aonews-lemag.fr

AO news

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

30 ans

Découvrez nos produits en page 2 !

THE

FACTOR*

Un système Xtra fort
pour vos procédures de restauration directe !

SHOFU

DEXTER
VECTEUR DE PROGRÈS

La reprise du chapitre de Nice 21

L'interview d'Anne Benhamou 29

Ortho news... avec J.-Jacques Aknin 30

#064
FÉVRIER 2024

Un système X-tra fort pour aller encore plus loin au cabinet !

Dans les procédures de restaurations d'aujourd'hui, les dentistes ont besoin de matériaux

- parfaitement adaptés les uns aux autres,
- faciles à utiliser, efficaces et
- offrant des résultats pérennes et esthétiques.

Lorsqu'ils sont tous réunis, ces facteurs garantissent une expérience produit optimale. Chez SHOFU, cela s'appelle le **« X-FACTOR »**.

Une équipe imbattable : BeautiBond Xtreme et BEAUTIFIL

Le BeautiBond Xtreme est un adhésif universel tout-en-un de dernière génération, pour l'adhésion fiable des restaurations directes et indirectes. Il se combine de manière idéale avec les composites de restauration innovants à libération de fluor de la famille BEAUTIFIL. Que ce soit pour une réparation, un masquage ou une reconstitution, qu'il s'agisse d'un produit fluide, modelable ou injectable : BEAUTIFIL est une combinaison complète de produits de restauration offrant aux praticiens un vaste choix parmi plusieurs types de composites.

Le troisième de la famille : Polissoirs avec « X-FACTOR »

Un excellent polissage est un facteur clé pour un esthétisme élevé et une pérennité des restaurations. C'est lors du polissage intra-oral des restaurations BEAUTIFIL que les disques de finition et de polissage Super-Snap X-Treme ou les polisseurs silicones One-Gloss/M prennent tout leur sens. Ils permettent d'obtenir un polissage exceptionnel et rapide. Cela se traduit par un taux d'usure plus faible et une dentisterie mini-invasive garantissant la satisfaction du patient.
Offrez-vous une équipe imbattable avec le concept « X-FACTOR » !

BeautiBond Xtreme

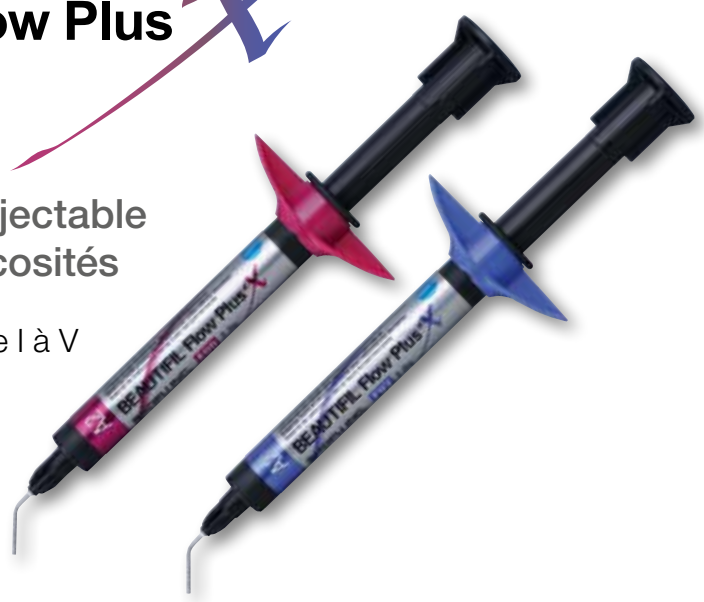
Un vrai adhésif universel !

- Un flacon unique pour toutes vos restaurations directes et indirectes
- Conçu pour toutes les techniques de mordançage
- Un protocole rapide et simple
- Une manipulation aisée

BEAUTIFIL Flow Plus X

Composite fluide injectable disponible en 2 viscosités

- Restaurations de classe I à V
- Excellente thixotropie
- Manipulation simplifiée
- Polissage parfait et lustre durable



Super-Snap X-TREME

Disques pour finition et polissage

- Épaisseur X-tra pour plus de rigidité, plus de sensation tactile et de longévité des disques
- Revêtement 3D garant d'un polissage plus lisse
- Lustrage X-treme avec une abrasivité X-tra fine
- Enduits d'alumine sur les deux faces

OneGloss M MOUNTED

Finition et polissage de composite en une étape

- Polissoirs silicones avec alumine
- Équilibre optimal entre vitesse de rotation et pression de contact
- Pas de changement d'instrument
- Polissoirs OneGloss M stérilisables et OneGloss/PS à usage unique

Pour toutes informations sur les produits, adressez-vous à la société DEXTER :
Service clients : 01 34 34 38 10
Email : service.clients@dexter.fr

SHOFU
www.shofu.de/fr

Distribué par :
DEXTER
VECTEUR DE PROGRÈS
www.dexter.fr

* Le facteur X / Tous ces produits sont des dispositifs médicaux de Classe IIa CE 0123 TÜV non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement la notice et l'étiquette avant toute utilisation.

AO news 30 ans

aonews-lemag.fr

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

[8]
ADF 2023 morceaux choisis

Comptes rendus de

Maxime Benguigui

Julien Biton

Yohann Brukarz

Coraline Dericbourg

Jordan Dray

Marie Jannot

Thibaud Le Monnier

Léonard Sebbag

Yoram Zaouch

[7]
L'édito
par Paul Azoulay

[21]
Belle soirée pour la reprise d'AO Nice

[29]
L'interview... Anne Benhamou
10e anniversaire du Congrès du SNIF

[30]
Le tips endo
Maxime Lacroix

#064
FÉVRIER 2024

AO news 30 ans
aonews-lemag.fr
LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

RETROUVEZ TOUS LES NUMÉROS sur aonews-lemag.fr

RÉDACTEUR EN CHEF - FONDATEUR
André Sebbag : docsebbag@gmail.com

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
Jacques Bessade : dr.j@bessade.fr

RÉDACTEURS EN CHEFS ADJOINTS
Michèle Albou
Sydney Boublil
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, Marie Jannot, 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 Fiszon
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Patrick Bitoun
AO international : www.alpha-omega.org

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

SOCIÉTÉ ÉDITRICE ET RÉGIE EXCLUSIVE DE LA PUBLICITÉ : 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

Photo de couverture © Faust Favart

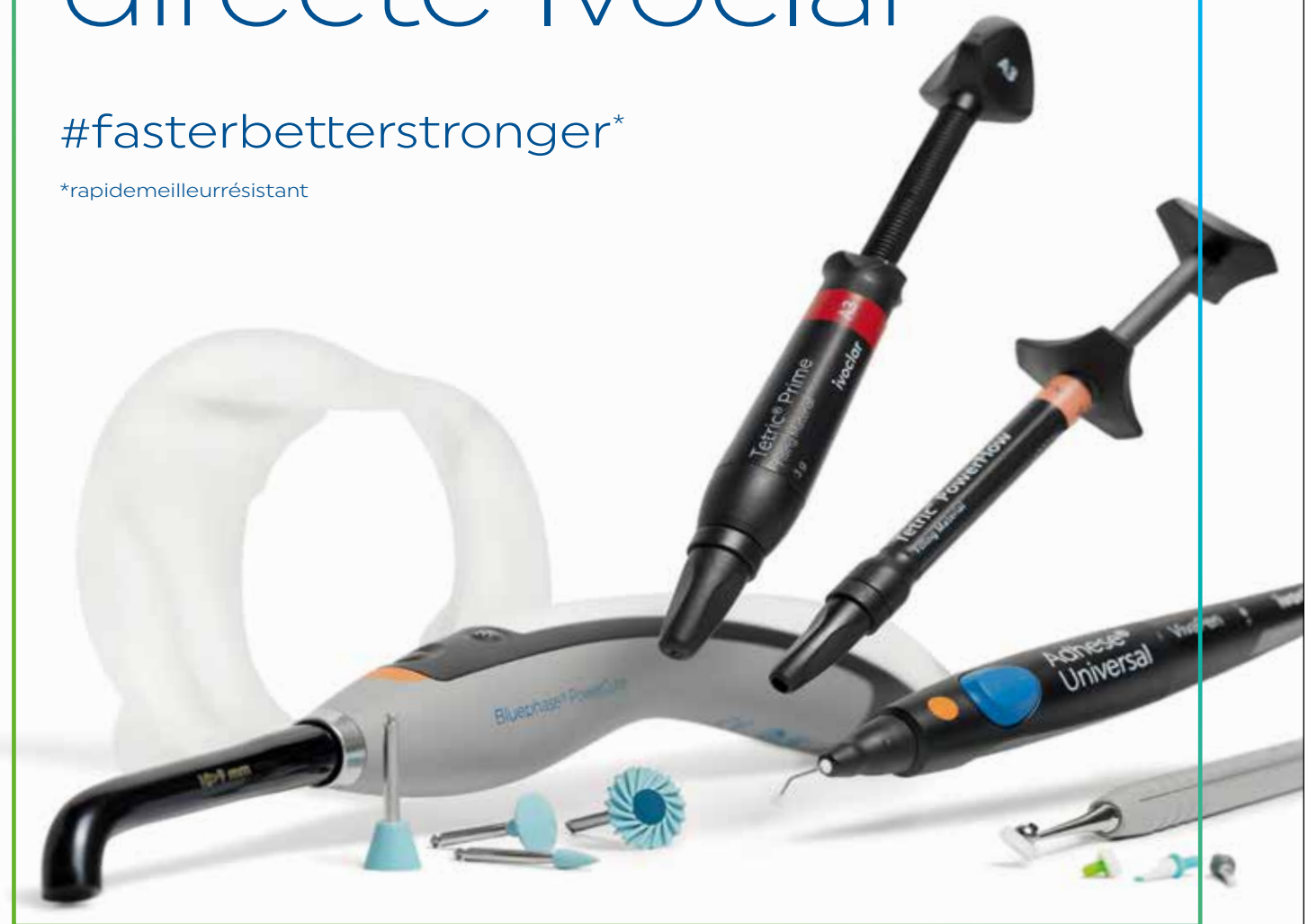
- JEAN-JACQUES AKNIN
- ESTELLE AMOUYAL
- CORINNE ATTIA
- PAUL AZOULAY
- DAVID AZARIA
- JACQUES BESSADE
- JULIEN BITON
- YOHANN BRUKARZ
- CÉCILE CARRIER
- CORALINE DERICBOURG
- JORDAY DRAY
- FRANCK HAGÈGE
- JOËL ITIC
- MARIE JANNOT
- MAXIME LACROIX
- THIBAUD LE MONNIER
- ROMAN LICHA
- DAVID NACCACHE
- RÉGIS PROVIGNON
- GEOFFROY RÉGOUBY
- LAURA RÉGOUBY
- LÉONARD SEBBAG
- FRANCK SEBBAN
- YORAM ZAOUCH

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

Découvrez le flux de restauration directe Ivoclar

#fasterbetterstronger*

*rapidemeilleurrésistant



DEMANDEZ VOTRE KIT*

Une méthode de travail plus rapide et plus efficace : essayez la gamme de produits de restauration directe Ivoclar et profitez d'une démonstration personnelle.
Une occasion de booster votre pratique.

* Un kit par chirurgien-dentiste. Offre réservée à la France métropolitaine. Le kit d'essai gratuit contient les échantillons suivants : 2 OptraGate Junior, 1 OptraGate Small, 1 OptraGate Regular - 1 seringue Tetric Prime 1 g, teinte A2 - 1 spirale OptraGloss

Bluephase, Adhese Universal, OptraGloss & les composites de la gamme Tetric sont des dispositifs médicaux de Classe IIA / CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. OptraGate 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 ces dispositifs médicaux ou sur leur étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie. A0723

ivoclar.com
Making People Smile*
* Vous donner le sourire

ivoclar

SOMMAIRE

C'EST NOUVEAU !

6 Protégez vos racines ! Campagne de GC

6 Save the date ! 1er Sommet de la Zircone organisé le 6 juin par Ivoclar

6 La nouvelle gamme de limes endodontiques Utopia d'Henry Schein

6 GUM® lance une campagne massive de sensibilisation du grand public

6 VITA célèbre 100 ans d'innovations pionnières

ÉDITO

7 Paul Azoulay

CONFÉRENCES ADF 2023 : morceaux choisis

8 Gestion des lésions d'usure associées à une récession gingivale

10 Facettes : désaccords sur 3 points clés, la battle !

10 Nouvelles recommandations pour le traitement de la parodontite et de la péri-implantite : que doit savoir l'omnipraticien ?

13 Implantation immédiate *vs* différée

14 Les préparations contemporaines pour restaurations postérieures collées

15 Comment donner une image professionnelle du cabinet ?

16 Pourquoi et comment évoluer en chirurgie minimalement invasive

17 Orthèses occlusales : et après ?

19 Les dernières évolutions de la chirurgie parodontale et implantaire

AO NOW

21 Reprise du chapitre de Nice avec Jean-Marc Dersot, 13 novembre

22 Soirée endo à Paris avec Brice Riera et Valentin Marchi, 8 décembre

26 Sébastien Melloul à Lyon, 16 décembre

27 Le programme 2024 des chapitres

LE MAG

29 **L'interview...** | Anne Benhamou le 10e anniversaire du Congrès du SNIF !

30 **Ortho news** | Quand l'orthodontie a besoin de la chirurgie, *Jean-Jacques Aknin*

33 **Gros plan sur...** | L'ICDP, un an après

34 **Tips endo** | L'obturation « post endo », c'est possible ! *Maxime Lacroix*

37 **La parole aux assistantes** | *Cécile Carrier*

37 **Le saviez-vous ?** | Les réseaux sociaux, *Laura et Geoffroy Régouby*

39 **Le pivot et la dent dure** | L'épaisseur d'un cheveu, *Joël Itic*

39 **Save the date** | Les journées dentaires de Val d'Isère

40 **Le billet étudiant** | Être le dentiste n° 1 !

40 **Le monde tel qu'il est**

40 **Selfies AO** avec Régis Provignon, Maxime Lacroix, Franck Sebban

C'est nouveau !

Protégez vos racines !

GC sensibilise à la prévention et au traitement des caries radiculaires d'une société vieillissante

GC

Les caries radiculaires ne sont pas une affection nouvelle, mais leur prévalence a augmenté en raison de l'allongement de l'espérance de vie et du fait que les patients conservent leurs dents jusqu'à un âge avancé. Elles posent de nombreux problèmes, car elles touchent principalement les personnes âgées, plus susceptibles d'avoir des antécédents médicaux complexes ou une dextérité manuelle réduite. La déminéralisation se produisant deux fois plus vite sur les surfaces des racines que sur l'émail, on peut s'attendre à des difficultés. En tant qu'entreprise japonaise, GC est très engagée dans la santé bucco-dentaire d'une société vieillissante. Avec la population la plus âgée du monde, le Japon est à l'avant-garde du développement de stratégies pour prendre soin de ses personnes âgées.

Nous sommes déterminés à faire une différence positive dans le domaine de la dentisterie, déclare Laetitia Lavoix, directrice générale du marketing chez GC Europe. *Avec cette campagne, nous voulons souligner l'importance de planifier l'avenir du patient. Les traitements que nous proposons aujourd'hui ne doivent pas seulement être utiles aux patients à court terme, mais aussi lorsqu'ils vieillissent, avec tous les défis que cela implique. C'est pourquoi nous devons mettre l'accent sur la prévention et sur un traitement durable. Comme lors des campagnes précédentes, nous fournirons une série de matériels éducatifs composés en collaboration avec des praticiens renommés.*

Pour en savoir plus sur la campagne GC contre les caries radiculaires et sur notre gamme complète de produits dentaires et d'outils d'information :

gc.dental/europe/fr-FR/gccampaign/rootcaries

Henry Schein France élargit le portefeuille EdgeEndo®

en proposant la nouvelle gamme de limes endodontiques Utopia

HENRY SCHEIN

Henry Schein France lance Edge Utopia, la nouvelle gamme de limes endodontiques de NiTi d'EdgeEndo®, l'un des plus grands fournisseurs de limes rotatives en NiTi au monde. Les produits Edge Utopia sont conçus pour apporter une valeur ajoutée aux endodontistes et aux dentistes généralistes, ils répondent à des normes de haute qualité et ne nécessitent pas d'investissement dans de nouveaux équipements ni de changement des traitements et techniques cliniques.

La nouvelle gamme Edge Utopia est composée de trois produits.

Edge-One R UtopiaTM : ce système de façonnage de limes simples pré-stérilisées est le système de mouvement alternatif inversé de limes simples le plus avancé d'EdgeEndo, offrant une grande efficacité de coupe.

EdgeTaper Blaze UtopiaTM : ce système de limes est doté d'une lame encore plus robuste et plus résistante que le système EdgeEndo EdgeTaper PlatinumTM. Il peut être utilisé avec la même technique et est livré pré-stérilisé.

EdgeX7 UtopiaTM : le EdgeX7 Utopia est un EdgeFile X7 amélioré par la technologie et doté d'une lame dorée d'une esthétique remarquable. Le EdgeX7 Utopia amène le X7 original à un niveau supérieur de performance, de capacité de coupe et de flexibilité.

Ces nouveaux systèmes de limes Edge Utopia sont tous dotés de la technologie EdgeEndo FireWire Blaze heat treatment. Ce procédé exclusif d'EdgeEndo combine un traitement thermique et une application cryogénique, ce qui permet d'obtenir une haute flexibilité et une résistance à la fatigue cyclique.

henryschein.fr

VITA Zahnfabrik célèbre 100 ans d'innovations pionnières

pour une prothèse parfaite

VITA

Des solutions toujours plus performantes pour une prothèse parfaite depuis 1924. Un siècle de VITA Zahnfabrik tourné vers l'avenir et proche des utilisateurs.

PERFECT MATCH experience VITA 100

La société VITA Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co. KG fête son centenaire. L'exigence pionnière de l'entreprise familiale dirigée par la quatrième génération et basée dans le sud de l'Allemagne est et reste à la recherche de solutions toujours meilleures pour une prothèse parfaite d'un point de vue fonctionnel et esthétique : le Vita Perfect Match (correspondance parfaite).

L'experience PERFECT MATCH : vivre une vision

Le centenaire sera est célébré par une multitude d'activités, d'événements et de formats de formation spéciaux, dont 100 cours mis en lumière dans le monde entier et des webinaires de 100 minutes. **L'expérience VITA PERFECT MATCH** accompagne les utilisateurs, les clients et les collaborateurs tout au long de l'année du jubilé et permet de découvrir des prothèses innovantes et de se rapprocher de l'utilisateur.

vita-zahnfabrik.com

Prenez part à la ZircoMania !

Ivoclar organise le 1er Sommet de la Zircone, jeudi 6 juin au Palais du Pharo (Marseille)

IVOCLAR

Chirurgiens-dentistes et prothésistes, se réuniront pour apprendre et échanger sur les dernières avancées et les solutions cliniques

7 experts **dont le Professeur Matthias KERN pour la 1re fois en France !**

Bruno Jacquot | Les zircones... toujours réinventées ! Hier, aujourd'hui... et demain

Jean-Pierre Attal & Philippe François | Le bridge cantilever postérieur. Quel avenir pour cette indication innovante ?

Matthias Kern | Peut-on coller la zircone ? Méthodes et résultats cliniques

Mathieu Contrepois & Mickael Griet | No-limit Zirconia ! Une polyvalence au-delà des attentes

Guillaume Marsil | La zircone "de la pédo à l'implanto". Minimalement invasive et biocompatible

La demi-journée de conférences se clôturera par un cocktail dînatoire sur le rooftop du Sofitel Vieux Port.

eugenol.com/evenements/zirconia-summit-8245

GUM® lance une campagne massive de sensibilisation du grand public au nettoyage interdentaire

SUNSTAR

Selon une étude Sunstar de 2021, seuls 16 % des Français utilisent un accessoire interdentaire. Une majorité de la population n'effectue donc pas un nettoyage bucco-dentaire complet, source potentielle de problèmes de gencives ou de caries. La nouvelle campagne GUM se veut être une campagne visant à favoriser l'adoption d'une hygiène bucco-dentaire complète et une meilleure prévention. Elle s'appuie sur des analogies du quotidien (nettoyer entre ses doigts, entre les doigts de pieds de bébé, entre les coussins du canapé...) afin de mieux sensibiliser les Français à prendre conscience de l'existence de ces espaces interdentaires, souvent oubliés, et à favoriser leur nettoyage quotidien.

La campagne s'étendra toute au long de l'année depuis le lancement le 29 janvier dernier.

Spot vidéo : https://youtu.be/MCuLyomiKH4

ÉDITO

Un long chemin vers la lumière…

Quand on veut résumer l'histoire des dentistes à l'essentiel, il y a quelques étapes clefs : à l'origine ce sont les barbiers qui ont ouvert la voie à la profession des médecins, des chirurgiens et des dentistes. Après une longue période que l'on peut assimiler à du charlatanisme, Pierre Fauchard organise ce qu'on peut appeler la dentisterie moderne.

Il faudra attendre la deuxième moitié du 19e siècle pour voir se structurer les premières écoles dentaires privées à Paris, puis à Lyon… et attendre le début du siècle suivant pour voir les premiers diplômes de dentistes. En 1968, on voit les premières facultés dentaires publiques et gratuites prendre leur indépendance par rapport aux facultés de Médecine, et par la suite l'instauration d'un diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire.

À partir de là commence l'histoire d'une dentisterie autonome, libre et moderne qui se développe en un continuum médical avec des secteurs qui se différencient de plus en plus vers des spécialités.

Toute cette histoire, aussi résumée soit-elle, n'a pu se dérouler sans l'aide de personnes auprès des dentistes qui les ont « assistés » dans leurs tâches quotidiennes. Malgré une activité syndicale dans les années 1960, ces travailleurs sont restés pratiquement invisibles jusqu'à ce que les chirurgiens-dentistes organisent leur qualification au début des années 1980. Il faudra attendre 2016 pour qu'enfin la lumière se fasse sur cette profession et que le pouvoir politique reconnaisse cette « déesse indienne » qui assume une interminable liste de tâches déléguées, en grande partie médicales, et considère enfin ce métier comme une activité professionnelle de Santé.

Les intéressés eux-mêmes n'ont sans doute pas pris l'entière mesure de leur importance dans les cabinets dentaires, malgré cette reconnaissance et cette promotion sociale.

Très peu de temps après, en 2018, l'idée de déléguer certains actes en bouche a fait son chemin. En France, c'est le projet de création de l'AD2. Il est admis actuellement que les premiers diplômés de cette nouvelle activité d'assistant ne pourront pas être opérationnels avant 2028 et même sûrement plus tard, hélas.

Les meilleures choses qui arrivent dans le monde de l'entreprise ne sont pas le résultat du travail d'un seul homme. C'est le travail de toute une équipe.
(Steve Jobs)

De toutes ces avancées pour les assistants, la Journée Nationale des Assistants Dentaires (JNAD) s'en est fait l'écho durant toutes ses éditions précédentes et continuera à le faire dans les prochaines. Cette journée est gratuite pour tous les participants inscrits sur le site jnad-paris.fr quelle que soit leur profession dans le monde dentaire. Cette année pour la 9e session le thème de l'année sera *La prise en soins des personnes à besoins spécifiques* et aura lieu le 4 avril prochain aux Salons de l'Aveyron (Paris Bercy). Cette journée et bien d'autres évènements consacrés aux assistants dentaires permettent de tracer petit à petit le long chemin vers la lumière que cette profession mérite amplement…

En accord avec la rédaction, une partie de votre journal sera consacrée à la vie du cabinet dentaire. En dehors de ma rubrique sur le matériel et les matériaux, nous avons décidé d'ouvrir une page aux assistantes et une page au laboratoire de prothèse. Cécile Carrier donnera un maximum d'informations sous forme de brèves pour les assistants et du côté laboratoire, Geoffroy et Laura Régouby nous feront découvrir tout ce monde que nous connaissons mal. Toutes ces nouvelles approches enrichiront notre volonté d'aller vers un monde dentaire mieux construit autour de toutes les composantes qui font la force de l'ensemble de notre profession. Cette dernière se dirige de plus en plus vers un avenir numérique où il faudra cependant préserver le capital humain et l'esprit d'équipe. Que de magnifiques perspectives…

Paul Azoulay

Comme le veut la tradition désormais, nous commençons l'année avec le compte rendu de séances choisies par notre équipe Jr. Merci à Caroline Dericbourg, Marie Jannot, Maxime Benguigui, Julien Biton, Yohann Brukarz, Jordan Dray, Thibaud Le Monnier, Léonard Sebbag et Yoram Zaouch pour leur professionnalisme !

Bonne lecture

Pour joindre nos partenaires

Best of Implantology ..... page 15

Bien Air préférentiel ..... dossier scientifique
Tél. 01 41 83 60 70 | www.bienair.com

Bisico ..... page 11
Tél. 0800 247 420 | www.bisico.fr

Dentsply Sirona ..... page 28
www.corporate.dentsplysirona.com

Shofu /Dexter ..... sur couv. / 2e de couv
Tél. 01 34 34 38 10 | www.dexter.fr

Eurotec ..... page 38
Tél. 01 48 13 37 38 | www.eurotec-dental.fr

GC France ..... 4e de couverture
Tél. 01 49 80 37 91 | www.gc.dental/europe/fr

Global D ..... page 20
Tél. 04 78 56 97 00 | www.globald.com

Henry Schein France ..... pages 27, 35
Tél. 02 47 68 90 00 | www.henryschein.fr

Ivoclar ..... sommaire
Tél. 04 50 88 64 00 | www.ivoclarvivadent.fr

Kuraray ..... page 33
Tél. 01 56 45 12 51 | www.dental-fr@kuraray.eu

Melag France ..... 3e de couverture
Tél. 01 30 76 03 00 | info@melagfrance.fr

Pierre Fabre Oral Care ..... page 17
Tél. 05 63 51 68 00

Société des Cendres ..... page 23
Tél. 01 49 61 41 41 | www.sdc.fr

SDI ..... page 36
Appel gratuit 00800 022 55 734

Septodont ..... page 41
Tél. 01 49 76 70 02 | www.septodont.fr

SNIF ..... page 29
www.elleimplanto.com

Sunstar ..... pages 25, 30, 40
Tél. 01 41 06 64 64 | www.professional.sunstargum.com

ZimVie ..... page 13
Tél. 01 41 05 43 43 | zv.commandes@zimvie.com

Gestion des lésions d'usure associées à une récession gingivale

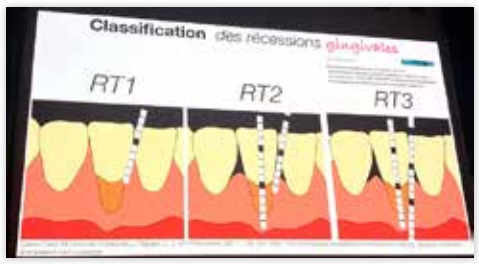
Conférenciers : Perrine Balland, Lucile Dahan

Responsable scientifique de séance : Bernard Schweitz

Lors de cette séance, nous avons donc suivi les conférences de Perrine Balland, parodontiste exclusive à Metz et Luxembourg, et de Lucile Dahan, omnipraticienne à Paris.

Perrine Balland a commencé en nous expliquant l'étiologie des récessions gingivales. En effet, pour parler de récession gingivale, c'est qu'il y a **forcément** une **déhiscence osseuse sous-jacente. Nous pouvons avoir une déhiscence osseuse sans récessions mais pas de récession sans déhiscence.** Une déhiscence peut être causée par une malposition dentaire, des mouvements orthodontiques, une parodontopathie, un traumatisme occlusal, etc. dès lors une rétraction de la gencive marginale peut subvenir, induite par l'âge (le pourcentage des récessions gingivales augments avec l'âge du patient), la présence de freins et brides en traction, la finesse du phénotype gingival, oui encore par habitudes iatrogène/traumatique comme le brossage trop agressif.

On classe les récessions selon la classification de Cairo. Il est à noter qu'on peut obtenir 100 % de recouvrement pour les récessions de type RT1 alors que ce n'est pas le cas pour les récessions RT2 et RT3.



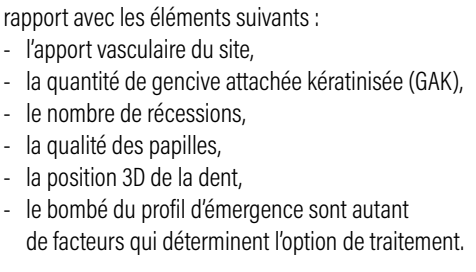
P. Balland insiste sur le fait **que l'analyse clinique de la récession** comme sur les diapositives ci-dessous est primordiale avant la mise en place d'une chirurgie de recouvrement de récession gingivale. Deux questions à se poser : quel est le type de récession (RT1 / RT2/RT3) ? Y a-t-il ou pas une lésion cervicale non carieuse associée ?

De ses deux réponses va dépendre le potentiel de recouvrement.

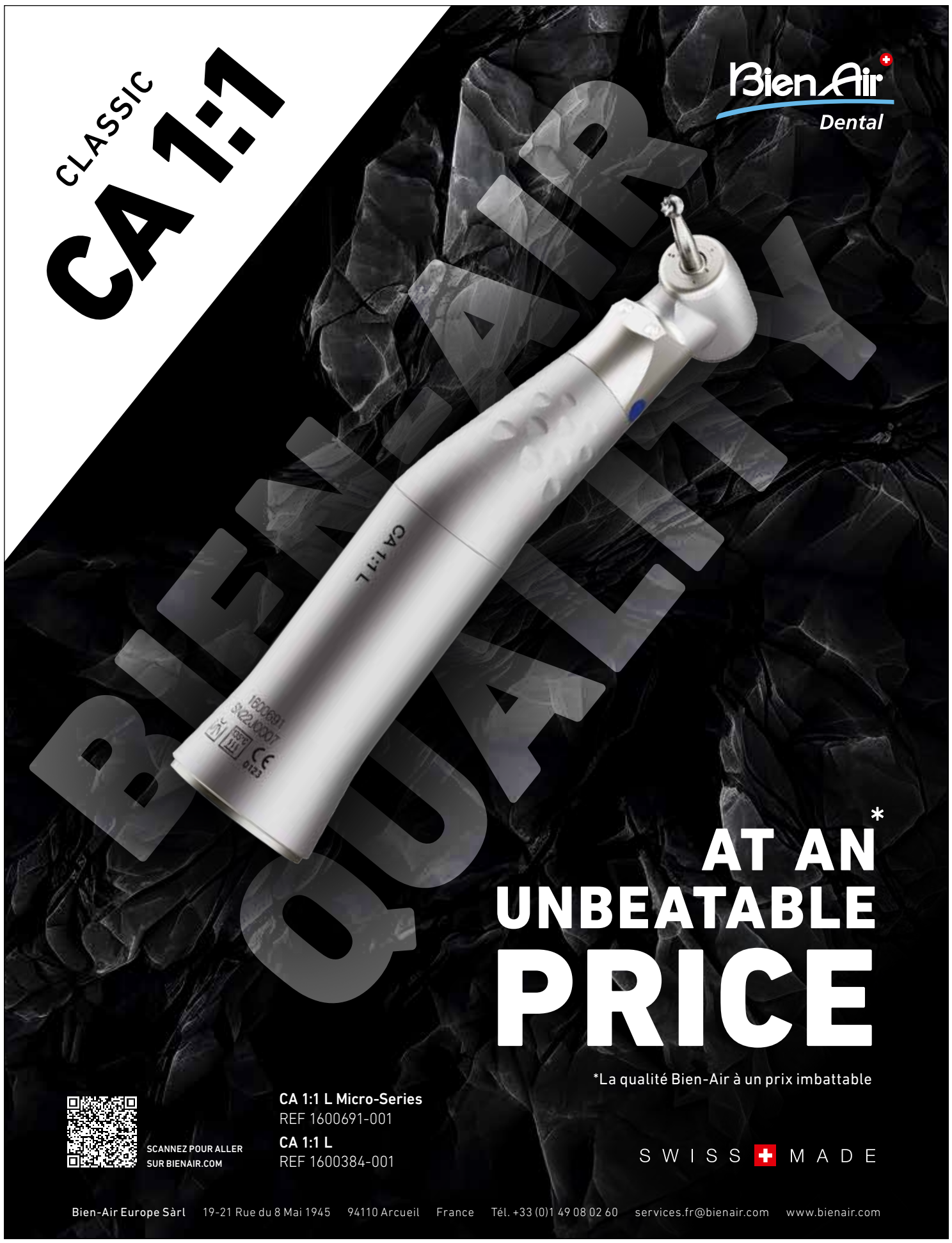
Ensuite, le choix de la technique de greffe se fait en rapport avec les éléments suivants :

- l'apport vasculaire du site,
- la quantité de gencive attachée kératinisée (GAK),
- le nombre de récessions,
- la qualité des papilles,
- la position 3D de la dent,
- le bombé du profil d'émergence sont autant de facteurs qui déterminent l'option de traitement.

Afin de réaliser des greffes gingivales, avec le meilleur rendu esthétique possible, le choix du site donneur est primordial. Le palais est un vaste site de prélèvement dont les propriétés histologiques sont très différentes en fonction de la localisation du prélèvement.
Il est important de prévisualiser en préopératoire **la ligne maximale de recouvrement** (MRC) qui correspond à la **jonction émail cément estimée**. Cette JEC estimée est la tangente reliant les deux derniers points mésiaux et distaux où la jonction émail-cément réelle est visible. La jonction émail cément estimée peut être identique à la JEC originelle en cas de RT1, mais différente de celle-ci dans les cas de RT2 /RT3, ou lorsqu'il y a malposition dentaire.



Voici désormais la classification relative aux LCNC : lésions cervicales non carieuses. Celles-ci préconisent de réaliser un collage au composite sur les lésions cervicales d'usure non carieuses (LCNC) jusqu'à la JEC estimée avant de greffer de la gencive, pour coller dans de bonnes



M. Benguigui

J. Biton

Y. Brukarz

C. Dericbourg

J. Dray

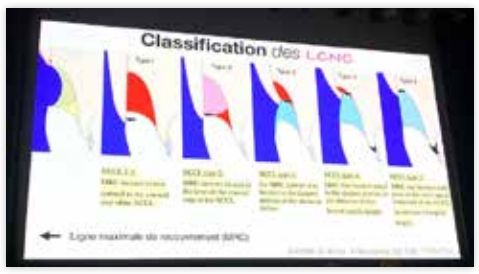
M. Jannot

T. Le Monnier

L. Sebbag

Y. Zaouch

conditions d'isolation. L. Dahan rentrera dans les détails de ce protocole de collage en seconde partie.



Perrine Balland a insisté sur la nécessité de « guider » la cicatrisation gingivale selon le projet esthétique / prothétique finale que ce soit par des collages ou des restaurations provisoires qui simulent le rendu final souhaité. Il est possible de combiner collage composite, coronoplastie (afin de limiter le traumatisme occlusal en cas d'égression), et greffes parodontales pour obtenir un résultat fonctionnel et esthétique optimal.

Les objectifs de traitement combiné sont :
- recouvrement complet (selon la ligne maximale de recouvrement),
- minimum 2 mm de tissus kératinisés,
- tissus sains en présence,
- résultat pérenne et esthétique au niveau du collage.

Pour y parvenir, les moyens employés sont les suivants :
- maîtrise des différentes techniques de greffes et connaissance de l'anatomie des greffons,
- collage rigoureux,
- fermeture primaire optimale,
- forte stabilité du greffon,
- épaisseur suffisante pour obtenir une stabilité à long terme mais pas excessive pour avoir un rendu esthétique optimal,
- traumatisme occlusal minimal.

La conférencière a ensuite axé sa conférence sur la présentation de nombreux cas cliniques détaillés.
Exemple de traitement combiné : collages cervicaux sur 13 et 23 jusqu'à la JEC estimée en présence de LCNC, associée à une greffe de conjonctif enfoui par tunnellisation (greffons utilisés sur les sites 11/21, 13/14, 23/24)

Autre exemple de traitement combiné : collages cervicaux associés à une technique bilaminaire, résultat postopératoire 3 ans.

En résumé, le *take home message* est que **l'approche combinée chirurgicale et restauratrice** est décrite comme fiable et pérenne dans la littérature, plus que l'approche chirurgicale seule en cas de lésion cervicale non carieuse, et que la dentisterie restauratrice peut donner beaucoup d'options à nos patients. Cette conclusion a permis de réaliser la transition avec l'intervention de Lucille Dahan sur le traitement restauratif de ces lésions cervicales non carieuses.

D'isolation compliquée, cette zone où la dentine est hyperminéralisée en surface représente un **défi technique** en termes de protocole de collage et un défi esthétique extrêmement fréquent dans notre pratique quotidienne.

Selon une étude de 2004, l'adhérence à la dentine sclérotique est diminuée de 20 à 45 % par rapport à l'adhérence sur une dentine saine (*Tay FR, Pashley DH. Resin bonding to cervical sclerotic dentin : a review. J Dent. mars 2004 ; 32 (3) : 17396*). Or depuis, il y a eu **beaucoup de progrès dans le domaine des biomatériaux adhésifs.**

Concernant l'isolation, certes la digue évite la contamination salivaire et sanguine ainsi que favorise l'ergonomie mais peut provoquer un saignement gingival contaminant le collage et la pose du clamp est traumatique sur une gencive déjà affaiblie. La pose de digue pour les lésions cervicales est donc réservée aux biotypes gingivaux épais avec une esthétique peu concernée, ce qui est extrêmement rare.

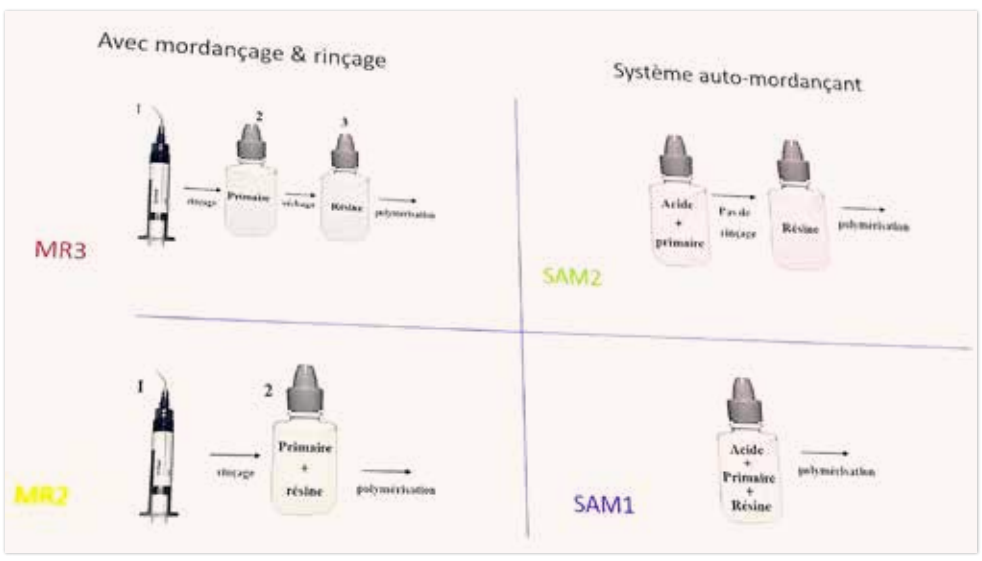
L. Dahan a listé le matériel nécessaire pour traitement des LCNC par collage composite :
- écarteur de bouche type OptraGate (Ivoclar) ;
- téflon roulé en fil et compacté dans le sulcus ;
- digue liquide en lingual qui revient en occlusal pour éviter que de la salive ne fuse dans les embrasures ;
- spatule de bouche (type Prodont Hollinger) ;
- sonde fissura (LM Arte) ;
- pinceau Optiglaze embout plat (GC).

Voici une vue clinique du set-up idéal qui est recommandé :

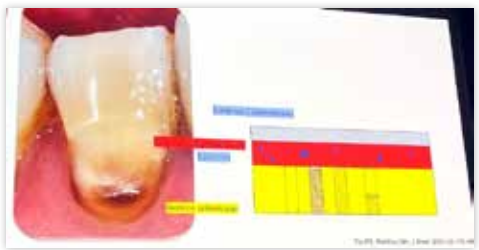
Elle déconseille l'utilisation de cordonnets imprégnés d'agents hémostatiques qui contaminent la dentine et diminuent les valeurs d'adhérence. Leur utilisation nécessite une décontamination H3P04 ou CHX 0,2 % ou EDTA 10 % *(J Adhes Dent 2017 ; 19 (3) : 259-264 ; Brza Dent J. 2016 ; 27 (6) : 688-692 ; J Contemp Dent Pract 2013 Jan 1 ; 14 (1) : 26-33*).

Les matériaux à utiliser sont les résines composites avec leur adhésif. Elle signale que le type de composite utilisé n'a aucune importance sur la longévité des restaurations des lésions cervicales non carieuses. À titre purement personnel, elle utilise le UD3/UD4 Enamel HRI (Bisico) pour la dentine, le Chroma Inspira (Edelweiss) pour donner un effet et le TE G-aenial Anterior (GC) pour l'émail de recouvrement.

Nous pouvons donc nous demander, quel système adhésif utiliser ?
Après un rappel sur les types d'adhésifs la conférencière explique que les adhésifs universels sont à utiliser sur la dentine en tant que MR2 si on utilise de l'etching ou en SAM 1 lorsqu'on les utilise seuls.



Il est à savoir qu'histologiquement, dans la dentine sclérotique, les tubuli dentinaires sont obturés de manière hétérogène par des cristaux acido-résistants ce qui complique leur infiltration par la résine afin de créer les brides résineuses nécessaires à la formation de la couche hybride pour l'adhésion. De plus, la couche hyperminéralisée de surface (résistante à la dissolution acide) présente une variabilité interrégionale et intrarégionale en terme histologique et est remplie de bactéries ; elle est également recouverte d'une couche de bactéries filamenteuses (*Tay. FR, Pashley. DH, J Dent 2004 ; 32 : 173-96*). **Ce substrat de collage est donc complexe et hétérogène. Il est à noter que la couleur de cette dentine sclérotique n'a rien à voir avec son histologie.**



Pour coller efficacement, on veut attaquer superficiellement la surface qui est composée d'hydroxyapatite alors que l'etching va dissoudre l'hydroxyapatite car il est trop acide (ph < 1,5). On doit alors utiliser un acide faible, donc mode SAM en mode mild (ph = 2) ou ultra mild (ph > 2,5).
Pour se lier à l'hydroxyapatite, le 10-MDP est la molécule de choix.

Voici les adhésifs qui peuvent être utilisés :

Il faut, de plus, traiter les causes de ces LCNC et pour cela il faut identifier leur étiologie : érosion acide, abrasion ou abfraction. Pour traiter les causes, il faut corriger le brossage, les habitudes alimentaires, les prématurités et le bruxisme, ou référer à un spécialiste (gastro-entérologue, psychiatre, diététicien ou orthodontiste).

Rappel des gestes à faire absolument :
- au niveau de la préparation, d'abord faire un biseau amélaire avec une fraise flamme ;
- diminuer l'épaisseur de la couche hyperminéralisée avec fraise diamantée sur turbine **délicatement** pendant 1 à 3 secondes pour ne pas créer trop de boue dentinaire hyperminéralisée ;
- mordançage amélaire périphérique ;
- frotter vigoureusement l'adhésif pendant 20 secondes avec une force de 20-30 g pour faire pénétrer le système adhésif, puis sécher et photopolymériser ;
- mise en place du/des composites de restauration ;
- polissage minutieux aux disques Pop-On (orange foncé petit diamètre) à faible vitesse de rotation et fraise Touati.

En cas de contamination sanguine ou salivaire au cours du collage, les protocoles suivants sont à respecter.

Contamination salivaire/sanguine
AVANT PHOTOPOLYMÉRISATION :
- avant application de l'adhésif : rinçage + séchage/application de l'adhésif = chute des valeurs d'adhérence ;
- après l'application de l'adhésif : séchage/réapplication de l'adhésif = chute des valeurs d'adhérence rinçage + séchage / réapplication de l'adhésif = chute

Contamination salivaire/sanguine
APRÈS PHOTOPOLYMÉRISATION :
- séchage = chute,
- séchage + réapplication = chute,
- rinçage + séchage = chute,
- rinçage + séchage/réapplication = chute,
- rinçage H202 à 3 % pendant **1 mn** + séchage = chute (salive ok),
- rinçage AC Ascorbique 10 % pendant **1 mn** + séchage = chute (salive ok),
- rinçage CHX 2 % pendant 1 mn + séchage = ok.

(Clinical Oral Investigations (2020) 24 : 4413-4426 International Journal of Adhesion & Adheslves 110 (2021) 102932 Niger 1 Oin Pract 1011 ; 10M46-50)

Le collage au collet ne tolère aucune erreur de manipulation ! En cas d'erreur : il faut tout recommencer...

Pour terminer Lucille Dahan a insisté sur cette méthode qui convient à toutes les situations... Même celles où le patient refuse de réaliser les soins parodontaux et muco-gingivaux nécessaires, elle propose l'utilisation de composite rose pour éviter de reconstituer une dent trop longue (Enamel HRI, Tender Pink, Bisico et Gradia Gum Flow rouge (GC)). Il faut cependant penser à doubler le temps de photopolymérisation pour ce type de composites (40 secondes), car ils sont très opaques !

Bernard Schweitz, responsable de la séance, a clos cette conférence en proposant 15 minutes de questions/réponses que le public a pu poser par écrit tout au long de la conférence.

Marie Jannot

ADF 2023 : morceaux choisis par la team AONews

Facettes : désaccords sur 3 points clés, la battle !

Conférenciers : Anthony Atlan, Jean-François Lasserre

Responsable scientifique de séance : François Bodic

Lors de cet ADF 2023, Jean-François Lasserre et Anthony Atlan ont confronté leur méthodologie dans la réalisation de facettes céramiques. Cette conférence, encadrée par François Bodic, a vu deux savoir-faire bien distincts s'opposer face à des problématiques communes.

Ont été traités la réalisation de mock-up, la temporisation, et enfin l'isolation et le collage de facettes.

Tout d'abord pour **la mise en place du mock-up**, Anthony Atlan défendait la méthode d'isomoulage grâce à une clé en silicone faite sur le wax-up. Le problème alors soulevé par Jean François Lasserre est le surcontour de notre masque, avec des profils d'émergence souvent non adaptés au parodonte.
De plus, la stabilité de la clé ne permet pas toujours de transposer sans déséquilibre le wax-up. Afin de prévenir ces problèmes, A. Atlan fait imprimer une gouttière rigide sur laquelle il réalise sa clé. Le professeur Lasserre, quant à lui, réalise un masque à main levée au composite direct. Ainsi, il peut plus aisément jouer sur « la fluctuation symétrique du vivant » : de petites variations cruciales à rechercher en esthétique pour ajouter du vivant et du naturel au sourire.

Ensuite, **pour la temporisation, 3 techniques s'affrontent**. Le docteur Atlan utilise les méthodes semi-directe et directe. La technique semi-directe, pour les cas avec peu de dents préparées (1, 2 ou 3), consiste à former la provisoire sur la dent avec la clé, avant de la sortir et la sceller dans un second temps. Après validation du mock-up et préparation des dents, il replace sa clé chargée de résine, puis désinsère le porte-empreinte rigide ne laissant que le silicone en place et lui permettant de chasser les excès plus facilement. Il désinsère ensuite délicatement la facette et peut ensuite éventuellement la maquiller, la polir, puis l'assembler. Il utilise pour se faire la technique du professeur Lasserre avec un mélange de CVI et de vaseline. Ce mélange laisse des excès faciles à éliminer.

Pour les cas avec davantage de dents préparées, A. Atlan utilisera alors la technique directe. Après les préparations, il réalise des petits points de mordançage sur la face vestibulaire (normalement sur l'émail avec une préparation fine). Il rince puis pose une goutte d'adhésif, idéalement d'une deuxième bouteille d'un système MR3 ou SAM2 (la bouteille ne contenant que la résine), et ne souffle pas pour ne pas étaler l'adhésif. Il place ensuite des cordonnets de Téflon entre les dents puis va mouler le projet. Il retire les morceaux de Téflon et réalise les finitions avec une fraise flamme le long de la gencive. Cette solution, qu'il reconnaît ne pas être parfaite, avec un temps de temporisation le plus court possible, permet tout de même au patient de maintenir une bonne hygiène et de passer les brossettes. Il laisse également une gouttière au patient pour protéger les provisoires en faisant attention à ce qu'elle ne soit pas compressive sur la gencive. Le jour de l'assemblage, il dépose les provisoires avec un CK6. Il passe ensuite une petite fraise de polissage composite pour retirer le petit point de résine sur les faces vestibulaires. Le docteur Atlan en a profité pour mettre en garde sur l'usage d'hémostatique à base de sulfate ferrique qui risque de colorer les provisoires, mais qui peut aussi colorer les définitives au niveau du joint. Cette technique après une séance de préparation longue et parfois complexe, est décrite comme simple et rapide.

Pour le professeur Lasserre il y a un autre gros problème de la dentisterie moderne, la « standardisation » dans la fabrication et dans la conception. Il laisse très peu de marge de manœuvre au prothésiste pour ses définitives par rapport aux provisoires qu'il a réalisé et impose ainsi son design. Après mock-up réalisé au composite direct, il réalise une clé, puis prépare à travers. Ensuite il fait un isomoulage avec de la résine acrylique puis réalise une stratification de composite par cut-back. Il scelle ensuite ses provisoires toujours avec le mélange CVI vaseline (75 % CVI et 25 % vaseline). Il envoie ensuite l'empreinte des provisoires qu'il croise avec le modèle pour réaliser un tableau des épaisseurs qu'il transmet au prothésiste. Ainsi il maîtrise du début à la fin le projet et la forme des définitives.

Enfin le collage. La difficulté réside dans l'isolement et le positionnement des facettes. L'assemblage ne laisse pas de chance à l'erreur. Après dépose des provisoires et validation des facettes définitives, le docteur Atlan colle ses facettes sous digue plurale. Il a ainsi un meilleur accès instrumental et visuel, règle plus facilement ses contacts proximaux. Seule exception pour les cas de latérales riziforme. Il préférera coller sans digue car il aura des limites très basses afin d'assurer un meilleur profil d'émergence. Il protège les dents adjacentes, il sable, mordance, rince, met l'adhésif, puis colle (protocole de collage du matériau et de la colle). Pour ce faire il utilise un composite uniquement photo polymérisable (et non une colle duale). Ainsi aucune urgence pour positionner sa pièce et retirer ses excès. Pour les cas de restaurations plurales, il va les coller deux par deux. D'abord les deux centrales, puis la latérale et la canine, puis l'autre côté. Il laisse quelques micro-excès pour éviter d'étirer le joint, en utilisant des lames de bistouris. Enfin il photopolymérise et polit.

Le professeur Lasserre quant à lui utilise une colle duale. Il a ainsi 2 minutes de travail, et colle dent par dent ce qui lui laisse le temps de positionner sa pièce et de retirer les excès. Au-delà de 0,7 mm de céramique 50 % de la lumière est arrêtée. En reculant la lampe de 1 cm il y a encore 50 % de photopolymérisation en moins. Ainsi le taux de conversion risque d'être insuffisant, et de provoquer des problèmes d'infiltration bactérienne ou de coloration dans le temps. Il utilise le Monobond Etch & Prime® pour le traitement de surface de ses pièces afin de simplifier le protocole et gagner du temps. Pour le traitement de surface des dents il réalise un total etch de 10 secondes et utilise un adhésif universel. Il réalise ensuite une double enduction pour éviter de piéger de l'air sous la facette.

Ces deux présentations nous montrent que les techniques peuvent varier d'un praticien à un autre pour la même thérapeutique. Cependant, les deux praticiens nous ont bien mis en lumière ici que quels que soient nos choix et nos techniques, nous nous devons de les justifier par une connaissance précise de nos matériaux, de nos protocoles, des propriétés physico-chimiques des produits que l'on utilise, de nos limites et des techniques avec lesquelles nous sommes le plus à l'aise. Il convient de faire le mieux, le plus efficace, et le plus simple pour nos patients, tout en prenant du plaisir à faire notre métier.

Yohann Brukarcz

Thibaud Le Monnier

Nouvelles recommandations pour le traitement de la parodontite et de la péri-implantite : que doit savoir l'omnipraticien ?

Conférencier : Panos Papanou

Responsable scientifique de séance : Julie Lamure

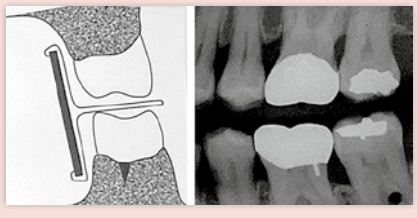
Définition des maladies parodontales

(Papapanou et al., 2017)

La parodontite est une maladie inflammatoire chronique multifactorielle associée à des biofilms dysbiotiques et caractérisée par une destruction progressive du système d'attache. Ses principales caractéristiques comprennent la perte du support tissulaire parodontal, qui se manifeste par une perte d'attache clinique (CAL) et une perte osseuse alvéolaire évaluée radiographiquement, la présence de poches parodontales et de saignements gingivaux.

Le diagnostic de parodontite se fait sur le niveau d'attache clinique relevé au sondage. Ce dernier ne peut pas être attribué à une récession gingivale induite par un traumatisme, à des lésions carieuses dans la région cervicale, à des lésions endodontiques se drainant à travers le parodonte ou à une fracture dentaire.

Pourquoi ne pas se baser sur la perte osseuse radiographique ?
Parce que la perte osseuse doit impliquer une étendue substantielle de la dimension vestibulo-lingual pour être visible radiologiquement. En effet, un défaut angulaire peut ne pas être détectable en raison de la superposition des corticales vestibulaires et linguales. Ainsi, les stades débutants de la parodontite ne seraient pas détectés.



Le diagnostic parodontal suit le schéma de classification défini lors de l'Atelier mondial de 2017 sur la classification des maladies et affections parodontales et péri-implantaires. **La parodontite est caractérisée en fonction du stade et du grade de la maladie (basés sur le système de classification en oncologie) :** le stade reflète la gravité, l'étendue et la répartition de la maladie, ainsi que la complexité anticipée de sa prise en charge. Le grade reflète d'autres dimensions biologiques de la maladie, notamment le taux de progression observé et/ou anticipé, les résultats prévus du traitement et le risque que la maladie ou son traitement nuise à l'état de santé général du patient.

Le stade, qui dépend de la gravité de la maladie et de la complexité anticipée de la prise en charge du cas, doit constituer la base du plan de traitement du patient, basé sur les preuves scientifiques des différentes interventions thérapeutiques. Le grade, qui fournit des informations complémentaires sur les facteurs de risque et le taux de progression de la maladie, devrait servir de base à la planification individuelle des soins.

Selon cette classification :

La santé parodontale clinique est définie par l'absence d'inflammation (mesurée par la présence d'un saignement au sondage (BOP) sur moins de 10 % des sites) et par l'absence de perte d'attache et de perte osseuse résultant d'une parodontite antérieure.
La gingivite est définie par la présence d'une inflammation gingivale, telle qu'évaluée par l'indice de saignement (BOP) sur ≥ 10 % des sites et par l'absence de perte d'attache détectable due à une parodontite antérieure. La gingivite localisée est définie par 10 à 30 % de sites avec saignement, tandis que la gingivite généralisée est définie par > 30 % de sites avec saignement.

La parodontite est définie par la perte du support parodontal, qui est généralement évaluée par une perte interproximale d'attache clinique mesurée au sondage et une perte osseuse radiographique. D'autres descriptions significatives de la parodontite incluent le nombre et les proportions de dents dont la profondeur de poche dépasse certains seuils (généralement profondeur de poche (PP) > 4 mm avec BOP ou PP≥ 6 mm), le nombre de dents perdues en raison d'une parodontite, le nombre de dents présentant des lésions intra-osseuses et le nombre de dents présentant des lésions inter-radiculaires.

Periodontitis stage		Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV
Severity	Interdental CAL at site of greatest loss	1 to 2 mm	3 to 4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	Radiographic bone loss	Coronal third (<15%)	Coronal third (15% to 33%)	Extending to middle or apical third of the root	Extending to middle or apical third of the root
	Tooth loss	No tooth loss due to periodontitis		Tooth loss due to periodontitis of ≤4 teeth	Tooth loss due to periodontitis of ≥5 teeth
Complexity	Local	Maximum probing depth ≤4 mm Mostly horizontal bone loss	Maximum probing depth ≤5 mm Mostly horizontal bone loss	In addition to stage II complexity: Probing depth ≥6 mm Vertical bone loss ≥3 mm Furcation involvement Class II or III Moderate ridge defect	In addition to stage III complexity: Need for complex rehabilitation due to: Masticatory dysfunction Secondary occlusal trauma (tooth mobility degree ≥2) Severe ridge defect Bite collapse, drifting, flaring Less than 20 remaining teeth (10 opposing pairs)
Extent and distribution	Add to stage as descriptor	For each stage, describe extent as localized (<30% of teeth involved), generalized, or molar/incisor pattern			

Periodontitis grade			Grade A: Slow rate of progression	Grade B: Moderate rate of progression	Grade C: Rapid rate of progression
Primary criteria	Direct evidence of progression	Longitudinal data (radiographic bone loss or CAL)	Evidence of no loss over 5 years	<2 mm over 5 years	≥2 mm over 5 years
	Indirect evidence of progression	% bone loss/age	<0.25	0.25 to 1.0	>1.0
		Case phenotype	Heavy biofilm deposits with low levels of destruction	Destruction commensurate with biofilm deposits	Destruction exceeds expectation given biofilm deposits; specific clinical patterns suggestive of periods of rapid progression and/or early onset disease (e.g., molar/incisor pattern; lack of expected response to standard bacterial control therapies)
Grade modifiers	Risk factors	Smoking	Non-smoker	Smoker <10 cigarettes/day	Smoker ≥10 cigarettes/day
		Diabetes	Normoglycemic / no diagnosis of diabetes	HbA1c <7.0% in patients with diabetes	HbA1c ≥7.0% in patients with diabetes

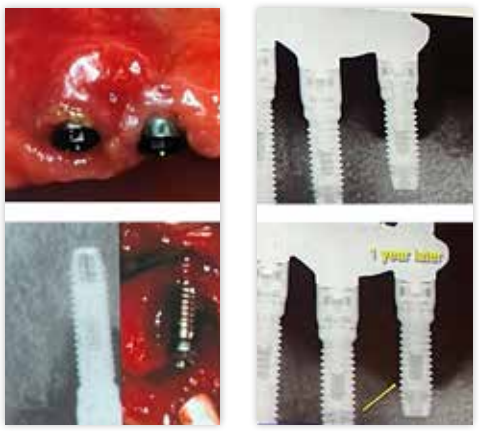
Définitions des maladies péri-implantaires *(Berglundh et al., 2018)*

Une nouvelle classification de la santé et des maladies péri-implantaires a été proposée lors du Workshop de 2018.

La santé péri-implantaire est définie cliniquement et histologiquement : Cliniquement, elle se caractérise par une absence de signes visuels d'inflammation et de saignement ou de suppuration au sondage. La santé péri-implantaire peut exister autour d'implants avec un support osseux normal ou réduit. **Il n'est pas possible de définir une gamme de profondeurs de sondage compatible avec la santé péri-implantaire.**

La mucosite se caractérise par la présence de saignements (plus d'un point à un endroit autour de l'implant ou présence d'une ligne de saignement ou abondante) et/ou de suppuration au sondage doux avec ou sans augmentation de la PP par rapport aux examens précédents. Les niveaux osseux ne doivent, pas être modifiés au-delà des modifications crestales résultant du remodelage osseux initial.

La péri-implantite (PI) est décrite comme un état pathologique associé à la plaque caractérisé par une inflammation de la muqueuse péri-implantaire et une perte progressive de l'os de soutien. Selon *Berglundh et Schwartz (2018)*, le diagnostic de PI repose sur : la présence de saignement et/ou de suppuration au sondage doux, une augmentation de la PP par rapport aux examens précédents et la présence d'une perte osseuse au-delà des modifications du niveau crestal résultant du remodelage osseux initial.



Cependant, en l'absence de données d'examen préalable, le diagnostic de PI peut reposer sur la combinaison de : présence de saignement et/ou de suppuration au sondage doux + PP de ≥ 6 mm + perte osseuse ≥ 3 mm.

AquaCare

Dispositif de nettoyage, de polissage et d'air-abrasion

- Polyvalent, ergonomique et performant
- Sablages humide et sec
- Différents types de poudres de prophylaxie et de préparation
- Silencieux et sans vibration
- Contrôle de la pression et du ratio de poudre
- Contrôle des fonctions par pédale 3 positions
- 2 versions (Twin et Single)

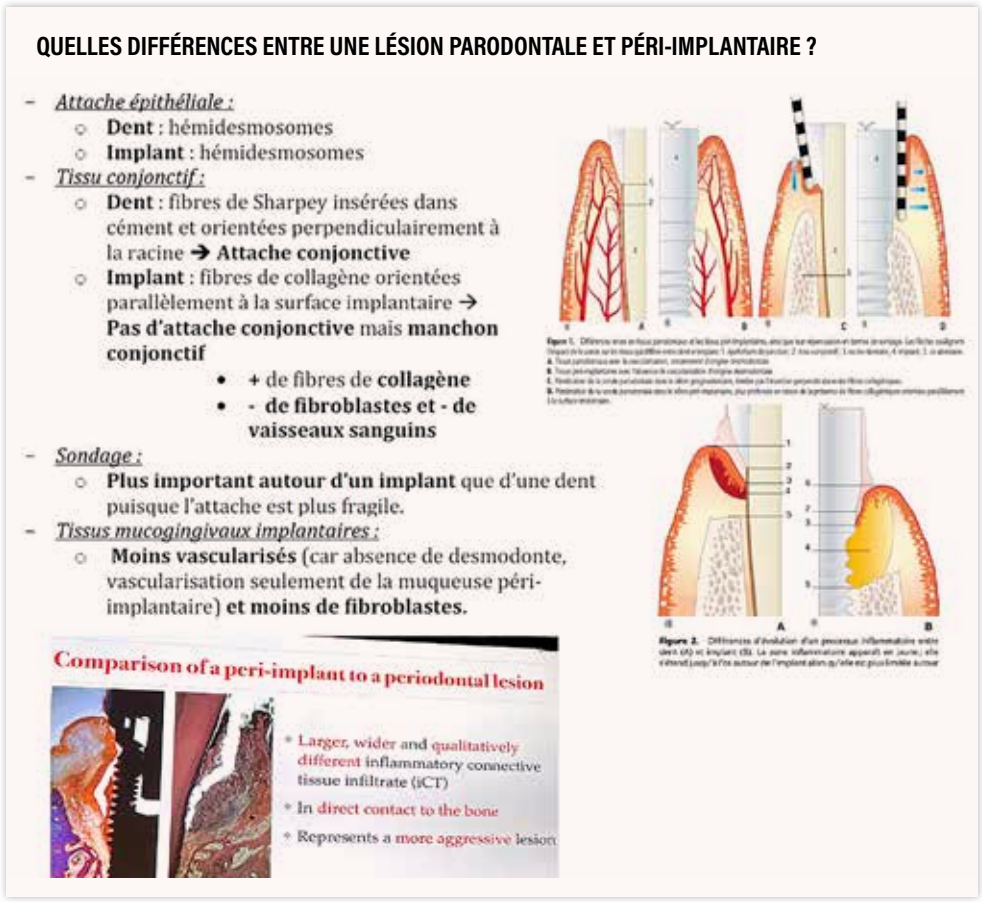
AquaCare est un dispositif médical conçu pour le **nettoyage** et le **polissage** des surfaces dentaires, mais également pour les **préparations cavitaires** sans fraisage et les **nettoyages des surfaces dentaires** et **prothétiques**.

208 allée de la Coudoulette
13680 Lançon-Provence
www.bisico.fr

bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ
service & appel gratuits 0 800 247 420

Ce Dispositif Médical est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE 1639 SGS Belgium NV - Classe IIa - Fabricant : Medivance Instruments. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le Dispositif Médical ou sur l'étiquetage remis.
Non-remboursé par les organismes d'assurance santé. Images cliniques fournies par le fabricant.
Publicité AquaCare (ZZ02210) - V5 - 01/2024

ADF 2023 : morceaux choisis par la team AONews



L'épaisseur des tissus mous et durs péri-implantaires est intimement liée à celle des tissus du site édenté avant implantation. Ainsi, des sites avec un déficit osseux important, un phénotype fin et une faible hauteur de tissus kératinisée sont plus à risque de **récession muqueuse péri-implantaire**. Une mauvaise position des implants, peut engendrer les mêmes conséquences.

Règles de base, précisions et zones « grises » de la classification de 2018 *(Kornman et Papapanou, 2020)*

La diffusion réussie de la nouvelle classification de la parodontite est facilitée par l'accent mis sur les règles de base, la clarification des ambiguïtés de l'ancienne classification et l'identification des « zones grises ». À l'heure de la médecine basée sur des données probantes et de la proposition de classifications pour guider certaines décisions thérapeutiques, il persiste des « zones grises » qui ne disposent pas de lignes directrices simples pour la prise de décision. Un sens/jugement clinique sera nécessaire pour poser le diagnostic dans certaines situations.

Les règles de base mises en évidence.

- Le stade est un concept basé sur le patient et non sur la dent, par conséquent, un seul stade est attribué à chaque patient.
- Le stade peut augmenter avec le temps, si l'état parodontal se détériore, mais le stade initialement attribué est conservé même après une amélioration post-thérapeutique.
- Les facteurs de complexité qui déterminent le stade doivent être évalués collectivement pour parvenir à une évaluation cliniquement significative.
- Un seul grade est attribué à un patient sur la base d'une évaluation des tissus biologiques, en termes d'antécédents/risque de progression ultérieure, d'interaction des facteurs de risque et des effets bidirectionnels de la parodontite ou de son traitement sur l'état de santé général.
- Une évolution du grade est possible dans les 2 sens au fil du temps, après une évaluation approfondie et collective des changements dans les paramètres ci-dessus.

Les zones grises incluent :

- un patient qui ne présente aucune perte osseuse radiographique avec une perte d'attache minimale à un âge avancé ;
- présence d'une atteinte parodontale affectant une seule dent (alors qu'il faut minimum 2 dents non adjacentes atteintes pour poser le diagnostic de parodontite) ;
- l'évaluation des facteurs qui conduisent/ne conduisent pas à une complexité accrue de la thérapie...

À retenir : il faut toujours évaluer le stade AVEC le grade (savoir si le patient est à risque majeur d'évolution ou pas) et ne PAS SOUS ESTIMER LE STADE I et II chez le jeune patient (ces cas nécessitent également une prise en charge spécifique).

Séquence pour le traitement des parodontites stade I à III *(Sanz et al., 2020)*

La première étape de la thérapeutique vise à guider le changement de comportement en motivant le patient à éliminer efficacement le biofilm dentaire supragingival et à contrôler les facteurs de risque.

Elle peut inclure les interventions suivantes :

- contrôle du biofilm dentaire supragingival,
- interventions pour améliorer l'efficacité de l'hygiène bucco-dentaire : motivation, instructions à l'hygiène orale,
- thérapies d'appoint pour l'inflammation gingivale,
- l'élimination mécanique professionnelle de la plaque dentaire, qui comprend des interventions professionnelles visant à éliminer la plaque supragingivale et le tartre, ainsi que les éventuels facteurs de rétention de plaque,
- contrôle des facteurs de risque, qui comprend toutes les interventions de changement de comportement en matière de santé éliminant/atténuant les facteurs de risque reconnus d'apparition et de progression de la parodontite (arrêt du tabac, contrôle métabolique amélioré du diabète et peut-être exercice physique, conseils diététiques et perte de poids).

Cette première étape thérapeutique doit être mise en œuvre chez tous les patients atteints de parodontite, quel que soit le stade de leur maladie, et doit être réévaluée fréquemment afin de : continuer à renforcer la motivation et l'adhésion, ou explorer d'autres choix pour surmonter les obstacles ; développer les compétences nécessaires à l'élimination du biofilm et favoriser une bonne réponse aux étapes thérapeutiques suivantes.

La deuxième étape de la thérapeutique vise à contrôler (réduire/éliminer) le biofilm sous-gingival et le tartre grâce à une instrumentation sous-gingivale. Cette étape thérapeutique doit être utilisée pour tous les patients atteints de parodontite, quel que soit le stade de leur maladie, seulement pour les dents présentant une perte de soutien parodontal et/ou une poche parodontale. Dans des situations cliniques spécifiques, comme en présence de sondages profonds, les premières et deuxièmes étapes du traitement peuvent être réalisées simultanément (par exemple pour prévenir le développement d'un abcès parodontal). La réponse individuelle à la deuxième étape du traitement doit être évaluée une fois les tissus parodontaux cicatrisés (réévaluation parodontale à 6-8 semaines). Si les critères d'évaluation du traitement (absence de poches parodontales > 4 mm avec saignement au sondage ou absence de poches parodontales profondes [≥ 6 mm]) n'ont pas été atteints, la troisième étape du traitement doit être envisagée. Si le traitement a réussi à atteindre les objectifs thérapeutiques, les patients doivent être placés dans un programme de thérapeutique de soutien.

La troisième étape du traitement vise à traiter les poches parodontales résiduelles (poches ≥ 4 mm avec saignement au sondage ou poches profondes ≥ 6 mm), dans le but d'accéder davantage à l'instrumentation sous-gingivale, de régénérer ou de réséquer les lésions qui ajoutent de la complexité à la prise en charge de la parodontite telles que les lésions intra-osseuses et inter-radiculaires.

Cela peut inclure les interventions suivantes :

- instrumentation sous-gingivale répétée avec ou sans thérapies d'appoint,
- lambeau d'assainissement,
- chirurgie parodontale résectrice,
- chirurgie parodontale régénératrice.

Lorsqu'il existe une indication d'intervention chirurgicale, elle doit être soumise au consentement supplémentaire du patient et une évaluation spécifique des facteurs de risque ou des contre-indications médicales doit être envisagée. La réponse individuelle à la troisième étape du traitement doit être réévaluée (réévaluation parodontale à 3 mois ou 6 mois si régénération parodontale). Idéalement, les objectifs du traitement doivent être atteints, et les patients doivent être placés en maintenance parodontale. Toutefois, certaines poches peuvent persister sur certaines dents chez les patients atteints de parodontite de stade III.

La thérapeutique parodontale de soutien vise à maintenir la stabilité parodontale chez tous les patients atteints de parodontite traités en combinant des interventions préventives et thérapeutiques définies dans les premières et deuxièmes étapes du traitement, en fonction de l'état parodontal du patient. Cette étape doit être effectuée à intervalles réguliers en fonction des besoins du patient, et lors de chacune de ces visites de rappel, tout patient peut avoir besoin d'un nouveau traitement si une récidive est détectée. Dans ces situations, un diagnostic et un plan de traitement appropriés doivent être établis à nouveau. De plus, le respect des mesures d'hygiène bucco-dentaire recommandé et un mode de vie sain font partie des soins parodontaux de soutien.

À n'importe quelle étape du traitement, l'extraction dentaire peut être envisagée si le pronostic des dents affectées est considéré comme sans espoir.

Parodontite de stade IV : besoin en réhabilitation complexe *(Herrera et al., 2022)*

La parodontite de stade IV est identifiée parmi la population plus large d'individus atteints de parodontite de stade III, définie par une inflammation parodontale et une perte d'attache atteignant le tiers moyen de la racine ou au-delà, en fonction de la nécessité d'une réhabilitation complexe en raison de la présence d'un ou plusieurs des facteurs suivants.

- Traumatisme occlusal secondaire/hypermobilité dentaire en raison d'un support parodontal réduit par la présence d'une parodontite stabilisée ou non,
- La migration dentaire, la dérive et l'ouverture de diastèmes associées à une perte d'attache importante au niveau des dents affectées,
- Perte de cinq dents ou plus due à une parodontite,
- Perte du calage postérieur et/ou évasement des dents antérieures dues à une parodontite,
- Perte de la fonction masticatoire (dysfonctionnement masticatoire) secondaire à une combinaison des éléments ci-dessus.

Les signes et symptômes de déficience fonctionnelle (dysfonction masticatoire) ci-dessus peuvent également être présents sous forme de séquelles de perte de dents multiples dues à une carie ou à une malocclusion grave chez des personnes sans atteinte parodontale significative ou même atteintes de parodontite de stades I à II, qui ne répondent pas aux critères du stade IV. Le diagnostic différentiel est donc important.

La parodontite de stade IV affecte le pronostic de l'ensemble des dents. Chez ces patients, le contrôle de la parodontite (par le traitement parodontal standard, c'est-à-dire les étapes I à III puis des soins parodontaux de soutien) n'est pas suffisant pour stabiliser la maladie, résoudre la dysfonction masticatoire et améliorer la qualité de vie. Un plan de traitement interdisciplinaire pouvant inclure la prise en charge d'un traumatisme occlusal secondaire, une thérapeutique orthodontique et/ou des soins restaurateurs après une thérapeutique parodontale réussie doit donc être mis en œuvre pour traiter de manière optimale ces patients.

Bibliographie

1. *Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kebschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-S182.*
2. *Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, Chen S, Cochran D, Derks J, Figuero E, Hämmerle CHF, Heitz-Mayfield LJA, Huynh-Ba G, Iacono V, Koo KT, Lambert F, McCauley L, Quirynen M, Renvert S, Salvi GE, Schwarz F, Tarnow D, Tomasi C, Wang HL, Zitzmann N. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S313-S318.*
3. *Kornman KS, Papapanou PN. Clinical application of the new classification of periodontal diseases: Ground rules, clarifications and «gray zones». J Periodontol. 2020 Mar;91(3):352-360.*
4. *Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, Sculean A, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 22):4-60.*
5. *Herrera D, Sanz M, Kebschull M, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, Papapanou PN, Chapple I, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2022 Jun;49 Suppl 24:4-71.*

Jordan Dray

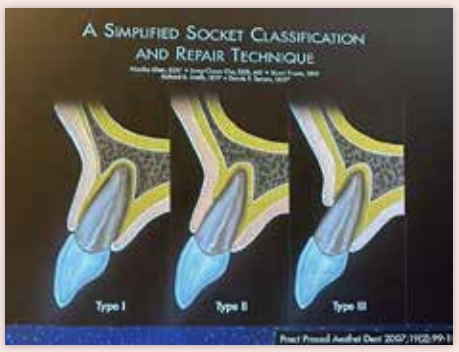
Yoram Zaouch

Implantation immédiate *vs* différée

Conférenciers : Pierre Cherfane, Stéphane Milliez

Responsable scientifique de séance : Georges Khoury

Une grande battle cette année entre Stéphane Milliez et Pierre Cherfane sur une question que beaucoup se posent : implantation immédiate ou différée ?
La classification d'Elian et Tarnow peut servir de guideline pour prendre la décision de la pose immédiate ou différée.
Type I – L'os et la gencive sont présents
Type II – La table osseuse vestibulaire est résorbée mais la gencive reste présente
Des sous-classes A B C définissent l'importance de la résorption osseuse (intermédiaire, importante, extrême).
Type III – L'os et la gencive sont résorbés



Pour la classe I, les deux conférenciers sont en accord il faut implanter directement alors que sur la classe III, tous deux préfèrent patienter hors cas particulier.

Qui dit immédiat dit une seule intervention et donc moins de suite postopératoires. Cependant, plusieurs voyants doivent être au vert explique Stéphane Milliez.

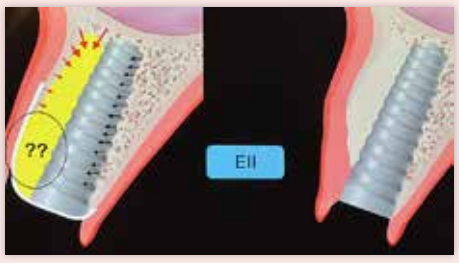
Un CBCT doit être réalisé afin de s'assurer que le volume osseux est suffisant. La présence de **3 à 5 mm d'os résiduel au-dessus de l'apex** dentaire permet d'obtenir une bonne stabilité primaire.
L'extraction se fait de manière **atraumatique**, c'est un moment qui peut prendre du temps, voire plus de temps que la chirurgie implantaire. La séparation de racines (séparation mésio-distale pour une dent monoradiculée) doit être systématisée ainsi que l'utilisation de périotome adapté, l'objectif étant de laisser une corticale vestibulaire intacte.

L'implant est positionné dans un axe idéal dans les trois dimensions de l'espace afin de réaliser une prothèse transvissée. Un **couple d'insertion supérieur à 45 N.cm** est indispensable pour mettre en charge immédiatement.
Qui dit extraction dit résorption, il faut **donc enfouir notre implant à 4 mm sous osseux** et compenser la résorption en **comblant le gap** entre l'implant et les tables osseuses par un biomatériau peu ou pas résorbable tel qu'une xénogreffe d'origine bovine.
Un **greffon conjonctif** sera systématiquement positionné en tunnel dans les cas antérieurs.

Enfin, des conseils postopératoires très précis ainsi que la **mise en sous-occlusion** de la prothèse provisoire sont indispensables.

Pour la classe II, la table osseuse vestibulaire est lésée et là, les opinions diffèrent. Pour Stéphane Milliez, les conditions peuvent être remplies pour poser l'implant à condition d'utiliser une membrane résorbable qui sera glissée en vestibulaire.
Pour Pierre Cherfane, l'option du deux temps est préférable dès lors que l'on sort de la classe I. Lors de l'avulsion, ce dernier utilise un **comblement allogénique et une membrane non résorbable** glissée en vestibulaire et palatin, suturée uniquement et **laissée volontairement exposée**. Elle sera ensuite simplement déposée à 6 semaines.

Cela va permettre de maintenir un volume osseux favorable. L'intérêt selon lui est de ne pas couper la vascularisation en posant l'implant dans une alvéole avec peu de



parois osseuses résiduelles. En effet, **une fois la table osseuse vestibulaire perdue la vascularisation externe est beaucoup plus faible ce qui mène assez souvent à un effondrement des tissus vestibulaires malgré une ROG.**
Comme vous l'avez compris, l'analyse pré opératoire est indispensable. La classe I et III sont assez balisées alors que pour la classe II, les avis divergent et l'intervention est plus praticien dépendant. Quoiqu'il advienne préserver reste plus simple que reconstruire, ce qui doit s'anticiper dès l'extraction dentaire.

Julien Biton

Léonard Sebbag

Conçu pour l'**X**trême : stabilité primaire et santé péri-implantaire

Implants
TSX™

Conçu pour l'Xcellence
Quand l'implantation immédiate rencontre la confiance clinique

L'implant TSX est la nouvelle génération héritée de l'implant TSV® largement éprouvé.

Les implants TSX sont conçus pour la santé péri-implantaire, l'implantation immédiate en post-extractionnel et les protocoles de mise en charge immédiate ainsi que pour assurer une prévisibilité de pose et une bonne stabilité primaire dans tous types d'os.

Intégré aux flux numérique complet ZimVie et conçu pour une polyvalence chirurgicale et prothétique, l'implant TSX renforce l'engagement de ZimVie visant à simplifier les procédures et à optimiser les protocoles de mise en pratique.

Pour plus d'informations, veuillez contacter votre représentant commercial local ou envoyez un e-mail à l'adresse **ZV.commandes@ZimVie.com**

ZimVie

Sauf indication contraire, comme indiqué ici, toutes les marques déposées et tous les droits de propriété intellectuelle sont la propriété de ZimVie Inc. ou d'une filiale 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 autorisés. Pour plus d'informations sur le produit, consultez l'étiquette individuelle ou la notice du produit. L'autorisation et la disponibilité du produit peuvent être limitées à certains pays/certaines régions. Ce document est destiné exclusivement aux cliniciens et il n'inclut aucun avis ni recommandation médicaux. Toute distribution à un autre destinataire est interdite. Ce document ne peut être ni copié ni réimprimé sans l'autorisation écrite expresse de ZimVie. ZV0975FR REV A 04/23 ©2023 ZimVie. Tous droits réservés.

CE 2797

SOLUTIONS DENTAIRES ZimVie

Les préparations contemporaines pour restaurations postérieures collées

Conférencier : Gil Tirlet

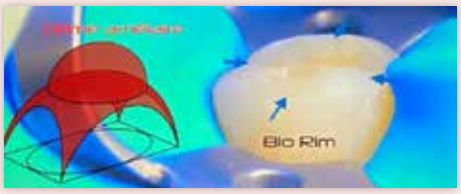
Responsable scientifique de séance : Olivier Leroux

Gil Tirlet a commencé sa conférence par affirmer que l'heure actuelle est au changement des paradigmes en dentisterie restauratrice. En effet, on parle désormais de **restaurations collées en postérieur**. Elles prennent le pas sur les couronnes périphériques, qui seront réservées à la réintervention prothétique.

La conférence s'est déroulée en 5 axes : rappel sur le fondement biomimétique ; la nouvelle classification des overlays ; la *super closed sandwich technique* ; le design des préparations et portfolio de cas cliniques.

Le fondement biomimétique

Le fondement biomimétique est le fait que la dent est une chaîne d'amortissement naturelle grâce à l'harmonie de résistances mécaniques entre émail-JAD et dentine. Le concept du « dôme de compression amélaire » est donc au cœur de ce raisonnement. Cela nous amène à introduire un nouveau terme en dentisterie biomimétique, celui de « bio contour » (Bio *Rim* en anglais) ou « ferrule biologique ». Si l'émail occlusal, nous rappelle Dr Milicich, est considéré comme un « dôme de cathédrale », le « bio contour » quant à lui représente l'ensemble des murs qui supportent ce dôme.



Le rôle de ce dôme amélaire est donc de reconcentrer les vecteurs de force vers le centre de la dent.
En conclusion, les restaurations partielles postérieures doivent viser à récréer si possible le continuum biomécanique de la dent naturelle en préservant le maximum de tissus (émail, dentine).

La nouvelle classification des overlays

Quelques définitions : un overlay est un onlay à recouvrement total de la table occlusale alors qu'un veneerlay est un onlay à recouvrement total de la table occlusale et de la face vestibulaire en préparant l'émail vestibulaire. Un veneerlay est donc une combinaison de facette vestibulaire + overlay. Un table top quant à lui est un overlay préparé dans et collé sur l'émail, donc plus fin.

Il existe désormais une classification des overlays :
- overlay de **restitution** permettant de reprendre des morphologies occlusales ;
- overlay de **renforcement** où le principe est de déposer une restauration ancienne, évaluer la valeur des cuspides restantes et assurer la résistance et la cohésion mécanique de l'ensemble en réalisant un overlay ;
- overlay de **reconstruction** où la reconstruction du bio contour (Bio Rim) précède la préparation de l'overlay, cela concerne les grandes pertes de substances sur dents pulpées ou dépulpées.

La *super closed sandwich technique*

Concernant la *super closed sandwich technique*, les étapes de restauration des échantillons avec l'Ever X (GC) sont similaires à la technique de *super closed sandwich* où l'Ever X (GC) se substitue au CVI.

Ces étapes sont les suivantes.
- Transformation de la cavité MOD en cavité de classe I en montant les murs proximaux avec du composite de restauration. G. Tirlet recommande l'utilisation de l'Optibond FL (Kerr) comme adhésif.
  - ➞ Soit mise en place du CVI ou CVIMAR à hauteur de 50 % du volume présent.
  - ➞ Soit mise en place d'une couche de 2 mm d'EverX Flow (GC) dans le centre de la cavité par stratification horizontale (selon les recommandations du fabricant)
- Finalisation par stratification d'une couche de composite de restauration sur environ 2 mm en occlusal.
- Puis préparation de l'overlay dans cette « dent reconstituée ».

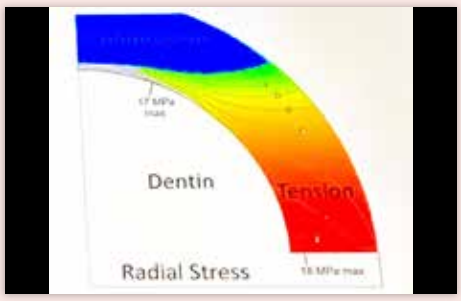
Ainsi, nous pouvons nous demander pourquoi utiliser du composite fibré ?
La fissure n'étant pas arrêtée par un composite de haute ténacité, elle évolue en profondeur vers la zone sous gingivale alors qu'avec du composite fibré (type EverX Flow, GC), la fissure étant arrêtée par le composite de haute ténacité, elle évolue superficiellement. **L'insertion de fibres réduit la fréquence du mode de fracture irréparable.** Les restaurations par recouvrement et l'application de fibres sont plus avantageuses pour préserver la durabilité des dents traitées endodontiquement *(Fildisi MA, Eliguzeloglu Dalkilic E. The effect of fiber insertion on fracture strength and fracture modes in endocrown and overlay restorations. Microsc Res Tech. mai 2022;85(5):1799 807).*

De plus, dans les limites de cette étude systématique, on peut conclure que les résultats cliniques des facettes/overlays occlusaux minces et ultraminces sont de bon augure *(Alghauli M, Alqutaibi AY, Wille S, Kern M. Clinical outcomes and influence of material parameters on the behavior and survival rate of thin and ultrathin occlusal veneers : A systematic review. J Prosthodont Res. 6 janv 2023;67(1):45 54).* Les résultats expérimentaux *in vitro* soutiennent l'utilisation des facettes occlusales minces et ultraminces.

En conclusion, dans le cas de dents traitées endodontiquement, la préparation de l'overlay semble être une alternative valable à la préparation traditionnelle de la couronne complète, tandis que les facettes occlusales doivent être évitées dans la restauration de molaires non vitales avec une perte importante de la structure dentaire résiduelle.
Le matériau LS (disilicathe de lithium, Emax) est évalué comme plus résistant que les matériaux PICN (Polymer-Infiltrated Ceramic Network, Vita Enamic) pour ce faire.

Le design des préparations

Basé sur le concept du dôme de compression et une compréhension des distributions de forces, le moyen idéal pour restaurer une dent gravement endommagée est un onlay céramique collé. En conservant une restauration dans la moitié coronaire de la dent, elle est ainsi moins exposée à des contraintes de tension qui se produisent dans la moitié inférieure du dôme de compression.



Sur les trois modèles de cavités évalués (MOD, incrustation partielle et complète) : le *complete onlay* (= overlay) a montré une augmentation significative de la résistance à la fracture par rapport aux dents saines. En revanche, l'endo-couronne (ou *Endocrown*) est à réaliser en composite de laboratoire ou PICN car le disilicate de lithium a une ténacité trop importante. (*Comba A, Baldi A, Carossa M, Michelotto Tempesta R, Garino E, Llubani X, et al. Post-Fatigue Fracture Resistance of Lithium Disilicate and Polymer-Infiltrated Ceramic Network Indirect Restorations over Endodontically-Treated Molars with Different Preparation Designs : An In-Vitro Study. Polymers (Basel). 23 nov 2022;14(23):5084*).

Pour synthétiser, il faut **élaborer une stratégie en fonction de la nature du bio contour plutôt que de parler d'épaisseur des restaurations.** Il peut y avoir un bio contour naturel sans perte de substance, alors on peut faire la restauration d'emblée alors que **si la perte de substance est importante, il faut reconstruire le bio contour avant de préparer.**

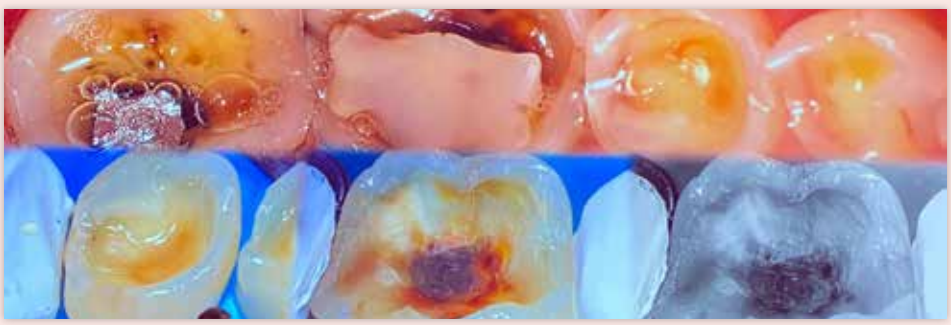
La question à se poser en tant que clinicien est la suivante : quelle est la nature du tissu de support de mon overlay ?

Si ce tissu est **amélaire** : réalisation d'une préparation contrôlée à 0,5-1 mm alors qu'on prépare à 1,5 mm si notre support de collage est de nature **dentinaire**. Il faut alors majorer la préparation à 1,5 mm pour restaurer en disilicate de lithium si on est dans la dentine ou dans un matériau qui nous a permis de réaliser le bio contour (composite de restauration).

Le temps par temps de préparation à respecter :
- calibration avec des tranchées à l'aide de fraises calibrées type Deep Marker (Komet),
- régulation avec réduction occlusale : fraise type Occlu-shaper (Komet),
- bevel = chanfrein avec fraise oblongue,
- ± préparation vestibulaire dans le cas d'un veneerlay,
- stabilisation avec macropuits,
- polissage de la préparation avec fraises bague rouge,
- empreinte (numérique ou physique).

Puis G. Tirlet nous a montré une vidéo de 10 mn montrant la préparation d'une 26 dépulpée avec build-up composite fibré dans l'ancienne chambre pulpaire et composite traditionnel de restauration en mésial et distal pour restaurer le bio contour. La difficulté reste la gestion du point de contact. On aura intérêt, à chaque fois que possible, à ce que ce soit la pièce en disilicate de lithium qui vienne redonner les contacts proximaux.

Voici quelques photographies issues des cas cliniques qui ont été présentés :



La conférence s'est terminée par 15 minutes de questions/réponses lors desquelles le Dr Tirlet s'est rendu disponible pour les participants !

Marie Jannot

Comment donner une image professionnelle du cabinet ?

Conférencier : M. Yannick Binhas

Introduction

L'image du cabinet : c'est la représentation perçue par le public d'une entreprise. Elle a une importance fondamentale, notamment dans les cabinets en recherche de patientèle.

Pour M. Binhas il existe deux types de cabinets :
- les cabinets en sous-patientèle (difficulté pour attirer de nouveaux patients ➞ image à améliorer) ;
- les cabinets en sur-patientèle (plus de place pour de nouveaux patients ➞ image à consolider). Le premier ennemi de la qualité de service est le volume, il est à se rappeler que les nouveaux patients sont les poumons du cabinet.

Sur quoi les patients nous jugent-ils ? Souvent sur des motifs qui ne font pas partis de nos cœurs de métier comme l'environnement, l'accès, la relation, l'information et le conseil. Les services de base comme la qualité de nos soins et de nos fournitures sont également jugés mais avec plus de difficulté ; ils n'ont pas les compétences pour l'analyser. Le **SBAM** (**S**ourire – **B**onjour – **A**u revoir – **M**erci) est la base de la réussite de l'image du cabinet. Par exemple il est nécessaire de dire bonjour aux patients et même si ceux-ci seront reçus par notre associé.

La perception

Satisfaction = Perception – Les attentes

Les patients viennent surtout par commodité, c'est pourquoi il est important d'assurer la satisfaction des nouveaux patients pour pallier le manque crée par ceux qui ne pourraient plus venir. Il faut également savoir faire semblant, ils ne doivent pas pâtir de nos différentes humeurs.
➞ Les patients très satisfaits ne vous recommandent pas forcément car ils veulent garder l'exclusivité et ne pas détériorer la rapidité de sa prise en charge.

Les niveaux de service

La différence de niveaux de service entre les cabinets dentaires peut jouer sur leur fréquentation du cabinet.

Par exemple lorsqu'une extraction est réalisée les niveaux de service retrouvés sont les suivants :
- niveau 1 : extraction + flyer ou lien vidéo de conseils postopératoires
- niveau 2 : extraction + flyer + sms
- niveau 3 : extraction + flyer + sms + appel le soir ➞ personnalisation de la prise en charge

La dimension humaine est notre plus grand atout. Ce sont toutes les attitudes, comportement et actions qui contribuent à générer un rapport humain privilégié avec les patients. Les patients y sont sensibles car elle procure des émotions. La technologie est un outil fondamental, malheureusement trop de praticiens ou d'équipes se cachent derrière elle. La technologie ne remplacera jamais la relation au contraire, elle peut créer une certaine distance si on en abuse. C'est un un outil à notre service, il ne faut pas le subir. Les besoins des patients changent, il est nécessaire de les écouter.

Quatre dimensions sont retrouvées dans le service.
- **La dimension professionnelle :** faire savoir notre savoir-faire. Il faut mettre en valeur ce que l'on sait faire, ce à quoi l'on se forme. Cette communication doit être mise en place par l'équipe.
- **La dimension esthétique :** le cabinet doit être propre, la salle d'attente y compris car pour le patient elle reflète la qualité de nos soins. Faire le parcours patient dans le cabinet chaque semaine est important afin d'éviter d'omettre des détails impossibles à voir lors de sa journée de travail.
- **La dimension conseil :** informer et éduquer nos patients. La professionnalisation de notre communication écrite et digitale permet de renforcer le message oral.
- **La dimension humaine :** miser sur nos *soft skills* (attitudes) pour générer une relation patient privilégiée. La classique phrase *Alors qu'est-ce que l'on fait aujourd'hui ?* met le patient dans une situation d'inconfort, il ne sent pas bien considéré.

Les aspects fondamentaux de la qualité de service

Afin de révéler la qualité de service en dentisterie, certains aspects fondamentaux existent et sont regroupés comme tel :
- l'agenda : le délai d'attente doit être le plus court possible, les rendez-vous manqués s'amplifient en fonction de son augmentation. Il faut garder des plages réservées aux soins afin de planifier rapidement le plan de traitement. Aucun rendez-vous d'avance ne doit être pris ;

ADF 2023 : morceaux choisis par la team AONews

- la première consultation ;
- le parcours du patient ;
- l'équipe et sa cohésion ;
- l'expérience digitale.

La première consultation

C'est la vitrine de notre cabinet, c'est l'étape la plus importante de notre accueil. Nous n'aurons jamais l'occasion de faire une deuxième première impression.

Les 5 étapes fondamentales de la consultation sont les suivantes :

- l'accueil du patient par l'assistante et présentation de cette dernière ;
- l'accueil par le praticien : aller chercher le patient en salle d'attente et lui serrer la main fait croitre son sentiment de considération ;
- l'entretien pré-clinique au bureau : cela permet de casser la distance, de créer une relation d'égal à égal. S'intéresser au patient augmente sa satisfaction ;
- l'examen clinique : soigner la demande du patient, comme le détartrage, afin qu'il ne reparte pas frustré ;
- la synthèse et départ : de nouveau au bureau, le patient est ensuite raccompagné.

➞ La durée de la première consultation est inversement proportionnelle au nombre de nouveau patient afin de réduire les délais d'attente.

La présentation du plan de traitement

Elle doit être graduelle et en fonction du niveau de confiance que le patient met en nous. Attention à ne pas choquer un patient qui est venu pour un contrôle-détartrage repartant avec un devis onéreux. Il est préférable de programmer un autre rendez-vous pour faire le point et présenter le devis.

- Étape 1 : introduire la séance (relationnel & objectifs)
- Étape 2 : rappeler la demande initiale
- Étape 3 : faire la synthèse des problèmes
- Étape 4 : présenter le projet personnalisé et remettre des supports

➞ Le regroupement des actes est apprécié par le patient, il préférera un seul rendez-vous de deux heures plutôt que quatre rendez-vous d'une demi-heure.

Coraline Dericbourg

Pourquoi et comment évoluer en chirurgie minimalement invasive

Conférencier : Filippo Graziani

Responsable scientifique de séance : Christian Verner

La classification des maladies et affections parodontales du World Workshop de 2017, récemment introduite, qui intègre les différents stades et grades de la maladie a permis d'établir des lignes directrices cliniques, étayées par des données probantes, fournissant des recommandations relatives au traitement de la parodontite.

Les premières étapes de traitement sont basées sur une approche non chirurgicale des poches.

En 2020, ils ont publié une revue systématique sur l'efficacité de l'instrumentation sous-gingivale à l'aide d'instruments soniques/ultrasoniques/manuelles *(Suvan et al. 2020)*. À 6-8 mois, près de ¾ des poches parodontales sont refermées, seulement ¼ nécessite une instrumentation chirurgicale.

Les lésions osseuses parodontales associées à des poches profondes sont des séquelles fréquentes des parodontites. Leur nettoyage chirurgical peut rétablir la santé parodontale lorsqu'un contrôle approprié de la plaque est établi. Cependant, différentes techniques chirurgicales ont été préconisées pour traiter de manière conservatrice les défauts intra-osseux. L'efficacité clinique de ces techniques varie considérablement. Les raisons possibles expliquant ce résultat peuvent être liées à la technique telle que la conception du lambeau (c'est-à-dire la préservation de la papille), l'incision et la suture.

Au cours des dernières décennies, des innovations techniques et technologiques ont été proposées pour tenter de minimiser le caractère invasif des procédures de régénération parodontale tout en maintenant ou en améliorant leurs performances régénératrices. Sur la base de preuves précliniques indiquant que la conception du lambeau a un impact sur la qualité de la maturation de la plaie, des techniques chirurgicales caractérisées par une extension limitée du lambeau sans incisions de décharges ont été proposées pour minimiser l'impact chirurgical sur l'apport vasculaire, favoriser une revascularisation plus rapide, optimiser la cicatrisation de 1re intention et la stabilité du caillot.

Selon Graziani, la clé de la régénération est la stabilité du caillot. Un autre facteur qui intervient dans la régénération est l'épithélium de jonction. On sait que les cellules épithéliales prolifèrent plus rapidement dans la cicatrisation parodontale et engendre une réparation par un long épithélium de jonction. Le but est donc d'exclure ces cellules. On peut parler également de la surface radiculaire : ce qui va induire une régénération des tissus c'est la préservation du cément car c'est sur lui que les fibres conjonctives vont s'attacher.

Ce qui est donc important en chirurgie est de créer un espace parmi le lambeau et les surfaces radiculaires où l'on veut avoir une stabilité du caillot et s'assurer d'une bonne fermeture des tissus pour ne pas avoir une contamination bactérienne.

Comment on réalise cela ?

Avec le **biomatériau** on maintient l'espace créé et la formation du caillot et le **type de lambeau** influe sur le type de fermeture et sur la stabilité du caillot. Depuis chaque décennie il y a eu son lot d'innovations en termes de techniques chirurgicales mais ce qui doit être souligné c'est que jusqu'aux années 2010, la réflexion du design des lambeaux se faisait sur la stabilité de la papille, de ne pas la décoller, on était dans une analyse verticale et après les années 2010 et jusqu'à maintenant on est dans une réflexion plus horizontale avec la mise en place de tissu conjonctif.

C'est la même chose avec les biomatériaux, leurs évolutions se sont adaptées à ce que l'ont souhaité. En ce qu'il concerne la papille, on a tendance à croire qu'il s'agit d'un cône pyramidal et qu'en la sectionnant, elle retrouvera sa forme initiale. Ce n'est pas le cas, elle présente un « col » qui doit être préservé à chaque chirurgie, c'est la raison pour laquelle on récline le lambeau d'un côté ou de l'autre sans jamais la couper.

Il a publié des articles sur les 3 types de défauts osseux existants (intra-osseux / supra-osseux / inter-radiculaires) *(Graziani et al 2012 ; Graziani et al 2014, Graziani et al 2015)* : l'étude de 2012 a permis de comprendre que quel que soit le type de design que l'on fera, on aura à un an sur les LIO (Lésions intra-osseuses) un gain d'attache de 1,65 mm et une réduction de la poche de près de 3 mm. Donc sur une poche de 11 mm, ça ne conviendra pas.

Les parodontistes se sont donc tournés vers une préservation de la papille (*Takei 1985*) et ont remarqué qu'en modifiant le tracé des incisions, il y avait une augmentation du gain d'attache. Ce qui semble logique puisqu'en préservant la papille on maintient une vascularisation et donc on régénère les lésions plus vite.

C'est alors que la chirurgie minimalement invasive apparaît à la fin des années 90.
Ils la définissent comme étant des lambeaux avec une extension chirurgicale conservatrice afin de réduire la morbidité postopératoire et obtenir un niveau plus élevé de gain d'attache post-chirurgical grâce à une stabilité accrue du caillot.

Enfin, en ce qui concerne le choix du biomatériau, il se fait sur la probabilité du défaut à supporter le caillot sanguin.

En conclusion, le traitement des défauts intra-osseux par chirurgie minimalement invasif semble être associé à une amélioration des paramètres cliniques parodontaux et à une rétention dentaire élevée.

Bibliographie

1. *Suvan J, Leira Y, Moreno Sancho FM, Graziani F, Derks J, Tomasi C. Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis. A systematic review. J Clin Periodontol. 2020 Jul;47 Suppl 22:155-175.*
2. *Graziani F, Gennai S, Cei S, Cairo F, Baggiani A, Miccoli M, Gabriele M, Tonetti M. Clinical performance of access flap surgery in the treatment of the intrabony defect. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Clin Periodontol. 2012 Feb;39(2):145-56.*
3. *Graziani F, Gennai S, Cei S, Ducci F, Discepoli N, Carmignani A, Tonetti M. Does enamel matrix derivative application provide additional clinical benefits in residual periodontal pockets associated with suprabony defects? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Clin Periodontol. 2014 Apr;41(4):377-86.*
4. *Graziani F, Gennai S, Karapetsa D, Rosini S, Filice N, Gabriele M, Tonetti M. Clinical performance of access flap in the treatment of class II furcation defects. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Clin Periodontol. 2015 Feb;42(2):169-81.*

Jordan Dray

Yoram Zaouch

Orthèses occlusales : et après ?

Conférencier : Antonin Hennequin

Responsable scientifique de séance : Bruno Tavernier

L'orthèse occlusale possède plusieurs indications thérapeutiques avec principalement : les troubles fonctionnels, et les restaurations prothétiques de grandes étendues (pour tester une nouvelle position mandibulaire). L'orthèse est une solution simple, réversible et peu invasive.
Pour savoir quand et comment les prescrire, il faut comprendre un peu plus la composition des dysfonctionnements temporo-mandibulaires (DTM) qui sont des myo-arthropathies, qui ont plusieurs expressions avec des douleurs articulaires, des désunions condylo-discales, un volume musculaire qui peut présenter des douleurs in situ et à distance et une grande composante centrale - lorsque la douleur s'installe sur plus de 3 à 6 mois et que l'on passe dans une phase chronique (un remaniement a alors lieu au niveau du système nerveux central).
Les DTM atteignent 7 à 12 % de la population ce qui les place en deuxième position des douleurs oro-faciales après les odontalgies et 2e cause de troubles MS après les lombalgies.
Il existe une classification simplifiée des DTM *(selon Dworkin, Leflesche 1992 ; Schiffman 2014 ; Peck 2015 ; DC/TMD Consortium).*

Comme tout acte médical, l'orthèse doit être précédée d'un entretien, d'un examen clinique, d'examens complémentaires si nécessaire, d'un diagnostic, d'une proposition de prise en charge et d'un pronostic. On ne met pas une orthèse sans avoir réalisé toutes les étapes de cette prise en charge. Si l'orthèse ne recouvre pas la totalité des dents postérieures, on peut avoir des égressions définitives et problématiques ; c'est pour cela que la prise en charge doit être rigoureuse et doit respecter certaines étapes. De plus un suivi du patient doit obligatoirement être mis en place. Le plus souvent, l'orthèse est une solution transitoire qui doit être suivie d'un sevrage.
Lorsque l'on a résolu le trouble fonctionnel, un sevrage de l'orthèse doit survenir.

Plusieurs théories sous-tendent l'utilisation des orthèses occlusales : la première est la théorie cognitive (la mise en place d'une orthèse dans la bouche d'un patient permet une phase d'apprentissage avec modification du comportement) ; la deuxième est celle de la **DV** (si on augmente la DV on diminue la force des muscles masticateurs – théorie vraie jusqu'à la 6e semaine puisqu'une adaptation s'installe) ; la troisième théorie est celle **de l'occlusion idéale** (où l'on propose une nouvelle conformation occlusale idéale qui confère au patient un repos articulaire et musculaire) ; la quatrième et dernière est celle de la **posture optimale** (articulaire en relation centrée et musculaire avec l'idée de synergie droite et gauche lors du serrage dentaire : principe des chaînes musculaires).
Si l'on a 4 théories mais que l'on ne sait pas exactement quelle est la bonne, c'est qu'elles doivent probablement concourir toutes les 4.

Que dit la littérature sur l'efficacité de l'orthèse ?
Cela marche plutôt bien que ce soit sur le volet articulaire ou musculaire (jusqu'à 70-75 % de diminution des douleurs (de l'EVA).
Elles doivent :
- couvrir l'ensemble de l'arcade,
- être confectionnées en résine acrylique dure,
- être portées uniquement pendant la nuit,
- voir une augmentation de la dimension verticale,
- l'aspect le plus important est d'assurer la stabilité des mâchoires

(Conférence consensus EACD, De Boever J.A., Milner M., Orthlieb J-D., Steenks 2007)

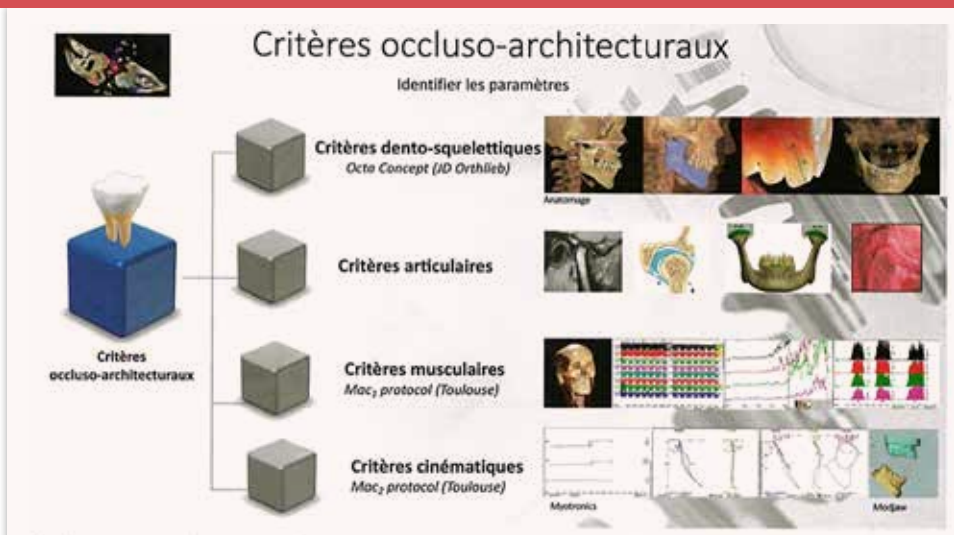
Concernant l'étiopathogénie des DTM plusieurs causes ont été identifiées : le stress – statut psycho-émotionnel ; les facteurs occlusaux ; les parafonctions ; le sexe ; l'âge ; l'hyperlaxité ligamentaire ; les traumatismes ; les facteurs systémiques ; les antécédents ODF ? (pas prouvé) ; la posture ? (idem) ; la langue ; la génétique ; le sommeil ; le contexte socio-culturel.
L'occlusion n'est qu'un facteur parmi la précédente liste donc on ne peut pas dire qu'elle soit la seule origine des DTM.
Pour les DTM il existe des facteurs prédisposants, des facteurs déclenchants et des facteurs entretenants. Ce n'est pas qu'une question d'occlusion ou de malocclusion mais plutôt une question d'adaptation ou de mal-adaptation. Ainsi l'orthèse occlusale s'inscrit dans un contexte avec un gradient thérapeutique.
Le gradient thérapeutique simple, peu invasif et réversible commence avec l'éducation thérapeutique, puis se poursuit avec le recours à la kiné MF (de plus en plus utilisée aujourd'hui), le recours à la pharmacologie et enfin le recours aux gouttières de reconditionnement neuro-musculaire (en RC et myostabilisées) avec éventuellement participation de l'hypnothérapie. Ensuite, le gradient se complexifie car il est plus invasif et moins réversible : électromyographie, traqueurs mandibulaires, modifications occlusales (uniquement en 2e intention), pharmacologie de 2e intention, toxine botulique, acide hyaluronique et enfin la chirurgie.

Le Dr Hennequin a présenté plusieurs cas cliniques

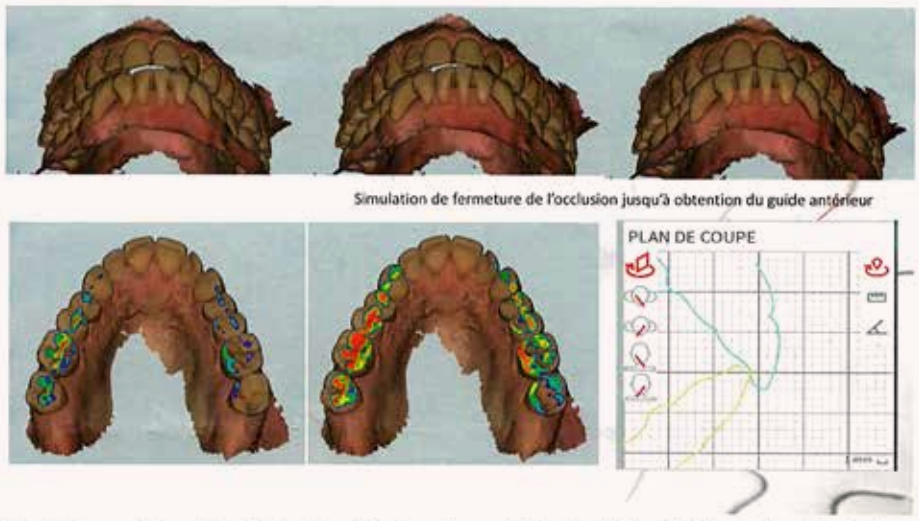
Le premier cas concerne une patiente qui se présente pour des douleurs temporales et cervicales suite à un stress personnel (décès d'un proche) et qui se réveille avec les mâchoires serrées.
La patiente est en classe II.2 avec un recouvrement excessif donc on peut penser qu'on est en face d'une occlusion étiologique, mais c'est une patiente de 45 ans qui est dans cette occlusion depuis 25-30 ans donc si l'occlusion était vraiment l'origine du problème, il serait survenu plus tôt. Nous sommes plutôt dans un contexte psycho-émotionnel difficile. Dans cette situation de myalgie, la réaction à avoir est l'explication du phénomène, conseils comportementaux et kiné MF. Pharmaco éventuelle + orthèse de repos avec équilibration de l'orthèse à 2, 4 et 6 semaines. Lorsque les douleurs sont passées, on peut entrer dans le sevrage progressif de l'orthèse en retirant progressivement une nuit par semaine puis deux nuits par semaine, etc., pour finir par la quitter complètement.
La littérature n'est absolument pas en faveur de modifications occlusales systématiques. Parfois, lors de récidives et en seconde intention, après analyse et prévisualisation de la situation finale, des modifications occlusales sont indiquées.
3 manières existent pour faire des modifications occlusales : la soustraction (meulage), l'addition (compo-

ADF 2023 : morceaux choisis par la team AONews

sites, overlays…) et le déplacement (ortho et chirurgie). Parfois il faut combiner ces possibilités pour optimiser l'occlusion.
Pour optimiser l'occlusion il faut identifier les critères qui concourent à ce qui est une bonne occlusion : l'occlusion est un phénomène dynamique et non statique, en recherche d'équilibre, qui est musculaire et articulaire bien avant d'être dentaire, et qui permet un phénomène de prise d'ancrage mandibulaire. Les critères dento-squelettiques, articulaires, musculaires et cinétiques de l'occlusion sont regroupés à travers les concepts Octa (Orthlieb) et protocoles Mac1 et Mac2 (Toulouse).
Les éléments principaux évaluant l'occlusion sont : le centrage (position non contraignante, équilibrée et centrée – sans déflexion), le guidage (enveloppe fonctionnelle qui va permettre la mastication et autres fonctions) et le calage (points permettant la stabilité de l'occlusion en fermeture).



L'occlusion est un phénomène dynamique et non statique, en recherche d'équilibre, qui est musculaire et articulaire bien avant d'être dentaire, et qui permet un phénomène de prise d'ancrage mandibulaire. Les critères dento-squelettiques, articulaires, musculaires et cinétiques de l'occlusion sont regroupés à travers les concepts Octa, Mac1 et Mac2.



Simulation numérique d'une diminution de la dimension verticale d'occlusion (Modjaw) et visualisation de l'occlusion finale permettant une analyse et une planification des modifications occlusales à considérer.

Le deuxième cas clinique concerne l'utilisation d'une orthèse à des fins de coronoplasties additives avec augmentation de DVO dans un contexte de réhabilitation complexe d'usure importante.
Les patients se présentant avec beaucoup d'usures sont des patients possédant de l'adaptation musculaire, articulaire et proprioceptive. Dans ce cas l'utilisation de l'orthèse va être intéressante à la fois pour la gestion musculo-articulaire mais aussi pour tester une nouvelle DVO de manière précoce au transfert du masque en bouche. Dans une première phase, le patient porte l'orthèse (dont la hauteur a été déterminée par céphalo) pendant deux mois et est revu tous les 15 jours : à chaque fois que le patient est revu, l'occlusion a changé et c'est l'expression du fait que les adaptations musculaires sont en train d'être levées. Au bout d'un moment le patient se sent bien et on utilise cette position pour faire un nouveau montage sur articulateur (cas réalisé en 2010) avec réalisation d'une céroplastie (wax-up) puis transfert d'un masque (mock-up) sous forme de rails (de 7 à 4 ; de 3 à 3 ; et de 4 à 7 maxillaire et mandibulaire). Une nouvelle DVO est proposée au patient en un seul rdv (compter 3 h environ). Contrairement à ce que l'on peut penser, il n'y a pas de retouches et corrections à apporter. Aujourd'hui une quantité de matériaux différents s'offrent à nous pour réaliser ce transfert provisoire, qui est adaptable (composites injectés, rails, résines, …).

Avec cette technique, l'étape de temporisation provisoire se fait en 1 seul temps, sur tous les secteurs si besoin en est.
L'astuce proposée est de travailler par sectorisation : moins de biais est généré avec moins d'imprécisions lorsque des RIA (rapports interarcades) et empreintes plus petits qu'une arcade complète sont envoyés (dans le cas d'empreintes physiques évidemment). Il va de soi, de nos jours, qu'une approche minimalement invasive se préfère (lorsque cela est possible) à des préparations périphériques complètes type couronnes.
La dernière étape a pour sujet la vérification occlusale et notamment celle du guide antérieur en statique et en dynamique (propulsion) : si cela est possible, il faut privilégier une fonction symétrique (contacts symétriques en propulsion par exemple mésial de 12 et mésial de 22). Le suivi est d'une importance clé et doit être assuré.
4 ans après, un éclat de céramique (*chipping*) apparaît sur 31, le patient décide de ne pas remplacer la facette mais de seulement la polir. 7 ans plus tard, décollement de la 41. À 11 ans, c'est au tour de la 21. Une analyse va être faite et on va s'apercevoir que ce patient qui était tendance classe II.2 hypodivergent sur la céphalo va avoir une récidive avec une sorte de verrouillage du guide antérieur. La récidive va toujours dans le sens de la situation initiale. Finalement une petite coronosplastie au niveau des bords libres a été réalisée pour lever les circonstances interférentielles procurées et la situation est rentrée dans l'ordre.

Le troisième cas proposé de coronoplastie additive est cette fois-ci avec de l'orthodontie.
La patiente se présente en consultation pour des douleurs ATM droite, avec bruits articulaires. Le diagnostic de désunion condylo-discale réductible est rapidement posé. Disque en avant BF et disque retrouve l'unité articulaire BO (bien visible sur IRM). En 1re intention, de la kiné MF est proposée mais sans résultat. En 2e intention, il est proposé le recours à une orthèse occlusale. Il est décrit que, parfois, dans le cas de désunion condylienne avec disque vers l'avant, l'utilisation d'une orthèse en antéposition peut être indiquée. Transitoirement, la mandibule va être propulsée vers l'avant pour améliorer la cicatrisation, le patient va ensuite récidiver mais cette récidive se fera hors d'un contexte algique. Ensuite un sevrage sera mis en place. Aujourd'hui, quelques études montrent que l'utilisation transitoire de ces orthèses d'antéposition permet la réduction rapide de la douleur et un soulagement musculaire. La situation apaisée, la patiente rencontre un orthodontiste pour savoir si le traitement ortho est envisageable : à son avis, avec la position classique de la patiente, des extractions asymétriques doivent être mises en place et la reconstitution d'un guide antérieur valide et efficace sera délicate, le pronostic de la 22 est modéré (atcd de greffe) avec un risque de récidive articulaire. La question qui est posée est celle-ci : puisque la patiente se trouve transitoirement avec une position antérieure, ne serait-il pas possible de la stabiliser vers l'avant ?
C'est ce qui est proposé à la patiente. Le traitement ortho commence par un nivellement en regard du bloc antérieur, puis il va falloir retirer l'orthèse pour laisser l'orthodontiste travailler. Des cales vont être mises en place pour stabiliser la position obtenue avec l'orthèse. Comme dans le cas précédent, des céroplasties sont réalisées, des rails sont collés et un maintien du nouvel RIA est permis. Il est conseillé d'utiliser une colle à la teinte la plus éloignée possible des dents naturelles pour retrouver facilement les rails lors de l'étape de dépose des provisoires. Le traitement ortho est réalisé et le conférencier revoit la patiente 13 ans après pour un IRM de contrôle. À sa grande surprise, une désunion condylo-discale gauche apparaît sur l'imagerie. Cette désunion s'est produite pendant les 13 années mais s'est faite sans symptomatologie puisque la patiente ne l'a pas remarqué et n'est pas venue consulter pour des douleurs. Donc les désunions condylo-discales sont très fréquentes et peuvent se développer sans symptomatologie même pour les patients suivis en occlusodontie.

Le dernier cas propose cette fois des coronoplasties soustractives.
La patiente est adressée pour douleurs articulaires et musculaires, sensation d'ébriété, perte d'équilibre avec vertiges. C'est une patiente qui déménage et qui avait bénéficié, dans sa précédente localité, d'une réhabilitation par overlays collés à la mandibule (37 à 33 et 43 à 47) dans un cas de lésions érosives. Depuis cette réhabilitation, la patiente se sent instable. Lors de l'examen, on remarque rapidement que le secteur antérieur est en inocclusion sans guidage, alors qu'une occlusion existe dans les secteurs postérieurs. À la vue des photos cliniques, on peut penser que le recouvrement des lésions érosives maxillaires postérieures par de la céramique a créé l'inocclusion antérieure. L'analyse occlusale, qui s'est faite de manière numérique (Modjaw), montre que la prise en charge est principalement faite par 36-37, ce qui explique le fait que la patiente se sente instable.
Après les premières étapes du gradient thérapeutique, on peut proposer une orthèse occlusale avec un port continu sur un laps de temps court (8 semaines) pour caler l'occlusion et voir si cela diminue effectivement les douleurs. Après 3 mois de port de la gouttière plus aucune symptomatologie, la patiente décrit se sentir bien en la portant.
Dans ce cas, bien que l'occlusion paraisse étiologique, on va quand même proposer un sevrage. Les douleurs reviennent logiquement et cela confirme que l'occlusion était à l'origine de ces douleurs.
L'analyse occlusale nous a montré la surocclusion postérieure avec manque de calage et de stabilité créant l'inocclusion antérieure. Le Modjaw est un outil permettant un enregistrement dynamique de l'occlusion, un enregistrement des enveloppes fonctionnelles et qui permet de recalculer le centre de rotation – l'axe charnière réel, de prévisualiser les espaces prothétiques mais aussi d'augmenter ou diminuer la DV. Pour rappel, on ne peut jamais mettre en place un meulage (coronoplastie soustractive) sans avoir prévisualisé analogiquement ou numériquement son résultat. L'analyse occlusale est un prérequis indispensable. En exportant un nouveau RIM sur le Modjaw, on peut se placer dans une situation ou la DV a été diminuée et on visualise donc les zones sur lesquelles il faut meuler pour obtenir un guide antérieur. La topographie et la quantité de corrections à apporter peuvent se visualiser sur des plans de coupe, dent par dent, apportés par le Modjaw. C'est un outil prospectif très intéressant.
On explique à la patiente qu'il va falloir meuler 8 à 10 dents pour retrouver un guide antérieur. De l'orthodontie aurait pu être envisagée mais d'un point de vue conceptuel cela aurait été dérangeant car le problème vient de l'égression postérieure, donc réaliser une adaptation antérieure orthodontique n'est pas la technique de choix. Il faut se concentrer sur la correction postérieure par coronoplasties soustractives en séquence (36-37 puis 34-35 puis 33). On corrige évidemment les céramiques et restaurations en 1re intention plutôt que les dents naturelles. Dès que le guide antérieur est obtenu, on arrête le meulage et on commence à regarder la dynamique. La patiente sera reconvoquée une semaine après pour laisser le temps à l'occlusion de « s'asseoir ».
Réévaluation à une semaine donc, et on corrige les derniers détails.
Pour sortir un petit peu du cadre de cette présentation et aller un peu plus loin, une électromyographie observationnelle a été réalisée : 3 choses sont étudiées. Le muscle est-il capable de se reposer suffisamment ? Les muscles ont-ils des contractions efficientes ? Les muscles sont-ils capables d'envoyer la contraction en même temps d'un côté et de l'autre, d'avoir une synchronicité de contraction ? Une semaine après avoir retrouvé une normalité occlusale, on peut voir sur cette électromyographie que les excès de contraction ont disparu, que les contractions sont redevenues efficientes, et que les masséters et temporaux arrivent à déclencher en même temps.
Modifier et améliorer l'occlusion a permis à la patiente d'envoyer plus de puissance et de normaliser ses forces de contraction, et cela montre qu'il existe un phénomène de réadaptation fonctionnelle, ce qui est très intéressant.

Pour résumer, les critères permettant de juger une « bonne » occlusion sont des critères dentaires, des critères squelettiques, des critères musculaires, des critères articulaires et des critères cinétiques. On devrait plus prendre en compte les critères de puissance et de proprioception des patients dans nos analyses.

Le message à retenir est qu'il existe des dysfonctionnements temporo-mandibulaires, qu'ils sont fréquents (7-12 % de la population), qu'il existe des DTM algiques et des DTM non algiques et que tous ne demandent pas une prise en charge systématique (désunion asymptomatique par exemple). Il convient d'inscrire la réponse thérapeutique dans un gradient (éducation thérapeutique ➞ kinésithérapie ➞ pharmacologie et orthèses ➞ hypnothérapie ➞ outils plus spécifiques et compliqués lorsque l'on s'intéresse à l'occlusion).
La plupart du temps, dans les cas simples, l'utilisation d'une orthèse est suivie d'un sevrage. La question n'est pas l'occlusion ou la malocclusion mais l'adaptation ou la non-adaptation. Lors d'une réhabilitation de grande étendue et que l'on souhaite tester une nouvelle occlusion et/ou un rapport interarcade, l'utilisation de l'orthèse est simple, réversible, et peu invasive. Une fois, les adaptations musculaires levées et l'analyse occlusale réalisée, l'optimisation occlusale peut se faire de 3 façons : soustractive, additive ou le déplacement (ou encore la combinaison de ces facteurs). Enfin, il existe de multiples façons d'essayer puis pérenniser une situation choisie.

Ce qu'il faut retenir
- DTM : 7-12 % de la population. Il existe des DTM algiques, et des DTM non algiques.
- En cas de DTM : il convient de respecter un gradient thérapeutique. Les orthèses occlusales s'inscrivent dans ce gradient.
- Le port d'une orthèse occlusale en cas de DTM est le plus souvent suivi d'un sevrage thérapeutique.
4. Il est recommandé d'utiliser une orthèse en préparation d'un traitement prothétique en cas de troubles fonctionnels associés, ou en cas d'augmentation de DVO.
- Dans ce cas, le port d'une orthèse pourra suggérer un nouveau RIA, suivi d'une analyse occlusale.
- L'analyse occlusale permettra des modifications occlusales par voies soustractives, additives, ou ODE
- Transposer l'occlusion souhaitée en bouche fait l'objet de protocoles de temporisation.

Maxime Benguigui

Les dernières évolutions de la chirurgie parodontale et implantaire

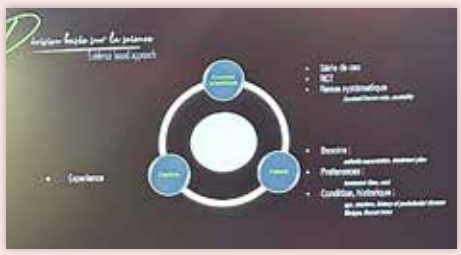
Conférencier : David Nisand

Responsable scientifique de séance : Xavier Struillou

La décision thérapeutique

Généralités

David Nisand conseille tout d'abord de s'appuyer sur les données acquises de la science. Les réponses apportées par cette dernière ne sont néanmoins pas toujours suffisantes et même parfois contradictoire. L'Evidence-Based Dentistry, n'est pas seulement basée sur la science ; elle intègre le patient aves ces besoins, préférences et particularités ainsi que l'expérience et les compétences du praticien. L'approche minimalement invasive est également à appliquer en priorité.



Cas clinique 1 : c'est un jeune patient adressé par un correspondant avec un traumatisme sur la pièce dentaire 21. L'âge du patient doit être pris en considération car plus il est jeune, plus on est conservateur. Le conférencier va choisir de conserver la dent en accord avec le patient. La décision médiale partagée est importante et en particulier dans ce genre de cas où le taux de succès sur le long terme n'est pas bon. Le correspondant récupère donc son patient et lui dévitalise la dent avant de recoller le fragment dentaire manquant.

Les erreurs de décision

Il faut être minimalement invasif tout en restant prédictible dans ce que l'on fait. Les innovations sont importantes dans l'évolution de notre discipline malgré tout, elles sont à examiner avec un regard critique et ne doivent pas nous faire oublier nos fondamentaux.

Les complications

Cas clinique 2 : infection tardive du sinus. Le protocole nous amène à retirer l'implant en cause puis à nettoyer le sinus avant de le laisser cicatriser. Cela nous amène à la notion de responsabilité, il faut pouvoir gérer chacune de ses complications et tout ce qu'elles impliquent.

L'approche minimalement invasive permet de garder la dent le plus longtemps possible sur l'arcade, cela ne veut pas dire que l'on n'aboutira pas quelques années plus tard à l'extraction. C'est du temps de gagné sur les autres complications que peut amener un implant. Dr Nisand suggère qu'il faut accepter de se tromper pour essayer d'être plus conservateur.

Les innovations en chirurgie parodontale

De nos jours, nous avons une meilleure compréhension de la cicatrisation parodontale. Lorsque nous souhaitons acheter un nouveau biomatériel, il est nécessaire qu'il puisse apporter une fermeture stable de la plaie, de l'angiogenèse ainsi qu'un maintien d'espace permettant la régénération. Afin d'obtenir une bonne régénération du système d'attache parodontale, il est nécessaire d'être en présence d'os, de ligament et de cément. La régénération osseuse guidée est plus facile car nous aurons besoin d'un seul type de tissu : le tissu osseux. Les indications de chirurgie parodontale ont été réduites pour laisser place à la parodontologie médicale qui est moins invasive. Si la chirurgie est obligatoire, les traits d'incision devront être le plus réduits possible.

Cas clinique 3 : lors d'une chirurgie parodontale, trois grandes techniques **existent pour régénérer la zone altérée.**

- Le comblement osseux via l'apport de biomatériaux ostéo-conducteurs.
- La régénération tissulaire guidée avec une membrane. Elle devra être parfaitement stable.
- La pose de dérivés de la matrice amélaire (Emdogain®) qui sont des protéines stimulant la cicatrisation de l'os. Ils permettent de stabiliser le caillot tout en stimulant l'angiogenèse.

→ Il ne faut pas associer une membrane avec un dérivé de la matrice amélaire.

→ Le seul niveau de preuve assez haut concernant l'efficacité du PRF se trouve dans les cas de préservation alvéolaire.

Actuellement, les dernières évolutions permettent de conserver pratiquement toutes les dents monoradiculées. La seule limite est la mobilité verticale. D. Nisand gère la mobilité de la dent lors de la cicatrisation en faisant une contention. Le plus important selon lui, ce qui amènera 95 % de notre résultat est simplement lié aux éléments suivants :

- le traitement parodontal non chirurgical,
- la justesse de l'indication,
- la qualité des lambeaux.

Les innovations en chirurgie mucogingivale

Les concepts sont les mêmes qu'en chirurgie parodontale, on essaye d'être minimalement invasif.

Cas clinique 4 : la patiente a une récession généralisée. Il a été décidé de décoller le moins possible les lambeaux, grâce à l'utilisation de petits décolleurs, pour créer de petites enveloppes d'épaisseur partielle jusqu'à la ligne muco-gingivale. L'épaisseur du prélèvement de tissu tubérositaire permet d'être découpée en petits morceaux, puis placée au niveau des récessions gingivales. Il n'utilise pas la technique de tunnelisation, jugé trop invasive.

Les biomatériaux de muco-gingivale de type Mucoderm® ou Fibro-Gide® ne sont pas utilisés par le praticien.

Les innovations en implantologie

Selon les mêmes mesures les techniques en implantologie doivent être minimalement invasives en décollant le moins possible lors du premier et du deuxième temps implantaire. Dans un cas où la corticale vestibulaire est absente, l'implantation immédiate n'est pas préconisée. Il est possible d'implanter à 6 semaines de manière précoce car il n'y aura plus d'infection et une cicatrisation osseuse engagée.

Conclusion

Lorsque nous sommes face à des innovations ou à de nouveaux protocoles il faut regarder d'un point de vue biologique ce qu'elles ont à nous apporter.

- Est-ce que je peux fermer mon lambeau ?
- Est-ce que je stimule mon saignement ?
- Est-ce que mon matériau va être stable ?

Ensuite, il faudra essayer d'être minimalement invasif au niveau des tissus, en ayant des trajets d'incision qui permettront de favoriser une bonne cicatrisation tout en respectant nos fondamentaux.

Coraline Dericbourg

20 & 21
JUIN
2024

les LUMIÈRES DENTAL SYMPOSIUM

BARCELONE

LUMIÈRE SUR LA GESTION PARODONTALE

Nous vous proposons un événement exceptionnel qui mettra en lumière **« la gestion parodontale »** avec des conférenciers experts, de renommée mondiale, qui vous proposeront **des conférences et des ateliers de travaux pratiques sur les dernières techniques et avancées pour améliorer votre pratique clinique**.

Ce congrès vise à développer, tout en évaluant de manière critique, nos connaissances actuelles sur tous les aspects de la parodontologie et de la dentisterie implantaire. Nous sommes impatients de vous retrouver les **20** et **21 juin 2024** à **Barcelone** pour 2 jours d'échanges sur la gestion parodontale autour des dents et des implants !!!

LES CONFÉRENCIERS

Dr Santi CARRERAS
ESPAGNE
Président

Pr Giovanni ZUCCHELLI
ITALIE

Pr Pietro FELICE
ITALIE

Dr Maryia KARABAN
ITALIE

Dr Anton SCULEAN
SUISSE

Dr Carole LECONTE
FRANCE

Dr Carlo BARAUSSE
ITALIE

Dr Julien MOURLAAS
FRANCE

Dr Benjamin CORTASSE
FRANCE

Dr Alex DAGBA
FRANCE
Modérateur

Dr Perrine BALLAND
FRANCE
Modératrice

DÉTAILS DU PROGRAMME
& INSCRIPTION
EN LIGNE SUR
leslumieres.globald.com

oskar
Oral Surgery Keys & Research

GlobalD

DP-AON_Fev24_LUMI_A3-F-Ed1-24

Jean-Marc Dersot pour la reprise du chapitre niçois !

Juste avant le confinement le chapitre AO Nice avait reçu lors d'une soirée exceptionnelle le Dr Bernard Touati qui, grâce à son aura, avait réuni plus de 100 praticiens.

Nous avons eu du mal à rebondir, mais finalement nous avons décidé de repartir d'un bon pied et c'est notre ami Jean-Marc Dersot qui a répondu présent pour notre première soirée. Sa gentillesse, sa compétence, sa manière simple et didactique d'expliquer les choses, ses talents de conférencier afin de captiver l'attention ont été essentiels pour nous donner un moment particulier.

C'était quelques jours après les terribles évènements qui se sont passés en Israel et nous nous sommes posé la question de l'opportunité de faire la réouverture de notre chapitre à ce moment-là... Le bureau a pris la décision, après moult réflexions, de motiver les membres AO Nice, de croire à l'unité de notre groupe et de croire malgré tout au fait que l'intelligence, l'éducation, la sensibilité du cœur, l'amitié sincère et fidèle seront les vainqueurs. Et nous avons eu raison !
Après 3 ans d'inactivité, entouré d'un bureau renouvelé, nous avons repris les activités scientifiques et conviviales d'AO Nice-Côte d'Azur.

Sur un thème général intitulé *Ortho-Paro, le couple gagnant pour la gestion du secteur antérieur*, deux thématiques ont été abordées par Jean-Marc Dersot, parodontiste, au cours de cette soirée du 13 novembre.

Optimiser les conditions parodontales autour des canines maxillaires incluses

Entre janvier 2010 et décembre 2022, dans le cadre d'un exercice libéral, 1363 dents incluses ont été exposées à des fins orthodontiques.
La grande majorité était les canines maxillaires (1012 - 74,25 %) suivies, dans un peloton serré par les canines mandibulaires (69 - 5,06 %), les secondes prémolaires mandibulaires (62 - 4,54 %), les incisives centrales maxillaires (60 - 4,40 %), le groupe des 1res et secondes prémolaires maxillaires (46 - 3,37 %), les secondes molaires mandibulaires (45 - 3,30 %) et les incisives latérales maxillaires (36 - 2,64 %). Grâce à une riche présentation résolument clinique, JM Dersot a illustré toutes les techniques de chirurgie parodontale d'exposition des canines maxillaires vestibulaires ou palatines, et a présenté un arbre de décision chirurgicale pratique. Il a aussi souligné l'indispensable dialogue et la coopération étroite entre les orthodontistes et les parodontistes.

Agénésie de l'incisive latérale maxillaire et implant : est-ce vraiment la meilleure solution ?

Face à cette situation, les options thérapeutiques sont multiples : ouverture ou fermeture de l'espace, extraction de l'incisive controlatérale parfois naine, prothèse provisoire amovible, bridge collé deux ailettes, bridge collé une ailette, bridge conventionnel ou encore implant. Le diagnostic est fait de manière précoce par l'examen radiographique et, dès le début de la phase orthodontique il est important de savoir si la solution implantaire peut être réalisée. La faisabilité de l'implant doit répondre à certaines conditions concernant le couloir osseux (hauteur et épaisseur de l'os), l'espace mésio-distal et le parallélisme des racines des deux dents adjacentes.
Cependant, en raison de l'hypo-développement osseux, dans 60 à 85 % des cas, il est nécessaire de reconstruire au préalable les structures osseuses et/ou gingivales. Le rapport coût/bénéfice/risque, mais aussi l'âge auquel le traitement orthodontique est réalisé, peuvent aider à choisir la solution la plus adaptée et la plus durable. Une cinquantaine d'études réalisées sur la zone antérieure maxillaire précise quelle peut être l'évolution d'un implant, 15 à 20 ans après sa pose, et les résultats sont peu encourageants.

La communication de JM Dersot a permis de comprendre la démarche clinique et les choix raisonnés face à l'édentement unitaire antérieur maxillaire et, là aussi l'abord global et les thérapeutiques pluridisciplinaires.

Quelque 100 praticiens, venant de Nice et de ses environs, étaient présents à cette 1re soirée.

Le Président, Franck HAGEGE a profité de cette belle affluence pour présenter son bureau et un riche programme pour 2024.

Tous nos vœux de réussite à ce nouveau chapitre.

Jean-Marc Dersot et une ancienne consœur parisienne Dr Mehouas

Anna Chichou, Georges Afota, Nathan Touret, Franck Afota, Yves Tolila, Frédérique Bally Genet, Lionel Sellam et Gérard Tolila

La jeune génération

Florence et Yves Cornet, Gérard et Eytan Perez

L. Sellam et Y. Tolila

Paul Gazan, Arnaud Sammut, F. Afota et Thierry Andres (ETK)

Merci à nos partenaires : Dentelec, Henry Schein, Kerr, Laboratoire My Pearl, Z System

Lena Ben Kiran, Guillaume Boucher et Laurent Vaissière

Franck Hagège

AO Strasbourg

Le chapitre fête son 1er prix !

Petite soirée conviviale pour remercier les partenaires, le président Philippe Lévy avec une partie du bureau, Avital Fringero Diyan, Talia Wendling Guivante et Alain Azuelos.

Prix AO/Pierre Fabre Oral Care

Belle soirée AO Paris le 8 décembre dernier, pour bien terminer 2023, avec un jeune duo d'endodontistes, Brice Riera et Valentin Marchi, lesquels ont traité, à tour de rôle, tout d'abord de la conservation de la dent en endodontie, puis du traitement canalaire.

Grâce à notre super reporter, Coraline Dericbourg, retrouvez ci-dessous le compte rendu scientifique de ces interventions.

Remise des diplômes AO aux conférenciers par la présidente Géraldine Fima et l'organisateur de la soirée Serge Zagury

Patrick Missika venu encourager Brice Riera et Valentin Marchi, avec Géraldine

Arielle Uzan et Sam Assous

David Bensoussan, Ilana Amor, Hervé Uzan et Franck Sebban

Michael Uzan et Serge

Franck et Géraldine avec Sandrine do Santos (Biotech)

Joël Benguigui (Kerr) avec les 2 conférenciers

La présidente et Audrey Ohayon avec la commerciale d'Actéon

Jérôme Loeb (Yelo Dental)

S. Assous, Brice, Cyril Perez et Stéphane (Yelo Dental)

Coraline Dericbourg

La conservation de la dent en endodontie : de la décision thérapeutique…

Introduction

La dentisterie basée sur les faits, c'est aussi le choix que fera le patient en fonction de ses besoins et de ses préférences. Ce sont les différentes options qui composent la dentisterie basée sur les faits qui permettra la décision thérapeutique. Quel que soit le traitement choisi, l'objectif sera le même : prolonger le plus longtemps possible la durée de vie de la dent sur l'arcade.

Cette durée de vie dépend du pronostic global de la dent qui est constitué de plusieurs sous catégories :
- pronostic prothétique,
- pronostic biomécanique : le capital dentaire restant de la dent à corréler avec le risque de fracture,
- pronostic parodontal,
- pronostic endodontique.

➞ Si un seul de ces pronostics est mauvais, c'est nécessaire et suffisant pour que la dent soit à extraire.

Les pronostics mauvais

Le pronostic endodontique

Un pronostic endodontique mauvais c'est lorsque l'on ne parvient pas à résoudre une pathologie inflammatoire et infectieuse malgré les traitements engagés. L'échec endodontique pur représente seulement 10 % des cas d'extractions. En endodontie, nous retrouvons plusieurs thérapeutiques qui ont le même objectif : remettre la dent dans un contexte biologique favorable à la santé et à la cicatrisation des tissus.
Selon la littérature, une étude sur 1 000 dents montre que l'efficacité du traitement initial et de la chirurgie endodontique culmine entre 85 et 90 %, le retraitement quant à lui se situe entre 75 et 80 %.

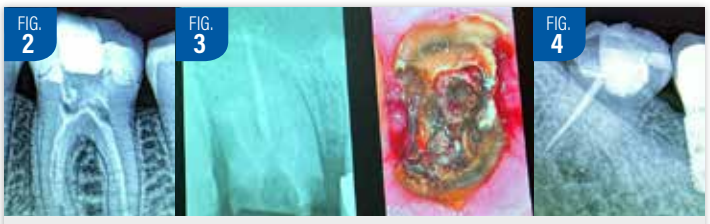
Le pronostic prothétique

Le processus prothétique mauvais, c'est quand on ne peut pas faire une restauration prothétique de façon fiable et pérenne. Par exemple, après la dépose d'une couronne nous pouvons nous apercevoir que l'inlay-core est volumineux et que son retrait entraînera un délabrement important. Ces problèmes prothétiques représentent 37 % des extractions des dents traitées endodontiquement.

Le pronostic biomécanique

Le pronostic biomécanique mauvais, c'est une dent qui risque sinon qui présente déjà une fêlure ou une fracture. **Avoisinant les 30%, ces catégories de cas pour lesquels les dents traitées endodontiquement ne sont pas conservables d'un point de vue biomécanique sont les suivantes :**
- les fractures de cuspides qui ne sont pas restaurables car la limite de cette dernière descend assez bas ;
- les fêlures à initiation coronaire qui descendent assez bas au niveau radiculaire. La fêlure est une fracture incomplète des tissus ;
- la fracture verticale à initiation coronaire ou radiculaire qui est très peu souvent immédiatement visible cliniquement. Nous verrons plutôt les conséquences de ces dernières tels que les voussures parodontales situées très en cervical, un sondage parodontal ponctuel profond (l'image en doigt de gant) **(Fig. 1)**. ou un test de morsure positif.

Image en doigt de gant caractéristique d'une lésion de type fêlure/fracture



Retraitement canalaire, chirurgie endodontique ou extraction ?

Le pronostic parodontal

Un pronostic parodontal mauvais, c'est lorsque le support parodontal n'est pas suffisant pour maintenir la dent sur l'arcade. C'est le motif d'extraction de 8,5 % des dents traitées endodontiquement.

Cas cliniques

Cas clinique 1 : tous les pronostics sont au vert, la dent doit être retraitée **(Fig. 2)**.

Cas clinique 2 : les pronostic prothétique et biomécanique ne sont pas bons, il faut extraire cette dent **(Fig. 3)**.

Cas clinique 3 : c'est la typologie de cas où l'on ne sera jamais tous d'accord. Les pronostics énumérés plus haut sont moyens et orienteraient vers l'extraction de cette dent. Seulement, la dentisterie basée sur les faits, c'est aussi l'expérience clinique à corréler avec les envies, les besoins et les priorités du patient. Dr RIERA, formé à l'endodontie, a choisi de faire le retraitement canalaire en accord avec le patient qui souhaite conserver sa dent **(Fig. 4)**.

➞ D'après la littérature, l'augmentation de la décision de conservation de la dent augmente avec le niveau de formation en endodontie. *Does the Endodontic Edu-*

cation Level Affect Decision-Making for Endodontically Treated Teeth With Apical Periodontitis ? A Web-Based Survey. Betul Aycan Alim-Uysal 1, Asiye Nur Dincer 2, Berkan Yurtgezen 3, Mehmet Burak Guneser 2.

Les pronostics moyens

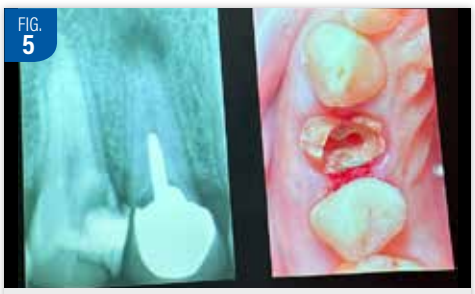
Le plus compliqué dans la décision thérapeutique c'est la nuance.

Pronostic moyen en endodontie

C'est lorsque tout n'est pas garanti pour avoir les pronostics classiques au vert. L'un des facteurs de risque peut être :

- l'absence d'un canal sur une dent déjà traitée : s'il n'a pas été trouvé une fois, c'est qu'il y a une bonne raison. Un canal qui n'est pas traité, c'est environ 30 % de risque qu'une lésion apicale apparaisse ;
- la présence de perforation : elle augmente de 43 % le risque de lésions en regard de cette perforation ;
- l'absence de perméabilité : elle va nous empêcher d'aller au plus proche de l'apex pour nettoyer le canal alors que c'est une zone critique de garantie d'une bonne cicatrisation osseuse. C'est causé, par exemple, par la présence d'un instrument fracturé, de butées, de fausses routes, d'oblitération canalaire etc. Cet ensemble d'élément augmente de 12 % par mm de canal non obturé le risque d'une lésion apicale.

Pronostic prothétique moyen



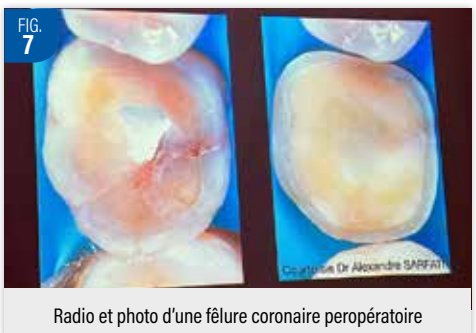
Pronostic prothétique moyen

C'est un pronostic où l'on ne va pas pouvoir garantir une prothèse de façon aussi fiable et pérenne que sur une dent avec 4 parois hautes et épaisses ; cela dépendra par exemple du capital dentaire restant sous la couronne. Lorsque l'effet férule est réduit à 1 paroi ou moins, l'échec prothétique est situé entre 5 et 25 % **(Fig. 5)**.

Le pronostic biomécanique moyen

C'est une dent qui est potentiellement à risque de se fracturer car, entre autres, il reste peu de capital dentaire. Si nous sommes en présence de moins de 30 % de la structure coronaire restantes, le risque d'extraction à 4 ans est trois fois plus important. Cette catégorie regroupe également les fêlures coronaires strictes **(Fig. 6,7,8)**. Dans un premier temps, il faudra traiter la dent endodontiquement puis la mettre en sous occlusion avant d'effectuer la préparation de la restauration type overlay ou couronne collée (sans ancrage radiculaire). Le trait de fracture doit être retiré entièrement si cela est possible.

Radio et photo d'une fêlure coronaire préopératoire

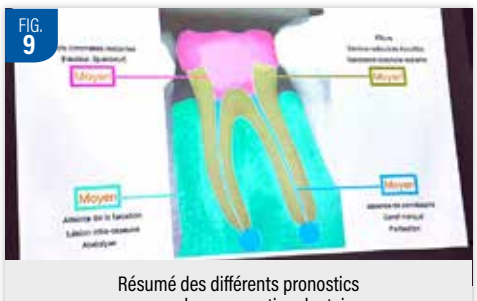


Radio et photo d'une fêlure coronaire peropératoire

Radio et photo d'une fêlure coronaire postopératoire

Le pronostic parodontal moyen

Ce pronostic est moyen lorsque le support parodontal est affaibli, par exemple, par une alvéolise horizontale. Une alvéolise horizontale modérée (-30 %) à sévère (-50 %), c'est 2 à 4 fois plus de risques d'extraction. L'atteinte de la furcation c'est entre 1,5 et 4 % de risque extraction en fonction du stade de la lésion.

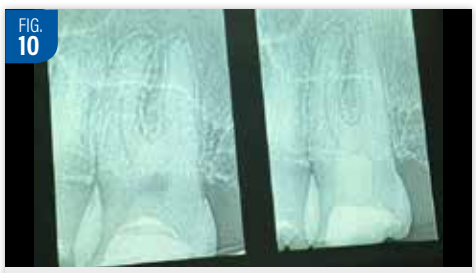


Résumé des différents pronostics moyens de conservation dentaire

Cas cliniques

Cas clinique : patiente de moins de 40 ans qui souffre d'une pulpite aigue irréversible **(Fig. 10)**. C'est le choix de la pulpotomie totale qui est retenue afin de conserver la vitalité pulpaire au niveau radiculaire. On sait maintenant que lors des pulpites aigues irréversibles, surtout dans les stades précoces, c'est uniquement la pulpe camérale qui s'inflamme. Ce traitement est choisi car il a un excellent taux de survie à 3 ans de 94 % mais également cat il permet de prolonger la présence de la dent sur l'arcade sur le long terme. En effet même si le traitement canalaire est effectué plus tard, cela sera du temps gagné qui retardera ensuite le retraitement, la microchirurgie et l'extraction.

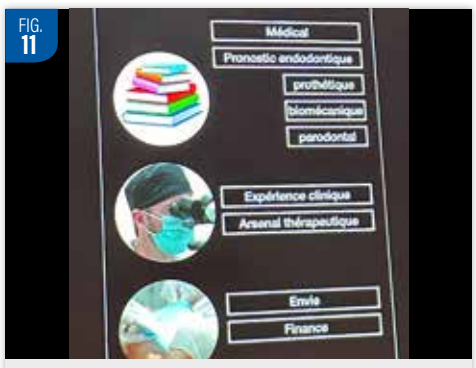
→ Lors de fracture/fêlure de l'une des racines et que le patient souhaite à tout prix conserver sa dent l'amputation radiculaire de la racine fracturée avec une chirurgie endodontique est possible. Le taux de survie à 5 ans est de 95 %.



Cas clinique d'une pulpite irréversible aiguë

Conclusion

Peu importe le diagnostic, on n'aura pas forcément la même décision thérapeutique que notre confrère parce que l'on est différent, que nos patients sont différents avec leurs propres besoins, leurs propres envies et leurs propres impératifs. Notre propre vision des choses évolue également avec le temps.
Il n'y a pas de mauvaise décision thérapeutique tant que la décision thérapeutique est prise pour des bonnes raisons.



Résumé des différents facteurs de décision thérapeutique

SOCIÉTÉ DES CENDRES
Depuis 1859

Expertise et précision

Découvrez nos lasers diodes et erbium, des outils indispensables pour des interventions dentaires efficaces et confortables.

Pour en savoir plus, participez à nos formations approfondies sur l'utilisation des lasers dans votre pratique quotidienne :

www.sdc.fr

Ces produits sont des dispositifs de classe II b / CE0051 fabriqués par LAMBDA SpA. Dispositifs non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement la notice et l'étiquette avant toute utilisation.

DOCTOR SMILE
INNOVATION HAS A NAME

La conservation de la dent en endodontie : de la décision thérapeutique...

...au traitement

Introduction

Un traitement canalaire c'est travailler la dentine. Travailler la dentine, c'est travailler des zones biomécaniques clés pour la dent traitée : les poutres de résistance de la dent.
Selon la littérature il est possible de retrouver :

- la dentine interaxiale, située entre le plafond pulpaire et l'émail occlusal. Lors du travail de cette dentine, une perte de 5 à 20 % de la résistance biomécanique est retrouvée en fonction de la taille de la cavité ;
- la crête marginale. Avec la perte d'une crête, la dent perd environ 30 % de résistance puis 45 % avec une cavité occluso-proximale et une crête perdue. Lorsque l'on passe en cavité occluso-mésio-distale nous perdons 63 % de résistance ;
- la dentine péri-cervicale : elle est située 4 mm au-dessus et en dessous du niveau osseux. Elle fait le tour de la dent et pendant sa fonction c'est elle qui concentre le plus de contraintes ;
- l'épaisseur de dentine radiculaire : elle sera travaillée lors de l'instrumentation.

Faire un traitement canalaire, c'est forcément travailler ces poutres de résistance biomécanique. Si la dentine est trop peu travaillée, le pronostic biomécanique de la dent sera optimisé à l'instar du pronostic endodontique. En effet, le volume nécessaire à un bon nettoyage, une bonne désinfection et une bonne obturation sera insuffisant. Si au contraire la dentine est trop travaillée, c'est le pronostic biomécanique qui est compromis. Le travail de la dentine doit être aussi petit que possible et aussi large que nécessaire.

L'idéal serait d'obtenir les deux, un bon pronostic biomécanique et un bon pronostic endodontique.

La cavité d'accès

Nous avons à disposition différents types de cavité d'accès décrits dans la littérature **(Fig. 1)**.

- La cavité d'accès traditionnelle : nous pourrons observer toutes les entrées canalaires au niveau de la face occlusale.
- La cavité d'accès conservatrice : un seul angle de vue est disponible, les entrées canalaires ne sont pas toutes visibles.
- La cavité d'accès ultra-conservatrice : c'est le minimum que l'on puisse faire pour accéder à l'intérieur de la chambre camérale. Le plancher pulpaire est travaillé de façon partielle et les parois de la chambre sont conservées.
- La cavité Truss : les canaux sont visibles depuis la face occlusale à travers deux cavités minimalement invasives. Cela empêcherait la déflexion des cuspides.
- La cavité d'accès dirigée par la carie : c'est par la lésion carieuse que sera réalisée la cavité d'accès.
- La cavité d'accès dirigée par la restauration.

Avec une cavité d'accès trop large, le pronostic biomécanique n'est pas optimisé en revanche le traitement endodontique est facilité.

Si la cavité d'accès est trop étroite, trois problèmes majeurs s'exposent à nous.

- Pertinence clinique : peu de patients se présentent avec une nécessité de traitement canalaires sur des dents dont les couronnes sont quasiment intactes.
- Le temps d'instrumentation canalaire : il est augmenté de 2,5 fois par rapport au travail d'une cavité d'accès classique. Le risque de fractures d'instruments est également augmenté par les contraintes exercées sur la lime.
- Le pronostic endodontique : l'espace de travail réduit amène une réduction du succès du traitement endodontique. Les cornes et le plafond pulpaires ne sont pas retirés et les canaux accessoires plus difficiles à identifier. La désinfection canalaire ainsi que l'obturation radiculaire et coronaire seront également complexifiées.

→ La cavité d'accès idéale **(Fig. 2)** est donc la cavité d'accès conservatrice modifiée afin de permettre le travail de l'intégrlalité de la pulpe camérale. Le protocole endodontique classique pourra être exécuté.

FIG. 2

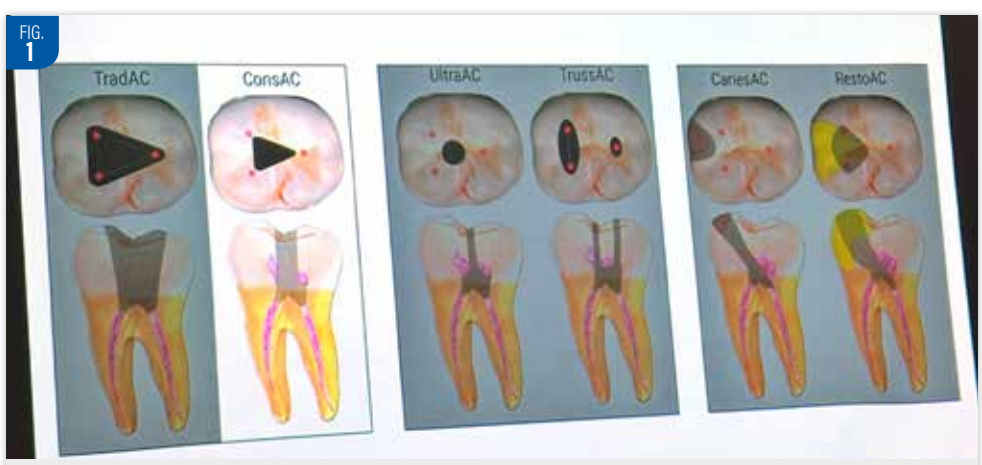
Cavité d'accès idéale

Quels sont les moyens à notre disposition pouvant nous aider à réaliser ces qualités d'accès idéales ?

- L'imagerie : elle peut nous guider pour la cavité d'accès ou sur l'anatomie canalaire.
- Le grossissement : les aides optiques comme le microscope ou les loupes permettent d'exécuter plus facilement les cavités d'accès conservatrices.
- Les fraises long-col, les ultrasons, les instruments traités thermiquement, les miroirs de bonne qualité sont également des moyens techniques à notre disposition qui facilitent l'élaboration d'une cavité d'accès idéale.

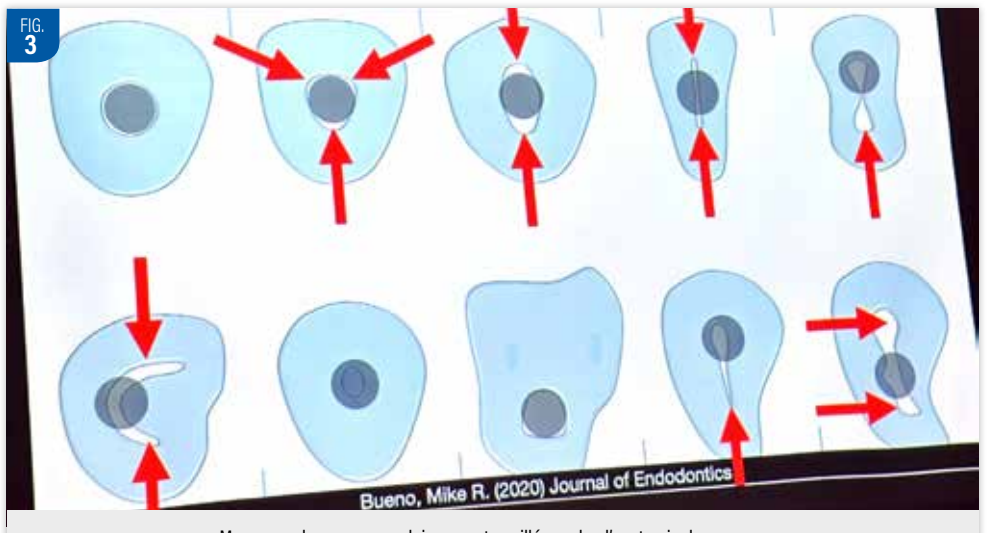
Une fois la cavité d'accès idéale réalisée, il est nécessaire d'instrumenter les canaux. Des centaines de marques proposent toutes sortes de matériels. Parmi toutes les caractéristiques que peut avoir un instrument, deux sont particulièrement importantes : la conicité des instruments et le diamètre apical qu'il crée.

FIG. 1



Présentation des différentes cavités d'accès pulpaires

FIG. 3



Marquage des zones canalaires non travaillées selon l'anatomie des canaux

La conicité des canaux

La conicité va être l'augmentation du diamètre de l'instrument par millimètre en direction coronaire. Par exemple avec une conicité de 5 %, nous allons pour chaque millimètre parcouru en direction coronaire avoir une augmentation de 0,05 mm

Conicité trop importante

Au niveau de notre travail canalaire la dentine est particulièrement travaillée et le pronostic biomécanique n'est pas optimisé. Au niveau du pronostic endodontique, il n'est pas tellement amélioré car l'anatomie des canaux peut être conique mais aussi pyramidal, en forme de C, en forme de gouttes, en forme de rubans contrairement à nos instruments qui ont toujours des sections rondes. Cela implique des zones de la dentine qui ne sont pas travaillées mais qui devraient l'être puis des zones de la dentine qui ne devraient pas être travaillées mais qui le sont.

Le risque d'erreur iatrogène augmente : plus la conicité est grande, plus la présence de métal au centre de l'instrument est importante, il sera plus rigide. Nos instruments, même traités thermiquement vont se redresser lorsqu'ils sont courbés. Les risques de stripping, de butée, de fausses routes et de perforation sont augmentés. Les zippings sont des déchirures du foramen qui conduiront à une mauvaise étanchéité et un risque de sur-obturation, de surextension du matériau, d'obturation.

Nettoyage et désinfection : lorsque l'aiguille d'irrigation est beaucoup plus petite que le diamètre canalaire, les forces habituelles de cisaillement qui permettent de décoller les débris ne s'appliquent pas contre les parois. La désinfection ne s'effectue donc pas correctement puisque le nettoyage n'est pas complet. L'obturation est facilitée, toutes les techniques d'obturation peuvent être exécutées.

Conicité trop faible

Le capital dentaire est préservé au maximum. Le pronostic biomécanique est bon contrairement au pronostic endodontique du fait du manque de volume permettant le nettoyage et la désinfection.

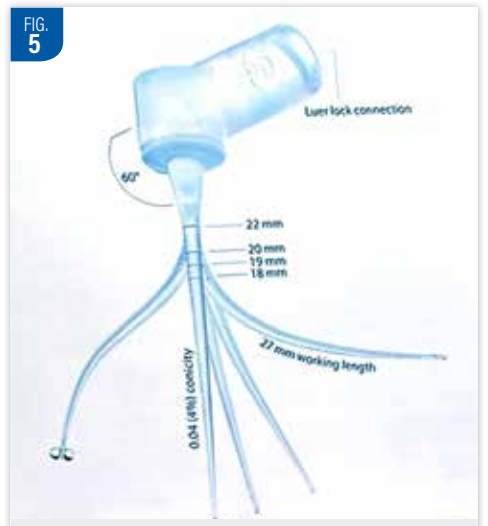
La conicité idéale

Elle doit permettre de diminuer le contenu organique et minéral des canaux tout en optimisant les pronostics biomécanique et endodontique. Elle est aussi petite que possible et aussi large que nécessaire. Elle se situe entre 4 et 6 % en corrélation avec la conicité naturelle des canaux, attention elle n'a pas un haut niveau de preuve dans la littérature. Elle nous permet également de respecter les poutres de résistance mécaniques de la dent, notamment la dentine péri-cervicale qui joue un rôle de soutien majeur.

FIG. 4

Localisation de la dentine péri-cervicale

FIG. 5



Aiguille d'irrigation idéale

Les aiguilles en polypropylène sont pourvues d'une conicité de 4 % et d'un diamètre apical de 30 centièmes. Elles ont une grande plasticité et élasticité qui permettra de suivre les courbures et de délivrer la solution d'irrigation au plus proche de l'apex **(Fig. 5)**.

La conicité idéale doit permettre également de réaliser l'obturation. Certaines techniques d'obturation peuvent être freinées par cette conicité notamment avec le fouloir de Machtou.
Avec l'évolution des biomatériaux, certains protocoles permettent de ne plus rentrer d'instruments loin dans le canal comme, par exemple, avec le ciment biocéramique. Cela nous permet de réaliser des obturations qualitatives en adéquation avec des conicités aussi faibles.

Les diamètres apicaux

Les moyens mis à notre disposition pour gérer les différentes tailles de diamètre apical sont fournis par

Prochaine soirée AO Paris, jeudi 28 mars

Jean-François Chouraqui

L'apport du numérique aux restaurations implanto portées : pour une pratique quotidienne simplifiée : *Si la chirurgie guidée facilite et sécurise le geste implantaire, elle est surtout l'occasion, pour le praticien qui réalisera la prothèse, de valider les axes et les émergences des implants. La planification, préalable indispensable à la chirurgie guidée est donc un outil essentiel de la communication entre les équipes chirurgicales et prothétiques.*

Lieu : Intercontinental Marceau | **Horaires :** accueil dès 19h30, conférence 20h30
Tarif : non-membre 160 €, et gratuit pour les membres à jour de la cotisation 2024
www.alphaomegaparis.com

les industriels. Pour l'instrumentation manuelle, les différents diamètres sont compris classiquement entre 8 et 140. La zone apicale des racines des dents est à 75 % de forme ronde comme nos instruments, cela facilite sa désinfection.

Le diamètre apical trop large

Nous retrouvons une nouvelle fois une détérioration du pronostic biomécanique ayant pour cause le travail de la dentine qui n'a pas besoin de l'être. Pour autant, selon la littérature le taux de succès des endodonties n'est pas différent lorsque les diamètres apicaux sont compris entre 25 et 100.
Nettoyage et désinfection : le pronostic endodontique est amélioré en termes de nettoyage car le niveau d'irrigation est important au niveau péri-apical. Le risque iatrogénique est augmenté ; il est représenté par les déchirures du foramen, les butées, fausses routes et perforations.
L'obturation canalaire : un diamètre trop large va compliquer l'obturation en empêchant d'en obtenir un bon contrôle. Les possibilités d'extrusion, de surextension ou de sur-obturation avec le matériau choisi sont considérablement augmentées.

Le diamètre apical trop petit

Un maximum de capital dentaire est préservé, le pronostic biomécanique sera donc optimisé. Le pronostic endodontique sera au contraire mauvais dû à l'insuffisance de nettoyage et à la persistance de débris.

Le diamètre apical idéal

Il optimise à la fois le pronostic biomécanique et le pronostic endodontique. La littérature ne fournit pas un haut niveau de preuve mais il serait situé entre 25 et 30 et considéré comme insuffisant en dessous de 25. Il devra s'adapter à l'anatomie canalaire, aux résorptions radiculaires et aux oblitérations canalaires. La sensation clinique est également importante ; si l'on sent que la lime n'est pas travaillante lorsque la longueur de travail est atteinte, il conviendra d'augmenter le diamètre apical de son instrument.

Conclusion

Un travail de la dentine trop important optimise le pronostic endodontique en facilitant les étapes du traitement canalaire à l'instar du pronostic biomécanique. C'est le contraire qui s'applique si la dentine n'est pas suffisamment travaillée.
Le travail de la dentine doit être aussi petit que possible et aussi large que nécessaire.

Coraline Dericbourg

Sébastien Melloul à Lyon !

Nous avons eu la chance de recevoir pour la soirée-conférence du 14 décembre l'excellent Sébastien Melloul qui a permis à Alpha Omega de finir l'année en beauté.

Sébastien est spécialisé en parodontologie et implantologie, et son CV est juste impressionnant car ses formations, dans ces deux domaines notamment, sont très avancées. Il a su intégrer le numérique à ses deux spécialités avec beaucoup d'étapes et quelques échecs qu'il a décortiqués et analysés pour enfin arriver au succès. Durant sa conférence, il a parlé sans langue de bois et sans vanter une marque en particulier en donnant de nombreuses explications et astuces qui ont grandement intéressé les participants. Ce conférencier généreux, génial et passionné nous a beaucoup touchés, parce qu'en plus d'être brillant, Sébastien est un homme de cœur qui a souhaité que l'intégralité de ses frais de déplacement soit versée à l'une des causes que nous soutenons.

De nombreux confrères se sont déplacés pour l'écouter et l'ambiance de cette soirée au Château de Montchat était chaleureuse et conviviale autour du délicieux buffet concocté par notre traiteur « Le vôtre ». Nous avons également profité de cette soirée pour dresser le bilan de 2023 en précisant nos trois piliers qui sont Judaïsme, Excellence en dentisterie et Fraternité. La lutte contre l'antisémitisme étant plus que jamais d'actualité, notre association se doit de mobiliser tous ceux qui rejoignent nos valeurs. Cette année, nous avons pu aider plusieurs associations et notre action caritative est le moteur d'un bureau AO Lyon très motivé et engagé. Le programme de 2024, également très riche et diversifié, permettra, nous en sommes sûrs de continuer sur cette même lancée. Sébastien fait des formations pour aider les praticiens à intégrer le digital dans leur pratique au sein de son organisme 4yourGRAFT, n'hésitez pas à le contacter.

Estelle Amouyal nous a préparé un condensé de la présentation.

Corinne Attia

Sébastien Melloul avec la présidente

Aurélie Billon (Align Tech), Brigitte Farahat et Estelle Amoyal

Nathanael et Serge Amar avec Alexandre Bienfait (Laboratoire Bienfait)

Erika Rousset et Arnaud Allegrini

Sebéstein Melloul entouré de Sébastien Montchanin, Thierry Montchanin et Hervé Touati

Les jeunes avec Chilperic Martin

Pierre Ange Gugliemi et une commerciale partenaire

Alexandre Berdougo avec Benjamin Fitouchi

Marianne Paganon et notre sponsor

Joseph Panto et S. Montchanin

Sébastien avec Paul Emmanuel Hager

Bienvenue à nos jeunes recrues !

John Hakimi et Romuald Jeanroy (Sigma Net)

Les belles Johanna Benchetrit et Sarah

Numérique et implantologie : révolution, évolution ou simple effet de mode ?

La chirurgie guidée est aujourd'hui incontournable à la pratique implantaire et accessible à tous les chirurgiens-dentistes. Il faut néanmoins garder à l'esprit que le praticien doit avoir le contrôle de la chirurgie. C'est-à-dire que le guide ne fait pas tout le travail, le chirurgien doit pouvoir, en cas de difficulté quelconque, reprendre la main et continuer l'intervention (tout comme un pilote doit pouvoir reprendre le contrôle de son avion si le pilotage automatique ne convient plus ou dysfonctionne).

Le digital reste seulement un outil pour le praticien. Au préalable, il est donc nécessaire de bien se former et travailler avec les bons partenaires.

Voici les 4 étapes du *digital workflow* du début de la prise en charge du patient jusqu'à la réhabilitation prothétique :

- **Acquisition :** Cette étape permet d'acquérir toutes les données nécessaires à la planification. Elle comprend l'analyse clinique du patient (anamnèse, examen clinique…) ainsi que la prise de photos, une empreinte numérique, un cone beam, et si nécessaire un modjaw.
- **Planification :** La planification permet de mettre en place le projet prothétique et implantaire numériquement. Le DSD effectué sera transmis au prothésiste afin d'obtenir un wax-up et un provisoire pour le jour de la chirurgie fidèle au DSD. Une fois toutes les données réunies, on pourra superposer les empreintes numériques, le projet prothétique et le cone beam pour planifier la position des futurs implants.
- **Fabrication :** Fabrication par usinage ou impression 3D du ou des guides chirurgicaux nécessaires à la pose des implants. Attention au design du guide, il faut faire en sorte que celui-ci soit maintenu sans gêne, prévoir les dents à conserver ou non au préalable.
- **Clinique :** Validation clinique du guide avant de commencer la chirurgie. Il faut vérifier la bonne position du guide via des fenêtres d'inspections, sinon les implants seront aussi mal positionnés et la provisoire n'ira pas non plus.

Extraction des dents si besoin.
Pose des implants/empreinte/pose
Il est aussi important de rappeler que l'informatique demande beaucoup de précisions et un travail de qualité pour chaque étape (surtout le matching de données). La chirurgie guidée est aujourd'hui une grande aide afin de sécuriser nos gestes, réduire le temps d'intervention mais surtout assurer le respect des planifications prothétique et implantaire.

Estelle Amouyal

Demandez le programme des chapitres !

AO Paris

Jeudi 28 mars
Jean-François CHOURAQUI

Jeudi 20 juin
Philippe FRANÇOIS

Jeudi 19 septembre
Après-midi de rentrée
Mathilde JALLADAUD
et Gaël MILLOT

Mardi 17 décembre
Jean-Christophe PARIS

AO Strasbourg

Mercredi 21 février
Patrick ROUAS (Bordeaux)
MIH

Mercredi 20 mars
Linda GREENWALL (Londres)

Mercredi 15 mai
Ruben ABOU (Paris)
Relation orthodontiste/dentiste

du 21 au 25 mai
AO JÉRUSALEM CONVENTION

Mercredi 26 juin
Brenda MERTENS (Montpellier)

Jeudi 19 septembre
Raphaël BETTACH (Paris)

Mercredi 6 ou 13 nov.
Pr Julian LEPRINCE (Belgique)

Mercredi 11 décembre
Soirée des membres :
multidisciplinaire
Grand Prix de Thèse
Alpha Oméga Alsace

alphaomega.alsace@gmail.com

AO Nice

Mars
Brice Riera

Juin
Charles Toledano

Octobre
Olivier de Monck d'Uzer

AO Marseille

Jeudi 22 février
Sabine FILIPPI
Entretiens avec la présidente du Conseil Départemental de l'Ordre, posez vos questions : aomarseille@gmail.com

Jeudi 28 mars
Antonietta BORDONE
Obturation canalaire sans complexe

Jeudi 16 mai
Mehdi MERABET
Challenge esthétique et stratégie pluridisciplinaire

AO Lyon

Jeudi 28 mars
Cyril GAILLARD
Créez une équipe gagnante

Jeudi 27 juin
Gauthier WEISROCK
Gestion des caries profondes et éviction carieuse sélective

Septembre (date à définir)
Mathilde JALLADAUD
Parodontologie

Jeudi 5 décembre
Grégory CAMALÉONTE
Mettez-vous à la photo maintenant !

AO Toulouse

Jeudi 4 avril
Christian MOUSSALY
Les matériaux utilisables en CFAO : quels matériaux usiner et quels matériaux imprimer
et TP exceptionnels le lendemain
L'inlay onlay en chairside

Jeudi 30 mai
Romain CENOS
La facette unitaire

Jeudi 27 juin
Benoît BERNAUD
et Benjamin CAZAUX
Chirurgie plastique parodontale

DentalNetwork
Le réseau d'e-learning et d'experts CFAO

Formez-vous facilement à la CFAO

Une offre de formations applicatives dédiées à la dentisterie numérique, à suivre en ligne ou auprès de nos experts, pour une maîtrise complète de vos équipements et aller plus loin dans le digital.

Formez-vous en toute autonomie grâce au e-learning

Des modules 100% en ligne avec un accès en illimité pour se former où vous voulez, quand vous voulez !

Besoin d'accompagnement ? Nos experts sont là !

Nos 20 spécialistes vous forment au sein de votre cabinet ou dans nos centres de démonstration.

Vous hésitez avant de vous lancer dans le digital ?

Demandez une démo du matériel numérique de votre choix.
N'hésitez pas : c'est gratuit !

Rendez-vous sur www.dentalnetwork.fr !

Dental Network, *Réseau*lument à vos côtés

contact@dentalnetwork.fr
facebook.com/DentalNetwork.Fr

Primescan Connect™

Bien plus qu'un scan, une expérience

Les avantages de la caméra optique Primescan sont maintenant disponibles sur ordinateur portable.
Rapide, précise, ergonomique et flexible, la caméra optique Primescan Connect facilite votre accès à la dentisterie numérique.
Elle est soutenue par DS Core™, la nouvelle plateforme cloud de stockage et de partage de fichiers,
pour une collaboration efficace avec votre laboratoire dentaire et vos confrères.
La solution Primescan Connect réserve une expérience de traitement sereine pour vous et vos patients.

Ensemble pour vos patients

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. **Primescan/Primescan Connect** - Indications : scanner intraoral 3D haute résolution, permettant d'envoyer les prises d'empreintes optiques à un laboratoire de prothèse. Classe : I. Fabricant : Sirona Dental Systems GmbH. Rev : 09/2022.

Dentsply Sirona

Anne Benhamou prépare le 10e anniversaire du Congrès du SNIF !

AOnews. Anne, rappelle-nous comment est née cette envie d'un congrès SNIF ?

Anne Benhamou. L'envie d'un congrès SNIF est née en 2006, du refus d'un congrès international de me confier une conférence en chirurgie implantaire parce que j'étais... une femme ! Une femme pour parler de chirurgie implantaire ? Ce n'était pas pensable à l'époque. Nous sommes en 2006, j'ai une activité privée limitée à l'implantologie et aussi une activité d'enseignante en implantologie chirurgicale et prothétique à la faculté. Il est vrai que les femmes sont alors sous-représentées dans la profession mais je trouve trop injuste de ne pas pouvoir communiquer juste parce que *ce n'est pas la place des femmes* à l'époque.
J'ai donc l'idée de créer un congrès qui permettrait de faire parler les femmes, de les mettre à l'honneur. En 2006, Gérard Lacroix, DG de la société Dentsply Friadent (devenue Dentsply Sirona) accepte de m'aider à financer le premier congrès de la profession organisé exclusivement par des femmes mais destiné aux confrères et aux consœurs.
Ce fut un vrai évènement dans la profession et un gros succès qui nous a propulsés dès la première année au premier rang des congrès français.
Depuis, mon équipe s'est enrichie de femmes formidables, toutes passionnées. Cela nous permet de maintenir toujours le fil conducteur qui est celui d'un congrès multidisciplinaire autour de l'implantologie, toujours soutenu par Dentsply Sirona et son DG François Loiseau.

Si le comité scientifique reste exclusivement féminin, nous essayons de maintenir la parité entre les conférencières et les conférenciers afin de garder toujours notre originalité et notre ADN de fabrique. Pour chaque édition du SNIF, nous choisissons un nouveau format de congrès et gardons toujours notre règle d'or : inviter les meilleurs conférencier(e)s pour des interventions de haut niveau sur des sujets d'actualité. Le tout dans une ambiance exceptionnellement conviviale, dans un lieu élégant et une organisation sans faille avec le goût du détail qui nous est si cher à nous les femmes.

AON. À l'occasion de ce 10e anniversaire, tu as développé un nouveau concept *Elles implanto*. Peux-tu nous en dire plus ?

A.B. À chaque fois que j'assiste à un congrès, comme participante ou comme conférencière, je suis abordée par des consœurs qui me disent qu'elles n'osent pas se lancer en implantologie, ou bien qu'elles voudraient mais n'osent pas faire des conférences.

Pour les aider et pour leur faire gagner du temps dans leurs recherches, nous avons créé ce mouvement qui va permettre :

- de créer des petits groupes de travail partout en France pour « mettre le pied à l'étrier » de toutes nos consœurs ou confrères qui ne savent pas concrètement par où ou comment commencer ;
- de rendre à l'implantologie sa place de discipline indispensable à toutes les autres en la démystifiant, en la rendant simple et accessible ;
- d'aider celles et ceux qui veulent « poser leur premier implant » ou leur « première prothèse sur implant » en toute sécurité. Soit en instaurant une aide personnalisée step by step soit en instaurant un mentoring au fauteuil ;
- d'aider ces femmes ou ces hommes qui n'arrivent pas à intégrer l'implantologie dans une activité d'omnipratique trop débordante ;
- d'aider celles et ceux qui veulent monter sur un podium d'implantologie mais qui n'osent pas ou ne savent pas comment faire ;
- de faciliter les relations des praticiennes ou praticiens avec l'industrie implantaire.

AON. Quelle sera la spécificité de cette journée, et à qui s'adresse-t-elle ?

A.B. Cette journée s'adresse à toutes les consœurs et tous les confrères de la profession qui veulent passer une journée scientifique dans la convivialité.
Cette journée s'adresse à celles et à ceux qui veulent apprendre les trucs et astuces des conférenciers, en petit comité, et rentrer dans leur cabinet avec des détails concrets et pratiques qu'ils pourront appliquer tout de suite.

Cette journée s'adresse aux débutants car ils peuvent tout apprendre et elle s'adresse aussi aux confirmés qui pourront poser leurs questions puisqu'ils seront en connexion directe avec les plus grands de notre profession.

Cette journée s'adresse aux consœurs et aux confrères mais également aux prothésistes avec qui nous faisons équipe au quotidien, et aux assistantes dentaires indispensables à nos cabinets.

Cette journée s'adresse aux étudiants, aux enseignants et également à tous ceux qui veulent sortir de leur cabinet pour une journée efficace et « rentable ».
Enfin, cette journée s'adresse à toutes celles et à tous ceux qui souhaitent rencontrer les partenaires de l'industrie dans un congrès à taille humaine, et éventuellement tester un instrument ou un produit.

AON. La parité est de rigueur semble-t-il avec l'ensemble des confrères intervenants !

A.B. Oui comme d'habitude la parité est de rigueur puisqu'il y a un conférencier et une conférencière pour chaque atelier, mais en plus cette année nous avons décidé de donner la chance à des jeunes conférenciers prometteurs de s'exprimer aux côtés de conférenciers de renom. Nous avons la chance d'avoir de jeunes confrères et de jeunes consœurs qui sont des étoiles montantes et nous sommes ravies de les mettre à l'honneur. Nous nous faisons un devoir de participer à l'avenir de la profession.

Un congrès de cet ordre peut s'organiser aussi grâce à nos partenaires industriels. Quelle part sera accordée à l'exposition ?

A.B. Un congrès de cet ordre ne peut pas exister sans l'aide de nos partenaires industriels. L'exposition est très importante : en effet, chacun va présenter ses produits bien sûr mais aussi un produit phare ou une innovation en l'honneur du SNIF. Nous leur avons demandé de préparer des remises particulières pour les participants. L'exposition fait partie intégrante de notre congrès. C'est aussi un moyen pour nos consœurs et confrères de tester des produits en direct, de demander des informations sur des produits qu'ils utilisent ou voudraient utiliser, de discuter avec les partenaires. C'est aussi un moyen de connaître de nouveau produits car nous n'avons pas toujours le temps de regarder les catalogues.

AON. Enfin, tu as choisi un nouveau lieu élégant... élégant comme les Snifettes ? !

A.B. Nous avons toujours choisi de jolis lieux car nous voulons que notre congrès nous ressemble. Ce ne sont jamais de lieux de congrès mais plutôt des lieux de réceptions. Ce ne sont pas des déjeuners de congrès mais des déjeuners de réception. C'est peut-être ce qui fait la différence : la sophistication et l'élégance d'un groupe de femmes qui accorde de l'importance au bien-être des praticiens et qui les « reçoivent » afin qu'ils viennent apprendre et aussi se détendre, retrouver leurs amis dans un endroit élégant et une ambiance chaleureuse.

Alors, on se retrouve le 7 mars au Chateauform Georges V ? !

Renseignements et inscriptions sur elleimplanto.com

Propos recueillis
par Mylène Popiolek

L'ÉVÈNEMENT

10ÈME ANNIVERSAIRE S.N.I.F

JEUDI 7 MARS 2024 - 28 AV. GEORGE V - 75008 PARIS

FAIRE LES BONS CHOIX

- Les secrets d'experts
- Les bons choix thérapeutiques

- 30 conférenciers expérimentés & jeunes talents
- 7 heures de conférences pédagogiques & ateliers interactifs
- Chirurgie en direct & sur modèle in situ
- Des partenaires motivés
- Et toujours plus de convivialité & de surprises !

Elles implanto
L'implantologie au féminin

INSCRIPTIONS & PROGRAMME :
www.elleimplanto.com

En partenariat avec
Dentsply Sirona

Quand l'orthodontie a besoin de la chirurgie

Introduction

L'orthodontie chez l'enfant et l'adolescent permet de corriger certaines anomalies ou déficits de croissance. Chez l'adulte, la correction squelettique est chirurgicale.
Les protocoles chirurgico-orthodontiques ont évolué dans le sens d'une simplification grâce à la piézo-chirurgie (*Vercelotti* (1)) et par la mise en œuvre de nouveaux moyens d'ancrage qui évitent les extractions orthodontiques et raccourcissent les durées de traitements.
Il est nécessaire aussi de noter que certains compromis thérapeutiques avec des compensations dento-alvéolaires peuvent être acceptables et permettent de traiter sans chirurgie (*Béziat, Aknin* (2)).

Limites de l'orthodontie et indication chirurgicale des anomalies transversales

Lors du diagnostic, nous remarquons souvent que les anomalies du sens transversal peuvent être symétriques ou non, uni ou bilatérales. Elles sont souvent associées à des pathologies du sens sagittal et/ou vertical. La localisation exacte ainsi que l'étiologie de la dysmorphose constatée sur le patient précises afin de proposer un traitement adapté.

La principale anomalie est l'endognathie maxillaire souvent liée à une fonction respiratoire perturbée et à une langue basse. Différents appareils ont été décrits pour traiter cette anomalie qui entraîne souvent une latérodéviation mandibulaire qui se fixera en laérognathie si le patient n'est pas traité précocement, pendant la croissance.

Correction chez le sujet en croissance

Le quad'helix

C'est l'appareil le plus classiquement utilisé pour provoquer l'expansion transversale du maxillaire. Il provoque des mouvements alvéolo-dentaires et squelettiques en proportions variables. Il met en tension les tissus suturaux intermaxillaires et peut ainsi de stimuler leur croissance transversale. l'activation initiale d'expansion doit être suffisante pour dépasser les capacités d'adaptation élastique du parodonte et solliciter l'ouverture de la suture médio-palatine.

Le disjoncteur

La disjonction intermaxillaire rapide a une action orthopédique et produit une ouverture de la suture intermaxillaire. Le dispositif le plus utilisé actuellement et le disjoncteur hyrax, constitué par la solidarisation de 2 ou 4 bagues reliées par des barres d'entraînement au vérin palatin.
Les bagues sont fixées sur les premières molaires et prémolaires permanentes.
L'ensemble du dispositif est scellé pour toute la durée de l'expansion. Le vérin est activé deux fois par jour pendant 10 jours, l'expansion réalisée est de 5 mm. L'ouverture de la suture médio-palatine peut se traduire dans les premiers jours par des douleurs à la racine du nez. Cette action n'est possible jusqu'à l'âge de 14 ans chez la fille et 16 ans chez le garçon. Ensuite le traitement transversal est chirurgical.

Correction chez l'adulte

La chirurgie transversale (Fig. 1)

Elle sera nécessaire chez l'adulte présentant une endognathie maxillaire. Le disjoncteur est scellé, le chirurgien intervient au maxillaire fait une section de type Lefort (1) et une section de la suture médio-palatine sans désolidariser le maxillaire du massif facial supérieur. Dans les jours qui suivent, l'activation du disjoncteur est effectuée par l'orthodontiste à raison de ¼ de tour deux fois par jour pendant dix jours, ceci provoque une expansion de 5 mm qui peut aller jusqu'à 8 mm en prolongeant cette activation. Cette expansion provoque un diastème inter-incisif qui sera ensuite progressivement fermé pendant le traitement orthodontique multi-attaches qui est concomitant.

Après l'expansion maxillaire, Si cette anomalie a provoqué une latérognathie mandibulaire, une action chirurgicale de recentrage mandibulaire sera nécessaire. Ce premier cas est un adulte présentant une endognathie maxillaire pour lequel une distraction chirurgicale a été prescrite **(Fig. 1)** et noter le diastème **(Fig. 2)**. On visualise **(Fig. 3)** la fermeture du distème. Un appareil multiattache en technique linguale a été utilisé ici.

FIG. 1

Sujet adulte, endognathie maxillaire

FIG. 2

Ouverture d'un diastème inter-incisif après pose du distracteur et chirurgie

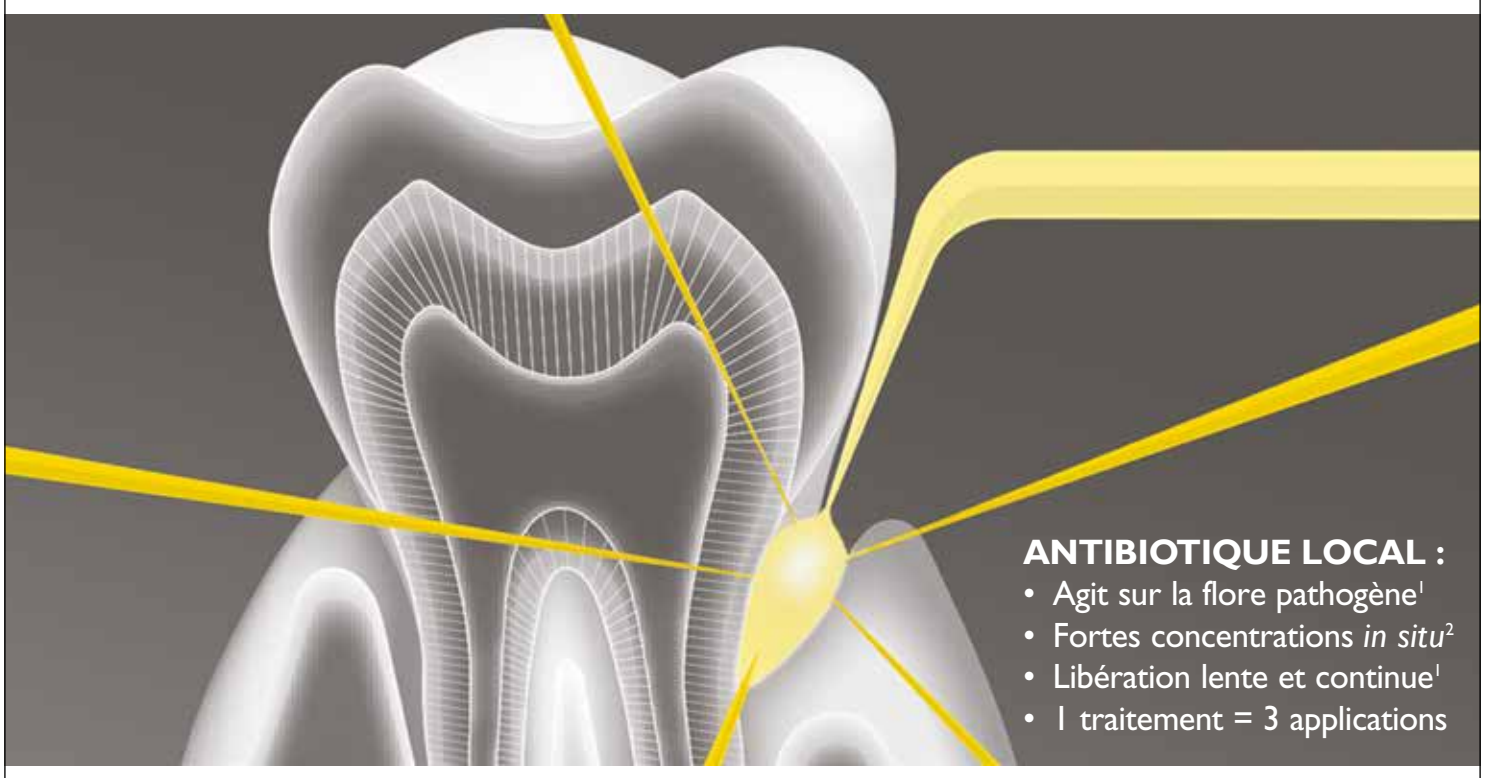
FIG. 2BIS

Disjonction de la suture inter-maxillaire sur tracé de Lefort (1). Noter que les axes prémolaires et molaires sont verticaux

FIG. 3

Traitement en technique linguale, fermeture du diastème

SUNSTAR
parocline® 2%
Gel pour usage dentaire



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".

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'ammoniométhacrylate de type B (EUDRAGIT RS), triacétine, glycérol. **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. Un traitement préalable - détartrage 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. ***Contre-indications :*** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. 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 Grossesse et allaitement). Association avec les rétinoïdes (voir rubrique Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'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'hépato-toxicité ; 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 phototype 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, oxydes, 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 impliquées : 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 compte, à savoir : attirer l'attention des conducteurs ou utilisateurs de machines sur les risques de sensations vertigineuses avec impression d'idéation ralentie. ***Effets indésirables :*** Irritation gingivale, douleur locale, ecchymose, œdème gingival, abcès dentaire. Diarrhée, douleur gastrique. Les syndromes suivants ont étés rapportés : Syndrome d'hypersensibilité consistant en une réaction cutanée (tel que éruption cutanée ou dermite 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 précaution 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 suspe cté 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 : **https://signalement.social-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 - ANTIBIOTIQUE DE LA FAMILLE DES CYCLINES (A : Appareil digestif et métabolisme / J : Anti-infectieux).** La minocycline est un antibiotique de la famille des tétracyclines. Ce 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,* Entérocoque (40 -80%), *Staphylococcus* méti-S, *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 burnetti, 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 méticilline 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 seringue(s). ***Précautions particulières d'élimination et de manipulation :*** Tout médicament non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** SUNSTAR France - 105, rue Jules Guesde - 92300 LEVALLOIS-PERRET. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** 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 MARCHE :** CENTRE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - 76, avenue du Midi 63800 Cournon 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

23/01/66680127/PM/001 - Janvier 2023

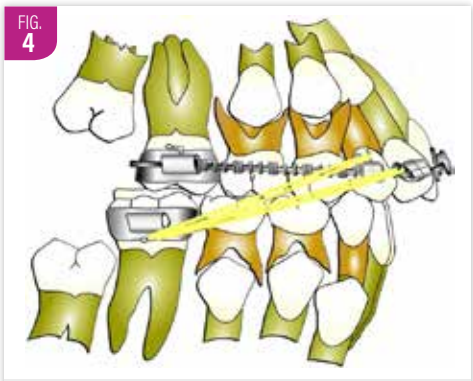
Limites de l'orthodontie et indication chirurgicale des anomalies sagittales

Correction de la classe II chez le sujet en croissance

Traitement précoce

C'est l'anomalie la plus fréquente. Elle peut être traitée précocement. En denture temporaire, en denture mixte, chez l'adolescent. Là elle est traitée avec la croissance et chez l'adulte qui est hors croissance par définition, cette classe II si elle est squelettique et importante deviendra un cas chirurgico-orthodontique.
L'établissement du diagnostic permet d'évaluer des déséquilibres : dentaires, squelettiques, cutanés et fonctionnels. Le facteur fonctionnel doit être corrigé le plus tôt possible. L'analyse céphalométrique situe précisément l'ampleur des anomalies et aide au pronostic. Le traitement est variable selon les praticiens qui utilisent des éducateurs fonctionnels, la technique de Planas, des activateurs de croissance et des traitements multi-attaches précoces à visée fonctionnelle **(Fig. 4)**.

FIG. 4



Traitement précoce : jeune patiente (8 ans) présentant une classe II d'Angle traité en thérapeutique Distal Active Concept. La double mécanique de classe II sollicite la croissance mandibulaire.
Durée moyenne du traitement 9 mois (*Patti*, 3)

Description de l'appareil DAC : arc lingual mandibulaire. Cales de surélévation sur 36 et 46. Arc continu maxillaire avec stops en distal des canines et des incisives latérales. Ressorts de distalisation molaires.
Diagnostic du cas présenté **(Fig. 5 et 7)**
- Profil convexe
- Inocclusion labiale en position de repos
- Contracture labio-mentonnière
- Interposition de la lèvre inférieure
- Problèmes fonctionnels : succion de l'index, respiration buccale et dysfonction linguale, tension labiale
- Surplomb 12 mm **(Fig. 6)**
- Encombrement 4 mm

Étapes essentielles du traitement **(Fig. 8)**
- Appareil multi-attaches précoce
- Nivellement des arcades, pose de cales sur 36 46 pour déverrouiller l'occlusion et libérer la croissance mandibulaire.
- Mécanique DAC de classe II et de sollicitation de croissance mandibulaire – Rééducation neuro-musculaire

FIG. 5

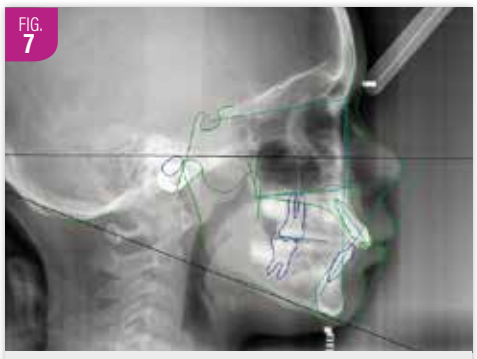
Visage

FIG. 6

Classe II division 1d'Angle

après traitement pour stabiliser les résultats en attendant la deuxième phase de traitement en denture permanente.

FIG. 7



Téléprofil, analyse de Tweed, agénésie 35

FIG. 8

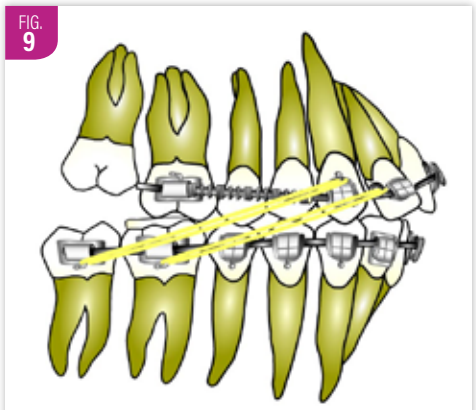
Thérapeutique DAC

FIG. 8BIS

Après dépose

Traitement de l'adolescent

FIG. 9

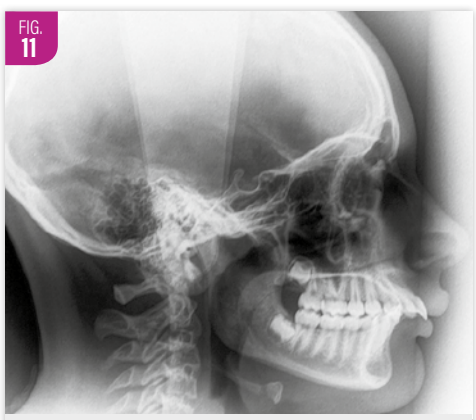


Thérapeutique DAC en denture permanente chez l'adolescent

FIG. 10

Rétromandibulie majeure

FIG. 11



Téléprofil

FIG. 12

Occlusion avant traitement : Classe II division 1

FIG. 13

Mécanique de classe II conventionnelle après distalisation molaire et croissance mandibulaire

FIG. 14A

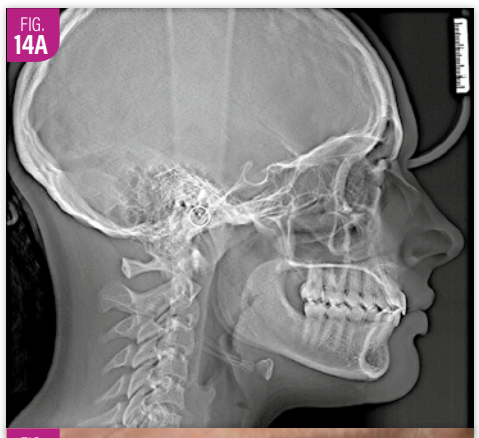


FIG. 14B

La fin du traitement montre ses effets squelettique de sollicitaion de croissance mandibulaire (téléprofil) et la correction de la classe II dentaire concomittante

FIG. 15

Effets du traitement sur la croissance mandibulaire et ses répercussion sur l'équilibre facial et fonctionnel. La croissance induite par le traitement orthodontique pendant l'adolescence a évité le traitement chirurgical

Chez le sujet en croissance, il est possible d'agir sur la croissance mandibulaire et d'avoir une action squelettique favorable. La classe II est corrigée par un effet dento-alvéolaire de correction de la proalvéolie incisive maxillaire ou de la version des incisives maxillaires mais aussi par un effet de croissance mandibulaire sagittale qui va dans le sens de la correction du profil et de l'équilibre linguo-labio-jugal.

Traitement de l'adulte : la classe II chirurgicale

Chez le sujet adulte, l'anomalie squelettique ne peut pas être corrigée par la croissance, il faut agir sur les bases osseuses et traiter chirurgicalement. Cependant, en cas d'anomalie squelettique de faible importance, un traitement orthodontique de compromis thérapeutique par compensations dento-alvéolaire peut être envisagé.

Les indications chirurgicales : si la classe II entraîne un déséquilibre esthétique et fonctionnel important que seule l'orthodontie ne pourra pas corriger, il faudra associer à l'orthodontie une chirurgie orthognathique. Voici les valeurs qu'il faut retenir pour basculer dans un traitement chirurgical.

Signes cliniques et valeurs céphalométriques limites chez les hyperdivergents faciaux en vue d'une indication chirurgicale :
- FMA ≥ 30° (divergence faciale : plan de Francfort/plan mandibulaire)
- AoBo ≥7mm
- Syndrome de face longue
- Contact labial forcé
- Sourire => gingival important
- Sillon labio-mentonnier estompé

Signes cliniques et valeurs céphalométriques limites chez les hypodivergents faciaux en vue d'une indication chirurgicale :
- FMA ≤ 20° (divergence faciale : plan de Francfort/plan mandibulaire)
- 0mm ≥ AoBo ≥7mm
- Syndrome de face courte
- Contact labial forcé
- Sourire => dents peu visibles, lèvres fines
- Sillon Labio-Mentonnier marqué
- Signes d'alarme occlusaux de la classe II : classe II totale (8 mm), surplomb incisif ≥ 10mm

Des objectifs contradictoires :
- La rétrognathie est majeure mais la classe II d'Angle est réduite par rapport à l'ampleur de l'anomalies squelettique.
- Le cas présenté ci-après **(Fig. 16)** montre une rétrognathie mandibulaire majeure, la distance cervico-mentonnière est très réduite. La malocclusion n'est pas très grave et son seul traitement serait orthodontique. Dans ce cas l'indication chirurgicale est tout de même posée. Le squelettique a priorité sur le dentaire **(Fig. 17)**.

FIG. 16

Avant traitement

FIG. 17

Après traitement chirugico-orthodontique : chirurgie bi-maxillaire et génioplastie

Dans les classes II, la préparation orthodontique pré-chirurgicale est favorisée par des vis d'ancrage qui permettent le redressement des axes dentaires sans pratique d'extractions orthodontiques. La préparation orthodontique avant la chirurgie dure environ 9 mois. En post-chirurgie, il y a environ 6 mois d'orthodontie, puis contention.

Individualisation de l'indication chirurgicale : de la même façon que nous avons présenté une faible malocclusion avec un important décalage des bases entraînant l'indication chirurgicale, il arrive aussi que la chirurgie soit nécessaire alors qu'il n'y a qu'une faible indication squelettique. Cette attitude thérapeutique est décidée lorsque l'ampleur du mouvement orthodontique sans chirurgie risque de compromettre la stabilité de la denture notamment dans les atteintes parodontales ou chez les sujets présentant des zones d'édentation ou des prothèses importantes.

La classe III

Certaines anomalies de classe III peuvent être traitées en compromis dans la mesure ou l'équilibre fonctionnel et l'esthétique sont faiblement en dehors des normes et que la demande du patient n'est pas favorable à une chirurgie.

FIG. 18

Classe III, par promandibulie et endognathie maxillaire

Le patient est oposé à un traitement chirurgical. Un traitement de compromis par compensations dento-alvéolaires est effectué avec corticotomie péri-radiculaires (*Charrier* 5) pour faciliter les corrections dento-alvéolaires **(Fig. 19)**. La fin du traitement montre une amélioration esthétique et une correction occlusale totale **(Fig. 20)**.

FIG. 19

Corticotomies inter-radiculaires

FIG. 20

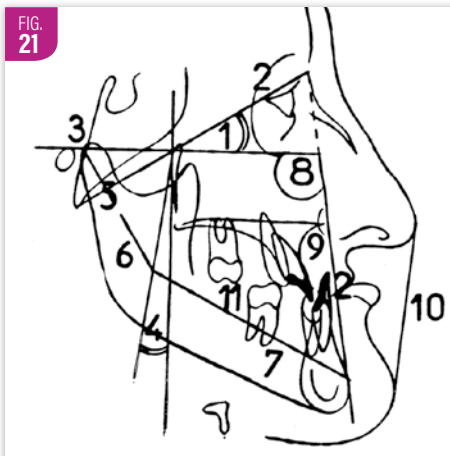
Fin de traitement orthodontique sans chirurgie orthognathique

Classe III chirurgicale

Cette anomalie entraîne un déséquilibre esthétique et fonctionnel important que seule l'orthodontie ne pourra pas corriger, il faudra associer à l'orthodontie une chirurgie orthognathique. Dans les classes III bien souvent la langue est en position basse et présente un volume augmenté.

Les signes d'alarmes de Ricketts (*Langlade* 4), permettent d'analyser l'origine de la classe III et aident à poser l'indication chirurgicale **(Fig. 21)**.

FIG. 21



Signes d'alarme de Ricketts

Signes crâniens
1 déflexion crânienne (angle BaNa, PH) > 27° ± 2
2 base antérieure du crâne courte
3 distance Porion – PTV < 39 mm

Signes mandibulaires
4 position du ramus Xi PTV < 15°
5 col du condyle long et étroit
6 angle condylo-mandibulaire DcXiPm obtus
7 corps mandibulaire long > 65 mm

Signes faciaux
8 angle facial > 90 °
9 convexité négative
10 profil concave

Signes dentaires
11 rapport d'occlusion canine et molaire de classe III
12 rapport d'occlusion incisive inversé

Dans ce dernier cas, la malocclusion est majeure et montre une adaptation dento-alvéolaire importante qu'il faut décompenser avant l'acte chirurgical : bimaxillaire avec avancée maxillaire prédominante **(Fig. 22)**.

La préparation orthodontique décompense les versions incisives qui permettent ensuite la correction squelettique **(Fig. 23 à 25)**.

FIG. 22

FIG. 23

FIG. 24

FIG. 25

La préparation orthodontique avant la chirurgie dure environ 9 mois. En post-chirurgie, il y a environ 6 mois d'orthodontie, puis contention.
Pour les classes III, l'incisive mandibulaire est vestibulo-versée pour atteindre une position d'équilibre sur sa base qui sera elle-même corrigée ensuite par la chirurgie.

Conclusion

Le traitement du sujet en croissance est une prévention qui évite bien souvent une indication chirurgicale à l'âge adulte.
Chez l'adulte : la consultation pluridisciplinaire est de règle, bien souvent des compromis sont acceptés mais il faut bien noter que si l'anomalie est squelettique la solution chirurgicale s'impose le plus souvent.

Bibliographie

1. *Vercellotti T, Podesta A. Orthodontic microsurgery : a new surgically guided technique for dental movement. Int J Periodontics Restorative Dent 2007 ; 27 : 325-331.*
2. *Jean-Luc Béziat Jean-Jacques AKNIN Boris Babic Chirurgie orthognathique piézoélectrique : Diagnostic, indications, préparation orthodontique, réalisation des plans d'occlusion, techniques chirurgicales piézoélectriques. 400 pages 978-2-7598-0650-8. éditeur EDP sciences.*
3. *A. PATTI et al. (S. CHAUTY, JJ AKNIN Traitement des Classes II - De la prévention à la chirurgie. Éditeur : Quintescence international paru le : 10/2010.M. Langlade, Optimisation thérapeutique des classes III Occlusions croisées antérieures, Éditeur : Quintescence international.*
4. *Charrier, JB, Borhani Bryon F, Racy E, Steve M, Monteil JP and S Bobin. Traitement orthodontique accéléré par corticotomies alvéolaires chirurgicales chez l'adulte. Int Orthod 2008 ; 6 : 355-373.*

Jean-Jacques Aknin

ESO

Rubrique en partenariat avec
l'École Supérieure d'Orthodontie
4 rue Jacques Cartier – 75018 Paris
eso@ecolesuperieuredorthodontie.fr
www.ecolesuperieuredorthodontie.fr
Tél. +33 (0) 6 61 12 84 48

AO news
LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

| Appel à publication |

Chers lecteurs, comme pour d'autres clinicien(ne)s, nous vous proposons d'ouvrir nos colonnes à la publication de vos cas cliniques, ainsi qu'à vos articles.
Nous sommes impatients de soumettre vos textes à notre comité de lecture et de partager vos traitements avec le plus grand nombre. À très bientôt.

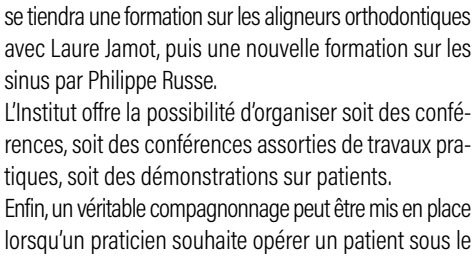
ellemcom1@gmail.com

Quoi de neuf un an après la création de l'Institut de Chirurgie Dentaire de Paris ?

Brève rencontre avec... Patrick Missika, l'un des fondateurs de l'ICDP

Propos recueillis par Jacques Bessade

Rappelons que cet Institut de 500 mètres carrés, situé Boulevard Garibaldi, abrite un complexe entièrement dédié à la formation continue des chirurgiens-dentistes. Il a été créé par Jacques Attias, Isabelle Kleinfinger et Patrick Missika.



Les TP de C. Lallam

AON. Où en êtes-vous un an après la création ?

Patrick Missika. Aujourd'hui, l'Institut comprend une salle de conférences de 50 places, une salle de travaux pratiques de 21 places et donne accès à une dizaine de cabinets entièrement équipés.
Ouvert en mai 2023, il a déjà accueilli plusieurs formations importantes :

- PACT Implants (dirigée par Isabelle Kleinfinger, Jacques Attias et Guillaume Drouhet) ;
- en parodontie, chirurgie de pleine épaisseur et chirurgie muco-gingivale (Corinne Lallam et Chloé Barbant) ;
- l'Association Universitaire d'Implantologie ;
- la formation d'endodontie de Jean-Yves Cochet et Romain Gabriel ;
- la session de prothèse d'Hélène Cittério
- la formation « spéciale sinus » de Philippe Russe et celle sur les grilles XOS ;
- et enfin celle sur les lasers en présence (Gérard Rey et G.L Caccianiga, Université de Milan Bicocca).

AON. Beau programme !!

P. M. Oui, mais ça ne s'arrête pas là ! Dans un futur proche se tiendra une formation sur les aligneurs orthodontiques avec Laure Jamot, puis une nouvelle formation sur les sinus par Philippe Russe.
L'Institut offre la possibilité d'organiser soit des conférences, soit des conférences assorties de travaux pratiques, soit des démonstrations sur patients.
Enfin, un véritable compagnonnage peut être mis en place lorsqu'un praticien souhaite opérer un patient sous le contrôle d'un sénior expert.
Pour conclure, un accord de partenariat a été passé avec l'Université d'État de Ferrara fondée la même année que la Sorbonne, et la collaboration avec l'Italie va s'amplifier avec l'organisation d'un cours exceptionnel de dissection anatomique à Cremone avec Tiziano Testori et Gabriele Rosso. Dans le futur, les 10 fauteuils de soins disponibles permettront la tenue de futures formations intégrées dans un Diplôme Universitaire.

Une salle de soins équipée vidéo

AON Une nouveauté pour 2024 ?

P.M. Absolument ! Nous allons créer **Les jeudis de l'ICDP** avec des soirées sur un thème précis suivies d'un débat. Nous vous donnerons plus d'informations dans un prochain numéro.

En conclusion, l'Institut vogue désormais vers un bel avenir, à une vitesse de croisière sérieuse. Souhaitons-lui de belles aventures accompagnées d'un ciel sans nuages, et retrouvez le programme détaillé sur le site icdp.paris.

Le cours Laser de G. Rey et G. Caccianiga

Merci à notre comité scientifique prestigieux : Anne Benhamou, Gian Luigi Caccianiga, Francisco Carinci, Hélène Citterio, Jean Yves Cochet, Guillaume Drouhet, David Gerdolle, Laure Jamot, Corinne Lallam, Philippe Monsenego, Chantal Naulin-Ifi, Gérard Rey, Philippe Russe, Patrick Simonet et Corinne Touboul.

kuraray

Noritake

LE MONOMER MDP ORIGINAL

DÉVELOPPÉ PAR KURARAY CO., LTD.

Le monomère MDP original établit une liaison particulièrement forte et durable avec l'émail, la dentine, le métal et la zircone. Il offre un niveau de pureté inégalé, affectant positivement ses performances de liaison et assure la stabilité dans un environnement humide en créant un sel de calcium insoluble. Plus de 40 ans de preuves scientifiques révèlent que le monomère MDP original a amélioré la liaison dentaire.

PRODUITS ACTUELS UTILISANT LE MONOMÈRE MDP ORIGINAL

PANAVIA™ V5
PANAVIA™ LC Veneer
PANAVIA™ SA Cement Universal
CLEARFIL™ SE BOND
CLEARFIL™ SE BOND 2
CLEARFIL™ Universal Bond Quick
KATANA™ Cleaner

MDP MONOMER Innovating for your success

BORN IN JAPAN

Kuraray France, 63 av du Général Leclerc 92340 Bourg La Reine + 33(0)1 56 45 12 51. Contact : dental-fr@kuraray.com. www.kuraraynoritake.eu/fr
Dispositifs médicaux de classe II a. CE0197. Organisme notifié TÜV Reinland LGA Product GmbH Tilystraße 2, 90431 Nümberg, Germany.

L'obturation « post endo », c'est possible !

Présentation d'un cas clinique

RÉDIGÉE PAR DAVID AZARIA

L'endodontie et la restauration sont deux disciplines bien distinctes. Certes complémentaires, nous séparons bien souvent le traitement endodontique et la restauration coronaire. Au travers de ce cas clinique, nous verrons qu'il est possible de réaliser ces deux actes en une seule séance.

Un patient de 47 ans se présente au cabinet avec les symptômes suivants : douleurs récurrentes à la mastication et « gêne » depuis plusieurs semaines sur la dent 36. On remarque la présence d'une pièce céramique collée sur la dent 36 (depuis 8 ans) associée à une image radio claire au niveau apical. Douleurs à la percussion.

Diagnostic : nécrose pulpaire

Le traitement que nous envisageons est le suivant : **traitement endodontique** (qui ne sera pas développé ici) et **pose d'une nouvelle pièce en céramique collée** (1). Nous avons conservé la paroi mésiale (non infiltrée) de la pièce afin de réaliser notre cavité d'accès au travers de la céramique. Cela nous évitera de réaliser une reconstitution endodontique qui peut s'avérer, parfois, difficile. La prothèse sera ensuite totalement retirée. Quelques mots sur la cavité d'accès qui est une étape cruciale du traitement endodontique. Elle doit être ergonomique (analyse des entrées canalaires, passage des instruments, réservoir d'hypochlorite, mise en place de notre obturation canalaire) et respecter au maximum l'anatomie de la dent (2). Il est souvent question de trouver l'équilibre entre une cavité d'accès *a minima* invasive et une cavité nous permettant de mener à bien notre traitement endodontique du début à la fin (3,4). Ces cavités (*a minima*) peuvent engendrer d'autres soucis comme l'oubli d'un canal par exemple. Cette technique est très opérateur dépendante mais peut être intéressante lorsqu'elle est maîtrisée et indiquée.

Nous allons réaliser (dans la même séance) une obturation définitive en résine composite. Une pièce en céramique définitive sera collée dans la séance suivante. Les canaux sont obturés avec des cônes de gutta-percha et un ciment d'obturation AH Plus Sealer (Dentsply Sirona). De nombreux débats existent à ce sujet : faut-il prévoir une obturation définitive et étanche immédiatement après un traitement endodontique ou passer par une phase transitoire et faire l'obturation dans une séance différente ? Le concept fondamental du collage consiste en l'adhérence micromécanique des restaurations composites via le mordançage de l'émail et la création d'une interface entre la résine et la structure dentinaire. Il faudra alors impérativement conserver une structure dentaire résiduelle maximale et adéquate afin d'optimiser un traitement restauratif ou prothétique.
L'obturation *post endodontique* doit alors répondre à certains critères.

Champ opératoire

L'utilisation d'un champ opératoire étanche est vivement recommandée pour différentes raisons : protection du patient (instruments et matériaux utilisés) et du praticien, meilleure visibilité, protection de l'humidité (en particulier pour notre phase de collage), gestion de la contamination salivaire et sanguine (5).

Matériaux et solutions

Les matériaux et solutions utilisés en endodontie (EDTA, hypochlorite, ciments d'obturation ; en particulier ceux à base d'eugénol, etc.) vont contaminer la dentine pouvant entraîner une diminution du potentiel de polymérisation, des microfuites et une altération de notre potentiel d'adhésion de nos résines composites (6,7).

Par exemple, l'hypochlorite va dénaturer les fibres de collagènes, l'eugénol va inhiber la prise des résines, et toutes ces interactions vont influer sur le potentiel de collage et la durée de vie de la restauration.

Décontamination

Il est donc impératif de décontaminer notre surface de collage afin d'obtenir une étanchéité coronaire maximale. Cette étanchéité conditionnera à coup sûr le succès de notre traitement (7). Cette « décontamination de dentine » dépend des propriétés physiques et chimiques des ciments d'obturation utilisés. Il est évident qu'il faudra utiliser des solvants biocompatibles et avec une faible toxicité.

De nombreux solvants (eucalyptol, éthanol, acétate, essence d'orange, Katana Cleaner, chlorhexidine…) existent avec leurs propriétés associées (6,7). Les systèmes d'air abrasion peuvent être utilisés afin de retirer les excès de matériaux. Les fraises boule sur instrument rotatif semblent être une bonne alternative pour la décontamination de la cavité. Nous pouvons également avoir recours aux ultrasons (*a minima* invasive) sous irrigation, si des ancrages de type tenons fibrés sont prévus.

Une fois la cavité d'accès désinfectée, nous réalisons notre protocole de collage :
- mordançage à l'acide orthophosphorique 37 % puis rinçage et séchage **(Fig. 4)**,
- application d'un adhésif universal pendant 20 secondes avec léger séchage et photopolymérisation **(Fig. 5a)**,
- application d'un composite fluide puis photopolymérisation **(Fig. 5b)**.

Séchage

Un point important est le *sur* séchage des cavités qui est néfaste pour notre collage. Il provoquera potentiellement des infiltrations, des caries secondaires et une réinfection de notre traitement endodontique. Il faut *sécher sans dessécher* (6).

FIG. 1A

Situation initiale : a. radio rétro alvéolaire

FIG. 1A

Situation initiale : b. photo intrabuccale

FIG. 1C

Situation initiale : c. vue occlusale

FIG. 2

Situation à la fin du traitement endodontique

FIG. 3A

Décontamination (microbrush)

FIG. 3B

Situation après décontamination

FIG. 4

Mordançage à l'acide orthophosphorique 37 %

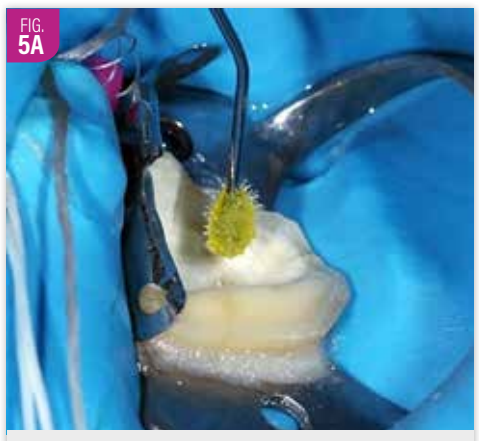
FIG. 5A

Mise en place d'adhésif

FIG. 5B

Photopolymérisation

FIG. 6

Pièce en céramique (Emax)

FIG. 7

Acide fluorhydrique 9 %

FIG. 8

Préparation après sablage et mordançage

FIG. 9 Mise en place de l'adhésif universal sur la préparation

FIG. 10 Vue occlusale de la pièce collée

FIG. 11 Vue vestibulaire

FIG. 12 Situation finale, radio rétroalvéolaire

Composite flow

Lors de notre stratification, il faut éviter l'apparition de zones de « vide » ainsi que de couches qui ne seront pas photopolymérisées complétement. Il est montré que ces « vides » sont présents plus souvent dans les cavités *a minima* invasives (4,6).

Photopolymérisation et phase provisoire

La photopolymérisation est un élément clé de notre collage, surtout dans le cas de cavités « profondes » nécessitant une quantité importante de matériaux. L'obturation d'une cavité de ce type est limitée par l'accès et la transmission de lumière par notre lampe à photopolymériser. La contraction de prise doit être minimale afin d'avoir une restauration étanche et durable (6). La subtilité réside dans la réalisation d'un composite en couches stratifiées, plutôt qu'en une seule fois. Pour finir, nous réalisons le polissage du composite et l'empreinte numérique. Un ciment d'obturation dentaire provisoire (Télio) est collé.

Dans une deuxième séance nous procéderons au collage de la pièce en céramique (Emax).

- Dépose du ciment d'obturation provisoire
- Validation de l'adaptation de la pièce et des points de contact
- Pose d'un champ opératoire étanche
- Préparation de la pièce avec de l'acide fluorhydrique 9 %, rinçage et séchage et application d'adhésif monobond

La dent est ensuite préparée :

- microsablage ;
- mordançage à l'acide orthophosphorique 37 % sur l'ensemble de la surface, rinçage puis séchage **(Fig. 8)** ;
- application d'adhésif universal, léger séchage et photopolymérisation **(Fig. 9)** ;
- le collage de la pièce est réalisé à l'aide d'un composite dual ;
- le choix d'un composite dual dans ce cas nous permet d'avoir à la fois une photo et une chémopolymérisation car la pièce est relativement épaisse. Cela nous laisse également un temps de travail plus long ;
- les excès de colle sont éliminés à l'aide d'un pinceau à embouts interchangeables (Gradia Brush, GC) avant de photopolymériser ;
- la photopolymérisation est réalisée sous pression constante ;
- on utilisera un bistouri lame 12 pour enlever les excès de colle résiduels ;
- réglages de l'occlusion et polissage.

Conclusion

Le traitement endodontique et la restauration coronaire vont de pair. Il est donc impératif de prendre en compte ces deux aspects de manière égale. Nous pouvons qualifier la phase transitoire d'un traitement comme « le point faible » du protocole. En effet, une inter-séance peut être l'occasion d'une réinfection canalaire : un délai de prise en charge, une fracture coronaire, une étanchéité mal assurée.

Tous ces motifs peuvent compromettre un résultat optimal. Dans de bonnes conditions opératoires, il est plus simple de réaliser ces deux étapes en une seule séance. Cela nécessite une planification et un protocole rigoureux qui peuvent, une fois systématisés, être facilement applicables au quotidien.

Bibliographie

1. *Atlas A, Grandini S, Martignoni M. Evidence-based treatment planning for the restoration of endodontically treated single teeth : importance of coronal seal, post vs no post, and indirect vs direct restoration. Quintessence Int. 2019 ; 50 (10) : 772-781. doi : 10.3290/j.qi.a43235. PMID : 31559397.*
2. *Simon S., Ctorza-Perez C. Cavité d'accès en endodontie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale, 28-725-B-10, 2010.*
3. *Shabbir J, Zehra T, Najmi N, Hasan A, Naz M, Piasecki L, Azim AA. Access Cavity Preparations : Classification and Literature Review of Traditional and Minimally Invasive Endodontic Access Cavity Designs. J Endod. 2021 Aug ; 47 (8) : 1229-1244. doi : 10.1016/j.joen.2021.05.007. Epub 2021 May 28. PMID : 34058252.*
4. *Silva, E.J.N.L. , De-Deus, G. , Souza, E.M. , Belladonna, F.G. , Cavalcante, D.M. , Simões-Carvalho, M. et al. (2022) Present status and future directions – minimal endodontic access cavities. International Endodontic Journal, 55, 531 – 587.*
5. *Charles Toledano, Antonia Glich. L'intérêt de la digue 25.10.2020. Paru dans Biomatériaux Cliniques n°2 - 15 octobre 2020 (page 60-67).*
6. *Mannocci F, Bitter K, Sauro S, Ferrari P, Austin R, Bhuva B. Present status and future directions : The restoration of root filled teeth. Int Endod J. 2022 Oct ; 55 Suppl 4 (Suppl 4) : 1059-1084. doi : 10.1111/iej.13796. Epub 2022 Jul 19. PMID : 35808836 ; PMCID : PMC9796050.*
7. *Effects of dentine surface cleaning on bonding of a self-etch adhesive to root canal sealer-contaminated dentine Fucong Tian a, Kevin Jett a, Rebecca Flaugher b, Snigdha Arora b, Brian Bergeron a, Ya Shen c,*, Franklin Tay a,* Journal Of Dentistry September 2021.*

Maxime Lacroix
Strasbourg

EDGEENDO®
EDGE UTOPIA™

Efficacité de coupe élevée.
Tige ultra-sécurisée.

EDGE X7 UTOPIA™
EDGE TAPER BLAZE UTOPIA™
EDGE ONE R UTOPIA™

EDGEENDO® EdgeEndo.com

Contactez votre conseiller :
02 47 68 90 00

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. **EDGE X7 UTOPIA** / Indication : mise en forme canalaire / Classe IIa / Organisme certificateur CE 1639 / Fabricant : FKG Dentaire. **EDGE TAPER BLAZE UTOPIA** / Indication : mise en forme canalaire / Classe IIa / Organisme certificateur CE 0459 / Fabricant : Micro-Mega. **EDGE ONE R UTOPIA** / Indication : mise en forme canalaire / Classe IIa / Organisme certificateur CE 0459 / Fabricant : Micro-Mega. Octobre 2023.

SDI | RIVA LIGHT CURE

VERRE IONOMÈRE DE RESTAURATION PHOTOPOLYMÉRISABLE
RENFORCÉ PAR ADJONCTION DE RÉSINE

LE VERRE IONOMERE FACILE À MANIPULER ET PLUSIEURS FOIS RECOMPENSÉ

VERRE IONOMÈRE PHOTOPOLYMÉRISABLE HAUTE VISCOSITÉ MODIFIÉ PAR ADJONCTION DE RÉSINE

- **Consistance composite facile à sculpter**
- Adhère chimiquement aux tissus dentaires
- Embout orange évitant la prise à la lumière du jour et au scialytique
- **SANS BISPHÉNOL A**
- **NE COLLE PAS AUX INSTRUMENTS**

DENTAL ADVISOR PREFERRED PRODUCT 2018 RMGI: RESTORATIVE
DENTAL ADVISOR PREFERRED PRODUCT 2019 RMGI RESTORATIVE
DENTAL ADVISOR PREFERRED PRODUCT 2020 RMGI RESTORATIVE
DENTAL ADVISOR PREFERRED PRODUCT 2021 RMGI RESTORATIVE

ionglass™
FORMULE BIOMIMÉTIQUE

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

SDI | YOUR SMILE. OUR VISION.

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

Les tips Endo

Facteurs significatifs dans le succès et la préservation des dents traitées endodontiquement : une étude sur 25 ans

Van Nieuwenhuysen JP, D'Hoore W, Leprince JG. What ultimately matters in root canal treatment success and tooth preservation : A 25-year cohort study. Int Endod J. 2023 May ; 56 (5) : 544-557.

Cette étude réalisée en Belgique a pour objectif d'estimer le pronostic à long terme des dents traitées endodontiquement et d'identifier les facteurs prédictifs sur une période de 25 ans. Environ 150 variables ont été collectées pour chaque traitement et analysés. Ce n'est pas le premier article qui tente de mesurer le pronostic et les facteurs prédictifs sur plusieurs années, mais jamais pour un temps aussi long et sur une cohorte de cette taille (près de 2500 traitements).
Les réserves principales pour ce type d'étude sont leur nature rétrospective (on mesure *a posteriori* les taux de succès et les paramètres), augmentant le risque de biais. L'étude qui nous intéresse est prospective, ce qui est un point très positif pour la puissance des résultats. Autre information importante : l'étude distingue le succès (absence de signe, de symptômes et radiologiquement de lésion péri-apicale) et la survie (le fait que la dent soit sur l'arcade).
Parmi les données intéressantes de l'étude, le taux de survie sur 20 ans est de 50 %, et le taux de succès (parmi les dents encore présentes) est de 60 %. Très peu de dents traitées endodontiquement sont extraites pour des motifs endodontiques. Le taux de succès à 5 ans (court terme) est de 85 %, ce qui correspond aux taux déjà trouvés par Ng et Ricucci dans leurs articles de références. À 10 ans, le taux de survie est de 80 %, ce qui le place dans la même fourchette que les taux de survie des implants.
La taille de la lésion péri-apicale, quand elle est présente, est fortement associée à un échec : plus la lésion est large, plus la probabilité d'échec est élevée. Autre facteur important : les complications préopératoires (instrument fracturé, perforation, butée…) qui diminuent significativement la probabilité de survie de la dent. Enfin, la majorité des échecs de traitements conduisent à un retraitement, et un tiers des échecs conduisent à une extraction. Ce qui donne 12 % des dents extraites à cause d'un échec endodontique. La majorité des extractions sont dues à des fractures catastrophiques (non réparables), des motifs prothétiques ou parodontales.
En résumé, les facteurs concernant négativement le succès, ou l'échec, du traitement endodontique sont la douleur préopératoire, les douleurs postopératoires persistantes, une lésion apicale radiologique et la nature de la dent (incisives notamment). Les facteurs concernant négativement la survie sont les lésions endo-paro, les complications préopératoires et l'échec du traitement endodontique initial.
Cette étude confirme l'efficacité à long terme du traitement endodontique notamment sur deux points concernant directement le patient : la conservation de la dent avec l'absence de signes et symptômes combinés à l'absence de lésion radiologique ; et la possibilité de préserver la dent fonctionnelle sur l'arcade. Par ailleurs, les causes des extractions sont très majoritairement non-endodontiques, ce qui montre l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire (prothétique et parodontologique) en complément de l'endodontie.

L'influence des restaurations collées indirectes sur le pronostic clinique des dents traitées endodontiquement : revue systématique et méta-analyse

Dioguardi M, Alovisi M, Comba A, Baldi A, Troiano G, Cadenaro M, Mazzoni A, Breschi L, Lo Muzio L, Scotti N. The influence of indirect bonded restorations on clinical prognosis of endodontically treated teeth : A systematic review and meta-analysis. Dent Mater. 2022 Aug ; 38 (8) : e203-e219

En lien avec ce Tip Endo, une méta-analyse et revue systématique parue en juin 2022 qui traite du pronostic des dents traitées endodontiquement (abrégé en ETT pour endodontically treated teeth) lorsqu'elles sont obturées avec une restauration collée indirecte. Ce qui nous amènera au taux de survie en fonction de la restauration choisie.
Après sélection et synthèse, 20 articles ont été choisis. Cela paraît peu vu la popularité du sujet. Mais les études sont souvent partielles, sans suivi dans le temps, ou *in vitro*. Là est tout l'intérêt de cette méta-analyse : elle ne traite que des cas sur des patients suivis sur moyen et long terme. Néanmoins, les articles éligibles sont très hétérogènes, ce qui diminue la puissance de l'étude : les types de restauration, les matériaux, les méthodes et les durées de suivis sont différents. Pour améliorer la signification et faciliter l'évaluation, les études ont été divisées par types de restauration (onlay, inlay, endocouronne, puis les trois réunis).
Le taux d'échec des onlays posés sur les ETT est de 3,8 % sur une durée de suivi de 2 à 5 ans. Le taux d'échec des inlays posés sur les ETT est de 19,2 % sur une durée de suivi de 12 à 16 ans.
Le taux d'échec des endocouronnes posés sur les ETT est de 17,7 % sur une durée de suivi de 7 à 19 ans.
Le taux d'échec de toutes les restaurations réunies est de 8,7 % sur une durée de suivi de 2 à 30 ans.
Pour pallier le haut niveau d'hétérogénéité (et tenter d'y voir un peu plus clair), des sous-groupes en fonction des durées de suivi ont été réalisés. À 2-4 ans 4,0 % d'échecs ont été constatés, à 5-7 ans 11,2 % d'échecs, et à 12-30 ans 20,1 % d'échecs. On peut donc confirmer ce qui semblait déjà évident : le temps est un facteur significatif de la survie de la restauration. D'autant plus que les échecs ne se traduisent pas forcément par extraction. Les échecs (caries, fractures…) peuvent souvent être pris en charge quand elles sont interceptées, ce qui étend encore la durée de vie potentielle de la dent. Une excellente raison de s'intéresser aux restaurations collées indirectes.

David Azaria

La parole aux assistantes

Je reprends avec le plus grand plaisir cette page destinée à mes collègues assistants et assistantes dentaires. J'ai pris le parti de communiquer sous forme de brèves et nous serions ravis avec le journal de vos réactions en tant que lecteurs à nous adresser pour rendre cette page encore plus interactive...

Cécile Carrier – *Assistante dentaire dans un cabinet libéral, négociatrice en commission paritaire pour la formation professionnelle (vice-présidente) et en commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation pour les cabinets dentaires chez Force Ouvrière*

Procédure perte de diplôme

INFO

- Si vous êtes diplômé(e) avant 2007, contactez l'organisme de formation où vous avez effectué votre formation.
- Sinon, faire une attestation de perte manuscrite accompagnée de la photocopie de votre pièce d'identité et d'un chèque de 25 euros à l'ordre de l'APCDL (Association pour le Paritarisme des cabinets dentaires libéraux.)

Attention faux diplômes

BON À SAVOIR

Prudence, seuls les organismes de formation agrées dispensent le titre d'assistant dentaire : AFFPPCD, AGORA, CNQAOS, CFAAD, CFPAST Pasteur, CQFD fontaine, ESAD, ELAN formation, Formation et Santé, Ipso Académie Art Dentaire.
Beaucoup d'informations sont consultables sur le site APCDL, ainsi que la foire aux questions.

Résumé garanties contrat prévoyance avec plus ou moins 3 mois d'ancienneté

LE SAVIEZ-VOUS ?

- Il complète les indemnités journalières versées par la sécurité sociale (3 jours de carences l'AGR2R intervient aux 4 jours).
- Un capital est versé à ses ayants droit en cas de décès et ses enfants peuvent percevoir une rente éducation.
- Le salarié, peut en cas de difficulté passagère, solliciter une aide financière ponctuelle via les fonds sociaux*
- Quelles sont les absences à déduire de l'ancienneté ?
  - Les absences pour maladie non professionnelle ;
  - Les absences injustifiées et absences non rémunérées ;
  - Le congé sans solde ;
  - Le congé sabbatique ;
  - Le congé parental et le congé d'adoption : absence déduite pour moitié.

N'hésitez pas à consulter le site AG2R La mondiale pour pleins d'autres informations !

Vous pouvez vous rendre sur le site AGIRC ARRCO sur votre compte (si pas créé en quelques clics, hop, hop, c'est fait) pleins d'infos et entre autres le simulateur retraite, vous pouvez même demander un entretien personnalisé.

Le saviez-vous ?

Chirurgiens-dentistes et réseaux sociaux : opportunités, points d'attention et obligations !

La communication vers le patient, et plus largement vers le grand public, est un sujet complexe pour les chirurgiens-dentistes. L'impact croissant des réseaux sociaux sur ce point est indéniable. Cela soulève des questions éthiques et pratiques importantes, nécessitant une réflexion approfondie dans le respect des règles de l'Ordre.

L'avènement des réseaux sociaux a transformé la manière dont l'information circule, y compris dans le domaine médical. Les praticien(ne)s sont confronté(e)s à la nécessité de gérer leur présence en ligne conformément aux normes professionnelles inhérentes à la communication médicale. La confidentialité des informations des patients est une préoccupation majeure, et les professionnels de la santé doivent être vigilants quant à la protection de la vie privée sur les réseaux sociaux. D'un autre côté, les réseaux sociaux offrent l'opportunité de partager des informations éducatives, de sensibiliser le public aux soins dentaires préventifs et de promouvoir une hygiène bucco-dentaire optimale. Cependant, cet échange d'informations doit être effectué avec prudence pour éviter la diffusion de conseils médicaux non vérifiés, ce qui pourrait avoir des conséquences néfastes sur la santé des patients.
Un autre enjeu majeur concerne la gestion de la réputation en ligne. Les commentaires et évaluations publiés sur les réseaux sociaux peuvent influencer la perception du public, impactant directement la confiance envers les professionnels de santé. Il devient crucial pour les chirurgiens-dentistes de surveiller et répondre de manière appropriée aux avis.

La formation continue est également un élément central dans ce contexte. Il faut rester informés des évolutions constantes dans leur domaine et utiliser le cas échéant les réseaux sociaux comme outil pour partager des informations pertinentes et fiables.
Enfin, l'utilisation des réseaux sociaux pour la promotion de l'activité du/de la praticien(ne) soulève des préoccupations éthiques. Les professionnels doivent s'abstenir de toute publicité non conforme aux normes définies par l'Ordre. La transparence et l'intégrité doivent guider toute communication en ligne, préservant ainsi la confiance du public envers la profession dentaire.
Les réseaux sociaux, et internet dans sa globalité, sont de formidables opportunités d'informations, d'échanges, de rapprochement que cela soit entre les êtres ou entre les professions et leurs clients, ou leur patient concernant les professions médicales. Cela permet d'atténuer la distance médecin/patient pour le meilleur... ou pour le pire. Car en effet, surinformé, le patient parfois s'invente sachant. Aux professionnels de les rééduquer en peaufinant les connaissances que le patient a, ou pense avoir.
Quant aux « praticien(ne)s influenceurs » bien intentionnés, qu'ils puissent poursuivre leur formidable travail de sensibilisation auprès d'un grand public exposé en permanence aux « fake news ». Leurs contributions sont dès lors essentielles pour autant qu'elles puissent rester dans le cadre de la loi et de la déontologie.
Et attention à ceux, touchés par le syndrome d'Hubris, qui s'inventeront détenteur d'un nouveau savoir, non validé par leurs pairs, ou qui plieront face aux sirènes mercantiles.
Enfin, que les professionnels de santé restent vigilants face aux contenus : commentaires déplacés, voire haineux, ou secret médical ébranlé.
Bref, se former, s'informer, se rapprocher de l'Ordre pour une utilisation bénéfique de ces nouveaux paradigmes dont il n'est plus qu'inutile d'être contre, mais bien au contraire, les connaître au plus près pour évoluer avec eux dans un cadre choisi.

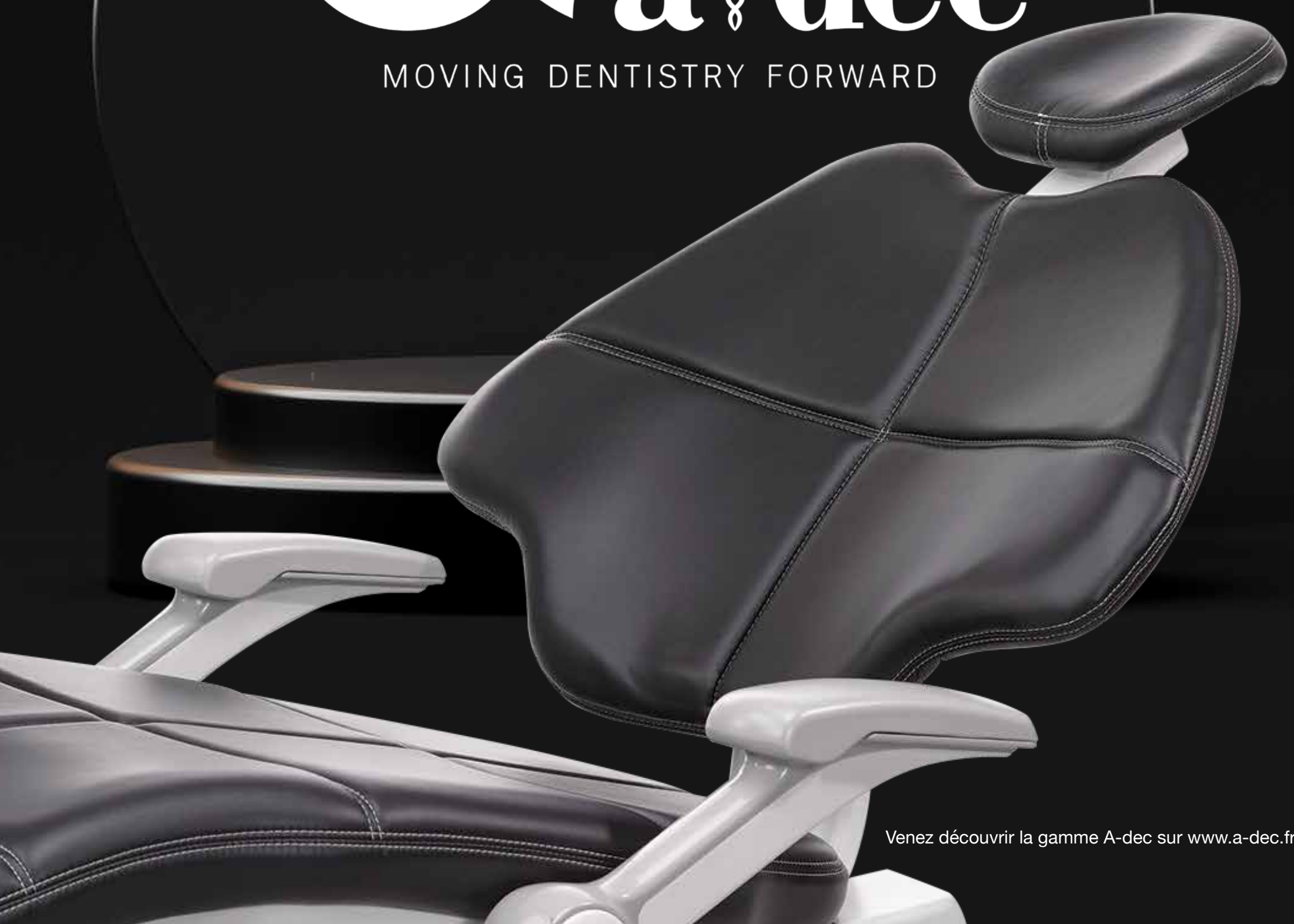
Laura et Geoffroy Regouby
Dirigeants de l'Académie d'Art Dentaire
Professionnels de la communication
www.academieartdentaire.fr

A-dec 60 ans d'innovation
au service de l'art dentaire

Ergonomie, fiabilité, confort
des solutions performantes pour une expérience unique

60 a-dec®

MOVING DENTISTRY FORWARD



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

Le pivot et la dent dure

JOËL ITIC

L'épaisseur d'un cheveu

Claire Berest | Éditions Albin Michel

Autopsie d'un couple…

Il s'agit littéralement d'un roman-autopsie, dès le début du roman, Claire Berest nous dévoile le meurtre de Vive par son mari Étienne : *Il était alors impossible d'imaginer que trois jours plus tard, dans la nuit de jeudi à vendredi, Étienne tuerait sa femme.* Le meurtre constaté, tel un médecin légiste, l'auteur dissèque, incise, sonde et analyse ces trois jours qui vont, pour ce couple solide, amoureux, parisiens bobos-branchés de vernissage en concert classique, conduire au meurtre avec ce cheveu qui devient le fil du drame.

Étienne est correcteur dans l'édition, sa femme Vive est une artiste photographe, délicieusement fantasque qui cherche inlassablement, malgré ses relations, une galerie pour l'exposer. Mais quelque chose va faire dérailler cette parfaite partition, ce sera aussi infime que l'épaisseur d'un cheveu, aussi violent qu'un cyclone qui ravage tout sur son passage.

J'ai été, probablement comme toi lecteur si tu m'as suivi dans mes conseils, touché et envoûté par ***La Carte Postale*** d'Anne Berest, la sœur de Claire. Elles ont d'ailleurs écrit à quatre mains ***Gabriële*** en 2017. Bon sang ne saurait mentir, j'avais l'intuition d'un bon roman en perspective. Bonne pioche, tant sur le fond que sur le style.

Au début, comme toujours, l'amour : *Quand ils avaient commencé à se fréquenter, elle l'attifait d'une palanquée de surnoms absurdes, elle en changeait chaque jour, elle les essayait sur lui, comme un foulard ou un chapeau, pour voir s'ils lui seyaient, elle en abandonnait certains dans l'instant et en gardait d'autres quelques semaines, quelques mois, ils lui allaient bien. Ça s'était clarifié avec les années, ils s'étaient tous fondus en chéri, chéri, le noyau, chéri, la veste indémodable sublimée par l'usure.*

L'amour dans la durée, la vie à deux en général sont faits de petits riens, de cheveux, qui au gré du vent, peuvent s'envoler dans la bonne ou la mauvaise direction. Claire Berest nous livre quelques secrets du bonheur tranquille du couple avant qu'Étienne ne tombe dans la schizophrénie : *Shalimar, le parfum de Vive, se mélangeait à la fumée de cigarette qu'elle aimait savourer à la fenêtre, c'était toute sa femme qui s'épandait dans l'atmosphère, il lui demandait pourquoi elle n'allait pas sur le balcon, elle répondait qu'elle aimait bien fumer à la fenêtre, être dedans et dehors en même temps, il ne savait pas exactement ce qu'elle entendait par là, parce qu'on ne sait jamais ce que l'autre pense, on passe notre temps à fabriquer des images avec des mots, des images incompréhensibles qui tente de flotter jusqu'à l'autre et qui se noient, des images.*

Étienne est obsessionnel dans son activité de correcteur pour une maison d'édition, ses corrections sont pertinentes mais il ne se contente pas de corriger les manuscrits qu'on lui confie, il les réécrit littéralement au point de provoquer l'ire des auteurs et de sa direction. Il ne le réalise pas, il s'enferme dans le déni jusqu'à sombrer progressivement aussi dans son travail. Il est fondamentalement immature avec ce besoin irrépressible d'être aimé qui le conduira au meurtre. Les féminicides sont dans l'air du temps, terme auquel je préfère celui de violences conjugales, plus précis pour la thématique de ce roman.

Les violences touchent malheureusement tous les pans de notre société, elles font partie des sujets dont on parle beaucoup dans les fils de l'actualité. Claire Berest n'écrit pas en journaliste sur le sujet, elle analyse avec une grande finesse, avec une réflexion aiguisée et avec pertinence tous les méandres de la psychologie de ce duo de personnages qui vont se perdre. Vive, bien que victime, a sa part de responsabilité dans le drame qui se noue, elle fait tout pour provoquer la rupture, elle s'éloigne de toutes leurs habitudes, oblige Étienne à venir à des cocktails ou des expositions qu'il déteste jusqu'à l'implacable trajectoire tragique.

L'Épaisseur d'un cheveu ausculte les parts d'ombre, les non-dits, tout ce qui rouille un couple, comme le vert-de-gris qui se dépose sur le cuivre. Claire Berest met en place un compte-à-rebours avec une extrême précision pour se livrer à la fascinante autopsie d'un homme en route vers la folie. Il me revient cette citation de Cioran : *La dispute alimente la dispute et engloutie ceux qui s'y plongent.*

Bien entendu si tu as, cher lecteur, quelques soucis dans ton couple et du mal à l'endormissement, passe ton chemin, ou réécoute les discours de l'ex-première ministre, Elisabeth Borne à l'assemblée, je te garantis un sommeil plus rapide !

Save the date

Les Journées Dentaires de Val d'Isère, 4-6 avril

Dentaldot, une nouvelle formation créée par David Bensoussan

- Comprendre pourquoi et comment le numérique change notre approche du dossier médical
- Intégrer les données cliniques dans le dossier patient : radiographies, photographies et vidéos
- L'examen intra-oral et le charting parodontal
- Développer les compétences pour communiquer les informations entre les différents intervenants
- Comprendre les protocoles de sécurité nécessaires pour la protection des données sensibles des patients dans un environnement numérique

Modalités :
- **2 sessions programmées : 4-6 avril et 8-10 avril** (places limitées à 25 personnes/session)
- 3 déjeuners conférences ski aux pieds

Lieu : Hôtel Le Refuge de Solaise, Val d'Isère
Tarif : 900 €
Contact : contact@dentaldot.com, www.dentaldot.eu

En plus de 40 ans d'exercice, j'ai eu l'immense privilège de croiser au cours de ma vie professionnelle des praticiens et des enseignants de grande valeur et j'ai mis un point d'honneur à me former continuellement auprès des meilleurs spécialistes.

Aujourd'hui, je souhaite à mon tour, partager mes connaissances et ma vision de ce que doit être la pratique de l'art dentaire et j'espère ainsi inspirer des futures générations de chirurgiens-dentistes.

La formation continue ne doit surtout pas se limiter à acquérir de nouvelles compétences. Elle doit également englober l'amélioration de notre compréhension de la santé bucco-dentaire dans son ensemble et renforcer notre capacité à diagnostiquer avec précision et à personnaliser les traitements afin de répondre aux attentes spécifiques de nos patients.
J'ai fait le constat au cours de mon exercice que plus de 80 % des traitements que j'effectuais consistaient à reprendre des situations d'échecs thérapeutiques et non pas à traiter le vieillissement normal d'une bouche. Parce que la dentisterie ne se limite pas à réhabiliter des bouches avec des prothèses bi-maxillaires implanto-portées, la prévention reste le meilleur choix thérapeutique. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de créer une plateforme qui va au-delà de la simple formation.

Cette plateforme, je l'ai appelée dental d o t :
- ***D pour digitaliser***
- ***O pour organiser***
- ***T pour traiter***

Trois étapes de travail incontournables pour nous mener au succès thérapeutique.

J'en ai fait une méthode que vous retrouverez appliquée à toutes nos formations : qu'elles soient en 100 % e-learning, en workshop ou en study groupe, ou sous forme de conférence.

Chaque sujet propose sera réalisé avec cette méthode. Toutes nos formations seront en interactions les unes avec les autres offrant ainsi un cursus complet et une approche commune.

Nos formations auront toutes pour axe de travail de viser à la maîtrise des outils numériques, de savoir les exploiter, de faire le bilan complet de l'état d'une bouche qui vous permettra au cours du temps de mesure l'évolution de celle-ci, d'être enfin en mesure de présenter un plan de traitement global aux patients, et ce, toutes spécialités confondues.
Dans cette optique, pour partager cette philosophie de travail, je vous invite à vous inscrire à la formation initiale à la méthode DentaldDOT qui vous permettra ensuite d'accéder à l'ensemble du cursus.

À très bientôt sur la plateforme ***dentaldot.eu***

David Bensoussan

Santé : la désinformation a-t-elle gagné la bataille ?

La vague de cyberharcèlement déclenchée par le rappeur Booba à l'encontre d'un cancérologue en lutte contre les fake news médicales montre à quel point il est difficile de défendre la rationalité scientifique.

Booba est devenu le super-spreader d'une fausse information sur les vaccins Covid-19 en la partageant à ses 6,3 millions d'abonnés sur X, explique le sociologue Laurent Cordonier.

Le Dr Jérôme Barrière, qui lutte depuis des années contre la désinformation médicale en ligne, s'interroge. Doit-il poursuivre son combat ? *Je le fais gratuitement, sur mon temps libre, parce que je crois en cette cause*, rappelle-t-il. Mais, cette fois, c'est allé trop loin. Depuis le 18 janvier, ce cancérologue subit un intense cyberharcèlement parce qu'il a reproché au rappeur Booba d'avoir partagé à ses 6,3 millions d'abonnés sur X (ex-Twitter), *un contenu qui ne repose sur aucune donnée scientifique.* En l'espèce, une vidéo de Marc Doyer, porte-parole l'association Verity France, qui accuse le vaccin Pfizer d'avoir tué son épouse, décédée en 2022, en provoquant la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

La réponse du chanteur au cancérologue est sidérante : *Ferme-la assassin ! Est-ce que le coup d'boul dans ta grand-mère est un geste barrière ?* Des milliers d'internautes prennent le relais, et le Dr Barrière se retrouve noyé sous un flot d'insultes. La situation devient plus ubuesque encore lorsque Didier Raoult, qui avait lui aussi accusé les vaccins anti-Covid d'être « potentiellement responsables » de Creutzfeldt-Jakob, félicite Booba d'un *merci pour le soutien, petit frère.* Il faut dire que Jérôme Barrière fait partie des médecins qui ont contribué, par leurs enquêtes, à faire tomber de son piédestal l'ex-directeur de l'IHU...

Cette affaire n'est pas anecdotique, mais très significative de la désinformation en ligne, car elle réunit tous ses ingrédients, constate Laurent Cordonier, directeur de la recherche de la Fondation Descartes. Avec d'abord le drame personnel de Marc Doyer, qui refuse le hasard – un biais cognitif classique – et voit un lien de cause à effet là où il n'y a qu'une coïncidence. *Vient ensuite l'exploitation de cette peine par la complosphère : cela montre une forme de structuration de ce milieu qui saute sur chaque cas singulier pour nourrir son narratif*, poursuit le chercheur.

L'affaire aurait pu s'arrêter là, mais elle change de dimension en étant récupérée par ce que Laurent Cordonier appelle un *super-spreader*, un personnage public dont l'audience dépasse largement les sphères complotistes. En l'occurrence, Booba et ses millions d'abonnés, qui le suivent *a priori* plutôt pour sa musique que pour ses connaissances scientifiques. *Il détient, en plus, une forme d'autorité morale d'artiste et une légitimité acquise dans sa lutte contre les arnaques des influenceurs*, souligne le sociologue. Les algorithmes, qui favorisent les contenus suscitant les émotions les plus fortes (indignation, colère), et l'absence de modération de X ont fait le reste.

Dans ce genre de situation, la désinformation gagne la bataille du doute, assure Laurent Cordonier. *La population n'adhérera probablement pas massivement à la thèse selon laquelle le vaccin transmet Creutzfeldt-Jakob, mais certains seront plus enclins à croire qu'on leur cache des choses, qu'on leur ment.* La défiance à l'égard de la science, de la médecine et des autorités en sort renforcée. *La suspicion qui progresse, c'est un danger pour la démocratie*, s'inquiète Mathieu Molimard, chef du service de pharmacologie médicale du CHU de Bordeaux. Cette crainte, partagée par tous les défenseurs de la rationalité scientifique, explique le large soutien rencontré par la tribune rédigée en réaction à cette affaire, que L'Express publie en exclusivité. Elle explique aussi leur engagement, malgré les coups reçus.

Je refuse que l'obscurantisme gagne et qu'on laisse dire n'importe quoi, que la peur prenne le pouvoir et qu'on se dise « mieux vaut se taire » – on y perdrait tous, confirme Jérôme Barrière, qui dénonce le manque d'implication et de soutien des autorités. *Les institutions de santé devraient en faire plus, c'est sûr*, corrobore Laurent Cordonier. *Même si leur action serait probablement moins probante que celle de médecins et chercheurs qui symbolisent ce combat, car elles sont désincarnées.* La réaction politique se fait aussi attendre. Raison pour laquelle tous les regards se tournent vers la loi contre les dérives sectaires, en cours de discussion à l'Assemblée nationale. *Les élus ont regardé le train passer lors de la crise du Covid*, souligne Mathieu Molimard. *Il est temps qu'ils saisissent l'enjeu et qu'ils s'attaquent enfin à ces dérives.*

Publié le 30/01/2024, lexpress.fr

Nous, médecins, chercheurs et sociétés savantes médicales, sommes très préoccupés par les dérives constatées sur les réseaux sociaux et dans certains médias à grande audience, qui partagent et diffusent de fausses informations scientifiques et médicales. Nous tenons à réaffirmer notre soutien indéfectible envers les professionnels de la santé qui s'efforcent de fournir au grand public des informations claires et loyales, fondées sur les données scientifiques.

Récemment, nous avons entendu que les vaccins anti-Covid seraient inefficaces, ou, pis, responsables de cancers ou de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, alors qu'aucune donnée épidémiologique ne rapporte une quelconque augmentation de ces maladies en lien avec la vaccination. D'autres n'hésitent pas à affirmer que les vaccins anti-Covid sont responsables d'accidents vasculaires cérébraux ou d'infarctus du myocarde, en contradiction avec plusieurs études épidémiologiques, dont deux études françaises menées par Epi-Phare, études qui n'ont constaté aucun lien entre ces pathologies et les vaccins à ARNm. Par ailleurs, aucune donnée crédible de biologie moléculaire ne corrobore l'idée d'une intégration de brins d'ADN vaccinaux dans le génome humain à partir de vaccins à ARN messager.

Ces déclarations inquiétantes mettent en lumière la volonté de certains de semer la confusion et la peur dans le grand public avec des informations non étayées. Il est essentiel de rappeler que les affirmations médicales doivent reposer sur des données solides issues de la science. Les effets indésirables des vaccins s'observent pour l'essentiel dans les jours qui suivent les injections, au plus tard quelques semaines après. Ainsi, suite au constat de thromboses graves chez des sujets jeunes avec l'un des vaccins anti-Covid utilisant un vecteur viral, son utilisation a été suspendue, sans que jamais rien ne soit caché au public. Ces cas sont néanmoins demeurés très rares, et illustrent le fait que le système national et international de pharmacovigilance a parfaitement fonctionné.

Nous déplorons que certains individus et médias profitent de la crédulité d'une partie de la population, contribuant ainsi à mettre leur santé en danger. Dans ce contexte, il est plus que jamais impératif de soutenir la législation sur les dérives sectaires en cours de révision à l'Assemblée nationale, plus précisément en introduisant des sanctions pour ceux qui incitent à abandonner ou dénigrer un traitement médical reconnu. De même, l'article 27 de la loi de 1881 sur la liberté de la presse concernant la publication, la diffusion ou la reproduction de fausses nouvelles, qui s'applique en cas de trouble à la paix publique, devrait également concerner les cas de mise en danger de la santé publique.

Face à la désinformation médicale relayée par des opportunistes, qui ont le plus souvent quelque chose à vendre, nous appelons à une régulation plus stricte des réseaux d'information pour protéger les citoyens. Nous réaffirmons notre soutien à la vaccination, pour prévenir plutôt que guérir. Nous affirmons la primauté de l'éclairage de la démonstration scientifique. Nous réaffirmons notre engagement médical total contre les maladies. Il est temps de choisir le camp de la santé contre toute forme d'obscurantisme.

Liste des signataires

Dominique Deplanque, président de la Société française de pharmacologie et thérapeutique ; **Manuel Rodrigues**, président de la Société française du cancer ; **Mathieu Molimard**, président honoraire du Collège national de pharmacologie médicale ; **Jérôme Barrière**, membre du conseil scientifique de la Société française du cancer ; **Rémi Salomon**, président de la Conférence nationale des présidents de CME de CHU ; **Alain Fischer**, président de l'Académie des sciences ; **Bernard Castan**, président de la Société de pathologie infectieuse de langue française ; **Catherine Barthélémy**, présidente de l'Académie nationale de médecine ; **Olivier Saint-Lary**, président du Collège national des généralistes enseignants ; **Christophe Leclercq**, président de la Société française de cardiologie ; **David Laharie**, secrétaire général de la Société nationale française de gastro-entérologie ; **Luc Mouthon**, président de la Société nationale française de médecine interne ; **Nathalie Salles**, présidente de la Société française de gériatrie et de gérontologie ; **Claudia Lefeuvre**, présidente du Collectif des présidents de CME d'Unicancer ; **Christian Chabannon**, président de la Conférence des Présidents de CME de CLCC ; **François Vrtovsnik**, président de la Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation ; **Virginie Gandemer**, présidente de Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent ; **Jean-Marc Classe**, président de la Société francophone de chirurgie oncologique ; **Jean-Yves Blay**, président d'Unicancer ; **Véronique Vendrely**, présidente de la Société française de radiothérapie oncologique ; **Didier Mayeur**, président de l'Association francophone des soins oncologiques de support ; **Annie-Pierre Jonville-Bera**, présidente du Réseau des centres régionaux de pharmacovigilance ; **Joëlle Micallef**, présidente du Réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance ; **Arnaud Robinet**, président de la Fédération hospitalière de France ; **Jérôme Marty**, président de l'Union française pour une médecine libre - syndicat ; **Franck Devulder**, président de la Confédération des syndicats médicaux français ; **Agnès Giannotti**, présidente de la Fédération française des médecins généralistes ; **Mélanie Rica**, présidente de Médecins pour demain ; **Patricia Lefébure**, présidente de la Fédération des médecins de France ; **Patrick Gasser**, président de l'union syndicale Avenir spé - le Bloc ; **Patrick Pelloux**, président de l'Association des médecins urgentistes de France ; J**érémy Darenne**, président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France ; **Raphaël Dachicourt**, président du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants ; **Florie Sullerot**, présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale.

Publié le 29/01/2024, lexpress.fr

NOUVEAU

Biodentine™ XP

Substitut dentinaire bioactif (1)*

Toute la science de Biodentine™ avec l'eXPérience que vous attendiez

- Cartouche tout-en-un
- Injection directe dans la dent

PRODUIT DE L'ANNÉE 2024 LAURÉAT CATÉGORIE CONSOMMABLE

VOUS SOUHAITEZ UNE DÉMONSTRATION ?

Scannez le QR Code et remplissez le formulaire en ligne, votre représentant habituel vous contactera dans les plus brefs délais.

(1)Semennikova K., Colon P. et Pradelle-Plasse N. Les ciments tricalciques – Exemple du matériau Biodentine™ - Partie 1 : Présentation, composition et propriétés. 2:16-25 Biomatériaux Cliniques 2016.
*Données expérimentales non substituables chez l'humain en clinique.
Veuillez consulter les indications et la notice d'utilisation de Biodentine™ XP sur notre site internet www.septodont.fr
• **Biodentine™ XP :** Substitut dentinaire bioactif réservé à l'usage professionnel dentaire non remboursable au titre de la LPP - Prise en charge possible par les organismes d'assurance maladie pour un coiffage pulpaire (acte codifié HBFD010 : parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct) ainsi qu'une pulpotomie camérale sur dent temporaire (acte codifié HBFD006 : exérèse de la pulpe camérale [biopulpotomie] d'une dent temporaire) dans le cadre de la classification commune des actes médicaux. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation. Dispositif médical de Classe III, marqué CE par l'Organisme Notifié GMED (CE0459). Fabricant : Septodont - France. • **Biodentine™ Gun :** Dispositif pour extrusion de substitut dentinaire réservé à l'usage professionnel dentaire. Accessoire de Biodentine™ XP exclusivement. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation. Dispositif de Classe I, marqué CE. Fabricant : Septodont - France. • **Biodentine™ Mixer :** Dispositif pour activer et mélanger les cartouches, réservé à l'usage professionnel dentaire. Accessoire de Biodentine™ XP exclusivement. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation. Dispositif de Classe I marqué CE. Fabricant : Motion Dental Equipment Corporation - Taïwan.

Septodont
58 rue du Pont de Créteil
94100 Saint-Maur-des-Fossés - France
Tél. : 01 49 76 70 02
Pour plus d'informations, rendez-vous sur : www.septodont.fr

septodont

Communication France -121177 - Septembre 2023

Le billet d'humeur étudiant

Être le dentiste numéro 1 !

Bonjour à toutes et à tous !

L'habit ne fait pas le moine nous dit le dicton. Mais peu importe pour nos patients de savoir que nous utilisons une technique de stratification composite tri-laminaires, ils sont en réalité beaucoup plus sensibles à notre réputation, à notre apparence et à l'image du cabinet qu'à la technicité de nos actes.
La publicité pour les dentistes est fort heureusement interdite en France. Comment alors se démarquer de nos confrères ?
Certains organismes proposent de vous coacher moyennant finances. Mais nous, pauvres étudiants et jeunes praticiens, nous sommes contentés d'interroger nos aînés. Voici quelques pistes que nous vous offrons gracieusement : en premier lieu, cette fameuse e-Réputation avec les avis Google. Certains confrères affichent un insolent 4,9 étoiles sur 5. Bien sûr, ils ne font pas partie des personnes peu scrupuleuses qui demandent à leurs amis de déposer des avis dithyrambiques. Et si on demandait plutôt à nos patients qui ont une bonne expérience cabinet de poster un avis sincère sur Google ?
Un site internet réalisé par un bon professionnel est un plus certain.
Pourquoi ne pas offrir un petit café dans la salle d'attente ou une bouteille d'eau ? Moderniser le cabinet avec un décor chaleureux et accueillant ?
Il paraît que la communication non verbale est bien plus importante pour le patient que le contenu du message : apprendre à poser sa voix, à sourire, à regarder le patient dans les yeux.
Enfin, vous pouvez aussi demander à Adeline Blanc, jeune dentiste élue 2e dauphine Miss France 2024, de venir travailler avec vous. Si avec tout cela le patient ne sort pas du cabinet avec le sourire ☺

Roman Licha, 6e année

David Naccache, interne

Selfies AO

Pratique libérale, Strasbourg

Votre dîner idéal réunirait...
Brad Pitt et Leonardo DiCaprio

Vos trois films incontournables
99f
Interstellar
Gladiator

Vos trois livres fétiches
C'est ici que je joue ma carte Joker

Une chanson de votre vie
« Divenire » Ludovico Einaudi

Votre insulte favorite
Censuré !!

Votre madeleine de Proust culinaire
Cordon bleu crème champignons...
Avec des frites évidemment !

Un héros... réel ou imaginaire
Iron Man

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
Ski de rondo et surf

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

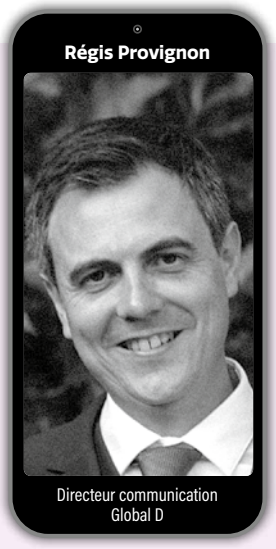
Vos vacances de rêve
Ski surf and sun !

Accro au net... ou pas ?
Yes !

Votre dernier coup de foudre
Notre voyage à Tahiti avec ma femme

Dans une autre vie, vous seriez
Pilote de F1

Enfin, une adresse à recommander
Alexandre Mazzia à Marseille



Directeur communication
Global D

Votre dîner idéal réunirait...
Les Inconnus et Les Nuls

Vos trois films incontournables
La Cité de la Peur
Interstellar
Mon oncle

Vos trois livres fétiches
Les Trois Mousquetaires, Absolument dé-bor-dée !
ou Le paradoxe du fonctionnaire, Steve Jobs

Une chanson de votre vie
Vice et versa

Votre insulte favorite
« Sa m... la p... »

Votre madeleine de Proust culinaire
La brioche à la praline

Un héros... réel ou imaginaire
Robert Downey Jr

Salé ou sucré ?
Sucré

Une passion, un hobby ?
Les jeux de mots

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

Vos vacances de rêve
La Réunion

Accro au net... ou pas ?
De moins en moins

Votre dernier coup de foudre
Ma femme

Dans une autre vie, vous seriez
Astronome

Enfin, une adresse à recommander
Les Lumières à Barcelone - 20 et 21 juin 2024

Past president AO Paris
Pratique libérale

Votre dîner idéal réunirait...
Ma famille et mes amis

Vos trois films incontournables
La liste de SCHINDLER (Steven Spielberg)
Inglourious Bastard (Quentin Tarantino)
Voyage au bout de l'enfer (Michael Cimino)

Vos trois livres fétiches
Le miracle Spinoza (Frédéric Lenoir)
L'élu (Chaim Potok)
Jacques le fataliste et son maître (Denis Diderot)

Une chanson de votre vie
Allumez le feu (Johnny Hallyday)

Votre insulte favorite
Tu comprends rien !

Votre madeleine de Proust culinaire
Tarte Tropézienne

Un héros... réel ou imaginaire
Roger Federer

Salé ou sucré ?
Sucré, salé

Une passion, un hobby ?
Le sport et les cartes !

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

Vos vacances de rêve
Les Cyclades avec mes amis et mes enfants

Accro au net... ou pas ? **Accro**

Votre dernier coup de foudre
Une maison d'hôtes à Lourmarin

Dans une autre vie, vous seriez
Sportif de haut niveau

Enfin, une adresse à recommander
Adraba, rue Véron à Paris

Le monde tel qu'il est

Un **pneu** pour un SUV familial coûte 168 euros contre 145 en 2017. Pour une berline, c'est 100 euros contre 79 euros.

Parmi les 10 villes dans le monde comptant le plus d'**homicides**, 9 sont mexicaines et 1 est américaine.

Un Français dépense en moyenne 670 euros par an pour **s'habiller** contre 1 000 euros pour un Italien.

Taïwan produit 92 % des **semi-conducteurs** les plus sophistiqués.

Le prix de la **baguette** en France s'est envolé de 27 % en 20 ans.

Entre 2019 et 2022, la fréquentation des **campings** français a augmenté de 7 %.

37 % du **café** produit en 2020 venaient du Brésil.

Part du **cash** dans les opérations de paiement des consommateurs : 39 % à Singapour, 41 % en France, 67 % en Allemagne.

Parmi les 10 meilleurs **buteurs** en Coupe du Monde, 4 Allemands, 3 Brésiliens et 1 Français.

43 pays vivent toujours sous un **régime monarchique**.

MELAG France
competence in hygiene

PREMIUM® CLASS EVOLUTION

MELAG, LE CHOIX DE LA CONFIANCE

Les +

Gain de Temps et d'Énergie

Nouveau système de Séchage DRYtelligence®

Jusqu'à 80% de temps économisé

Process optimisé

Accueil de charges de 9 à 70 Kg !

Traçabilité intégrée

La série Evolution dispose d'un logiciel de traçabilité

récylum

DEEE PRO ADHÉRENT

Équipement fabriqués suivant normes et directives :

2006/42/CE (Directive Européenne)
EN 285 (Grands Stérilisateurs)
EN 13 060 (Petits Stérilisateurs)
EN 11607 - 2 (Thermosoudeuses)
DIN EN ISO 15883 (Appareils de Nettoyage & Désinfection)
93/42/CEE Classe IIa (Directive Européenne Produits Médicaux)

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

www.melagfrance.fr

Protégez leurs racines !

Solutions de traitement MI des caries radiculaires

SCANNER POUR PLUS D'INFORMATIONS

Smile for the World
Since 1921
100 years of Quality in Dental

GC FRANCE s.a.s. - 8 rue Benjamin Franklin - 94370 Sucy en Brie Cedex
Tél. 01 49 80 37 91 - https://www.gc.dental/europe/fr-FR - OFR0124