

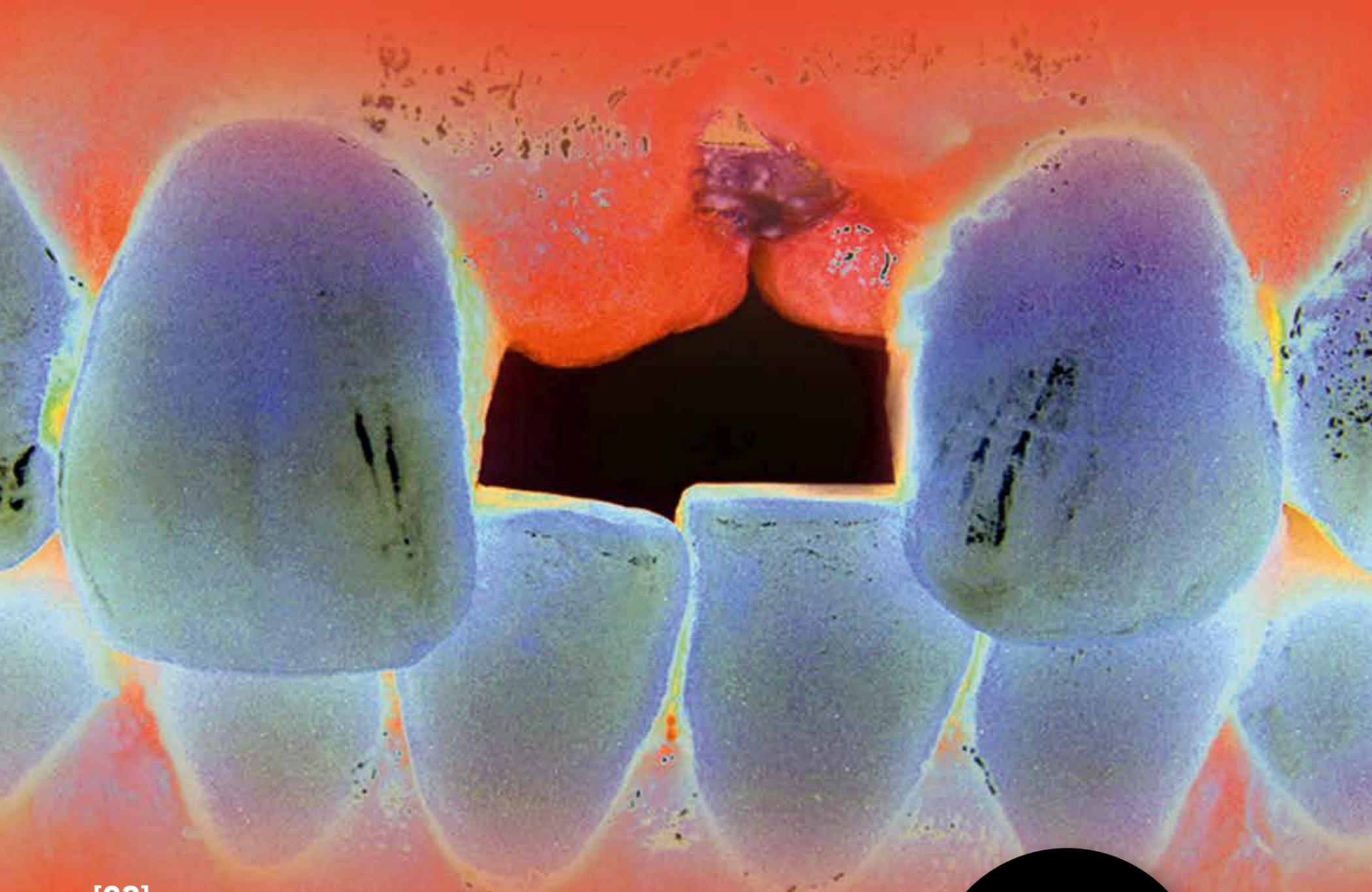
aonews-lemag.fr

AO
NEWS

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

[6]

**L'incisive
c'est
central !**



[23]

**Anne Claisse-Crinquette :
une femme à la tête de l'Académie**

[25]

**À la veille des Entretiens de Garancière :
rencontre avec le P^r Bernard Picard**

[31]

Les 7 étapes de la progression

*Bonne
rentrée*

#044

SEPTEMBRE 2021

Alpha Omega news

LE MAG DENTAIRE
QUI NOUS RASSEMBLE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Jacques Bessade : dr.j@bessade.fr

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION

André Sebbag : asebbag@wanadoo.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, Patrick Chelala, Odile Chemla Guedj, Nathalie Cot, Cyril Licha, Roman Licha, David Naccache, Philippe Pirnay, Jean Pierre Salomon

CORRESPONDANTS AO

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



- MICHÈLE ALBOU
- FRANCK BELLAICHE
- JACQUES BESSADE
- FRÉDÉRIC CHICHE
- JULIEN HAMON
- JULIEN LAMBERT
- PATRICK LIMBOUR
- CYRIL LICHA
- ROMAN LICHA
- PATRICK MISSIKA
- PIERRE MSIKA
- DAVID NACCACHE
- MATHILDE NATU
- PHILIPPE RUSSE
- RENÉ SERFATY
- ROMANE TOUATI
- CORINNE TOUBOUL
- CLAUDE-BERNARD WIERZBA
- SERGE ZAGURY
- PASCAL ZYMAN



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)



A-dec, Solutions innovantes

Hygiène, Ergonomie, Organisation...

Découvrez nos innovations exclusives pour votre sécurité et votre confort.



Siège praticien
(a-dec 521)

Tabouret assistante
(a-dec 522)



Tablette assistante
(a-dec 545 - 12 o'clock)

Concept "3ème main"
Une solution mains libres pour la capture d'aérosols extra-buccaux

ICX Renew
Traitement simple et efficace du circuit d'eau de votre unit.



a dec
reliablecreativesolutions™
www.a-dec.fr ou par téléphone au 0148133738



Le 24 juin dernier, comme une révolution de palais, s'est déroulé la nouvelle élection du président national de l'Ordre. Avec elle, un renouvellement pour moitié des 15 nouveaux conseillers nationaux : cerise sur le gâteau, la parité totale fait son entrée sous les lambris du conseil. Son président, Philippe Pommarede, se veut un homme d'équipe qui connaît bien ses dossiers.

Il distingue d'emblée l'action ordinaire de l'action syndicale : chacun ses prérogatives et *les vaches seront bien gardées*. Son parcours professionnel de praticien libéral doublé d'une bonne pratique de l'expertise judiciaire et en assurance, en font un profil original. Il s'inscrit dans les pas de son prédécesseur Serge Fournier.

Mais qui dit nouvelle équipe, dit nouveaux chantiers, comme :

- celui des contrats de collaborateurs multiples ;
- celui des déserts médicaux... et la création de nouvelles UFR d'odontologie, dont celle de Tours ;
- celui des centres dentaires « non vertueux » en projetant de réformer la loi ;
- celui de la formation continue, véritable serpent de mer ;
- celui de la formation d'assistants dentaires de niveau 2 ;
- et puis également le statut de chirurgien-dentiste consultant...

La liste est longue. Une volonté réformatrice indéniable d'un confrère qui a gravité les échelons ordinaires patiemment et qui place l'équité comme phare de son action. Affaires à suivre.

Le ciel de cet été n'était pas à la hauteur de nos attentes : tantôt trop chaud, tantôt pluvieux. Dans notre pays de cocagne, aucun sujet est consensuel. Controverses et polémiques sont notre quotidien.

Avec le vaccin et son pass sanitaire la contestation reprend et la rue gronde de nouveau. Est-ce de bon augure avec un variant si contagieux ? La vague qui s'annonce doit être contenue, avec des protocoles maintenant si bien maîtrisés.

Du 22 au 24 septembre, les Entretiens de Garancière seront de retour. Avec un programme très alléchant, qui renoue avec la tradition : démonstrations cliniques et convivialité.

Le professeur Bernard Picard, président de l'AUOG, dans l'entretien accordé, nous confirme que toutes les précautions de sécurité sanitaires seront respectées. Quant à nous, le 30 septembre, nous organiserons trois séances de travaux pratiques au Pavillon Presbourg. Elles répondent à nos attentes : sur les techniques endodontiques, ou implantaires ainsi que sur la mise en main des flux numériques.

Retrouver une vie normale malgré l'adversité virale sera le leitmotiv du dernier trimestre de 2021. Avec l'impatience de nous retrouver à l'ADF et vaccinés pour une troisième dose. Nous sommes assurés que l'humanité a su surmonter tant de défis, en s'adaptant. Mais gardons à l'esprit, que pour vivre ensemble, il faudra accepter que *la liberté, c'est le choix des contraintes*.

André Sebbag

ERRATUM : C'est bien Laurent Corcos et non David Corcos le co-responsable du DU d'Evry. Toutes nos excuses cher Laurent.

Pour joindre nos partenaires

ADF page 23

www.adfcongres.com

Airel dossier scientifique

Tél. 01 48 82 22 22 • www.airel.com • office@airel.com

CGM Compu Group Medical page 28

Tél. 01 84 80 23 53 • www.cgm.com/fr

Dentalhitec page 12

Tél. 02 41 56 41 91 • mail@dentalhitec.com

Dentsply Sirona page 19

www.corporate.dentsplysirona.com

Dexter page 15

Tél. 01 34 34 38 10 • www.dexter.fr

Durr Dental page 27

Tél. 01 55 69 11 50 • info@durr.fr

Eurotec face édito

Tél. 01 48 13 37 38 • www.eurotec-dental.fr

Ivoclar Vivadent page 30

Tél. 04 50 88 64 00 • www.ivoclarvivadent.fr

Julie Software 4^e de couverture

Tél. 01 60 93 73 70 • www.julie.fr

Kuraray page 24

Tél. 01 56 45 12 51 • dental-fr@kuraray.eu

Melag France 3^e de couverture

Tél. 01 30 76 03 00 • info@melagfrance.fr

Nobelbiocare page 8

www.nobelbiocare.com/n1

Pierre Fabre Oral Care page 29

Tél. 05 63 51 68 00

Planmeca page 31

Tél. 02 51 83 64 68 • planmeca.france@planmeca.fr

Septodont page 11

Tél. 01 49 76 70 02 • www.septodont.fr

Sunstar page 26

Tél. 01 41 06 64 64 • contact@fr.sunstar.com

Vita page 16

www.vita-zahnfabrik.com

Zenith Dental Formation page 32

Tél. 01 34 42 11 33 • info@zenith-group.fr

C'EST NOUVEAU !

- 5 Philippe Véran, Chevalier de la Légion d'Honneur
- 5 Une innovation A-dec dans la protection de la contamination
- 5 Un nouveau comité directeur pour le Comident
- 5 La membrane Symbios® BoneShield® de DentsplySirona



SCIENTIFIQUE : L'incisive c'est central !

- 7 La technique de mise en place immédiate des implants est-elle une procédure intéressante pour l'incisive centrale du maxillaire ? Patrick Missika
- 10 Le concept de chirurgie globale : Extraction Implantation Immédiate (EII) en un temps chirurgical associée à une régénération osseuse guidée (ROG). Cas clinique, Frédéric Chiche
- 12 Protocole chirurgical d'une extraction – implantation, mise en cosmétique immédiate : cas d'une incisive centrale. Patrick Limbour & coll.
- 14 Comment gérer le remplacement d'une centrale maxillaire sur 18 mois sans incidence esthétique sur l'apparence d'une patiente. Cas clinique, Jacques Bessade
- 15 Empreinte et profil d'émergence individualisé. Cas clinique, Corinne Touboul
- 16 Le défi du choix de la couleur d'une incisive centrale unitaire, Pascal Zyman
- 18 Suivi d'une incisive centrale sur 30 ans. Cas clinique, Philippe Russe



AO NOW

- 20 Thierry Degorce à AO Paris le 24 juin dernier
- 22 Claude Bernard Wierzba rend hommage à Roger Pleskoff
- 22 Un message de René Serfaty



LE MAG

- 23 L'interview... Anne Claisse Crinquette, nouvelle présidente de l'Académie
- 25 À la veille des EG, rencontre avec Bernard Picard
- 27 Entendu pour vous, David Gerdolle au Studio Dentaire
- 29 Resto news, les biomat à l'honneur
- 30 Une 1^{re} exposition réussie pour Joël Itic
- 21 Booster mind
- 34 Selfies avec Pierre Msika, Serge Zagury, Pascal Zyman
- 34 Billet d'humeur étudiant
- 34 Le monde tel qu'il est





BIOTEC DENTAL

Philippe Véran, Chevalier de la Légion d'Honneur

C'est avec une réelle fierté que le Groupe Biotech Dental annonce la remise des insignes de Chevalier de la Légion d'Honneur à son PDG, Philippe Veran, le 9 juillet dernier.

Cette haute distinction récompense le total engagement dont il fait preuve depuis de très nombreuses années, non seulement comme fondateur et dirigeant du Groupe, qu'il fait désormais rayonner au niveau international, mais également, dans son mandat d' élu, comme acteur incontournable du développement économique et social de Salon-de-Provence.

Entrepreneur audacieux, leader, mentor, visionnaire, très attaché aux valeurs du travail et de la famille, il porte encore une fois, haut et loin les couleurs de son entreprise. Cette reconnaissance est le fruit d'un travail exemplaire et d'un investissement sans faille, dont ses proches, collaborateurs et employés s'inspirent quotidiennement.

La cérémonie s'est tenue dans la cour du château de l'Emperi (Salon-de-Provence), et la récompense lui fut symboliquement remise par Jean-Pierre Veran, son père, lui-même Chevalier de la Légion d'Honneur, en présence de l'ancien ministre de l'économie Arnaud Montebourg.

Pour Philippe Veran, ce fut surtout l'occasion de souligner l'engagement à ses côtés de ses proches et de ses équipes, ceux qu'il aime appeler la *Biotech Dental Family* et avec lesquels il a partagé cet honneur : *Je suis fier que cette récompense vienne honorer, à travers moi, le groupe que nous sommes. Je suis fier que nos efforts rayonnent à l'international depuis notre belle ville de Salon-de-Provence et que nous soyons devenus des acteurs majeurs de notre filière. Aussi loin que je me souviens, j'ai toujours entrepris pour me mettre au service de nos clients, de notre ville, Salon de Provence, de notre région, La Provence, et*

enfin de notre pays. Aujourd'hui notre engagement commun est reconnu, et je tenais personnellement à vous remercier de m'accompagner quotidiennement dans cette aventure. Et lorsque, fièrement je porterai cette récompense, je me rappellerai notre force, de ce que nous avons accompli ensemble.

Félicitations !



A-dec innove dans la protection de la contamination

Dans le cadre de son programme de développement de produits « **A-dec 360 Prevention** », A-dec présente son nouveau dispositif de réduction des aérosols et d'aide ergonomique à destination des utilisateurs des équipements A-dec.

Ce nouveau concept très simple agit comme une 3^e main en permettant au praticien de placer la canule d'aspiration chirurgicale à proximité immédiate de la cavité buccale et de capter les aérosols indésirables projetés hors de la bouche du patient.

Il en résulte une réduction importante des nébulis et une réduction de la contamination des surfaces du cabinet, particulièrement sensible en cette période de pandémie.

Totalement ambidextre et orientable, le bras articulé supporte la canule d'aspiration proche de la bouche du patient, permet aussi au praticien de réduire les gestes inutiles et supprime l'obligation systématique de repositionner la canule sur le support d'aspiration.

Pouvant être installé sur un nouvel équipement ou sur tout équipement A-dec existant, ce dispositif est un **vrai produit A-dec : robuste et fiable – simple et intuitif – efficace et ergonomique.**

À découvrir chez votre revendeur A-dec.



EUROTEC

Membrane titane Symbios® BoneShield®

Protéger la cicatrisation osseuse

DENTSPLY SIRONA

Dentsply Sirona est ravi de vous annoncer que la membrane titane Symbios® BoneShield® fait de nouveau partie de son **portefolio de solutions de régénération osseuse**. Elle est reconnue pour offrir une stabilité mécanique élevée (1) tout en permettant la diffusion de substances nutritives et d'oxygène grâce à une structure microporeuse unique (2). Sa surface de titane lisse permet de réduire l'adhérence de la plaque dentaire (2,3) et son épaisseur de seulement 20 µm lui confère une flexibilité sans pour autant perdre en stabilité mécanique. Toutes ces caractéristiques rendent la membrane particulièrement adaptée aux procédures telles que le soulèvement de sinus, l'augmentation latérale ou encore les reconstructions de défauts osseux importants (1,2).

(1) Pinho, M. N. et al., Titanium membranes in prevention of alveolar collapse after tooth extraction. *Implant Dent.* 2006
 (2) Schopper, C. et al., Long term results after guided bone regeneration with resorbable and microporous titanium membranes. *J. Oral Maxillofac Surg Clin NA*, 2001, 30 (3); p. 157-161
 (3) Arpak, M.N, Alkan and I. Nergiz, A case of localized ridge augmentation from using a titanium membrane : a pilot study. *Journal of Oral Science*, 2000. 42 (3) : p.133-138

Symbios®BoneShield®. Indications : membrane en titane destinée à la reconstruction tridimensionnelle des défauts de l'os alvéolaire et faciliter l'augmentation avec une fixation adéquate du matériau d'augmentation. Classe/organisme certificateur : III/CE0123. Fabricant : Dentsply Implants Manufacturing GmbH – Rev 06/21



Élection du nouveau Comité Directeur du COMIDENT

COMIDENT

Lors de leur Assemblée Générale qui s'est tenue le jeudi 17 juin, les adhérents du COMIDENT, qui rassemble fabricants et distributeurs d'équipement, produits et nouvelles technologies dentaires, ont élu leurs administrateurs, membres du Comité Directeur (CoDIR).

LE COMITÉ DIRECTEUR :

- Christophe Berton (*W&H France*)
- Erick Chiche (*3M Oral Care France*)
- Laurent Chometon (*Gacé*)
- Pauline Cros-Mayrevieille (*Ivoclar/Vivadent*)
- Pierre Detours (*Henry Schein France*)
- Tamara Fayolle (*Bisico*)
- David Gourdy (*Omnium Dentaire*)
- Thierry Khayat (*Septodont*)
- Olivier Lafarge (*Dentsply Sirona*)
- Pierre-Yves Le Maout (*Laboratoires Pred*)
- Arnaud Pemzec (*Komet*)
- Lucie Rouleau (*Airel Quetin*)

PRÉSIDENT : Pierre-Yves Le Maout

VICE-PRÉSIDENT : Olivier Lafarge

TRÉSORIER : David Gourdy

Lors de l'Assemblée Générale, les sociétés adhérentes ont validé la proposition du précédent CoDIR de nommer **Henri Rochet**, ayant assumé 7 années à la tête du COMIDENT, premier Président d'Honneur de l'organisation professionnelle.

Rappelons que le COMIDENT est une organisation professionnelle des entreprises de la santé bucco-dentaire, qui rassemble plus de 150 fabricants et distributeurs d'équipements, produits et nouvelles technologies dentaires en France (5 700 emplois), essentiels à l'activité des 42 000 chirurgiens-dentistes et des 18 000 prothésistes dentaires. Fortement investies dans la R&D, ces entreprises appuient la mutation des parcours de soins et le renouvellement des approches médicales des professionnels de santé.

À propos

L'incisive centrale : le défi !

S'il est un défi ultime en implantologie chirurgicale et prothétique, c'est bien celui de l'incisive centrale maxillaire. Au-delà de sa situation esthétique privilégiée et de sa symbolique, il faut prendre en considération son contexte muco-gingival et osseux. Puisque le diable se cache dans les détails, il faudra prendre garde à tous ces paramètres qui vont, inévitablement, influencer le résultat final. Et même une fois ce résultat satisfaisant obtenu, l'histoire va continuer, car, sur ce sujet, la plus grande modestie s'impose puisque, comme nous le verrons, la stabilité de ce résultat ne va pas de soi.

Bref, c'est la complexité clinique ultime.

7 cliniciens d'expérience vous proposent un angle de vue particulier centré sur cette dent. Nous avons volontairement privilégié l'image au texte. Qu'il s'agisse de gestion des pertes osseuses, de temporisation esthétique, de préservation alvéolaire, de choix des teintes, de stratégie chirurgicale ou de défi esthétique, le panorama des situations proposées est très large et couvre l'essentiel des points clé concernant la gestion du remplacement de l'incisive centrale.

J'adresse mes remerciements à nos brillants auteurs pour leur passionnante collaboration à ce numéro de rentrée.

Bonne lecture, et bonne rentrée



Jacques Bessade

**PE9,
le fauteuil
universel**

Nouvelle ergonomie.
Plus polyvalent.
Ambidextre.

**GRUPE
Airel Quetin**

FABRIQUÉ EN FRANCE

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

Dossier coordonné par Jacques Bessade

- Implantologie exclusive, Paris
- Expert près la Cour d'appel de Paris

Frédéric Chiche

- Pratique privée, Paris
- Attaché d'enseignement
- D.U. d'Implantologie, Paris 7

Julien Hamon

- Service de chirurgie orale, Centre de soins dentaires, CHU Pontchaillou, Rennes

Julien Lambert

- Laboratoire de prothèse dentaire, Centre de soins dentaires, CHU Pontchaillou, Rennes

Patrick Limbour

- Service de chirurgie orale, Centre de soins dentaires, CHU Pontchaillou, Rennes

Patrick Missika

- Maître de conférences des Universités
- Chairman France de la Pierre Fauchard Academy
- Expert près de la Cour d'Appel de Paris
- Expert national agréé par la Cour de Cassation
- Professeur associé, Tufts University Boston (EU)
- Président du CNEJOS

Mathilde Natu

- Service de chirurgie orale, Centre de soins dentaires, CHU Pontchaillou, Rennes

Corinne Touboul

- Implantologie exclusive, Paris
- Expert judiciaire près la cour d'appel de Paris

Pascal Zyman

- Pratique privée, Paris
- Président de la Société Française de Dentisterie Esthétique
- Secrétaire Général de L'Académie Européenne de Dentisterie Esthétique

La technique de mise en place immédiate des implants est-elle une procédure intéressante pour l'incisive centrale du maxillaire? #1

Patrick Missika
Paris



Introduction

Le remplacement d'une incisive centrale du maxillaire est l'un des traitements les plus complexes en dentisterie et en implantologie, en raison de la résorption physiologique consécutive à l'extraction, et de la difficulté prothétique pour retrouver une forme et une teinte similaire à l'incisive collatérale, et également pour conserver les papilles lorsque le traitement concerne les deux incisives. Pour prévenir ce processus de résorption, le protocole d'extraction implantation immédiate a été proposé et recommandé (Hämmerle CH, 2004) (3). Cependant, plusieurs études ne valident pas cette hypothèse et montrent que la mise en place immédiate d'un implant ne prévenait pas la résorption osseuse. D'après la revue de littérature de Vignoletti (9), il y a un manque de preuves à long terme sur l'impact de ce protocole sur la préservation des tissus péri-implantaires. La perte osseuse post-extractionnelle serait un processus biologique inévitable (Vignoletti F, 2014).

Après 4 mois de cicatrisation à la suite d'une EI, Botticelli enregistre une résorption horizontale d'environ 50 % au niveau vestibulaire et de 30 % au niveau lingual (Botticelli D, 2004) (10). Néanmoins, une procédure d'EI se révèle intéressante du fait de son remodelage osseux moins important par rapport à une implantation différée (Covani U, 2004) (11). Par ailleurs, les taux de survie retrouvés sont supérieurs à 95 % et les résultats cliniques à court terme sont comparables voire supérieurs pour une implantation immédiate par rapport à une implantation en site cicatrisé (Chen ST, 2004 ; Chen ST et Buser D, 2009) (12,13).

La mise en place immédiate d'implants après extraction est une technique parfaitement codifiée qui donne d'excellents résultats (14). Cette option thérapeutique est particulièrement indiquée après un traumatisme, en présence de fêlures ou de fractures radiculaires lorsque le traitement conservateur est impossible (16,17). Cette technique a été décrite depuis 1975, avec l'apparition des racines en carbone vitrifié, technique mise au point et publiée par Grenoble et Voss, (Université de Californie du Sud USC). La technique a ensuite évolué en utilisant les implants vissés en titane avec comme objectif de chercher un ancrage palatin, donc d'incliner fortement l'axe de l'implant dont le bord vestibulaire se retrouvait au contact de la table osseuse vestibulaire. La technique impliquait de placer cet implant en nourrice pour respecter les recommandations de Branemark sur les implants enfouis. Il faut rappeler que lors des premières publications, l'équipe Suédoise recommandait strictement la mise en place des implants dans des sites cicatrisés et contre indiquait la mise en place des implants immédiatement après extraction. Cette recommandation s'est avérée être erronée. Il est donc nécessaire d'avoir un regard critique lorsque les résultats cliniques sont en contradiction avec les dogmes.

La technique actuelle

La mise en place immédiate d'implants après extraction est une technique parfaitement codifiée qui donne d'excellents résultats (1,4). Cette option thérapeutique est particulièrement indiquée après un traumatisme, en présence de fractures ou de fêlures radiculaires, lorsque le traitement conservateur est strictement impossible (15).

Cette technique semble entraîner une cicatrisation osseuse plus rapide qui pourrait s'expliquer par la vascularisation du site osseux provoquée par l'extraction, l'ouverture des espaces médullaires et le moindre échauffement de forage. Le résultat esthétique est exceptionnel dans la majorité des cas car l'implant est situé dans la position d'origine de la dent naturelle.

Elle apporte enfin un avantage psychologique par remplacement immédiat d'une dent non conservable, en n'allongeant pas inutilement la durée globale du traitement.

Si l'indication est bien posée, la simplicité de la technique de mise en place immédiate d'un implant dans un site d'extraction doit faire envisager cette éventualité face à chaque indication d'extraction en pratique quotidienne.

Les avantages très significatifs et les résultats positifs obtenus plaident en faveur de cette technique. La mise en place immédiate d'un implant après extraction, constitue une technique chirurgicale de pointe de chirurgie reconstructrice pour obtenir un environnement osseux et gingival favorable autour d'un implant stable avec un excellent pronostic (2). L'extraction qui représente l'acte chirurgical témoin de l'échec des traitements conservateurs, peut ainsi, grâce à cette technique, constituer un acte chirurgical positif de chirurgie reconstructrice dans des conditions de sécurité et de pronostic très satisfaisantes. Cette option thérapeutique de mise en place immédiate d'une racine artificielle compense généralement pour le patient concerné l'aspect psychologique négatif de l'extraction.

En préambule, il est évident que l'indication de cette technique doit être correctement posée (3). Elle concerne principalement les cas de fractures horizontale ou verticale des racines en absence de signes infectieux aigus, les rhizalyses terminales de dents lactéales et les résorptions pathologiques de dents permanentes. Elle est particulièrement indiquée après un traumatisme, lorsque le traitement conservateur est strictement impossible. On doit éviter les situations qui empêcheraient d'obtenir une stabilité primaire de l'implant.

L'extraction constitue l'étape la plus difficile de la technique car l'objectif est de conserver le maximum de volume osseux et de préserver impérativement la table osseuse vestibulaire.

Pour réaliser une chirurgie de sécurité, nous recommandons si le biotype parodontal le permet, de réaliser un lambeau d'accès qui permet de pratiquer l'extraction en surveillant l'intégrité de la table osseuse vestibulaire.

Il est évident que le recours à l'alvéolectomie constitue une contre-indication formelle de la mise en place immédiate de l'implant. L'absence totale de table osseuse vestibulaire constitue également une contre-indication formelle. Les élévateurs à lame souple de type Luxator® sont particulièrement efficaces pour réaliser l'exérèse de fragments radiculaires ou d'apex fracturés.

Un curetage minutieux de l'alvéole doit être réalisé à l'aide de curettes de Lucas avant d'entreprendre la séquence de forage. Le forage doit permettre l'insertion de l'implant en respectant l'intégrité de la table osseuse vestibulaire qui est le garant du succès esthétique de la restauration prothétique. Le premier forage est réalisé avec un foret de précision de 1 mm de diamètre avec un point de pénétration plus palatin que l'apex anatomique dans un axe parallèle au mur palatin de l'alvéole. En effet, le positionnement de l'implant doit se situer à distance de la table osseuse vestibulaire. C'est ce positionnement à distance de la table osseuse vestibulaire qui différencie la technique actuelle de pose des implants. On passe ensuite le foret pilote de 2 mm puis les forets de diamètre croissant. Il est impératif

de s'arrêter à un diamètre de forage inférieur au diamètre de l'implant sélectionné afin de favoriser sa rétention primaire et permettant le respect de la table osseuse vestibulaire et des racines des dents naturelles adjacentes.

Enfin il est vivement recommandé d'attendre que le site implantaire soit rempli de sang avant de commencer le vissage de l'implant. Ce vissage doit procurer une totale immobilité de l'implant. C'est la stabilité primaire de l'implant.

Il est judicieux de choisir un implant avec des spires assez marquées afin d'obtenir un excellent ancrage osseux.

L'implant peut être mis en place :

- soit à l'aide d'un tournevis manuel, cette option permet une sensation tactile de la résistance au vissage et de la densité de l'ancrage osseux et également de rectifier l'axe d'insertion de l'implant au cours du vissage ;
- soit à l'aide du contre angle et du moteur implantaire ;
- soit à l'aide de la clé dynamométrique.

Nous avons une préférence marquée pour la mise en place à l'aide du tournevis manuel qui permet de bien sentir la résistance au vissage et de contrôler l'axe d'insertion de l'implant.

Une fois l'implant mis en place, le praticien a le choix entre plusieurs options :

- visser la vis de couverture ;
- visser un pilier de cicatrisation ;
- mettre en place un pilier provisoire et une couronne provisoire scellée ;
- mettre en place une couronne provisoire transvisée pour une mise en charge immédiate ou mise en esthétique immédiate.

Dans ce cas la couronne provisoire doit impérativement être placée sans interférence avec l'arcade antagoniste tant en OIM que dans les mouvements latéraux ou de propulsion. On comble ensuite le hiatus vestibulaire entre l'implant et la table osseuse vestibulaire à l'aide d'un matériau de substitution osseux soit d'origine synthétique Collapat® ou Novabone®, soit d'origine bovine Bio Oss®, ou humaine Bio Bank® (5).

La littérature préconise de combler le hiatus lorsqu'il est supérieur à 2 mm. Pour notre part nous recommandons de combler le hiatus de façon systématique quelle que soit sa taille. Le matériau doit être compacté entre l'implant et la table osseuse à l'aide d'un fouloir.

L'instrument de compactage de Patrick Palacci (Denteo compactor®) est très bien conçu pour cette action car sa forme concave est adaptée à la morphologie de l'implant et de l'alvéole. On peut également placer du matériau de substitution osseux sur la face vestibulaire pour augmenter le volume antérieur. Il est possible d'ajouter une greffe de conjonctif enfoui pour améliorer l'environnement muco-gingival mais cette option n'est pas une obligation. Les tissus sont remis en place et suturés minutieusement.

Il se pose donc le problème du choix du matériau de comblement.

Différentes catégories de substituts osseux existent. Ils englobent une grande variété de matériaux et de sources (naturel ou synthétique). La plupart sont des composites, association de plusieurs matériaux, McKee (18).

Laurentin distingue dans sa classification basée sur les groupes de matériaux (19) :

- les allogreffes osseuses ;
- les substituts osseux à base de céramiques (phosphates de calcium, sulfates de calcium, bioverres) ;
- les substituts osseux à base de polymères résorbables et non résorbables ;
- les substituts osseux à base de facteurs de croissance naturels ou recombinés ;
- les substituts osseux à base de produits cellulaires avec ou sans matrice support (cellules-souches mésenchymateuses) ;

- les biomatériaux non conventionnels d'origine marine comme le corail.

Les greffes osseuses et leurs substituts peuvent être classés à partir de leur caractère ostéo-inducteur, ostéoconducteur ou ostéogénique :

- les agents ostéo-inducteurs sont en général des protéines stimulant la prolifération et/ou la différenciation de cellules-souches en cellules ostéogénitrices ;
- l'osteoconduction est le processus utilisant un treillis microscopique et macroscopique afin de générer la migration de cellules impliquées dans la formation osseuse (cellules mésenchymateuses, ostéoblastes, ostéoclastes...) : HA, matrices à base de collagène, phosphates ou sulfate de calcium, bioverres ;
- l'ostéogenèse se réfère en général à la formation osseuse sans indication sur l'origine cellulaire (issue de la greffe ou de l'hôte).

En fait, on constate que le choix du matériau est très souvent lié aux habitudes du praticien.

Certains matériaux comme le Bio Oss® ont fait l'objet de très nombreuses publications qui rassurent

les utilisateurs qui l'utilisent dans d'autres indications comme le sinus lift. Notre choix s'est porté depuis de très nombreuses années sur un matériau composite qui associe collagène et tri calcium phosphate (4). En effet, nous avons utilisé successivement les Calci resorb collagène (CRC®) qui est devenu le Resorbable Tissue Replacement (RTR cône)® puis le Matribone® et enfin plus récemment le Collapat®.

Le Collapat® est un biomatériau hybride de substitution osseuse,

hémostatique, composé de Collagène mixé à des particules d'hydroxyapatite, ce qui lui confère des propriétés d'ostéo-conduction, l'hydroxyapatite se résorbant lentement. Le collagène est d'origine bovine et se résorbe avec le temps pour disparaître totalement en quelques semaines. L'intérêt majeur de ce matériau Collapat® réside dans son caractère composite, très facile d'emploi et économique.

Il se présente sous forme d'un cube qu'il est très facile de découper au ciseau ou au bistouri. Sa consistance ressemble à celle de la guimauve et permet une insertion très facile dans le hiatus entre l'implant et l'os alvéolaire adjacent. Du fait de la présence de collagène, il adhère au site opératoire et reste en place après son insertion. Il est fondamental de laisser imbiber ce matériau par le sang du patient lors de son insertion. Ce point constitue l'élément clé du succès de cette technique.

On peut également mettre en place le matériau sur la face externe du site opératoire pour réaliser une légère augmentation du volume osseux sans avoir recours à une membrane complémentaire. Ceci dispense également d'avoir recours à une greffe de conjonctif enfoui, ce qui réduit donc le temps opératoire et évite un site de prélèvement palatin ou tubérositaire au patient et évite également des complications post-opératoires. L'avantage du matériau composite réside dans sa stabilité dans le site opératoire si l'on compare aux granulés qui ont tendance à s'échapper en particulier lors des bains de bouche post-opératoires ou lors de l'alimentation.

Conclusion

Cette technique EI permet un taux de succès supérieur à la technique classique de mise en place dans un site édenté cicatrisé. Les avantages de la mise en place immédiate d'un implant dans un site d'extraction sont très nombreux.

Cette technique chirurgicale permet en effet :
- de limiter la résorption post-extractionnelle, de disposer dans la majorité des cas du volume osseux nécessaire pour mettre en place un implant et d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant – surtout au niveau antérieur au maxillaire – en situant la zone cervicale

d'émergence de l'implant au même niveau que celle des dents adjacentes, évitant ainsi le syndrome de « dent longue » ;

- de mettre en place un implant dans une zone de faible volume osseux où la résorption prévisible de la crête après extraction et cicatrisation constituerait une contre-indication ;
- d'éviter le forage de la corticale osseuse qui est l'acte qui génère le plus de dégagement de chaleur ;
- de simplifier grandement la technique chirurgicale de mise en place puisque, après l'extraction, qui reste selon nous le point crucial, il ne reste qu'à calibrer la zone apicale de l'alvéole existant en disposant d'une aide précieuse sur la direction de forage ;
- d'augmenter la longueur utile de l'implant, sa surface de contact avec l'os, donc d'améliorer sa rétention et sa stabilité ;
- de placer l'implant dans une situation très proche de celle de la racine naturelle, ce qui constitue un avantage fonctionnel et esthétique ;

- de constituer une solution de choix dans le traitement de l'expulsion traumatique ou de rhizolyse terminale de dent lactéale avec agénésie de la dent permanente ;
- de conserver le plus souvent la gencive attachée qui existait autour de la dent naturelle ;
- de combiner la cicatrisation post-extractionnelle avec la phase de cicatrisation osseuse autour de l'implant (mise en nourrice), ce qui réduit de moitié le temps pendant lequel le patient doit porter une prothèse provisoire amovible.

Cette technique semble entraîner une cicatrisation osseuse plus rapide qui pourrait s'expliquer par la vascularisation provoquée par l'extraction, l'ouverture des espaces médullaires et le moindre échauffement de forage. Elle apporte enfin un avantage psychologique par remplacement immédiat d'une dent perdue, en n'allongeant pas inutilement la durée globale du traitement. Si l'indication est bien posée, la simplicité de la technique de mise en place immédiate d'un implant dans un site d'extraction doit faire envisager cette

éventualité face à une indication d'extraction en pratique quotidienne.

Les avantages que nous avons décrits et les résultats positifs obtenus plaident en faveur de cette technique. L'association systématique de mise en place d'un matériau de substitution osseux pour combler les hiatus péri-implantaires donne à cette technique chirurgicale une fiabilité et une reproductibilité exceptionnelles.

La mise en place immédiate d'un implant après extraction, constitue une technique chirurgicale de pointe de chirurgie reconstructrice pour obtenir un environnement osseux favorable autour d'un implant stable avec un excellent pronostic. L'extraction qui représente l'acte chirurgical témoin de l'échec des traitements conservateurs, peut ainsi, grâce à cette technique, constituer un acte chirurgical positif de chirurgie reconstructrice dans des conditions de sécurité et de pronostic satisfaisantes. Cette attitude thérapeutique de mise en place immédiate d'une racine artificielle compense généralement pour le patient concerné l'aspect psychologique négatif de l'extraction.

CAS CLINIQUES

CAS 1

Il concerne l'extraction d'une incisive maxillaire gauche 21 fracturée verticalement. On a privilégié la technique en un temps chirurgical, avec vissage du pilier prothétique au premier temps et pose d'une couronne provisoire. Ceci permet un bon soutien des papilles qui ont été préservées lors de l'extraction. Un comblement du hiatus entre l'implant et l'os alvéolaire a été réalisé avec Novabone. Après une période de cicatrisation de 2 mois la couronne d'usage en céramique a été réalisée.

CAS 2

C'est une parodontite terminale avec mobilité 4 d'une incisive centrale maxillaire gauche 21. Le traitement a consisté en l'extraction de cette incisive centrale maxillaire avec vissage du pilier prothétique au premier temps et pose d'une couronne provisoire en sous occlusion en OIM et en protrusion. Un comblement autour de l'implant a été réalisé avec le Collapat®. Après une période de cicatrisation de 2 mois la couronne d'usage en céramique a été réalisée.

CAS 3

Le troisième cas concerne une fêlure verticale d'une incisive maxillaire gauche 21. Le traitement a consisté en l'extraction de cette incisive centrale maxillaire avec mise en place du pilier de cicatrisation afin de faire une technique en un temps avec un implant Bone Level®. Un comblement autour de l'implant a été réalisé avec le Collapat®. Après une période de cicatrisation de 2 mois la couronne d'usage en céramique a été réalisée.

Bibliographie

1. Wilson TG, Weber HP. Classification of and therapy for areas of deficient bony housing prior to dental implant placement. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1993 ; 13 : 451-459.
2. Mayfield LJA. Immediate, delayed and late submerged and transmucosal implants. In : Lindhe J (ed). *Proceedings of the 3rd European Workshop on Periodontology : Implant Dentistry*. Berlin : Quintessenz, 1999:520-534.

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



Nobel Biocare N1™

Redéfinir L'IMPLANTOLOGIE ensemble

WE FOLLOW NO ONE.

DTX STUDIO

nobelbiocare.com/n1

GMT72485 © Nobel Biocare Services AG, 2020. Tous droits réservés. Nobel Biocare, le logo Nobel Biocare et toutes les autres marques sont des marques du groupe Nobel Biocare, si rien d'autre n'est stipulé ou n'est évident dans le contexte d'un cas particulier. Veuillez consulter nobelbiocare.com/trademarks pour plus d'information. Les images des produits ne sont pas nécessairement à l'échelle. Toutes les images du produit sont à des fins d'illustration uniquement et peuvent ne pas être une représentation exacte du produit. Déni de responsabilité : la vente de certains produits peut ne pas être autorisée dans tous les pays. Contactez le service commercial de Nobel Biocare France pour plus d'informations sur la gamme complète disponible. Consultez les Instructions d'Utilisation pour les informations complètes de prescription, notamment les indications, contre-indications, mises en garde et précautions.

CAS 1



Fracture 21



Sourire gingival



Fracture verticale



Novabone



Provisoire



Occlusion



Couronne céramique laboratoire 2J



Sourire final

CAS 2



Extrusion 21



Insertion du Collapat



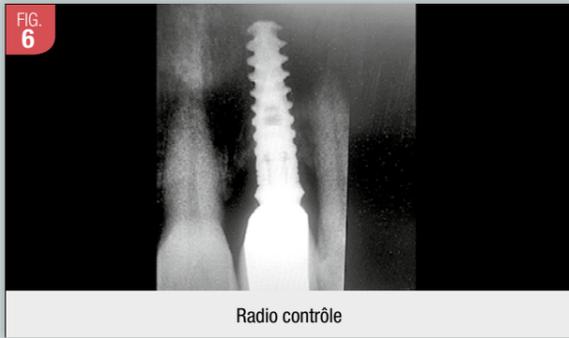
Pilier titane



Temporisation esthétique • Transfert d'empreinte
Guide de pilier • Pilier transvissé
Couronne céramique Laboratoire 2J



Couronne céramique Laboratoire 2J



Radio contrôle



Contrôle 1 an post op.

CAS 3



Fêlure 21



Lambeau d'accès



Extraction



Pose implant avec pilier de cicatrisation



Lambeau repositionné et suturé



Prothèse provisoire



Couronne céramique (Laboratoire H. Boulakia)

Frédéric Chiche
Paris



Cas clinique

Stratégie chirurgicale : l'extraction, la mise en place de l'implant, le pilier de cicatrisation, ainsi que le comblement osseux associé à la mise en place d'une membrane de collagène stabilisée à l'aide de pins en titane seront pratiqués lors d'une seule et unique intervention.



Une fistule est présente à l'aplomb de la dent 11 fracturée longitudinalement.



La profondeur de la lésion, évaluée à l'aide d'une sonde appliquée sur la gencive, impose l'élévation du lambeau vestibulaire afin d'objectiver l'étendue de la totalité des défauts osseux avec précision.



La perte osseuse est importante et la fine corticale résiduelle présente une déhiscence associée à une fenestration.



Le pont osseux cortical est préservé, et l'implant est mis en place immédiatement ainsi que le pilier de cicatrisation (Zimmer-Biomet®). De nombreuses spires sont apparentes et la crête sera reconstruite par Régénération Osseuse Guidée (ROG).



Un coffrage est réalisé à l'aide d'une membrane de collagène retard (Bio Guide®, Zimmer-Biomet) qui est maintenue à l'aide de pins en titane (Praxis). La résorption de cette membrane collagénique est atteinte à 10/12 mois post-opératoire. Pendant cette période, la greffe de comblement est parfaitement stabilisée, optimisant ainsi le processus de minéralisation.



La membrane ainsi fixée est ensuite réclinée, et les défauts osseux sont comblés à l'aide d'un biomatériau non résorbable (Bio-Oss®, Geistlich).



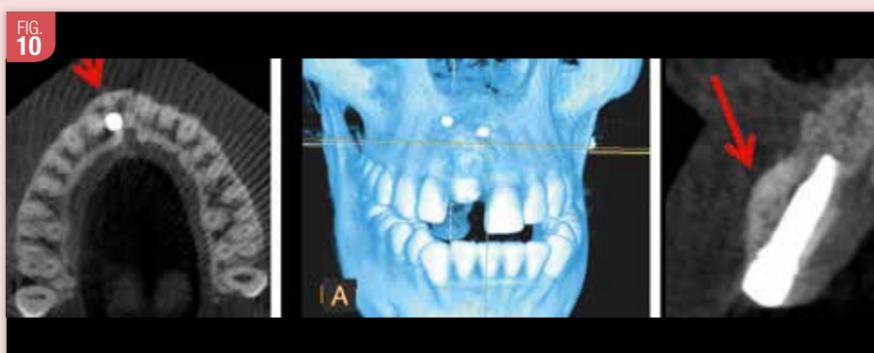
La membrane est réappliquée sur le comblement, et une matrice collagénique (Fibro Guide®, Geistlich) est ajustée, puis déposée sur l'ensemble, se substituant ainsi à un greffon conjonctif enfoui.



Les lambeaux sont ensuite suturés par des points simples. Une prothèse partielle adjointe est installée pour la durée de la cicatrisation. L'intrados est corrigé afin de ne pas interférer avec le pilier de cicatrisation.



Aspect clinique à 3 mois post-opératoires. La convexité des tissus mous est présente, et la bande de TK est bien présente, donnant l'illusion de la présence d'une racine naturelle. Noter la disparition de la fistule vestibulaire.



Les différentes images radiographiques tridimensionnelles de type Cone Beam attestent de l'augmentation osseuse obtenue grâce à la ROG. La corticale vestibulaire reconstituée présente une épaisseur minimum de 2 mm, garantissant ainsi la stabilité des tissus mous péri-implantaires.



La prise de vue finale permet d'apprécier la morphologie de la couronne implanto-portée, ainsi que les caractérisations de surface. La couleur et la texture de la gencive ont été maintenues. La ligne des collets est harmonieuse et les papilles sont présentes intégralement.

Une seule intervention a été réalisée pour le remplacement de cette incisive centrale, et ce, de la manière la moins invasive possible.

En effet, aucun autre site chirurgical n'a été créé, ni pour la greffe osseuse destinée à la ROG, ni pour le prélèvement de tissu conjonctif. C'est la matrice de collagène utilisée comme substitut, qui a permis de renforcer le biotype gingival, tout en simplifiant le geste chirurgical, et en éliminant tous risques de douleurs post-opératoire au niveau du prélèvement palatin.

Biodentine™

Un matériau multi-indications



NOUVELLE INDICATION

Flashez pour en savoir plus

1. Coiffage direct après exposition pulpaire accidentelle

2. Coiffage indirect carie profonde

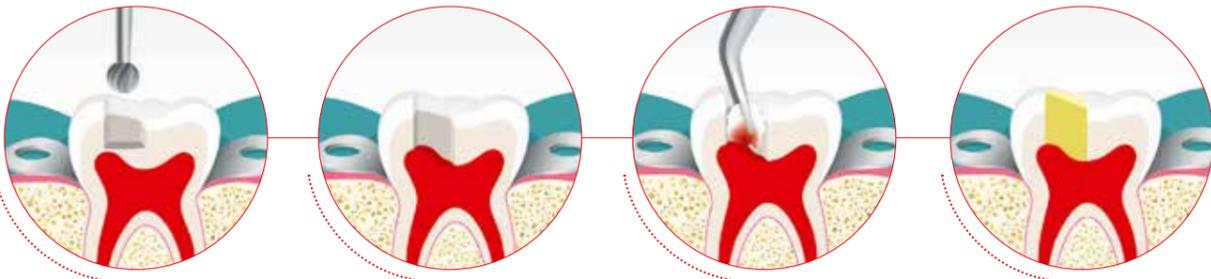
3. Pulpite irréversible

4. Pulpotomie sur dent temporaire

5. Autres indications

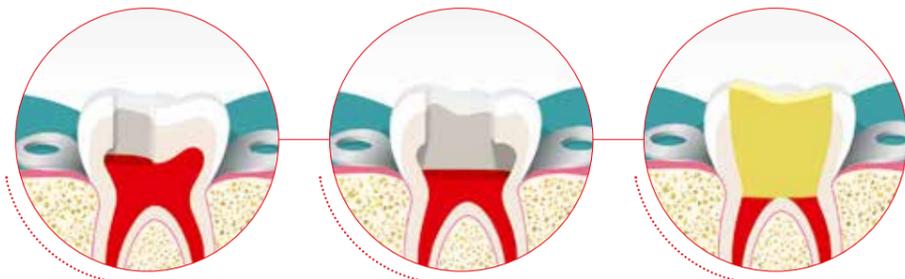


3 Pulpite irréversible



Rechercher le contrôle du saignement

la pulpotomie progressive chez l'adulte



Biodentine™

Substitut dentinaire bioactif

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

Biodentine™ : Dispositif médical de Classe III réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR, à l'exception du coiffage pulpaire (**acte codifié HBF010 : parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct**). Marqué CE 0459. Fabricant : Septodont France. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation. Spatules : Dispositif médical de classe I marqué CE. Fabricant : Medistock France. Non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR.



Julien Hamon

Rennes

Mathilde Natu

Rennes

Julien Lambert

Rennes

Patrick Limbour

Rennes



Introduction

La traumatologie faciale est l'une des causes les plus fréquentes de la perte précoce des dents antérieures, en particulier chez le sujet jeune. L'enjeu esthétique majeur dans ce secteur pousse souvent le chirurgien à sortir de l'implantologie classique et à envisager un traitement d'urgence. Une étudiante en médecine de 20 ans sans antécédent notable s'est rendue aux urgences dentaires du CHU de Rennes à la suite d'un malaise.

L'examen clinique, réalisé dès lors, révélait un traumatisme dentaire important. Le choc, localisé au niveau du pré-maxillaire, est responsable d'une fracture du tiers moyen radiculaire de la dent 21 (Fig. 1). La couronne a été retrouvée par la patiente tandis que près des deux tiers de la racine subsistent dans l'alvéole.

L'examen de la cavité orale retrouvait un état dentaire parfaitement sain, sans aucun antécédent de soin. L'hygiène était maîtrisée. L'occlusion était de classe I. Par ailleurs, le parodonte était de type I selon *Maynard & Wilson* (parodonte épais). L'examen du sourire mettait en évidence une ligne du sourire très haute (classe 1 selon *Liebart*), légèrement masquée par la tuméfaction labiale inhérente

au traumatisme (Fig. 2). Les collets dentaires ainsi que les milieux inter-incisifs étaient alignés. Le CBCT réalisé retrouvait la persistance d'un fragment radiculaire au sein de l'alvéole. La crête alvéolaire était large et haute. La corticale vestibulaire était intacte et épaisse (Fig. 3).

Il a été montré dans la littérature que les taux de succès implantaire lors de la mise en place d'un implant dans une alvéole d'extraction étaient similaires à celui de l'implantologie conventionnelle (1). Devant ce tableau clinique, une thérapeutique implantaire a donc été proposée à la patiente, qui a aussitôt accepté. Les conditions osseuse et muqueuse permettaient d'envisager cette stratégie thérapeutique. En effet, la crête osseuse était large et l'environnement parodon-

tal, épais et sain, était idéal. De plus, il a également été montré que la mise en esthétique immédiate n'influait pas le taux de succès implantaire à court terme ni la stabilité des tissus (2,3) à condition que la stabilité primaire de l'implant soit supérieure à 20 N.cm et que la restauration provisoire soit en sous-occlusion. La mise en esthétique immédiate était donc possible chez cette patiente.

Une empreinte numérique ainsi qu'un relevé de teinte ont été effectués et envoyés au laboratoire de prothèse afin de réaliser une couronne provisoire par CFAO. Pour temporiser, une attelle collée réalisée à partir de la couronne de la dent a été mise en place jusqu'au jour de l'intervention (Fig. 4). Une ordonnance d'antibiotiques, d'antalgiques et de bains de bouche a été remise à la patiente.

L'intervention s'est déroulée deux jours plus tard sous anesthésie locale. Après une infiltration à l'articaine adrénalinée, l'attelle est déposée et le fragment radiculaire avulsé par élévation douce et progressive à l'aide d'un périotome (Fig. 5). L'épaisseur du tissu kératinisé était importante et compatible avec un pronostic favorable.

Après parage de l'alvéole, un sondage minutieux permet de s'assurer de l'intégrité de la corticale vestibulaire. Le forage peut alors débuter.

La littérature a montré que, dans les cas d'implantation immédiate, le quotient de stabilité implantaire était plus important avec les implants cylindro-coniques qu'avec les implants cylindriques (4). Compte tenu du type osseux, un implant Nobel NobelActive® (Nobel Biocare) 4,3x13mm est choisi. Le point d'impaction du foret précision drill est alors situé au niveau du versant palatin de l'alvéole (Fig. 6). Le protocole de forage se poursuit jusqu'au foret 3.2/3.6 en contrôlant systématiquement les axes afin que l'implant soit parallèle aux dents adjacentes et que l'émergence soit localisée au niveau du cingulum de la dent (Fig. 7).

L'implant a ensuite été mis en place et torqué à 45N.m. La stabilité primaire était satisfaisante, la mise en cosmétique a donc pu être initiée (Fig. 8).

Un pilier ITA est alors placé sur l'implant et le reste de l'alvéole est comblé à l'aide de Bio-Oss® (Geistlich). Ceci permet la stabilisation des processus de résorption physiologique de l'os alvéolaire et la conservation de la table externe selon les principes décrit par *Araújo* (5) (Fig. 9).

La couronne provisoire était munie de 2 ailettes latérales permettant son repositionnement selon la situation imaginée par le prothésiste (Fig. 10). Elle est alors essayée puis solidarisée à la gaine de l'ITA avec de la résine.

Un profil d'émergence en aile de mouette est aménagé afin de favoriser la cicatrisation muqueuse péri-implantaire et la création d'un feston gingival épais et esthétique (Fig. 11). Le jour de l'intervention, cette préparation, en sous contour de la couronne, permet la prolifération et la maturation du tissu gingival. La patiente est prévenue que l'esthétique sera meilleure quelques jours après l'intervention. La couronne est scellée au pilier ITA avec du ciment provisoire TempBond® (Kerr Dental) dans une position d'inclusion légère. L'absence de contact lors des mouvements fonctionnels de diduction et propulsion est vérifiée (Fig. 12).

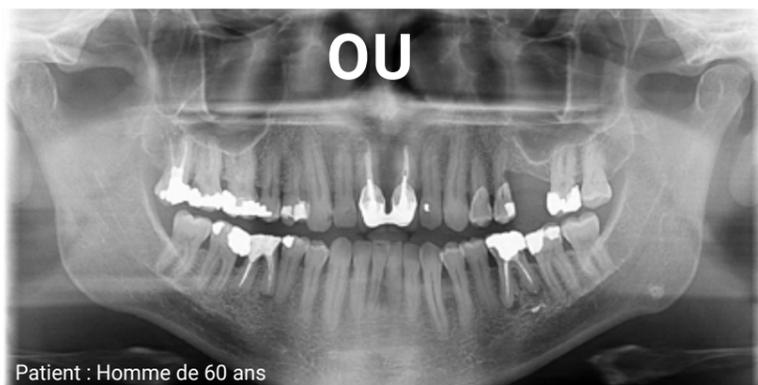
Une ordonnance d'antibiotiques, d'antalgiques et d'antiseptique est délivrée. Des consignes alimentaires et hygiéniques sont également données.

En contrôle à 3 semaines, les suites opératoires ont été simples et indolores. Le contrôle radiographique est satisfaisant et la stabilité osseuse autour du col implantaire reste inchangée. La maturation parodontale permet une intégration très esthétique de cette couronne provisoire au sein du sourire de cette jeune patiente (Fig. 13-14). Le collet de la dent est plus bas que la dent proximale, ce qui permettra un alignement parfait grâce au bombé de la couronne d'usage. La papille mésiale est en cours de prolifération (Fig. 15).

REGROUPEZ VOS SOINS POUR PLUS DE PROFITABILITÉ !

Dentalhitec
Les styles d'anesthésie qui changent la vie

8
SÉANCES



Patient : Homme de 60 ans

4
SÉANCES

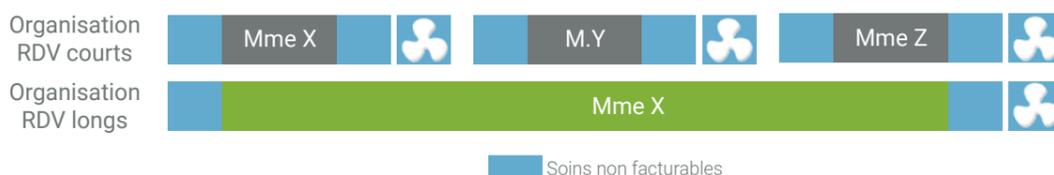
L'anesthésie ostéocentrale, avec QuickSleeper, est une opportunité pour le regroupement de soins !



QuickSleeper®

- +** Anesthésie immédiate
Le soin commence directement
- +** Anesthésie profonde
Un secteur avec une cartouche
- +** Aucun engourdissement des tissus mous
Facilite le travail en multisecteurs
- +** Augmentation du taux d'observance
Le patient reste motivé jusqu'au bout

REGROUPEMENT DES SOINS = PROFITABILITÉ



Découvrez vite les nombreuses utilisations du QuickSleeper5 sur www.dentalhitec.com

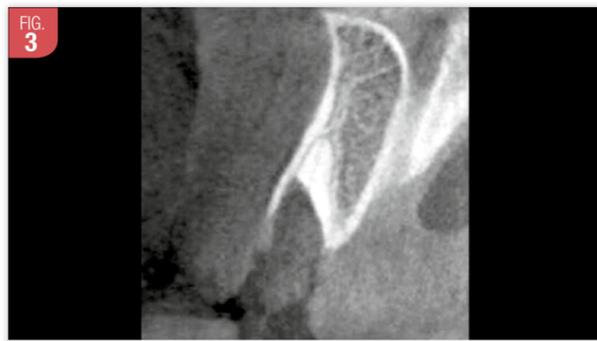
02 41 56 41 91
mail@dentalhitec.com



Le traumatisme était responsable de la fracture de 21 au niveau du tiers moyen de la racine.



L'examen du sourire révèle une ligne de sourire très haute.



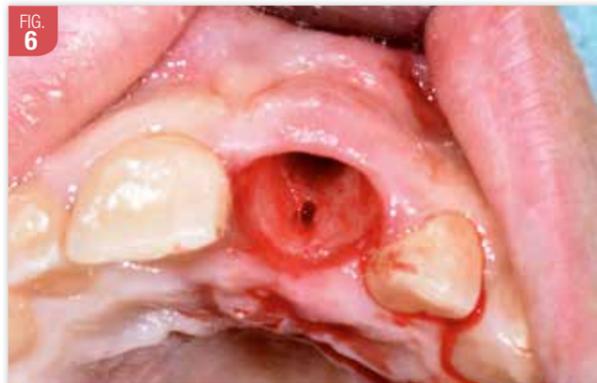
Coupe sagittale du CBCT : le fragment radiculaire est toujours en place au sein de son alvéole, les corticales sont respectées et la crête osseuse est volumineuse.



Une attelle collée est réalisée à partir de la couronne naturelle.



Extraction du fragment radiculaire de 21.



Point de forage du foret précision drill sur le versant palatin de l'alvéole.



Puits implantaire à la fin du protocole de forage.



Mise en place de l'implant Nobel Activ 4,3 x 11,5 mm.



Mise en place d'un pilier ITA sur l'implant et remplissage du gap alvéolaire par de l'os particulaire.



La couronne provisoire est munie de 2 ailettes permettant son repositionnement par rapport aux dents adjacentes.



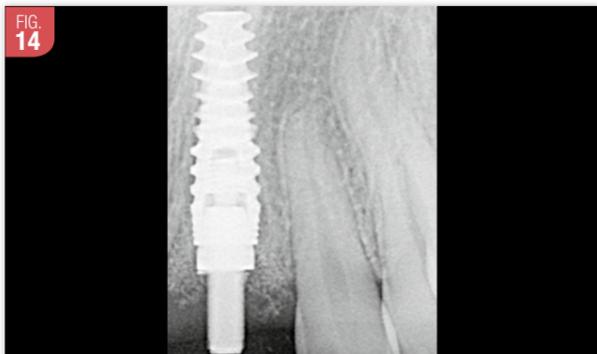
Réalisation du profil d'émergence en aile de mouette.



Repositionnement de la couronne provisoire grâce aux ailettes.



Situation post-opératoire immédiate. La couronne est en innoculation lors des mouvements de diduction et de propulsion.



Résultat radiographique à 2 mois.



Résultat Clinique à 2 mois.

Bibliographie

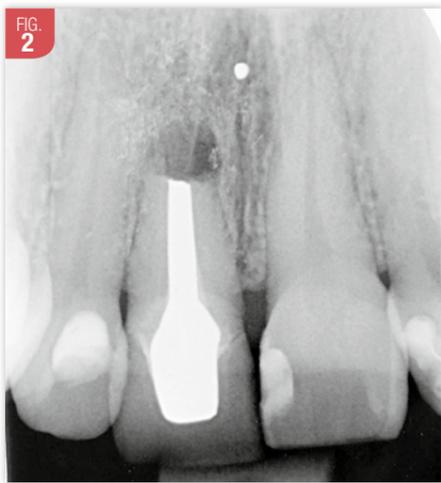
1. Blanco J, Carral C, Argibay O, Liñares A. Implant placement in fresh extraction sockets. *Periodontol* 2000. 2019 ; 79 (1) : 151-67.
2. Cheng Q, Su Y-Y, Wang X, Chen S. Clinical Outcomes Following Immediate Loading of Single-Tooth Implants in the Esthetic Zone : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. févr 2020 ; 35 (1) : 167-77.

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

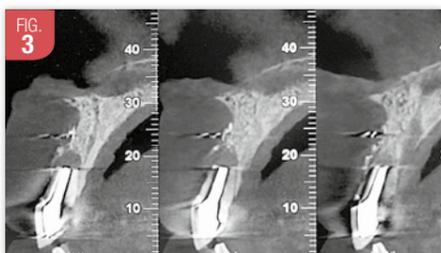
Jacques Bessade
Paris



Cette patiente de 35 ans présente une lésion apicale sur la dent 11. Déjà opérée et pensant être tranquille, elle souffre depuis peu et s'inquiète de ne plus pouvoir mastiquer normalement (Fig. 1 et 2).



La ligne du sourire est haute et l'incidence esthétique, majeure. Le Cone Beam révèle une lésion qui n'a pas cicatrisé dans un contexte alvéolaire assez fin (Fig. 3).



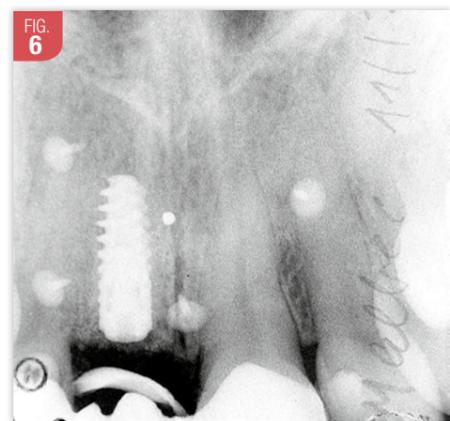
L'extraction de la dent laisse présumer de complications esthétiques. La patiente travaille face au public et ne peut se permettre d'avoir une apparence négligée. Le traitement suppose une extraction puis une reconstruction sous la forme d'une ROG avant de pouvoir implanter puis de mettre la patiente en situation esthétique pré-prothétique. Des empreintes d'étude vont permettre de préparer à l'avance deux bridges collés et un guide de positionnement implantaire qui permettra également de réaliser un relevé de position per-opératoire de l'implant.

Le protocole proposé est le suivant : extraction-ROG et pose du premier bridge collé.

9 mois plus tard, contrôle radiographique 3D et pose d'un implant enfoui. Relevé de position de l'implant. Pose du second bridge collé.

4 mois plus tard, dépose du bridge, désenfouissement et pose d'une dent provisoire trans vissée avant de retourner chez le praticien en charge de la prothèse définitive.

Ainsi, à aucun moment, la patiente ne souffrira d'un préjudice esthétique pendant les 14 mois de traitement. Le bridge collé métal-résine n° 1 est contrôlé. La dent est extraite de façon atraumatique à l'aide d'un périotome et la ROG menée à l'aide de BioOss® et d'une membrane Créos® punaisée au pourtour de la reconstruction avant collage du bridge au Panavia 21® (Fig. 4, 5, 6).



9 mois plus tard, la position du collet est maintenue et les papilles sont conservées. Le bridge est déposé par usure des ailettes et l'implant posé à l'aide d'une guide de positionnement palatin. Ce guide sera ensuite indexé à l'implant grâce à un transfert d'empreinte et une résine polyuréthane, avant de refermer le site (Fig. 7, 8).

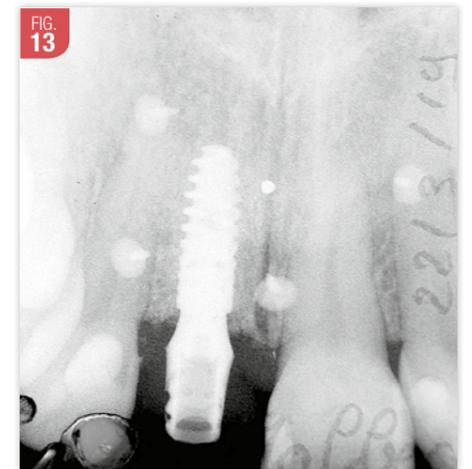


4 mois plus tard, le résultat est satisfaisant. Le volume vestibulaire et les papilles forment un écran adapté à la dent prothétique. Le bridge n° 2 est, à son tour, déposé par meulage des ailettes. L'espace d'accueil de la dent provisoire est prêt à la recevoir (Fig. 9, 10, 11). Une incision transversale



et un décollement modéré permettent de contrôler l'ostéointégration de l'implant. Un ISQ de 85 est mesuré. La dent provisoire est placée et la vis de pilier serrée à 24 Ncm, recommandation du fabricant.

La dent est volontairement posée sans pression sur le site et la situation du collet est placée légèrement sous le niveau de la dent du bridge collé afin de limiter toute compression (Fig. 12, 13).



AO PARIS
Save the date

Jeudi 30 septembre

Après-midi TP avec Olivier Boujenah, Thierry Lachkar et Franck Zerah

Jeudi 21 octobre

Soirée avec Vincent Ronco • Chirurgie muco gingivale

Jeudi 9 décembre

Soirée avec Philippe François

- Quand coller et sceller une restauration indirecte postérieure?
- Comprendre, décider et simplifier sa pratique face à la multitude des matériaux.



Empreinte et profil d'émergence individualisé #5

Corinne Touboul
Paris



En zone esthétique le positionnement de l'implant a un rôle capital sur le résultat final. L'utilisation d'un guide chirurgical est pratiquement incontournable.



La position de l'implant doit préserver un volume osseux suffisant dans tous les plans de l'espace. Ce volume osseux fait l'objet de reconstructions et le biotype gingival est également amélioré de manière quasi systématique.



Lors de la mise en place de l'implant (si cela est possible) ou lors de son exposition, une couronne provisoire est mise en place.



La couronne provisoire permet de modeler le profil gingival. Les aménagements de tissus durs et mous permettent de conserver des volumes esthétiques et de pérenniser la stabilité des tissus péri-implantaires.



Le profil d'émergence de la couronne provisoire est enregistré, et le transfert d'empreinte est personnalisé et reproduit fidèlement ce profil.



l'empreinte est enregistrée avec ce transfert, et cela permettra de reproduire le profil d'émergence sur la couronne d'usage.



Couronne d'usage en place



SHOFU Block HC

Block HC de la
céramique hybride
pour des restaurations
CAD/CAM esthétiques



Distribué par :



www.dexter.fr

Le service clients :
01 34 34 38 10



www.shofu.de/fr



HC Primer



Pour des
restaurations
CAD/CAM

Parfait traitement de
surface pour un collage
fiable des Blocks HC
SHOFU ou de toute autre
céramique hybride

ResiCem



Associé au HC Primer,
excellente adhérence du
ciment résine dual universel

hautement
esthétiques
et
parfaitement
pérennes



Pascal Zyman

Paris



Trouver la couleur d'une centrale unitaire est un véritable challenge de la dentisterie esthétique (Fig. 1,2).

On débute toujours la recherche de la couleur par le paramètre de la luminosité globale de la dent (influence de 70 % la couleur de la dent)

Cette luminosité est prise en se plaçant de côté et en faisant dérouler les échantillons du teintier dans le plan de la dent à imiter. On doit capturer cette

information très vite en moins de 10 secondes pour ne pas saturer les bâtonnets de la rétine, bâtonnets nettement plus nombreux et très sensibles à la lumière incidente.

Pour faciliter cette recherche, on se place dans un environnement peu lumineux, soit par diminution de l'éclairage du plafonnier (éclairage à double illuminant) soit en remontant le dossier fauteuil pour éloigner la tête du patient de l'éclairage.

Une photographie en noir et blanc avec l'échantillon en place est indispensable à ce stade (Fig. 3) pour communiquer l'information au céramiste.

Le deuxième paramètre est la translucidité qui influence d'environ 20 % la couleur de la dent

Il n'existe pas de mesure mathématique de la translucidité. On a dans le passé utilisé les reflets du miroir pour déterminer les structures à l'intérieur de la dent. Mais cette démarche ne donne pas de résultats très satisfaisants.

Plus récemment, on a décrit des aides numériques basées sur l'utilisation d'un ordinateur et de logiciels de retouches d'images (exemple adobe photoshop version gratuite). Beaucoup de ces logiciels présentent un effet *dit de solarisation* connu et utilisé par les photographes pour différencier les structures internes d'une photo.

L'image obtenue par solarisation est très utile pour le céramiste mais aussi pour le chirurgien-dentiste pour localiser les couches dentinaires et amélares et respecter les effets de translucidité du bord incisal.

Cet effet de solarisation inverse certaines réflexions de lumière et aboutit à une image colorée qui met en évidence la répartition des masses émail et dentine dans la dent. Il existe un chemin simple avec le logiciel pour obtenir l'image en solarisation (Fig. 4a et b).

- On suit le lien dans le logiciel : fichier → filtre → esthétique → solarisation

- La saturation et la teinte dentinaire sont prises à la jonction du 1/3 cervical et du 1/3 médian et peuvent être confirmées par une mesure à l'aide d'un spectrophotomètre (VITA Easyshade).
- De même la saturation et la teinte amélaire sont capturées dans le 1/3 incisal. Des photographies avec les échantillons placés dans l'axe de la dent à imiter doivent être transmises au céramiste (Fig. 5).

- L'état de surface se voit correctement sur les photographies en changeant l'angle de prise (vue de côté). Une comparaison avec des fruits peut être intéressante (pomme, cerise, orange, fraise) si la dent présente une surface très caractéristique. Dans ce cas clinique, l'état de surface est très marqué avec une présence de défauts verticaux et horizontaux que le céramiste reproduira au moment de la touche finale, lors du polissage mécanique (Fig. 10).

- Certains paramètres décrits dans la littérature comme l'opalescence et la fluorescence ne sont pas faciles à transmettre et ne sont pas très influents sur la couleur finale de la dent. De plus, toutes les céramiques présentent aujourd'hui ces propriétés optiques. On n'a donc plus d'effets inattendus dus à un manque de l'un de ces deux paramètres.

- Au stade de l'essayage du biscuit, ne pas oublier d'humidifier la dent avec un gel hydrosoluble (Fig. 8 a et b), et d'ajuster la luminosité en plaçant un échantillon du teintier en référence. Le teintier classique LuminVacuum (VITA) est intéressant pour cette étape parce qu'il présente 16 niveaux de luminosité différents alors que le 3D Master n'en présente que 5. Une photographie en noir et blanc est transmise au laboratoire.

À ce stade du biscuit, la rectification sera d'autant plus facile que la couronne sera très légèrement plus lumineuse et moins saturée. Le céramiste rajoutera une fine couche d'émail moins lumineux pour abaisser la luminosité de la dent (Fig. 9 a, b, c).

Dans le cas contraire d'un essayage de biscuit trop *gris* on ne possède pas de céramique pour augmenter la luminosité et la stratification devra être reprise en profondeur.

En respectant ces étapes, il est possible aujourd'hui de trouver quotidiennement la couleur d'une incisive centrale (Fig. 10, 11, 12) et de réaliser des restaurations céramiques unitaires qui s'intègrent dans l'harmonie du sourire.

Bibliographie

1. Miller LL. Shade matching. *J Esthet Dent* 1993; 5:143-153.
2. Miller LL. *A Scientific Approach To Shade Matching*. Carol Stream, IL: Quintessence Publishing, 1998

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

DÉTERMINATION NUMÉRIQUE DES COULEURS. FIABILITÉ MAXIMALE.



VITA Easyshade® V

VITA Easyshade V assiste les dentistes et prothésistes dentaires en leur fournissant tout ce qu'il leur faut, de la détermination et communication de la couleur des dents à la reproduction et à la vérification de la couleur des restaurations en céramique, tout en améliorant la fiabilité du processus.



Scannez ce code QR et découvrez des cas intéressants et des tutoriels complets ! www.vita-zahnfabrik.com/digitalshade

Plus d'informations ?
Votre accès direct à l'équipe VITA France
www.vita-zahnfabrik.com/VITA-France

VITA – perfect match.

VITA



FIG. 1 L'incisive centrale maxillaire gauche a été extraite et un implant Nobel MKIII à hexagone externe a été placé par le chirurgien



FIG. 2 Une vue rapprochée permet de constater que la gencive n'a pas totalement cicatrisé autour de la vis de cicatrisation. Le niveau de gencive et la position de l'implant imposent sur le plan esthétique la sélection d'un système céramique venant au contact du col de l'implant



FIG. 3 La couleur est choisie avec le VITA SYSTEM 3D-MASTER (VITA) ; groupe 2 de luminosité, une photographie en noir et blanc est envoyée au céramiste



FIG. 4A La solarisation est obtenue avec le logiciel de retouche d'image. L'image obtenue met en évidence les structures dentaires : la dentine descend assez bas dans le 1/3 incisal. Le céramiste devra tenir compte de cette information dans la stratification de la céramique

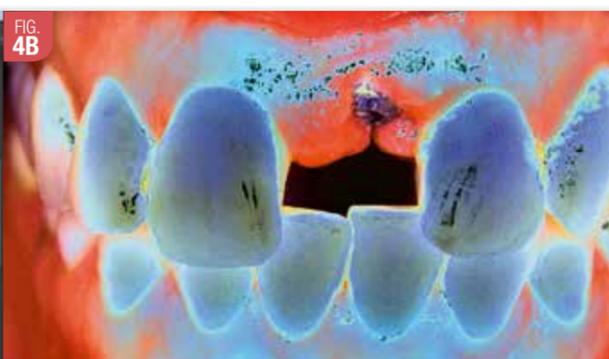


FIG. 4B



FIG. 5 Avec le 3D Master (VITA) les autres paramètres de saturation et de teinte sont choisis dans le groupe 2 : saturation 1 - teinte Moyenne M



FIG. 6 Un pilier céramique en zircone type « tibase » est réalisé



FIG. 7 Le pilier zircone est essayé en bouche. Il redonne une morphologie gingivale satisfaisante et une couleur de gencive plus favorable.



FIG. 8A A : Essayage du biscuit. On ne peut apprécier le résultat parce que la couronne est déshydratée
FIG. 8B B : Le biscuit est humidifié avec un gel hydrosoluble. A ce stade du biscuit, il est très important d'ajuster la luminosité en plaçant l'échantillon approprié (B1) du teintier VITA classical A1-D4® (VITA) en place. Ce teintier donne une précision réelle du paramètre de luminosité choisi parmi les 16 échantillons. Une photographie en noir et blanc est très utile pour ajuster la luminosité globale de la dent. On peut noter que la couronne est légèrement moins saturée et plus claire que sa voisine, ce qui facilite le travail du céramiste

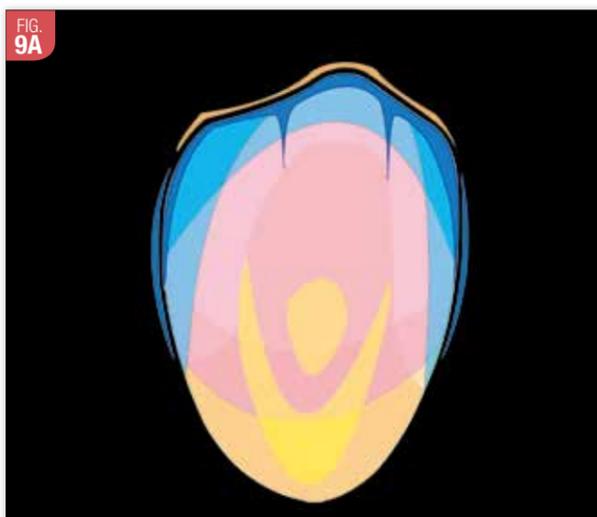


FIG. 9A

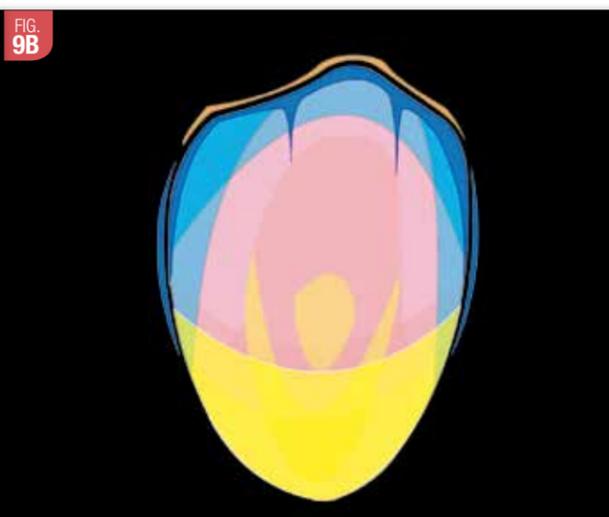


FIG. 9B

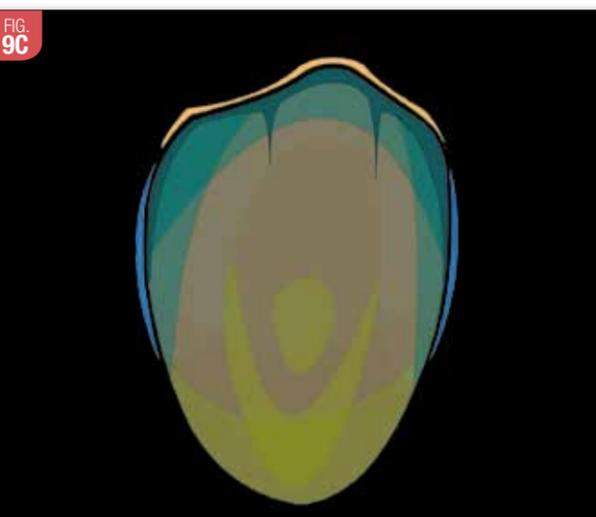


FIG. 9C

Fig. 9 a, b, c : La céramique à l'essayage doit être légèrement plus claire et moins saturée. Le céramiste pourra facilement ajuster la teinte par une adjonction de céramique de surface et abaisser la luminosité avec un voile de céramique translucide non opalescent. Le contraire n'est pas possible : si la couronne est trop grise, il faut reprendre toute la stratification



FIG. 10 Vue sur le modèle de la couronne après un polissage mécanique final. On peut noter l'état de surface obtenu avec des dépressions verticales et horizontales.



FIG. 11 Vue clinique post-opératoire à deux ans. La couleur de la céramique est correcte et la céramique redonne une harmonie au sourire de la patiente



FIG. 12 Radiographie post-opératoire à deux ans. On constate une bonne intégration osseuse de l'implant et de la couronne céramique

Philippe Russe

Reims



L'un de mes maîtres a coutume de dire : *À t zéro, tout est beau*. J'y pense à chaque fois que je reçois de magnifiques photos sur les réseaux sociaux, du jour de la chirurgie ou de celui de la pose de la prothèse définitive... Un autre a attiré le premier mon attention sur le fait que nos restaurations implanto-portées ne suivaient malheureusement pas le déplacement de nos dents naturelles. J'ai donc choisi, pour ce concours d'incisives centrales, de présenter le suivi sur... 30 ans, pour mettre en garde nos jeunes confrères sur le devenir de cas cliniques initialement esthétiques !



Situation initiale, radio décembre 1991



Situation initiale en décembre 1991



Pose d'implant Frialit-2 impacté (DentsplySirona)



Greffe autogène latéro-mandibulaire cicatrisée (nov 1992)



Couronne céramo-métallique sur pilier titane en 1993



Radiographie de contrôle en 1993



En 1998 un décalage vertical est progressivement apparu



Une nouvelle couronne est réalisée sur un pilier en alumine



Nouvelle couronne vitro-céramique fin 1998



Situation en 2009. Egression et verticalisation des dents naturelles



Situation osseuse stable à 16 ans (radio 2009)



Aggravation des décalages, surtout vestibulo-palatin en 2021, 28 ans post-prothèse



La verticalisation de la 11 naturelle par rapport à l'implant est apparente



Vue occlusale, la couronne implanto-portée sur 11 apparaît vestibulée par rapport aux dents naturelles



Situation osseuse 28 ans après la pose de l'implant

Le phénomène d'*éruption continue* va dégrader le résultat esthétique de nos traitements implantaires en secteur antérieur. Nos patients et nos jeunes confrères doivent être avertis de cette évolution souvent délétère de nos réalisations, quelles que soient leurs qualités initiales.



La technique de
la **rotation continue**
est très appréciée
chez tous les mordus
d'endodontie.

Que vous soyez jeune praticien sorti de l'université ou chirurgien-dentiste expérimenté, la préparation en rotation continue reste l'un des piliers de la pratique endodontique. Pour tous types d'actes cliniques de votre part, du plus simple au plus compliqué, nous sommes là pour répondre à toutes vos interrogations et vous soutenir dans chacune de vos interventions. Tout d'abord avec Maillefer, marque phare forte de 130 ans d'expérience, de publications, d'une R&D puissante, référence mondiale dans le traitement des canaux radiculaires qui ne cesse d'innover et vous le prouvera prochainement ...

Motivées comme jamais, nos équipes ENDO sont à vos côtés toute l'année et vous accompagnent dans votre pratique quotidienne. Des visioconférences animées par des experts mondialement reconnus, des webinars aux fins de formations et de perfectionnements constituent autant de services pour entretenir votre amour de ce métier.

Les amoureux de la dent c'est vous, c'est nous.



Flashez le QR code
pour obtenir un conseil,
un accompagnement
ou un rendez-vous
de démonstration.

MAILLEFER

+
**WE
KNOW
ENDO.**

*Nous connaissons l'endo

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

Le partenaire de toutes vos solutions dentaires.

 **Dentsply
Sirona**

Aménagement des tissus mous péri implantaire en zone esthétique

avec Thierry Degorce

Quelle joie ! Quelles réjouissances de voir une salle remplie (avec le respect des jauges et le respect des gestes barrières bien évidemment) pour écouter Thierry Degorce nous parler de l'implantologie en secteur esthétique.

5 éléments clés permettent d'augmenter nos chances d'obtenir le résultat esthétique parfait :

- la position de l'implant,
- le volume osseux,
- le biotype gingival,
- la prothèse provisoire,
- le profil trans-gingival et le pilier prothétique.

En effet, aujourd'hui, la fonction est simple à obtenir pour peu que l'on respecte les grands principes de l'implantologie, et le taux d'échec peut descendre à moins de 1 % pour certains systèmes. Cependant, dans le secteur antérieur, le défi est le résultat esthétique et surtout son maintien !

Lors de l'examen clinique, il conviendra de vérifier la ligne de sourire latéralement et le suivi du collet des dents pour l'anticipation d'un résultat optimal. En effet, il pourra être nécessaire de réaliser une greffe gingivale « esthétique » pour réaligner les collets. Il est donc nécessaire de prêter une attention toute particulière au profil d'émergence de nos futures couronnes pour l'obtention d'un résultat esthétique parfait.

Cette zone de transition entre l'implant et la couronne est le secret du bon résultat esthétique de nos implants. 4 objectifs esthétiques se dégagent :

- la convexité,
- l'alignement des collets,
- la couleur et texture,
- la papille.

Les 2 plus importants sont l'alignement des collets et la papille (Fig. 1).

Pour l'analyse en préopératoire, il est possible de faire un PinkEstheticScore et pouvoir classer sa situation avec celles qui sont décrites dans la littérature (Fig. 2).

Concernant la position de l'implant, il doit respecter l'axe de la future prothèse sur implant. Si le niveau osseux ne permet pas ce positionnement, il conviendra de réaliser une greffe osseuse préalable (Fig. 3).

Le volume osseux peut donc être augmenté par la réalisation d'une greffe. Quelle que soit la technique, les biomatériaux, il est nécessaire d'avoir au moins 3-4 mm d'augmentation le plus coronaire possible. En effet, il faut bien comprendre qu'avec un espace biologique augmenté à 3,5 mm, un volume osseux trop faible ne garantira pas un support muqueux suffisant pour répondre aux objectifs esthétiques de l'implantologie antérieure.

Le Biotype gingival permet dès le départ de programmer ou non une greffe gingivale dans le plan de traitement. Selon le moment de réalisation, de nombreuses techniques peuvent être utilisées mais ça n'était pas l'objet de cette conférence.

La prothèse provisoire est un élément souvent expédié vite par le praticien pour la pose plus rapide d'une prothèse définitive. En implantologie antérieure, c'est la validation du résultat obtenu avec la provisoire qui permet de lancer la réalisation de la prothèse définitive. En effet, il peut être nécessaire de faire une greffe supplémentaire même sous provisoire pour améliorer le volume gingival, ou pour le réalignement des collets (Fig. 4).



Il est mis en évidence le travail des prothèses provisoire dans le dessin de la ligne des collets, le support des papilles. Il est ici bien objectivable le dessin de l'anatomie de la 22 et de la 24 alors qu'il s'agit ici de pontique de bridge (Fig. 5).

Ainsi, grâce au travail sur la provisoire (dont le profil d'émergence est travaillé plusieurs séances pour un résultat esthétique optimal), le prothésiste peut reproduire ce profil idéal travaillé avec le patient pour un résultat esthétique parfait. Nous répondons alors complètement au cahier des charges et à la demande du patient.

Pour faire une chirurgie sereinement, il est nécessaire de s'équiper d'aides optiques, d'instruments de microchirurgie et de sutures fines (6.0). Une autre option pour la conservation de la papille peut être l'extrusion orthodontique pour remonter le complexe alvéolo-dentaire et garder une papille suffisamment haute pour éviter une reconstruction osseuse verticale complexe. L'extraction-implantation immédiate dans le secteur antérieur permet de conserver l'existant et donc

d'obtenir de meilleurs résultats. Enfin, une méta analyse montre que seul le biotype gingival fin montre un risque de récession lors des implantations immédiates. La mise en esthétique immédiate ou la chirurgie en flapless obtiennent de meilleurs résultats esthétiques.

En effet, d'un côté la provisoire permet la mise en place du complexe de l'espace biologique. D'un autre côté, le flapless permet le maintien des tissus mous sans risque de pertes ou récessions liées à la chirurgie.

Il n'y a aucun problème pour faire de l'implantologie immédiate quand il n'y a plus de corticale vestibulaire mais il est fondamental d'avoir une épaisseur osseuse de part et d'autre pour entourer le matériau. Il est également indispensable de mettre la provisoire. Aucun fil de suture n'est à prévoir, il s'agit d'une intervention très propre en post opératoire.

Il est parfois préférable de laisser une racine incluse ou l'inclure pour la préservation de la corticale osseuse vestibulaire pourtant nécessaire à un bon support osseux.



Cyril Licha



Cas clinique

ÉTAPE 1

Gestion de l'alvéole / Combil. Alo+Greffa épith-conjunc libre

Bernadessa, 64 ans

État de santé	Bon	Phobie	Oui
Tumeur	Absente	Tabac	Non
Psy / Neurologie	Normal	Alcool	Non
Ligne de base	Normal	Diabète	Non
Hygiène	Bonne	HTA	Non
Antibiotiques	Aucun	Cholestérol	Non
Examen radiolo-dental	Normal	Ph. Traitements	Non
Stoppage	Epith. libre	Ph. Traitements	Non
Conduite Marginales	Normal	Ph. Traitements	Non
Pigmentation	Normal	Ph. Traitements	Non
Conduite root	Normal	Ph. Traitements	Non
Os basal	Normal	Ph. Traitements	Non
Plus prothèse / JMC	Non	Ph. Traitements	Non

Avulsion de 2 dents sur 3 + comblement allogénique

ÉTAPE 2

Sterio TM et coll.
A prospective, multicenter study of bovine pericardium membrane with cancellous particulate allograft for localized alveolar ridge augmentation.
Int. J. Periodont Rest Dent, 2018, 33 : 499-507

Enfour la racine avec conjonctif et pose de 2 implants 12-21

ÉTAPE 3

Vertical and horizontal ridges augmented with soft tissue.
Quintessence Pub, 2017, 400p.

Bridge provisoire

ÉTAPE 4

Vela X, Méndez V, Rodríguez X, Segalá M, Jaime AG.
Soft tissue remodeling technique as a non-invasive alternative to second implant surgery.
Eur J Oral Dent, 2012, 73 : 36-47

Renforcement tissu mou

ÉTAPE 5

- 3 interventions chirurgicales
- Membrane résorbable (Risque d'exposition faible)
- Aucun prélèvement d'os autogène
- 2 prélèvements muqueux parodontaux
- 16 mois de traitement
- Invisibilité
- Coût acceptable

Intégration esthétique
Stabilité

+ 2 ans

Modelage bridge pro et ensuite bridge définitif

Lors des greffes, il conviendra de faire attention à l'exposition de la ligne mucco-gingivale. Elle peut être anticipée en prévoyant une greffe gingivale pour cela dès le départ. Le travail du provisoire permet d'affiner le profil d'émergence gingival et la création d'un environnement propre, et esthétique.

Le docteur Degorce a continué son superbe exposé à travers de nombreux cas cliniques. Avec l'aide de notre assemblée d'auditeur c'est qu'après minuit que cette conférence s'est achevée, et a signé le retour de nos conférences pour le partage du savoir et la promotion de l'excellence en dentisterie.



Claude Bernard Wierzba rend hommage à Roger Pleskoff

Un grand personnage de l'odontologie nous a quittés récemment sans faire de bruit, appliquant la doctrine de son existence fidèle à sa philosophie : **aimer les hommes et jouir de la vie.**

Roger était un homme fabuleux, généreux, chaleureux, toujours prêt à ouvrir son cœur pour rendre les gens heureux.

Spécialiste de droit médical, expert près la Cour d'Appel de Paris, puis expert près la Cour de Cassation, c'est lui qui a créé la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odonto-Stomatologie (CNEJOS). Cet homme remarquable, adulé par tous ses confrères, a parcouru le monde entier distillant

son savoir avec humour, et sans aucune note pour rafraîchir sa mémoire.

Toujours accompagné par son épouse Jacqueline, liés par une passion divine, ils représentaient un océan de bonheur où se superposaient les deux cœurs. Peu de couples peuvent se vanter d'un amour aussi surpuissant, aussi bouleversant, que rien ne pouvait séparer.

Proche de Roger par un lien familial, j'ai toujours bénéficié de ses conseils précieux et de son soutien moral lorsque j'étais au plus mal. J'ai passé des vacances mémorables avec des discussions interminables... Nos moments privilégiés à Me-

gève, Arcachon ou Cannes resteront à jamais des intermèdes de ma vie voguant sur un arc-en-ciel. Pour le remercier de son éternelle et exceptionnelle joie de vivre, mon seul but fut de lui faire honneur et de ne pas le décevoir.

Roger tu étais une personnalité extraordinaire et irremplaçable.

Tu as fait le BONHEUR autour de toi.

Nous ne t'oublierons jamais.

Claude Bernard Wierzba



En direct d'Israël

On a besoin de vous

Message de René Serfaty*

Chers amis,

Après une intense activité hospitalo-universitaire et de pratique privée à Strasbourg, j'ai fait l'alya il y a 2 ans. Lors de mon exercice, j'ai eu le plaisir de vous rencontrer et d'intervenir dans plusieurs chapitres d'Alpha Omega en France.

En Israël, je souhaitais faire profiter de mon expérience professionnelle les personnes dans le besoin. Ici, les soins conservateurs sont payants même lorsqu'ils sont délivrés par la caisse d'assurance maladie. Pas de CMU en Israël ! Ainsi, ceux qui ont des revenus modestes et qui ont du mal à joindre les deux bouts négligent de se faire soigner. **Plus de 25 % de la population israélienne vit en dessous du seuil de pauvreté.**

J'ai eu la chance de rencontrer le fondateur de cliniques dentaires Bernard Benmoussa qui a créé des cabinets dentaires** dans plusieurs villes : Bet Shemesh, Elad, Modiin Ilit, Sderot, Rehovot, Holon... **Dans ces cabinets, les soins dentaires sont gratuits.** Si les patients ont besoin de prothèse, ils règlent juste les frais de laboratoire.

Ces cabinets se situent dans des zones discrètes et les patients acceptés par une commission au vu de leurs revenus, sont reçus avec toute la dignité qui leur est due.

Si la population concernée est en majorité orthodoxe pour certaines villes (Elad, Modiin Ilith), pour d'autres villes par contre, elle concerne une population extrê-



mement variée. Bernard Benmoussa m'a fait visiter les cabinets de plusieurs villes.

Que vous dire ? Les équipements sont relativement corrects mais réduits. Par exemple, le développement Rx des films argentiques se fait dans 2 petits bacs, il n'y a aucun ordinateur et le choix des matériaux utilisés est assez limité.

Tous les dentistes ne sont pas bénévoles, plus de la moitié sont de jeunes praticiens faiblement rémunérés sans compter les assistantes qui sont toutes rémunérées au Smig. Ces cabinets ne reçoivent aucune aide de l'Etat et sont adossés à des associations caritatives telles que celle de Lema'an Achai (Pour mon frère).

Jusqu'à présent, les organisateurs se sont démenés le plus discrètement possible pour que ces cabinets **survivent.** À présent, cela ne suffit plus, Les besoins sont énormes et les coûts des cabinets ne suivent plus !

Par exemple, le cabinet de Holon a dû fermer par manque de moyens alors qu'il y a 250 personnes qui attendent un rendez-vous pour se faire soigner.

J'ai commencé à soigner à Modiin Ilith. Les remerciements et les témoignages des patients sont tellement touchants qu'ils font monter les larmes aux yeux. Je ne suis pas un pro de la communication et je n'ai pas l'habitude de solliciter de l'aide ! Mais les moyens dont nous disposons sont **dramatiquement faibles.**

Ainsi, chers amis d'Alpha Omega, je me permets de vous solliciter car sans aide de l'extérieur ces structures finiront toutes par disparaître. Je sais combien vous êtes sensibles à l'engagement, et aux missions de santé en Israël. **Je suis certain que vous répondrez positivement à mon cri d'urgence !**

Vous pouvez nous aider de 2 façons :

- en envoyant un don à Lema'an Achai (coordonnées bancaires ci-dessous)
- en offrant du matériel et/ou des matériaux que vous nous ferez parvenir lors d'un prochain voyage. Sachez que nous avons besoin de tout... de tout... ! En cas de colis très encombrant, nous pouvons vous envoyer un transporteur. Je me tiens évidemment à votre disposition pour toutes questions complémentaires : rene.serfaty67@gmail.com / tel. 00972 (0) 53708 98 21

Merci d'avance pour ce que vous pourrez faire pour permettre à nos frères dans le besoin de se faire soigner correctement et avec dignité.

Mes amitiés, René Serfaty

*Maître de Conférences des Universités
Ex responsable du DU d'Esthétique

**Pour en savoir plus : freedentalisrael.com
Coordonnées bancaires Lema'an achai
Bank PAGI 52
IBAN : 75 0521 79 000 000 0517747
Code : FIRBILITXXX



Save the date

Grande après-midi de rentrée, jeudi 30 septembre

3 TP, 3 thématiques, 3 conférenciers : Olivier Boujenah, Thierry Lachkar, Franck Zerah

L'apport du numérique dans la pratique dentaire

Olivier Boujenah

Nous allons vous montrer en quelques heures comment réaliser une empreinte optique sur un patient ainsi qu'une simulation avec un logiciel de Smile Design, la modélisation du Waxup digital et l'impression de celui-ci avec une imprimante 3D. Ainsi nous pourrions fabriquer un mockup sur place. Le but est de démystifier le numérique et de le faire rentrer dans tous les cabinets.

Mise en forme canalaire et retraitement endodontique

Thierry Lachkar

Travaux pratiques
Système One Curve® et Remover®

Découverte des forêts Densah®

Franck Zerah

Une formation pratique pour répondre à 3 questions :
• Quand forer ? Quand condenser ?
• L'utilisation des forêts Densah® augmente-t-elle réellement le taux d'ostéo-intégration des implants ?
• Quels protocoles chirurgicaux adopter lorsque l'on utilise les forêts Densah® ?

NOUVEAU LIEU :

Pavillon Etoile Presbourg
12 Rue de Presbourg • 75116 Paris

TARIFS :

Membres : gratuit si à jour de cotisation
Non membres : 180 € avant le 1^{er} septembre, sinon 250 €

INSCRIPTIONS AUPRÈS DE CATHERINE :
alphaomegaparis@gmail.com



Une femme à la tête de l'Académie

Anne Claisse-Crinquette, nouvelle Présidente de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire, a accepté de répondre aux questions de Michèle Albou

AONews. Anne Claisse-Crinquette, au nom d'AONews et de nos lecteurs, je tiens tout d'abord à vous féliciter !

Que ressent-on quand on est nommée au poste de Président de L'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire par ses pairs ?

Anne Claisse-Crinquette. La Bruyère disait que *la fausse modestie est le dernier raffinement de la vanité*. Alors, je ne vais pas jouer la coquette, et avouer que c'est un honneur et une fierté que de se voir proposer cette fonction.

On peut penser que c'est seulement une opportunité, mais en vérité, le parcours est long pour arriver à la présidence et c'est un peu une suite logique des choses lorsque vous vous investissez dans l'Institution. Durant une dizaine d'années vous apprenez les rouages de l'Académie et vous travaillez dans les commissions en tant que membre associé national puis comme titulaire. Vous pouvez alors être présente pour rejoindre le Conseil d'Administration où votre implication et vos responsabilités décuplent. Enfin, un jour vos pairs vous sollicitent pour assurer la fonction présidentielle. Il s'agit d'abord d'assumer la charge de vice-président, qui conduit statutairement à la présidence, après accord du Conseil d'Administration puis acceptation par vote de l'Assemblée générale. On a donc le temps de se faire à l'idée d'être un jour Président de L'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire et de se préparer à cette responsabilité qui ne s'improvise pas.

AON. Vous êtes si légitime par votre parcours pour honorer ce poste. Quels sont vos projets, Comment envisagez-vous marquer votre présidence ?

A.C.C. Chaque année la roue tourne et tout en étant dans une certaine continuité, les diverses présidences sont marquées par la personnalité et la sensibilité de chacun.

Pour ma part, je trouve que l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire a un savoir-faire certain mais elle pâtit d'un manque faire savoir. Elle est trop discrète, mal connue et manque de reconnaissance comme de modernité. Mon premier projet durant cette courte année sera de faire rayonner notre institution auprès des organismes de santé, des autres académies, des pouvoirs publics et de nos propres collègues en utilisant tous les moyens et supports disponibles. Mon ambition est aussi de moderniser notre Institution et notamment son règlement intérieur qui s'avère trop souvent inadapté à l'évolution du monde actuel et qui freine notre progression.

Une partie importante de notre activité est rassemblée au sein de commissions. Toutes travaillent sur des projets, des sujets ou publient des rapports qui impliquent et impactent notre profession. Je souhaite que leur travail ne demeure pas confidentiel mais qu'il soit diffusé et valorisé.

La reconnaissance de l'Académie par les pouvoirs publics est acquise. Elle se manifeste par sa qualification de *nationale* qui signe une distinction valorisante parmi d'autres institutions simplement académiques. Nous sommes donc partenaire de l'Etat qui définit attributions et objectifs, mais cela implique le respect de règles rigides et fragiles. Cette qualité peut en effet nous être retirée unilatéralement.

C'est là incontestablement une distinction attribuée au mérite que l'on doit honorer par nos différentes activités. Même si l'Académie n'a pas vocation à la formation post-universitaire elle a le devoir de

faire connaître aux futurs confrères son éthique et le résultat de ses réflexions.

AON. Une année de présidence, n'est-ce pas trop court pour mettre en œuvre de nouveaux projets et les voir aboutir. Pensez-vous pouvoir faire bouger les choses ?

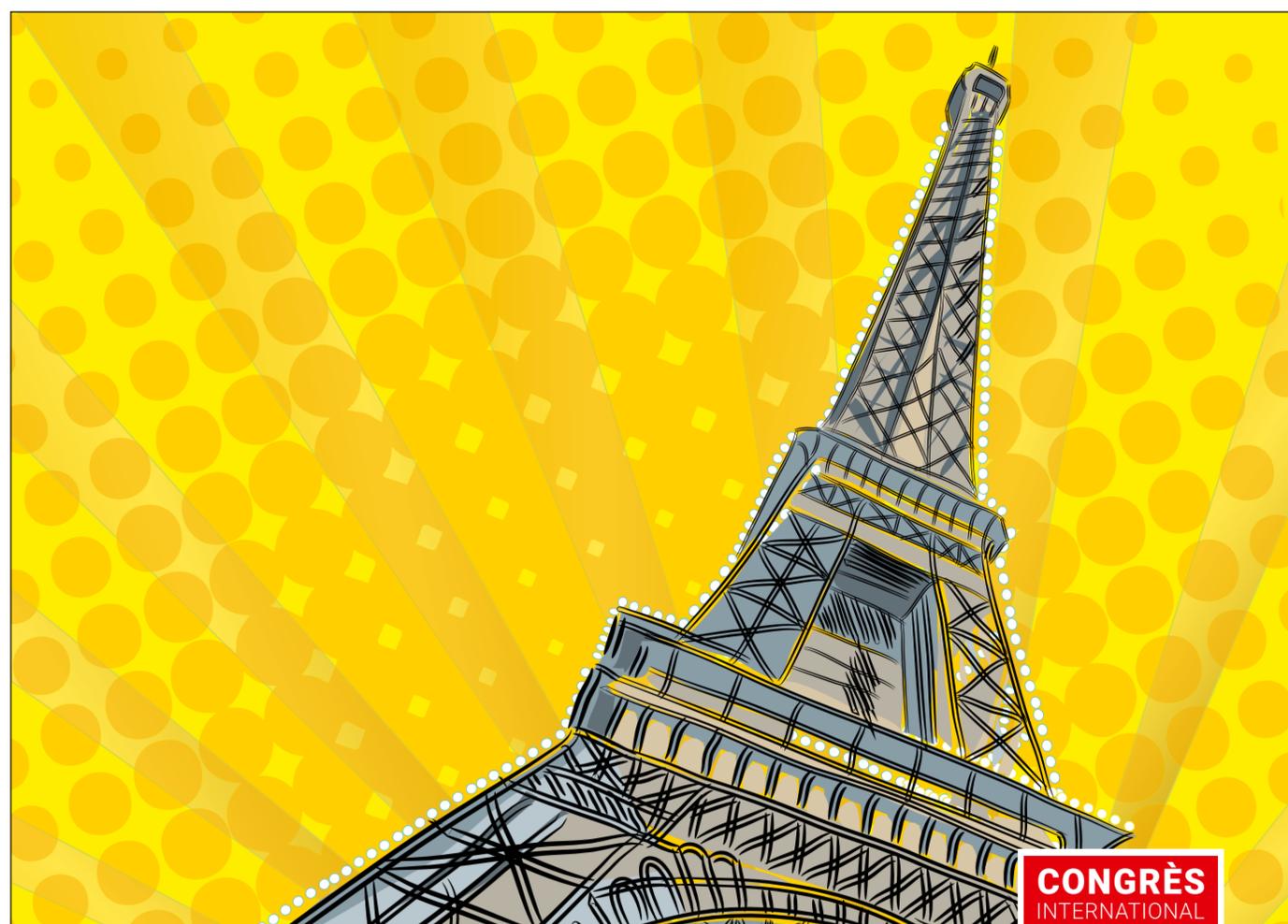
A.C.C. Une année, c'est effectivement beaucoup trop court pour faire changer fondamentalement les règles mais c'est statutaire donc non modifiable dans l'état actuel des choses. Heureusement le fonctionnement de L'Académie permet normalement de travailler sur trois années successives. En effet, en principe, le vice-président travaille de concert avec le président afin de préparer sa présidence

alors que le past-président les accompagne et les fait bénéficier de son expérience. Malgré cette organisation, le temps est compté et il est souvent difficile de concrétiser tous les projets et malheureusement encore davantage dans la période troublée que nous traversons.

AON. Dans votre vie professionnelle, quelle situation vous a semblé plus difficile à gérer : votre exercice privé, votre longue ac-

tivité d'enseignante hospitalo-universitaire et post-universitaire ou les missions d'expertises ?

A.C.C. J'ai adoré mon exercice privé. La confiance, la complicité, les rencontres et le suivi que j'ai pu avoir avec mes patients durant tant d'années m'ont apporté beaucoup de bonheur. Par ailleurs, être confrontée à la diversité d'une patientèle procure un enrichissement personnel et rend plus tolérant. Enfin, prendre en charge



**CONGRÈS
INTERNATIONAL
ADF
23-27 NOVEMBRE
2021**

**PROGRAMME SCIENTIFIQUE - EXPOSITION -
RENCONTRES ENTRE PROFESSIONNELS**

VENEZ PRENDRE DE LA HAUTEUR À PARIS !

Paris revit ! Ses monuments, son art de vivre et son Congrès de l'ADF. Avec le nouveau programme scientifique et l'exposition, venez acquérir de nouvelles connaissances et découvrir 350 exposants représentant toutes les professions du secteur dentaire, à l'occasion de moments chaleureux et conviviaux.

L'innovation est au rendez-vous et l'ennui est proscrit. **De nouveaux formats** plus dynamiques et participatifs ont été imaginés. Vous serez les actrices et les acteurs de vos formations. Choisissez vite vos séances.

www.adfcongres.com - 01 58 22 17 10



photo - Crédit photo : Gettyimages

un patient est un défi permanent que j'ai toujours aimé relever. En vérité, cette part de mon activité a été facile à assumer car j'ai eu la chance de toujours conserver enthousiasme et passion pour mon métier. Je le souhaite à tous les praticiens...

Mes activités hospitalo-universitaires et post-universitaires m'ont également comblée. Elles ont été très complémentaires et indissociables de mon exercice privé qui a forgé mon expérience clinique. Notre profession est scientifique et basée sur la preuve mais elle ne peut pas s'affranchir de la main, prolongement de notre cerveau. L'expérience, née de l'observation et de la réflexion permet d'enseigner la répétition du geste, celui qui devient habileté. Transmettre mes connaissances, expliquer, montrer et voir progresser les étudiants ou les confrères a été particulièrement satisfaisant. Enrichissant aussi car il faut chaque jour se remettre

en question pour progresser. Ce n'est pas toujours évident et cela demande beaucoup d'énergie !... Mais c'est fantastique de donner et de recevoir en retour.

On a donc le temps de se faire à l'idée d'être un jour Président de L'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire et de se préparer à cette responsabilité qui ne s'improvise pas

Quant aux missions expertales, elles m'ont permis de découvrir un aspect de la nature humaine face aux situations conflictuelles et m'ont donné d'être confrontée avec le monde juridique qui fonctionne d'une façon tellement différente de la nôtre ! La gymnastique intellectuelle et la psychologie qu'elles nécessitent sont très stimulantes et formatrices. Cependant la perception des

choses varie beaucoup d'une personne à l'autre, qu'elle soit experte, victime ou plaignante. Face aux décisions à prendre, malgré l'aspect factuel et objectif d'une analyse, le doute peut cependant s'installer et l'on se retrouve parfois bien seule lors de la rédaction de son rapport. Heureusement, la

concertation entre experts prend alors toute son importance et sa justification.

Finalement, pour répondre plus précisément à votre question, les différents axes de ma vie professionnelle m'ont donné beaucoup de satisfactions et pris séparément, je dois dire qu'ils ne m'ont pas posé de problème particulier dans leur gestion. C'est le cumul des charges qui constitue une difficulté et je dois reconnaître que j'ai passé ma vie à courir après le temps. En revanche, je n'ai pas eu le temps de m'ennuyer !

Je trouve que l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire a un savoir-faire certain mais elle pâtit d'un manque faire savoir

AON. Pour finir, auriez-vous une ou deux anecdotes en relation avec votre vie de chirurgien-dentiste à partager avec nos lecteurs ?

A.C.C. La première c'est l'histoire d'une vocation, la mienne. J'ai 10 ans, je croise la route de Didier, un prothésiste dentaire qui m'explique que *faire*

une couronne ou un bridge c'est comme faire un bijou ou un objet d'art. Devant mon air effaré, il me met dans les mains un morceau de cire et me dit de sculpter un objet qui sera coulé dans la foulée. Je rentre donc chez moi le soir avec mon trophée et claironne à qui veut l'entendre que je ferai beaux-arts ou dentaire. Cette idée ne m'a alors plus quittée et envers et contre tous j'ai réalisé mon rêve d'enfant... Je ne l'ai jamais regretté.

La seconde anecdote personnelle, ironie du sort, vous concerne indirectement. Elle remonte à juin 1980.

J'étais au tout début de ma carrière et mon maître le Professeur Jean Marie Laurichesse me propose de faire une conférence à l'ANEPOC sur *Le diagnostic anatomique radiologique en endodontie*. Rien qu'à cette idée, j'étais déjà stressée mais lorsqu'il m'a annoncé que je partagerai mon temps de parole avec le Professeur Jean-Paul Albou, votre époux, et que je devais le rencontrer pour finaliser la conférence, de stressée, je devins paniquée !

Pour autant, Je n'ai pas eu le choix. Imaginez-moi, jeune enseignante débutante tétanisée, obligée de me rapprocher d'une telle personnalité reconnue, pour lui présenter mon intervention. Tout de suite, j'ai pu mesurer mon erreur de discernement devant cette situation car je me souviens encore de l'accueil chaleureux qu'il m'a réservé et de ses encouragements. Finalement, une très belle rencontre !

AON. Merci beaucoup et encore toutes nos félicitations pour cette nomination !!

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 Ila. Juillet 2021.

Prochains événements de l'Académie

- **Mercredi 13 octobre, séance de travail**
Conférence de S. Simon et N. Pradelle
État actuel des connaissances sur les pathologies pulpaires, la biocompatibilité des matériaux et leurs interfaces avec les tissus dentaires et les autres matériaux
Remise des épitoges et des prix 2020 puis séances des nouveaux membres
- **Lundi 22 novembre à 17 h, séance solennelle**
Remise des épitoges et des prix 2021 puis conférences
Une pandémie révélatrice de l'Humain. Un humain révélateur d'une pandémie

Propos recueillis par
Michèle Albou





À la veille des des Entretiens de Garancière, AONEWS a rencontré le Pr Bernard Picard

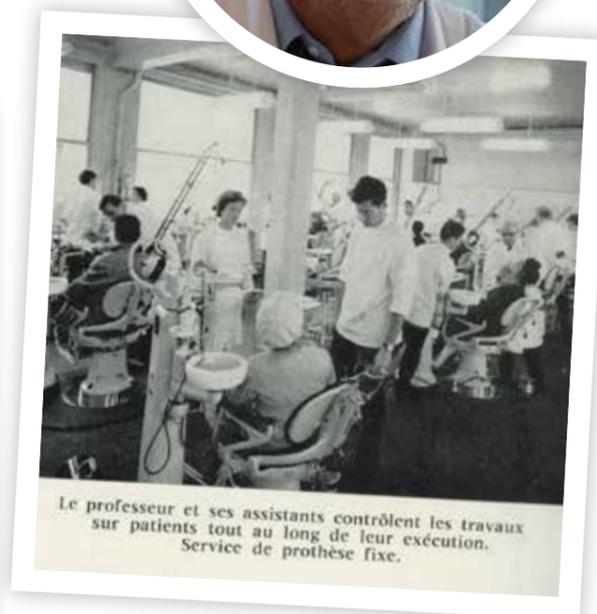
Président de l'Association Universitaire d'Odontologie Garancière (AUOG)



son clinique et un interrogatoire dirigé, le professeur expose le pourquoi de son diagnostic et de la thérapeutique.



Ecole Odontologique de Paris



Le professeur et ses assistants contrôlent les travaux sur patients tout au long de leur exécution. Service de prothèse fixe.

AONews. Bernard Picard, vous présidez l'AUOG depuis 2010, rappelez-nous quels étaient les fondements de cette institution ?

Bernard Picard. Cette association créée en 1882 est reconnue d'utilité publique depuis 1892, et a acquis les locaux de Garancière. Elle avait pour but de former les chirurgiens-dentistes et de leur délivrer un Diplôme d'Etat, sous l'égide de la Faculté de Médecine de Paris, en passant par différentes étapes dont les Ecoles Nationales de Chirurgie Dentaire et ce jusqu'en 1974, soit pendant plus de 90 ans.

En 1974, elle a fait don du terrain et du bâtiment du 5 rue Garancière, dont elle était propriétaire, à l'Etat (Ministère de l'Éducation Nationale) pour la création de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université PARIS VII sous certaines conditions :

- que ces locaux restent dédiés à la formation des Chirurgiens-Dentistes,
- que l'AUOG (à l'époque AEO) puisse y avoir des bureaux et y assurer des enseignements de formation continue. Ainsi **Les Entretiens de Garancière** ont été créés en 1972 par **Jean-Pierre**

Chairay † et **Simon Hirsh**, et nous organisons cette année la 46^e édition.

Voici donc résumé cet historique, dont ceux qui sont intéressés peuvent en découvrir plus sur www.auog.fr (Accueil / son histoire).

AON. Les prochains Entretiens de Garancière vont débiter le 22 septembre. Quels sont les temps forts et les nouveautés que vous souhaiteriez mettre en valeur ?

B. P. L'équipe des *Entretiens de Garancière*, managée par sa directrice **Catherine Mezgouez-Menez**, son responsable scientifique **Franck Levavasseur** et son comité scientifique, a respecté les particularités qui ont fait son succès (TP, démonstrations cliniques sur patients...). Et ceci dans une ambiance de convivialité, une proximité avec les conférenciers, en privilégiant, comme l'a précisé Catherine dans son éditorial, le partage

Ainsi Les Entretiens de Garancière ont été créés en 1972 par Jean-Pierre Chairay † et Simon Hirsh

d'expériences et d'expertise avec des conférenciers hospitalo-universitaires ou libéraux de renom.

AON. Revenons sur cette année particulière... comment s'est déroulé l'enseignement à Paris 7 ?

B.P. Je ne suis plus en charge de la formation initiale universitaire ni hospitalière, mais je peux vous transmettre les informations émanant de mes collègues.

L'année universitaire, si elle a été compliquée sur le plan organisationnel par les mesures sanitaires, en particulier de distanciation obligeant à une réorganisation des emplois du temps, a pu, grâce aux efforts de tous, se dérouler conformément aux programmes théoriques, pratiques et cliniques.

Les travaux pratiques ont eu lieu en distanciation, sans problème dans les grandes salles ou dédoublées dans le cas de salles plus petites. Les Cliniques ont fonctionné normalement, en supprimant les binômes (comme en pédo) ; les actes

nécessaires aux validations ont été effectués. Seuls les cours n'ont eu lieu qu'en distanciel.

Les examens écrits se sont déroulés en présentiel, mais par rédaction informatique sur le site sécurisé de l'Université qui avait prévu cette option.

En final, toutes les validations par jurys se sont effectuées dans le respect des programmes universitaires, au prix d'un effort d'organisation important.

AON. Avec la fusion de Paris 7 et de Paris 5, beaucoup de points suscitent un grand nombre d'interrogations. Avez-vous des informations de dernière minute à nous donner ?

B.P. La fusion, d'une part des deux Universités, et d'autre part des deux Facultés d'Odontologie (UFR), s'avèrent des opérations longues et très complexes. En quelques mots, en essayant d'être précis et concis, voici un petit résumé de la situation.

La fusion des Universités de Paris 5 et Paris 7 s'est faite en janvier 2020 pour former l'Université de Paris qui a pour présidente le Pr Christine Clericy. Cette Université de Paris comprend : une Faculté de santé, une Faculté Société et Humanité constituée

Les points forts à retenir

La journée de conférences courtes et Master-class organisée par **Patrick Missika** et **Philippe Monsénégo** qui traite de thématiques pratiques.

Les démonstrations cliniques télévisées :

- Sur *les facettes céramiques en live* avec **Pascal Zyman** ;
- À l'Hôpital Rothschild dans le service d'Odontologie Garancière-Rothschild : des interventions de parodontologie par l'équipe du Programme Européen de Parodontologie et dentisterie Implantaire ; *Pose d'implants simples et avec augmentation tissulaire* par la même équipe sous la responsabilité d'**Éric Maujean** ; *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la prothèse implanto-portée* par l'équipe du DU de prothèse implantaire.

Des démonstrations télévisées :

- Sur les nouvelles technologies, pluridisciplinaire, sur la chirurgie plastique parodontale...

Des travaux pratiques... de prothèse, parodontologie, odontologie conservatrice, implantologie...

Des entretiens cliniques... en O.C., odontologie pédiatrique et chirurgie.

Comme vous le voyez un programme extrêmement riche et axé sur la pratique, que vous pouvez consulter sur le site de l'AUOG, onglet *Entretiens de Garancière*.





de 12 UFR ou composantes, et une Faculté des Sciences constituée de 8 UFR ou composantes.

La Faculté de santé a pour Doyen le **Pr Xavier Jeunemaitre**.

Depuis fin juillet 2021, elle comprend 3 composantes : l'UFR de Médecine (qui regroupe les 2 facultés de médecine Paris-Centre et Paris-Nord), l'UFR de Pharmacie, et l'UFR d'Odontologie qui regroupe les UFR de Montrouge et Garancière.

AON. D'une façon pratique, quels changements pour la rue de Garancière, si chère à nombre d'étudiants ?

B.P. L'UFR d'Odontologie unifiée a depuis mi-juillet, un administrateur provisoire qui est candidat au poste de Doyen : Vianney Descroix. Il a donc démissionné de

son poste de chef de service et les élections auront lieu probablement en octobre.

Les étudiants de la prochaine rentrée universitaire seront donc étudiants de la nouvelle Faculté Dentaire (UFR) unifiée, de même pour les enseignants. Les lieux de cours et TP seront, selon les emplois du temps à Garancière ou à Montrouge, en attendant dans quelques années un lieu unifié (campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord qui regroupera toutes les composantes de la faculté de santé, pour l'instant prévu à l'horizon 2030).

Il n'y a plus d'étudiant ou d'enseignant de Garancière ou de Montrouge, ils appartiennent désormais à la nouvelle UFR d'Odontologie de l'Université de Paris

À dater de maintenant, il n'y a plus d'étudiant ou d'enseignant de Garancière ou de Montrouge, ils appartiennent désormais à la nouvelle UFR d'Odontologie de l'Université de Paris.



AON. Y aura-t-il toujours des Entretiens de Garancière à l'avenir ?

B.P. Sans polémique, la réponse est oui ! Quels que soient les accords à venir, nous maintiendrons les Entretiens de Garancière comme se sont maintenus les Entretiens de Bichat, après la fermeture de cet hôpital.

Notre souhait est d'obtenir avec les nouveaux responsables de l'Université une convention pour les actions de formation continue, comme par le passé, en menant une politique d'ouverture avec nos collègues de la Faculté unifiée, issus de Montrouge. Mais la complexité administrative et organisationnelle de cette nouvelle université nous porte à penser que cette nouvelle organisation mettra plus d'un an à se roder.

Dans tous les cas les Entretiens de Garancière perdureront.



Propos recueillis par
Mylène Popiolek



SUNSTAR



BI-DIRECTION

2 NOUVELLES TAILLES
Pour les **ESPACES ÉTROITS** et **LARGES**

LA **GAMME** QUI VA **DONNER ENVIE** À VOS PATIENTS
D'ADOPTER LE **BROSSAGE INTERDENTAIRE**

ISO 0
0,6 mm



NOUVEAU

ISO 1
0,7 mm



2en1



90°

ISO 2
0,9 mm

ISO 3
1,2 mm



ISO 4
1,4 mm



NOUVEAU

- ✓ **ACCÈS FACILITÉ**
AUX ZONES POSTÉRIEURES
- ✓ **+ 25% DE PLAQUE ÉLIMINÉE**
GRÂCE AUX NOUVEAUX BRINS
- ✓ **BRINS IMPRÉGNÉS DE CHLORHEXIDINE**
POUR UNE MEILLEURE HYGIÈNE
- ✓ **TORON RECOUVERT DE NYLON**
POUR PLUS DE CONFORT À L'UTILISATION
- ✓ **MANCHE BI-MATIÈRE**
POUR UNE MEILLEURE ERGONOMIE



Professional.SunstarGUM.fr

Pour toute commande, contactez **SUNSTAR France**
105 rue Jules Guesde - 92300 LEVALLOIS-PERRET
commandesdentiste@fr.sunstar.com
Tél : 01 41 06 64 64 - Fax : 01 41 06 64 65



The Indirect bonded stuff: find your way into the jungle!*

Romane Touati

Depuis plusieurs années au Studio Dentaire**, nous invitons des conférenciers de renommée internationale pour animer des journées de formation en très petit comité, dans un cadre intime et convivial, où seulement 9 praticiens sont présents. Après la venue de **Livio Yoshinaga** (2015), **Stéphane Browet** (2016) et **Jacques Charon** (2017), nous avons eu la chance de recevoir pour la 3^e fois **David Gerdolle** pour un cours quasi particulier de 2 jours intenses sur les restaurations collées indirectes antérieures et postérieures.

David Gerdolle est diplômé de la faculté de Nancy depuis 1993 où il fut enseignant jusqu'en 2005. Après de nombreux diplômes postuniversitaires nationaux et internationaux, il s'est imposé comme un conférencier de premier plan dans le domaine de la dentisterie adhésive et minimalement invasive. Il est aujourd'hui membre du groupe Bio Emulation dont le but est de promouvoir une dentisterie restauratrice qui imite la nature. David a publié de nombreux articles dans des revues nationales et internationales sur les sujets de dentisterie adhésive et biomimétique. Il exerce aujourd'hui dans une clinique privée à Montreux.

Ces deux journées de formation avaient pour thème *The Indirect bonded stuff: find your way into the jungle!*, vaste programme ! L'objectif de ce cours était de comprendre les impératifs mécaniques et biologiques de ce type de restaurations et de faire le point sur les techniques modernes de préparations et d'assemblage des restaurations indirectes collées.

La première journée fut consacrée aux inlays, onlays et overlays. David a insisté sur l'importance de réaliser des préparations aux anatomies simples, avec des angles très doux et arrondis, éviter des facteurs de configuration importants qui entraînent du stress lors de la polymérisation et éviter des différences d'épaisseur trop importantes qui fragilisent la pièce prothétique.

TIPS de David Gerdolle pour les préparations d'inlays/onlays :

- mettre du CVI sur la biodentine pour avoir un substrat dur,
- ne pas appliquer le primer sur la pulpe car ça va entraîner un saignement,
- éviter de faire des onlays avec des sillons très dessinés,
- utilisation de lumière fluorescente pour enlever les excès de colle,
- photopolymériser sous air puis eau pour une surchauffe de la pulpe,
- réaliser le matricage avant la dépose de l'amalgame pour assurer un bon serti de la matrice,
- éliminer les excès par côté avec un pinceau et du modelling liquid,
- préférer la finition à la lame 12 plutôt qu'avec une fraise pour éviter de dépolir la surface de la dent.

La deuxième journée était, elle, consacrée aux restaurations indirectes antérieures collées et aux nouvelles techniques de composites pressés. David nous a montré comment réaliser l'analyse esthétique grâce à deux photos calibrées du patient bouche entre-ouverte, avec et sans écarteur. Il nous a ensuite décrit les 3 points clés de l'analyse esthétique :

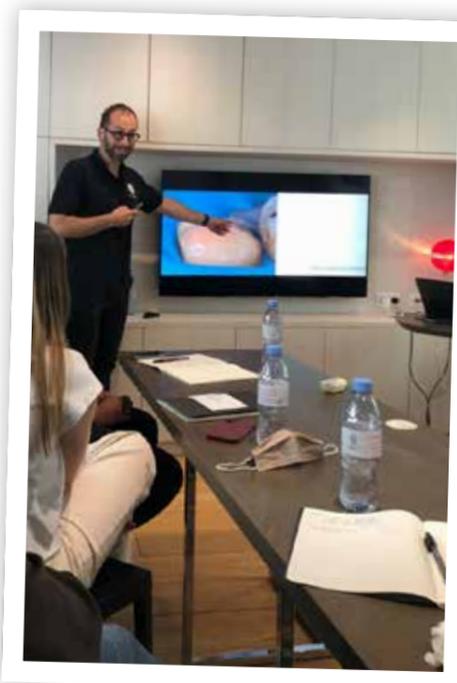
- position de la ligne inter-incisive perpendiculaire à la ligne bi-pupillaire,

- position des bords libres grâce à l'analyse phonétique,
- proportion des incisives centrales entre 75 % et 85 %.

Grâce à cette analyse, le prothésiste pourra ensuite réaliser le wax-up que l'on utilisera pour le mock-up. Depuis quelques années, David réalise de plus en plus souvent des mock-ups « longue durée » à l'aide de composites de haute viscosité pressés. Grâce à une clé transparente très rigide et une lampe à photopolymériser de grande puissance, il réalise des composites pressés antérieurs à la place de facettes pour améliorer le sourire de ses patients.

TIPS de David Gerdolle pour réaliser les composites pressés :

- éliminer un peu de matière au niveau des collets sur le plâtre pour que la clé s'adapte mieux lors de l'insertion,
- utiliser plusieurs clés car lors de l'insertion et de la désinsertion la clé s'abîme et est moins précise,
- demander au prothésiste de faire une finition de cire très fine au niveau du collet.



AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

La nouvelle génération. Les systèmes d'aspiration Tyscor.



50%
D'ÉCONOMIES
D'ÉNERGIE
POTENTIELLES*

- Réduction du poids jusqu'à 50 %
- Plug & play / 230 V, aucun courant triphasé n'est nécessaire
- Sécurité de fonctionnement avec deux niveaux d'aspiration (Tyscor VS 4)

L'énergie ! Notre nouvelle génération de systèmes d'aspiration est arrivée. Encore mieux : économie d'énergie, fiabilité et possibilité d'évolution. Les nouveaux systèmes d'aspiration Tyscor VS avec la technologie radiale innovante permettra de faire entrer les cabinets dentaires dans une nouvelle dimension d'efficacité et de performance. **Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.duerrdental.com ou nous contacter au 01.55.69.11.61.**

*Mesuré de manière indépendante par l'Institut Fraunhofer sur Tyscor VS 2 en 7/2014
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.

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



Champ opératoire avant la préparation de la 46



Préparation pour overlay de la 46 en vue vestibulaire



Préparation pour overlay de la 46 en vue occlusale



Pièce collée en vue vestibulaire

XDENT®

Le Logiciel du Cabinet Dentaire

Le meilleur de la technologie logicielle au service de votre cabinet dentaire

Pour Mac, PC, Tablettes, Smartphones, en Local, en Ligne ou Mixte

À vos agendas :

- David reviendra prochainement au Studio Dentaire pour un TP d'une journée sur les composites pressés.
- Son cours de deux jours est déjà reconduit le 9 et 10 juin 2022 et il reste quelques places !

* Trouver son chemin dans la jungle des restaurations indirectes collées.

** Le studio dentaire est le cabinet dentaire des docteurs Hervé Touati, Gökhan Yilmaz et Romane Touati. Il est situé à Lyon et accueille plusieurs fois par an des Masterclass.

Ne manquez pas les prochains événements du Studio Dentaire !
herve.touati@lestudiodentaire.fr

Évaluation clinique à 36 mois de deux résines composite de type « bulk-fill » à haute viscosité à usage postérieur utilisée chez une population caractérisée par une incidence carieuse élevée : résultats intermédiaires d'un essai clinique randomisé

Thirty-six-month clinical evaluation of posterior high-viscosity bulk-fill resin composite restorations in a high caries incidence population: interim results of a randomized clinical trial

Márcia de Almeida Durão, Ana Karina Maciel de Andrade, Amanda Maciel do Prado, Sirley Raiane Mamede Veloso, Lynn Morena Tavares Maciel, Marcos Antônio Japiassú Resende Montes, Gabriela Queiroz de Melo Monteiro
Clinical Oral Investigations (2021): <https://doi.org/1007/s00784-021-03921-9>

Cette étude a comparé les performances cliniques de deux résines composites de type « bulk-fill » à celles d'une résine composite dite « conventionnelle » chez une population à haut risque carieux. 138 cavités de classes I et II ont été restaurées sur 46 patients (22 hommes et 24 femmes) sous digue et réparties en 3 groupes (46 cavités par groupe expérimental) en utilisant 3 matériaux différents : **Tetric EvoCeram Bulk Fill®** (Ivoclar Vivadent), **Filtek BulkFill®** et **Filtek Z250 XT® 3M**. Le système adhésif utilisé avec les 3 résines a été un système auto-mordantant (**Clearfil SE Bond®**, Kuraray). Pour les cavités d'une profondeur supérieure à 4 millimètres un fond de cavité (**Vitrebond®**, 3M) a été utilisé avant la mise en place de la résine composite.

Les observations cliniques ont été réalisées par un seul opérateur selon une procédure en aveugle une semaine, 12 mois et 36 mois après la mise en place des résines.

Les évaluations cliniques ont été réalisées en utilisant les critères proposés soit par la **F.D.I.** soit par l'**United States Public Health Service** (avec les critères modifiés).

Pour la F.D.I. il s'agit des **critères fonctionnels** (fracture, rétention, adaptation marginale, usure, contour occlusal, forme anatomique proximale-point de contact et contour de la cavité, appréciation personnelle du patient), des **critères esthétiques** (rugosité/brillance de surface, colorations de surface et marginale, correspondance de la couleur et de la translucidité, conservation de la forme anatomique), des **critères biologiques** (sensibilités post-opératoires et vitalité pulpaire, apparition de lésions carieuses secondaires, intégrité de la dent, état de la muqueuse adjacente au matériau) et des **niveaux d'appréciation** pour chaque critère proposant **5 niveaux de scores** : les scores 1 et 2 représentent le plus haut degré d'acceptation clinique ; le score 3 correspond à un niveau de restaurations acceptables cliniquement associé avec quelques défauts mineurs ; le score 4 correspond à un niveau de restaurations non acceptables au niveau clinique mais qui peuvent être réparées ; le niveau 5 correspond à des restaurations qui doivent être impérativement remplacées.

Synchronizing Healthcare •



Vous découvrirez prochainement notre tout nouveau logiciel XDENT dédié au cabinet dentaire. Dernier-né de l'expertise de CompuGroup Medical, il bénéficie également d'une longue expérience dans le dentaire, à vos côtés.

Quel que soit votre équipement actuel, et sans engagement de votre part, rejoignez dès à présent notre programme Bêta-Testeur XDENT et partagez votre expérience utilisateur. Vous êtes praticien(ne), collaborateur(trice), étudiant(e), assistant(e), n'hésitez plus !

CompuGroup Medical est l'un des leaders mondiaux de la e-santé. Ses logiciels sont conçus pour accompagner toutes les activités médicales et organisationnelles dans les cabinets médicaux, les pharmacies, les laboratoires et les hôpitaux. Ses systèmes d'information, destinés à tous les acteurs impliqués dans le système de santé, et ses dossiers patients en ligne contribuent à un système de santé plus sûr et plus efficace. Les services de CompuGroup Medical reposent sur une base client unique de plus de 1,6 million de professionnels composée de médecins, dentistes, pharmacies et autres fournisseurs de services au sein des établissements de soins ambulatoires et hospitaliers. Présent dans 18 pays et distribué dans plus de 56 pays à travers le monde, CompuGroup Medical est la société e-santé avec l'une des meilleures couvertures parmi les fournisseurs de services e-santé. En France, CGM développe notamment les marques AxiSanté, HelloDoc, VEGA et CLICKDOC.

01 84 80 23 53

info.xdent.fr@cgm.com

cgm.com/fr



03/2021 | 1 | FR | Annonce XDENT | SAS au capital de 100 000 € | RCS Montpellier 345 098 495 | Document et visuels non contractuels. CompuGroup Medical Solutions | 40, Av. Théophraste de Bérulot | CS 59975 | 34967 Montpellier cedex 2 | Synchronisons le monde de la Santé



Évaluation clinique comparative à 6 ans de restaurations réalisées avec une résine composite de type « bulk-fill » et une résine composite nano-chargée

Six-year clinical evaluation of bulk-fill and nanofill resin composite restorations.

Yazici A.R., Kutuk Z.B., Ergin E., Karahan S., Antonson S.A. • Clinical Oral Investigations (2021): <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04015-2>

Le but de cette étude a été de comparer entre elles les performances cliniques d'une résine composite de type « bulk-fill » (**Tetric EvoCeram Bulk Fill**® associé à l'adhésif **Excite F**®, Ivoclar Vivadent) et d'une résine composite micro-hybride nano-chargée (**Filtek Ultimate**® associé à l'adhésif **Adper Single Bond 2**®, 3M). 104 restaurations de classe II ont été réalisées sur des prémolaires et des molaires de 50 patients (24 hommes et 26 femmes) par deux opérateurs expérimentés en utilisant un champ opératoire. Au terme de différentes périodes (la date initiale de référence de la mise en place des résines et ensuite toutes les années jusqu'à 6 ans après l'obturation des cavités), les observations ont été réalisées par deux opérateurs différents distincts de ceux qui avaient réalisé les reconstitutions en utilisant les 4 critères modifiés proposés par l'U.S.P.H.S. (adaptation marginale, décoloration marginale, correspondance colorimétrique, texture de surface) et les scores quantitatifs Alpha et Bravo pour différencier chacun d'entre eux (le score Alpha étant meilleur que le score Bravo). Les tests statistiques adaptés au protocole expérimental ont été utilisés pour traiter les résultats obtenus (tests dits du Chi-square et de Cochran Q).

Résultats : Seulement 66 restaurations ont été analysées sur 33 patients après 6 années. Seule une restauration du **Filtek Ultimate**® a été perdue après 5 années.

Au terme de la période de 6 années les **décolorations marginales** ont été observées pour 9,1 % des restaurations réalisées avec le **Tetric EvoCeram Bulk Fill**® contre 36,4 % des restaurations réalisées avec le **Filtek Ultimate**® (différence statistiquement significative entre les deux matériaux). Le groupe du **Filtek Ultimate**® a présenté une augmentation statistiquement significative de ces décolorations marginales au terme des 6 années de l'étude. **L'adaptation marginale** a été de grade Bravo pour 9,1 % des restaurations réalisées avec le **Tetric EvoCeram Bulk Fill**® contre 24,2 % pour les restaurations réalisées avec le **Filtek Ultimate**® (aucune différence statistiquement significative entre les deux matériaux). Toutefois avec le temps l'adaptation marginale se dégrade (différence statistiquement significative pour les deux matériaux). Quant aux autres critères d'évaluation ils ont été identiques entre les deux matériaux (différences relevées non statistiquement significatives).

Conclusions : La résine composite de type bulk-fill se comporte d'une façon plus performante au niveau des décolorations marginales que la résine nano-chargée. Pour la totalité des autres critères d'évaluation les performances des deux matériaux sont identiques au terme d'une période de 6 années d'observations.

Implications cliniques : La résine composite de type bulk-fill peut être considérée comme une alternative plus efficace en termes de décoloration marginale par rapport à l'utilisation d'une résine composite qui nécessite une procédure de stratification dans la restauration des cavités de classe II des prémolaires et des molaires.



Performance clinique comparative d'un ciment au verre ionomère à haute viscosité et d'une résine composite utilisés pour la restauration de cavités occlusales à minima sans l'utilisation d'une digue en caoutchouc : résultats à deux ans d'une étude randomisée réalisée selon une procédure dite split mouth

Clinical performance of high-viscosity glass ionomer and resin composite on minimally invasive occlusal restorations performed without rubber-dam isolation : a two-year randomised split-mouth study.

Hattirli H., Yasa B., Çelik E.U. • Clinical Oral Investigations (2021): <https://doi.org/10.1007/s00784-021-03857-0>

Le but de cette **étude clinique comparative** a été d'évaluer les performances à deux ans d'un ciment au verre-ionomère à haute viscosité et d'une résine composite nano-hybride réalisés sans l'utilisation d'une digue. Des lésions carieuses localisées sur les faces occlusales des deuxième molaires mandibulaires ont été sélectionnées sur 56 patients (26 femmes et 30 hommes). Elles ont été restaurées selon une procédure clinique dite de split mouth. Un ciment au verre ionomère de haute viscosité (**EquiaFil**®, GC) et une résine composite nano-hybride (**GrandISO**®, Voco) ont été utilisés. L'application d'une solution d'acide polyacrylique à 20 % (**Cavity Conditioner**®, GC) a précédé l'application du ciment au verre ionomère, tandis qu'un adhésif auto-mordant (**Clearfil SE Bond**®, Kuraray) a été associé à la résine composite. Une couche de vernis (**EQUIA Coat**®, GC) a été appliquée sur la surface des ciments au verre ionomère pour les protéger. Toutes les cavités ont été réalisées par un seul et même opérateur expérimenté en utilisant seulement des rouleaux de coton et une pompe à salive pour protéger le site opératoire. Les évaluations cliniques ont été réalisées par deux observateurs différents en utilisant les critères d'observation proposés par la FDI : **critères**

fonctionnels (fracture, rétention, adaptation marginale, usure), critères esthétiques (rugosité/brillance de surface, coloration de surface, colorations marginales, conservation de la forme anatomique), **critères biologiques** (sensibilité post-opératoire, apparition de lésions carieuses secondaires). Des niveaux d'appréciation pour chaque critère proposant **5 niveaux de scores** : les scores 1 et 2 représentent le plus haut degré d'acceptation clinique ; le score 3 correspond à un niveau de restaurations acceptables cliniquement associé avec quelques défauts mineurs ; le score 4 correspond à un niveau de restaurations non acceptables au niveau clinique mais qui peuvent être réparées ; le niveau 5 correspond à des restaurations qui doivent être impérativement remplacées. Les tests statistiques adaptés au protocole expérimental ont été utilisés pour traiter les résultats obtenus (test d'analyse de la variance de Friedman et test de Mann-Whitney U).

Résultats : Après deux années de vieillissement, le taux de succès du ciment au verre ionomère est de 96 % et celui de la résine composite est de 100 %. Les ciments au verre ionomère présentent des décolorations marginales faibles ainsi qu'une usure de surface plus importante et

une perte de la forme anatomique initiale plus importantes que les résines composites (différences statistiquement significatives pour ces différents critères entre les deux familles de matériaux). Les résines composites présentent une meilleure brillance de surface au terme de deux années de vieillissement (différence statistiquement significative avec les ciments au verre ionomère).

Conclusions et implications cliniques : Les performances cliniques à deux ans peuvent être considérées comme identiques entre les deux matériaux utilisés pour la restauration de cavités occlusales de molaires mandibulaires même sans champ opératoire. La contamination salivaire est souvent considérée comme un problème majeur pour la restauration des cavités des dents postérieures. Cette étude montre que le ciment au verre ionomère à haute viscosité peut être considéré comme une alternative de qualité à la résine composite qui est sensible à l'humidité, avec l'avantage d'une application clinique rapide dans de telles situations cliniques.

Inava

TECHNOLOGIE PROFESSIONNELLE

DANS UN MONDE IDÉAL NOS DENTS SERAIENT PLATES !



POUR UN NETTOYAGE DE VOS DENTS À 100%
ADOPTEZ LA 100% ATTITUDE



NOUVELLE GÉNÉRATION DE BROSSETTES INTERDENTAIRES

40% de la surface dentaire se trouve entre les dents : la brosse à dents n'y va pas.

LA SOLUTION ? LA BROSSETTE INTERDENTAIRE



Le + pour une routine 100% efficace

Pierre Fabre ORAL CARE

Pour l'U.S.P.H.S. il s'agit des critères suivants avec pour chacun d'entre eux un classement en **3 valeurs qualitatives** décroissantes en termes de performance clinique Alpha (succès clinique), Bravo (restauration acceptable) et Charlie (échec de la restauration) : **la forme anatomique, l'adaptation marginale, la décoloration marginale, la correspondance colorimétrique, la rugosité de surface, le développement de caries secondaires, les sensibilités post-opératoires.**

Pour pouvoir comparer entre eux les résultats obtenus avec ces différents paramètres cliniques la proposition d'une correspondance entre ces deux modèles d'évaluation clinique a été proposée en utilisant les modèles statistiques dits des valeurs appariées. Ainsi trois groupes d'observations ont été finalement proposés : groupe du succès clinique pour les scores Alpha, 1 et 2 ; groupe des restaurations acceptables cliniquement pour les scores Bravo et 3, et groupe des échecs cliniques pour les scores Charlie, 4 et 5.

Les tests statistiques adaptés au protocole expérimental ont été utilisés pour traiter les résultats obtenus (tests de Friedman et de Wilcoxon pour les données dites appariées).

Résultats : L'index D.M.F.T. (Decayed, Missed, Filled Teeth : dents cariées, absentes et obturées) au début de l'expérience était de 9,44 en moyenne pour toutes les bouches des patients avec une majorité de dents cariées (87 %), des dents absentes (11 %) et des dents obturées (2 %). Après 36 mois 108 restaurations sur les 138 réalisées initialement ont été analysées. Deux échecs ont été observés pour le **Tetric EvoCeram Bulk Fill**® en ce qui concerne l'adaptation marginale et l'apparition de caries secondaires conduisant à un taux de survie de 94,44 % et d'un taux d'échec annuel de 1,26 %. Aucune équivalence entre les deux modèles d'évaluation n'a été observée pour les critères concernant la rugosité de surface, l'adaptation marginale et la décoloration des résines.

Conclusions et implications cliniques : Les performances cliniques à 36 mois des résines composites Bulk Fill de haute viscosité sont comparables à celles d'une résine composite conventionnelle utilisée en technique de stratification dans une population caractérisée par un indice carieux élevé. La correspondance entre les critères proposés par la F.D.I. et l'U.S.P.H.S. a mis en évidence des différences significatives pour l'analyse de la rugosité de surface, de la brillance de surface, de la coloration marginale et de la décoloration marginale.

Les critères de la F.D.I. ont permis d'enregistrer plus de cas de succès clinique que ceux de l'U.S.P.H.S. et sont plus adaptés pour mesurer le succès clinique d'une restauration que ceux de l'U.S.P.H.S. également. L'utilisation de résines composites de type Bulk Fill à haute viscosité peut être considérée comme une méthode alternative simplifiée par rapport à la méthode de restauration par stratification utilisant une résine composite micro-hybride conventionnelle.

Step One

24 juin 2021

Notre ami Joël Itic, pilier de la rédaction depuis 25 ans, a réalisé au mois de juin dernier un rêve qu'il caressait depuis plusieurs années, faire une exposition de ses tableaux les plus récents.

Joël Itic, peint depuis très longtemps, une de ses toiles a d'ailleurs illustré notre magazine il y a quelques années, mais avec ses multiples obligations universitaires, ses conférences et cours de formation, sans oublier la rubrique littéraire de notre revue qu'il anime depuis 3 ou 4 ans, le temps faisait défaut. A la faveur d'une retraite amplement mérité il y a 2 ans, il a mis à profit son temps et son inspiration pour élaborer un travail cohérent avec une quinzaine de toiles où l'abstraction domine. Il

travaille essentiellement la peinture acrylique et grâce à différentes superpositions de couleurs il recherche une vibration et une profondeur susceptibles de porter le spectateur dans une méditation onirique. Il faut croire que l'objectif de cette **Step One (Première Etape)** a atteint son but, les visiteurs étaient très nombreux pour le vernissage.

Parmi eux, naturellement beaucoup de confrères et consœurs, le comité de rédaction dignement représenté, mais aussi plusieurs patients amateurs d'art qui tous se sont montrés enthousiastes et bien plus sereins que lorsque notre confrère était la seringue à la main ! Plutôt les pinceaux que le bistouri m'ont-ils confiés !

Son épouse, Laetitia, elle aussi artiste, photographe en parallèle de son activité dentaire, avait brillamment réalisé la scénographie et le catalogue de l'exposition. Il ne reste plus à notre artiste qu'à se remettre au travail dès la rentrée pour nous préparer la **Step Two** que nous attendons avec impatience.

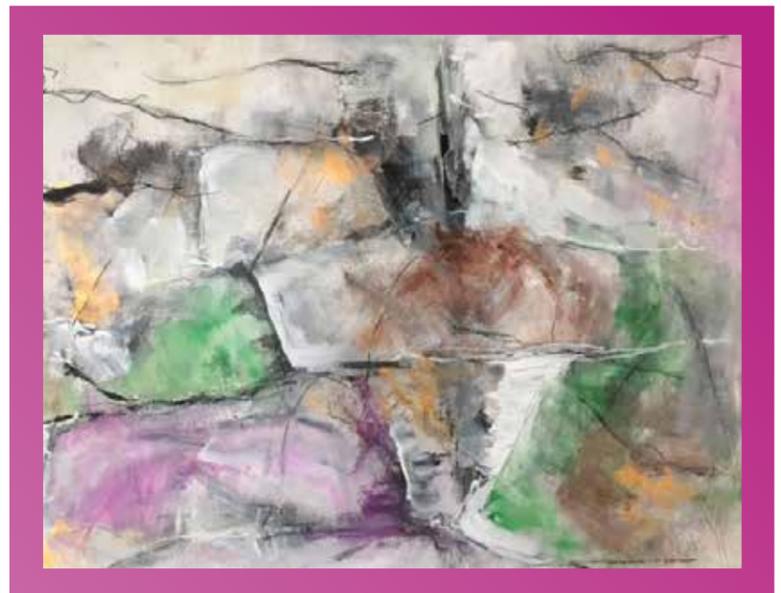
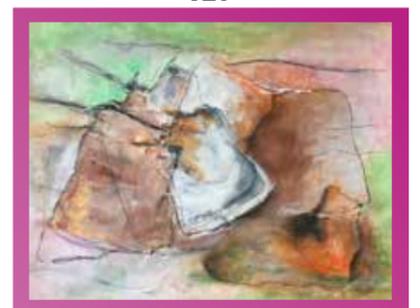


Tableau de l'affiche. Untitled 3. Acrylique, fusain, encre de Chine 50 x 65 cm



Untitled 4. Acrylique, fusain, encre de Chine 50 x 65 cm



Untitled 5. Acrylique, fusain, encre de Chine 50 x 65 cm



Untitled 7. Acrylique, fusain, encre de Chine 80 x 100 cm

OptraGate®

Ecarteur sans latex pour lèvres et joues

DEMANDEZ VOTRE ÉCHANTILLON



Contrôle de l'humidité simplifié

- Une visibilité accrue du champ opératoire
- Des protocoles de traitement précis et efficaces

Esthétique efficace



Isolation



Adhésion



Restauration



Polymérisation

Dispositif médical Classe I/CE0123 fabriqué par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ce dispositif médical ou sur son étiquetage. Ce dispositif médical n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. AD0918

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent SAS

B.P. 118 | 74410 Saint-Jorioz | France | Tel. +33 4 50 88 64 00 | Fax +33 4 50 68 91 52

ivoclar
vivadent®

Pour joindre l'artiste

joel.itic@gmail.com



Les 7 étapes de la progression

En ces temps un peu particuliers, on entend souvent qu'il faut *garder le cap* et c'est ce que nous, chirurgiens-dentistes, essayons de faire. Nous enchaînons les journées de travail de façon automatique, au gré des plannings surchargés, rythmées par les périodes de vacances, sans vraiment avoir d'autre but final que le jour de notre retraite. Bien sûr, par moment, on arrive à prendre un peu de recul sur notre exercice et la vie nous offre même quelques opportunités de progresser. Malheureusement, la plupart du temps on devient spectateur de notre vie, on a la tête *dans le guidon*. Cette expression est assez parlante pour bon nombre d'entre nous puisqu'elle désigne le fait d'être continuellement concentré sur un objectif ou une tâche, débordé par nos occupations.

En bref, on est focalisé sur le court terme, incapable de prendre du recul par rapport à une situation et d'enclencher une quelconque démarche de progression, pourtant source de notre bonheur. Pour cela, il nous faut (re)devenir acteur de notre propre réussite, nous recentrer sur nos objectifs et nos priorités et enfin passer à l'action. Ce n'est pas une question d'argent, de niveau d'étude ou de chance, mais c'est bien le fruit de notre réflexion et de notre engagement dans sa réalisation qui peut nous mener à la réussite de nos projets.

Commençons tout d'abord par comprendre le mécanisme de la progression, composé de 7 étapes.

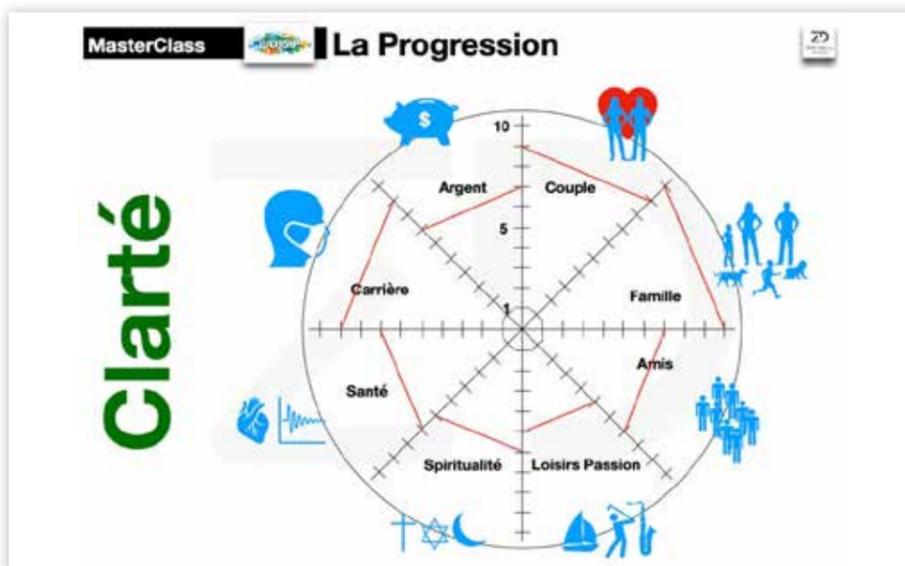
Étape 1, la clarté

Jamais pleinement satisfaits et jamais totalement comblés dans nos vies, nous en voulons toujours plus : dans nos relations, dans nos affaires... dans notre quête du bonheur. Ce bonheur n'est pas un coup du sort réservé à certains chanceux nés sous une bonne étoile, mais le fruit d'un effort permanent et d'une véritable transformation. Pour en prendre conscience, il faut d'abord **faire toute la clarté sur notre vrai soi** : notre vision, nos objectifs, nos forces et nos valeurs, et ainsi connaître notre point de départ. En effet, avant d'enclencher une démarche de progression, il nous faut d'abord faire le constat de notre présent. Comme nous l'avons déjà vu dans un précédent article, ce sont nos actions passées qui font notre présent, et ce sera donc nos actions présentes qui feront notre futur.

Voici un petit exercice pratique.

Commencez par recenser tous les domaines qui composent votre vie et évaluez, pour chaque domaine, votre implication (en attribuant une note sur 10 par exemple). Cette évaluation doit être la plus honnête possible. C'est un rendez-vous que vous prenez avec vous-même afin de mieux vous connaître, car la connaissance de soi nous permet de mettre en adéquation nos aspirations et nos objectifs. Maintenant, inspirez-vous de la figure ci-contre pour dessiner votre propre carte puis prenez le temps d'analyser vos résultats. Il y a peut-être un ou plusieurs domaines sur lesquels vous voudriez vous impliquer davantage et sur lesquels il y a une marge de progression. Ainsi cette mise à plat vous permettra de visualiser l'état de développement de chaque domaine et de choisir le(s) domaine(s) que vous désirez améliorer.

Pour progresser dans la vie et dans nos projets, nous devons connaître les mécanismes conscients et inconscients qui nous poussent à l'action. Nous avons tous la capacité de progresser mais nous nous laissons souvent déborder par les petits tracas



du quotidien, par l'influence négative de personnes pessimistes ou encore par manque de confiance. Faire toute la clarté sur soi, son entourage, ses combats, ses projets, permet de se recentrer sur son essentiel et ses priorités.

Étape 2, les talents

De par notre éducation, notre parcours professionnel et nos expériences passées, notre aptitude à la réalisation de nos tâches quotidiennes est très variable d'un individu à l'autre. Nous pouvons être doués dans certains domaines et totalement ignorants dans d'autres. Par exemple, lorsque vous décidez de faire construire une maison, vous faites appel à un architecte qui lui-même constitue son équipe d'experts dans différents corps de métiers. Il aura donc établi au préalable la liste des talents nécessaires pour faire aboutir le projet. De la même manière, **établir notre**



Romexis 6.0

Un seul logiciel pour tous vos besoins



- ✓ Logiciel unique pour toutes les spécialités
- ✓ L'ensemble des données concernant le patient sont réunies sur une seule vue - 2D, 3D ou CAD/CAM
- ✓ Acquisition, visionnage et archivage des données dans une seule et même base

Planmeca France 34 rue du Pré Gauchet 44000 NANTES
Tél. 02 51 83 64 68 - Mél. planmeca.france@planmeca.fr
Ces produits sont des dispositifs médicaux de classe IIb réservés aux professionnels de santé.

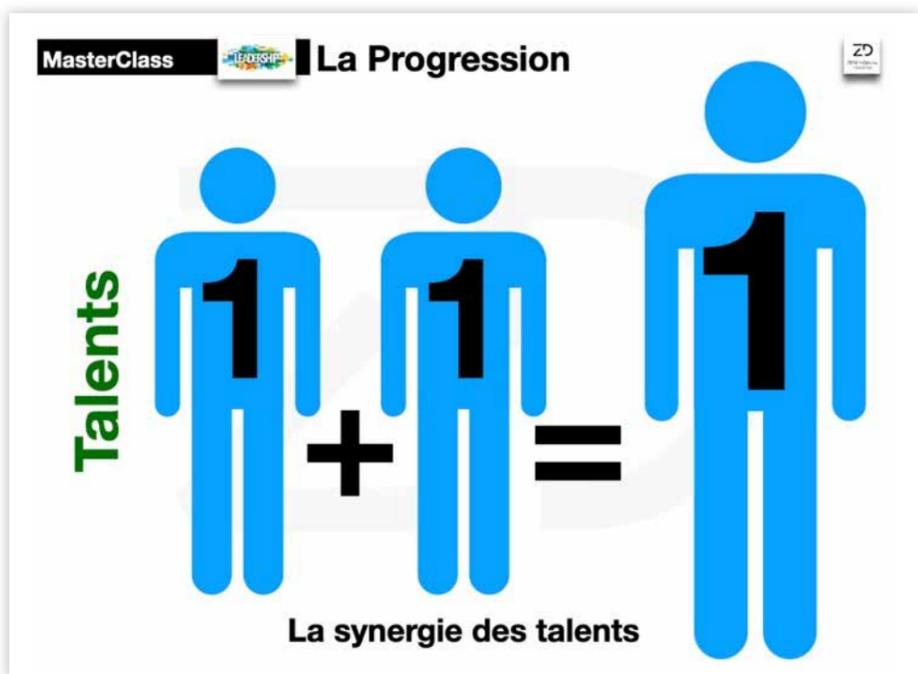
www.planmeca.fr



PLANMECA



YEARS OF LEADING THE WAY



liste de talents, à titre personnel puis dans notre sphère professionnelle, nous permet de déterminer toutes les tâches que nous pouvons réaliser et celles que nous devons déléguer. Une fois que les rôles de chacun sont bien définis, il ne reste plus qu'à jouer la musique et laisser la magie de la synergie opérer...

À ce stade, une petite précision s'impose. Il est fréquent de voir résumer la synergie par le fameux « 1+1 = 3 » qui exprime l'idée qu'associer 2 bons profils crée une force de travail équivalente à 3 personnes. Selon moi, la vraie synergie se résume plutôt par la formule « 1+1 = 1 » où les deux personnes, travaillant ensemble, effacent leur individualité pour laisser place à une entité appelée « équipe ».

Le binôme ainsi créé travaille en harmonie pour faire avancer un projet commun, en lui donnant une bien plus grande résonance. Pour comprendre cette idée, comparons ce binôme à un couple. Dans le mariage, si les deux époux vivent leur vie chacun de leur côté, avec quelques interactions passagères, il y a de fortes chances que cette relation ne dure pas très longtemps. C'est le même principe pour le travail en équipe au cabinet dentaire.

Étape 3, les peurs et les croyances

Il est bien connu que la peur nous paralyse et nous empêche d'avancer. Qu'il s'agisse d'une peur irrationnelle ou logique, c'est toujours le même mécanisme de défense et de repli sur soi qui se met en place.

Nous avons déjà vu (dans mon premier article) que notre cerveau reptilien, dont la fonction est de nous maintenir en vie, est responsable de la fabrication de nos peurs et de nos croyances. Beaucoup de

personnes ont une phobie des serpents sans jamais en avoir vu un réellement ! Notre imagination, voulant nous préserver de tout ce qui pourrait être dangereux,

Faire toute la clarté sur soi, son entourage, ses combats, ses projets, permet de se recentrer sur son essentiel et ses priorités.

dépense une énergie considérable à créer une réalité déformée biaisant ainsi notre réflexion. Si vous avez déjà connu une faillite dans votre vie professionnelle, vous penserez sûrement que l'entrepreneuriat n'est plus fait pour vous. La peur d'un nouvel échec développera et entretiendra cette croyance, limitant ainsi toute solution de développement. Plus vous accorderez de place à cette peur, comme un gaz qui occupe tout votre esprit, moins vous aurez de chance de la surmonter. Si par exemple en réalisant un acte chirurgical compliqué, vous vous répétez en boucle *je n'y arriverai pas*, vous avez de grandes chances de vous louper. Mais la peur fait

partie de la vie et doit être intégrée à notre dynamique dans notre quotidien.

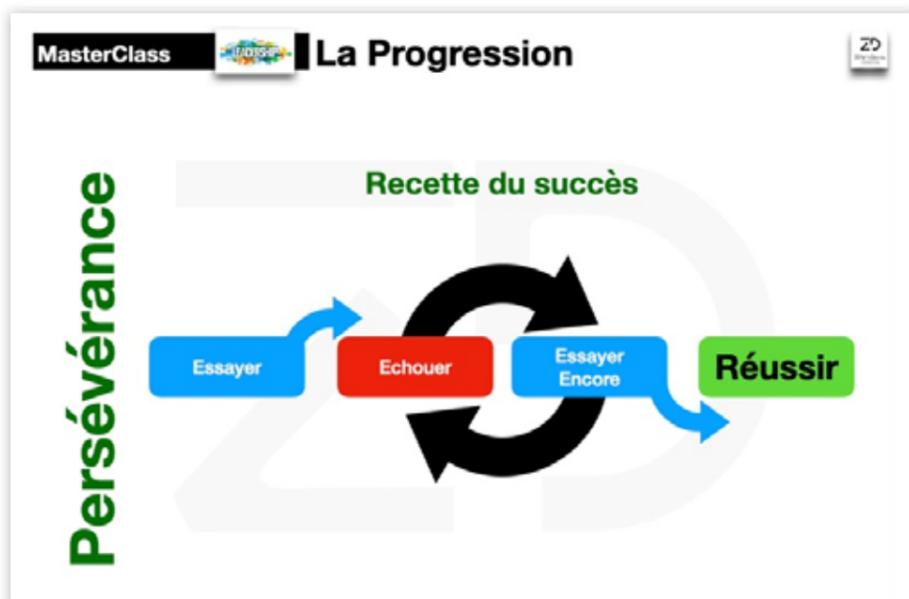
Apprendre à identifier ses peurs nous permet de les maîtriser et de les utiliser à bon escient. Mon conseil, utilisez la technique RAU : Reconnaître - Assumer - Utiliser, afin de casser le cycle des croyances et ainsi en faire une force.

Étape 4, la gestion des émotions

Comme je l'ai déjà abordé dans mon article sur l'Intelligence Émotionnelle, nos réactions comportementales face à une situation donnée sont intimement liées aux émotions vécues pendant l'évènement et à notre état d'esprit du moment. Les leaders ont en commun de savoir faire face aux situations à forte charge émotionnelle, et même d'y puiser en elles un surcroît d'énergie. C'est parce qu'ils utilisent leur intelligence émotionnelle pour gérer et canaliser leurs émotions, plutôt que de les subir. Ils restent focus sur leur objectif final.

Étape 5, l'engagement

Connaissez-vous la différence entre un souhait et un désir ? C'est l'engagement. Lorsque l'on souhaite quelque chose, nous sommes dans une psychologie d'attente, sans vraiment nous investir dans une démarche quelconque pour obtenir la chose attendue. Au contraire, lorsque nous désirons vraiment quelque chose, nous sommes animés par la passion ou le challenge et nous pouvons alors déplacer des montagnes pour atteindre notre objectif. En termes de développement personnel, cette notion s'appelle l'engagement. Prenons un exemple. Vous souhaitez vous lever tous les jours à 3h du matin pour allonger la durée de vos journées et ainsi avoir plus de temps pour vous. Il est fort probable, que



même avec la meilleure volonté du monde, cette belle motivation s'essouffle au premier coup de fatigue, trouvant des excuses pour dormir quelques heures de plus. Par contre, s'il était vital de vous lever toutes les nuits pour donner un médicament

à votre enfant gravement malade, il est certain que vous ne manquerez jamais de vous lever.

La différence entre ces deux situations est LE POURQUOI, la raison qui vous pousse à réaliser une action. Trouvez des pourquoi à chaque action que vous entreprenez vous arme pour affronter tous les obstacles de la vie.

Étape 6, passez à l'action

La plus belle des idées ne vaut rien si elle n'est pas suivie d'actions concrètes pour la réaliser. Il n'y a pas de recette miracle, la réussite d'un projet passe par 3 phases :

1. Prenez le temps de **la réflexion** pour construire vos priorités et vos objectifs,
2. **Décidez** la bonne stratégie à adopter, et
3. **Agissez** de façon massive et coordonnée.

Plus nous entreprenons d'actions, plus nous élargissons nos possibilités, et plus nous avons de chances de concrétiser nos projets. C'est mathématique !

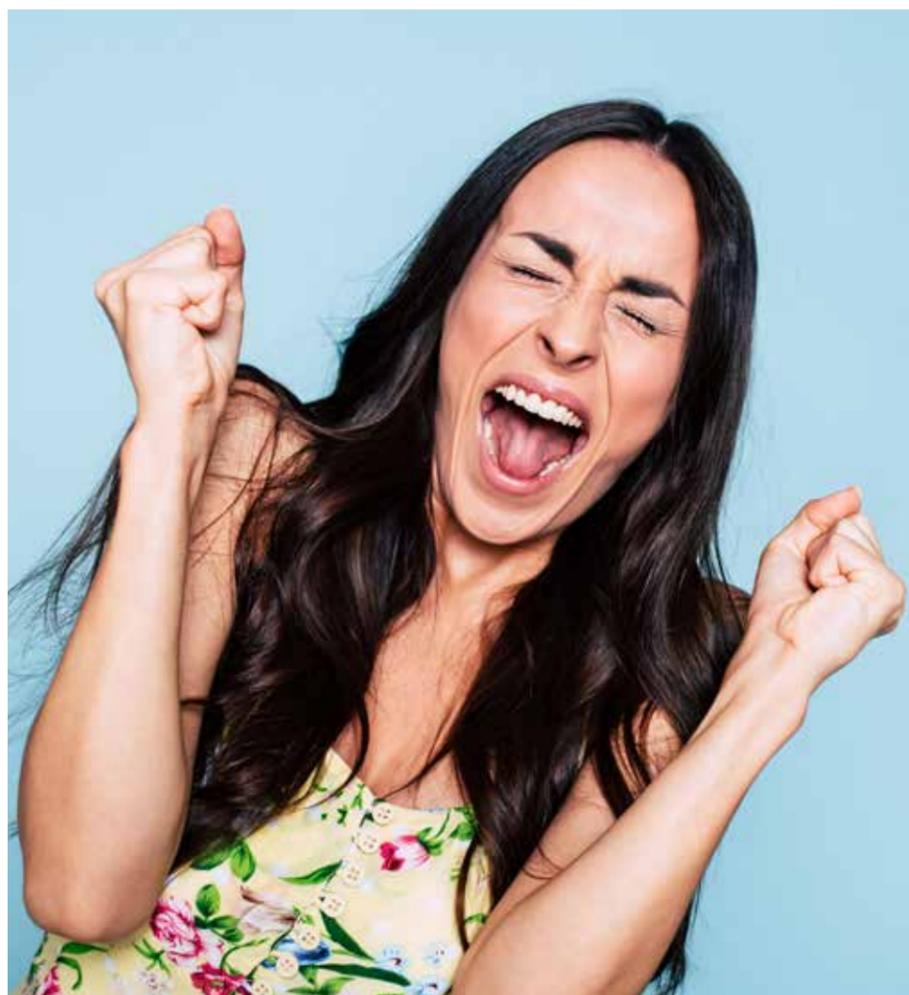
Les leaders ont en commun de savoir faire face aux situations à forte charge émotionnelle, et même d'y puiser en elles un surcroît d'énergie

Étape 7, la persévérance

Personne ne l'emporte face à un adversaire qui a décidé de ne jamais abandonner.

Si en vous lançant dans un projet vous avez également un plan B, une alternative à votre projet initial, vous vous donnez déjà des opportunités de ne pas réaliser le plan A, celui dans lequel vous devriez pourtant mettre toute votre énergie. **Alors, n'ayez pas de Plan B !** Dans notre société, l'échec est mal perçu et parfois nous n'essayons même pas, de peur d'être jugé et d'échouer. Or, l'échec est un passage obligé vers

la réussite, une expérience enrichissante qui nous permet de faire mieux lors des essais suivants. Quand un bébé fait ses premiers pas, ne l'encourage-t-on pas à se relever après être tombé plusieurs fois ? On lui inculque alors la persévérance.





De nos jours, nous, les dentistes, devons faire face à des défis qui n'existaient pas il y a quelques années. Les nouvelles générations doivent également compenser un manque dans leur formation initiale concernant bien des domaines comme la création d'une entreprise, la gestion du personnel, ou encore la communication avec leur équipe.

La notion de leadership ne doit pas être uniquement limitée à la gestion des ressources humaines du cabinet. C'est avant tout une attitude et un état d'esprit présent dans tous les aspects de sa vie : **SA VISION**. Et le leader efficace est celui qui sait transmettre sa vision à son équipe et qui a conscience de participer à une entreprise plus grande.

Les 7 étapes de la progression :

- Clarté
- Talents
- Peurs et croyances
- Gestion des émotions
- Engagement
- Passez à l'action
- Persévérance



Cet article est issu de la formation Leadership & Management Bienveillant.

Prochaine session
les 11 et 12 novembre 2021,
chez ZENith Dental Formation.

PROCHAIN NUMÉRO

« Savoir anticiper votre année, au cabinet dentaire. »

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



Franck Bellaïche
Fondateur de
Zenith-dental-formation



SÉMINAIRES, TRAVAUX PRATIQUES ET MISES EN SITUATION



ORGANISATION CLINIQUE

7 et 8
Octobre 2021



COMMUNICATION PATIENT & GESTION DU TEMPS

14 et 15
Octobre 2021



LEADERSHIP & MANAGEMENT BIENVEILLANT

11 et 12
Novembre 2021



PILOTAGE FINANCIER DE CABINET

17 Novembre et
8 Décembre 2021

Info et réservation
www.zenith-dental-formation.fr - 01 34 42 11 33

CONSTRUISONS ENSEMBLE
VOTRE PROJET DE CABINET





Pierre Msika

Pratique privée, Paris

Votre dîner idéal réunirait...
Mes meilleurs ami(e)s

Vos trois films incontournables...
Les 10 commandements (Cecil B. DeMille)
La vie est belle (Frank Capra)
La folie des grandeurs (Gérard Oury)

Vos livres fétiches...
Si c'est un homme (Primo Levi)
Vipère au poing (Herve Bazin)
Le médecin d'Ispahan (Noah Gordon)

Une chanson de votre vie...
Mes amis, mes amours, mes emmerdes (Aznavour)

Votre insulte favorite...
Connard !

Votre madeleine de Proust culinaire...
La meloukhia (plat typique tunisien)

Un héros...
Spiderman

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
La gastronomie

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sportif sur le terrain (boxe)

Vos vacances de rêve...
N'importe où avec ma femme et les enfants

Accro au net ou pas ?
Non, pas accro !

Votre dernier coup de foudre...
Chateaufort-de-Gadagne (Vaucluse)

Dans une autre vie, vous seriez...
Critique gastronomique

Une adresse à recommander...
Le Chardenoux, rue Jules Vallée, Paris 11^e



Serge Zagury

Past président AO Paris
Musicien amateur
Pratique privée, St Mandé

Votre dîner idéal réunirait...
Mon amour, mes amis... idéalement en vacances

Vos trois films incontournables...
Les uns et les autres (Claude Lelouch)
Minority report (Steven Spielberg)
Nikita (Luc Besson)

Vos livres fétiches...
Le K (Dino Buzzati)
La Saga des Malaussène (Daniel Pennac)
Au revoir là-haut (Pierre Lemaitre)

Une chanson de votre vie...
Moody's mood (George Benson)

Votre insulte favorite... Enf...

Votre madeleine de Proust culinaire...
Plutôt une odeur... les marchands
de pistaches et de pépites en Israël

Un héros...
Pour moi pas de héros, que des gens biens

Salé ou sucré ?
Tout... mais excellent

Une passion, un hobby ?
Jouer de la Musique avec des amis
(idéalement sur scène)

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sportif, en vacances

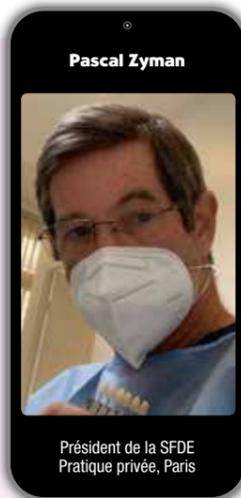
Vos vacances de rêve...
Les amis, le sport, le soleil,
la musique, la table... n'importe où

Accro au net ou pas ? Très peu accro

Votre dernier coup de foudre...
Ma chanteuse préférée il y a... 34 ans !

Dans une autre vie, vous seriez... Un jazzman

Une adresse à recommander...
Chez moi ☺



Pascal Zyman

Président de la SFDE
Pratique privée, Paris

Votre dîner idéal réunirait...
Les meilleurs amis mais au RESTAURANT

Vos trois films incontournables...
Rabbi Jacob (Gérard Oury)
La liste de Schindler (Steven Spielberg)
Les Affranchis (Martin Scorsese)

Vos livres fétiches...
L'Alchimiste (Paulo Coelho)
Belle du Seigneur (Albert Cohen)
Le Parfum (David Suskin)

Une chanson de votre vie...
Imagine (The Beatles)

Votre insulte favorite...
Shmok

Votre madeleine de Proust culinaire...
Le foie gras de l'Auberge de l'île (Ilhausem)

Un héros...
Pasteur

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
Le ski

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Footing chaque semaine

Vos vacances de rêve...
Au chaud, sur une île bordée de sable blanc

Accro au net ou pas ?
Moyen

Votre dernier coup de foudre...
La nouvelle femme de ma vie

Dans une autre vie, vous seriez...
Artiste

Une adresse à recommander...
Le Château de Courcelles (Relais et Château)

Le monde tel qu'il est

Les 23 films produits par **Marvel** ont généré au total près de 23 milliards de dollars au box-office.

83 % des Italiens, 44 % des Français, 23 % des Britanniques ont une opinion défavorable des **Roms**.

Nombre de **stations de métro** pour 10 kilomètres carrés : 29 à Paris, 6 à New York et 0,5 à Shanghaï.

Amazon représente 1 % de l'e-commerce chinois.

57 % des Français sont prêts à donner leurs **organes**. C'est 33 % au Japon, 65 % aux Etats-Unis, 75 % en Colombie.

Chaque année, le laboratoire Pfizer vend pour 1,52 milliard d'euros de pilules érectile **Viagra** dans le monde, soit un gain de 48 euros par seconde.

Selon le magazine scientifique *Lancet*, près de 16 millions de personnes s'injectent des **drogues** chaque année dans le monde.

Chaque jour, ce sont près de 100 tonnes de déchets qui sont ramassées sur les plages de **Bali** en Indonésie. Cela représente 36 500 tonnes de déchets par an.

L'industrie indienne du cinéma, **Bollywood**, produit plus de films que son homologue américaine : 800 films contre 600 pour Hollywood.

Chaque seconde, plus de 9 kilos de déchets sont éliminés par les **rats** dans les égouts de Paris (compteur), soit 800 tonnes par jour !

Le billet d'humeur étudiant



Bonjour à toutes et à tous !

Retour de vacances. Il est temps de ranger notre Pass Sanitaire (ainsi que de se mettre au régime) et de reprendre notre très chère turbine. Quel plaisir de retrouver nos patients avec qui nous avons tant à échanger sur nos étés respectifs. Pour certains patients, nous les avons connus en même temps que nos collègues de travail. À Koh Lanta, téléphoner à quelqu'un pas vu depuis deux semaines suffit à mettre toute l'équipe Jaune en larmes. Nous, on n'a pas vu nos patients depuis un mois... ! Systématiquement, à chaque nouvelle rentrée nous nous posons la même question : *Combien de temps me faudra-t-il pour récupérer mon habileté d'avant les vacances ?* Il est certain que la majorité d'entre vous répondront *quelques minutes, une heure maximum*. Eh bien, sachez que nous, il nous faut déjà

une heure pour se rappeler où est rangé l'acide orthophosphorique !

Certes, le redémarrage est difficile, les automatismes n'en sont plus, cependant il y a des plaisirs que seul le dentiste connaît. Et nous savourons déjà l'idée de pouvoir y goûter à nouveau. Nous parlons de la jouissance ressentie lorsque l'on a trouvé ce MV2, ou, en chirurgie, lorsqu'on a enfin sorti la dent après un périple épique, ou même en prothèse lorsque l'empreinte a été parfaitement prise.

Et cette nouvelle année signe de nouveaux objectifs : réaliser un traitement endodontique d'une molaire en moins de 4h ou une pulpotomie en pédodontie en moins de 30 mn par exemple. Nous pensons avoir des bases solides mais il nous faut dès à présent nous perfectionner. Gagner en rapidité en

fait partie. En effet, des traitements plus complexes nous attendent.

Depuis que nous écrivons dans AOnews, nous vous faisons toujours part de notre appréhension pour la prise en charge de nos patients. Or, aujourd'hui, nous sommes enfin prêts à surmonter notre peur et à traiter ces cas avec assurance, sans oublier l'aide de nos très chers professeurs que nous souhaitons remercier et à qui on doit l'ensemble de notre formation jusqu'à maintenant. Enfin, rentrée scolaire signifie aussi sollicitation beaucoup plus intense de nos neurones ! Or, il paraît que le cerveau est comme un muscle, il diminue lorsqu'on ne l'utilise pas et reprend de la vigueur dans le cas contraire. Travaillons donc à bien penser...

N'oublions pas, comme le disait Woody Allen, que le cerveau est le deuxième organe le plus important chez l'Homme.

Bonne rentrée à tous !



Roman Licha et David Naccache
6^e année

PREMIUM® CLASS EVOLUTION



Existe aussi
dans la gamme
Pro® class



MELAG, LE CHOIX DE LA CONFIANCE

Les **+**

Gain de Temps et d'Énergie

Nouveau système de Séchage DRYtelligence®

Jusqu'à 80% de temps économisé

Process optimisé

Accueil de charges de 9 à 70 Kg !

Traçabilité intégrée

La série Evolution dispose d'un logiciel de traçabilité



Équipement fabriqués
suivant normes et directives :

2006/42/CE (Directive Européenne)

EN 285 (Grands Stérilisateurs)

EN 13 060 (Petits Stérilisateurs)

EN 11607 - 2 (Thermosoudeuses)

DIN EN ISO 15883 (Appareils de Nettoyage & Désinfection)

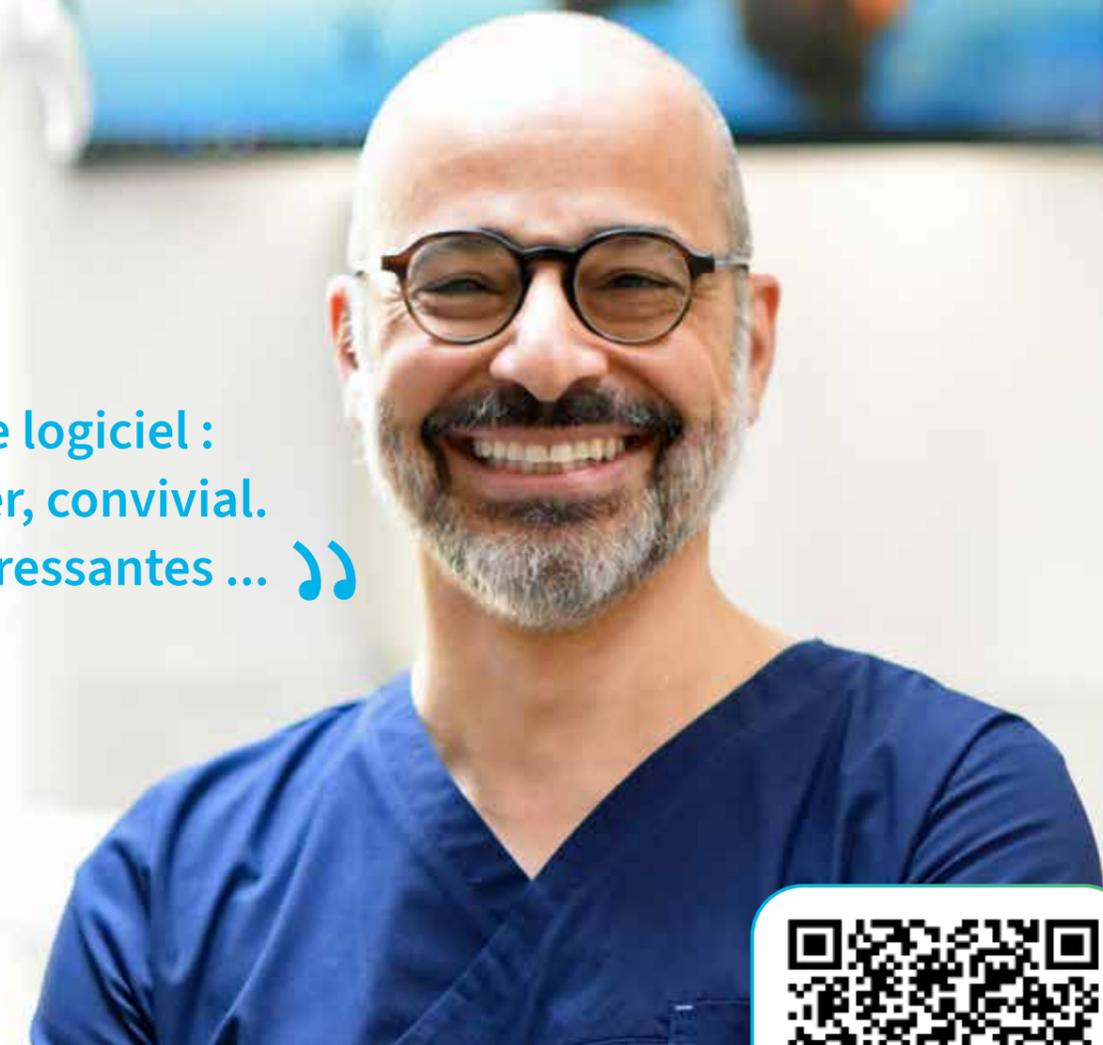
93/42/CEE Classe IIa (Directive Européenne Produits Médicaux)

CONTACT : 01 39 98 35 20 | info@melagfrance.fr

www.melagfrance.fr

**Retrouvons-nous
à l'ADF 2021 !
(stand 3L12)**

“ J’apprécie énormément ce logiciel :
je le trouve agréable à utiliser, convivial.
Les fonctionnalités sont intéressantes ... ”



Retrouvez l'intégralité du témoignage de votre confrère, le Dr Moussally, en vidéo.



Chirurgiens-dentistes & Assistant(e)s dentaires,
nous sommes à vos côtés à chaque étape du parcours patients

