

AO news 30 ans

aonews-lemag.fr

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

kuraray *Noritake*

AYEZ L'ESPRIT TRANQUILLE



**GRACE A L'EFFICACITE DE LA GAMME
CLEARFIL MAJESTY ES COMPOSITES**

kuraraynoritake.eu/fr/

Kuraray France, 63 avenue du Général Leclerc - 92340 Bourg La Reine - dental-fr.eu@kuraray.com, kuraraynoritake.eu/fr/ - Dispositifs médicaux de classe IIa. CE 0197.
Organisme notifié TÜV Rheinland LGA Product GmbH Tillystraße 2, 90431 Nürnberg, Germany.

Focus sur le DU
d'implantologie
de la Pitié Salpêtrière 8

L'interview...
Brice Riera 27

Retour sur le 5^e
anniversaire du
Best of Implantology 28

 **#068**
SEPTEMBRE 2024

kuraray

Noritake

TROUVEZ CELUI QUI VOUS CONVIENT

CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow



HIGH

Pour les petites cavités.
S'utilise comme un liner.

LOW

Pour une large gamme de
restaurations antérieures
et postérieures.

SUPER LOW

Idéal pour la reconstitution
de cuspides et de crêtes
postérieures.

CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow est un composite non collant et grâce à la conception spéciale de la seringue, il en résulte une application sans bulles. Travaillez en harmonie avec CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow, un fluide à trois viscosités qui restaure, répare et colle sans effort et avec précision. Adoptez le composite fluide pour une tranquillité d'esprit à chaque application.

Kuraray France

63 Avenue du Général Leclerc, 92340 Bourg La Reine, France
Téléphone : +33 (0)1 56 45 12 53
www.kuraraynoritake.eu/fr
dental-fr@kuraray.com

- Avant d'utiliser ce produit, assurez-vous de lire les consignes d'utilisation fournies par le fabricant.
- Les spécifications et l'apparence du produit sont susceptibles d'être modifiées sans préavis.
- Les teintes réelles peuvent différer légèrement des teintes de la présente brochure.

"CLEARFIL" and "CLEARFIL MAJESTY" est une marque déposée de KURARAY CO., LTD
Dispositifs médicaux de Classe IIa. CE 1639. Organisme notifié : SGS Belgique

Kuraray Noritake Dental Inc.
300 Higashiyama, Miyoshi-cho, Miyoshi, Aichi 470-0293, Japan
www.kuraraynoritake.com

produits de classe IIa  1639

AO
NEWS
30 ans

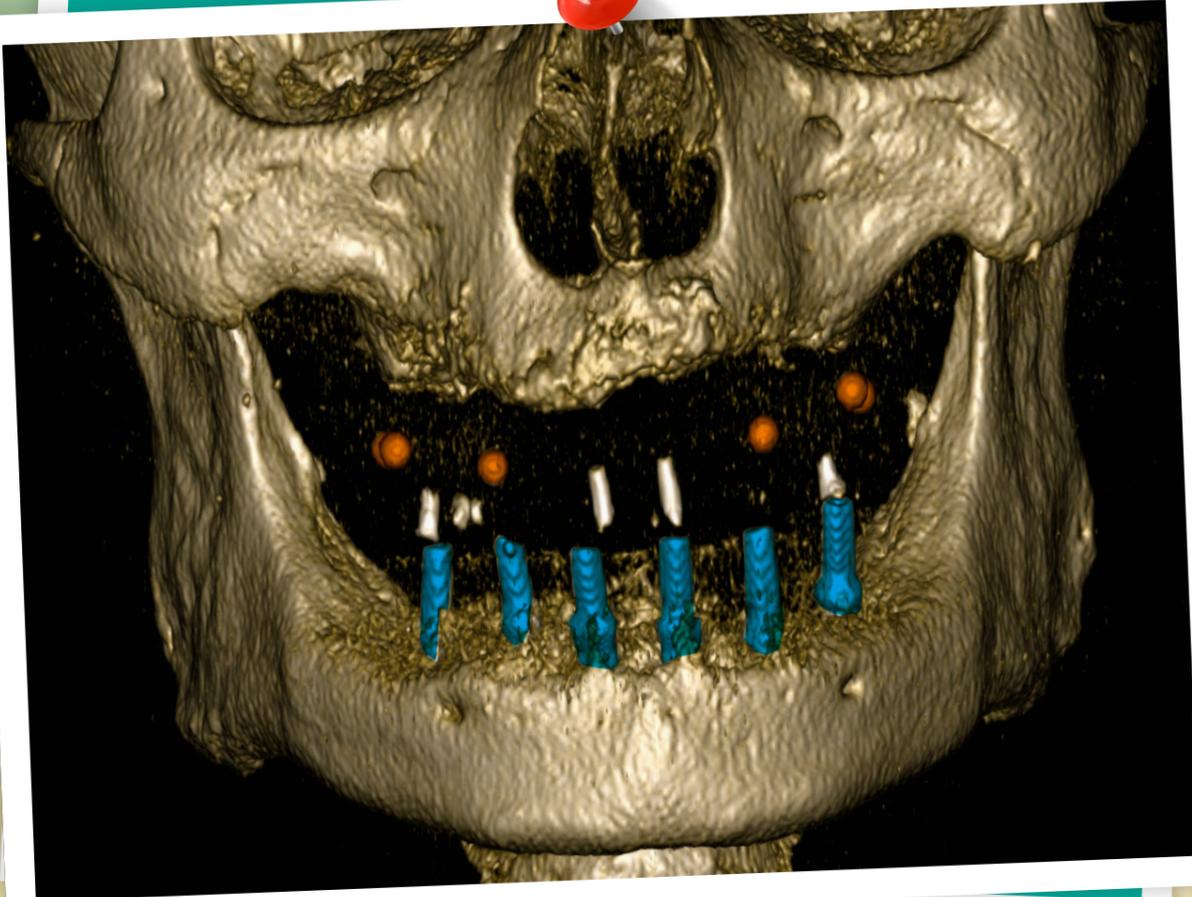
aonews-lemag.fr

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

[8]

Focus sur le DU d'implantologie de la Pitié Salpêtrière

Dossier coordonné par
Anthony Bohbot et Jean Lehner



Ouriel Assaraf
Geoffrey Badoures
Olivier Boujenah
Augustin Chaminadour
Anne Durin Touati Sandler
Pauline Dussueil
Estelle Mathonat
Kelly Robert
Léonard Sebbag
Simona Šimková
Patrick Cougny

[30]

**Tips endo | MV2:
Comment localiser et mettre en forme**

[34]

**Save the date
vos soirées de la rentrée**

 **#068**
SEPTEMBRE 2024

Ont contribué à ce numéro



- MARION AMMAR
- CORINNE ATTIA
- DAVID AZARIA
- OURIEL ASSARAF
- GEOFFREY BADOURES
- JULIEN BITON
- ANTHONY BOHBOU
- OLIVIER BOUJENAH
- SOPHIE CANTAMESSA
- AUGUSTIN CHAMINADOUR
- CLARISSE CHEN
- ELISA CAUSSIN
- PATRICK COUGNY
- ANNE DURIN TOUATI SANDLER

- PAULINE DUSSUEIL
- JOEL ITIC
- MARIE JANNOT
- HÉLÈNE LAGORCE
- JEAN LEHNER
- ROMAN LICHA
- ESTELLE MATHONAT
- DAVID NACCACHE
- BRICE RIERA
- KELLY ROBERT
- ELSA SOLAL
- LÉONARD SEBBAG
- SIMONA ŠIMKOVÁ
- SOHO YEE



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



TRIO CLEAR **ALIGN RESTORE**
*réhabilitation globale du sourire

Vers une dentisterie moins invasive

Aligneurs imperceptibles à force alternée

46-56 rue des Orteaux 75 020 Paris | 01 53 38 15 41 | info@trio-clear.fr
trio-clearaligners.eu

C'EST NOUVEAU !

- 6 BioHorizons Camlog célèbre 55 ans d'expérience
- 6 IDS 2025
- 6 Le tout-céramique décodé : le guide GC pour choisir la bonne option
- 6 Energo, la nouvelle génération de contre angles Dentsply Sirona

ÉDITO

- 7 André Sebbag

SCIENTIFIQUE : Focus sur le DU d'implantologie de la Pitié Salpêtrière

- 8 À propos
- 9 Place de l'os allogénique en chirurgie pré-implantaire
- 11 ROG avec membrane d-PTFE revue de la littérature
- 12 Guide à étage, vers un protocole reproductible en cabinet ?
- 16 La gestion des tissus mous après les chirurgies d'augmentation osseuse : focus sur la *Strip technique*
- 18 Prothèse complète implanto-portée : une vue d'ensemble sur les matériaux actuels

PRIX AO FRANCE

- 19 Les parodontites à agrégation familiale : éducation thérapeutique pour les jeunes patients et leur famille | *Clarisse Chen*

AO NOW

- 22 Cyril Gaillard à Lyon
- 24 Des nouvelles de Marseille
- 25 Elsa Solal invitée du chapitre niçois
- 26 Linda Greenwall et AOPJ

LE MAG

- 27 **L'interview...** | Brice Riera, figure montante de l'endodontie !
- 28 **Entendu pour vous...** | Les 5 ans de Best Of Implanto
Beau succès du Zirconium Summit
- 29 **Le cas du net** | Comblement alvéolaire et PRF | *Julien Biton*
- 30 **Tips endo** | MV2: Comment localiser et mettre en forme | *SoHo Yee*
- 32 **Le Dental Run, une nouveauté des EG**
- 34 **La rentrée d'AO**
- 35 **Lu sur le web** | L'intérêt de la caféine pour traiter la maladie d'Alzheimer se précise
- 36 **Le pivot et la dent dure** | *Je m'appelle HENRI, Pêcheur de perles*
- 38 **Le billet étudiant** | La rentrée en forme olympique !
- 38 **Selfies AO** avec Sophie Cantamessa, Elisa Caussin, Hélène Lagorce,
- 38 **Le monde tel qu'il est**





BIO HORIZONS CAMLOG

BioHorizons Camlog célèbre 55 ans d'expérience dans la création de liens

Avec le 30^e anniversaire de BioHorizons et le 25^e anniversaire de Camlog, BioHorizons Camlog peut se féliciter d'avoir réussi à établir des liens avec les dentistes et à gagner constamment en influence dans le domaine de l'implantologie dentaire grâce à des solutions de haute qualité.



Le groupe d'entreprises BioHorizons et Camlog (BioHorizons Camlog), pionnier de l'implantologie, est ravi de célébrer ses 30 et 25 ans respectivement avec la campagne d'anniversaire 30|25. Depuis ses modestes débuts en 1994, BioHorizons Camlog n'a cessé de repousser les limites de l'innovation, transformant le paysage de l'implantologie.

Bianka Wilson et Steve Boggan, co-PDG de BioHorizons Camlog, s'accordent à dire que le parcours de l'entreprise, qui est passée de deux start-up aux États-Unis et en Allemagne, respectivement, à un leader mondial de l'industrie, a été tout à fait remarquable.

Le parcours de BioHorizons Camlog a été marqué par des étapes importantes qui ont façonné son identité et alimenté sa croissance.

- 1994** Naissance de BioHorizons, fondée par les visionnaires Carl Misch et Martha Bidez Ph. D., rejoints peu après par Steve Boggan et le COO Todd Strong. Dr Axel Kirsch, la fondation d'Altatec Medizinische Elemente GmbH marque l'origine de la société qui deviendra Camlog.
- 1996** BioHorizons dépose son premier brevet, soulignant ainsi son engagement en faveur de l'innovation.
- 1997** Le premier produit introduit par BioHorizons, l'implant Maestro, établit de nouvelles normes dans l'industrie.
- 1999** Camlog présente son système d'implant CAMLOG.
- 2000** BioHorizons entre dans le domaine des biomatériaux avec des partenariats exclusifs avec Osteotech (qui fait maintenant partie de Medtronic) et LifeCell (qui fait maintenant partie d'Abbvie).
- 2004** BioHorizons lance les puces corticales et spongieuses MinerOss.
- 2007** BioHorizons lance le système d'implant interne conique doté de la technologie de surface Laser-Lok. Camlog présente le système d'implants CONELOG.
- 2013** Camlog lance son système d'implants iSy.
- 2015** BioHorizons crée Vulcan Custom Dental, une filiale spécialisée dans la dentisterie numérique.
- 2017** Camlog lance CERALOG, son premier système d'implants en céramique.
- 2018** Henry Schein acquiert BioHorizons, qui fait désormais partie du groupe mondial de reconstruction orale de la société. Camlog et BioHorizons entament leur coopération et la marque BioHorizons Camlog est créée.
- 2019** BioHorizons Camlog lance le système d'implants Tapered Pro.
- 2020** BioHorizons Camlog lance sur le marché le système Progressive-Line Guide et le FLEXkit.
- 2023** Le Tapered Pro Surgical System et la membrane Striate + ont été introduits.
- 2024** BioHorizons Camlog lance la gamme d'implants Tapered Pro Conical et élargit la gamme iSy.
- 2024** BioHorizons Camlog fête les 30 ans|25 ans dans la création de liens

biohorizonscamlog.com | henryschein.com

Energio™ – Dentsply Sirona présente une nouvelle génération de contre-angles

Les instruments électriques Energio™ sont conçus dans un souci de développement durable, d'ergonomie et de réduction du bruit. Cette nouvelle gamme comprend des contre-angles standards, courts et à mini-têtes pour répondre aux besoins et aux préférences des chirurgiens-dentistes.

La nouvelle gamme de contre-angles Energio offre une série d'avantages avec des dimensions de tête réduites, une longue durée de vie et un niveau de sécurité optimal.

Qualité constante

La gamme Energio comprend le contre-angle T1 Energio (avec une version standard et une version courte) et le contre-angle confort T2 Energio (avec une version standard et une option mini-tête).

La petite taille de la tête du contre-angle offre une bonne visibilité au praticien pendant le traitement. Les contre-angles T1 et T2 sont équipées de la *safe head technology* qui offre des têtes de contre-angles plus froides² en augmentant ainsi la sécurité du patient¹. Elles sont également très faciles à retraiter et silencieuses grâce à la buse brevetée³ 4x2. En outre, la durée de vie a été prolongée par rapport aux modèles actuels¹.

Conception respectueuse de l'environnement

Conformément au programme de développement durable de Dentsply Sirona, BEYOND : penser plus loin, l'entreprise s'efforce de réduire l'impact environnemental de ses produits dès la conception. Les contre-angles Energio sont conçus pour réduire les émissions de carbone tout au long du cycle de vie du produit. Les instructions d'utilisation sont disponibles en format numérique pratique, en réduisant ainsi les besoins en impression et le poids à transporter. De plus, le produit est livré dans un nouvel emballage fabriqué de manière durable. Ces mesures ont permis de réduire l'empreinte carbone de la gamme Energio de 25 % par rapport aux modèles précédents.

¹ Étude avec résultats de mesure de la plateforme actuelle et de la nouvelle plateforme disponible sur demande (contact@dentsplysirona.com)

² Par rapport aux modèles actuels de contre-angles de Dentsply Sirona

³ Brevet européen EP 2 708 204 B1

DENTSPLY SIRONA



Le tout-céramique décodé

le guide GC pour choisir la bonne option

Les couronnes dentaires sont le type de restauration indirecte le plus courant. Elles sont utilisées pour restaurer la forme et la fonction d'une dent, ou pour recouvrir et protéger une dent affaiblie. Elles sont particulièrement efficaces pour les dents gravement endommagées qui ne peuvent pas être restaurées de manière directe.

Avec l'augmentation des exigences esthétiques, les couronnes tout-céramique sont devenues populaires. Aujourd'hui, le disilicate de lithium et la zircone sont les alternatives préférées aux céramo-métal pour les couronnes unitaires. Les praticiens étudient les deux matériaux en fonction des besoins spécifiques de chaque cas, car leurs propriétés et leurs indications se recoupent souvent.

Pour simplifier le processus de sélection, GC a développé des flux de travail pour clarifier les matériaux tout-céramique et leurs propriétés, de la sélection du traitement à la mise en place. Les questions fréquentes concernant les différences entre les types de zircone et de disilicate de lithium, leurs exigences respectives, les options de caractérisation et les prétraitements ont également été abordées. Cette clarification garantit les meilleures pratiques et permet aux praticiens de prendre des décisions de traitement éclairées pour des résultats optimaux pour les patients.

Pour plus d'informations sur les couronnes unitaires esthétiques, ou pour en savoir plus sur la gamme de produits GC pour ce type de restaurations, consultez :

<https://campaigns-gceurope.com/crownworkflow/>

GC



IDS 2025, 25-29 mars, save the date!

IDS 2025

Neuf mois avant son ouverture, l'IDS 2025 a enregistré une forte hausse du nombre d'exposants et confirme ainsi sa position de salon leader du secteur dentaire mondial. Presque tous les acteurs clés concernés ont déjà confirmé leur participation au 41^e IDS, qui se tiendra du 25 au 29 mars 2025 à Cologne. La liste actuelle des participants comprend déjà plus de 1100 entreprises de 54 pays, ce qui laisse de grandes attentes quant à un résultat final convaincant. La Société pour la promotion de l'industrie dentaire (GFDI), l'entreprise commerciale de l'Association des fabricants allemands de produits dentaires (VDDI) et Koelnmesse ont déclaré dans un communiqué commun : *En 2025, l'IDS accueillera à nouveau le*

gratin de l'ensemble de l'industrie dentaire à Cologne. Le nombre excellent d'inscriptions montre clairement qu'IDS est reconnu comme l'événement international leader et qu'il offre le meilleur forum pour les innovations et les tendances du marché. Il est impressionnant de voir combien d'entreprises utilisent l'IDS comme plate-forme pour leur développement commercial.

Comme les Jeux olympiques qui se déroulent cet été à Paris, l'IDS est synonyme d'excellence, d'équité et de cohésion mondiale. Réservez déjà ces dates dans votre agenda !





Les mois de juin et de juillet 2024 seront à marquer d'une pierre blanche. Un nouveau président, une nouvelle mandature. L'une s'opère dans la continuité, l'autre se fait parfois à fleuret moucheté, mais l'intimidation, le verbe haut finissent par l'emporter.

L'une engage notre avenir ordinal, l'autre opère un virage institutionnel d'un nouvel ordre : notre Assemblée nationale est en ébullition.

Pour nous, un nouveau chapitre s'ouvre, qui accorde la nouvelle présidence nationale de l'Ordre à un édile de la Nouvelle Occitanie, au *curriculum vitæ* bien charpenté. **Alain Durand** n'est peut-être pas un homme de sérail, mais à coup sûr, un militant professionnel, passionné et engagé. Un combattif de la Ville Rose qui fait écho au fameux hymne de Claude Nougaro. Alain Durand, professeur de karaté est aussi impliqué dans la vie de la cité comme tout citoyen concerné. Ses prises de position durant la COVID l'ont mis dans la lumière. Gageons qu'il saura se servir de son porte-voix à la place qui est désormais la sienne.

Nos numéros se suivent et se complètent. Après les alternatives aux greffes gingivales nous vous proposons de suivre toutes les approches cliniques traitées au DU d'implantologie de la Salpêtrière. **Jean Lehner**

et **Anthony Bohbot** se sont inscrits dans l'approche médico chirurgicale de **Mickael Samama** et **Timothée Gellée** leurs prédécesseurs. L'essentiel de ce numéro s'appuie sur une notion qui taraude tout initié soucieux de satisfaire son patient. La prédiction du résultat, la courbe d'apprentissage de tout thérapeute engageant à observer, diagnostiquer, traiter, mais aussi prédire un résultat. Or, des outils nouveaux ont vu le jour : le CBCT et le numérique nous offrent des moyens objectifs d'assurer un résultat espéré et attendu.

La planification implantaire dans les réhabilitations complètes, voire complexes, fait la synthèse de la chirurgie et du projet prothétique. Les quatre auteurs, **Léonard Sebbag, Kelly Robert, Anthony Bohbot** et **Olivier Boujenah**, admettent que seul un niveau de compétence avancé offrirait un résultat fiable au cabinet. Le design du projet demande une étude et une complémentarité avec le laboratoire qui saura dessiner, concevoir, et anticiper la prothèse totale ou bien la réaliser dans un temps différé très court. L'usinage et l'impression 3D viendront aider à finaliser cette prothèse transitoire ou d'usage.

Auparavant, **Pauline Dusseuil, Ouriel Assaraf** et **Anthony Bohbot** traitent des atrophies osseuses et proposent de régénérer, l'os manquant à l'aide

d'allogreffe. Au point de fournir des blocs corticaux spongieux standards ou sur-mesure pour reconstruire ce déficit. Dans cet inventaire chirurgical, la gestion des tissus mous et de son corollaire, la gencive kératinisée, s'apparentent à décrire la technique combinée de Urban. La régénération osseuse guidée prend aussi sa place dans le vaste panorama de ce numéro. **Augustin Chaminadour, Geoffrey Badoures** et **Jean Lehner** décrivent le pas à pas chirurgical, minutieusement, détaillé et discuter. Le gain osseux est à ce prix.



Avec **Mathilde Jalladaud** et **Gaël Millot**, Alpha Oméga Paris vous accueillera pour une formation autour du *Gradient thérapeutique au service de différentes disciplines dans le secteur antérieur*, une véritable synthèse des connaissances cliniques actuelles. Aux Entretiens de Garancière **Steve Toupenay** axe ses journées sur *Le numérique c'est pratique*, 49 conférences pour cette 49^e édition... un nouveau défi motivant. Quant à l'ADF, soyez assurés que **Nicolas Lehman** a proposé de nouvelles programmations de formations qui vont permettre de nous retrouver encore plus satisfaits.

Vive la rentrée !!!

André Sebbag

Pour joindre nos partenaires

Actéon page 35

Tél. 05 56 34 06 07 | info@acteongroup.com

Airel page 27

Tél. 01 48 82 22 22 | www.arel.com | office@arel.com

Align Tech page 33

www.invisalign.fr

Bien Air dossier scientifique

Tél. 01 41 83 60 70 | www.bienair.com

Biotech Dental page 13

Tél. 04 90 44 60 60 | www.biotech-dental.com

Bisico page 15

Tél. 0800 247 420 | www.bisico.fr

Dentsply Sirona page 19

www.corporate.dentsplysirona.com

Eurotec 4^e de couverture

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

Global D page 17

Tél. 04 78 56 97 00 | www.globald.com

Ivoclar 3^e de couverture

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

Julie Software page 34

Tél. 01 60 93 73 70 | www.julie.fr

Kuraray duo sur couv. / 2^e de couverture

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

Labocast 3D face sommaire

Tél. 01 53 38 10 49 | www.labocast3d.fr

Nobelbiocare page 31

www.nobelbiocare.com/creos

Pierre Fabre Oral Care page 32

Tél. 05 63 51 68 00

Planmeca page 36

Tél. 02 51 83 64 68 | www.planmeca.fr

SDI page 25

Appel gratuit 00800 022 55 734

Septodont page 23

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

Solventum page 30

www.go.3m.com

Sunstar pages 11, 26

Tél. 01 41 06 64 64 | www.professional.sunstargum.com

Voco page 37

Numéro vert 00 800 44 444 555 | www.voco.dental

ZimVie page 10

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

FOCUS SUR LE DU D'IMPLANTOLOGIE DE LA PITIÉ SALPÊTRIÈRE

À propos

L'ère du numérique est arrivée ! Comment ne pas évoquer ce sujet qui a totalement modifié nos pratiques diagnostiques, chirurgicales et prothétiques. Ce changement de paradigme change aussi notre façon de transmettre les enseignements.

Nous avons voulu mettre en avant dans ce numéro les différentes étapes qui marquent les cas de réhabilitation complexes : la chirurgie pré-implantaire, où nous aborderons l'utilisation des membranes armées PTFE et les greffes allogéniques au travers de cas cliniques, la chirurgie implantaire avec un focus sur les guides à étages mais aussi le versant prothétique, et enfin un article sur la chirurgie parodontale. Ce numéro spécial a été réalisé avec les étudiants du DU de réhabilitation orale implantaire de l'université Paris-Sorbonne. Nous tenons à les féliciter pour le travail accompli pendant 2 ans.

Nous remercions aussi nos anciens collègues et maîtres les Drs Mickael Samama et Timothée Gellée qui ont ouvert cette voie digitalisée. Ainsi que notre chef de service le Pr Chloé Bertolus pour sa confiance.

Enfin un remerciement sincère au directeur de la rédaction André Sebbag pour mettre en avant notre diplôme universitaire.

Jean Lehner / Anthony Bohbot

Directeurs d'enseignement du diplôme universitaire de réhabilitation orale implantaire – Sorbonne Université Service de chirurgie maxillo-faciale de la Pitié Salpêtrière – Paris



Dossier coordonné par Anthony Bohbot et Jean Lehner

Anthony Bohbot

- Médecin spécialiste en chirurgie orale
- Ancien assistant des hôpitaux
- Service de chirurgie maxillo-faciale | Pitié Salpêtrière
- Directeur d'enseignement du DU de réhabilitation orale implantaire | Sorbonne université

Jean Lehner

- Chirurgien oral
- Assistant spécialiste des hôpitaux
- Directeur d'enseignement du diplôme universitaire de réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université
- Service de chirurgie maxillo-faciale | Pitié Salpêtrière

Ouriel Assaraf

- Chirurgien-dentiste
- DU de réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université
- Pratique libérale, Versailles

Geoffrey Badoures

- Chirurgien-dentiste
- AEU domaine médico-chirurgical | Université de Toulouse
- AEU biomatériaux cliniques | Université de Toulouse
- AEU CFAO directe en odontologie | Université de Toulouse
- CES de parodontologie | Université de Strasbourg
- DU de réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université
- Pratique libérale, Paris

Olivier Boujenah

- Chirurgien-dentiste
- Fondateur de Digismile - Design4me
- Pratique libérale, Paris

Augustin Chaminadour

- Chirurgien-dentiste
- DU réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université
- Pratique libérale, Paris

Anne Durin Touati Sandler

- Praticienne attachée
- Enseignante au DU réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université
- Pratique libérale, Paris

Pauline Dussueil

- Médecin spécialiste en chirurgie orale
- Chef de clinique universitaire-assistant des Hôpitaux de Rouen
- DU de dermatologie et vénéréologie buccale | Paris V
- DU de réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université

Estelle Mathonat

- Chirurgien-dentiste
- DU réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université
- Pratique libérale, Bordeaux

Kelly Robert

- Chirurgien-dentiste
- CES de prothèse conjointe | Université Paris cité
- DU de réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université
- Pratique libérale, Issy les Moulineaux

Léonard Sebbag

- Chirurgien-dentiste
- CES de chirurgie | Université Paris cité
- Attestation universitaire d'implantologie | Paris VII
- DU de réhabilitation orale implantaire | Sorbonne Université
- Pratique libérale, Paris

Simona Šimková

- Ancienne interne MBD des hôpitaux de Strasbourg
- CES parodontologie | Université de Strasbourg
- DU parodontologie clinique | Université de Reims
- DU anatomie tête et cou, option chirurgie orale | Université de Bordeaux
- DU Réhabilitation Orale Implantaire | Sorbonne Université
- Pratique libérale, Paris

Patrick Cougny

- Prothésiste dentaire
- Laboratoire Edentech - Herblay sur Seine



Bien Air
Dental

PURE SIMPLICITY



CHIROPRO

IMPLANTOLOGY
motor system

CHIROPRO PLUS

IMPLANTOLOGY
motor system

ORAL SURGERY
motor system

Pilotez l'ensemble de votre moteur d'implantologie et chirurgie orale grâce à un unique bouton rotatif de commande. Les Chiropro de Bien-Air Dental ont été entièrement conçus autour d'une seule et même philosophie : la simplicité !

SWISS  MADE

Bien-Air Europe Sàrl | 19-21 Rue du 8 Mai 1945 | 94110 Arcueil | France | Tél. +33 (0)1 49 08 02 60 | services.fr@bienair.com | www.bienair.com

EAO
CONGRESS
EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEointegration

RETROUVEZ-NOUS SUR NOTRE STAND D15 !
CONGRÈS EAO 2024
24-26 OCTOBRE | MILAN, ITALIE

Pauline Dussueil

Paris

Ouriel Assaraf

Versailles

Anthony Bohbot

Paris



Introduction

La pose d'implants dentaires est souvent limitée par une atrophie du volume osseux. L'atrophie alvéolaire est souvent la conséquence de maladies parodontales, de traumatismes, d'agénésies, mais le plus souvent à la suite de l'extraction d'une dent. La résorption osseuse post-extractionnelle est un phénomène inhérent à la perte de la dent, elle peut dépasser 30 % du volume initial dans les 3 à 6 mois. Dans ce contexte, la régénération osseuse devient un impératif pour restaurer un volume osseux adéquat permettant l'insertion d'implants dans le couloir prothétique idéal (1).

Dans le grand champ des chirurgies pré-implantaires, on distingue l'utilisation de quatre catégories de matériaux : l'os autogène, les substituts osseux allogéniques, les substituts osseux xénogéniques et les substituts osseux synthétiques.

L'os autogène est considéré comme le gold-standard en raison de ses propriétés ostéogéniques, ostéoinductrices, et ostéoconductrices uniques. Mais il présente des inconvénients, tels qu'une morbidité accrue due à la nécessité d'un second site chirurgical, et une quantité d'os disponible parfois insuffisante chez le patient.

À l'inverse, les substituts osseux xénogéniques, principalement constitués d'os bovin ou porcine déprotéiné, sont disponibles en quantités illimitées et sont très répandus sur le marché. Cependant, ils n'auront pas les mêmes capacités ostéogéniques et ostéoconductrices que l'os autogène, et présentent des coûts élevés.

Les substituts osseux allogéniques, que nous allons aborder en détail dans cet article, sont obtenus à partir de prélèvements sur des donneurs vivants (lors des chirurgies de remplacement de l'articulation de la hanche avec ablation de la tête du fémur) ou sur des cadavres frais, puis sont conservés, traités, stérilisés et conditionnés dans des banques d'os qui assurent également leur distribution (2). Comme tous les substituts osseux, ils ont un pouvoir ostéoconducteur, mais en fonction des traitements qu'ils subissent, ils pourraient également être ostéo-inducteurs, dépendant de la préservation des protéines matricielles et de leur disponibilité. Les substituts osseux allogéniques peuvent-ils représenter une alternative fiable à l'os autogène dans le cadre des chirurgies pré-implantaires ?

révélant un taux de survie des blocs de 89,3 % (7). Il n'y a, par ailleurs, pas eu de résorption significative des greffons allogéniques objectivée lors de la pose des implants. Le taux de survie des implants était de 100 % à 6 mois de la fin du traitement prothétique.

La littérature ne rapporte pas de différence significative entre les taux de survie des implants dentaires issus des procédures d'allogreffe et d'autogreffe, malgré un risque accru de biais dû au nombre restreint d'études portant sur les matériaux allogéniques (8). On observe une quantité comparable de néo-os formé, qu'il s'agisse de greffe autologue ou allogénique.

D'autre part, un ECR (essai contrôlé randomisé) réalisé en 2014 par Amorfini & coll. montre des résultats similaires en termes de volume osseux régénéré après un an de mise en fonction de l'implant, entre une lame d'os cortico-spongieux en bloc et une régénération osseuse guidée type *Sausage Technique* (os autogène mélangé à de l'os xénogénique) (9). Récemment, Wang & coll. ont réalisé un ECR visant à évaluer le gain osseux suite à une greffe d'un bloc d'os allogénique en comparaison à un bloc d'os autologue pour l'augmentation osseuse. Dans le groupe du bloc d'os allogénique, ils ont relevé un gain osseux horizontal plus important, et une moindre résorption osseuse horizontale à 1 mm de crête alvéolaire, à 6 mois post-opératoire. Le temps opératoire était également réduit dans le groupe du bloc allogénique (10). Toutefois, le processus de remodelage osseux s'avère plus lent avec l'allogreffe, selon les études histomorphométriques. Cette particularité ne compromet cependant pas la pose ni la stabilité initiale des implants. De plus, les analyses indiquent que le greffon osseux s'intègre parfaitement après 6 mois, sans présenter de signes d'inflammation ou de nécrose (11). Il est également essentiel de bien préparer les surfaces du greffon et du site receveur, qui doivent s'emboîter avec précision après la fixation du bloc, ceci permettant une régénération plus efficace (12).

L'amélioration de la dimension des greffons et la possibilité de réaliser un greffon osseux sur mesure (GSM, réalisé à partir des données numériques du patient), ont permis d'étendre les indications opératoires et de répondre au mieux aux exigences biologiques de l'ostéoconduction, en facilitant l'adaptation au site receveur.

Il existe actuellement deux procédés différents de fabrication des greffons osseux personnalisés :

- directement à partir d'une reconstruction/conception par imagerie tomodensitométrique à partir d'un bloc standardisé (CFAO soustractive) ;
- imprimé grâce aux technologies d'impression 3D (CFAO additive).

Jabbour en 2019, a établi une réflexion clinique, regroupant différents critères, pour faire le choix entre greffon autogène et greffon allogénique dans le but d'optimiser la réussite de la greffe (Fig. 1). Les greffons osseux allogéniques utilisés dans cette étude étaient des blocs cortico-spongieux standards ou sur-mesure BioBank®. En conclusion de son article, il indique réaliser la majorité des augmentations horizontales (maxillaires et mandibulaires/ antérieures et postérieures) avec des greffons allogéniques cortico-spongieux standard ou sur mesure. Il exprime des réserves uniquement concernant les augmentations verticales postérieures de la mandibule, soulignant l'importance de considérer avec soin, au préalable, le phénotype gingival, la présence de gencive kératinisée et l'état de santé parodontale du patient.

FIG. 1	OS ALLOGÉNIQUE	OS AUTOGÈNE
Quantité d'os disponible dans le site prélèvement	+++	+
Volume de la partie osseuse	+++	+
Temps opératoire	+++	+
Forme de la perte osseuse	+ (standard) +++ (usiné)	+++ (2D)
Augmentation osseuse horizontale Maxillaire et mandibulaire	+++	+++
Augmentation osseuse verticale maxillaire	- +	++ (3D)
Augmentation osseuse verticale mandibulaire	++	+
Environnement parodontal	- +	+ -
Phénotype gingival	+ -	++

Os allogénique versus os autogène en chirurgie pré implantaire, Arbre décisionnel thérapeutique et résultats cliniques, Michel Jabbour, L'information Dentaire, supplément au n° 20 - 22 mai 2019

bulaires/ antérieures et postérieures) avec des greffons allogéniques cortico-spongieux standard ou sur mesure. Il exprime des réserves uniquement concernant les augmentations verticales postérieures de la mandibule, soulignant l'importance de considérer avec soin, au préalable, le phénotype gingival, la présence de gencive kératinisée et l'état de santé parodontale du patient.

Les lames corticales

Ce sont des lames constituées uniquement d'os cortical, indiquées en alternative des greffons autologues. Une étude menée par Tunkel et collègues, qui représente la première série de cas multicentrique se concentrant sur l'analyse de nombreuses augmentations de crête alvéolaire à l'aide de lames corticales allogéniques et de la technique dite *Shell*, a été publiée récemment. Dans le cadre de plus de 300 cas étudiés, des lames corticales ont été positionnées à distance de la crête, et l'espace entre les lames corticales et l'os alvéolaire a été comblé soit avec des granules autogènes ou allogéniques, soit avec une combinaison des deux (Fig. 2).

La pose des implants a suivi après une période de 4 à 6 mois. Au total, 372 cas de shell technique et 656 implants ont été inclus dans l'analyse des données. La période de suivi moyenne était d'environ 3,5 ans. Quatre échecs implantaires faisaient suite à une péri-implantite et 30 complications étaient liées aux lames corticales, mais dans 26 cas, la pose d'implant était toujours possible. Il apparaît donc que cette technique soit une alternative prometteuse aux lames corticales autogènes, même s'il manque encore de preuves pertinentes dans la littérature (13).

Une autre technique pour les greffes verticales décrite par Carole Leconte consiste à placer une lame de corticale allogénique en toit, puis à réaliser une ROG traditionnelle avec des particules cortico-spongieuses (Biobank®) et une membrane de collagène à résorption lente stabilisée avec des pin's si besoin (14).

Caractéristiques et utilisations de l'allogreffe

En France, l'allogreffe la plus couramment utilisée est l'os déprotéiné de type BioBank®. Son principal avantage réside dans la préservation d'une abondance de fibres collagéniques, de minéraux, et des propriétés mécaniques inhérentes à l'os. Il présente également une capacité d'hydrophilie marquée, facilitant la stabilisation du caillot sanguin initial, ce qui est propice à la néo-angiogenèse et, par conséquent, à la revascularisation du greffon.

Cette caractéristique joue un rôle crucial dans l'ostéoconduction, favorisant la régénération osseuse par les cellules spécialisées (3)(4).

Les substituts osseux allogéniques peuvent se présenter sous forme de poudre d'os spongieux ou cortico-spongieux, de lames corticales ou de blocs d'os spongieux ou cortico-spongieux.

- La poudre d'os est préconisée principalement dans le cas de comblement d'alvéoles, pour des défauts osseux de petite taille, ainsi que pour les comblements osseux sous-sinuus.

- Les blocs cortico-spongieux sont surtout utilisés dans les greffes d'apposition pour des reconstructions de moyenne et grande étendue.

La couche corticale apporte la résistance mécanique du greffon, tandis que la couche spongieuse facilite sa revascularisation, due à sa structure riche en travées et alvéoles. C'est ce qui permet la croissance de nouvelles cellules osseuses (5). Les lames corticales, elles, sont utilisées en coffrage (inspiré de la technique décrite par Khoury), pour des reconstructions de moyenne et grande étendue, en association avec de l'os autogène (récupéré sur site), allogène ou xénogène particulaire.

Les blocs cortico-spongieux

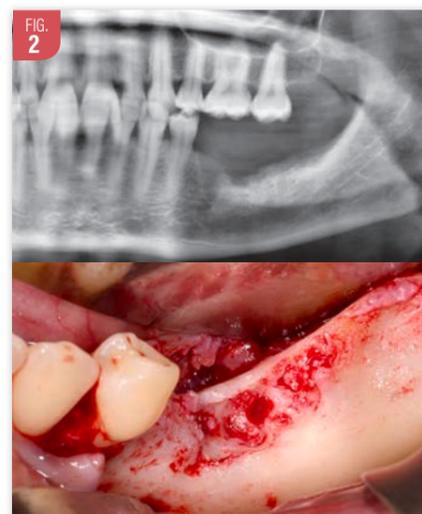
Les premières recherches bibliographiques sur le sujet en 2010 montraient une grande variabilité de protocoles et un nombre conséquent de case report, présentant un niveau de preuve faible. Le taux de survie implantaire varie de 95,3 à 100 % parmi ces articles. Cependant, le taux de survie n'indiquait pas la stabilité du volume osseux greffé (6). En 2016, Jabbour a publié des résultats cliniques concernant les greffons cortico-spongieux,

Illustration de greffes allogéniques : technique des lames corticales*

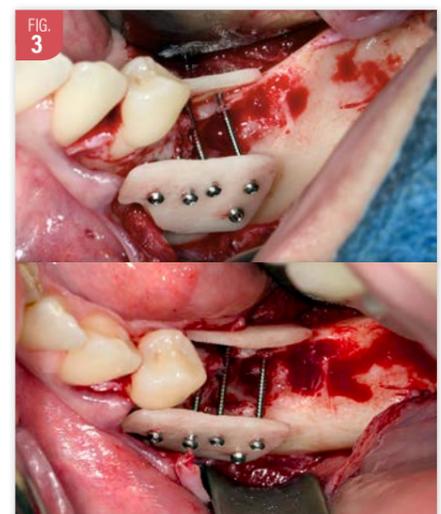
Une jeune patiente de 30 ans sans antécédents ni allergie se présente en consultation de chirurgie pré-implantaire. On note dans le secteur 3 un édentement mandibulaire postérieur secondaire à un échec implantaire (Fig. 2). Les échecs implantaires - comme l'illustre ce cas clinique - sont souvent cause d'une atrophie résiduelle à la fois verticale et horizontale. Au point horizontal le plus bas sur le CBCT on note une hauteur résiduelle de 4 mm au-dessus du nerf alvéolaire inférieur. Il est proposé à la patiente une chirurgie pré-implantaire au moyen de la *Shell technique* ou *Technique Khoury* avec lames corticales allogéniques.

Une antibioprophyllaxie avec de l'amoxicilline qui sera continuée durant 7 jours est prescrite. La chirurgie est réalisée sous anesthésie locale, 3 carpules d'articaine - adrénaline 1/100 000^e sont injectées. Une anesthésie tronculaire est également réalisée. Un lambeau de

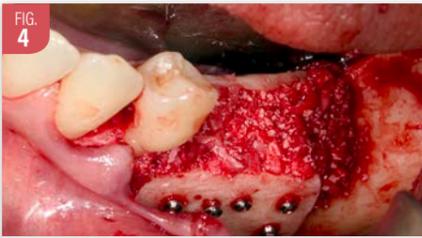
pleine épaisseur révèle un défaut osseux avec des résidus de biomatériaux. Un soin tout particulier doit être apporté lors de l'incision et du décollement, étape fondamentale de la greffe osseuse. Deux lames corticales ont été commandées pour la réalisation du coffrage. Il est à souligner qu'en France la réglementation impose la commande de ces lames comme une prescription nominative, le praticien doit donc s'assurer en amont de la bonne quantité de greffon. Les lames sont réhydratées 15 min dans du sérum physiologique et conformées sur site. Les deux lames corticales sont positionnées sur les versants lingual et vestibulaire pour reconstruction autant horizontale que verticale (Fig. 3). Des vis Stoma de diamètre 1 mm assurent la stabilité parfaite des greffons. L'émergence du nerf demande une conformation pour ne pas le léser. L'espace tridimensionnel créé est comblé avec un mélange autogène et xénogène. Un substitut allo-



Situation initiale du secteur 3. On note une atrophie verticale et des résidus de biomatériaux



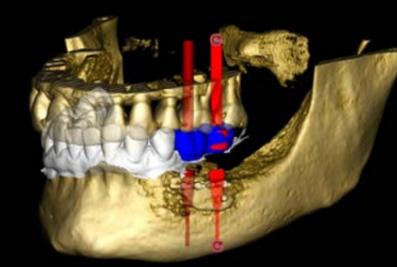
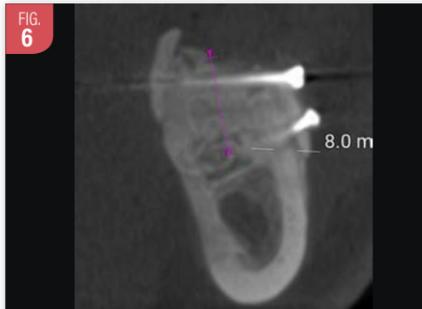
Positionnement linguo-vestibulaire des lames corticales et fixation. Noter l'adaptation autour du foramen



Photographie finale de la greffe avec le comblement autogène et xénogène



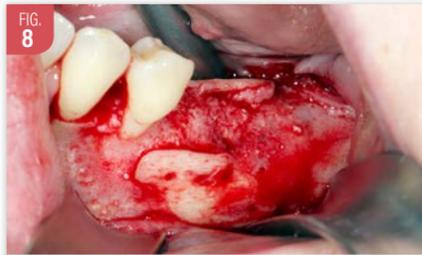
Affrontement des berges sans tension. Cette étape est aussi fondamentale que l'incision. Des points résorbables monofilaments sont utilisés le long de la crête. Un fil tressé résorbable a été utilisé pour les points en U



Gain de 8 mm en hauteur, un wax up est demandé au prothésiste (bleu). Il a été décidé de réhabiliter 2 molaires dans ce cas après examen des espaces prothétiques



Réouverture de la greffe à 6 mois. On note peu de résorption et une bonne intégration de la greffe. Le volume osseux obtenu est satisfaisant



Les vis d'ostéosynthèse sont déposées



Pose de deux implants Bone Level Tapered Straumann 4,1 par 10 mm

À 5 mois un scanner de contrôle évalue le gain osseux à 8 mm et une bonne intégration radiologique de la greffe (Fig. 6). Un wax up est réalisé. Dans ce cas, il a été choisi de réaliser 2 molaires pour des contraintes prothétiques.

La réouverture est réalisée à 6 mois, les vis d'ostéosynthèse sont retirées. La greffe montre une résorption limitée et une bonne vascularisation. Deux implants Straumann BLT 4,1 par 10 mm sont posés (Fig. 7, 8, 9).

Après 12 semaines d'ostéointégration, un second temps implantaire sera réalisé pour désenfourer les implants et un aménagement muqueux sera nécessaire. Dans notre cas ici il a été choisi de réaliser une vestibuloplastie avec un apport de tissu épithélio-conjonctif.

génique particulière peut aussi être choisi. L'apport d'os autogène (collecté sur la ligne oblique externe à l'aide d'un *bone scrapper*) donne à l'ensemble un potentiel ostéogénique et ostéoinducteur (Fig. 4). Enfin des incisions de décharge sont réalisées sur le versant vestibulaire et une relaxation des fibres mylohyoïdienne sur le versant lingual. Un point important

à souligner est que le nerf est sous-périosté dans sa portion muqueuse, une attention particulière doit être apportée pour ne pas le léser. Néanmoins son trajet sous périosté n'empêche pas une incision du périoste stricte. Les sutures matelassées (en U) affrontent les berges sans tension, la suture est complétée par des points simples le long de l'incision (Fig. 5). Une

suture avec tension du lambeau est un facteur de risque d'échec significatif de la greffe. L'antibiothérapie est continuée 7 jours : bain de bouche à base de chlorhexidine 0,2 % et des antalgiques paliers 1 + 2 sont prescrits. La patiente est revue en contrôle à J7, J15 et J30 pour s'assurer de la bonne fermeture muqueuse et dépose des points de sutures.

Allogène vs autogène

Tunkel et al. (15) ont publié en 2023 une étude observationnelle réalisée sur 117 patients présentant un défaut osseux segmentaire, qui visait à comparer les greffes autologues et allogéniques sur des critères tels que la durée d'intervention chirurgicale et les complications per- et postopératoires. Il s'agit de la première étude de ce type. Au total, 229 implants ont été mis en place après un temps de cicatrisation de 4 à 6 mois, avec un taux de survie de 99,6 % après un suivi moyen de 9 mois.

Par rapport une greffe osseuse autogène, la greffe osseuse allogénique présente une durée de réalisation chirurgicale plus courte, et le taux de complications per- et postopératoires est comparable à celui de l'os autogène.

Conclusion

La greffe allogénique représente un traitement viable pour reconstruire la crête alvéolaire, et ce même en présence d'une perte osseuse initiale sévère. Il s'agit d'une technique fiable, reproductible, permettant de

rétablir un volume osseux adéquat permettant la pose d'implants et la mise en place de la prothèse. Elle réduit le temps opératoire, la morbidité post opératoire et évite un second site chirurgical, ce qui en fait une technique appréciable la fois pour le praticien et pour le patient, dont les résultats la hissent à un niveau proche des greffes autologues.

* Cas cliniques de Anthony Bohbot réalisés avec les étudiants du diplôme universitaire de réhabilitation orale implantaire et les internes de Chirurgie Orale.

Bibliographie

1. Tan WL, Wong TL, Wong MC, Lang NP. A systematic review of post-extraction alveolar hard and soft tissue dimensional changes in humans. *Clin Oral Implants Res.* 2012 Feb; 23 Suppl 5:1-21. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02375.x. PMID: 22211303.
2. Lisa DK, Flore D, Gaetan V de V, Yannick S, Constantinus P. Survival rate of implants following maxillary sinus floor augmentation using freeze-dried allografts vs bovine derived xenografts: A retrospective multicenter study. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* déc 2023; 124 (6S): 101605.

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

X PLOREZ

LES VOIES DU SUCCÈS
EN IMPLANTOLOGIE

Symposium ZimVie

19 - 20 juin 2025
Paris

Maison de la Mutualité
24 rue Saint-Victor, 75005 Paris
www.ZimVie.com

Proposé par
ZimVie
Institute

Augustin Chaminadour

Paris

Geoffrey Badoures

Paris

Jean Lehner

Paris



Introduction

Dans certaines situations cliniques, le site extrait ne permet plus la mise en place d'un implant de manière simple, la perte de la dent entraînant une résorption de l'os alvéolaire. Il est donc nécessaire de recourir à une chirurgie pré-implantaire (1 à 4).

L'avancée des techniques et les évolutions des biomatériaux ont permis un développement important de protocoles chirurgicaux en implantologie. La régénération osseuse guidée (ROG), introduite par Dahlin en 1988, est fondée sur la théorie des compartiments tissulaires et le principe d'exclusion cellulaire par l'utilisation de membrane (5). Son objectif principal est de prévenir la compétition cellulaire entre les fibroblastes et les cellules ostéogéniques. Les membranes agissent comme une barrière mécanique en maintenant l'espace (6). L'association de biomatériaux plus ou moins ostéo-inducteurs, ostéogénique et ostéo-conducteur permet de maintenir le volume (effet *scaffold*) (7 à 11).

En 2006, Wang et Boyapati décrivent les quatre grands principes nécessaires au succès d'une ROG : le PASS (12).

- *Primary wound closure* : la fermeture primaire du site.
- *Angiogenesis* : l'angiogenèse.
- *Space creation and maintenance* : la création et le maintien de l'espace greffé
- *Wound stability* : la stabilité du caillot sanguin initial.

Encore aujourd'hui, l'os autogène demeure le gold standard alliant des propriétés ostéogénique, ostéo-inductrice et ostéo-conductrice ainsi qu'un faible taux de résorption. On identifie deux sites de prélèvement, la zone ramique et la zone symphysaire. Il est aussi possible de prélever en dehors des sites intra-oraux. L'utilisation de membranes permet de s'affranchir d'un deuxième site opératoire, réduisant donc le risque de morbidité et augmentant le confort du patient (13).

La greffe osseuse avec de l'os autogène ne doit pas s'opposer à la ROG mais permettre de choisir la solution la plus adaptée pour la situation clinique et le patient. Dans cet objectif de régénération osseuse guidée, les membranes permettent de maintenir le comblement (14). On trouve deux grandes familles de membranes :

- **les membranes résorbables, d'origine animale en collagène bovin, porcine ou équine, ou d'origine synthétique en acide poly-L-lactique ;**
- **les membranes non résorbables, telles que les membranes en d-PTFE ou e-PTFE, qui nécessitent une ré-intervention pour déposer la membrane. Elles peuvent être armées ou non.**

La différence principale entre les membranes en e-PTFE et les membranes en d-PTFE, est leur porosité. En effet, à la différence du e-PTFE qui a été étiré et dont la taille des pores est comprise entre 5 et 30 microns, le d-PTFE est composé d'une feuille de polymère de polytétrafluoroéthylène qui est non expansée et non frittée, avec une taille des pores inférieure à 0,3 micron permettant de limiter la contamination bactérienne (15)(16).

Les membranes d-PTFE utilisées en régénération tissulaire guidée et en régénération osseuse guidée doivent posséder des propriétés fondamentales pour permettre une utilisation optimale : la biocompatibilité, la sécurité infectieuse, l'étanchéité cellulaire, l'absence de résorption, la résistance à l'exposition endo-buccale, la facilité de manipulation et la stabilité (17 à 36). Grâce à leurs différentes propriétés, les membranes en d-PTFE peuvent être utilisées dans le traitement (37 à 39) :

Comme toute technique chirurgicale, l'utilisation de membrane non résorbable implique l'existence de potentielles complications. La cause principale est une exposition précoce ou tardive, pouvant entraîner la contamination et une infection de la greffe. Les premières semaines de cicatrisation muqueuse et osseuse sont déterminantes pour la suite.

Nous allons détailler le protocole clinique en 3 grandes phases : les phases pré, per et postchirurgicale.

Phase préchirurgicale

L'utilisation de membranes non résorbables en d-PTFE renforcées en titane nécessite plusieurs prérequis chirurgicaux afin d'aboutir à un résultat clinique reproductible :

- **des atrophies avancées des crêtes osseuses : augmentation verticale localisée de la crête mandibulaire postérieure, augmentation verticale du secteur antérieur maxillaire, augmentation verticale des secteurs postérieurs maxillaires (en combinaison avec un comblement sinusien) ;**
- **des déhiscences, fenestrations, défauts osseux péri-implantaires et parodontaux. Lee et coll. ont montré que l'utilisation de membranes en d-PTFE permettait d'envisager une régénération osseuse des défauts péri-implantaires ;**
- **des techniques de préservation de crête ;**
- **de résection tumorale.**
- **la motivation du patient au niveau de l'hygiène bucco-dentaire, compliance et observance du suivi clinique ;**
- **la détection, contrôle des maladies systémiques, et des facteurs de risques. Ces actes sont contre-indiqués chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse (41) ;**

- **la mise en état de la cavité buccale avec un assainissement parodontal en contrôlant l'absence de tout foyer infectieux résiduel ;**
- **si le patient est fumeur, le tabac est un facteur de risque d'échec important ;**
- **l'observation de la gencive et définition du biotype (fin, épais) ;**
- **l'observation des insertions musculaires, des freins, qui pourront déstabiliser les sutures ;**
- **l'évaluation de la quantité de volume osseux à régénérer par un examen radiologique en 3 dimensions (CBCT).**

La géométrie des défauts osseux est généralement décrite par le nombre de parois ou « murs » résiduels, allant de 0 à 4. Certains auteurs évoquent également les pics osseux représentant les bords osseux présents aux extrémités proximales du site à greffer, soit contre la dent adjacente, soit sur les bords distaux en cas d'édentement libre.

Le « mur osseux » est la paroi qui va contenir réellement les particules osseuses alors que les pics osseux, qui encadrent le défaut dans le cas des augmentations

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

Implantologie

N°1 de l'interdentaire
Brossettes interdentaires

Fil dentaire

Trousse en coton

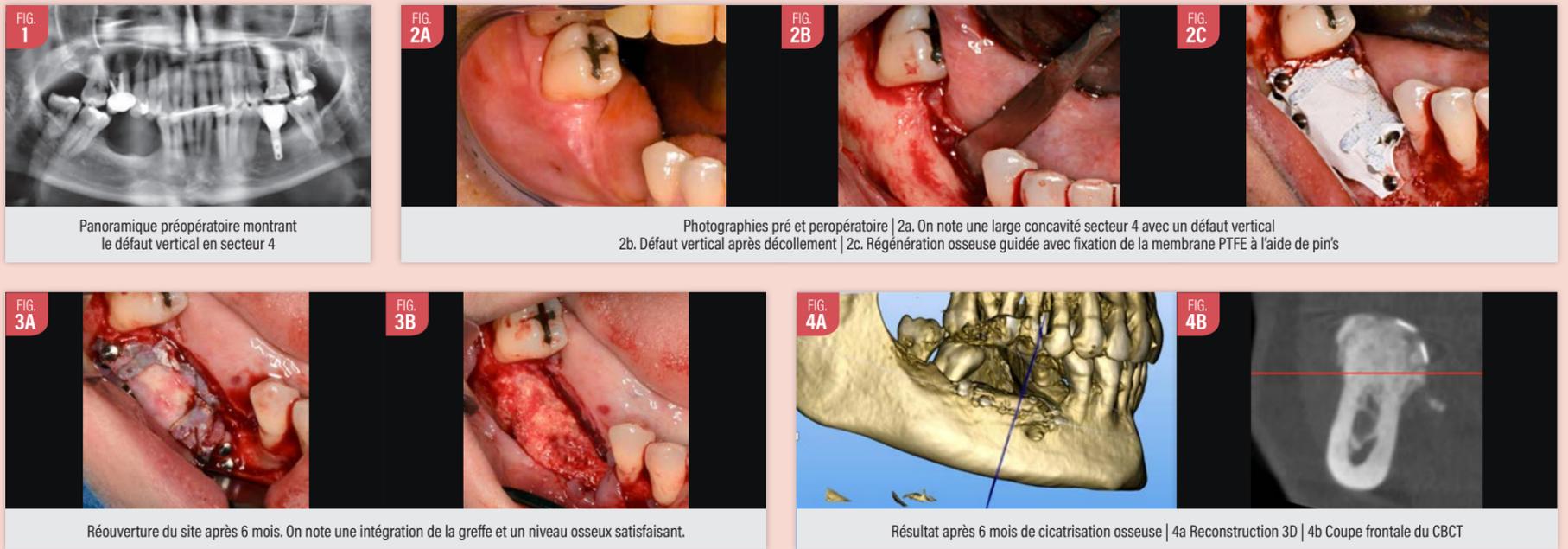
Post-opératoire & traitement

SUNSTAR
G·U·M
DES SOINS ESSENTIELS

APPROTRIMP - 07/2024 - * Données OpenHealth - Juin 2024 - CAM - Marché Interdentaire.

Pour toute commande, contactez SUNSTAR France
105 rue Jules Guesde - 92300 Levallois-Perret
Tél : 01 41 06 64 64 - Fax : 01 46 01 64 65
commandesdentiste@fr.sunstar.com
professional.SunstarGum.fr

Cas clinique : Augmentation 3D en secteur postérieur mandibulaire encastré (Illustrations J. Lehner)



verticales, serviront davantage à fixer le dispositif de barrière et à permettre la néo vascularisation. La présence de pics osseux est un élément pronostic important. L'absence de pics osseux et des crêtes résiduelles inférieures à 3 mm impliqueraient une diminution critique de la masse d'os trabéculaire et une cellularité moins importante, ce qui compromet nettement le pronostic de telles reconstructions.

L'analyse du défaut osseux n'est pas suffisante au succès de la chirurgie ; en effet, il est tout aussi important d'analyser et d'objectiver le résultat esthétique et fonctionnel à obtenir. L'objectif des augmentations verticales, généralement combinées à une augmentation horizontale, ne sera pas uniquement de positionner des implants dans une position en adéquation avec le projet prothétique, mais de retrouver des conditions muco-gingivales favorisant le taux de succès des futures réhabilitations implanto-prothétiques (42).

La phase chirurgicale

Le protocole chirurgical de la ROG avec membrane d-PTFE se fait par un protocole précis qui est le suivant.

- **On commence par une désinfection exo-buccale avec une solution de chlorhexidine alcoolique à 0,2 %.**
- **Puis désinfection du site opératoire à la chlorhexidine à 0,2 %**
- **L'anesthésie se fait de préférence avec de l'articaine adrénalinée au 1/200 000^e (éviter d'infiltrer des solutions avec une concentration importante en vasoconstricteur).**
- **Les tracés des incisions : la localisation et la réalisation correcte de ces incisions conditionnent la cicatrisation future des tissus mous mais aussi celle de l'os sous-jacent.**

Primaire : incision crestale en pleine épaisseur dans la gencive kératinisée, puis une incision intra-sulculaire pour étendre l'incision précédente si le site est denté. Secondaire : incisions de décharge verticales divergentes, de façon trapézoïdale pour assurer l'apport sanguin, réalisées à distance du site à régénérer, c'est-à-dire à distance d'une à deux dents de la zone concernée ou dans les zones endentées, à plus de 5 mm du défaut osseux, si possible (43)(45).

- **La réalisation du décollement en pleine épaisseur jusqu'à la ligne muco-gingivale est au moins 5 mm au-delà du défaut osseux.**
- **L'incision périostée permet d'obtenir la laxité nécessaire en libérant les contraintes du périoste, et relaxation des fibres musculaires, notamment en lingual au niveau du muscle mylo-hyoïdien.**

À la mandibule, dans les zones postérieures, Urban (44) décrit les procédures cliniques pour obtenir la laxité du lambeau lingual avec la gestion de 3 zones : tunnélisation du trigone rétomolaire, séparation des attaches du muscle mylo-hyoïdien puis périostomie en « crosse de hockey »

en mésial jusqu'à la décharge verticale linguale. La fermeture primaire se veut sans tension après la procédure de greffe osseuse malgré l'augmentation du volume de la crête. Il est important de noter que le gain de la laxité au niveau de la mandibule se fait avec le lambeau lingual et vestibulaire ; alors qu'au maxillaire, seule la mobilisation du lambeau vestibulaire est possible (45).

- **La préparation du lit osseux receveur avec un geste sur la corticale osseuse à l'aide d'une petite fraise boule ou d'un insert piézoélectrique. Cette stimulation endostée permet une libération de facteurs de croissance favorable à la cicatrisation, en créant une surface osseuse saignante qui améliore l'angiogenèse et augmente la quantité d'os nouvellement formé au niveau de la zone greffée (46).**
- **Le défaut osseux est mesuré à l'aide d'une sonde parodontale, de la partie la plus apicale du défaut à une ligne reliant l'os interproximal entre les dents adjacentes ou à la crête osseuse d'origine.**
- **La préparation du greffon : greffe osseuse avec de l'os xénogénique uniquement ; greffe osseuse avec un mélange d'os xénogénique et d'os autogène.**

L'os autogène peut être prélevé sur le site concerné à l'aide d'un *bone scraper* qui permet de récupérer des copeaux d'os (ostéogénique). Cet instrument permet de récolter une quantité adaptée d'os en intra-oral, quel que soit le site de prélèvement (47).

Le biomatériau est placé dans une cupule métallique puis est réhydraté avec du sérum physiologique. Les deux matériaux de comblement sont ensuite mélangés dans la cupule. Il est possible d'ajouter un concentré plaquettaire (i-PRF) pour faciliter la mise en œuvre du mélange, tout en apportant des facteurs de croissance supplémentaires [Choukroun (48-49)].

- **La fixation de la membrane et la mise en place du greffon sont une étape clé de la greffe osseuse.**

La membrane en d-PTFE renforcée en titane sur le site est essayée sur le site, avec la possibilité de la découper aisément de façon à l'adapter à la morphologie du défaut. Les bords de la membrane doivent être arrondis, non irritant pour la gencive, et dépasser les bords du déficit osseux d'environ 3 mm. La membrane doit être coupée de manière à garder une distance d'au moins 2 mm avec les dents adjacentes. Pour améliorer la capacité de création d'espace, la membrane peut être préformée sur un manche d'instrument stérile afin de créer une forme de dôme. Le côté texturé se veut être face aux tissus mous dans le but de stabiliser la membrane avec le lambeau de tissu mou.

La membrane est fixée tout d'abord en palatin ou en lingual par des pins, puis les particules d'os sont apposées sur le site. Il est important d'obtenir une bonne compaction de la greffe osseuse car cela diminue le risque d'invagination des tissus mous. Enfin, la membrane est rabattue sur la greffe et stabilisée en vestibulaire par des pins ou des vis en titane (45).

Elle peut également être suturée.

- **La stabilité du greffon ainsi que l'absence de fuite sont vérifiées. Il faut également s'assurer que la membrane soit à distance des dents en la corrigeant si nécessaire à l'aide d'un bistouri ou d'un ciseau chirurgical.**
- **Une fois la membrane complètement sécurisée, le lambeau est mobilisé pour permettre une fermeture primaire sans tension. Il est possible de réaliser une incision de libération périostée reliant les 2 incisions verticales afin d'augmenter la laxité du lambeau à ce moment de la chirurgie.**
- **La suture du lambeau se veut sans tension. Le fil de suture préconisé est un monofilament non résorbable avec des points matelassés en U et des points simples en coronaires en second plan (50) (51).**
- **Une radiographie postopératoire peut être réalisée pour objectiver la greffe osseuse.**

Phase post-chirurgicale

Une prescription est donnée au patient contenant des antibiotiques, des anti-inflammatoires, des antalgiques ainsi qu'un bain de bouche à la chlorhexidine. Il faudra également le rassurer sur les suites de la greffe (risques de sensibilités, de saignements, d'œdème, et de changement de couleur gingivale). Une fiche de conseils postopératoires est donnée au patient avec la mention d'utilisation d'une brosse à dents postopératoire, le glaçage de la zone en discontinu, les conseils alimentaires (alimentation tiède, froide, molle ; éviter l'acidité, épicé et fruits à pépins), pas d'alcool, pas de tabac, réduire l'activité sportive, dormir du côté opposé à l'opération, ne pas cracher et éviter d'explorer la zone opérée. Les sutures seront déposées à 2-3 semaines.

Phase post-cicatricielle

Un examen radiologique 3D (CBCT) est réalisé pour évaluer le degré de minéralisation et la quantité d'os présent. Cet examen permet de planifier la dépose de la membrane et la mise en place d'implants. La dépose de la membrane se fait entre 6 et 8 mois, voire parfois plus longtemps selon le contexte de cicatrisation osseuse (52).

On réalise une incision crestale pour accéder à la membrane, celle-ci est ôtée par un syndesmotome de Bernard, ou un décolleur chirurgical. Le site est irrigué avec du sérum physiologique et le lambeau est suturé bord à bord pour obtenir une cicatrisation de première intention venant recouvrir le site osseux en cours de régénération. Dans l'objectif de ne pas rajouter un temps chirurgical en plus, de nombreux praticiens réalisent la pose des implants le jour de la dépose de la membrane armée d-PTFE. Il est également possible de réaliser des aménagements muco-gingivaux comme une greffe de tissu conjonctif, après retrait de la membrane. Cela aurait pour rôle de favoriser la couverture complète et la stabilisation de la greffe osseuse pendant la période de cicatrisation.

Discussion

De nombreuses études cliniques randomisées ont reporté le gain osseux vertical lors de régénération osseuse guidée avec utilisation de membrane en d-PTFE :

- **Cucchi et al. constatent un gain vertical moyen de 4,2 mm (± 1) lors de greffe postérieure mandibulaire avec un essai clinique randomisé chez 20 patients après 12 mois (53).**
- **Byun et al. ont réalisé un essai clinique randomisé multicentriques, chez 21 patients avec une greffe par membrane d-PTFE (12 maxillaires / 9 mandibulaires). Lors de la réouverture à 6 mois, ils ont noté un gain vertical moyen de 4,32 mm ($\pm 0,97$) et un gain horizontal moyen de 4,54 mm ($\pm 1,37$) (37).**
- **Maiorana et al. notent un gain vertical moyen de 4,2 mm ($\pm 2,2$) avec un essai clinique randomisé chez 5 patients (54).**
- **Ronda et al. ont pour résultat un gain vertical moyen de 5,49 mm ($\pm 1,58$) chez 13 patients lors de greffe mandibulaire postérieure (55).**

Tous ces articles montrent des gains importants et démontrent l'intérêt de l'utilisation de ce type de membrane en régénération osseuse verticale. Alotaibi et al. ont montré, dans leur méta-analyse de 2021, qu'en termes de gain vertical, les membranes en d-PTFE permettaient le plus grand gain. Ce résultat s'accompagne d'un risque d'exposition plus ou moins prématuré lors de la cicatrisation (56).

En conclusion, l'utilisation de membranes non résorbables en d-PTFE renforcées au titane permet de réaliser des augmentations verticales de la crête alvéolaire lorsque celle-ci est insuffisante. Cependant leur mise en œuvre est techniquement délicate et opérateur-dépendante. De plus, même si selon les auteurs, elles peuvent « tolérer » une exposition, le maintien de leur herméticité durant le délai de cicatrisation reste un gage de succès. Cette condition dépend de la gestion des tissus mous par l'opérateur et du maintien du contrôle de plaque associé à un comportement adéquat du patient qui doit être particulièrement sélectionné dans ce type de procédure.

Bibliographie

1. Johnson K. A study of the dimensional changes occurring in the maxilla following tooth extraction. *Aust Dent J.* août 1969 ; 14 (4) : 241-4.
2. Araújo MG, Sukekava F, Wennström JL, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets : an experimental study in the dog. *J Clin Periodontol.* juin 2005 ; 32 (6) : 645-52.

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

Guide à étage, vers un protocole reproductible en cabinet ? #3

Léonard Sebbag

Paris

Kelly Robert

Issy les Moulineaux

Anthony Bohbot

Paris

Olivier Boujenah

Paris

Ludovic Nicaise, Proth. dentaire

Paris



Introduction

Les techniques de planification numérique, de conception assistée par ordinateur et de fabrication sont en constante évolution.

Les outils de communication numérique en implantologie ont considérablement amélioré tous les aspects de la communication entre praticiens et prothésistes dentaires.

Le protocole de guide à étage est apparu dans la littérature et a été mis en pratique à la fin des années 2018 (1). Il lie la planification implantaire (2) et le projet prothétique (0), et permet la conception et la superposition étagée des éléments à la fois chirurgicaux et prothétiques.

Le guide à étage permet une mise en charge immédiate par enregistrement de la position des implants à travers le bridge complet transitoire évidé et fabriqué par CFAO (4).

Problématique

Les techniques de chirurgie guidée demandent une véritable courbe d'apprentissage. Cela peut être difficile à appliquer au cabinet. Nous voulons à travers cet article présenter les solutions qui s'offrent aux praticiens pour tendre vers une chirurgie fiable, simple et reproductible.

Design et concept

Le guide à étage (GAE) est un ensemble de guides permettant le bon positionnement des implants associé à la mise en charge immédiate d'un complet provisoire usiné ou imprimé en amont puis solidarisé en fin d'intervention ou réalisé par le prothésiste dans les heures suivant la chirurgie.

Le premier étage est le guide base.

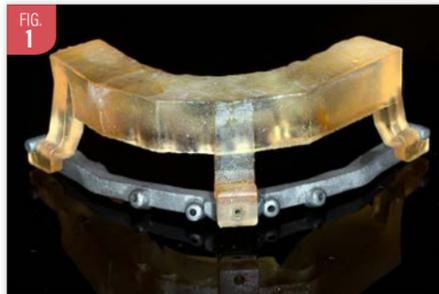
Le guide base est la pierre angulaire de la réussite du traitement car les différents niveaux viennent se fixer sur lui (guide de forage, bridge complet provisoire). Il est donc indispensable de pouvoir le positionner de manière fiable et reproductible. Le guide base peut être à appui osseux, à appui muqueux ou à appui mixte (osseux et muqueux). Il est fixé dans la bonne position à l'aide de clavettes.

Nous illustrons cet article avec un cas clinique d'Anthony Bohbot réalisé avec les étudiants du DU de réhabilitation orale implantaire et les internes de Chirurgie Orale.
Conception et impression du guide : Design4me Dr Olivier Boujenah, Ludovic Nicaise.

Deux situations se présentent au praticien :

- si le patient est complètement édenté, un duplicata du projet prothétique est imprimé en résine transparente et se clipse avec le guide base. Le duplicata est alors mis en occlusion avec l'arcade antagoniste ce qui permet le bon positionnement du guide base ;
- si le patient est encore denté, le positionnement du guide base est facilité grâce à un guide à appui dentaire. Le guide base est simplement clipsé au guide à appui dentaire sans passer par l'étape de vérification de l'occlusion du patient.

Le praticien est alors en sécurité pour mettre en place les guides de forage et le bridge provisoire qui se connectent au guide base par système aimanté et/ou par un système de parties mâle/femelle.



Guide de repositionnement sur le guide base. Le guide de repositionnement va venir s'insérer sur les dents restantes afin de positionner le guide base en début d'intervention



Photographie du bridge provisoire imprimé en 3D positionné sur le guide base. Le guide base est en titane et est obtenu par frittage laser



Guide de forage positionné sur le guide base

BIOTECH DENTAL GROUP

Une ICONE

IMPLANT Kontakt™

CHOISISSEZ LA POLYVALENCE

ORIGINE FRANCE GARANTIE

ATP/OK Cert. 73017

KONAVP-FR_0664.00_07/2024

Biotech Dental - 305, Allées de Craonne - 13300 Salon-de-Provence, France, S.A.S. au capital de 24 866 417 € - SIRET : 795 001 304 00018 - N° TVA : FR 31 79 500 13 04 - RCS Salon de Provence 795 001 304.
Kontakt™ MB : fabricant Biotech Dental. Dispositifs médicaux (DM) de classe I, IIa et IIb destinés à l'implantologie dentaire, CE0459. Tous ces DM doivent être utilisés par des professionnels de santé qualifiés et formés. Lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Non remboursés par la Sécurité Sociale. Visuels non contractuels.

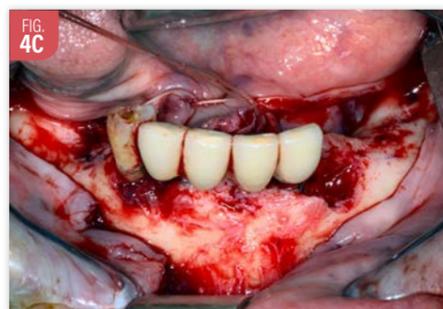
Le deuxième étage correspond au guide de forage



Panoramique initiale préopératoire. Les implants distaux au maxillaire étaient intra sinusien



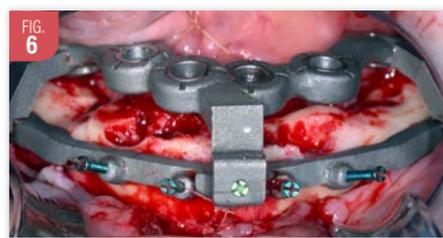
CBCT en coupe transversale. Les deux sinus maxillaires présentent des opacités caractéristiques d'une sinusite maxillaire. Il a été décidé de déposer l'ensemble des implants maxillaires et d'extraire les dents restantes, puis de temporiser avec une PAC pour cette arcade dans le bus d'assainir le maxillaire et le sinus. La mandibule sera implantée seule dans un premier temps



Un lambeau de pleine épaisseur est réalisé. Noter le fil qui vient pincer les muqueuses du plancher



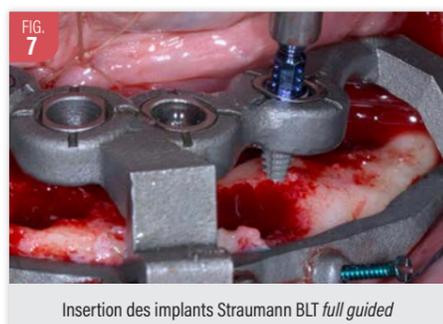
Positionnement du guide base mandibulaire à l'aide des dents



Guide de forage en place. Noter les vis qui maintiennent le guide base en position

Enfin, le troisième étage est le bridge complet provisoire préconçu et fabriqué en amont de la chirurgie

Tout comme le guide chirurgical, il se clipse sur le guide base. Le bridge complet provisoire est évidé en regard des émergences implantaires ce qui permet de capturer la position des piliers provisoires préalablement vissés sur les implants. Cette capture des piliers provisoires en fin de chirurgie permet une mise en charge initiale à l'issue de l'intervention.



Insertion des implants Straumann BLT full guided



Implants et pilier multi-unit (SRA), les alvéoles ont été comblées avec un matériau xénogénique



Pose de digue autour des piliers provisoires pour éviter que la résine fuse et capture de la prothèse



Bridge vissé en bouche

Quel protocole prothétique préopératoire ?

Un ensemble d'étapes s'avère indispensable afin d'obtenir un projet prothétique satisfaisant pour la réalisation de la chirurgie et de sa mise en charge immédiate (MCI). Tout l'enjeu réside dans le transfert de cette planification en bouche.

Comme expliqué précédemment deux situations sont à différencier pour le praticien : le patient édenté complet ou partiellement denté.

Pour le patient édenté complet et correctement appareillé. La première étape est de rebaser l'appareil amovible. L'enregistrement comprend l'anatomie des crêtes, le fond du vestibule, le palais au maxillaire ainsi que les intrados et extrados de la prothèse amovible rebasée. **On parle d'empreinte à 360° ou Dual Scan.** **Si le patient est encore denté et à la bonne DVO,** un simple enregistrement de la situation permet au prothésiste de réaliser le projet prothétique virtuel (wax up numérique) adapté. Si le praticien choisit de changer la DVO, il faudra que celle-ci soit transmise au prothésiste ou réglée avec articulateur virtuel sur le logiciel.

Liste non exhaustive des références à transmettre au prothésiste :

- la « bonne » DVO (méthode : étage moyen de la face équilibré règle des 1/3 ou indice de Willis (coin de l'œil/commissure labiale = point sous nasal/menton) ;
- la ligne haute du sourire, la ligne interincisive, les pointes canines ;
- la forme et la teinte des dents ;
- l'utilisation du Modjaw et ou du face scan peuvent apporter des informations complémentaires intéressantes ;
- photos.

La place du Dual Scan

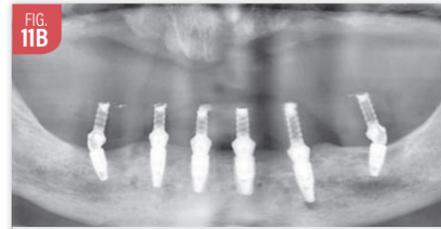
Lorsque le praticien planifie la chirurgie implantaire, le DICOM implantaire est matché avec le STL des empreintes optiques. Quand le patient est partiellement édenté, il peut simplement repositionner l'ensemble avec les repères dentaires, mais qu'en est-il pour le patient complètement édenté ?

Le Dual Scan permet de pallier ce manque d'informations communes en créant artificiellement des repères de positionnement. L'appareil amovible ou le duplicata en résine transparente est agrémenté de billes radios opaques.

Le Dual scan consiste d'une part en la réalisation d'un CBCT à visée implantaire avec le (ou les) appareil(s) amovible(s) en occlusion en bouche (ou le duplicata en résine transparente). D'autre part, ce (ou ces) même(s) appareil(s) amovible(s) (ou le duplicata en résine transparente) sont soit scannés avec un scanner de table chez le prothésiste, soit via une caméra optique par le praticien (intradoss et extradoss) ou soit scannés seuls par CBCT.



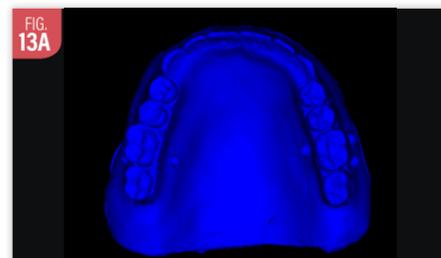
Vu postopératoire immédiate, la PAC maxillaire immédiate est rebasée. L'occlusion est satisfaisante



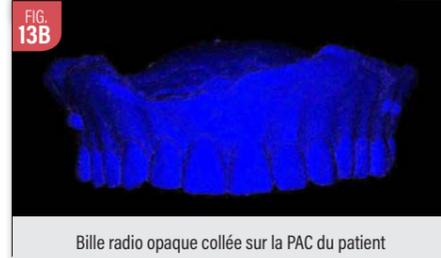
Panoramique de contrôle, tout a été extrait au maxillaire dans l'attente d'une cicatrisation du sinus



Contrôle à 4 mois postopératoires. Les étapes pour la réhabilitation du maxillaire peuvent commencer



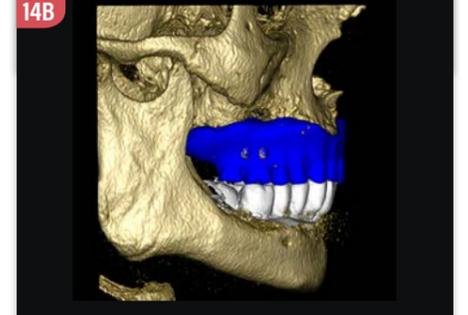
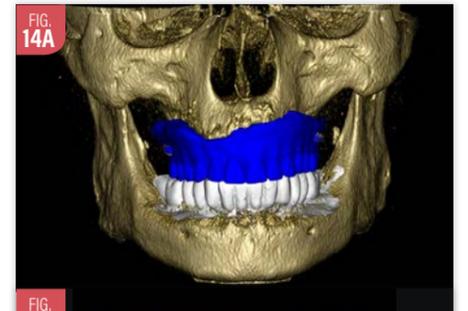
Bille radio opaque collée sur la PAC du patient



Empreinte optique du bridge PMMA vissé en bouche



CBCT du patient avec la PAC en bouche en occlusion. À la mandibule les piliers provisoires sont visibles, au maxillaire on distingue les billes radio-opaques de la PAC



Matching de l'ensemble

Quel flux choisir ?

Bien que certaines étapes puissent être réalisées de manière conventionnelle (empreinte primaire, empreinte de l'appareil amovible, etc.) il est **recommandé de choisir le flux numérique et d'y rester.** C'est à l'étape du Dual Scan que le workflow digital est nécessairement emprunté et ne peut plus être quitté. En effet, les fichiers STL et DICOM sont alors superposés par segmentation par le prothésiste. La planification implantaire est alors guidée par le projet prothétique.

Des échanges pour valider le projet chirurgical via visualisation 3D de l'ensemble ont lieu entre le praticien et le prothésiste pour ensuite concevoir le guide base, le guide chirurgical de forage ainsi que le bridge provisoire évidé usiné en PMMA.

À ce jour, les biomatériaux utilisés pour la réalisation de guides à étage sont : la résine PMMA, la résine imprimée et le titane. Le choix du matériau pour un GAE dépend du type d'appui (dentaire, osseux, muqueux), de l'arcade, du savoir-faire du prothésiste, etc. Les GAE en titane restent néanmoins, les plus rigides mais aussi les plus coûteux à la fabrication.

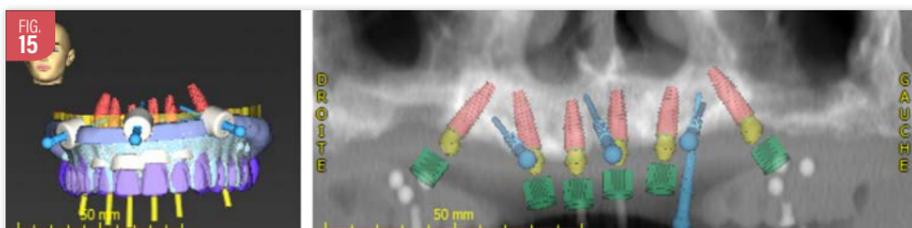
Protocole chirurgical et pré requis

Une fois l'anesthésie réalisée, le protocole débute par la mise en place du guide base par clavetage. Son positionnement est soit dépendant des dents existantes du patient soit de l'arcade antagoniste pour le patient édenté complet. Le deuxième étage, le guide de forage, est placé sur le guide base. La séquence de forage implantaire est réalisée selon les recommandations du fabricant et doit être adaptée à la densité osseuse.

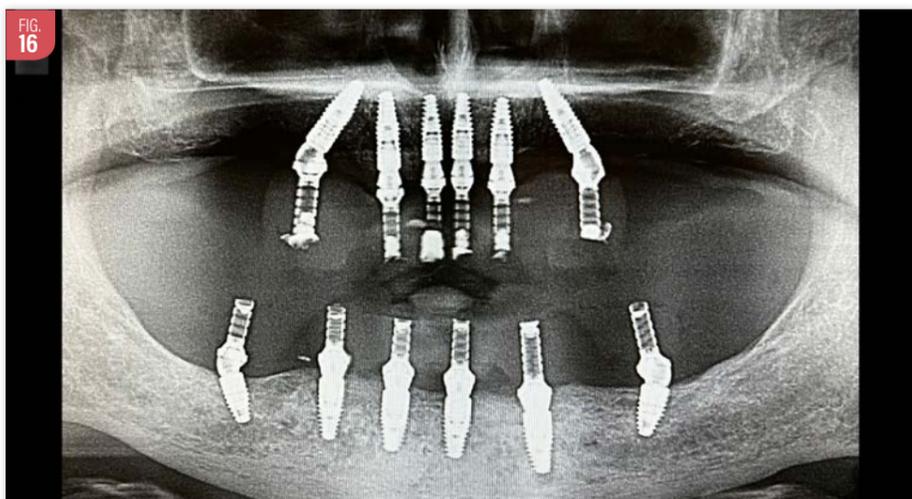
Les implants sont posés de manière entièrement guidée afin d'obtenir l'enfoncement planifié et de simplifier le choix des piliers coniques. Une fois les piliers coniques torqués, les piliers provisoires sont doucement vissés sur les piliers coniques et capturés dans le bridge provisoire évidé grâce à une résine chémozépolymérisable à prise rapide, type *Unifast*® ou composite flow. Un essai en occlusion peut être réalisé avant de mettre les piliers provisoires.

À cette étape, il est impératif d'observer l'absence d'interférence entre les piliers provisoires et le bridge (préalablement évidé en regard des sorties implantaires). Une fois la résine prise, l'ensemble (bridge provisoire connecté aux piliers) est retiré puis les capuchons de cicatrisation (sur piliers coniques) sont doucement vissés. Des sutures lâches sont réalisées.

La chirurgie est terminée mais un travail de prothèse commence alors. La surface de la prothèse est travaillée au fauteuil afin de renforcer et de façonner les convexités des profils d'émergence. Le bridge est enfin poli et désinfecté avant d'être transvissé sur les piliers coniques,



Planification et désign pour le maxillaire. On peut voir sur la coupe radiographique que les sinus sont sains. On distingue aussi les billes radio-opaques de la PAC qui nous ont permis le Matching à l'aide du Dual Scan ou empreinte 360 degrés. Conception et planification Ludovic Nicaise - Deisgn4me



Réhabilitation maxillo-mandibulaire. Au maxillaire nous avons choisi d'angler les implants pour éviter de réaliser des greffes osseuses (Sinus Lift)

après avoir déposé les capuchons. Des points de sutures plus serrés peuvent compléter l'intervention.

Une occlusion statique bilatéralement équilibrée et dynamique sans interférence en fonction canine doit être recherchée. Une alimentation molle et liquide est impérative dans les 3 mois qui suivent l'intervention.

Les conseils postopératoires ainsi que l'ordonnance préopératoire de médicaments restent conventionnels à une chirurgie implantaire classique.

Indications et avantages

Le guide à étage est indiqué chez les patients, partiellement ou complètement édentés, unimaxillaire ou bimaxillaire, éligibles à une réhabilitation orale implantaire complète par mise en charge immédiate (ayant ou non bénéficié de chirurgie pré implantaire préalable).

La clé du succès d'un guide à étages réside dans la conception et réalisation en amont d'un projet prothétique esthétique et fonctionnel.

Ce protocole permet au praticien de coupler la chirurgie avec la pose d'un bridge complet provisoire préconçu le même jour sans repasser par le prothésiste et par une étape d'empreinte. Cette technique permet aussi, à l'opérateur de sécuriser sa pose d'implants via la chirurgie guidée et de s'affranchir de la gestion, en fin d'intervention, de l'empreinte des émergences implantaires et de son repositionnement vis-à-vis du projet prothétique initial.

Limites et contre-indications

La contre-indication absolue au GAE reste l'ouverture buccale trop limitée⁵. D'autres contre indications relatives existent, l'intervention étant rallongée par rapport à une pose d'implants sans guide, la capacité du patient à rester au fauteuil (2h ou plus) sous anesthésie locale doit être évaluée. **Une faible stabilité primaire des implants (< 35 N.cm) ainsi qu'un mauvais ISQ (implant stability quotient < 70) contre indiquent la MCI.**

Bien évidemment, comme toute technique, une courbe d'apprentissage existe.

Enfin, **son temps de planification et son coût de réalisation doivent être pris en compte**, qui plus est si cette technique est comparée à l'utilisation d'un duplicata de projet prothétique en résine transparente simplement évidé pour positionner les implants dans le couloir prothétique.

Conclusion

Les guides à étages ouvrent de nouveaux horizons quant à la réalisation de bridges complets transvisés sur implants. Ils présentent un véritable avantage aussi bien pour le praticien que pour le patient qui bénéficie d'un bridge provisoire transvisé fonctionnel et esthétique dès le jour de l'intervention. Quand l'ouverture buccale le permet, ce protocole permet une chirurgie fiable et reproductible. Pour autant, la chirurgie guidée rallonge l'intervention et la capture des piliers provisoires avec le bridge provisoire est fastidieuse.

Une alternative à cette étape pourrait se trouver dans la réalisation en fin d'intervention d'une empreinte optique, guide base en place, avec des scanbodies sur piliers coniques. Cela permet alors au prothésiste de réaliser un usinage rapide du provisoire préconçu où la position des implants a été prise en compte. Le laboratoire utilise des Ti bases conventionnels. La perspective de s'affranchir des Ti Bases sans risque de casse est aussi envisageable. Cela repose alors sur l'utilisation de vis *Rosen screw*[®] ou *Powerball*[®] compatibles avec certains systèmes implantaires. Le bridge est en fin de compte posé sous 24h voire en fin de journée.

Dans la même lignée, le *STAR Concept* (6) des Drs David Norré et Wael Att, où un guide à appui dentaire strict et sélectif est utilisé, semble être aussi un concept prometteur.

L'application du guide à étage en cabinet dentaire est donc tout à fait envisageable, sans pour autant banaliser la réalisation de bridge complet sur implants, qui plus est pour un praticien néophyte.

Bibliographie

1. Salama MA, Pozzi A, Clark WA, Tadros M, Hansson L, Adar P. The « Scalloped Guide » : A Proof-of-Concept Technique for a Digitally Streamlined, Pink-Free Full-Arch Implant Protocol. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2018 ; 38 (6) : 791-798
2. Gargallo-Albiol J, Barootchi S, Salomó-Coll O, Wang H lay. Advantages and disadvantages of implant navigation surgery. A systematic review. *Ann Anat - Anat Anz.* sept 2019 ; 225 : 1-10.

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



SurgiTel[®] Systems

Précision HD & Ergonomie

Avantages
x6.5 en
**Chirurgie et
implantologie !**

- Ergonomie et légèreté
- Précision et couleurs en Haute Définition
- Profondeur et largeur de champ impressionnantes
- FLM, TTL ou casque
- Plus de 300 combinaisons possibles
- Grossissements adaptés de x2,5 à x8



Chirurgie muco-gingivale : Améliore le positionnement et le retrait de sutures 6/0 ou 7/0 qui diminuent le traumatisme et limitent les tensions post-opératoires.



Apport de conjonctif en situation implantaire : Améliore la visibilité lors du prélèvement ; permet une meilleure différenciation épithélium/conjonctif ; facilite la création d'un berceau gingival receveur de demi-épaisseur.



Réservez votre démonstration au cabinet ou demandez votre documentation*

En appelant le numéro gratuit, sur notre site : www.bisico.fr/nous-contacter ou par e-mail : info@bisico.fr

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

service & appel gratuits 0 800 247 420

bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

* Dans les zones couvertes par un(e) attaché(e) commercial(e). Ces Dispositifs Médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE - Classe I. 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. Publicité Loupes & Aides Optiques SurgiTel (Z700857) - V45 - 03/2024

La gestion des tissus mous après les chirurgies d'augmentation osseuse : focus sur la Strip technique #4

Simona Šimková

Paris

Léonard Sebbag

Paris

Jean Lehner

Paris



Introduction

Lors d'une réhabilitation implantaire, il est fréquent d'être confronté à un site présentant une hauteur et/ou une épaisseur d'os résiduel insuffisante. Différentes techniques d'augmentation osseuse pré-implantaires sont alors mises en œuvre avant la pose d'implants. Ces techniques permettent d'obtenir un volume osseux compatible avec un positionnement tridimensionnel idéal de l'implant (en fonction du projet prothétique) tout en respectant les marges de sécurité face aux différents obstacles anatomiques (sinus, fosses nasales, nerf alvéolaire inférieur, artère perforante, etc.). Néanmoins, toutes ces techniques d'augmentation osseuse pré-implantaires nécessitent une fermeture dite « berge à berge » qui doit être sans tension. Pour fermer sans tension, une dissection périostée est très souvent réalisée. Cette dissection induit alors un déplacement coronaire de la ligne de jonction muco-gingivale, un fond du vestibule réduit voire inexistant et donc *in fine*, une absence de tissu kératinisé en vestibulaire de nos futurs implants.

À l'heure actuelle, l'absence de gencive kératinisée ne fait pas partie des facteurs de risque de la péri-implantite et il n'existe pas de consensus sur la quantité minimum requise de gencive kératinisée péri-implantaire nécessaire au maintien de la santé implantaire. Mais nous savons que la présence d'un bandeau de gencive kératinisée permet une meilleure hygiène autour de nos implants. En 2013, la revue systématique de Lin incluant 11 articles conclue qu'une gencive kératinisée péri-implantaire inférieure à 2 mm de hauteur conduit à une augmentation de plaque dentaire, de saignement au sondage, de récession et de perte d'attache (Lin, 2013). Actuellement, une hauteur ainsi qu'une épaisseur de gencive kératinisée d'au moins 2 mm autour des implants (Linkevicius, 2020) semble être le meilleur compromis afin de garantir un environnement tissulaire compatible avec leur pérennité. En plus de la présence de tissus attachés, l'épaisseur de ces tissus mous péri-implantaires semble être un facteur clé pour la stabilité osseuse dans le temps (Linkevicius, 2015).

Techniques d'augmentation de tissu kératinisé avec prélèvement palatin

Sullivan et Atkins proposent en 1968 la technique de greffe épithélio-conjonctive ou greffe gingivale libre pour apporter du tissu kératinisé autour des implants. Un greffon épithélio-conjonctif est prélevé au palais et suturé dans la partie coronaire du site receveur préalablement préparé. Cette technique est considérée encore aujourd'hui comme le gold standard pour augmenter la hauteur (et/ou l'épaisseur) de tissu kératinisé. L'inconvénient majeur reste la morbidité postopératoire (douleurs, hémorragies,...) pour le patient ce qui limite son indication sur des zones étendues. En effet, des larges greffons sont souvent nécessaires afin de couvrir les sites concernés par l'augmentation osseuse verticale et horizontale, demandant parfois une quantité importante pour un secteur entier (Sullivan et al, 1968) ce qui dépasse l'indication d'une greffe épithélio-conjonctive.

Face aux inconvénients de cette technique, Han propose en 1995 une technique qui diminue les douleurs postopératoires en réduisant la taille des prélèvements palatins obtenant ainsi des « strips épithélio-conjonctif ». Les strips prélevés au palais laissent des bandes d'épithélium natif entre des bandes de conjonctif exposées réduisant ainsi la morbidité postopératoire. Le site receveur est lui préparé comme pour une greffe épithélio-conjonctive classique, où le lambeau d'épaisseur partielle est suturé apicalement grâce à des points périostés. Les strips sont ensuite fixés un par un sur le site receveur, l'un au-dessus de l'autre en laissant des bandelettes de périoste exposé plus ou moins larges, laissant place à une cicatrisation de seconde intention dans ces zones. L'auteur décrit l'application d'une feuille d'aluminium sur le site greffé en plus d'un pansement parodontal (Coepack®).

En 2015, Urban propose une technique dérivée de la Strip technique de Han, appelée « Strip technique combinée » associant un lambeau positionné apicalement avec un greffon épithélio-conjonctif en forme de strip et une membrane Mucograft® exposée. Les cellules épithéliales en provenance de la gencive kératinisée (présente sur la crête et sur la strip épithélio-conjonctif suturée apicalement) migrent sur la Mucograft® et convergent jusqu'à l'obtention d'une plage de tissu kératinisé. Le lambeau positionné apicalement permet de retrouver une profondeur de vestibule convenable. Des gains de tissu kératinisé très importants sont possibles tout en limitant le prélèvement palatin à une bandelette étroite favorisant une cicatrisation rapide du palais et une morbidité bien moindre. La strip technique est essentiellement indiquée sur des défauts larges et étendus (maxillaire complet, maxillaire postérieur, mandibule complète, etc.) lors du second temps et de la mise en condition tissulaire. Il semblerait que le maxillaire présente une meilleure indication que la mandibule du fait de ses insertions musculaires plus faibles.

Autres techniques ne nécessitant pas de prélèvement palatin

Lambeau déplacé apicalement et dérivés

Cette technique sans greffe est la technique de choix lorsqu'il existe un défaut faible à modéré en tissu kératinisé. Simple par son application celle-ci ne nécessite pas de prélèvement, et évite l'exposition de la table osseuse vestibulaire. Cependant, la présence d'un bandeau de tissu kératinisé suffisamment large (5 mm minimum) est la condition nécessaire à sa réalisation. Elle est principalement indiquée au maxillaire, en décalant l'incision initiale au niveau de la gencive palatine. Dans son prolongement, en découle la technique du rouleau qui permet aussi simplement d'épaissir le tissu kératinisé vestibulaire en regard de l'implant. Celle-ci consiste en un jeu d'incision permettant de désépithélialiser et de rouler la partie conjonctive mise à nu en la repliant sur elle-même en vestibulaire. L'ensemble est simplement suturé. Toujours en optimisant les incisions, on peut citer la technique de régénération de papilles interdentaires mise au point par Patrick Palacci en 2000.

Plastie vestibulaire de Kazanjian (1924)

Cette plastie est essentiellement indiquée en mandibulaire postérieure. La technique consiste en une première incision en épaisseur partielle en fond de vestibule. Un lambeau en épaisseur partielle est levé en direction coronaire. Le périoste vestibulaire est ensuite séparé et disséqué des insertions musculaires qui sont alors repoussées en direction apicale. Le lambeau d'épaisseur partielle est ensuite suturé au périoste vestibulaire. Il est intéressant de préciser qu'en cas d'absence totale de tissu kératinisé sur le site initial, seul un tissu adhérent et non kératinisé sera obtenu en postopératoire car il n'y a pas d'apport de tissu kératinisé.

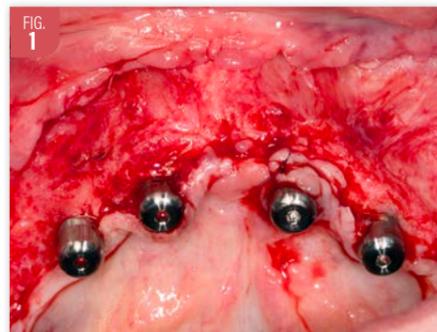
Protocole opératoire de la Strip technique

La *Technique combinée de Urban* combine un strip épithélio-conjonctif à une membrane collagénique d'origine porcine (Mucograft®) suturée sur le lit périosté. La *Strip technique* que nous allons vous décrire par la suite est en réalité un raccourci de langage où est réalisée la technique combinée de Urban mais sans utilisation de membrane Mucograft®. Une incision crestaire arciforme en demi-épaisseur est réalisée à 0,5 mm de la ligne muco-gingivale afin de déplacer une bande de gencive kératinisée avec le lambeau positionné apicalement. L'incision doit être prolongée en direction des dents voisines afin d'obtenir un lit receveur avec des bords kératinisés en mésial, distal et en coronaire. À la mandibule, en présence d'une très fine bande de gencive kératinisée, l'incision est décalée en vestibulaire afin que la plus grande partie de gencive kératinisée soit conservée du côté lingual. En effet, un déficit lingual est plus difficile à corriger et conduit à des pertes d'attache plus grandes qu'en vestibulaire.

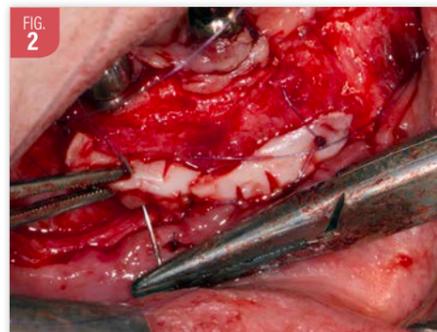
Un lambeau est élevé en épaisseur partielle à l'aide d'une lame 15C en laissant une muqueuse désépithélialisée en direction apicale. Il est primordial de rester superficiel dans la partie coronaire du lambeau afin d'éviter toute exposition des

implants afin de garantir une bonne stabilité tissulaire autour de ces derniers. Plus apicalement, la lame doit être orientée plus profondément afin d'obtenir d'un lit périosté stable ce qui évitera d'obtenir une greffe mobile. Le lambeau est déplacé et suturé apicalement au périoste par des points simples au fil monofilament 5.0 résorbable ou non. Ce type de points à ancrage périosté permet une éversion du rebord du lambeau (autrement appelé berge labiale). Un strip épithélio-conjonctif unique de la longueur correspondant au site à greffer et de 2-3 mm de large est prélevé au palais. Son épaisseur doit être égale à 1-1,5 mm. Les berges du site de prélèvement sont légèrement rapprochées par des points réalisés au fil résorbable 4.0. Une éponge collagénique, un pansement parodontal ou une plaque palatine peuvent être utilisés afin de protéger le site du prélèvement palatin.

Le strip épithélio-conjonctif est positionné sur sa face conjonctive contre le lit receveur et est suturé en apical du lit périosté juste au-dessus de la berge labiale précédemment suturée apicalement. Des points en croix sont réalisés en apical et en coronaire du strip afin de l'immobiliser sur le périoste (5.0 ou 6.0 monofilament résorbable ou non). Le strip doit être suffisamment long afin d'être étiré et de remonter légèrement en direction du tissu kératinisé laissé en proximal. Il est alors suturé berge à berge coronairement en mésial et distal. Ce strip suturé doit délimiter une zone qui est entièrement entourée de tissu kératinisé fixe on parle alors de « jardin ». Une compression du greffon épithélio-conjonctif sur le site permet d'éliminer le caillot sanguin entre le lit receveur et le greffon.



Dissection en épaisseur partielle après une greffe mandibulaire antérieure. La faible quantité de gencive kératinisée impose un geste sur les tissus mous (Cas clinique de Chloé Capon réalisé avec les étudiants du DU de réhabilitation orale implantaire)



Un greffon épithélio conjonctif est prélevé au palais. De fines incisions viennent permettre d'étendre sa longueur. Le greffon est fixé avec un monofilament 5-0 au périoste sous-jacent



Greffon fixé part des points simples et matelassés



Cicatrisation muqueuse à 3 semaines, la profondeur du vestibule a été rétablie, on note une bonne intégration des greffons. L'utilisation de monofilament résorbable permet de s'abstenir d'une dépose de fil. Le monofilament empêche la plaque de s'accumuler

En effet, le rôle du strip épithélio-conjonctif est de créer une barrière contre la prolifération de la muqueuse alvéolaire lors de la cicatrisation. En créant un cadre de tissu attaché et kératinisé, la zone centrale va se réépithélialiser à partir des bords, permettant l'obtention d'une large zone de tissu kératinisé en seconde intention, sans avoir recours à un greffon autogène de taille importante. L'intérêt de cette technique est de réduire considérablement la douleur postopératoire ressentie par le patient en limitant l'étendue de la zone de prélèvement, et d'améliorer l'esthétique de la zone approfondie en limitant l'effet « rustine » résultant d'une greffe épithélio-conjonctive classique. L'esthétique ainsi que la douleur postopératoire peuvent encore être optimisées en venant prélever de la gencive kératinisée en tubérositaire, en vestibulaire, ou à proximité de la zone édentée lorsque cela est possible.

Discussion

L'avantage le plus important de cette « Strip technique » et qu'avec un prélèvement de taille réduite nous pouvons nous permettre de traiter des zones de large étendue. En effet, lors de la cicatrisation, par le strip épithélio-conjonctif et la gencive kératinisée coronaire et mésiale, vont induire la néoformation d'un tissu kératinisé au niveau du « jardin périosté » délimité par ces derniers. **De ce fait, les douleurs postopératoires sont réduites.** L'autre avantage de cette technique, comparé à la greffe épithélio-conjonctive, **est l'aspect plus esthétique du tissu néoformé** qui est comparable aux tissus préexistants. Ainsi, seule la partie la plus apicale présente un aspect inesthétique dit « rustine ». De l'autre côté, **la courbe d'apprentissage** ainsi que **le coût de la membrane Mucograft®** (si celle-ci est utilisée) doivent être gardés à l'esprit.

Également, une contraction importante de la greffe a lieu durant les premiers mois postopératoires tout en restant identique à celle survenant suite à une GEC. Selon une étude de Urban, **le gain moyen à 12 mois est de 6,33 mm versus 11,07 mm immédiatement après chirurgie**, soit 43 % de contraction à 12 mois (Urban et al, 2015). Le biais de cette étude est qu'elle provient du fondateur de cette même technique mais un paramètre reste intéressant : **un gain plus important est observé dans les sites maxillaires antérieurs par rapport aux sites maxillaires postérieurs.** Cela peut s'expliquer par un meilleur accès chirurgical, ainsi que des tissus plus fins en secteurs antérieurs et donc plus faciles à repousser notamment l'absence du buccinateur dont la gestion est parfois délicate dans les secteurs postérieurs. En 2018, Lim compare dans son étude 3 groupes : lambeau déplacé apicalement seul, lambeau déplacé apicalement avec un greffon épithélio-conjonctif et lambeau déplacé apicalement avec le Mucograft®. Même si à 6 mois tous les groupes présentent une contraction, celle-ci est majorée à 12 mois dans les groupes « lambeau déplacé apicalement seul » et « lambeau déplacé apicalement avec le Mucograft® ». Les auteurs concluent que la technique utilisant un greffon épithélio-conjonctif est la plus prédictible dans l'augmentation de tissu kératinisé dans la zone postérieure mandibulaire (Lim et al, 2018).

Cependant, à l'heure actuelle, aucune étude ne compare le gain de la technique combinée d'Urban (strip + Mucograft®) avec les autres techniques conventionnelles citées plus haut.

Conclusion

La strip technique réactualisée par le Pr Istvan Urban semble être une technique intéressante pour augmenter la quantité de tissu kératinisé sur des sites présentant des défauts sévères initiaux ou à la suite d'une chirurgie d'augmentation osseuse verticale ou horizontale. La réalisation de cette technique sans la matrice collagénique semble aussi offrir des résultats intéressants tout en réduisant le coût et la durée de l'intervention mais nécessite néanmoins, tout comme la technique combinée, davantage d'études approfondies sur le long terme.

Bibliographie

1. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. *Periodontics*. 1968 Jun; 6 (3): 121-9. PMID: 5240496.
2. Lin G-H, Chan H-L, Wang H-L. The significance of keratinized mucosa on implant health: a systematic review. *J Periodontol*. déc 2013; 84 (12): 1755-67.

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

« Une
performance
adaptée à **chaque**
patient »

L'implantologie Bone Level revisitée

Une gamme d'implants complète adaptée à chaque situation clinique

Une seule enveloppe extérieure, un seul kit de chirurgie et trois plateformes prothétiques différentes (NR, ST & WD) pour **traiter au mieux vos patients**. L'In-Kone® est un implant dentaire deux-pièces utilisable en un ou deux temps chirurgical ainsi qu'en **mise en esthétique ou en charge immédiate**. Il s'inscrit dans la catégorie des implants dit « Bone Level », avec la particularité de pouvoir être **positionné en sous-crestal**.

 **Global D**
Partenaire de vos chirurgies

www.globald.com



Prothèse complète implanto-portée : une vue d'ensemble sur les matériaux actuels #5

Kelly Robert

Issy les Moulineaux

Estelle Mathonat

Bordeaux

Anne Durin Touati Sandler

Paris

Patrick Cougny, Proth. dentaire

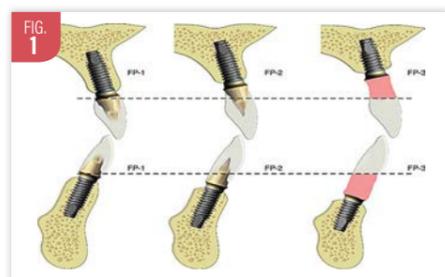
Herblay sur Seine



Introduction

Les prothèses complètes implanto-portées constituent aujourd'hui une solution prothétique fiable et reproductible dans le cadre de la réhabilitation du patient édenté. Dans ce contexte, le choix des matériaux prothétiques joue un rôle crucial dans la réussite et la longévité du traitement. Nous allons détailler, à travers une liste non exhaustive, les différents matériaux prothétiques actuellement sur le marché pour les prothèses complètes implanto-portées, en examinant leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

L'arrivée de la CFAO (Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur), a permis de complètement repenser la prothèse sur implant mais également de repenser des matériaux comme **la zircone ou encore la résine PMMA (Polyméthacrylate de méthyle)**. Les protocoles de polissage évoluent. Il est désormais admis qu'une zircone dite « ultra polie » (1) améliore non seulement la biocompatibilité mais aussi l'attaché épithéliale. Avantages : une plus grande biocompatibilité, une plus grande résistance à la corrosion mais également une facilité dans la conception et la maintenance. Nous allons nous concentrer sur la **prothèse fixée implanto-portée**, et plus particulièrement sur les **bridges fixes implanto-portés de type FP1, FP2 et FP3** selon la classification prothétique de Misch (Fig. 1).



Classification Prothétique de Carl. E Misch

- FP1 : Remplace seulement les couronnes et ressemble aux dents naturelles
- FP2 : Remplace les couronnes et une partie de la racine, la dent apparaît plus longue. Sans conséquence si le patient n'a pas une ligne du sourire trop haute.
- FP3 : Remplace les couronnes et une partie de la gencive.

Le bridge peut être réalisé avec ou sans armature, on parle alors d'infrastructure. L'armature se doit d'être bien adaptée, entièrement **passive** mais aussi d'une rigidité suffisante. Différentes techniques de réalisation d'armature implanto-vissées existent. L'apparition de l'usinage et de la CFAO a fait émerger de nombreux changements dans le protocole de réalisation des prothèses : les armatures auparavant coulées font place aux **armatures usinées (technique soustractive) ou aux techniques additives (impression 3D)**. L'usinage est possible avec différents matériaux comme le titane mais aussi avec des matériaux comme la zircone ou encore la résine PMMA.

Armature (infrastructure) réalisée par usinage et cosmétique

Titane

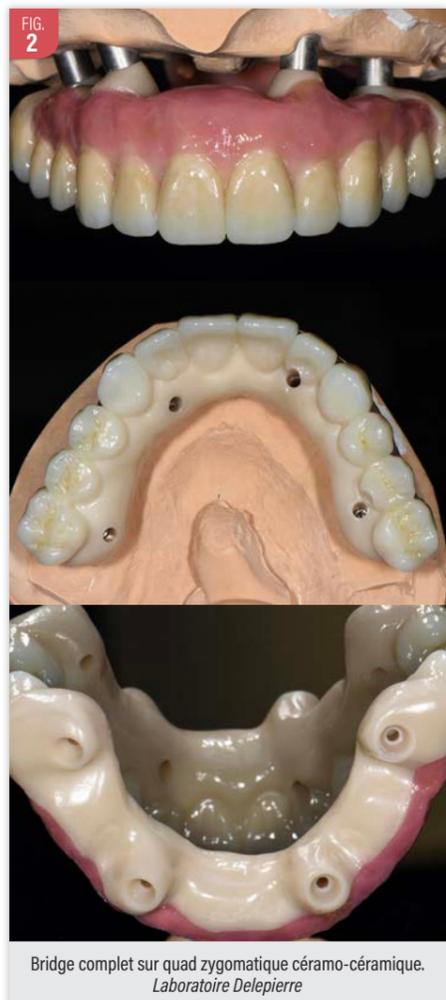
Le titane est un matériau qui présente une excellente biocompatibilité, une résistance à la corrosion et une grande résistance mécanique. Le titane peut être recouvert de résine ou de céramique (2).

- Barre titane avec dents en résine et fausse gencive en résine PMMA
- Barre titane avec dents en céramique : bridge céramo-métallique

Zircone

Armature zircone et stratification des dents et fausse gencive en céramique : bridge céramo-céramique

La zircone émerge comme un matériau de choix du fait de sa résistance mécanique élevée, son esthétique et sa biocompatibilité. Ce biomatériau a montré de bons résultats cliniques avec des taux de survie importants (3-4). La complication majeure reste l'écaillage ou *chipping*. Par addition, la céramique feldspathique sera incrémentée puis cuite par frittage pour obtenir l'esthétique attendu.



Bridge complet sur quad zygomatique céramo-céramique. Laboratoire Delepiere

Technique Full Monobloc

Zircone monolithique multilayers

L'emploi d'une zircone monolithique contenant des fondus de teinte permet aujourd'hui l'usinage en monobloc avec un bon rendu esthétique.



Bridge complet full zircone usiné, Drs Anthony Bohbot, Victor Martiano. Laboratoire Edentech

Résine PMMA multilayers

La résine PMMA, en tant que matériau léger, offre une alternative intéressante. Sa facilité d'usinage et sa translucidité en font une option adaptative pour les bridges complets implanto-portés.

Les **propriétés amortissantes** de la résine PMMA peuvent être un atout, agissant comme un « fusible » face aux contraintes, tout en permettant des ajustements et des réparations plus aisées (5). La résine PMMA est également une **alternative économique** fiable pour les patients à budget limité.

Les données sur la longévité et la toxicité des résines PMMA sont encore limitées. Concernant la toxicité, une étude de Souza *et al.* a montré une viabilité cellulaire plus importante avec une résine PMMA produite en CFAO qu'une résine PMMA « conventionnelle » (mélange poudre et liquide) (6). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les résines PMMA obtenues par CFAO contiennent moins de monomères libres résiduels que les résines PMMA classiques. Ces monomères résiduels étant cytotoxiques.



Bridge complet maxillaire en résine PMMA type FP1, Dr Jean Lehner. Laboratoire Edentech

Les piliers / embases

L'armature peut être fixée :

- sans piliers prothétiques intermédiaires, elle est alors directement vissée sur les implants, mais le bridge complet « direct-implant » semble présenter un risque d'agression de l'espace biologique et de perte osseuse et est peu réalisé ;
- sur des piliers prothétiques intermédiaires indépendants, eux-mêmes vissés sur les implants. L'armature n'inclut pas de piliers dans sa structure.

Il existe différents piliers de type MULTI ou MUA (multi unit abutment), ils peuvent être droits ou angulés de différents degrés afin de paralléliser les axes d'émergence des différents implants. Ils en existent de différentes hauteurs pour régulariser les niveaux d'émergence.

Enfin, l'armature ou le complet monobloc peuvent être fixés aux implants par des alternatives novatrices, du Tibase largement répandu aux Rosen et Power ball



Bridge complet en PMMA avec embase Titane, conception Ludovic Nicaise



Bridge PMMA sans embase Titane vissé à l'aide de vis Rosen Screw. Laboratoire Edentech



Contrôle à 1 mois postopératoire, noter la bonne adaptation et intégration du bridge et la cicatrisation des tissus mous. Dr Anthony Bohbo

plus récentes, qui présentent des avantages notables dans l'enregistrement de la position des implants dans les bridges implanto-portés et dans l'amélioration du confort patient dans les protocoles opératoires.

Conclusion

Les questions cliniques aussi bien que techniques influencent le choix des matériaux.

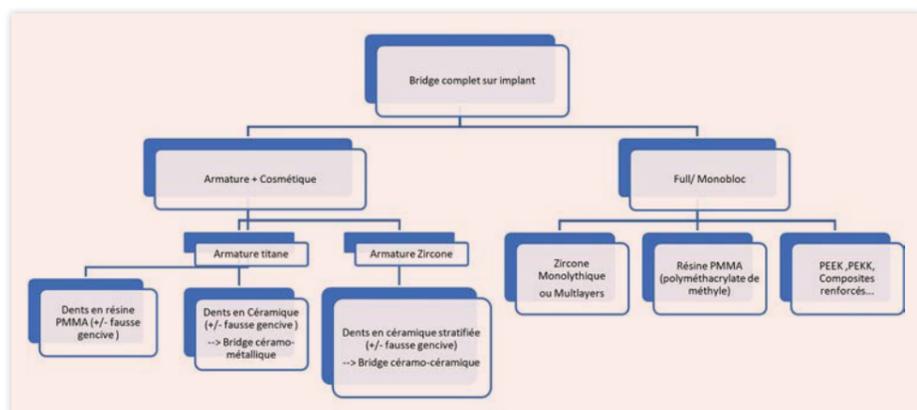
Il faudra prendre en compte d'éventuelles intolérances ou allergies, la présence d'autres matériaux métalliques en bouche, le degré de résorption, la passivité de l'infrastructure prothétique, la résistance de la prothèse face aux contraintes notamment chez les patients atteints de bruxisme, le coût, l'esthétique, l'occlusion, la facilité de réalisation de la prothèse sont autant de critères à envisager dans le plan de traitement conçu pour le patient afin de permettre au praticien d'effectuer un choix éclairé.

Davantage d'études cliniques prospectives et randomisées sont nécessaires pour comparer les différents matériaux entre eux mais aussi sur le long terme.

Bibliographie

1. Valantijene V, Mazeikiene A, Alkimavicius J, Linkeviciene L, Alkimaviciene E, Linkevicius T. Clinical and immunological evaluation of peri-implant tissues around ultra-polished and conventionally-polished zirconia abutments. A 1-year follow-up randomized clinical trial. *J Prosthodont.* 2023 ; 32 (5) : 392-400.
2. Ortorp A, Jemt T, Back T, Jalevik T. Comparisons of precision of fit between cast and CNC-milled titanium implant frameworks for the edentulous mandible. *The International Journal of Prosthodontics.* 2003

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



Prix AO France 2023

Les parodontites à agrégation familiale: éducation thérapeutique pour les jeunes patients et leur famille



Lauréate:
**Clarisse
Chen**

Directeur de thèse:
Pr Élisabeth Dursun

Co-directeur:
Dr Adrian Brun

Université Paris Cité

Introduction

La parodontite, maladie inflammatoire touchant jusqu'à 50 % de la population mondiale, se présente sous une forme sévère chez 11 % des patients (1). Elle est aujourd'hui caractérisée par son stade, son grade et son étendue. Lorsqu'elle évolue rapidement (grade C) et sans interférence de facteurs modifiants, elle présente le plus souvent une forte agrégation familiale (2). Des liens ont été rapportés entre la santé générale (3), l'alimentation (4) et le stress (au sens large) (5) et la maladie parodontale. Cependant, le dépistage et le traitement des parodontites se limitent trop souvent à une prise en charge individuelle et restreinte au contexte buccal.

La chronicité de la maladie parodontale implique une nécessité de changements des comportements, ainsi que des traitements, que le patient devra intégrer dans sa vie quotidienne. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) permet d'aider le patient et sa famille à comprendre sa maladie et ses traitements, puis de le rendre autonome dans sa gestion au quotidien, avec pour objectif ultime d'améliorer sa qualité de vie. Bien que de nombreux programmes existent pour d'autres maladies chroniques générales (diabète, asthme...) et deux programmes pour des maladies dentaires (caries précoces du jeune enfant et maladies rares), il n'existe pas - à notre connaissance - de programme d'ETP pour la prise en charge des parodontites à agrégation familiale.

Ancré dans la consultation combinée d'odontologie pédiatrique et de parodontologie à l'hôpital Henri Mondor, à Créteil, ce travail de thèse a cherché à poser le cadre de l'ETP puis à l'appliquer aux jeunes patients et à leur famille pour un accompagnement personnalisé, en construisant la trame d'un programme, en réalisant de premiers bilans éducatifs et en montant un premier atelier.

Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique du patient ?

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient et a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre

leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie (6).

Distincte de la simple délivrance d'information, l'ETP diffère également de l'éducation pour la santé. Les deux approches sont en lien par leurs recommandations de prévention, mais n'interviennent pas au même niveau.

L'éducation pour la santé intervient en amont de la maladie tandis que l'ETP agit au niveau des préventions secondaire et tertiaire (7). Cette dernière implique une collaboration étroite entre soignants et patients, ce qui modifie fondamentalement la relation de soin. Elle adopte une approche qui combine à la fois des aspects biomédicaux et éducatifs, tout en tenant compte des facteurs psychosociaux. Sa finalité est de rendre le patient autonome dans

sa gestion quotidienne de la maladie et d'améliorer sa qualité de vie ainsi que celle de son entourage.

Quid des programmes éducatifs ?

En France, la structuration des programmes d'ETP s'est consolidée à partir de 2007 grâce à la Haute Autorité de Santé (HAS). La loi HPST a ensuite intégré le concept d'ETP

Un écosystème. Une connexion. Votre choix.

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

EV Family* - flexibilité chirurgicale et restauration simplifiée



 EV
Family*

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

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

Astra Tech Implant System, DS PrimeTaper, DS OmniTaper | Indications : les systèmes sont composés d'implants dentaires, de vis d'obturation, de piliers et d'autres composants prothétiques, ainsi que d'instruments chirurgicaux et prothétiques. Classes/ Organisme certificateur : I, IIa et IIb/ TÜV CE0123. Fabricant : Dentsply Implants Manufacturing GmbH. Rev : 05/2023.

*La famille EV



FIG. 1

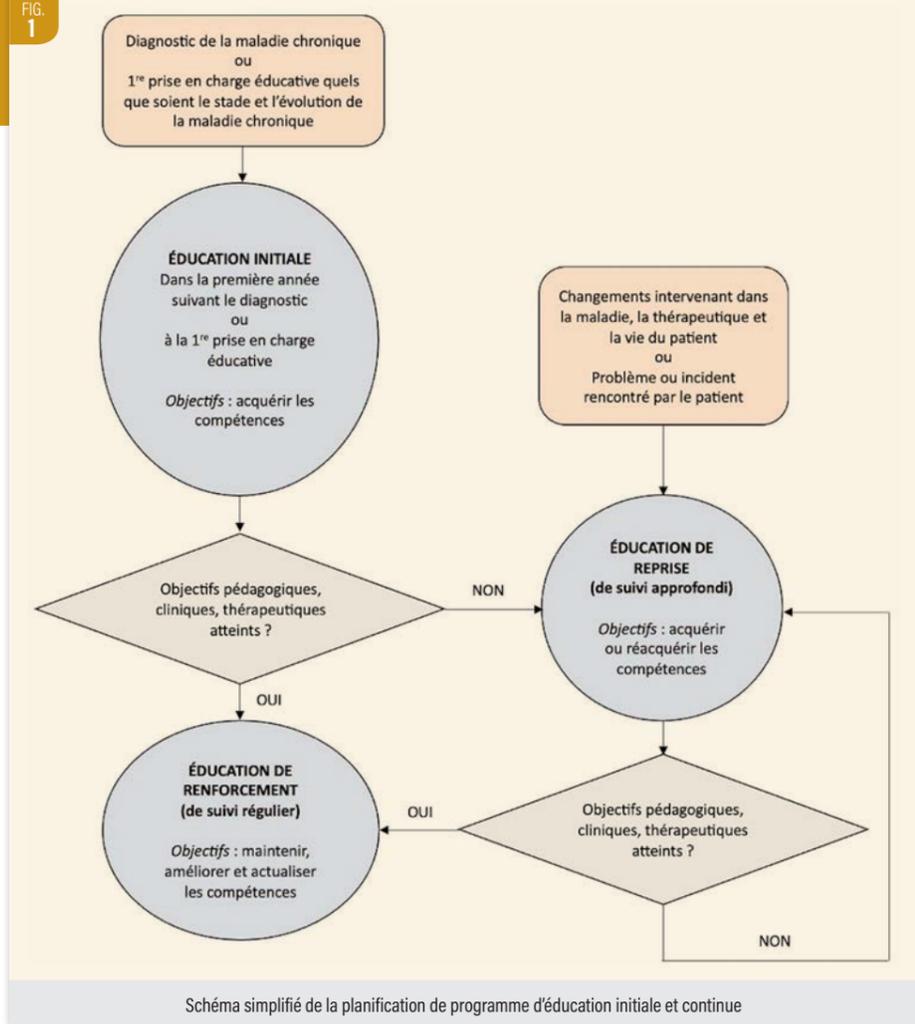


Schéma simplifié de la planification de programme d'éducation initiale et continue

dans le Code de la Santé Publique (CSP), entraînant des modifications significatives dans l'organisation du système de soins. Pour encadrer l'ETP, la France a adopté des décrets, arrêtés et circulaires. Elle a choisi de décomposer l'ETP en trois modalités : les programmes à l'approche médicalisée, les actions d'accompagnement et les programmes d'apprentissage. Combinées, elles correspondent à ce que l'on appelle l'ETP sur le plan international (8).

Nous nous concentrerons sur les programmes d'ETP adoptant une approche médicalisée. Ces programmes sont définis par un cahier des charges national précis (article L.1161-2 du CSP). De manière non exhaustive, les principaux éléments suggèrent que pour ces programmes :

- la coordination doit être effectuée par un médecin, un autre professionnel de santé ou un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée,
- la mise en œuvre doit être assurée par au moins deux professionnels de santé de profession différente dont un médecin,
- les intervenants doivent disposer de compétences spécifiques et une formation minimale de quarante heures en ETP,
- une demande de déclaration à l'Agence régionale de Santé (ARS) est requise, sans renouvellement depuis le 1^{er} janvier 2021,
- et une évaluation par la HAS dont une annuelle et une quadriennale obligatoire à transmettre à l'ARS.

En tant que chirurgien-dentiste, suis-je concerné ?

En effet, en tant que professionnel de santé de la liste établie dans le CSP, nous devons informer notre patient atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques de l'existence de programmes éducatifs (9). Quels que soient son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie, le patient peut bénéficier d'un programme. Cette proposition peut s'étendre à son entourage (parents d'enfant malade, enfants d'un parent malade, conjoint ou compagnon...), si ces personnes le souhaitent et/ou si le patient souhaite les impliquer dans la gestion de sa maladie. La mise en œuvre de ces programmes implique généralement un coordinateur et une équipe interdisciplinaire, comprenant des professionnels variés tels que des psychologues, des travailleurs sociaux, des éducateurs en activité physique adaptée, des assistants, etc. De plus, des patients ou parents « ressources » ou « experts » formés peuvent aussi contribuer en partageant leur expérience et en animant des ateliers en collaboration avec l'équipe soignante.

Quand peut-on mettre en place l'ETP ?

Elle peut être proposée à tout moment de la pathologie chronique, que ce soit lors de l'annonce du diagnostic ou au cours de la prise en charge (9). On parle de séquence « initiale » lorsqu'elle est proposée dès le diagnostic ou à un moment où aucun accompagnement éducatif n'a été effectué. Cependant, un seul programme ne suffit

pas car une maladie chronique accompagne le patient toute sa vie. L'éducation doit donc être continue, avec des séances de suivi ou de reprise éducative après la première prise en charge. Deux situations peuvent se présenter après la première prise en charge éducative :

- si les objectifs sont atteints, le patient passe à une éducation itérative de suivi (dite ETP « de suivi régulier ou de renforcement ») pour maintenir et améliorer les compétences acquises ;
- s'ils ne sont pas atteints, une reprise éducative (dite ETP « de suivi approfondi ou de reprise ») est proposée en raison de changements dans la maladie, la thérapeutique, la vie du patient, ou d'autres problèmes (Fig. 1).

Quelle est la démarche d'un programme d'ETP ?

Selon les recommandations de la HAS, un programme d'ETP s'articule en quatre grandes étapes (Fig. 2) :

- L'élaboration d'un diagnostic éducatif grâce à un bilan éducatif partagé (BEP) explorant idéalement cinq dimensions (bioclinique, cognitive, socioprofessionnelle, psychoaffective et projective) (10). Au terme de ce bilan, des objectifs pédagogiques avec des compétences spécifiques à acquies sont définis en collaboration avec le patient.
- La définition d'un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage.
- La planification de séances d'ETP individuelles et/ou collectives en fonction du projet et de la stratégie thérapeutique, adaptées au patient.
- L'évaluation individuelle permettant d'établir le bilan global des compétences acquies au cours du processus éducatif.

À la fin de l'évaluation finale, le diagnostic éducatif est actualisé. En fonction des résultats de l'évaluation, de l'évolution de la maladie et des besoins du patient, une nouvelle séquence d'ETP, soit de suivi régulier soit de suivi approfondi, peut être proposée.

Il est essentiel d'établir un dossier d'éducation pour chaque patient participant. Ce dossier assure la traçabilité des interventions éducatives effectuées par les différents professionnels de santé, favorisant ainsi la communication et la continuité des soins.

Une démarche encore complexe à mettre en place...

Bien que tous les secteurs et lieux de soins puissent mettre en œuvre des programmes d'ETP, ces derniers sont généralement réalisés dans les établissements de santé tels que les hôpitaux (9). En effet, la démarche reste complexe et chronophage. Elle présente des limites que l'on peut mentionner de manière non exhaustive :

- des défis du côté du patient résultant d'un manque d'information, de compréhension ou d'accès à l'ETP ;
- des obstacles du côté du professionnel de santé liés à un manque de formation, d'information, d'intérêt ou simplement de disponibilité ;

FIG. 2



Les étapes méthodologiques d'une démarche d'ETP

FIG. 3

Plaquette informative des modules et ateliers éducatifs		
Modules	Compétences à acquies	Ateliers
1. Ma maladie parodontale et mon traitement	- S'approprier les caractéristiques cliniques de sa maladie - Citer les éventuelles complications de sa maladie - Expliquer sa maladie et son traitement de manière claire - Reconnaître les signes d'alerte liés à sa maladie	Atelier 1.1 : « Qu'est-ce qu'une maladie parodontale et quelles sont ses complications ? » Atelier 1.2 : « Comment traiter ma maladie et surveiller mon état parodontal ? »
2. Mon hygiène orale au quotidien	- Expliquer l'importance de l'hygiène orale dans la thérapeutique parodontale - Énumérer les différents types de matériel d'hygiène orale - Choisir un matériel de brossage adapté - Maîtriser les gestes techniques pour un brossage efficace	Atelier 2.1 - Activité 2.1.1 : « Ma brosse à dents : comment la choisir et comment l'utiliser ? » - Activité 2.1.2 : « Mon hygiène interdentaire : comment choisir mon matériel et comment l'utiliser ? » Atelier 2.2 : « Résoudre les difficultés rencontrées dans l'hygiène orale au quotidien »
3. Mon alimentation au quotidien	- Énumérer les aliments conseillés dans le traitement de sa maladie - Identifier les micronutriments aidant à stabiliser sa maladie - Composer ses repas en privilégiant une alimentation saine et réduisant l'inflammation	Atelier 3.1 : « De belles gencives par nos assiettes ! » Atelier 3.2 : « J'interprète mon bilan sanguin et j'adapte mon alimentation »
4. Les relations avec ma santé générale	- Prendre conscience des relations entre hygiène de vie et sa maladie - Connaître l'influence des modes de vie sur sa maladie	Atelier 4.1 : « Quelle relation entre ma maladie parodontale et le tabac ? » Atelier 4.2 : « Quelle relation entre ma maladie parodontale et la santé générale (diabète et maladies cardiovasculaires) ? »
5. Mon acceptation de ma maladie	- Accepter les rechutes de sa maladie - Déculpabiliser de transmettre sa maladie	Atelier 5.1 : « Comment vivre avec une maladie chronique quand on est ado ? » Atelier 5.2 : « Comment gérer une maladie chronique d'origine familiale ? »

Trame du programme d'ETP pour la consultation des familles

- des difficultés d'ordre organisationnel incluant des rigidités administratives et des contraintes en matière de ressources humaines et matérielles ;
- des contraintes financières limitant la mise en œuvre des programmes.

Programme d'éducation thérapeutique pour les jeunes patients et leur famille atteints de parodontite à agrégation familiale

La consultation des familles à l'hôpital Henri Mondor

La parodontite de grade C peut entraîner des destructions osseuses rapides et parfois sévères. Si elle concerne des jeunes patients en bonne santé générale, la composante familiale est considérée comme essentielle (11). Avec le partage de facteurs de susceptibilité d'ordre génétique, comportemental ou bactérien, elle favorise l'accumulation de cas dans la même famille, jusqu'à atteindre 40 à 50 % des membres (2). Pourtant, le dépistage et la prise en charge du cercle familial sont souvent négligés lorsqu'une parodontite sévère est diagnostiquée chez un jeune patient.

Une consultation intégrant l'odontologie pédiatrique et la parodontologie au sein du service de médecine bucco-dentaire à l'hôpital Henri Mondor, dirigée par le Pr Elisabeth Dursun (PU-PH d'odontologie pédiatrique) et le Dr Adrian Brun (MCU-PH de parodontologie), vise à dépister et améliorer la prise en charge des parodontites à agrégation familiale, en particulier chez les jeunes patients atteints de parodontite de stade III/IV et de grade C. L'objectif est de systématiser le dépistage du cercle familial proche lors du diagnostic de parodontite sévère.

Globalement, l'approche de la consultation inclut :

- le dépistage précoce d'atteintes parodontales au sein du cercle familial proche en proposant systé-

- matiquement une consultation bucco-dentaire à tous les membres du foyer au minimum ;
- l'évaluation de la cohésion familiale permettant d'apprécier la compréhension de la maladie et l'implication des parents dans la prise en charge ;
- l'utilisation de deux questionnaires (OHIP-14 et OHIP-PD) pour évaluer l'impact de la santé bucco-dentaire et de la maladie parodontale sur la qualité de vie du patient ;
- une prise en charge personnalisée (hygiène orale et alimentaire) avec recours à l'ETP.

Un programme d'ETP pour les parodontites à agrégation familiale

Dans ce paragraphe, nous récapitulons les étapes du programme d'ETP que nous avons construit et qui est en cours d'élaboration.

Étape 1 : réaliser le bilan éducatif partagé (BEP)

Ce BEP vise à établir un diagnostic éducatif, comprendre les attentes et motivations du patient et proposer une prise en charge personnalisée. Lors de ce bilan, nous veillons à créer des conditions d'entretien optimales : un environnement calme et agréable autre que le box de soin, avec des commodités telles qu'un verre d'eau, pour un échange face à face en tenue civile.

Nous avons à portée de main des outils tels qu'une fiche informative sur la maladie parodontale, les photos intrabuccales du patient, des stylos ou feutres et des feuilles vierges. Pendant cet échange, nous utilisons des questions ouvertes et des reformulations. Nous verbalisons les plaintes et valorisons les aspects positifs, tout en accordant une attention particulière au langage non verbal. L'objectif est de faire émerger les besoins, les attentes et les sources de motivation du patient. En suivant la méthodologie des BEP de J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre, nous avons élaboré un guide de questions adapté à la maladie parodontale pour les adolescents et adultes ainsi qu'une version sous forme de neuf « bulles » à thème pour les enfants de 6 à 10 ans.

Étape 2 : déterminer des objectifs et compétences à acquérir

À l'issue du BEP, une synthèse des données recueillies est établie pour définir des objectifs avec le patient. Ces derniers se déclinent en trois volets : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être (12). Ils peuvent être définis à court, moyen et long terme ou être hiérarchisés en fonction des priorités et du ressenti du patient. Ces actions éducatives doivent être rapidement mises en place, idéalement dans le mois suivant le BEP, tout en tenant compte de la cohésion familiale du patient.

Étape 3 : planifier des séances d'actions éducatives

Nous avons élaboré une ébauche de programme d'ETP comprenant cinq modules avec plusieurs ateliers (Fig. 3). Ces modules couvrent les connaissances sur la maladie parodontale et ses traitements ; visent à améliorer l'hygiène orale et alimentaire ; proposent un soutien spécifique pour les patients fumeurs ou atteints d'autres pathologies chroniques ; et incluent un volet de soutien psychologique. Selon les objectifs définis et les compétences à acquérir, des séances éducatives sont planifiées.

Ces séances, qu'elles soient individuelles ou collectives, présentent chacune leurs avantages et inconvénients. C'est pourquoi l'alternance entre les deux types de séance permet d'optimiser les résultats et la réponse des patients (13). L'ETP présente des spécificités pour les enfants, adolescents et adultes (9). Les techniques pédagogiques vont donc varier en fonction de l'âge, du développement psychomoteur et psychologique ainsi que des besoins spécifiques. Par exemple, pour les enfants, les séances collectives basées sur le jeu et les contes sont plus attrayantes. Quant aux adolescents, ils

préfèrent des séances conviviales, stimulantes et participatives (7). Impliquer les parents dans ces séances, en particulier pour les enfants, permet de mieux guider les comportements et habitudes bucco-dentaires. Par conséquent, il est primordial d'ajuster le choix des séances en fonction des besoins et du profil spécifique du patient, en prenant également en considération la cohésion familiale et le niveau d'engagement des parents.

Étape 4 : effectuer une évaluation individuelle des compétences

Premiers bilans éducatifs partagés réalisés

Une dénomination spécifique a été attribuée à chaque primo-consultant afin de préserver leur anonymat. Seuls deux cas ont été exposés dans cet article.

Cas 1 : famille avec cohésion familiale limitée / variable



Vue clinique et radiographies rétro-alvéolaires de l'état initial de Ou.

Le primo-consultant de cette famille est Ou, âgé de 12 ans, sans antécédent médico-chirurgical connu. Il a été pris en charge en urgence pour un trauma dentaire, lors de laquelle une parodontite généralisée de stade IV et de grade C a été diagnostiquée (Fig. 4).

Malgré une thérapeutique parodontale initiale, le suivi a été très difficile, résultant en une évolution rapide de sa parodontite et la perte de ses huit incisives (Fig. 5). La famille, présentant d'autres membres atteints de parodontite, a montré une cohésion familiale limitée et une réticence aux soins, affectant la réponse clinique globale malgré des ajustements dans la prise en charge.

Concernant les questionnaires de qualité de vie, Ou a obtenu les scores de 7 (OHIP-14) et 8 (OHIP-PD), indiquant une qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire « bonne ». Malgré des problèmes parodontaux majeurs, sa qualité de vie n'est affectée principalement qu'en termes de douleurs bucco-dentaires.

Face aux difficultés de prise en charge de cette famille, nous avons suggéré la réalisation d'un BEP. L'objectif était de comprendre les problématiques au-delà des aspects bucco-dentaires, d'explorer les raisons sous-jacentes à l'absence d'implication et de motivation mais également d'identifier les besoins du patient ainsi que les solutions envisageables. Le BEP de Ou a révélé un

manque d'intérêt, une faible implication personnelle et des réponses très limitées. Sa mère qui l'accompagnait a rencontré des difficultés à s'exprimer lors de son BEP, en raison de la barrière de la langue mais surtout par le comportement hostile de Ou, face à notre démarche. La culture de la famille, où la santé bucco-dentaire n'est pas prioritaire, a également compliqué la démarche. En conclusion, il est probable que nous avons mal expliqué l'objectif du BEP en vue de l'ETP à cette famille. Aucun besoin n'a été exprimé et probablement ni ressenti, compte tenu des bons scores de qualité de vie. Il faut bien entendre la différence entre ce que nous pensons être bien pour cette famille et leur position. Les

patients sont libres de choisir de suivre notre proposition d'ETP ou non. En l'occurrence, l'ETP ne peut pas être employée pour cette famille.



Vue clinique de Ou, après la pose d'une prothèse amovible partielle transitoire immédiate

Cas 2 : famille avec cohésion familiale variable

La primo-consultante de cette famille est Ha, âgée de 10 ans, sans antécédent médico-chirurgical connu. Elle a été adressée pour une inflammation gingivale peu fréquente à son âge et disproportionnée par rapport à la faible quantité de plaque présente (Fig. 6). Une parodontite localisée de stade II et de grade C lui a été diagnostiquée ainsi qu'un déficit en vitamine C. Un traitement initial a été effectué accompagné de conseils alimentaires et d'une supplémentation en vitamine C.

La consultation familiale a révélé une parodontite généralisée de stade III et de grade B chez la mère et une forte suspicion de parodontite sévère chez le père. Bien que la fratrie n'ait pas de pathologie parodontale, un suivi thérapeutique est en place en raison du contexte familial. Les soins pour Ha, sont confrontés à des défis liés à sa motivation pour une hygiène orale méticuleuse,

avec l'utilisation de brossettes interdentaires. Bien que les parents s'impliquent dans sa prise en charge, leur faible engagement pour leur propre santé parodontale limite les options thérapeutiques et peut avoir des conséquences à long terme sur les enfants.

Les scores de Ha, (13 pour l'OHIP-14 et 22 pour l'OHIP-PD) et de sa mère (8 pour l'OHIP-14 et 22 pour l'OHIP-PD) aux questionnaires indiquent un impact significatif de la maladie parodontale sur leur qualité de vie. Ha, présente un impact modéré, surtout au niveau fonctionnel et psychologique. Pour la mère, la parodontite a un impact plus prononcé, affectant particulièrement les dimensions fonctionnelle et liée à l'expérience de la douleur. Le besoin d'améliorer leur qualité de vie souligne l'intérêt d'un parcours d'ETP.

Pour renforcer la cohésion familiale et améliorer la prise en charge, nous avons initié l'ETP en proposant un BEP



Vue clinique de l'état initial de Ha.

à Ha, et sa mère. Il en ressort que Ha, a bien intégré les informations sur la parodontite et ses traitements, avec une compréhension des liens entre la maladie, l'alimentation et les soins dentaires. Cependant, des objectifs pédagogiques ont été établis pour renforcer ses compétences en savoir et savoir-faire, se concentrant sur les modules 1 et 2 ainsi que l'atelier 3.1. Malgré des difficultés de communication liées à la barrière de la langue, la mère exprime des préoccupations concernant l'évolution de la parodontite et ses complications,

notamment en ce qui concerne la préservation dentaire de ses enfants. Des objectifs pédagogiques ont été convenus pour améliorer son savoir et son savoir-faire. Toutefois, il est crucial de travailler sur son savoir-être pour qu'elle s'engage dans l'amélioration de sa propre parodontite. La planification des séances se concentrera sur les modules 1, 2 et 3.

Pour les deux, nous privilégierons des séances éducatives collectives et familiales.

Notre retour d'expérience

Les obstacles liés aux patients tels que la communication et la compréhension sont exacerbés par des barrières linguistiques et culturelles. Les variables individuelles comme l'âge et la personnalité compliquent également les interactions, en particulier avec les enfants et les adolescents.

Sur le plan organisationnel, la recherche de lieux adaptés non médicaux est complexe et entraîne des contraintes logistiques. Les intervenants, peu formés à l'ETP et/ou débutants, rencontrent des difficultés dans la formulation de questions pour obtenir des réponses pertinentes.

Des obstacles financiers, liés au temps passé par le praticien à réaliser des BEP, compliquent la mise en place de ces BEP.

Premier atelier réalisé

Pour évaluer la faisabilité de notre programme, nous avons choisi de tester la mise en œuvre concrète d'un atelier. Nous avons choisi l'atelier 3.1, dédié aux liens entre nutrition et parodontite. En dépit d'annulation de dernière minute de certains patients, ceux venus à l'atelier ont

apprécié la séance et en sont ressortis avec une meilleure compréhension (Fig. 7). La plus grande difficulté a finalement encore été d'ordre organisationnel : définir une date convenant aux patients et leurs parents, ainsi qu'à tous les intervenants ; trouver une salle, l'aménager et la ranger pour l'atelier. Il faut par ailleurs noter que les intervenants doivent avoir des compétences pédagogiques et d'animation. De plus, la séance ne s'improvise pas : tous les outils doivent être préparés en amont et le timing doit être respecté. Enfin, la création des outils et le buffet ont été à nos frais. Dans le cadre d'un véritable programme, un financement sera indispensable.



Aperçu en image du premier atelier éducatif

Conclusion

L'ETP demeure peu développée en médecine bucco-dentaire, surtout dans la prise en charge des parodontites à agrégation familiale, malgré leurs potentielles répercussions sur la qualité de vie. Cette lacune s'explique en partie par la nature libérale de la profession et le manque d'initiation lors de la formation initiale. Pourtant, éduquer un individu atteint d'une maladie chronique est essentiel. Une approche personnalisée tenant compte du contexte familial, des besoins et de l'impact de la maladie sur sa qualité de vie apporte une amélioration des résultats.

Dans ces parodontites sévères chez les jeunes patients, une approche exclusivement « dentaire » semble réductrice car de nombreuses études montrent l'intérêt d'une approche intégrative, tenant compte des aspects liés à la santé générale et au mode de vie. Le programme d'ETP apporte un soutien important dans cette démarche. Néanmoins, le processus de construction d'une équipe et la formation des membres nécessitent du temps. Pour l'heure, le Pr Elisabeth Dursun est formé à l'ETP et à la

coordination d'un tel programme. Le Dr Adrian Brun, ainsi que d'autres praticiens sont en cours de formation. Pour certaines actions éducatives, des collaborations avec des diététiciens/nutritionnistes et psychologues se tissent. Projet à suivre...

Bibliographie

1. Richards D. Review finds that severe periodontitis affects 11 % of the world population. *Evid Based Dent.* 2014; 15 (3) : 70-1.
2. Meng H, Ren X, Tian Y, Feng X, Xu L, Zhang L, et al. Genetic study of families affected with aggressive periodontitis. *Periodontol 2000.* 2011; 56 (1) : 87-101.

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

Créer une équipe gagnante avec Cyril Gaillard

Le 28 mars dernier, le chapitre Alpha Omega de Lyon a eu l'immense honneur d'accueillir le Dr Cyril Gaillard pour une conférence captivante intitulée *Créer une équipe gagnante*. Il est réputé pour son expertise en accompagnement des praticiens dentaires à travers ses nombreux cours Success. Il a offert une présentation riche en conseils et en astuces, visant à améliorer la cohésion et l'efficacité au sein des cabinets dentaires. Une approche humaine et stratégique

Cyril Gaillard a débuté la conférence en mettant en lumière une réalité souvent ignorée dans le parcours de formation des dentistes. Il a souligné que, bien que les compétences techniques soient fondamentales, elles ne garantissent pas à elles seules le succès d'un cabinet dentaire. Selon lui, il est crucial de se concentrer également sur la communication, la gestion financière et, surtout, le management pour atteindre un succès durable. Il accompagne de nombreux praticiens à travers ses divers cours, dont le but est d'aider les dentistes à travailler dans un cadre plus serein et efficace.

Lors de notre soirée, il a donné un aperçu de la qualité de ses conseils et astuces, visant à former au sein du cabinet une équipe cohésive et performante. Il a expliqué que le succès ne repose pas uniquement sur les compétences techniques, mais sur une combinaison de facteurs incluant la communication efficace et la gestion des finances.

Les principes clés du management

Sélectionner les bonnes personnes

C. Gaillard a souligné l'importance de s'entourer des bonnes personnes. Pour lui, il est essentiel de s'associer avec des individus qui partagent une vision similaire et qui ont des qualités complémentaires, même s'ils ne sont pas nécessairement les meilleurs techniquement. Il a expliqué que l'harmonie et la cohésion d'équipe reposent sur des valeurs et des objectifs communs.

Développer une vision globale

Un bon manager doit avoir une vision globale et doit encourager la croissance et l'évolution de chaque membre de l'équipe. Cyril Gaillard a insisté sur le fait que cela crée une fidélité certaine, permettant aux personnes de garder leur poste sur le long terme. En investissant dans le développement personnel et professionnel de son équipe, un manager peut assurer une stabilité et une continuité dans le cabinet.

Investir du temps avec l'équipe

Il est crucial pour un manager de passer du temps avec son personnel. Il a mentionné que cela permet non seulement de mieux comprendre les besoins et les aspirations des membres de l'équipe, mais aussi de créer un environnement de travail plus harmonieux et solidaire. Valoriser les succès collectifs et anticiper les problèmes sont des aspects essentiels pour maintenir une bonne dynamique de groupe.

Adopter une triple casquette : chef, leader, coach

Un manager doit savoir porter trois casquettes : celle du chef, du leader et du coach. Chacune de ces casquettes joue un rôle crucial dans la gestion d'une équipe.

- **Le chef** : il a pour rôle de prendre des décisions fermes, de gérer les crises et de poser un cadre sans négociations. Il doit être capable de faire des choix difficiles et de maintenir une discipline au sein de l'équipe.
- **Le leader** : il n'est pas au-dessus de l'équipe, mais avec elle. C. Gaillard a expliqué que cela signifie participer aux tâches quotidiennes et montrer l'exemple. Un bon leader doit développer son leadership par la compétence et la chaleur humaine. Sans compétence ni chaleur humaine, il créera un sentiment de mépris ; avec seulement de la chaleur humaine et sans compétence, il suscitera de la pitié ; et avec seulement des compétences et sans chaleur humaine, il générera de la jalousie. Le combo chaleur humaine et compétence entraîne de l'admiration de la part de l'équipe.
- **Le coach** : son rôle est d'encourager les autres à devenir meilleurs que lui-même. Il ne doit pas faire de rétention d'information et doit chercher à avoir une équipe extraordinaire. Dr Gaillard a souligné l'importance de savoir passer d'un type de management à l'autre selon les situations et les personnes.

Adapter son style de management

Notre intervenant a insisté sur le fait qu'il est crucial d'adapter son style de management en fonction des personnalités et des situations rencontrées. Il a décrit les quatre types de management (autocratique, démocratique, bienveillant et laisser-faire) et leur adéquation avec différents types de collaborateurs.

Les types de manager

Autocratique

- Définit des règles strictes à suivre à la lettre.
- Limite la créativité des individus.
- Peut être efficace dans des situations de crise où des décisions rapides sont nécessaires.

Démocratique

- Demande l'avis de chaque personne avant de prendre une décision.
- Peut créer de la dispersion et prendre du temps pour arriver à une décision finale.
- Favorise la collaboration et l'engagement des membres de l'équipe.

Bienveillant

- Fonctionne bien avec les personnes empathiques.
- Se concentre sur le bien-être des individus.
- Si les membres de l'équipe se sentent bien au travail, ils seront plus productifs.

Laisser-faire

- Permet aux individus de travailler de manière autonome.
- Peut être efficace avec des personnes compétentes.
- Risque de désorganisation si appliqué avec des individus moins autonomes.

Dr Gaillard a expliqué que selon la situation et la personne que nous avons en face de nous, il est nécessaire de changer de type de management. Pour une même personne, le management peut aussi varier en fonction des différentes situations.

Exemple pratique : le cas de Véronique

Il a illustré l'importance de l'adaptabilité du management à travers l'exemple de Véronique. Véronique a débuté en tant qu'assistante dentaire au sein du cabinet. Ultra-compétente dans ce domaine, elle a progressivement monté en compétences, présenté des plans de traitement, puis a fini par occuper un rôle en ressources humaines. Véronique est une personne qui fonctionne bien avec le type de management « laisser-faire ». Si on essaie de lui dicter des règles de façon autocratique, on risque de la perdre, car elle a besoin d'une certaine liberté.

Cependant, lorsqu'elle a commencé son travail en RH, il y a eu un manque de compétences qui a nécessité une conversation pour lui expliquer que, pendant une période donnée, il serait nécessaire de la guider avec des comptes rendus réguliers. Le fait de demander des comptes rendus pourrait la braquer, car elle pourrait percevoir cela comme un contrôle excessif. Dr Gaillard a souligné l'importance d'une communication claire, expliquant que le nouveau rôle impliquait de nouvelles attentes et que, dès que la période de formation serait terminée, on repasserait à un mode de management « laisser-faire ».

Connaître le profil de chaque collaborateur

C. Gaillard a également insisté sur l'importance de connaître le profil de chaque collaborateur pour éviter les conflits, les frustrations et pour mieux adapter son management. Il a décrit plusieurs types de personnalités (rebelle, rêveur, promoteur, persévérant, « travaillo-mane », empathique) et les styles de management à adopter ou à éviter pour chacun d'eux.

Type de personnalité et style de management :

Type de personnalité du collaborateur	Style de management à adopter	Style de management à éviter
Empathique	Bienveillant	Autocratique
Travaillo-mane	Démocratique	Autocratique
Persévérant	Démocratique	Autocratique
Rêveur	Autocratique	Laisser-faire
Rebelle	Laisser-faire	Autocratique
Promoteur	Autocratique	Démocratique

La délégation et la résolution de problèmes

Il a mis en avant l'importance de la délégation dans le management. Il a expliqué que déléguer n'est pas une tâche simple et que cela s'apprend avec le temps. Il a recommandé de s'entraîner à confier des tâches aux autres et de procéder par étapes. Faire une liste de choses à faire dans la journée ou la semaine permet d'identifier ce que l'on pourrait déléguer.

Niveaux de délégation

- Contrôle de chaque étape
- Contrôle à la fin de la tâche
- Pas de contrôle du tout

Il est également important de faire confiance à ses salariés, ce qui crée un cercle vertueux où ils auront davantage confiance en eux-mêmes. Le rôle du manager est de guider et de soutenir ses collaborateurs.

Le concept du singe

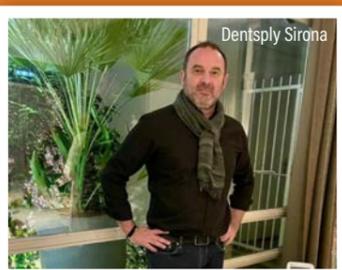
Pour la résolution de problèmes, Dr Gaillard conseille le concept du singe. Chaque problème (singe) doit être accompagné d'une ou plusieurs solutions proposées par la personne qui l'apporte. Cette méthode encourage les collaborateurs à être proactifs et à trouver des solutions par eux-mêmes. Le salarié sera plus enclin à accepter une solution qu'il a proposée plutôt qu'une solution imposée, surtout si cette dernière ne fonctionne pas.

Conclusion

Cette conférence a été une source d'inspiration et d'apprentissage pour tous les participants. En soulignant l'importance de la communication, de la gestion financière et du management, il a offert une nouvelle perspective sur ce qui constitue véritablement le succès d'un cabinet dentaire. En adoptant une approche humaine et stratégique, et en sachant s'entourer des bonnes personnes, développer une vision globale, investir du temps avec son équipe, et en portant les casquettes de chef, leader et coach, un manager peut créer une équipe gagnante.

On a vu l'importance d'adapter son style de management en fonction des personnalités et des situations, de connaître le profil de chaque collaborateur, et de maîtriser l'art de la délégation et de la résolution de problèmes. En appliquant ces principes, il est possible de créer un environnement de travail positif et productif, où chaque membre de l'équipe se sent valorisé et motivé à donner le meilleur de lui-même.

En conclusion, la conférence de Cyril Gaillard a permis de comprendre que le succès d'un cabinet dentaire ne repose pas uniquement sur des compétences techniques, mais sur une gestion humaine et stratégique. Les participants sont repartis avec des outils concrets et une nouvelle vision du management, prêts à créer et à diriger des équipes gagnantes dans leurs propres cabinets.



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



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 HBF010 : parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct) ainsi qu'une pulpotomie camérale sur dent temporaire (acte codifié HBF006 : 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 - Taiwan.

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



Cyril Gaillard entre la présidente et Samuel Bouchoucha



Romane Touati et son collaborateur avec Alexandra



Notre conférencier et notre partenaire de Dental Project



Erika Rousset, Arnaud Allegrini et Aurore Barracco



Les sourires de Elia Zafran et d'Axelle Amar



Cyril et Hervé Touati



Corinne Attia avec Chloré, notre nouvelle partenaire de l'EOMAC



Catherine Leval et Estelle Amoyal



David Illouz et sa team



Julien Klein et Bertrand (SigmaNet)



Le prothésiste Pierre Ange Guglielmi bien entouré



Les BG : Tsyonn, John, Jonathan et Cyril



Catherine et notre doyen Bernard Dratler



Merci au parisien Samuel d'être passé nous voir !



Brigitte, Shirley, Corinne et Jean-Luc

Corinne Attia



Voyage de solidarité en Israël

Le chapitre AO Marseille a organisé en mai dernier, en collaboration avec AO Paris, un voyage de solidarité en Israël. Grâce à David Djian, fondateur de « Sauvons notre terre » en Israël, le programme était plus que complet !

Plus d'une vingtaine de personnes ont décollé depuis Paris et Marseille le dimanche 5 mai, pour arriver à Tel Aviv. David les a alors rejoints afin de les briffer sur le programme de la semaine, et les activités auxquels ils allaient participer.

Dès le lundi, notre groupe a pris la direction d'un moshav pour une journée de travail dans les vignes. Le soir, une réunion a eu lieu dans un restaurant à Tel Aviv en présence de Avi Zini, doyen de la faculté de Hadassah (Jérusalem) et de Hervé Ross. Stéphane Abitbol, ancien AO Paris, vivant maintenant en Israël était aussi de la partie. Nous avons pu échanger sur les besoins et fonctionnement de la faculté depuis le 7 octobre.

Le lendemain, une visite guidée du Sud avec un guide était organisée. Visite du site de Nova, à quelques kilomètres de Gaza, ainsi que Sderot (et le fameux commissariat). Nous avons pu échanger avec des rescapés du 7 octobre, ainsi qu'avec des témoins présents ce jour-là. C'était particulièrement dur, très émouvant, et bien que sur place, nous avons eu toujours autant de mal à réaliser la violence des attaques.

Mercredi, le groupe était à nouveau en bénévolat agricole pour récolter des pêches, puis, de retour à Tel Aviv nous avons eu une visite guidée du quartier de Neve Tsedek. Le lendemain ce fut une nouvelle journée de bénévolat

mais assez originale puisque c'est dans une ferme de cannabis (médical) que nos membres ont pris part au travail de la société Can Eden. Après un rapide shawarma au shouk, nous sommes partis en fin d'après-midi pour le Sud (à nouveau) pour nous rendre à la base d'Urim (unité de parachutistes).

Là, nous avons retrouvé un autre groupe pour partager un barbecue avec les soldats avec lesquels nous avons

longuement discuté, dans une ambiance paradoxale-ment détendue, puis chanté et dansé avec eux.

Les 3 jours suivants étant libres, chacun a pu se balader, se détendre à la plage, ou alors se rendre au fameux Kikar Hatufim (place des Otages).

C'était un voyage très riche en émotions, qui nous a permis de nous imprégner de l'atmosphère d'Israël

dans un contexte très particulier. Participer à l'effort de guerre en mettant les mains dans la terre et aider à l'agriculture nous a aussi permis de tisser des liens forts et de couper avec notre quotidien.

Les rencontres, les échanges, les visites... tout restera gravé pour l'ensemble des participants.



Une soirée implanto avec Mehdi Merabet

Le 16 mai dernier, notre confrère Mehdi Merabet, implantologue exclusif à Marseille, nous a fait l'honneur de clôturer notre saison 2023-2024 Alpha Omega.

Le bureau AOMP s'accorde quelques semaines de vacances, et vous prépare tranquillement la saison prochaine. Vous pouvez compter sur nous, on vous concocte une année de folie !

Cette année — si particulière — a été riche en émotion pour le chapitre de Marseille. C'est au Newport qu'une soixantaine de participants se sont retrouvés pour terminer l'année en beauté. Nous remercions le Docteur Merabet d'avoir partagé son expertise, et de nous avoir présenté des cas cliniques incroyables. La conférence portait sur le challenge esthétique sur les antérieurs, ainsi que la prise en charge pluridisciplinaire. Forts de quelques années de recul, nous avons pu voir des cas de prises en charge de plusieurs praticiens marseillais de renom, avec des stabilités à long terme incroyables.

À très bientôt

Marion
Amar



L'équipe du bureau AO Marseille autour de sa présidente Marion Ammar

Chirurgie plastique parodontale : *next level*

Elsa Eskenazi Solal, membre active du chapitre marseillais, était l'invitée d'AO Nice le 30 mai dernier. Elle nous résume son intervention.

Selon une étude parue en novembre 2023, environ 2/3 de la population présente au moins une récession (1). La récession parodontale est l'une des principales causes de l'hypersensibilité dentinaire. Répondre à cette problématique représente un défi pour les praticiens, qui doivent non seulement traiter la douleur, mais aussi, répondre à la demande esthétique des patients.

Lorsque l'étiologie de la récession est éliminée et l'hygiène parodontale maîtrisée, un traitement chirurgical peut être envisagé. Une analyse précise des paramètres tels que la visibilité du parodonte lors du sourire, la profondeur de sondage, la hauteur de la récession, l'épaisseur gingivale, la hauteur du tissu kératinisé et la présence de lésions cervicales non carieuses permet de déterminer le type de récession (2). En fonction de cette analyse, une ou plusieurs techniques de recouvrement des récessions par chirurgie plastique parodontale peuvent être proposées.

La maîtrise des protocoles chirurgicaux, des résultats prédictibles et le respect des indications permettent de traiter les récessions de manière reproductible. Les grands principes de la chirurgie que sont la fermeture de première intention, l'apport sanguin, la structure et la stabilité doivent être impérativement respectés (3, 4). La ligne maximale de recouvrement (5) est calculée afin de pouvoir communiquer avec le patient concernant les résultats attendus mais aussi pour anticiper le recouvrement et pouvoir reconstruire la partie amélaire lors de lésions cervicales non carieuses (6). Lors du temps chirurgical, plusieurs techniques de recouvrement des récessions par chirurgie plastique parodontale



Elsa avec le président niçois

peuvent être envisagées. Le choix de la technique peut s'avérer difficile. Il dépend de plusieurs facteurs déterminants tels que la quantité de tissu kératinisé apical à la récession, son épaisseur mais aussi la bombée cervicale, la forme des récessions et celle des papilles. Plusieurs arbres décisionnels ont été proposés pour aider le chirurgien dans la prise de décision (7, 8). Certains cas présentent des particularités dont il faut tenir

compte. De nouveaux tracés d'incisions et techniques chirurgicales ont vu le jour ces dernières années. Ces nouvelles techniques ont permis d'élargir les possibilités de prise en charge des patients. Les principes chirurgicaux peuvent alors être parfaitement respectés même dans les cas difficiles.

3 techniques ont été décrites lors de cette conférence.

- La m-FGG décrite par Olivier Carcuac (9). Elle consiste en l'application d'un lambeau de tissu conjonctif sous la greffe épithélioconjonctive. Elle permet une vascularisation accrue du greffon (Fig. 1).
- Le t-Caf décrit par Sayan Barootchi et Lorenzo Tavelli (10). Il combine les bénéfices du tunnel et du lambeau d'avancée coronaire, notamment en cas de papille faible (Fig. 2).
- La Vista et la m-Vista décrites respectivement par Zadeh en 2011 (11) et par Fernandez-Jimenez en 2021 (12). Elles permettent de faciliter l'accès lors de la réalisation du tunnel mais également de pouvoir aborder les papilles de manière plus souple (Fig. 3).

Sur une note plus personnelle, nous avons passé un excellent moment avec la présidente d'Alpha Omega Marseille Provence, Marion Ammar.

Nous avons été très bien accueillies par le chapitre de Nice et avons été ravies d'échanger avec de talentueux praticiens dans la bienveillance et la passion qui anime chacun d'entre nous.

Bibliographie

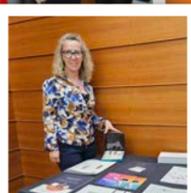
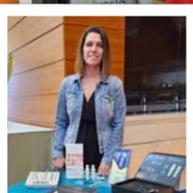
1. Yadav VS, Gumber B, Makker K, Gupta V, Tewari N, Khanduja P, et al. Global prevalence of gingival recession: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* nov 2023; 29 (8): 2993-3002.
2. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol.* juin 2018; 89 Suppl 1: S204-13.

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

Elsa Solal



Les partenaires de la soirée niçoise



SDI | RIVA LIGHT CURE

VERRE IONOMÈRE DE RESTAURATION PHOTOPOLYMÉRISABLE RENFORCÉ PAR ADJONCTION DE RÉSINE

LE VERRE IONOMÈRE 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 scalytique
- **SANS BISPHÉNOL A**
- **NE COLLE PAS AUX INSTRUMENTS**



AVEC CAPSULE À ACTIVATION FACILE



ionglass™
FORMULE BIOMIMÉTIQUE

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

SDI | YOUR OUR SMILE. VISION.

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

Linda Greenwall fait un *update* sur l'éclaircissement dentaire

Nous avons eu le privilège de recevoir Linda Greenwall (Londres) à la Faculté de Montrouge le 3 juin dernier à l'occasion d'une conférence sur les derniers updates concernant l'éclaircissement dentaire. Venue à Paris dans le but de rencontrer Jean-Pierre Attal et de se rendre à l'Hôpital Charles-Foix pour assister à une vacation de sa consultation esthétique, le Dr Greenwall a accepté de faire également une conférence pour les étudiants en dentaire de Paris, organisée par l'équipe d'Alpha Oméga Paris Jeunes.

Elle possède un cabinet privé à Londres où elle est spécialisée en prothèse et en dentisterie restauratrice et esthétique. Elle donne également des conférences au Royaume-Uni et à l'étranger sur l'éclaircissement dentaire, la dentisterie cosmétique et la gestion des cabinets. Parmi ses nombreuses

fonctions au sein d'organisations et d'associations dentaires, elle a été présidente d'Alpha Omega Londres (2012-2013), membre fondateur et ancienne présidente de la British Dental Bleaching Society (2008-2013), rédactrice en chef du magazine Aesthetic Dentistry Today. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages sur les techniques de blanchiment, prothèse dentaire et dentisterie restauratrice et de nombreux articles pour des revues scientifiques.

Elle est également la fondatrice de l'organisation caritative Dental Wellness Trust et a été honorée par la Reine d'Angleterre pour services rendus à la dentisterie au Royaume-Uni et à l'étranger (2017).

Vous trouverez ci-après les temps forts en image de cette superbe conférence.

Nous tenons à remercier de nouveau le Dr Greenwall de nous avoir fait l'honneur de sa présence : les étudiants (et pas que), ont vraiment adoré !



Linda Greenwall avec Jean Pierre Attal entourés de la team AOPJ

SUNSTAR

parocline[®] 2%

Gel pour usage dentaire
Chlorhydrate de minocycline

ANTIBIOTIQUE LOCAL

- Agit sur la flore pathogène¹
- Fortes concentrations *in situ*²
- Libération lente et continue¹
- 1 traitement = 3 applications

ACTION CIBLÉE AU CŒUR DE LA POCHE PARODONTALE

PAROCLINE[®] est indiqué dans le **traitement antibactérien en complément des traitements mécaniques habituels de la parodontose. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques.** 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.

Liste I. Médicament non remboursable et non agréé aux collectivités. Réservé à l'usage professionnel dentaire. Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> ou en flashant ce QR Code :



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



Fayçal Itratni (SDI), Marie Jannot, Jean-Pierre et Christian Moussally



Lenny Dahan, Linda, Jipi et Philippe François



C. Moussally avec Nicolas Weber (Henry Schein) et F. Itratni



Nos partenaires Lyra ETK...



... et EOMAC

Marie Jannot





Brice Riera, une figure montante de l'endodontie !

AONews. Ma première question sera simple : qui est Brice Riera et quel est son parcours ?!

Brice Riera. Je suis un endodontiste passionné qui a commencé sa formation à la faculté de Nice... où j'ai été d'ailleurs président de la Corporation ☺.

Après les 6 ans d'externat et un Master 1 Recherche en poche, mon classement au concours de l'internat m'a permis d'accéder à la spécialité de Médecine Bucco-Dentaire à Paris. S'en sont suivies 3 années d'internat, 3 années du DU Européen d'Endodontie Clinique (DUEEC), un Master 2 Recherche, et un Master 2 professionnel Endodontie.

AON. Mais qu'est ce qui t'a amené vers l'endodontie ? As-tu eu des mentors ?

B.R. C'est vers la fin de mon externat et la préparation à l'internat qui m'a amené vers l'endodontie. La découverte du programme jusqu'au boutiste du DUEEC a également été un élément déclencheur.

J'ai eu et j'ai toujours, 2 mentors. **Stéphane Simon**, qui m'a pris au berceau et qui a fait mon éducation en endodontie. Mais qui m'a appris également à développer un sens critique, notamment en allant chercher les informations à la source.

Bertrand Khayat, que j'ai assisté chaque semaine et chez qui j'ai travaillé pendant 3 ans ½ une fois les études terminées. Il m'a appris l'exercice libéral en endodontie (sur le fauteuil et en dehors) mais également la discipline et la rigueur nécessaire à un travail de qualité dans cette discipline.

AON. Je crois que tu as eu l'occasion de faire partie du DU d'endodontie de Stéphane Simon, qu'est-ce que t'ont apporté ces années d'université, de recherche ?

B.R. Exactement ! Les années d'université m'ont appris à réfléchir à ma pratique et à penser par moi-même : si je n'ai pas une information, comment allez la chercher ? Lorsque j'ai trouvé mon information, quel est le niveau de preuve/confiance que l'on peut lui accorder ?

J'ai trouvé une information de confiance, comment la mettre en relation avec la réalisation d'un acte clinique sur le fauteuil. C'était également le meilleur accompagnement pour faire mes premières armes sur des cas avancés d'endo : traitements initiaux complexes, retraitements, chirurgie endodontique, extraction / chirurgie endodontique extra-orale / réimplantation, traumatologie, etc. La recherche permet de découvrir une autre facette de métier, une autre façon de penser. Mais aussi et surtout, de mettre en lien une connaissance très fondamentale (ex-histologie) avec nos actes du quotidien réalisés dans la bouche de nos patients.

AON. Comment as-tu réussi à faire de l'endodontie ton activité principale, es-tu passé par un peu d'omnipratique par exemple ?

B.R. Absolument ! Je n'ai jamais lâché l'omnipratique de toutes mes études. Et j'ai même poursuivi pendant 2 ans en libéral, avec un exercice orienté sur l'utilisation du microscope opératoire en dentisterie restauratrice/prothétique, esthétique et endodontie. Et je me rends compte tous les jours de ce que cela m'apporte dans la vision globale des choses, notamment en termes de décision thérapeutique.

AON. Aujourd'hui tu fais partie de la Team Endo Académie, cet organisme de formation tourné vers l'endodontie. Qu'est ce qui te plaît dans ce type de formation, les rencontres, la transmission ?

B.R. Ce qui me plaît par-dessus tout c'est que transmettre est la meilleure façon d'apprendre !

Approfondir un sujet, aller au bout de la connaissance, trouver le bon story telling, mettre en relation articles / cas cliniques / photo - vidéos / illustrations dentaires, savoir parler à l'oral, réactualiser les présentations chaque année avec nouveaux cas, nouveaux articles etc.

Ça ne finit jamais ! Et c'est ça qui est difficile mais excitant ! Également les rencontres bien sûr, la construction de la pédagogie, améliorer toujours un peu chaque année ce qui est mis en place.



AON. Si tu devais donner les trois clés pour la réalisation d'un bon traitement d'omnipratique pour le confrère qui n'est pas une star en endodontie mais qui veut bien faire ?!

B.R. - Des aides optiques et lumineuses : 80 % des difficultés endo sont levées avec cette clé.

- Champ opératoire afin de protéger le patient, pour notre confort également et notre ergonomie.
- Se former et à l'endodontie conventionnelle et à l'endodontie chirurgicale : l'endodontie chirurgicale permet de débloquer pas mal de situations difficiles, voire impossible à gérer en orthograde

AON. Quels conseils : donnerais-tu as à un jeune étudiant qui souhaiterait devenir endodontiste ?

B.R. De se lancer ! Mais avec une stratégie à sa courbe d'apprentissage :

- perfectionner sa théorie auprès des organismes de formations universitaires ou privés,
- trouver un mentor ou aller régulièrement voir travailler un endodontiste,
- continuer à faire de l'omnipratique,
- prendre le temps de critiquer ses cas.

AON. Si tu devais changer quelque chose dans ton parcours que ferais-tu différemment ?

B.R. Je réaliserais le même post-grad mais aux États-Unis. Pour découvrir une autre culture endodontique, une autre culture de pays également, et pour revenir bilingue ☺.

AON. Comment vois-tu l'avenir de l'endodontie, et à ton avis quelle est la prochaine grande révolution ?

B.R. L'avenir de l'endodontie est très prometteur de par les besoins en santé publique et les évolutions à venir. Il y a eu beaucoup d'évolutions en endodontie, en cours et à venir : matériaux biocéramiques, laser, endodontie guidée, endodontie naviguée, IA etc.

Mais la prochaine grande révolution arrivera lorsque certaines de ces évolutions feront corps.

Imaginons un microscope opératoire, dont l'IA est couplée à l'analyse en temps réel d'un cone beam et qu'il soit possible également de voir dans les binoculaires l'orientation de nos axes grâce aux technologies de navigation... voilà ce que l'on pourrait appeler une révolution !

Propos
recueillis par
Julien Biton



Pacific, le fauteuil monocoque

Une expérience sur-mesure.
Un design fonctionnel.
Un confort ultime.



FABRIQUÉ EN FRANCE

Dispositif médical : Classe IIa – Organisme notifié : SZUTEST
(2195) – Fabricant : Airel, France

www.airel-quetin.com – choisirfrancais@airel.com – 01 48 82 22 22



Best of Implantology, 21 mars

Le meilleur de l'implantologie a fêté ses 5 ans

Fidèle à sa réputation, le 5^e congrès Best Of Implantology a marqué les esprits le 21 mars dernier dans le lieu prestigieux de la Maison de l'Artisanat (Paris). 200 chirurgiens-dentistes, 20 partenaires industriels et 11 orateurs ont assisté à un programme innovant pour cette nouvelle édition.

En effet nous avons eu droit en matinée à une actualisation complète sur la chirurgie du sinus avec la voie latérale, la voie crestale, l'ostéodensification et l'aspect médico-légal par le comité scientifique en personne : **Patrick Limbour, Patrick Missika, Philippe Russe et Patrick Exbrayat**.

Ensuite, des orateurs de talent, venus des 4 coins de France, ont décliné en une journée sous forme de Ted's conférences les thématiques suivantes : les innovations

sur les implants titane et zircone, la révolution digitale dans les greffes osseuses, l'intérêt des aligneurs en implantologie, l'identification et la gestion des échecs en implantologie.

Nous avons pu également assister à une interview exclusive de **Patrick Palacci**, fils spirituel du Pr Branemark sur l'évolution des techniques implantaire. Les débats furent vifs et intéressants entre tous les participants du congrès. Pas de langue de bois à best of !

Cette journée anniversaire s'est clôturée par une soirée endiablée chez GALA où **Jacques Bessade** a mis le feu !! À l'année prochaine et vive l'implantologie pour tous !

Pour votre information : toutes ces conférences sont à retrouver dans l'ouvrage *La pratique implantaire 2024* à commander en ligne sur www.bestofimplantology.eu



Patrick Limbour, Patrick Exbrayat, Philippe Russe et Patrick Missika, le comité scientifique



Les conférenciers et le comité scientifique



Pascal Karsenti



Patrick Palacci et Truong N'Guyen



Joël Fuentes, Robert Fromental et Hervé Tarragano



Pierre Keller, Gérard Lacroix (Praxis) et P. Russe



La présidente d'AO Paris avec Éric Castel et Samuel Abitbol



Éric Atlan entouré d'Anne Benhamou et de Corinne Touboul



Avec Ann Verledens (ZimVie) et Olivier Lafarge (Comident)



Joyeux anniversaire Best of !

Un beau succès pour le Zirconia Summit

Le 6 juin dernier, cet événement, organisé par Ivoclar, dédié à la zircone s'est déroulé au Palais du Pharo, un lieu d'exception, surplombant la mer les ports et la ville de Marseille. Sous le regard bienveillant de la « Bonne mère », cette rencontre de passionnés a représenté une précieuse opportunité d'échanges autour des avancées dans le domaine de la dentisterie moderne.

La zircone, matériau central des préoccupations et innovations actuelles, a transformé la pratique professionnelle en offrant des solutions esthétiques, durables et confortables pour les prothèses dentaires. Cet après-midi de conférences a permis le partage de connaissances, d'expériences et de découvertes grâce aux présentations de talentueux professionnels du secteur.

Les conférences scientifiques ont commencé par l'intervention de **Bruno Jacquot** qui a retracé les évolutions majeures de la zircone pour comprendre et optimiser l'utilisation de ce matériau. De la 3Y-TZP aux disques multi-poudres, la zircone permet de choisir un équilibre

entre résistance et esthétique selon la zone traitée, le cas clinique et la demande du patient.

Nous avons ensuite accueilli un duo d'experts, **Jean-Pierre Attal** et **Philippe François** qui nous ont présenté leurs travaux sur les bridges cantilever collés postérieurs : un succès thérapeutique grâce à des concepts biomécaniques fondamentaux, à des préparations amélaire *a minima* et un assemblage adhésif rigoureux.

Par la suite, le Professeur **Mathias Kern** nous a fait l'honneur de sa présence. Il a détaillé, en s'appuyant sur une riche bibliographie, les méthodes d'adhésion de la zircone. Il a également fait le point sur les connaissances actuelles et les résultats in vitro et cliniques des restaurations non rétentives collées. Ce fut au tour de **Guillaume Marsil** de nous présenter des cas cliniques d'une grande qualité. Il a pu développer le panel de solutions thérapeutiques qu'offre la zircone et décrire la polyvalence de ce matériau.

Pour clore l'après-midi de conférence, nous avons eu le plaisir d'écouter un dernier duo d'experts, **Mathieu Contrepois** et **Mickaël Griet** (prothésiste). Ils ont brillamment démontré l'importance de la communication dentiste-prothésiste. Ils ont également établi



Les conférenciers autour de la team Ivoclar

que la zircone a considérablement évolué, notamment en termes de translucidité. Les données scientifiques actuelles confirment sa bonne capacité de collage. Ces avancées permettent d'élargir le champ des indications cliniques de ce matériau, au point que la littérature devient en faveur de la zircone pour les restaurations partielles collées.

L'équipe d'Ivoclar France a fait de cette journée enrichissante une aventure pleine d'échanges fructueux et de découvertes passionnantes. En fin de congrès, le palais

du Pharo et le roof top du Sofitel ont été privatisés pour offrir un cadre mémorable aux congressistes venus de toute la France. Ils ont pu profiter d'un environnement magique pour échanger avec les conférenciers.

Elsa Solal



Comblement alvéolaire et PRF

Patiente 65 ans, en bon état de santé général ASA1 sans antécédent. Elle présente une carie radiculaire sur la 35 avec une fistule. Le choix est le suivant : extraction avec comblement alvéolaire et protocole PRF avec sticky bone. Ici on opte pour un sticky bone qui présente comme avantage sa facilité de manipulation et l'immobilité de ce type de greffe. On prendra soin de mettre une membrane résorbable pour empêcher le tissu inflammatoire d'être au contact de la greffe.

L'intérêt de ce protocole est de ne pas avoir besoin de réaliser une ROG le jour de la pose de l'implant. Le biomatériau est d'origine porcine et le délai de cicatrisation est équivalent à une extraction sans biomatériau.



Fig. 1, 2, 3 : Extraction de la dent 35, perte de la table vestibulaire



Fig. 4, 5, 6 : Réalisation d'un sticky bone des membranes de PRF, mise en place d'une membrane résorbable en socket dans l'alvéole



Fig. 7, 8, 9 : Comblement avec le sticky bone, mise en place d'un plug de PRF pour laisser cicatriser en seconde intention

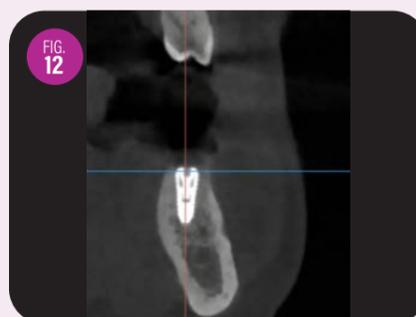
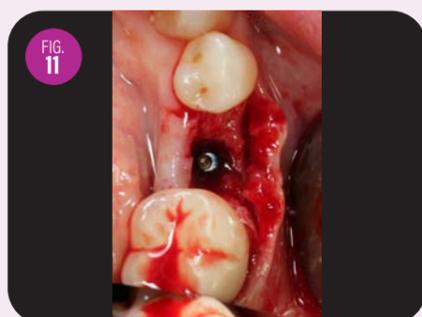


Fig. 10, 11, 12 : À 3 mois réouverture et pose d'un implant enfoui



Fig. 13, 14, 15 : Réouverture à 3 mois et mise en place d'une vis de cicatrisation scannable et pose d'une prothèse d'usage full zirconie

Julien Biton



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



MV2 : Comment localiser et mettre en forme

Introduction

La prévalence moyenne du second canal méso-vestibulaire des premières molaires maxillaires, couramment appelé canal MV2, atteint jusqu'à 93 % pour les premières molaires maxillaires et 60,4 % pour les secondes molaires maxillaires (1). Le canal MV2 rejoint souvent le canal MV1 mais peut aussi être totalement indépendant. Le canal MV2 est souvent négligé par sa difficulté à localiser mais également à la préparer. Ce qui en fait une cause fréquente d'échec du traitement des premières molaires maxillaires. Dans cet article, nous allons voir ensemble la manière de localiser avec précision ce canal et de le préparer en toute sécurité.

Localisation

L'analyse d'une coupe horizontale d'une tomographie volumique à faisceau conique (CBCT) ou d'un scanner permet de déduire la présence du canal

MV2. La coupe transverse (= horizontale) au niveau de la jonction amélocémentaire permet de révéler la position centrale du canal MV1 dans la racine méso-vestibulaire. Si le canal MV1 semble déporté du côté vestibulaire, il est très probable que le canal MV2 soit présent (Fig. 1). C'est la loi de concentricité et centralité des canaux (2).

L'utilisation d'aides optiques est vivement recommandée pour localiser le canal MV2. Généralement, un isthme s'étend du canal MV1 jusqu'au canal MV2, créant ainsi une connexion entre les deux (Fig. 2).

In situ, deux règles peuvent aider à le localiser :

- le canal se situe toujours en mésial de l'axe MV1-P sur une distance variable,
- habituellement, l'axe MV1-MV2 est parallèle à la crête mésiale

Au cours du traitement, d'autres méthodes peuvent être employées pour localiser le 4^e canal (3) :

- l'hémorragie canalaire en cas de pulpite sévère : l'observation d'un saignement provenant du canal MV2 peut indiquer sa présence,
- lors du traitement initial ou d'un retraitement, on peut observer la présence de débris à l'entrée du canal (Fig. 3),
- l'apparition de bulles résultant de la réaction des tissus avec l'hypochlorite de sodium

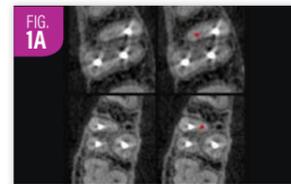


FIG. 1A Les canaux MV1 sont déportés en vestibulaires (points radio-opaques des racines MV). Les points rouges indiquent la position probable des canaux MV2

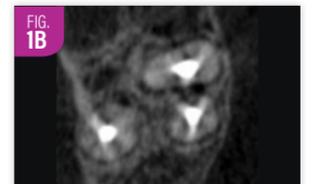


FIG. 1B Le canal MV, situé au centre de la racine (point radio-opaque de la racine MV), signifie probablement un seul canal de forme ovale



FIG. 2 Isthme reliant le canal MV1 et MV2



FIG. 3 Débris à l'entrée canalaire

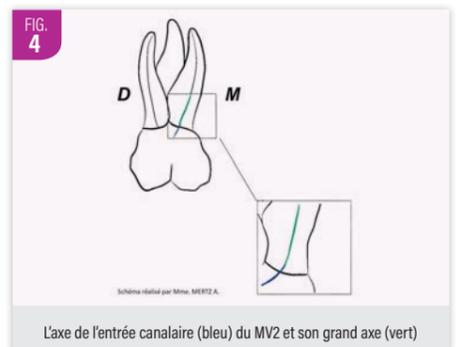


FIG. 4 L'axe de l'entrée canalaire (bleu) du MV2 et son grand axe (vert)

Mise en forme

La localisation du canal MV2 peut s'avérer relativement simple avec l'expérience, mais la mise en forme complète du canal peut présenter des défis. En raison de l'axe d'entrée du canal différent du grand axe, l'utilisation d'une lime manuelle risque de provoquer un blocage (Fig. 4). Il est crucial de lisser l'entrée canalaire pour éliminer tout surplomb dentinaire. L'objectif est que la lime insérée ressorte presque rectiligne, ce qui indique que le surplomb dentinaire a été éliminé et que l'axe coronaire a été redressé.

Pour commencer, il est recommandé de relocaliser légèrement l'entrée canalaire vers la zone mésiale en utilisant une fraise boule de petite taille ou un instrument ultrasonique. Une exploration avec une lime manuelle peut être initiée, cependant, il est probable qu'elle se bloque après 2 à 3 mm. La longueur de travail à laquelle elle se bloque doit être enregistrée. Ensuite, il est préférable d'utiliser directement une lime (ou une séquence de lime) de cathétérisme mécanique, suivie d'une lime de mise en forme en alliage nickel-titane de taille 20/100° de mm, voire 25/100°, sur la longueur de travail précédemment enregistrée. Cela permet de supprimer la fameuse contrainte coronaire. Enfin, il est essentiel de poursuivre l'exploration manuelle jusqu'à obtenir une perméabilité tout en respectant les principes de sécurisation canalaire (cf. AONews #52).

Le canal MV2, entouré de dentine plus fine, est étroit et courbé (4). Il est impératif de respecter quelques règles de mise en forme.

- Privilégier la technique du crown down lors de la préparation des canaux. Cette technique consiste à élargir progressivement les canaux, en commençant par la partie coronaire et en se dirigeant vers l'apex. Cela permet de libérer la lime des contraintes coronaires, facilitant ainsi sa progression vers l'apex. Effectuer une irrigation fréquente permet d'éliminer les débris et de lubrifier le canal.
- Opter pour une lime de faible conicité, par exemple une lime mécanique avec une conicité à 4 %. Cette faible conicité permet de préserver les tissus dentinaires péri-canalaire.

Conclusion

Le traitement du second canal méso-vestibulaire peut être une véritable épreuve. Pourtant un traitement endodontique initial suit un protocole bien établi, et en respectant certaines règles, le traitement du canal MV2 devrait devenir plus fluide. Il est primordial de ne pas se précipiter vers l'utilisation des limes mécaniques.

3M™ Filtek™ Easy Match Universal Restorative

3 teintes. 1 technologie de confiance.

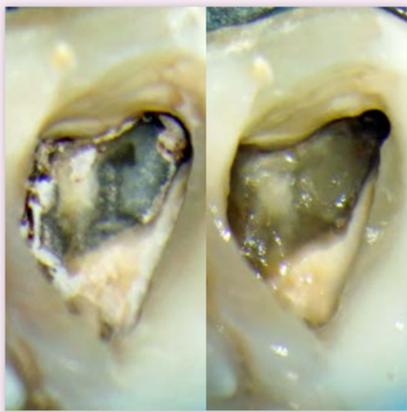
Avec seulement 3 teintes, le composite 3M™ Filtek™ Easy Match Universal Restorative est conçu pour simplifier les restaurations à teinte unique dès les premières étapes. Il vous suffit d'observer puis de choisir parmi trois teintes - Bright*, Natural* ou Warm* - pour obtenir une excellente correspondance de teinte dans la quasi-totalité des cas cliniques antérieurs ou postérieurs.

- ✓ Un choix de teinte intuitif
- ✓ Une opacité qui s'adapte naturellement
- ✓ Un stock réduit dans vos tiroirs



Acheter maintenant

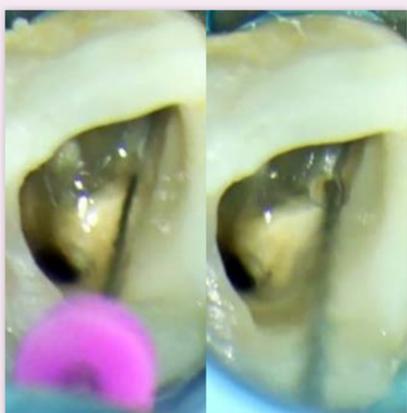
*Teintes Claire (Bright), Naturelle (Natural), Saturée (Warm)
3M™ Filtek™ Easy Match Universal Restorative est un dispositif médical de classe IIa. Marquage CE0123. 3M Deutschland GmbH, Allemagne. Lire attentivement les informations figurant sur la notice ou l'emballage avant toute utilisation. Distribué par 3M Health Care France, 95006 Cergy Pontoise Cedex. © Solventum 2024. Solventum et Filtek sont des marques déposées de Solventum ou de ses affiliés. 3M et le logo 3M sont des marques déposées de 3M. Tous droits réservés. Mai 2024. 3M 1423.



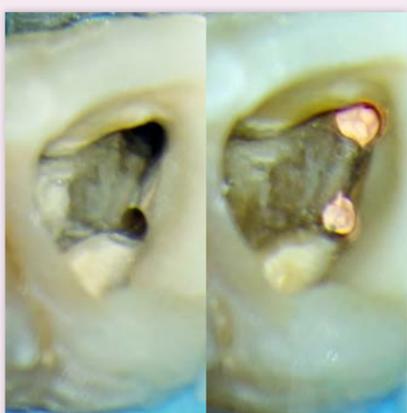
Localisation du canal MV2



Blocage à l'entrée du canal MV2



Suppression de la contrainte coronaire



Mise en forme et obturation

Effet de la cryothérapie intracanalair sur la douleur postopératoire après un traitement endodontique : revue systématique avec méta-analyse

Hespanhol FG, Guimarães LS, Antunes LAA, Antunes LS. Effect of intracanal cryotherapy on postoperative pain after endodontic treatment : systematic review with meta-analysis. Restor Dent Endod. 2022 Jul 4 ; 47 (3) : e30

La cryothérapie est connue et utilisée depuis longtemps pour ses effets bénéfiques sur la gestion de la douleur, la cicatrisation et la récupération sportive. Les basses températures causent une vasoconstriction, le ralentissement du signal nerveux douloureux et une meilleure circulation d'oxygène dans la région refroidie. Cette technique est simple, peu coûteuse, et non toxique. C'est donc tout naturellement qu'elle a été proposée pour réduire les douleurs postopératoires en chirurgie orale et en endodontie. Huit études ont été sélectionnées au total pour une analyse qualitative, et parmi elles quatre pour une analyse quantitative. L'intensité de la douleur postopératoire a été mesurée. La cryothérapie intracanalair est la plus efficace dans les 24 premières heures postopératoires sur les

dents présentant une parodontite apicale (différence significative). La différence est non-significative à 72 heures, mais une différence est notée. Quand les tissus péri-apicaux sont normaux la cryothérapie n'offre pas d'amélioration, même dans les cas de pulpites. La cryothérapie est efficace en rinçage après mise en forme. Les températures utilisées dans les études sélectionnées varient de 1,5° à 4 °C, et le temps d'application de 2 à 5 minutes. Les dispositifs utilisés sont l'EndoVac (aiguille à pression négative) et les aiguilles à évent latéral. Ces conditions sont donc applicables facilement au quotidien sans surcoût excessif. Ce sujet ayant été encore peu exploré, il n'existe pas de protocole standardisé (volume, température, dispositifs). De même, trop peu d'études sont parues sur le

sujet pour mettre en place des analyses statistiques poussées. Le niveau de preuve est faible compte tenu de l'hétérogénéité des protocoles, la taille totale des échantillons (quantité de patients inclus dans les études) et des biais de publications. Des études randomisées et standardisées devraient permettre de rassembler plus de données, de meilleures qualités, pour des méta-analyses plus puissantes et significatives.

David
Azaria



Du SCAN

à la prothèse provisoire

Nobel
Biocare



L'innovation naît de la créativité. La créativité connecte les choses. Notre flux de travail numérique de 60 minutes* combine de manière unique des composants matériels et logiciels exceptionnels de différents fabricants pour créer un flux de travail d'une efficacité et d'une efficacité sans précédent. Scannez le QR-Code pour en savoir plus.

nobelbiocare.com

GMT89956 FR 2405 © Nobel Biocare France SAS, 2024. Tous droits réservés. Nobel Biocare, le logo Nobel Biocare et toutes les autres marques sont des marques du groupe Nobel Biocare, sauf mention contraire stipulée ou évidente dans le contexte d'un cas particulier. Veuillez-vous reporter à la page <https://www.nobelbiocare.com/fr-fr/marques> pour plus d'informations. Les images des produits illustrés ne sont pas nécessairement à l'échelle réelle. DEXIS™ IS est fabriqué par Dental Imaging Technologies Corporation (450 Commercial Drive, Quakertown, PA USA 18951) et distribué par Nobel Biocare. Les imprimantes 3D SprintRay sont fabriquées par SprintRay Inc., 2705 Media Center Drive, Suite 100A, Los Angeles, CA et distribuées par Nobel Biocare. X-Guide® est fabriqué par X-Nav Technologies, LLC 1555 Bustard Road Suite 75, Lansdale PA 19446, USA et distribué par Nobel Biocare. Exonération de responsabilité : Il est possible que la vente de certains produits ne soit pas autorisée dans tous les pays. Veuillez contacter le service client local de Nobel Biocare pour obtenir des informations sur la gamme de produits et leur disponibilité.

* Les temps indiqués pour le flux de travail sont basés sur un scénario optimisé qui n'inclut aucune étape supplémentaire telle que les radiographies, l'anesthésie du patient et inclut la planification préalable des implants. Les 60 minutes mentionnées se réfèrent à une situation avec un bon état initial de l'os et ne doivent servir qu'à titre indicatif.

Bibliographie

1. Cleghorn BM, Christie WH, Dong CCS. Root and root canal morphology of the human permanent maxillary first molar : a literature review. J Endod. sept 2006 ; 32 (9) : 813-21.
2. James L. Gutmann, Bing Fan. Tooth morphology and pulpal access cavities. In : Cohen's pathways of the pulp. Twelfth edition. St. Louis, Missouri : Elsevier ; 2021.
3. Grégory C. Champ opératoire, préparation pré-endodontique et cavité d'accès. In : Endodontie. Editions CdP ; 2020. (Collection JPIO).
4. Ordinola-Zapata R, Martins JNR, Versiani MA, Bramante CM. Micro-CT analysis of danger zone thickness in the mesiobuccal roots of maxillary first molars. Int Endod J. avr 2019 ; 52 (4) : 524-9.

SoHo
Yee





Le 1^{er} Dental Run des Entretiens de Garancière

Parrainé par des athlètes en route vers les Jeux Olympique de Paris
49 minutes en courant ou marchant pour la 49^e édition !

EN SOUTIEN DE
L'ASSOCIATION

Amélogénèse
France



C'est quoi ?

C'est un évènement créé pour réunir des praticiennes et des praticiens à l'occasion d'une pratique sportive la plus commune et la plus répandue, dont l'engouement ne cesse de croître depuis une décennie : la course à pied. **Cet évènement créé à l'occasion des Entretiens de Garancière 2024** (49^e édition) et organisé par l'Association Universitaire Odontologique de Garancière (reconnue d'utilité publique depuis 1883) sera l'occasion de supporter une association de malades dans le domaine de la sphère bucco-dentaire, grâce à des partenaires sensibilisés à la cause défendue.

C'est quand ?

Mercredi 18 septembre 2024 de 17h à 20h après la journée de Prestige des Entretiens de Garancière dans le cadre exceptionnel des jardins du Sénat.

C'est où ?

Départ de Garancière puis direction le jardin du Luxembourg¹. Le parcours fera environ 1 km. Une collation sera proposée à Garancière à l'issue de cet évènement pour clôturer ce moment convivial et sportif.

L'enjeu

Aucune compétition en jeu sauf le fait de faire supporter par le partenaire **le plus grand nombre de kilomètres parcourus correspondant un montant en euros² qui sera reversé à l'association** le jeudi soir lors de la soirée de Gala. Chaque partenaire dispose d'une équipe de chirurgien-dentiste qu'il recrute ou chaque chirurgien-dentiste choisit une équipe représentant un partenaire, il courra avec un tee-shirt technique aux couleurs du partenaire et le nombre de tour sera comptabilisé³. Que vous soyez sportif du dimanche ou marathonnier, c'est surtout pour chaque praticienne et praticien l'occasion,

pour quelques kilomètres parcourus dans une ambiance sportive détendue confraternelle, d'apporter son soutien à des malades qui connaissent des difficultés de prise en charge.

Parrains

Blandine PONT // Marraine

Équipe de France de Judo
Vainqueur du grand slam de Paris
Championne de France 48 kg
Vice-championne d'Europe 48 kg



Félix BOUR // Parrain

Minima Olympique sur Marathon 2h06'46
Champion de France du 10 km 2023
Champion de France du 10000m 2024
18 sélections en équipe de France



Informations pratiques

Dès 16h : accueil dans les vestiaires pour les consignes (salle homme et salle femme à Garancière) et débriefing

17h : distribution des tenues

17h20 précises : départ de la course pour 49 minutes

18h10 : fin de la course (fermeture du Jardin du Luxembourg 18h30)

Retour vers Garancière

19h /20h : une collation sera proposée

Inscriptions :

Tél. 01 43 29 37 65 // garanciere@auog.fr

1. Le lieu pourra être modifié en fonction des injonctions sécuritaires demandées par le Sénat et les autorités
 2. Le montant alloué par kilomètre sera convenu et réévalué en bonne intelligence avec les partenaires
 3. Le dispositif d'encadrement sera assuré avec l'aide d'un Club Fédéral
- Aucun échange d'argent ne se fera sur le lieu de la course.
Directeurs de course : Muriel de la Dure Molla, Nelly Pradelle et Steve Toupenay

Eludrilpério

Seul bain de bouche bactéricide traitant dosé à 0,20% de Chlorhexidine

Avant l'acte

PRÉPARER
L'acte

Abaisser
la charge bactérienne

Pendant l'acte

MAITRISER
L'environnement microbien

Limiter
l'aérobiocontamination

Après l'acte

PROTÉGER
le patient

Limiter
Les complications

Chlorhexidine = gold standard⁽¹⁾

PRATIQUE sans dilution, prêt à l'emploi

Antiseptique de référence⁽¹⁾
CHLORHEXIDINE 0,20%

Flacon 1L

En cabinet au fauteuil

Flacon 200mL

Médicament princeps

Remboursé 15% sec. soc.

SANS ALCOOL FABRIQUÉ EN FRANCE

Traitement local d'appoint des affections parodontales

Médicament réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans. Traitement local d'appoint des affections parodontales liées au développement de la plaque bactérienne (gingivite et/ou parodontite), ainsi que lors de soins pré et post-opératoires en odontostomatologie. La prescription des bains de bouche à base de chlorhexidine doit être réservée aux patients ne pouvant assurer une hygiène correcte par le brossage des dents.⁽¹⁾

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publiques des médicaments en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Conditions de prescription et délivrance : Médicament non soumis à prescription médicale.
Présentation Flacon 200 ml : Remboursé à 15% par la sécurité sociale - Agréé collectivités.
Présentation Flacon 1L : Non remboursé par la sécurité sociale - Agréé collectivités.

(1) HAS - Avis de CT ELUDRILPERIO - 2012 et 2018.

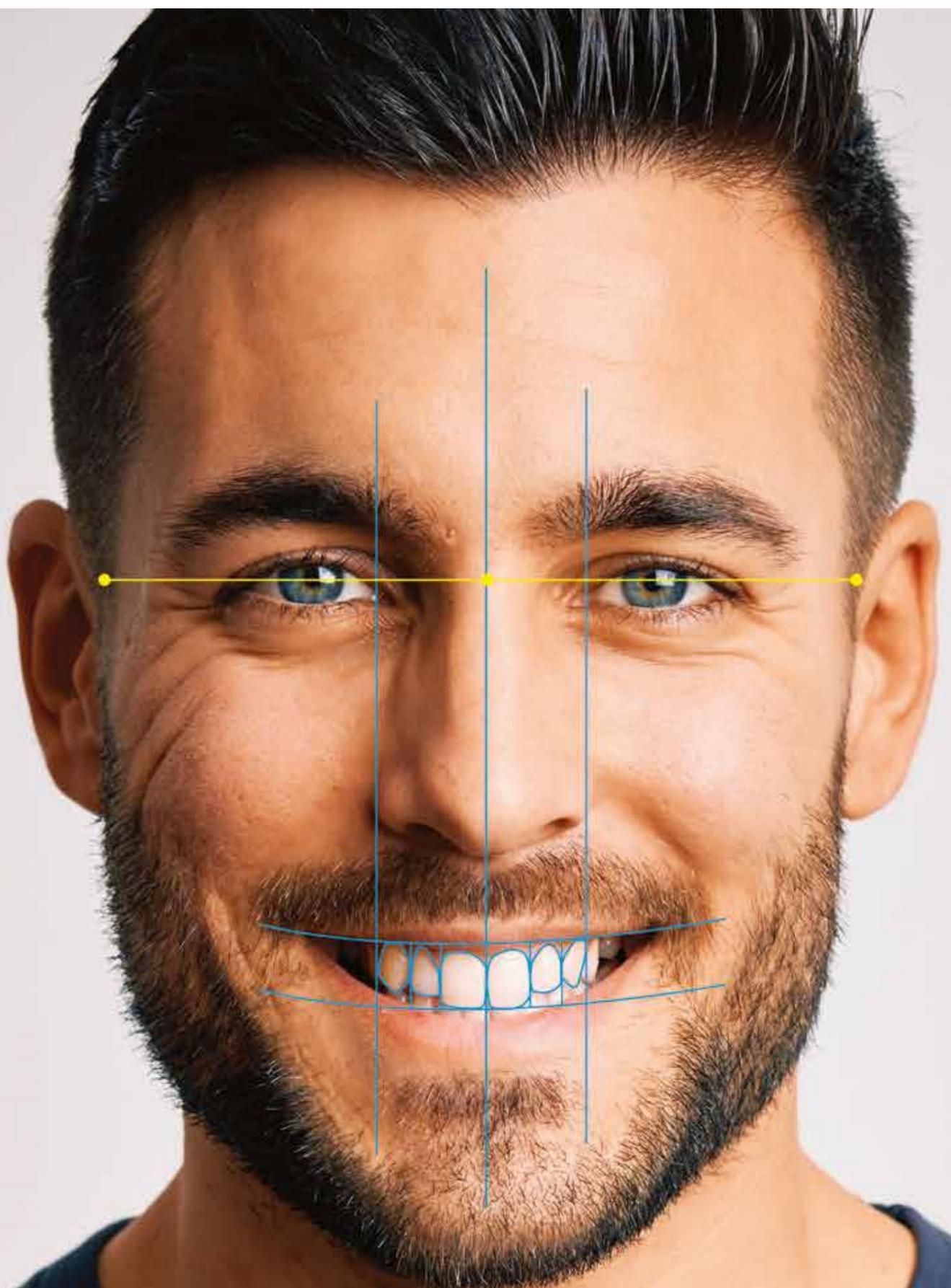
Pierre Fabre
ORAL CARE

272684 - 24/01/67960413/PM01 - Mai 2024.

Étudiantes,
Praticiennes,
Étudiants, Praticiens
Partenaires,
Venez nombreux !



invis, c'est
l'avenir des
soins ortho-
restauratifs.



Invisalign Smile Architect™

Abandonnez la lourdeur des procédures actuelles et optez pour les traitements peu invasifs de demain.

Invisalign Smile Architect™ est une solution de conception du sourire unique en son genre, et la première à combiner alignement dentaire et planification restauratrice en une seule plateforme, pour une santé bucco-dentaire durable.

align™

2023 INVISALIGN, ITERO et CLINCHECK, entre autres, sont des marques commerciales et/ou des marques de services déposées d'Align Technology, Inc. ou de l'une de ses filiales ou sociétés affiliées et peuvent être déposées aux États-Unis et/ou dans d'autres pays. M11150





AO Paris Après-midi de rentrée jeudi 19 septembre, 14h

Mathilde Jalladaud et Gaël Millot

Le gradient thérapeutique au service de nos différentes disciplines dans le secteur antérieur

- **Où ?** Intercontinental Marceau, 64 avenue Marceau, 75008 Paris
- **À quelle heure ?** Accueil dès 13h avec un buffet déjeunatoire et 14h début de la conférence
- **Combien ?** Gratuit pour les membres à jour de cotisation 350 € pour les non-membres
- **Comment ?** Inscription obligatoire sur alphaomegaparis.com



AO Montpellier jeudi 19 septembre, 19h

Patrick Bitoun (président AO Toulouse)

Gestion du profil d'émergence en prothèse implantaire : avantages des outils numériques

- **Où ?** Dans les locaux d'Alternative Dentaire 10 rue Prade, 34880 Lavérune
- **Combien ?** Gratuit pour les membres à jour de cotisation
- **Comment ?** Inscription



AO Strasbourg jeudi 19 septembre, 19h30



Raphaël Bettach (Paris)

Que sait-on et qu'a-t-on appris de la ROG depuis 25 ans ? Biologie, techniques opératoires et recul clinique

- **Où ?** ORT - 46 boulevard Clémenceau 67000 Strasbourg
- **À quelle heure ?** Accueil des partenaires dès 19h30 et début de la conférence à 20h précises. Un buffet clôturera la conférence
- **Combien ?** Gratuit pour les membres à jour de cotisation 70 € pour les non-membres
- **Comment ?** Inscription : alphaomega.alsace@gmail.com



Julie n'aura bientôt plus de secret pour vous.

APPRENEZ À UTILISER TOUT LE POTENTIEL DE VOTRE LOGICIEL ET MIEUX COMPRENDRE SES FONCTIONNALITÉS.

La plateforme MyJulie e-learning propose des modules de formation en ligne accessibles quand vous voulez, sur un ordinateur, une tablette ou un smartphone. Suivez votre propre parcours pédagogique à l'aide de vidéos, tutoriels, quiz, documents à télécharger ainsi qu'un chat en direct avec nos formatrices pour apprendre à votre rythme. Pour vous initier à MyJulie e-learning, profitez de 3 mois d'accès garantis. **En savoir plus sur julie.fr**

julie solutions

L'intérêt de la caféine pour traiter la maladie d'Alzheimer se précise

La caféine est une substance psychostimulante qui se fixe sur les récepteurs de l'adénosine de type A2A dans le cerveau.

Des chercheurs français ont décrypté son mécanisme d'action potentiel. Un essai clinique de phase III est en cours.

Le café serait-il un remède naturel contre la maladie d'Alzheimer ? Si l'idée peut paraître saugrenue, les scientifiques soupçonnaient en fait depuis longtemps les effets protecteurs de la caféine contre le déclin cognitif. Plusieurs études observationnelles avaient notamment établi une association entre une consommation modérée de café (de 3 à 5 tasses par jour) et une diminution du risque de développer une démence de type Alzheimer en vieillissant. Mais jusqu'alors, le lien de causalité n'avait jamais été démontré. Des chercheurs de l'Inserm et du CHU de Lille apportent de nouveaux éléments en faveur de cette hypothèse. Dans une étude publiée dans la revue *Brain*, les scientifiques mettent en évidence un mécanisme par lequel la caféine pourrait bloquer l'activité de récepteurs qui participent à l'apparition de troubles de la mémoire. Ces résultats ont déjà permis la mise en place d'un essai clinique de phase III, la dernière étape avant une éventuelle autorisation de mise sur le marché si les résultats sont positifs.

Une surexpression des récepteurs A2A contribue au déclin cognitif

De précédents travaux avaient montré que la quantité de certains récepteurs cibles de la caféine, les récepteurs de l'adénosine de type 2A (A2A), augmentait de façon anormale dans le cerveau chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, les chercheurs ne savaient pas si le dysfonctionnement de ces récepteurs était impliqué dans la progression des symptômes neurodégénératifs (pertes de mémoire, troubles des fonctions exécutives et de l'orientation spatio-temporelle) et si oui, par quel mécanisme.

Nous savons que ces récepteurs neuronaux régulent les interactions au niveau des synapses, le lieu de transmission des informations chimiques et électriques que les neurones utilisent pour communiquer, donc nous soupçonnions que leur augmentation puisse avoir un rôle négatif dans la maladie d'Alzheimer, qui se caractérise justement par la perte des synapses, explique David Blum, qui a conduit cette étude.

Partant de cette hypothèse, les chercheurs ont utilisé des modèles de souris génétiquement modifiées pour développer certaines lésions (plaques amyloïdes et agrégats de la protéine tau) retrouvées dans la maladie d'Alzheimer. En appliquant de nouvelles modifications génétiques chez ces animaux, avant l'apparition des premiers symptômes, ils sont parvenus à reproduire l'augmentation du nombre de récepteurs A2A observée dans le cerveau des patients. Résultats : les animaux ont développé précocement des troubles de la mémoire, ce qui n'était pas le cas des modèles de « souris Alzheimer » dont la quantité de récepteurs était « normale ». Ces symptômes étaient concomitants avec l'apparition de lésions caractéristiques de la maladie (l'accumulation de protéines tau) et la perte des synapses, ce qui confirme bien que la surexpression de ces récepteurs a un rôle dans l'installation de la maladie souligne Marc Dhenain, directeur de recherche CNRS au laboratoire des maladies neurodégénératives de l'université de Paris-Saclay, qui n'a pas participé à l'étude.

Un mécanisme pro-inflammatoire

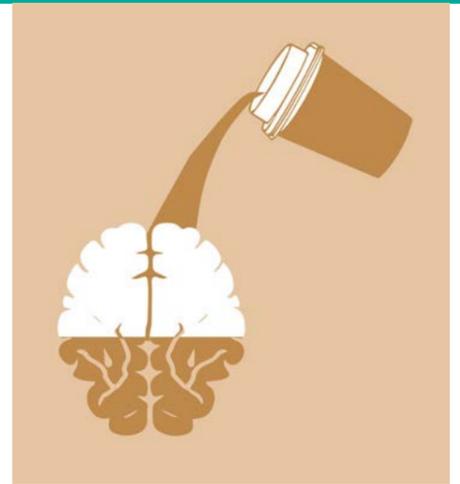
En réponse à l'augmentation pathologique des récepteurs A2A, les auteurs ont par ailleurs observé un dysfonctionnement de l'activité des cellules microgliales, connues pour leur implication dans les processus inflammatoires qui conduisent à la perte des synapses.

On pense ainsi que l'augmentation d'expression des récepteurs A2A modifie le dialogue entre les neurones et les cellules microgliales, qui deviennent plus inflammatoires et accélèrent ainsi la perte des synapses, suggère David Blum.

En 2016, la même équipe de recherche avait administré de la caféine à des souris malades. Ils avaient alors constaté qu'en se fixant sur les récepteurs A2A, la substance avait pour effet de bloquer leur activité. En confirmant, dans cette étude, le mécanisme par lequel les récepteurs A2A favorisent l'apparition de troubles de la mémoire, les chercheurs soutiennent ainsi l'intérêt d'utiliser la caféine dans le traitement de la maladie. *On peut imaginer qu'en bloquant l'activité des récepteurs par une administration contrôlée de caféine, la perte des synapses, et donc des symptômes cognitifs, soit retardée,* souligne le Dr Blum.

Un essai de phase III en cours

Avec son équipe, le chercheur a d'ailleurs d'ores et déjà mis en place un essai clinique de phase III, au CHU de Lille, pour évaluer l'intérêt thérapeutique de la caféine auprès de 248 patients atteints d'une forme précoce à modérée de la maladie d'Alzheimer. *Une partie des patients est actuellement traitée pour une période de 6 mois avec une dose de 400 mg de caféine, cette dose étant la consommation journalière maximale selon les recommandations de l'Agence européenne de santé, tandis que l'autre partie de patient reçoit un placebo. Concrètement, on leur administre deux gélules à avaler le matin,* précise le Dr Blum. En comparant des biomarqueurs cérébraux, les évaluations comportementales et psychiatriques des deux groupes de patients, les chercheurs espèrent constater un ralentissement du déclin cognitif chez ceux



traités à la caféine, les premiers résultats étant attendus pour 2026. Cette approche est plutôt symptomatique car elle ne permet pas de réduire la quantité des récepteurs, souligne Marc Dhenain. Cependant, si elle fonctionne, elle pourrait considérablement améliorer la qualité de vie en réduisant la progression de la maladie, un effet qui pourrait par ailleurs être optimisé par la combinaison de plusieurs approches thérapeutiques.

Figaro.fr, publié le 12/07/2024

Optimisez vos workflows* par l'innovation

Implantologie

Une offre complète couvrant toutes les étapes du workflow* Implantologie

Associant une expertise en Imagerie et en Ultrasons, Acteon® propose des produits innovants pour vous aider à réaliser des actes confortables en toute sécurité, depuis le diagnostic jusqu'au traitement et son suivi.

x-mind prime 2

bliss pure reflect

piezotome cube

x-mind unity

sopix plug-in

17, avenue Gustave Eiffel ■ Zone Industrielle du Phare ■ 33700 MERIGNAC ■ FRANCE
Tél. +33 (0) 556 340 607 ■ info@acteongroup.com ■ www.acteongroup.com

*Étapes cliniques
Dispositifs médicaux, consultez les notices ou les étiquetages spécifiques à chacun pour plus d'information.

Je m'appelle HENRI

La véritable histoire d'un enfant juif, caché à Bruxelles



Henri Aronis & Dominique Verlinden

Coécrit avec Dominique Verlinden, c'est un très beau et très émouvant témoignage que nous propose notre confrère universitaire belge Henri Aronis*, aujourd'hui âgé de 88 ans, sur sa vie d'enfant caché à Bruxelles pendant la dernière guerre.

En cette triste époque, la vie tenait parfois au fil tenu de quelques secondes pour échapper à une rafle, à une intuition, à une prémonition, pour ceux qui, à temps émigrèrent loin de cette Europe hostile mais aussi, comme le dit Henri Aronis dans le prologue à la rencontre de personnes d'horizons divers, bienveillantes et courageuses, qui ont, pour certaines, sauvé des vies au péril de la leur. Le partage de valeurs humanistes, de tolérance, d'ouverture aux autres et à la richesse de leurs différences.

À l'heure où une vague d'antisémitisme, sans précédent depuis la dernière guerre, submerge le monde, il est essentiel de rappeler l'histoire. Seule cette lumière permet d'éclairer les consciences pour prévenir la barbarie. L'auteur cite, toujours dans le prologue, Simone Veil avec laquelle il réfute le concept de « Devoir de mémoire ». Ainsi écrivait-elle en ce domaine, la notion de d'obligation n'a pas sa place. Autre chose est le devoir d'enseigner, de transmettre. Là, oui, il y a un devoir.

Grâce au Comité de Défense des Juifs (CDJ) organisé dans la clandestinité pour contourner les exigences allemandes et sauver le plus grand nombre d'enfants juifs, avec l'aide importante du réseau de l'ONE (Œuvre Nationale de l'Enfance), Henri Aronis, alors âgé de 7 ans, fut d'abord placé



NOUVEAU Planmeca Viso® G3

L'imagerie extraorale haut de gamme au service des praticiens de l'art dentaire

Visualisation du patient en temps réel sans faisceaux laser pour un positionnement plus rapide et précis du FOV

Optimisation de la taille et de l'emplacement du FOV pour chaque patient

Doses patient efficaces plus faibles grâce à la technologie éprouvée Planmeca Ultra Low Dose™

Correction des artefacts de mouvement du patient par l'algorithme unique Planmeca Calm®

Nouveau mode d'imagerie endodontique incluant l'Intelligence Artificielle pour des clichés endodontiques détaillés

Intégration de la technologie tube radiogène 120 kv pour des détails encore plus précis et une segmentation des structures dentaires plus facile

Planmeca France 34 rue du Pré Gauchet 44000 NANTES
Tél. 02 51 83 64 68 - Mél. planmeca.france@planmeca.fr

PLANMECA

Planmeca Oy CE 0598 MDD Planmeca Viso G5 CE 0598 MDD Planmeca Viso G7 CE 0598 MDD Planmeca Romexis www.planmeca.fr

Planmeca Viso G3 est une configuration de Planmeca Viso G5.

par ses parents dans un orphelinat pour y être caché sous le nom d'Henri Arene et ensuite dans une famille d'accueil, le couple Pieter et Sabina Neirinckx.

Son père, déporté à Auschwitz, heureusement survécu.

J'évoquais la vague immense et incroyable d'antisémitisme en France qui sévit jusque dans les couloirs, les bas-fonds du pouvoir, à l'Assemblée Nationale ou dans les universités. Je citerais Delphine Horvilleur (cf. précédent numéro) de **Comment ça va pas** : le judaïsme ça s'attrape par la mère, l'antisémitisme par l'amer. Une aigreur terrible que rien n'adoucit ni n'explique. Va savoir si c'est contagieux ou si ça se soigne ?

J'ai été impressionné par toutes les photos de documents officiels présentés dans l'ouvrage : les décrets anti juifs allemands et belges, les fausses cartes d'identité, les convocations au travail obligatoire, les carnets d'enfants juifs cachés, etc. Pour conclure avec lucidité, Henri Aronis cite Albert Einstein : *Le monde est dangereux à vivre. Non pas tant à cause de ceux qui font le mal, mais à cause de ceux qui regardent et laisse faire.* Pour ma part et dans la même lignée, je citerais Max Frish : *pire que le bruit des bottes, le silence des pantoufles.*

*Henri Aronis est un ancien Régent AO pour l'Europe

Retrouvez tous les numéros d'AOnews sur notre site

aonews-lemag.fr

[menu > archives]



Pêcheur de perles

Alain Finkielkraut | Éditions Gallimard

Chasseur de vérités...

Il est des livres dont on sort en ayant l'impression d'être plus intelligent, avec des sentiments, des sensations, des impressions, des convictions que l'on retrouve là sous nos yeux, écrits simplement, comme une évidence et auxquelles on adhère en se disant : pourquoi ne les ai-je pas couchés sur le papier avant ?

Il y aura certes des grincheux qui refuseront par principe d'ouvrir un livre d'Alain Finkielkraut, considéré comme un affreux « réac » indémodable, car désormais émettre le moindre doute sur le wokisme, le néoféminisme ou le mondialisme vous classe catégoriquement et irrémédiablement à l'extrême droite. Si l'amour de la culture, de la littérature, de l'histoire, du « monde d'avant » fait de vous un vieux réac, je veux bien assumer d'en être un, même si je m'interroge sur le qualificatif de vieux !

Alain Finkielkraut s'est plongé dans ses carnets de citations, pour y pêcher ses fameuses perles accumulées pieusement depuis plusieurs décennies. Arendt, Kundera, Levinas, Valéry, Canetti, Tocqueville, Nietzsche, Thomas Mann, Virginia Woolf ont été quelques-uns de ses guides Il a ainsi tiré de ce vagabondage une réflexion sur des sujets aussi différents que l'amour, la mort, les avatars de la civilité, le destin de l'Europe, la fragilité de l'humour et le monde comme il va et surtout comme il ne va pas.

Sur chacun de ces sujets le regard d'A. Finkielkraut est toujours bienveillant, l'humour est constamment présent. Sur la courtoisie, par exemple : *Un nouveau bonjour a fait son apparition dans l'espace communicationnel : le bonjour égalitaire, indifférencié, pétulant des courriels ; le bonjour électronique et sans façon qui supprime d'un seul coup toutes les nuances et tous les échelonnements de nos anciennes pratiques épistolaires : Madame, Monsieur, chère Madame, cher Monsieur, cher ami, mon cher ami... Ce bonjour au goût du jour n'est pas une adresse à l'Autre, c'est une irruption du moi. Ce n'est pas un chevalier, c'est un gougnafier. Il n'accueille pas, il déboule ; il ne s'incline pas, il s'invite... Il ne salue pas, il klaxonne.* Sa diatribe sur le qualificatif « sympa » que l'on utilise à tous propos, que ce soit d'un livre de Kundera ou du dernier restaurant à la mode, est irrésistible.

Sur la culture, A. Finkielkraut cite Cynthia Ozick : *Où que vous soyez au monde, vous êtes européen quand vous êtes en train de lire.* Mais il fait malheureusement ce constat : *La démocratie, parvenue à son stade ultime, ne supporte plus aucune forme de transcendance. Après la sortie de la religion, voici venu le temps de la sortie de la culture. Le « chacun ses goûts » a eu raison des valeurs suprêmes.* Notre grand président n'a-t-il pas déclaré qu'il n'y avait pas de culture française. L'histoire de la photographe Sophie Calle et de l'écrivain Gregoire Bouillier est de ce point de vue exemplaire. Ainsi G. Bouillier écrit une lettre de rupture pour mettre fin à leur couple. S. Calle n'a pas eu la douleur intime, elle a demandé à des dizaines de femmes, écrivaines, sociologues, philosophes, psychologues etc. d'analyser cette lettre pour en faire une œuvre collective. Bien entendu, toutes ont entraîné l'auteur de la missive plus bas que terre.

Ainsi vont l'art d'après la mort de l'art et l'intelligence de la vie sous le règne de la collectivisation des destins. À peine conquis le droit d'être dissemblable et de vivre à la première personne, les nouvelles féministes choisissent de se fondre dans la forme compacte du nous : me too, moi aussi... La singularité des expériences est remplacée par la globalité de la domination et la chambre à soi par l'immense appartement communautaire de la sororité.

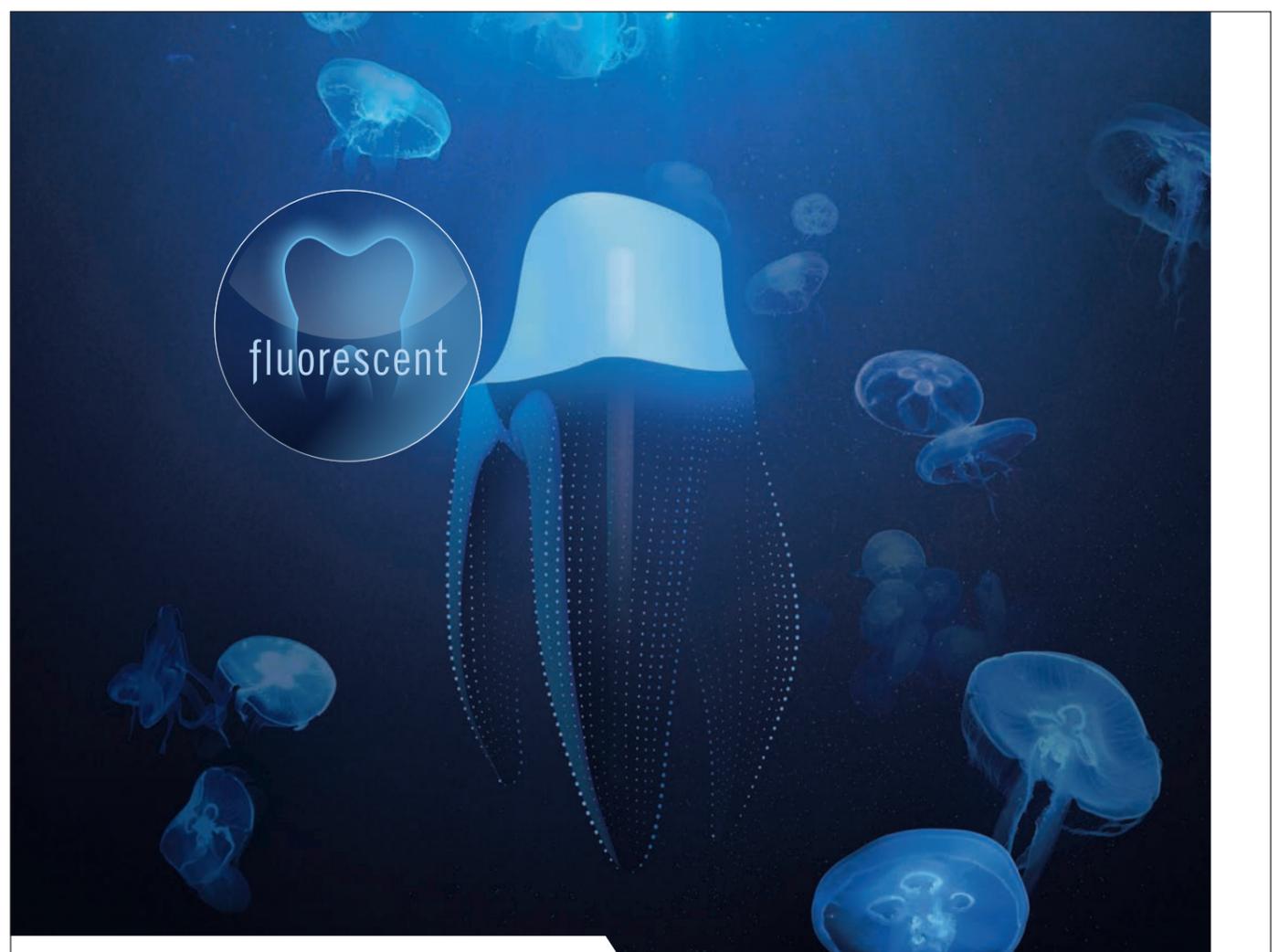
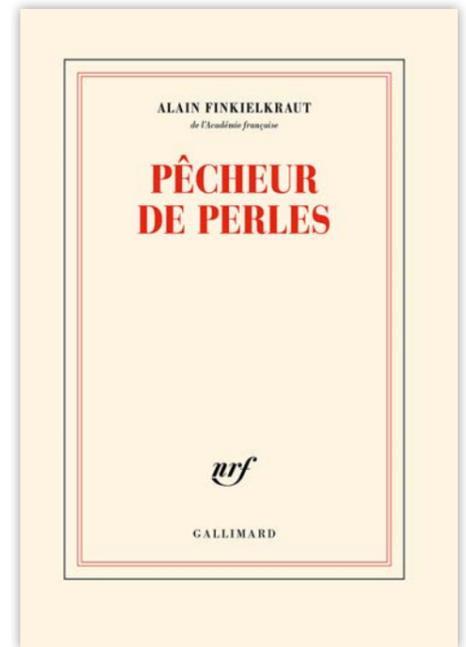
J'ai une petite anecdote personnelle à propos de S. Calle. Nous visitons il y a quelques années avec mon épouse, photographe talentueuse à ses heures, le musée d'art moderne de Nîmes, quand, dans une salle consacrée à la photographie, nous nous arrêtons devant une présentation de Sophie Calle. Il s'agissait de plusieurs dizaines de clichés argentiques en noir et blanc, au format 10 x 10 cm avec cette bordure blanche caractéristique de ces années « d'avant le numérique ». Nous dissertons à haute voix sur la banalité de ces photos de vie quotidienne sans charme ni intérêt particulier. La conservatrice du musée qui se trouvait juste à côté, nous a presque insultés, incultes que nous étions de ne pas admirer à sa juste valeur la grande Sophie Calle. Sur l'éducation, A. Finkielkraut cite Condorcet : *les peuples libres ne connaissent d'autres moyens de distinction que les talents et les vertus.* Plus aucun spécialiste en pédagogie, aucun parti politique, aucun ministre n'aurait l'idée de parler ainsi, observe l'auteur. Pour lui un livre a creusé l'abîme **Les**

Héritiers de Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron : *Les deux auteurs démontrent, statistiques à l'appui, que les examens et les concours ne mettent pas fin à la cooptation : ils la mettent en œuvre. Sous couleur de promouvoir le mérite, la sélection transmue l'héritage social en grâce individuelle.* L'égalitarisme est désormais la norme. J'associerais pour ma part, un autre grand responsable du déclin de l'éducation scolaire : Françoise Dolto et son mythe revendiqué de « L'enfant-roi » et autres billevesées comme le bien-être de l'enfant comme vertu cardinale de l'éducation où l'échange entre enseignant et enseigné est sur un pied d'égalité.

Ayant enseigné pendant un certain nombre d'années, en dehors des relations humaines, je n'ai que très rarement appris de mes étudiants, que ce soit des données de sciences fondamentales ou de pratiques cliniques de notre art. La plongée dans les profondeurs du classement Pisa de la

France scolaire ne peut me donner tort, et qui plus est, pourquoi apprendre des maîtres puisque tout est disponible, en instantanée, sur internet !

Je ne suis pas un grand lecteur d'ouvrages de philosophie, j'ai néanmoins été littéralement enthousiasmé à la lecture des romans d'Irving Yalom : **Le Problème Spinoza, Et Nietzsche** a pleuré ou **La Méthode Schopenhauer** que je te recommande, fidèle lecteur, comme initiation à ces grands philosophes. Ce **Pêcheur de perles** est considéré par beaucoup comme un des meilleurs livres d'Alain Finkielkraut qui se baptise Grand-papa Ronchon pour évoquer l'écologie et à qui je laisse le dernier mot : *Quand le citoyen écologiste prétend poser la question la plus dérangeante en demandant : Quel monde allons-nous laisser à nos enfants ? Il évite de poser cette autre question réellement dérangeante : à quels enfants allons-nous laisser notre monde. N'est-ce pas Greta ?!*



VISIBLE POUR LE PRATICIEN – INVISIBLE POUR LE PATIENT

- **Fluorescent à la lumière UVA** : très bonne visibilité des excédents et des limites de reconstitution, même en profondeur sous-gingivale
- **Esthétique** : teinte dentine
- **Durcissement dual** : Utilisation également dans le canal radiculaire pour le collage de tenons (par ex. Rebilda Post)
- **Manipulation simple** : Meulage comme la dentine, adaptation parfaite (fluide)



Rebilda® DC fluorescent





La rentrée sous le signe olympique

Chers lecteurs et futurs confrères,

Nous revoilà sur les bancs de l'université, l'esprit encore embrumé par nos souvenirs estivaux et l'effervescence olympique qui a métamorphosé notre chère capitale. Quel été mémorable nous venons de vivre !

Le film *Sous la Seine*, sorti sur Netflix début juin, mettant en scène des requins dans la Seine pendant les Jeux, a certainement ajouté une dose de frisson à l'événement ! Saluons le courage des nageurs qui ont bravé ces eaux. On nous a assuré que la Seine était propre, mais avouons-le, la teinte de l'eau ne nous a pas vraiment fait rêver autant

que les Bahamas. Pas sûr qu'on y aurait trempé ne serait-ce qu'un orteil !

Certains d'entre nous ont jonglé entre consultations et épreuves sportives. Une anecdote cocasse nous est parvenue : *J'ai bien failli rater un rendez-vous car Paris s'était muée en un immense vélodrome. J'ai dû expliquer à mon patient, médusé, que son détartrage avait été retardé par un peloton de cyclistes en plein sprint !*

Pour ceux qui sont restés dans la capitale, l'été a été tout sauf... reposant. Naviguer entre les rues barrées

et la marée de touristes désorientés a transformé nos trajets vers l'hôpital en véritables épreuves olympiques. Malheureusement, nous n'avons pas obtenu la médaille d'or pour autant !

Alors que Paris retrouve progressivement son rythme habituel et que les embouteillages reprennent leurs droits (à moins d'avoir installé une application de covoiturage !), nous voici fin prêt à entamer cette nouvelle année universitaire.

Espérons que l'élan olympique continuera de nous porter tout au long du semestre !

Bonne rentrée à tous, et que vos sourires restent aussi éclatants que l'or de nos athlètes !



Roman Licha,
6^e année



David Naccache,
interne

Selfies AO



Sophie Cantamessa

Pratique libérale, Paris

Votre dîner idéal réunirait...
Toute ma famille

Vos trois films incontournables
Les tontons flingueurs (G. Lautner)
Out of Africa (S. Polack)
Pulp Fiction (Q. Tarantino)

Vos trois livres fétiches
Sidharta (Hermann Hesse)
Petit traité de vie intérieure (Frédéric Lenoir)
L'art de la guerre (Sun Tzu)

Une chanson de votre vie
The winner takes it all (Abba)

Votre insulte favorite
Je n'insulte pas

Votre madeleine de Proust culinaire
Le riz au lait à la cannelle, vanille
et zestes de citron de ma grand-mère

Un héros... réel ou imaginaire
Simone Veil

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
Le sport

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

Vos vacances de rêve
Une maison, les pieds dans l'eau

Accro au net... ou pas ?
Pas du tout

Votre dernier coup de foudre
La Tanzanie

Dans une autre vie, vous seriez
Profilier

Enfin, une adresse à recommander
Le bruit de l'eau, un hôtel insolite en baie de Somme



Elisa Caussin

Cheffe de clinique universitaire
Assistant hospitalier en endodontie

Votre dîner idéal réunirait...
Michel Berger, Jonathan Cohen, Meryl Streep

Vos trois films incontournables
Forrest Gump (R. Zemeckis)
Django Unchained (Q. Tarantino)
Whiplash (D. Chazelle)

Vos trois livres fétiches
Pauline (Alexandre Dumas)
Changer l'eau des fleurs (Valérie Perrin)
Les arcanes du chaos (Maxime Chattam)

Une chanson de votre vie
Quelques mots d'amour, Michel Berger

Votre insulte favorite
Vieille cruche

Votre madeleine de Proust culinaire
Les galettes de sarrasin de ma grand-mère bretonne

Un héros... réel ou imaginaire
Simone Veil

Salé ou sucré ?
Salé !

Une passion, un hobby ?
Musique + surf

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sur tout type de terrain ! Mention spéciale
pour les sports nautiques

Vos vacances de rêve
Avec des copains, sur un voilier
à faire le tour d'endroits magiques

Accro au net... ou pas ?
Le nier serait un mensonge...

Votre dernier coup de foudre
La course à pied

Dans une autre vie, vous seriez
Musicienne

Enfin, une adresse à recommander
Le comptoir Canaille dans le 9^e arrondissement de Paris



Hélène Lagorce

Directrice marketing
Henry Schein France

Votre dîner idéal réunirait...
Une bonne compagnie, une discussion
passionnante et enflammée, des bons p'tits plats,
ma playlist et un verre de Bordeaux !

Vos trois films incontournables
Le premier jour du reste de ta vie (R. Bezançon)
La ligne verte (F. Darabont)
Thelma et Louise (R. Scott)

Vos trois livres fétiches
Une vie (Simone Veil)
Le joueur d'échecs (Stefan Zweig)
Le seigneur des anneaux (JRR Tolkien)

Une chanson de votre vie
Fly me to the moon

Votre insulte favorite
Tête d'endive

Votre madeleine de Proust culinaire
Riz à l'espagnole de ma maman

Un héros... réel ou imaginaire
Mon père

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
La cuisine

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

Vos vacances de rêve
Entre terre et mer...

Accro au net... ou pas ?
Accro... mais pas trop

Votre dernier coup de foudre
Devant des pâtes à la truffe...

Dans une autre vie, vous seriez
Moi en mieux puisqu'avec l'expérience de celle-ci

Enfin, une adresse à recommander
Un spot génial pour l'été à Paris... le ROOF
avec une vue imprenable sur le Louvre !



Le monde tel qu'il est

914 000 **étudiants** étrangers ont intégré des universités américaines en 2020, dont 317 000 Chinois.

La main-d'œuvre représente 41 % du prix dans la **restauration** en France.

46 % des Français sont **à découvert** au moins une fois par an. Ils étaient 60 % en 2018.

Aux États-Unis, le prix des **véhicules d'occasion** a progressé de près de 25 % en un an.

Ikea a reçu plus de 1 milliard de visiteurs en 1 an.

La France compte 5 700 sociétés de **sécurité privée**, pesant 7 milliards d'euros de chiffre d'affaires.

Il y a 10 ans, **l'énergie solaire** était 3 fois plus chère que le nucléaire. Aujourd'hui, le nucléaire est 4 fois plus cher que le solaire.

2 170 **bébés** sont nés chaque jour en France en septembre 2021, 3 % de plus qu'en septembre 2020.

33 % de la population mondiale est âgée de **moins de 20 ans**. C'était 44 % en 1950.

17 % des Allemands roulent en **Volkswagen**.

Variolink® Esthetic

Pour un collage polyvalent



30ans
Variolink®
ivoclar

Variolink Esthetic est un dispositif médical de Classe II / CE0123 fabriqué par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ce dispositif médical ou sur l'étiquetage. Ce dispositif médical n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. AD6524



Demandez
votre test pack

Découvrez la polyvalence remarquable de Variolink Esthetic. Ce composite de collage vous permet d'assembler de manière fiable tous types de restaurations et de matériaux. Grâce à sa solution simplifiée et à ses résultats esthétiques incomparables, abordez chaque cas de collage avec clarté et confiance.

ivoclar.com
Making People Smile*

* Vous donner le sourire

ivoclar

On peut avoir 60 ans et être au summum de la performance

*Depuis 60 ans A-dec développe des solutions innovantes et fiables
au service de la performance et de l'efficacité des chirurgiens-dentistes*

60 a dec®
MOVING DENTISTRY FORWARD

