

aonews-lemag.fr

# AO NEWS

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

*Nouveau produit*

# BeutiBond *X*treme



## UN VRAI ADHÉSIF UNIVERSEL !



Distribué par :



**#056**  
FÉVRIER 2023

7  
Édito du  
Pr Pinay

9  
ADF 2022  
morceaux  
choisis

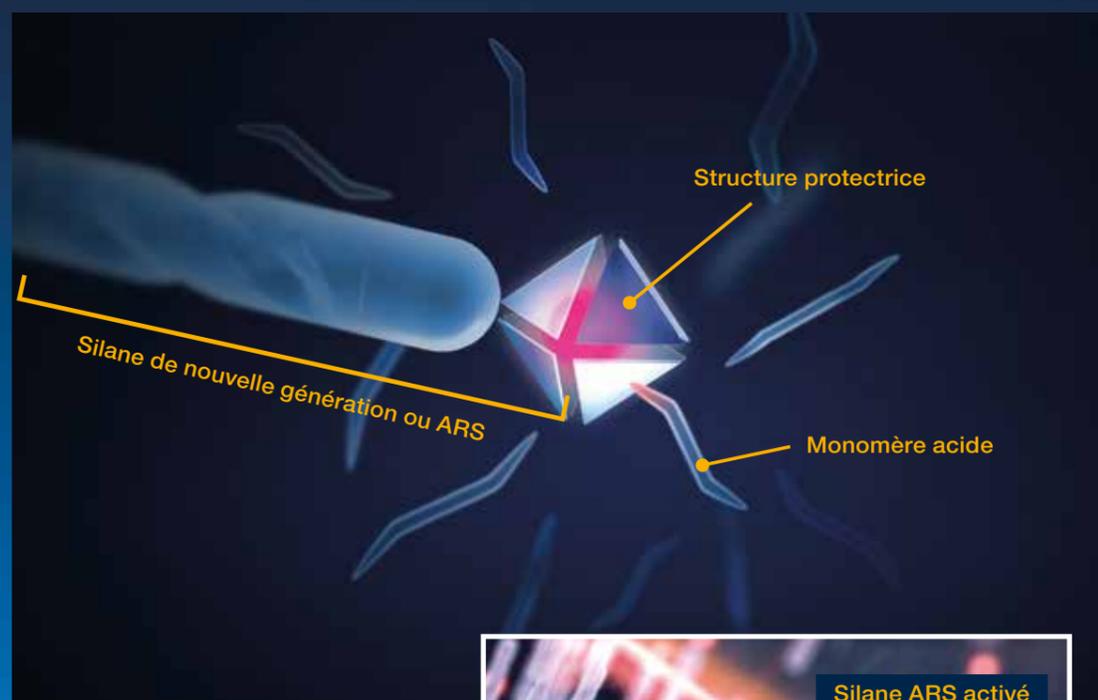
27  
IAD 2022,  
un succès

# BeutiBond Xtreme



## Un flacon pour faire toutes vos restaurations directes et indirectes

Les adhésifs universels, plébiscités par les chirurgiens-dentistes, sont de plus en plus utilisés et leurs performances sont prouvées cliniquement. Pour répondre à l'attente des praticiens, SHOFU fait évoluer sa gamme avec un vrai adhésif universel : **BeutiBond Xtreme**.



Le produit s'appuie sur une technologie novatrice : l'ARS (Acid Resistant Silane coupling agent).

Ce silane de nouvelle génération ou « ARS » possède une structure protectrice contre les attaques des monomères acides. Elle est éliminée lorsque la concentration en monomères acides est accrue par le séchage à l'air comprimé après application. Cette activation permet au silane d'être libéré et actif. BeautiBond Xtreme conserve ainsi sa stabilité lors du stockage en supprimant l'hydrolyse.

Ce silane couplé avec trois autres monomères fonctionnels dont le monomère d'ester phosphate permet au BeautiBond Xtreme de garantir l'adhésion à la dent et aux divers substrats prothétiques, et ce sans aucun primer.



En utilisant BeautiBond Xtreme, vous bénéficiez, en plus d'une technologie innovante, des avantages suivants :

- Un flacon unique pour un large éventail d'applications et de matériaux
- Compatible avec toutes les techniques de mordantage
- Sans charge et sans HEMA – garantit une couche adhésive hydrophobe
- Un protocole rapide et simple
- Une manipulation aisée
- Env. 260 gouttes dans un flacon
- Conservation pratique (entre 1-25 °C)



Pour toutes informations sur le produit, adressez-vous à la société DEXTER :

Service clients : 01 34 34 38 10  
Email : [service.clients@dexter.fr](mailto:service.clients@dexter.fr)



[www.shofu.de/fr](http://www.shofu.de/fr)



Distribué par :

**DEXTER**  
VECTEUR DE PROGRÈS

[www.dexter.fr](http://www.dexter.fr)

## AONews couvre les grands événements

# LE AD S FE E I A D

[7]

**Édito du Pr Pirnay**  
Un certain regard sur la vie

[9]

**ADF 2022 morceaux choisis**  
Reportage de la team AONews

[35]

**L'interview : Claude Fain**  
Portrait d'un collectionneur

#056

FÉVRIER 2023

## Alpha Omega news

LE MAG DENTAIRE  
QUI NOUS RASSEMBLE

### RÉDACTEUR EN CHEF - FONDATEUR

André Sebbag : asebbag@wanadoo.fr

### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Jacques Bessade : drj@bessade.fr

### RÉDACTEURS EN CHEFS ADJOINTS

Michèle Albou  
Sydney Boubil  
Joël Itic  
Jonathan Sellem

### LA RÉDAC'

David Azaria, Xavier Bensaid, David Bensoussan,  
Jacques Bessade, Julien Biton, Marc Danan,  
Hanna Kruk, Nathan Moreau

### CHARGÉS DE RUBRIQUE

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

### CHRONIQUEURS TEAM JEUNES

Michael Allouche, Maxime Benguigui,  
Julien Biton, Yohann Brukarz, Coraline Dericbourg,  
Jordan Dray, Thibaud Le Monnier, Léonard Sebbag,  
Elsa Solal, Romane Touati, Yoram Zaouch

### CORRESPONDANTS AO

**Grenoble / Lyon :** Corinne Attia  
**Marseille :** Yonathan Attal  
**Montpellier :** Gilles Zitoun  
**Nancy :** Eric Fizon  
**Nice :** Franck Hagege  
**Paris :** André Sebbag  
**Strasbourg :** Thierry Roos  
**Toulouse :** Patrick Bitoun  
**AO international :**  
www.alpha-omega.org  
www.aonews-lemag.fr

**MEMBRES HONORAIRES :** René Arav,  
Maurice Huneman, Daniel Rozencweig,  
Claude-Bernard Wierzba

**SOCIÉTÉ ÉDITRICE ET RÉGIE EXCLUSIVE  
DE LA PUBLICITÉ :** Ellem'com

**ELLEM'com**

**POUR CONTACTER LE JOURNAL :**

Directrice de la publicité  
et chargée de rédaction

Mylène Popiolek  
ellemcom1@gmail.com

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

**MISE EN PAGE PAR**

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

**IMPRESSION PAR**

Imprimerie Planchenault (EF)

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

# Ont contribué à ce numéro



Crédit photo couverture : @ Faust Favart

- MICHAEL ALLOUCHE
- YONATHAN ATTAL
- JULIEN BITON
- EMMANUELLE DE BOVEE
- YOHANN BRUKARZ
- NATAN CALVO
- CORALINE DERICBOURG
- JORDAN DRAY
- JOËL ITIC
- THIBAUD LE MONNIER
- PHILIPPE LÉVY
- CYRIL LICHA
- ROMAN LICHA
- DAVID NACCACHE
- PHILIPPE PIRNAY
- MICKAËL SAMAMA
- MARION SEBASTIANELLI
- LÉONARD SEBBAG
- YORAM ZAOUCH



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



## LA RÉVOLUTION EVO FUSION

Prothèse Amovible Complète  
en 2 rendez-vous seulement !

3 SOLUTIONS EN FLUX  
TOUT NUMÉRIQUE

FUSION DENTURE  
PAC 100% CFAO

FUSION TWIN  
la copie conforme  
d'une prothèse  
amovible existante

FUSION IMMÉDIATE  
pour les arcades  
partiellement dentées

labocast

MEDICAL DENTAL GROUP

Labocast 46-56 rue des Orteaux 75 020 Paris  
01 53 38 64 66 | [labocast@labocast.fr](mailto:labocast@labocast.fr) | [labocast.fr](http://labocast.fr)



## C'EST NOUVEAU !

- 6 Henry Schein et Biotech Dental unissent leurs forces
- 6 Ivoclar célèbre ses 100 ans
- 6 Nobel Biocare s'est associé à Mimetis Biomaterials S.L.
- 6 Dental-Emco-Dexter acquiert la Société Des Cendres

## ÉDITO

- 7 Un certain regard sur la vie | *Pr Philippe Pirnay*

## SCIENTIFIQUE : ADF 2022, morceaux choisis

- 9 Quel avenir pour l'exercice libéral ?...
- 9 Le cabinet dentaire à l'heure du numérique
- 10 Du projet esthétique au collage : les facettes démystifiées
- 12 Os autogène vs biomatériaux la battle
- 14 Ergonomie de l'omnipratique à la spécialisation
- 15 Le grand débat sur la régénération parodontale
- 16 Impact du bruxisme sur nos choix quotidiens
- 18 Tout savoir sur la glossodynie
- 19 Collaborer efficacement pour réhabiliter en zone esthétique
- 20 Quels traitements pour les récessions gingivales sévères ?
- 20 Votre premier sinus-lift : comment faire ?

## AO NOW

- 23 David Nisand et Jacques Mallet à Paris, 6 décembre
- 25 Franck Bellaïche séduit AO Marseille
- 26 Strasbourg débute l'année avec Olivier Étienne et Bruno Grollemund

## LE MAG

- 27 **Entendu pour vous**
  - 27 Grande journée de la SFDE, 15 octobre
  - 27 IAD 2022, un vrai succès
  - 32 Dentsply Sirona au Pavillon Élysée, ADF
  - 33 Symposium Pierre Fabre Oral Care, ADF
  - 33 Straumann fait son show au Cirque Grusse, ADF
- 34 **AOnline** : Apport des plaques en titane sur mesure dans l'avulsion de dents de sagesse mandibulaire | *Mickaël Samama*
- 34 **Save the date**, Best of Implantology, 4<sup>e</sup> édition
- 35 **L'interview...** Claude Fain, un collectionneur passionné
- 36 **Rencontre avec...** Samuel Martin, manager France XO
- 37 **Le pivot et la dent dure** | *Joël Itic*
- 38 **Le monde tel qu'il est**
- 38 **Le billet étudiant à venir** | *Roman Licha et David Naccache*
- 38 **Selfies AO** avec Marion Sebastianelli, Natan Calvo, Emmanuelle de Bovee





## HENRY SCHEIN BIOTECH DENTAL

### Henry Schein et Biotech Dental unissent leurs forces

pour construire un leader mondial de l'orthodontie et de la dentisterie digitale

**Le groupe français Biotech Dental par le biais d'Upperside Capital Partners, son actionnaire majoritaire, holding des familles Veran et Thevenet, et le groupe américain Henry Schein ont signé un accord de participations croisées.**

Inscrite sur le long terme et structurée autour d'une feuille de route précise pour les 10 prochaines années, cette alliance représente une étape de développement majeure pour Biotech Dental et Henry Schein. Ce partenariat permet à Biotech Dental de poursuivre l'accélération de sa croissance en France et à l'international et surtout d'introduire les aligneurs invisibles *Smilers* au sein du plus grand réseau dentaire mondial ; Henry Schein est présent directement ou indirectement auprès de plus d'1 millions de dentistes dans le monde. Le groupe américain va bénéficier pleinement des capacités du nouveau site de production ultra-moderne et éco-responsable récemment construit en Provence par Biotech Dental. L'usine de Salon de Provence pourra fabriquer les aligneurs invisibles des 2 groupes dans le monde entier et deviendra un lieu stratégique et d'excellence du monde dentaire.

#### Le savoir-faire français de Biotech Dental allié à la puissance du faire savoir d'Henry Schein

Cette association franco-américaine d'envergure, unique dans le secteur du soin dentaire, est aussi une mise en valeur du savoir-faire français au sein de l'écosystème international d'Henry Schein ; elle constitue une formidable reconnaissance des produits made in France de Biotech Dental.

**Philippe Veran**, Président de Biotech Dental, a déclaré *c'est une véritable fierté que de rejoindre cette formidable galaxie d'entrepreneurs et d'entreprises que représente le groupe Henry Schein. Le choix de s'allier à un industriel comme Henry Schein plutôt qu'à un investisseur financier constituait la meilleure garantie de la continuité de mon projet entrepreneurial et de ma vision de la dentisterie. Cet accord n'est pas une ligne d'arrivée comme l'aurait été une vente de mon Groupe mais une ligne de départ dans la construction d'un leader mondial de la dentisterie digitale. Ensemble, nous nous ouvrons la voie à une fantastique opportunité de poursuivre notre dynamique d'innovation.*

**Stanley M. Bergman**, Chairman of the Board and Chief Executive Officer, Henry Schein, Inc. : Nous sommes ravis d'unir nos forces à une telle référence du secteur dentaire. Henry Schein et Biotech Dental partagent la vision et la culture de l'innovation. Nous allons fournir à nos clients le meilleur des nouvelles technologies dentaires, afin qu'ils puissent faire bénéficier à leurs patients d'implants dentaires et d'aligneurs invisibles scientifiquement et cliniquement éprouvés. Nous nous engageons à soutenir l'action de Biotech Dental dirigée depuis la France, à mettre en valeur le fier héritage français de la société, à le cultiver et à en faire un centre d'excellence, notamment de fabrication, au sein de notre réseau mondial.

Plus d'informations sur Biotech Dental : <https://www.biotech-dental.com>



## DENTAL-EMCO-DEXTER

### Dental-Emco-Dexter acquiert la Société Des Cendres

Il y a 25 ans, nous annonçons le rachat de DEXTER par DENTAL EMCO, et cette nouvelle entité se hisse dans le peloton de tête des acteurs de l'industrie dentaire.

**Aujourd'hui, DENTAL-EMCO-DEXTER fait l'acquisition de la Société Des Cendres [SDC], renforçant ainsi sa stratégie de croissance.**

**DENTAL-EMCO** a été fondée en 1970 par René Charrier qui a eu l'idée incroyable à l'époque, de vendre des fraises en se déplaçant lui-même dans les cabinets dentaires afin de permettre aux dentistes et prothésistes de faire des choix pertinents ; cette démarche lui permettait également de créer un vrai lien de proximité avec ses clients. 53 ans après, fidèle à cette idée originelle de René Charrier et à ses convictions, DENTAL-EMCO-DEXTER perpétue cette démarche avec ses 25 technico-commerciaux répartis sur le territoire métropolitain.

**SDC** a été créée en 1859, et a évolué dans le secteur dentaire depuis 1920.

Ses 3 domaines d'expertise sont : les laboratoires de prothèse, l'orthodontie, et les cabinets dentaires (principalement les aides optiques). Tout comme DENTAL-EMCO-DEXTER, SDC se distingue par la qualité de ses produits et de son équipe technico-commerciale sur le terrain.

Grâce à l'excellente synergie des deux entreprises, le groupe concrétise son ambition de constituer un nouveau pôle dynamique et solide tant sur le plan de la variété des produits que de leur qualité technique, et du sérieux des prestations apportées aux chirurgiens-dentistes et aux laboratoires de prothèse. Stimulées par les nouvelles opportunités qui s'offrent à elles, les équipes de DENTAL EMCO-DEXTER et de SDC sont ravies de pouvoir collaborer toutes ensemble.

SOCIÉTÉ NOUVELLE DES CENDRES est détenue à 100 % par DENTAL EMCO DEXTER, et a démarré le 1<sup>er</sup> février. Le fonctionnement des deux entités restant autonome, le siège social de SDC sera toujours à St Avertin (37) et tous les salariés repris resteront à leurs postes, tant au siège que sur le terrain avec l'équipe de technico-commerciaux qui conservera ses secteurs.

**Le groupe DENTAL EMCO DEXTER et SOCIÉTÉ NOUVELLE DES CENDRES proposera 4 réseaux distincts :**

- Dexter consommables, fraises et instruments
- Loupes et lasers
- Orthodontie
- Laboratoire de prothèse.

Ainsi, fort d'une gamme accrue de produits et d'une équipe renforcée de commerciaux, le groupe mise sur ses atouts pour :

- élargir et compléter son catalogue,
- se rapprocher d'un nombre plus important de praticiens, prothésistes, centres dentaires, centres mutualistes, cliniques, sur l'ensemble du territoire,
- améliorer la qualité des soins en facilitant le travail du praticien et du prothésiste,
- intensifier le développement et la commercialisation des produits et matériels novateurs.



### Ivoclar célèbre ses 100 ans : un siècle d'innovations

Depuis sa création en 1923, l'entreprise familiale du Liechtenstein est devenue l'un des acteurs majeurs du secteur dentaire, en développant sans cesse des innovations pour les chirurgiens-dentistes et les prothésistes dentaires.

L'année 2023 marque le centenaire de l'entreprise, qui sera célébré sous le thème : *Un siècle d'innovation.*

#### Les temps forts de cette célébration

Ivoclar entretient des partenariats de longue date et de confiance avec ses distributeurs, ses clients et les écoles dans le monde entier. Ils font tout autant partie de la mission de l'entreprise Making People Smile\* que les nombreux collaborateurs de l'entreprise familiale. En 2023, année du centenaire, toute une série de temps forts et d'activités sont en préparation : des salons professionnels internationaux, l'inauguration du nouveau siège social au Liechtenstein, des programmes de conférences inédits... mettant en lumière un siècle d'innovation.

**En France en particulier, Ivoclar prépare un symposium inédit qui regroupera un plateau de conférenciers d'exception. L'évènement se veut mémorable et aura lieu à Annecy, fief historique de la filiale française, le vendredi 22 septembre. Le nombre de places est limité, les inscriptions sont ouvertes** (Karen Beleffi, directrice marketing France)

\*Vous donner le sourire



[info.fr@ivoclar.com](mailto:info.fr@ivoclar.com) - [ivoclar.com](http://ivoclar.com)



### Nobel Biocare s'est associé à Mimetis Biomaterials S.L. et lance creos™ syntogain

Un substitut de greffe osseuse biomimétique

**creos™ syntogain rejoint creos™ syntoprotect, creos™ xenoprotect, creos™ xenogain et creos™ mucogain pour conforter le statut de Nobel Biocare en tant que fournisseur de référence pour répondre aux besoins de régénération organique ou synthétique.**

Nobel Biocare, un innovateur de premier plan dans le domaine des restaurations dentaires implantaires, a lancé **creos™ syntogain**, élargissant ainsi sa gamme de solutions de régénération distribuées sous la marque creos™.

**creos™ syntogain**, déjà connu et apprécié sur le marché espagnol depuis 2016 sous le nom de MimetikOss, est un substitut de greffe osseuse biomimétique conçu pour une régénération efficace!

*Les greffes osseuses synthétiques représentent une alternative de plus en plus populaire par rapport aux matériaux d'origine animale pour de nombreuses raisons, et les patients la réclament.*

*Avec le lancement de ce produit, nous permettons aux professionnels dentaires de répondre aux souhaits de leurs patients avec un produit sûr et efficace, affirme Tinne Van Delm, Directrice de la gestion de produits et du marketing, solutions de régénération. Le partenariat avec Mimetis s'inscrit dans la stratégie de Nobel Biocare et d'Envista de se concentrer sur les segments du marché dentaire dont la croissance est la plus rapide et de créer des solutions différenciées pour améliorer les soins aux patients. Avec Mimetis, nous avons intégré un ensemble unique d'ingénieurs et de scientifiques biomédicaux talentueux à notre équipe, constituant une équipe proactive et hautement dévouée, entièrement concentrée sur les derniers progrès technologiques en matière de régénération osseuse synthétique.*

*Le résultat est un os stable<sup>1</sup> qui maintient le volume du défaut dès le premier jour avec une prévisibilité sur le résultat clinique comme le montre une série de cas cliniques<sup>2</sup> recueillies au cours des 9 dernières années », explique Julien Tromenschlager, Responsable de produit mondial Solutions de régénération. Grâce à sa composition, la croissance osseuse entre et dans les granulés (due aux propriétés ostéoconductrices) permet de maintenir un volume stable dans le défaut régénéré.*

**Dans l'un des plus grands essais cliniques randomisés réalisés dans le domaine de la régénération osseuse dentaire, creos™ syntogain a montré une non-infériorité** avec la matrice osseuse bovine déprotéinisée de référence (DBBM) en termes de variation dimensionnelle de la crête alvéolaire (% de variation verticale et horizontale à 6 mois après la greffe osseuse), de couple d'insertion et de quotient de stabilité de l'implant (ISQ)<sup>3</sup>.

Fabriqué en Espagne selon des normes de qualité strictes, le produit est disponible en deux granulométries (0,2-1,0 et 1,0-2,0 mm) et deux volumes différents (0,5 et 1,0 cc). Une version de 2,0 cc sera lancée plus tard dans l'année.

[nobelbiocare.com/creos](http://nobelbiocare.com/creos)

1. Hoornaert A, Maazouz Y, Pastorino D, Aparicio C, de Pinieux G, Fellah BH, Ginebra MP, Layrolle P. Vertical Bone Regeneration with Synthetic Biomimetic Calcium Phosphate onto the Calvaria of Rats. *Tissue Eng Part C Methods*. 2019 Jan ; 25 (1) : 1-11. doi : 10.1089/ten. TEC.2018.0260. PMID : 30501579. Lire sur PubMed.

2. Données internes : Cas cliniques de 2022.

3. Ginebra MP, Espanol M, Maazouz Y, Bergez V, Pastorino D. Bioceramics and bone healing. *EFORT Open Rev* 2018 ; 3 DOI : 10.1302/2058-5241.3.170056. Lire sur PubMed Central

## NOBEL BIOCARE



© Avec l'aimable autorisation du Dr Pieter Avondrooit



## Un certain regard sur la vie

Le président Macron a relancé en septembre dernier le projet « d'aide active à mourir » en vue d'un éventuel changement de cadre légal. La complexité du sujet et les réticences du monde médical mettent en garde le gouvernement sur les risques d'une évolution législative vers l'euthanasie. Les inquiétudes concernent les effets d'un changement éthique majeur dans la pratique médicale. La fin de vie est une question ardue car elle fait appel aux émotions et aux croyances de chacun. *Penser la fin de vie n'est pas un exercice neutre dès lors qu'il engage à envisager les conditions de notre propre mort, celle de personnes auxquelles nous sommes attachées* analyse le Pr. Emmanuel Hirsch.

Aussi, il y a un désir des soignants de se saisir d'un sujet qui ne concerne pas que les soins palliatifs ou les seuls médecins, mais aussi les chirurgiens-dentistes. Comme tels, ces propos n'engagent que moi qui réfléchis sur les questions éthiques des pratiques cliniques depuis plus de 25 ans. Je sais cependant qu'ils sont partagés. D'ailleurs le code de déontologie, en son article R 4127-202, stipule ; *le chirurgien-dentiste au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.*

Les chirurgiens-dentistes ont donc un rôle à jouer dans ce débat car leur vocation est de soigner, sinon de guérir, de prévenir les maladies et d'accompagner les patients pour une qualité de vie jusqu'à leur dernier souffle. C'est pourquoi, nous devons apporter notre éclairage.

Il y a six ans, la Loi Claeys-Leonetti a été débattue et a trouvé un équilibre. Elle interdit l'euthanasie et le suicide assisté, mais elle permet une sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les malades en phase terminale et en très grande souffrance, au pronostic vital engagé à court terme.

On peut donc légitimement se demander en quoi la vérité a changé depuis six ans qui entraînerait un changement de loi ? Le constat qui avait été fait montrait qu'il fallait faciliter l'accès aux soins palliatifs en ajoutant des lits dans tous les territoires, faire en sorte que la fin de vie soit apaisée et s'assurer que les médecins connaissent la loi et l'appliquent.

Selon les récentes évaluations de cette loi, les moyens n'ont pas été mis, il y a un déficit de

connaissances au sein de la population et parmi les professionnels de santé<sup>2</sup>. Il perdure une grande inégalité dans l'accès aux soins palliatifs<sup>2</sup>. Malheureusement, les 2/3 des patients qui en auraient besoin n'y ont pas accès. Ils sont encore inexistantes dans 23 départements de l'hexagone, et de nombreuses unités de soins de fin de vie souffrent de manque de médecins<sup>3</sup>.

En 2021, l'Académie nationale de médecine soulignait qu'un nouveau dispositif législatif ne saurait être adopté alors que la formation et l'offre de soins actuels sont encore loin d'être pleinement mis en œuvre pour répondre aux besoins et aux inquiétudes de nos concitoyens.

Ce constat d'échec justifie-t-il une nouvelle loi aux objectifs totalement nouveaux, sans tenir compte de ce qui n'a pas fonctionné ?

Il est vrai qu'à partir du moment où l'on légalise l'euthanasie, la loi, avec sa force, la justifie. Les soins palliatifs sont alors délaissés au profit d'une solution de facilité, moins coûteuse et plus rapide. C'est pourquoi, plutôt que d'inventer une loi qui pourrait ouvrir la porte à toutes sortes de dérives, pourquoi ne pas miser sur ce qui fonctionne et a fait ses preuves<sup>4</sup> ?

Faisons en sorte que tous ceux qui, en fin de vie ont besoin d'être accompagnés, évitent de souffrir, puissent avoir accès aux unités de soins palliatifs en ouvrant des lits et en créant de nouveaux établissements médico-sociaux qui offriront une prise en charge plus profonde, plus apaisante et plus humaine. Car l'envie de mourir se dissipe souvent lorsque la personne, sa souffrance physique et morale, son entourage, sont pris en charge dans des unités ou centres d'accompagnement avec du soin approprié et plein de compassion.

### Une nouvelle loi... pour les médecins ?

L'arrêt de vie ne peut pas être assimilé à un acte médical<sup>5</sup>. L'aide à mourir est contraire à la vocation du médecin et à son serment d'Hippocrate : *je ne mettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion.* Le médecin accompagne la vie. Et quand on donne la vie, quand on prend soin de la santé de ses patients tout au long de sa carrière, on ne peut pas être celui qui abrège

la vie ou celui qui serait dans la situation de pouvoir donner la mort.

*Pour chaque malade* explique le prix Nobel Jean Dausset, *le médecin se doit de ne négliger aucun moyen qu'il juge en son âme et conscience susceptible de prolonger, fût-ce d'une seconde, la vie de celui qui s'est confié à lui*<sup>6</sup>.

La possibilité de l'euthanasie active bouleverserait gravement la relation soignante. Il y aurait une rupture morale à faire une injection létale. Les familles pourraient devenir soupçonneuses et se questionner : mon médecin est-il pour ou contre l'euthanasie ? Subira-t-il une pression de l'hôpital pour libérer des lits ? Va-t-il tout tenter pour me soigner, me guérir, me garder en vie ou me faire mourir ? Il y aurait alors une perte de confiance.

L'Académie des sciences morales et politiques l'a condamnée dès 1949, *comme immorale et dangereuse*<sup>7</sup>. Elle ne pourrait qu'aboutir à des risques d'utilisation dévoyée, ou introduire un précédent utilisable dans d'autres circonstances.

Pour le Pr. Théo Boer<sup>8</sup>, *on a assez de recul aux Pays-Bas pour savoir qu'une loi sur l'euthanasie crée la demande. Confier cette responsabilité aux médecins, légitime ce geste. Si la loi dit que le médecin qui a aidé à accoucher, qui a soigné, qui a toute la confiance du patient, peut tuer... cela normalise cet acte et suggère que l'euthanasie n'est pas un problème. Les demandes augmentent car la barrière de l'interdit de tuer est tombée. Il ajoute : au début, les gens demandaient l'euthanasie par peur d'une mort atroce. Aujourd'hui, beaucoup la réclament par peur d'une vie atroce. Ils craignent moins la douleur et l'agonie qu'une existence pénible ou douloureuse. Nous sommes en train d'entrer dans une culture de l'abandon et du désespoir au lieu de nous préparer à accepter la mort, le déclin de nos capacités physiques, l'aide de notre entourage. On fait apparaître la mort volontaire comme une solution à toutes les souffrances graves.*

Quel message enverrait cette nouvelle loi aux médecins ?

Selon un sondage IFOP<sup>9</sup>, 60 % des médecins sont favorables à la légalisation de l'euthanasie, mais les 2/3 refuseraient d'y participer. De nombreuses voix s'élèvent pour réclamer le droit à pouvoir bénéficier d'une clause de conscience. Mais

quel que soit leur choix, fut-il collégial, cette responsabilité les placerait dans un sentiment de culpabilité.

Dans un contexte d'une crise de la vocation médicale alors même que les professionnels de santé témoignent d'une souffrance éthique inédite<sup>1</sup>, il semble inapproprié de prioriser le droit vers la mort plutôt qu'une aide en fin de vie.

### Une nouvelle loi... pour les malades ?

Grâce au développement des soins palliatifs, on peut désormais faire beaucoup pour les malades. Sans raccourcir la vie, il est possible de prévenir totalement la souffrance au cours de la phase terminale de la vie. Parfois, ces traitements associés à l'accompagnement et au réconfort des proches, redonne au malade le goût de vivre.

Michel Houellebecq écrit dans Le Figaro du 5 avril 2021 ; *une civilisation qui légalise l'euthanasie perd tout droit au respect.* Il continue ; *personne n'a envie de mourir. On préfère en général une vie amoindrie à pas de vie du tout. Pour autant, personne n'a envie de souffrir.* Et aujourd'hui, on peut éliminer la souffrance physique grâce aux médicaments, grâce à l'accompagnement des aidants et des proches. *On a tous besoin de se sentir nécessaires ou aimés à défaut estimés, voire admirés. Je me vois très bien demander à mourir juste dans l'espoir qu'on me réponde : mais non mais non, reste avec nous !*

Notre société loue l'action, la réussite, la victoire, le succès, la bonne santé. Gênés, notre regard se détourne du vieux, du malade, de l'infirme, de l'impotent, ou de l'handicapé. Pour certains, ils seraient devenus « indignes ». Or, Jean de la Fontaine cite Mécène : *Qu'on me rende impotent, cul-de-jatte, goutteux, manchot, pourvu qu'en somme, je vive.* L'immense majorité de ces gens a envie de vivre et d'être aimés par leurs proches. Le risque serait de le leur refuser, parce que de l'autre côté, il y aurait une solution simple, efficace et dite plus « digne » : l'euthanasie ! Yehoshua Leibowitz écrit que *l'euthanasie se prétend être charitable envers l'agonisant. Mais en vérité nous sommes charitables envers nous-mêmes. Nous voulons nous débarrasser de lui par ce qu'on souffre de son état ou de sa douleur. On veut que cela cesse, non pour lui, mais*

## Pour joindre nos partenaires

<b>3M</b> 10 Tél. 08705 360036   www.3m.fr	<b>Ivoclar</b> 17 Tél. 04 50 88 64 00   www.ivoclarvivadent.fr	<b>Pierre Fabre Oral Care</b> 33 Tél. 05 63 51 68 00
<b>Dentsply Sirona</b> 31 www.corporate.dentsplysirona.com	<b>Julie Software</b> 4° de couverture Tél. 01 60 93 73 70   www.julie.fr	<b>SDI</b> 37 Appel gratuit 00800 022 55 734
<b>Dexter</b> 00 Tél. 01 34 34 38 10   www.dexter.fr	<b>Kuraray</b> dossier scientifique Tél. 01 56 45 12 51   www.dental-fr@kuraray.eu	<b>Septodont</b> 29 Tél. 01 49 76 70 02   www.septodont.fr
<b>Dexter Shofu</b> duo sur couv/2° de couv et 19 Tél. 01 34 34 38 10   www.dexter.fr	<b>Labocast 3D</b> face sommaire Tél. 01 53 38 10 49   www.labocast.fr	<b>Sunstar</b> 13 - 24 - 32 Tél. 01 41 06 64 64   contact@fr.sunstar.com
<b>Durr Dental</b> 26 Tél. 01 55 69 11 50   info@durr.fr	<b>Melag France</b> 3° de couverture Tél. 01 30 76 03 00   info@melagfrance.fr	<b>XO</b> 36 www.xo-care.com
<b>Eurotec</b> 22 Tél. 01 48 13 37 38   www.eurotec-dental.fr	<b>Nobelbiocare</b> 21 www.nobelbiocare.com	<b>ZimVie</b> 14 Tél. 01 41 05 43 48

pour nous. Il existe une interférence fréquente entre les notions de souffrance du patient et de souffrance de l'entourage. L'euthanasie est une imposture de la société.

Quel message enverrait une telle évolution législative aux personnes gravement malades, handicapées ou âgées ? Ne risquent-elles pas de ressentir que certaines vies ne méritent pas d'être vécues ? Cette loi pourrait susciter une forme de culpabilité voire un complexe de vivre chez des personnes souffrant déjà d'une exclusion sociale<sup>1</sup>.

On demanderait au médecin de dire à son patient *Vous n'avez plus d'utilité ou, on ne peut plus rien pour vous, vous devez donc vous retirer, quitter le monde des vivants*. Alors que dans la réalité, on peut être très âgé, sur une chaise roulante et apporter énormément à ses proches et à la société. Pour preuve, Franklin D. Roosevelt qui

ne se résigna jamais à accepter sa maladie, fut l'un des plus grands Présidents des USA. Dernièrement, la mort d'une dame de 96 ans a fait pleurer tout le peuple britannique et au-delà. En Suisse, pays où l'euthanasie est légalisée, la famille du septuple champion du monde de Formule 1 Michael Schumacher se bat pour le maintenir dans les meilleures conditions de vie depuis son accident de ski il y a 10 ans. Et des familles « Schumacher », il en existe partout dans le monde... Ce qui change, c'est la manière de voir la maladie, de voir la vie.

Combien de grands-parents, infirmes ou impotents apportent expérience, calme, sérénité et amour pour leurs proches.

Ne pleure-t-on plus lors des enterrements ? Évidemment ! Dans nos sociétés, la mort n'est jamais une source de joie.

Apparaissent enfin les risques de dérapage par des pressions financières ou morales sur le malade à cause du coût élevé des soins pour les proches, ou pour accélérer un héritage. Pression financière pour les plus pauvres qui risquent de préférer mourir plutôt que supporter des soins de piètre qualité. Intérêt financier de l'établissement hospitalier pour une personne très malade qui coûte cher et dont l'accélération de la mort allégerait ses charges.

Alors que désire le patient ? D'abord vivre, sans souffrance, car il s'agit pour la plupart des patients, comme le disait Antisthène *d'être délivré de ses maux, et pas de la vie*<sup>0</sup>.

### Vivre dans la dignité plutôt que mourir

Cette question de l'euthanasie se pose face à des situations dramatiques où la mort serait plus acceptable et plus digne que la vie.

Or, la valeur de la vie n'est pas liée à la qualité de vie. Sans quoi, il faudrait définir le niveau de qualité de vie acceptable à celui qui ne le serait pas et qui conduirait à une mort préférable. Qui pourrait définir la qualité de vie ? Si une personne décide de rester en vie, qui aurait le droit moral pour décider à sa place ? Cette personne, qui n'a pas décidé de naître, pourrait-elle décider de mourir ?

On voit bien que ces questions nous dépassent et les réponses sont certainement à rechercher ailleurs.

Or, ce n'est pas une loi qui va faire ou défaire la dignité. Personne ne peut s'approprier le monopole du mot dignité. La dignité appartient à l'Homme intrinsèquement, elle est dans ce qu'il fait de sa Vie.

Une nouvelle loi ne fera pas disparaître le problème de la mort. On meurt toujours mal et personne n'accepte la mort de ceux qu'il aime.

La loi actuelle donne la primauté à la vie car la valeur de la vie humaine n'est pas quantifiable. Même pour un instant, la vie représente la valeur supérieure, absolue.

Un changement législatif vers l'euthanasie ouvrirait la voie de « l'indignité » à tous ceux qui décideraient de vivre. L'euthanasie deviendrait rapidement un devoir civique qui s'appliquerait à tous. Le Prix Nobel Jean Bernard disait<sup>11</sup> : *Si la loi prévoit les exceptions, le danger est que de l'exception on passe à la tolérance, de la tolérance à l'usage et que petit à petit l'usage devienne habitude et l'habitude tue l'interdit*.

**Philippe PIRNAY**  
**Professeur des Universités**  
**Chef de service**  
**Nouveau président**  
**de la collégiale des services**  
**de chirurgie dentaire**

1. CCNE, avis 139.
2. Académie nationale de médecine. Communiqué, 30 juin 2021.
3. Ghislain de Montalembert, *Le Figaro Magazine*, 11 novembre 2022.
4. Françoise Desvaux, *Le Figaro Magazine*, 11 novembre 2022.
5. Académie nationale de médecine, communiqué, 6 mars 2013.
6. Jean Dausset cité par Gilbert Schulsinger, *Audition pour le Rapport de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie* - 2 décembre 2003
7. Académie des sciences morales, *L'euthanasie condamnée*. *Le Monde*, 16 novembre 1949.
8. Théo Boer, *Le Figaro Magazine*, 9 décembre 2022.
9. IFOP pour le Conseil national de l'Ordre des médecins, 2013.
10. Diogène Laërce dans *Vie et doctrines des philosophes illustres*.
11. Jean-Bernard dans *Si Hippocrate savait cela*, cité par M. Michel Ducloux, *Audition pour le Rapport de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie* - 3 décembre 2003.

**kuraray**
*Noritake*

## UNE FAMILLE FORTE

### PANAVIA™

PANAVIA™ V5  
Force et esthétique



PANAVIA™ SA Cement Universal  
La colle du quotidien

PANAVIA™ Veneer LC  
Le spécialiste des facettes

**LA FORCE DU TRIO**  
 Avec des préférences individuelles particulières et des besoins spécifiques pour chaque indication, il peut être difficile d'offrir une seule colle pour tout. Cependant, chez Kuraray Noritake Dental Inc. nous sommes convaincus que 3 systèmes différents de collage suffisent à répondre à tous les besoins des dentistes et aux désirs des patients.

EN SAVOIR +  


BORN IN JAPAN

Kuraray France, 63 avenue du Général Leclerc - 92340 Bourg La Reine - Dispositifs médicaux de classe IIa. CE 0197. dental-fr.eu@kuraray.com, kuraraynoritake.eu/fr/

## Quel avenir pour l'exercice libéral ?

**Florence Delmes et Yann Chevalier**

Responsable scientifique : Jacques Vermeulen

Pour les conférenciers le constat est sans appel, il existe un cruel manque de chirurgiens-dentistes. Selon les régions on observe de réelles zones de désertification. Certains centres dentaires répondent donc à un besoin ce qui corrobore à l'esprit de la loi Bachelot. Le problème est que la majorité des centres aujourd'hui s'installe dans des zones déjà chargées de cabinets dentaires.

Ce que l'on constate en France c'est la tendance globale à la féminisation de la profession (48 %). Par ailleurs, 79 % des praticiens aujourd'hui exercent en libéral, dont 94 % en omnipratique.

De manière générale l'évolution des structures médicales va vers un regroupement des professionnels de santé, comme par exemple le font les radiologues. Dans le dentaire il en va de même. Évidemment les coûts sont réduits afin de partager un plateau technique performant et de pouvoir diminuer les charges, tant au niveau du matériel que du personnel. Cela permet également de regrouper plusieurs spécialités et d'offrir au sein du même lieu une plus grande variété de soins.

Selon les conférenciers on peut aujourd'hui définir 3 types d'exercices :

- le co-working, modèle Instacare,
- le regroupement autour d'un leader,
- l'exercice individuel d'exception, le Village Gaulois.

Pour ce qui est du **modèle Instacare**, il en existe 2 ouverts aujourd'hui, 3 en cours d'ouverture et une dizaine de projets. La forme est la suivante : une SCI est utilisée pour investir dans de grands locaux 500-1000 m<sup>2</sup>. Mais pour se différencier des centres dentaires, l'angle de rue ou le rez-de-chaussée face à la gare n'est pas le lieu de prédilection, mais un premier étage dans un immeuble de standing ou bien même au sein d'une clinique privée est privilégié.

L'exercice est majoritairement en nom propre, chaque praticien peut venir avec son assistante, possibilité d'investir dans les murs, accueil salle d'attente commune, stérilisation commune mais espace de repos et de détente grande salle de réunion. Bref le modèle à l'américaine pourquoi pas.

**Le regroupement autour d'un leader** est le modèle qu'on commence à voir un peu partout aujourd'hui. Il existe une grande variété de formes juridiques (SCI, SCM, SELARL, SELAS...) qui permettent de développer des cabinets de groupe. Il faut être accompagné pour ne pas se tromper au départ car il est facile de passer d'un exercice BNC à une SELARL mais compliqué de revenir en arrière.

Il y a en France une tendance à voir un ou deux praticiens expérimentés ouvrir une structure avec de grands locaux afin de pouvoir avoir plusieurs collaborateurs. Il faut noter que ce genre de cabinet à comme atout, en général, d'avoir un recrutement de patients grâce à l'expérience des praticiens plus âgés mais cependant l'association est complexe il y a beaucoup de *turn-over* chez les collaborateurs.

Enfin le **Village Gaulois**... Il faut bien comprendre que dans un désert médical le petit cabinet aura réellement toute sa place car il y aura toujours une très forte demande. Dans les grandes villes le dentiste seul se fait plus rare et on va vers un exercice plus spécialisé.

**Ce que l'on retiendra c'est qu'une diversité au niveau de l'âge des associés est un gage de réussite, réputation, sagesse et expertise d'un sénior permet de mieux faire évoluer nos jeunes confrères et consœurs. Plus le nombre d'associés est important, plus l'organisation devra être performante, pour cela la communication est primordiale ainsi qu'une répartition des responsabilités dans la gestion.**

Julien Biton



## Le cabinet dentaire à l'heure du numérique

**François Descamp, Jean Cédric Durand, Sébastien Felenc**

Responsable scientifique : Michel Fages

### Bienvenue dans le futur !

Mais regardons un petit peu en arrière : comment la révolution numérique s'est créée et comment est-elle arrivée dans nos cabinets...

Le premier c'est Alan Turing qui a conçu le premier ordinateur et donc la première intelligence artificielle de l'histoire. Après quelques années, l'homme a fini par envoyer des hommes dans l'espace en 1969 avec pour informatique un ordinateur de bord de 32 kg pour 4 Ko de mémoire.

En 1984, Motorola sort son téléphone portable à 4000\$ accompagné de sa valise de 16 kg !

Mais comment est rentré le numérique dans le cabinet dentaire ?

En 2014, la CCAM rentre dans notre vie pour le pire... et le meilleur ? C'est en effet l'obligation pour le cabinet de s'équiper d'un ordinateur et de démocratiser la télétransmission ; même si nombre d'entre nous étions déjà équipés !

Puis la photo numérique s'est démocratisée dans le cabinet, et aujourd'hui c'est l'empreinte optique et toute la chaîne numérique qui en découle.

Nous pouvons superposer les informations STL de l'empreinte numérique avec les informations DICOM du CBCT pour la planification implantaire, les traitements par aligneurs etc.

**Après la prise d'empreinte numérique se pose la question de son traitement : quelle chaîne de CFAO je veux pour mon cabinet ? (Fig. 1)**

### 4 questions à se poser

#### Quelle CFAO adopter ?

Est-ce que je veux produire dans mon Cabinet ?

### Comment choisir un système ?

- Bouche-à-oreille (avantages/inconvénients, fiabilité, satisfaction)
- Formations (littérature, e-learning, conférence, DU, formations privées)
- Spécificités techniques
- Capacité de maintenance rapide
- Prise en main (salons, congrès)
- Ergonomie professionnelle
- Pratique isolée ou de groupe
- Plug and play (CFAO directe)
- Compatibilité avec le laboratoire de prothèse
- Facteur financier
- Attention : évolution rapide et constante

### Quelle organisation ?

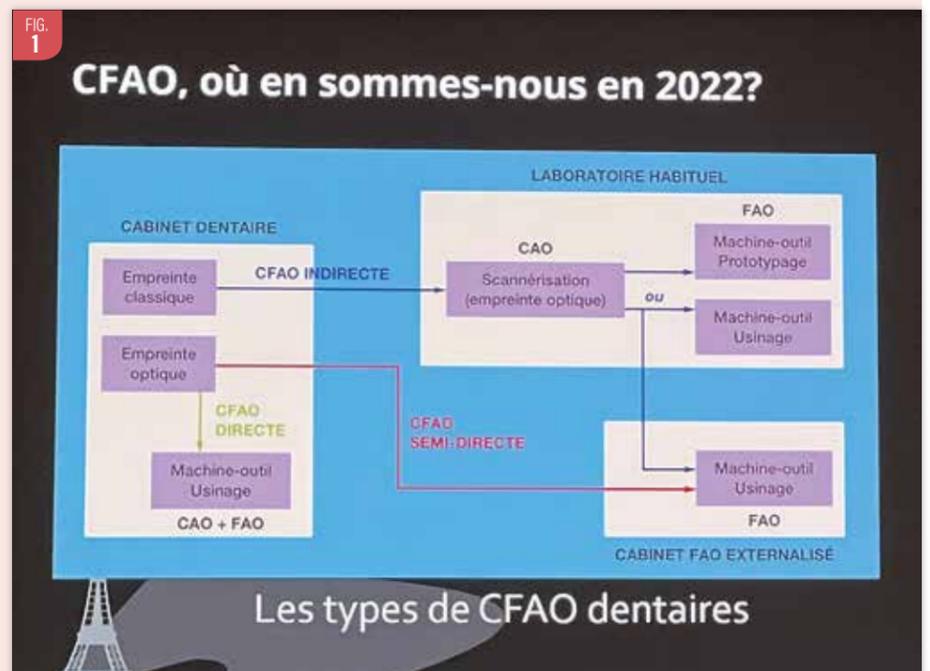
- Formation du praticien : utilisation des matériels, utilisation du logiciel, concepts de réalisation (préparations, matériaux)
- Formation du personnel (maintenance, envoi de fichiers...)
- CFAO Directe : nouvelle ergonomie professionnelle à mettre en place dans le cabinet ; RDV long (1 à 2 h 00) ; formation du personnel (maintenance, compétence prothétique).

### Quel coût/rentabilité ?

Il faut différencier le Pack Caméra du Pack FAO (CFAO Directe au cabinet) selon que l'on veut faire de la CFAO Directe ou non.

### Pack caméra :

- caméra seule : 18 000 à 60 000 €,
- ordinateur : jusqu'à 3 000 €,
- le cart (pour poser l'ensemble ordinateur/caméra) : 500 à 1 500 €,
- embouts autoclavables : 100 à 1 000 €,
- redevances/mise à jour : 0 à 5 000 € par an,



- extension de garantie : environ 2 000 €,
- installation/formation : 0 à 1 500 €.

### Pack FAO :

- usineuse : 30 000 à 75 000 €,
- logiciel : 0 à 6 000 €,
- four : 5 000 à 18 000 €,
- consommables : blocs (20 €), fraises (40 €), lubrifiant (100 €/l), kit maquillage (700 €)

### Le petit truc ?

Le marché de l'occasion qui regorge de caméras que les praticiens achètent dans les salons mais qui restent dans un placard car ils n'arrivent pas à changer leurs habitudes !

### Le mot de la fin ?

La rentabilité de la CFAO Directe ou semi-directe n'est pas le 1<sup>er</sup> facteur pour passer au numérique. Cependant, cela améliore grandement l'image du cabinet et ouvre au praticien de nouveaux horizons diagnostics, de planifications et thérapeutique. Toujours pour aller dans la meilleure expérience patient et la meilleure thérapeutique pour nos patients.

Cyril Licha



## Du projet esthétique au collage : les facettes démystifiées

**Jean-François Lasserre**

Responsable scientifique: Mathieu Contrepois

Dans une atmosphère particulièrement chaleureuse, Jean-François Lasserre et Mathieu Contrepois nous ont exposé chronologiquement les étapes clés du traitement par facettes.

Réaliser un projet esthétique et le transférer en bouche pour validation avant de réaliser des préparations

Pour réaliser le projet esthétique, deux options existent : soit par modelage direct en bouche, soit par réalisation d'un wax up au laboratoire. Des clés sont réalisées ensuite (Fig. 1).

La technique directe, préférée par J.-F. Lasserre, consiste à utiliser du composite (GC) étiré au pinceau artistique en nylon. Il rappelle qu'il ne faut surtout pas utiliser d'adhésif, mais du liquide à modeler Bis GMA / TEGDma afin de lier les charges composites. Il explique qu'il vient modeler les lignes de transitions au pinceau puis réalise deux clés en silicone : une clé simple pour le contrôle de l'épaisseur des préparations et une clé festonnée pour la réalisation des provisoires.

D'ailleurs pour ces clés, il partage un conseil technique : il recommande de ne pas prendre simplement un silicone extra-dur, mais un silicone par condensation encore plus rigide de type Zetalabor (Zhermac).

L'autre technique, dite de masque indirect et préférée par M. Contrepois, fait appel au prothésiste. Le masque est d'abord élaboré numériquement via Digital Smile Design (DSD). Cela permet de mener l'étude esthétique du sourire et de réaliser le projet esthétique numériquement.

Cette préfiguration virtuelle aide à anticiper les plasties gingivales et dentaires nécessaires, à valider l'alignement esthétique et à préfigurer le résultat final. Puis le DSD est adressé au laboratoire pour que ce dernier réalise un wax up et trois clés : une clé de mock up pour transférer le projet en bouche et deux clés de réduction permettant de valider les espaces incisal et



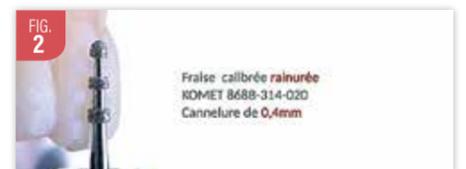
vestibulaire. Enfin, une fois les coronoplasties réalisées, pour se conformer au DSD transmis au laboratoire, le mock up est réalisé en résine bisacryl au fauteuil. Cela permet au patient d'avoir une vision immédiate de son nouveau sourire (Fig. 1).



Préparer les dents en respectant l'émail et en contrôlant les axes d'insertion des futures facettes

Bien que le collage à la dentine soit bon, l'hydrolyse de la couche hybride conduit à une rupture après 5 ans environ, nous met en garde J.-F. Lasserre. Le vieillissement de l'adhésion à l'émail, quant à lui, est très bon. Un des enjeux majeurs des préparations réside donc dans la conservation du maximum d'émail. Mais l'épaisseur du tissu amélaire est de 0,6 mm ! Il explique qu'il faudrait idéalement préparer l'émail sans anesthésie et sans spray pour mieux contrôler la préparation et conserver 95 % de tissu. Quant au côté lingual, où l'épaisseur d'émail est plus fine, la préparation à préférer au retour palatin est le *butt-margin*, nous recommandons l'intervenant.

La préparation de dents se réalise sur le mock-up positionné en bouche. Mais pour ce faire, les deux intervenants ont chacun leur technique de prédilection. M. Contrepois utilise en effet des fraises cannelées (Fig. 2). Il rappelle d'ailleurs que dans la mesure où l'émail cervical est très fin, si la dent est courte, il faut faire deux rainures avec la fraise cannelée et trois rainures si la dent à préparer est plus longue.



Le Dr Lasserre, quant à lui, préfère de loin utiliser des fraises de petit diamètre, puis des congés très fins, et enfin des ultrasons pour calibrer l'enlèvement qui sera contrôlé dans les sens vertical et horizontal par la double clé de silicone (Fig. 3).



Au sujet de l'instrumentation, il a développé un kit minimal invasif (Komet). On y trouve une fraise congé 0.7 avec une tige très fine pour aller dans les embrasures. De plus, il recommande de marquer les dents préparées en proximal d'une petite trace (petit rainurage de 0,3) afin d'indiquer au prothésiste où arrêter la céramique précisément. Une autre fraise intéressante de ce kit est

**3M Science.**  
Applied to Life.™\*

Success simplified\*\*



Visionnez le webinaire !  
Inscrivez-vous et regardez-le au moment qui vous convient le mieux.



Rejoignez la session de questions-réponses **EN DIRECT** >>>  
Mardi 21 mars à 20h



### Facettes en vitrocéramique, la réussite vous sourit !

Les facettes sont très tendance pour les patients qui cherchent à améliorer l'esthétique de leur sourire. Elles constituent une solution durable et le patient adore le résultat, mais quels défis représentent-elles pour le dentiste ?

Avec Success Simplified, 3M propose un protocole simple afin de standardiser les procédures et vous permettre de prendre les meilleures décisions. Le choix des matériaux dentaires, la conception de la préparation dentaire, les prothèses provisoires, la prise d'empreinte, l'assemblage et le suivi : chaque étape compte dans le résultat final !



**Paulo Monteiro** a obtenu son diplôme de docteur en médecine dentaire à l'Instituto Superior de Ciências da Saúde de Caparica (ISCSEM), au Portugal. C'est là qu'il a commencé à développer une passion pour la dentisterie esthétique.

En 2005, il a suivi des programmes de post-graduation en dentisterie esthétique et restauratrice à l'ISCSEM. Il a également obtenu une maîtrise en médecine dentaire dans le même institut.

Il est coordinateur et professeur du programme post-gradué en dentisterie esthétique et restauratrice à l'Instituto Universitário Egas Moniz et possède un cabinet dentaire à Lisbonne qui se concentre sur les traitements dentaires esthétiques et cosmétiques.



**Nicola Scotti** a obtenu son diplôme de dentiste à l'Université de Ferrara (Italie) en 2004 et est devenu professeur adjoint à l'école de dentisterie de l'Université de Turin (Italie) en 2007.

En 2014, il a obtenu la qualification scientifique nationale en tant que professeur associé.

En 2015, il a obtenu le titre de docteur en nanotechnologie.

Depuis 2017, il est directeur et professeur du cours de master de deuxième niveau en dentisterie restauratrice et esthétique à l'Université de Turin.

En 2019, il est devenu professeur associé à l'École de dentisterie de l'Université de Turin et a obtenu la qualification scientifique nationale pour le rôle de professeur titulaire en 2020.

Il a publié plusieurs articles et présenté de courtes communications sur ses recherches dans le domaine des matériaux dentaires. Il est conférencier international sur les procédures de prothodonte et d'esthétique dentaire.

\* 3M Science. Au service de la Vie.  
\*\* Protocole Simplifié.



M. Allouche



J. Biton



Y. Brukarz



C. Dericbourg



J. Dray



C. Licha



L. Sebbag



Y. Zaouch

la micro flemme à tige longue pour enlever les becquets d'émail qui remontent au point de contact avec la dent voisine. Et pour finir les préparations, il recommande d'utiliser les ultrasons afin que les empreintes soient plus belles même si c'est invisible à l'œil nu (Fig. 4). Il fait remarquer que des gingivoplasties et ostéoplasties sont souvent nécessaires lorsqu'on réalise des facettes



## La préparation des dents sous-tend 3 points fondamentaux

### Le design périphérique

Contrairement aux préparations pour les couronnes classiques, les préparations pour facettes présentent des formes verticales et axiales compliquées par rapport aux points de contact. De plus, en palatin, il y a plusieurs possibilités que sont le *butt-margin*, le recouvrement léger, moyen ou total.

Deux types de finitions proximales existent selon que le point de contact se trouve préparé ou non. En effet, l'absence de préparation du point de contact conduit à retrouver la forme en hélice qui va rentrer dans l'embrasure cervicale, contourner le point de contact et arriver en mourant au bord ou rejoindre le *butt-margin*. Mais il faut s'enfoncer en proximal pour cacher le joint, notamment avec les facettes en disilicate de lithium qui laissent davantage voir le joint, que celles en feldspathiques, explique le Dr Lasserre. Lorsque le point de contact est préparé, une finition viendra alors réunir les niveaux de préparation palatin et vestibulaire, ce qui donnera une forme progressive et régulière sans angle vif remontant en proximal.

### Les axes d'insertion

Les axes d'insertion sont multiples. Le champ d'insertion est donc choisi en fonction de la situation rencontrée nous explique-t-on. Pour une facette simple, le champ d'insertion sera très large. Aussi, il ne permet pas d'être certain du positionnement correct de la facette au moment du collage, surtout lorsqu'une digue unitaire empêche de voir les dents voisines... Ainsi, J.-F. Lasserre préconise de réaliser une forme hémisphérique de centrage au niveau de la jonction entre tiers moyen et tiers incisal. Cela permet un engrenement de la facette sur la dent et assure un positionnement précis au moment du collage. Cette insertion frontale est souvent utilisée, notamment pour des facettes feldspathiques dans le cas de *no prep* lorsqu'il y a un sertissage périphérique.

Dans les cas où le praticien cherche à fermer les trous noirs inesthétiques, l'objectif sera d'emmener de la céramique dans les embrasures quasiment jusqu'à l'angle palatin. Par conséquent, le praticien devra choisir un champ d'insertion par le haut.

En effet, en présence de trous noirs, les dents sont triangulaires, le diamètre cervical des dents est étroit et le diamètre au point de contact plus large. Si bien que

l'insertion frontale nécessiterait de paralléliser, mais cela conduirait à enlever la moitié de l'émail. Or l'émail doit être conservé pour le collage ! Par conséquent il sera nécessaire de garder l'aspect triangulaire des dents et donc de choisir une insertion par le haut pour que la facette ferme les embrasures. Ces facettes sont de type dit 3 faces : elles rentrent dans les embrasures, elles vont jusqu'à l'angle palatin et ferment les trous noirs. Elles ne peuvent fonctionner qu'avec un *butt-margin*. Un retour palatin créerait des contre dépouilles par rapport à l'axe d'insertion. Quand on fait le *butt-margin*, (ou *biseau ad vestibulum*), cela donne au prothésiste l'axe d'insertion de la préparation.

Dans le cas d'une dent fracturée, ou abrasée, chez un bruxomane qui aurait perdu la moitié de la hauteur par exemple, la gencive n'a pas déshabité les zones proximales et il faut rallonger la dent en faisant un recouvrement. Dans ce cas, le champ d'insertion se fera par le bas.

Dans le cas d'une amélogénèse imparfaite qui nécessite d'éliminer l'émail pathologique, le point de contact sera préparé et on cherchera à avoir de la céramique en palatin et en vestibulaire. L'axe d'insertion sera donc coronoradiculaire. On choisira donc un champ d'insertion axial.

### La prise d'empreinte après les préparations

Il est recommandé d'utiliser un fil imprégné de chlorure d'aluminium pour obtenir une déflexion de la gencive et que les limites de préparation soient bien visibles. De plus, quand les embrasures sont ouvertes, il faut remplir les embrasures en palatin avec de la digue liquide sans atteindre les limites en vestibulaire. Cela évite les déchirures de l'empreinte (Fig. 5).



### Gérer la phase de temporisation avec des provisoires esthétiques et fiables

Les provisoires peuvent être réalisées en bisacryl injecté dans une clé en silicone obtenue par isomoulage dupliquant le mock up comme le fait M. Contrepois. Mais pour des provisoires de plus longue durée, J.-F. Lasserre recommande d'utiliser une résine Unifast retravaillée par *cut back* et stratifiée au composite après application d'un adhésif universel. Ces facettes provisoires sont alors scellées au CVI MAR additionné à 25 % de la vaseline.

### Choisir une céramique adaptée en fonction de la situation clinique

Le choix de la céramique est fonction de l'esthétique et de la résistance recherchées. Il faut donc faire les choix les mieux adaptés dans chaque situation. La zircone se colle au MDP mais ce collage est insuffisant d'après nos conférenciers. Le disilicate de lithium est le matériau qui se colle le mieux. Quant aux facettes feldspathiques, elles sont très belles mais très fragiles : elles se fissurent.

Dans un cas de dyschromies liées aux tétracyclines par exemple, la meilleure solution est de choisir la

feldspathique, car il est possible de réaliser des bandes opaques, semi-translucides et translucides, ce que ne permet pas le disilicate de lithium. Autrement le disilicate de lithium, en pressé plutôt qu'en CFAO, est utilisé dans la majeure partie des cas.

**La couleur est principalement influencée par le support de la dent et par la céramique.** Le film de colle est bien trop fin (Fig. 6). C'est pourquoi, le tips est qu'il faut indiquer au prothésiste la couleur de céramique avec teintier spécifique à l'Emax et lui envoyer une photographie du support.



### Coller dans le respect des protocoles de collage et d'isolation indispensables pour la pérennité des facettes

Avant de coller, il faut réaliser un essai clinique des facettes sans pâte d'essai pour vérifier leur ajustage. Cette étape sera susceptible d'entraîner des corrections pour que l'ajustage soit trouvé. Puis, avant la déshydratation de la dent, il faudra observer la couleur pour la vérifier. On utilisera, pour faire tenir la facette à cette étape, une pâte d'essai qui remplit l'espace entre la facette et la dent. Une fois, les excès essuyés et soufflés, le patient se retrouve en mesure d'observer le résultat global. Le praticien peut, quant à lui, faire des photos pour transmettre au laboratoire les éventuels ajustements de teinte.

Enfin la forme est vérifiée selon les grandes lignes de référence du visage et de manière plus précise par rapport aux lignes esthétiques du sourire, des dents adjacentes et des embrasures. Attention il est impossible de contrôler l'occlusion avant le collage car il y a un risque de fracture de la céramique, met en garde M. Contrepois.

Le collage nécessite une isolation du sang, de la salive, de la vapeur d'eau libérée à l'expiration. Il est possible de réaliser une digue unitaire avec une digue fine, un crampon unique et une ligature. Mais cela prive d'un champ visuel dégagé, permettant d'utiliser les autres dents comme repères. C'est pourquoi la digue sectorielle est à préférer. Elle est réalisée avec une feuille de digue plus épaisse stabilisée grâce à deux crampons postérieurs. Un crampon volant sera déplacé pour le collage de chaque facette. Cela offre une meilleure vue d'ensemble. Il est à noter que lors de l'étape collage, il est important d'une part de protéger les dents adjacentes avec du téflon. D'autre part, il est nécessaire de réessayer chaque facette avant de la coller pour vérifier que l'isolation ne gêne pas son bon positionnement.

Dans les cas où une contention palatine est présente (et si l'on veut éviter de la déposer), il faudra réaliser une digue fenestrée. Une clé palatine en silicone lourd sera utilisée ainsi que du silicone light et un cordonnet viendra isoler le sulcus. Idem, si la gencive est en cours de cicatrisation dans le cas d'ostéoplasties et de gingivoplasties. Il faudra utiliser une digue fenestrée et de l'espsyl qui sera éliminé avec un pinceau et du sérum physiologique.

Enfin, le collage des facettes doit respecter les fondamentaux. Le pré-traitement est nécessaire car les colles n'ont pas de potentiel adhésif. De l'acide fluorhydrique est déposé sur la facette pendant une durée variant selon la céramique choisie, puis le rinçage à l'eau est abondant. De l'acide orthophosphorique est ensuite utilisé pour ôter les résidus blancs. Après un rinçage, puis séchage, le silane est appliqué pendant une minute et la facette est mise à l'abri de la poussière.

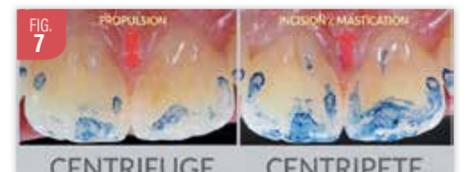
Après protection des dents adjacentes au téflon, les dents sont traitées par sablage, puis mordantage à l'acide orthophosphorique 15 secondes sur émail. Il faut rincer, sécher avant d'appliquer l'adhésif qui sera séché et photopolymérisé.

Ensuite, il faudra charger la colle sur la facette pré-traitée avant de la positionner et de la maintenir afin d'éliminer les excès de colle. Puis vient la photopolymérisation.

### Réaliser une finition du joint suite au collage avec une instrumentation adaptée pour ne pas abîmer la céramique.

Au niveau du joint, J.-F. Lasserre conseille de passer une couche de glycérine, et de photopolymériser de nouveau. Ensuite une lame de bistouri 12 est utilisée pour gratter le joint de colle révélé à la lampe aux ultraviolets. Un joint poli miroir peut être obtenu avec des polissoires puis une pate diamantée. La gencive adorera venir au contact d'un joint bien poli.

Enfin, l'occlusion est contrôlée en OIM avec du papier 40 micron sur dents sèches. On demande au patient de fermer d'un coup sec. Puis l'occlusion dynamique est vérifiée en propulsion et en latéralités. On demande au patient de mastiquer, ruminer, inciser. Et pour finir, le Dr Lasserre recommande d'utiliser un papier de 10 à 12 microns d'épaisseur qui glissera en OIM entre les dents antérieures (Fig. 7).



Illustrations transmises par Mathieu Contrepois

Michael Allouche



**PARIS**  
Save the date

**Jeudi 23 mars 2023**

Jean-Christophe PARIS de l'Académie du Sourire  
Le numérique au service de l'esthétique et de la fonction

Lieu : Intercontinental Marceau, 64 Avenue Marceau 75000 Paris  
Conférence ouverte à tous | Inscrite dans la cotisation 2023 | Gratuit pour les étudiants | Tarifs non adhérent.e : 160 €  
Inscription sur [aonews-lemag.fr](http://aonews-lemag.fr)



## Os autogène vs biomatériaux la battle

**Pierre Keller, Antoine Popelut**

Responsable scientifique: *Hélène Arnal*

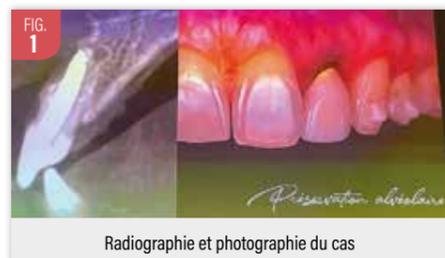
### Défauts dans le contour

Ce sont les défauts les plus courants. L'absence de corticale alvéolaire est le défaut le plus courant. Nous présenterons ici plusieurs cas cliniques qui ont illustré la conférence.

### Biomatériaux et ROG, A. Popelut

#### Cas 1

22 ans avec atteinte terminale de la corticale osseuse vestibulaire. Il y aura ensuite une grande période de temporisation grâce au projet d'orthodontie prévu pour environ 6 mois. Les traitements d'orthodontie permettent également de soutenir les papilles (Fig. 1).

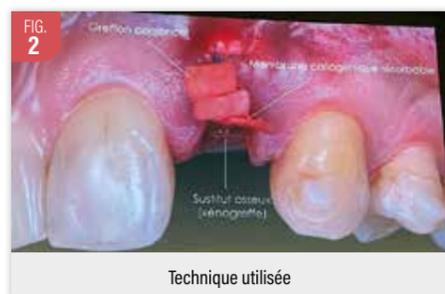


L'extraction la moins traumatisante possible est réalisée car elle conditionnera de manière importante la préservation alvéolaire qui en découlera. Nous avons des instruments comme l'extracteur de Benex qui permettent de préserver nos papilles et une harmonie des contours gingivaux après extraction.

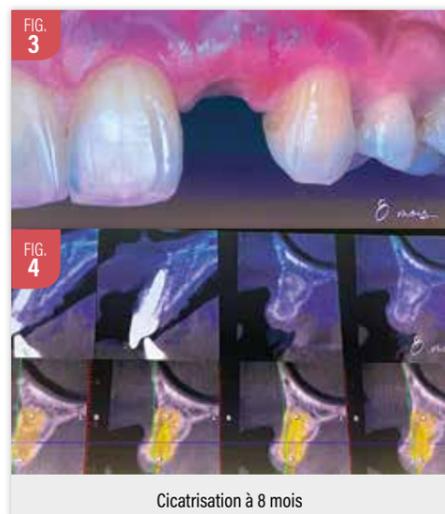
#### Technique en 3 espaces (Fig. 2) :

- Réalisation d'un greffon conjonctif sur la partie vestibulaire et linguale.
- Sous ce greffon il faudra placer une membrane qui permettra l'exclusion cellulaire en empêchant la migration des cellules épithéliales et conjonctives en premier dans l'alvéole.
- Enfin le biomatériau est placé dans l'alvéole.

Il faut absolument que le greffon conjonctif soit en selle pour éviter tout risque de nécrose, la vascularisation étant l'aspect clé de cette technique.



8 mois après la chirurgie (Fig. 3 et 4), A. Popelut pourra poser l'implant dans un contexte osseux et gingival favorable via la technique de chirurgie guidée de manière à éviter de faire un lambeau et de préserver nos papilles.



#### Cas 2 : Implantation associée à une ROG (Secteur antérieur)

En présence d'un défaut osseux vestibulaire qui nous empêche de procéder à une extraction-implantation immédiate, Antoine Popelut effectue l'extraction puis l'implantation de manière précoce, à 6 semaines, une fois les tissus mous refermés.

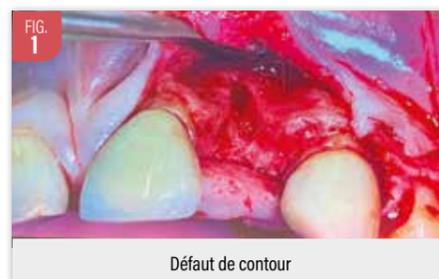
- Extraction atraumatique de la 21
- Cicatrisation de 6 semaines : fermeture des tissus mous
- Positionnement de l'implant en chirurgie guidée : Lambeau de pleine épaisseur avec une incision de décharge au-delà des canines afin d'avoir une bonne visualisation du site. Dégagement jusqu'à l'épine nasale d'où on pourra prélever de l'os autogène.
- Dilacération du lambeau en demi-épaisseur pour lui assurer un maximum de laxité.
- Régénération en deux temps : apport de l'os autogène puis d'un substitut osseux recouverts tous deux d'une membrane pincée selon le concept d'URBAN (Sausage technique).
- Suture : afin qu'une ROG fonctionne, une bonne tenue du caillot est nécessaire ainsi que des sutures sans tension.



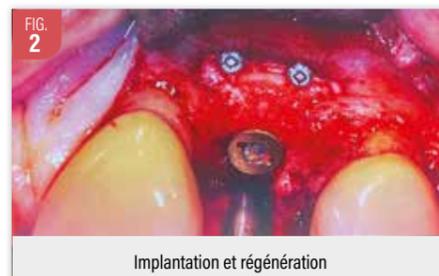
### Bloc autogène, P. Keller

#### Cas 3

Nous pouvons distinguer le défaut de contour de ce cas à la forme du rebord osseux (Fig. 1). Nous allons utiliser de l'os local récupéré à l'aide d'un trépan lors du forage de l'implant. Nous obtiendrons alors une carotte d'os qu'il faut sortir avec précaution du trépan pour ne pas l'émietter afin qu'elle puisse jouer son rôle de barrière vestibulaire.



L'implantation est réalisée laissant des spires apparentes en vestibulaire ayant pour cause ce défaut osseux. Pour reconstruire la paroi osseuse la carotte sera stabilisée horizontalement par des vis d'ostéosynthèse entre le bord du défaut et l'implant. L'os de forage collecté va permettre de combler les espaces résiduels autour de la carotte. Le gros potentiel de l'os autogène réside dans sa régénération et sa cicatrisation qui, à durée égale, est meilleure que les biomatériaux (Fig. 2).



#### Cas 4 : Utilisation de carotte osseuse en secteur édenté encastré postérieur

Le trépan doit être utilisé pleine vitesse avec une forte irrigation. Une séquence classique de forage est ensuite réalisée suivi de la pose des implants. La vis d'ostéosynthèse est fixée de manière très verticale afin de pouvoir y coincer les carottes osseuses (Fig. 1). Il ne faut pas surcorriger pour éviter la résorption. Aucune membrane n'est ajoutée mais une incision périostée sera effectuée afin de suturer le lambeau sans tension.



Lors du second temps chirurgical, une demi-plastie vestibulaire de Kazanjian est effectuée (Fig. 2). Pierre Keller effectue un lambeau muqueux vestibulaire préparé en supra-musculaire puis coupe les insertions musculaires vestibulaires pour ne laisser que le périoste. Les vis d'ostéosynthèse sont retirées à travers ce dernier. Nous obtenons un bandeau de gencive fixe péri-implantaire qui sera suturé avec le périoste du fond du vestibule pour ramener et plaquer le lambeau jusque dans le fond du vestibule également.



La gencive obtenue ne sera pas une gencive kératinisée mais une gencive libre. Il y a un vrai approfondissement du vestibule avec la création d'un couloir d'hygiène (Fig. 3).



**Bilan :** pour les défauts mineurs avec une crête de plus de 4 mm qui permettent de poser l'implant en même temps que la ROG, l'os autogène comme les biomatériaux permettent d'exécuter des techniques simples et reproductibles. Les deux techniques fonctionnent parfaitement.

### Les gros défauts osseux : crêtes < 4 mm

#### Biomatériaux et ROG, A. Popelut

#### Cas postérieur (cas 5) : la patiente a un déficit osseux vertical en secteur postérieur et nécessite une réhabilitation globale

Nous apercevons au Cone-Beam que la patiente aura besoin d'une reconstruction vestibulaire importante si l'on veut que notre reconstruction soit prothétiquement possible (Fig. 1). Il n'est pas possible de poser les implants en même temps que la régénération osseuse guidée. Nous réalisons une Sausage technique pour augmenter verticalement notre site. L'os autogène est scappé au niveau de la branche montante. Il faut absolument que les tissus soient suturés sans tension. → **Tips :** le stripping assure une meilleure viabilité cellulaire en comparaison avec le trépan et l'os de forage.



Nous préparons le site par des microperforations afin d'obtenir un bel apport vasculaire qui nourrira la ROG. Nous mélangeons ensuite 60 % d'os autogène avec 40 % de substitut osseux (Fig. 2), plus du PRF pour obtenir du Sticky bone. La préparation forme un gel qui va être apposé au niveau de la zone à régénérer. Enfin, nous fixons la membrane prédécoupée pour laisser place à l'émergence du NAI et nous suturons sans tension. → **Tips :** finger test : en apposant notre doigt, le greffon doit être compact.



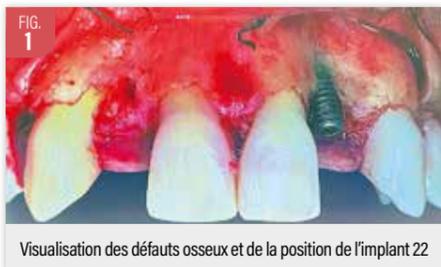
Préparation de la ROG

Nous allons ensuite pouvoir positionner nos implants de manière optimale afin que le projet prothétique soit réalisable. Pour préserver au maximum la stabilité osseuse, le conférencier utilise des implants *Tissue Level* et conseille d'éviter tout implant agressif pour protéger la greffe de tout mouvement néfaste de vissage-dévisage.

### Cas antérieur (cas 6)

Nous utilisons la même technique de ROG médiée par des membranes résorbables armées ou non armées.

L'implant de la patiente est trop vestibulée et visible par transparence (Fig. 1). Lors de la dépose de l'implant nous effectuons immédiatement une ROG en élevant un lambeau au-delà de la canine. Le Sticky bone est préparé puis apposé sur les défauts osseux. Nous allons sur-corriger les défauts sur cette zone puis pincer l'ensemble avec une membrane.



Visualisation des défauts osseux et de la position de l'implant 22



Restauration prothétique finale

### Bloc autogène, P. Keller

#### Cas antérieur (cas 7)

Lorsque l'on a de larges défauts nous allons avoir besoin d'un site donneur qui sera généralement la ligne oblique externe. Les prélèvements seront faits avec la piezo ou au disque diamanté. P. Keller va ensuite luxer le bloc osseux dans son intégralité puis va le dédoubler afin de donner ensuite une belle forme à la crête.

Contrairement aux substituts osseux, l'os autogène va être reconstruit dans le volume sans aller au-delà des contours. S'il y a un petit déficit vertical inter-implantaire, il va rajouter un bloc occlusal pour aider la création de la papille. La cicatrisation va ensuite durer 3-4 mois avant de pouvoir passer à la chirurgie implantaire (Fig. 1 et 2).



Positionnement et cicatrisation des blocs autogènes à 4M

### Chez l'édenté complet (cas 8)

Le patient a une crête très fine et un sinus très bas. Nous allons prélever le bloc autogène dans la zone rétro molaire afin de le dédoubler et d'effectuer deux greffes latérales sur les héli-maxillaires de 3 à 5. À 3-4 mois, nous aurons des résultats sans résorption et avec beaucoup de reproductibilité.

→ **Tips** : pour des questions de soutien de la lèvre nous pouvons associer cette technique avec une ROG de biomatériau et membrane pincée (Fig. 1-3).

**Bilan** : avec l'os autogène, nous avons de très beaux résultats pour les augmentations horizontales. Pour la technique de ROG, nous avons de très beaux résultats en postérieur mais sa limite est en antérieur car l'on ne respecte pas forcément les 2 mm d'os en vestibulaire de l'implant.

→ A. Popelut précise que pour éviter cette résorption sur les membranes nous pouvons privilégier les techniques avec des membranes armées ou des grilles afin d'avoir un bon soutien osseux. Elles sont appliquées au-dessus



Les autogènes chez l'édenté complet

du Sticky bone et fixées par des vis, la membrane est ensuite positionnée sur la grille. Ces grilles faites sur mesure sont ajourées pour une meilleure dépose. Cette technique ne nécessite pas de sur-contouring.



Cicatrisation à 8M

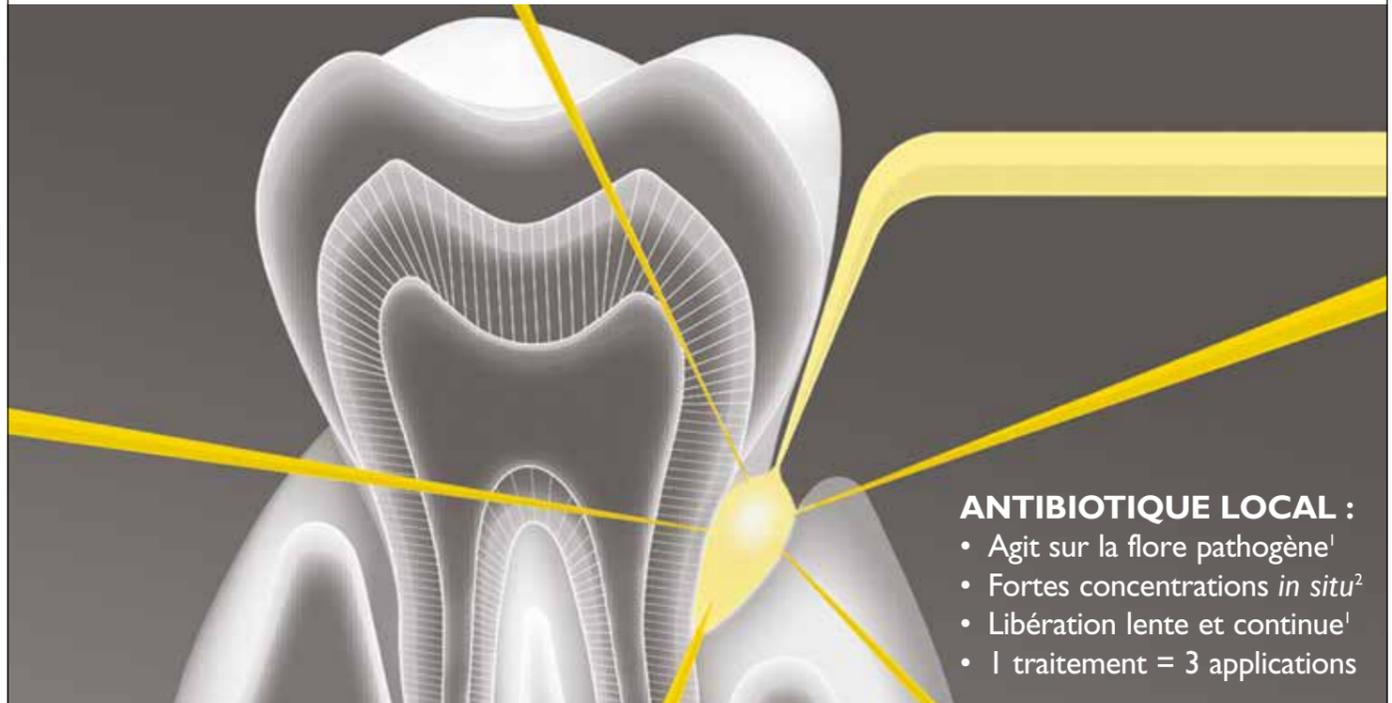


Coraline Dericbourg

SUNSTAR

# parocline® 2%

Gel pour usage dentaire



### ANTIBIOTIQUE LOCAL :

- Agit sur la flore pathogène<sup>1</sup>
- Fortes concentrations *in situ*<sup>2</sup>
- Libération lente et continue<sup>1</sup>
- 1 traitement = 3 applications

### PAROCLINE® agit au cœur de la poche parodontale.

PAROCLINE® est indiqué dans le traitement antibactérien en complément des traitements mécaniques habituels des parodontites. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. Les recommandations de bonne pratique de l'ANSM (juillet 2011) relative à la prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire précise que "L'antibiothérapie par voie locale, à libération immédiate ou contrôlée, n'est pas indiquée en odontologie et en stomatologie en raison de la faiblesse du niveau de preuve en termes de bénéfice thérapeutique et d'une sécurité d'emploi problématique par risque de sélection de mutants résistants." Toute prescription d'antibiotique a un impact sur les résistances bactériennes. Elle doit être justifiée<sup>3</sup>.

**DENOMINATION** : PAROCLINE 2 %, gel pour usage dentaire. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** : Pour une seringue : Chlorhydrate de minocycline - Quantité correspondant à minocycline base : 10,0 mg. Excipients : hydroxyéthylcellulose, chlorure de magnésium, copolymère d'acrylates et de méthacrylates (EUDRAGIT RS), triéthylène glycol. **FORME PHARMACEUTIQUE** : Gel pour usage dentaire. **DONNEES CLINIQUES** : **Indications thérapeutiques** : Traitement «antibactérien» en complément des traitements mécaniques habituels de la parodontose. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. **Posologie et mode d'administration** : Insérer le bout de l'applicateur dans les poches parodontales de chaque dent le plus profondément possible, avant l'administration d'une quantité suffisante de gel pour remplir les poches. Approximativement 25 mg de gel sont administrés dans les poches de 5 à 7 mm de profondeur. Le traitement commencera par des applications tous les 14 jours, jusqu'à un total de 3 ou 4 applications (4 à 6 semaines). Ensuite, les applications seront faites tous les 3 mois. **Contre-indications** : Allergie aux antibiotiques de la famille des tétracyclines. L'emploi de ce médicament doit être évité chez l'enfant de moins de 8 ans, en raison du risque de coloration permanente des dents et d'hypoplasie de l'émail dentaire. Grossesse et allaitement (voir rubrique «Mises en garde et précautions d'emploi»). Association avec les rétinoïdes (voir rubrique «Interactions»). **Mises en garde et précautions d'emploi** : Le brossage des dents, l'utilisation de bains de bouche ou de fil dentaire doivent être limités pendant les deux heures qui suivent l'application, ainsi que toute prise alimentaire. En raison de la possibilité de sensibilisation locale, la zone traitée devra être soigneusement observée. Si les signes et/ou les symptômes de sensibilisation (prurit, œdème, papules) se développent, il convient d'arrêter le traitement. Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en considération avant l'utilisation de ce médicament, en particulier : le surdosage expose à un risque d'hépatotoxicité ; la minocycline doit être utilisée avec précaution en cas d'insuffisance hépatique. En cas d'apparition d'éruption cutanée, de fièvre ou d'adénopathies, il convient d'arrêter le traitement (cf. Effets indésirables). Des cas de syndrome d'hypersensibilité ont été rapportés avec la minocycline. Le risque de survenue et la sévérité de ces réactions semblent être plus élevés chez les patients de phénotype foncé (phototype V-VI). **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions** : Association contre-indiquée : Rétinoïdes (voie générale) : risque d'hypertension intra-crânienne. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi : Anticoagulants oraux : augmentation de l'effet des anticoagulants oraux et du risque hémorragique. Contrôle plus fréquent du taux de prothrombine et surveillance de l'INR ; adaptation éventuelle de la posologie des anticoagulants oraux pendant le traitement anti-infectieux et après son arrêt. Sel, oxides, hydroxydes de magnésium, d'aluminium et de calcium (topiques gastro-intestinaux) : diminution de l'absorption digestive des cyclines. Prendre les topiques gastro-intestinaux à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). Sels de fer (voie orale) : diminution de l'absorption digestive des cyclines (formation de complexes). Prendre les sels de fer à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). **Problèmes particuliers du déséquilibre de l'INR** : De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il apparaît difficile de faire la part entre la pathologie infectieuse et son traitement dans la survenue du déséquilibre de l'INR. Cependant, certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliqués : il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines. **Grossesse et allaitement** : La minocycline passe dans le placenta et le lait maternel ; son emploi doit être évité chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent (risque d'anomalie du bourgeon dentaire ou de dyschromie dentaire chez l'enfant). **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines** : Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en considération avec impression d'attention ralentie. **Effets indésirables** : Irritation gingivale, douleur locale, ecchymose, œdème gingival, abcès dentaire. Diarrhée, douleur gastrique. Les syndromes suivants ont été rapportés : Syndrome d'hypersensibilité consistant en une réaction cutanée (tel que éruption cutanée ou dermatite exfoliative), éosinophilie et une ou plusieurs des manifestations suivantes : hépatite, pneumopathie, néphrite, myocardite, péricardite. Fièvre et lymphadénopathie peuvent être présentes. Cf. rubrique «Mises en garde et précautions particulières d'emploi». **Déclaration des effets indésirables suspectés** : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : www.signalement-sante.gouv.fr. **Surdosage** : En cas de surdosage, faire un lavage gastrique. Il n'existe pas d'antidote spécifique. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES** : **Propriétés pharmacodynamiques** : **PRODUIT PROFESSIONNEL DENTAIRE - ANTIMICROBIQUE DE LA FAMILLE DES CYCLINES (A : Appareil digestif et métabolisme / J : Anti-infectieux)**. La minocycline est un antibiotique de la famille des tétracyclines. Le gel, de par son principe actif, la minocycline, a une activité antimicrobienne qui porte sur la majeure partie de la flore responsable des parodontites. **SPECTRE D'ACTIVITE ANTI-BACTERIENNE** : les concentrations critiques séparent les souches sensibles des souches de sensibilité intermédiaire et ces dernières, des résistantes. S < 4 mg/l et R > 8 mg/l. La prévalence de la résistance acquise peut varier en fonction de la géographie et du temps pour certaines espèces. Il est donc utile de disposer d'informations sur la prévalence de la résistance locale, surtout pour le traitement d'infections sévères. Ces données ne peuvent apporter qu'une orientation sur les probabilités de la sensibilité d'une souche bactérienne à cet antibiotique. Lorsque la variabilité de la prévalence de la résistance en France est connue pour une espèce bactérienne, elle est indiquée entre parenthèses : **ESPECES SENSIBLES** : **Aérobies à Gram positif** : *Bacillus*, *Enterococcus* (40-80%), *Staphylococcus méti-R\** (70-80%), *Streptococcus A* (20%), *Streptococcus B* (80-90%), *Streptococcus pneumoniae* (20-40%). **Aérobies à Gram négatif** : *Branhamella catarrhalis*, *Brucella*, *Escherichia coli* (20-40%), *Haemophilus influenzae* (10%), *Klebsiella* (10-30%), *Neisseria gonorrhoeae*, *Pasteurella*, *Vibrio cholerae*. **Anaérobies** : *Propionibacterium acnes*. **Autres** : *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia*, *Coxiella burnetii*, *Leptospira*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Rickettsia*, *Treponema pallidum*, *Ureaplasma urealyticum*. **ESPECES RESISTANTES** : **Aérobies à Gram négatif** : *Acinetobacter*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas*, *Serratia*. \*La fréquence de résistance à la mélicilline est environ de 30 à 50% de l'ensemble des staphylocoques et se rencontre surtout en milieu hospitalier. Remarque : ce spectre correspond à celui des formes systémiques de la minocycline. Avec les présentations pharmaceutiques locales, les concentrations obtenues *in situ* sont très supérieures aux concentrations plasmatiques. Quelques incertitudes demeurent sur la cinétique des concentrations *in situ*, sur les conditions physico-chimiques locales qui peuvent modifier l'activité de l'antibiotique et sur la stabilité du produit *in situ*. **Propriétés pharmacocinétiques** : Les concentrations de minocycline dans le fluide gingival du sillon sont restées à des niveaux cliniquement efficaces pendant une durée minimum de trois jours après l'administration de 0,05 g de gel (1 mg de minocycline) dans les poches parodontales. Les concentrations sériques de minocycline après administration sous gingivale comme après administration orale de 0,5 g de gel (10 mg de minocycline), sont de l'ordre de 0,1 à 0,2 µg/ml. Ces concentrations sont plus faibles que celles observées après administration orale de 100 à 200 mg/jour de minocycline, doses utilisées en thérapeutique systémique. **DONNEES PHARMACEUTIQUES** : **Incompatibilités** : sans objet. **Durée de conservation** : 2 ans. **Précautions particulières de conservation** : A conserver entre + 2°C et + 8°C (au réfrigérateur). A conserver dans l'emballage extérieur d'origine et à l'abri de la lumière. **Nature et contenu du récipient** : 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (aluminium) boîte de 1 ou 3 seringues. **Précautions particulières d'élimination et de manipulation** : Un traitement préalable - détarrage et polissage radiculaire - est toujours conseillé ; il devra être le moins traumatique possible. La mesure de la profondeur moyenne des poches sera effectuée à l'aide d'une sonde parodontale. L'application du gel sera faite en dehors de la présence de la salive ; l'isolement des dents est impératif. Une anesthésie pourra être nécessaire. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** : SUNSTAR France - 105, rue Jules Guesde - 92300 LEVALLOIS-PERRET. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** : 339 125-4 - 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (aluminium), boîte de 1 - 360 940-5 - 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (aluminium), boîte de 3. **DATE DE PREMIERE AUTORISATION / DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** : 28 juin 1995 / 28 juin 2010. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** : Avril 2021. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE** : Liste I. Réservé à l'usage professionnel dentaire. **EXPLOITANT DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** : CENTRE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - 76, avenue du Midi 63800 Couron d'Auvergne. Médicament non remboursable et non agréé aux collectivités.

1. Satomi et al. Minocycline HCl concentration in periodontal pocket after administration of LS007. Journal of Japanese Society of Periodontology, 1987 ;29(3) :937-43 - 2. Résumé des caractéristiques du produit

SUNSTAR  
FRANCE

105 rue Jules Guesde - 92300 LEVALLOIS-PERRET - Tél. : 01 41 06 64 64 - Fax : 01 41 06 64 65

## Ergonomie de l'omnipratique à la spécialisation

**David Blanc**

Responsable scientifique: Ève Laurent

David Blanc est un ancien masseur kinésithérapeute ayant fait un DU d'ergonomie générale et travaillant actuellement comme chirurgien-dentiste.

L'ergonomie moderne est une rupture technologique. C'est une discipline transversale qui intervient dans chaque domaine à chaque acte. Au quotidien, on est absorbé par l'acte, donc l'ergonomie passe souvent après...

L'Evidence Based Medicine existe tout comme Anatomy Based Ergonomics ; c'est pourquoi on parle d'ergonomie fonctionnelle. C'est la fonction qui guide la posture et donc notre position dépend de celle du patient. Il faut donc concilier l'ergonomie pour le praticien, l'assistante et le patient. Il y a un gradient dans

l'ergonomie : ce qui est fréquent doit être proche et inversement. Il faut donc adapter le travail à l'homme.

Pourquoi rechercher une position allongée ? La position allongée facilite l'accès visuel par l'obtention d'une vision directe. L'orientation de la cavité buccale vers le haut plutôt que vers l'avant va dans ce sens. Le plan de Francfort est alors parallèle au regard.

Le positionnement de la tête doit être similaire pour tous les patients ce qui permet d'obtenir une position de travail parfaitement reproductible (Fig. 1).

Mais comment obtenir cette position allongée ? La position d'arrivée dépend de la position de départ (Fig. 2).

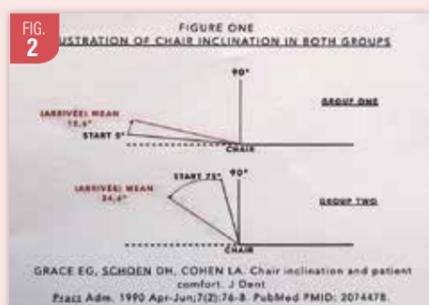
Si le fauteuil ne peut pas s'allonger directement il faut commencer avec le fauteuil un peu plus incliné pour gagner quelques degrés, et donc limiter la sensation de bascule en arrière. Certains fauteuils sont donc plus ou moins adaptés. Beaucoup de fauteuils dentaires ont les genoux pliés pour éviter une tension dans les ischio-jambiers mais on ne travaille pas assis. Pour rappel, à la faculté on nous apprend : travail au maxillaire en position allongée, travail à la mandibule en position assise !

David Blanc prône le concept de la table où il laisse ses patients s'allonger seuls (Fig. 3).

En position allongée le dos se creuse, donc certains patients plient les genoux. Il ne faut donc pas hésiter à mettre un coussin sous leurs genoux.

**→ Tips**

La cyphose dorsale est un problème ? Non il suffit de monter la tête.  
Le patient va avoir du mal à gérer l'eau dans la bouche ? Non, la langue se met mieux en place en arrière ce qui permet de bloquer le carrefour œsophagien.  
Quid des empreintes analogiques ? Le porte-empreinte est simplement inséré d'arrière en avant pour un alginate par exemple.  
Quel siège pour le praticien ? La selle éloigne le praticien du patient, déplace le centre de gravité vers l'avant et fait ouvrir les jambes du praticien pour compenser le déséquilibre. Cela est donc encombrant d'où l'utilisation d'un tabouret.



La révolution est en marche !

Léonard Sebbag



**SAVE THE DATE**  
Symposium ZimVie  
2023

Reconstruire le sourire  
Un travail d'équipe

22 et 23 juin 2023  
Maison de la Mutualité, Paris

Sauf indication contraire, comme indiqué ici, toutes les marques déposées sont la propriété de ZimVie et tous les produits sont fabriqués par une ou plusieurs des filiales dentaires de ZimVie Inc. (Biomet 3i, LLC, Zimmer Dental, Inc., etc.) commercialisés et distribués par ZimVie Dental et par ses partenaires de commercialisation. Pour plus d'informations sur les produits, se reporter aux étiquettes ou au mode d'emploi. L'agrément et la disponibilité de certains produits peut se limiter à certains pays/régions. Ce document est réservé exclusivement aux cliniciens et ne propose ni avis ni recommandation médicale. Il est interdit de le transmettre à d'autres destinataires. Il est interdit de copier ou de réimprimer ce document sans l'autorisation expresse par écrit de ZimVie Dental. EDU3180EM REV.A 06/22 ©2022 ZimVie. Tous droits réservés.

Proposé par  
**ZimVie**  
Institute

# Le grand débat sur la régénération parodontale

**Philippe Bouchard**

Responsable scientifique: Maria Clotilde Carra

## Spécificité de la cicatrisation parodontale

Les maladies parodontales comprennent :

- les gingivites, caractérisées par une inflammation sans atteinte du système d'attache. Une augmentation de la valeur du sondage peut avoir lieu en raison de l'augmentation du volume des tissus mous ;
- les parodontites, caractérisées par une atteinte du système d'attache supracrestal, c'est-à-dire une dissociation de l'attache épithéliale et conjonctive de la surface dentaire ainsi qu'une perte osseuse.

La cicatrisation parodontale est obtenue par un réassemblage du système d'attache à la surface dentaire. Au sens large, la cicatrisation d'une plaie cutanée consiste en une coaptation des berges de tissus mous histologiquement identiques. La singularité de la cicatrisation parodontale consiste en un réassemblage de tissus biologiquement distincts, à savoir les tissus mous et la surface radiculaire (rigide, acellulaire et avasculaire).

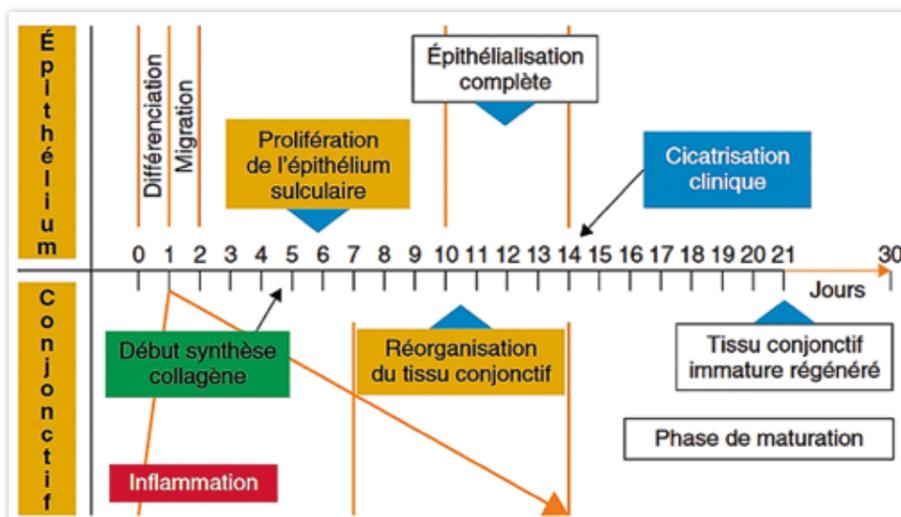
### La cicatrisation parodontale se déroule en 4 étapes (Giannobile et al., 2019)

- **Étape 1: Hémostase/coagulation (formation du caillot)**
- **Étape 2: Inflammation**
- **Étape 3: Prolifération/migration cellulaire**
  - **Angiogenèse** : croissance capillaire ;
  - **Recrutement des cellules mésenchymateuses (fibroblastes, ostéoblastes)** ;
  - Formation d'une matrice provisoire non minéralisée suivie par un processus interactif de minéralisation, différenciation des cellules formatrices d'os et formation osseuse *in fine* ;
  - Processus de formation d'os fibreux (woven bone) et d'os lamellaire
- **Étape 4: Maturation du tissu conjonctif/remodelage de l'os néoformé** ; couplage ostéoblastes/clastes qui continue toute la vie.

## Une nouvelle attache est-elle possible au cours de la cicatrisation ?

Au cours de l'histoire, l'évolution des thérapeutiques a joué un rôle majeur dans l'optimisation de la cicatrisation parodontale. Le surfaçage radiculaire ainsi que le lambeau muco-périosté d'assainissement (LMPA) seul, aboutissent à une cicatrisation parodontale dite « naturelle » que l'on qualifie de **réparation** avec la formation d'un long épithélium jonctionnel (LEJ). Puis les techniques résectrices ont fait leur apparition engendrant la formation d'un court épithélium de jonction (CEJ). En 1986, les techniques de gain d'attache visent à régénérer le système d'attache par comblement de la lésion. L'idée est d'obtenir un gain osseux par une cicatrisation de première ou de seconde intention sans se soucier de l'élément fondamental de la cicatrisation en général, qui consiste en une « fermeture » de la plaie. Dans cette perspective, les thérapeutiques régénératrices et la chirurgie minimalement invasive ont vu le jour. Leur objectif est de favoriser un gain d'attache et un comblement osseux ainsi qu'une fermeture primaire du site permettant une régénération partielle du système d'attache.

Des études expérimentales sur chiens beagles ont ouvert la voie à l'étude de la cicatrisation parodontale. Le protocole consiste en l'extraction d'une dent. Sa couronne est ensuite sectionnée et une encoche horizontale est réalisée sur la racine. La partie coronaire à l'encoche est surfacée de manière à éliminer le ligament parodontal tandis que le ligament est conservé dans la partie apicale à l'encoche. La dent est ensuite réimplantée en position verticale, horizontale ou oblique.



Bouchard P, éditeur. Parodontologie et dentisterie implantaire (Vol. 2 Paris : Lavoisier Médecine Sciences ; 2016)

**Dans les premières 48h :** Formation du caillot, inflammation et détersion de la plaie, migration et différenciation cellulaire

**5<sup>e</sup> j :** Début de synthèse du collagène,

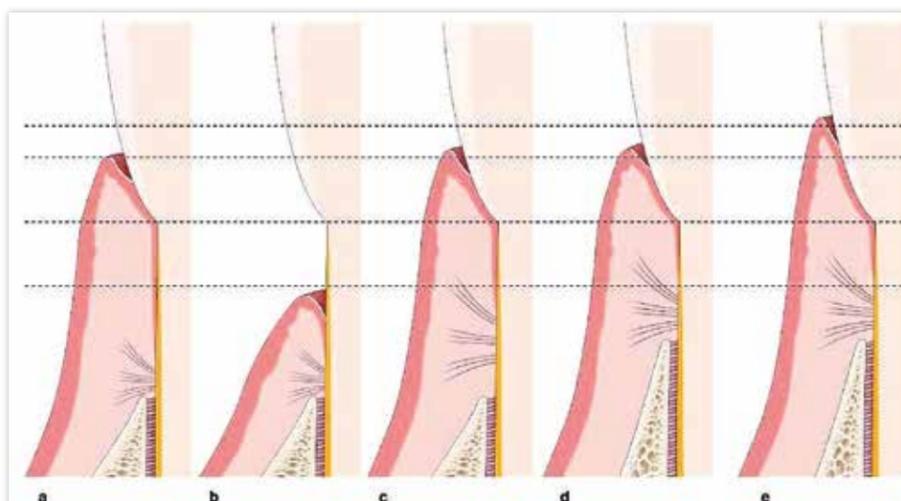
**7<sup>e</sup> j :** Réorganisation du tissu conjonctif et angiogenèse,

**10<sup>e</sup> j :** Prolifération de l'épithélium sulculaire (avec une vitesse de prolifération 4 à 5 fois supérieure à celle du tissu conjonctif),

**14<sup>e</sup> j :** Cicatrisation clinique (il ne faut jamais déposer les fils avant J14, au risque de perturber la cicatrisation),

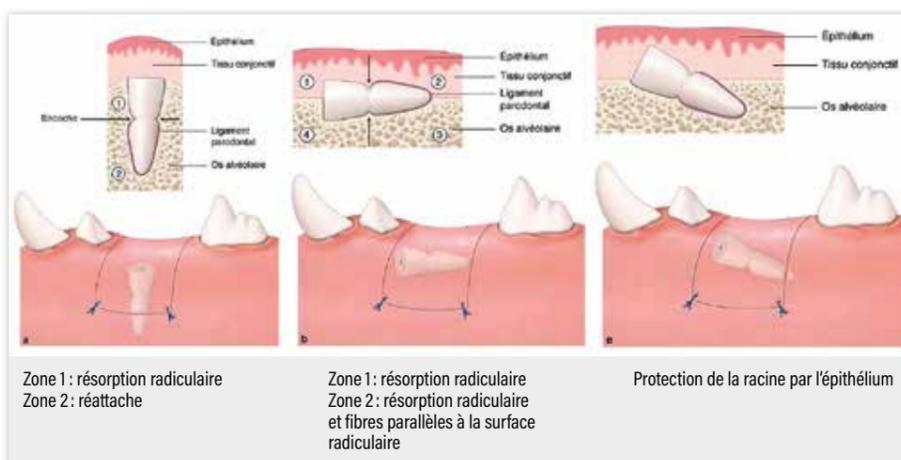
**21<sup>e</sup> j :** Régénération du tissu conjonctif,

**30<sup>e</sup> j :** Phase de maturation.



**Aperçu schématique des différents systèmes d'attache cicatriciels.** a) Long épithélium de jonction. b) Court épithélium de jonction. c) Régénération du système d'attache. d) Régénération du système d'attache et de l'os alvéolaire. Noter que la situation e) est purement théorique car il n'existe pas de traitement parodontal sans récession gingivale. Les lignes de pointillés correspondent à celles de la figure 2-2.

Bouchard P, éditeur. Parodontologie et dentisterie implantaire (Vol. 2 Paris : Lavoisier Médecine Sciences ; 2016)

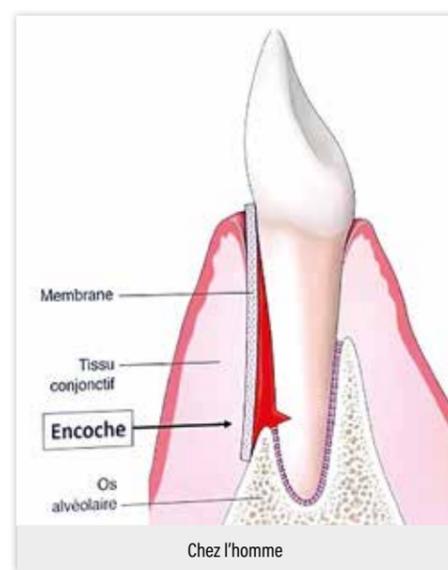


- Dans le modèle de réimplantation verticale, on observe dans la partie coronaire qui ne présente plus de ligament, une résorption osseuse. **Conclusion : le tissu osseux ne permet pas la formation d'une nouvelle attache** (Karring et al., 1980).

- Dans le modèle de réimplantation horizontale, la surface radiculaire privée de ligament a subi une résorption radiculaire et la formation de fibres parallèles au contact du tissu conjonctif. **Conclusion : le tissu conjonctif n'autorise pas la formation d'une nouvelle attache** (Nyman et al., 1980).

- Dans le modèle de réimplantation oblique, l'épithélium est perforé à différents moments chez plusieurs animaux. Cela permet d'étudier la migration de l'épithélium à intervalles réguliers. **Conclusion : la migration apicale naturelle de l'épithélium permet de protéger la surface radiculaire du contact avec le tissu conjonctif et d'éviter la résorption radiculaire** (Karring et al., 1984).

À la lumière de ces résultats, le principe d'exclusion cellulaire par le biais d'une membrane non résorbable a vu le jour (Melcher, 1976).



Une nouvelle attache est donc possible par néoformation d'os, de ciment et du desmodonte, sous réserve de : chronologie cellulaire, maintien de l'espace, protection du caillot, stabilité du caillot.

## Les 4 étapes du traitement parodontal

Une fois le diagnostic de maladie parodontal posé, les patients doivent être traités selon une approche progressive (Sanz et al., 2020).

**Éducation thérapeutique :** enseignement à l'hygiène orale (contrôle du biofilm dentaire supra-gingival) et contrôle des facteurs locaux et systémiques.

**Thérapeutique étiologique :** permettant la réduction/élimination du biofilm sous gingival et du tartre.

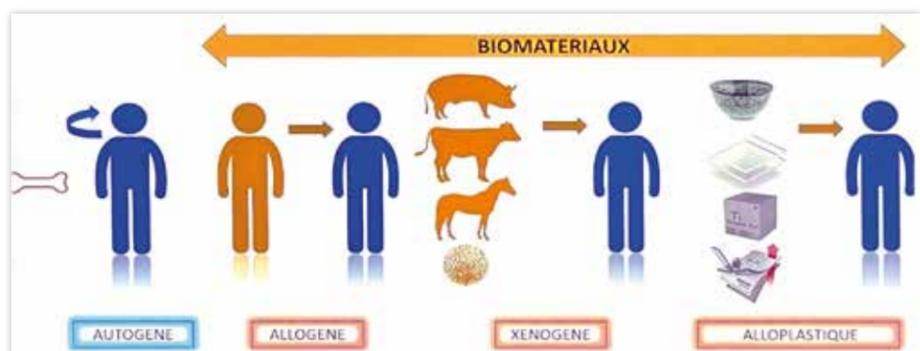
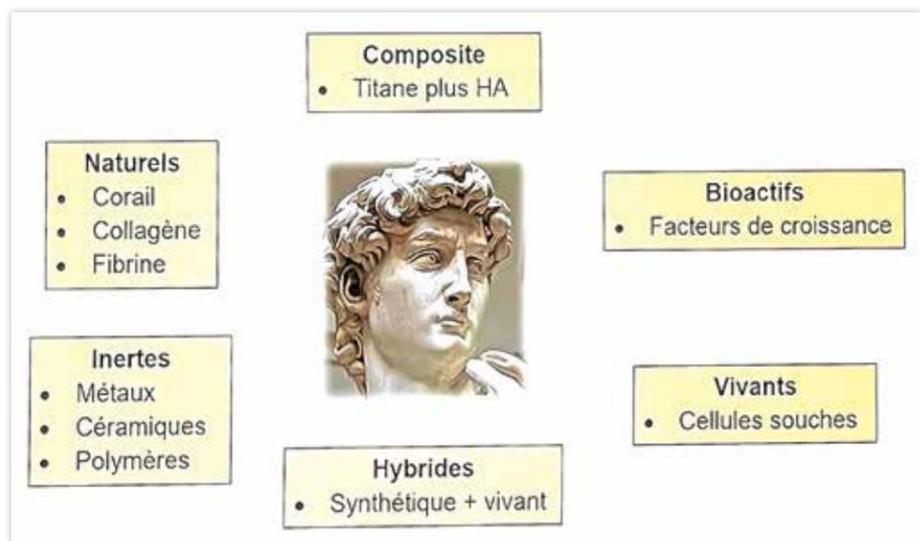
**Thérapeutique chirurgicale :** des sites qui ne répondent pas à la seconde étape : présence de poches  $\geq 4$  mm avec saignement au sondage ou présence de poches parodontales profondes ( $\geq 6$  mm), dans le but d'accéder davantage à l'instrumentation sous-gingivale, ou dans le but de régénérer ou de réséquer les lésions qui compliquent la prise en charge de la parodontite (lésions intra-osseuses et interradiculaires).

**Thérapeutique parodontale de soutien :** qui vise à maintenir la stabilité du parodonte.

## Qu'est-ce que les biomatériaux ?

Les biomatériaux sont des matériaux, synthétiques ou vivants, utilisables à des fins médicales pour remplacer une partie ou une fonction d'un organe ou d'un tissu (Inserm).

La compréhension du processus de cicatrisation parodontal a permis de développer différents biomatériaux dont l'objectif est d'optimiser les conditions de cette cicatrisation, en favorisant la régénération parodontale. L'utilisation de membranes et de dérivés de la matrice amélaire aboutit à une néocémentogénèse, induisant secondairement une nouvelle attache voire une régénération parodontale. Les matériaux de comblement sont quant à eux ostéoconducteurs, mais ne permettent pas de régénération du système d'attache.



### D'où viennent les biomatériaux ?

- **Autogène** : Gold standard car il s'agit du seul matériau à présenter un potentiel ostéogénique, ostéo-inducteur et ostéoconducteur.
- **Allogène** : Os de banque (tête fémorale) : Puros®, Biobank®
- **Matrice dermique acellulaire** : Alloderm®
- **Xénogène** : Substituts osseux : Bio-oss®
- **Matrice dermique acellulaire** : CopiOs®, Mucograft®, Bio-Gide®.
- **Alloplastique**
- **Agents biologiques** : Agents bioactifs : Emdogain®, PDGF®, PRF®

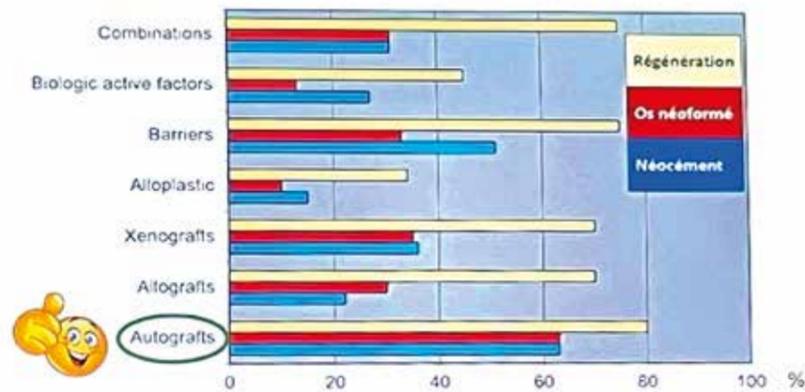
Dans une revue systématique publiée en 2015, Sculean *et al.*, ont résumé les preuves histologiques disponibles sur l'effet des biomatériaux associés au traitement chirurgical de défauts intra-osseux, en termes de régénération parodontale. Ils en concluent que la régénération parodontale est assez similaire entre les différents biomatériaux. Les approches combinées et les autogreffes semblent fournir les meilleurs résultats tandis que l'adjonction d'un matériau alloplastique seul entraîne une régénération parodontale limitée voire inexistante (Sculean *et al.*, 2015).

### Résultats cliniques (Nibali *et al.*, 2020 ; Sanz *et al.*, 2020)

#### Lésions intra-osseuses (LIO)

- Quelle que soit la thérapeutique régénératrice, le **gain d'attache clinique est 1,34 mm** supérieur au lambeau d'accès seul (LMPA).
- **Les dérivés de la matrice amélaire** (gain d'attache clinique > 1,27 mm/ LMPA) et la **régénération tissulaire guidée** (gain d'attache clinique > 1,43 mm/

### Pourcentage de régénération de lésions parodontales traitées chez l'homme (histomorphométrie)



### Résultats biologiques

LMPA) sont les techniques de référence comparées au lambeau d'accès seul. ATTENTION : L'hétérogénéité est modérée à importante, le niveau de preuve est faible à modéré.

- Le **lambeau de préservation papillaire** améliore les résultats cliniques
- Le comblement par **xénogreffe** peut être utile dans les lésions larges.
- La morbidité en cas de membrane non résorbable est importante.

### Lésion interradiculaires (LIR)

- LIR classe II : **la chirurgie régénératrice est supérieure au lambeau d'accès** (en termes de fermeture de l'espace interradiculaire ou de conversion en classe I).
- **Le comblement seul** > comblement + dérivés de la matrice amélaire (DMA) > DMA seul
- Pas de différence entre les membranes résorbables et non résorbables
- Les thérapeutiques régénératrices peuvent être recommandées pour améliorer les résultats chirurgicaux des LIR classe II **mais aucun traitement « Gold Standard » n'est recommandé.**

### Analyse coût / efficacité

Aujourd'hui, le matériau **le plus efficace et le moins cher c'est l'autogreffe** tandis que **le moins efficace et le plus cher est l'allogreffe**. Entre les deux, il existe un

ratio plafond entre coût et efficacité qu'il faut prendre en compte. Les membranes et les matériaux de comblement osseux par exemple, se situent sous ce seuil plafond et constituent donc un traitement acceptable, tandis que les agents bioactifs et les thérapies combinées sont discutables, en l'absence de preuve d'un bénéfice supplémentaire.

### Bibliographie :

1. Giannobile, W. V., Berglundh, T., Al-Nawas, B., Araujo, M., Bartold, P. M., Bouchard, P., ... & Reseland, J. *Biological factors involved in alveolar bone regeneration: Consensus report of Working Group 1 of the 15th European Workshop on Periodontology on Bone Regeneration. J. Clin. Periodontol*, 2019, 46 : 6-11.
2. Karring T, Nyman S, Lindhe J. *Healing following implantation of periodontitis affected roots into bone tissue. J Clin Periodontol*, 1980, 7 : 96-105. 5.

Toute la bibliographie est à retrouver sur [www.aonews-lemag.fr](http://www.aonews-lemag.fr)

Yoram Zaouch



## Impact du bruxisme sur nos choix quotidiens

**Daniel Brocard et Olivier Étienne**

Responsable scientifique: Mickaël Cotelle

### Traitements prothétiques chez les patients bruxomanes : l'épreuve du temps, Daniel Brocard

Daniel Brocard a commencé cette conférence par quelques rappels sur le bruxisme et le patient bruxiste. Les causes étiologiques sont multifactorielles, et les répercussions sur la santé sont nombreuses.

On distingue le bruxisme qui n'est pas un facteur de risque ou de protection (alors un comportement anodin), le bruxisme comme un facteur de risque (qui a un ou plusieurs effets négatifs sur la santé), et le bruxisme comme un facteur de protection (qui a un ou plusieurs effets positifs sur la santé). Ainsi, le bruxisme peut parfois augmenter la salivation, ou à l'inverse être associé à l'apnée du sommeil (sans relation de cause à effet).

On distingue aussi le bruxisme d'éveil et le bruxisme du sommeil. Ces bruxismes peuvent être un bruxisme possible, qui est basé uniquement sur une auto-déclaration positive, un bruxisme probable qui est basé sur une inspection clinique positive, avec ou sans auto-évaluation positive, et enfin le bruxisme certain qui est basé sur une évaluation instrumentale

positive, avec ou sans une auto-évaluation positive et/ou une inspection clinique positive.

**Ces nombreuses catégories montrent à quel point il est primordial et complexe de réaliser d'abord et avant tout le bon diagnostic du bruxisme sur notre patient.**

### Quid de la prise en charge ? Comment traiter le patient dans ces cas-là ?

Nous avons pour le moment que peu d'actions efficaces. En effet, on recherche à modifier des comportements qui sont la plupart du temps inconscients chez nos patients. Pour le moment, nous traitons les conséquences de ce bruxisme. D'où l'importance de l'information et de la prévention chez nos patients le plus tôt possible. On remarquera par exemple des facettes d'usures lisses et brillantes chez nos patients atteints de bruxisme. En général, une gouttière nocturne est réalisée pour protéger les dents, et au bout d'un certain temps le bruxisme aura le même effet sur la gouttière que sur les dents. Le dispositif ne fait ici que protéger les dents.

L'intervenant nous a présenté une série de cas cliniques, où il montrait toute l'importance, comme vu auparavant, du bon diagnostic de bruxisme afin de choisir les meilleures thérapeutiques. Il est primordial, lors de la réalisation de prothèse, de régler les contacts occlusaux d'abord statiques, puis centrifuges et centripètes avec des papiers articulés de 10 microns d'épaisseur de

deux à trois couleurs différentes. Sur certains des cas cliniques présentés, on remarque que les contacts occlusaux 13 ans plus tard sont complètement différents de ceux de l'état initial, bien que les restaurations n'aient pas été changées. En effet, il est très important de réaliser un contrôle d'occlusion régulier lors des rendez-vous de contrôle de nos patients afin de pré-



venir d'éventuelles casses à la suite d'un changement d'occlusion. Toujours dans d'autres cas cliniques, les contacts occlusaux en OIM sont différents 23 ans après la pose des prothèses. D. Brocard nous a montré par le biais de ses cas cliniques que les patients bruxistes usent même les couronnes céramo-céramiques (Fig. 1).

### Quid des restaurations implanto-portées ?

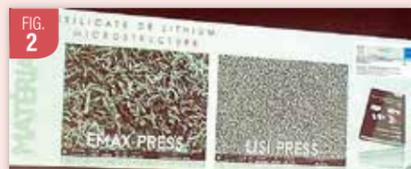
Le bruxisme est un facteur de risque pour les implants. On retrouve des complications mécaniques, telles que des usures, fractures, mais aussi des dévissages de vis, voire des fractures de vis. On retrouve aussi des complications biologiques, par risque de perte osseuse (à cause de surcharge occlusale), cependant les résultats des études sur les complications biologiques sont assez incohérents pour la simple raison qu'il est délicat et difficile de définir le bruxisme (un bruxisme d'éveil ? de sommeil ? etc.) puis les causes de la perte osseuse (surcharge occlusale ? bactéries ? etc.). Cependant, les études montrent quand même que l'os réagit bien à une pression progressivement importante, mais trop de contraintes peuvent finir par évoluer en résorption.

### Quelle attitude avoir devant un patient bruxiste ?

Nous nous devons de l'informer et de le prévenir au maximum des pronostics de sa denture. Nous cherchons absolument l'adhésion du patient au plan de traitement et au pronostic. Par la suite, le traitement occlusal se doit d'être rigoureux, et enfin la protection des dents est indispensable (gouttières nocturnes extrêmement importantes). Cette même gouttière nocturne est en général faite au maxillaire. Cependant, elle pourrait tout à fait être réalisée à la mandibule aussi, bien que les contacts en guidage soient beaucoup plus simples à régler lorsque la gouttière est au maxillaire. Dans certains cas extrêmes, une gouttière de jour peut être proposée.

### Bruxisme et matériaux de restauration : lesquels choisir ? Olivier Étienne

Olivier Étienne a ensuite pris la parole pour choisir quel matériau de restauration prothétique en cas de bruxisme en 2022. Quoi qu'il arrive, les travaux se détériorent avec le temps, rien de ce que nous réalisons n'est éternel. Les cas complexes d'érosion et attrition sont compliqués à prendre en charge. Pour les restaurations postérieures, qui se déclinent en inlays, onlays, overlays et couronnes, les comportements et les choix de nos matériaux vont avoir une implication primordiale dans la pérennité de nos traitements. On retrouve d'abord la vitro-céramique renforcée au disilicate de lithium, comme l'Emax® ou le Lisi®. L'Emax a des cristaux longs, fins et aigus tandis que le Lisi a des cristaux plus petits, plus arrondis et moins abrasifs. Nous devons le prendre en compte en pensant à l'usure de la dent antagoniste tout autant que de notre dent à restaurer (Fig. 2).



Nous pouvons aussi retrouver les composites non hybrides, polymères tels que les Telio, Vita-cad.

### Quid des composites directs ? De laboratoire ou usinés ?

Bien que les composites de laboratoires vieillissent en général moins bien que les composites usinés, nous avons vu dans les études que les composites usinés ont un taux de conversion proche de 95 % alors que les composites de laboratoires et directs ont des taux de conversion autour de 50 à 60 %. Nous privilégierons donc les composites usinés (Fig. 3). Les composites hybrides, tels que l'Enamic® (Vita)



sont à prendre aussi en compte. Chaque composite a des équilibres de charge/matrice différents et donc permet plus ou moins de résistance, et donc plus ou moins d'abrasivité.

La résistance de la céramique est cependant plus importante, ainsi qu'à la coloration et à l'usure. O. Étienne conseille donc de mettre du composite en fond de cavité puis de faire une restauration en céramique afin de réaliser une restauration avec le meilleur mimétisme émail/dentine.

Il s'interroge sur le meilleur matériau de restauration et l'épaisseur de nos restaurations en cas de réhabilitation globale ? En analysant les modèles finis, on remarque que les forces vont en dehors de la dent pour les over-



lays composites tandis qu'elles vont vers la dent pour les overlays céramique. Pour les overlays composites, on a alors une déformation et une altération des joints entre l'overlay et la dent, ce qui met en péril la pérennité de notre traitement. Enfin, il n'y a pas de différence de comportement entre overlay et table-tops (Fig. 4).

Si on décide de stratifier, il nous prévient qu'on augmente le risque de chipping en cas de couronne céramo-céramique ou de zircone stratifiée. On peut cependant utiliser de l'Emax qu'on stratifie, mais il devient obligatoire de la coller.

Enfin, les 2 conférenciers s'accordent sur le fait qu'il est primordial de régler les contacts dynamiques qui doivent être enregistrés sur papiers articulés. Il est



très important de bien polir nos restaurations afin d'éviter les usures (surtout les zircones, qui usent moins les antagonistes car elles sont plus lisses si bien polies, face à de l'Emax qui peut encore plus user la dent antagoniste si elle est mal polie) (Fig. 5).

Yohann Brukarz



# Faites votre entrée dans la dentisterie digitale



FLASHEZ CE QR CODE POUR RECEVOIR LA BROCHURE

VivaScan®

- Scanner intraoral ergonomique et compact<sup>[1]</sup>
- Utilisation intuitive dans votre pratique<sup>[1]</sup>
- Accompagnement pas à pas par Ivoclar Academy

ivoclar.com

Making People Smile\*

\* Vous donner le sourire

ivoclar

VivaScan est un dispositif médical de Classe I / CE fabriqué par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ce dispositif médical ou sur l'étiquetage. Ce dispositif médical n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. A0822

## Tout savoir sur la glossodynie

**Yves Boucher, Spécialiste des douleurs neuropathiques**

Responsable scientifique: Jean Christophe Fricain

**Stomatodynie, glossodynie, paresthésie buccale psychogène, burning mouth disorder, burning mouth syndrome (BMS) sont des noms différents pour une affection qui se trouve être une énigme clinique. Elle est répertoriée sous le numéro 13.11 dans la classification de l'HS.**

Cette pathologie provoque la sensation d'avoir un piment dans la bouche accompagnée de brûlures intenses. La sensation de piment ressentie par le patient est validée par la physiologie. Les récepteurs thermiques de la langue, sensible à la capsaïcine (piment), sont les TRPV1 et ces derniers sont impliqués dans la physiopathologie du BMS.

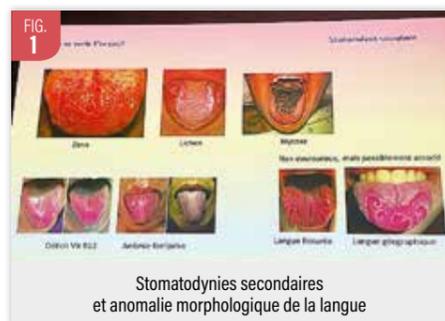
### Généralités

**Description clinique :** cette affection provoque une sensation de brûlure intra buccale ou sensation dysésthésique récurrentes quotidiennes pendant plus de 2h par jour pendant plus de 3 mois sans lésion causale cliniquement évidente.

**Critères diagnostiques :** douleur buccale remplissant les critères ci-dessus ; la douleur est superficielle avec sensation de brûlure, la muqueuse est d'apparence normale. → Le diagnostic va être essentiellement clinique.

**Clinique :** les patients sont le plus souvent de sexe féminin, ils se présentent avec une langue et une muqueuse d'apparence normale pour lesquelles on a éliminé les causes de brûlures secondaires comme les candidoses, lichens, RGO, allergie, médication... On élimine également toutes les stomatodysies qui ne sont pas primaires (Fig. 1) ainsi que les neuropathies qui résultent des traumatismes liés aux extractions ou aux anesthésies dentaires qui sont souvent unilatérales et faciles à identifier.

Les patients ayant une BMS primaire ont souvent une



triade symptomatique nommée triade de Scala : douleur des muqueuses buccales ; dysgueusie (environ 1/3 des patients) ; sensation de xérostomie.

Prévalence :

- 1 % de la population générale.
- 8,5 femmes sur 10 patients. Les hommes concernés ont souvent des problèmes hormonaux : anti-aromatase pour le traitement de la prostate.
- Augmente avec l'âge
- 5-20 % dans certains groupes : problème du métabolisme de la dopamine (Parkinson, Syndrome des jambes sans repos) + femmes ménopausées

**Localisation typique :** pointe de la langue, bord de la langue, palais rétro-incisif et en exo buccale la lèvre supérieure. Il existe d'autres localisations comme la gencive vestibulaire en antéro-supérieure, on parlera de stomatodynie quand la localisation est plus étendue.

**La consultation douleur :** le patient est systématiquement interrogé sur ses antécédents, l'histoire de la maladie et sur la douleur actuelle. Il faut aller chercher les informations et s'aider de questionnaires adaptés :

- DN4 : Douleur Neuropathiques en 4 questions
- QDSA : Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine.

→ Les questionnaires permettent aux patients de mettre des mots sur ce qui est parfois difficile à exprimer.

### Tableau clinique typique

- Sensation de brûlure bilatérale langue palais
- Diurne
- Augmente au cours de la journée
- Calmée par les repas ou en suçant un bonbon
- Aggravée par les aliments acides, irritants, chauds
- Non calmée AINS paracétamol
- Retentissement émotionnel +
- Dysgueusie +
- Xérostomie +
- Comorbidités (SJSR, canal carpien, TGI, etc.)
- Facteurs de susceptibilités (stress ancien/présent)

### Étiopathogénie

#### Psychologique

**Historique :** c'est Verneuil qui décrit pour la première fois la BMS en 1836, il l'appela « ulcération imaginaire de la langue. » Charcot reprend ensuite les exemples de Verneuil en 1887 avec ses « algies psychiques » ce qui a ensuite donné lieu au terme « d'algies buccales psychogènes ».

→ À lire : Psycho-stomatodynie ? Boucher 2019 dans le Journal of Oral Medicine and Oral Surgery

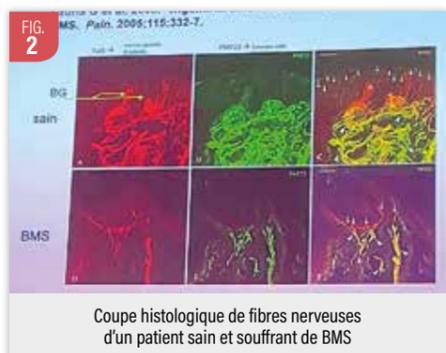
Grushka et al. *Pain and personality profiles in BMS. Pain 1987* : 50 % des patients qui ont une douleur chronique font une dépression. La douleur modifie le comportement psychique et pourrait expliquer une partie de cette comorbidité anxiodépressive. Les modifications augmentent avec la douleur.

Van der Ploeg et al. *Psychological aspects of patients with BMS. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987* : ils ont enregistré des paramètres électro-psychologiques neuronaux et ont mesuré les seuils de sensibilité. Sur les 52 patients atteints de stomatodynie, seuls 9 avaient des valeurs normales. Cette étude mêle psychologie et physiologie, deux thématiques importantes du BMS.

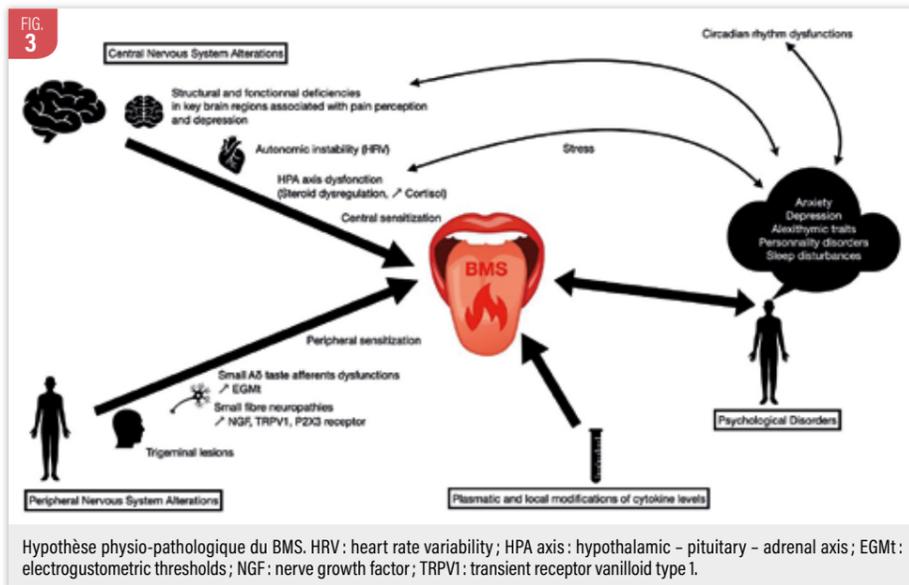
#### Neuropathie

Lauria G et al. 2005. *Trigeminal small-fiber sensory neuropathy causes BMS. Pain. 2005 ;115 : 332-7* : lorsque des études histologiques sont menées, nous nous apercevons que les résultats des biopsies montrent une densité et une qualité de fibre nerveuse diminuées avec une surexpression de TRPV1. À la suite de cette étude, le BMS a été classé dans les neuropathies à fibres fines (Fig. 2).

→ Les altérations existent mais ne sont pas visibles par nos examens classiques.



Nous avons également des modifications cérébrales avec une perturbation des voies dopaminergiques impliquées dans les contrôles descendant de la douleur. Il y a réellement une altération du fonctionnement du cerveau dans sa capacité à filtrer les messages cérébraux qui éteignent la douleur.



### Hormones

Dès 1951, nous avons remarqué que les patientes déclenchaient des brûlures buccales lors de la ménopause. Une hypothèse a été théorisée par Alain Woda et serait que le nerf possède une protection hormonale assurée par différentes sources telles que les ovaires, les surrénales etc. Si l'on rajoute par exemple un trouble anxieux à la chute naturelle des hormones liée à l'âge, nous pouvons avoir une disparition de cette protection neurologique entraînant des neuropathies. Les bouleversements hormonaux, comme la ménopause, accéléreraient cette disparition.

→ Pour en savoir plus : Orliaguet, M. ; Misery, L. Neuropathic and Psychogenic Components of Burning Mouth Syndrome : A Systematic Review. *Biomolecules* 2021, 11, 1237 (Fig. 3).

### Les traitements

McMillan et al. ont publié en 2016 un article dans la revue Cochrane montrant :

- la nature potentiellement handicapante du BMS,
- que les données actuelles sont insuffisantes pour soutenir ou infirmer les traitements actuels,
- la qualité insuffisante des essais cliniques disponibles,
- qu'une approche thérapeutique multidisciplinaire est nécessaire.

Deux traitements ont un peu plus de preuves que les autres.

Les thérapies comportementales : pour gérer la partie douleur chronique et non pour essayer de trouver une cause psychologique à la BMS. Clonazépam (Rivotril) : meilleur niveau de preuve de fonctionnement. Il est pris par voie générale, attention à l'accoutumance et aux effets secondaires. Alain Woda propose l'application de clonazépam par voie topique 3 fois par jour pendant 14 jours pour contourner les effets indésirables de la molécule : 1/3 des patients répondent bien, 1/3 moyennement et 1/3 pas du tout.

### Autres traitements

- Capsaïcine topique : « pour soigner le mal par le mal ». Efficacité peu importante.
- Antioxydants utilisés habituellement pour le diabète : peu efficace
- Bleu de Méthylène : antimicrobien qui colore les zones infectées par la stomatodynie, peu efficace et pas de recul pour l'instant.

- Les antidépresseurs : souvent prescrits, il y a beaucoup d'effets indésirables et peuvent donner un mauvais message au patient. Il faut expliquer que l'on recherche son effet antalgique. Ils amélioreront également la composante dépressive associée à la douleur chronique.
- Excelangue : utilisation de l'Amitriptyline (Laroxyl) en topique sur la langue car il a des propriétés analgésiques → étude à venir du Pr Boucher.

Les soins dentaires peuvent-ils déclencher un BMS ? Cela peut être un facteur favorisant et prédisposant, la goutte d'eau qui fait déborder le vase. C'est quelque chose qui résonne dans un système nerveux déjà sensibilisé.

Un soin dentaire peut-il aggraver un BMS ? Comme la sensibilité est déjà existante, il est possible que le patient ressente de manière plus intense les gênes et les douleurs associées aux traitements sans pour autant aggraver son BMS.

### Conclusion

C'est une affection complexe qui nous a orientés vers différents acteurs :

- les hormones,
- la dopamine : la piste la plus explorée,
- le stress : on change de paradigme, le stress peut modifier la fonction biologique,
- réels changements neurologiques : expliquer au patient qu'il y a un réel changement visible avec d'autres examens, que l'on n'effectuera pas car ils aggraveraient les symptômes.

- Expliquer aux patients qu'ils ne sont pas seuls. Importance de la relation thérapeutique
- Ce n'est pas une maladie imaginaire, problématiques des douleurs chroniques
- Traitements décevants
- Attention aux diagnostics différentiels.

Coraline Dericbourg



# Collaborer efficacement pour réhabiliter en zone esthétique

**France Lambert et Amélie Mainjot**

Responsable scientifique: Renaud Noharet



Cette conférence avait pour but de synthétiser les points clefs de l'esthétique gingival sur implants dans les secteurs antérieurs ainsi que sur les dents adjacentes. Ce duo de conférencières a l'habitude de collaborer ensemble pour la partie chirurgicale, F. Lambert ainsi que sur la partie prothétique, A. Mainjot.

Lors des différents cas cliniques, on remarque d'abord une analyse du phénotype et du biotype de la gencive et de l'os de nos patients en faisant notre plan de traitement, comme pour prévoir les implantations immédiates. La position de notre implant est particulièrement importante pour notre réhabilitation esthétique, tant sur le plan chirurgical que sur le plan prothétique. On va ainsi poser notre implant en palatin, afin de chercher un ancrage maximal. Il faut qu'il reste 2 mm d'alvéole en vestibulaire de l'implant dans lequel on placera un Bio-oss afin d'aider à la régénération et garantir la stabilité osseuse à long terme. Le placement est donc primordial et avant tout plan de traitement prothétique.

On se demande alors quelle technique prothétique est à choisir, le scellé ou le vissé. Les deux ont leurs avantages et inconvénients, mais l'opinion d'Amélie Mainjot est que le transvissé est à privilégier dans la mesure du possible.

F. Lambert nous a expliqué qu'on doit chercher à gérer le tissu dur comme les tissus mous pour une pérennité de notre implant. Les revues de littérature mettent en évidence que lors d'implantations immédiates, on a de meilleurs résultats lorsqu'on gère notre alvéole comme déjà expliqué mais avec une greffe de conjonctif enfoui en vestibulaire de notre vis de cicatrisation, et ce même si la quantité de tissu est suffisante (Fig. 1).

Toujours illustré par des cas cliniques, les conférencières expliquent que les provisoires lors des implantations immédiates sont dessinées selon l'idéalisation des tissus mous idéaux. Ainsi on ne rajoute pas de résine sur la couronne, elles ont déjà le profil d'émergence idéal. Le design du profil d'émergence de la prothèse est néanmoins très important. Elle se doit d'être concave, afin d'avoir un anneau de tissus mous pour qu'ils puissent venir s'y stabiliser. La prothèse va guider les tissus mous et non l'inverse. Juste au-dessus de cet anneau concave, on retrouve la ligne d'émergence qui elle doit être convexe, située un demi-millimètre sous le niveau gingival idéal. La gencive ne pourra pas monter au-dessus de cette bosse. Que ce soit en scellé ou en transvissé, le concept est le même. Ainsi, les matériaux choisis pour la partie transgingivale doivent être en zirconie ou en titane pure car ces matériaux sont plus bio-compatibles. On fera, en revanche, un profil transgingival convexe au niveau des papilles afin de pousser la gencive en dehors et recréer une papille. Ce design de la prothèse est extrêmement important.

Pour A. Mainjot, le matériau à utiliser pour le pilier est la zirconie, vis-à-vis du titane qui pourrait griser notre gencive. Cependant elle ne conseille pas d'utiliser une connectique full zirconie qui est elle à risque de fracture. On a certaines études qui disent qu'on a beaucoup moins de saignements au sondage sur un pilier zirconie qu'un pilier titane, car la zirconie est parfois encore plus bio-compatible que le titane. Celui-ci reste en effet un alliage métallique. L'attache épithéliale et conjonctive, en particulier sur les implants bone-level, doit se faire sur notre couronne implanto-portée.

On discute alors des suivis de nos couronnes esthétiques sur implants. En effet, les couronnes sont sur des implants ankylosés, tandis que la face continue d'avoir une croissance passive tout au long de la vie. Au bout d'un certain temps, la couronne qui était adaptée en antérieur peut ne plus être adaptée. Les conférencières ont alors présenté un cas clinique où un décalage mineur était apparu au bout de 10 ans chez une patiente jeune et, en travaillant sur la concavité et la convexité de notre même couronne, on pouvait éviter de changer la couronne et la hauteur gingivale.

**Une analyse du sourire est essentielle lors de l'analyse complète de nos patients.** Nous regardons si on voit des récessions sur les dents adjacentes ainsi que des composites sur lesquels on ne pourrait pas greffer, et on aura alors une adhésion du greffon sur la dentine. Ainsi, on retrouve dans cette conférence une analyse de notre site implantaire mais aussi des dents adjacentes, afin de gérer la partie esthétique globale de nos patients.

Enfin, pour la prise de teinte de notre restauration prothétique, les deux conférencières conseillent soit d'envoyer si possible le patient chez le prothésiste, soit de prendre une photo à l'aide d'une lumière polarisée pour le prothésiste.

Néanmoins, elles ont beaucoup insisté sur l'importance du suivi de nos patients et de réévaluer régulièrement les restaurations ainsi que l'état de nos tissus durs comme mous. Le dernier conseil donné sert en cas de disparition des papilles en antérieur. On essaye plusieurs fois la greffe de sorte à gonfler les tissus mous, et on demande des ailettes à l'arrière des couronnes pour fermer virtuellement le triangle noir qui se trouve à la place des papilles.

Yohann Brukarz



## BEAUTIFIL Flow Plus

Composite fluide injectable disponible en deux viscosités



## BEAUTIFIL II LS

Pâte composite antéro-postérieure esthétique à très faible rétraction



## Super-Snap

Disques destinés au polissage des composites hybrides et microchargés



## SHOFU Block HC

Matériau esthétique à base céramique pour restaurations CAD/CAM



Le service clients : 01 34 34 38 10



www.shofu.de/fr



Distribué par :

**DEXTER**  
VECTEUR DE PROGRÈS

www.dexter.fr

## Quels traitements pour les récessions gingivales sévères ? Séance SFPIO

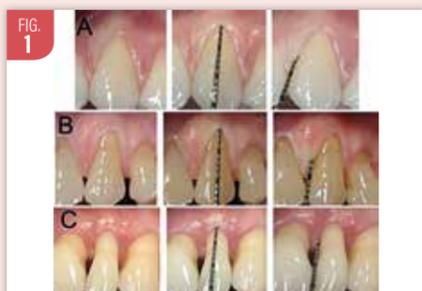
**Ilham Mounssif**

Responsable scientifique : Caroline Fouque

### Que signifie le terme « récessions gingivales sévères » ?

Lors de la nouvelle classification de Chicago en 2017 (Cortellini et al. 2018), des éléments cliniques ont été proposés pour définir les récessions et permettre de mieux les traiter.

**Le niveau d'attache clinique interproximal :** d'après la classification de Cairo (Cairo et al. 2011), les récessions sont réparties en trois catégories : récessions de type 1 (RT1), 2 (RT2) ou 3 (RT3) (Fig. 1). Cette classification permet de prédire les taux de recouvrement radiculaire selon le niveau d'attache interproximal : pour les récessions de type 1, le recouvrement sera maximal, pour les récessions de type 2, le recouvrement peut être maximal selon les cas, et enfin, pour les récessions de type 3, le recouvrement complet n'est pas possible.



Les différentes récessions parodontales selon Cairo et al. 2011 : RT1 (A), RT2 (B) et RT3 (C)

**La profondeur de la récession,** c'est-à-dire, la distance qui sépare la jonction émail-cément du rebord marginal de la gencive. Plus la récession est profonde, plus la possibilité d'un recouvrement radiculaire complet est faible.

**L'épaisseur de gencive,** il est admis que lorsque celle-ci est inférieure à 1 mm, la probabilité d'un recouvrement radiculaire complet est diminuée. C'est

la raison pour laquelle un conjonctif y est souvent associé lors de lambeaux déplacés coronairement.

**La hauteur de tissu kératinisé.**

**La présence de lésions cervicales non-cariées** selon la classification de Pini-Prato (Pini-Prato et al. 2010).

Sur la base de ces éléments, les récessions gingivales sont considérées comme sévères lorsqu'elles accumulent plusieurs facteurs négatifs (RT3, gencive fine, absence de tissu kératinisé...). L'objectif de cette nouvelle classification est d'aider le clinicien dans sa prise de décision.

### Quand devons-nous les traiter ?

Le consensus européen de 2014 (Tonetti et al. 2014) a établi les différentes indications de traitement : pour améliorer l'esthétique, en présence de sensibilités dentinaires, pour améliorer l'hygiène dentaire, en présence de lésions cervicales carieuses ou non-cariées, ou plusieurs de ces facteurs combinés.

### Quels sont les sites les plus atteints ?

Les sites les plus atteints sont les molaires maxillaires et mandibulaires ainsi que les incisives mandibulaires. En effet, ces zones présentent souvent des conditions muco-gingivales défavorables (manque de tissu kératinisé, profondeur de vestibule peu profond, zones d'insertions freinales, etc.). Le traitement des récessions gingivales est sensible à l'opérateur et dépend de plusieurs facteurs anatomiques locaux. L'objectif est d'introduire un score de difficulté pour le traitement des récessions gingivales localisées. Pour cela, le clinicien évalue et classe 8 paramètres anatomiques (Fig. 2) : les dimensions de la papille anatomique, la présence de tissu kératinisé apical et latéral à la récession, l'insertion freinale apicale et latérale à la

PARAMETERS	SCORE PER ITEMS				MAXIMUM SCORE
Dimension of the anatomical papilla	Base ≥3mm=0 Base <3mm =1	height ≥4mm =0 height <4mm =1	coronal width ≥3mm=0 coronal width 2mm =2 coronal width <2mm =4	Epithelial groove=2	16
Apical Keratinized Tissue	≥2mm=0	1mm=2	absence =5		5
Lateral Keratinized Tissue	presence=0	displacement of <2mm=1	displacement ≥2mm=2		4
Apical Frenulum	absence=0	at ≥2margin=2	at <2 from margin=3		3
Lateral Frenulum	absence=0	presence=2			4
Vestibule Depth	≥5mm=0	3-4mm=3	≤2mm=5	mucosal invagination=1	7
Scar Tissue	absence=0	presence=1			1
Total					40

FIG. 2 Tableau d'évaluation du niveau de complexité chirurgicale d'une récession gingivale isolée (Stefanini et al. 2022)

récession, la profondeur du vestibule, la présence de tissu cicatriciel et d'invagination muqueuse. Le but de cette démarche est d'évaluer le niveau de complexité attendue du cas chirurgical.

### Quelle technique pour les traiter ?

La technique chirurgicale proposée consiste en un lambeau déplacé coronairement auquel on y associe une greffe de tissu conjonctif. Cette procédure permet de mettre en évidence une amélioration de la profondeur du vestibule (constatée immédiatement après chirurgie) et un recouvrement radiculaire significatifs.

Ces résultats montrent une stabilité à 12 mois post-chirurgie. Dans 98 % des cas traités, un recouvrement radiculaire a été obtenu, et dans 90 % d'entre eux, le recouvrement a été complet. **Cette procédure est donc une technique de choix, qui a fait ses preuves dans le traitement des récessions gingivales unitaires localisées aux incisives mandibulaires (Stefanini et al. 2021).**

### Bibliographie

- Cortellini P, Bissada NF. *Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations.* J Periodontol. 2018 Jun; 89 Suppl 1: S204-S213.
- Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. *The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study.* J Clin Periodontol. 2011 Jul; 38 (7): 661-6.

Toute la bibliographie est à retrouver sur [www.aonews-lemag.fr](http://www.aonews-lemag.fr)

Jordan Dray



## Votre premier sinus-lift : comment faire ?

**Guillaume Drouhet et Olivier de Monck d'Uzer**

Responsable scientifique : Olivier de Monck d'Uzer

**Il existe deux grandes techniques de sinus-lift, l'abord latéral et l'abord crestal. Olivier de Monck d'Uzer a commencé l'intervention avec l'abord latéral avant de laisser Guillaume Drouhet présenter l'abord crestal.**

Les réhabilitations implantaires au maxillaire postérieur sont souvent confrontées à un volume osseux réduit. Cette perte osseuse est multifactorielle et peut s'expliquer par une résorption osseuse post extractionnelle, une maladie parodontale, une pneumatisation du sinus en direction coronale, un traumatisme lié à une prothèse amovible iatrogène, des facteurs aggravants, etc. La technique de sinus lift est assez ancienne puisque les premières greffes sinusiennes datent des années 1960-70 avant d'être référencées dans la littérature dans les années 1980.

### Quelles sont les indications pour l'abord latéral ?

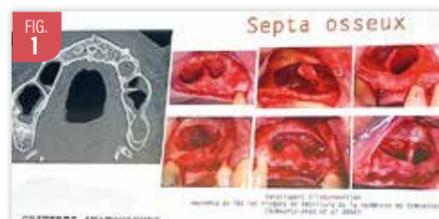
**Une hauteur sous sinusienne inférieure à 4-5 mm,** mais une même hauteur peut donner des indications différentes. En effet, celle-ci n'est parfois pas suffisante

et doit, en plus, être associée à une ROG par exemple. Il faut s'assurer aussi d'une parfaite santé sinusienne, un CBCT avec champ suffisant pour voir l'ostium au niveau du méat moyen s'avère nécessaire.

Par exemple, une sinusite (aiguë ou chronique) ou une aspergillose sont des contre-indications et doivent être adressées chez un ORL avant toute intervention. D'autres pathologies, comme un kyste sinusien ou un polype sinusien sont moins problématiques mais doivent être respectivement évacués ou refoulés durant la chirurgie.

### Quels sont les critères nécessaires à l'intervention ?

**Il existe un obstacle anatomique majeur qui n'est pas l'artère alvéolo-antrale mais bien la présence de septa osseux.** Ces septa augmentent de 45 % le risque de déchirure de la membrane de Schneider (Fig. 1). D'autres obstacles anatomiques doivent être vérifiés en amont : la présence de dents antrales, la forme du maxillaire et du sinus, l'épaisseur de la paroi vestibulaire (en marche d'escalier) qui peut mener à



un abord palatin ou encore la présence d'une CBS impliquant une dissection partielle. Enfin, la membrane de Schneider peut être très fine et adhérente, voire se déliter comme du chewing-gum. Il est donc essentiel de bien choisir ses premiers cas pour commencer.

### Comment faire ?

- Anesthésie 1/100 à 4 % vestibulaire et palatine.
- Incisions avec d'abord une incision crestale, ou plus palatine si on pose les implants le même jour, puis une décharge distale systématique alors qu'on a tendance à éviter si possible celle en mésiale.

- Décollement en pleine épaisseur.
- Réalisation de la fenêtre à la fraise boule diamantée et/ou au piezotome. La taille de la fenêtre doit être un compromis entre avoir un bon accès et permettre un bon espace de régénération osseuse (Fig. 2).

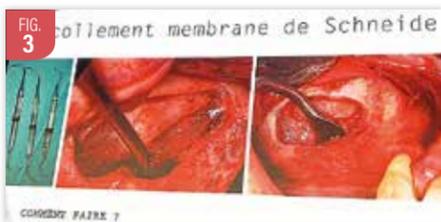


### Quelle gestion du volet ?

Tout est possible ! Le replacer, le laisser dedans, le récupérer et le broyer, voire même de scraper d'abord l'os du volet avant faire la fenêtre.

- Décollement de la membrane de Schneider à l'aide de curettes spécifiques, toujours au contact osseux. D'abord en crestal, puis en mésial, puis distal afin

de détendre la membrane et enfin en médian. Il faut décoller jusqu'à voir la partie médiane du maxillaire (Fig. 3).



- Pose d'implants où le projet prothétique influe plus que la hauteur osseuse crestale. La stabilité primaire est une condition certes nécessaire mais pas suffisante car le positionnement tridimensionnel optimal reste la finalité.

### Quel matériau ?

On trouve de tout dans la littérature mais l'hydroxyapatite d'origine bovine (Bio-Oss®, Geistlich) est le matériau le plus documenté, avec un recul de 30 ans ce qui en fait le matériau de choix. Son caractère peu résorbable garantit une bonne stabilité de la greffe dans le temps.

### Quelle taille de particules ?

Mieux vaut les grosses particules selon la littérature mais il n'existe pas de différence significative en clinique.

### Tips

O. Monck d'Uzer utilise des seringues qu'il coupe afin d'injecter plus facilement le Bio-Oss préalablement hydraté (Fig. 4).

- Membrane résorbable afin de recouvrir la fenêtre. Celle-ci peut être pincée.
- Légère libération tissulaire et sutures 6.0 ou 7.0 monofilament
- Ordonnance + conseils postopératoires



### Qu'en est-il de l'abord crestal ?

G. Drouhet a débuté sa présentation avec un cas où un abord latéral et crestal (droite et gauche) ont été réalisés chez le même patient.

*A contrario* de l'abord latéral, **un minimum de 4 à 5 mm de hauteur sous sinusienne sont nécessaires pour un abord crestal.** La rétro alvéolaire est un bon moyen de rendre compte avec précision la hauteur osseuse sous sinusienne.

Depuis les années 1970, il y a eu un ensemble d'évolution sur les classifications mais actuellement c'est la classification des résorptions de *Cawood* et *Howell* qui sert de référence.

Les techniques de Summers datent de 1994 et 4 postulats en résultent (Fig. 5).

**La compaction permet une expansion et une condensation.** Le martèlement régulier façon ébéniste permet une préparation intégrale du site à l'ostéotome. Aucun forage préalable n'est donc nécessaire. Les ostéotomes ne doivent pas correspondre à la taille de l'implant car on cherche un sous forage sur toute la hauteur. Il faut préférer des ostéotomes de Summers droit (Dexter, ZimVie) et un maillet de 200 g au maximum.

**En aucun cas les ostéotomes ne pénètrent dans le sinus.** L'impaction doit se faire 1 à 2 mm en deçà de la hauteur initiale.

**4 Postulats**

- compaction: expansion et condensation
- pas de pénétration dans le sinus h=4-5mm
- soulèvement de la membrane de Schneider
- stabilité primaire très importante

aucun forage préalable nécessaire

- impaction à l'ostéotome 1-2mm en deçà de la hauteur initiale
- incorporation ou non de biomatériau (dernier ostéotome à la hauteur osseuse initiale)
- pose d'un implant de 8-10mm, stabilité primaire +++

Incorporation de Bio Oss®  
Pose de l'implant diam 4,8C/ 9mm

**La technique, protocole chirurgical**

**La technique consiste en un soulèvement de la membrane de Schneider.** Comment s'assurer de l'absence de perforation au moment du soulèvement de la membrane sinusienne ? Un flux sanguin apparaît lorsque la membrane se soulève. L'incorporation de biomatériau n'est pas systématique.

**La stabilité primaire de l'implant est une condition importante.**

Un implant de 8 à 10 mm peut être posé lorsque la stabilité primaire est satisfaisante. La forme de l'implant est donc importante ! Le col (4.1-5) doit être plus large que le corps (4-4.3) afin d'éviter tout phénomène d'absorption.

### Qu'en est-il de l'ostéodensification mécanisée ?

Utilisation de forêts spécifiques (forets Versah) où le diamètre moyen se situe à 8 mm. Ces forets s'usent et sont très coûteux mais présentent un certain intérêt permettant une condensation latérale et verticale.

Léonard Sebbag



**YOU ARE WHAT WE STAND FOR.**

**Nobel Biocare™**

**creos™**

creos™, la gamme de produits de régénération de Nobel Biocare, présente creos™ syntogain

Substitut de greffe osseuse biomimétique pour une régénération efficace.<sup>1</sup>

[nobelbiocare.com](https://www.nobelbiocare.com)

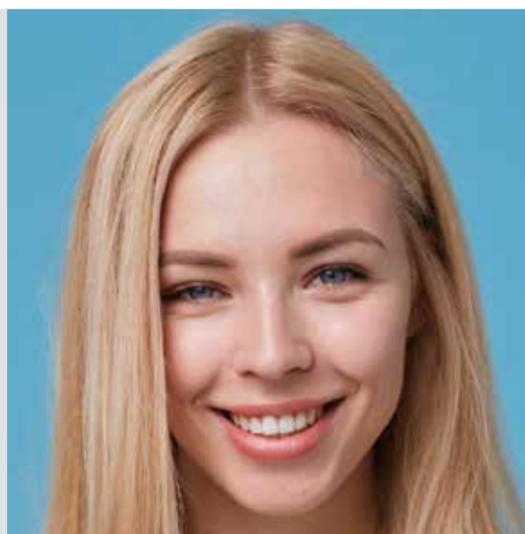
GMT 81907 FR 2211 © Nobel Biocare Services AG, 2023. Tous droits réservés. Distribué par : Nobel Biocare. Clause de non-responsabilité : Nobel Biocare, le logo Nobel Biocare et toutes les autres marques sont des marques du groupe Nobel Biocare sauf mention contraire stipulée ou évidente dans le contexte d'un cas particulier. Pour de plus amples informations, veuillez consulter nobelbiocare.com/trademarks. Les images des produits illustrés ne sont pas nécessairement à l'échelle réelle. Toutes les images des produits sont fournies à titre d'illustration uniquement et ne représentent pas nécessairement exactement le produit. Il est possible que la vente de certains produits ne soit pas autorisée dans tous les pays. Veuillez contacter le service client local de Nobel Biocare pour obtenir plus d'informations sur la gamme complète de produits et les disponibilités. Attention : la loi fédérale américaine ou la loi de votre juridiction peut réserver la vente de ce dispositif sur prescription d'un dentiste ou d'un médecin. Se reporter aux instructions d'utilisation pour les informations complètes concernant la prescription, y compris les indications, contre-indications, avertissements et mises en garde. creos™ syntogain est fabriqué par Mimetas Biomaterials SL, Carrer de Cartagena 245, 3E, Barcelone 08025, Espagne et distribué par Nobel Biocare Services AG.

1. Hoornaert A, Maazouz Y, Pastorino D, Aparicio C, de Pinieux G, Fellah BH, Ginebra MP, Layrolle P. Vertical Bone Regeneration with Synthetic Biomimetic Calcium Phosphate onto the Calvaria of Rats. Tissue Eng Part C Methods. 2019 Jan;25(1):1-11. doi: 10.1089/ten.TEC.2018.0260. PMID: 30501579.

# A-dec, le concept "sur mesure" Parce que vous êtes tous différents



Créez votre cabinet à votre image



Venez découvrir la gamme A-dec sur [www.a-dec.fr](http://www.a-dec.fr)

# L'approche mini invasive en parodontologie et implantologie

avec Jacques Mallet et David Nisand

Belle affiche pour la dernière soirée 2022 d'AO Paris avec Jacques Mallet et David Nisand ! De nombreux confrères sont venus bravant ainsi les supporters du 8<sup>e</sup> de finale de la coupe du monde (Espagne / Maroc) ! Pour les absents, Yoram Zaouch et Jordan Dray étaient là pour vous en faire le compte rendu.

Dans un article publié en 2014, P. Malò (*Malò et al. 2014*) et son équipe exposent les critères d'une dent parodontalement compromise et qui nécessiterait une extraction :

**Perte osseuse sévère**  
**Mobilité**  
**Profondeur de poche > 4 mm**

Lorsqu'on analyse les critères énoncés on note qu'ils sont très aléatoires et pas suffisamment précis : est-ce qu'une dent avec une poche parodontale > à 4 mm ou une mobilité à 2 ou 3 nécessite une extraction ? Qu'est-ce qu'une perte osseuse sévère ?

Il faut bien comprendre qu'il existe un gradient thérapeutique et que l'extraction vient en dernier recours. Il faut également savoir si le patient est compliant et connaître son souhait concernant la conservation de sa dent. En général, lorsqu'on interroge le patient, il souhaite très souvent conserver sa dent, il faut donc aller dans ce sens...

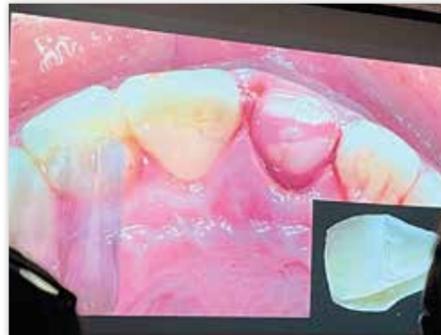
**Conservé ou extraire, quelle est la bonne attitude ?**



## CAS 1

Un patient qui pratique un sport de combat se présente au cabinet avec une fracture. Lorsqu'on observe cette situation, plusieurs d'entre nous seraient d'accord pour dire qu'il s'agit d'une bonne indication pour réaliser une extraction-implantation immédiate ou *Socket shield* (conservation d'un fragment de racine pour maintenir le volume osseux post extractionnel) et conserver la corticale vestibulaire. Or, il faut raisonner en gradient thérapeutique et envisager toutes les options qui permettraient de conserver la dent.

Dans ce cas, un traitement endodontique de la racine a été réalisé et le fragment coronaire de la dent a été réutilisé comme restauration collée. Cela a permis de conserver la dent et voici le résultat à 5 ans (*courtoisie de Martin Brient*) :



## CAS 2

Patient diabétique avec une parodontite assez avancée (stade III/ Grade B-C) qui ne présente pas de problèmes financiers. À première vue, on cherche une solution de remplacement des dents alors que la patiente n'a que 40 ans ! On oublie qu'il s'agit d'une patiente avec une maladie parodontale qu'il faut traiter avant de vouloir remplacer les dents. De plus, les implants ne permettent pas de traiter une maladie mais simplement de remplacer les dents absentes. Ce qui implique que chez les patients non traités des complications telles que des péri-implantites feront leur apparition.



Chez cette patiente, une thérapeutique non chirurgicale a permis de traiter sa parodontite et l'équilibration du diabète a permis d'améliorer la réponse au traitement parodontal. Lorsqu'on reprend les critères énoncés par l'équipe de P. Malò, les dents avec une quelconque mobilité nécessitent une extraction. Or on sait que la mobilité est un critère diagnostique et non pronostic sauf la mobilité de classe 4 ou verticale (*Muhleman et al., 1951*). En 2020, *Cortellini et al.* publient une étude sur le traitement de dents parodontalement compromise. Il présente une approche très conservatrice avec un taux de succès du traitement comparable à celui du traitement implantaire (*Cortellini et al. 2020*).

## CAS 3

La 47 présente une lésion intra-osseuse distale associée à une lésion inter-radicaire de classe II (*Hamp et al., 1975*). La dent est vivante et non mobile.



Une thérapeutique régénératrice est envisagée en raison du potentiel de régénération favorable du défaut (3 parois osseuses). Toutefois, une question subsiste : où doit s'arrêter le curetage de la lésion ? En effet, le respect du paquet vasculo-nerveux est primordial et favorisera la régénération de la lésion. Au cours de l'intervention, il a été décidé de ne pas cureter au niveau apical et de combler le défaut avec un dérivé de la matrice amélaire (*Emdogain*®).



Lorsque la dent présente un pronostic très réservé en raison d'une lésion complexe (lésion intra-osseuse associée à une lésion interradiculaire), la littérature a montré que le risque de perte dentaire est multiplié par 6 ou 7. Au vu de ces résultats, l'idée est de tout tenter pour la conservation de ces dents, quand bien même il serait impossible de régénérer la lésion inter-radicaire.

**Le message à retenir est que l'on doit se baser sur :**

- les *Evidence based medicine*
- la volonté du patient
- la capacité du praticien à conserver la dent

Enfin, l'idée répandue qui veut que l'on extraie une dent pour conserver un volume osseux est totalement erronée car l'extraction entraîne systématiquement une perte osseuse. Si le patient est non compliant, la bonne attitude est de réaliser un traitement *a minima* pour conserver la dent. Le patient ne nous reprochera pas de lui conserver sa dent, et on ne prendra pas le risque de gérer une péri-implantite qui surviendra fatalement si une thérapeutique implantaire était effectuée en remplacement de sa dent.

## Abord chirurgical minimalement invasif

Pendant longtemps, il persistait un dogme en chirurgie selon lequel plus les lambeaux sont étendus, plus l'accès visuel est amélioré. Depuis une vingtaine d'années, il existe une évolution des concepts. Aujourd'hui, les techniques minimalement invasives permettent d'améliorer les résultats des thérapeutiques chirurgicales, voire même de traiter des lésions en non chirurgical. L'intérêt de la chirurgie mini-invasive est de favoriser une cicatrisation de première intention, de réduire la morbidité postopératoire et le traumatisme chirurgical mais également d'améliorer les paramètres cliniques et de limiter la récession post-chirurgicale. La cicatrisation est améliorée grâce à la stabilité du lambeau et du caillot sanguin.

## L'approche minimalement invasive autour des implants

Lorsque l'extraction est indiquée elle doit être le plus atraumatique possible pour conserver les tables osseuses. Dans l'idéal, l'alvéole ne doit pas être comblée, car les biomatériaux entraînent un retard de cicatrisation. 6 à 8 semaines plus tard, on réalise une implantation précoce. Plus l'intervention est complexe, plus on augmente la morbidité post-opératoire.

Dans la même perspective, il existe un débat sur les implants courts versus implants longs : Quel est le taux de survie ? le risque de complication ?

D. Nisand rappelle que les implants courts (6 mm) sont une technique fiable, qui réduit le temps d'intervention et donc le risque de morbidité. Pour les implants étroits (diamètre < 3,7 mm), il existe moins de preuves dans la littérature.

**Pour réduire le risque de péri-implantite chez les patients parodontaux il faut :**

- Absence de poches parodontales > 5 mm
- Environnement tissulaire favorable (avec la présence de tissu kératinisé)
- Axe implantaire idéal (qui permet la pose d'une prothèse transviscée)
- S'assurer que le patient puisse avoir un contrôle de plaque optimal (avec le passage de brossettes interdentaires au niveau des embrasures)
- Prévoir des séances de maintenance régulières

Attention toutefois à ne pas être dogmatique et vouloir conserver à tout prix.

Pour le secteur antérieur, se pose la question de l'esthétique. Si on est trop dogmatique avec la chirurgie minimalement invasive on risque de ne pas gérer correctement l'environnement tissulaire.

**2 paramètres sont à prendre en compte lorsqu'on envisage une extraction-implantation immédiate :**

- L'indication se pose sur un biotype épais et avec une corticale intacte après extraction.
- Le remodelage osseux qui survient lors des premières semaines de cicatrisation et qui est impossible à prédire

D'une part, en ce qui concerne les matériaux de comblement, il y a des limites à leurs utilisations : mettre un comblement réduit la perte osseuse mais ne l'annule pas et ils ne répondent à aucun concept, il ne s'agit pas de thérapeutique régénératrice.

D'autre part, en ce qui concerne les tissus mous, on aura l'apparition d'une concavité vestibulaire suite au remodelage osseux chez les biotypes épais, et, une récession chez les biotypes fins. Un greffon conjonctif est alors envisagé le jour de l'implantation immédiate en prévention de ces complications.

## Bibliographie

1. Malò P, Nobre Mde A, Lopes A, Ferro A, Gravito I. Immediate loading of implants placed in patients with untreated periodontal disease: a 5-year prospective cohort study. *Eur J Oral Implantol.* 2014 Autumn; 7 (3): 295-304
2. Muhlemann HR. Periodontometry, a method for measuring tooth mobility. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1951 Oct; 4 (10): 1220-33. doi: 10.1016/0030-4220 (51) 90080-1.
3. Cortellini P, Stalpers G, Mollo A, Tonetti MS. Periodontal regeneration versus extraction and dental implant or prosthetic replacement of teeth severely compromised by attachment loss to the apex: A randomized controlled clinical trial reporting 10-year outcomes, survival analysis and mean cumulative cost of recurrence. *J Clin Periodontol.* 2020 Jun; 47 (6): 768-776.

... / ...



Les conférenciers, David Nisand et Jacques Mallet avec la présidente Géraldine et Serge Zagury



Notre star Olivier Guedj avec Sydney Boubil



Belle arrivée de Benjamin Castel, Lisa Bonnet, Ilana Amor et Thierry !



Corinne Benaros et ses gardes du corps, Eric Castel et Stéphane Abitbol



Dov Derman et sa sœur Myriam



La relève avec Léonard Sebbag, Natan Calvo & Loial Teilo (AO Paris Jeunes)



Nos 2 reporters, Yoram Zaouch et Jordan Dray avec David Nisand



Géraldine Fima entourée par Thierry Leclerc et Serge



Des présidents heureux



Ilana avec Elsa Medina



Samuel Abitbol avec nos partenaires Camlog et Dentalinov



Ariel Sebban



Bravo à nos intervenants pour cette belle soirée



Jordan Dray



Yoram Zaouch

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

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

# PAROEX

Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %

## PERFORMANCE PRÊTE À L'EMPLOI



Médicament remboursé à 15%  
Flacon 300ml

CHLORHEXIDINE  
0,12 %  
ALCOOL  
0,00 %

Pour adultes et enfants de 6 ans et plus.

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

SUNSTAR  
FRANCE

Médicament non soumis à prescription médicale

21/04/69798127/PM/001 - AVRIL 2021



## À la recherche du bonheur...

### Franck Bellaïche, l'invité d'AO Marseille

Judi 12 janvier, pour la première de l'année 2023, Alpha Omega Marseille Provence se la joue *happyness therapy* ! Avec **Franck Bellaïche**, aux manettes nous nous sommes demandé : et si 2023 était notre année ? *Faire ses choix, établir des priorités, prendre le contrôle de sa vie...*

Alors oui on a délaissé un petit peu la pratique pure et dure pour la vue d'ensemble d'une carrière qui peut parfois être éprouvante ; alors tous les conseils sont bons à prendre. Notre conférencier de talent a su nous montrer une chose primordiale : ne jamais laisser quelqu'un nous dire qu'une chose est impossible et se donner les moyens de réussir. Exceptionnellement les conjoint(e)s et nos fidèles assistantes se sont joints à nous pour une soirée unique où les chaises ont manqué... donc si vous l'avez raté ne vous inquiétez pas... nous ne l'avons pas remarqué 😊

Encore une fois pas d'inquiétude, on se retrouvera le **9 mars** pour une soirée paro préparée par un trio de choc, **les Docteurs Moreau, Moll et Henner** avec une conférence qui porte bien son nom : **la chirurgie plastique parodontale, de l'Alpha à l'Omega**.

Une vie sans stress ne doit pas être un rêve mais un objectif !



Franck Bellaïche notre super conférencier

Yonathan  
Attal



Nathalie Taieb et Sabine Semama



Laurence Chiche, Edouard Zeitoun, Marc Chiche, Brigitte Chokron et son mari



Le retour de notre cher frère Jean-Luc Guetta avec la belle présidente Marion Ammar et Laurence



Marion entourée de Laura Penso et Ludovic Maruani



Une belle brochette d'étudiants !



Irwin Delouya et son collaborateur



Laurence Krief et Cécile Toutou



Ludovic Maruani et son équipe

## Différentes approches thérapeutiques des fentes labio palatines

avec **Olivier Étienne** et **Bruno Grollemund**

Mercredi 25 janvier, nous étions plus d'une cinquantaine de personnes pour notre première soirée 2023. Une nouvelle occasion d'être soutenus et encouragés par plus de 10 partenaires qui nous suivent depuis plusieurs années.

Comme toujours ce fut une soirée conviviale avec deux conférenciers de talent locaux, dans une ambiance chaleureuse.



AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

## VistaScan Mini View 2.0 Équipé pour l'avenir



Site Internet

Avec le nouveau VistaScan Mini View 2.0, votre cabinet est prêt pour le futur. Il fonctionne avec les écrans à mémoire IQ les plus récents et des outils d'IA de toute dernière génération. Profitez d'une numérisation des écrans à mémoire encore plus rapide grâce au nouveau concept Easy Feed, et automatisez vos processus de travail avec le Smart Reader. Retrouvez une qualité d'image optimale. [Plus d'informations sur www.duerrdental.com](http://www.duerrdental.com)

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

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

Philippe Lévy



Save the date

Prochaine soirée  
**le 15 mars**

**Nicolas Boutin**, Traitement du maxillaire postérieur sans greffe

### Infos

Tarif non membre : 70 €

Étudiants : Gratuit

Cotisation annuelle : 260 €

(accès à toutes les soirées)

[alphaomega.alsace@gmail.com](mailto:alphaomega.alsace@gmail.com)

### infos .....

#### Les personnes les plus riches du monde

Fortunes estimées des dix personnes les plus riches du monde (en milliards de dollars)\*



\* En date du 2 janvier 2023  
Source : Bloomberg

statista



## La grande révolution numérique en dentisterie esthétique,

SFDE, 15 octobre 2022

Grand retour du congrès de la Société Française de Dentisterie Esthétique à l'automne dernier. Romane Touati était là...

Depuis 2 ans, la SFDE renaît de ses cendres sous l'impulsion de son président, **Pascal Zyman**. Le 15 octobre dernier, la SFDE organisait une journée dédiée à la révolution numérique en dentisterie esthétique.

Parmi les conférenciers, des têtes d'affiche de haut vol, comme **Irena Sailer**, **Vincent Fehmer**, **Serge Armand** ou encore **Galip Gurel** pour ne citer qu'eux. La SFDE nous a régales d'une journée riche d'un programme scientifique d'un très haut niveau, dans le prestigieux cadre de l'Élysées Biarritz.



Pour vous donner un petit goût de cette journée, nous vous présentons le résumé d'une des conférences qui nous a le plus marqués : celle d'Irena Sailer et Vincent Fehmer. Comment tirer profit de la révolution numérique lors de réhabilitation esthétique et fonctionnelle des patients bruxomanes ? Voilà le sujet auquel ils se sont frottés.

La démarche intellectuelle avant de traiter ces patients est de satisfaire 3 points clés :

- comprendre l'étiologie : d'où vient le problème ?
- déterminer l'objectif du traitement
- transférer l'objectif du traitement dans la bouche du patient et préparer les dents de la manière la moins invasive possible selon le concept « defect oriented treatment design ».

Dans le cas de patients bruxomanes, il s'agit dans un premier temps de comprendre l'origine de l'usure. Vincent et Irena ont commencé par nous rappeler des données statistiques : près de 20 % des enfants de 13-14 ans de l'île de Man présentent des usures significatives de l'émail avec des plages de dentines exposées (*Bardolia 2010*). Aux Pays-Bas, 30 % des jeunes de 11 ans et 44 % des jeunes de 15 ans présentent des usures dentaires (*Al Aidi 2015*). Nous sommes face à une véritable épidémie d'usures dentaires chez des patients de plus en plus jeunes.

Cette usure est notamment due à une consommation de plus en plus importante de boissons acides et énergisantes qui dissolvent l'émail. L'étiologie de l'usure dentaire physiologique est multifactorielle, comprenant une composante érosive, abrasive et attritive et est liée à l'âge du patient (*Lussi A. 2014*). L'usure dentaire pathologique est définie, quant à elle, par une usure atypique compte tenu de l'âge du patient causant des problèmes fonctionnels, des douleurs ou des détériorations esthétiques. Notre

rôle de dentistes est de savoir prévenir, intercepter et soigner ces patients.

Le traitement conventionnel de ces patients bruxomanes est long et complexe, nécessitant la plupart du temps l'augmentation de dimension verticale d'occlusion (DVO) et une réhabilitation globale. L'ère du digital a complètement changé l'approche de ces traitements, les rendant moins invasifs et plus prédictibles, selon le concept de « defect oriented treatment design ».

Dans un premier temps, il s'agit de déterminer le résultat final de la future réhabilitation et de faire essayer au patient l'objectif de traitement à l'aide d'un mock-up. Cette étape essentielle dans la planification de reconstruction du sourire a connu de nombreux bouleversements grâce à l'évolution des technologies de communication. D'un simple dessin sur photo au Digital Smile Design sur Keynote d'abord, puis à l'utilisation de la réalité augmentée au passage à la 3D, voire la 4D incluant les mouvements faciaux du patient à l'aide d'articulateurs numériques, cette étape est en complète mutation grâce aux nouvelles technologies qui nous permettent d'être de plus en plus précis, reproductibles et efficaces.

L'arrivée dans l'ère du digital permet de faciliter la communication avec le patient et le prothésiste en utilisant une approche interactive et permet de diminuer le nombre de séances nécessaires pour satisfaire le patient en assurant la prédictibilité du résultat final.



Romane et Vincent Fehmer

Une fois l'objectif de traitement validé, il s'agit de traiter le patient en mettant en place des soins selon les principes contemporains d'adhésion accompagnés d'une nouvelle vision de la gnathologie et de l'élévation de DVO. Le protocole 3 Step de Francesca Vailati décrit par nos conférenciers propose une approche complète et progressive alliant l'observation attentive de la fonction du patient ainsi qu'un wax-up « progressif » permettant l'établissement d'un diagnostic « dynamique » et l'utilisation de pièces prothétiques monolithiques usinées. Une étude datant de 2022 montre des résultats très encourageants de la 3-Step-Technique avec des taux de survie à 6 ans supérieurs à 97 % pour les composites directs, 98 % pour les onlays et 100 % pour les facettes sans différences entre les différents matériaux de restauration utilisés et leur localisation (*Torosyan 2022*).

Romane Touati



## IAD (Implant pour Aujourd'hui et Demain) 2022

Pavillon Royal, 19 octobre

Le 19 octobre dernier, l'IAD – organisé par les instituts de formation IFCIA (Paris) et FIDE (Cannes), dirigés respectivement par Hadi Antoun et Franck Bonnet – a proposé une journée prestigieuse avec un programme de haut vol ! Yohann Brukarz et Julien Biton étaient là pour AONews... ils ont choisi de revenir sur certaines séances.

La journée de conférence d'Implantologie pour Aujourd'hui et Demain (IAD) commence dans avec de nombreux conférenciers de talents qui se suivront pour discuter de quatre principaux sujets, à savoir de comprendre et maîtriser le niveau osseux, optimiser et contrôler les tissus mous, les preuves par la clinique et enfin l'implantologie avec les acquis actuels et les aspirations de demain.



Pascal Zyman, Marco Esposito, Hadi et Daniele Botticelli

Aujourd'hui, tout praticien aspire à un objectif précis en implantologie : réduire les échecs implantaires. On sait maintenant qu'afin de réduire au maximum ceux-ci, nous devons absolument apprendre à maîtriser notre complexe ostéo-muqueux afin de maximiser les chances d'intégration de nos implants.

L'implantologie progresse, et nous, praticiens, nous devons de maîtriser les différentes spécialités et techniques selon les dernières données acquises de la science afin de mettre toutes les chances de nos patients de notre côté.



Hadi Antoun avec la présidente de Paris, Géraldine Fima Lilti



Olivia Véran entourée de Gary Finelle et Yohann Brukarz



## SESSION 1 Comprendre et maîtriser le niveau osseux

### Le remodelage et la perte osseuse sont ils une fatalité? // Hadi Antoun



Les causes de pertes osseuses sont dues à une résorption post extractionnelle, ou à un remodelage osseux initial, qui peut aller jusqu'à entraîner une exposition de la surface rugueuse de notre implant, et qui peut entraîner un début de péri-implantite. Ce remodelage peut avoir des causes variables, telles que la chirurgie, la position initiale de la dent, à l'implant lui-même, à la

jonction implant/pilier, à la biologie et au microbiote, à la prothèse implanto-portée, ...

La survie à long terme en l'absence de symptômes est normale à une perte de 1 à 2 mm la première année puis 0,2 mm/an. Notre objectif est donc d'atteindre 0 mm de perte osseuse dans toutes les situations.



### Ostéointégration et propreté de la surface implantaire // Jaafar Mouhyi



Les causes de péri-implantite sont nombreuses. J. Mouhyi nous dit que la qualité du matériau est souvent peu regardée, mais que le titane reste le matériau avec la meilleure intégration biologique in vivo, qui arrive juste après le cobalt-chrome. On arrive aujourd'hui, en faisant des modèles 3D d'implant, à calculer la quantité d'os en contact avec le titane de manière très précise. De plus, grâce au CBCT, on peut mesurer l'ostéointégration de nos implants de manière très précise. Il est difficile de

faire le lien entre péri implantite et qualité de la surface de l'implant. On sait qu'une couche de contaminant est suffisante pour rendre un biomatériau inutilisable. Autrement dit, lorsqu'on cherche à créer une surface rugueuse de notre implant on utilise de l'acide de titane, qui empêcherait notre ostéointégration. Cet acide reste sur l'implant même après stérilisation. Il faut donc calciner celui-ci afin d'être sûr qu'on ne le retrouve pas sur nos implants. Dans le même sens, si on sable la

surface de notre implant, on envoie au niveau atomique du sodium sur la surface de l'implant. On pollue alors la surface, ce qui est à prendre en compte car notre titane n'est plus en contact direct avec notre os.

cellules d'ostéosynthèse. Le titane permet de contrer les effets du peroxyde d'hydrogène : ainsi plus le titane est pur, plus l'ostéointégration est facilitée.

L'ostéointégration est complexe, les cellules neutrophiles arrivent en premier sur le lieu de contamination, et envoient du peroxyde d'hydrogène afin de tuer les potentiels bactéries et virus, qui peut finir par tuer les

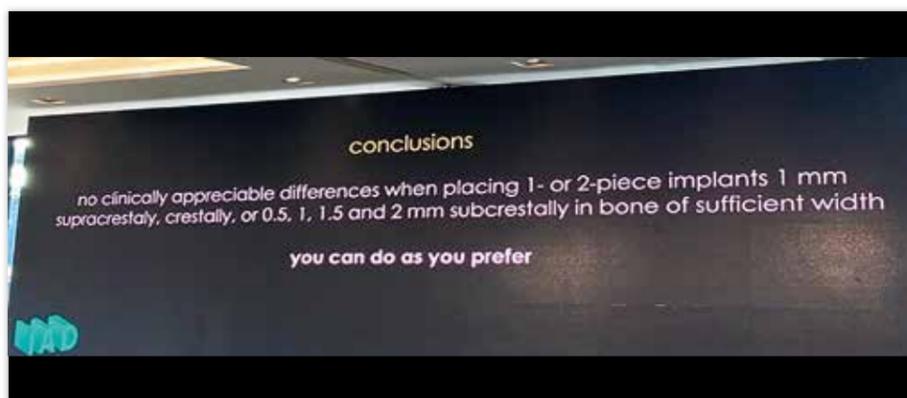
La corrosion du titane est néanmoins un phénomène qui arrive, et on relargue alors du titane dans l'os. On n'a pas de différence significative entre le titane rugueux ou pur, mais J. Mouhyi conseille d'utiliser du titane de grade 5 car il est plus solide.

### Comment la position de votre implant va influencer le niveau osseux? // Marco Esposito



Tout d'abord, le nombre de connexions joue beaucoup. Les implants en 1 ou 2 parties jouent sur la bonne ostéointégration et hauteur osseuse. En effet, plus il y a de connexions, plus on retrouve des possibilités d'infiltration bactérienne. De plus, le type de connexion joue beaucoup, entre le cône interne, la plateforme, etc. D'après des études comparatives sur 160 patients à 4 mois, on a remarqué que quelle que soit la position de la surface rugueuse (infra-osseuse, à hauteur osseuse

ou supra crestale) on n'a pas de différence significative de perte osseuse entre les différents cas prémolaires et molaires. Cependant M. Esposito insiste sur le fait que le nombre de patients est faible dans cette étude, et donc qu'il est difficile d'en sortir des grandes règles. La littérature n'est donc pas claire sur le sujet. Il insiste cependant sur la meilleure qualité de connexion en cône interne. Cependant, les suivis à long terme sont nécessaires.



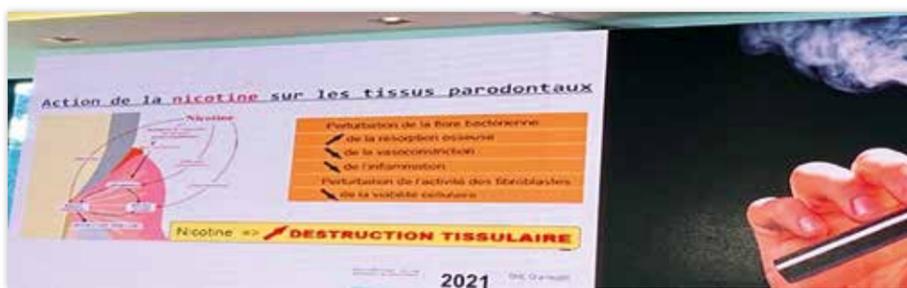
### Le fléau des péri-implantites? // Brenda Merkens



La mucosite est la première étape de notre inflammation des tissus mous autour de l'implant. Elle est réversible. Chaque mucosite devient une péri-implantite si elle n'est pas traitée. On en retrouve en moyenne sur 1 patient sur 5. Cependant, cette prévalence va varier en fonction de l'état de surface de nos implants (par exemple si l'état de surface exposé est rugueux). On retrouve une plus grande prévalence au niveau maxillaire en antérieur, avec pour facteur de risque principal la plaque dentaire. L'hygiène est donc la principale manière de prévenir ces mucosites, ainsi qu'une bonne maintenance. Certaines études montrent que 50 % des patients avec une péri-implantite n'ont pas ou peu d'accès à l'hygiène, quand 4 % ont une bonne hygiène. La flore bactérienne

des péri implantites reste très commune avec la flore bactérienne des maladies parodontales. La parodontite est donc à traiter en amont, et il faudra d'autant plus de vérification, de contrôle et de maintenance après la pose des implants. Un an après un édentement complet de certains patients on retrouve toujours du microbiote responsable de la parodontite. Bien sûr, le facteur de risque toujours présent et à ne jamais négliger reste le tabac. Le vapotage est aussi un facteur de risque en raison de la présence de nicotine dans la cigarette électronique.

Un autre facteur de risque serait le diabète non équilibré (qui augmente les risques de 1,9 fois plus élevée de péri implantite). On peut rajouter à ces facteurs les



modifications hormonales, les prises de poids, l'alcool, les micro-nutriments (vitamines D, C), la radiothérapie. Le praticien lui-même est aussi un indicateur de risque, par sa technique de pose, de nettoyage ou le positionnement de l'implant. Il est un facteur iatrogène pouvant entraîner des complications. Par exemple, si l'occlusion de notre

prothèse est majorée, on risque d'avoir un problème au niveau des tissus péri-implantaires. Enfin, nous avons besoin d'au moins 2 mm de tissu kératinisé autour de notre implant, au-dessus de notre niveau osseux en hauteur et épaisseur afin de pérenniser la protection de notre implant.

### Est-il raisonnable, scientifique de croire que des facteurs généraux affecteraient l'ostéointégration et le niveau osseux? // Michèle Reners



Les facteurs généraux sont nombreux et ont diverses répercussions sur notre santé générale et bucco-dentaire (facteurs psychologiques, émotionnels, l'étiologie générale, les troubles de la nutrition/médicaments, le contrôle de plaque, les addictions comme le tabac et l'alcool, le stress). Ces facteurs changent et influent sur notre microbiote ainsi que sur notre santé parodontale. Le tissu inflammatoire en cas de péri implantite est une forme plus active que la parodontite. De plus, la maladie parodontale est un facteur de risque pour d'autres maladies, liées à la charge bactérienne importante qu'on

retrouve dans la bouche et de mécanismes encore en cours de découverte (par exemple pour les maladies neurodégénératives). Avec un cas clinique, l'intervenante nous montre que le stress d'une patiente influe sur sa santé parodontale, et que tous les agents stressants ne vont pas induire la même réponse au même moment. À force, le corps s'use et finit par ne plus pouvoir rester exposé à des stress réguliers. À l'échelle bucco-dentaire, la réponse se fait par l'inflammation importante (mucosite). À l'échelle générale, ça peut aller jusqu'à la dépression

et induire la prise d'antidépresseurs, qui agissent eux aussi sur le microbiote, la sécheresse buccale et la santé parodontale. On a aussi des carences importantes en vitamine D, et cette carence engendre de mauvais résultats cliniques et des échecs précoces. De même, la vitamine C (qu'on ne peut pas stocker) et le magnésium sont des constantes à vérifier lorsqu'on n'explique pas un nombre d'échecs importants implantaires chez un patient. L'intelligence artificielle arrive cependant dans nos exercices et pourra bientôt probablement reconnaître les maladies des patients, prédire les succès

et l'optimisation de la conception des implants et de concevoir à court terme les outils informatifs et décisionnels essentiels tout au long des étapes de mise en place et de suivi des implants dentaires. Enfin, une étude de cohorte rétrospective montre que la consommation moyenne à modérée d'alcool est associée à un taux faible de péri implantite, alors qu'une consommation élevée augmente l'incidence de péri-implantite. La consommation moyenne d'alcool est donc associée à une diminution du nombre d'échec tardif d'implants dentaires.



## SESSION 2 Optimiser et contrôler les tissus mous

### Facteurs influant sur la qualité et la stabilité du complexe ostéo muqueux // *Éric Rompen*



On veut tous une belle stabilité de nos tissus dans le temps, au niveau osseux et au niveau muqueux. Depuis 20 ans, selon Éric Rompen, il y a eu peu de changement dans son discours. Il faut des matériaux bio compatibles et surtout dévisser le moins possible.

Alors quelle est la meilleure recette ? En réalité pas de miracle parfois on répète les mêmes protocoles et pourtant on perd un implant.

Il faut créer une enveloppe au niveau du pilier trans-muqueux qui va servir de protection à l'os sous-jacent, puis après maintenir ce bouclier.

Premièrement, on va chercher une muco-intégration avec l'utilisation de matériaux bio compatibles. Dethier et ses collaborateurs rappellent que le titane et la zircone sont les meilleurs matériaux que l'on a aujourd'hui. Il faut faire attention au glaçage céramique qui ne permet pas

l'adhésion des tissus. En effet le fibroblaste fonctionne comme une ventouse, il ne va pas créer d'attache sur une surface rugueuse il lui faut une surface lisse ceci a été décrit dans une étude de Baharloo en 2005.

Ensuite, on va chercher à la préserver en utilisant des procédures biocompatibles : one abutment one time, un bon contrôle de plaque, un platform switching, et une muqueuse kératinisée. Mishra en 2021 a montré que le platform switching permet une réduction de perte osseuse marginale. Il faut éviter de dévisser à chaque fois que l'on ouvre la plaie : ça saigne. Une meta analyse de Koutouzis en 2017 montre que l'on perd 0,2-0,4 mm d'os à partir de 2 dévissages. En one abutment one time on place le pilier à la chirurgie ce qui permet une muco intégration, ce pilier ne sera pas dévissé, on va donc travailler en supragingival.

### Comment la qualité et la quantité de muqueuse influencent les tissus osseux // *Thierry Degorce*



Le profil d'émergence joue un rôle primordial dans la stabilité et dans l'esthétique.

Quelques règles essentielles à respecter (*Lindhe 1991*) :

- Espace biologique péri implantaire 3-3,5 mm
- 2 mm d'épithélium de jonction pour une fonction de protection
- 1,5 mm de tissu conjonctif supracrestal pour une stabilisation

L'objectif c'est éviter l'intégration fonctionnelle, c'est-à-dire un implant ostéointégré qui fonctionne mais une situation en réalité catastrophique.

T. Degorce rappelle que la stabilité du complexe ostéo muqueux est multifactorielle : trois grands groupes (patient, chirurgie et prothèse) pour un total d'environ 16 facteurs et il en manquerait ! Cependant certains facteurs ont plus d'importance que d'autres : la position de l'implant est fondamentale



Une étude de Zuyderveld montre que si l'implant est mal placé, que ça soit une greffe osseuse ou une greffe gingivale on aura une récession.

La quantité de tissu kératinisé est un facteur fondamental, même si des études comme celles de Wennstrom montrent le contraire, les conditions de réalisation de l'étude n'étant pas celles de notre réalité au quotidien. Dans une étude de Linkevicius l'épaisseur doit être de 3 mm minimum. Le vrai problème se situe sur l'arcade inférieure. La greffe épithélio-conjonctive reste le gold standard.

### Rôle du pilier individualisé SSA dans la stabilité du complexe ostéo-muqueux // *Gary Finelle*



Le postulat de départ était de se dire qu'aujourd'hui il y a peu de protocole clair sur la réalisation chirurgico prothétique en postérieur. Pourtant les dents postérieures représentent plus de 50 % des dents que l'on remplace. Gary Finelle rappelle les propos de Lindhe : après une extraction dentaire la résorption est de l'ordre de 40 à 60 %. On rappelle également que lors du comblement alvéolaire la résorption est de l'ordre de 20 %.



Se pose alors la question suivante : l'immédiat permet-il d'éviter la résorption ? La réponse est non, les taux de survie sont les mêmes que sur site cicatrisé, la résorption est présente. Deux conditions pour implanter en post extractionnel : obtenir une stabilité primaire et fermer de manière non traumatisante et étanche.

Le SSA ou *Sealing Socket Abutment* est un pilier de cicatrisation anatomique et personnalisable réalisé sur mesure au moment de la chirurgie afin de fermer l'alvéole. L'objectif principal est de figer les tissus grâce

à une stabilisation du biomatériau et du caillot sanguin en confinant l'espace autour de l'implant. Récemment des études sont sorties montrant qu'avec un pilier SSA, on a 1,58 % de résorption.

Les plus	Les moins
Intégration et épaisseur muqueuse	Connections / déconnections du pilier
Régénération osseuse favorable	Cytotoxicité du composite
Simplification du protocole prothétique	Biocompatibilité
Expérience patient / All in 3 RDV	Manipulation et temps d'intervention
Stabilité tissulaire	Ergonomie au bloc opératoire

Cependant les protocoles ont tendance à se simplifier notamment avec les piliers de Biotech compatibles avec d'autres marques d'implants qui permettent de gagner du temps au bloc opératoire, d'avoir un biomatériau en partie stérile et biocompatible autour du col implantaire, et surtout d'être scanné par empreinte numérique sans retrait du pilier au moment de la prothèse.

Pour résumer le pilier SSA au composite à la main en per opératoire, fonctionne très bien mais il devient presque un peu has been car le digital permet de faciliter le travail.

# NOUVEAU SeptoCone

## Matrice de collagène pour la formation de nouveaux tissus



- Temps de résorption long
- Ostéoconduction<sup>1</sup> et angioconduction<sup>2,3</sup>
- Propriété hémostatique du collagène
- Forme conique



1 Troedhan A, Kurrek A, Wainwright M. Biological Principles and Physiology of Bone Regeneration under the Schneiderian Membrane after Sinus Lift Surgery: A Radiological Study in 14 Patients Treated with the Transcrestal Hydrodynamic Ultrasonic Cavitation Sinus Lift (Intralift). Int J Dent. 2012;2012:576238. doi:10.1155/2012/576238.

2 Tomizawa Y. Clinical benefits and risk analysis of topical hemostats: a review. J Artif Organs. 2005;8(3):137-42. doi: 10.1007/s10047-005-0296-x. PMID: 16235029.

3 Manon-Jensen T, Kjeld NG, Karsdal MA. Collagen-mediated hemostasis. J Thromb Haemost. 2016 Mar;14(3):438-48. doi: 10.1111/jth.13249. Epub 2016 Feb 17. PMID: 26749406.

Veillez consulter les indications et la notice d'utilisation de Septocone sur notre site internet [www.septodont.fr](http://www.septodont.fr)

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

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

Pour plus d'informations, rendez-vous sur : [www.septodont.fr](http://www.septodont.fr)





## SESSION 3 Les preuves par la clinique



### Apport des facteurs de croissance en chirurgie pré et péri implantaire // Othman Mikou

La préservation alvéolaire va avoir pour but de réduire la perte de volume, donc l'objectif est de potentialiser les résultats.

Petit rappel : les facteurs de croissance c'est l'ensemble de protéines dans les plaquettes, le plasma, et l'os qui ont un rôle dans la prolifération, l'angiogénèse, le chimiotactisme, et donc la cicatrisation.

3 types : PRP / PRF / PRGF

Les points communs : prise de sang, centrifugation, récupération d'une phase et activation ou non si anticoagulant.

- **PRP** : 5-10x + de plaquettes, tube avec anticoagulant, activation thrombine bovine et chlorure de calcium. Mais depuis les problèmes avec la maladie de creutzfeldt jakob la thrombine bovine n'est plus utilisée en France.
- **PRF** : pas d'anticoagulant, caillot de fibrine riche en cellules blanche.

- **PRGF** : avec anticoagulant, retrait des leucocytes, activation chlorure de calcium, utilisation sous différentes formes.

Pour O. Mikou, son choix s'oriente vers le PRGF. L'idée est de pouvoir récupérer différentes formes : liquide ou semi-solide, le jelly bone.

Un des grands avantages, c'est qu'avec la fibrine qui reste exposée on n'a plus besoin de tracter les tissus. Cela permet la gestion des communications bucco

sinusiennes : membrane collagénique en sac et jelly bone + fibrine.

Lors d'un sinus lift, le grand intérêt de mettre la fibrine en vestibulaire est d'éviter l'utilisation d'une membrane de collagène, ce qui réduit le coût, de plus il permet la gestion des petites perforations des membranes sinusiennes.

**Pour résumer : simplicité de manipulation, intérêt biologique, réduction des suites postopératoires.**

## SESSION 4 L'implantologie avec ses acquis actuels et les aspirations de demain

### Plus de 5 ans de recul clinique, what to come? // Franck Bonnet



L'évolution digitale de nos implants dans la prévisulation pré-implantaire et même dans la conception de nos implants est incontournable. Beaucoup de travail a été fait en amont avec un laboratoire de biomécanique à Marseille. Par l'utilisation de guides chirurgicaux et prothétiques, le digital nous aide quotidiennement pour améliorer nos résultats, en prothèse mais aussi pour les techniques d'empreinte.

### Validation biomécanique, socle des solutions limites // Manon Sterba



M<sup>me</sup> Sterba, docteur en biomécanique et ingénieure, est revenue sur la validation biomécanique via le numérique. Cette validation passe aujourd'hui obligatoirement par les modèles éléments finis, qui sont des modèles numériques basés sur des équations mathématiques. On cherche donc à prédire le comportement des implants grâce à des modèles mathématiques. Globalement, on commence par une question d'intérêt (quel serait le nouveau design efficace pour le mettre sur le marché?), puis on cherche la géométrie (via un modèle 3D au format .stl), on y ajoute les lois des matériaux et on met les conditions aux li-

mites des chargements propres à chaque matériau. On passe ensuite à la phase de vérification et de validation du modèle numérique qu'on trouve en comparant à la littérature et à des essais expérimentaux. Ainsi, le nouvel implant de Biotech présenté avec un design monobloc est-il validé? On simule numériquement les zones de force et on prévoit les comportements de nos implants. Il est ainsi vérifié qu'on évite la casse en ayant un implant monobloc.

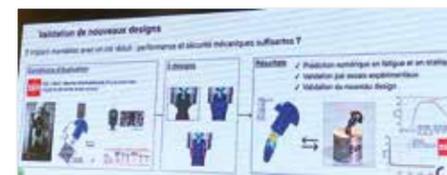
Par le numérique, on augmente la possibilité de tests, on réduit les délais de ces tests ainsi que les coûts.

On économise les 3 mois de tests auparavant contre 2 heures sur un ordinateur à faire des simulations.

De plus, on peut aller plus loin aujourd'hui. On peut numériquement modéliser le comportement osseux et de la jonction os/implant pour notre patient. On retrouve 2 types d'os modélisés dans la littérature : les modèles génériques et les modèles patients spécifiques, issus de l'analyse de CBCT de patients.

On peut ainsi modéliser un sous forage, une stabilité primaire ou secondaire, voir les forces induites sur l'implant jusqu'à la surcharge, les différentes configurations

d'implants comme pour du all on 4/6 en fonction de l'angulation des implants. On peut alors intégrer ces modélisations à la clinique pour prédire au praticien les comportements des implants.



### Fiabilité et évolution du flux numérique dans le positionnement implantaire // Antoine Popelut



L'implant est guidé par la planification prothétique. Cependant, il reste des règles biologiques à respecter quand on pose un implant. Le numérique nous permet de respecter ces indications ainsi que la planification initiale de notre prothèse. On part alors du wax-up pré implantaire et on trouve le bon placement de notre implant.

De plus, on a de plus en plus d'outils diagnostics (les CBCT, les empreintes intra et extra-orales, etc.). À cela

s'ajoutent les nouveaux instruments chirurgicaux. Le consensus est cependant qu'en utilisation d'un guide chirurgical et prothétique global, on a 1 mm d'écart entre notre planification et la réalité. La différence est aussi significative entre la chirurgie partiellement guidée (foret pilote) et totalement guidée. De plus, le design de l'implant importe : l'implant cylindro-conique est plus précis que l'implant conique.

Bien entendu, nos guides sont plus précis lorsqu'ils sont à appuis dentaires. Pour les réhabilitations complètes, les guides à étages sont des solutions extrêmement intéressantes, ce qui permet de positionner les implants puis le bridge transitoire directement. On retrouve aussi des guides d'incision si besoin, des guides de résections osseuses. Le numérique permet de planifier au maximum nos interventions afin de ne laisser aucune

chance au hasard et de rester le plus fidèle possible à notre planification de base.

Cependant, pour nos guides implantaires, on sait que plus une douille est éloignée du niveau osseux, plus on perd en précision. A. Popelut conseille d'utiliser des douilles en cuillères en chirurgie, et de toujours faire attention à l'ouverture buccale en cas d'implant postérieur, car on peut casser le guide.

### Critères de réussite d'une empreinte numérique en implantologie // Jérôme Lipowicz et Marc Baranes



Les facteurs à prendre en compte sont les scanners intra-oraux, l'opérateur, le patient, l'environnement, le corps de scanbody, la congruence. La caméra optique lors de son empreinte crée un nuage de points, qui finissent par se lier et se regrouper afin de donner une image 3D en format .stl.

Le facteur clef de notre empreinte reste le facteur opérateur, par l'expérience du praticien. Il faut absolument

respecter le chemin de scannage de chacune des caméras qu'on utilise, et de partir d'une zone déjà enregistrée. Les piliers multi-units permettent, lorsqu'on souhaite poser un scanbody sur nos implants, de poser un scanbody directement sur les piliers et donc de ne pas enfouir trop nos implants. Les conférenciers conseillent de travailler sur moins de 4 implants avec des piliers peu enfouis. L'environnement tel que la température de la pièce ou la

lumière dans la pièce change drastiquement la qualité de nos empreintes. De plus, la qualité du scanbody va influencer sur la qualité de l'empreinte. Enfin, un contrôle radiographie avant empreinte est toujours nécessaire. Les empreintes doivent toujours être faites entièrement le jour même (pas une première partie juste après l'extraction puis après cicatrisation, mais tout le même jour). Ils ne conseillent pas d'empreinte numérique



pour des bridges implanto-portés car les caméras ne sont pas encore suffisamment efficaces. On pourrait cependant rajouter de la résine sur les scanbodies afin que la caméra ne se perde pas, mais l'empreinte conventionnelle reste encore le gold standard pour ces cas précis.

### Les solutions prothétiques numériques à portée de main // Jean-Pierre Casu



Enfin, l'éminent prothésiste nous rappelle que la demande première du patient est d'avoir un beau sourire. Ainsi, la chirurgie peut être la plus réussie du monde, l'important reste notre prothèse.

C'est aussi la responsabilité du laboratoire avec lequel vous travaillez. La digitalisation de la prothèse a com-

mencé en 1998, et a commencé la transition entre les wax-up à la main (à la cire), puis des premiers scanners qui envoyaient les empreintes en .stl à Nobel. Avec l'évolution des techniques, nous avons pu travailler la zircone, pour nos armatures qu'on scannait et qu'on stratifiait par la suite.

Aujourd'hui, nous pouvons aussi stratifier notre zircone, mais aussi la fausse gencive lorsqu'on en a besoin. De plus, de nouvelles générations de zircones sont sorties telles que les 4Y ou 5Y, plus esthétiques mais plus fragiles que la génération 3Y.

Enfin, l'arrivée des résines imprimables ces dernières années, les avancées de l'usinage permettent chaque jour de repousser les limites dans les usinages de matériaux et d'impression 3D.

# Un écosystème. Une connexion. Votre choix.

La EV Family\* se compose de trois systèmes implantaires présentant des innovations éprouvées de l'Astra Tech Implant System EV. Tous les implants disposent d'une connexion EV : quel que soit l'implant que vous choisissiez, vous accédez à la même plateforme et aux mêmes options prothétiques complètes.

**EV Family\* - flexibilité chirurgicale et restauration simplifiée**



 EV  
Family\*

Astra Tech Implant® EV  
Implant PrimeTaper EV™  
Implant OmniTaper EV™

Dispositifs médicaux pour soins dentaires, réservés aux professionnels de santé, non remboursés par les organismes d'assurance maladie, au titre de la LPP. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. **Astra Tech Implant System, DS PrimeTaper, DS OmniTaper** : Classe / Organisme : I, IIa et IIb / TUV CE0123. Fabricant : Dentsply Implants Manufacturing GmbH. Rev : 02/2023.

\*La famille EV

 **Dentsply  
Sirona**

## Évolution, innovation, connexion Inventer avec élégance en implantologie

Symposium Dentsply Sirona, 23 novembre

C'est dans le magnifique cadre du Pavillon Élysée que Dentsply Sirona nous a présenté ses deux nouveaux implants : l'OmniTaper® et le PrimeTaper®. Après une courte introduction du président du groupe, Olivier Lafarge, Anne Benhamou, Nicolas Strube, Guillaume Drouhet, Pierre Keller et Marc Collavini se sont succédé afin de partager leur expérience avec la gamme EV family.

Le Professeur Serge Armand (Fig. 1), modérateur, nous a rappelé que concevoir un implant est un exercice complexe. Ce travail bidimensionnel marie l'ingénierie et la biologie. Les innovations proposées doivent être vérifiées et sûres. La difficulté principale réside dans le placement d'un système inerte dans un milieu biologique qui évolue en permanence. Les principes biologiques et mécaniques

s'opposent régulièrement : on souhaite d'une part pour des raisons mécaniques des implants suffisamment larges pour être capables de résister aux contraintes, et d'autre part des implants suffisamment fins pour être le moins traumatisant possible et minimiser les rejets du receveur. Cette recherche de nouveaux implants a pour objectif de répondre aux demandes des praticiens et des patients, mais aussi de prévenir les échecs. Chaque situation clinique est unique, et amène le praticien à une réflexion globale. Comme tous les implantologues, Anne Benhamou (Fig. 2) rêve de l'implant idéal. Un implant unique, polyvalent, adapté à toutes les situations. Ce dernier n'existe pas, mais on peut trouver un implant adapté pour chaque situation.

Dentsply Sirona présente donc ses deux nouveaux implants comme les nouveaux éléments complétant une famille

dont chaque membre a ses caractéristiques propres pour répondre à chaque indication. Par cette démarche, Dentsply Sirona homogénéise et simplifie les protocoles implantaire pour toutes les situations, tout en répondant aux contraintes uniques que présente chaque cas. Cette simplification passe d'une part par une connectique commune.

L'ouverture du joint entre le pilier et la couronne sur implant est causée par un échec biomécanique. Ce problème évolue en échec biologique par la contamination bactérienne et l'altération du milieu environnant de notre implant. L'attache supracrestale se doit d'être préservée au maximum, pour la préservation des tissus mous, mais également pour son impact sur l'ostéointégration. C'est par cette problématique que le sujet des connectiques nous



a été présenté, ainsi que les avantages de la connectique commune de la EV family. Cette connexion en switching platform est moins sujette aux pertes d'étanchéité du joint que les connexions plates.

D'autre part, les séquences de forage, que ce soit pour l'OmniTaper® ou le PrimeTaper® sont les mêmes que les anciens implants de la gamme. Seules les couleurs changent dans la boîte de chirurgie, simplifiant ainsi le protocole implantaire. L'OmniTaper EV, comme son nom l'indique, se veut adapté pour une majorité de situations cliniques. Il associe un corps conique, un apex effilé, et une section crestale en faveur de la condensation osseuse. Il permet ainsi une mise en place atraumatique. Anne Benhamou utilise cet implant dans des situations d'implantologie classiques, sans mise en charge immédiate. Pierre Keller, lui, utilise aussi les implants OmniTaper® lors des extractions/implantations immédiates, lorsque le niveau osseux est déjà satisfaisant, en utilisant les membranes Ossix. Nicolas Strube nous rappelle les difficultés liées à la prévision des résorptions osseuses suivant les implantations, entre autres en antérieur.

Le PrimeTaper® EV présente toujours un corps conique et un apex carré, mais avec un micro-filetage progressif auto-tarudant. Les spires sont moins tranchantes, ce qui, comme on le sait maintenant, lui permet d'être moins agressif pour l'os. Ces caractéristiques lui permettent une meilleure stabilité primaire, plus favorable à l'implantation immédiate, notamment dans le secteur molaire. Il est également parfaitement indiqué dans le cas de fracture d'implants, après dépose au trépan. De plus, sa stabilité primaire permet dans de nombreux cas d'exonérer le praticien du second temps chirurgical en tolérant la mise en place du pilier de cicatrisation dès la séance de pose. Anne Benhamou utilise l'implant PrimeTaper lors d'implantation immédiate, en particulier dans les secteurs molaires afin de rechercher cette stabilité primaire au maximum. Lors de ce Symposium, l'implant Astra EV a également été présenté. Lui a été décrit comme un implant court, pour toutes situations le nécessitant. Il a cependant été peu développé au cours de la soirée.

La gamme Ossix a aussi été présentée, entre autres par Pierre Keller, qui nous a expliqué l'utilisation de ces nouvelles membranes, renforcées ou non au titane. Comme vu précédemment, il conseille de placer la membrane Ossix au niveau du périoste avant de la pincer ou de la suturer. L'Ossix Volumax ayant de bons résultats pour gonfler les tissus mous, elle est parfaitement adaptée pour les cas nécessitant un conjonctif plus épais en vestibulaire. Cette nouvelle gamme d'implants veut ici répondre aux demandes des praticiens visant à simplifier les protocoles des différentes chirurgies implantaire. Elle propose une boîte de chirurgie avec une prise en main facilitée. Son ergonomie dans la disposition des différents forets permet ainsi un passage fluide entre chaque étape.

Ce système implantaire se veut universel, en proposant un implant pour chaque situation, avec un protocole de mise en place homogénéisé et simplifié, et ce aussi bien pour les praticiens expérimentés que pour les novices en implantologie.



Thibaud Le Monnier



Yohann Brukarz

### Des SOLUTIONS INTERDENTAIRES adaptées à chaque patient pour FAVORISER L'OBSERVANCE

#### SOFT-PICKS®

NOUVELLES TAILLES

ADVANCED

COMFORT FLEX MINT

#### BI-DIRECTION

#### TRAV-LER®

#### TWISTED FLOSS

NOUVEAU

#### EXPANDING FLOSS

#### ACCESS FLOSS

N°1 de l'interdentaire

Retrouvez toutes les informations sur nos gammes interdentaires sur [professional.sunstarGUM.fr](http://professional.sunstarGUM.fr)

APPRODIT - 01/2023  
\* Données Openhealth - Novembre 2022 - CAM - Marché Interdentaire.

SUNSTAR France - 105 rue Jules Guesde 92300 Levallois-Perret



## La lutte anti infectieuse au cabinet. Comment ne pas se tromper ?

**Symposium Pierre Fabre Oral Care, 23 novembre**



Kazutoyo Yasukawa, Géraldine Lescaille, Pierre Henri Voisin (PFOC)

Bien qu'il ait déjà été une préoccupation quotidienne des chirurgiens-dentistes, la crise sanitaire a mis un coup de projecteur sur le risque infectieux au cabinet dentaire. Au-delà de la transmission de SARS-CoV 2, virus toujours préoccupant, comment gérer rationnellement ce risque infectieux au mieux pour nos patients ?

Géraldine Lescaille, PU-PH et chef du service d'Odontologie du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière a travaillé dans son service à la mise en place d'une procédure préopératoire standardisée et facilement applicable. Cette procédure en cours de validation par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), inclut une procédure de désinfection buccale ainsi qu'une procédure de désinfection péri-buccale avec des produits adaptés et efficaces contre les germes les plus courants. Une fois validée par le CLIN cette procédure pourrait être applicable aussi bien en milieu hospitalier qu'en cabinet libéral. Comment, dans ce même cadre rationnel, devons-nous envisager le versant systémique de la gestion du risque infectieux pour les patients ? Comment devons-nous gérer la prescription d'antibiotiques : quand, comment, pour quel type de patients ? Car l'antibiorésistance est une problématique de plus en plus prégnante qui pourrait refaire des maladies infectieuses la première cause de mortalité dans le monde alors qu'elles ne sont impliquées que dans 2 % des décès actuellement.

Or les chirurgiens-dentistes sont responsables de 14,3 % des prescriptions antibiotiques en France. Comment bien les prescrire, un très bon rappel fait par le Dr Kazutoyo Yasukawa, Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy.



Bravo à Jacques Bessade, à l'initiative du dépistage diabète lors de l'ADF (sur le stand avec les secrétaires généraux)

## Straumann fait son Show au Cirque Gruss

**Symposium Straumann, 24 novembre**

C'est au cours d'une grande soirée consacrée à l'évolution des techniques, des protocoles et à l'innovation, que Straumann avait convié ses participants à prendre part à un grand show.

Pour l'occasion, la marque a réuni 3 grands noms de la dentisterie, des orateurs de renommée nationale et internationale : **Matthieu Collin, Romain Deliveux, Oscar Gonzalez**, avec **Julien Mourlaas** en tant que modérateur.

C'est au sein du célèbre cirque Gruss et en marge du congrès ADF, que se sont réunis les clients et amis de la marque Straumann.

En premier lieu, c'est Matthieu Collin qui a ouvert cette scène avec le sujet de la gestion de l'édenté complet grâce à l'évolution des techniques et designs implantaires dans le cadre de traitement immédiats.

Ensuite Romain Deliveux, apparu sur la piste par les airs, a abordé le thème de la planification des chirurgies implantaires grâce aux nouveaux outils digitaux. Il a montré comment le nouveau workflow digital est en train de transformer l'élaboration du plan de traitement ainsi que sa mise en œuvre.

Enfin, le public a eu la chance de pouvoir assister à la conférence d'Oscar Gonzalez. Ce dernier, venu spécialement d'Espagne, a présenté l'optimisation de la gestion des tissus mous péri-implantaires via le flux numérique.

La soirée s'est ensuite conclue par un moment de convivialité au sein du cirque, où les participants ont pu profiter des animations offertes et continuer les échanges avec les conférenciers.



Les acteurs de la soirée

# ELGYDIUM

## NOUVEAU



**DENTIFRICE CERTIFIÉ BIO**  
**PACK ÉCO-CONÇU<sup>(1)</sup>**





**COSMOS ORGANIC**

**Efficacité cliniquement prouvée<sup>(2)</sup>**



MARQUE RECOMMANDÉE PAR LES DENTISTES\*



CHARTE DE DÉVELOPPEMENT STRICTE



MARQUE FRANÇAISE



CONTRIBUE À LA RÉDUCTION DE L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL

\*Étude imago décembre 2017, 202 répondants 38% de recommandation.

(1) Emballage recyclable et allégé en plastique par rapport à un tube de dentifrice classique. Analyse du cycle de vie du produit, plus d'informations sur notre site internet [www.pierrefabre-oralcare.com](http://www.pierrefabre-oralcare.com).

(2) Étude Blancheur : 15 jours pour voir l'efficacité du dentifrice sur vos taches dentaires superficielles : Mesure de tolérance et d'efficacité réalisée sur 41 sujets à raison de 3 utilisations par jour pendant 2 minutes - Étude Dents Sensibles : 95% des utilisateurs ont ressenti une réduction au bout de 2 semaines de la sensibilité dentaire : Test d'efficacité réalisé auprès de 41 sujets à raison de 3 utilisations par jour pendant 2 minutes. Étude Gingives : 93% des personnes interrogées ont senti des gingives apaisées : Pourcentage de satisfaction obtenu sur 44 sujets après 3 semaines d'utilisation (à raison de 3 utilisations par jour pendant 2 minutes).

ELGYDIUM, complice de chaque sourire.



## Apport des plaques en titane sur mesure dans l'avulsion de dents de sagesse mandibulaire

**Avulsion d'une dent de sagesse ectopie présentant un kyste chez une patiente de 27 ans.**

La découverte de la 5<sup>e</sup> dent de sagesse est fortuite. Comme le montrent les différents examens radiologiques, le risque de fracture est très important. Les radiographies panoramique et coupes de scanner (Fig. 1 et 2) indiquent le positionnement des dents de sagesse.

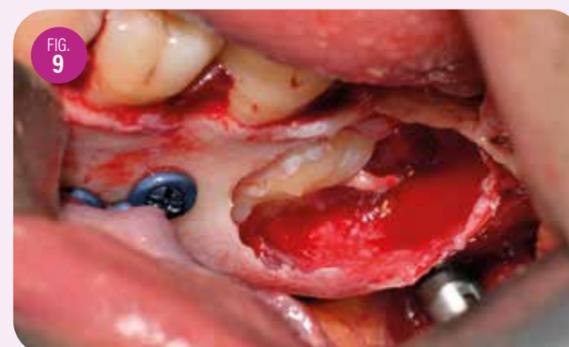
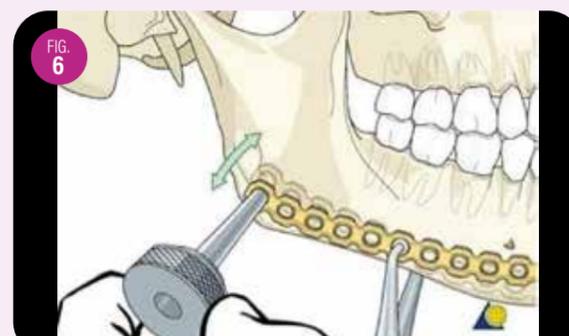
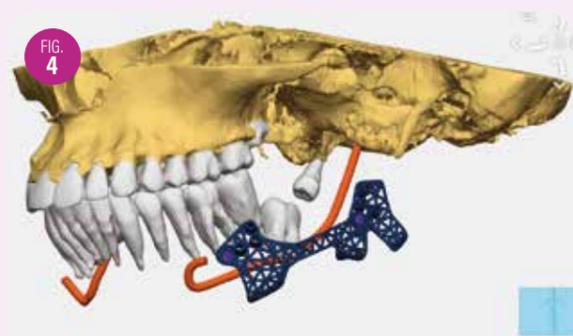
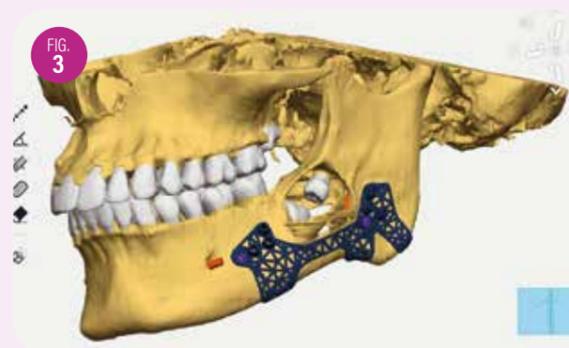
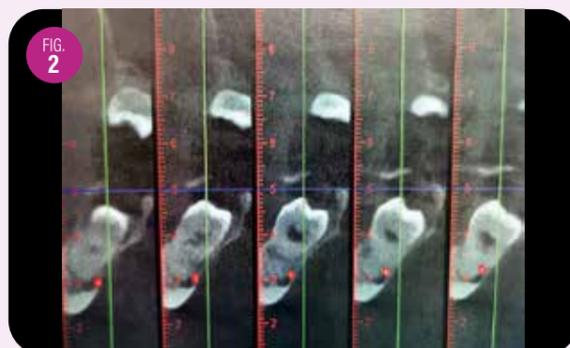
La chirurgie se déroule en ambulatoire, avulsion des 5 dents de sagesse. L'objectif est d'éviter la fracture mandibulaire postopératoire.

Pour cela une plaque en titane sur mesure prophylactique est réalisée à partir des images du scanner reconstruites en 3D (Fig. 3 et 4).

La plaque ainsi qu'un guide de préforage sont réalisés par Materialise (société d'impression 3D) (Fig. 5 et 6).

Enfin, la plaque est posée **avant** l'avulsion de la dent pour anticiper la complication possible de fracture de la branche mandibulaire (Fig. 7, 8, 9).

Les dents de sagesse sont extraites. Une analyse à l'anapath sera également réalisée et montrera la présence d'un kyste dentigère bénin. Cette plaque sera laissée en postopératoire. Cette dernière ne sera déposée qu'en cas de complications infectieuses.



**Mickael Samama**  
Chirurgien Oral Stomatologue - Paris 7  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Paris  
Ancien directeur du DU de  
réhabilitation orale de La Pitié



Save the date

**Judi 23 mars**

**Best of implantology  
4<sup>e</sup> édition**

**BEST OF  
IMPLANTOLOGY**

L'ACTU POUR TOUS 4<sup>e</sup> édition

- 14 conférences courtes façon TEDx,
- Des conférenciers réputés mais aussi des jeunes talents,
- Une Web app interactive toutes les 2 conférences,
- Une grande convivialité & le repas pris en commun,
- Des partenaires fidèles & motivés, et des surprises ...

**JEUDI 23 MARS 2023 DE 10H À 18H**

**MAISON DE L'ARTISANAT • 12 AVENUE MARCEAU 75008 PARIS**

**PROGRAMME & INSCRIPTION :**

**BESTOFIMPLANTOLOGY.EU**



## Claude Fain, portrait d'un collectionneur

Passionné d'art contemporain et plus largement d'histoire de l'art, sa vie s'est construite dans la transmission et le partage. En parallèle d'une carrière de chirurgien-dentiste pendant 49 ans, il forme dès 1972 sa première collection d'œuvres symbolistes, découvre les plus jeunes artistes de sa génération dans le New York des années 80, avant de porter l'art contemporain chinois en France avec sa fille Alexandra à travers la création du salon Asia Now. Entrepreneur investi dans de nombreux projets, Claude Fain est un constructeur, un bâtisseur tourné vers l'Homme et animé par cette volonté de comprendre son évolution. Il confie ici son parcours de *joyeux collectionneur*, son rapport à l'art et ses réflexions sur la création.

**« Collectionner, c'est d'abord une conversation avec l'autre, comme la médecine que je pratique dans les mêmes dispositions. L'échange d'idées est une notion fondamentale de la vie. »**

### Comment est née votre passion pour l'art ?

**C.F.** Je suis né dans une famille de couturier, avec une empreinte artistique déjà très présente. Ma tante Rose Mett dirigeait la Maison de couture Torrente qu'elle avait créée, alors que son frère Ted Lapidus avait fondé la sienne quelques années auparavant. Mes parents étaient eux-mêmes de grands industriels du prêt-à-porter. Leur travail de transmission a été fondamental. Mon père était collectionneur des artistes d'après-guerre, la deuxième génération des grands peintres abstraits des années 50 - Poliakoff, Lansky, ainsi que les artistes russes installés à Montparnasse. Dès 7 ans, mon père m'a entraîné dans leurs ateliers où j'ai progressivement exercé mon œil. À l'école, j'avais également des prédispositions : jusqu'en terminale, j'ai reçu tous les premiers prix de dessin. La présence des œuvres dans notre quotidien a éveillé mon œil et mon esprit. L'œil est un buvard qui interprète tout ce qui s'offre à lui.

### Quel a été votre parcours de collectionneur ?

**C.F.** En parallèle de mon activité de chirurgien-dentiste, j'ai commencé à collectionner assez rapidement, en particulier les artistes symbolistes et préraphaélites des années 1880-1900. Issu d'une famille décimée par la guerre, je me suis très tôt interrogé sur la signification du symbole. J'ai voulu savoir comment on pouvait manipuler un cerveau et des peuples entiers, mais aussi comprendre comment les artistes traitaient le symbole. J'achetais dans les salles de vente de Drouot où j'étais l'un des rares à lever la main pour remporter une enchère. Les artistes symbolistes étaient délaissés par le marché. Par la suite, ma collection a pris de l'ampleur et une certaine valeur autour des œuvres de Burne-Jones, Gustave Moreau, Lévy-Dhurmer, Armand Point, Puvion de Chavannes...



Avec la directrice générale du MOMA (NY) curator à Asianow

### En 1986, vous expliquez ressentir un « coup de poing dans le ventre » en découvrant une œuvre de Basquiat...

**C.F.** À cette période, je me suis rendu compte que je vivais finalement avec les œuvres de mes ancêtres, j'ai eu besoin de modernité. Mon ami, le commissaire-priseur Pierre Cornette de Saint-Cyr, m'a alors proposé de visiter la foire de Bâle. Je me suis arrêté devant un petit stand avec un tout jeune garçon pour le représenter : **Thaddeus Ropac**. J'ai pu acquérir une œuvre de **Jean-Michel Basquiat**, alors inconnu. Ce fut mon premier achat d'art contemporain. J'ai alors décidé de vendre toute ma collection du XIX<sup>e</sup> siècle et je suis parti à New York. J'y ai acquis une Marilyn d'Andy Warhol, et une peinture sur papier de **Georg Baselitz**, encore assez peu connu. Plus tard, j'ai retrouvé la jeune galeriste Annina Nosei qui avait lancé Basquiat aux États-Unis. J'ai rencontré l'artiste chez elle, en train de peindre dans sa cave. Une période exceptionnelle !

Par la suite, j'ai connu Keith Haring, Warhol, Mapplethorpe, Schnabel, Bickerton... Ils avaient à peine 30 ans et déjà une cote incroyable. C'est à ce moment que j'ai réalisé l'importance de se tenir à l'écart des effets spéculatifs. La surenchère sur certains artistes dont on ne parle plus aujourd'hui a forgé ma réflexion et mes décisions de collectionneur.

### Qu'est-ce qui vous intéresse en premier lieu dans une œuvre d'art ?

**C.F.** Tout se passe dans le cœur et dans la raison. Je ne vois aucun intérêt à vivre tous les jours avec une œuvre uniquement pour sa valeur, réelle ou potentielle. Lorsque je ressens quelque chose vibrer au plus profond de moi, c'est un signe. Je rentre en fusion avec une œuvre parce qu'elle correspond à la vision de ce qui va me toucher intérieurement, quelle que soit la période ou le médium. Si je me pose la question, c'est que je ne dois pas aller plus loin. J'explique aux futurs professionnels des métiers d'art qu'il faut « ressentir » une œuvre, rentrer en communication avec son créateur. Et ce qui m'intéresse chez l'Homme, c'est bien sa création. En d'autres termes, comment la vie humaine a avancé à travers la création, qu'elle soit artistique, industrielle ou autre. Le message des artistes me fait avancer dans ma pensée. J'absorbe au plus haut point leur sensibilité.

### Quel apprentissage vous a le plus marqué à travers l'art ?

**C.F.** J'ai compris comment la création humaine était toutefois limitée. Je m'intéresse énormément aux philosophes de la Grèce Antique, dont je collectionne les éditions d'origine. Une année, je me suis rendu à la Fondation **Martin Bodmer** à Genève, un lieu incontournable réunissant une des plus importantes collections privées de papyrus, manuscrits et livres anciens au monde. Une exposition y était consacrée aux livres de l'Antiquité et de la Haute-Égypte. Je suis tombé sur une sculpture en bois, reprenant la position de « l'Homme qui marche » de Giacometti. Il y a 5 000 ans, les artisans de l'époque confectionnaient ce statuaire en bois pour que la famille des défunts le place dans le sarcophage comme compagnon de voyage vers l'au-delà. Quelques années plus tard, j'ai découvert l'exposition présentée par la **Fondation Giacometti** et ses origines égyptiennes. Cette découverte fut un choc dans mon chemin de pensée. Je me suis rendu compte à quel point tout avait déjà été créé par les grandes civilisations. Depuis cette ère, le cerveau humain a peut-être créé sous différentes formes, mais le fond n'a pas changé. Cette découverte renvoie à un moment important de ma vie. J'ai pris de nouveau un certain recul sur la condition humaine. *Rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme*, comme l'avait déjà dit Lavoisier en 1777.

### Que reprenez-vous de votre expérience de galeriste ?

**C.F.** Après avoir été opéré du cœur suite à un problème de santé, je suis retourné à New York où j'ai rencontré le galeriste Peter Langer. Nous sommes devenus



Portrait de Claude Fain devant l'œuvre « Relief abstrait » de Thomas Hirschhorn (2000), accompagné du texte d'Emmanuel Bove (« La vie comme une ombre », 1936)

© Crédits photo Philippe Sébiret

partenaires pour ouvrir la galerie Langer-Fain à Paris, idéalement située entre les galeries Yvon Lambert et Karsten Greve qui venait d'ouvrir. Nous nous servions de la réserve américaine de Peter pour exposer à Paris. La photographie n'était pas appréciée comme aujourd'hui, tout comme notre première exposition de Gilbert et George qui fut très décriée. J'étais terriblement déçu, tant j'étais convaincu par la qualité des œuvres. Pour notre seconde exposition de Joseph Beuys, un musée américain très important de Los Angeles a acquis une de ses œuvres, ainsi qu'un grand collectionneur allemand. Au terme de cette première année, nous n'avions pas suffisamment séduit les collectionneurs français, avec des propositions sans doute trop internationales et avant-gardistes.

### Vous avez été parmi les précurseurs à ouvrir l'art contemporain chinois en Occident. Comment l'avez-vous découvert ?

**C.F.** Je suis tombé par hasard sur le livre d'Alain Peyrefitte, *Quand la Chine s'éveillera... le monde tremblera*. Il effectue une visite en Chine en 1971 et réalise à cette occasion un rapport d'enquête sur l'état du pays, alors au milieu de la Révolution culturelle. Compte tenu de la croissance de la population chinoise, l'auteur y explique comment elle finira par s'imposer au reste du monde dès lors qu'elle maîtrisera une technologie suffisante. J'ai donc commencé à m'intéresser aux jeunes générations d'artistes chinois. Je m'y suis rendu, réalisant très rapidement qu'ils manquaient de débouchés artistiques dans leur pays. Vers la fin des années 90, lorsqu'un petit-cousin s'est installé à Shanghai, j'ai encouragé sa sœur et son beau-frère à s'intéresser au sujet. **DSL Collection** (Dominique et Sylvain Levy) comptent aujourd'hui parmi les trois plus grandes collections au monde d'art chinois contemporain, aux côtés de la **Fondation Ullens** et **Jean-Marc Decrop**.

### Comment avez-vous porté l'art chinois contemporain en France ?

**C.F.** Avec un groupe d'amis, nous avons fondé *Happy Art Collectors* (les Collectionneurs Joyeux). Nous voulions offrir aux collectionneurs les clés de compréhension de l'art contemporain, ouvrir les portes des ateliers et des lieux d'art les plus recherchés dans le monde, et partager des conseils d'achats avisés dans un esprit convivial. Nous avons organisé des visites guidées partout dans le monde, notamment à Shanghai avec **Ami Barak**, et à Pékin avec **Jérôme Sans**. C'est ainsi que l'idée de présenter les artistes en France a commencé à mûrir.

Avec ma fille Alexandra, nous avons finalisé le concept d'un salon dédié à l'art contemporain chinois en France en 2012. J'avais demandé à Amy Barak de ramener de chaque grande ville asiatique les meilleures galeries et leurs artistes. Nous avons sponsorisé son voyage grâce à une grande compagnie d'aviation taiwanaise. En rentrant,

Amy Barak m'a fait part de l'immense enthousiasme rencontré en Asie. Pour eux, la France représentait le fleuron de la Culture et une porte ouverte sur l'Europe. La première édition s'est ouverte en 2014 à l'espace Cardin : le succès a été au rendez-vous car le concept était complètement nouveau. Beaucoup de collectionneurs ont commencé à percevoir l'Asie autrement. Après avoir rejoint l'Avenue Hoche pendant 6 ans, nous avons eu la chance d'être accueillis pour cette 8<sup>e</sup> édition à la Monnaie de Paris. Ce lieu magique a attiré énormément de galeries et collectionneurs du monde entier, avec près de 25 000 visiteurs !



Alexandra et Claude

### Votre dernier coup de cœur ?

**C.F.** L'artiste japonais Izumi Kato, découvert il y a une dizaine d'années. Son sujet de l'enfance m'interpelle parce qu'à travers mon métier, j'ai soigné beaucoup d'enfants. Je connais leur sensibilité et je suis resté très touché par leurs souffrances. Vous donneriez votre peau pour sauver un enfant. Mon premier et mon dernier coup de cœur sont des portraits (Basquiat - Izumi Kato). J'aime les portraits, tout simplement parce que j'aime l'Homme, et comprendre comment il est interprété et perçu.

### Quel message voudriez-vous laisser à vos filles ?

**C.F.** Mes deux filles ont pris chacune une moitié de moi : l'une en chirurgie obstétrique, l'autre évoluant dans le monde de l'art. C'est un merveilleux aboutissement de vie. Le message que je peux donner à l'Homme en général, et à mes enfants en particulier, est celui-ci : *aimez-vous les uns les autres*. Je vois tellement de familles détruites par des choses futiles. Les artistes sont des êtres à part, d'une hypersensibilité qui est hors de notre champ de vision. Ce qui compte, c'est de voir quel amour de l'humanité peut se dégager d'une œuvre d'art : tenter de la comprendre et de s'en nourrir. S'élever intellectuellement à travers la création de ses contemporains permet de comprendre notre société et son évolution. Si c'était pour chacun une démarche universelle, il me semble qu'il y aurait plus de tolérance, et peut-être une société plus humaine.

Interview parue dans <https://bail-art.com/>

## Samuel Martin

Directeur des ventes France XO Care

**AONews.** XO Care est une entreprise familiale danoise créée en 1951, et implantée en France depuis de nombreuses années. Racontez-nous un peu son histoire Samuel Martin. En effet, XO CARE a été fondée au Danemark en 1951 par Verner Sørensen. Aujourd'hui d'ailleurs, la famille Sørensen est toujours profondément impliquée dans l'entreprise, avec Kim, concepteur en chef, et son fils Peter directeur de la technologie. La philosophie de l'entreprise reste la même qu'en 1951 : une qualité sans compromis et



Kim Soerensen

des solutions dentaires innovantes regroupées dans un design minimaliste et esthétique. Cette approche a fait ses preuves et a résisté à l'épreuve du temps. L'entreprise propose désormais plusieurs solutions dentaires d'exclusivité mondiale - comme récemment, le lancement de l'unité dentaire numérique XO FLOW.

**AON.** Samuel Martin, vous avez pris la tête de la team française début 2021, mais vous connaissiez bien le monde dentaire. Rappelez-nous en quelques mots votre parcours, et présentez-nous votre équipe.

**S.M.** Après avoir abordé le marché dentaire au sein de 3M, grâce au développement d'une application de traitement d'eau pour protéger les fauteuils dentaires en 2005, j'ai acheté ma première entreprise d'équipements dentaires en 2010, puis 4 autres pour créer MS Dental et devenir le premier groupe privé français de conseil, vente, installation et maintenance d'équipements pour les cabinets dentaires avec 85 collaborateurs et près de 400 réalisations par an. En 2017, j'ai décidé de tout vendre pour me consacrer à d'autres

projets et aventures... tout en gardant un œil sur le marché dentaire ! En 2021, j'ai rejoint XO CARE... je ne pouvais pas refuser de rejoindre l'une des sociétés les plus innovantes au monde pour les unités ! En France, je suis entouré de Denis Talbot, Jean-Luc Godard et Eddy Bonose. Denis était, avant mon arrivée, en charge de la France, en plus de nombreux pays, avec le soutien technique de Jean-Luc. Aujourd'hui, Denis et Jean-Luc sont toujours là pour soutenir notre action et depuis novembre 2022, Eddy est venu compléter l'équipe. Désormais, nous sommes donc 4 collaborateurs pour supporter nos 25 partenaires régionaux français.

**AON.** La dentisterie ergonomique est l'une des marques déposées par XO Care. Tous les fabricants y sont attachés, en quoi ce concept ici est-il particulier ?

**S.M.** L'ergonomie est au cœur de la conception des produits XO CARE. Chaque produit est créé pour que les praticiens puissent effectuer leur travail d'une manière qui protège leur propre santé. Grâce aux détails de conception de l'unité XO FLOW et de l'excellente ergonomie du poste de travail que



XO FLOW dental unit Ultra-Marine Blue



Samuel Martin, Denis Talbot et Jean-Luc Godard

cela procure, le chirurgien-dentiste et son assistante ont naturellement tout sous la main et peuvent se concentrer sans détourner le regard de la cavité buccale du patient. L'environnement de travail procuré par le XO FLOW, offre au binôme d'excellentes conditions de travail, de fluidité et de confort dans les gestes, de gain de temps et de complémentarité. L'assistante au fauteuil peut réellement aider le dentiste dans ses actes, en changeant les contre-angles et les fraises sur les rotatifs de l'unité, ou bien en lui passant naturellement les instruments sans effort. Par ailleurs, s'il le souhaite, le praticien peut parfaitement utiliser ce fauteuil seul, la conception a été également pensée pour cette possibilité.

**AON.** XO Flow est unique en son genre puisqu'il est équipé d'un ordinateur intégré. Il a d'ailleurs reçu plusieurs récompenses. Dites-nous en plus

**S.M.** L'unité XO FLOW nous projette dans une nouvelle ère numérique. Il a reçu deux prix lors du concours international de design, le Red Dot Design Award 2021 pour *Medical Devices and Technology* et *Innovative Products*, qui soulignent la conception et les fonctionnalités inégalées de l'unité et qui permettent aux praticiens d'être assistés dans leurs traitements, d'améliorer leur productivité et leur environnement de travail. **Le premier unit dentaire véritablement numérique intégrant des applications tel un Smartphone, c'est la nouveauté majeure** du XO FLOW. Les applications peuvent être utilisées pour configurer, gérer et intégrer l'unité parmi d'autres solutions logicielles ou périphériques tel qu'un scanner intra-oral. Et plus encore, les applications ne sont pas limitées aux seules applications dentaires spécifiques. Il est également possible d'utiliser des services de streaming comme Netflix ou de la musique pour détourner l'attention des patients du traitement et créer une expérience confortable. L'intégration directe d'un scanner intra-oral et son contrôle à partir du Navigator sont très appréciés. Cela permet de réduire la quantité d'équipements supplémentaires puisqu'il n'y a plus besoin d'un kart séparé, et l'acquisition et son contrôle sur le Navigator assurent une posture de travail saine sans égale. Ce qui rend le concept si excitant, c'est le fait que l'histoire ne s'arrête pas aux applications actuellement disponibles ; au contraire, les applications du Navigator seront constamment mises à jour et de nouvelles seront ajoutées. C'est sans limite !

**AON.** Après de telles innovations, peut-on s'attendre à de nouvelles pour les prochains IDS et ADF ?

**S.M.** XO FLOW est continuellement mis à jour à mesure que XO CARE développe de nouvelles fonctionnalités. L'ajout le plus récent est la fonction endo réciproque et l'application d'assistance à distance. La fonction d'endo réciproque évite aux praticiens d'avoir à connecter des appareils et des commandes au pied séparés qui prennent de la place dans la salle de soins. L'application d'assistance à distance permet aux praticiens d'obtenir une assistance instantanée de leur technicien en cliquant simplement sur une application. En mars prochain à l'IDS, XO CARE présentera une autre nouveauté : un module de caméra intra-orale, où les images et les vidéos sont instantanément affichées sur le Navigator. À l'aide de la nouvelle application de gestion d'images, vous pourrez présenter, analyser et exporter des images et des vidéos.

Passez nous voir à Cologne (hall 10.2, N-0008) et essayez l'unité numérique XO FLOW, sinon rdv sur [www.xo-care.com](http://www.xo-care.com) !



### XO FLOW - LE PREMIER EQUIPEMENT DENTAIRE VÉRITABLEMENT NUMÉRIQUE

Ne serait-il pas formidable que la dentisterie soit plus simple et plus intuitive ?

XO FLOW est un unit numérique doté d'un système de guidage des flux de travail et d'applications dentaires.

Il est équipé d'un ordinateur intégré, d'une connexion réseau et d'autres fonctionnalités inédites en dentisterie.

XO FLOW vous permet d'intégrer des équipements dentaires supplémentaires, par exemple un scanner intra-oral, avec l'unité et de voir les images instantanément sur l'écran tactile Navigator de l'unité. Cela réduit le nombre d'appareils dans la salle de traitement.

L'unité fait l'objet de mises à jour logicielles régulières et est dotée de nouvelles fonctionnalités, comme la nouvelle fonction endo à mouvement réciproque.

Grâce à cette fonction intégrée à l'unité, vous n'avez plus besoin d'investir dans des moteurs endodontiques autonomes.

Très bientôt, un nouveau module de caméra intra-orale sera également ajouté, ce qui vous permettra de voir instantanément des images et des vidéos sur l'écran du Navigator.

**Ce ne sont là que quelques-uns des nombreux avantages du passage au numérique.**

**Essayez le fauteuil à l'IDS ou réservez une démonstration**

**à l'adresse [www.xo-care.com](http://www.xo-care.com).**





## Il n'y a pas de Ajar

Delphine Horvilleur | Éditions Grasset

Ce Ajar est une nécessité...

La lumineuse Delphine Horvilleur et l'un de mes auteurs préférés, Romain Gary, réunis littérairement... impossible de passer à côté du dernier ouvrage de cette femme singulière, dans tous les sens du terme, rabbin, écrivain et philosophe.

Romain Gary, écrivain magistral, prix Goncourt 1956 pour les **Racines du ciel**, marqué du sceau de l'identité, est un éternel écorché qui réfuta longtemps sa judéité, mais rattrapé par son épigénétique, il l'assumera pleinement. Il récidive en ressuscitant sous la plume d'Émile Ajar avec la plus grande entourloupe de l'histoire littéraire qui le consacra pour la deuxième fois prix Goncourt en 1974 (**La vie devant soi**).

Entourloupe, le nom que Romain Gary utilisait pour démontrer qu'on n'est pas que ce que l'on dit qu'on est, qu'il existe toujours une possibilité de se réinventer par la force de la fiction et la possibilité qu'offre le texte de se glisser dans la peau d'un autre. Au-delà de la limite où son ticket ne fut plus valable, il quitta la vie, avec son faux masque, sa dernière identité, et révéla l'entourloupe dans une publication posthume, **Vie et mort d'Émile Ajar**. L'identité est au cœur de nombreux débats aujourd'hui, le JE a pris le pas sur le NOUS, l'individuel prime sur le collectif. *L'état des obsessions identitaires, des tribalismes d'exclusion et des compétitions victimaire se resserre autour de nous. Il est vissé chaque jour par tous ceux qui défendent l'idée d'un purement soi, et d'une affiliation authentique à la nation, l'ethnie ou la religion.* Un homme détient, d'après l'auteure, une clé d'émancipation : Emile Ajar.

D. Horvilleur imagine un monologue contre l'identité avec un homme, Abraham Ajar, qui s'affirme être le fils d'Émile et demande ainsi au lecteur : *es-tu l'enfant de ta lignée ou celui des livres que tu as lus ? Es-tu sûr de l'identité que tu prétends incarner ?* (**Pseudo**, 3<sup>e</sup> roman publié en 1976 sous le nom d'Émile Ajar). C'est un livre subtil et d'une brillante intelligence. Bien sûr Delphine Horvilleur, en femme de foi et de tolérance, a sur l'identité une vision humaniste : *Il est permis et salutaire de ne pas se laisser définir par son nom, sa naissance ou sa religion. Permis et salutaire de se glisser dans la peau d'un autre qui n'a rien à voir avec nous. Permis et salutaire de juger un homme pour ce qu'il fait et non pour ce dont il hérite. D'exiger pour l'autre une égalité, non pas parce qu'il est comme nous, mais précisément parce qu'il n'est pas comme nous, et que son étrangeté nous oblige.*

Qui peut contredire cette âme généreuse... mais comme disait le philosophe, l'enfer c'est les autres, et c'est précisément l'autre qui veut nous imposer son identité, son mode de vie, sa religion et faire de nous les responsables contemporains des erreurs, des dérives et des massacres des siècles antérieurs. Notre génération n'est ni responsable de l'esclavage, des colonisations et des ségrégations raciales, pourtant les nouveaux racistes veulent nous faire porter cette croix comme un péché originel. Les juifs avec les millions de morts de la Shoah ont-ils commis le moindre attentat en Allemagne pour se venger du nazisme ? L'identité, qu'on le veuille ou non, porte le poids de l'épigénétique. Je me souviens en écrivant ces lignes d'une anecdote savoureuse : lors d'une rencontre officielle Golda Meir alors Première Ministre israélienne reprocha à Henry Kissinger, célèbre secrétaire d'état de Richard Nixon, de ne pas assez soutenir Israël alors qu'il était de confession juive, celui-ci se justifia : *Je suis d'abord citoyen du monde puis américain, puis républicain, puis juif.* Ce à quoi Golda Meir eu cette répartie magnifique : *justement en hébreu on lit de droite à gauche !*

Je partage avec Delphine Horvilleur cette admiration pour Romain Gary. Il a forgé son identité par la culture et la réflexion qui l'ont conduit, entre autres, à rejoindre De Gaulle dans la résistance après l'appel du 18 juin. Il affirmait ainsi : *Je n'ai pas une goutte de sang français, pourtant la France coule dans mes veines.* C'était aussi un visionnaire, dans son livre **Chien Blanc** publié en

1970, il y dénonce déjà les dérives d'un certain militantisme antiraciste et, bien avant le wokisme actuel, il y pousse les professionnels de la souffrance des autres. Par exemple, ces milliardaires américains (il vivait alors aux États-Unis), qui dans des soirées caritatives se donnaient une bonne conscience jusqu'à « laver plus blanc que blanc » en exacerbant la culture victimaire, jusqu'à soutenir des organisations noires ultra-violentes comme les Black Panthers.

Malgré la gravité du sujet, Delphine Horvilleur nous enchante par son humour digne d'un Woody Allen. Preuve de l'humour Juif ? On ne sait, mais si tous les rabbins étaient si drôles et parfois insolents envers Dieu, je fréquenterais peut-être plus souvent les synagogues ! Un exemple : *Moi, c'est simple : si j'avais pu, j'aurais été « intactiviste », j'aurais*

*milité féroce contre la circoncision... Les juifs, ils font ça très tôt. À huit jours. Ça permet de lever très tôt toute ambiguïté sur leurs ambitions, et de confirmer ce qu'on dit d'eux, tu sais ; un peuple d'élite « à part, dominateur et sûr de lui-même ». Tellement sûr de lui-même qu'il prend le risque de couper avant de connaître la taille définitive de l'organe... D'ailleurs s'ils sont coupés, c'est qu'ils sont coupables. On ne peut que conclure avec Romain Gary : L'humour est une affirmation de supériorité de l'homme sur ce qui lui arrive.*



Joël Itic



## SDI | RIVA LIGHT CURE HV

VERRE IONOMÈRE PHOTOPOLYMERISABLE  
MODIFIÉ PAR ADJONCTION DE RÉSINE

### LE VERRE IONOMÈRE DE RESTAURATION HAUTEMENT ESTHÉTIQUE

AVEC  
CAPSULE À  
ACTIVATION  
FACILE

VERRE IONOMÈRE PHOTOPOLYMERISABLE  
HAUTE VISCOSITÉ

- **Consistance composite**
- Embout orange évitant la prise à la lumière du jour et au scialytique
- **TEMPS DE TRAVAIL LONG**
- **NE COULE PAS**



SDI | YOUR SMILE. OUR VISION.

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

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



## Le début de la fin ou le bout du tunnel

Vous souvenez-vous, lors de votre 6<sup>e</sup> année, votre joie incommensurable d'approcher de la fin de vos études. Tant d'années de « galère » à essayer de satisfaire les professeurs, à valider vos partiels ou encore à réussir le concours le plus dur de votre vie et qui nous a permis d'en arriver là. Déjà, à l'époque, on nous disait *ne t'inquiète pas, une fois la PACES passée, tu seras tranquille, plus besoin de travailler autant*, oui, c'est cela, Pinocchio.

Puis un ami vous demande quel est votre sujet de thèse ? *Un sujet de thèse ? Je n'ai même pas encore réservé mes vacances d'été, et lui me parle déjà de thèse.*

Retour à la réalité, il faut se reconcentrer sur notre dernière année tout aussi importante que les précédentes, si ce n'est plus. En effet, la 6<sup>e</sup> année comporte beaucoup d'éléments indispensables dans notre formation

continue : un stage clinique à l'hôpital où l'on peut approfondir ses compétences et poser ses dernières questions aux enseignants avant de pouvoir les appliquer au cabinet lors de notre stage actif. Viennent ensuite les stages d'intérêts généraux, divers et variés qui peuvent aller du dépistage bucco-dentaire dans les écoles, les crèches jusqu'aux services de gériatrie en passant par les centres de personnes handicapées. Enfin, pour finir en beauté, nous devons souscrire à un autre stage dit « de diversification » qui consiste à suivre un enseignant à l'hôpital en choisissant une discipline où l'on aimerait s'améliorer.

Concernant la thèse pour devenir docteur, le plus dur est peut-être de trouver un sujet. Les lésions carieuses ? Beaucoup trop simple. Il faut innover, nous disent les professeurs. Cherchons alors du côté des nouvelles thérapies.

Ensuite, il faut choisir son maître de thèse ainsi que les membres du jury. La guerre est déclarée. Premier arrivé, premier servi. Nous nous jetons tous dans les bras d'un enseignant avec qui on s'entend bien. Le problème : parfois un autre étudiant a un coup de cœur pour le même professeur avant nous.

Vient le jour de la thèse, très solennelle, avec le jury drapé dans des toges noires, nous-même habillés de notre plus beau costume. Il est vrai que si l'on n'est pas habitué à assister à ce type de cérémonie, les costumes peuvent rendre la scène surréaliste. Et souvent votre famille ne manque pas de vous prendre en photo pour immortaliser ce moment, avec une main en l'air, pendant le serment d'Hippocrate.

Pour conclure, avec du recul, nous avons eu des études de grande qualité, et lorsque nous serons à temps

complet au cabinet, la faculté et nos professeurs nous manqueront. Nous y penserons probablement avec nostalgie, nous remémorant avec un sourire les moments les plus éprouvants de notre parcours.

*Celui qui sait profiter du moment, c'est là l'homme avisé - Goethe*



Roman Licha et David Naccache  
6<sup>e</sup> année

## Selfies AO



## Le monde tel qu'il est

280 millions de **Terriens** parlent le français, 274 millions parlent l'arabe.

**Windows** représente moins de 14 % du chiffre d'affaires de Microsoft.

Les 2 plus gros **employeurs** de la planète : le ministère indien de la Défense avec 2,92 millions de personnes et le département américain de la Défense avec 2,91 millions.

Plus de la moitié des **8 milliards** d'humains vivent dans 7 pays : Chine, Inde, États-Unis, Indonésie, Pakistan, Nigeria et Brésil.

Aux États-Unis, **la pauvreté infantile** a reculé de 59 % depuis 1993.

Le PIB par habitant du **Brésil** a chuté de 43 % en 10 ans.

Les États-Unis représentent 32 % de la richesse mondiale et 26 % des **millionnaires**.

Le **Secret Service** américain consacre 1 million de dollars par jour à la protection du président.

82 % des **logements** en France sont des résidences principales.

14 % des Italiens et des Français, 16 % des Allemands, 27 % des Grecs ont une opinion favorable de la **Russie**.



Emmanuelle de Bovee

Coordnatrice Ile de France  
Dentalinov

**Votre dîner idéal réunirait...**  
Mes amis et Sylvain Tesson, je l'adore !

**Vos trois films incontournables...**  
Out of Africa et oui un grand classique vu 10 fois, lu 5, et voyagé sur place, serait-ce une passion ! ?  
Escalier c, un classique pour personne mais qui m'a bouleversée  
The deer hunter

**Vos livres fétiches...**  
L'insoutenable légèreté de l'être (Milan Kundera)  
Le loup des steppes (Herman Hesse)  
Sylvain Tesson, toute son œuvre depuis ses 20 ans

**Une chanson de votre vie...**  
Killing me softly with his song, Fugees

**Votre insulte favorite...**  
« Putain » c'est vilain

**Votre madeleine de Proust culinaire...**  
Tout ce que ma maman me prépare quand je rentre à la maison et qu'elle tient elle-même de ma grand-mère, plaisirs simples et bons...  
Si je l'accompagne d'un verre de Banyuls Rimage, c'est l'excellence

**Un héros...**  
Sylvain Tesson : c'est un peu répétitif ! Imaginaire : ma bonne étoile

**Salé ou sucré ?**  
Salé ! j'aime trop l'apéro

**Une passion, un hobby ?**  
Je marche seule et traverse la France, une merveille.  
La lecture car elle m'accompagne partout et toujours, ma meilleure amie

**Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**  
Sur le terrain... lequel ?

**Vos vacances de rêve...**  
Une île déserte avec un haut sommet et des fonds sous-marins à tomber.  
J'y inviterai mes amis, ma famille et des plaisirs simples

**Accroc au net ou pas ?**  
Pas vraiment mais quand même !

**Votre dernier coup de foudre...**  
Il y a 10 ans, une nouvelle vie qui recommence

**Dans une autre vie, vous seriez...**  
Un oiseau pour parcourir le monde  
ou une tortue tant de chose à faire en une seule vie

**Une adresse à recommander...**  
Chut c'est un secret !



Natan Calvo

Président de Alpha Omega  
Paris Jeunes

**Votre dîner idéal réunirait...**  
K. Mbappé, Nelson Mandela, Tom Cruise

**Vos trois films incontournables...**  
Harry Potter  
Prête moi ta main  
Avatar

**Vos livres fétiches...**  
Le Petit Prince (Antoine de Saint Exupéry)  
L'Affaire Alaska Sanders (Joël Dicker)  
Le bonheur est caché dans un coin de votre cerveau (Fabien Olicard)

**Une chanson de votre vie...**  
A Sky Full of Stars (Coldplay)

**Votre insulte favorite...**  
Enfoiré !

**Votre madeleine de Proust culinaire...**  
Une mangue

**Un héros...**  
Roger Federer

**Salé ou sucré ?**  
Salé

**Une passion, un hobby ?**  
Football

**Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**  
Les 2 !!!

**Vos vacances de rêve...**  
Maldives

**Accroc au net ou pas ?**  
À part les réseaux sociaux non

**Votre dernier coup de foudre...**  
Pâtisserie de Cédric Grolet (merci TikTok)

**Dans une autre vie, vous seriez...**  
Endo exclusif

**Une adresse à recommander...**  
Restaurant Zo



Marion Sebastianelli

Responsable communication  
Henry Schein

**Votre dîner idéal réunirait...**  
Pio Marmaï, Alain Chabat et Quentin Dupieux, éclectique !

**Vos trois films incontournables...**  
Peau d'âne (J. Demy)  
Le Fabuleux Destin d'Amélie Poulain (Jeunet)  
Edward aux mains d'argent (Burton)

**Vos livres fétiches...**  
Je revenais des autres (Melissa Da Costa)  
Le bonheur n'a pas de rides (Anne-Gaëlle Huon)  
La vie rêvée des chaussettes orphelines (Marie Vareille)

**Une chanson de votre vie...**  
La vie en rose, mais la version de Louis Armstrong

**Votre insulte favorite...**  
Sac à m\*\*de (au volant souvent !)

**Votre madeleine de Proust culinaire...**  
La langue de bœuf de maman

**Un héros...** Le seul, le vrai : Korben Dallas

**Salé ou sucré ?**  
Les deux ! Mais je reste une chocolat addict incontestée

**Une passion, un hobby ?**  
Le piano, depuis plus de 20 ans déjà.  
Plutôt contemporain que classique

**Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**  
En salle ! Fitness et cardio en cours collectifs

**Vos vacances de rêve...**  
Découvrir le Costa Rica !

**Accroc au net ou pas ?**  
Oui assurément, aux réseaux sociaux surtout,  
Instagram en tête !

**Votre dernier coup de foudre...**  
Le concert d'Angèle à La Défense Arena

**Dans une autre vie, vous seriez...**  
Actrice de cinéma ou détective privé !

**Une adresse à recommander...**  
Au Vélocipède, chambres d'hôtes en Baie de Somme

# We've got it all.

Tuttnauer peut répondre à tous les besoins de votre salle de Sté!

**HEKATE**  
SOLUTIONS

**Tuttnauer**  
Innovation · Legacy · Partnership

Tuttnauer fournit des solutions ergonomiques, économiques et automatisées de désinfection et de stérilisation, destinées à s'intégrer dans n'importe quel établissement médical, du plus petit au plus grand!

## TIVA8

Conçu pour simplifier votre travail en toute sécurité tout en améliorant la productivité et l'efficacité

- ◆ 3 éléments chauffant
- ◆ USB / Imprimante pour la documentation des données
- ◆ Condensateur de vapeur intégré
- ◆ Porte manuelle à double vitrage
- ◆ Cuve de lavage de haute qualité AISI 316L
- ◆ Ecran tactile avec affichage couleur graphique
- ◆ Un total de 40 programmes : procédures pré-réglés et programmables
- ◆ Préfiltre de séchage à l'air + filtre Hepa H14
- ◆ 2 pompes de dosage avec débitmètre

## TIVA8 Dental 165 litres

Laveur désinfecteur haute qualité pour le lavage, le rinçage, la désinfection, et le séchage de vos instruments dentaires avant la stérilisation  
Plus de 4 niveaux de lavage pour une capacité totale de 8 paniers DIN,

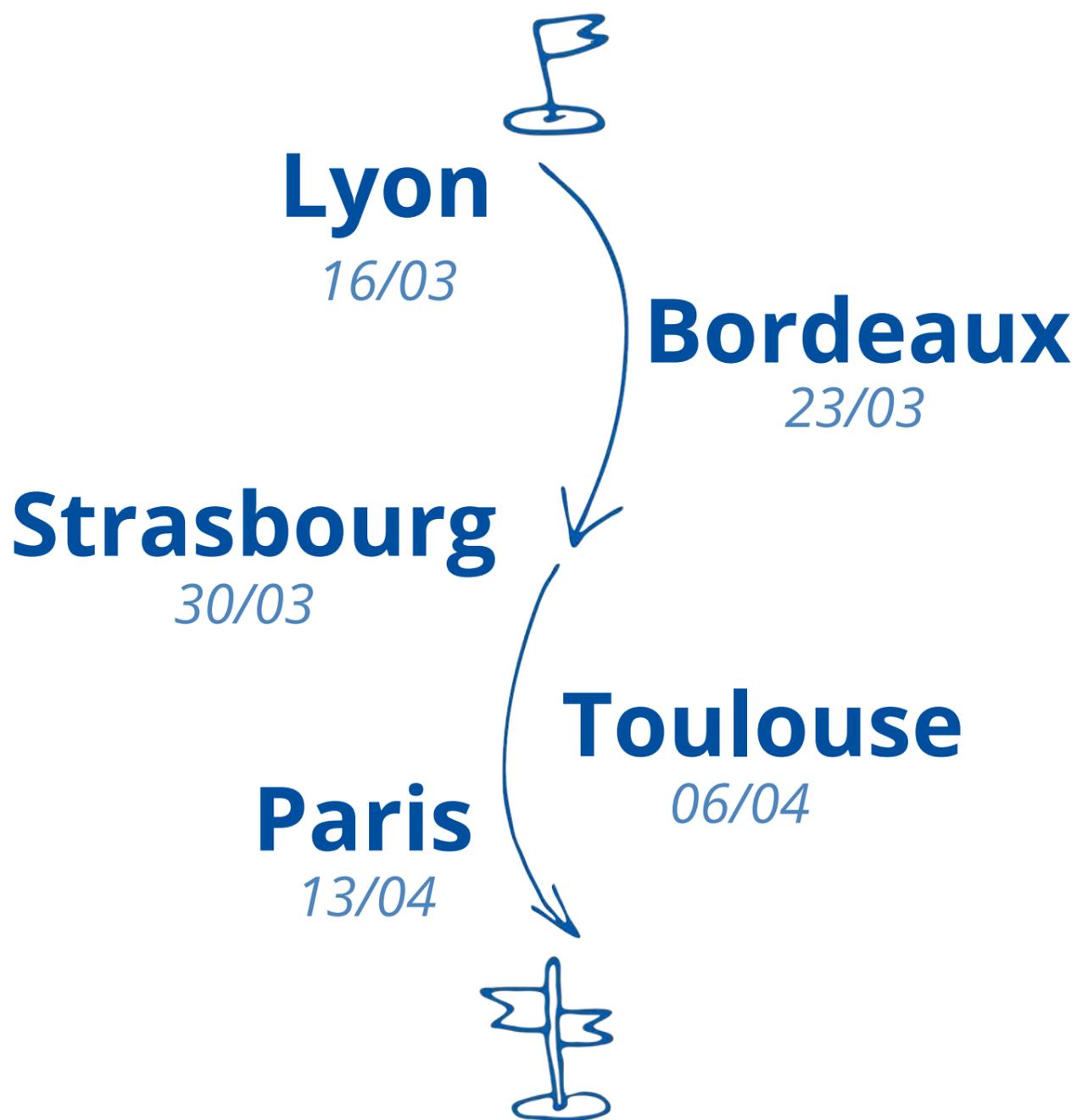
**Amélioration de la productivité et de l'efficacité**

numéro de contact: +33 07 88 03 93 88



# hello julie Tour 2023

Une journée de formation près de chez vous pour  
mieux maîtriser votre logiciel Julie  
**5 dates uniques !**



Cette journée de formation s'inscrit dans un **parcours pédagogique complet** :

- Un rendez-vous d'échange téléphonique ( 30 min.) + un parcours e-learning (pendant 3 mois)
- Une journée de formation en présentiel
- Un suivi personnalisé post formation

**julie**  
SOLUTIONS

julie@julie.fr  
01.60.93.73.70  
www.julie.fr



**Programme & inscription >**



COM-APHelloJulieTour-2301-B