

aonews-lemag.fr

AO
NEWS

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

LES PRINTAS

Paro- implantologie et digital :

Les facteurs clés de succès

De la prise en charge du patient
à l'utilisation des dernières technologies.



**Dr. Benjamin
CORTASSE**
Président

**18 - 20
J U I N
2 0 2 5**

L Y O N - F R A N C E



Global D

Morceaux choisis
séances ADF

8

Nos chapitres
en action

23

Interview du
Pr Géraldine Lascaille

29



#072

FÉVRIER 2025



Le **Dr Benjamin CORTASSE** est heureux de vous présenter les experts qui animeront **LES PRINTAS 2025** autour d'une idée commune : mettre en lumière les pratiques et technologies qui façonnent l'avenir de la parodontologie. De la prise en charge globale du patient à l'utilisation des dernières innovations digitales, nous examinerons ensemble les stratégies pour garantir des traitements pérennes, fonctionnels et esthétiques. Rejoignez-nous les **18, 19 et 20 juin à Lyon** pour **3 jours** d'échange, de partage et de convivialité !



Dr Gary
FINELLE



Dr Stefen
KOUBI



Dr Matthieu
DECLERCQ



Dr Aurélien
THOLLOT



Dr Romain
CHALEIL



Dr Benoît
BONNIFAIT



Dr David
MAILHES



Dr Carlo
BARAUSSE



Dr Santi
CARRERAS



Pr Amélie
MAINJOT



Dr
Jean-Charles
GOUT



Dr César
NATOLY



Dr Réda
BOUNAB



Dr Perrine
BALLAND



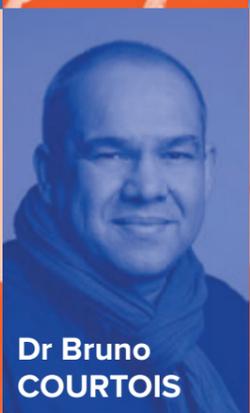
Dr Maud
GRAMMATICA



Dr Solène
VO QUANG



Dr Julien
MOURLAAS



Dr Bruno
COURTOIS



Dr Franck
BEZU



Dr Benjamin
FITOUCHI



Dr Elsa
ESKENAZI-
SOLAL



Dr Arnaud
PATUREL



Dr Benjamin
CAZAUX



Dr Marc
GAUDIN



Dr Benoît
BERNAUD



Dr Caroline
GUILLEMOT



Dr Ouassim
SALMI

18-20
J U I N
2 0 2 5

LYON - FRANCE



*Flashez pour
découvrir le
programme et
vous inscrire !*

Site :

<https://lesprintas.globald.com>




GlobalD

[8] ADF 2024 morceaux choisis

Comptes rendus de



Yann Brukarz



Coraline Dericbourg



Jordan Dray



Marie Jannot



Roman Licha



Thibaud Le Monnier



Léonard Sebbag



Yoram Zaouch

[23]

Nos chapitres en action

[29]

Interview du Pr Géraldine Lascaille

Alpha Omega news

LE MAG DENTAIRE
QUI NOUS RASSEMBLE

RETROUVEZ TOUS LES NUMÉROS
sur aonews-lemag.fr

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

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

RÉDACTEURS EN CHEFS ADJOINTS
Michèle Albou, Jacques Bessade,
Julien Biton, Sydney Boubllil,
Joël Itic, Jonathan Sellem

LA RÉDAC'
David Azaria, Xavier Bensaid,
David Bensoussan, Anthony Bohbot,
Marc Danan, Hanna Kruk,
Nathan Moreau

CHARGÉS DE RUBRIQUE
André Amiach, Nathalie Attali,
David Azaria, Julien Biton,
Olivier Boujenah, Patrick Chelala,
Odile Chemla Guedj, Cyril Licha,
Roman Licha, David Naccache

CHRONIQUEURS TEAM JEUNES
Julien Biton, Yohann Brukarz, Coraline Dericbourg,
Jordan Dray, Marie Jannot, Thibaud Le Monnier,
Roman Licha, David Naccache, Léonard Sebbag,
Elsa Solal, Romane Touati, Yoram Zaouch

CORRESPONDANTS AO
Grenoble / Lyon : Corinne Attia
Marseille : Marion Ammar
Metz : Patricia Marjenberg
Montpellier : Gilles Zitoun
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Patrick Bitoun
AO international :
www.alpha-omega.org

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

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

ELLEM'
com

POUR CONTACTER LE JOURNAL :

Directrice de la publicité
et chargée de rédaction
Mylène Popiolek
ellemcom1@gmail.com

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

MISE EN PAGE PAR
1,2,3! Simone
www.123simone.com

IMPRESSION PAR
Imprimerie Planchenault (EF)
Cet imprimé est certifié PEFC 10-31-1240.



Ont contribué à ce numéro



Crédit photo couverture : © Faust Favart

- MARION AMMAR
- ANTONIETTA BORDONE
- JOËL BENGUIGUI
- JULIEN BITON
- PATRICK BITOUN
- SYDNEY BOUBLIL
- YOHANN BRUKARZ
- CORALINE DERICBOURG
- JORDAN DRAY
- JOËL ITIC
- MARIE JANNOT
- THIBAUD LE MONNIER
- PHILIPPE LÉVY
- ROMAN LICHA
- BORIS MARJENBERG
- SAMUEL MARTIN
- DAVID NACCACHE
- NICOLAS OBTEL
- LÉONARD SEBBAG
- YORAM ZAOUCH



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



BIENVENUE SUR L'ÎLE DE L'INNOVATION

SYMPOSIUM À IBIZA – 2&3 MAI 2025

« LA PUISSANCE TRANSFORMATIVE
DE LA DENTISTERIE DIGITALE »

1 mission INNOVER ensemble

13 experts pour vous ACCOMPAGNER

2 jours pour RÉUSSIR

LA MÉTHODE LABOCAST

Innov
Accompagner
Réussir



EN SAVOIR +

46-56 rue des Orteaux 75 020 Paris
01 53 38 64 66 | labocast@labocast.fr
labocast.fr

C'EST NOUVEAU !

- 6 Yelo Dental organise son 1^{er} évènement dans son nouveau showroom
- 6 Dent ton cab, le podcast d'Align Technology
- 6 Henry Schein se mobilise pour Mayotte
- 6 Septodont investit dans Balanced Pharma

ÉDITO

- 7 *André Sebbag*

Comptes rendus ADF 2024, séances choisies par la team AONEws

- 8 L'apport des implants aux prothèses amovibles | *CR Coraline Dericbourg*
- 10 Vertiprep vs congé et épaulement | *CR Thibault Le Monnier, Léonard Sebbag*
- 12 La fracture instrumentale en endodontie : faute ou aléa thérapeutique ? | *CR Roman Licha*
- 13 Déposer un implant, quand et comment ? | *CR Yoram Zaouch, Jordan Dray*
- 16 L'approche immédiate unitaire : toujours d'actualité ? | *CR Léonard Sebbag*
- 17 Plonger dans l'univers des furcations : options thérapeutiques | *CR Marie Jannot*
- 19 Pro-fluor ou anti-sucre, sur quoi agir pour prévenir efficacement la carie dentaire ?
CR Marie Jannot et Yohann Brukarz
- 20 Éclaircissement dentaire : comment gérer les sensibilités en toute tranquillité | *CR Roman Licha*

PRIX AO FRANCE

- 22 Impact du déficit en Claudine 10 sur l'amélogénèse : leçon d'une dent HELIX | *Nicolas Obtel*

AO NOW

- 23 L'École dentaire de TAU fête son 50^e anniversaire
- 23 Marc Baranes et Olivier Boujenah à Toulouse
- 24 La soirée des partenaires à Strasbourg
- 24 Le renouveau du chapitre de Metz
- 25 Jean-Claude Paris à Paris
- 27 Marseille accueille Benjamin Attuil

LE MAG

- 29 **L'interview...** Pr Géraldine Lascaille, Chef du service de médecine bucco-dentaire de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière
- 31 **Entendu pour vous...** EG 2024, Pourquoi la navigation est-elle l'avenir de la chirurgie implantaire ?
- 34 **Le pivot et la dent dure** : Les guerriers de l'hiver | *Joël Itic*
- 35 **Le billet d'humeur** : Une journée ordinaire de dentiste | *Roman Licha et David Naccache*
- 35 **Selfies AO** avec Joël Benguigui, Antonietta Bordone, Samuel Martin
- 35 **Le monde tel qu'il est**





YELO DENTAL

1^{er} évènement dans les nouveaux locaux de Yelo Dental

C'est lors d'une très belle soirée sur le thème du flux numérique, de la prise d'empreinte à l'impression 3D au cabinet, animée par Olivier Boujenah qu'une cinquantaine de praticiens ont pu découvrir ce nouveau lieu en novembre dernier.

Nos partenaires **iTéro** et **SprintRay** étaient présents pour leur faire découvrir matériel et nouveautés ; des manipulations étaient organisées sur rendez-vous privés.

Outre son show-room pour ses clients, Yelo Dental met à disposition des salles de conférences pour ses partenaires, un co-working ouvert aux étudiants et fournisseurs où chacun pourra manipuler les équipements et matériels dans un espace à l'image de son cabinet dentaire.

Nous vous invitons à découvrir notre show room où vous découvrirez fauteuils, imagerie, et tout ce dont vous avez besoin... sans oublier la possibilité de rencontrer des architectes et entrepreneurs pour échanger sur votre projet et faire de notre accompagnement votre projet clé en main.

Yelo Dental - 3 avenue du Fort à Montrouge - Yelodental.com



Olivier Boujenah



L'équipe de Yelo Dental



Le show room

ALIGN

DENT TON CAB, le podcast d'Align Technology

par les orthodontistes pour les orthodontistes, revient pour une saison 2

Après le succès de la saison 1, la série de podcasts audio et vidéo "DENT TON CAB", créée par Align Technology pour engager la discussion entre spécialistes et approfondir leur connaissance de sujets clés, fait son retour pour une deuxième saison. Au programme, un épisode par mois sur des thèmes qui intéressent la profession tels que l'innovation en orthodontie, l'intelligence artificielle, la gestion d'un cabinet à l'ère du digital, l'interdisciplinarité...

Align Technology a récemment lancé la saison 2 de son podcast "DENT TON CAB", destiné aux orthodontistes français et qui fait intervenir des professionnels du secteur. Cette série propose une immersion mensuelle dans le quotidien des orthodontistes, offrant un regard expert sur l'actualité du secteur, les bonnes pratiques et les innovations. Les épisodes, diffusés en format audio et vidéo, offrent aux auditeurs des échanges instructifs sur la profession, son évolution et ses enjeux.

La première saison avait donné la parole aux D^r Bealem, D^r Paradis, D^r Gualano, D^r Fomou, D^r Gremeret, D^r Fouquet, mais aussi le pédopsychiatre Pr. Olivier Revol ou encore l'économiste Frédéric Bizard, pour échanger sur l'importance de la formation continue, la communication en cabinet, le traitement des jeunes patients extraordinaires ou encore les risques du métier d'orthodontiste. Diffusée sur diverses plateformes telles que YouTube, Deezer, Spotify, ou encore Amazon, cette première saison est toujours disponible à l'écoute.

Au programme pour la saison 2 :

- Innovation et intelligence artificielle en orthodontie
- Interdisciplinarité : les secrets d'une collaboration réussie
- L'orthodontiste, chef d'entreprise
- La gestion d'un cabinet digital à l'ère du digital

Activement engagé aux côtés des orthodontistes, Align Technology souhaite proposer, à travers ce podcast, une plateforme d'échange où les orthodontistes peuvent partager leur expérience, discuter des défis de la profession et explorer les opportunités offertes par les avancées technologiques. En soutenant le partage de connaissances et en favorisant le dialogue entre pairs, Align Technology a pour objectif de contribuer à l'évolution et à l'amélioration continue de la pratique orthodontique.

Les premiers épisodes sont dès à présent disponibles sur les plateformes d'écoute.



Henry Schein France se mobilise pour Mayotte

HENRY SCHEIN FRANCE

Solidarité et réactivité au service de ceux qui en ont le plus besoin

En réponse aux lourdes conséquences du cyclone

Chido qui s'est abattu sur Mayotte le 14 décembre dernier, les équipes d'Henry Schein France se sont rapidement mobilisées pour répondre à l'appel de l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) et apporter leur soutien au Centre Hospitalier de Mayotte, en grande difficulté.

Henry Schein France a coordonné l'acheminement par fret aérien de cinq palettes de matériel médical essentiel comme des masques, des gants, des compresses, des seringues et bien d'autres, destinées à renforcer les soins d'urgence pour les compatriotes mahorais touchés par cette catastrophe.

Cette action n'aurait pas été possible sans les collaborateurs d'Henry Schein France, qui ont uni leurs efforts pour organiser ce transport dans un contexte logistique complexe. Au total, 1,2 tonne de produits de première nécessité a été envoyée à Mayotte au cours de la première semaine de janvier via le pont aérien mis en place entre l'île de la Réunion et Mayotte.

Au-delà des mots, cette initiative illustre l'importance de l'agilité et de la solidarité dans les métiers de la distribution auprès des professionnels de santé. Les équipes d'Henry Schein France sont fières de contribuer, à leur échelle, à soutenir les acteurs de santé et les populations locales dans des moments aussi critiques.

Henry Schein France envoie toutes ses pensées solidaires à la population mahoraise, aux praticiens durement touchés et aux équipes présentes sur le terrain à Mayotte, ainsi qu'à tous ceux qui se mobilisent pour faire face à cette catastrophe.

www.henryschein.com et www.henryschein.fr

Septodont investit dans Balanced Pharma

SEPTODONT

Septodont, premier fabricant mondial d'anesthésiques locaux pour le dentaire, a le plaisir d'annoncer qu'il a réalisé un investissement stratégique dans la société américaine Balanced Pharma, une société pharmaceutique fondée par des dentistes et axée sur l'amélioration du confort et de la sécurité des patients.

Les médicaments de Balanced Pharma actuellement en développement visent à améliorer les solutions anesthésiques dentaires actuelles en proposant un design élégant tout en conservant la cartouche standard, le profil de sécurité et d'efficacité et la durée de conservation.

Cet investissement souligne l'engagement de Septodont à accélérer l'innovation et à offrir des avantages aux patients et aux dentistes sans modifier les méthodes d'administration de l'anesthésie.

En tant qu'autorité reconnue dans le domaine de l'anesthésie dentaire, Septodont est particulièrement bien placé pour s'associer à Balanced Pharma et aider les cabinets dentaires à offrir une expérience de qualité supérieure à leurs patients.

Fondé en 1932, Septodont a pour objectif d'améliorer la qualité de vie en proposant des solutions pour la santé sûres et efficaces, en fournissant à ses clients des produits et services dentaires qui répondent de manière inégalée à leurs attentes en matière de qualité et de performance.

Le fournisseur mondial Septodont, qui détient actuellement la plus grande part du marché des anesthésiques dentaires locaux, poursuit constamment l'innovation en cherchant à fournir aux dentistes davantage d'outils pour améliorer le confort du patient.



www.septodont.fr



En paraphrasant J.-F. Kennedy, nos gouvernants pourraient affirmer : *plutôt que d'attendre ce que l'État fera pour vous, voyez ce que vous pouvez faire pour lui !*

Mais ce doux rêve reste tabou dans un pays où l'assistantat est un dû. En France, les réseaux associatifs bénévoles, doublés de notre système D, offrent bien souvent des solutions aux problématiques sociales et sociétales. Parmi elles, les déserts médicaux qui ne cessent de s'étendre restent un obstacle majeur à la bonne santé de nos concitoyens. Pour notre part en 2023, 45 249 chirurgiens-dentistes exerçaient dans notre pays. Ce nombre progresse de 1 % l'an. Selon un scénario de la DRESS, ce chiffre passerait de 46 000 en 2030 à 54 000 en 2040. Cette dynamique, certes insuffisante, serait due en partie aux confrères diplômés européens. Ainsi, avec la fin du numéro clausus – 2021 – et la création de huit nouvelles facultés d'odontologie, qui s'ajoutent aux 16 déjà existantes, nous formerions donc 7 200 étudiants d'ici 2026.

Parallèlement notons que l'activité libérale exclusive baisse, la tendance s'oriente vers l'exercice en groupe (56 % contre 46 % en 2013). Le cabinet individuel chute drastiquement. Les centres dentaires attirent désormais 15 % des praticiens. Voilà pour l'état des lieux.

En 2022 est née l'association Médecins Solidaires qui a pour objectif de pallier la pénurie de médecins géné-

ralistes en zone rurale. Un simple principe a été de dire : *au lieu de demander beaucoup à peu de médecins, demandons peu à beaucoup de médecins*. C'est donc une aventure humaine et collective qui est proposée aux médecins de bonnes volontés. Ce projet qui se développe depuis peu a déjà permis de rassembler, associer et fédérer une communauté de professionnels de santé. L'association offre logement, transport logistique et la gestion administrative. Elle devient le médecin traitant ! Rêvons de voir transposer ce modèle à notre échelle.

Pour notre part en 1983, l'Aide Odontologique Internationale (AOI) a acquis une expertise à l'étranger qui pourrait servir de relais en France à l'image des médecins. Toutes ces initiatives sont bonnes à prendre et à reprendre !

Comme souvent le projet collectif mène plus loin et plus haut. Ce numéro est aussi le reflet de tous pour AONews. Notre jeune équipe s'est chargée de résumer certaines séances et conférences de l'ADF 2024. **Coraline Dericbourg, Marie Jannot, Yohann Brukarz, Jordan Dray, Thibaud Le Monnier, Roman Licha, Léonard Sebbag et Yoram Zaouch** ont capté 10 thèmes cliniques précieux qui font notre quotidien. Laissez-vous guider.

Avec 2025, les nouvelles règles applicables pour les zones non prioritaires font leur apparition. À n'en pas douter, elles auront des effets pervers, n'en déplaise aux deux syndicats signataires. Comme souvent l'enfer est

pavé de bonnes intentions... parce que le diable se cache dans les détails. La preuve est faite que nos conseils départementaux des grandes métropoles sont submergés par le flux de demandes de régularisation. Nos deux syndicats ont accepté de laisser à la CPAM de statuer sur le droit d'installation de nouveaux confrères. En espérant geler le développement des centres dentaires, l'exercice libéral sera immanquablement impacté. Sans le vouloir, nos syndicats, majoritairement implantés dans nos territoires, n'ont pas pris la mesure des spécificités des capitales régionales dans lesquelles exercent les praticiens libéraux. L'éternel débat Province/ Paris.

Dès à présent les conseils départementaux vont délibérer et donner des sauf-conduits pour nos confrères libéraux en mal de réponses positives. Nous tâcherons de nous en faire l'écho.

André Sebbag

Pour joindre nos partenaires

Airel 13 Tél. 01 48 82 22 22 www.airel.com office@airel.com	Haléon 10 www.haleonhealthpartner.com	Solventum 31 www.info.engage.solventum.com
Bien Air dossier scientifique Tél. 01 41 83 60 70 www.bienair.com	Kavo 14 www.kavo.com/fr/primus	Sunstar 17 www.professional.sunstarGUM.fr
Dentsply Sirona 21 www.corporate.dentsplysirona.com	Labocast 3D face sommaire Tél. 01 53 38 10 49 www.labocast3d.fr	Voco 33 Numéro vert 00 800 44 444 555 www.voco.dental
Eurotec 4 ^e de couv. Tél. 01 48 13 37 38 www.eurotec-dental.fr	Pierre Fabre Oral Care 32 Tél. 05 63 51 68 00	ZimVie 18 Tél. 01 41 05 43 43 zv.commandes@zimvie.com
GC 28 Tél. 01 49 80 37 91 www.gc.dental/europe/fr-FR	SDI 34 Appel gratuit 00800 022 55 734	
Global D sur couv. / 2 ^e de couv. Tél. 04 78 56 97 00 www.globald.com	Septodont 11 Tél. 01 49 76 70 02 www.septodont.fr	

L'apport des implants aux prothèses amovibles

Conférencières : Marie-Violaine Berteretche, Estelle Shittly-Medard

Responsable scientifique: Olivier Fromentin



Prothèse partielle stabilisée par attachement

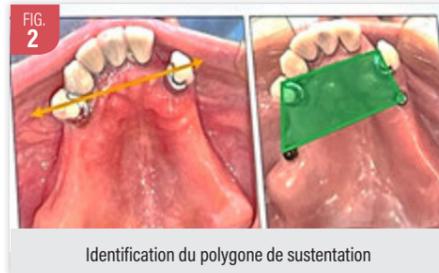
L'usage des implants en prothèse amovible

En prothèse partielle

Grâce à la mise en place d'un implant, nous allons optimiser la sustentation, la stabilisation et la rétention de la prothèse, ainsi que le pronostic des dents support et donc le passage à la prothèse complète. Nous pourrions également pallier les effets inesthétiques d'un crochet apparent sur une dent qui borde l'édentement. Quel est l'objectif des implants en Prothèse amovible partielle (PAP)?

- Augmenter la surface du polygone de sustentation occlusal
- Diminuer le nombre des axes de rotation potentiels.

➔ La pose des implants permet de créer un polygone de sustentation étendu que nous n'avions pas avant. Il est nécessaire de retrouver une compatibilité entre l'axe d'insertion de la PAP et l'axe des implants.



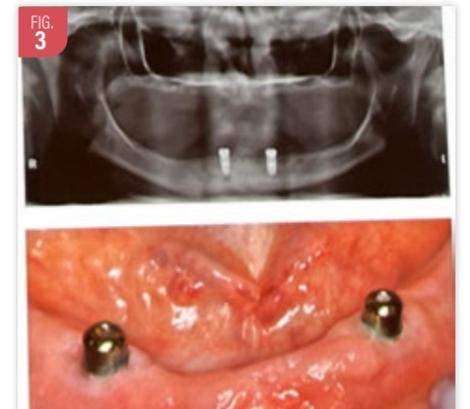
Identification du polygone de sustentation

C'est le montage directeur et ses impératifs bio-fonctionnels qui orientent la pose des implants et non l'inverse. La mise en condition tissulaire par une prothèse transitoire est indispensable avec un remplacement de son FITT tous les huit jours.

En prothèse complète

Il est indiscutable que le niveau de preuve de l'apport de l'implantologie dans le traitement des édentés complets est acquis où il est encore plus élevé au niveau de l'arcade mandibulaire. C'est au maxillaire inférieur que l'on identifie de multiples doléances de la part du patient que ce soit au niveau de la stabilité, de la rétention, des déficits fonctionnels ou de la baisse de sa qualité de vie. C'est encore une fois les implants qui vont réellement être au service de la prothèse en validant le montage directeur avant la chirurgie implantaire. Lorsque ce projet prothétique va être validé, il va être dupliqué et transformé en un guide radiologique. Au CBCT, nous fixerons précisément et définitivement la position des implants qui s'inscriront dans l'enveloppe définie par le montage directeur.

Au niveau de l'arcade mandibulaire, nous privilégierons des implants en position inter-foraminaire, préférentiellement en position canine.



Radio et photo des implants mandibulaires en position idéale

Les cas sont plus réduits mais il est possible d'intégrer un implant unique mandibulaire que l'on peut indiquer chez des patients extrêmement âgés, lorsque l'on a un état de santé précaire voire pour des conditions socio-économiques délicates. Il va pouvoir apporter une stabilité améliorée, qui augmentera la qualité de vie du patient.

À l'arcade maxillaire, les implants seront plutôt au nombre de quatre et s'inscriront de la même façon dans l'enveloppe définie par le montage directeur de manière symétrique par rapport au plan sagittal médian.

Les spécificités du maxillaire et de la mandibule : utilisation, indication, réalisation

En prothèse partielle

- Au maxillaire : Nous sommes assujettis à des problèmes d'axe inhérents à la résorption osseuse et à la persistance de certaines dents. Les crêtes sont très souvent obliques et donc pas forcément compatibles avec l'axe d'insertion des prothèses. Obstacle anatomique majeur : sinus

- À la mandibule, les crêtes étant relativement verticales, l'intégration prothétique sera facilitée. Obstacles anatomiques majeurs : émergences des nerfs mentonniers et passages des nerfs alvéolaires inférieurs.

➔ La mandibule a une résorption centrifuge en postérieur et centripète en antérieur; le maxillaire a une résorption centripète ce qui donnera des

iCHIROPRO YOUR ULTIMATE IMPLANTOLOGY SYSTEM

Bien Air
Dental



AVEC UNE NOUVELLE APP*
ILP
POWERED BY AI

L'iCHIROPRO est tout simplement le **système d'implantologie** le plus avancé du marché. Conçu pour vous assister grâce à sa large gamme de fonctions intelligentes et digitales, il vous permettra d'atteindre des performances inégalées.

Et pour améliorer davantage le flux numérique, nous dévoilons aujourd'hui **ILP (Immediate Loading Probability)**, la **première fonction au monde alimentée par l'intelligence artificielle** dans un moteur d'implantologie.

SWISS MADE

PLUS D'INFORMATIONS
SUR BIENAIR.COM



* Cette fonction sera incluse dans la prochaine mise à jour de l'application iCHIROPRO v 2.7 - bientôt disponible et compatible avec votre iCHIROPRO actuel.

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



RETROUVEZ-NOUS SUR NOTRE **STAND G-012 | HALLE 10.1**

25-29 MARS 2025 | COLOGNE, ALLEMAGNE



Yohann Brukarz



Coraline Dericbourg



Jordan Dray



Marie Jannot



Roman Licha



Thibaud Le Monnier



Léonard Sebbag



Yoram Zaouch

problèmes de parallélisme entre l'axe d'insertion de la prothèse et la situation des attachements supra-implantaires.

En prothèse complète

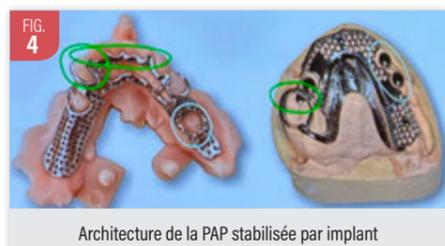
Une grosse différence d'approche au maxillaire et à la mandibule.

- À la mandibule : le consensus de McGill, confirmé par York en 2009, a établi que traiter un patient édenté complet à l'arcade mandibulaire par une simple prothèse adjointe conventionnelle, malgré toutes ses qualités, est insuffisant et que tous les patients édentés à la mandibule, devraient avoir au minimum une prothèse adjointe complète stabilisée par deux implants et deux attachements axiaux, si le parallélisme de ces implants le permet.
- Au maxillaire supérieur : nous nous orientons plutôt vers 4 implants en raison de la difficulté de paralléliser les implants et des particularités anatomiques. La densité osseuse étant largement inférieure à celle de l'arcade mandibulaire, il est préférable de solidariser les implants pour assurer la pérennité de la restauration prothétique. Nous choisirons donc souvent une barre de conjonction.

L'architecture de la prothèse

En prothèse partielle

L'architecture n'est pas différente d'une PAP non stabilisée, il faudra respecter la biomécanique du tracé d'armature. Les appuis singuliers, les appuis occlusaux et les barres singuliers sont inchangés. Au niveau de la grille métallique, il faudra laisser un millimètre de résine autour des boîtiers.



En prothèse amovible complète

Le projet prothétique est également inchangé, en aucune façon la mise en place des attachements sur les implants doit aboutir à une modification du montage des dents, de la sustentation (surface d'appui) ou de la situation du plan d'occlusion.

Au maxillaire, la mise en place des implants est souvent synonyme de dégagement de la voûte palatine pour un confort amélioré et une meilleure perception gustative. Nous ne pouvons pas le systématiser car il dépendra de la situation de chaque patient. Deux situations particulières amènent à faire une plaque en fer à cheval : le cas d'un torus palatin extrêmement important ; chez des patients présentant un réflexe nauséux incoercible (peu nombreux).

Marie-Violaine Berteretche aura tendance à faire des armatures métalliques au maxillaire supérieur, pas systématiquement à la mandibule.

Les attachements

En prothèse partielle

Estelle Shitty-Medard privilégie d'abord un attachement à faible encombrement afin que l'espace prothétique disponible soit le plus grand possible. Le Locator est souvent utilisé car il confère une hauteur de plus de 3 mm de haut et qu'une rotation est possible entre la gaine d'usure et le boîtier. Les attaches en nylon ont différentes forces

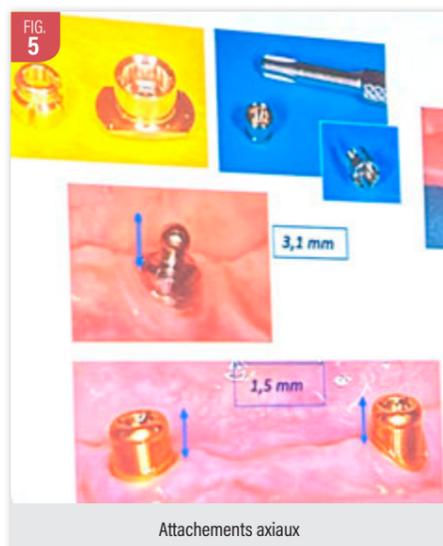
de rétention à ajuster en fonction du cas clinique ; en PAP les bleus et les roses sont communément utilisées.

► La majeure partie des causes d'échec de cas médiés par les implants est due à un pilier mal choisi. Pour connaître le pilier adéquat, il faudra mesurer la hauteur transmuqueuse à partir du col de l'implant jusqu'au rebord muqueux puis repérer le diamètre de la base de l'implant. En se référant au catalogue, nous trouverons le pilier adéquat. Attention la prise de mesure doit être faite dans un contexte non inflammatoire.

En prothèse complète

Il existe un grand nombre de systèmes d'attachement mais plusieurs éléments vont guider leur choix.

- Le parallélisme des implants : à appréhender dans le plan frontal et sagittal. L'axe d'insertion unique est primordial pour une bonne maintenance. À la mandibule, nous favoriserons les attachements axiaux si la divergence des implants est inférieure à 10 degrés et la barre de conjonction s'ils l'angulation est plus importante.
- Les dimensions des attachements : ils doivent s'inscrire dans le projet prothétique. Les attachements axiaux privilégiés sont les Dalbo ou Dalbo + ainsi que les Locator. Nous aurons besoin dans le sens vertical de 8-10 mm pour les attachements axiaux et de 12-15 mm pour les barres de conjonctions.



► Les patients tendent à avoir une satisfaction supérieure avec les attachements de type Locator, la maintenance est moindre et l'hygiène facilitée.

► Il est intéressant de choisir des attachements dont la rétention est activable ou des systèmes où l'on peut choisir la force de rétention en fonction du patient.

Protocole d'empreinte

En prothèse amovible partielle

Il est possible de proposer deux protocoles.

- Protocole dissocié : nous avons une prothèse existante qui est ancienne ou neuve, les attachements seront intégrés à la PA en résine au cabinet dentaire par le praticien. Le collage s'effectue avec une résine non veinée pour des raisons de percolation bactérienne. La présence d'1 mm de résine est nécessaire autour du boîtier ce qui est facilement vérifiable en injectant du silicone light avant le collage dans l'intrados (Fig. 6). La résine doit polymériser sous pression occlusale pour avoir l'enregistrement de l'élasticité des muqueuses.
- Protocole simultané : la réalisation de la prothèse neuve et le système d'attachement capsule dans l'intrados sont faits au laboratoire (Fig. 7).



► Au-delà de deux implants il est préférable de choisir un protocole simultané.

En prothèse complète

M.V. Berteretche ne fait pas de collage en bouche et préfère le protocole simultané car la contamination par la salive de la résine chimopolymérisable va accélérer son vieillissement et est plus poreuse que la résine thermopolymérisée utilisée par le laboratoire. Elle opte pour deux approches différentes.

- Création d'une nouvelle prothèse : utilisation du protocole simultané en une étape (Fig. 8). Sur le porte-empreintes individuel, l'espacement doit être large au niveau des attachements afin d'éviter toute interférence. Toutes les étapes cliniques suivantes vont être similaires à une prothèse adjointe conventionnelle.
- Transformation d'une prothèse récente : utilisation du protocole dissocié avec solidarisation au laboratoire. La prothèse va être évidée largement en regard des attachements pour laisser passer les transferts. L'Imprégum est injecté autour du transfert d'empreinte et la prothèse positionnée sous pression occlusale.

Et après ? L'hygiène du patient, la nuit, la maintenance

Les appareils doivent être brossés avec une interface comme le dentifrice pour ne pas abîmer la prothèse. L'action mécanique du brossage est ce qui fonctionne le mieux sur les dents, les attachements et sur les prothèses. Pour une hygiène optimale, elles peuvent être laissées une quinzaine de minutes dans la chlorhexidine tous les quinze jours. En dehors de ces périodes, elles devront être conservées au sec.

En prothèse complète, les barres de conjonction pouvant blesser l'arcade antagoniste, il est préférable de garder la prothèse en bouche durant la nuit. Dans les autres cas les prothèses devront être retirées pour ne pas favoriser la prolifération de bactéries anaérobies qui irriteront les muqueuses. À l'inverse, en prothèse partielle il est essentiel de garder sa prothèse afin que les dents présentes dans la cavité buccale profitent du soutien de la prothèse. La maintenance des dispositifs d'attachement : lors de la pose du dispositif prothétique, il faudra prévenir le patient de la nécessité de phases de maintenance afin de vérifier s'il n'y a pas d'effondrement parodontal ou un problème d'hygiène. Le remplacement des gaines ne doit généralement pas être inférieur à 1 an et les cavaliers réactivés de temps à autre.

Conclusion

La présence des implants en prothèse partielle amovible est garante de la pérennité des dents encore présentes. En prothèse complète, les patients retrouvent une réelle fonction masticatoire, une phonation optimale, une esthétique qui est intéressante et une qualité de vie enfin retrouvée. Notre objectif sera de maintenir cette qualité de vie la plus longtemps possible.

Coraline Dericbourg



Vertiprep vs congé et épaulement

Conférencier: Hugues de Belenet

Responsable scientifique: Anne Longuet

Samedi matin, Hugues de Belenet nous a parlé de vertiprep lors d'une passionnante conférence avec Anne Longuet en tant que responsable scientifique. Aujourd'hui, les progrès en matière de biomatériaux nous permettent de nous affranchir des limites horizontales cervicales définies. On peut dorénavant réaliser des limites verticales qui offrent des avantages cliniques à la fois esthétique, mécanique, biologique et ergonomique. Ce sont les vertiprep.

Les limites horizontales se sont imposées comme le gold standard car pendant longtemps, faute d'alternative, afin de réaliser une couronne céramo-métallique en secteur esthétique, nous devons laisser suffisamment d'épaisseur au prothésiste pour l'armature métallique et

la céramique jusqu'aux limites. Définir une limite claire permet également de l'enregistrer précisément afin de la transmettre au prothésiste. Ce dernier pourra ensuite réaliser une couronne qui sera parfaitement en continuité avec la dent et donc sans sur-contour.

Mais cette limite horizontale a des défauts. Tout d'abord, elle a un gros coût tissulaire. Elle est délabrante pour les tissus dentaires dans la zone cervicale, qui pourtant, a une grande importance pour la résistance mécanique de la dent. Elle nous rapproche inévitablement de la pulpe, sur une dent vivante, et on s'expose donc d'avantage aux risques de sensibilités postopératoires ou de nécrose. Le deuxième inconvénient est technique. Obtenir un congé correct en lingual d'une

47 sur un patient avec une langue volumineuse et une petite ouverture buccale est très laborieux. De même que d'obtenir une limite avec une épaisseur homogène sur toute la périphérie. Limite qui doit être nette et enregistrable lors de l'empreinte, qu'elle soit physique ou numérique.

La littérature nous apprend que la réponse parodontale à ces limites horizontales est souvent très mauvaise. Les limites finissent souvent par être exposées. Cela peut s'expliquer par une violation de l'espace biologique, mais le plus souvent par une mauvaise adaptation marginale. Si la couronne n'est pas parfaitement adaptée, un hiatus va se former dans lequel des bactéries vont se loger et créer cette récession.

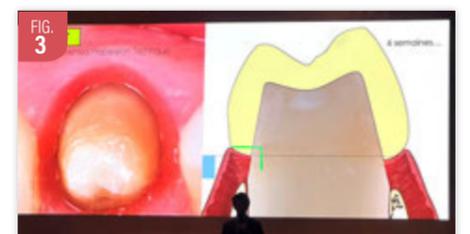
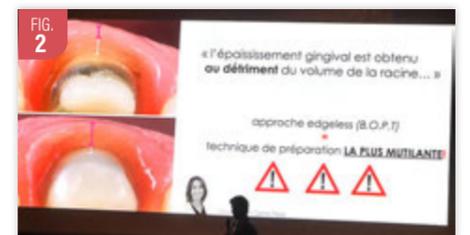


La littérature est également claire sur ce sujet, **les préparations verticales ont un meilleur ajustage cervical et de fait une meilleure réponse parodontale.** Intuitivement on pourrait penser que le sur-contour lié à la vertiprep devrait causer de l'inflammation parodontale. Mais ce sur-contour est présent dans la nature également avec la jonction émail cément. La vertiprep va simplement repositionner artificiellement ce sur-contour naturel là où on le souhaite. Le matériau que l'on préférera utiliser pour cette technique est la zircone. Mais cette couronne a quelques particularités. Tout d'abord, elle ne doit pas avoir de surplomb. De plus il faudra laisser un bandeau cervical sans glazure, simplement polie « miroir », pour obtenir une bonne bio compatibilité avec la gencive.

La BOPT ou technique *edgeless*

C'est une technique beaucoup plus complexe à maîtriser et qui demande un bon savoir-faire. Elle consiste à mettre la dent de dépouille à partir de l'os. On va ainsi blesser la gencive et profiter de sa cicatrisation pour la guider avec la prothèse. On peut agir pour modifier le profil d'émergence, aligner les collets et épaissir la gencive. Mais c'est une préparation très mutilante, plus mutilante encore qu'une préparation horizontale. On va chercher très loin et on va atteindre la gencive jusqu'au tissu conjonctif.

Une fois la préparation réalisée on va guider la cicatrisation avec une couronne provisoire particulière, gonflée au niveau des limites. Le rôle du provisoire est fondamental. C'est lui qui va soutenir les tissus et appuyer sur ces derniers pour retravailler leur position. On ne veut pas chercher trop profondément pour ne pas violer l'espace biologique, donc on n'ira pas à plus d'1 mm sous la gencive. On obtiendra une forme de champignon. On laisse ensuite passer 6 à 8 semaines de cicatrisation, puis on va enregistrer la forme de préparation et on va transmettre au prothésiste le profil d'émergence gingival.



La couronne finale ne va donc pas recouvrir entièrement la zone qui a été préparée. Le nouveau sulcus sera différent, il sera plus horizontal avec un sillon gingival plat, peu profond et avec une accroche plus coronaire que précédemment.

HALÉON
healthpartner

parodontax

Aide à restaurer la santé gingivale* en 1 SEMAINE SEULEMENT !**

Améliore l'action mécanique du brossage en éliminant 4X plus de plaque dentaire***



Flashez ce QRcode pour en savoir +

*Gencives qui saignent, gonflées et inflammées, saignement occasionnel.

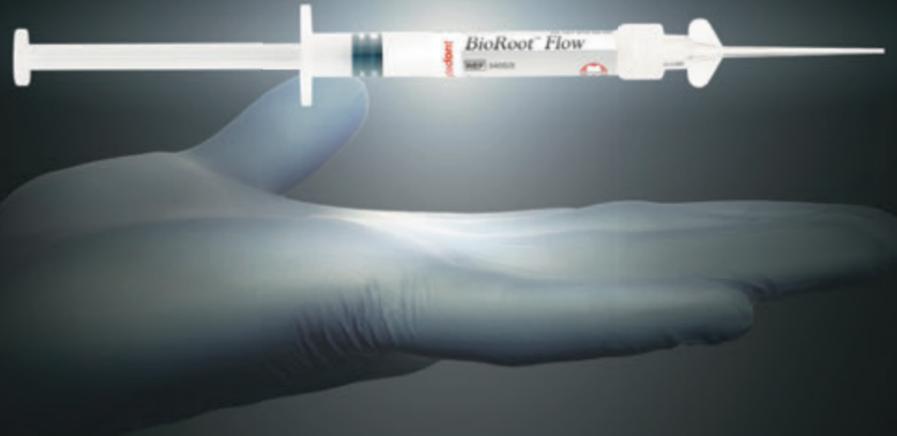
**amélioration des problèmes de gencives constatée après 1 semaine d'utilisation comparé à un dentifrice traditionnel.

***Comparé à un dentifrice classique avec un brossage deux fois par jour.

La gamme de dentifrice PARODONTAX est un dispositif médical de classe IIa (CE1639). Fabricant : Haleon Medical Devices. Lire attentivement les instructions figurant sur l'emballage. Ne pas utiliser chez l'enfant.

Haleon France - RCS Nanterre 672 012 580. © 2024 Groupe Haleon. PM-FR-PAD-24-00005-01/24.

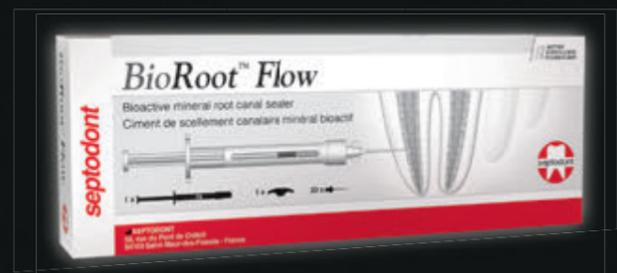
La réussite à la portée de tous



91%
de succès cliniques après 2 ans*
Dépasse les taux de succès publiés dans la littérature scientifique⁽¹⁾⁽²⁾

BioRoot™ Flow

Ciment d'obturation canalaire minéral bioactif⁽³⁾



- Seringue prête à l'emploi
- Pas de contraction de prise⁽⁴⁾
- Bioactif⁽³⁾ - Biocompatible⁽⁵⁾
- Hautement radio-opaque⁽⁶⁾
- Quelle que soit votre technique⁽⁷⁾, à chaud ou à froid

FLASHEZ LE QR CODE POUR PLUS D'INFORMATIONS



*24 mois après le traitement, le taux d'efficacité global selon des critères souples était de 91,0 % dans le groupe BrF et de 90,4 % dans le groupe BrRCS (p = 0,0003). Les résultats de l'étude clinique (ClinicalTrials.gov/NCT04757753) sont actuellement en cours d'examen par des pairs.

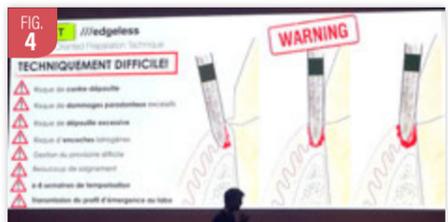
• (1) Ng, Y.-L., Mann, V., Rahbaran, S., Lewsey, J., & Gulabivala, K. (2007). Outcome of primary root canal treatment: Systematic review of the literature – Part 1. Effects of study characteristics on probability of success. International Endodontic Journal, 40, 921–939. • (2) Ng, Y.-L., Mann, V., & Gulabivala, K. (2008). Outcome of secondary root canal treatment: A systematic review of the literature. International Endodontic Journal, 41(12), 1026–1046. • (3) Bioactivité établie sur des preuves pré cliniques. • (4) Document R&D interne page 3. • (5) Document R&D interne page 7. Pr. Imad About. • (6) Ref. EN FR ISO 6876 Document interne R&D page 4. • (7) Document interne. C. Wang, N. Mosahebi, J. Camilleri (2021). Testing of a new premixed BioRoot™ RCS (Septodont)

Veuillez consulter les indications et la notice d'utilisation de BioRoot™ Flow sur notre site internet www.septodont.fr
BioRoot™ Flow : Ciment de scellement canalaire définitif réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPP. Dispositif médical implantable de classe III, Organisme notifié : BSI. Marqué CE2797. Fabricant : Septodont - France. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice et l'étiquetage avant toute utilisation.

La littérature commence à avoir un peu de recul sur la BOPT aujourd'hui. **Le gros point fort est la stabilité de la gencive dans le temps grâce à cet épaissement parodontal.**

Cette approche BOPT repose sur 3 éléments : l'espace obtenu par la préparation profonde, le « gingitage » (la blessure de la gencive qui va permettre la formation d'un caillot et son remaniement), et le guidage avec un provisoire de qualité.

L'une des difficultés liées à cette technique c'est la préparation de dépouille jusqu'à l'os avec une fraise flamme. Il faut donc faire varier les angulations de la fraise. **C'est un geste très technique.** Il ne faut pas faire de contre dépouille, ni de dépouille excessive. Ensuite, il faut réaliser un beau provisoire malgré le saignement et gonfler ses limites. Enfin, il faudra réussir à transmettre le profil d'émergence et que le prothésiste parvienne à le reproduire. Il faut cibler l'indication de cette méthode qui est principalement esthétique. **En dehors des indications pour gonfler la gencive, on peut se contenter d'une vertiprep, moins à risque, plus reproductible, et plus conservatrice.**



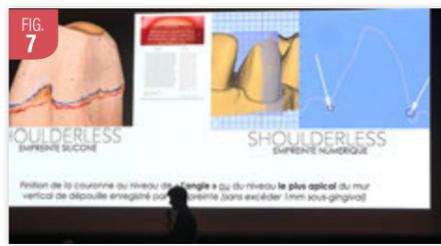
La Vertiprep ou technique shoulderless

Une fraise a rendu la préparation beaucoup plus simple, la « **Batt bur** ». C'est une fraise droite qui permet de faire un mur droit. De plus l'extrémité est non travaillante et permet de nous guider lors de la préparation en restant dans le sulcus. La blessure gingivale sera ainsi beaucoup plus superficielle. On touche l'attache épithéliale mais pas l'attache conjonctive. La gencive cicatrisera et retrouvera son état initial sans provisoire sous 3 semaines. Le provisoire n'est donc plus aussi essentiel qu'avec la BOPT. De plus on peut faire l'empreinte le jour de la préparation puisque l'hémorragie ne sera plus aussi importante. Il reste tout de même préférable d'attendre la cicatrisation pendant 2 à 3 semaines avant l'empreinte. On ne parle donc plus d'approche *edgeless* mais d'une approche *shoulderless*, puisqu'il y a toujours ici bien un angle sous la gencive. Cet angle est la limite de notre préparation.



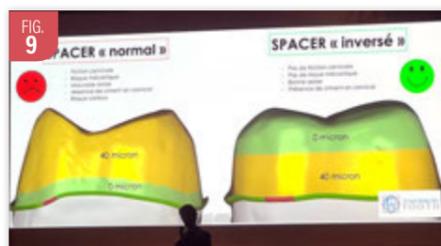
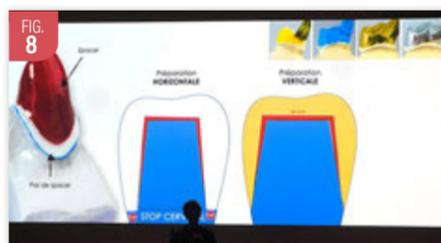
Si le prothésiste voit cet angle avec notre empreinte, il s'y positionne. S'il ne le voit pas il doit aller chercher le plus loin possible en restant à moins d'1 mm en sous gingival pour éviter d'interférer avec l'attache supracrestale.

Pour réaliser l'empreinte, on met en place une technique double cordonnet et on peut ensuite faire une empreinte physique ou numérique.



La deuxième chose à voir avec le prothésiste c'est la gestion du *spacer*, de l'espacement entre la couronne et la dent. Classiquement sur une préparation horizontale on va mettre du *spacer* sur la face axiale et pas sur la limite cervicale de manière à avoir un bon ajustage cervical. Sur une limite verticale on veut éviter la tension sur cette zone qui est la plus fine. De plus on risque de mal mettre en place la couronne et d'empêcher l'excès de ciment de sortir. **On va donc inverser le spacer pour les vertipreps. Ainsi on va inverser la butée, elle sera en occlusal et non plus en cervical.**

Le ciment de scellement pourra ainsi s'échapper, et les tensions cervicales seront ainsi minimales évitant à la restauration de casser sur cette zone. **En revanche, les contraintes seront alors en occlusal, et c'est là qu'il faudra impérativement laisser suffisamment d'espace au prothésiste.** Pour finir une limite très fine en cervical le prothésiste devra de son côté sur-usiner la pièce, puis la réduire manuellement en grattant la zircone après glaçure.



Pour conclure, nous avons ici une perspective très intéressante qui devrait se généraliser et peut-être un jour devenir la nouvelle norme en termes de préparation périphérique par ses nombreux avantages.



Thibaud Le Monnier



Léonard Sebbag

Septodont

58 rue de 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

Suivez-nous sur les réseaux sociaux **Septodont France**



La fracture instrumentale en endodontie : faute ou aléa thérapeutique ?

Conférenciers : Catherine Blanc, Augustin Voltaire

Responsable scientifique : Augustin Voltaire

Ce qu'il faut retenir :

- Les fractures instrumentales en endodontie sont généralement gérées au niveau amiable et évoluent rarement en contentieux. En effet, les réclamations devant les juridictions civiles sont principalement liées à une insuffisance (ou à un défaut) d'information du patient ou à un défaut de suivi thérapeutique.
- L'attitude du praticien à l'origine de la fracture est primordiale dans la gestion du sinistre. Dans la grande majorité des cas, cela en détermine le caractère fautif ou non. Une conservation du dialogue avec le patient permet généralement d'assurer une issue satisfaisante. Souvent ce qui crée le litige c'est la mauvaise communication et non l'incident en lui-même !
- Selon la littérature, la différence de pronostic entre une dent traitée endodontiquement avec la présence d'un instrument fracturé est faible comparée à une dent sans instrument fracturé. La survenue de ce type d'incident reste une source de difficulté dans la relation patient-praticien.

Nous sommes le jeudi 28 novembre, il est 11h du matin, et la salle de conférences se remplit en moins de 5 minutes. Ce sujet attire indéniablement un grand nombre de chirurgiens-dentistes. Et pour cause : qui peut, même parmi vous, dire à voix haute avec la main droite levée : *Je jure n'avoir jamais fait de fracture instrumentale en endodontie ?*

Les fractures instrumentales en endodontie sont assez courantes dans notre pratique. En moyenne, il y a environ 1,83 % instrument fracturé par traitement canalair. Nous sommes en général bien informés sur les causes de cette complication peropératoire, citées ci-après.

Causes des fractures instrumentales

Non respect des bonnes pratiques endodontiques par le praticien : cavité d'accès inadéquate, usage ou gestion inappropriée des instruments, non respect du protocole instrumental



Fragilité structurelle de l'instrument

Utilisation de plus en plus fréquente de l'instrumentation mécanisée

Difficultés anatomiques particulières (courbures, calcifications...)

Le **pronostic de succès** de la dent à la suite de ce type d'incident reste **bon** (mais attention il y a peu d'études fiables). En guise d'exemple, l'absence de traitement du MV2 a moins bon pronostic que la fracture instrumentale. Ce qui fait varier significativement le pronostic est : la présence de lésion apicale préalablement au début du traitement, moment de la fracture instrumentale dans la séance, anatomie du canal, position de l'instrument dans ce dernier.

Les déclarations de fracture instrumentale en endodontie sont en nette augmentation ces 10 dernières années (+161 %), et constituent à elles seules presque 13 % de la totalité des litiges. Parmi elles, la grande majorité des dossiers se sont résolus à l'amiable, et les seules mises en cause devant les juridictions civiles ont été toutes liées à un **défaut d'information au patient ou à un défaut de suivi thérapeutique**. Il est d'ailleurs toujours préférable si possible de résoudre un sinistre **à l'amiable** plutôt qu'en juridiction civile car le coût n'est pas le même :

La transaction : quelques exemples

Dossier amiable

Fracture avec perte de la dent : 3.500€
• Frais de réparation : 1.500€
• souffrances endurées : 2.000€

Dossier judiciaire

Fracture sans aggravation : 14.550€
• Frais de réparation : 2.050€
• Souffrances endurées : 3.000€
• Défaut d'information : 2.000€
• Dépens : 2.500€
• Frais d'avocat : 2.500€
• Article 700 : 2.500€

Les assurances ont la tâche d'évaluer, à partir des documents fournis par le dentiste et le patient, s'il s'agit d'un aléa thérapeutique ou d'une faute de la part du praticien, pour accorder ou non une indemnisation en conséquence. L'assurance prendra en charge l'endodontiste spécialiste qui poursuivra le traitement, ou éventuellement l'implant si l'avis est favorable. Le taux de responsabilité est aussi déterminé en fonction de l'état initial de la dent : par exemple s'il fallait extraire au lieu de faire le traitement endodontique l'assurance refusera d'indemniser.

Revenons sur quelques définitions importantes...

Juridiquement, une fracture d'un instrument est définie comme un aléa thérapeutique dès lors que l'ensemble des moyens pour éviter cet accident ont été mis en œuvre par le praticien, et qu'il s'est produit de manière inévitable, imprévisible, malgré des soins conformes aux règles de l'art.

À l'inverse, il s'agit d'une faute thérapeutique dès lors qu'une faute de la part du praticien a pu être prouvée, avec un préjudice réel pour le patient, tous deux liés avec un lien de causalité. Il est important de préciser qu'un défaut d'information donné au patient est aussi considéré comme une faute. Il est aussi très difficile de prouver la faute du fabricant dans ce type de sinistre.

Voici la conduite à tenir point par point en cas de fracture instrumentale

Avant la survenue de l'incident

Un dossier médical bien tenu : un incontournable ! Il faut noter (abréviations acceptées) tous les éléments relevant de la situation initiale qui ont conduit à la prise de décision thérapeutique, les informations fournies au patient avant le traitement (pronostic sans et avec traitement, les complications opératoires possibles, les difficultés opératoires, les alternatives thérapeutiques, etc.). À chaque rendez-vous, il doit être complété (préciser brièvement les étapes techniques réalisées : pose de digue, élimination des triangles dentinaires, etc.). C'est un peu « la carte de présentation » du praticien à l'assureur : s'il voit que le praticien est sérieux, il sera plus enclin à émettre un avis favorable et à ne pas retenir la responsabilité de ce dernier. Il s'agit d'un outil très important de preuve et de traçabilité. Attention à ne pas modifier le dossier médical juste avant l'expertise car l'assureur le remarquera.

Une bonne communication préalable : un patient informé des risques de fracture instrumentale se retourne rarement contre un dentiste lors de la survenue du sinistre

Après la survenue de l'incident

Éviter de transformer le sinistre en litige : avertir le patient de la situation et lui expliquer calmement + assurer la continuité des soins (adresser le patient à un endodontiste) + bien remplir le dossier médical. Attention il ne faut pas reconnaître votre responsabilité tant qu'elle n'est pas prouvée, et ne pas faire régler le patient !

Conseils et conduite à tenir

- Informer votre patient de l'incident, écouter son stress et le rassurer
- Lui dire « un instrument s'est fracturé » plutôt que « j'ai fracturé un instrument »
- Lui expliquer le contexte anatomique à l'origine de l'incident
- Assurer, si possible, le suivi thérapeutique et orienter votre patient vers un endodontiste
- Ne pas reconnaître votre responsabilité tant qu'elle n'est pas établie et informer votre patient de la saisine de votre assureur
- Ne pas régler le patient, ni l'endodontiste
- Tout règlement de votre part sera assimilé à une reconnaissance de responsabilité
- L'assureur règlera directement le patient, en cas de responsabilité établie

Déclarer le sinistre auprès de l'assureur

La conduite à tenir après la survenue de l'incident : déclaration à l'assureur

- Contact auprès de l'assureur pour avoir des conseils préalables
- Déclaration de sinistre pour l'ouverture d'un dossier : rapport circonstancié, courrier de réclamation du patient ou de son mandataire
- Prise de contact avec le patient : demande du devis de l'endodontiste et / ou du devis de remplacement de la dent, clichés radiographiques de l'état dentaire actuel...
- Après accord préalable du patient, demande de transmission de la copie du dossier médical (fiche clinique, liste chronologique et détaillée des soins, clichés radiographiques de la dent concernée : pré et post opératoires)

Le mot de la fin : pour l'assureur, le plus important c'est un dossier médical bien tenu !

Roman Licha



Déposer un implant, quand et comment ?

Conférencier: Léon Parriente

Responsable scientifique: Karim Dada



L'essor de l'implantologie ces dernières décennies pose une problématique fondamentale : comment gérer les échecs implantaires. On estime à ce jour, que 30 % des premières consultations en implantologie concerne la gestion d'une complication liée à la pose d'implants. Dr Dada explique que lui aussi n'est pas épargné par les échecs implantaires. Il a eu récemment le cas d'un implant posé il y a 10 ans chez une patiente, qui ne s'est jamais présentée en consultation de suivi et qui revient un beau jour avec son implant dans la main.

Lorsqu'on analyse la littérature, il existe à ce jour très peu de données disponibles. Il n'existe aucune guideline sur la façon d'évaluer un implant déjà ostéo-intégré. Est-ce qu'on peut continuer à s'appuyer sur cet implant ? Derrière cela, se cache la notion de responsabilité, car si on décide de s'appuyer sur ce dernier, on assume également la responsabilité de l'implant posé par un confrère.

À ce titre les conférenciers proposent un arbre décisionnel qu'ils ont développé au sein de leur cabinet afin d'évaluer l'ancrage d'un implant déjà ostéo-intégré et de nous guider sur la conduite à tenir en fonction des différents scénarios.

Le but de cette séance n'est pas de savoir si on va prolonger la survie de l'implant mais plutôt de savoir si on est délétère pour son volume osseux.

Donc face à un implant ostéo-intégré, qui présente une complication, il convient d'analyser la position 3D de l'implant, de regarder si le système implantaire utilisé est connu, si les pièces sont encore disponibles, s'il existe une pièce endommagée ou une fracture de l'implant, si l'implant est atteint d'une péri-implantite...

L'objectif est de savoir si on peut conserver cet implant ou s'il est plus judicieux de le déposer.

Comment déposer un implant ?

Il y a différentes façons de déposer un implant.

La dépose d'un implant est un acte qui doit être envisagé après une évaluation minutieuse de la situation médicale, anatomique, chirurgicale et prothétique. Il faut également avoir en tête que la dépose doit nous permettre de réintervenir le cas échéant, de reconstruire un volume 3D par régénération osseuse guidée...

Technique	Morbidity	Durée de la chirurgie	Avantages	Inconvénients	Complications potentielles						Limites
					Fracture	Proximité	Proximité	Proximité	Proximité	Proximité	
Tréphines	***	-	Efficace Rapide	Difficile de réintervenir immédiatement Très invasif	X						Proximité d'un obstacle anatomique Longs implants ancrés à proximité du plancher de la mandibule
Tourne à gauche	-	*	Plus conservatrice Réintervention immédiate possible	Peut nécessiter un système compatible Prend du temps		X					Diamètre <4mm Fracture du osif Hexagone extrêmes
Fraises chirurgicales	**	**	Efficace pour éliminer de l'os Efficace pour éliminer la corticale vestibulaire	Prend du temps Difficile de réintervenir immédiatement	X	X	X				Visibilité et accès
Davier	**	***	Pas de surchauffe Efficace en cas de grande perte osseuse	Fracture et déformation de l'implant Peut être utilisé en combinaison avec d'autres techniques	X		X	X			Longs implants ancrés à proximité du plancher de la mandibule Sévère perte osseuse peri-implantaire

Il y a 4 instruments qui permettent la dépose d'un implant.

- La **tréphine** ou **trépan**, instrument le plus répandu, mais très invasif, même s'il a pour avantage d'être efficace et rapide.
- Le **tourne à gauche** qui fonctionne avec un pas de vis inversé. C'est l'instrument de prédilection mais qui malheureusement n'est pas adapté à toutes les situations. Cela peut augmenter le temps d'intervention, mais c'est une solution très conservatrice. L'énorme avantage de ce système est que l'on va pouvoir réintervenir rapidement voire poser un implant dans la même séance que la dépose.
- La **fraise zekrya chirurgicale** : dans les cas où les implants posés sont correctement ostéo-intégrés mais présentent un problème d'axe ou de perte osseuse, on peut être amené à casser le tourne à gauche. Dans ce genre de situation, on va utiliser une fraise zekrya chirurgicale fine, et fraiser en interproximal voir en vestibulaire (qui est plus facile à régénérer que la face palatine/linguale) pour conserver au maximum le volume osseux.
- Le **davier**.

Cabinet Ecoresponsable Airel-Quetin

Choisir un fauteuil dentaire fabriqué localement peut être un premier pas.

Airel-Quetin, marque française, propose des fauteuils innovants et ergonomiques, conçus et fabriqués en France : une manière de réduire votre impact environnemental tout en soutenant une production locale.

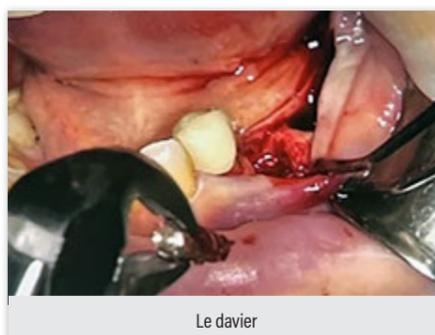
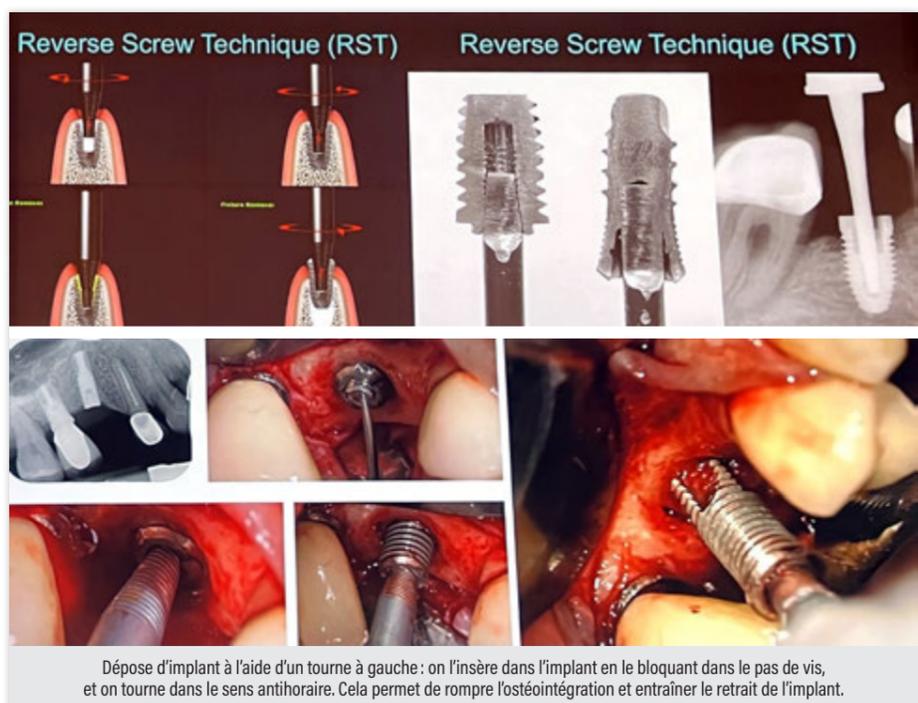
Découvrez notre marque et notre gamme de fauteuils et unités dentaires :



Découvrez notre marque et notre gamme de fauteuils et unités dentaires :



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



Pourquoi déposer un implant ?

Pour cela un arbre décisionnel a été établi par les conférenciers (voir ci-contre).

Dans un premier temps, il est important de savoir si le système implantaire est connu et si les pièces sont encore disponibles ? Les patients se présentent avec des implants qui ont fonctionné pendant des années mais qui, dans le cadre d'un plan de traitement global, ne peuvent être conservés. Par conséquent, on élimine tous les systèmes trop anciens et dont les pièces ne sont plus disponibles. À ce propos, s'il existe une situation où l'implant posé par un confrère doit être déposé et que le patient ne possède pas de passeport implantaire, il existe un site qui permet d'identifier le système implantaire : <https://www.spotimplant.com/fr/>.

Dans un second temps, est-ce qu'il y a une pièce endommagée ? S'il s'agit de l'implant, il faudra le déposer.

Dans un troisième temps, est-ce que l'implant est atteint d'une péri-implantite ? Si oui, est-ce que le pronostic de cet implant est favorable afin de se servir à nouveau de cet implant ? La littérature montre que le traitement de la péri-implantite est extrêmement aléatoire. Les deux critères très importants à prendre en compte sont : **le niveau de perte osseuse péri-implantaire et le type de surface de l'implant.**

Les implants à surface lisse se comportent mieux face à une agression bactérienne que les implants à surface rugueuse. Ce qui nous amène à être très méfiants au quotidien, vis-à-vis des implants atteints de péri-implantite. Dans leur pratique, les conférenciers ont fait le choix de ne conserver que les implants (dans le cadre de leur réutilisation, ce qui n'est pas la même chose si la prothèse est satisfaisante et que l'on essaie de sauver l'implant) qui ont un pronostic favorable ou incertain. S'il existe un facteur de risque supplémentaire, tel qu'un antécédent de parodontite, la présence de suppuration autour des implants, l'état de santé général du patient, le pronostic basculera en défavorable ou sans espoir et il faudra déposer l'implant (voir ci-contre).

Parfois, si la dépose d'un implant atteint de péri-implantite (PI) et la réintervention est plus simple que le traitement de la PI, il sera préférable de déposer cet implant. En règle générale, si on a encore 6 mm d'os au-delà de l'apex d'un implant atteint d'une péri-implantite (avec au moins 3 spires exposées), il sera préférable de retirer l'implant. Il s'agit bien sûr d'une philosophie de traitement : moins l'on peut engager le patient dans des processus aléatoires et/ou complexes et mieux on se porte.

Dans un quatrième temps, le positionnement 3D d'un implant comprend deux éléments : le défaut vertical et l'angulation. Le défaut vertical est de loin le plus complexe et il est impossible de le rattraper. Il faudra retirer l'implant. Il faut aussi analyser l'axe de l'implant. Comment ? Il faut savoir que 48 % des implants mal positionnés sont susceptibles de développer une péri-implantite et une grosse partie des échecs auxquels nous serons confrontés seront liés à une malposition de l'implant. Une question peut également se poser : est-ce qu'il faut systématiquement déposer un implant lorsque la dépose comporte des risques en plus d'être délétère pour le volume osseux ? Parfois le simple fait de l'enfourer et de proposer une autre solution prothétique au patient (bridge cantilever par exemple) permettrait de gérer la situation sans trop de complications.

KaVo Primus 1058 Life EMBARQUEMENT FINAL.



Commandez maintenant

L'unité de traitement Primus 1058 Life, c'est maintenant !
KaVo annonce la fin d'une ère avec le « dernier appel » pour cet unité de traitement très apprécié avant sa fin de commercialisation.

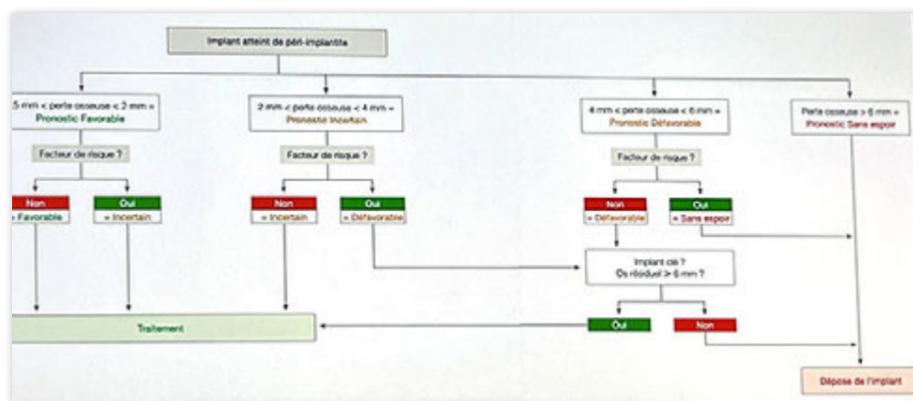
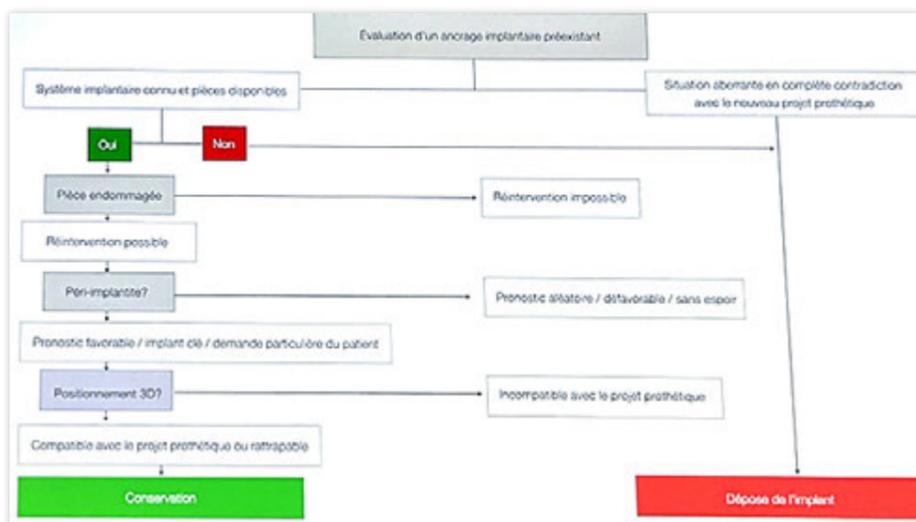
Primus 1058 Life - Le bestseller fait ses adieux.



En savoir plus :
www.kavo.com/fr/primus

www.kavo.com

KAVO
Dental Excellence



Cas clinique 1

Dans cet exemple, le patient est gêné esthétiquement par son incisive centrale (11) et l'implant présente une petite suppuration, avec un début de péri-implantite. Il y a nécessité de réintervenir, car si on regarde la prothèse, on voit qu'il y a un excès de ciment.



Avant de déposer la prothèse scellée, un cone beam a été réalisé afin de nous aider à prévisualiser où se situerait la vis du pilier. Dans le logiciel de planification implantaire, un implant a été superposé sur l'implant déjà en place et nous a permis de déterminer l'endroit où il faudra fraiser pour accéder à la vis du pilier. Dans ce cas, nous sommes peu invasifs en déposant l'élément prothétique. L'axe de l'implant étant favorable, un traitement parodontal a été mis en place pour traiter la péri-implantite et un retraitement endodontique a été réalisé sur la 21 suivis d'un éclaircissement interne. Une chirurgie mucogingivale par conjonctif enfoui et une nouvelle prothèse transvisée nous a permis de répondre à la demande du patient.



Cas clinique 2

La patiente est adressée pour un réaménagement muqueux autour d'un implant.



Est-ce que la dépose est judicieuse ? Il faut savoir que tout ce qu'on tentera autour de cet implant ne fonctionnera pas. Les tentatives de recouvrement se solderont par un échec. La seule façon de gérer, c'est de déposer l'implant et de tout recommencer. Lorsqu'on va déposer l'implant, on va se rendre compte qu'il existe un défaut osseux vertical, certes important, mais que l'on va pouvoir gérer par lambeau déplacé latéralement associé à un comblement par substitut osseux xénogénique et une greffe de conjonctif enfoui. Il est conseillé de reconstruire au moment de la dépose pour éviter d'aggraver la perte tissulaire.



Puis, on tempore avec une gouttière thermoformée qui comprend une dent en composite. À 4 mois post-opératoire, on a maintenu le niveau de papilles. Il nous reste un défaut horizontal que l'on va corriger avec une régénération osseuse guidée lors de la mise en place de l'implant.



À trois mois postopératoire, on a pu réaliser la prothèse provisoire implanto-portée par CFAO.



Le résultat est certes imparfait d'un point de vue esthétique, mais la patiente est très contente. On a laissé mûrir avec une provisoire avant de poser la définitive.



Jordan Dray



Yoram Zaouch

L'approche immédiate unitaire : toujours d'actualité ?

Conférencier: Pr Joseph Kan (USA)

Responsable scientifique: Gary Finelle

L'extraction implantation immédiate (EII) est une approche de plus en plus courtisée. Celle-ci permet de réduire la durée des plans de traitement, d'être dans une approche minimalement invasive et a, *in fine*, le potentiel d'améliorer l'expérience patient.

Souvent présentée comme une approche complexe, qu'en est-il réellement ? Quels sont les cas favorables ? Quelles sont les positions implantaire idéales ? La chirurgie guidée doit-elle être systématisée ? Une greffe de conjonctif est-elle systématiquement nécessaire ? L'absence de table osseuse vestibulaire est-elle une contre-indication ? Quelle est alors la gestion d'un site compromis ? Et enfin la technique Socket Shield présente-t-elle un intérêt ?

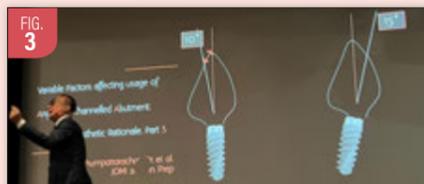
Pour répondre à toutes ces questions, Gary Finelle a invité le professeur Joseph Kan, basé à Los Angeles, leader d'opinion dans le domaine de l'implantologie et qui présente 27 ans d'expérience et de recul clinique sur l'EII. Le professeur Kan a plus de 80 revues de littérature à son actif et a eu pour élèves notamment Istvan Urban, Marc Hürzeler et Otto Zühr... Le décor est planté. Il a fait un brillant show à l'américaine devant une audience religieusement attentive, voici quelques extraits de cette *master class* en anglais.

L'EII, comme d'autres thérapeutiques, a beaucoup évolué depuis les années 2000. Il y a eu un véritable changement de paradigme où l'on tend maintenant à systématiser l'EII aussi bien dans le secteur antérieur que postérieur.

La première conférence du Pr Kan en France était déjà sur ce sujet en 2004 à Bordeaux. Il présentait alors un cas d'EII sur une 21 datant de 1997 où 6 ans plus tard le succès était total. Mais en 2013, la patiente revient le voir avec une péri implantite, une perte de la table osseuse vestibulaire et une récession associée. Que s'est-il passé ? Réponses en fin de compte rendu (Fig. 1) !

Le Pr Kan a articulé son propos autour de cinq cas cliniques allant du cas le plus favorable au cas beaucoup moins favorable (Fig. 2). *The bone set the tone* : l'os donne le ton. Mais ce constat ne prend pas en compte les tissus mous. Le CBCT est l'examen complémentaire de base afin d'observer le volume osseux disponible en apical ainsi qu'en vestibulaire. L'os vestibulaire peut être objectivé avec un sondage vestibulaire de la dent concernée ainsi qu'en mésial des dents adjacentes. **4 à 5 mm d'os en apical sont nécessaires pour obtenir une stabilité primaire.**

Il ne suffit pas d'avoir la même raquette de tennis et la même tenue que Roger Federer pour jouer aussi bien que lui, il en est de même pour l'EII, une bonne instrumentation ne fait pas tout !



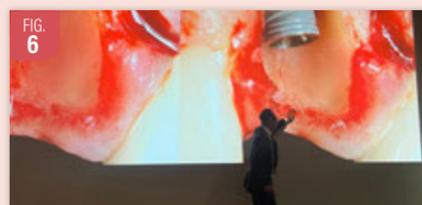
Le 1^{er} cas présente une gencive et un os parfait, l'objectif est donc de garder le tout parfait. La première zone, le tissu dur/osseux, doit être maintenue **en greffant le gap vestibulaire, et ce même si celui-ci fait moins de 1 mm**. Est-ce que la dent est plate ? Plus la dent est proéminente plus il sera compliqué de maintenir le volume. Pour la seconde zone, les tissus mous, c'est le phénotype qui guidera le choix du praticien, **si celui-ci est fin la greffe de conjonctif enfoui sera impérative.**

Quelle est la position implantaire idéale ?

L'implant doit être enfoui d'au moins 4 mm sous le niveau du futur collet. Dans le sens vestibulolingual, il faut laisser un minimum de 1,5 mm en vestibulaire et 1 mm en lingual. Dans le sens mesiodistal, 1,5 mm est nécessaire par rapport aux dents adjacentes. Cela oriente déjà le praticien sur le diamètre implantaire.

Quel diamètre faut-il donc choisir ?

C'est la distance vestibulo linguale qui dicte ce choix à moins que la distance mésio distale soit plus petite ! À 65 % on préférera un 3,5 contre un 4,3 dans 35 % des cas.



Quel est l'axe implantaire idéal ?

L'axe dans le sens sagittal est aussi un élément majeur dans le succès implantaire. La position la plus dangereuse est la position vestibulaire, l'axe idéal pour le Pr Kan n'est pas forcément le cingulum mais plutôt le bord incisal. En effet, une étude de Zucchelli montre que seulement 15 % des cas sont favorables à la prothèse transvisée en antérieur. Quelle est donc la solution si le praticien souhaite quand même transviser tout en restant dans un volume osseux idéal ? La solution se trouve dans le puits d'accès angulé via un pilier à rattrapage d'axe. La plupart de ces piliers permettent de rattraper jusqu'à 25 degrés. Il faut garder un minimum de 10 degrés en lingual pour préserver l'épaisseur du bord libre vestibulaire ce qui autorise donc le praticien à anguler l'implant en vestibulaire à un maximum de 15 degrés. Si la dent est plus courte il y a encore moins de liberté. Il est donc essentiel de garder en point de mire le cingulum (Fig. 3).

Quelle forme de prothèse est idéale ?

Il semblerait que la prothèse ait une influence sur la péri implantite. Il convient de dire que **l'angle d'émergence**

prothétique ne doit pas dépasser 30 degrés et que le profil d'émergence doit être concave (Fig. 4).

Comment greffer la partie transgingivale, la duale zone ?

Soit par une greffe de conjonctive conventionnelle soit en par une greffe avec un substitut osseux dans la duale zone « Dual Graft ». Cependant, **15 % d'inflammation chronique persiste à long terme et il vaut mieux choisir un matériau allogénique pour cette technique.** 20 % des patients ont un parodonte gonflé, le reste plat.

Comment gérer un cas avec une perte osseuse mais sans perte gingivale ?

Il faut tout d'abord caractériser le défaut osseux aussi bien en largeur qu'en forme. Il y a 3 familles, les défauts en V, en U et en grand U avec perte osseuse sur les dents adjacentes. **La profondeur du défaut n'influe pas sur la prise de décision.** Les cas en V et en U ne sont pas des contre-indications à l'EII. Il peut être intéressant de lever un lambeau afin de s'assurer de la bonne mise en place du biomatériau (à l'aide d'une membrane pincée par exemple). Le risque du lambeau est de potentiellement perdre la papille. **Le défaut osseux n'est donc pas une réelle contre-indication tant que celui-ci n'atteint pas les dents proximales (Fig. 5).**

Qu'en est-il du Socket Shield Technique ?

Le professeur Kan utilise la *Socket Shield Technique* exclusivement en proximal afin de maintenir une papille lorsque la dent adjacente présente est un implant. L'indication est donc (très) limitée. Le morceau de dent résiduelle conservée doit faire 6 mm minimum en longueur, 2 mm en épaisseur vestibulaire afin d'assurer sa stabilité (Fig. 6-7).

Pour conclure son propos, Pr Kan a repris son cas présenté en 2004 à Bordeaux. La récession, associée à la péri implantite, est ici multifactorielle. L'implant choisi était trop gros, trop vestibulaire et pas assez enfoui. La couronne et le pilier étaient trop volumineux. Le parodonte était fin et n'a pas été greffé. L'os vestibulaire a donc fini par totalement disparaître.

Dans le cas présent, l'implant a été déposé et un implant plus étroit a été mieux positionné. Une greffe osseuse et gingivale a été associée. Enfin le profil prothétique a été mieux conçu (Fig. 8).

Léonard Sebbag



Jeudi 6 mars 2025

Vianney DESCROIX | Prescription sans nuire : respectueux des recommandations

Lieu : Intercontinental Marceau, 64 avenue Marceau, 75008 Paris
Attention, conférence DPC, accueil 18h30 et début de la conférence à 20h précises.

alphaomegaparis.com



Plonger dans l'univers des furcations : options thérapeutiques

Conférencier: Nathalie Leow (Royaume Uni)

Responsable scientifique: Guillaume Campard

Les lésions de la furcation (lésions inter-radicales) chez le patient atteint de parodontite représentent un défi thérapeutique complexe à relever pour les praticiens. La compréhension de l'anatomie et des stratégies thérapeutiques sont nécessaires pour obtenir un résultat de traitement optimal. Cette conférence va révéler en quoi une bonne analyse de l'anatomie des atteintes de furcations est importante, rappeler les classifications actuelles et évoquer les modalités pour établir un diagnostic précis. À l'aide d'une revue exhaustive des options thérapeutiques scientifiquement démontrées, incluant des techniques conventionnelles ou plus contemporaines telles que les thérapeutiques non chirurgicales, la chirurgie résective ou régénérative, les participants ont pu avoir un aperçu global des traitements des atteintes de furcation. De plus, cette présentation a traité du concept de soins centrés sur le patient, en mettant l'accent sur le rôle de la communication et de la prise de décision concertée, afin d'obtenir le succès thérapeutique. En combinant les données cliniques et bibliographiques, cette présentation a fourni aux praticiens les connaissances nécessaires pour relever le défi des atteintes de furcation, améliorer leur pratique clinique et promouvoir la santé parodontale de leurs patients à long terme. La conférence a été donnée en anglais, afin de respecter l'exactitude des propos de la conférencière, j'ai choisi de vous présenter le résumé en anglais.

The lecturer, Dr Nathalie Leow, who is a Clinical Associate Professor in Periodontology at UCL Eastman Dental Institute and the Deputy Programme Director of the MClInDent in Periodontology, didn't allow to take pictures of her lecture.

Introduction



Furcation lesions in patients with periodontitis represent a complex challenge for dental practitioners. These lesions necessitate a thorough understanding of molar anatomy, precise diagnostic techniques, and evidence-based therapeutic strategies to ensure successful outcomes. This report explores the multifaceted nature of furcation lesions, focusing on classification, treatment modalities, and the integration of patient-centered care to achieve optimal periodontal health.

Complex anatomy of furcation lesions

A detailed understanding of furcation anatomy is crucial in assessing the healing potential of affected sites. Key anatomical features influencing prognosis include:

- Root Trunk Length: shorter root trunks generally exhibit better outcomes due to more accessible treatment areas to personal and professional thorough cleaning.
- Root Divergence: the separation of roots affects the feasibility of cleaning and surgical interventions. Divergent roots are often more favorable to better treatment outcomes.
- Specific Anatomical Variations: pits, fissures, and grooves on molars complicate cleaning and increase susceptibility to biofilm accumulation. Sometimes, root management such as root planning can be practiced.

These factors underscore the need for personalized treatment planning.

Classification and diagnostic modalities

Accurate classification and diagnosis are foundational for effective management.

- Hamp Classification: the horizontal classification, a clinical measure thanks to a curved Nabor's probe.
 - Grade I: Minimal horizontal bone loss < 3 mm, often undetectable on radiographs.
 - Grade II: Partial horizontal loss between 3 and 6 mm, visible radiographically.

- Grade III: Through-and-through bone loss, the most severe type > 9 mm.
- Tarnow Classification: focuses on vertical bone loss and its severity.
- Diagnostic tools:

Clinical probing with curved furcation probes (e.g., Nabor's probe).

Radiographic imaging: two-dimensional (2D) radiographs for general assessment and cone-beam computed tomography (CBCT) for detailed, three-dimensional

(3D) evaluation. Dr Leow always does a CBCT before surgery to plan very precisely her treatment. Prognosis: Grade II and III furcations are associated with poorer long-term outcomes, highlighting the importance of early detection.

Treatment modalities

Management of furcation lesions involves both non-surgical and surgical approaches, tailored to the lesion's severity and patient-specific factors.

NOUVEAU



CLASSIC BIO-SOURCÉE

La brosse feel-good*





La brosse historique GUM fait son évolution écoresponsable !



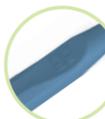
4 NOUVELLES COULEURS



NETTOYAGE EFFICACE
Coupe en **forme de dôme** nettoyant jusque dans le sillon gingival et dans les zones interproximales



NOUVEAU
Disponible en **ultra souple** (15/100°), **souple** (18/100°) et **medium** (20/100°)



NOUVEAU
Manche ergonomique en **matériau BIO-SOURCÉ**** réduisant l'usage de matériau fossile



NOUVEAU
Emballage en carton **recyclé à 80%**, sans plastique***



Plus d'informations sur professional.sunstarGUM.fr

SUNSTAR France - 105 rue Jules Guesde 92300 Levallois-Perret

*la brosse qui fait du bien. **certifié ISCC, approche « Bilan massique ». ***sauf 409 version échantillon. APPROCLA - 01/2025

Non-surgical therapy

- Initial therapy goals: disruption of the biofilm and removal of deposits.
- Techniques: ultrasonic tips designed for furcation areas are more effective than traditional curettes.
- Limitations: non-surgical methods alone are insufficient for treating advanced (Grade II and III) lesions.

When non-surgical methods are inadequate, surgical interventions become necessary.

- Resective Surgery: Removal of dental tissue or bone to improve access and reduce lesion severity.
- Access Flap or Open Flap Debridement (OFD): Indicated for persistent deep probing depths (>5 mm) and bleeding. Requires excellent patient compliance and oral hygiene.
- Root resection and separation:

Suitable for teeth with substantial bone loss around one root but good support around others.

- Indications include persistent probing depths, strategic tooth value, and favorable root divergence.
- Tunneling surgery: Effective for Grade II or III furcations with two or more entrances. Requires patient dexterity and optimal oral hygiene.

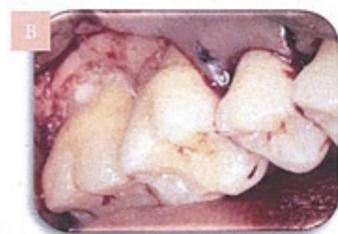
Conclusion

Addressing furcation lesions requires an integrative approach that combines clinical expertise, cutting-edge technology, and patient-centered care. By understanding lesion anatomy, leveraging precise diagnostic tools, and applying tailored therapeutic strategies, practitioners can overcome the challenges posed by these complex cases and promote long-term periodontal health.

This comprehensive review equips dental professionals with the knowledge and tools to navigate the intricacies of managing furcation lesions, ultimately improving patient outcomes and enhancing their clinical practice.



A. Grade III furcation lesion tunnelled to enable cleaning with interdental brush. Lésion de furcation de classe III tunnelisée pour autoriser le passage d'une brosse.



B. Tooth 17 buccal grade II furcation grafted with deproteinised bovine bone matrix and enamel matrix derivative. Lésion de furcation de classe II vestibulaire d'une 17 greffée avec une matrice bovine anorganique et un dérivé de la matrice de l'émail.



C. Tooth 26 surgical access to buccal grade II furcation utilising a minimally invasive flap (modified papilla preservation flap). Accès chirurgical d'une lésion de furcation de classe II vestibulaire d'une 26 au moyen d'un lambeau minimalement invasif (lambeau de préservation papillaire modifié).

Regenerative therapy

- Targets Grade II lesions with adequate bone support and controlled risk factors (e.g., diabetes, smoking).
- Surgical regeneration involves advanced techniques and operator expertise. Favorable tooth characteristics, such as short root trunks, are critical for success.

Long-term maintenance

Ongoing periodontal maintenance is essential for sustaining periodontal health and minimizing recurrence. Regular follow-ups, professional cleaning, and patient education about oral hygiene practices form the cornerstone of effective maintenance protocols.

Future perspectives

Advancements in technology, particularly artificial intelligence (AI), promise to transform the management of furcation lesions:

- Early Diagnosis and Detection: AI-le tripowered tools can identify lesions earlier and more accurately.
- Predictive Analytics: AI may help forecast disease progression and tailor treatment plans.
- Patient Education: Personalized, data-driven insights can enhance communication and compliance.

Ce qu'il faut retenir :

- Le traitement des lésions de furcation molaires de classe II et III avec poches résiduelles doit bénéficier autant que possible d'un traitement parodontal avancé.
- Le maintien, le traitement et la maintenance de dents avec des atteintes de furcation restent la solution la moins coûteuse pour le patient par rapport à l'extraction et le remplacement par des prothèses implanto-portées.

Marie Jannot



X PLOREZ

LES VOIES DU SUCCÈS
EN IMPLANTOLOGIE

Symposium ZimVie

19 - 20 juin 2025

Paris

Programme et Inscription



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

Proposé par

 **ZimVie**
Institute

Pro-fluor ou anti-sucre : sur quoi agir pour prévenir efficacement la carie dentaire ?

Conférenciers : Jean-Pierre Attal et Thomas Trentesaux

Responsable scientifique : Magali Hernandez

Cette conférence, menée sous la forme d'un ring de boxe avec des rounds et s'articulant autour de 5 questions principales, a été tenue par Jean-Pierre Attal et Thomas Trentesaux. Elle a mis en lumière une problématique persistante et majeure de la santé publique mondiale : la prévention de la carie dentaire. Le débat, modéré par Magali Hernandez, a opposé deux experts du domaine, qui ont présenté des approches divergentes en matière de prévention de cette pathologie très répandue.

Et si nous changions de paradigme face aux lésions carieuses ? Et si le schéma de Keyes pouvait être simplifié à un seul acteur : le sucre ? Ce dernier devrait-il être défini comme l'ennemi public numéro 1, tant en matière de santé bucco-dentaire que de santé générale ? Nos messages de prévention, principalement axés sur le contrôle de plaque par un brossage dentaire biquotidien et sur l'utilisation de fluorures sont-ils inadaptés voire erronés ? Pourquoi centrer nos actions uniquement sur la gestion des facteurs de risque de développement des lésions carieuses ? Sommes-nous prêts, praticiens et patients à bousculer nos habitudes ?

Durant cette battle, nos deux conférenciers, ont abordé les différents leviers de prévention, discuteront de leurs efficacités en tournant le prisme des mécanismes étiopathogéniques des lésions carieuses.

La carie dentaire : une maladie mondiale complexe

La carie dentaire est l'une des maladies non transmissibles les plus courantes au monde. En 2015, environ 2,5 milliards de personnes souffraient de lésions carieuses non traitées sur des dents permanentes, et 573 millions d'enfants présentaient des caries sur des dents temporaires. La carie de la petite enfance constitue un facteur prédictif majeur de la carie à l'âge adulte, soulignant l'importance d'agir dès le plus jeune âge. Cette situation met en lumière la nécessité de développer des stratégies de prévention efficaces, adaptées aux divers facteurs impliqués dans le développement de la maladie.

Lutter contre la plaque dentaire : est-ce vraiment la bonne cible ? (Round 1)

Les institutions, l'université et la société nous poussent à penser que la plaque dentaire est responsable de la carie dentaire ainsi que de la parodontite. Tout le monde est convaincu que si l'on se brosse les dents correctement, on évitera les caries et les maladies parodontales. Thomas Trentesaux défend une approche globale et multifactorielle de la prévention des caries. Pour lui, la carie est une maladie non transmissible qui résulte de multiples facteurs, incluant l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire, l'exposition au fluor et les comportements individuels. Il souligne les disparités mondiales concernant les caries et l'existence de groupes à risque plus élevé. Il met l'accent sur la détection précoce, l'éducation à la santé bucco-dentaire et la promotion de l'usage du fluor, qui reste l'un des outils les plus efficaces dans

la prévention. Selon lui, une bonne hygiène dentaire, associée à l'utilisation du fluor et à une alimentation équilibrée, est essentielle pour lutter contre la carie. Toutefois, il reconnaît que la consommation excessive de sucre joue un rôle majeur, bien qu'il ne considère pas cela comme l'unique cause.

Cependant, J.-P. Attal remet en question cette vision, se demandant si la plaque dentaire est réellement l'ennemi à combattre. Il souligne que les caries ne sont apparues que très tardivement dans l'évolution humaine, avec des cas de caries rares retrouvés sur les squelettes paléolithiques. Il interroge également le fait que le corps humain abrite cinq microbiotes (cutané, pulmonaire, intestinal, génital et buccal), et se demande pourquoi la nature aurait créé un seul microbiote à éradiquer systématiquement trois fois par jour lors du brossage.

En revanche, T. Trentesaux insiste en prouvant, à l'aide de photographies intra-buccales prises avec un révélateur de plaque colorée, que la plaque dentaire est bel et bien responsable des caries. Il affirme que maintenir une hygiène dentaire efficace permet d'éviter la récurrence de la maladie carieuse après un traitement, et que dans une même famille où les habitudes d'hygiène orale sont mauvaises, tous les membres présentent des problèmes dentaires similaires, qu'ils soient carieux ou parodontaux. Pour lui, la plaque dentaire est donc un ennemi à combattre activement dans la prévention des caries.

Le fluor est-il un bon moyen de prévenir la maladie carieuse ? (Round 2)

Thomas Trentesaux soutient que de nombreuses études démontrent l'efficacité du fluor dans la réduction des caries dentaires. Il argumente que le fluor reste un outil clé dans la prévention des caries, en particulier dans les régions où l'accès à des soins dentaires est limité.

Cependant, Jean Pierre Attal trouve décevants les résultats des études sur le fluor. Il remet également en question la prescription systématique de dentifrices fluorés, même pour ceux qui ne présentent pas de risques accrus de caries. Selon lui, le rapport bénéfice/risque du fluor n'est pas aussi évident qu'on le pense. Le Dr Attal s'interroge également sur l'absence de suivi du bilan fluoré dans les facultés de médecine dentaire et souligne que d'autres alternatives au fluor, comme la vitamine D, devraient être explorées davantage.

Le sucre : unique cause de la maladie carieuse ? (Round 3)

En effet, le Dr Attal considère que la consommation excessive de sucres est la principale cause de la carie dentaire. Bien que d'autres facteurs, tels que le flux salivaire, la morphologie dentaire, l'exposition au fluor, l'accumulation de plaque dentaire et les facteurs sociaux, puissent jouer un rôle contributif, ils sont, selon lui, secondaires. Il soutient que la carie

ne peut être évitée en éliminant simplement la plaque dentaire par le brossage, car le sucre se retrouve dans le sang et, par extension, dans le fluide sulculaire. Cela signifie que les dents baignent dans une salive saturée de sucre, ce qui facilite la formation des caries. Ainsi, Jean-Pierre Attal adopte une approche plus radicale, en mettant l'accent sur la réduction de la consommation de sucres comme levier principal de prévention. Il cite l'exemple de populations anciennes ou isolées qui, malgré une hygiène dentaire minimale et l'absence de fluor, ne développaient pratiquement pas de caries, car leur alimentation était exempte de sucres raffinés.

Thomas Trentesaux reconnaît, lui aussi, l'impact du sucre sur la carie dentaire, mais il défend une vision plus nuancée, soulignant que la maladie carieuse est multifactorielle. Il met l'accent sur le gradient social fort qui influence l'incidence des caries. Ainsi, il considère que la question de la prévention des caries ne peut être réduite uniquement à la consommation de sucre, mais doit aussi intégrer des aspects liés à l'hygiène dentaire, au fluor et aux inégalités sociales.

Prescrire le zéro sucre, la solution ? (Round 4)

J.-P. Attal plaide pour une réduction drastique des sucres dans l'alimentation. Il précise que, par exemple, les sucres complets ont une faible cariogénéicité. Il évoque également une étude (*Sheiham et James*) montrant une relation linéaire entre la consommation de sucre et le fardeau des caries. Selon cette étude, un apport en sucre supérieur à 10 % des apports énergétiques quotidiens (AE) induirait un fardeau coûteux en matière de caries. Il recommande donc de viser un apport en sucre inférieur à 5 % des AE, même en cas d'utilisation de fluor. Il insiste également sur l'importance d'expliquer à ses patients que la réduction de sucre contribue non seulement à la prévention des caries, mais aussi à la prévention d'autres maladies graves telles que l'obésité, la résistance à l'insuline, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires.

Le Dr Trentesaux, bien qu'il soutienne une approche globale combinant l'hygiène dentaire, l'utilisation du fluor et une alimentation équilibrée, reconnaît que la réduction du sucre peut être un élément majeur dans la prévention des caries, en particulier dans les populations à risque cariogène élevé.

Le dernier round (Round 5)

En conclusion, ce débat a permis de mettre en lumière la complexité de la prévention des caries dentaires. Les participants ont quitté la conférence avec une réflexion approfondie sur l'importance de repenser certaines pratiques et de considérer différentes approches en fonction des besoins de leurs patients. La conférence s'est terminée par un appel à poursuivre la recherche et à développer des stratégies de prévention intégrant à la fois la nutrition et l'hygiène bucco-dentaire.

Ce qu'il faut retenir

Pour Jean-Pierre Attal

- La carie est une maladie chronique non transmissible (MCNT), au même titre que la maladie parodontale et les autres MCNT systémiques (diabète, maladie cardiovasculaire, syndrome métabolique, cancer...). On pense aujourd'hui qu'il faut prévenir les MCNT dentaires comme les MCNT systémiques. Dans ce cadre, la nutrition est le paramètre clé.
- La cause de la carie c'est... le sucre : cause principale voire unique. La carie est donc plus une histoire de sucres qu'une histoire de plaque ou d'absence de fluor, même si ces paramètres atténuants jouent un rôle.
- Le schéma de Keyes et ses évolutions, qui présentent la maladie carieuse comme étant multifactorielle, est pernicieux car il fait croire que l'élimination de la plaque permet d'éviter les caries. Cela contribue à déclencher des politiques de santé principalement axées sur l'hygiène orale, ce qui est le cas aujourd'hui.

Pour Thomas Trentesaux

- De nombreux facteurs influencent l'initiation et le développement de la maladie carieuse ce qui justifie une approche biopsychosociale basée sur une modélisation écosystémique à différents niveaux.
- Les fluorures disponibles dans la cavité orale permettent une reminéralisation rapide de l'émail attaqué avec la formation de cristaux de fluoro-hydroxyapatite et présentent également une activité antibactérienne.
- Les dernières recommandations nationales et internationales, basées sur *evidence-based dentistry*, proposent d'augmenter la quantité de fluor pour atteindre 1000 ppm dans les dentifrices dès la première dent. La concentration est ensuite adaptée en fonction de l'âge du patient et de son risque carieux individuel.



Marie Jannot



Johann Brukarz

Éclaircissement dentaire : comment gérer les sensibilités en toute tranquillité

Symposium Pierre Fabre Oral Care

Laurent Elbeze



Pourquoi savoir gérer les sensibilités lors des traitements d'éclaircissement externe ?

Parce que la demande esthétique est toujours croissante, largement influencée par les médias, les acteurs ou les réseaux sociaux ! Sur 10 patients qui se rendent au sein de votre cabinet, plus de 6 ont des attentes en matière d'esthétique, qu'ils vous le disent lors de la consultation ou pas, et parmi eux 90 % ne sont pas satisfaits de la couleur des dents. Ce phénomène s'explique par l'impact visuel immédiat du blanchiment, qui procure une apparence rajeunie. Les sensibilités secondaires ne sont pas rares, et pourtant peu de praticiens disposent d'une approche structurée et efficace pour les gérer, ce qui peut altérer l'expérience du patient et la réussite globale du traitement.



Bref état des lieux sur nos connaissances actuelles de l'éclaircissement externe ambulatoire

La littérature montre que plus on joue sur la durée et la fréquence, plus le résultat d'un éclaircissement est bon et plus on s'inscrit dans le temps (retarde la récurrence de la dyschromie). Donc le fait de réaliser une technique ambulatoire augmente la fréquence. Le fait d'utiliser du peroxyde de carbamide étale dans le temps la libération de peroxyde d'hydrogène comparé à du peroxyde d'hydrogène pure et massivement disponible sur moins de temps. Dans le cadre de Sensibilités on se dirigera vers du 10 %. Et la différence clinique entre du 10 % et du 16 % ne justifie la gestion de 2 produits différents (10 et 16 %) à gérer.

Le peroxyde de carbamide à 10 % en technique ambulatoire est donc le gold standard de l'éclaircissement dentaire

- La durée moyenne de traitement conseillée est de 4 à 5 semaines pour un patient ne présentant pas de trouble de l'émail. Il sera plus important si la diffusion du peroxyde d'hydrogène est freinée. C'est notamment le cas des fluoroses où la durée moyenne d'un éclaircissement est de 8 semaines.
- Contrairement à certaines idées reçues, l'éclaircissement ne fragilise pas l'émail. Les études montrent une amélioration des propriétés mécaniques de l'émail après un éclaircissement et une fluoruration bien menée.

Un des principes d'action d'un éclaircissement est l'opacification de l'émail. Cet émail opacifié jouera le rôle de

filtre lumineux masquant optiquement la dentine et les pigments plus profonds.

Ces traitements en ambulatoire peuvent créer des sensibilités transitoires (50 % des patients) qui sont souvent mal vécues. C'est pourquoi Laurent Elbeze conseille fortement de prévenir les patients de ce risque et du caractère éphémère de ces effets secondaires, pour éviter de perdre la confiance des patients. Ces sensibilités, pouvant



être intenses, sont directement corrélées au temps de port des gouttières, et dépendent aussi de l'état initial des tissus dentaires pré-traitement et l'exposition de la dentine. De plus dentine érodée sera bien plus sensible qu'une dentine sclérotique (hyperminéralisée).

Pour prévenir les sensibilités indésirables

Pour prévenir les sensibilités indésirables lors de vos traitements d'éclaircissement, L. Elbeze a synthétisé la conduite à tenir.

La gestion des sensibilités repose sur deux stratégies : le monitoring du port de gouttière et l'utilisation de nitrate de potassium.

- Le nitrate de potassium est aujourd'hui reconnu comme l'un des agents les plus efficaces pour la gestion des sensibilités. Appliqué topiquement, il

agit comme un anesthésique local en stabilisant les canaux ioniques au niveau des nocirécepteurs. Toutefois, dans les gels d'éclaircissement son efficacité est limitée par le fait que le peroxyde d'hydrogène pénètre plus rapidement dans la dent, atteignant la dentine en moins de quinze minutes après application. Il est alors conseillé d'utiliser un dentifrice au nitrate de potassium 15 jours avant le début du traitement (vous pouvez prescrire le dentifrice à partir de la séance où vous effectuez l'empreinte par exemple). Si le patient présente des sensibilités peropératoire, il est conseillé de porter la gouttière avec du gel au nitrate de potassium pendant 1 heure chaque jour 15 jours avant de commencer le traitement (pour préparer le terrain et juste avant de réaliser l'éclaircissement).

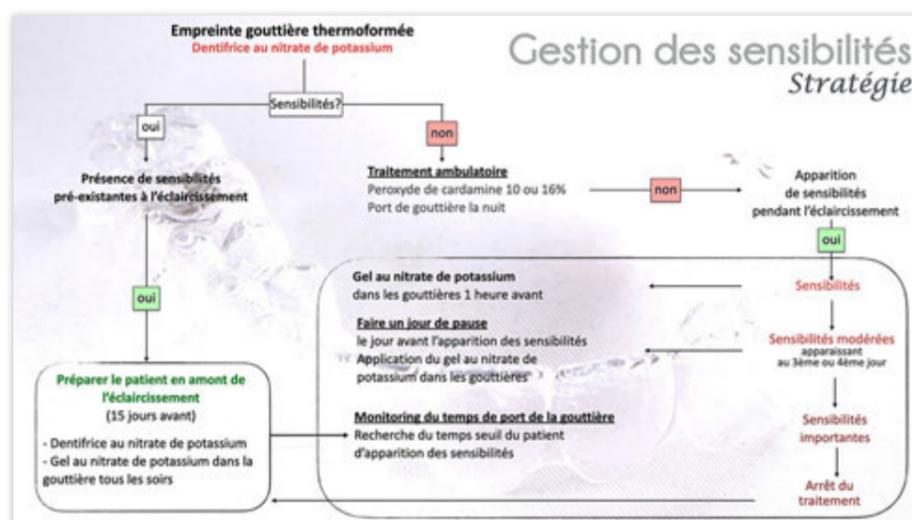
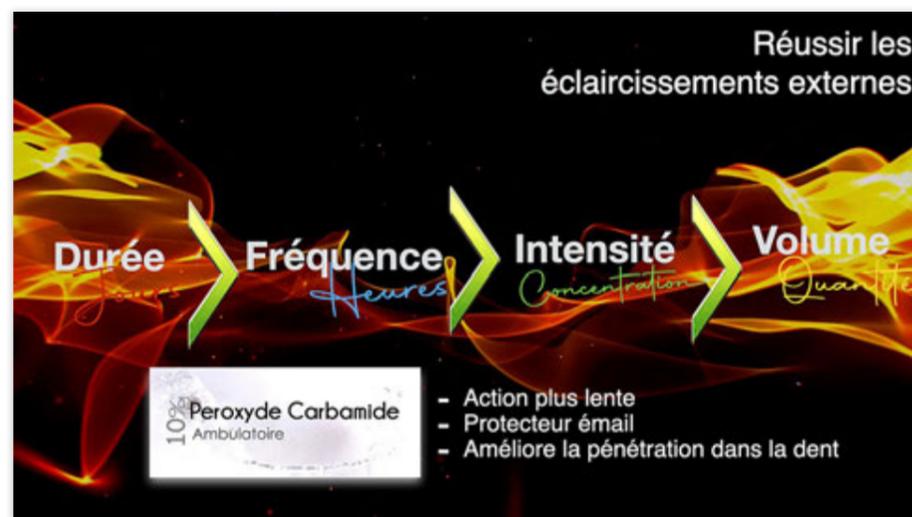
- Monitoring de port de la gouttière : il existe une corrélation directe entre le temps de port de la gouttière et l'apparition des premières sensibilités. Cependant le seuil de déclenchement des sensibilités dépend des patients et tant qu'on n'a pas flirté avec on ne peut pas anticiper ce dernier. Le protocole, proposé par Jean-Pierre Attal consiste donc à augmenter le temps de port des gouttières, de jour en jour, jusqu'à arriver aux premières sensibilités. À ce moment-là, on connaîtra le seuil de déclenchement des douleurs du patient et il suffira de se placer sous ce seuil pour poursuivre le traitement sans risque de douleurs.

Si les sensibilités apparaissent au bout d'un certain nombre de jours de traitement, une pause d'un jour peut être programmée avec une application de gel de nitrate de potassium en gouttière.

Les lésions carieuses doivent aussi être traitées après l'éclaircissement, car si du nitrate de potassium est utilisé, il n'y aura pas davantage de sensibilités. De plus, il semblerait que tout processus carieux est arrêté par l'utilisation de peroxyde de carbamide. Après le traitement, la reminéralisation est une étape essentielle pour renforcer l'émail, parfois même au-delà de son état initial et pour stabiliser les résultats esthétiques.

Conclusion

La gestion des sensibilités lors d'un traitement d'éclaircissement dentaire nécessite une approche globale, alliant une bonne préparation pré-traitement, ainsi qu'une écoute attentive des ressentis de son patient pour adopter la stratégie la plus adaptée pour poursuivre son traitement d'éclaircissement sans créer de douleurs. L'information transparente et structurée du patient reste la clé d'un traitement réussi, minimisant les risques d'abandon et garantissant une expérience positive pour le patient et le praticien. Il faut rassurer les patients sur ces sensibilités qui ne seront que transitoires, au même titre que des taches blanches éphémères peuvent apparaître de pendant l'éclaircissement.



Roman Licha





Le partenaire de vos limes de mise en forme

X-Smart® Pro+

Moteur d'endodontie avec localisateur d'apex intégré

Le moteur X-Smart® Pro+ offre des performances optimales en rotation continue et en réciprocité avec un couple allant jusqu'à 7,5 Ncm et une vitesse de 3 000 tr/min.

Le moteur X-Smart® Pro+ avec localisateur d'apex intégré permet de déterminer avec précision la longueur de travail pendant la mise en forme. Il dispose d'une LED intégrée de 10 lumens, d'un mini-contre-angle réglable sur 360° et d'une gaine autoclavable pour la pièce à main.

Le moteur d'endodontie X-Smart® Pro+ vous permet de vous concentrer sur la procédure plutôt que sur les instruments. Il s'intègre facilement à votre pratique grâce à une bibliothèque de limes de mise en forme entièrement personnalisable et mise à jour.

En savoir plus sur : www.dentsplysirona.com

ENJOY ENDO*



Impact du déficit en Claudine 10 sur l'amélogénèse : leçon d'une dent HELIX



Lauréat:
Nicolas
Obtel

Directrice de thèse:
Pr. Catherine Chaussain
Faculté: Paris Cité

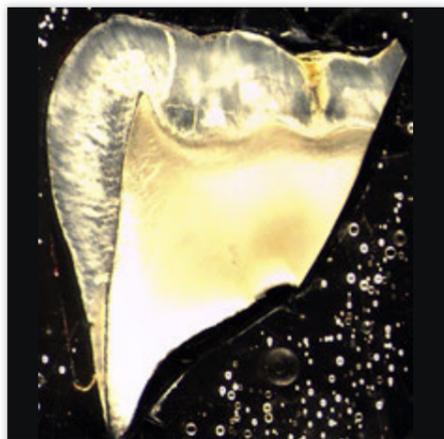
Matériel et méthodes

Échantillons

Pour cette étude, une troisième molaire inférieure a été prélevée pour raison orthodontique chez une patiente de 19 ans atteinte du syndrome HELIX. La patiente présentait une mutation du gène CLDN10, causant un déficit en claudine 10. Cette molaire était incluse et présentait un état morphologique normal à l'imagerie. Trois troisièmes molaires incluses prélevées chez des patients sains ont été utilisées comme témoins. Les prélèvements ont été réalisés avec consentement éclairé, conformément aux règles éthiques en vigueur.

Préparation des échantillons

Les dents ont été fixées dans de l'éthanol à 70 % pour préserver leur structure tissulaire. Des sections ont été réalisées à l'aide d'une scie à disque diamanté sous un jet d'eau continu, permettant d'obtenir des épaisseurs de 160 µm pour la dent HELIX et de 60 µm pour les dents témoins. Ces sections ont été polies pour assurer une surface plane et uniforme, essentielle aux observations microscopiques et aux analyses chimiques. Les sections épaisses ont été préparées pour les études micro-anatomiques et les analyses à haute résolution.



Coupe de dent HELIX (épaisseur : 160 µm) collée avec de l'Araldite® sur lame de verre (épaisseur : 955 µm) observée au stéréomicroscope

Techniques d'analyse

- Microscopie optique et microscopie électronique à balayage (MEB) : les échantillons ont été observés pour évaluer la microstructure de l'émail, incluant l'organisation des prismes et la présence de stries de croissance. Une attention particulière a été accordée aux différences potentielles entre l'émail HELIX et celui des témoins.
- Microspectroscopie Raman : cette technique a permis d'examiner la composition chimique et la cristallinité

- de la phase minérale, notamment en analysant les bandes de vibration du phosphate et du carbonate.
- Spectroscopie à fluorescence X synchrotron (SXRF) : des cartographies à résolution micrométrique ont été réalisées pour identifier les variations élémentaires, notamment en strontium, calcium et zinc.
- Spectroscopie à dispersion d'énergie (EDX) : cette méthode a permis une quantification des éléments majeurs présents dans les couches internes et externes de l'émail.

Résultats

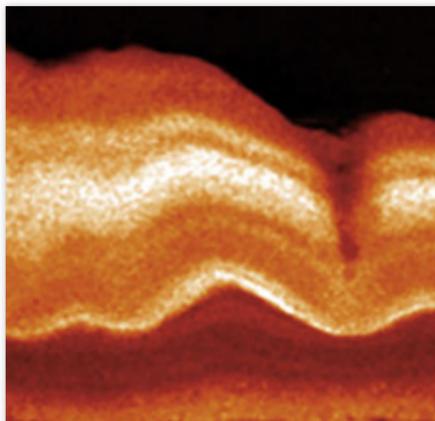
Microstructure de l'émail

Les observations par MEB ont révélé une structure normale et bien organisée de l'émail HELIX, comparable à celle des témoins. Les prismes d'émail étaient alignés et montraient une formation correcte, avec des stries de croissance nettement visibles. Cependant, des stries transversales plus marquées ont été observées dans l'émail HELIX, suggérant des variations potentielles dans la composition ou les conditions de formation.

Cristallinité et composition chimique

Les analyses Raman ont montré que la cristallinité de l'émail HELIX était similaire à celle des témoins. Le rapport Ca/P à l'EDX était légèrement plus faible dans l'émail HELIX, en particulier dans les couches externes (1,54 contre 1,58 dans les témoins). Cette différence pourrait refléter une légère altération du processus de minéralisation. Aucune anomalie significative n'a été détectée dans la dentine.

Variations de strontium



Caractérisation SXRF de la molaire HELIX (Sr)
Caractérisation SXRF de la dent HELIX pour la cartographie Sr (aperçus SXRF à 10 µm). La couronne HELIX montre des niveaux de Sr qui sont six fois plus élevés que la couronne contrôle, avec des motifs marqués d'enrichissement et d'appauvrissement alternés en Sr dans l'émail et la dentine.

Des variations marquées dans la concentration de strontium ont été observées dans l'émail HELIX. Ces variations étaient alignées avec les stries de Retzius, reflétant des épisodes possibles de perturbations physiologiques, notamment des dysfonctionnements rénaux.

Taux de formation de l'émail

Le temps total de formation de la couronne HELIX a été estimé à 1328 jours (3,64 ans), avec un taux de sécrétion quotidien augmentant progressivement de 1,96 µm/jour près de la jonction émail-dentine à 4,62 µm/jour à la surface externe. Ce schéma est cohérent avec les normes observées dans les dents humaines saines.

Discussion

Les résultats indiquent que l'émail HELIX présente une structure normale et une formation conforme aux standards observés dans les dents saines. Cependant, les variations élémentaires, en particulier en strontium, suggèrent des perturbations physiologiques associées à des dysfonctionnements systémiques. Ces épisodes de déséquilibre électrolytique pourraient avoir influencé la composition chimique de l'émail pendant sa formation.

Malgré une structure intacte, l'usure précoce de l'émail pourrait être liée à des facteurs tels que la xérostomie. En réduisant la capacité de la salive à neutraliser les acides et à protéger l'émail, cette condition exacerbe les risques d'érosion. Ces observations soulignent l'importance d'une prise en charge multidimensionnelle pour préserver la santé bucco-dentaire des patients HELIX.

Conclusion

Cette étude met en évidence que l'usure de l'émail chez les patients HELIX n'est pas due à une altération de la structure ou du processus de formation de l'émail, mais est probablement influencée par des facteurs extrinsèques à la structure de l'émail comme la xérostomie.

Les variations en strontium identifiées dans l'émail reflètent des épisodes de perturbations systémiques, notamment rénales. Ces résultats mettent en lumière la nécessité d'une approche multidisciplinaire combinant soins dentaires et gestion des conditions systémiques pour améliorer la qualité de vie des patients.

L'introduction

L'émail dentaire est un tissu unique et essentiel à la protection des dents. Il constitue la barrière extérieure des dents et joue un rôle primordial dans la préservation de la santé bucco-dentaire. Avec une phase minérale s'élevant à 96 %, principalement constituée de cristaux d'hydroxyapatite, l'émail est la structure la plus dure du corps humain. Cependant, sa formation, appelée amélogénèse, repose sur des processus biologiques complexes impliquant des interactions entre l'épithélium et le mésenchyme dentaire. Tout dérèglement de ces processus peut entraîner des anomalies structurelles ou fonctionnelles, souvent observées dans des pathologies génétiques.

Le syndrome HELIX (Hypohidrosis, Électrolyte imbalance, Lacrimal gland dysfunction, Ichthyosis, Xerostomia) est une maladie rare causée par des mutations du gène CLDN10, qui code pour la protéine claudine 10 (CLDN10) impliquée dans la formation des jonctions serrées. Ces jonctions jouent un rôle clé dans la régulation des flux ioniques et l'intégrité des tissus épithéliaux. Les patients atteints de ce syndrome présentent des symptômes systémiques variés et une usure précoce et sévère de l'émail, posant des questions sur les mécanismes précis de cette dégradation. Cette usure pourrait résulter d'une fragilité intrinsèque de l'émail due au déficit en claudine 10 ou bien d'autres facteurs tels que la xérostomie.

L'objectif de cette étude est de déterminer si l'usure de l'émail observée dans le syndrome HELIX est liée à des altérations intrinsèques de la structure de l'émail ou si elle est principalement influencée par des facteurs extrinsèques de la structure de l'émail comme l'environnement buccal et les conditions systémiques des patients.



Si votre thèse a reçu la mention très honorable, vous pouvez déposer votre candidature jusqu'à 2 ans après votre soutenance.

Les résumés des thèses seront publiés dans la revue AONews.



AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE



Thèse à envoyer en pdf au Dr André Sebbag, docsebbag@gmail.com

50^e anniversaire de l'École dentaire de l'Université de Tel Aviv



Les représentants des différents chapitres AO de par le monde ont été conviés à célébrer ce 50^e anniversaire. Certains chapitres ont bien sûr manqué à l'appel suite aux événements du 7 octobre.

Nous n'oublions pas que le chapitre de Paris a grandement participé à l'évolution de cette École, à travers l'action d'un de ses membres fondateurs, le Dr René ARAV. Ses liens avec le couple Goldshleger ont permis l'attribution d'un don conséquent à cette école dentaire qui porte leurs noms : **The Maurice and Gabriela Goldschleger School of Dental Medicine**. Nom qui s'affiche sur le fronton du bâtiment et sur tous documents officiels.

La doyenne de l'École, Rachel Sarig, a tenu à nous faire participer à l'évènement à travers le message ci-contre.

Sydney Boubli



Le 20 octobre dernier, l'École de Médecine dentaire de l'Université de Tel Aviv a célébré une étape importante de son histoire : son 50^e anniversaire. La soirée a été remplie de joie et de nostalgie, rassemblant plus de 600 élèves, professeurs et membres du personnel, dont beaucoup ne s'étaient pas revus depuis des années. Dans le contexte d'une période difficile pour Israël, ces retrouvailles ont constitué un moment de réconfort. Nous sommes profondément reconnaissants envers nos nombreux amis et sympathisants du monde entier qui, bien qu'ils n'aient pu nous rejoindre, étaient avec nous par la pensée. Nous nous souhaitons un avenir meilleur et espérons bientôt célébrer ensemble les réalisations de l'École.

Tout au long de ces décennies, l'École dentaire a toujours été fidèle à son engagement de soutenir la population en cas de besoin. En réponse à la guerre en cours, nous avons fourni des soins de haute qualité aux personnes touchées, un service qui est devenu plus essentiel que jamais. Les professeurs, les étudiants et les résidents y participent activement pour leur permettre de retrouver leur bien-être. Cet engagement reste au cœur de notre mission bien que nous continuions à aider la population pour les soins de routine ou d'urgence.

L'une des initiatives les plus récentes de l'École est un partenariat pour la gestion des familles des otages pour leur fournir des soins. Conscients des conséquences

émotionnelles et physiques qu'elles subissent, nous avons conçu une approche spécialisée axée sur un traitement attentionné. En répondant à leurs besoins, l'École vise à leur apporter plus que des soins, elle cherche à leur fournir un sentiment de soutien et de solidarité pendant cette période incroyablement difficile. Ce programme reflète l'engagement de l'École et son dévouement à soutenir les personnes durement touchées par un traumatisme.

En cette nouvelle année universitaire, l'École continue d'évoluer en fonction d'une demande différente. Le programme d'études et de recherches est sur le point d'atteindre de nouveaux sommets avec des normes toujours plus élevées. Simultanément l'École soutient ses étudiants qui ont été appelés à servir dans l'armée. Nous avons mis en place des modalités d'apprentissage flexibles pour garantir qu'ils puissent poursuivre leurs études et leur formation normalement. Ce double engagement illustre l'adaptabilité et le dévouement de l'École à favoriser l'évolution personnelle et universitaire de ses étudiants.

L'École dentaire continue à se consacrer à l'avancement de la recherche, de l'éducation et des services. Grâce à ces initiatives en cours nous continuerons à faire la différence en honorant le passé tout en façonnant un avenir qui défend les valeurs d'empathie, de résilience et de services à la population.



Rachel Sarig avec Ervin Wiess (ancien doyen)

Marc Baranes et Olivier Boujenah à Toulouse

Comment sécuriser et simplifier sa pratique implantaire avec le numérique ?

Judi 21 novembre dernier, nous recevions non pas un mais deux conférenciers et pas des moindres !

Ce sont nos confrères Marc Baranes et Olivier Boujenah qui nous ont fait l'honneur d'accepter notre invitation et de venir à Toulouse pour une très belle conférence sur le thème de la chirurgie guidée.

Marc Baranes, brillant chirurgien spécialisé en implantologie, et Olivier Boujenah, incontournable dans le numérique depuis plusieurs années et créateur du laboratoire Design 4 Me, nous ont détaillé les étapes de



FLUX NUMÉRIQUE COMPLET

la réhabilitation implantaire chez les patients édentés avec mise en charge immédiate.

Les outils numériques tels que les caméras bien sûr, mais aussi le scan facial, les guides chirurgicaux, l'impression 3D, la photogramétrie, les vis powerball, l'usage sont devenus indispensables dans l'amélioration de la précision du geste chirurgical et dans la réalisation de la prothèse provisoire, puis de la prothèse d'usage. Marc nous a montré au travers de différents cas cliniques, les différentes étapes du flux numérique complet



Marc Baranes et Olivier Boujenah avec Michel Knafo



Le président Patrick Bitoun avec Olivier et Alain Rivares



La jeunesse du chapitre



Patrick, Alexandre Romulus, A. Rivares avec Yael et Michel Knafo



Des past présidents, Richard Bensaïd et Laure Emsellem avec Karine Faget, Stéphane et Clément Gabison



Yaniv Benamou, Eli Dahan, Fabien Bitoun, et Arik Benamou



et la précision dans la réalisation des barres titanes transvisées sur les implants.

Un grand merci à Marc et à Olivier pour leur générosité, leur sens du partage et l'excellence en dentisterie qu'ils représentent à eux deux... et cela rejoint les valeurs d'Alpha Oméga.

Je remercie la société Novadent qui nous reçoit dorénavant dans ses nouveaux locaux à Toulouse. Merci à nos partenaires et à tous les participants.

Patrick Bitoun



Soirée des partenaires

Pour terminer l'année en beauté, le chapitre Strasbourg, a organisé sa, désormais traditionnelle, soirée des partenaires le 11 décembre dernier.

Initiée par le président Philippe Lévy, les partenaires y sont à l'honneur pour présenter leurs dernières nouveautés. Près de 30 confrères étaient présents pour cette soirée chaleureuse.

Ce fut un plaisir de s'y retrouver pour terminer l'année et de remercier nos sponsors du soutien inconditionnel qu'ils apportent à notre chapitre Alpha Omega Alsace. Sans eux, nous ne pourrions pas accomplir nos missions d'aide aux étudiants en difficulté, à la faculté dentaire de Strasbourg, de Jérusalem, de Tel-Aviv et au Maguen David Adom (service d'urgences médicales israélien).

Reprise des activités d'Alpha Oméga Metz-Nancy Lorraine

Le chapitre lorrain d'Alpha Oméga a repris ses activités après une longue période d'interruption.

Une cinquantaine de personnes a répondu présent pour un repas convivial de fin d'année le 12 décembre 2024, précédé par la passation de pouvoir entre **Éric Fiszon**, désormais past-président, et la nouvelle présidente **Patricia Marjenberg**.

Un nouveau bureau a été constitué avec Florence Zafrani, vice-présidente, Yaël Régnier, trésorière et les autres membres du bureau Stéphanie et Arnaud Hermann, Éric Fiszon, David Tordjmann, Antoine Rimmer et Boris Marjenberg. Les origines, le rôle et les actions d'Alpha Oméga dans le monde et en France ont été rappelés et expliqués aux nouveaux futurs membres d'AO Lorraine, et le programme des activités du chapitre pour 2025 a été présenté.



Passation de présidence entre Éric Fiszon et Patricia Marjenberg

L'organisation d'une conférence non scientifique en fin d'année, spécificité de notre chapitre, permet aux membres d'AO Metz Nancy de se réunir pendant un repas convivial.

L'invité de cette soirée était Hervé Niel, actuel adjoint au Maire de Metz chargé des questions de sécurité et auparavant Directeur départemental de la sécurité publique et coordinateur zonal de la zone de défense Est (haut fonctionnaire dans la police nationale). Dans un contexte sécuritaire tendu, tant au niveau national qu'international, notre conférencier, par son expertise dans la sécurité publique, a répondu à de nombreuses questions. Ses échanges animés avec les participants ont permis de mesurer les difficultés rencontrées par les fonctionnaires de police dans le maintien de l'ordre public, la prévention de la délinquance et du terrorisme.



Une partie du bureau, Boris et Patricia Marjenberg, Yaël Régnier, Éric Fiszon avec au centre, Hervé Niel, l'intervenant de la soirée

Le bureau va maintenant se mettre au travail pour préparer les prochaines échéances et pérenniser le chapitre AO Metz-Nancy Lorraine.

Notez déjà dans vos agendas notre prochain événement : une journée avec Charles Toledano, Chronologie clinique du traitement de l'usure le 22 mai !

Boris Marjenberg



Le numérique au service de l'esthétique et de la fonction, Jean-Christophe Paris

Il y avait foule à la dernière soirée de l'année d'AO Paris le 17 décembre dernier pour écouter Jean-Christophe Paris, fondateur de l'Académie du Sourire. Ce fut l'occasion d'échanger avec nos fidèles partenaires, de se retrouver avec plaisir et même de cotiser ! Coraline Dericbourg vous propose un résumé de cette brillante conférence.

Introduction

Quand tu auras ce genre de cas, mon garçon, il faudra que tu choisisses ton camp : ou tu fais beau et ça ne marchera pas, ou tu fais fonctionnel et ça ne sera pas beau.

➔ C'est depuis ce commentaire en sortie de faculté que le Dr Paris s'est dit qu'il fallait changer de paradigme en faisant bien et beau !

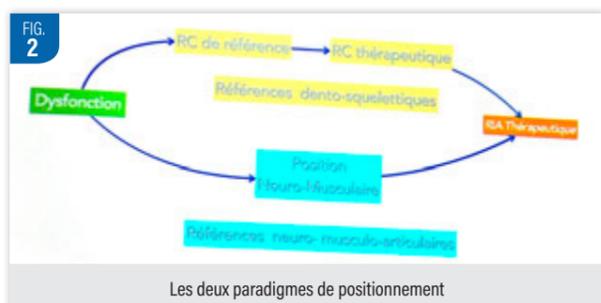
L'augmentation de la DVO

Les difficultés de réhabilitation



Cette frise montre la compensation nécessaire de l'édenté complet en rouge au « Transhumain » (vert) en passant par les édentés partiels en orange. Les patients en rouge devront compenser en permanence afin de se positionner alors qu'en orange ils devront adopter des positions dites adaptatives. En vert aucune compensation ne sera nécessaire, le patient est en position optimale. Du point de vue du dentiste, plus nous sommes vers le vert, moins nous prendrons de risques lors de grandes réhabilitations.

Le point dangereux réside dans les patients en orange qui seront propices aux difficultés d'adaptation. Un patient peut être plus ou moins adaptatif, mais il peut s'adapter puis se désadapter sans pouvoir revenir en arrière avec la correction. L'articulateur fonctionne très bien mais seulement dans la dimension verticale, on en oublie les muscles autour de cette articulation qui la font fonctionner en trois dimensions. Par exemple la règle disant qu'en augmentant d'1 mm de hauteur les molaires nous devons augmenter de 3 mm la tige incisive est vraie sur un articulateur, mais fautive dans la réalité.



Classiquement lorsque l'on a une dysfonction, on va rechercher la relation centrée de référence qui va devenir notre base de travail dento-squelettique pour trouver la relation centrée thérapeutique. L'ATM est pourtant la seule articulation, qui plus est complexe, où l'on ne s'occupe pas des muscles. C'est pourquoi en recherchant la position neuro-musculaire idéale, ce sont les références neuro-musculo-articulaires qui nous aideront à positionner le patient dans les trois plans de l'espace. Ces deux écoles ne sont pas en contradiction mais se complètent et permettront de mettre le patient dans la seule position idéale : celle où il se sent bien.

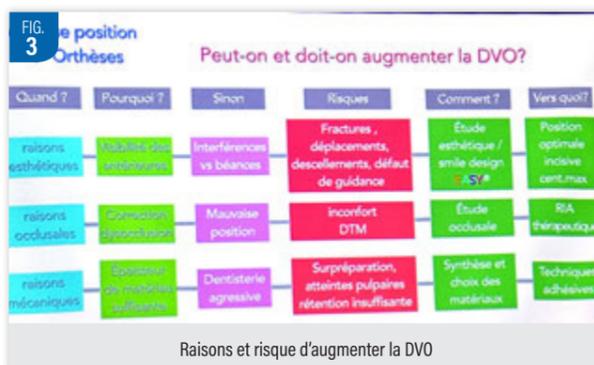
La DVO « dans les trois dimensions de l'espace »

Quand a-t-on besoin de l'augmenter ? (Fig. 3)

Comment déterminer la DVO/RIA (Relation inter-arcade) ? (Fig. 4)

L'évaluation neuro-musculaire est la plus précise.

- ➔ Plus de 90 % des patients adressés en tant que bruxomanes ne le sont pas. C'est par la perte de contact postérieur qu'ils commencent à avoir des tocs dentaires créant des usures. Le bruxomane doit avoir toutes les dents atteintes.
- ➔ L'usure des faces palatines et linguales des dents postérieures indique des régurgitations/vomissements.



Le schéma esthétique-fonctionnel

Ce schéma est composé de deux phases.

Phase pré-traitement

Nous sommes capables de savoir à quoi le patient va ressembler et comment il va être dans la fonction avant même de commencer.

- La première consultation : c'est le plus difficile, il ne faut rien dire, écouter et noter. Après cela nous savons si nous pourrions nous entendre et réaliser les souhaits du patient.
- L'étude esthétique : le protocole photo est réalisé afin d'effectuer un diagnostic esthétique qui nous amènera à l'objectif du traitement.
- L'objectif du traitement : le Smile-design va nous donner la position idéale des 8 dents antérieures. Cela permettra de proposer différents résultats au patient et de le motiver.
- Étude occlusale : un questionnaire médical est à remplir par le patient pour connaître d'éventuelles douleurs ou gênes (y compris dorsales) qui pourraient être dues à l'occlusion. Nous parlons de plus en plus de relation miocentree et c'est dans cette approche que nous devons effectuer des palpations musculaires et articulaires pour vérifier la synchronisation de la contraction des masséters. Les tests posturaux et les tests de résistance sont également intéressants pour constater une faiblesse unie ou bilatérale. L'asynchronisme ou les faiblesses mènent à la dysocclusion.
- Wax-up numérique : c'est 4h de travail en numérique vs 2 jours de travail intense en physique

Lors de grande réhabilitation, la décision thérapeutique est de commencer par une rééducation neuromusculaire avec le port d'orthèse de correction entre deux et six mois. Après équilibrage des orthèses par soustraction ou par addition, et lorsque la rééducation est faite, nous pouvons passer à des orthèses temporaires puis définitives après validation du wax-up.

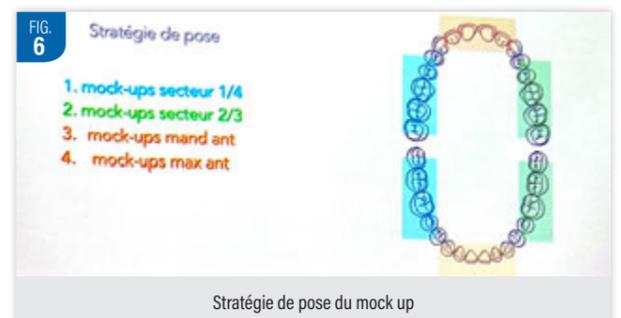


Phases de traitement

Les mock up

Nous commençons par la création de masques mock up temporaires. Une clé maxillaire et une clé mandibulaire suffisent, elles doivent être très rigides. Jean-Claude Paris garde la clé du côté opposé lors de la pose du mock up temporaire afin de garantir un positionnement parfait. Ensuite

il passera au secteur antéro inférieur puis antéro-supérieur pour finir. Cela représente des séances qui durent entre 4 et 7h. Ils conservent le mock up en bouche 2 mois minimum afin de s'assurer de l'acceptation esthétique et de l'adaptation fonctionnelle.



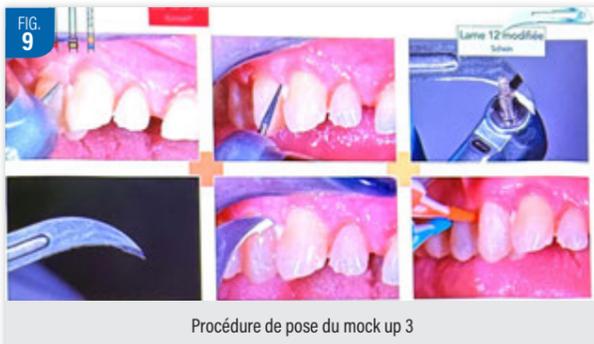
Procédure : sablage des dents et dépose de points d'etching afin de créer un point d'adhésion, le reste sera maintenu par adhérence. Après le rinçage et le séchage, nous appliquons une couche de bonding MR3 que l'on va polymériser. Le patient doit pouvoir assurer un nettoyage interdentaire durant la période de stabilisation, c'est la digue liquide dentaire blanche appliquée en vestibulaire et en palatin qui le permettra. Enfin, la clé est remplie de résine et insérée en bouche. La résine Luxatemp® est d'une grande qualité et en particulier pour les dents postérieures. Les retouches seront faites à l'aide des fraises de polissage et d'une lame 12 modifiées pour retirer la digue liquide.

L'occlusion doit être vérifiée avec l'orthèse controlatérale en bouche et corrigée au besoin. Le test de force est effectué à chaque étape pour vérifier l'adaptation neuro-musculaire. Les autres secteurs vont également recevoir le mock up en suivant la chronologie expliquée en amont, toujours en portant la gouttière d'adaptation.

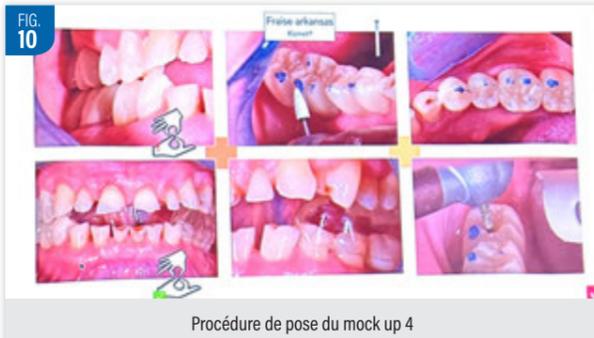
- ➔ Si nous sommes en sous occlusion : remettre de la résine dans la clé et réappliquer sur le secteur concerné. Une légère suroclusion est engendrée.
- ➔ Si nous sommes en sur occlusion : réduire à l'aide de fraise Arkansas. Nous devons retrouver au moins un point de contact par dent.

Le brillant est ensuite obtenu avec une roue de polissage en poils de chèvre qui chauffera moins que le nylon et enfin en céramique pour la finition. L'occluSense nous permettra de vérifier l'équilibrage occlusale avant de lui faire mâcher un chewing-gum mou (sans sucre). Si quand il mâche à droite il touche à gauche et vice versa, l'occlusion est bonne. Nous passons un papier rouge d'occlusion sur le côté opposé et nous lui demandons de claquer des dents en OIM, puis on échange avec le papier bleu et on lui fait mâcher le chewing-gum de l'autre côté. Nous aurons alors tous nos contacts non travaillants supprimés, cela permet de les régler.





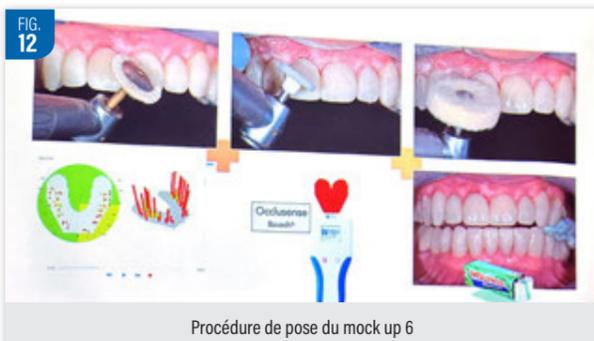
Procédure de pose du mock up 3



Procédure de pose du mock up 4



Procédure de pose du mock up 5



Procédure de pose du mock up 6

Préparation des orthèses provisoires

Comme avec le mock up temporaire, J.-C. Paris va réaliser les préparations un secteur après l'autre afin de vérifier l'occlusion. Il utilise des fraises calibrées : 2,0 pour les faces occlusales et 0,5 pour les faces vestibulaires. En retirant le mock up, nous nous rendons compte que beaucoup de dents n'ont finalement pas besoin d'être taillées.

Attention cependant car le disilicate de lithium a besoin d'un petit congé de 0,3 pour ne pas être fragilisé contrairement à la zircone qui peut être travaillée en Vertiprep. L'empreinte est faite selon la même procédure (celle qui a été vue pour le mock up) pour les prothèses définitives, dans ce cas nous choisisons des Veneerlays ainsi que des couronnes collées. Les veneerlays sont des facettes qui ont une face occlusale, elles permettent de corriger l'esthétique de la face vestibulaire ainsi que le rehaussement de la hauteur verticale.

Le collage des prothèses définitives

Pour retirer les provisoires nous devons les découper avec une fraise très fine en tungstène, elle permettra de faire la différence entre la dent et la résine au niveau de la sensation. Les fragments seront alors déposés avec une spatule de bouche, en les faisant sauter (d'où l'importance de l'adhésif MR3).

Après la mise sous digue, le Dr Paris sable la surface des dents avec du 50 microns avant d'appliquer l'etching, le bonding puis la digue liquide. Nous préparons la surface de notre veneerlay avec la sableuse, l'etching puis le primer. Nous ne mettons plus d'adhésif dans l'intrados de la pièce prothétique car cela n'apporte rien, il ne faut surtout pas le photopolymériser afin de ne pas créer d'épaisseur ou de défaut de polymérisation. Une fois le veneerlay positionné, nous retirons les excès et polymérisons. Il ajoute également un peu de glycérine sur le joint avant de polymériser une deuxième fois.

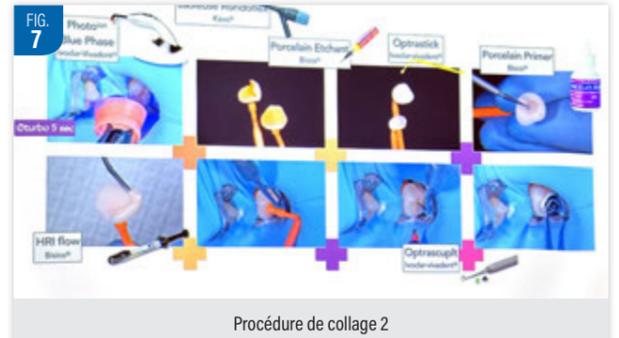
Le même procécus est exécuté sur le secteur opposé puis en antérieur. Le secteur antérieur a été réhabilité par des couronnes *a minima* collées en Emax (Fig. 13 à 15).

➔ Révision tous les ans et réglage si changement d'occlusion (Fig. 16).

Coraline
Dericbourg



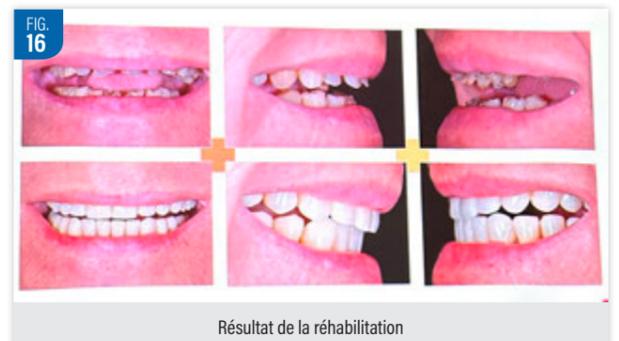
Procédure de collage 1



Procédure de collage 2



Procédure de collage 3



Résultat de la réhabilitation



La présidente Géraldine Fima Liti avec le conférencier Jean-Claude Paris et Élie Attali



Henry Abhesera entouré d'Audrey Ohayon et Catherine Dognon Haddad



Éric Castel, Philippe Madar, Patrick Lellouche, les fidèles



Nicolas Obtel, Lucie Lecot et nos nouveaux partenaires d'Eomac



André et Léonard Sebbag avec l'équipe du Laboratoire de la Main d'Or



Rafael Kalhoun, Serge Zagury, Laurent Temmam, Yaël Lellouche et Joanne Dembin



Géraldine avec Gilbert Bitton (BMD)



Carole Krief (Yelo Dental) et Béatrice Silvestre



La présidente avec Laurence Ouakil Fraidenaich et l'équipe de Predictis



Dov Derman entouré de Michael Aboulker et du référent de la soirée Lucas Hayat



Franck Bellaïche avec Élie et Alain Chalom



Michèle Albou entourée de Philippe Monsénégo et Sydney Boubil



Franck Sebban et sa team ! (Meera Lodhiya, Heloise Lopes, Ariel, Sacha Mellul)



Les copains ! Alain et Serge avec Steve Benero



David Azaria, André, Coraline Dericbourg et Marwan Daas



De nouveaux membres parmi les jeunes ! (de g. à dr.) Karen Berdah, Anaëlle Harroch, N. Obtel, L. Lecot, Augustin Chaminadour, Alexandra Cohen Sallem, Goeffrey Badoures, Victor Weil, Yohan Aboaf et Léonard



Joane Dembin avec Prune Bruneau (Pierre Fabre Oral Care)



Léa Serruya (AOPJ) avec Géraldine



Ary Karsenti et Olivier Bosi (Yélo Dental)



Notre partenaire Vatech et Mouna Assi



Michael Uzan, Mike Lahmi et A. Chaminadour



Traditionnelle remise de diplôme à notre conférencier

AO Marseille

SOIRÉE DU 23 JANVIER

Marseille accueille Benjamain Attuil

Le 23 janvier dernier, pour sa première soirée 2025, AOMP recevait notre brillant confrère Benjamain Attuil. Pour la dernière fois au Newport, avant changement de lieu, une soixantaine de membres se sont réunis pour recevoir Benjamain Attuil, implantologue installé à Paris.

Encore une fois, le buffet de Motek n'a laissé personne indifférent, et tout le monde a pu passer un moment convivial avant le début de la conférence. Beaucoup de

jeunes praticiens et d'étudiants ont fait le déplacement pour la première conférence du Dr Attuil à Marseille.

Après un mot de la présidente, rappelant les fondements de l'association, deux nouveaux membres de notre bureau Marseillais ont été présentés : Benjamain Attali et Lucas Amouyal. Puis, après avoir applaudi la libération des trois premiers otages, Romi, Doron et Émilie, nous avons laissé la parole au conférencier.

Benjamain Attuil, d'une gentillesse rare, qui a également salué la libération des 3 femmes ex-otages à Gaza, a abordé la thématique des aménagements osseux et muqueux en chirurgie pré et péri-implantaires.

La conférence a captivé la salle, et nombreux sont les jeunes ayant montré un intérêt pour la formation qu'il délivre au sein de l'IFIP, son organisme de formation à Paris.

Nous espérons sincèrement le retrouver à Marseille où il sera toujours bienvenu et accueilli avec la bienveillance et la chaleur du sud.

Notez notre prochain rendez-vous : le 6 mars avec le Docteur Franck Afota.



Présentation du conférencier



Le bureau AOMP



Benjamain Attuil, notre brillant conférencier

Marion Ammar



Petits changements, grands sourires

Des procédures peu invasives pour un impact esthétique maximal



Un adulte sur quatre ne serait pas satisfait de son sourire. Et l'impact psychosocial peut être considérable. Pourtant, nombreux sont ceux qui pourraient bénéficier de petites modifications subtiles de leur dentition...ce qui améliorerait considérablement l'esthétique globale du sourire. G-ænial A'CHORD et G-ænial Universal Injectable sont d'excellents partenaires. Grâce à une adaptation remarquable de la teinte, de la brillance et de la viscosité en fonction de vos préférences et des indications, même les exigences esthétiques les plus élevées peuvent être satisfaites.

PLUS D'INFOS





Rencontre avec... Pr Géraldine Lescaille, Chef du service de médecine bucco-dentaire de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière

AON. La première question ne change jamais, qui est Géraldine Lescaille et quel est son parcours ?

Géraldine Lescaille. Je suis professeur des universités et praticien hospitalier depuis 2017, c'est-à-dire à la fois enseignant-chercheur et praticien avec un exercice spécialisé en chirurgie orale.

Au niveau régional, je suis également chef du service de médecine bucco-dentaire de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière (PSL) depuis 2022, présidente de la collégiale des services de chirurgie dentaire de l'APHP, vice-doyen stratégie et projet de l'UFR d'odontologie de l'Université Paris Cité, et coordonnatrice des internes de chirurgie orale en Île de France. Au niveau national, je suis présidente du collège national des enseignants en chirurgie orale par intérim depuis peu et vice-présidente de la Société Française de Chirurgie Orale (SFCO).

Mon parcours a débuté par des études en odontologie en 1998, avec un cursus long car j'ai souhaité très tôt me spécialiser en médecine et chirurgie orales, et faire de la recherche en cancérologie. J'ai pu bénéficier d'une année recherche pendant l'internat (AEA) pour réaliser un master 2 portant sur les cancers oraux mais également suivre la formation du Diplôme d'Études Supérieures en Chirurgie Buccale (DESCB) pendant 4 ans puisque l'internat en chirurgie orale (DES) n'a été créé qu'en 2011. J'ai ensuite opté pour une carrière HU afin de pouvoir prendre en charge des patients nécessitant un recours hospitalier pour des lésions des mâchoires ou des muqueuses, tout en continuant mon activité de recherche et à faire de l'enseignement. Cette carrière a débuté en tant qu'AHU en 2007, puis MCU-PH à partir de septembre 2012 après l'obtention d'une thèse de doctorat d'université portant sur le développement de stratégies thérapeutiques d'immunothérapie dans les cancers oraux. J'ai ensuite poursuivi mes travaux de recherche jusqu'au diplôme d'habilitation à diriger des recherches (HDR) en 2016, avant d'être nommée PU-PH.

AON. Pouvez-vous nous parler de vos débuts dans le service de médecine bucco-dentaire ? Qu'est-ce qui vous a amené à poursuivre cette activité ? Avez-vous eu des mentors ?

G.L. J'ai débuté dans ce service en tant qu'étudiante et ne l'ai jamais complètement quitté. Passionnée par la chirurgie orale et fascinée par la recherche, j'ai eu la chance d'avoir différents mentors, des hommes et des femmes tout aussi passionnés et investis dans leurs missions hospitalières et/ou de recherche. C'est d'ailleurs grâce à eux que j'ai compris que la carrière HU était une évidence, en commençant par le passage par le concours de l'internat. Au sein de cette équipe dirigée d'abord par le Pr Azérad puis par le Pr Descroix, j'ai pu me former, notamment avec le Dr Rafael Toledo, et développer dès 2009 une consultation spécifique concernant les patients d'oncologie. J'ai ensuite organisé une équipe de chirurgie orale permettant de poursuivre mes projets de manière très fluide et cohérente.

AON. Quels ont été pour vous les principaux défis que vous avez rencontrés ?

G.L. Le cursus pour devenir PU-PH est long et pas toujours facile, mais je n'ai jamais regretté mon choix. Il y a tant à faire et la tâche est captivante ! Le principal défi a été de prendre la chefferie du service de médecine bucco-dentaire du service de PSL pro-

gressivement entre fin 2021 et officiellement en 2022. J'ai dû me former au management hospitalier, afin de prendre la suite de mon collègue et ami le Pr Vianney Descroix, qui devenait doyen de notre UFR, dans une période très spéciale correspondant à la création de l'UFR d'Odontologie parisienne unique, dans un service que j'ai connu à sa création en tant qu'étudiante de dernière année. Nous devons par ailleurs cette année-là accueillir et former pour la première dans le service les étudiants débutant de 2^e cycle alors qu'ils étaient auparavant accueillis dans le service de l'hôpital Rothschild. Le challenge était très enthousiasmant, mais difficile à relever. J'ai beaucoup travaillé et peu dormi et j'ai eu la chance d'être soutenu par une formidable équipe, et d'être accompagné au jour le jour par mes deux chefs de service adjoint le Pr Yves Boucher (PUPH) et le Dr Samantha Elbhar (PH).

Ceci va de pair avec une implication dans le challenge des réformes universitaires en cours, en appuyant la défense de l'internat en odontologie, indissociable du maintien des soins de recours hospitalier, fondé sur les différentes spécialités dont la chirurgie orale, et de travailler sur l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire.

Aujourd'hui, plus qu'hier, je m'investis pour rendre visible l'odontologie hospitalière auprès de la communauté médicale et chirurgicale hospitalière des autres spécialités. Je cherche à articuler notre activité avec celle des chirurgiens-dentistes de ville pour les soins de recours. Il est absolument nécessaire de former de futurs praticiens de ville mais également des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, ainsi que du personnel paramédical adapté à l'odontologie hospitalière (assistante dentaire niveau 1 et 2, prothésistes).

Ceci va de pair avec une implication dans le challenge des réformes universitaires en cours, en appuyant la défense de l'internat en odontologie, indissociable du maintien des soins de recours hospitalier, fondé sur les différentes spécialités dont la chirurgie orale, et de travailler sur l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire.

AON. Comment décririez-vous la dynamique pluridisciplinaire de votre service et quelles spécialités y sont présentes ?

G.L. Nous proposons tous les types de soins bucco-dentaires dans notre service, que ce soient l'orthodontie, la parodontie, l'odontologie restauratrice, l'endodontie, la réhabilitation prothétique, la chirurgie orale sous toutes ces formes y compris implantaire et pré-implantaire. PSL est dédié principalement aux adultes, mais reçoit néanmoins des enfants dans le cadre de l'orthodontie et des urgences bucco-dentaires quand les autres services de l'APHP sont fermés. Nous disposons de deux unités fonctionnelles (UF) depuis la création du service, celle des urgences bucco-dentaires qui assure nuit et jour plus de 50 000 passages par an, et celle de la PASS qui accueille les patients en situation de renoncement aux soins pour des raisons financières.

La grande majorité de nos patients sont adressés par les autres services ou par la ville, car ils nécessitent une approche hospitalière le plus souvent multidisciplinaire. Ils sont référés principalement du fait de leurs comorbidités (risques hémorragiques, infectieux, voire vitaux) ou du fait de la complexité de leur cas nécessitant une approche spécifique spécialisée : réhabilitation sur des pertes de substances des mâchoires, maladies rares avec répercussions oro-faciales, pathologies des mâchoires ou des muqueuses, douleurs oro-faciales chroniques, difficulté et complexité opératoire (implants zygomatiques, dents incluses, etc.) ou d'anesthésie générale (notamment handicap sévère).

Nous avons la possibilité depuis début 2024 d'accueillir au sein du service nos patients en hôpital de jour (HDJ). Cette innovation s'ajoute à l'offre de soins préexistante et celle prendre en charge nos patients sous anesthésie générale 2 jours et demi par semaine au sein de l'UCA, un bâtiment commun à toutes les interventions des différentes spécialités chirurgicales réalisés en ambulatoire. Plus de 300 patients sont ainsi pris en charge en hospitalisation de jour soit du fait d'une intervention sous anesthésie générale ou pour organiser une surveillance postopératoire et/ou organiser la perfusion de traitement (hémophiles notamment)/transfusion plaquettaire. Ces efforts ont été récompensés par la place au classement national 2024 du magazine Le Point qui a placé notre service 4^e pour la CHIRURGIE DENTAIRE ET ORALE de l'adulte sur 30 hôpitaux alors que nous étions 15^{es} en 2021. Nous pouvons être fiers de notre équipe, et cela laisse encore une petite marge de progression...

AON. À l'ouverture de votre service en 2002, le but était de prendre en charge les patients précaires et les urgences. Depuis l'évolution n'a cessé de progresser, en nombre de praticiens, en spécialité, en recherche, quels sont les facteurs qui ont permis cette transformation ?

G.L. Notre activité a nettement progressé. L'équipe, initialement constituée de 3 praticiens temps plein et quelques étudiants occupant une vingtaine de fauteuils comprend aujourd'hui 20 titulaires HU, 18 HU contractuels, 3 PH titulaires, 10 praticiens hospitaliers contractuels, 84 étudiants de 2^e cycle, 64 de 3^e cycle dont 33 étudiants en 6^e année, le reste étant des internes ainsi qu'une trentaine d'étudiants en formation clinique continue (DU FARIO en implantologie, DU d'orthodontie linguale, DU d'endodontie). Nous disposons par ailleurs aujourd'hui de 63 fauteuils de soins, et 7 blocs de chirurgie orale sous anesthésie locale.

L'élément initial de cette croissance a été la fermeture du CSERD (Centre de soins d'enseignement et de recherche) de Garancière rattaché historiquement à l'hôtel-Dieu de l'APHP, qui s'est accompagné du transfert de l'offre de soin sur les sites de l'hôpital Rothschild et de la Pitié-Salpêtrière en 2011. À cet évènement fondateur s'est ajoutée la mise en place de l'internat qualifiant en 2011 : la création des DES d'ODF, de MBD et de CO, a permis d'accueillir de nombreux internes sur le site PSL.

Plus récemment, en 2021, la création de l'UFR parisienne, résultant de la fusion des 2 facultés historiques, s'est accompagnée d'une répartition des étudiants de toutes les années sur l'ensemble des 6 sites hospitaliers (2 sites de l'AP-HP GH nord, Bretonneau et Louis Mourier, les 3 sites de l'AP-HP Sorbonne-Universités RTH, PSL et Charles Foix, ainsi qu'Henri Mondor). Notre équipe de praticiens H et HU est jeune, dynamique, avec une très forte énergie au service des patients et de la formation des étudiants. Parmi les éléments d'attractivité rapportés par nos praticiens, la possibilité de suivre des cas complexes hospitaliers, de travailler en équipe, de poursuivre sa formation, d'être au contact des étudiants et pour les HU plus particulièrement de pouvoir avoir une activité de recherche en cohérence avec leur activité clinique, sont les plus rapportés.

Nous avons en effet de nombreux projets de recherche clinique et transversaux avec différentes équipes, la plupart labellisées Inserm et/ou CNRS et notamment avec la nouvelle Unité Mixte de Recherche de l'UFR de l'Université Paris Cité dédiée à la santé orale (UMR



1333). Nos principales thématiques au sein du service concernent les maladies rares oro-faciales, les douleurs oro-faciales, la reconstruction tissulaire oro-faciale, l'ingénierie numérique et la réhabilitation orale, la santé publique et l'épidémiologie ainsi que l'oncologie. Enfin, dans le cadre d'une restructuration de l'activité chirurgicale au sein de l'hôpital Pitié Salpêtrière achevée en 2023, le service de médecine bucco-dentaire s'est séparé du service de chirurgie maxillo-faciale avec lequel il cohabitait depuis l'ouverture de notre service. Nous avons alors rebaptisé le bâtiment de stomatologie en Institut de Chirurgie Dentaire (ICD), que nous occupons aujourd'hui. Ceci nous donne la possibilité de mieux organiser nos activités, et notamment de déployer avec succès notre HDJ (hospitalisation de jour).

AON. Votre service joue un rôle fondamental dans la formation des étudiants. Quelles valeurs ou compétences cherchez-vous à transmettre aux futurs praticiens ?

G.L. Les étudiants débutent leur formation clinique dès le début de la 4^e année, mais les étudiants en 2^e et 3^e année viennent suivre des vacances cliniques dès le 1^{er} cycle pour se familiariser avec l'activité professionnelle de chirurgien-dentiste en parallèle de leur formation pré-clinique sur simulateur. Cela leur permet de mieux appréhender le début du 2^e cycle, et de passer du simulateur au patient avec plus en confiance. En dehors de leur formation aux gestes procéduraux, la formation aux compétences non procédurales est fondamentale pour que les étudiants deviennent des professionnels médicaux à part entière. Outre les aspects techniques et chirurgicaux, les règles éthiques essentielles du respect du patient et du secret médical sont enseignées ainsi que le respect de la déontologie professionnelle.

La formation des étudiants est assurée par des praticiens hospitalo-universitaires et hospitaliers qui accompagnent et contrôlent l'évolution progressive de leur autonomie. Le milieu hospitalier leur permet de mieux comprendre la formation médicale en prenant en charge des patients présentant des comorbidités, et d'identifier la notion de

soins de recours. Ils travaillent en équipe avec des internes en cours de spécialisation, et des seniors. Enfin, nous avons plusieurs formations continues de l'Université Paris Cité comportant des stages cliniques : le DU FARIO pour la réhabilitation implantaire orale, le DU d'endodontie, et le DU d'orthodontie linguale. Nous prévoyons plusieurs nouveaux DU pour la rentrée 25, mais suspense, je n'en dis pas plus !

AON. Comment voyez-vous l'avenir de l'odontologie hospitalière dans un environnement en constante évolution ?

G.L. Un constat tout d'abord : depuis 30 ans, l'évolution de notre profession au sein de l'hôpital a été considérable, et ce au bénéfice des patients et de la formation de nos futurs praticiens. Je distingue plusieurs éléments marquants :
- l'intégration des services d'odontologie dans les hôpitaux au même titre que les autres spécialités médicales, accompagnée d'une mutation complète de l'offre de soin ;

Ces efforts ont été récompensés par la place au classement national 2024 du magazine Le Point qui a placé notre service 4^e pour la CHIRURGIE DENTAIRE ET ORALE de l'adulte sur 30 hôpitaux alors que nous étions 15^{es} en 2021.



- la mise en place de l'internat en odontologie, et en particulier la création de la spécialité de chirurgie orale en 2011, conduisant au développement d'unités et de services de chirurgie orale remplaçant progressivement la stomatologie ;
- la création de postes de praticiens hospitaliers dans nos services de CHU ;
- la transformation des carrières hospitalo-universitaires avec la formation de praticiens enseignants-chercheurs ayant à la fois une activité clinique et de recherche spécialisée orientée vers des cohortes de patients spécifiques. Cela favorise la création d'équipes de praticiens avec des chefs de clinique junior, et permet de répondre à la fois à notre rôle de formation, de soin et de recherche. Cela a permis enfin une harmonisation de nos statuts très récemment avec la médecine et la pharmacie.

Néanmoins, il reste encore beaucoup à faire et l'équilibre est précaire. Quelques exemples :

- le nombre de postes de PH par exemple est très faible. Nous devons pouvoir proposer de nouveaux types de postes universitaires sur des formats à mi-temps pour renforcer nos équipes HU ;
- notre personnel paramédical n'est souvent pas adapté, et bien que nous ayons des assistantes dentaires dans une très grande majorité de nos services, leur nombre n'est pas suffisant, car ce métier n'est pas reconnu à l'hôpital public. Il est donc nécessaire d'ouvrir des voies de formation spécifique répondant à nos besoins, en créant des postes d'assistant dentaire hospitalier, comme il y a des préparateurs en pharmacie hospitaliers.
- la valorisation des actes dans le service public est compliquée, avec des outils non adaptés et une absence de représentation hospitalière aux tables des négociations conventionnelles, ce qui impacte lourdement nos équipes.

Il est donc important que tous les acteurs de la profession échangent et s'entraident pour que l'offre de soins perdure et continue à se développer dans nos hôpitaux. Les premiers bénéficiaires seront bien évidemment les patients mais cela permettra également une formation des futurs praticiens dans les meilleures conditions, en poursuivant le développement de la recherche et de l'innovation, et en développant de nouveaux éléments d'attractivité pour les carrières H et HU.

AON. Votre service accueille un grand nombre de patients chaque année, combien de patients passent par vos urgences et vos services et comment gérez-vous cette affluence ?

G.L. Notre service est le seul des 6 services de l'AP-HP à ne jamais fermer. Nous sommes ouverts 24h/24 et le flux des urgences est constant, avec environ 50 000 passages par an.

La journée en semaine et le samedi matin, notre service assure seul l'accueil des urgences, mais adresse les mineurs de moins de 15 ans vers d'autres sites hospitaliers notamment sur le site de RTH, sauf pendant les périodes de fermeture. La nuit, de 18h30 à 8h30, le samedi après-midi à partir de 13h30, et le dimanche et les jours fériés, la permanence des soins est assurée sur le site PSL par un senior, un interne et un externe de 6^e année (demi-garde la nuit) d'un des 6 services de l'APHP.

Notre vocation première est de prendre en charge les vraies urgences hospitalières, c'est-à-dire les hémorragies, les traumatismes, et les cellulites cervico-faciales. Néanmoins, à chaque période de congés, nous observons des hausses très importantes du nombre de patients en lien avec la fermeture de l'offre de soin de ville, pour des motifs de douleurs dentaires notamment. Les pics de passage dépassent 250 patients/jour, notamment les dimanches et jours fériés et pendant l'été, alors que l'équipe médicale est réduite. Cela est très problématique !

Outre l'épuisement des équipes hospitalières qui pallient le manque d'offre de soin, cela entraîne un allongement très important du temps d'attente et une grande difficulté à maintenir la qualité de la prise en charge. Cela souligne l'importance d'un travail collaboratif avec la ville. Nous avons déjà travaillé avec le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes lors de l'épidémie de COVID où seuls les services hospitaliers sont restés ouverts pendant de longues semaines du fait notamment du manque d'EPI. J'avais mis en place à l'époque, avec l'ensemble des services, le COVIDENT. Pendant la période des JO 24, grâce à l'ARS Île de France et au Conseil de l'Ordre et s'appuyant sur l'expérience de la COVID, nous avons pu anticiper sereinement cette période, en veillant à ce qu'un nombre suffisant de cabinets en ville restent ouverts, et que les pharmacies puissent aider à la régulation des urgences dentaires entre la ville et l'hôpital. Nous avons élaboré des fiches d'orientation permettant

un tri efficace sur des éléments spécifiques. Un travail est également en cours sur une optimisation de la permanence des soins de ville afin d'éviter de surcharger les urgences hospitalières. Un début de diminution du flux est observé depuis quelques années et nous espérons encore dans les prochaines années réduire le flux des patients présentant une urgence relative sans nécessité de recours hospitalier.

AON. Votre service est un centre de compétences ORARE pour les maladies rares et collabore avec la plateforme handiconsult. Pouvez-vous nous expliquer comment vous adaptez la prise en charge de ces patients souvent difficiles à gérer au sein des cabinets de ville ?

G.L. Nous sommes un centre de compétences maladies rares ORARE, rattaché au centre de référence de l'hôpital Rothschild. Notre rôle est de diagnostiquer et de prendre en charge les patients atteints de maladies rares avec une répercussion bucco-dentaire nécessitant des soins adaptés. Il s'agit par exemple de suite de séquelles de fentes, d'amélogénèse ou dentinogénèse imparfaite, de syndromes génétiques avec des malformations bucco-dentaires, ou de patients de centres de maladies rares nécessitant une prise en charge hospitalière compte tenu des risques en lien avec les soins notamment lorsqu'ils sont invasifs (Hémophilie, Dermatoses bulleuses, Ehler-Danlos, Sclérodermies, etc.). Nous travaillons par ailleurs avec la plateforme handiconsult de l'hôpital et avec l'hôpital Necker, pour la prise de patients présentant un ou des handicaps sévères ne permettant pas une prise en charge de ville et nécessitant notamment une anesthésie générale.

Les différentes spécialités odontologiques travaillent ensemble pour le bénéfice des patients nécessitant un recours hospitalier et leur expérience est déterminante pour le traitement des cas complexes. Les orthodontistes de notre service par exemple interviennent sur de nombreux patients présentant des maladies rares avec des répercussions malformatives nécessitant une prise en charge multidisciplinaire impliquant les internes des

trois filières et d'autres spécialités chirurgicales telles que la CMF et l'ORL.

Nous prenons en charge les patients à besoins spécifiques de l'ensemble des autres services du groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière et souvent d'autres hôpitaux nécessitant une prise en charge adaptée, notamment bilan et élimination des foyers infectieux en aiguë ou avant de débiter un traitement, réhabilitation en prothèse maxillo-faciale pour les patients ayant un ATCD oncologique, soins des patients hospitalisés de longue durée...

AON. Y a-t-il un système, une plateforme pour le praticien libéral afin de vous adresser des patients simplement ?

G.L. C'est un point difficile du fait d'un secrétariat médical insuffisamment dimensionné par rapport aux besoins du service, et que nous ne maîtrisons malheureusement pas. Nous fonctionnons pour le moment avec un formulaire en ligne permettant aux patients de déposer le courrier réalisé par le praticien qui nous adresse le patient. Nous répondons également par mail aux praticiens qui nous contactent. Nous souhaitons déployer rapidement un système de télé expertise, notamment pour les patients présentant des lésions de la muqueuse ou des images radiologiques inhabituelles, ou pour évaluer la nécessité d'un recours hospitalier selon une pathologie ou un traitement. Cela permettra de faciliter les échanges dans un cadre médical et juridique.

AON. Enfin, quels messages souhaiteriez-vous transmettre à nos confrères suite à votre expérience et votre engagement au sein de ce service ?

G.L. L'amélioration de la santé orale des patients est un problème de santé publique et un défi médical majeur que nous devons relever. La formation initiale des étudiants et la formation continue des praticiens sont des éléments clés. L'articulation des soins entre la ville et l'hôpital est une nécessité. Nous devons coordonner et adapter l'offre de soins proposée par les chirurgiens-dentistes de ville référents et les spécialistes hospitaliers. Seule cette coordination effective permettra une prise en charge optimisée des patients, du diagnostic des pathologies oro-faciales à la réhabilitation bucco-dentaire, en prenant en compte la prévention.

Propos
recueillis par
Julien Biton



Nous sommes un centre de compétences maladies rares ORARE, rattaché au centre de référence de l'hôpital Rothschild. Notre rôle est de diagnostiquer et de prendre en charge les patients atteints de maladies rares avec une répercussion bucco-dentaire nécessitant des soins adaptés.

72^{ème} Congrès de la Société Française de Chirurgie Orale

sfco
www.sfco2025.fr

4.5.6 JUN 2025

Belfroi de Montrouge
Centre Culturel et de Congrès

PARIS M 4

• La reconstruction tissulaire en Chirurgie Orale
Préserver • Réparer • Régénérer

• Implantologie



PROCHAINS ENTRETIENS DE GARANCIÈRE



EG 7 | 2024

Pourquoi la navigation est-elle l'avenir de la chirurgie implantaire ?

Conférenciers: Hadi Antoun, Paul Challita, Liliane Malakani, Ghita Debbagh

Responsable de la séance: Jérôme Lipowicz



Introduction

L'objectif de toute chirurgie implantaire c'est obtenir la plus grande similitude entre la planification opératoire (mentale, analogique ou numérique) et le résultat chirurgical final peu importe la méthode utilisée.

Évolution

La chirurgie à main levée

Les premières poses d'implants ont été exécutées seulement avec l'aide du panoramique dentaire, des rétro alvéolaires et d'une planification mentale; le CBCT arrivant dans ce domaine une dizaine d'années plus tard. Les logiciels de planification n'existant pas à cette époque, c'est à l'aide de calques reportés sur



3M™ Filtek™ Easy Match Universal Restorative

NOUVEAU
3 teintes.
1 choix simplifié.
1 technologie de confiance.

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



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.

3 achetés
= 1
OFFERT**

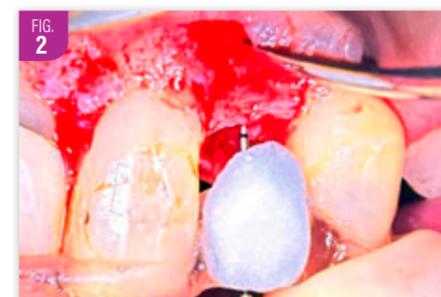
Offre spéciale !

Achetez trois réassorts du composite 3M™ Filtek™ Easy Match Universal Restorative et obtenez-en un autre gratuitement !



les négatoscopes que l'on prévoyait le placement et la taille des implants.

C'est ensuite la création des guides analogiques, créés par les prothésistes, qui augmenteront la précision de nos actes chirurgicaux grâce à l'essor des planifications informatiques. Ils sont élaborés grâce à l'étude pré-implantaire et l'étude pré-prothétique via un wax-up. La prothèse passe au centre du projet de restauration implantaire, la vraie difficulté étant de transposer la position des implants par rapport au projet prothétique. Les guides radiologiques utilisés avec de la résine imbibée de sulfate de baryum permettront donc, dans un second temps, de visualiser le projet prothétique par rapport au volume osseux dont on dispose. Le résultat final peut être très semblable à celui imaginé lors de la planification mais il restera « approximatif ».



Guide radiologique permettant la planification des implants 12 et 22

- ➡ Implant trop vestibulé = dent trop longue
- ➡ Implant trop palatinisé = trop gros décalage entre l'implant et la future couronne compliquant l'accès au nettoyage.

Ce qui a fait passer Hadi Antoun à la chirurgie guidée c'est justement le manque de précision qu'apporte la chirurgie à main levée; il n'y a pas d'échec prothétique mais une ambition de précision est recherchée.

*Teintes Claire (Bright), Naturelle (Natural), Saturée (Warm)
**Offre valable jusqu'au 31 mars 2025. Limitée à 5 offres maximum par chirurgien-dentiste. Offre non panachable et valable dans la limite des stocks disponibles. Achetez 3 réassorts de 3M™ Filtek™ Easy Match Universal Restorative, 0,2 g, 20 capsules (6210B Bright, 6210N Natural ou 6210W Warm) et obtenez-en 1 gratuitement. OU Achetez 3 réassorts de 3M™ Filtek™ Easy Match Universal Restorative Intro Kit (6210K Capsule/ 6220K Seringue) et obtenez-en 1 gratuitement. 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.

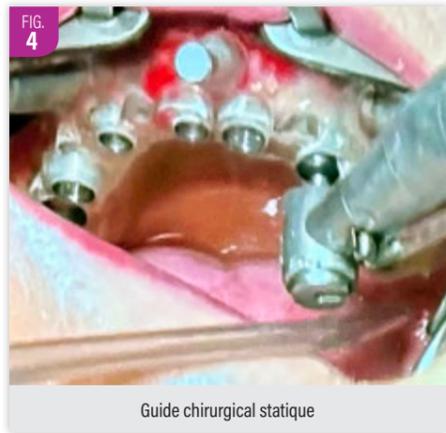
De la chirurgie à main levée... à la chirurgie guidée statique

Il est indispensable de savoir poser un implant à main levée avant d'utiliser les systèmes de chirurgie guidée. Le système n'est pas infallible, il est donc nécessaire de pouvoir s'en défaire. Le guide chirurgical statique est stabilisé par une cale occlusale et fixé par des clavettes latérales afin de réaliser la pose des implants en flapless full-guided.

La mise en place de la chirurgie guidée statique nécessite plusieurs étapes :

- CBCT
- Wax-Up ou modélisation informatique : issus de l'examen clinique et des empreintes numériques ou chimiques
- Matching du projet prothétique avec le CBCT
- Planification : simulation des futures dents et des futurs implants
- Impression du guide chirurgical numérique

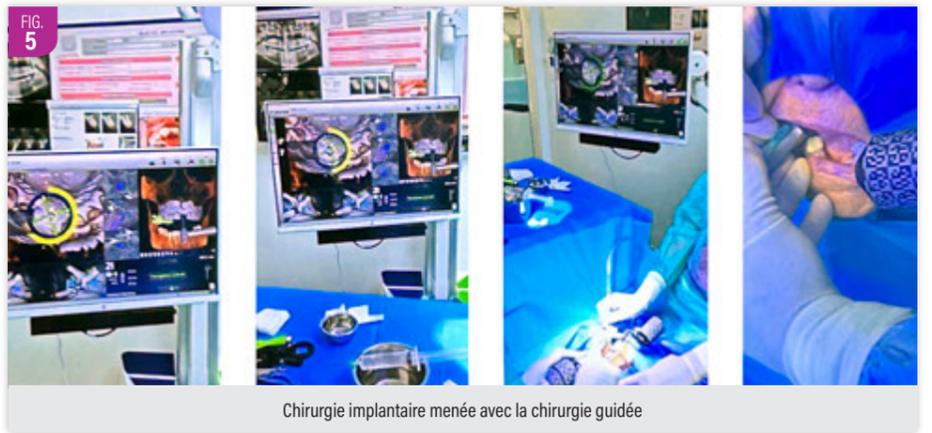
➔ Il est possible de déléguer ces étapes à son prothésiste ou à une entreprise dédiée.



Guide chirurgical statique

Intérêt de la chirurgie guidée

- Précision, prédictibilité, sérénité
- Repères anatomiques : on peut les contourner et augmenter nos indications
- Contournement des greffes osseuses
- Moindre invasivité – flapless (cicatrisation, confort, saignement) : Gain de temps au fauteuil



Chirurgie implantaire menée avec la chirurgie guidée

La chirurgie guidée statique

Inconvénients de la chirurgie guidée statique

- Stabilité : lié à l'empreinte, le prothésiste, l'imprimante 3D, la résine mal employée...
- Adaptation : si des soins ont été faits sur une dent entre deux rendez-vous. Les fenêtres d'inspection sur les

guides sont indispensables afin de vérifier l'enclenchement maximal du guide

- Fracture : généralement liée au positionnement en force du guide. Rare.
- Compression des tissus mous : notamment si des lambeaux doivent être levés
- Ouverture buccale limitée : règle des 3 doigts. Les instruments sont allongés d'1 cm.
- Chirurgie bloquée : il n'est pas possible de changer de plan de traitement en cours de chirurgie, l'implant devra alors être posé à main levée.
- Sensation tactile : la douille ne permet pas de ressentir la stabilité primaire de l'implant.
- Trousse différente dédiée : sauf si l'on utilise la chirurgie guidée pilote seulement (guide l'axe et la position de l'implant)
- Absence de vérification de précision : on ne sait pas si le guide correspond parfaitement à la planification ou s'il est bien enclenché.
- Encombrement qui peut réduire l'irrigation des forêts

➔ La responsabilité pleine et entière du succès ou de l'échec de la chirurgie repose sur le chirurgien-dentiste. Les laboratoires ou entreprises fabricantes ne seront pas responsables y compris si le problème résulte d'une mauvaise confection.

Avantages de la chirurgie guidée statique

- Approche avec le plus de recul
- La plus accessible à un plus grand nombre de praticiens par son faible coût de fabrication et l'absence d'investissement important
- Plus accessible aux débutants en implantologie
- Meilleur contrôle du guidage des forêts et de la mise en place des implants

La chirurgie guidée dynamique

Principes

Elle est basée sur la technologie de suivi de mouvement et permet d'éviter les guides chirurgicaux. Des caméras stéréoscopiques placées au-dessus du patient permettent de suivre la chirurgie sur un moniteur. Nous posons ensuite deux trackers sur la mâchoire du patient (fixe) et au contre-angle (en mouvement) afin de permettre aux caméras de capter, puis d'afficher les mouvements de ces derniers sur le moniteur. La gestuelle est différente et nécessite une courbe d'apprentissage importante, c'est l'un des inconvénients de cette technique. Le dispositif est un peu encombrant mais léger (Fig. 5).

Protocole de base

- Scan CBCT : réalisé avec des repères fixes en bouche (X-Clip) ➔ Dr Lipowicz préfère faire le CBCT sans le clip, il le synchronisera et le calibrera le jour de la chirurgie. Cette technique est un peu chronophage mais encore plus précise.
- Planification du traitement : avec ou sans empreinte optique.
- Passage à la chirurgie et mise en place des implants avec la navigation ++.

X-Clip : Dispositif thermoplastique chauffé puis porté par le patient pendant l'acquisition tomographique et le jour de la chirurgie. Il doit impérativement être replacé dans la position exacte où il se trouvait lors du CBCT afin d'avoir un repère fixe en bouche.

Arthrodont

EXPERT

-97%
DE SAIGNEMENTS
occasionnels des gencives*



APAISANT

ACIDE GLYCYRRHÉTIQUE
0,7%

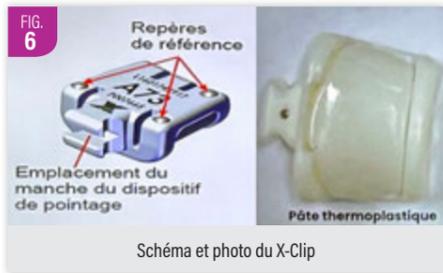
+

ANTIBACTÉRIEN

DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE
0,12%

Pierre Fabre
ORAL CARE

* Réduction des saignements occasionnels évalués par indice clinique auprès de 44 sujets après 1 mois d'utilisation.



Les avantages de la chirurgie guidée dynamique

- Rapidité : le CBCT, planification et la chirurgie peuvent être faits en une journée
- Pas d'imprimante 3D
- Suivi et visualisation en temps réel : possibilité de vérifier la précision à tout moment de l'intervention
- Planification plus simple et plus rapide : Lorsque l'on ne prend pas d'empreinte optique sinon c'est pareil qu'en statique.
- Meilleure vision du champ opératoire
- Possibilité de modification de la planification lors de l'intervention
- Sensation de forage et de stabilité primaire inchangée : un des grands avantages relevés par H. Antoun.
- Amélioration de l'irrigation
- Pas de gêne lors d'espaces étroits : comme pour les incisives mandibulaires
- Pas de trousse spécifique et universelle

➔ Autre indication : lorsque l'on oublie d'imprimer le guide 😊.

Les inconvénients de la chirurgie guidée dynamique

- Temps de calibrage : environ 5-10 minutes, possibilité de le déléguer aux assistantes.
- Encombrement dans la bouche du patient
- Coût élevé car peu de fournisseurs : 40 000 € + clips personnels consommables. Il faut l'intégrer dans le devis car l'opération est préparée et menée « en amont ». Il y a un code CCAM pour la chirurgie guidée.
- Courbe d'apprentissage plus longue
- Grand champs CBCT nécessaire
- Plus invasif pour les édentés complets car nous devons faire une incision pour fixer le clip sur la symphyse ou sous les fosses nasales.

Précision chirurgie guidée statique vs dynamique

Trois études ont été sélectionnées pour évaluer la précision des deux différents systèmes de navigation calculant les déviations du col de l'implant, la déviation à l'apex et la déviation angulaire. À quelques dixièmes près, nous obtenons des valeurs environ équivalentes avec un léger avantage pour la navigation dynamique qui n'est pas statistiquement significatif.

Les études :

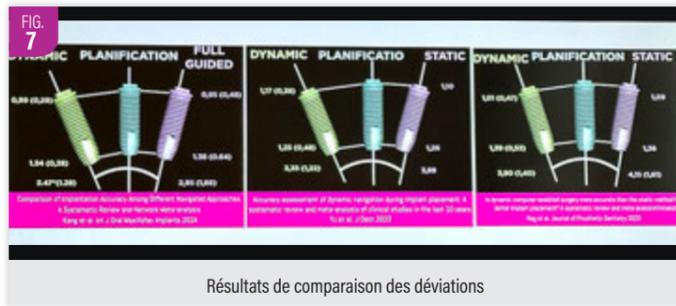
- *Comparison of Implantation Accuracy Among Different Navigated Approaches. A Systematic Review and Network Meta-analysis.* Kang et al. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2024
- *Accuracy assessment of dynamic navigation during implant placement: A systematic review and meta-analysis of clinical studies in the last 10 years.* Yu et al. *J Dent* 2023
- *Is dynamic computer-assisted surgery more accurate than the static method for dental implant placement? A systematic review and meta-analysis.* Vinnakota. *Nag et al. Journal of Prosthetic Dentistry* 2023

Stratégies thérapeutiques de la chirurgie guidée dynamique

Les indications de la chirurgie dynamique

- Unitaires
- Édentement petite et moyenne étendue
- Édentements unilatéraux
- Édentements complets

➔ La chirurgie guidée dynamique permet de faire une extraction implantation avec soulever cristaux contrôlé du sinus en flapless.



- ➔ Les greffes osseuses peuvent être évitées même avec des implants très angulés.
- ➔ La navigation a réponse à tous les inconvénients de la statique

Difficultés préopératoires

- Stabilité du dispositif intra-buccal
- Reconnaissance du dispositif par rapport au CBCT

Complications peropératoires

- Manque de précision (attention aux valeurs aberrantes)

- Repérage plaque, contre-angle
- Accès difficile par l'encombrement

Suivi de cohorte par H. Antoun et son équipe: la chirurgie guidée naviguée par Xguide

Objectif : évaluer l'influence de la mise en place d'implants par chirurgie guidée naviguée sur les paramètres cliniques et radiologiques.

C'est une étude monocentrique menée entre 2019 et 2023 sur 484 patients, âgés en moyenne de 61 ans, avec 564 implants posés dont 17 en secteur antérieur. 310/564 ont

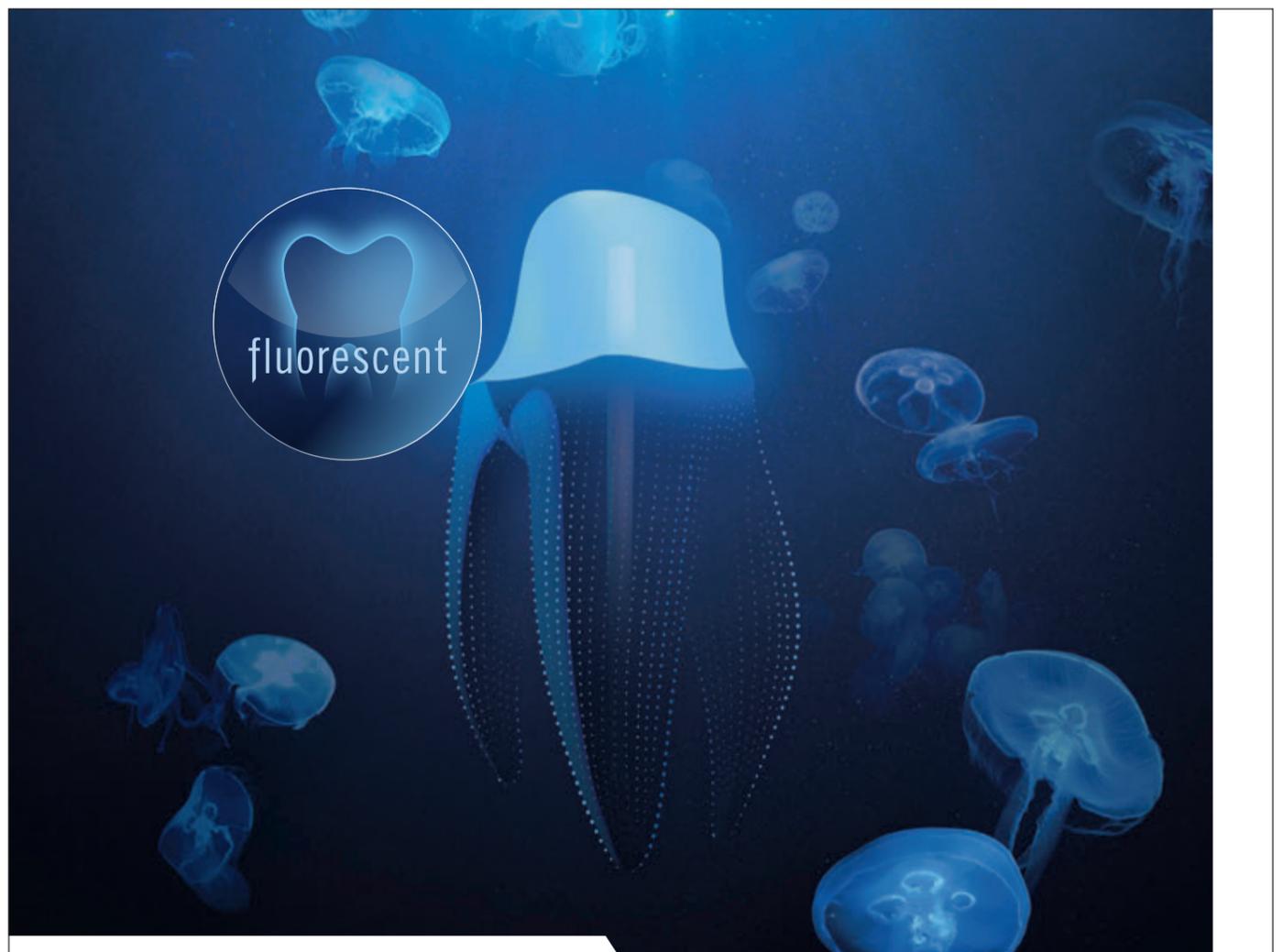


- Outil complémentaire et efficace dans la chirurgie implantaire et de reconstruction
- Précision similaire et + à la chirurgie statique
- Mini Invasif: - Flapless - Mini Lambeau
- Aide au positionnement de la fenêtre d'accès sinus
- Réduit le taux de greffe osseuse et facilite les EIT

été posés en flapless et 270/564 étaient des extractions implantations immédiates. Résultats préliminaires : 2 implants déposés (tous n'ont pas encore reçu leur prothèse).

Conclusion (Fig. 8)

Coraline Dericbourg



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)



Rendez-vous visite
Cologne, 25. – 29.03.2025
Hall 10.2 : Stan N10/O19 + N20/O29
Hall 5.2 : Stan C60

Rebilda® DC fluorescent



VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Allemagne · Numéro vert 00 800 44 444 555 · www.voco.dental





Les guerriers de l'hiver

Olivier Norek | Éditions Michel Lafon

Prix Jean Giono 2024 – Prix Renaudot des lycéens 2024



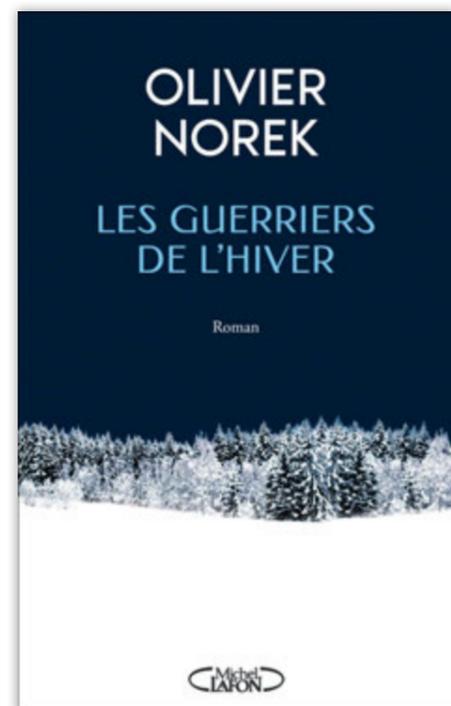
La Mort Blanche...

Quand un ancien flic et l'une des meilleures plumes du polar arme son stylo pour viser l'histoire, l'envahissement de la Finlande par Staline en 39, il fait mouche et nous livre un roman historique haletant comme un policier.

La Finlande, pendant des siècles fut une partie de la Suède, elle est passée sous souveraineté de Russie pendant un siècle encore pour devenir indépendante en 1917. À peine 22 ans après cette indépendance, l'ours soviétique, avec ses 170 millions d'âmes et ses 3 000 chars, décide de dévorer la blanche et neutre colombe finlandaise, peuplée en 1939 de moins de 4 millions d'habitants n'ayant pour se défendre que 30 chars ! Des colonnes de chars contre des vieux fusils, un million de soldats rouges contre des ouvriers et des paysans en combinaisons blanches. L'histoire appellera ce conflit la Guerre d'Hiver mais l'histoire était-elle écrite ?

Olivier Norek nous donne une clé essentielle : *Les conflits passés racontent qu'il faut cinq soldats entraînés pour affronter un homme seul qui se bat pour sa terre, sa patrie et les siens.* L'histoire résonne et bégaye curieusement avec le conflit actuel russo-ukrainien où la disproportion des forces en présence est aussi importante, même si l'Ukraine bénéficie d'une aide considérable européenne et américaine en matériels. Dans cette guerre russo-finlandaise de 1939, la notion de patrie, tant décriée chez nous comme une valeur d'extrême droite, prenait à cette époque tout son sens. Même les femmes prirent l'uniforme, comme infirmières (les Lottas), ou pour assurer la logistique des bases arrière, mais aussi les armes pour défendre leur terre. Nous sommes en hiver, la température descend jusqu'à moins 40° ou moins 50°, un homme immobile pendant quelques minutes peut très vite mourir de froid. Pourtant cet environnement hostile, auquel

les Finlandais sont habitués, leur a forgé un moral d'acier et dissimulés dans d'immenses forêts, dans cet univers blanc, camouflés dans ces combinaisons blanches, ils disparaissent dans ces paysages monochromes. Il n'y a qu'une seule route, les chars russes progressent lentement, mais les Finlandais tapis dans l'ombre blanche et derrière les arbres vont les prendre à revers et leur infliger de lourdes pertes avec leurs bombes artisanales qu'ils jettent dans le cockpit des chars, les fameux cocktails Molotov*. Ils disparaissent et le scénario va se répéter pendant des jours et des jours jusqu'à ce que les Russes comprennent qu'il faut tracer des routes à travers la forêt et ne plus rester sur l'unique tracé finlandais. Personne n'ose avouer à Staline l'ampleur des pertes, lui qui pensait anéantir ce peuple en quelques jours sous les 20 millions d'obus largués au cœur de cette terre. *Tu as sûrement entendu parler des enfers... L'Union Soviétique a envahi un voisin si*



infiniment petit qu'il ne pouvait lui faire aucun mal. Une petite nation qui n'aspire à rien d'autre que de vivre en paix en tant que démocratie.

La guerre va durer 105 jours. Les généraux russes et les commissaires politiques se succèdent, incapables de diriger une armée hétéroclite, certains bataillons ne parlent pas la même langue. Un autre obstacle va se dresser sur la route des Russes, Simo Häyhä, un jeune homme, garçon de ferme qui va s'avérer être le plus grand sniper de tous les temps, pouvant toucher une cible sans la voir, sans lunette de précision, à 490 mètres. Une légende, « La Mort blanche » surnommé ainsi par les Russes. Pour Simo le pire n'est pas la mort mais de voir mourir les siens, ses amis qui tombent autour de lui. Olivier Norek nous traduit remarquablement les sentiments de ce jeune Simo au combat sur le front : *La vengeance ne répare rien, ne ressuscite personne, elle remplit le vide de l'absence, elle donne un but pour ne pas sombrer, elle retient la tristesse et la colère, et une fois assouvie, elle libère tout en seul flot dévastateur, sans que rien n'ait vraiment changé. Ainsi, la Mort Blanche n'était ni repue ni apaisée, et le feu de sa rage en rien éteint.*

Le bilan de cette guerre désastreuse fut énorme pour les Russes, près de 400 000 blessés, tués ou disparus, dont il ne fallait surtout pas faire mention et jusque dans les manuels scolaires. Les Finlandais qui devaient pleurer 70 000 de leurs paysans-soldats, avaient fait néanmoins 6 000 prisonniers. Quand ils furent restitués à la Russie, la plupart furent exécutés dès leur retour, pour les autres ce fut l'exil au goulag, leurs mémoires bâillonnées au fond d'une cellule. Le prix de la honte pour cette victoire à la Pyrrhus qui devait sombrer dans les profondeurs de l'oubli. Le cynisme et la cruauté de Staline pouvaient rivaliser avec celle d'Hitler. Quand l'armistice fut déclaré le 13 mars 1940, il devenait effectif deux jours plus tard, mais dès le lendemain de la signature, l'armée rouge déversa sur la Finlande toute sa réserve de deux mois de bombes ! C'est grand, c'est beau le communisme ! N'oublions pas que récemment, le premier secrétaire du parti communiste, le sympathique Fabien Roussel, amateur de steaks et de barbecue, dans une école et devant de jeunes enfants, hésitait à classer Staline du côté des amis ou des ennemis...

Olivier Norek, avec son talent d'historien et de conteur, nous offre un passionnant ouvrage historique sur cet épisode peu connu de la dernière guerre mondiale, c'est haletant comme un polar, remarquablement écrit et documenté, la bibliographie est impressionnante. L'ex flic, déjà excellent spécialiste du polar, entre dans la cour des grands écrivains. À ce propos, Il me revient une citation magnifique du grand écrivain américain, Philippe Roth (*J'ai épousé un communiste*): *Quand on généralise la souffrance, on a le communisme, quand on l'individualise, on a la littérature.*

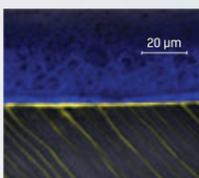
** Molotov, chef du gouvernement russe, quand il a bombardé Helsinki, au premier jour de la guerre a rassuré l'opinion internationale en promettant qu'il ne s'agissait pas d'obus mais de paniers repas envoyés à la population affamée. Alors s'il offre la nourriture, ce serait impoli de ne pas venir avec une bonne bouteille ou un petit cocktail ont riposté les Finlandais !!*

INTERNATIONALEMENT RÉCOMPENSÉ



SDI | STELA L'AVENIR DES COMPOSITES

- ✓ Profondeur de polymérisation illimitée [Touch-cure mode]
- ✓ Interface étanche
- ✓ 2 étapes : 15 secondes
- ✓ Résistance élevée
- ✓ En capsule ou seringue automix



ÉTUDE : INTERFACE PARFAITEMENT ÉTANCHE

Micrographie confocale d'une interface Stela-dentine parfaitement étanche. Notez la profondeur de pénétration du Stela Primer [jaune] dans les tubules dentinaires. Source : SAURO, Salvatore et al. 2022.

AVANT



APRÈS



Prof. Rocio Lazo



SCANNEZ POUR DES INFORMATIONS SUR STELA

SDI | YOUR SMILE. OUR VISION.

SDI Germany GmbH
Hansetrasse 85, D-51149 Cologne
Tel. +49 (0) 2203 9255 104





Une journée ordinaire de dentiste

Tout commence avec ce patient venu « juste pour un petit détartrage », alors que l'état de sa bouche évoque plutôt Hiroshima et Nagasaki réunis. Par où commencer ? Comment lui faire comprendre l'ampleur des dégâts, quand il perçoit à peine le problème ?

À l'inverse, le patient suivant débarque pour « une dent qui a explosé », et il nous faudrait presque un microscope électronique à balayage pour espérer en retrouver ne serait-ce qu'un fragment d'email. Finalement, le patient précédent n'était peut-être pas si mal... !

Au suivant ! Mais il n'est pas en salle d'attente, et nous pouvons attendre jusqu'au soir, car lui, ne viendra pas. Il faut lui reconnaître une certaine constance : ce n'est pas la première fois.

Puis il y a celui qui, après un doctorat en dentisterie obtenu sur Internet, en sait évidemment bien plus que nous. Ce n'est que lorsqu'on lui tend le miroir et qu'on lui propose d'utiliser notre turbine pour se soigner lui-même qu'il nous concède quelques utilités.

Le patient suivant, bénéficiaire de la CMU, vient les mains dans les poches et veut « ce qu'il y a de mieux et de plus beau ». Son souhait est certes légitime, mais cela se gâte un peu lorsqu'on lui explique que nous sommes dans un cabinet dentaire ! On a tous déjà entendu cette phrase « mais je ne comprends pas Docteur, dans le centre à côté je n'ai jamais rien payé ».

Fort heureusement, il y a tous les autres. Ces patients qui viennent sincèrement nous demander notre aide, qui respectent notre savoir, qui viennent

à l'heure à leur rendez-vous et qui font des efforts pour réhabiliter leur bouche. Ces patients, on les aime. Ce sont eux qui font de notre métier le plus beau métier du monde.



Roman Licha, chirurgien-dentiste



David Naccache, interne

Selfies AO



Le monde tel qu'il est

À Paris, 19 % des personnes de plus de 15 ans sont **retraitées**. C'est 36 % dans l'Orne.

En 10 ans, les **loyers** des logements ont progressé de 8 % en France, de 14 % en Allemagne, de 60 % en Irlande. Ils ont baisé de 25 % en Grèce.

2 % des Français, 3 % des Allemands, 7 % des Italiens, 38 % des Ukrainiens ont déjà versé un **pot-de-vin** pour accéder à un service de base.

Depuis 2015, le nombre d'**intermittents** du spectacle indemnisés est passé de 120 000 à 140 000.

Le premier **ordinateur portable** a été commercialisé il y a 40 ans. Il pesait 11 kg et coûtait 5 200 dollars.

38 % de l'**électricité** mondiale est toujours produite avec du charbon.

1 430 milliards de **photos numériques** ont été prises en 2020.

6 600 milliards de dollars en **pièces et billets** sont en circulation dans le monde.

Le Chine représente 30 % des importations de **vêtements** de l'Union Européenne en 2020. Le Bangladesh pèse 18 % et la Turquie, 12 %.

Pékin compte 100 **milliardaires**, 1 de plus que New York.



Joël Benguigui

Product manager
France endo, Kerr

Votre dîner idéal réunirait...
Ma future femme et nos 5 enfants avec leurs compagnes

Vos trois films incontournables
Indiana Jones et les aventuriers de l'arche perdue (S. Spielberg), Le Parrain (F. Coppola), La liste de Schindler (S. Spielberg)

Vos trois livres fétiches
Vipère au poing, Premier de cordée, La nuit des temps

Une chanson de votre vie
Geneviève (Andrew Gold)

Votre insulte favorite
Connard

Votre madeleine de Proust culinaire
La boutargue (pourtant pas tunisien 😊)

Un héros... réel ou imaginaire
Yonathan Netanyahou

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
La plongée sous-marine, le bricolage

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Tennis et golf mais ça fait très longtemps

Vos vacances de rêve
Maldives sur pilotes

Accro au net... ou pas ?
Oui

Votre dernier coup de foudre
Carole, ma compagne

Dans une autre vie, vous seriez
Dentiste

Enfin, une adresse à recommander
La Min, Paris 11^e, nouveau restaurant k



Antonietta Bordone

Endodontiste, Marseille

Votre dîner idéal réunirait...
Ma famille réunie avec mon papa qui malheureusement n'est plus là

Vos trois films incontournables
La vita è bella (R. Benigni), Interstellar (C. Nolan), Dirty Dancing (E. Ardono)

Vos trois livres fétiches
Siddhartha (H. Hesse), 50 ans de solitude (Gabriel Garcia Marquez), La saga de l'Amie Prodigieuse (E. Ferrante)

Une chanson de votre vie
Caruso de Lucio Dalla, la version italienne qui me rappelle mon enfance

Votre insulte favorite
Stronzo (connard, NDLR)

Votre madeleine de Proust culinaire
Les spaghettis à la tomate et parmesan

Un héros... réel ou imaginaire
Alexi Navalny

Salé ou sucré ?
Un faible pour l'apéro tapas

Une passion, un hobby ?
La lecture avec jazz en fond

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sportive sur la machine pilates reformer

Vos vacances de rêve
À la mer sous le soleil exactement

Accro au net... ou pas ?
Pas accro mais... on ne peut pas s'en passer !

Votre dernier coup de foudre
Une paire de chaussures... encore une fois !

Dans une autre vie, vous seriez
Un chat (j'envie son indépendance et sa tranquillité perpétuelle)

Enfin, une adresse à recommander
La calanque de En-Vaux, spectacle de la nature



Samuel Martin

Business development manager
France SprintRay

Votre dîner idéal réunirait...
Ma femme et nos 4 enfants, dans un lieu magique, les pieds dans l'eau

Vos trois films incontournables
Et au milieu coule une rivière (R. Redford), Les trilogies Ocean's Eleven, Very Bad Trip (T. Phillips)

Vos trois livres fétiches
L'art de la Guerre (Machiavel) mais je suis surtout BD : XIII et Largo Winch (Jean Van Hamme)

Une chanson de votre vie
Original Sin (INXS)

Votre insulte favorite
Je n'arrête pas d'insulter ma balle de golf mais je préfère ne pas le dire 😊

Votre madeleine de Proust culinaire
Gigot d'Agneau de 7 heures, mais aussi les ris de veau

Un héros... réel ou imaginaire
Batman

Salé ou sucré ?
Salé sans hésiter

Une passion, un hobby ?
Le golf, le golf et le golf...

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sportif si l'on considère le golf comme un sport

Vos vacances de rêve
Île Maurice en famille

Accro au net... ou pas ?
Pas trop

Votre dernier coup de foudre
Ma femme Ligia

Dans une autre vie, vous seriez
Vétérinaire

Enfin, une adresse à recommander
Restaurant Le Calypso à Carnac

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



Pensez à ICX Renew pour décontaminer votre équipement à votre retour

a dec[®]
reliablecreativesolutions[™]

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