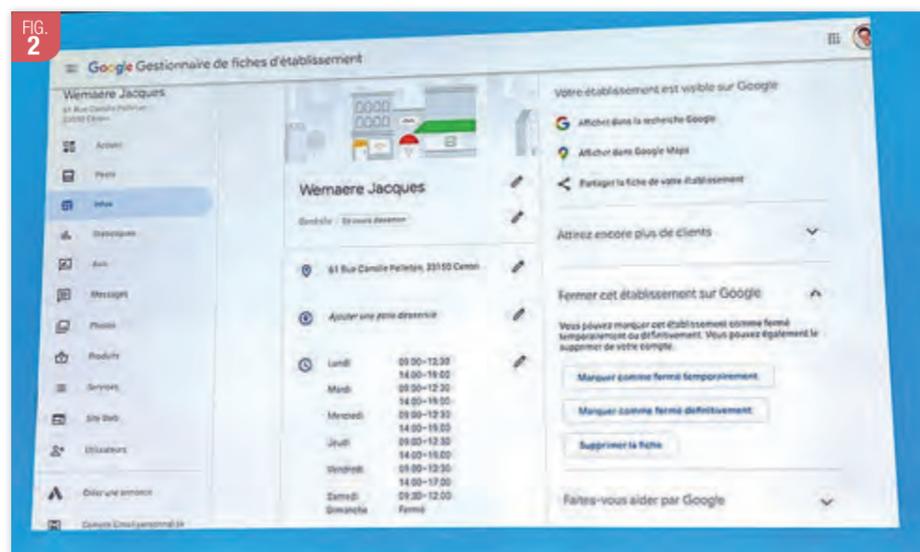
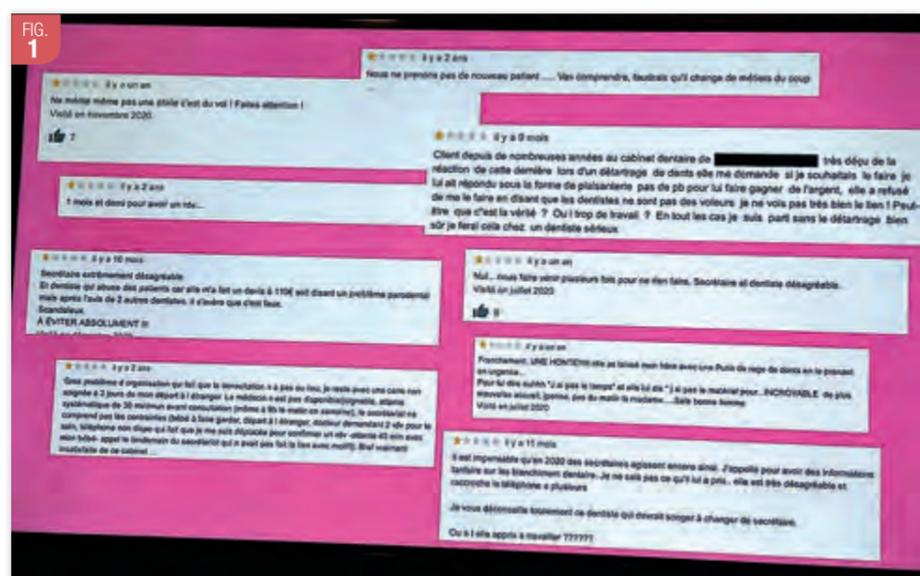
- La stratégie de neutralité correspond à l'absence de réponse suite à une critique numérique. Le praticien souhaite ainsi éviter la polémique.
- L'action pacifique consiste à formuler une réponse empathique à la personne ayant laissé un avis négatif.
- La stratégie défensive consiste à demander à l'auteur (quand il est identifié et connu) de retirer

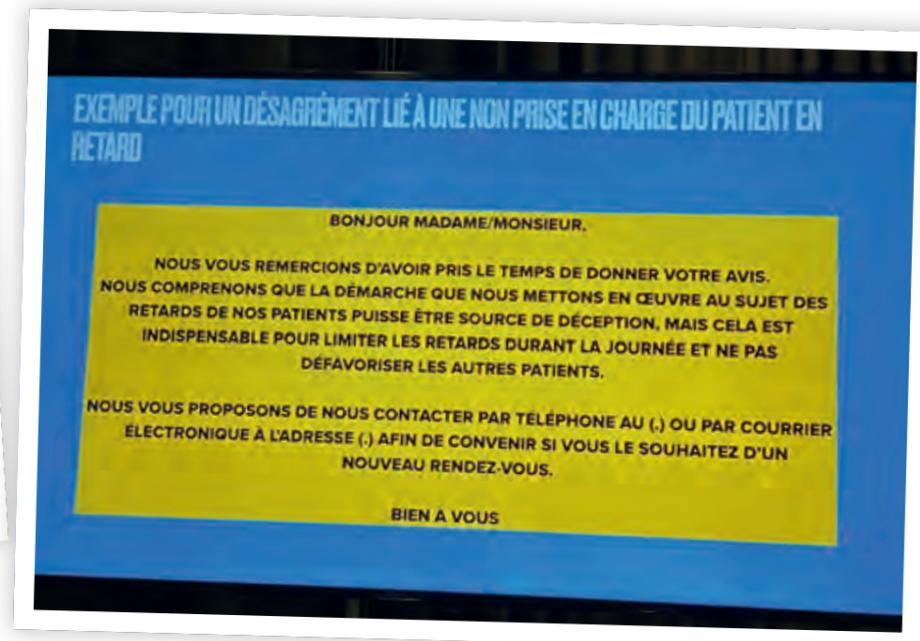
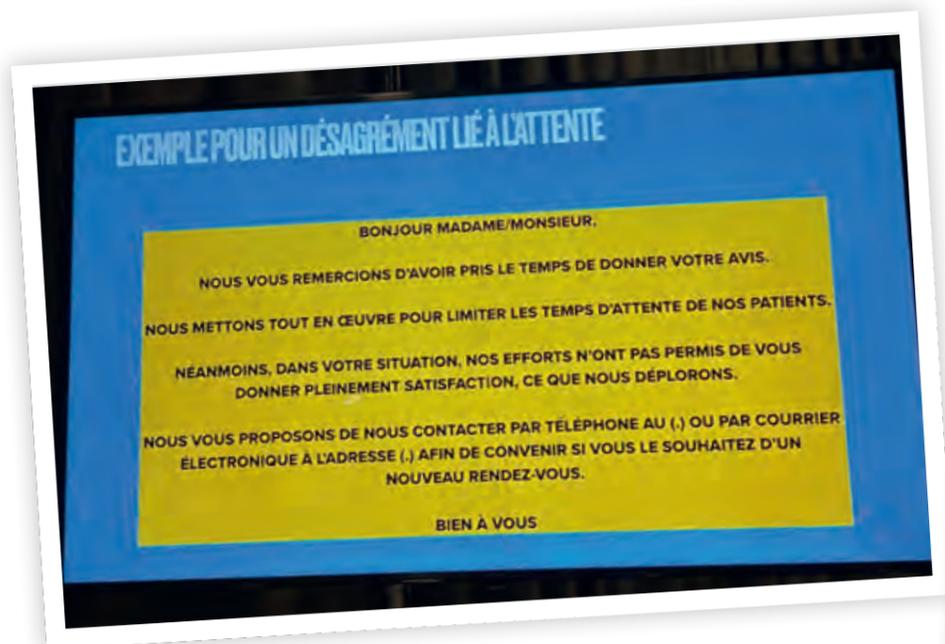
son avis afin qu'il disparaisse du site concerné. Même si l'auteur utilise un pseudonyme, le contact est tout de même possible. Comment réagir face à des avis postés sous pseudo ? Les avis anonymes sont très fréquents. Certains internautes ne désirent parfois pas que leurs noms et prénoms apparaissent. Cependant, il peut également s'agir d'avis frauduleux. Dans ce cas, après avoir répondu à ces avis, la meilleure stratégie consiste à signaler tout avis frauduleux auprès de Google, mais aussi à diminuer leur impact par l'attribution de nouveaux avis positifs.

- La démarche offensive s'appuie sur l'action en justice afin de faire supprimer un avis négatif ou obtenir réparation. Pour les avis illicites, prenez un avocat ou un service juridique (de votre assurance, syndicat, etc.) tant pour déterminer le caractère illicite que pour les suites à donner à cette situation. Dans ce cas, conserver les preuves de l'avis en question est indispensable. Une issue amiable peut être trouvée à tout moment même si la voie judiciaire a été amorcée. La stratégie offensive est envisageable uniquement lorsque l'avis est illicite. Parfois, il est possible de ne pas avoir recours à une action juridique. Les éditeurs/hébergeurs mettent souvent en place un système de signalement des avis dépassant le cadre de la liberté d'expression (par exemple, sur la fiche Google My Business).

Une des stratégies peut aussi être de ne pas répondre aux commentaires trop anciens pour ne pas créer une activité sur une page où il y en avait peu. La réponse du praticien doit fermer la discussion ou inviter le patient à reprendre contact directement avec le cabinet.

Le guide du Conseil National de l'Ordre des médecins est très intéressant à télécharger sur internet.





Comment agir ?

Il est conseillé dans toute réponse à un commentaire négatif de :

- remercier dans un premier temps le patient d'avoir laissé un avis ;
- lui faire comprendre que vous avez compris la nature de son désagrément ;
- si le désagrément est fondé, d'en expliquer la cause et les éventuelles mesures mises en œuvre pour le pallier ;
- si le désagrément n'est pas fondé, d'informer l'auteur du commentaire de votre surprise à sa lecture ;
- si nécessaire, de préciser à l'auteur du commentaire que vous ne pouvez lui fournir une réponse complète sans risquer de porter atteinte au secret médical ;
- enfin, de proposer à l'auteur du commentaire de vous contacter sur vos coordonnées professionnelles afin de permettre de trouver une solution aux difficultés qu'il a pu rencontrer.

Conclusion : maîtriser sa @réputation

Différenciez bien votre univers professionnel de votre vie privée

- Utilisez des pseudos différents
- N'acceptez pas vos patients comme amis virtuels
- Choisissez les paramètres de confidentialité les plus élevés

Créez votre propre site ou blog professionnel

- Valorisez vos compétences additionnelles
- Améliorez l'information destinée à vos patients
- Restez en accord avec le Code de déontologie

Mettez à jour votre profil professionnel

- Sur les plateformes de prises de rendez-vous
- Sur les annuaires
- Sur les services de géolocalisation

Restez vigilant et prudent

- Organisez une veille régulière sur les moteurs de recherche
- Évitez le bad buzz avec des sujets polémiques et des réactions excessives

Chers lecteurs, chers Confrères, à vos claviers !!!
PS. N'hésitez pas aussi à lire (ou relire) l'article d'Alexandre Eichelberger de AONews #28 ! ■

Cyril Licha



XO FLOW – LE PREMIER UNIT DENTAIRE NUMERIQUE

XO FLOW est le premier unit dentaire numérique incluant des séquences de travail, des applications dentaires, une connexion réseau et de nombreuses autres spécificités jamais vues auparavant.

Le Dashboard
C'est une interface tactile intégrée à la console instruments accessible par le dentiste et l'assistante pour gérer toutes les fonctions de l'unit en restant concentré sur le patient.

Le Navigator
C'est un écran tactile regroupant les applications dentaires, la programmation de l'unit et l'intégration des autres périphériques et logiciels connectés au réseau. Votre scanner intra oral peut y être connecté grâce à l'application Remote Desktop.

N'hésitez pas à contacter votre partenaire XO local pour une démonstration et à vous rendre sur le site www.xo-care.com

Vous avez fait un excellent travail. XO FLOW est très intuitif. C'est très impressionnant.

Dr. Gérard Tolila.



XO FLOW a remporté deux prix Red Dot Awards. Les catégories « Dispositifs médicaux et technologies » et « Produits innovants ».



Mastermatch : Les vitrocéramiques par rapport à la zircone ou le combat Vertiprep vs préparation traditionnelle

Pierre Layan, Louis Maffi-Berthier

Responsable scientifique : Antoine Oudin (vendredi 26 novembre)

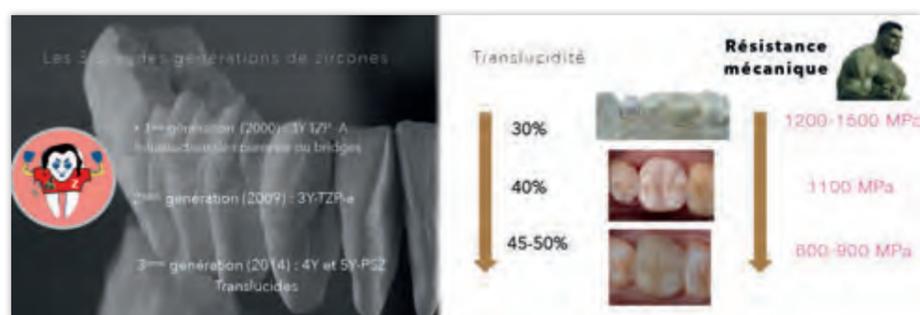
J'aimerais revenir sur un match intéressant : 2 céramiques, la Zircone et le Disilicate de lithium. Elles sont de plus en plus utilisées avec l'essor du numérique et de l'usinage des prothèses à partir de ces mêmes empreintes. Cependant, elles n'ont pas les mêmes caractéristiques techniques et leur assemblage est différent. Ainsi, nous allons voir, selon plusieurs critères, les indications de l'une ou l'autre, pour ensuite décider de la meilleure à mettre en place.

Tout d'abord l'esthétique de ces céramiques

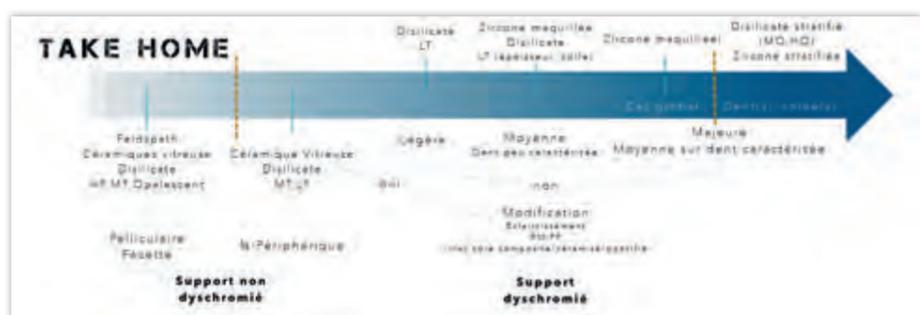
Le Disilicate de Lithium ou eMax reste une référence comme céramique esthétique en technique pressé ou usinés (hors stratifications). La zircone reste dans notre esprit comme la céramique opaque, comme le lavabo de la salle de soin et dure comme de la pierre.

Aujourd'hui, il existe trois architectures de Zircone disponible sur le marché :

- 3Y-TZP-A très dure mais peu translucide ;
- 3Y-TZP-a, moins dure, un peu plus translucide, peut-être envisagée en restauration monolithique peu esthétique en postérieur ;
- 4Y et 5Y-PSZ, les plus translucides, mais on descend en résistance mécanique.



Cet arbre décisionnel aide le praticien à choisir la meilleure céramique selon le support de préparation.



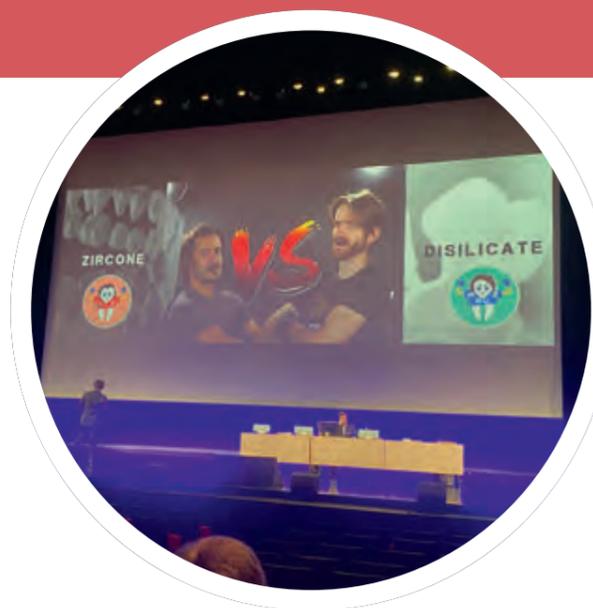
Au final, sur un support non dyschromié, l'eMax reste la référence. Mais en cas de support dyschromié, une zircone 5Y-PSZ avec maquillage reste la meilleure solution (sans parler de stratification céramique).

Nous allons parler ensuite de biomécanique

La zircone est-elle incassable ? Par sa nature, la zircone reste un matériau fragile : le choix de la forme, les retouches en bouches ou les angles vifs sont à éviter. En cas de retouche : vitesse lente sous irrigation avec appui contrôlé et fine granulométrie.

La zircone entraîne-t-elle plus d'usure de l'antagoniste ? Non, elle n'entraîne pas d'usure plus importante que l'usure physiologique des dents si le polissage est bien réalisé. L'usure est un phénomène physiologique, et nous devons privilégier les matériaux qui vieillissent en même temps que les dents pour une meilleure longévité des résultats esthétique et mécanique dans le temps.

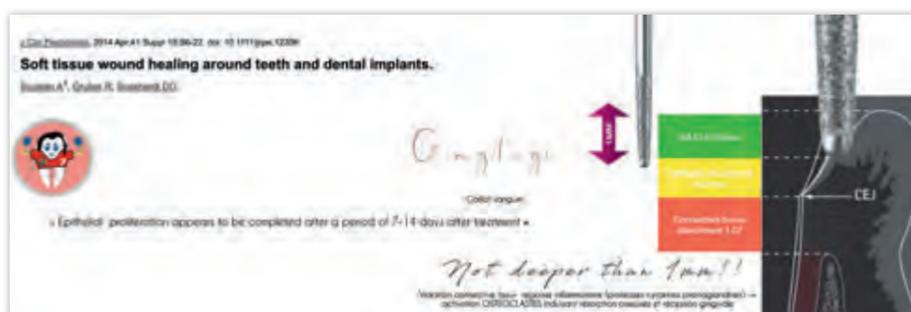
Ces deux céramiques n'obéissent pas non plus aux mêmes règles de préparation. En effet, l'eMax doit être soutenue et ne peut pas être préparée en Vertiprep.



Pour respecter les règles de préparation, on peut utiliser les fraises calibrées de Komet. En dernière étape, le polissage de la préparation est indispensable. De l'autre côté de la force, les vertipreps.



Il ne faut pas oublier la réduction occlusale de 1,5 mm. Lors de la préparation, le saignement induit par la fraise dans le sulcus permet une cicatrisation parfaite de la gencive sur la couronne provisoire et permet d'obtenir la meilleure intégration gingivale possible pour la couronne définitive.



Le vertiprep n'induit pas forcément un surcontour au niveau de la limite de la dent. En effet, le prothésiste reproduit le surcontour naturel de la dent. Ce n'est pas le surcontour auquel nous pouvons penser habituellement avec une marque à 90°.

Quel bloc choisir pour la vertiprep ?



Les meilleurs blocs sont les multicouches avec plusieurs résistances mécaniques pour avoir une belle translucidité en coronaire mais une résistance importante en apical pour éviter une fracture de céramique à la pose de la prothèse.

Il faut également avoir en tête que ce qui vieillit le plus vite c'est le joint, donc la qualité du joint fait la longévité de la restauration.

Take home

Pour une préparation conventionnelle, les préparations verticales en zircone nous permettent d'être plus conservateurs.

Pour une préparation collée, les préparations type overlay Disilicate nous permettent d'être plus conservateurs.

Biologie

Excellente biocompatibilité des 2 matériaux

Scellement ou collage ?

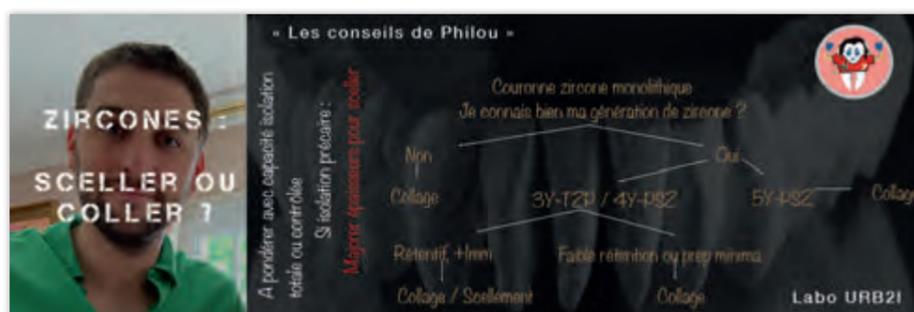
Concernant le collage :

- c'est une technique difficile à mettre en place parfaitement et demande une expérience clinique pour un collage maîtrisé ;
- améliore la résistance mécanique à la fatigue ;
- optimise les propriétés mécaniques.

Concernant le scellement :

- mise en œuvre simplifiée ;
- CVIMAR obligatoire en scellement définitif ;
- épaisseur d'eMax d'1,5mm Partout si on veut la sceller ;
- si on veut sceller l'eMax, il faut beaucoup plus d'épaisseur clinique pour avoir les mêmes propriétés mécaniques que si elle est collée.

Les conseils de Philippe François :



L'eMax reste la céramique la plus adaptée pour la CFAO directe.

	Emax CAD	Emax Press	3Y	4Y	5Y	Vertiprep
Labo -> Production	●	●	●	●	●	●
Labo -> Maquillage	●	●	●	●	●	●
Retouches occlusales/prox	●	●	●	●	●	●
Collage	●	●	●	●	●	●
Scellement	●	●	●	●	●	●

Take home - mise en œuvre

- Pour épaisseur de céramique importante (+ de 1,5 mm)
- Scellement possible pour Zircone et Disilicate
- Pour épaisseur de céramique faible

Disilicate : collage ou scellement adhésif
Zircone : scellement si 3y ou 4y, collage si 5y. ■

Cyril Licha



IGN[®], l'allié de l'hygiène

La décontamination de l'eau des sprays et la désinfection des units dentaires.



FABRIQUÉ EN FRANCE

Dispositif médical : Classe IIa – Organisme notifié : SZUTEST
(2195) Fabricant : Airel, France
www.airel-quetin.com – choisirfrançais@airel.com – 01 48 82 22 22

Ces traitements qui nous posent problème : bisphosphonates, anti-thrombotiques, anticancéreux

Vanessa Baaroun, Jean-Hugues Catherine, Anne-Gaëlle Bodard

Responsable scientifique : Yvon Roche (vendredi 26 novembre)

Cette conférence a traité des différents traitements que nous sommes amenés à rencontrer dans notre pratique. La première partie concernant les bisphosphonates a été traitée par Vanessa Baaroun, la seconde sur les anti-thrombotiques par J. Hugues Catherine et enfin celle sur les anticancéreux par A. Gaëlle-Bodard.

Bisphosphonates (BP)

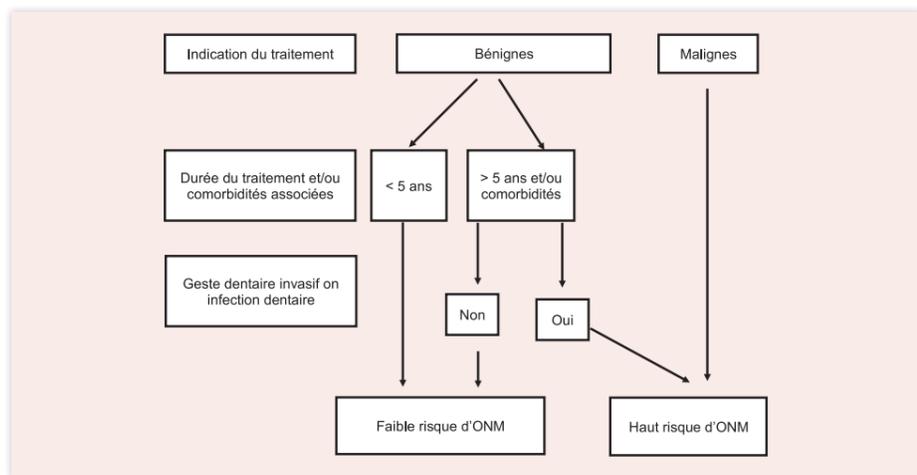
Cette famille de médicament est prescrite pour bloquer la résorption osseuse en entraînant l'apoptose des ostéoclastes. On peut les classer de différentes façons : par génération, par indications (rhumatologiques bénignes ou oncologiques malignes), ou encore par voie d'administration (plus floue car certains traitements rhumatologiques peuvent être intra-veineux). Ils peuvent donc être prescrits dans le cadre d'une ostéoporose ou d'un cancer. Les métastases osseuses sont principalement retrouvées dans le sein, la prostate, ou encore le poumon. Chez ces patients, il est nécessaire d'évaluer le risque d'ostéonécrose des mâchoires (ONM), qui existe également avec d'autres familles de médicaments que les bisphosphonates, notamment d'autres anti-résorbeurs osseux ou des anti-angiogéniques.

Classification des ONM :

- Stade 0 : Pas d'exposition osseuse, mais signes cliniques non spécifiques
- Stade 1 : Ostéonécrose asymptomatique et sans infection
- Stade 2 : Ostéonécrose symptomatique avec signes d'infection
- Stade 3 : Ostéonécrose symptomatique avec signes d'infection avec extension voisine et/ou fracture, fistule, etc.

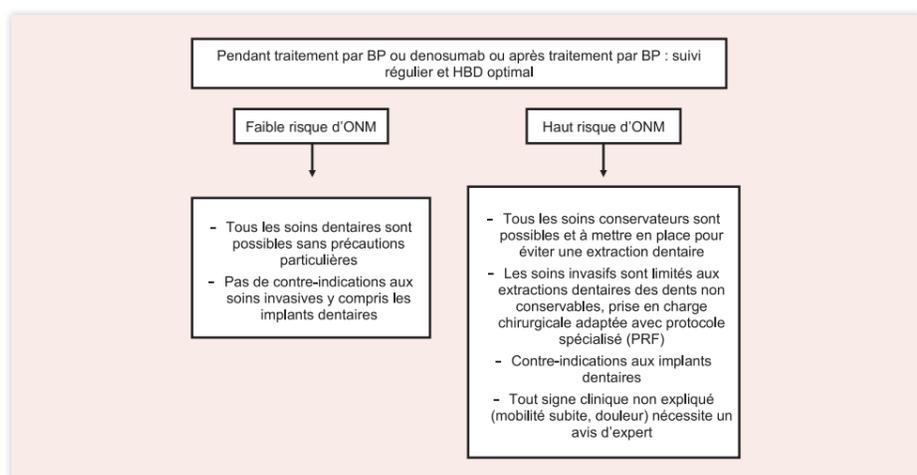
Une discordance entre l'aspect clinique et radiographique peut être observée. Les principaux facteurs importants dans la survenue des ONM sont les avulsions dentaires, mais aussi la durée de traitement, la dose cumulée et la présence d'autres comorbidités (polyarthrite rhumatoïde, traitements anti-angiogéniques). La voie d'administration n'est pas un facteur prédictif du risque, c'est la dose qui compte. Les bisphosphonates et le dénosumab (anti-résorbeur osseux) montrent des taux similaires d'ONM.

La quantification du risque



Comorbidités : immunodépressif causée par pathologie ou traitement (corticoïdes, méthotrexate, anti-TNF, ...). Un traitement de plus de 5 ans n'est pas la règle dans ces prescriptions. Pour la prise en charge, un bilan dentaire pré-traitement doit être conduit. Si l'indication est bénigne, tous les soins doivent être réalisés et aucun délai entre réalisation des soins et début du traitement n'est nécessaire. Le patient doit être averti de la nécessité d'un suivi régulier. Si l'indication est maligne, une attitude plus radicale avant traitement doit être adoptée car le patient sera à haut risque. Un délai minimum de 15 jours, idéalement 1 mois est nécessaire avant de mettre en place le traitement. Si aucun bilan n'est réalisé avant l'instauration du traitement, le risque d'ONM est multiplié par 10.

L'arbre suivant récapitule les différentes situations possibles



Aucune lésion apicale, même asymptomatique, ne peut être laissée car elle peut déclencher une ONM. Les traitements endodontiques peuvent être réalisés avec les mêmes taux de succès chez ces patients (on évitera les dépassements de matériau, les lésions muqueuses lors de la pose de digue, et on réalisera un bain de bouche pré-opératoire). Les poches parodontales sont également concernées et doivent être éliminées.

Les implants déjà ostéointégrés ne sont pas plus à risque de créer une ONM une fois le traitement commencé. Les traitements d'orthodontie présentent un faible risque : ils sont cependant ralentis, on observera plus facilement des résorptions et les racines sont plus difficiles à paralléliser mais le traitement possible. L'ONM n'a jamais été mise en évidence chez les enfants traités par BP.

À ce jour, l'intérêt de la suspension du traitement pour réaliser les actes invasifs n'a pas été démontré.

Si l'ONM survient, différentes techniques sont décrites. La prise en charge peut être médicamenteuse, éventuellement chirurgicale si la clinique l'indique : l'utilisation d'un concentré plaquettaire sera alors indiquée.

Anti-thrombotiques

Ces familles de médicaments sont de plus en plus souvent prescrites en raison du vieillissement de la population et de l'incidence des pathologies cardio-vasculaires :

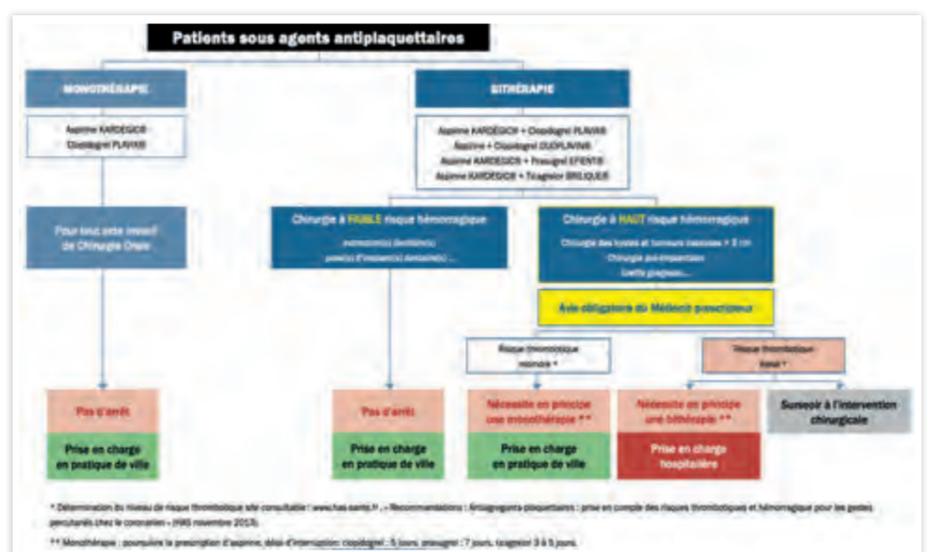
- 1 % de la population est traitée par anti-vitamines K (AVK)
- 5 % de la population est traitée par anti-agrégant plaquettaire (AAP)
- 400 000 patients sont traités par anticoagulants oraux directs (AOD)

Le risque hémorragique s'évalue en pré-opératoire par l'interrogatoire. L'âge croissant, la présence de comorbidités (insuffisances rénale et hépatique car elles jouent sur le métabolisme des médicaments), et les antécédents de saignements importants (épistaxis, gingivorragie, ecchymose) mettent sur la voie d'un risque hémorragique plus important. Les examens corporel et endobuccal permettent d'évaluer le risque en fonction de la chirurgie à réaliser et de la situation clinique.

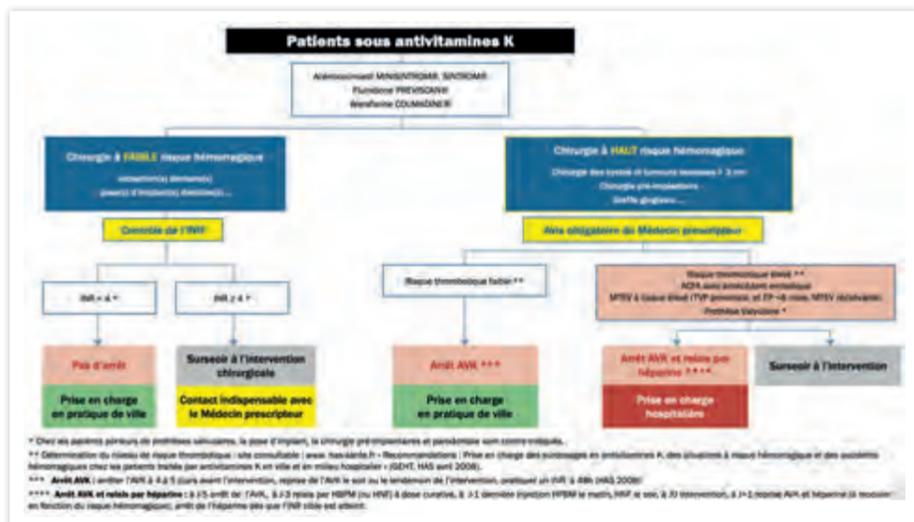
Les actes chirurgicaux en fonction du risque hémorragique

Type de chirurgies et actes invasifs	Niveau de risque des complications hémorragiques
Actes sans risque hémorragique	
<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie locale • Débridage 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémostase mécanique simple par pression
Chirurgies et actes à faible risque hémorragique	
(Chirurgies pour lesquelles une hémorragie extrinsèque est facilement contrôlable par une hémostase chirurgicale conventionnelle *)	
<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie locale • Anesthésie muqueuse (sans 1 ml/m² quaternaire) • Chirurgie endodontique : périapex, inoculation de kytes et tumeurs bénignes (classé < 3 cm) • Chirurgie péri-implantaire (sans greffe gingivale avec placement passif) • Chirurgie péri-implantaire d'une dent existante, visible • Implant dentaire • Débridement implantaire (sans modification) • Biopsie dentaire muqueuse (classé < 1 cm) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure d'hygiène bucco-dentaire et détartrage • Hémostase chirurgicale conventionnelle • Acide tranexamique
Chirurgies et actes invasifs à risque hémorragique élevé	
(Chirurgies pour lesquelles des pertes sanguines significatives et/ou transfusions plaquettaire sont rapportées dans la littérature, interventions d'une durée opératoire > 1 heure, interventions critiques par suite de saignements (sinus maxillaire, plancher buccal) et/ou difficilement contrôlables par une hémostase chirurgicale conventionnelle *)	
<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie muqueuse sans pression quaternaire • Anesthésie de surface (classé) • Implants muqueux sans pression quaternaire • Extraction de sinus (sans cristaux, sans lavage) • Greffe osseuse partielle et régénérative (sans greffe guidée) • Chirurgie des tumeurs (classé < 3 cm) • Chirurgie endodontique, périapex, inoculation de kytes et tumeurs bénignes (classé > 3 cm) • Remplacement d'une comorbidité bucco-oculaire • Fabrication des prothèses dentaires et tumeurs bénignes de la face (classé > 3 cm) 	<ul style="list-style-type: none"> • Même mesure préventive que pour une chirurgie à risque hémorragique faible à modéré • Médicaments dérivés du sang, à base de fibrinogène et thrombine humaine • Electrocoagulation mono et bipolaire • Privilégier les chirurgies mini-invasives (laparoscopie et chirurgie implantaire guidée, abord du sinus par voie crâniale...) • Imagerie 3D préopératoire (sinus, région amygdalaire) en cas de pose d'implant

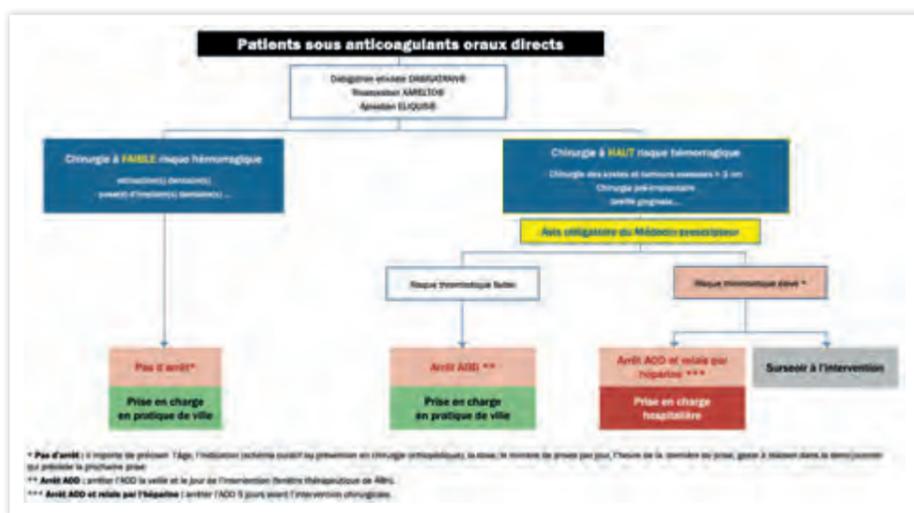
Les anti-agrégants plaquettaire (Kardegic, Plavix, Efiend, Brilique, Duoplavin) ne justifient pas de surveillance biologique particulière.



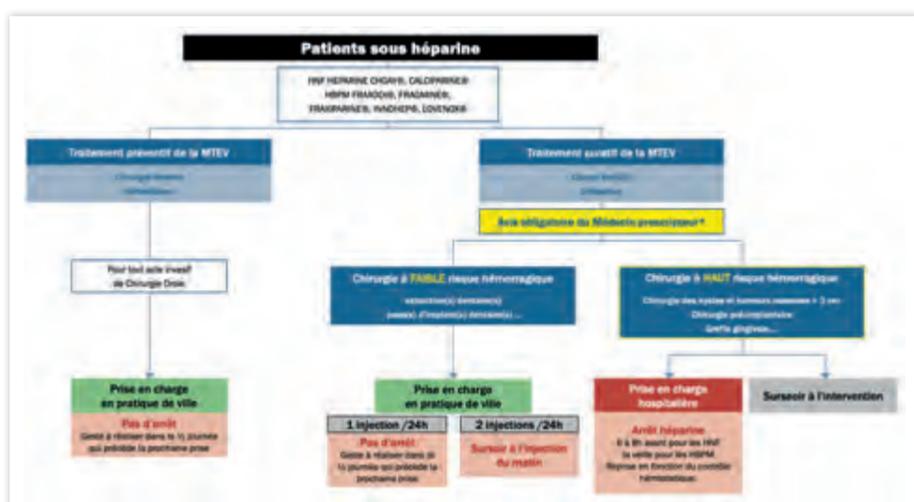
Les anti-vitamines K (Sintrom, Minisintrom, Coumadine, Previscan) nécessitent le dosage de l'INR peu de temps avant la chirurgie (entre 24 et 72h avant) afin de connaître la conduite à tenir. Voici la conduite à tenir chez les patients suivants ces traitements :



Les anticoagulants oraux directs (Pradaxa, Xarelto, Eliquis), comme les AAP, ne nécessitent pas de surveillance biologique, sauf en cas de doute.



Les héparines sont rarement rencontrées en ville car leur administration est en général réalisée en milieu hospitalier.



L'utilisation de moyens d'hémostase locale est obligatoire :

- Vasoconstricteurs
- Élimination des tissus inflammatoires
- Éponges collagéniques, colle biologique, colles cyanoacrylate
- Oxycellulose (Surgicel)
- Sutures par points discontinus
- Compression
- Gouttière de compression
- Anti-fibrinolytique (acide tranexamique)
- Électrocoagulation
- Ligature vasculaire

Des suites hémorragiques importantes sont à anticiper : ecchymoses importantes de couleur changeante, allant parfois jusqu'à thorax. L'hématome du plancher est la principale complication à anticiper. Elle peut mener à l'asphyxie. Ces médicaments nécessitent des précautions lors des prescriptions. Les associations suivantes sont contre-indiquées ou interagissent :

- AINS avec AAP
- Héparines avec AINS ou Aspirine
- AOP avec AINS, AAP, antifongiques azotés, Clarithromycine et Apixaban
- AVK avec aspirine > 500 mg/j et miconazole (contre-indication)
- AVK avec antifongiques azolés, AIS, AINS, macrolides, métronidazole, fluoroquinolones, cyclones, certaines céphalosporines, tramadol, sucralfate, pentoxifylline (associations déconseillées)
- AVK avec paracétamol à 4 g/j (potentialisation de l'effet anticoagulant de l'AVK si le traitement dure plus de 4 jours, INR à surveiller)

Signes de gravité à connaître :

- Polypnée
- Pâleur, sueurs, marbrures
- Hypotension
- Hématome du plancher
- Confusion, trouble de la conscience
- Diminution de la saturation en oxygène
- Pouls > 110

En cas d'hémorragie post-opératoire, la règle est la reprise chirurgicale. Après anesthésie locale, la plaie est réouverte et vérifiée, les procédures d'hémostase locale sont ensuite reprises. Les conseils post-opératoires sont renouvelés. Une exploration de l'hémostase doit être réalisée en fonction de la clinique (hémogramme INR / TQ / TCA). Dans le cas où le saignement persiste malgré la reprise de l'hémostase, le patient doit être orienté vers un service hospitalier.

Anticancéreux

Les anticancéreux se divisent en familles :

- les antimétaboliques,
- les biothérapies : protéines thérapeutiques, anticorps monoclonaux,
- anti-résorbeurs osseux,
- agents physiques : radiothérapie.

Ces traitements présentent une toxicité importante variable selon les molécules. La muqueuse buccale y est sensible car elle est un tissu à renouvellement cellulaire rapide comme les cellules cancéreuses ciblées. On observe une toxicité cardiaque, neurologique, oculaire, cutanée, digestive (nausées, vomissements), muqueuse (mucite), hématologique (atteinte variable des différentes lignées), associée à un risque infectieux et hémorragique.

Un bilan dentaire doit être fait avant de débiter la chimiothérapie. Nous sommes cependant amenés à réaliser des soins chez des patients en cours de chimiothérapie. Il faut alors les réaliser avant le début de la prochaine cure, pour que les paramètres sanguins soient suffisamment corrects. On réalisera alors un bilan biologique (NFS, NP, avec couverture antibiotique).

Les anti-TNF sont des traitements régulièrement utilisés, qui modulent l'immunité. L'implantologie ne nécessite pas d'adaptation du traitement. Cependant, pour des actes invasifs ou à risque infectieux, une fenêtre thérapeutique doit être mise en place par le médecin prescripteur, selon les modalités suivantes en fonction de la molécule avec éventuellement une antibiophylaxie.

Durée d'arrêt des anti-TNF alpha avant chirurgie :

- etanercept : au moins 2 semaines
- infliximab : au moins 4 semaines
- adalimumab : au moins 4 semaines

Selon le type de cancer, la cible du traitement ne sera pas la même. Ainsi, les effets secondaires attendus et donc les précautions à prendre dépendront du type de cible. Par exemple :

le cetuximab cible l'EGFR (epithelial growth factor receptor) : les effets attendus sont donc épithéliaux. On observe des rashes cutanés, et des lucites sévères dans le cadre de ce traitement ;
le denosumab cible le RANKL, les effets attendus sont donc osseux : le risque est l'ostéoradionécrose car perturbation du remodelage osseux. Sa demi-vie est d'un mois contrairement aux BP, ce qui rend la prise en charge plus simple.

Les lucites sont des complications très souvent rencontrées dans le cadre de chimiothérapies. Leur prise en charge repose sur une hygiène bucco-dentaire adaptée (dentifrice et bains de bouche sans alcool, brosse à dents extra-souple), une alimentation adaptée, des antalgiques et des bains de bouche réalisés avec du bicarbonate ou encore des corticoïdes.

La radiothérapie permet, à l'aide de particules chargées, de détruire des cellules cancéreuses ciblées. Pour les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou, le protocole se déroule en 5 séances, avec environ 2 Gy par séance. La dose totale est entre 50 et 70 Gy, avec des effets indésirables durables (enanthème, érythème, hyposialie, ostéoradionécrose, dépilation, caries post-radiques).

Si la dose est inférieure à 30 Gy, le risque de développer une ostéoradionécrose est très faible. On prendra contact avec le radiothérapeute pour avoir la dose exacte.

Des gouttières de fluoration doivent être réalisées chez ces patients, elles doivent être espacées pour que le produit ne soit pas chassé par une gouttière trop adaptée, et dépasser les collets pour que le produit soit actif sur toute la dent. Les anesthésies intra-ligamentaires et intra-septales, susceptibles de traumatiser le tissu osseux, sont à prescrire. ■

Patrick Chelala



Mastermatch : Dent déulpée en demi-finale, collage contre ancrage

Pascal de March, Julien Brousseau

Responsable scientifique : Franck Decup (samedi 27 novembre)

Dans une salle comble, le Mastermatch du jour a opposé Julien Brousseau, qui présentait le concept de la RMIPP, à Pascal de March, qui lui présentait celui de l'inlay core, tout cela sous la direction de Franck Decup.

Il est recommandé de réaliser un **tenon anatomique** où un tenon préformé peut être utilisé pour la prise d'empreinte conventionnelle. Celui-ci permettra de maintenir le matériau à empreinte. Le tenon préformé métallique ne doit pas dépasser 1,4 mm de diamètre et doit posséder une tête rétentive. Il est utile de rappeler que l'inlay core (IC) **doit s'affranchir de toutes contraintes internes**.

On parle de RMIPP pour une reconstitution avec un matériau inséré en phase plastique. L'idée est de venir positionner un **tenon « flottant »** qui est enrobé de composite. Cela contribue à créer une cohésion et une rigidité de l'ensemble. À la différence de la préparation d'un inlay core il est possible de conserver des contre dépouilles camérales tout en diminuant la taille de l'ancrage, où **7 mm est la longueur suffisante** (ce n'est pas la taille qui compte ☺).

Sa réalisation repose sur le triptyque suivant : **isolation – nettoyage physico-chimique – adhésion**.

- Une isolation systématique est nécessaire.
- La qualité du nettoyage conditionne la qualité de collage où le nettoyage mécanique est plus important que le nettoyage chimique. Voici le protocole proposé afin de nettoyer la gutta et les parois : **Largo 2, petite fraise boule diamantée sans eau, insert ultrasonore diamanté, sablage à 50 microns**. En bonus, l'utilisation d'ETDA à 17 % ou de Chlorhexidine à 2 % suivi d'un rinçage à l'hypochlorite puis à l'eau semble être intéressant.
- Il est **impossible de photopolymériser dans le fond du canal**, même à 5/6 mm. En effet, l'aptitude au collage dentinaire radulaire reste un concept incertain car les tubulis sont de moins en moins nombreux en apical. **L'utilisation d'un composite à prise dual, micro hybride, teinte dentine associée à un adhésif adapté (dual !) est donc indispensable**. Il peut y avoir une acidité résiduelle néfaste des composites lors du collage, il est donc conseillé d'utiliser la chaîne de matériau d'un même fabricant, quel qu'il soit (Fig. 1).

La durée clinique est **plus longue et plus coûteuse avec un plateau technique plus important**. La RMIPP peut être réalisée dans la même séance si le ciment canalaire ne possède pas d'eugénol. Cependant, le collage reste plus performant à distance de l'obturation endodontique mais une temporisation trop importante est aussi à risque de fracture...

Qu'en est-il de la **résistance biomécanique** de ces deux ancrages ? L'anisotropie du tenon fibré permet une certaine flexibilité. En effet, la **RMIPP par son module d'élasticité proche de la dentine** (20 GPa) permet une absorption des contraintes : le tenon est la plupart du temps en **fibre de verre (29 à 40 GPa)** mais peut être en fibre de quartz (16 GPa).

C'est pourquoi l'utilisation des **tenons en titane ou en zircon** qui possèdent une plus grande dureté (donc un module d'élasticité plus

important) **n'est pas d'actualité**. Par ailleurs, plus grand est le module d'élasticité, moins bon sera le collage (Fig. 2).

Pour l'inlay core, la rigidité intrinsèque aide notamment sur des éléments pluraux ou lorsque la reconstitution est haute et fine. Cependant, cette rigidité se retrouve aussi en intra canalaire où **la contrainte s'applique en apical du canal** malgré l'absence de frottements. **L'utilisation de clavette est à proscrire** où il y a une forte concentration de contraintes. Pour une force semblable appliquée, la répartition des forces sur une RMIPP est plus coronaire et moins forte alors que pour l'inlay core les contraintes seront réparties tout le long du moignon (Fig. 3).

Les deux conférenciers se rejoignent sur un point : **le cerclage est le point essentiel** où celui-ci doit être commun à l'inlay core et à la RMIPP (Fig. 4). Une partie des contraintes est absorbée par le cerclage où un **simple biseau externe** transmet les forces occlusales vers le centre de la dent. En l'absence de mur dentinaire, la transmission des contraintes est plus importante ce qui ne donne pas forcément le même pronostic pour la dent.

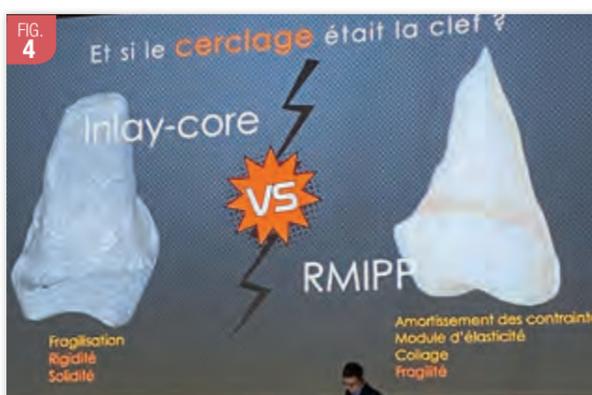
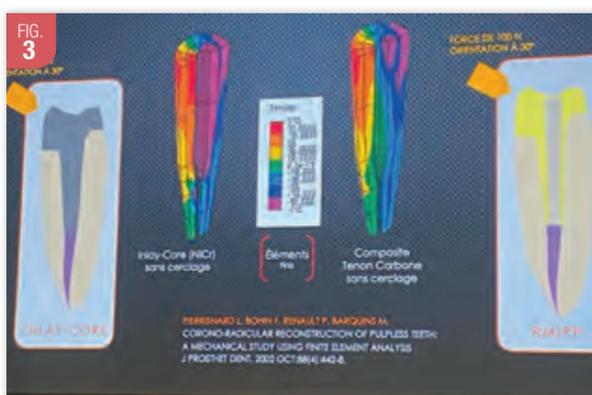
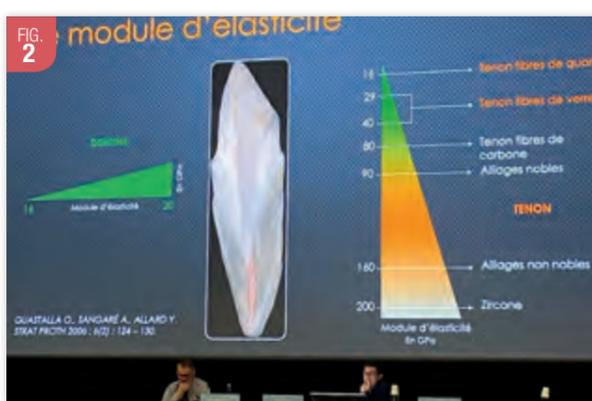
Plusieurs solutions existent pour le recréer lorsqu'il n'est plus présent :

- la traction orthodontique en est une mais reste le plus souvent un traitement long, multidisciplinaire et pas forcément accepté par le patient ;
- l'élongation coronaire engendre une ouverture des embrasures voire d'une furcation par un sacrifice osseux. L'alignement des collets est alors aussi à revoir.

Sur l'aspect **biologique** il est indispensable de procéder à une désinfection à l'hypochlorite avant tout scellement. Le mélange **Cobalt-Chrome sera interdit en 2025** ce pourquoi le conférencier se tourne vers l'utilisation du titane mais celui-ci est plus fragile et plus coûteux avec un module d'élasticité plus faible (ce qui se pose la question de l'intérêt de l'inlay core dans les prochaines années ?).

Enfin, au niveau **esthétique** il existe un **seul cas complexe : le support dyschromié** où l'utilisation de couronnes zircons plus opaques permettra d'obtenir un résultat plus satisfaisant. De règle générale, la RMIPP, permettant un collage, offre la possibilité de coller une couronne en vitrocéramique qui sera **plus biomimétique** qu'une couronne zircon. L'inlay core gardera ce côté grisâtre qui plus est lorsqu'il n'est pas céramisé.

Il restera donc au lecteur de se faire son propre avis de ce Mastermatch qui sera conclu par Franck Decup : *Garde ce que la couronne te donne.* ■



Léonard Sebbag



L'équipe du congrès ADF 2022

Directeur scientifique : Xavier Struillou

Experts scientifiques :

Christophe Azevedo, Elsa Garot, Georges Khoury, Anne Longuet, Brenda Mertens, Régis Nègre, Fabienne Perez, Jacques-Olivier Pers, Christian Verner (membre du Comité de pilotage)



Une solution pour toutes les cavités*

La gamme Tetric® Line

- La garantie d'un mimétisme naturel
- Gain de temps jusqu'à 51% avec les composites 4 mm^[1]
- Plus grande facilité de manipulation au quotidien^[2]



Les composites de la gamme Tetric Line sont des dispositifs médicaux de Classe IIA / CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ces dispositifs médicaux ou sur l'étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie. A0222

reveal[®]

CLEAR ALIGNERS



La solution d'aligneurs transparents Nouvelle Génération

TRANSPARENCE
TOTALE



SANS
ATTACHEMENTS



DÉDIÉ AUX
OMNIPRATICIENS



LOGICIEL SIMPLE
ET INTUITIF



COMPATIBLE TOUTES
CAMÉRAS



www.revealclearaligners.fr

Des questions ? Besoin d'une démo ?

Confiez-nous le sourire de vos patients
et contactez notre service clients REVEAL[®] au :

02 47 68 50 00

contact@revealclearaligners.fr



Superbe soirée avec Gary Finelle et Julien Mourlaas

Quel plaisir de commencer l'année avec deux jeunes de grand talent, **Gary Finelle** et **Julien Mourlaas**. Le 20 janvier dernier, près de 100 confrères et consœurs étaient présents pour découvrir leurs présentations : pourquoi le numérique va-t-il si bien à l'implantologie ? (Gary) et Plastique parodontale, how to relax ? (Julien).

Ce fut l'occasion aussi de saluer la présence d'un grand de la dentisterie, **Yves Samama**. Et quoi de plus symbolique que la transmission et le savoir pour nos jeunes praticiens avec la remise du prix de

thèse AO Breillat ! Félicitons les jeunes lauréats **Maxime Benguigui**, **Phoebe Kamioner**, **Amélie Sarbacher**, **Ariel Sebban** et **Léonard Sebbag**, et remercions notre partenaire **Visiodent** en la personne de son CEO, **Morgan Ohnona**.

Enfin, une petite mention particulière pour **Géraldine Fima Litti** qui a pris la présidence d'AO Paris, succédant ainsi à un super-président **Franck Sebban**. Merci à eux pour leur implication et leur enthousiasme !! Les cotisations 2022 sont plus qu'ouvertes ☺



Henri Abhesera, trésorier, avec Yves Samama



Ilana Amor entourée des 2 conférenciers BG, Julien et Gary !



Laurence Addi avec Franck Bellaiche et André Sebbag



Guillaume Jouanny et Joël Benguigui (KavoKerr)



Michèle Albou, Bertrand Khayat et Natacha Temstet



Finelle père et fils avec Grégory Scialom (Labocast)



Raoul Tibi et Prune (Pierre Fabre Oral Care)



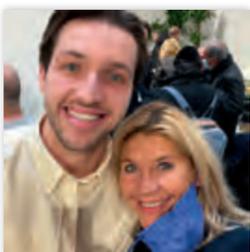
Des partenaires heureux ! Stephane Marburger (YeloDental), Yann Izanic (Vatech), Samuel Martin (XO)



Thierry Mousques et Raphael Serfati



La belle équipe ! Vanessa (Biotech), Éric Castel, Corinne Benaros, Serge Garnek, Géraldine Fima et Serge Zagury



Fière ☺



Maxime Benguigui et son fan club !



Martha et Thomas Clément avec Kévin Bijaoui (Dentalinov)



Nos deux chroniqueurs Jordan et Yoram



Nos jeunes lauréats avec Morgan Ohnona (Veasy) et André Sebbag

Plastique parodontale, how to relax ?

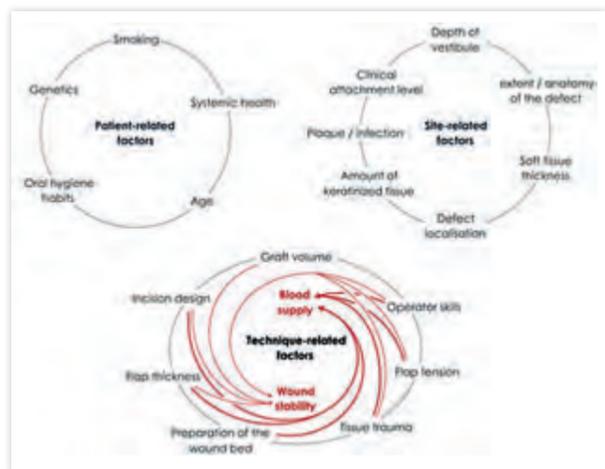
Julien Mourlaas

L'attente de résultats esthétiques a entraîné une évolution des concepts de la chirurgie mucogingivale afin de satisfaire pleinement à cette doléance devenue, au fil des années, un critère de succès. La progression des techniques vers une chirurgie à minima a permis d'optimiser la préservation tissulaire et de favoriser une cicatrisation de première intention améliorant ainsi l'intégration esthétique tout en restaurant la fonction.

L'intérêt de la chirurgie plastique parodontale ? Il s'agit d'une discipline transverse, qui impacte les résultats esthétiques et biologiques des interventions, avec un côté « sexy » (pour reprendre le terme du conférencier). Néanmoins, plusieurs paramètres suscitent l'inquiétude de nombreux praticiens qui renoncent à pratiquer ces interventions. C'est pourquoi, J. Mourlaas propose de développer les différents points pouvant constituer un frein à la réalisation de ces thérapeutiques chirurgicales. Il permet de mieux comprendre chaque étape du processus décisionnel et de rendre ainsi la pratique de la chirurgie plastique parodontale plus attractive.

Comme dans toute discipline, il existe une courbe d'apprentissage et donc des paliers à franchir. Selon *Zuhr et al. (2018)*, il existe trois facteurs qui impactent les résultats en chirurgie plastique parodontale :

- les facteurs liés au patient : santé systémique, habitude tabagique, hygiène orale, etc. ;
- les facteurs pronostiques liés au site : anatomie et étendue du défaut osseux, présence ou non de tissu kératinisé, etc. ;
- les facteurs liés à la technique : compétence, équipement, etc.



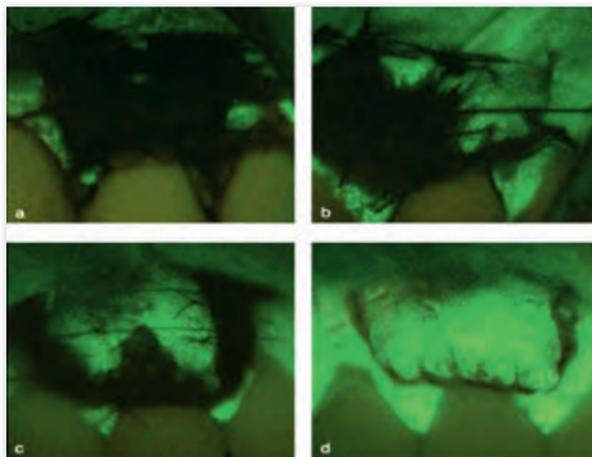
Indépendamment de la technique spécifique choisie, l'obtention d'une cicatrisation précoce de première intention est un facteur clé du succès de l'intervention. En effet, l'intégration des greffes auto/xénogènes dépend notamment de l'afflux sanguin, de la stabilité du lambeau et du caillot, de l'absence d'infection du site et reposent par conséquent sur une fermeture primaire du site (*Zhur et al., 2018*).

L'importance de l'afflux sanguin, quelle que soit la procédure chirurgicale envisagée a été soulignée par Burkhardt et Lang. En 2005, ils ont comparé les performances des techniques macro et microchirurgicales dans les thérapeutiques de recouvrement radiculaire. Les auteurs ont évalué la durée d'une intervention, le degré de vascularisation et le niveau de recouvrement radiculaire sur des défauts de Classe I et II de Miller, traités avec une technique bilaminaire selon une approche macro ou microchirurgicale :

Vascularisation	Recouvrement radiculaire	Durée
Meilleure vascularisation des sites opérés par microchirurgie avec un pourcentage moyen de vascularisation de 84,8 ± 13,5 % à 7j (contre 63,9 ± 12,3 % pour les sites opérés par macrochirurgie).	Taux de recouvrement radiculaire à 1 an , supérieur pour les techniques de microchirurgie 98 ± 3,4 % contre 89,9 ± 8,5 % pour les sites opérés par macrochirurgie). Soit une amélioration significative de 8 % .	Durée d'intervention 40 % plus longue pour une approche micro chirurgicale .

Angiographie des sites traités :

- par **approche macrochirurgicale** : immédiatement après l'intervention (a) et 1 semaine post-opératoire (b).
- par **microchirurgie** : immédiatement après l'intervention (c) et 1 semaine post-opératoire (d) (*Source : Burkhardt et Lang., 2005*)



Étape 1 : matériel adapté (micro-chirurgical)

L'utilisation d'instruments miniaturisés ainsi que l'augmentation de l'acuité visuelle sont d'une grande importance. Les aides optiques réunissent la triade microchirurgicale (éclairage, grossissement optique et précision du geste opératoire) conférant plusieurs avantages à la chirurgie minimale-invasive (*Belcher et al., 2001*). Les instruments de microchirurgie autorisent des incisions extrêmement nettes permettant une cicatrisation du site par première intention. Le matériel de suture (6-0 ou 7-0) permet quant à lui de réduire le traumatisme tissulaire et donc de favoriser la vascularisation post-opératoire (*Burkhardt et Lang., 2005*).

Étape 2 : objectif réaliste (pronostic biologique)

La jonction amélo-cémentaire (JAC) est la référence pour évaluer le potentiel de recouvrement radiculaire des techniques de chirurgie plastique parodontale. Ainsi, *Cairo et coll.* ont établi une classification à la suite de celle de Miller (1985) permettant de prédire le taux de recouvrement radiculaire possible en fonction du type de récession parodontale :

- **RT1** : Récession parodontale sans perte d'attache interproximale. La jonction amélo-cémentaire (JAC) interproximale n'est cliniquement pas détectable ➤ **74 % de chances d'obtenir un recouvrement radiculaire complet.**
- **RT2** : Récession parodontale associée à une perte d'attache interproximale. La perte d'attache interproximale est ≤ à la perte d'attache vestibulaire ➤ **24 % de chance d'obtenir un recouvrement radiculaire complet.**
- **RT3** : Récession parodontale associée à une perte d'attache interproximale. La perte d'attache interproximale est > à la perte d'attache vestibulaire ➤ **Aucune chance d'obtenir un recouvrement radiculaire complet.**



Cette classification nous permet de constater que la prévisibilité du recouvrement radiculaire dépend avant tout de facteurs anatomiques et en particulier de l'identification de la JAC. Cependant, les défauts d'abrasion cervicale sont fréquemment associés aux récessions parodontales, et dans ces cas, la JAC a partiellement ou totalement disparu. Par conséquent, alors que la doléance esthétique est souvent le principal motif de consultation, comment établir un objectif de recouvrement radiculaire réaliste pour le patient ? Comment anticiper un traitement restaurateur ?

Zucchelli et coll., introduisent en 2006 la notion de « ligne maximale de recouvrement radiculaire (LMR) ». Il s'agit de prédéterminer le niveau de recouvrement radiculaire maximal que l'on puisse obtenir en se basant sur le calcul de la hauteur idéale de la papille interdentaire anatomique. Cette méthode repose sur le concept biologique et clinique selon lequel les papilles interdentaires qui servent d'ancrages coronaires aux tissus mous déplacés, agissent comme des lits vasculaires. Ainsi, en présence de papilles interdentaires réduites, on assiste à une diminution des échanges vasculaires et du déplacement coronaire potentiel du lambeau qui présente des ancrages abaissés (*Zucchelli et al., 2006*).



Calcul de la LMR

- Calculer la hauteur de la papille anatomique idéale du point de contact au point angulaire de la JAC, où se rencontrent la face coronaire vestibulaire et proximale (**croix rouge**),
- Déplacer cette mesure apicalement à partir de la pointe de la papille réelle (**croix verte**),
- Projection de ces points perpendiculairement de part et d'autre de la récession, qui reliés entre eux forment une ligne courbe objectivant la LMR.

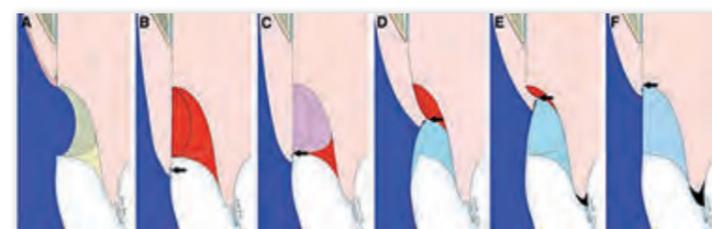


Ainsi, prédéterminer à l'avance la LMR permet au praticien de restaurer au composite la lésion cervicale d'usure si nécessaire avant de réaliser la procédure chirurgicale de recouvrement radiculaire. Cette restauration facilite le positionnement ultérieur des tissus mous par la reconstruction du profil d'émergence de la couronne clinique et peut participer à la satisfaction esthétique du patient (*Zucchelli et al., 2010*).



Étape 3 : traitement des lésions cervicales non-carieuses (LCNC)

Une LCNC est définie comme l'usure de la substance dentaire au niveau cervical de la dent pour des raisons autres qu'une lésion carieuse. En présence de LCNC, la préoccupation principale est de savoir quand restaurer avec du composite et à quelle limite doit se situer notre restauration. *Zucchelli et coll.* ont proposé différentes approches thérapeutiques, en fonction de la position de la LMR par rapport à la LCNC. Globalement, lorsque la JAC se situe coronairement à la LCNC, une approche parodontale (chirurgie mucogingivale) exclusive est indiquée. Au contraire, lorsque la JAC se situe apicalement au toit de la LCNC, une approche combinée restauratrice et parodontale est recommandée (*Zucchelli et al., 2011*).



- A. Présence d'une LCNC associée à une récession parodontale
- B. **LCNC type 1** : la LMR (flèche) se situe **1 mm en coronaire par rapport au toit de la LCNC**. Le traitement consiste en un **lambeau déplacé coronairement**. L'espace entre le lambeau et la concavité radiculaire est occupé par du coagulum sanguin (rouge).
- C. **LCNC type 2** : la LMR (flèche) se situe **au niveau du toit de la LCNC**. Le traitement consiste en une **technique bilaminaire : greffe de tissu conjonctif (rose) associée à un lambeau déplacé coronairement**. Le greffon agit comme un mainteneur d'espace empêchant l'effondrement du lambeau à l'intérieur de la lacune.
- D. **LCNC type 3** : la LMR (flèche) se situe **dans la partie la plus concave de la LCNC**. Le traitement consiste en une **restauration composite corono-radicaire (bleu clair) s'arrêtant au niveau de la LMR puis un lambeau déplacé coronairement**. L'espace peu profond entre le lambeau et la concavité radiculaire, apical à la LMR, est occupé par un coagulum sanguin (zone rouge).
- E. **LCNC type 4** : la LMR (flèche) se situe **au niveau apical de la concavité de la LCNC** en raison d'une légère perte de hauteur de papille (zone noire). Le traitement consiste en une **restauration composite (zone bleu clair) s'arrêtant au niveau de la LMR puis un lambeau déplacé coronairement**. L'espace peu profond entre le lambeau et la concavité radiculaire, est occupé par coagulum sanguin (zone rouge).

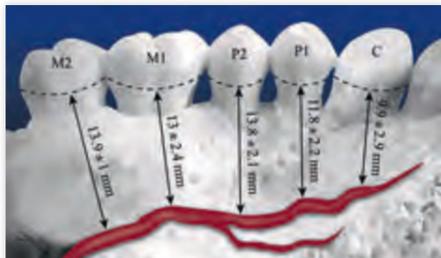
F. LCNC type 5 : la LMR (flèche noire) se situe au niveau de la marche apicale de la LCNC en raison d'une perte sévère de la hauteur des papilles (zone noire). Le traitement consiste en une restauration composite (zone bleu clair) s'arrêtant au niveau de la LMR puis un lambeau déplacé coronairement.

Étape 4 : prélèvement du greffon dans la safety-zone

Plusieurs techniques de prélèvement palatin ont été proposées : technique de la trappe, d'incisions parallèles, d'incision unique etc. et elles ne font actuellement l'objet d'aucun consensus en termes de morbidité postopératoire. Quelle que soit la procédure de prélèvement du greffon, la lésion des vaisseaux palatins occasionnant un saignement peropératoire et postopératoire prolongé constitue l'une des complications les plus courantes de ces interventions. Est-ce pour autant un obstacle au prélèvement ?

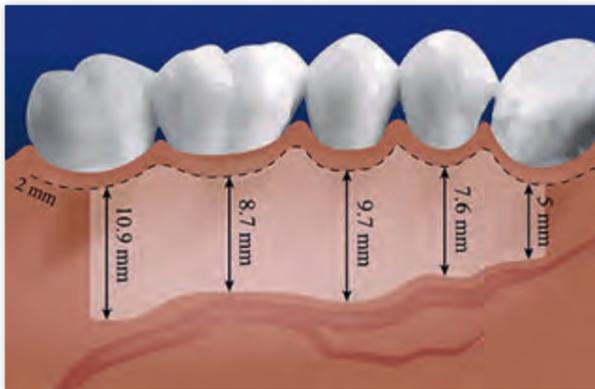
Une connaissance approfondie des structures anatomiques permet de minimiser le risque de lésions vasculaires lors des procédures de prélèvement palatin. En 2018, *Tavelli et coll.* proposent de déterminer une safety zone en fonction de repères anatomiques.

À partir d'une revue systématique, ils observent que l'artère grande palatine (AGP) chemine à la jonction entre le mur horizontal et vertical de la voûte palatine, à une distance moyenne de la JAC :



Ils déterminent ainsi une zone de **sécurité sur parodonte sain** en soustrayant aux valeurs précédentes l'écart-type de ces moyennes ainsi que 2 mm correspondant à la hauteur de la gencive marginale.

Safety-zone = Distance moyenne pondérée (JAC / AGP) - Écart-type - 2 mm (< 76% de la hauteur du palais)



Enfin, lors du tracé des incisions en épaisseur partielle (1,5 mm de profondeur), le biseau de lame 15c qui mesure 1 mm sert de repère.



Les participants ont pu apprécier l'excellente présentation de Julien Mourlaas, qui s'est révélé d'une grande pédagogie sur le sujet présenté.

Bibliographie

1. Belcher J. A perspective on periodontal microsurgery. *Int J Periodontics Restorative dent.* 2001;21 (2):191-6.
2. Burkhardt R, Lang NP. Coverage of localized gingival recessions : comparison of micro and macrosurgical techniques. *J Clin Periodontol.* 2005 Mar;32 (3):287-93.

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

Yoram Zaouch



kuraray
Noritake

UN SYSTEME DE COLLAGE TOUTES LES INDICATIONS UN PROTOCOLE INTUITIF

PANAVIA™ V5

- ✓ Monomère MDP original pour une adhésion durable
- ✓ Une procédure simple
- ✓ Très large gamme d'indications
- ✓ Teintes esthétiques et stables
- ✓ Pates d'essai disponibles

www.kuraraynoritake.eu/fr

BORN IN JAPAN

Kuraray France, 63, avenue du Général Leclerc 92340 Bourg-la-Reine, + 33 (0)1 56 45 12 51, dental-fr@kuraray.com www.kuraraynoritake.eu/fr

CLEARFIL, PANAVIA et KATANA sont des dispositifs médicaux pour soins dentaires. Ils sont réservés aux professionnelles de santé et sont non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement les notices avant utilisations. Fabricant : Kuraray Noritake Dental. Classe IIa. Juillet 2021.



PARIS
Save the date

**AO Paris
recevra
Guillaume
Jouanny
le 16 juin
prochain !**



Toutes les infos
à retrouver sur notre site
aonews-lemag.fr

Pourquoi le digital va si bien à l'implantologie immédiate ?

Gary Finelle

L'utilisation du digital dans nos pratiques en dentisterie exige une certaine courbe d'apprentissage pour le praticien. Cette courbe tend à se réduire avec le temps, ce sont des éléments nécessaires à mettre en place qui valent la peine en termes de gain de temps, de simplicité de traitement et d'organisation.

Pourquoi décider de mettre en place des stratégies différentes de ce qu'on faisait à l'époque, et qui pourtant fonctionnaient très bien ?

Historiquement, 4 grands concepts ou critères de succès sont à prendre en compte dans notre pratique, d'après le Puzzle de Magne et Belser : (Magne P, Belser U. *Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures : Approche biomimétique. Paris : Quintessence International, 2003*).

Fonctionnel - Biologique - Esthétique - Biomécanique

Si l'un de ces 4 éléments est manquant, nous ne pouvons valider un traitement comme étant un succès. Néanmoins un nouveau critère est aujourd'hui essentiel à intégrer : il s'agit de « l'expérience patient », qui joue un rôle fondamental dans notre pratique. Il est vrai que nos patients sont actuellement de plus en plus exigeants. Ils souhaitent généralement un traitement le plus court possible, avec un nombre de rendez-vous limité, un certain confort opératoire, des suites post-opératoires mineures, et un coût réduit.

Parallèlement à ces nouveaux critères de succès, la recherche scientifique et les technologies numériques progressent de manière exponentielle, et ce dans tous les domaines. Le numérique est de plus en plus simple à mettre en place dans nos cabinets. *Quel est l'intérêt de changer nos habitudes ?*

Pour une meilleure prédictibilité de nos traitements implantaires, pour améliorer la précision des procédures, réduire le nombre de rendez-vous, connecter la phase chirurgicale et la phase prothétique et intégrer une logique d'optimisation des coûts.

Minimalement invasif : préservation versus reconstruction



Dans les cas de sites post-extractionnels en zone postérieure comme en zone antérieure, on retrouve souvent un défaut muqueux dû à la résorption osseuse, et la gestion du cas en est inévitablement plus complexe. Il faut toujours préférer traiter une situation avant extraction lorsque cela est possible, afin de figer les structures. Le praticien gagne en sérénité sur les conditions de cicatrisation. A contrario, dans une situation d'effondrement tissulaire, il est moins certain du résultat et de la possibilité de reconstruire les tissus ad integrum. Cela nécessitera davantage de temps, d'énergie, de coût tissulaire et financier. Un site cicatrisé ne sera jamais un site extractionnel. Il vaut mieux préparer plutôt que réparer et préserver plutôt que reconstruire, d'où l'engouement pour l'implantation immédiate.

Biomimétique : immédiat versus différé

Ces dernières années, un enthousiasme autour de l'implantation immédiate s'est fait par le biais des réseaux sociaux (partage de cas cliniques) et des nombreuses publications scientifiques. Deux types d'implantation s'opposent : Type 1 versus Type 2

Type 1 : immédiat, l'implant est immédiatement posé le jour de l'extraction

Buser et al en 2017 synthétisent les conditions requises pour implanter immédiatement le jour de l'extraction : le biotype doit être épais, la présence d'une corticale vestibulaire d'au moins 1 mm, l'absence

d'infection (à la limite chronique mais jamais aiguë), un ancrage apical et une stabilité primaire, et enfin la possibilité de fermer les tissus.

Les challenges de l'implantologie immédiate sont toujours les mêmes : avoir un bon positionnement 3D, obtenir une stabilité primaire, être le moins invasif possible, permettre une cicatrisation de première intention et une temporisation immédiate. L'implantation immédiate était pendant longtemps réservée à des spécialistes dans le domaine car c'était une pratique à risque. Aujourd'hui grâce au numérique, le challenge est toujours difficile mais il est simplifié et donc plus accessible aux praticiens. Il s'agit de bien identifier les cas qui se prêtent à l'implantologie immédiate et connaître les bonnes indications.

Type 2 : différé, implantation précoce. L'implant est posé après cicatrisation des tissus mous

Cas clinique : il s'agit d'une 22 fracturée. La dent est non conservable, il y a très peu de corticale vestibulaire et la présence d'une infection apicale. Le cas ne se prête pas à une extraction-implantation immédiate. Il est envisagé d'extraire la dent, d'attendre que les tissus mous se referment avant de réintervenir pour implanter.



Numérique : optimisation des Workflow

Comment intégrer le numérique dans la technique d'extraction-implantation immédiate ?

L'idée est de trouver les bons procédés de traitement (communément appelés workflow) en fonction des stratégies et des indications qui se posent devant nous pour nous permettre de réaliser nos traitements dans la plus grande sérénité.

Voici 2 exemples de flux de travail (workflow) couramment utilisés dans la pratique quotidienne de Gary Finelle.

Il existe 4 techniques de réalisation de provisoires immédiates :

- fabrication pré-chirurgicale,
 - one time-one abutment,
 - provisoire usinée pré-opératoire et ajustée per-opératoire,
 - empreinte optique per-opératoire.
- Aujourd'hui, c'est la stratégie de l'empreinte optique per-opératoire qui est privilégiée par l'intervenant.

Exemple sur un cas antérieur unitaire

Voici le cas de M^{me} C., qui présente un trauma sur la 11. La dent est non conservable. Le cas se prête à une extraction-implantation immédiate : il y a une corticale osseuse vestibulaire suffisante, la dent n'est pas infectée... Le praticien réalise la planification implantaire en amont. Il est toujours intéressant de prévoir un guide chirurgical, au moins de premier foret et surtout lorsque l'on débute dans les implantations immédiates. L'idée est de fabriquer dans la même journée la dent provisoire. Pour ce faire, il convient de planifier à l'avance un rendez-vous avec le laboratoire pour qu'il conçoive la dent dans la journée.

L'intervention peut alors avoir lieu dans de bonnes conditions : l'extraction est faite de la manière la plus atraumatique possible, puis le premier forage a lieu avec le guide chirurgical en place. Les forages se succèdent jusqu'au positionnement de l'implant, et un biomatériau est mis en place pour combler les espaces entre l'implant et l'os alvéolaire. Une empreinte optique est réalisée à ce moment de l'intervention. Elle permet de saisir la position exacte des tissus, de l'implant et des dents adjacentes.



On envoie également la teinte des dents pour la future provisoire.



Les fichiers numériques sont envoyés au prothésiste et le praticien valide le travail numérique avant l'impression 3D. La patiente revient au cours de la même journée et la prothèse provisoire est posée. Elle permet un maintien du contour gingival mais aussi de la texture gingivale. Les tissus sont soutenus tant quantitativement que qualitativement.

- Après 3 mois de cicatrisation, le praticien réalise 3 scans :
- un premier scan de la provisoire en bouche,
 - un deuxième scan sans la provisoire pour observer le profil d'émergence,
 - un troisième scan avec le scan body (transfert numérique) pour avoir le positionnement de l'implant.



Exemple sur un cas postérieur unitaire

Dans le cas d'une molaire, si on extrait la dent et qu'on ne fait rien de plus, on sait qu'il y aura inévitablement plus de 50 % de résorption de la table osseuse vestibulaire. De plus, l'extraction-implantation immédiate à elle seule n'affranchit pas de la résorption osseuse du site extractionnel. Un nouveau concept doit venir s'ajouter à cela pour empêcher cette résorption et venir figer les tissus, maintenir le contour et créer de l'épaisseur tissulaire. Il s'agit de l'extraction-implantation immédiate associée au SSA.

Qu'est-ce que le SSA ?

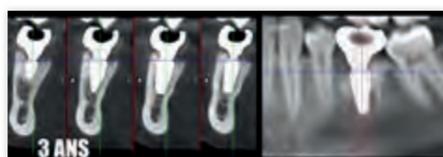
Sealing Socket Abutment : il s'agit d'un pilier de cicatrisation anatomique et personnalisable réalisé sur mesure au moment de l'implantation immédiate et qui vient refermer l'alvéole post-extractionnelle. Il est principalement employé en secteur postérieur. Cette technique permet une fermeture des tissus RIGIDE et PASSIVE, plutôt qu'une fermeture mobile et en tension obtenue en technique traditionnelle. Cela favorise un SOUTIEN des tissus plutôt qu'un remodelage. L'enjeu dans ces cas-là n'est pas l'esthétique mais plutôt d'obtenir une épaisseur des tissus gingivaux.

Bibliographie : Alexopoulou M, Lambert F, Knafo B, Popelut A, Vandenberghe B, Finelle G. *Immediate implant in the posterior region combined with alveolar ridge preservation and sealing socket abutment : A retrospective 3D radiographic analysis. Clin Implant Dent Relat Res. 2021 Feb;23 (1):61-72.*

Conclusion de l'étude : le SSA permet d'obtenir une diminution de la perte osseuse verticale et horizontale après un suivi d'un an.

Dans les cas d'implantation immédiate en zone postérieure, il faut pouvoir obtenir une implantation profonde tout en évitant de léser le nerf car l'ancrage se fait uniquement dans le septum inter-radulaire. Une marge de sécurité est préconisée.

Remarque : pour une zone osseuse de 12 mm de hauteur, mieux vaut privilégier un implant plus court de 8 mm et l'enfouir sans risquer de léser le nerf alvéolaire inférieur, plutôt que d'utiliser un implant de 10 mm avec lequel on aura moins de marge de manœuvre pour l'enfouissement de l'implant.



L'extraction est réalisée puis l'implant est posé dans la zone intra-septale. Le pilier SSA est mis en place. Après 3 mois de cicatrisation, la gencive a bien cicatrisé autour du pilier. Le patient est revu pour réaliser l'empreinte optique sur le scan body qu'on envoie au laboratoire pour réaliser la prothèse d'usage.

Qu'est-ce que le pilier idéal ?

Il doit répondre à un certain cahier des charges : il doit être anatomique, personnalisable, permettre une réduction de manipulation, scannable, biocompatible, avoir un profil d'émergence adapté, répondre aux concepts one time-one abutment, multi-fonctionnel et présenter un état de surface adapté.



En association avec Biotech, Gary Finelle a développé le pilier SSA. Il se présente sous 3 formes différentes pour répondre à 80 % des situations cliniques :



Un pilier pour molaire mandibulaire, un pilier pour molaire maxillaire et un pilier universel pour les secteurs antérieur et prémolaire. Ces piliers vont s'adapter aux différentes anatomies alvéolaires.

L'idée est d'avoir un pilier pré-adapté sur lequel le praticien peut ajouter du composite sur sa surface extérieure pré-sablée afin de le personnaliser au site. Cela permet de gagner un temps précieux au fauteuil.



Jordan Dray



SSA-GF*

LA CICATRISATION SUR MESURE

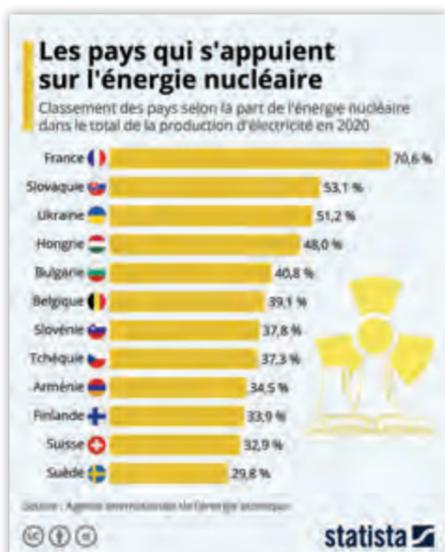
unique solution de piliers de cicatrisation à la fois anatomiques¹ personnalisables et scannables².



* Sealing Socket Abutment - Gingival Fit / Pilier de fermeture d'alvéole - Ajustement gingival.
¹ Solution pour les cas d'extraction-implantation immédiate : pas d'incision, pas de suture, pas de membrane.
² Simplification prothétique grâce aux coiffes scannables. Non applicable pour les références compatibles avec les implants Straumann et Nobel

Fabricant : Biotech Dental. Dispositifs médicaux de classe I, IIa et IIb destinés à l'implantologie dentaire. CE0459. Réservés aux professionnels de santé. Lire attentivement les instructions figurant dans les notices. Non remboursé par la sécurité sociale. Biotech Dental - S.A.S au capital de 24 866 417 € - RCS Salon de Provence : 795 001 304 - SIRET : 795 001 304 00018 - N° TVA : FR 31 79 500 13 04. Visuels non contractuels.

infos



Et vous, quel guide êtes-vous ?

Une belle soirée chirurgie guidée ou pilotée avec Benjamin Fitouchi et Franck Bezu

Nous avons eu le grand plaisir de recevoir, pour la toute première conférence de l'année 2022, Benjamin Fitouchi et Franck Bézu, tous deux anciens internes des hospices civils de Lyon, pour une conférence sur la chirurgie guidée : comprendre les avantages et les inconvénients des chirurgies implantaire totalement guidée et pilotée.

Les guides chirurgicaux ont complètement révolutionné notre pratique implantaire. Grâce à la planification en amont de la chirurgie et la création de guides chirurgicaux, le stress de la détermination de l'axe ou du point d'impact du foret a totalement disparu. De nombreuses marques de logiciel et de guide existent, il est même possible de concevoir ces guides soi-même avec un logiciel dédié et une imprimante 3D ! La chirurgie guidée est partout, sur les réseaux sociaux, dans les articles scientifiques, dans les offres de formation. De nombreuses techniques sont présentées et deux grandes philosophies se distinguent et s'opposent : la chirurgie full guided et la chirurgie pilotée.

Benjamin et Franck ont décidé d'être nos guides, le temps d'une soirée, pour nous présenter les avantages et inconvénients de ces différentes philosophies de chirurgies implantaire, que tout oppose mais qui sont pourtant, nous le verrons par la suite, très complémentaires.

La chirurgie complètement guidée, aussi appelée *full guided*, est la technique de chirurgie implantaire où chaque foret est passé à travers le guide jusqu'à la pose de l'implant. Cette technique semble à première vue très sécurisante pour le praticien mais elle présente quelques défauts. Le premier de ces défauts est le manque de sensation lors de la pose de l'implant.

En effet, lorsque l'on pose un implant à travers un guide, l'appréciation de la densité osseuse lors du passage des forets est totalement modifiée à cause de la friction du foret dans le guide. Or, on sait qu'il est difficile d'obtenir une stabilité primaire de l'implant sans évaluation correcte de la densité osseuse. Le deuxième défaut est l'ergonomie de ce type de procédure. Le passage des forets peut être rendu difficile par les cuillères utilisées pour les stabiliser. L'ouverture buccale du patient peut être

très limitante notamment lors de pose d'implants postérieurs. Le troisième défaut décrit par Franck et Benjamin est le risque de perte de gencive kératinisée lorsque le concept de chirurgie *full guided* est poussé à son paroxysme : en effet, le praticien ne soulève pas de lambeau mais réalise ce qu'on appelle un *punch* dans la gencive du patient à l'aide d'un bistouri circulaire tel un emporte-pièce. La perte de ce précieux tissu kératinisé engendre une perte de chance pour la survie de l'implant à long terme. Enfin, le 4^e écueil présenté par nos chers conférenciers est le manque de contrôle visuel lors de la chirurgie. En effet, le jour de la chirurgie, le praticien travail quasiment à l'aveugle, la planification ayant été faite en amont.

La chirurgie *full guided* a des défauts que la chirurgie pilote n'a pas. En effet, lors d'une chirurgie pilotée, le praticien ne se sert du guide que pour le passage du premier foret. Ensuite le praticien travaille à main lever mais a défini le point d'impact et l'axe des différents forets lors du premier passage. Il n'y a donc plus de problème d'évaluation de la densité osseuse, il n'y a plus besoin de différentes cuillères car un seul foret est utilisé et ce foret est pilote donc pas très long :

le praticien n'a pas besoin que le patient ait une très grande ouverture buccale. La chirurgie se fait avec un décollement de lambeau, il n'a donc pas de perte de tissu kératinisé et enfin le praticien a un contrôle visuel lors de la chirurgie puisqu'il travaille à main levée une fois le foret pilote passé.

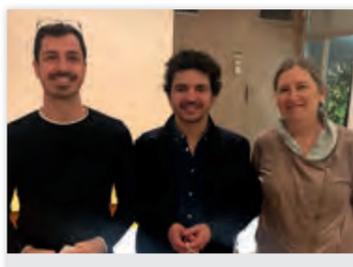
Face à tous ces défauts, dans quel contexte la chirurgie full guided à son indication ? Dans le cas où une grande précision est nécessaire, notamment lors de la réalisation d'une provisoire en amont de la chirurgie dans le cas d'édentement unitaire. Dans les autres cas, Franck et Benjamin nous conseille de passer à la chirurgie pilotée.

Benjamin FITOUCHI et Franck Bezu sont les co-fondateur de GuidedPlus, société d'aide au numérique

Romane Touati



Johanna Benchetrit avec des partenaires



Marie-Hélène Azoulay avec les conférenciers



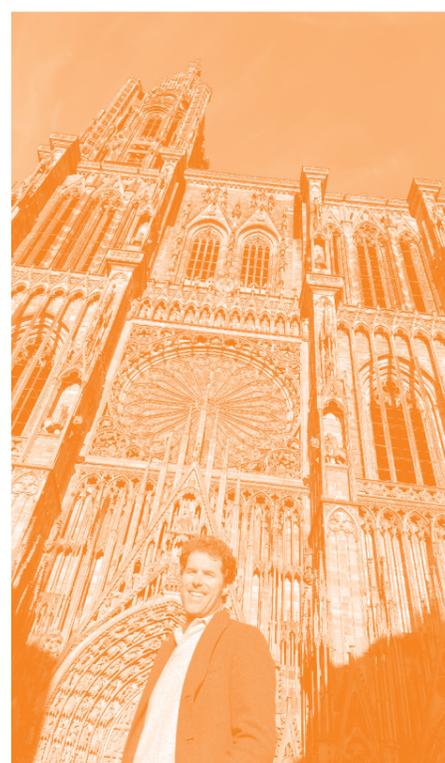
Jean-Yves Bismuth, Elsa et Bruno Fitouchi



Kevin Sebbagh, Cyril Amar, Jonathan Hakimi, et Tsyonn Chekroun



Hervé Touati entouré d'Alexandre Berdugo et de Benjamin



Benjamin Cortasse à Strasbourg

Gestion des tissus mous : comment repousser vos limites

L'évolution de la dentisterie moderne nous a conduits à améliorer le traitement de nos réhabilitations esthétiques grâce à la maîtrise de la composante blanche du sourire. Cette maîtrise, dans la recherche de résultats optimaux, nous conduit également à nous poser la question de la gestion du rose. Le choix des techniques de prélèvement, associé à la connaissance des sites disponibles, nous permet d'envisager des gestes chirurgicaux en

toute sérénité. L'apport de la microchirurgie nous offre la possibilité de traiter de manière prédictible, reproductible et pérenne de très nombreux cas. Comment mettre en place les différentes techniques au quotidien ? Y a-t-il alors une limite à l'utilisation des tissus mous ? La soirée avec Benjamin Cortasse fut un vrai succès. Plus de 60 praticiens sont venus admirer sa présentation... même nos partenaires (que je re-

mercie chaleureusement) sont restés dans la salle pour l'écouter !

Philippe Lévy





TEL AVIV
Save the date

Symposium à l'Université de Tel Aviv, le 16 mai

Ouverture de 2 nouvelles salles

Session en l'honneur d'André P. Saadoun

- **Président de séance** : Carlos E. Nemcovsky (Directeur du département de parodontie et de dentisterie implantaire)
- **Conférence d'André P. Saadoun** : Croissance maxillaire en implantologie : complications, gestion et prévention



Session à la mémoire de Jean-Paul Albou, ancien président d'AO Paris

- **Président de séance** : Igor Tsesis, Directeur du département d'endodontie
- **Conférence de David Bensoussan** : Nouvelles technologies et matériaux en endodontie



À l'issue des conférences, une cérémonie dévoilera les plaques des nouvelles salles offertes par André P. Saadoun et Michèle Albou.

INSCRIPTIONS
arbemi@post.tau.ac.il

Lieu : École dentaire de Tel Aviv

Symposium organisé par **André Amiach**, Gouverneur de TAU et Conseiller de l'École Goldschleger de médecine dentaire



Alpha Omega Paris s'associe au voyage organisé par l'Association des Amis de l'Université de Tel Aviv du 11 au 16 mai • Visite de l'Université, excursion, conférences, shabbat... et le symposium • Renseignements auprès de : Audrey 06 80 11 71 05 ou Sydney 06 03 45 83 06



Solutions de chirurgie guidée

Vers un traitement implantaire prévisible

Les solutions de chirurgie guidée de Zimmer Biomet Dental offrent des solutions de flux de travail fluides et flexibles qui vous guideront tout au long du traitement implantaire. Elles comprennent la suite logicielle RealGUIDE™ et des kits d'instruments compacts de chirurgie guidée destinés à la plupart des systèmes d'implants Zimmer Biomet. Des personnes formées à la planification virtuelle sont disponibles pour planifier votre traitement et vous guider dans la conception à la demande par le biais des services de chirurgie guidée Implant Concierge™.

Quelle que soit l'option que vous choisissiez, Zimmer Biomet Dental vous fournit des instruments et des services visant à permettre un traitement implantaire guidé, sécurisé et le moins invasif possible.*

*Références : Accuracy of Edentulous Computer-Aided Implant Surgery as Compared to Virtual Planning: A Retrospective Multicenter Study; R. Vinci, M. Manacorda, R. Abundo, A. G. Lucchina, A. Scarano, C. Crocetta, L. Lo Muzio, E. F. Gherlone, F. Mastrangelo; J Clin Med. 2020 Mar 12;9(3):774. doi: 10.3390/jcm9030774 // Clinical Factors Affecting the Accuracy of Guided Implant Surgery - A Systematic Review and Meta-analysis; Wenjuan Zhou, Zhonghao Liu, Liansheng Song, Chia-Ling Kuo, David M Shafer; pubmed.gov; Epub 2017 Jul 22



Scannez le QR code
ou consultez le site
zbdguidedsurgery.com



Guides chirurgicaux **CE** Système Navigator® **CE 2797** Kit RealGUIDE Z3D **CE 0051** Certificat n.003/MDR Logiciel RealGUIDE **FDA** Numéro 510(K) : K173041 Numéro de propriétaire : 10059505 **CE 0051** Certificat n.003/MDR

*Partez l'esprit libre en toute saison
A-dec s'occupe du reste*



Pensez à ICX Renew pour décontaminer votre équipement à votre retour

a dec[®]
reliablecreativesolutions[™]

Venez découvrir la gamme A-dec sur www.a-dec.fr



Vianney Descroix à la tête de l'UFR d'Odontologie de l'Université Paris Cité

Avec la nouvelle Université Paris Cité, Vianney Descroix a pris ses nouvelles fonctions de doyen. André Sebbag est allé à sa rencontre

AO News. Vous êtes le premier Président de l'UFR d'Odontologie de l'Université Paris Cité depuis quelques mois. En quelques mots, un peu d'historique, comment s'est déroulée la fusion ? Quel est votre ressenti face à ce nouveau défi ?

Vianney Descroix. Bien que cela soit très d'actualité, je ne suis pas « président » ! Une Unité de Formation et de Recherche (UFR, le nom officiel d'une faculté) est dirigée par deux personnes. Un, ou une, responsable administratif (on dit aussi chef des services administratifs), qui a à sa charge l'ensemble de l'administration de la faculté (ressources humaines, finances, scolarité, communication). Pour notre nouvelle UFR, il s'agit de Madame **Marion Jenck**. Elle dirige une équipe de plus de 50 personnes qui administre la faculté. Il s'agit d'un travail essentiel, le plus souvent de l'ombre mais absolument indispensable sans lequel rien ne pourrait fonctionner.

Un responsable de la politique de l'UFR appelé Directeur / Directrice ou Doyen / Doyenne. **À défaut d'être président, je suis donc le Directeur ou le Doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Paris** (une sorte de *dirlo* d'école communale pour grands élèves). Mes fonctions sont nombreuses, une essentielle étant la direction d'un conseil de gestion. Celui-ci réunit des représentants de tous les enseignants, étudiants et personnels de l'administration, et élabore une politique de pédagogie, de recherche et de santé.

L'histoire de la création de la nouvelle UFR d'Odontologie unique de Paris commence avec la création de « Université de Paris ». Elle est l'une des 6 universités dans le ressort de l'académie de Paris.

Université de Paris est une nouvelle université, issue de la fusion des universités Paris Descartes (qui abritait la faculté de chirurgie dentaire dite de « Montrouge ») et Paris Diderot (qui abritait la faculté de chirurgie dentaire dite de « Garancière »), et de l'intégration de l'Institut de Physique du Globe de Paris. La fusion des deux universités est un élément majeur pour accroître leur visibilité au niveau international, notamment pour le classement de

Shanghai (Université de Paris est 73^e au classement) et rivaliser avec les plus grandes universités mondiales. **Grâce à cette fusion, Université de Paris est composée de 63 000 étudiants (dont 2200 étudiants de chirurgie dentaire), 4800 chercheurs et enseignants (dont 230 à la faculté de chirurgie dentaire) et de 2704 personnes de l'administration (dont 75 à la faculté de chirurgie dentaire).**

Cette nouvelle faculté de chirurgie dentaire de Paris est le fruit d'un travail intense. Cela fait plus de deux ans que l'ensemble des personnes qui composent la faculté se réunissent très régulièrement pour faire émerger un programme politique (enseignement, recherche, santé), un fonctionnement administratif unique et une « corpo » étudiante digne de ce nom.

Nous avons donc fait au mois de septembre dernier notre première rentrée de la faculté unique. Nous avons pu répartir nos 1100 étudiants de formation initiale (de la 2^e à la 6^e année) sur deux sites facultaires (Montrouge et Garancière) et six services hospitaliers de l'APHP. Il nous reste encore beaucoup de travail et les choses se mettent en place progressivement, mais ce début est très prometteur. **Nous sommes ainsi devenus la première faculté de chirurgie dentaire française et la 51^e mondiale.**

Cette année 2021 a été une année d'un défi incroyable où toute la communauté enseignante, administrative et étudiante s'est vraiment investie très fortement pour amorcer une petite révolution. Pour ma part, je mesure toute la responsabilité qui m'incombe et je veux dire ici tout l'enthousiasme et l'énergie que je mets à mener à bien ma mission.

AON. Vous étiez auparavant chargé de la coordination du lourd service de la Pitié Salpêtrière. Rappelez vos nous votre parcours.

V.D. Je suis né il y a 47 ans à Gennevilliers dans les Hauts de Seine. **Je n'aurais jamais imaginé que j'embrasserais un jour les fonctions de directeur d'une UFR !** Je fus durant les 18 premières années de ma vie un véritable cancre, un bien piètre élève, préférant toujours l'école buissonnière au banc

de l'école, et je confesse bien volontiers ne pas me souvenir de ce qui m'a fait choisir une première année de médecine – sans doute un peu de vanité. Le fait est que j'ai intégré « Garancière » dans les années 1995, où j'ai découvert le plaisir d'étudier avec une grande curiosité et une avidité sans limite.

Le reste de mon parcours est jalonné de rencontres toutes plus riches et exaltantes les unes que les autres. Je dois ce que je suis devenu à des femmes et des hommes qui furent mes maîtres et mes exemples. À la fin de mes études de chirurgien-dentiste, j'ai décidé de vouer mon temps à étudier et à enseigner. J'ai commencé par un Diplôme d'Études Approfondies (l'ancêtre du master 2 recherche actuel) en Biologie oro-faciale chez le Pr Nadine Forest, puis des études de pharmacie à la faculté de l'Observatoire à Paris, et enfin un doctorat de biologie à l'Inserm dans le laboratoire et sous la direction du Pr Ariane Berdal. J'ai été nommé Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en 2014. C'est la même année que j'ai repris la chefferie de service de médecine bucco-dentaire à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière.

Il faut bien insister, je crois, sur la chance que nous avons en France de pouvoir accéder au savoir, à presque tous les savoirs, et ceci pour des frais d'inscription universitaire défiant toute concurrence. Nous ne mesurons que trop peu ce que la République Française regorge de compétences à l'Éducation Nationale comme à l'Enseignement Supérieur. Je suis pour ma part fasciné par la richesse de notre République dans le champ de l'éducation.

Je suis devenu enseignant-chercheur à l'Université pour me mettre au service du bien commun, travailler à son exploitation, son enrichissement et à sa sauvegarde.

AON. Quels sont aujourd'hui vos chantiers prioritaires ?

V.D. **L'Union fait la Fac est le nom de la liste que j'ai portée pour faire campagne lors de l'élection du Doyen.** Ce slogan résume à lui seul l'ambition de la politique que nous portons, mon équipe et moi. Notre tout premier chantier est le **vivre ensemble**. Il convient de créer du lien et d'unir le dispersé, faire travailler les équipes ensemble, enseignants, administration, étudiants. L'UFR (faculté, laboratoires de recherche et services hospitaliers) doit être un lieu d'épanouissement et d'accomplissement, individuel et collectif.

Mon objectif est de mettre l'Humain au cœur de toutes nos réflexions. Vous le savez sans doute, depuis juillet dernier, le gouvernement a proposé 24 mesures pour une plus grande attractivité des carrières hospitalo-universitaires. Nous aurons à cœur de tout mettre en œuvre pour donner l'envie aux plus jeunes de nous rejoindre. Dans le même état d'esprit, **je souhaite que nos étudiants puissent faire de la faculté un lieu où ils apprennent le plus beau métier du monde et également où ils apprennent à devenir des citoyens à part entière dans cette singularité de l'exemplarité**



indispensable des professionnels de santé. Pour la première fois à Paris, nous avons une vice-doyenne étudiante qui a les mêmes droits et les mêmes devoirs que les autres vice-doyens. Elle est accompagnée par un vice-doyen à la vie étudiante et de campus. C'est un de mes chantiers essentiels, faire de la faculté une faculté d'étudiants, par et pour les étudiants.

Les autres axes primordiaux sont les projets pédagogiques qui mettent en avant les enjeux majeurs de la simulation et des outils numériques. Nous avons la chance de travailler dans une faculté de santé en étroite collaboration avec la faculté de Médecine et la faculté de Pharmacie. Cela nous permet d'insister sur la transversalité et l'interdisciplinarité de nos formations.

Vous le savez, une discipline quelle qu'elle soit ne peut exister que parce qu'elle s'appuie sur des activités de recherche fortes. C'est la recherche (fondamentale, clinique, translationnelle) qui permet l'innovation, la création, la transformation nécessaire d'une discipline. **C'est le positionnement de notre recherche et sa compétitivité, tant sur le plan national qu'international, qui soutient notre visibilité et notre attractivité, notamment vers la formation par et pour la recherche.**

Enfin, nous devons intensifier nos liens essentiels avec l'assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) en donnant toute son importance à la fédération hospitalo-universitaire de médecine bucco-dentaire. Elle devra, entre autres, poursuivre le travail de fédérer nos 6 services hospitaliers autour d'une complémentarité de l'offre de formation, de l'offre de soin.

AON. Un Président est entouré d'une équipe. Pouvez-vous nous présenter la vôtre ?

V.D. Un doyen de faculté ne peut rien faire seul et ne doit rien faire seul. Il s'agit nécessairement d'un travail d'équipe. **L'équipe politique autour de moi représente les cinq pôles fédérateurs de l'UFR.** Chacun de ces pôles est sous la responsabilité d'une vice-doyenne ou d'un vice-doyen. Le pôle formation est dirigé par le Pr **Sibylle Vital**. PUPH en Odontologie Pédiatrique, elle est spécialiste en pédagogie médicale. Elle œuvre à l'élaboration de programmes pédagogiques innovants et adaptés aux besoins sociétaux actuels et émergents.

La vie étudiante et de campus est sous la responsabilité de deux vices doyens : une vice-doyenne étudiante Madame **Laura Muresan-Vintila** étudiante de 5^e année et le Dr **Jean Pierre Attal**. Ces deux vices doyens doivent coordonner tout ce qui touche à la vie des étudiants, à la fois dans leur apprentissage et également leurs activités extra-scolaires (vie associative, sportive). La recherche est sous la responsabilité du Pr **Claire Bardet** professeure de biologie à l'UFR dans le

Nous sommes ainsi devenus la 1^{re} faculté de chirurgie dentaire française et la 51^e mondiale

L'Union fait la Fac



Vianney Descroix entouré de son équipe de direction : Sibylle Vital (vice-doyenne à la pédagogie), Claire Bardet (vice-doyenne à la recherche), Laura Muresan Vintila (vice-doyenne étudiante), Benjamin Salmon (vice-doyen aux relations Hospitalo-Universitaires), Géraldine Lescaille (vice-doyenne aux projets et à la stratégie de l'UFR), (manque Jean-Pierre Attal)



En salle de TP avec des étudiants

laboratoire URP 2496 Pathologies, Imagerie et Biothérapies Orofaciales. Son champ d'action est très large, à la fois dans l'élaboration d'une politique de recherche et aussi dans la coordination de l'enseignement et l'initiation à la recherche des futurs chirurgiens-dentistes.

Les affaires hospitalières sont dirigées par le Pr **Benjamin Salmon**, chef de service de médecine bucco-dentaire à l'Hôpital Bretonneau (APHP, Paris). Ce pôle doit faire le lien entre nos différentes activités de soins, d'enseignement et de recherche au sein de nos 6 services hospitaliers et la faculté. Ce pôle doit fédérer autour d'une complémentarité de nos services hospitaliers.

Enfin, le Pr **Géraldine Lescaille**, chef de service de médecine bucco-dentaire à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière dirige le pôle des stratégies et projets d'UFR. Son pôle est essentiel dans nos relations avec nos différents partenaires institutionnels et privés et également dans le développement de la formation continue et professionnelle. Elle est secondée par le Pr **Céline Gaucher** pour les grands chantiers de la formation continue.

Je terminerai par une personne essentielle dans notre projet, le Dr **Julia Bosco** qui préside le Bureau Interface Professeurs Étudiants (BIPE) qui a pour mission principale de concourir au bien-être de nos étudiants et leur épanouissement dans leurs études.

AON. Vianney Descroix, merci pour cet entretien. Nous vous souhaitons un vif succès dans cette nouvelle aventure !

Propos
recueillis par
**André
Sebbag**



POLALIGHT
ADVANCED TOOTH WHITENING SYSTEM



UN NOUVEAU SYSTÈME DE BLANCHIMENT DES DENTS A DOMICILE DOTÉ D'UNE TECHNOLOGIE A LED

UN SOURIRE PLUS
ÉCLATANT ET PLUS
CONFIANT EN 5 JOURS
SEULEMENT.

- Le système Pola Light et le gel Pola Day se combinent parfaitement.
- Grâce à son action rapide, les dents sont plus blanches en 5 jours seulement.
- Une formule qui permet d'éliminer en toute sécurité les tâches présentes depuis longtemps.
- Entièrement rechargeable pour vos futurs traitements de blanchiment des dents
- Reminéralisation pour renforcer vos dents
- Hydratation supplémentaire pour réduire la sensibilité.



FACILE À
UTILISER



EN 20 MINUTES
PAR JOUR
SEULEMENT



SYSTÈME
PROFESSIONNEL DE
BLANCHIMENT DES
DENTS, UTILISÉ ET
RECOMMANDE



DES DENTS PLUS
BLANCHES EN
CINQ JOURS

SDI | YOUR SMILE. OUR VISION.

SDI DENTAL LIMITED
appel gratuit 00800 022 55 734
REJOIGNEZ-NOUS SUR
FACEBOOK.COM/SDIFRANCE

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

..... info

**Eilat Autrement :
Randonnée archéologique**

Du 1er au 8 Mai 2022
2200€, 7 nuits en demi-pension, guidage inclus, hors aérien

Guidage assuré par le Dr David ORNONA

Renseignements auprès de :
Nathalie +33 6 18 97 77 77 | Brigitte +972 54 20 26 541





Yves Soyer, président du prochain congrès de la SFODF

AONews. Pouvez-vous nous présenter en quelques mots la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale ?

Yves Soyer. La Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (SFODF) est l'une des plus anciennes sociétés scientifiques françaises, puisque nous avons fêté notre 100^e anniversaire le 21 mai 2021 à Lyon pendant notre 92^e congrès annuel.

C'est une société savante qui regroupe plus de 2 000 membres français et étrangers parmi les orthodontistes, stomatologistes, chirurgiens-dentistes généralistes et les étudiants en spécialité. Elle représente aujourd'hui plus des deux tiers des praticiens français exerçant l'orthodontie.

Elle contribue à l'amélioration de la santé bucco-dentaire en participant à la formation des praticiens, et en favorisant le développement de programmes de recherche dans la spécialité orthodontique.

Depuis son origine, la SFODF accueille toutes les écoles de pensée. Fidèle à ses missions et à ses valeurs historiques, elle a toujours su s'ouvrir sur le monde en partageant connaissance et savoir, et en favorisant les échanges internationaux. Ses diverses collaborations et ses différents projets lui permettent d'être au cœur des défis orthodontiques du 21^e siècle.

Société savante, association Reconnue d'Utilité Publique, le Conseil d'État vient de reconnaître aux titulaires de la SFODF d'en faire état sur leurs documents professionnels.

AON. Vous êtes chirurgien-dentiste qualifié en orthopédie dento-faciale, Assistant des Hôpitaux et Universités – Paris 7, et Expert auprès la Cour d'Appel de Paris. Quel défi représente pour vous la présidence du Congrès de la SFODF édition 2022 ?

Y.S. J'avoue avoir été très surpris lorsque le conseil d'administration de la SFODF m'a proposé l'organisation de cet événement ! C'est toujours, pour un président de congrès, un défi personnel et un honneur de se voir confier une telle manifestation scientifique.

J'avais trente ans d'exercice lorsque je suis devenu assistant universitaire, et ce fut une période extraordinaire. Demander à un jeune enseignant universitaire de m'accompagner dans cette formidable aventure était donc une évidence, et j'ai pu réunir autour de moi une équipe enthousiaste composée de praticiens, récemment diplômés pour certains, autour d'un thème hyper important qu'est

le diagnostic. Restait à solliciter les conférenciers et leur demander de sortir des sentiers battus. Je pense que le programme proposé va dans ce sens.

AON. Avec l'édition 2020 déjà prévue à Lille et annulée à cause de la crise sanitaire, quel est votre ressenti et vos préoccupations à la veille de cette édition 2022 ?

Y.S. Cela peut paraître paradoxal, mais je suis beaucoup plus serein qu'il y a deux ans. La crise sanitaire nous a beaucoup apporté et appris. L'organisation du congrès de Lyon 2021 est un exemple car du fait des directives de dernières minutes il fut finalement organisé en visioconférences, et de l'avis général de tous les participants ce fut une réussite !

Notre congrès de Lille 2022 est organisé à la fois en présentiel ainsi qu'en streaming avec possibilité de replay. Nous voulons permettre à tous les confrères pratiquant l'orthodontie d'avoir accès à la formation continue.

AON. Pouvez-vous préciser comment Le diagnostic, thème de cette édition, va se développer tout au long du congrès ?

Y.S. Notre exercice a beaucoup évolué depuis le début des années 1980, et c'est le cas de la démarche diagnostique en particulier. C'est le thème que nous avons choisi : *Le diagnostic en orthodontie, réalités et perspectives*. Avec les moyens qui sont maintenant à notre disposition, nous pouvons mieux observer, et le diagnostic est plus précis pour le plus grand bien de nos patients. Nous avons fait appel à des praticiens, conférenciers passionnants et passionnés pour nous faire part de leur expérience et de leurs travaux.

Nous avons tous entendu parler des firmes proposant des diagnostics externalisés. Cela est devenu tellement facile avec les transmissions de données

via le net. Pour autant il faut rester conscient que la plus-value apportée par le praticien reste sa capacité à analyser les cas et individualiser le diagnostic. Ce sont ces valeurs que nous avons voulu insuffler au congrès : comment en recourant aux technologies modernes, pouvons-nous facilement améliorer la précision de nos diagnostics ?

Le diagnostic orthodontique intègre de plus en plus de variables qui seront développées en mai prochain afin de ne plus rester succinct et manquer de précision quant à l'environnement buccal.

La forme des dents, la dysharmonie dento dentaire, la nouvelle classification des maladies parodontales, les rapports entre l'ATM et l'occlusion, les nouvelles avancées sur le défaut primaire d'éruption et le MIH, le diagnostic systémique comme nouveau paradigme, le recueil des signes psychologiques dans le diagnostic des dysmorphoses sont quelques-uns des thèmes abordés.

Seront également étudiés les apports de la biométrie 3D de l'intelligence artificielle et des méthodes informatisées dans cette démarche diagnostique ainsi que la dissonance cognitive et le stress chez les soignants.

AON. La Covid a radicalement modifié notre pratique et nos relations humaines dans nos cabinets. Comment s'organise le congrès avec la Covid ?

Y.S. Comme habituellement le format de cet événement se déroulera sur trois jours, le premier étant réservé au cours près congrès sur le thème de la contention et permettra de faire le point dans les quatre dimensions. Période la plus importante de nos traitements, cet atelier permettra d'acquérir les compétences nécessaires pour aller plus loin dans notre démarche diagnostique.

Les séances plénières rassembleront tous les congressistes pendant les deux jours suivants.

Il y a également une journée organisée pour nos assistant(e)s, maillon essentiel de nos équipes. Une telle journée devrait devenir une habitude et nous voulons maintenant offrir une possibilité de formation continue pour le personnel de nos cabinets conjointement à celle des praticiens. Cette journée sera animée par l'équipe de Marion Girard avec la



Société Internationale de Kinésithérapie Linguale.

Comme je vous le disais tout est organisé pour permettre à tout praticien de pouvoir assurer sa formation continue et participer à cet événement en étant présent à Lille.

AON. Qu'avez-vous prévu en dehors du programme scientifique très complet ?

Y.S. Le vendredi matin, Madame Claudie Haigneré nous fera l'honneur et l'amitié d'ouvrir notre congrès par sa conférence inaugurale. Docteur en médecine, ancienne ministre et présidente d'Universcience, très connue pour être la seule femme astronaute sélectionnée par le CNES ayant effectué plusieurs vols et séjours à bord des vaisseaux Soyuz de la station MIR, sa conférence promet d'être des plus passionnantes ! Chaque congrès est un moment de partage de convivialité d'amitié. La réunion scientifique de Lille n'y dérogera pas.

Comme il est d'usage le président et toute son équipe recevront l'ensemble des congressistes à l'issue de la première journée par un cocktail agrémenté de surprises que je ne peux encore vous dévoiler (surprise oblige) et qui sera suivi d'une très belle soirée dans un lieu typique en plein cœur de la cité lilloise.

À l'image de ce que les gens des Hauts de France savent montrer, des moments conviviaux riches en animations et hauts en couleur, agrémenteront nos séances de travail.

AON. Enfin, que diriez-vous aux praticiens qui hésitent encore à venir ?

Y.S. Nous pouvons enfin sortir de nos cabinets et nous rencontrer entre confrères et professionnels de l'industrie orthodontique, retrouver ces moments de convivialité qui nous ont tant manqué.

Chacun devrait pouvoir dire j'y étais.

Propos recueillis par Cyril Licha



AO Online news, la nouvelle rubrique d'AO News !

Cette rubrique Online news permet de mettre en avant le travail de nos confrères qui publient sur les réseaux sociaux. Ils acceptent de partager avec nos lecteurs leur savoir-faire à travers de petit cas cliniques du quotidien ou plus techniques... Nous inaugurons cette nouvelle rubrique aux côtés de **David Azaria**, et nous le remercions pour son implication. Si vous souhaitez publier, n'hésitez pas à nous contacter !

Jonathan Sellem

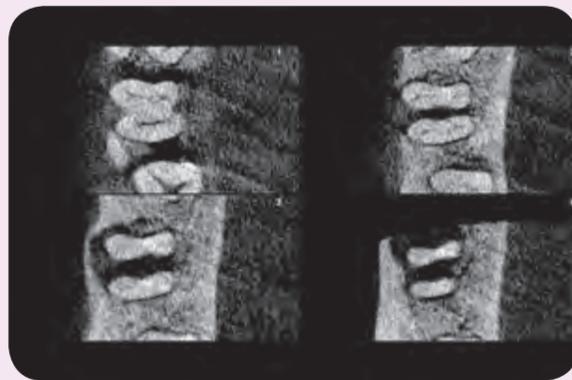
Gestion de canaux longs et fins

CAS 1

Patient adressé pour une nécrose sur 46. À la radio les canaux ne sont pas clairement visibles, et on voit une large lésion apicale. Au CBCT, on remarque la présence de quatre canaux distincts. La difficulté dans ce cas est la gestion de canaux longs et fins. En fonction du point de référence, la Lt est comprise entre 23 et 27 mm ! La clé est la préparation manuelle. L'exploration à l'aide de limes manuelles de type K ou C+, de longueur suffisante (31 mm par exemple), et une irrigation fréquente pour éliminer les débris et lubrifier. Une fois atteinte une largeur suffisante, dans ce cas 20/100 à l'apex, un cathétérisme mécanisé peut être utilisé pour élargir le canal avant la mise en forme. Les canaux étant fins, une préparation canalaire de conicité 4 % sera suffisante, sans être trop délabrante. Un diamètre de 30 a été choisi pour préparer suffisamment l'apex, forcément infecté dans ce cas. Toute la séquence a été effectuée sous irrigation abondante, sans forcer les instruments dans le canal, et en repassant une

lime manuelle entre chaque instrument mécanique. Activation de l'irriguant avec l'obturation et la restauration coronaire temporaire.

- **Protocole** : limes manuelles K et C+, ScoutRace 15.02, Race Evo 15.04, 25.04 et 30.04, BC-Sealer et Gutta-percha en mono-cône

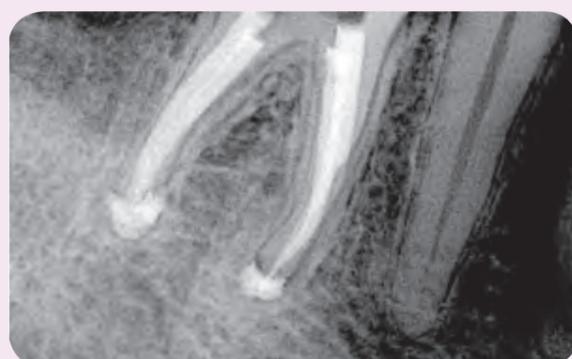
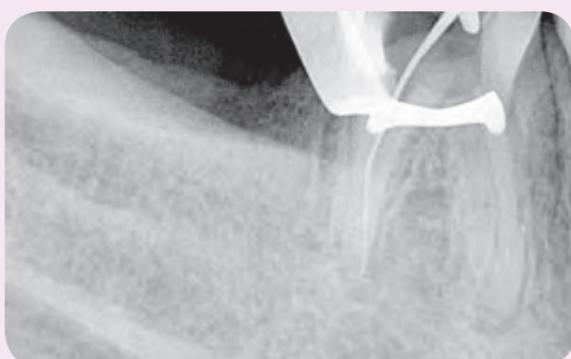
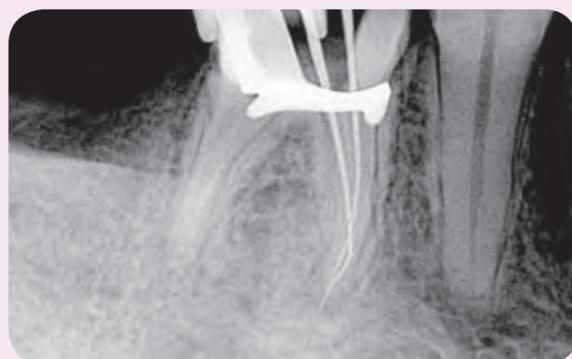
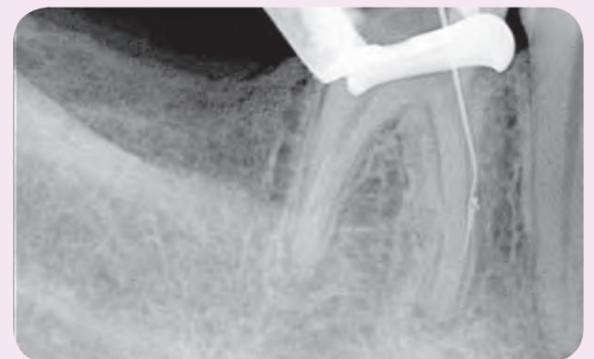
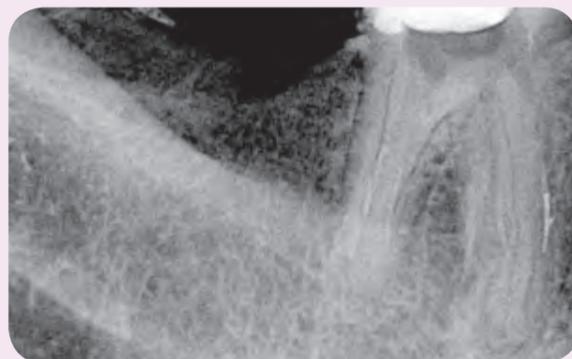
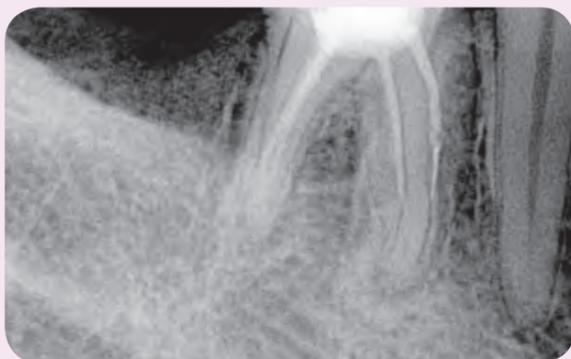


CAS 2

Patiente du cabinet pour un retraitement de 46. La dent a été soignée en Inde 2 ans avant l'intervention, et un instrument a été cassé dans la racine MV. Le reste de l'obturation est une sorte de gomme jaune très adhérente aux parois : le XP-Shaper s'est régalé à tout décoller.

Un by-pass a été essayé sur l'instrument cassé, sans succès. L'accès étant assez direct et la tête dégagée, l'éviction du fragment a été tentée aux US, et réussie. Le reste de la désobturation et l'accès à l'apex ont été réalisés au Reciproc R25 Gold (« l'ancien » Reciproc).

- **Désobturation et accès à l'apex** : Reciproc R25 Gold
 - **Mise en forme** : Limes C+ et Reciproc Blue R25
 - **Fin de préparation et activation** : XP-Shaper et XP-Finisher
 - **Irrigation** : Hypochlorite 3 % avec Irriflex
 - **Obturation** : BC-Sealer à la seringue et Gutta en mono-cône



MAILLEFER

ProTaper Ultimate™

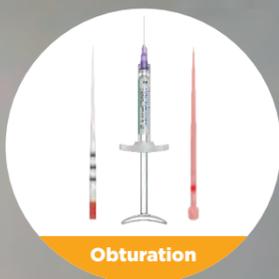
L'expérience Ultime



Mise en forme



Irrigation



Obturation

 Dentsply
Sirona

Dentsply Sirona vous présente **ProTaper Ultimate**, une solution intégrant la dernière génération de limes ProTaper.

ProTaper Ultimate, une séquence simplifiée : Slider – Shaper – Finishers, adaptée à toutes les situations cliniques, pour un nettoyage efficace et une obturation sous contrôle avec le nouveau ciment AH Plus bioceramic.

Dispositifs médicaux pour soins dentaires, réservés aux professionnels de santé, non remboursés par les organismes d'assurance maladie, au titre de la LPP. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation.

Aiguilles Dentsply Sirona. Indication : instrument d'irrigation canalaire Classe/Organisme certifié : IIa / CE 1639. Fabricant : Produits Dentaires SA. **ProTaper Ultimate™** Indications : Instruments pour le traitement des pathologies endodontiques. Classe/Organisme certifié : IIa/1 / CE2797. Fabricant : Maillefer Instruments Holding Sarl. **AH Plus® Bioceramic Sealer** Indications : ciment de scellement canalaire destiné à tous les patients nécessitant des procédures de canal radiculaire sur des dents définitives ou des dents primaires lorsqu'il n'y a pas de dent définitive pour les remplacer. Classe/Organisme certifié : IIa/ CE0197. Fabricant : Maruchi. **Pointes Gutta-Percha ProTaper Ultimate™** Indications : Les pointes gutta-percha sont indiquées pour le traitement d'une pathologie endodontique. Classe/Organisme certifié : IIa/ CE2797. Fabricant : Dentsply Tulsa Dental Specialities. Rev. 11/21



L'ERGONOMIE AU CABINET



NOUVEAUTÉ

**5 ANS
DE GARANTIE***

**PENSEZ AU FORFAIT TRANQUILLITÉ
À PARTIR DE 65€/ MOIS**

*Garantie soumise à la souscription au Forfait Tranquillité

VOUS AIMEREZ AUSSI

**Contre-angles
T2 Line
DENTSPLY SIRONA**

DM classe IIa.

Retrouvez la sélection complète
à partir de la page 8 de notre
catalogue général



**AXANO
DENTSPLY SIRONA**

OFFRE INCLUANT

- Installation
- Mise en main
- 1 révision en fin de première année
- iPad Air WiFi+Cellular 256GB pour 1€ de +

**705€
/MOIS
PENDANT 7 ANS**



À PARTIR DE

25990€

EXTARO ZEISS

**35% DE REMISE
SUR TOUTES LES OPTIONS**

À PARTIR DE

13450€



TAO DENTAL ART

Le meuble 5 éléments + vitrine d'hygiène



À PARTIR DE

38880€

3 ANS CEREC CLUB INCLUS

**PRIMESCAN AC
DENTSPLY SIRONA**

OFFRE INCLUANT

- Ordinateur dédié
- Logiciel Connect SW
- 1 licence Inbox
- 1 licence STL Export

500€

**D'AVANTAGES
TOUS LES 10000€ FACTURÉS
SUR TOUTES NOS MARQUES**

*Pour plus d'informations, contactez votre conseiller. Dispositifs médicaux pour soins dentaires, réservés aux professionnels de santé, non remboursés par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPP. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Axano. Indications : Poste de traitement pour cabinet dentaire. Classe / Organisme certificateur : IIb / CE 0123. Fabricant : Sirona Dental Systems GmbH. 02/2022. Le Microscope EXTARO 300 est un microscope chirurgical à usage dentaire, destinés à améliorer la visualisation peropératoire lors d'une chirurgie ou lors d'une consultation. Il est de classe I et fabriqué par : Carl Zeiss Suzhou Co., Ltd. Axano : 705€/mois pendant 7 ans. Montant total du : 59 990€. Loyers indiqués valables uniquement dans le cadre d'un financement par les biais de nos partenaires. Barèmes du mois d'avril 2022. Sous réserve d'une évolution des taux bancaires. Les dispositifs médicaux pour soins dentaires de la gamme CEREC et OMNICAM CONNECT, sont de la classe I, et sont fabriqués par DENTSPLY SIRONA. Primescan et CEREC Primescan. Indications : 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. Photos non contractuelles.



Traitement implantaire de l'édentement unitaire sur le secteur antérieur

Serge Armand, Olivier Le Gac • 188 pages

Éditeur : Quintessence International • Date parution : 12/2021

Le traitement de l'édentement unitaire antérieur est un challenge complexe aussi bien d'un point de vue fonctionnel qu'esthétique, pour les praticiens et les patients. La solution implantaire est souvent privilégiée pour des résultats parfois peu satisfaisants dans le temps. Le livre commence par rappeler le taux de succès de certaines prothèses céramo-métalliques lorsque les dents piliers bordant l'édentement ne sont pas intactes, nous faisant ainsi réfléchir sur les différents choix thérapeutiques possibles et les conditions optimales de réalisation d'un implant dans le secteur antérieur. À l'aide de vidéos en réalité augmentée accessibles depuis un smartphone, et

de cas cliniques bien iconographiés, l'ouvrage se montre très agréable à lire et pédagogique. Chaque affirmation est justifiée par une référence bibliographique permettant ainsi au lecteur curieux d'approfondir le sujet.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'analyse tissulaire visuelle et biologique du secteur antérieur et mettent en avant les différences entre dents naturelles et implants. Il ne suffit pas de poser un implant à l'identique d'une dent naturelle, il faut tenir compte de la qualité des tissus, de l'épaisseur du morphotype parodontal et de l'alignement des collets, de l'alvéolyse osseuse, de la résorption

osseuse physiologique après extraction, de l'espace biologique, des éventuelles concavités, de l'axe prothétique, en pratiquant une analyse pré-implantaire systématisée et détaillée.

La planification implantaire numérisée et la chirurgie guidée sont des bons moyens d'anticiper un meilleur positionnement implantaire. La gestion de site extractionnel à l'aide de protocoles de préservation alvéolaire lors de l'extraction ou d'association d'un greffon conjonctif lors de la pose de l'implant doivent devenir des pratiques courantes pour corriger les insuffisances tissulaires. La phase provisoire est également importante car le patient doit retrou-

ver une esthétique correcte en attendant la prothèse définitive, sans pour autant que cela n'interfère sur le résultat final (éviter les compressions tissulaires lors du port de prothèse amovible, adaptation des dents provisoires sur implant, etc.).

Le livre évoque les différentes chronologies possibles et les conditions de réalisation de l'implantation différée à l'extraction-implantation immédiate.

Un chapitre important est consacré à l'aménagement des tissus mous péri-implantaires.

Le dernier chapitre concerne le choix des matériaux prothétiques et le profil d'émergence des restaurations définitives.



Cet ouvrage constitue un bon accompagnement et une feuille de route pour que le praticien s'assure de respecter minutieusement les étapes indispensables au succès d'une réhabilitation implantaire unitaire antérieure.

Parodontie clinique : une approche moderne et préventive

Matthias Rzeznik • Éditeur : Quintessence International

Date parution : 26/01/2022

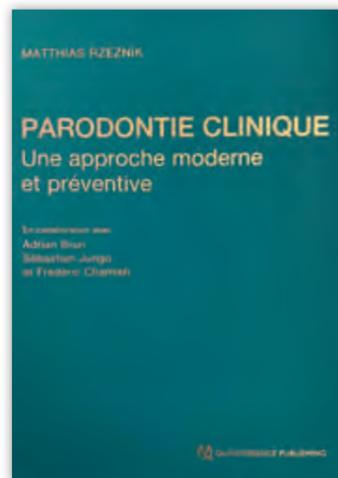
L'avant-propos de ce livre commence par nous promettre une approche différente de la parodontie, par rapport à l'enseignement universitaire traditionnel.

L'ouvrage suit une démarche pédagogique en survolant les notions biologiques traditionnelles de parodontie, actualisées selon les derniers consensus scientifiques. Le mot *maladie* est à éviter et l'on parle aujourd'hui plus volontiers de dysbiose bactérienne, c'est-à-dire de déséquilibre. La nouvelle classification des maladies parodontales de 2017 est expliquée dans

le chapitre suivant, ce qui permet à l'omnipraticien d'en prendre connaissance. Les maladies parodontales sont de plus en plus considérées en rapport avec des pathologies générales comme le diabète ou la consommation de tabac, deux facteurs qui interviennent dans la nouvelle classification pour définir le risque de progression de la parodontite. Des parties importantes de l'ouvrage sont consacrées à la relation au patient et comment lui faire prendre conscience de son état parodontal et des bonnes habitudes d'hygiène à adopter. Les pro-

tocoles de débridement non chirurgical sont ensuite décrits à l'aide d'exemple de prise en charge de patients. Les indications et traitement chirurgicaux sont appréhendés dans le chapitre suivant. L'importance de la maintenance est également évoquée. Le dernier chapitre est une ouverture et est consacré aux relations entre traitement orthodontique et parodontie.

Cet ouvrage ne remplace pas un parodontiste mais permet à l'omnipraticien d'avoir une vision globale du traitement parodontal aujourd'hui.



Hanna Kruk

Le saviez-vous ?



En mars, une 3^e personne a été guérie du Sida grâce à une greffe de cellules-souches aux USA

Pour en arriver là, les scientifiques ont utilisé des cellules-souches sanguines issues du cordon ombilical, plus largement disponibles que les cellules-souches adultes utilisées dans les greffes de moelle osseuse. Néanmoins, ce processus thérapeutique est incroyablement risqué. En effet, tout le système immunitaire est essentiellement détruit puis remplacé. En France, des alternatives de guérison grâce aux cellules-souches se développent ! Dans ce domaine, la biotech mulhousienne Cellprothera fait figure de pionnière. Depuis plus de 10 ans, elle développe une solution sans risque grâce à laquelle le patient devient son propre médicament.

Concrètement : des cellules-souches sont prélevées par simple prise de sang. Ces dernières sont démultipliées dans un automate dédié puis injectés dans les tissus à réparer. Cellprothera développe sa solution pour réparer les tissus du cœur endommagés par un infarctus grave. À terme le potentiel de cette solution est illimité. Pour preuve, de prochains essais visant à soigner le cartilage du genou vont débiter cette année.

Pour plus d'information : www.cellprothera.com/fr/

Les avantages pour le patient :

- améliore durablement la fonction cardiaque et par conséquent la qualité et l'espérance de vie du patient ;
- évite un traitement médicamenteux lourd lié à l'insuffisance cardiaque ;
- nécessite une seule et unique injection ;
- représente dans certains cas une alternative efficace de substitution à la transplantation cardiaque ;
- diminue la mortalité ;
- élimine le risque de rejet du greffon grâce au bio-médicament à base des propres cellules-souches du patient.

Les avantages pour le système de santé :

- réduit significativement les coûts de prise en charge des patients ;
- réduit les coûts liés aux traitements médicamenteux ;
- réduit les coûts inhérents aux traitements existants (chirurgical, transplantation...) et aux hospitalisations multiples

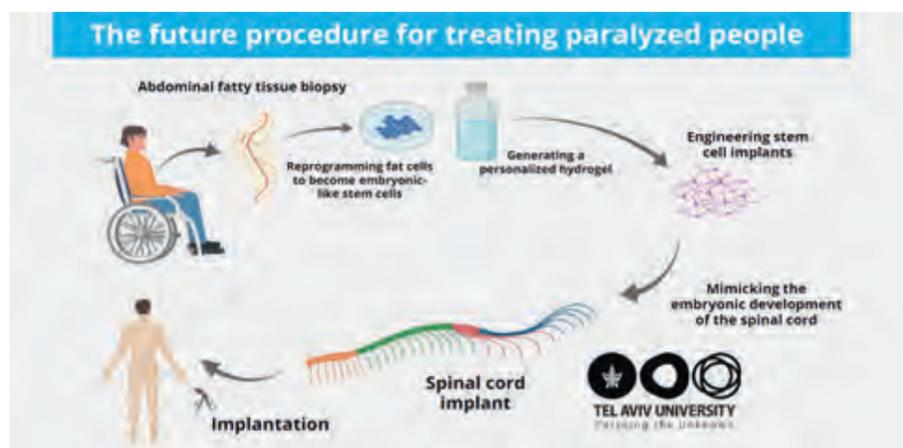


Première mondiale

Des chercheurs de l'Université de Tel-Aviv ont réussi à fabriquer une moelle épinière humaine pour traiter les paralysés

Pour la première fois au monde, des chercheurs du Centre de biotechnologie régénérative de l'Université de Tel-Aviv, sous la direction du Prof. Tal Dvir, sont parvenus à fabriquer un cordon de moelle épinière humaine tridimensionnelle et à l'implanter sur des souris de laboratoire souffrant de paralysie chronique, avec des résultats extrêmement impressionnants. Environ 80 % des souris traitées se sont remises à marcher. Les chercheurs se préparent à présent à la prochaine phase de l'étude : les essais cliniques chez les humains, leur objectif étant de parvenir dans les années à venir à produire des implants médullaires sur mesure pour chaque paralysé, les implanter et provoquer la réparation des tissus endommagés sans crainte de rejet.

La percée mondiale a été menée par le groupe de recherche du Prof. Tal Dvir, également de l'École de recherche biomédicale et d'études sur le cancer et du Département de génie



Le Prof. Tal Dvir
(Crédit : Israël Harari)

biomédical de l'Université de Tel-Aviv, comprenant entre autres les D^r Reuven Edri et Yona Goldschmit et la doctorante Lior Wertheim. Ont également participé à l'étude le Prof. Irit Gat-Viks de l'École de recherche biomédicale et d'études sur le cancer, le Prof. Yaniv Assaf de l'École de neurosciences, le D^r Angela Ruban de l'École des professions de la santé, tous de l'Université de Tel-Aviv. Les résultats de l'étude ont été publiés dans la prestigieuse revue **Advanced Science**.

Un processus de réhabilitation rapide chez les souris de laboratoire

La technologie est basée sur une biopsie prélevée sur le tissu adipeux abdominal du patient, explique le Prof. Dvir. Comme tout tissu de notre organisme, il est composé à la fois de cellules et de matériel extra-cellulaire, comme le collagène et les sucres. Nous avons séparé les cellules du matériel extra-cellulaire, et par des moyens d'ingénierie génétique, nous avons ramené les cellules à un état similaire à celui des cellules-souches embryonnaires, c'est-à-dire des cellules qui ont le potentiel de se transformer en n'importe quelles cellules de notre corps. En parallèle, à partir du matériau extra-cellulaire, nous avons fabriqué un gel personnalisé adapté au patient, afin de ne pas provoquer de rejet de l'implant après la greffe de la part du système immunitaire. Nous avons introduit les cellules-souches dans ce gel, et par un processus imitant le développement embryonnaire de la moelle épinière, nous avons transformé les cellules en implants tridimensionnels de réseaux de neurones contenant des neurones moteurs (c'est-à-dire des cellules nerveuses qui commandent les muscles et le mouvement).

Moelle épinière schéma

Ces implants de moelle épinière humaine ont été greffés par le Prof. Dvir et son équipe sur des souris de laboratoire souffrant de paralysie. Celles-ci ont été divisées en deux groupes : celles souffrant de paralysie depuis une période relativement courte (paralysie aiguë) et celles qui souffrent d'une paralysie prolongée, depuis une période correspondant à un an de vie humaine (modèle chronique). Après la transplantation, 100 % des souris souffrant de paralysie aiguë et 80 % de celles présentant une paralysie chronique se sont remises à marcher.

Sans crainte de rejet par le système immunitaire

Les souris ont subi un processus de réhabilitation rapide, au bout duquel elles se sont remises à marcher parfaitement, comme le Prof. Dvir. C'est la première fois au monde que des tissus biologiques fabriqués à partir de cellules et de matériaux humains greffés sur des animaux de laboratoire parviennent à les guérir d'une paralysie chronique. C'est l'expérience la plus proche possible du traitement des personnes paralysées. En fait nous avons greffé des cordons de moelle épinière complètement humaine sur des souris, notre objectif étant bien sûr les greffes d'implants de moelle épinière humaine sur des humains. Il faut comprendre qu'il existe des millions de personnes dans le monde paralysées à la suite de lésions de la moelle épinière, pour qui il n'existe actuellement aucun traitement, ce qui signifie que des personnes blessées étant jeunes devront rester toute leur vie sur des chaises roulantes, avec tous les coûts sanitaires, sociaux et économiques que cela implique. Notre objectif est de produire des implants de moelle épinière personnalisés pour tous les paralysés, de les greffer et de provoquer la réparation des tissus endommagés sans crainte de rejet de l'implant par le système immunitaire.

À partir de la technologie révolutionnaire d'ingénierie des organes développée dans le laboratoire du prof. Dvir, a été créée en 2019 la société Matricell (matricell.com), qui est déjà en train de fabriquer des implants de moelle épinière humaine destinés à être greffés sur des personnes paralysées. Nous avons pour objectif de réaliser des essais cliniques chez les humains d'ici quelques années, dans le but de les remettre sur pied, conclut le Prof. Dvir, Directeur du Centre de biotechnologie régénérative de l'Université de Tel-Aviv. Le programme préclinique a déjà été discuté avec la FDA. Comme il s'agit d'une technologie avancée de médecine régénérative, et dans la mesure où les patients paralysés n'ont actuellement aucune alternative thérapeutique, il y a une forte chance pour que cette technologie soit approuvée assez rapidement.

Source : l'Association Française de l'Université de Tel Aviv, afauta@wanadoo.fr

Le premier et le seul composite qui bénéficie de la technologie thermo-viscoélasticité (TVT)

NOUVEAU

... réchauffer ... couler ... modeler

REUNIT LA FLUIDITÉ ET LA CONDENSABILITÉ

- **Unique et novateur**
Une fois réchauffé, le matériau est fluide lors de l'application et peut être modelé immédiatement après l'application (technologie thermo-viscoélasticité)
- **Application de haute qualité**
Le matériau mouille parfaitement les parois et les contre-dépouilles
- **Gain de temps**
Des restaurations efficaces avec un seul matériau
- **Excellente manipulation**
Application sans bulles d'air grâce à une canule fine



Dispositif Médical pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Classe/Organisme certificateur : IIA/CE 0482. Fabricant : VOCCO GmbH

VisCalor VisCalor bulk



VOCCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Allemagne · Tel. +49 4721 719-0 · www.vocco.dental



Les 10 clés pour une communication efficace

La communication est une fonction vitale de l'être humain. Nos échanges avec les autres assurent notre appétence cognitive et nous permettent de prendre des décisions en adaptant nos actes aux différentes situations de la vie. Pour une entreprise ou un cabinet, la communication représente un enjeu majeur pour son bon fonctionnement et son développement. Voici 10 clés à travailler pour améliorer nos interactions humaines.

1 - PAROLES & CORPS

Notre langage corporel en dit souvent bien plus que nos mots. Pour transmettre une information de façon pertinente à un patient, sur sa pathologie ou sur son plan de traitement par exemple, il est primordial que notre posture soit en adéquation avec notre parole. Servez-vous de vos émotions corporelles pour faire passer les bons messages !

2 - DONNER UNE INFORMATION CLAIRE

Plus le message que vous délivrez est en accord avec vos convictions profondes, vos valeurs et vos engagements, plus vous augmentez vos chances de convaincre votre interlocuteur. Soyez honnête et franc.

3 - UN SEUL MESSAGE À LA FOIS

Selon les neurosciences, notre cerveau n'est pas multi-tâche. Il peut effectivement traiter une quantité importante d'informations en un laps de temps très court mais en réalité, une seule à la fois (comme des billes qui passent au travers d'un entonnoir). Il est donc inutile de multiplier les messages. NB : après 24h, nous retenons moins de 10 % d'une conversation. À méditer !

4 - ÉCOUTEZ VRAIMENT

La communication est à proprement parlé un échange entre deux visions et non un récit que chacun fait de son côté. Savoir écouter sincèrement son interlocuteur vous permettra de comprendre ses besoins et de répondre de façon plus appropriée à ses demandes.

5 - L'EMPATHIE

Nos patients débarquent dans nos cabinets avec un tas d'émotions qui ne sont pas toujours évidentes à cerner : peur du dentiste, perte d'un proche... Prendre le temps de les écouter, décrypter leur langage corporel et nous mettre réellement à leur place sont des moyens efficaces de comprendre leurs réactions et leurs attentes. Ainsi ils vivront une bonne expérience et auront plaisir à revenir et à vous recommander !

6 - TOUT EST MESSAGE

Parole, objet, odeur, lumière, contact, sourire, poignée de main, accueil, premiers mots, température... tout est message. Demain, entrez dans votre cabinet et mettez-vous à la place de votre patient et faites le parcours de soins à sa place. Vous comprendrez tout de suite ce qui est à changer, à améliorer, à éviter. Créez votre « Filtre Qualité » (issus de notre formation adhésion du patient à leur plan de traitement **expérience patient unique**).

7 - SURMONTEZ LES OBJECTIONS

Notre émotionnel, qui interprète le plus souvent les situations de façon négative, considère les objections comme un affront. Cela nous braque et nous perdons nos moyens assez rapidement. Or les objections ne sont le plus souvent qu'une incompréhension qui demande un apport d'information. C'est une formidable opportunité d'intensifier la relation par l'échange.

8 - L'ENTRAÎNEMENT

La communication est loin d'être un art inné et elle s'acquiert, comme toute discipline, avec de l'entraînement. Habituez-vous à parler aux gens, à leur poser des questions sincères et à éprouver un réel intérêt pour leur réponse. Créez des liens émotionnels de qualité avec votre équipe et vos patients.

9 - LA SYNCHRONISATION

Cette technique de communication consiste simplement à adopter les mêmes gestes, débits, posture, rythme, langage... que votre interlocuteur afin d'entrer en interaction avec lui. Utilisez-la quotidiennement !

10 - SAVOIR CONCLURE

Il est important de mettre fin à une conversation en se mettant d'accord sur les termes de l'échange. Que ce soit dans une négociation ou une simple conversation, il est important de savoir conclure et de ratifier l'entente qui a été approuvée.

Retrouvez toutes nos formations sur notre site <https://zenith-dental-formation.fr/>
Et suivez-nous sur les réseaux sociaux



Franck
Bellaïche
Fondateur de
Zenith-dental-
formation



« Les 10 clés pour une communication efficace », issu de la formation Leadership & Management Bienveillant, les 23 et 24 juin 2022, chez ZENith Dental Formation

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

Aspiration chirurgicale VC 65

Puissance silencieuse

Avec la VC 65, le silence règne enfin pendant le traitement.
Il faut vraiment tendre l'oreille - la nouvelle unité d'aspiration offre une puissance d'aspiration maximale pour un bruit de fonctionnement minimal. Sa conception mobile attire l'attention, sa grande facilité d'utilisation et sa fiabilité sont conçues pour une utilisation quotidienne difficile en pratique. **Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.duerrdental.com**

DÜRR DENTAL
LE MEILLEUR. TOUT UN SYSTÈME

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

Mon maître et mon vainqueur

François-Henri Désérable • Éditions Gallimard
Grand prix 2021 de l'Académie Française

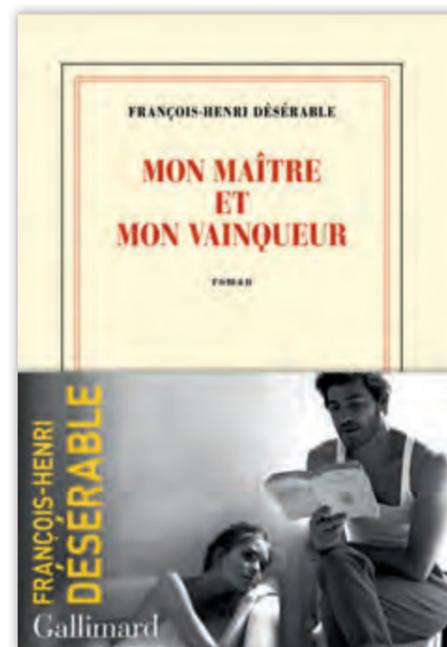
L'amour ou la tendresse... Bordel pourquoi choisir...

Je vous avais loué, il y a peu dans cette rubrique, le précédent ouvrage de ce jeune auteur prometteur, *Un certain M. Piekielny*, partageant ainsi avec F.H. Désérable une admiration inconditionnelle pour Romain Gary. Un matin, à l'heure où la machine à café rempli sa première mission vitale, nous écoutions à la radio avec mon épouse, une interview de l'auteur à l'occasion de la sortie de son nouveau livre. Nous avons d'emblée été séduits par sa voix grave, chaleureuse et sensuelle, et plus encore par son phrasé subtil mais sans emphase, fluide, naturel et ses réponses érudites, cultivées mais sans la moindre condescendance. Bref, un coup de foudre au point de délaissier sur le champ mon

croissant pour noter ce titre sur la liste de mes envies ! Qu'on ne se méprenne pas, cher lecteur, je revendique ici mon hétérosexualité invariante, certaines voies (sic) sont à l'image de celles du Seigneur, impénétrables !

Le titre d'abord, un peu énigmatique... Milan Kundera ayant créé parmi les plus beaux titres de roman – *L'insoutenable légèreté de l'être, La fête de l'insignifiance, La valse aux adieux, etc.* – L'auteur, ne souhaitant pas rivaliser, a repris un vers de Verlaine (personnage clé, en arrière-plan dans le roman) : *Je rends grâce à la nature d'avoir fait de ton cœur mon maître et mon vainqueur.*

Le sujet : F.H. Désérable nous parle ici d'amour, mais d'un amour fulgurant, total, incandescence sublime des corps et des âmes. Est-il sujet plus impérieux que de parler aujourd'hui d'amour au temps du choléra ? La réponse est évidente, je n'oublie pas d'ailleurs que ma première critique dans ces colonnes était *Belle du Seigneur*, titre tout aussi magnifique et un des plus beaux romans d'amour de la littérature française. La liste des grands romans d'amour est innombrable, et de Stendhal à Flaubert en passant par B. Vian (*L'ar-rache-cœur*), A. Cohen ou M. Kundera, chaque écrivain a peint toutes les complexités du cœur amoureux. F.H. Désérable s'intéresse à la passion, à l'amour pulsionnel, forcément déraisonnable, en ce qu'il efface toute



logique et tout autre sujet. La passion dévorante, sans tabous ni limites ou l'amour dans la durée, pérenne et serein ? Quelle réponse, cher lecteur, donneriez-vous à cette question cruciale ? J'ai, dans les différentes demeures de ma vie, maisons ou appartements, toujours privilégié un élément central et ce sans aucune exception : une cheminée. J'ai toujours été fasciné par le feu de cheminée, synonyme de chaleur et de bien-être, il favorise l'apaisement et la méditation. Lorsqu'on allume ce feu, grâce aux petits bois, l'embrasement de ce buisson-ardent, fait jaillir de hautes flammes puissantes, jaunes orangées, d'une chaleur intense, c'est l'image que j'ai de cet amour pulsionnel. Bientôt les bûches harmonieusement disposées prennent le relais, les flammes deviennent plus douces, plus petites légèrement bleutées, ainsi le feu savamment entretenu peut durer toute la nuit, toute une vie, symbole de l'amour profond. La langue française a des subtilités surprenantes. En l'occurrence, le foyer désigne à la fois l'espace du feu et lorsqu'il est conjugal, le domicile du couple, on est bien au cœur du sujet ! Vasco et Tina sont foudroyés par un amour pulsionnel irrésistible, pourtant Tina aime profondément Edgar, elle doit l'épouser, fonder une famille car il vient de lui donner deux jumeaux. Un choix est inévitable, il sera forcément dramatique, et c'est ainsi que le narrateur, F.H. Désérable, meilleur ami de Vasco et confident des deux amants se retrouve dans le bureau d'un juge d'instruction. Il explique l'histoire de cette relation avec l'aide d'un cahier de poèmes de Vasco et d'une pièce à conviction. Je vous laisse bien sûr découvrir l'issue du drame. C'est superbement écrit, le style est travaillé mais fluide, naturel et riche de références littéraires. L'auteur est facétieux, l'humour est constamment présent, il pousse même son talent jusque dans la poésie, en contrepoint des ébats sexuels de Tina et Vasco (des journées entières, plusieurs jours de suite). Chers lecteurs pour qui ces marathons ne sont plus d'actualité, pour ainsi éviter tous complexes, il y a la tendresse bordel*... et la poésie : *Son souvenir est un soleil qui flambe en moi et ne veut pas s'éteindre* (Verlaine après la mort de Rimbaud).

*Pour les plus jeunes : *Et la tendresse bordel* : Comédie culte de la fin des années 70.

Des TROUSSES COMPLÈTES par INDICATION pour encourager l'OBSERVANCE de vos Patients

SUNSTAR

G·U·M®



de l'interdentaire



Post-opératoire & traitement



Parodontologie



Implantologie



Soins quotidiens



ORTHO



JUNIOR



ORTHO Aligneurs

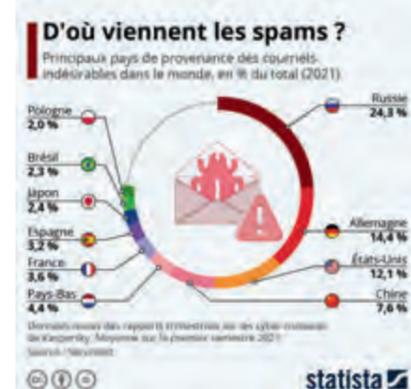


Retrouvez toutes les informations sur nos trousse sur professional.suntarGUM.fr



SUNSTAR France - 105 rue Jules Guesde 92300 Levallois-Perret

APPROTTO - 03/2022 - * Données OpenHealth - Janvier 2022 - CAM - Marché Interdentaire.



La carte postale

Anne Berest • Éditions Grasset
Prix Renaudot des lycéens 2021

Une carte postée pour la mémoire...

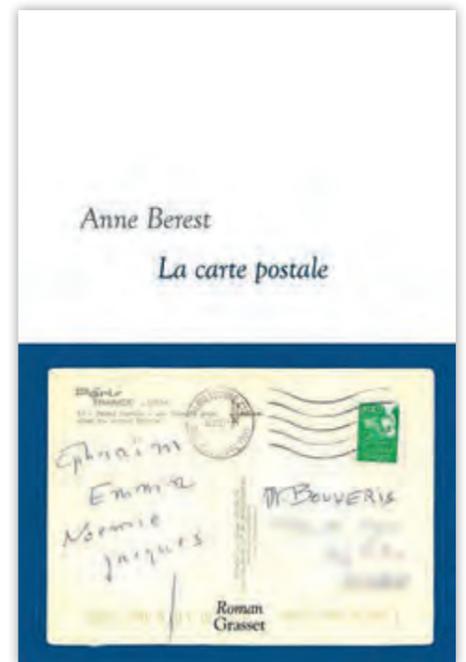
Une fois n'est pas coutume, commençons par la conclusion : quel livre magnifique ! Lélia, la mère de l'auteur, reçoit une étrange carte postale avec l'Opera Garnier, et de l'autre côté quatre prénoms : Ephraïm, Emma, Noémie et Jacques, les prénoms de ses grands-parents, de sa tante et son oncle, morts à Auschwitz en 1942. C'était en janvier 2003 dans sa boîte aux lettres, au milieu des traditionnelles cartes de vœux. Cette carte postale n'était pas signée, l'auteur avait voulu rester anonyme. Vingt ans plus tard, l'enquête commence avec l'aide d'un détective privé, d'un criminologue. A. Berest a interrogé les habitants du village où sa famille a été arrêtée, elle a remué ciel et terre, pour enfin arriver à la solution de l'énigme. L'auteur est donc remontée une centaine d'années en arrière pour nous conter la saga familiale des Rabinovitch, romanesque et tragique, de leur fuite de Russie, leur voyage en Lettonie puis en Palestine. Et enfin, leur arrivée à Paris, avec la guerre et son désastre. La nationalité française leur sera refusée car ils ont un passeport palestinien !! Tiens tiens, les juifs vivant en Palestine étaient donc des palestiniens !

La grand-mère Myriam, fille d'Emma et Ephraïm, fut la seule qui échappa à la déportation. Eclaircir les mystères qui entouraient ses deux mariages fut aussi un contrepoint de cette enquête. Cette carte postale avait été rangée dans le tiroir de l'oubli par Lélia en 2003, est-ce un hasard ? Je ne le pense pas, certains de nos gestes, parfois même les plus anodins, sont très souvent guidés par notre histoire, nos convictions, nos souvenirs. L'oubli est capricieux et rarement fortuit. La famille Rabinovitch était plus ou moins religieuse, mais Myriam leur fille, seule rescapée de la Shoah, après la guerre n'est plus jamais entrée dans une synagogue Dieu était mort dans les camps. Ainsi de nombreux juifs, en particulier les ashkénazes, ont tourné le dos à la religion après la guerre. Lélia la fille de Myriam fait partie de cette génération qui a eu 20 ans en 68, leurs idéaux étaient surtout politiques, bien éloignés du religieux. Lélia portait peut-être inconsciemment en elle la trace épigénétique de la Shoah. Elle et son mari sont tous deux professeurs et universitaires, avec des convictions politiques très à gauche. Je (Lélia) ne connaissais pas la vie du prophète Élie, mais les aventures du Che et du sous-commandant Marcos. Je n'avais jamais entendu parler de Maïmonide mais mon père m'a conseillé de lire François Furet quand j'ai étudié la Révolution. Je n'ai pas fait ma bat-mitzvah, mais j'ai fait ma 68.

Joël Itic



infos



Ainsi cette carte postale marquée du sceau de l'étoile jaune ne s'est pas retrouvée enfouie par hasard au fond d'un tiroir. A. Berest pose ainsi indirectement la question : Qu'est-ce qu'être juif aujourd'hui ? J'étais confrontée à une contradiction latente.

Avec d'un côté, cette utopie que mes parents décrivaient comme un modèle de société à bâtir, gravant en nous, jour après jour, l'idée que la religion était un fléau qu'il fallait absolument combattre. Et de l'autre planquée dans une région obscure de notre vie familiale, il y avait l'existence d'une identité cachée, d'une ascendance mystérieuse, d'une

étrange lignée qui puisait sa raison d'être au cœur de la religion.

Cette carte postale est bien plus qu'une saga familiale comme on les aime, avec ses intrigues et ses rebondissements. Le style est sensible, subtil et d'une grande sobriété face au drame de cette famille. L'énigme du signataire anonyme qui sert de fil conducteur est en fait secondaire car c'est aussi un ouvrage de réflexion, voire philosophique, sur ce qu'est être juif aujourd'hui, au-delà de ses convictions politiques. Envoyez cette carte postale à tous vos amis amateurs de bonne littérature.

NOUVEAU SeptoCone

Matrice de collagène pour la formation de nouveaux tissus



SeptoCone

- Temps de résorption long
- Ostéoconduction¹ et angioconduction^{2,3}
- Propriété hémostatique du collagène
- Forme conique

1 Troedhan A, Kurrek A, Wainwright M. Biological Principles and Physiology of Bone Regeneration under the Schneiderian Membrane after Sinus Lift Surgery: A Radiological Study in 14 Patients Treated with the Transcresal Hydrodynamic Ultrasonic Cavitation Sinus Lift (Intralift). Int J Dent. 2012;2012:576238. doi:10.1155/2012/576238.
2 Tomizawa Y. Clinical benefits and risk analysis of topical hemostats: a review. J Artif Organs. 2005;8(3):137-42. doi: 10.1007/s10047-005-0296-x. PMID: 16235029.
3 Manon-Jensen T, Kjeld NG, Karsdal MA. Collagen-mediated hemostasis. J Thromb Haemost. 2016 Mar;14(3):438-48. doi: 10.1111/jth.13249. Epub 2016 Feb 17. PMID: 26749406.

Veuillez consulter les indications et la notice d'utilisation de Septocone sur notre site internet www.septodont.fr
Dispositif médical de Classe III réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR. Organisme certificateur CE1434 PCBC. Fabricant : RESORBA Medical GmbH - Am Flachmoor 16 - 90475 Nürnberg - Germany. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation.

Septodont - 58 rue du Pont de Créteil - 94107 Saint-Maur-des-Fossés Cedex - France
Tél. : 01 49 76 70 02

Pour plus d'informations, rendez-vous sur : www.septodont.fr





Drôle de genre

Avec Victoria Abril et Lionnel Astier, Axel Huet et Jade-Rose Parker
Une pièce de Jade-Rose Parker • Mise en scène : Jérémie Lippmann
Théâtre de la Renaissance, Paris

Un samedi soir banal, un appartement luxueux. L'épouse, élégamment vêtue, l'époux rentre en trombe chez lui, enflammé par son actualité politique. Le décor est planté, les spectateurs intrigués. Une soirée à l'Opéra entre amoureux, voilà ce qui attend Carla, interprétée par Victoria Abril, et François, interprété par Lionnel Astier. S'il nous fait gracieusement rire dans Kaamelot, c'est aussi un chevalier des temps modernes, homme politique occupé en vue des élections à venir, mais éperdument amoureux de sa femme. Sa femme lui apprend qu'elle est atteinte d'un cancer. De la prostate. Vous avez bien lu, et pour cause : il y a plus de trente ans, avant sa rencontre avec François, Carla était un homme. C'est

donc une femme transsexuelle, et son mari vient de l'apprendre. Éclate donc une dispute pleine d'interrogations, remises en question, doutes, frustrations et colères. Beaucoup de souffrance émane de nos deux protagonistes.

La rupture entre la finesse d'écriture des discours engagés et la brutalité des mots crus est très intéressante. On rit beaucoup et on s'interroge aussi. La répartie des dialogues, le bon rythme des blagues est tel que l'on est tenus en haleine tout le long. Jérémie Lippmann est à la mise en scène : sa scénographie est bonne, les déplacements des deux puis des quatre personnes marquent un dynamisme et une

certaine pesanteur, le corps suivant les mots. Assez audacieux, certains moments sont interrompus par une lumière crue venant rompre l'instant pour justement traduire la fracture qu'il y a au sein de la famille et ce déchirement généralisé. Carla est sulfureuse et méprisée. Elle a le charme à l'espagnole, l'exagération à l'italienne, et l'élégance à la française. François est désespéré et incompris. Il a le rire gras, le sarcasme délicieux, les jeux de mots provocants, rendant le tout succulent !

Carla et François reçoivent leur chère et tendre fille Louise, interprétée par Jade Rose Parker, comédienne et scénariste donc. La pièce prend alors



un nouveau dynamisme, où quiproquos et sous-entendus nous font bien sourire. Son arrivée dans la pièce est un peu déstabilisante au début. Son jeu semble un peu moins naturel, dû à sa prononciation exagérée par moments, mais à laquelle on adhère bien finalement. On est pris d'empathie et de sympathie pour elle. Louise oscille entre la compassion et l'exaspération envers ses parents. De la crise de nerfs à la crise des larmes, on y croit. Son fiancé, interprété par Axel Huet, rencontre ses parents pour la première fois. En pleine crise familiale lui est assigné un rôle actif dans la famille alors qu'il venait juste prendre une coupe de champagne avec beau papa et belle maman pour s'introduire. De l'humour subtil à celui plus gras, il décroche beaucoup de rires.

La reconnaissance des droits des transsexuels à vivre leur pleine identité n'est pas remise en cause. L'art permet d'être imprégné de ces sujets avec une sensibilité et un réalisme certain, en témoigne le film précurseur *Victor, Victoria* des années 1980 traitant avec musicalité, finesse et brio la question du travestissement d'une femme en un homme.

La discussion ou tout au plus, les superpositions de cris et discours moralisateurs de nos protagonistes, révèlent un vrai enjeu, un vrai questionnement. On est tous d'accord pour condamner le mensonge au sein d'un couple. Il est insupportable de retenir une vérité impliquant les deux personnes comme la tromperie, ce que Carla a d'ailleurs subi mais accepté. Mais il est évident qu'il n'est moralement pas condamnable de ne pas tout révéler à son conjoint, concernant ses précédentes conquêtes par exemple. Le mensonge retenu par Carla pendant 30 ans implique-t-il alors aussi son mari ? Puisque concrètement, rien n'a changé entre aujourd'hui et hier impliquant François directement. D'un autre côté, ce mensonge recouvre un élément essentiel à une vie de couple, puisque Carla n'a pas révélé la vérité sur sa stérilité, privant François d'un enfant naturel. Ne pas avoir prévenu François qu'elle était transsexuelle, n'est-ce pas lui avoir privé de son choix ?

Une femme, qu'elle le soit biologiquement ou non, doit pouvoir exister et s'exprimer pour sûr, mais se présenter sur le même plan à une partie de la société ne partageant pas les mêmes convictions c'est moins sûr. Ce qui est néanmoins certain et optimiste, c'est que l'amour triomphant, on espère que tout un chacun pourrait surmonter cette « difficulté » pour certains, ce « gouffre » pour d'autres, pour François du moins.



Méliana

ELGYDIUM Fix

CRÈME FIXATIVE POUR PROTHÈSES DENTAIRES

1 grand huit
2 intrépides
0 stress pour leurs sourires



✓ **Fixation toute la journée** ✓ **Adhérence rapide**

ELGYDIUM, complice de chaque sourire.

Elgydium Fix Fixation forte et Elgydium Fix Fixation Extra Forte, dispositifs médicaux, sont des crèmes fixatives pour prothèses dentaires. Lire attentivement les instructions figurant dans les notices. Demandez conseil à votre pharmacien ou chirurgien-dentiste. Dispositifs médicaux de classe I. Non remboursés par les organismes d'assurance maladie. Distributeur : Pierre Fabre Médicament. Janvier 2022 - [254844].

Pierre Fabre
ORAL CARE

Devenir propriétaire de SCPI

pour se constituer un patrimoine immobilier et des revenus complémentaires

L'immobilier de rendement est un actif, qui permet de se constituer un patrimoine pour se générer des revenus complémentaires. Bien souvent la gestion d'un bien immobilier peut être lourde : changement de locataires, travaux importants, loyers impayés... Pour contourner cette problématique, je conseille très souvent à mes clients l'achat de SCPI. Cet actif immobilier offre en effet une gestion plus simple pour l'investisseur qu'un bien immobilier classique.

La SCPI (société civile de placement immobilier) est un organisme de placement collectif qui a pour objet exclusif l'acquisition et la gestion d'un patrimoine immobilier locatif (immobilier d'entreprise, immobilier d'habitation...). C'est un placement spécifique, plus communément appelé *pierre papier*.

Une SCPI peut se composer de plusieurs catégories de biens immobiliers, provenant de secteurs d'activité (commerces, bureaux, habitation) et/ou géographiques (Paris, région parisienne, province, étranger) divers.

Le fonctionnement d'une SCPI se caractérise par l'acquisition de biens, qui sont mis en location et distribuent des revenus fonciers nets de charges, aux détenteurs des parts de la société.

Ce placement regroupe de nombreux atouts. Une SCPI est composée de différents biens immobiliers et permet de mutualiser les risques. Cette diversification aboutit à une sensibilité moins importante aux fluctuations du marché local susceptibles d'affecter un bien.

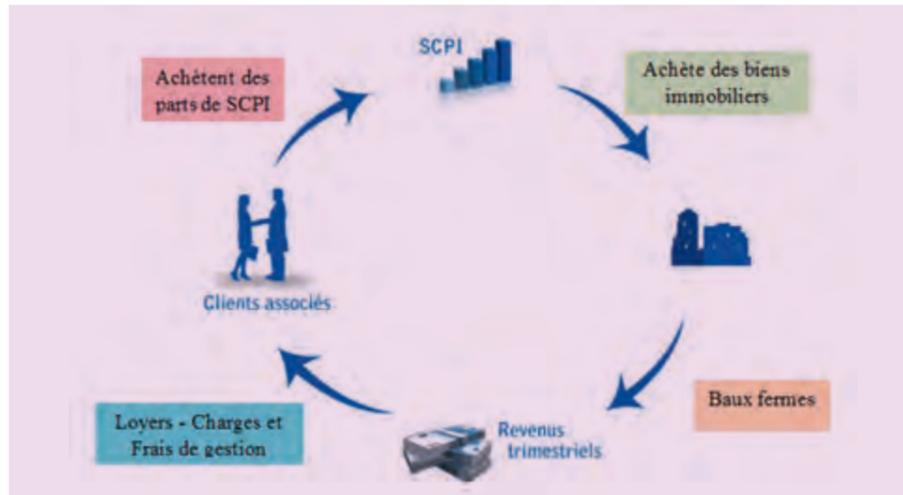
Il existe sur le marché de nombreux gestionnaires et des SCPI différentes. Le point fort de ce placement est de pouvoir diversifier ses investissements en souscrivant plusieurs types de SCPI : spécialisés dans la santé, les bureaux, les commerces, les entrepôts, en province, en région parisienne ou encore en Europe.

L'investisseur peut adapter son investissement à son budget et développer son patrimoine. Vous pouvez ainsi investir 20 000 € comme 200 000 € voir beaucoup plus.

La gestion est réalisée par des **professionnels agréés** par l'Autorité des Marchés Financiers (AMF) : ils s'occupent de trouver des locataires, de gérer les questions financières (besoins de trésorerie, financement de travaux...). L'agrément de l'AMF permet un contrôle du professionnalisme de ces sociétés (garanties suffisantes, sécurité des opérations, moyens financiers déployés).

L'acquisition de ce type de bien **s'adapte à vos objectifs** : revenus complémentaires, optimisation de votre succession... Il est en effet possible d'acheter des parts de SCPI en direct à crédit ou sans crédit, mais aussi via votre contrat d'assurance vie ou encore une SCI. Pour choisir le meilleur support, il est important de se faire conseiller et de prendre en compte votre situation familiale et professionnelle.

Le **rendement** d'une SCPI est souvent **attractif** entre 4 % et 6 % bruts de fiscalité, soit pour un investissement de 100 000 € un revenu entre 4000 € et



6000 € bruts par an. Mais attention les revenus de ce type de placements ne sont pas garantis et les performances du passé* ne préjugent pas des performances du futur. Comme tout placement immobilier, il s'agit d'un investissement long terme, il est donc souvent recommandé une durée de placement de 10 ans.

Anne-Charlotte THEVES
Associée Patrimium
Groupe Cabinet de
Gestion de Patrimoine



Zirconia
Implant System



Une nouvelle
façon de penser



Une nouvelle **flexibilité**



Une nouvelle **stabilité**



Une nouvelle **esthétique**



NEODENT
A Straumann Group Brand

Dispositifs médicaux pour soins dentaires réservés aux professionnels de santé. Classes I, IIa et IIb. TÜV Süd CE0123. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions qui accompagnent ce dispositif médical. Produits non remboursés par les organismes de santé.

PATRIMUM PARIS
1 rue de la Faisanderie
75116 Paris
Port. 06 83 67 72 78
E-mail : anne.charlotte@patrimium.fr
Site web : www.patrimium.fr



Et si on nous montrait la vraie vie ?

Avez-vous déjà assisté à un cours, un exposé, où le conférencier vous détaille avec humilité sa dernière chirurgie complètement ratée, ou son endo catastrophique ? Non non ! C'est toujours réalisé avec brio, avec des résultats magnifiques, sans aucun incident notable au cours des soins.

Ou ils sont tous incroyablement bons, et nous autres pauvres étudiants exceptionnellement mauvais, ... ou il y a un loup quelque part !

Nous, notre quotidien au centre de soins, c'est la tronculaire qui ne fonctionne pas, c'est la langue que l'on blesse avec la turbine, ce sont ces fichus 5 mm apicaux du canal qui refusent obstinément toute intrusion, c'est cette céramique sur l'incisive centrale qui a décidé de la jouer solo sans aucune considération pour ses voisines...

On apprend de ses erreurs dit le dicton. Mais si on apprenait aussi des erreurs des autres ? Imaginez l'énorme bénéfice que

l'on tirerait d'une conférence où l'on nous montrerait la vraie vie, avec ses difficultés et ses échecs.

Vous voyez ! Voilà exactement ce qu'il ne faut pas faire est tellement plus riche d'enseignements.

Bien sûr, pour pouvoir réaliser qu'un traitement n'est pas satisfaisant, encore faut-il savoir ce qu'est un traitement satisfaisant. Nos professeurs sont là pour nous guider

vers la lumière, mais si certains d'entre eux nous apprennent aussi à nous éloigner de l'obscurité ?



Roman Licha et David Naccache
6^e année

Selfies AO



Sophie Dallem

Prothésiste, labo HD

Votre dîner idéal réunirait...
Prince, Woody Allen et Marilyn Monroe, sur mon canapé à discuter et avec du bon vin... improbable

Vos trois films incontournables...
Devine qui vient dîner (S. Kramer), Whiplash (D. Chazelle), Le grand bleu (L. Besson)

Vos livres fétiches...
L'amant (Marguerite Duras), Latitude zéro (Mike Horn), Le garçon au pyjama rayé (John Boyne)

Une chanson de votre vie...
Purple Rain (Prince)

Votre insulte favorite...
Va marcher sur des legos !!!

Votre madeleine de Proust culinaire...
Le pot au feu de ma Mamy... juste en respirant son odeur dans la maison, ça sent tout son amour pour les gens qu'elle aime

Un héros... Ma mamy

Salé ou sucré ?
Les deux... ça se voit je crois que je suis gourmande

Une passion, un hobby ?
Les fleurs, mon jardin, mon chien

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sportive évidemment... championne du monde de Netflix !

Vos vacances de rêve...
Peu importe la destination, du calme, de la sérénité et découvrir des gens et des cultures

Accroc au net ou pas ?
Oui pour le pro mais je me soigne !

Votre dernier coup de foudre...
Pour mon métier... déjà 20 ans d'amour inconditionnel

Dans une autre vie, vous seriez... La même

Une adresse à recommander...
Pas une adresse en particulier, mais ma merveille ville de Metz à découvrir de toute urgence pour ceux qui ne connaissent pas l'Est de la France, tellement de choses sympathiques à faire et à voir



Vianney Descroix

Doyen de l'Université de Paris

Votre dîner idéal réunirait...
Des amis qui savent à quel point je n'aime pas les dîners

Vos trois films incontournables...
Les tontons flingueurs (G. Lautner), Les Ripoux (C. Zidi), La leçon de piano (J. Campion)

Vos livres fétiches...
L'étranger (Camus), Belle du Seigneur (Cohen), De l'inconvénient d'être né (Cioran)

Une chanson de votre vie...
Ma fille, Serge Reggiani

Votre insulte favorite...
Quel sot ! (Qu'on peut décliner en quelle sottise)

Votre madeleine de Proust culinaire...
Le poulet frites (frites maison)

Un héros... Jean Jaurès

Salé ou sucré ?
Salé et sucré

Une passion, un hobby ?
Les livres

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
La course à pied, une addiction

Vos vacances de rêve...
Du soleil, du silence, des livres

Accroc au net ou pas ?
Pour le travail et pour Twitter

Votre dernier coup de foudre...
Le dernier roman de Jón Kalman Stefánsson
Ton absence n'est que ténèbres

Dans une autre vie, vous seriez... Juge pour enfants

Une adresse à recommander...
Le Chardenoux, 1 rue Jules Vallès, 75011 Paris



Yves Soyer

Orthodontiste

Votre dîner idéal réunirait...
L'ensemble de ma famille avec les 4 générations

Vos trois films incontournables...
Out of Africa (S. Pollack), Tess (R. Polanski), La grande vadrouille (G. Oury)

Vos livres fétiches...
Guerre et Paix (Tolstoï), Le Petit Prince (St Ex), Les raisins de la colère (Steinbeck)

Une chanson de votre vie...
Let it be (Beatles)

Votre insulte favorite...
(Joker)

Votre madeleine de Proust culinaire...
Chamonix (LU)

Un héros... Mon Père

Salé ou sucré ?
Sucré

Une passion, un hobby ?
Le saxophone

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Canapé

Vos vacances de rêve...
Au calme sur un voilier avec ma famille

Accroc au net ou pas ?
J'avoue OUI

Votre dernier coup de foudre...
21 décembre 1992

Dans une autre vie, vous seriez... Aviateur

Une adresse à recommander...
Hacienda San Angel à Puerto Vallarta (Mexique)



Le monde tel qu'il est

La part des **18-24 ans** sans emploi et ne poursuivant pas d'études est de 5 % aux Pays-Bas, 15 % en France et 26 % en Italie.

Estimation du nombre d'**ogives nucléaires** en mai 2018 : 6 850 en Russie, 6 450 aux Etats-Unis, 300 en France et 270 en Chine.

1 **pont** sur 3 en France est à réparer, dont 7 % présentent un risque d'effondrement.

En 15 ans, la consommation mondiale de **vêtements** a été multipliée par 2.

Sur les 266 **papes**, 221 étaient Italiens, 16 étaient Français.

Nombre de **lits touristiques** : 5,1 millions en France, 4,9 millions en Italie et 3,5 en Espagne.

57 % de la population chinoise utilise **Internet** et 98 % via leur mobile.

23 % des Français savent jouer d'un **instrument de musique**. Ils étaient 27 % il y a 20 ans.

Israël compte 362 start-up dans l'**intelligence artificielle**, la France, 109.

Aux Etats-Unis, 10 % des **jeunes diplômés** créent leur entreprise. En France, c'est 3.3 %.

SI SIMPLE QUAND ON A TOUTES LES OPTIONS.

Dispositifs médicaux pour soins dentaires, réservés aux professionnels de santé, non remboursés par les organismes d'assurance maladie, au titre de la LPP. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. **Implant C1** Indications : Implant pour soins dentaires, réservé aux professionnels de santé. classe/organisme certificateur : IIa et IIb/CE0483 Fabricant : MIS Implants Technologies Ltd. Rev 03/2021



mis[®] | **C1**

UNE CONNEXION CONIQUE POUR UNE MAJORITÉ DE CAS CLINIQUES ET DE PROTOCOLES DE MISE EN CHARGE. MAKE IT SIMPLE*.

Le système d'implant C1 permet, grâce à son design, d'offrir une stabilité initiale et une combinaison optimale d'avantages chirurgicaux et de restauration. Chaque implant C1 est livré avec un foret final à usage unique afin d'assurer une procédure chirurgicale plus sûre et plus précise.

*Faites-le simplement

Veasy

LE LOGICIEL

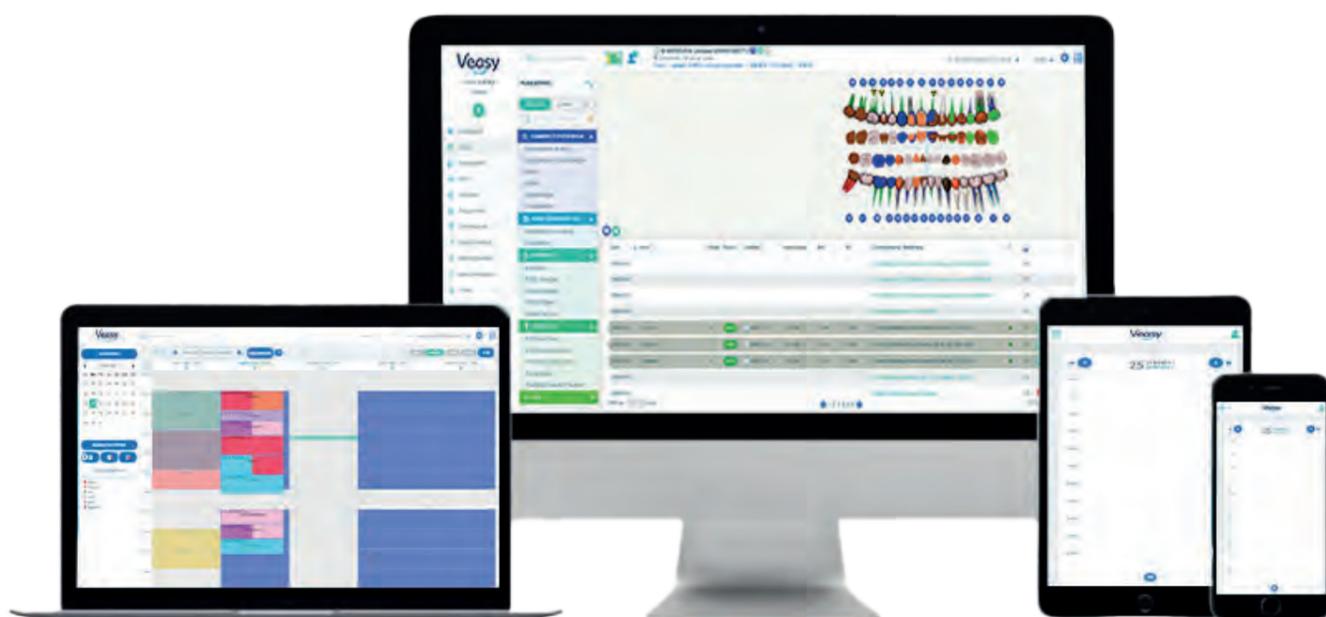
N°1 DE

GESTION CLOUD POUR CABINETS DENTAIRES & CENTRES DE SANTÉ

100%
CLOUD



**AMÉLIOREZ VOTRE QUOTIDIEN ET SIMPLIFIEZ LA VIE
DE VOS PATIENTS AVEC VEASY LE LOGICIEL NOUVELLE GÉNÉRATION**



ILS ONT CHOISI VEASY !

Des
MILLIERS
de praticiens



Plus de
400
centres de santé den-
taires & médicaux

Les plus
GRANDS ACTEURS
de la Santé en
France



FLASHEZ-MOI



**VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS ?
RENDEZ-VOUS SUR
WWW.VEASY-SOLUTION.COM
OU APPELEZ-NOUS
01 49 46 58 00**