

Primescan 2

Le premier scanner intra-oral Cloud-native*



Merci

d'avoir fait de Primescan 2 l'innovation qui illustre au mieux la recherche et le développement de l'industrie dentaire dans la catégorie équipement. Merci pour votre confiance et fidélité !

Démarrons 2025 sous le signe de l'innovation et du partage, ensemble pour une dentisterie moderne, responsable et durable.

Toute l'équipe Dentsply Sirona vous souhaite une **heureuse et fructueuse année 2025** et reste mobilisée pour vous accompagner au quotidien dans vos projets les plus audacieux.



* Cloud-native : calcul et transmission des données directement dans DS Core.

Primescan 2 requiert un abonnement minimum payant à DS Core, cf CCV DS Core.

Consultez les mentions obligatoires sur la page suivante.



Découvrez Primescan® 2

Soutenu par DS Core®¹

Le premier scanner intra-oral Cloud-native²

Synonyme de simplicité et de polyvalence, ce scanner intra-oral sans fil, directement connecté au Cloud, vous permet de développer l'activité de votre cabinet et de prodiguer des soins de qualité à vos patients.

Connexion au Cloud

Scannez où et quand vous le souhaitez à l'aide de tout type d'appareil connecté à Internet.

Design ergonomique

Solution sans fil et embout redessiné pour plus de confort au quotidien.



Allez encore plus loin dans la dentisterie numérique au service du patient.

Découvrez-en plus sur la solution DS Core et son utilisation avec Primescan 2 en scannant ce QR Code ou connectez-vous sur r2.dscore.com



¹ Primescan 2 requiert un abonnement payant minimum à DS Core, cf. conditions générales de vente DS Core.

² Cloud-native : connexion et transmission des données directement au Cloud.

Dispositif médical pour soins dentaires, réservé aux professionnels de santé, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPP. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice avant utilisation. Primescan 2. Indication du produit : scanner intra-oral qui enregistre et génère des images numériques et des données d'impression à usage dentaire. Fabricant : Sirona Dental Systems GmbH, Fabrikstraße 31, 64625 Bensheim, Germany. Classe : I. Rev. : 06/2024.

AO
NEWS
30 ans

aonews-lemag.fr

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

[8]

DOSSIER

Le diabète un fléau mondial

AO
PARIS

AO
MARSEILLE

AO
PARIS
JEUNES

EN
2025
avec
ALPHA
OMÉGA

AO
TOULOUSE

AO
LYON

AO
STRASBOURG

[16]

**Retour en images
sur l'ADF**

[22]

Le tip endo du mois

Meilleurs
VOEUX

 **#071**
DÉCEMBRE 2024

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 : adobe stock

- STÉPHANE ABITBOL
- DAVID AZARIA
- CATHERINE BERNÉ
- JACQUES BESSADE
- JULIEN BITON
- PAULINE CROS-MAYREVIEILLE
- LENNY DAHAN
- GRÉGORY FÉJÓZ
- CHARLOTTE INIGUES
- JOËL ITIC
- ROMAN LICHA
- DAVID NACCACHE
- LÉA SERRUYA
- JÉRÔME TRUBLET



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



Boostez votre pratique avec le flux de restauration directe Ivoclar



Contactez
votre délégué
Ivoclar

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

Bluephase, Adhese Universal, OptraGloss & les composites de la gamme Tetric sont des dispositifs médicaux de Classe IIA / CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. OptraGate est un dispositif médical de Classe I / CE fabriqué par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ces dispositifs médicaux ou sur leur étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie. A01224

ivoclar.com
Making People Smile*

ivoclar

C'EST NOUVEAU !

- 6 Les lauréats des produits de l'année ADF
- 6 XMind optima 3D d'Actéon
- 6 Vérano, la 1^{re} ligne mode des uniformes professionnels
- 6 Une brosse à dents interactive pour les jeunes by Sunstar
- 6 Solventum présente un nouveau taquet pour aligneurs



ÉDITO

- 7 *André Sebbag*

SCIENTIFIQUE : Le diabète, un fléau mondial

- 8 Diabète et odontologie | *Jacques Bessade*
- 9 Le traitement du diabète type 2 | *Catherine Berné*
- 12 Activité physique et nouvelles technologies dans la prise en charge du diabète | *Jérôme Trublet*



AO NOW

- 13 Une soirée *Tout numérique dans un cabinet d'omnipraticque* pour les jeunes d'AOPJ
- 16 Reportage en images de l'ADF 2024
- 20 Demandez le programme des chapitres Alpha Oméga
- 21 En direct de Jérusalem, Interview du doyen de la faculté Hadassah
- 21 Save the date 23^e séminaire d'implantologie du CED à Courchevel



LE MAG

- 22 **Tips endo...** Coiffage pulpaire direct | *Grégory Féjoz*
- 24 **L'interview...** Cyril Gaillard
- 25 **Entendu pour vous...** CIDAE 2024
- 26 **Le pivot et la dent dure : L'usure d'un monde** | *Joël Itic*
- 27 **Le billet d'humeur :** Rentrée 2025 : du neuf pour nos cabinets
Roman Licha et David Naccache
- 27 **Selfies AO** avec Pauline Cros-Mayrevieille, Lénny Dahan, Léa Serruya
- 27 **Le monde tel qu'il est**





Félicitations aux lauréats **Produit de l'année 2025 de l'ADF** et du **Prix spécial 2024 Développement durable**



PRODUIT DE L'ANNÉE 2025 – CATÉGORIE CONSOMMABLE

Stela (SDI) est un **matériau de restauration unique**, contenant une combinaison de charge de CA-Fluor-Strontium qui lui confère des **propriétés bioactives et antibactérienne, avec une prise par contact (Touch Cure)**. Aucune polymérisation n'est requise et il offre la garantie de durcissement complet du matériau et de l'adhésif, notamment dans les endroits inaccessibles à la lampe à photopolymériser. Il est indiqué pour les classes I, II, III et V et se présente comme le produit idéal pour le collage des tenons intra canalaires et la reconstitution de moignons, et est aussi utilisé pour la réalisation des taquets pour les gouttières d'alignement orthodontiques. (...) *Nous sommes heureux d'avoir gagné ce prix. Il s'agit d'une consécration pour le travail de recherche effectué par notre entreprise. Stela a été sélectionné par un jury parmi une vingtaine d'innovations de différentes entreprises du monde dentaire. Il a ensuite été choisi par les confrères qui voient en lui une réelle évolution et une valeur ajoutée dans leur pratique. Ce sont les voix de ces confrères qui viennent donner toute sa valeur à ce prix qui a consacré Stela lors de ce Congrès. Je remercie l'ADF pour donner aux fabricants cette opportunité de mise en lumière de leur génie à déclaré Fayçal Itratni, SDI France.*



PRODUIT DE L'ANNÉE 2025 – CATÉGORIE ÉQUIPEMENT

Le scanner intra-oral, **Primescan 2 (Dentsply Sirona)**, apporte plus de flexibilité au quotidien grâce à sa liaison sans fil facilitant ainsi la manipulation. **La connexion Cloud native** (connexion et transmission des données directement sur le Cloud) **permet une numérisation où et quand on le souhaite, en cabinet ou à l'extérieur (hôpital, maison de retraite, etc.) et une visualisation depuis tout type d'appareil connecté à internet** sans avoir besoin de matériel informatique dédié. (...) *Cette solution redessine la dentisterie numérique en offrant une disponibilité optimisée du scanner intra-oral, une ergonomie améliorée, une collaboration renforcée avec les confrères et les laboratoires dentaires, ainsi qu'une expérience de scannage fluide pour les patients. Cette distinction est une reconnaissance de notre passion pour l'innovation et de tout notre engagement dans la recherche et développement pour accompagner les professionnels de la santé bucco-dentaire dans la transformation digitale de leur pratique a souligné François Loiseau, DG France.*



PRODUIT DE L'ANNÉE 2025 – DÉVELOPPEMENT DURABLE

Ce prix spécial a été remis par les Secrétaires généraux de l'ADF, à **GACD** pour ses actions concrètes en faveur d'une réduction de son empreinte carbone dès 2024 sur l'ensemble du cycle de vie des consommables dentaires de l'approvisionnement en amont, à la fin de vie de ses produits. (...) *Ce prix est la reconnaissance pour nos équipes d'un travail de fond engagé depuis 2020 dans le cadre de notre politique RSE sous l'égide de notre programme GACD for good. Programme dans lequel nous avons accéléré le référencement de produits répondant à 3 enjeux : des produits plus éco responsables, des produits fabriqués en France, des produits qui améliorent le confort des chirurgiens-dentistes dans leur pratique au sein du cabinet dentaire, a précisé Christophe Danion, directeur marketing.*



ACTEON



X-MIND optima 3D

Le plus intelligent, le plus compact, l'ultime

Lancé à l'ADF, **X-MIND optima 3D**, est le CBCT le plus compact au monde intégrant l'IA à vie ! **X-MIND optima 3D** associe des technologies de pointe à des fonctionnalités pilotées par l'IA, intégrées dans une suite logicielle d'imagerie performante. Ce dispositif révolutionne le flux de travail dentaire numérique, de la phase diagnostique aux procédures prothétiques et reconstructrices.

Un design et une fonctionnalité inégalés : Grâce à sa solution murale innovante et à son design compact et léger — seulement 69 kg — **X-MIND optima 3D** s'intègre facilement dans presque tous les espaces cliniques. Pensé et conçu pour l'utilisateur, cet appareil offre une simplicité d'utilisation exceptionnelle, permettant aux praticiens d'améliorer les soins apportés aux patients.

Imagerie de précision pour des applications variées : Équipé de capteurs de pointe, X-MIND optima 3D fournit des images d'une définition exceptionnelle avec des champs de vision (FOV) allant de 5x5 à 17x12 cm, permettant de couvrir un large éventail d'applications cliniques, de la dentisterie générale à l'orthodontie et à la chirurgie maxillo-faciale. Sa puissance maximale de 90 kV lui permet également de gérer les cas cliniques plus complexes.

Une révolution pour les praticiens et les patients :

- Pour les praticiens : il simplifie les diagnostics complexes grâce à un design intuitif et un logiciel alimenté par l'IA, permettant ainsi de consacrer plus de temps à ce qui compte vraiment : mettre les patients en confiance et offrir des soins d'excellence.
- Pour les patients : des visites plus courtes, des explications claires sur les plans de traitement et un meilleur confort pendant les soins, pour une expérience rassurante et agréable.

Imagerie CBCT de haute qualité alliée à l'IA... à vie : Le nouveau logiciel alimenté par l'IA RealGUIDE™ 5.4 révolutionne la dentisterie numérique en automatisant des tâches complexes et en simplifiant la création de rapports pour un flux de travail plus efficace. Ses outils intuitifs et puissants améliorent la communication avec les patients et la compréhension des traitements proposés, permettant ainsi de gagner du temps tout en augmentant la qualité des soins.

Le soutien premium d'ACTEON : Choisir X-MIND optima 3D, c'est s'associer à l'engagement d'excellence d'ACTEON, soutenu par un service client personnalisé et une formation continue. Notre équipe d'assistance dédiée vous accompagne à chaque étape, pour tirer le meilleur parti de votre système.

acteongroup.com/fr

SUNSTAR

Une brosse à dents 100 % interactive pour favoriser l'observance chez les jeunes patients

La marque GUM® entre dans l'ère de la santé bucco-dentaire connectée et personnalisée avec le lancement de la première brosse à dents interactive pour enfants GUM Playbrush. Cette brosse électrique à **vibrations soniques** dispose de **2 modes de brossage** (standard et sensibilité) et propose des têtes aux brins extra-souples, de taille adaptée à chaque âge : KIDS 3+ et JUNIOR 6+. Sa batterie dispose d'une longue autonomie, jusqu'à 8 semaines.

La brosse est connectée par Bluetooth à une application à la fois pédagogique et ludique, pour donner envie à l'enfant de se brosser les dents, d'améliorer son brossage et maintenir sa motivation sur le long terme. GUM Playbrush transfère les mouvements de brossage en temps réel à l'application, avec un contrôle de la position, de la vitesse et de la pression, fournissant des conseils utiles pour améliorer le brossage. L'application intègre un coach de brossage, pour apprendre à l'enfant à nettoyer chaque zone de sa bouche, et des jeux (4 dans la version gratuite) contrôlés par les mouvements de brossage, pour faire du brossage un moment enthousiasmant pour l'enfant. Une version sur abonnement permet d'accéder à 9 jeux supplémentaires, ainsi qu'à des statistiques détaillées pour les parents sur la fréquence et la durée du brossage, et les surfaces dentaires brossées, afin d'accompagner l'enfant dans ses progrès.

Les études montrent une amélioration de l'observance et un doublement du temps de brossage chez l'enfant, contribuant ainsi à construire de solides habitudes dès le plus jeune âge, pour préserver des dents saines sur le long terme.

professional.sunstargum.fr



Verano : l'uniforme professionnel élevé au rang de la mode !

La nouvelle marque Verano a présenté, lors d'un défilé au Royal Monceau le mercredi 27 novembre dernier, sa première collection qui réconcilie le style et le confort, l'élégance avec la praticité.

Cette collection créée et pensée par une praticienne, le docteur Olivia Veran, pose comme thèse centrale de remercier, de respecter et de soigner le style des soignants, qui portent ces tenues professionnelles bien plus que n'importe quelle autre !

En créant Verano, j'ai voulu créer la marque dont j'ai toujours rêvé, confortable et adaptée à nos métiers avec des coupes qui garantissent une amplitude de mouvements, mais un style et une élégance qui reflète nos personnalités et notre engagement pour les patients.

Verano propose une collection composée de modèles élégants, confortables, pratiques et créatifs, avec des tailles, des conceptions et un positionnement qui s'adresse à l'ensemble des professionnels qui apprécieront les tissus techniques et les coupes à l'aise garantissant une liberté de mouvement. Les modèles sont personnalisables à l'identité de vos cabinets ou structures.

La marque Verano, fondée par **Olivia Veran** et ses associés, **Philippe Veran**, le champion **Teddy Riner** et l'entrepreneur de la mode **Florent Katchikian**, est une marque de mode à impact, avec une mode pensée comme la continuation de la mission professionnelle de ceux qui la portent. Avec **#VeranoCares la marque s'engage et porte de nombreuses causes en participant au financement d'associations avec le programme de produits de partage, 1 euro reversé aux associations par uniforme vendu.**

veranoparis.com



Solventum présente un nouveau taquet pour aligneurs orthodontiques

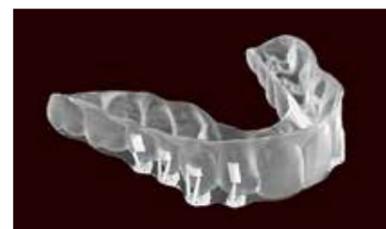
Les taquets **Clarity Precision Grip Attachments**, présentés lors des Journées de l'Orthodontie, sont conçus numériquement, entièrement polymérisés, préchargés pour correspondre parfaitement au plan de traitement numérique une fois collés. **Disponibles exclusivement avec les aligneurs 3M™ Clarity™**, ces taquets répondent à un besoin identifié par les professionnels : la création d'attaches durables, de forme précise et résistantes aux taches.

Avec les taquets Clarity Precision Grip Attachments, Solventum cherche à apporter aux orthodontistes une innovation de pointe qui leur permet de répondre aux besoins de leurs patients a déclaré Karim Mansour, président de Dental Solutions. Nous sommes déterminés à fournir des innovations de pointe au marché dentaire et à aider nos clients à créer les sourires beaux et sains que les patients souhaitent.

Les taquets Clarity Precision Grip Attachments évitent le processus de création de taquets traditionnels, longs, qui peut introduire une variabilité dans le traitement, la précision numérique permet de réduire ce risque. Leur fabrication repose sur des matériaux de collage alternatifs qui éliminent le risque de résidu de composite polymérisé sur la dent. Celui-ci peut attirer les marques, héberger la plaque et inhiber l'engagement entre l'aligneur et le taquet.

Les taquets Clarity Precision Grip Attachments sont ajoutés au portail Oral Care, un portail intégré pour les orthodontistes qui permet aux médecins et aux experts de Solventum de se coordonner pour définir des plans de traitement personnalisés pour chaque patient et d'accéder à diverses solutions. Disponible aux États-Unis depuis plusieurs années, le portail Oral Care offre aux praticiens un outil complet pour le suivi du bon déroulé du traitement de leurs patients, pendant toute sa durée.

Le logiciel basé sur le cloud permet une planification rapide du traitement, en acceptant des fichiers STL de haute qualité, avec une interface intuitive et des notifications personnalisables qui garantissent un flux de travail intégré et sécurisé. Des outils tels que la barre de progression, générée en 4 à 6 minutes, permettent de visualiser en temps réel la progression du traitement.



Solventum.com



Les feux de l'ADF se sont éteints et la fête est finie. L'énergie de son président scientifique, Nicolas Lehmann, a contribué à dynamiser un programme innovant et éclectique. Il sera relayé en 2025 par Charles Toledano, enseignant à la Faculté de Strasbourg, investi dans la formation post-universitaire. Son projet 2025 se profile déjà. De notre côté, nous avons célébré trente années d'AONews dans le même élan de nos débuts. L'humain, la passion, l'enthousiasme, la convivialité sont nos leitmotivs et ceux de notre jeune équipe rédactionnelle.

Au-delà de toutes les conférences et des échanges fructueux dans les allées du congrès, ainsi que sur notre stand, un sujet brûlant était sur toutes les lèvres : la liberté d'installation. Les médecins s'y sont farouchement opposés, les chirurgiens-dentistes vont passer le pas. Nos syndicats en juillet 2023 ont signé cet accord avec l'assurance maladie. Dans les zones jugées surdotées, c'est-à-dire non prioritaires (soit 5 % de la population), nos confrères renonceront à s'installer librement. La règle du 1 pour 1 s'appliquera. Il semblerait que le départ serait conditionné par une arrivée... dans le même local. Dans le même temps, dans les zones sous dotées (30 % de la population) l'incitation à l'installation passera de 25 000 € à 50 000 €. L'affluence sur le stand du Conseil National de l'Ordre à l'ADF était à son comble !

Pour ne pas subir ce violent diktat, nombre de praticiens ont jugé utile de ne pas attendre cette date couperet du 1^{er} janvier 2025 : parions que l'amoncellement de centaines de dossiers sur le bureau de certains conseils départementaux sera impossible à régulariser dans les temps. Crises de nerfs en vue...

Et comme souvent des réglementations signées à la hâte, déboucheront des aberrations, voir des injustices. Elles ont favorisé les centres de soins aux dépens des praticiens libéraux : comme pour exemple le non-renouvellement de bail ! Si nous remontons à la loi Bachelot, elle aura favorisé candidement l'affluence pléthorique des centres de soins dans des zones surdotées suivant en cela, l'exemple de certaines capitales européennes.

En France à ce jour, les déserts médicaux restent toujours des déserts. L'initiative de créer six nouvelles facultés adossées à des centres hospitaliers sera peut-être à terme, la planche de salut qui réglerait cet épineux sujet.

Les médias, ces dernières années se sont fait l'écho de certaines pratiques inconvenantes, voire frauduleuses de certains professionnels de santé. Notre profession n'a pas été épargnée, ainsi que notre réputation. Et puis les réseaux sociaux ont pris le relais accordant aux patients de faire ou défaire la réputation d'un praticien libéral. Pour cela, les avis Google et autres Doctolib, deviennent des caisses de résonance propices à plus ou moins de bienveillance. L'initiative du Conseil National de donner de la visibilité au cabinet libéral par une nouvelle signalétique est un choix heureux bien que tardif. Elle vient modestement contre balancer les panneaux de façade des centres dentaires.

Plongez pour finir dans nos pages reportages qui ont immortalisé tous ces moments joyeux, ampli d'émotion. Merci à vous tous nos chers lecteurs de votre fidélité et merci à nos partenaires pour leur confiance.

L'ensemble des rédactions se joint à moi pour vous souhaiter une très bonne année 2025.

André Sebbag

Pour joindre nos partenaires

Actéon 25 Tél. 05 56 34 06 07 info@acteongroup.com	Eurotec 4 ^e de couv. Tél. 01 48 13 37 38 www.eurotec-dental.fr
Airel 23 Tél. 01 48 82 22 22 www.arel.com office@arel.com	Ivoclar face sommaire Tel. 04 50 88 64 00 www.ivoclarvivadent.fr
Bien Air dossier scientifique Tél. 01 41 83 60 70 www.bienair.com	Kuraray 26 Tél. 01 56 45 12 51 www.dental-fr@kuraray.eu
Biotech Dental 24 Tél. 04 90 44 60 60 www.biotech-dental.com	Pierre Fabre Oral Care 13 Tél. 05 63 51 68 00
Dentsply Sirona sur couv. / 2 ^e de couv. www.corporate.dentsplysirona.com	SDI 10 Appel gratuit 00800 022 55 734
Dexter / Shofu 15 Tél. 01 34 34 38 10 www.dexter.fr	ZimVie 20 Tél. 01 41 05 43 43 zv.commandes@zimvie.com

Diabète et odontologie #1

Jacques Bessade
Paris



Le diabète dans le monde (2021)

537 millions d'humains (20-79 ans) sont diabétiques, soit 10,5 % de la population. Ils seront 643 en 2030 (+ 11,3 %) et 783 en 2045 (+ 12,2 %). Le diabète est la première pandémie mondiale non contagieuse. 240 millions de personnes diabétiques ne sont pas identifiées, soit 1 adulte sur 2. 6,7 millions de personnes en meurent chaque année, soit 1 toutes les 5 secondes.

Le diabète de type 1 touche plus d'1,2 million de jeunes. On dénombre 184 100 nouveaux cas de type 1 chaque année.

Le diabète de type 2 représente plus de 90 % des cas de diabète (*International Diabetes Federation - Atlas 2021*).

Le diabète en Europe et en France (2021)

11 % des Européens sont diabétiques, soit 61 millions de personnes. La proportion d'adultes diabétiques non identifiés est évaluée à 35,7 %, soit 21,9 millions de personnes. Le coût global du diabète en Europe est de 190 milliards € par an. Le diabète a tué 1 million de personnes en 2021.

En France 10 % des adultes sont diabétiques. 40 000 nouveaux cas non identifiés de diabète type 2 apparaissent chaque année. Le coût individuel d'un traitement en France est de **5 400 € par an**. La prise en charge du diabète et de ses complications représente **21 milliards € par an**. 87 500 personnes en meurent chaque année en France.

Formes cliniques du diabète

Le diabète est une maladie chronique grave qui se déclare lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline. L'insuline est une hormone pancréatique qui autorise la transformation du glucose en énergie dans nos cellules. Un défaut dans la production d'insuline conduit à l'hyperglycémie qui est le signe clinique du diabète. Glycémie > 1,26 g/l à jeun ou > 2 g/l en journée - HbA1c ≥ 6,5 %

Diabète type 1 ou insulino-dépendant ou juvénile : Gly 0,7-1,2 g/l à jeun — Gly < 1,6 g/l post prandial (polyurie, polydipsie, faim, perte de poids, bouche sèche, fatigue, #vision)

Diabète type 2 : Gly 0,7 - 1,2 g/l à jeun — Gly < 1,8 g/l post prandial (95 % des cas, lié à surcharge pondérale et sédentarité) (peu ou pas de symptômes; survient de plus en plus tôt; se déclare 5 à 10 ans avant le diagnostic)

Diabète gestationnel : Gly < 0,9 g/l à jeun — Gly < 1,2 g/l post prandial (5 - 10 % des grossesses)

(OMS 2021) (*International Diabetes Federation - Atlas 2021*)

Les complications du diabète

Neuropathies : membres inférieurs, 8000 amputations orteil, pied, jambe / an, hors accident. X8 le risque. Concerne 5-10 % des diabétiques

Rétinopathies : 1^{re} cause de cécité, concerne 50 % des diabétiques. 25 % d'entre eux sont aveugles.

Néphropathies : 1^{re} cause de dialyse, risque x 9.

AVC : risque x 1,8.

Infarctus du myocarde

Parodontite

Suivi du patient diabétique

- Bilan dentaire, 3 fois par an
- Fond d'œil, au moins une fois par an
- Électrocardiogramme, une fois par an
- Bilan rénal et bilan lipidique, une fois par an
- Dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) 3 fois par an (diabète est équilibré si 6 < HbA1c < 7)
- Examen des pieds, une fois par an
- Autosurveillance du diabète

Parodontite et diabète

La parodontite aggrave le pronostic du diabète. Le diabète aggrave le pronostic de la parodontite. Le diabète modifie la prise en charge de la parodontite.

Effets du diabète sur la parodontite

Les patients diabétiques ont 3 x plus de risque de développer une parodontite. L'hyperglycémie aggrave le risque et la sévérité de la parodontite. L'alvéolyse est proportionnelle à l'hyperglycémie. Les diabétiques équilibrés ne sont pas plus sujets à la parodontite que les autres (*International Diabetes Federation & European Federation of Periodontology*).

Effets de la parodontite sur le diabète

Les patients sains atteints de parodontite sont plus exposés au risque diabétique. Plus la parodontite est sévère, plus le risque diabétique est élevé. La parodontite est associée à un plus mauvais contrôle de la glycémie et de l'HbA1c. La parodontite associée au diabète augmente les risques de complications et de mortalité. (*International Diabetes Federation & European Federation of Periodontology*)

Lubricare 2

Entretien rapide, efficient et économique

Bien Air⁺
Dental



VOTRE MEILLEUR ALLIÉ POUR L'ENTRETIEN DE VOS INSTRUMENTS.

Lubricare 2 effectue la maintenance de vos instruments (lubrification et nettoyage) ce qui est essentiel pour votre travail au quotidien. Il est possible d'entretenir simultanément 4 instruments en un minimum de temps. Lubricare 2 vous offre un entretien 4 fois plus économique qu'un entretien manuel.



Scannez pour plus d'informations

SWISS MADE

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

Prise en charge des soins parodontaux par la CPAM

Depuis le 1^{er} avril 2019, la Sécurité sociale prend en charge les actes suivants pour les patients en ALD pour diabète :

- HBQD001 ou bilan parodontal facturé 50 € (exploration du parodonte par sondage pour dépistage d'une maladie parodontale, étude de l'indice de plaque) ;
- HBJA003 ou assainissement parodontal (détartrage-surfacement radiculaire) sur 1 sextant facturé 80 € ;
- HBJA171 ou Assainissement parodontal sur 2 sextants facturé 160 € ;
- HBJA634 ou Assainissement parodontal sur 3 sextants facturé 240 €.

Quels que soient la technique et le nombre de sextants, la prise en charge est limitée par période de 3 ans à un traitement initial et à un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions.

L'hémoglobine glyquée HbA1c

Mesure la moyenne (%) de toutes les glycémies des 3 derniers mois.

Prise de sang sans être à jeun.

Au moins deux fois /an chez le diabétique.

Une augmentation de 1% de HbA1c est associée à une aggravation de la perte d'attache de 0,7 mm (Koehler 2018).

Parodontite et diabète

La profondeur des poches des diabétiques est plus élevée de 0,61 mm que celle des non diabétiques. Les patients diabétiques présentent une perte d'attache plus profonde de 0,89 mm / non diabétiques. Ils perdent 2,2 dents de plus que les non diabétiques et ont 34 % de risques supplémentaires de développer une parodontite. Un patient avec une parodontite modérée a 28 % de risque supplémentaire de développer un diabète. Un patient avec une parodontite sévère a 53 % de risque supplémentaire de développer un diabète (WU 2020).

Diabète et implantologie

Revue de littérature

Il est établi que plusieurs facteurs, tels qu'une mauvaise hygiène buccale, des antécédents de maladie parodontale et des maladies systémiques telles que le diabète, pourraient influencer le résultat du traitement implantaire. Par ailleurs, la prévalence de la péri-implantite risque d'être impactée par cette pathologie.

Lorsque le diabète est bien contrôlé, le traitement implantaire reste une procédure sûre et prévisible avec un taux de complications égal à celui des patients non atteints (H Naujokat, B Kunzendorf, J Wiltfang, Dental implants and diabetes mellitus-a systematic review, Int J Implant Dent. 2016 Dec; 2 (1) : 5.).

Une HbA1c proche de 7 offre un meilleur pronostic implantaire, en particulier pour des restaurations fixes au

maxillaire (A Lorean, H Ziv-On, V Perlis, Z Ormianer, Marginal Bone Loss of Dental Implants in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus with Poorly Controlled HbA1c Values: A Long-Term Retrospective Study, Int J Oral Maxillofac Implants. 2021 Mar-Apr; 36 (2) : 355-360).

La thérapie implantaire reste le plus sûr moyen de réhabilitation orale chez les patients diabétiques ou pré-diabétiques, aussi longtemps que la maintenance et le contrôle de la glycémie sont optimisés (J Wagner, J H Spille, J Wiltfang, H Naujokat, Systematic review on diabetes mellitus and dental implants: an update, Int J Implant Dent. 2022 Jan 3; 8 (1) : 1.).

Les signes cliniques de la péri-implantite sont plus fréquents chez les patients diabétiques non équilibrés (M Dioguardi, S Cantore, C Quarta, D Sovereto, N Zerman, F Pettini, L Lo Muzio, M Di Cosola, L Santacroce, A Ballini, Correlation Between Diabetes Mellitus and Peri-implantitis: A Systematic Review, Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2022 Oct 21.).

Prise en charge du patient diabétique en implantologie

- Prise en charge en parodontologie et maintenance parodontale régulière
- Information spécifique diabète/parodontite
- Contrôle de l'HbA1c tous les 3 mois
- Si HbA1c > 7, différer l'acte et renforcer la thérapie parodontale
- Contrôle des facteurs de comorbidité / HTA, tabac, stress, lipides, LDL...

- Supplémentation Vit D et C
- Ajuster le dosage des médicaments hypoglycémisants
- Interventions programmées après les repas, de préférence le matin / cortisol hyperglycémiant
- Contrôle du stress, hyperglycémiant
- Meopa et adrénaline indiqués
- Narcotiques et barbituriques indiqués
- Couverture antibiotiques pré opératoire obligatoire
- En cas de MCI avec modification du régime alimentaire, ajuster le traitement
- Suivi postopératoire rapproché incluant le contrôle glycémique capillaire
- Alimentation molle recommandée
- Substitut salivaire en cas de xérostomie
- Mise en place d'une maintenance implantaire et parodontale trimestrielle

(Rhissassi et coll., 2006; ADF, 2013; Davido et coll., 2014)

Jacques Bessade

- Expert judiciaire près la Cour d'appel de Paris
- Expert en implantologie Orale - Association Française d'implantologie
- DU d'Implantologie, Paris 7

Le traitement du diabète de type 2 #2

Catherine Berné

Paris



Le traitement du DT2 associe une diététique équilibrée, une activité physique régulière, et un traitement médicamenteux. Le traitement est efficace s'il permet d'atteindre un objectif glycémique proche de 1 g/l, afin d'éviter les complications à long terme du diabète, provoquées par un excès de sucre dans le sang. La surveillance régulière des glycémies sous cutanées (en complément de l'HbA1c*), permet d'évaluer cet objectif en utilisant selon l'intensification du traitement : des glycémies ponctuelles effectuées par le patient DT2 plusieurs fois par semaine, à une analyse continue par dispositif sous cutané.

L'éducation thérapeutique (ETP) aide le patient dans la prise en charge de ce traitement contraignant, qui demande une attention pluri-quotidienne.

La maladie DT2 est complexe car souvent associée à d'autres pathologies : surpoids ou obésité, hypertension artérielle, excès de lipides, tabagisme, apnée du sommeil, stéatose hépatique. Elle peut aussi être associée, avec le temps, aux complications propres à la pathologie. La prise en charge médicale et paramédicale est multiple (médecin traitant, diabétologue, diététicienne, éducateur sportif, ophtalmologue, et autres spécialistes : cardiologue, néphrologue, médecin vasculaire, gastro-entérologue) et s'intensifie souvent avec l'ancienneté de la maladie.

L'ETP, les associations de patients, les pairs, l'entourage et parfois les psychologues aident à l'acceptation de cette maladie difficile et à la motivation des patients à bien se traiter.

Autosurveillance glycémique

Lecteur de glycémie ou lecture de la glycémie ponctuelle

- Prise en charge par la Sécurité Sociale dès l'instauration médicamenteuse.
- Méthode invasive avec auto piqueur, ponctuelle, effectuée au niveau de la pulpe des doigts, et contrôle prévu de la glycémie 4 fois / semaine (avant ou après les repas).

Capteur de glycémie ou lecture de la glycémie en continu

- Prise en charge par la sécurité sociale : DT2 insulino-traité avec au minimum 3 injections sous cutanées par jour ou DT2 insulino-traité et déséquilibré dès 1 injection sous cutanée par jour.
- Méthode non invasive : le capteur est posé sur le bras en sous cutané pour 15 jours (Capteur Freestyle libre 2 majoritairement, voire capteur Dexcom et Insite sous certaines conditions) et permet de voir

défiler sa courbe glycémique quotidienne (avant et après les repas, période nocturne). Une application permet d'introduire les données dans son portable.

Diététique du DT2

- L'alimentation quotidienne est équilibrée, fractionnée, avec suffisamment de glucides.
- Elle demande très souvent de limiter l'apport calorique quotidien et la quantité de graisse, de revoir leur qualité.
- En cas de complication rénale du patient. Les protéines sont réduites.
- L'hydratation est régulière, surtout si la glycémie s'élève.

Une hypoglycémie se définit comme une glycémie inférieure à 0,7 g/l avec ou sans symptômes. Elle nécessite l'arrêt de l'activité et un resucrage qui permet à la glycémie de remonter en un quart d'heure / une demi-heure. Un nouveau contrôle de la glycémie est conseillé ensuite pour confirmer. Avoir sur soi de quoi corriger une hypoglycémie si le traitement est susceptible d'en entraîner : ex : un berlingot Nestlé, une sucrerie.

Traitement médicamenteux

Comprimés anti diabétique oral (ADO) et/ou injection d'analogue du GLP1 (cf. annexes 1 et 2)

L'escalade thérapeutique est progressive sur le long terme pour maintenir un objectif glycémique proche de 1 g.

Insuline (cf. annexe 2) : le DT2 devient insulino-traité mais son pancréas fonctionne : il sécrète encore de l'insuline.

- L'intensification du traitement, en fonction de l'objectif de normoglycémie souhaité, oblige à introduire de

l'insuline sous forme d'injections sous cutanées : au début une injection d'insuline basale quotidienne, jusqu'au schéma basal-bolus de 4 injections quotidiennes, voire d'une pompe à insuline (en cas d'insulino-résistance sévère par exemple). Le point d'injection de la piqûre doit varier en favorisant la partie abdominale et les membres.

Sous schéma insulino-basal-bolus et sous pompe à insuline, le DT2 bénéficie des mêmes outils thérapeutiques que le DT1.

L'APA (Activité physique adaptée) mise en place récemment dans les maladies chroniques est un traitement à part entière du DT2.

- En cas de pratique régulière, elle apporte de multiples bénéfices à la santé en toute sécurité.
- ADO et APA : certains ADO peuvent entraîner des hypoglycémies lors de l'APA. La prévention est de diminuer la dose ou de supprimer la prise du médicament avant l'APA.
- Insuline et APA comportent aussi un risque hypoglycémique lors de l'activité physique (pendant la durée d'action de l'insuline) : il faut savoir l'anticiper.

Objectifs et modalités thérapeutiques

Un objectif strict de normo-glycémique est recherché

- Pour les jeunes patients : la maladie DT2 survient de plus en plus tôt et peut se présenter en pédiatrie avec un tableau aigu révélateur de la maladie (comme le DT1), mais avec un surpoids toujours associé.
- Lors d'un diabète gestationnel de plus en plus fréquent, systématiquement dépisté pendant toute grossesse et survient à un terme variable.

- Lors de complications évolutives du diabète par atteintes des petits vaisseaux.

L'objectif se fait moins strict jusqu'à 1,5 g/l par exemple

- Pour le DT2 âgé afin surtout d'éviter des hypoglycémies délétères surtout nocturnes (patients relevant de thérapeutiques à risque d'hypoglycémie).
- Lors de certaines cardiopathies ou complications aiguës nécessitant une normalisation progressive, par paliers, transitoirement de la glycémie.

Complications aiguës nécessitant une hospitalisation

Par manque de sucre — glycémie < 0,20 g/l et troubles de conscience

- Traitement : nécessité de faire des injections intra musculaires de Glucagon en cas de sécrétion résiduelle du pancréas. Ce traitement peut se faire aussi en ambulatoire d'autant plus qu'une AMM a été obtenue récemment pour du Glucagon administré par voie nasale (Baqsimi)
- Nécessité d'injection intra veineuse de sérum glucose

Par excès de sucre — glycémie > 4 ou 5 g/l

- Rare complication entraînant une décompensation du diabète et une déshydratation.
- Coma appelé hyperosmolaire, atteignant plutôt les sujets âgés (à différencier du coma acidocétosique du DT1 par carence absolue en insuline)
- Traitement : nécessité d'une réanimation, avec un apport important de liquide perfusé par voie veineuse

Traitement des principales complications du diabète 2

Les complications du DT2 peuvent arriver à plus ou moins long terme, secondaires souvent à un mauvais contrôle du diabète au long cours, parfois selon un terrain génétique particulier.

Traitement des atteintes des petits vaisseaux (spécifique du diabète)

- Œil : rétinopathie diabétique à surveiller et à traiter si besoin par plusieurs séances de Laser effectuées par une ophtalmologiste spécialisée. L'atteinte est souvent bilatérale. Elle peut comporter des microhémorragies.

- Œdème maculaire : injections intra vitréenne répétées. Au maximum des lésions : acte chirurgical, vitrectomie.
- Pied : stade de neuropathie plus ou moins avancé. Une perte de la sensibilité superficielle et profonde est aussi recherchée pour dépister un terrain neuropathique. Insister sur les soins de prévention (chaussage, crème hydratante quotidienne, soins de pied). En cas de plaie, elle est à traiter régulièrement par soins locaux (Intervention nécessaire d'une podologue ou d'une infirmière à domicile). Une antibiothérapie est parfois nécessaire (prélèvement biologique sanguin et prélèvement bactériologique de la plaie à faire). Une période sans aucun appui sur les membres inférieurs est parfois nécessaire. Selon la gravité, une atteinte osseuse secondaire est recherchée (radio du pied, voir scintigraphie osseuse ou scanner). Des douleurs de neuropathie très intenses nocturnes peuvent être associées, pour lesquelles un traitement antalgique puissant est donné.
- Rein : l'insuffisance rénale et son degré sont établis par la surveillance de la biologie sanguine (débit de filtration glomérulaire (DFG), kaliémie, protéinurie). Un traitement néphroprotecteur est donné par inhibiteur

de l'enzyme de conversion (IEC) dont la posologie va être majorée progressivement en fonction de la protéinurie. Des diurétiques sont parfois associés. La diététique devient pauvre en protéines. La dialyse est nécessaire quand la fonction rénale est effondrée, voir l'indication d'une greffe rénale est posée dans des centres spécialisés. Une APA régulière a démontré son efficacité dans l'insuffisance rénale avec protéinurie.

Traitement des atteintes des plus gros vaisseaux (non spécifiques du diabète)

- Cœur : dépistage nécessaire (scintigraphie cardiaque, coroscanner) car la symptomatologie est atypique chez le DT2, souvent silencieuse. En cas de coronaropathie avérée : indication d'angioplastie le plus souvent (double anti coagulation au décours), voire de pontage coronarien, associé à un traitement oral médicamenteux spécifique. Insuffisance cardiaque : explorée par l'échographie cardiaque et la mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche ; souvent secondaire à l'hypertension artérielle associée. Un traitement diurétique est prescrit. Important : les nouvelles classes de médicament (Analogues du GLP1 et IGST) pour traiter le diabète se sont montrées aussi efficaces sur la coronaropathie et l'insuffisance cardiaque, aussi bien que sur l'insuffisance rénale.
- Artères : traitement médical d'une sténose artérielle, avec surveillance par Doppler artériel cervical et artériel des membres inférieurs. voire à un degré avancé de sténose : chirurgie au niveau des artères cervicales, uni ou bilatérale. Pontage artériel, voire ballonnet au niveau des artères des membres inférieurs ; au maximum amputation.
- Apnée du sommeil : à dépister, en raison du surpoids et hypertension associés au diabète. Traitement par perte de poids ou le plus souvent par appareillage.
- Stéatose hépatique : à rechercher par fibro-scanner et en dépister le stade ; des traitements médicaux commencent à percer.
- Gastroparésie : explorée par scintigraphie gastrique ; le traitement n'est pas encore performant.
- Pancréatite
- Odontologie : cf. article de Jacques Bessade
- Infections : diverses et mycose.
- Obésité morbide : indication à poser de la chirurgie bariatrique.
- Psychologue ou psychiatre

Le traitement des complications du diabète est très lourd et est de plus en plus accompagné par l'éducation thérapeutique qui soutient le traitement.

Conclusion

Ces dernières années ont vu l'essor de nouvelles molécules pour traiter le DT2 : surtout, l'analogue du GLP1, commercialisé depuis une dizaine d'années, a été une petite révolution concernant son efficacité et sa bonne tolérance. Le seul frein reste la voie d'administration en injectable sous cutané, mais avec une prise qui s'est espacée. Enfin, l'ISGLT2 : la France a été l'un des derniers pays à le commercialiser. Efficaces sur le diabète (essentiellement pour le DT2 — AMM), mais aussi dans d'autres maladies : prescriptions et développement en nutrition de l'analogue du GLP1 à fortes doses, intérêt des 2 molécules démontré en cardiologie et en néphrologie. Leur succès a fait, que leur utilisation a dépassé l'espérance : les analogues ont même été détournés de leur indication première le diabète, vers la nutrition ; des ruptures de stock ont eu lieu, gênant les DT2. Reste à poser les indications à l'international et à gérer les coûts. Concernant la recherche, un double antagoniste mimant 2 hormones intestinales (le GLP1 et le GIP) et stimulant la sécrétion d'insuline, est sur le marché : le Tirzepatide. Les résultats des études ont été spectaculaires sur le diabète et la perte de poids, en attendant le triple antagoniste (Glucagon, GLP1 et GIP), aussi à l'étude, le Retatrutide. Au niveau de l'auto surveillance glycémique en continu, les progrès sont énormes, rapides et aident à la meilleure compréhension du diabète par le patient et par le soignant, à une meilleure acceptation de la maladie aussi bien pour le DT2 que le DT1. L'objectif va vers la miniaturisation des capteurs (Free style libre 3 en attente d'AMM).

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



Annexe 1 : Comprimés anti diabétiques oraux (ADO)

Prescription d'1 molécule, puis de 2 molécules, puis de 3 molécules avec l'objectif d'atteindre une glycémie proche de 1 g

Principaux comprimés ADO (1 molécule)

Classe	Générique	Nom commercial	Mode d'action	Effets secondaires et CI (contre indication)
Biguanides	Metformine	Glucophage, Stagid	Diminue la résistance à l'insuline et production glucose par foie	Troubles digestifs possible CI si insuffisance rénale cardiaque sévère
Sulfamides (insulino sécréteurs)	Glicazide Glimepiride	Diamicon Amarel	Augmente la sécrétion résiduelle de l'insuline (Pancréas)	Hypoglycémies possibles, prise de poids CI si insuffisance rénale cardiaque hépatique sévère
Gliptines ou Inhibiteurs de DPPIV	Sitagliptine Vildagliptine Saxagliptine	Januvia/ Xelevia Galvus Onglyza	Action indépendante du pancréas. Stimule sécrétion insuline via GLP1	Très peu d'effets secondaires
Inhibiteurs du SGLT2	Dapaglifozine	Forxiga	Abaisse le sucre dans sang en majorant sa fuite urinaire	Effet positif sur insuffisance rénale et insuffisance cardiaque. Candidose urinaire

Comprimés ado accessoires (1 molécule)

Classe	Générique	Nom commercial	Mode d'action	Hypoglycémies et autres effets
Glinides (Insulinosécréteurs)	Repaglinide	Novonorm	Augmente la sécrétion résiduelle de l'insuline (pancréas) Durée d'action plus courte que Sulfamides	Hypoglycémies possibles. Mieux tolérés que sulfamides si insuffisance rénale
Alphaglucosidase	Ascarbose	Glucor	Freine l'absorption digestive des glucides	Troubles digestifs

Comprimés ado en association (2 molécules)

Chronologiquement

Classe	Générique	Nom commercial	Mode d'action	Effets secondaires et CI (contre indication)
Biguanides/ Inhibiteurs DPPIV	Metf + Sita Metf + Vilda Metf + Saxa	Janumet/ Xelevia Eucreas Komboglyse	cf. Classes	cf. Classes : pas d'hypoglycémie
Biguanides/ Inhibiteurs du SGLT2	Metf + Dapa	Xigduo	cf. Classes	cf. Classes : pas d'hypoglycémie

Annexe 2 : Traitement du diabète par voie injectable sous forme de « stylos » préremplis pour injection sous cutanée

L'objectif du traitement est d'obtenir une glycémie proche de 1 g.

Analogues du GLP1 / + ou - Insuline dans le même stylo

Classe	Générique	Nom commercial	Mode d'action	Hypoglycémies et autres effets
INCRETINE Analogue du GLP1	Liraglutide Dulaglutide Semaglutide	Victoza 1/j Trulicity 1/sem Ozempic 1/sem	Diminue la prise alimentaire Stimule l'insulinosécrétion indirectement	Perte de poids Nausées Protection coronaropathie et insuffisance rénale
Analogue du GLP1 + Insuline basale	Liraglutide + Insuline Degludec	Xultophy 1/j du mélange prérempli	cf. Incrétine + Insuline basale	Hypoglycémies possibles par l'insuline

Les analogues du GLP1 sont prescrits en association avec un ou plusieurs comprimés ADO et/ ou avec l'insuline

Insuline basale à insuline basale – Bolus associant basale et prandiale

Classe	Générique	Nom commercial	Mode d'action	Hypoglycémies et autres effets
Insuline basale ou analogue d'insuline d'action très lente	Glargine 100 Glargine 300 Degludec 100 Degludec 200	Lantus 100, Abasaglar 100 Générique Toujeo 300 Tresiba 100 Tresiba 200	jusqu'à 24 h jusqu'à 24 h jusqu'à 36 h 42 h 42 h	Risque d'hypoglycémie pendant la durée d'action de l'insuline À effectuer à horaires réguliers
Insuline basale ou analogue d'insuline d'action lente	Detemir	Levemir	14 h, voire plus	Risque d'hypoglycémie pendant la durée d'action de l'insuline Le plus souvent 2 injections / 24 h
Insuline ultra rapide prandiale (ou de correction)	Lyspro Aspart	Lyumjev 100 Fiasp 100	2 à 3 h	Risque d'hypoglycémie pendant la durée d'action de l'insuline (surtout 1 à 2 h après l'injection) Début d'action très rapide
Insuline très rapide prandiale (ou de correction)	Aspart Lyspro 100 Lyspro 200 Glulisine 100	Novorapid 100 Humalog 100 Humalog 200 Apidra 100	3 à 4 h	Risque d'hypoglycémie pendant durée d'action de l'insuline (surtout 2 h après injection)
Insuline intermédiaire basale	Insulatard NPH umuline (suspension à agiter avant emploi)		10 à 12 h	Risque d'hypoglycémie pendant durée d'action de l'insuline (surtout 4 h après injection) Faire à horaires fixes une demi heure avant le repas 2 à 3 fois par jour
Mélanges tout préparé d'insuline (basale et prandiale)	Lyspro + Umuline NPH Aspart + Insulatard	Humalog mix 25 Humalog mix 50 Novomix 30 Novomix 50	10 à 12 h	Risque d'hypoglycémie pendant durée d'action de l'insuline (surtout 2 h après injection)

Stylo connecté avec capteur FSL : Novopen 6 et Novopen Echo plus, insuline utilisée ultrarapide (FIASP)

L'insuline est prescrite en association avec un ou plusieurs comprimés ADO, voire avec l'analogue du GLP1

Pompe à insuline par voie sous cutanée (débit basal + bolus prandiaux). Insuline utilisée dans la pompe : insuline ultrarapide

- Lyumjev, Fiasp
- Novorapid, Humalog

L'APA, par la formation d'éducateurs sportifs, s'est développée dans le DT2, maladie chronique. Des maisons sport santé se sont récemment créées sur tout le territoire. La diététique subit régulièrement des évolutions (PNNS 5). De plus en plus de soignants sont formés à l'ETP pour mieux accompagner leurs patients. Autant de bonnes nouvelles que ces nouveaux traitements en perspective pour les patients de type 2 ! Il est temps car l'épidémie de DT2 progresse au niveau mondial, apparaît de plus en plus tôt dans la vie et le diabète gestationnel se multiplie. Le traitement se majore actuellement avec l'augmentation nette des schémas insuliniques basal bolus.

* Hba1c : Valeur moyenne de la charge en sucre à 2 mois (via une prise de sang, voire via le capteur de glycémie). Valeur recherchée : 6,5 % pour un objectif glycémique à 1 g/l (valeur en dehors du diabète de 4 à 6 %).

Bibliographie

1. SFD (Société francophone du diabète) : https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/reco_dt2_sfd_2021.pdf
2. Duclos M, Oppert JM, Verges B, Coliche V, Gautier JF, Guezennec Y, et al. : Physical activity and type 2 diabetes. Recommendations of the SFD, diabetes and physical activity working group. *Diabetes metab.* Mai 2013; 39 (3) : 205-16.
3. Le diabète en France : les chiffres 2020 [internet]. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>.

Catherine Berné

- Médecin diabétologue
- Praticien attaché hospitalier, Hôtel-Dieu
- Membre de la Société Française Sport Santé
- Membre Union Sport Diabète
- Médecin-conseil AP- DT, réseau REVESDIAB

Activité physique et nouvelles technologies dans la prise en charge du diabète #3

Jérôme Trublet

Paris



L'activité physique est souvent présentée comme un traitement de première intention chez les personnes prédiabétiques ou atteintes d'un diabète. Associée à une hygiène alimentaire, l'activité physique est l'outil de toutes les préventions, primaire à tertiaire. Elle reste souvent assimilée à du sport par les personnes s'en étant éloignées et nécessite d'être préalablement expliquée et adaptée.

Par définition, l'activité physique représente l'ensemble des mouvements corporels requérant une dépense d'énergie. Elle comprend trois sous-parties :

- les activités quotidiennes, d'habillage, de toilette, de déplacement, la balade canine, les tâches ménagères et bien d'autres ;
- les exercices dits physiques ou de loisirs tels la bicyclette, la randonnée et de nombreuses autres, pratiquées sans contraintes ni règles particulières ;
- le sport, exercé dans le sens du jeu et de l'effort, dont la pratique suppose un entraînement méthodique et le respect de règles.



Différentes fédérations sportives et organismes ont développé des programmes Sport Santé ou d'Activités Physiques Adaptées afin de répondre aux besoins de nouveaux clients nécessitant un accompagnement, sédentaires voire en inactivité physique. **Aujourd'hui, exactement 436 maisons dites Sport Santé référencées sur notre territoire, s'adressent à des publics atteints de pathologies ou à capacités physiques réduites.**

Selon l'OMS, la pratique d'une activité physique régulière contribuerait à prévenir l'hypertension, maintenir un poids corporel sain, à améliorer la santé mentale, la qualité de vie et le bien-être. Elle facilite la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, plusieurs cancers et le diabète de type 2.

Le diabète de type 2 représente environ 90 % de la population française diabétique soit un total de près de 4 millions de personnes dont 800 000 s'en ignorent atteintes. Le type 2 est une pathologie caractérisée par une insulino-résistance le plus souvent acquise chez des profils dont l'alimentation est déséquilibrée, pratiquant peu ou pas d'activité physique et à l'héritage génétique défavorable. Le pic de prévalence est fixé entre 70 et 85 ans avec une majorité masculine. Une alimentation déséquilibrée, riche en aliments transformés, gras, sucrés et pauvre en fruits ou légumes, aidée d'une inactivité physique condamnent aujourd'hui aussi une jeune population adolescente au diabète de type 2. Une perte de poids (de masse viscérale) et la reprise d'une hygiène de vie pourraient inverser l'insulino-résistance et réduire jusqu'à suspendre les traitements antidiabétiques de type 2. Pour autant, la réversibilité du diabète de type 2 reste conditionnée à cette nouvelle hygiène de vie et son maintien.

À tout âge, il reste encourageant de pratiquer régulièrement ou débuter une activité physique adaptée. Adaptée car ces corps sédentaires sont à réveiller en douceur et leur système cardiovasculaire pourrait être limité dans ces nouveaux mouvements. Régulièrement, car les bénéfices d'une pratique sont à renouveler fréquemment. Permettant une meilleure sensibilité aux traitements du

diabète, cette pratique physique régulière nécessitera une vigilance glycémique des patients sportifs, des suivis renforcés par leurs équipes soignantes voire l'utilisation de nouvelles technologies thérapeutiques.

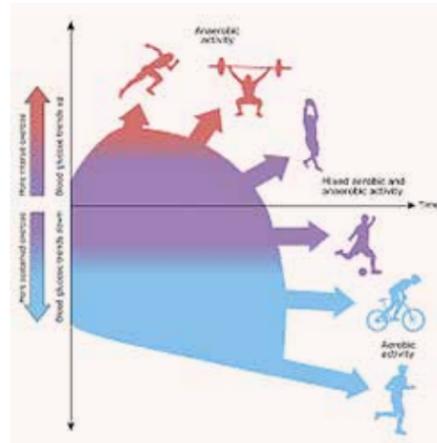
La pratique d'une activité physique chez une personne atteinte de diabète a pour effet de modifier la cellule, plus à même de recevoir du glucose. La cellule possède un transporteur de glucose, le Glut4, qui sous l'effet de l'insuline endo- ou exogène, se déplace du cœur de la cellule vers sa périphérie afin d'ouvrir sa « porte » et laisser pénétrer ce glucose qu'elle transformera en glycogène. Ce phénomène, appelé translocation du Glut4, est observé lors d'activités physiques, nécessitant une dose moindre voire nulle d'insuline. Les « portes cellulaires » resteront ouvertes plusieurs heures à plusieurs jours après la fin de l'activité et permettront chez les personnes atteintes de diabète de réduire les traitements oraux comme injectables, grâce à l'entrée facile du glucose dans ces cellules disponibles et la diminution de l'hyperglycémie plasmatique. Le maintien de cette sursensibilité insulinaire sera entretenu par le renouvellement des pratiques physiques, au mieux quotidiennes.

Pourtant, l'initiation à l'activité physique chez les personnes atteintes de diabète ou sa pérennisation rencontre de nombreux freins. Le premier est la peur de l'hypoglycémie car la majorité des activités physiques ont tendance à sensibiliser à l'insuline et diminuer la glycémie. Cet effet recherché chez les patients nécessite une connaissance et adaptation de leurs traitements, une anticipation, des choix d'activités et la capacité de se resucrer au cas où l'hypoglycémie apparaîtrait. Les mécanismes et bénéfices de l'activité physique peuvent ne pas être perçus et intégrés par notre patientèle malade, auxquels s'ajoutent la variabilité glycémique soulevée par ces nouvelles pratiques, l'optimisation des matériels sportifs et thérapeutiques, le rapport à l'autre, l'incapacité de, l'image de soi, les coûts et quelquefois le simple port d'un maillot de bain sur un corps abîmé ou enveloppé.

Face à ces blocages, un catalogue de leviers existe, il est à adapter aux contraintes de la patiente ou du patient et à intégrer dans un bilan motivationnel initial. S'y trouvent les bénéfices cardiovasculaires, l'amélioration de la sensibilité insulinaire et aux traitements oraux ou injectables, l'amélioration possible de l'hémoglobine glyquée qui reflète la moyenne glycémique des trois derniers mois, la transformation des masses graisseuses en masse musculaire, une éventuelle perte de poids, un meilleur équilibre ou encore une augmentation de la force musculaire. Sans omettre le bien-être cultivé par les objectifs ou micro-objectifs atteints, par les endorphines secrétées, un lien social quelquefois recréé, l'image de soi, la réassurance, la prise en charge d'autres facteurs favorisant que sont l'hygiène alimentaire et le sommeil ainsi que l'optimisation nécessaire et acquise des traitements. Il semble important d'accompagner nos patients via des réseaux formés, clubs ou coaches labellisés, des équipes hospitalières proposant ce type de services, des réseaux de santé, associations de patients et fédérations sportives adaptées. Ils peuvent avoir besoin d'être motivés de temps en temps, quand l'hiver approche avec des conditions météorologiques plus délicates. Sachons leur proposer de changer de discipline, d'horaire ou d'encadrant si la régularité se dégrade.

De nombreuses possibilités d'activités existent parmi lesquelles se distinguent deux familles permettant d'orienter les choix des patients. La première, fréquemment pratiquée consiste en une activité douce, d'endurance, qualifiée aérobie : elle consomme en priorité de l'oxygène, du glucose et les stocks graisseux. Ce type d'activité est indiqué en recherche de diminutions glycémiques et peut être utilisée par tous. Les randonnées, balades à vélo sans accélération, marche, gymnastique douce, yoga et toutes autres activités n'entraînant que de légères augmentations du rythme cardiaque et/ou de la respiration sont qualifiées aérobies. L'activité aérobie a une tendance à être hypoglycémisante, seront à prévenir les personnes ayant des difficultés à ressentir leurs hypoglycémies ou en subissant de nombreuses. La seconde famille regroupe les activités explosives ou

anaérobies. Toutes nouvelles activités nécessitent une consultation préalable chez son endocrinologue ou médecin traitant afin d'en connaître les limites, ces activités explosives solliciteront d'autant plus. Les activités explosives sollicitent une source hormonale, les catécholamines. Adrénaline et noradrénaline ayant des effets hyperglycémisants, il n'est pas rare d'observer des hyperglycémies majeures chez des patients pratiquant du sprint, de la musculation, crossfit, haltérophilie ou squash. Ces hyperglycémies sportives peuvent durer plusieurs heures et sont souvent suivies d'hypoglycémies, chez un organisme ayant consommé rapidement ses réserves glycogéniques.



Ainsi la pratique d'une activité peut être conditionnée et liée à la glycémie de départ, la météo, l'horaire ou encore la dernière prise de traitement oral ou injectable. L'éducation thérapeutique du patient leur permet d'être plus acteurs de leur traitement, de comprendre les différents paramètres influençant leur équilibre glycémique et s'autonomiser dans leur prise en charge. Cette démarche éducative est aidée par les nouvelles technologies apparues en diabétologie depuis plusieurs dizaines d'années.

Les années 80 ont connu l'arrivée des lecteurs de glycémie, ces machines électroniques, plus ou moins volumineuses, plus ou moins fiables, qui nécessitaient une goutte de sang prélevée au bout des doigts et permettaient de connaître immédiatement son résultat glycémique. Au fil du temps, ces lecteurs de glycémie ont gagné en fiabilité, leurs bandelettes prélevant automatiquement d'infimes volumes de sang dans la goutte capillaire présentée et déchargeant leurs résultats via le Bluetooth vers des applications ou plateformes accessibles par le corps médical désigné. Ces nombreuses avancées permettent aux patients un lâcher-prise et favorisent leurs prises en charge et observance.

Les traitements insulins ont également progressé grâce aux différents types d'insulines proposées à prescription, les insulines lentes, rapides et ultrarapides. L'arrivée des stylos à insuline a facilité la mobilité, le transport des traitements et leur discrétion. Dans les années 90, les pompes à insuline faisaient leur apparition sur le territoire permettant aux patients porteurs, de bénéficier d'une injection régulière d'insuline, à l'image d'un pancréas artificiel. Ces seringues électriques miniaturisées allaient désormais injecter toutes les 5 minutes une dose d'insuline rapide appelée débit basal et commandée par le patient et son équipe soignante afin de remplacer son injection de lente quotidienne. Chez les patients sous schéma insulinaire lent/rapide appelé aujourd'hui basal/bolus, l'injection par seringue ou stylo d'insuline rapide était réalisée via la pompe sous forme de bolus, un flash immédiat de plusieurs unités, préalables à l'ingestion d'un repas ou la correction d'une hyperglycémie.

Grâce à ces nouvelles machines, les patients porteurs d'un cathéter, réduisaient le nombre d'injections et amélioraient leur équilibre glycémique via l'adaptation fine de leurs besoins insulins.

Il y a une dizaine d'années, une nouvelle révolution thérapeutique frappait le monde de la diabétologie avec l'arrivée des capteurs de glycémie ou CGM. Ces petits appareils souvent piqués et fixés aux bras des patients, prélèvent du liquide interstitiel et permettent d'obtenir un résultat glycémique toutes les cinq minutes sur un écran ou téléphone portable. Ils avaient enfin accès à leurs glycémies nocturnes ou pouvaient visualiser l'effet des repas. Le plus connu est le capteur Freestyle de la



marque Abbott®, petit disque blanc remarqué sur le bras des patients. La délivrance de ces machines répond à une formation initiale, un traitement insulinaire ou encore une hémoglobine glyquée minimale.

Dernièrement, le couplage de ces capteurs glycémiques aux pompes à insuline a permis, aidé de l'intelligence artificielle, de concevoir des systèmes de boucles semi-fermées. Ces BSF parviennent à prédire la glycémie du patient dans les trente minutes suivantes et d'anticiper l'arrêt d'injection d'insuline avant l'apparition de l'hypoglycémie. La pompe à insuline reprendra l'injection de son débit basal toutes les cinq minutes lorsque le capteur et l'analyse du nouveau résultat lui indiqueront la remontée glycémique et l'évitement certain de l'hypoglycémie. Ce système permet d'éviter de nombreuses hypoglycémies chez des patients en subissant souvent ainsi que les hyperglycémies souvent provoquées par des resucrages d'hypoglycémies massifs et sans contrôle. Les personnes atteintes de diabète et pratiquant une activité physique douce se réjouissent de l'arrivée de ces matériels, observant un meilleur contrôle de leurs glycémies en activités.

L'intelligence artificielle ne s'arrête pas là et n'en est certainement qu'à ses débuts ; depuis quelques années existent les boucles fermées hybrides permettant la modulation de l'injection d'insuline par pompe au regard de la glycémie prédite. Ces machines prédisant à trente minutes la glycémie du patient, sont capables d'augmenter ou réduire l'injection régulière d'insuline et en cas de glycémies plus extrêmes, d'envoyer un flash ou stopper leur injection.

Ces matériels nécessitent toujours les déclarations anticipées des repas et apports glucidiques ainsi que des activités physiques ou sportives, néanmoins elles savent s'adapter à des activités douces à tendances hypoglycémisantes comme explosives à tendances hyperglycémisantes. Le marché est en plein essor, des pompes sans tubulure existent aussi et l'intelligence artificielle ouvre la voie à des capacités aujourd'hui insoupçonnées pour qui voudra l'accepter.

Actuellement, certains modèles de boucles fermées, lorsqu'elles sont averties d'une future activité physique ou sportive, sont capables de rehausser la glycémie à des niveaux sécuritaires sur la durée demandée, à risques d'hypoglycémies. Certaines sont programmables et proposent de régler l'objectif glycémique pour une heure donnée, par exemple votre séance de basket le mardi à 18h.

L'avenir nous propose à travers des matériels encore expérimentaux, de détecter l'activité physique du patient via un accéléromètre ou une légère augmentation du rythme cardiaque et de palier aux hypoglycémies par l'intermédiaire d'un second réservoir, de glucagon, aux côtés de celui d'insuline. Mais toujours, l'activité physique restera indispensable, source de mieux-être et bénéfique que l'on soit atteint de diabète ou non.

Jérôme Trublet

- Infirmier en services de diabétologie et santé au travail
- Membre du groupe de travail « Sport et Diabète » de la Société Francophone du Diabète et formateur auprès des personnels soignants et des patients
- Atteint de diabète de type 1, coureur à pied ultra

Le tout numérique dans un cabinet d'omnipraticque

Cas cliniques et retours d'expérience avec Christian Moussally, Marie Jannot, Thibaud Le Monnier et Yassine Sahadé

Pour la première conférence de l'année 2024-2025, l'équipe Alpha Oméga Paris Jeunes a eu l'honneur de recevoir à la Faculté de Garancière le Dr Christian Moussally, praticien libéral et chercheur associé au sein du laboratoire URB2i de la faculté de Paris, pionnier dans le domaine du numérique appliqué à la dentisterie omnipraticque. Nous avons eu le plaisir d'accueillir plus de 80 étudiants lors de cette conférence. Le Dr Moussally était accompagné de ses associés, les docteurs Yassine Sahadé, Thibaud Le Monnier et Marie Jannot.

Christian Moussally a introduit la conférence en faisant un rappel sur le **flux de travail en CFAO**. La chaîne numérique est un ensemble de maillons qui commence par l'acquisition, puis la CAO (Conception Assistée par Ordinateur, le logiciel permet de modéliser la pièce qu'on veut réaliser), FAO (Fabrication Assistée par Ordinateur, étape informatique de calcul), la fabrication en tant que telle, puis le post-traitement (cuissons, maquillage/stratification, finitions, polissage...).

Différents flux de travail

- **CFAO directe** : *chairside*, tout au cabinet. Acquisition, CAO, FAO, fabrication et post-traitement au cabinet.

Cela est possible lorsqu'on dispose d'une chaîne intégrée complète au cabinet.

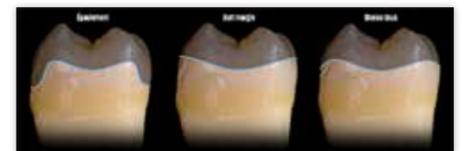
- **CFAO semi-directe / déléguée** : cabinet et laboratoire. On réalise l'acquisition au cabinet, on délègue la CAO et éventuellement la FAO à un laboratoire partenaire qui renvoie le fichier, pour la réalisation des dernières étapes au cabinet.
- **CFAO indirecte** : toutes les étapes sont réalisées par le laboratoire sauf la prise d'empreinte numérique. Dans le cadre de la conférence, on s'intéressera principalement à la CFAO directe et à ses applications en pratique quotidienne de quatre omnipraticiens.

Les inlays, onlays, overlays et couronnes par CFAO directe, Marie Jannot

Marie Jannot a commencé par nous présenter les différents types de restaurations partielles postérieures collées, en fonction du degré de perte tissulaire : inlay, table-top, veneerlay, onlay, overlay et endocouronne et nous a expliqué les différentes indications de réalisation. Puis, elle a fait un rappel concernant l'essentiel des **règles de préparation et quelques formes de limites fréquemment employées** : l'épaulement, le butt-margin et le biseau doux.



Les restaurations partielles postérieures collées
Collage indirect en secteur postérieur : protocoles et recommandations cliniques. Les restaurations partielles collées. R. Ceinos, P. François, G. Tirlot, R. Ruitort, E. Dursun, J.-P. Attal



Puis elle nous a exposé 3 cas cliniques différents, en utilisant des matériaux différents, et en nous détaillant étape par étape le protocole de réalisation des pièces prothétiques, de la préparation au collage, en passant par les étapes d'empreinte optique, de CAO, d'usinage des blocs de matériaux et de leur post-traitement (par polissage mécanique ou maquillage/cuisson).

Voici un aperçu des cas cliniques présentés :



Prise en charge d'un traumatisme antérieur avec réalisation d'un bridge collé cantilever, Thibaud Le Monnier

Thibaud Le Monnier nous a présenté un cas clinique de gestion chirurgicale et prothétique d'un traumatisme antérieur avec un bridge collé cantilever.



Inava

TECHNOLOGIE PROFESSIONNELLE

BROSSETTES INTERDENTAIRES MONO COMPACT



RETRAIT DE PLAQUE AUGMENTÉ

- ✓ 2 DIAMÈTRES DE BRINS
- ✓ LONGUEUR ÉVOLUTIVE
- ✓ FLEXIBILITÉ

Pierre Fabre
ORAL CARE

Le patient se présente en consultation d'urgence avec une fracture amélo-dentinaire de 11 et 21, une impaction et luxation vestibulaire de 11 ainsi qu'une fracture de la corticale osseuse vestibulaire. En connaissance du contexte de santé générale du patient et des considérations esthétiques, sociales, et temporelles, la décision thérapeutique s'est portée sur l'extraction atraumatique et la réalisation d'une préservation alvéolaire de la dent 11 puis la réalisation d'un bridge collé cantilever. La temporisation esthétique a été réalisée à l'aide d'une gouttière thermoformée contenant la 11. Au niveau de la dent, une section de la racine et un comblement de la pulpe au composite sont effectués pour remplacer l'édentement provisoirement. Après quelques semaines, la cicatrisation est satisfaisante. La préparation de la 21 support de bridge collé cantilever est donc possible. Afin de réaliser le bridge collé par CFAO directe (sans passer par un laboratoire de prothèse), le praticien utilise la technique « Maneki Neko » dans laquelle un bras de stabilisation est ajouté temporairement au bridge collé pour permettre son positionnement exact. Ce bras qui joue le rôle de clé de repositionnement est sectionné après le collage de la pièce prothétique.



Le bridge est réalisé en zircone, usinée au cabinet et stratifié avec la technique du cut-back par le praticien après une première cuisson de sintérisation. La stratification de céramique à l'état de pâte (poudre et liquide) sur la réalisation prothétique permet d'apporter plus de translucidité dans les tiers incisal et ainsi d'améliorer le rendu esthétique. Puis la pièce est maquillée avec un nouveau passage au four à céramique.



La pièce est ensuite collée à l'aide d'une colle duale en suivant le protocole de collage adapté pour la zircone, sous champ opératoire et l'occlusion est réglée.

Implantologie assistée par ordinateur, Yassine Sahadé

Puis Yassine Sahadé nous a parlé de l'utilisation de la CFAO en implantologie. En effet, les praticiens ont l'habitude de réaliser un wax up numérique guidant la

planification implantaire pour permettre la réalisation d'un guide chirurgical imprimé en 3D. Il a rappelé que la prothèse doit toujours guider la chirurgie et que l'implant doit se situer dans le couloir prothétique, ainsi la réalisation d'un wax up numérique prend tout son sens. Pour cela, il prend une empreinte optique : arcade édentée, antagoniste et l'occlusion. Le wax up numérique est la projection de la restauration d'usage en respect du cahier des charges d'une prothèse implanto-portée. Puis il réalise l'export du fichier contenant la planification prothétique vers le logiciel de planification implantaire pour pouvoir corréliser le wax-up avec le fichier DICOM issu du CBCT pré-implantaire. Le logiciel de planification implantaire permet alors de visualiser le wax up numérique, l'implant, les tissus durs et tissus mous, ce qui permet l'ajustement de l'axe de l'implant dans tous les sens de l'espace.



Puis il réalise le design du guide qui est imprimé au cabinet à l'aide d'une imprimante 3D SLA PrimePrint (Dentsply Sirona).



L'implant est ensuite posé en chirurgie avec guidage complet (forage et pose de l'implant) et 4 mois après, l'empreinte optique pour la prothèse implanto-portée est réalisée. La vis de cicatrisation est déposée puis le transfert numérique d'empreinte (Scanpost) est transvissé dans l'implant et agrémenté d'un ScanBody. Une fois l'empreinte réalisée, la prothèse sur implant est modélisée et usinée dans un bloc de céramique, puis post-traitée et maquillée. La surface prothétique en contact avec la gencive est polie (non maquillée). La couronne, perforée en son centre, est collée sur le TiBase puis transvissée en bouche. Le puit de vissage est comblé au téflon et au composite.



Apport de l'impression 3D en omnipratique, Marie Jannot

Marie Jannot est ensuite intervenue sur l'apport de l'impression 3D pour l'impression interne des modèles afin de réaliser des gouttières thermoformées pour des éclaircissements dentaires, des plans de libération occlusales ou des gouttières de bruxisme type Michigan. Les avantages résident dans l'affranchissement de l'utilisation d'empreintes analogiques en alginate : distorsion, séchage de l'empreinte, tirage, bulles lors de la coulée du plâtre, confort du patient et du praticien...

Prise en charge d'un cas d'érosion sévère par CFAO directe, Christian Moussally

Pour finir, Christian Moussally a exposé sa technique de réhabilitation globale d'un patient sur terrain d'usure érosive sévère. Dans ces cas d'érosions, les patients présentent souvent une perte de DVO (Dimension Verticale d'Occlusion). Il convient de restaurer les pertes de substances dentaires de la façon la moins invasive possible. L'augmentation de DVO permet de créer un espace inter-arcades autorisant la mise en place des matériaux restaurateurs avec le moins de préparation dentaire possible.

Son protocole numérique est très largement inspiré des travaux de Francesca Vailati (3-step technique) :

- empreintes optiques et maître-modèles,
- augmentation virtuelle de la DVO,
- mock-up numérique antérieur,
- enregistrement du nouveau RIM avec nouvelle DVO en relation centrée,
- mock-up postérieurs,
- réalisation de facettes palatines,
- réalisation d'Overlays mandibulaires,
- réalisation de facettes vestibulaires maxillaires.

Après la réalisation d'empreintes optiques initiales, il réalise un wax up numérique et un mock-up antérieur imprimé en résine pour restaurations provisoires. Ce mock-up antérieur qui prend appui sur la face palatine des dents et présente une zone d'appui palatine inspirée du JIG de Lucia qui permet de valider l'augmentation de DVO souhaitée tout en plaçant les ATM du patient en relation centrée.



Le nouveau rapport inter-arcades est enregistré avec la DVO augmentée. Les wax-ups postérieurs sont alors réalisés dans ce nouveau rapport d'occlusion et transformés en mock-ups par impression 3D. Ces mock-ups

sont collés en bouche pour une validation fonctionnelle. Le calage antérieur est assuré par la réalisation de facettes palatines en composite usinable par CFAO directe (*chairside*).

Séance par séance, il prépare par quadrant les dents postérieures en préparant à travers les mock-ups selon la technique décrite par Galip Gurel et réalise dans la séance les overlays en vitrocéramique à base de disilicate de lithium.

Il termine par la réalisation de facettes vestibulaires en céramique sur le bloc incisivo-canine maxillaire.



L'équipe du Dr Moussally a insisté sur le point suivant : lorsqu'on fabrique dans son cabinet, la traçabilité est importante et on doit se déclarer comme fabricant de dispositif médical sur mesure et remettre une fiche de traçabilité aux patients. Pour cela, il existe des logiciels spécialisés.

Conclusion

En conclusion, l'apport de la CFAO dans un cabinet d'omnipratique pourrait se résumer de manière non exhaustive au confort du patient et de l'équipe soignante. Elle permet, avec une courbe d'apprentissage assez rapide, un « auto-audit » des préparations et des réalisations prothétiques associées. Elle constitue également un outil de communication très intéressant avec le patient. La réalisation de soins de routine (type inlay/onlay, couronnes...) en un seul RDV de soin, permet le contrôle de la totalité du flux de travail et le stockage numérique des données.

Si vous souhaitez en apprendre davantage sur les protocoles de soins par CFAO ou impression 3D, C. Moussally a fondé un organisme de formations privées appelé M School (mschool.fr).

La conférence s'est terminée par un moment convivial de questions/réponses avec les conférenciers.

Charlotte Iniguès



Lenny Dahan





Les conférenciers : Thibaud Le Monnier, Marie Jannot, Christian Moussally et Yassine Sahade



Philippe François avec Sophie Gosselin, Yohann Brukarz, Léonard Sebbag et Thibaut Gibier



Le bureau d'Alpha Oméga Paris Jeunes



Avec la présidente et le vice-président d'AOPJ, Marie et Lénny, Yassine, Léa, Christian Moussally et André Sebbag



Le traditionnel cadeau remis au conférencier par l'ensemble du bureau



Les partenaires de la soirée : Henry Schein France, Haléon, Eomac, La Maison de Création Dentaire et Pierre Fabre Oral Care

BeutiBond Xtreme



UN VRAI ADHÉSIF UNIVERSEL !

- Un flacon unique pour toutes vos restaurations directes et indirectes
- Sans charge et sans HEMA
- Un protocole rapide et simple
- Une manipulation aisée
- Env. 260 gouttes dans un flacon
- Conservation pratique (entre 1-25 °C)



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



www.shofu.de/fr



Distribué par :

DEXTER
VECTEUR DE PROGRÈS

www.dexter.fr

ADF 2024, RETOUR EN IMAGES SUR LE RDV INCONTOURNABLE DE LA PROFESSION !

Pendant 5 jours, près de 30 000 participants sont venus se former, s'informer et échanger au Palais des Congrès. **Nicolas Lehmann** entouré de son comité d'experts et des Secrétaires Généraux, Julien Laupie et Doniphon Hammer, ont une fois de plus démontré combien le congrès de l'ADF EST le rendez-vous incontournable des praticiens français.

Des journées riches de rencontres, et aussi de belles soirées comme la soirée inaugurale au Pavillon Vendôme, et plus modestement celle d'AOnews qui a fêté son anniversaire au Jazz Club Méridien. Ce fut, pour nous, l'occasion de remercier nos auteurs et partenaires, et de revenir sur l'origine... parce qu'on n'a pas tous les jours... 30 ans ! Entre discours et petits fours, **Jack**

Bessade a fait le show pour le plus grand bonheur de tous en interprétant des standards indémodables !

Ce fut aussi l'occasion de décerner nos traditionnels prix. Deux équipes ont remporté le **Prix de la rédaction / Henry Schein France**, remis lors du cocktail. Félicitons celle d'**Anthony Bohbot** (#68) et de **Philippe**

François (#69) pour la qualité de leurs articles et leur enthousiasme. Enfin, ce sont deux belles femmes engagées qui, au nom de leurs chapitres, ont gagné les **Prix des chapitres Alpha Omega soutenus par Pierre Fabre Oral Care, Marion Ammar** (Marseille) et **Géraldine Fima Lilti** (Paris), lors de la remise sur le stand de notre partenaire. À l'année prochaine !

Mylène Popiolek

LA SOIRÉE INAUGURALE

Discours des Secrétaires Généraux (extraits)

(.../...) Cette soirée est un rituel auquel nous tenons beaucoup. Parce que c'est la première soirée avant le Congrès. Parce que c'est le dernier moment après d'intenses mois de travail. Parce que c'est une parenthèse et une pause avant des journées qui vont défilier à toute vitesse. Parce que cette soirée, nous la partageons avec vous. Et pour nous, vivre cette soirée avec vous, ça veut dire beaucoup.

À l'ADF, nous savons d'où nous venons. Nous venons de vous (.../...) de votre envie commune, vous, praticiens. De votre enthousiasme, de votre motivation à agir et interagir ensemble tout au long de l'année. (.../...) L'ADF vient de vous et elle existe aussi grâce à vous aussi, vous les partenaires et les industriels qui ne cessiez jamais d'innover et de contribuer à l'amélioration et à la sécurité de nos pratiques. L'ADF réunit des communautés de femmes et d'hommes passionnés et engagés. L'ADF ne s'est jamais satisfaite de ce qu'elle faisait. Elle a toujours cherché à créer, à insuffler un vent nouveau que nous transformons par des événements, des actions ou des publications qui se veulent toujours utiles à notre profession.

Dans cette soirée, nous tenons à réunir des personnes qui comptent pour nous, des personnes qui ont permis à l'ADF d'être ce qu'elle est aujourd'hui - à savoir une association reconnue, experte nationalement et internationalement tout en gardant cette convivialité qui nous est propre ; une institution qui a su créer le plus grand Congrès dentaire d'Europe. Une organisation qui s'ouvre aux énergies, aux talents et aux contributions positives qui pouvaient venir de ses composantes mais aussi de l'extérieur.

Le repli sur soi, ce n'est pas pour nous. Nous préférons toujours et définitivement la curiosité et l'audace. L'ADF n'a jamais varié d'ambition, celle d'Accompagner, de Défendre et de Former des générations et des générations de chirurgiens-dentistes et assistantes dentaires. Au cœur de ces trois priorités, nous avons retiré Julien et moi un enseignement rien ne se fait sans rencontres, rien ne se fait sans échanges. Et cette soirée occupe une place particulièrement importante dans ces moments de partage. (.../...)

Cette soirée résume bien la raison d'être de l'ADF : agir pour vous et avec vous, avancer pour vous et avec vous.

(.../...)

Julien Laupie et Doniphon Hammer, Secrétaires Généraux



1. Nicolas Lehmann et son comité d'experts ■ 2. André Sebbag entouré de Christian Moussally et du président scientifique (UMR1333 Santé Orale) ■ 3. Jean Pierre Attal et Catherine Chaussain (UMR1333 Santé Orale) ■ 4. Gil et Anne Laure Tirlet avec Julien Laupie et Benjamin Cortasse ■ 5. Jean Pierre Brun avec Olivia et Philippe Vêran (Biotech) ■ 6. Vianney Descroix et N. Lehmann ■ 7. Annamaria Counescot entourée de Erik Chiche et de Karim Mansour (la sympathique équipe de Solventum) ■ 8. Tamara Fayolle (Bisico), David Castillo (Comident) et Pauline Cros Meyrevieille (Ivoclar) ■ 9. Charles Mîcheau avec Emmanuel Savi et Pierre Marie Voisin (Pierre Fabre Oral Care) ■ 10. Patrick Missika avec Yasmine Smail et Philippe François ■ 11. La joyeuse team du Comident ■ 12. Olivier Fromentin avec Samira Britel et François Loiseau (Dentsply Sirona) ■ 13. Romain Ceinos et Pascal Karcenti ■ 14. Avec Marwan Daas ■ 15. Damien Valicon (Equasens) et Christophe Lequart (UFSBD) ■ 16. Le prochain président scientifique 2025 Charles Toledano avec N. Lehmann

SUR LE STAND D'AONEWS...



1. Sydney Boubliil et Yves Tolila ■ 2. Roman Licha, David Naccache et Cyril Licha ■ 3. Éric Castel, André Amiach, André Sebbag et Franck Sebban ■ 4. Cathy Gerber et Paul Azoulay ■ 5. Olivier Boujenah entouré de Lenny Dahan et Serge Zagury ■ 6. Jordan Dray avec Romain Ceinos et Roman ■ 7. Thierry Roos et André Saadoun ■ 8. Géraldine Fima Liti et Jean François Chouraqui ■ 9. Les inséparables Marion Ammar et Elsa Solal ■ 10. Marie Jannot et Michèle Albou entourées de Julien Biton et Sydney Boubliil ■ 11. Avec Hervé Berdah ■ 12. Joël Itic et Jean Pierre Brun ■ 13. Géraldine F. avec Corinne Attia ■ 14. Le directeur de la redac avec Yann Brukarz, Thibaud Le Monnier et Guillaume Benqué ■ 15. Laurent Elbeze avec Roman ■ 16. Élie Attali, Sydney, André et Marc Bert ■ 17. Michèle A. entourée de Béatrice Aknine et Khayat ■ 18. Franck S. et Stéphane Abitbol ■ 19. Anne Laure et Gil Tirlet avec la présidente et Serge Z. ■ 20. Catherine et Joël ■ 21. Franck Bellaïche et Roman ■ 22. David Ghenassia et fils avec Léonard Sebbag ■ 23. En tenue s'il vous plaît ! ■ 24. Les duettistes, Jordan D. et Yoram Zaouch ■ 25. Mithridate Davarpannah avec André et Léonard Sebbag ■ 26. Trung N'Guyen et Charles Tolédano

LE COCKTAIL D'AONEWS...



L'ensemble de la rédaction autour de notre star, Jacques Bessade



Qui pouvait imaginer en juin 93, quand j'ai initié le projet Alpha Oméga News que nous serions aussi nombreux ce soir à fêter le magazine, 30 années plus tard. René Arav m'avait défié : fais une newsletter pendant ta présidence. Voilà comment ça commence.

Si je devais vous donner la recette de cette audace, il faudrait penser à mélanger une grosse quantité d'humain, deux parts d'amitiés et de la fraternité ainsi qu'une dose de générosité pour une si belle cause : Alpha Oméga. J'ai toujours pensé qu'ensemble on peut faire de belles choses, qu'ensemble on peut aller plus loin.

Avec le soutien de nos partenaires ici présents, et de Mylène, nous avons eu l'assurance que ce moteur serait alimenté par un carburant si essentiel : la rédaction. Mais je n'avais pas que cela comme boussole, j'avais quatre points cardinaux : Daniel Rozencweig, René Arav, Maurice Huneman... et Claude Bernard Wierzba. Quant au comité de rédaction, notre vrai seul dénominateur commun a été la fidélité.

Comme aux Césars, voilà donc venu le moment de remercier du fond du cœur toutes celles et ceux qui ont tenté cette aventure. Ils ont pris sur leur temps de travail et familial pour m'accompagner sur ce projet un peu OUF.

Merci donc à ceux qui nous ont quittés, Jacqueline Welgryn et Robert Bugugnani qui me manquent tant. Et puis merci à Michèle Albou, Jacques Bessade, Joël Itic, Paul Azoulay, Marc Danan, Sydney Boubllil, David Bensoussan, Bernard Picard, Michel Ache, ma garde rapprochée. Et puis aussi Thierry Roos, Hanna Kruk, Xavier Bensaïd, David Azaria, Nathan Moreau, Julien Biton. Et enfin pour finir je pense à l'équipe Junior qui s'investit avec force et envie. Je pense à Coraline Dericbourg, Marie Jannot, Romane Touati, Elsa Solal, et les garçons Yohann Brukarz, Jordan Dray, Thibaud Le Monnier, Roman Licha, David Naccache, Leonard Sebbag et Yoram Zaouch.

Ces compliments seraient incomplets si j'oubliais de citer tous les auteurs dont nous avons sélectionné 200 photos qui figurent à la une du numéro 70 de l'ADF, et sur notre stand. Huit d'entre eux ont répondu présents pour notre Hors-Série Spécial 30 ans : Jean-Jacques Aknin, Jean-Pierre Attal, Jean-Pierre Brun, Christian Moussally, Philippe François, Pierre Machtou, Paul Mattout ainsi que Michel Sixou.

Notre fête sera complète quand j'aurai salué tout le travail bénévole fourni par tous les présidents de chapitres de Paris qui fêtera ses 60 ans en 2025 - Lyon, Marseille, Montpellier, Nice, Toulouse, Strasbourg, Metz. Ils s'activent sans relâche à exceller dans la formation continue et à contribuer à nos projets caritatifs ainsi qu'à notre soutien aux facultés de Tel Aviv et Jérusalem. Je suis sûr qu'ici, nous prions tous pour la libération des otages et pour une future paix équitable.

Et comme disait Barbara, Mon plus beau cadeau, c'est vous.

André Sebbag

Bienvenus à cette soirée exceptionnelle à l'occasion de nos 30 ans ! Peu de discours puisque nous avons souhaité que la fête l'emporte comme vous le constaterez tout à l'heure avec notre invité surprise. Permettez-moi juste en guise d'introduction de décliner l'acrostiche de notre revue en quelques phrases.

A évidemment comme amitié et ADF puisque depuis le début de notre aventure, nous avons toujours voulu réunir les acteurs privilégiés de nos parutions à l'occasion du plus grand congrès français de praticiens.

Si je pense au **O** j'aimerais revenir quelques secondes sur l'origine (non pas du monde), mais de la revue ! Il y a un peu plus de 30 ans, le président d'alors du chapitre Alpha Oméga Paris (cette belle association qui va fêter, quant à elle, ses 60 ans en 2025) a eu l'idée de créer une petite revue qui serait la vitrine d'Alpha Oméga France. Tout est parti de là...

N comme novateur. En effet, novateur puisque le pari était de faire une revue gratuite pour les membres élargis, mais aussi par le format (pour ressembler à un quotidien) et le fond puisqu'en plus du clinique, l'idée était de retrouver la convivialité associative par de multiples reportages photos (avec les moyens de l'époque bien loin de ceux d'aujourd'hui c'est certain !!). Et aujourd'hui, AOnews a démontré qu'il était encore novateur en proposant en libre accès sur les réseaux la lecture de tous ses numéros.

J'aimerais insister sur le **E** d'envie et d'enthousiasme ! Nos 2 comités de rédactions, senior et junior, s'impliquent avec toujours plus d'idées à l'aube de chaque parution (on en est à la 240e) et avec le même entrain. Quelles bonnes énergies partagées !

W peut être juste, we did it ? !!

Pour terminer avec le **S** comme sponsors, mais permettez-moi d'insister plutôt sur la notion de partenaires. Les mots ont un sens, et celui de partenaire prend ici toute sa dimension. Des hommes et des femmes de petites ou grosses sociétés qui nous font confiance depuis le début et qui ont compris notre petit +, et notre singularité dans un monde où aujourd'hui toutes les revues se sont regroupées... sauf nous ! (.../...)

Mylène Popiolek



1. Autour d'André Sebbag, les récipiendaires du prix AOnews/Henry Schein France ■ 2. Jacques et Chantal Bessade avec Joël et Laetitia Itic ■ 3. Philippe François, Léonard Sebbag, Yohann Brukarz, Mathieu Izardt, Élisabeth Caussin, Yasmine Smail et Christian Moussally ■ 4. Sydney Boubllil avec Géraldine Fima Lilti, Elsa Solal et Marion Ammar ■ 5. Lucie Rouleau (Airel) et Brice Riera ■ 6. Anne Benhamou entourée de Jean François Chouraqui, Philippe Monsénégo, Olivier Lafarge (Comident) et Anne Laure Charreteur ■ 7. Julien Biton avec Coraline Dericbourg et Marie Jannot ■ 8. P. François, M. Izardt, Élisabeth Dursun et Fayçal Iratni (SDI) ■ 9. Hanna Kruk et David Azaria ■ 10. Avec Jean Jacques Aknin, André Sebbag et Jean Pierre Brun ■ 11. J. Itic, Jacques et son épouse, avec P. Monsénégo et Hélène Cittério ■ 12. Hadi Antoun, Chantal Ifi, Michèle Albou et David Bensoussan ■ 13. La team de Bien Air France ■ 14. Thibaud Le Monnier avec Yohann et Marie ■ 15. Jean Philippe et Isabelle Paret (Eurotec/Adec) ■ 16. Éric Atlan entouré de Marion Houdas et Ann Verledens (ZimVie) ■ 17. Gil Tirllet et JIPI Attal ■ 18. Christophe Lequart (UFSBD) avec les dames de l'ADF ■ 19. Emmanuel Rason (Septodont) auprès de Sarah et Lisette (Actéon) ■ 20. Xavier Bensaid avec Sylvaine Mansion et Estelle (Dexter) ■ 21. Franck Sebban et Pascal Karsenti ■ 22. Michèle entourée d'André et Raoul Tibi ■ 23. Paul Azoulay avec Christian de Bus et Didier Cochet (Henry Schein) ■ 24. Nathalie Uzan avec Jean Pierre Brun et Serge Armand ■ 25. Carole Krief (Yelo Dental), Corinne Lallam, L. Rouleau, D. Azaria et Jean Yves Cochet ■ 26. Cathy Gerber, Emmanuel Savi (PFOC) et Patricia Marjenberg ■ 27. La joyeuse bande du DU maxillo facial de la Pitié ! ■ 28. François Loiseau (Dentsply Sirona), Manal Alaoui (Camlog), Mihaela Crisan (DS) et C. de Bus ■ 29. Peggy Roussel (Key Stone) avec Reinhard Buch et Frédéric Goudzeune (Voco) ■ 30. Avec Annamaria Counescot (Solventum) ■ 31. Les copines ! ■ 32. D. Azaria et Soho Yee ■ 33. Sylvain Guffon et Régis Provignon (Global D) ■ 34. C. de Bus (HSF) entouré d'Anthony Bohbot et Jean Lehner ■ 35. Le Comident à l'honneur ! ■ 36. Bernard Picard avec André



PRIX DES CHAPITRES / PIERRE FABRE ORAL CARE

C'est aussi à l'occasion du congrès de l'ADF que les présidents des chapitres se retrouvent avec plaisir pour échanger sur leurs activités... et délibérer, sous la présidence de Sydney Boubllil, pour récompenser les deux meilleurs ! Ce sont Marseille et Paris, présidés par Marion Ammar et Géraldine Fima Lilti, qui ont remporté respectivement les 1^{er} et 2^e prix. C'est sur le stand du partenaire Pierre Fabre Oral Care que tous se sont retrouvés dans la bonne humeur autour d'Emmanuel Savi et de son successeur Paul de Croisoeuil.



Déjeuner de délibérations. De g. à d., debout : Patricia Marjenberg (Metz), Valentin Adda (Montpellier), Sydney Boubllil, Elsa Solal (Marseille), Patrick Bitoun (Toulouse), Stéphane Abitbol, Corinne Attia (Lyon), Philippe Lévy (Strasbourg) et Géraldine Fima Lilti (Paris) et Marion Ammar (Marseille)



Les 2 gagnantes avec Emmanuel Savi et Paul de Croisoeuil et le président du jury



Photo de famille sur le stand Pierre Fabre Oral Care

Demandez le programme 2025 des chapitres !



AO Paris

**Alpha Oméga Paris
60 ans en 2025 !**

Jedi 16 janvier

Olivier BOUJENAH
et Franck BELLAICHE

Le numérique au travers de cas

Jedi 6 mars

Vianney DESCROIX

*Prescrire sans nuire : respectueux
des recommandations*

Jedi 19 juin

Hugo SETBON

pour une soirée endodontie

**Jedi 11 septembre
(après-midi)**

Hélène ARNAL
et Nicolas DAVIDO

2 visions de la greffe osseuse

Jedi 4 décembre

Matthias RZEZNIK

Soirée para non chirurgicale

www.alphaomegaparis.com

AO Paris Jeunes

Mardi 14 janvier

Leslie MEDINA

*Réussir ses traitements
orthodontiques par gouttières
d'alignement*

Mardi 18 mars

Julien BITON

*Le succès en implantologie,
et si tout se passait
au moment de l'extraction ?*

**Infos sur la page insta
@aoparisjeunes**

*Conférences gratuites
pour les étudiants
15 € à partir de la T1 + 2*

AO Lyon

Mardi 21 janvier

Elsa ESKENAZI SOLAL

Régénération parodontale

Jedi 3 avril

Romain DUCASSÉ

*Apport du flux numérique
dans les réhabilitations
fonctionnelles*

Jedi 19 juin

Karim NASR

*Comprendre et maîtriser la zircone
pour éviter les échecs*

Jedi 18 septembre

Charles TOLÉDANO

*Chronologie clinique
du traitement de l'usure*

Jedi 11 décembre

David Hacmoun

*Esthétique du sourire :
concepts actuels
et stratégie thérapeutique*

alphaomegalyon@gmail.com

AO Strasbourg

Jedi 6 février

Sébastien MELLOUL

Mercredi 23 avril

Michel BARTALA

Jedi 12 juin

Perrine BALLAND

Jedi 18 septembre

Corinne LALLAM

Mercredi 10 décembre

Marwan DAAS

alphaomega.alsace@gmail.com

AO Toulouse

Jedi 23 janvier

Laurent BLUCHE

TP forêts Versah

Jedi 20 mars

Cabinet SYDEL

*Installation, cession,
structuration*

Jedi 15 mai

Christophe BARRAL

Être un dentiste épanoui

Jedi 11 décembre

Carole LÉCONTE

*Influence de la biologie
du patient sur les résultats
de ROG*

bitoun.patrick@hotmail.fr

AO Marseille

Jedi 23 janvier

Benjamin ATTUIL

Jedi 6 mars

Franck AFOTA

Jedi 24 avril

Hugo SETBON

marionammar@icloud.com



X PLOREZ

LES VOIES DU SUCCÈS
EN IMPLANTOLOGIE

Symposium ZimVie

19 - 20 juin 2025

Paris



Proposé par

 **ZimVie**
Institute

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

Interview du Professeur Avi Zini Doyen de la faculté dentaire de Hadassah (Université Hébraïque de Jérusalem)

Avec la participation du Dr Hervé Asher Roos, membre du comité international de la faculté et attaché au département d'orthodontie

AONews. Merci Avi de nous accorder cet entretien, c'est toujours un plaisir d'être ici dans votre faculté. Tout d'abord revenons sur ce qui s'est passé le 7 octobre 2023 et comment vous avez géré les relations entre vos étudiants juifs et arabes suite à l'attaque du Hamas ?

Avi Zini. Il faut savoir que l'année académique a été repoussée de 2 mois, ce qui nous a aidés parce que les étudiants n'étaient pas encore là. Quelques étudiants sont venus nous expliquer que certains les avaient supprimés de leurs amis sur Facebook, et ils ont vu que des posts, relatifs à l'attaque du Hamas, avaient été likés... J'en ai parlé avec le recteur de l'Université Hébraïque de Jérusalem, à la suite de quoi un mail a été envoyé à tous les étudiants mais également à tous les membres de la faculté précisant qu'il n'y aurait aucune tolérance vis-à-vis de ceux qui supportaient les actes barbares du 7 octobre.

Nous avons ensuite mis en place des ateliers de travail avec des psychologues et des étudiants juifs et arabes, séparément puis ensemble. En résumé les étudiants juifs avaient l'impression que les étudiants arabes supportaient les massacres du 7 octobre, et les étudiants arabes que les étudiants juifs les accusaient même s'ils n'avaient manifesté aucun soutien... Compliqué... Il n'y a jamais eu de manifestations sur le campus. J'avais adressé un message de tolérance et de respect vis-à-vis de chacun, rappelant que la politique n'avait pas sa place à la faculté. À ce jour tous respectent cette règle, même si certains soutiennent probablement ce qui s'est passé. Et j'ai d'ailleurs renvoyé un message équivalent lors de la rentrée universitaire de cette année.

AONews. Question difficile mais nécessaire, y a-t-il eu des membres de la faculté qui ont participé à l'identification des corps ?

A.Z. Absolument. 32 membres de la faculté font partie de l'unité d'identifications de la police. À sa tête se trouve le Dr Essi Sharon-Sagi (la directrice de l'internat du service de prothèse de la faculté). Elle y a travaillé

depuis le premier jour. Avec son équipe, ils ont pu identifier de trop nombreuses victimes, mais aussi c'est elle qui a identifié formellement Sinwar (Hamas). On lui a procuré une aide psychologique car c'est un travail très éprouvant. Pour vous donner un exemple, elle a eu à travailler sur une petite boîte contenant juste des cendres, deux implants, un bridge et un petit fragment de mâchoire : c'était les restes d'une seule personne, et l'identification n'a pu être faite que par les implants et le bridge.

On fait le maximum pour l'aider, mais j'aimerais lui rendre hommage ici parce qu'elle est très forte et nous sommes très fiers d'elle.

AON. Comment ont été gérées les périodes de réserve (milouim) aussi bien du côté étudiant que des enseignants ?

A.Z. Tous les réservistes enseignants ont été remplacés facilement par leurs collègues de département. Voici ce que nous avons mis en place pour les étudiants : chacun me rencontre le premier jour du retour de sa période de réserve, et on lui attribue un mentor qui va le prendre en charge tout au long de l'année. Nous avons mis en place des heures de clinique spécifiques pour les réservistes jusqu'à des heures tardives et je peux dire avec fierté que tout le monde a réussi brillamment son année !

AON. Y a-t-il eu des étudiants blessés ?

A.Z. Des blessés oui et heureusement aucun de nos étudiants n'a été tué. Nombreux ont perdu des proches et nous leur assurons un soutien psychologique. Malheureusement nous continuons cette année de la même manière.

AON. Le processus d'accréditation américaine de votre faculté a-t-il été interrompu ?

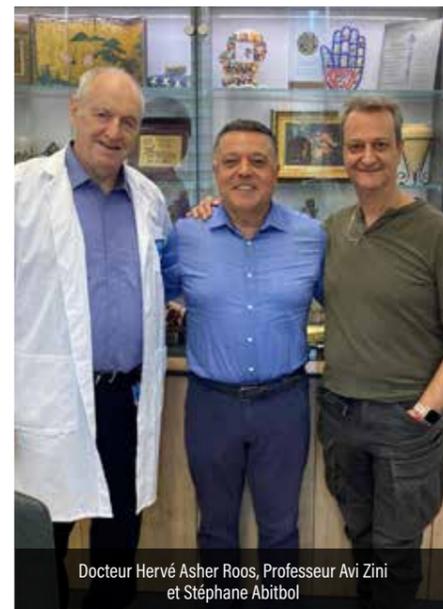
A.Z. Le processus en est aux phases finales et nous continuons de nous mettre à niveau en fonction des dernières corrections qui nous ont été demandées. Le processus est bien évidemment ralenti du fait de la guerre et du report du voyage des responsables américains mais nous attendons la visite finale... et sommes prêts.

AON. Concernant Alpha Oméga : qu'en est-il des programmes proposés aux étudiants ?

A.Z. avec Hervé Roos. Nous proposons différents programmes. Au niveau universitaire, une dizaine de nos étudiants sont à l'étranger, notamment à Penn University ou en Italie. Il n'y a pas d'échange établi pour le moment avec les universités françaises, mais nous travaillons pour obtenir l'agrément européen Erasmus+. Une quarantaine d'étudiants français de différentes facultés sont intéressés par ce programme. La difficulté vient

en particulier du fait que ces programmes d'échanges doivent être mis en place à l'échelon universitaire, et pas seulement de la faculté proprement dite. Le programme donnera droit à une reconnaissance, par la faculté d'origine, du stage clinique effectué.

H.R. Nous proposons par ailleurs le *Student Extership Program* : c'est un programme Alpha Oméga indépendant des facultés dans lequel les étudiants peuvent venir en observation pour deux semaines. Ils pourront se joindre à nos étudiants qui les attendent impatiemment ! L'étudiant intéressé doit se mettre en relation avec son chapitre Alpha Oméga et en devenir membre (cotisation gratuite pour les étudiants) puis nous envoyer sa demande.



Docteur Hervé Asher Roos, Professeur Avi Zini et Stéphane Abitbol

Il vient en Israël par ses propres moyens mais il peut obtenir une bourse d'Alpha Oméga. Par ailleurs, EFI, l'association des dentistes francophones en Israël, l'aidera à trouver des praticiens qui pourront le recevoir. À noter que c'est un programme réservé aux étudiants en années cliniques.

AON. La prochaine convention internationale Alpha Oméga devrait se tenir à Jérusalem ?

A.Z. Nous l'espérons vraiment. Nous avons été déçus de son annulation cette année, car c'est dans cette période troublée que nous avons besoin du soutien de nos amis d'AO, ici, en Israël !

AON. Pour terminer, justement, avez-vous un besoin particulier sur lequel AO pourrait vous aider ?

A.Z. Nous voudrions créer un soutien psychologique spécial pour nos réservistes souffrant de PTSD (trouble de stress post-traumatique). Environ 25 étudiants sont concernés. Il faut compter 2 000 € par étudiant pour 30 sessions avec un psychologue spécialement formé. Et vous pouvez également nous aider pour les cliniques mises en place pour les réservistes dont le montant global est estimé à 25 000 \$.

AON. Merci beaucoup d'avoir pris le temps pour réaliser cette interview. À très bientôt... à Jérusalem !



Propos recueillis par
Stéphane Abitbol
régent européen
d'Alpha Oméga

Save the date

23^e séminaire d'implantologie du CED à Courchevel, 15-19 mars 2025

Le programme scientifique, de haut niveau comme d'habitude, est en cours de réalisation. Deux soirées jeunes conférenciers sont prévues avec l'équipe AFOPi et avec l'équipe universitaire de Hélène Cittério (Pitié Salpêtrière). Deux autres soirées sont programmées avec nos fidèles et renommés conférenciers. Nous renouvelons notre partenariat avec l'Hôtel Courcheveige, apprécié les deux dernières années pour sa situation privilégiée au cœur des pistes, sa terrasse propice aux déjeuners ensoleillés, ses vastes réceptions, le confort de la salle de conférences, son ski room avec accès skis aux pieds, ses chambres cosy, ses petits-déjeuners et dîners, son goûter, son bar convivial, et l'un des meilleurs rapports qualité-prix de la station. Le nombre de chambres pré-réservées étant inférieur à la demande, il est recommandé de s'inscrire au plus vite.

Modalités d'inscription auprès de **Sonia** :
Tél. 04 79 08 02 59 - info@courcheveige.com

Tarifs pour 4 nuits en 1/2 pension* : 550 € par chambre/nuit en occupation double, soit 2 200 € pour 2 pers. (* incluant buffet petit-déjeuner, goûter au salon, goûter salle de conférences, dîner, vin, eaux minérales, café, thé ou infusion). Possibilité de prolonger votre séjour en pré et/ou post-congrès en bénéficiant des mêmes tarifs négociés, mais attention nombre de chambres très limité !



50^{es} Entretiens de Garancière

du 17 au 19
septembre
2025

Bloquez la date
dans votre agenda !



Le coiffage pulpaire direct

Introduction

Le domaine de la préservation pulpaire chez l'adulte est en pleine évolution ces dernières années, grâce à une meilleure compréhension des mécanismes inflammatoires pulpaire mais aussi grâce à l'apparition des ciments hydrauliques de silicate de calcium comme le MTA ou la Biodentine. Ce type de biomatériau est plus performant que l'hydroxyde de calcium utilisé jusque-là et s'est imposé comme le Gold Standard.

Le coiffage pulpaire direct (CPD) est réalisé lors d'une effraction pulpaire accidentelle d'origine traumatique (la classique fracture d'angle de l'incisive maxillaire) ou mécanique (lors d'une taille d'overlay par exemple). Ce sont les cas les plus favorables pour le CPD car la pulpe est saine et asymptomatique.

Lorsque l'effraction pulpaire a lieu lors d'un curage carieux profond, la situation est plus nuancée : si les bactéries et leurs toxines ont pu traverser la dentine, la pulpe exposée va être hémorragique et l'hémostase peut être difficile à obtenir dans les 5 minutes recommandées. Il faudra alors opter pour une pulpotomie partielle ou totale afin de retrouver de la pulpe saine. Si la pulpe a été préservée de la contamination bactérienne, l'hémostase est quasiment instantanée, confirmant l'indication du CPD.

Diagnostic

Pour choisir la technique de préservation pulpaire la plus adaptée entre CPD et pulpotomie, il faut associer les symptômes préopératoires avec un test de sensibilité pulpaire et un examen radiographique.

Concernant le stade pulpaire, la notion d'irréversibilité est remise en question avec une nouvelle classification proposée par les D^r Wolters et Duncan, pour mieux coller à la réalité histologique. De la pulpe saine persiste la plupart du temps et seul l'examen visuel peropératoire de la pulpe et l'obtention d'une hémostase permettent de trancher entre la réalisation d'une pulpotomie ou d'une pulpectomie.

La nouvelle classification classe l'état pulpaire en 4 catégories : initial, modéré, intermédiaire et sévère. Selon les recommandations de l'European Society of Endodontology, le coiffage pulpaire direct est indiqué pour les stades initial et modéré, alors que les pulpotomies partielle et totale sont indiquées pour les stades intermédiaire et sévère.

La réalité clinique est un peu plus nuancée, dictée par l'obtention de l'hémostase. Il arrivera de ne pas parvenir à l'obtenir lors d'un coiffage pulpaire direct sur une dent diagnostiquée en stade initial, nous obligeant à effectuer une pulpotomie partielle ou totale afin de retrouver du tissu sain et de finir le soin. Il est primordial de s'adapter à la situation clinique, sous peine de connaître des échecs. Enfin, il faut réaliser une étude minutieuse de la situation radiographique, avec trois points cruciaux à analyser : l'épaisseur de dentine résiduelle (EDR), et la taille de la chambre pulpaire et la profondeur de la limite proximale.

Si l'EDR est inférieure à 0,5 mm, on va considérer que la pénétration bactérienne est au contact de la pulpe. En effet, la perméabilité tubulaire dentinaire est maximale en juxta-pulpaire et les bactéries sont déjà en train d'attaquer le tissu pulpaire avec leurs toxines. On réalisera un coiffage pulpaire direct dans ce type de cas, et si l'hémostase n'est pas obtenue dans les 5 minutes, on optera pour une pulpotomie partielle voire totale.

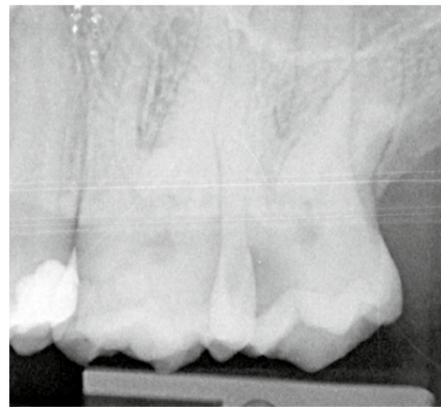
S'il n'y a plus d'EDR, on va se diriger vers la pulpotomie partielle ou totale en fonction du volume de la chambre pulpaire : si elle est large, on va privilégier une élimination partielle du tissu pulpaire, si elle est moyenne une élimination totale du tissu pulpaire et si elle est étroite, on va s'orienter vers la pulpectomie. Cela s'explique par une plus forte probabilité que l'inflammation gagne la pulpe radulaire en cas de faible volume caméral.

Il faut faire attention à la présence ou non de pulpolithe dans la chambre pulpaire car c'est un signe d'atteinte pulpaire chronique et une contre-indication à la réalisation d'une thérapie de maintien de la vitalité pulpaire.

L'analyse de la situation de la limite proximale est capitale pour la pérennité du soin de préservation pulpaire, afin d'éviter une contamination bactérienne secondaire. S'il s'agit d'un soin non urgent, il faut, selon la situation, réaliser une remontée de marge cervicale ou une élévation coronaire, voire les deux dans les cas les plus extrêmes. Si on reçoit le patient en urgence, on réalisera une reconstitution pré-endodontique au composite ou au CVI-MAR, permettant d'isoler la dent et de garantir l'étanchéité le temps de gérer la limite proximale. Une limite proximale profonde a également une incidence sur le pronostic car elle augmente la probabilité d'une atteinte inflammatoire de la pulpe radulaire, diminuant nos chances de succès.

Enfin, il est important de rappeler que la présence d'une lésion inflammatoire péri-apicale d'origine endodontique (LIPOE) n'est pas systématiquement le signe d'une nécrose pulpaire. Les toxines bactériennes liées à une pulpite peuvent atteindre la zone apicale et induire une image radio-claire. La seule présence d'une LIPOE n'est donc pas une indication de pulpectomie, les autres signes de nécrose doivent être observés (test de sensibilité négatif, fistule, etc.).

Cas clinique



Lésion carieuse mésiale sur une 27 asymptomatique chez une patiente de 20 ans sans problème de santé. La dent est positive aux tests de sensibilités, l'épaisseur de dentine résiduelle est d'environ 1 mm et la chambre pulpaire de faible taille. Le risque d'effraction pulpaire étant important, le choix se porte sur un protocole de préservation pulpaire.

Après l'anesthésie locale, un champ opératoire unitaire est mis en place puis désinfecté à l'aide d'une compresse imbibée d'hypochlorite de sodium à 2,5 %. Une matrice sectorielle est ensuite mise en place avant l'éviction carieuse.



Élimination de l'émail carié périphérique à l'aide d'une fraise boule diamantée stérile utilisée sur un contre angle bague rouge ou une turbine puis élimination de la dentine cariée, de l'extérieur vers l'intérieur grâce à une fraise boule céramique stérile montée sur un contre angle bague bleu (Cerabur, Komet) jusqu'à retrouver de la dentine saine dure.

Après l'effraction pulpaire, l'hémostase est obtenue par compression à l'aide d'une boulette de coton imbibée d'hypochlorite de sodium à 2,5 % pendant 30 secondes. Rinçage au sérum physiologique.

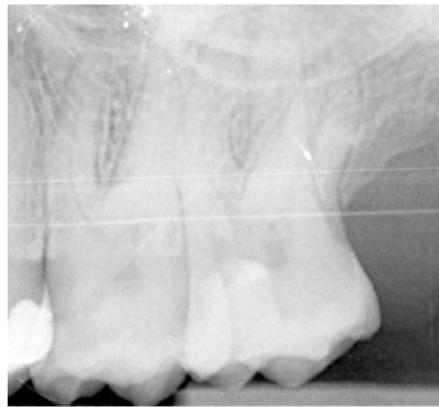


Mise en place de Neo-MTA 2 (Avalon BioMed) à l'aide d'un porte MTA (MAP System, PDSA) et des fouloirs Prexo M et L (Deppeler) afin de modeler le biomatériau et dégager la limite proximale.

Nettoyage à l'aide d'une boulette de coton imbibé de sérum physiologique



Protection du MTA à l'aide d'un fond de cavité photopolymérisable (Hi-Seal, Elsdent), permettant de réaliser immédiatement le protocole de collage du composite définitif occluso-mésial sans crainte pour le biomatériau.



Radiographie de contrôle postopératoire. Suivi à 6 mois puis annuellement

TIPS

TIP 1 : on pense à désinfecter le champ opératoire une fois qu'il est mis en place avec une compresse imbibée d'hypochlorite à 2,5 %. Le but est d'essayer de limiter la contamination externe de la pulpe lors du soin.

TIP 2 : comme la quantité de biomatériau va être relativement faible dans le cadre des CPD, l'utilisation du MTA peut s'avérer plus intéressante

que la Biodentine car la perte de produit sera moindre. Le conditionnement du MTA en sachet va permettre de pouvoir préparer de petits volumes, ce qui n'est pas aisé avec la Biodentine.

TIP 3 : il faut respecter une épaisseur de 2-3 mm de biomatériau car la couche au contact de la pulpe ne va pas complètement prendre, du fait de la présence des par fluides pulpaire. On prend le risque d'un échec si on se contente d'une couche très fine.

TIP 4 : la HAS rappelle qu'en cas d'hémorragie pulpaire suite à l'exposition, si un caillot est présent, il est essentiel de l'éliminer. Aussi, le saignement doit être contrôlé afin de pouvoir poursuivre la procédure. En cas de persistance du saignement, on réalise une pulpotomie partielle ou totale.

TIP 5 : on n'utilisera pas de sulfate de fer à 15,5 % comme l'Astringent (Ultradent) car on risque d'obtenir une hémostase sur un tissu pulpaire inflammatoire et ce sera donc un échec thérapeutique.

TIP 6 : l'utilisation de l'hypochlorite de sodium à 2,5 % est recommandée pour nettoyer la pulpe, car elle diminue les douleurs postopératoires et augmente le taux de succès à 4 ans par rapport à un rinçage au sérum physiologique.

Suivi

Il est recommandé par la HAS de faire un suivi d'au moins un an, afin de confirmer l'efficacité du traitement. Il permet d'évaluer le statut pulpaire, objectif cliniquement par les tests de sensibilité et le recueil des symptômes ressentis par le patient. Au niveau radiologique, l'absence de lésion péri-apicale ainsi que la formation d'un pont dentinaire permet de conclure à la réussite du traitement.

Conclusion

Le coiffage pulpaire direct fait partie de l'arsenal de l'omnipraticien pour gérer l'effraction pulpaire accidentelle ou iatrogène et tenter d'éviter la pulpectomie. Toutefois il faut analyser minutieusement la situation préopératoire et gérer l'hémostase dans le délai recommandé afin de limiter le risque d'échec thérapeutique.

Grégory Féjz



Président
d'Endolight Formation
Président de la Société
d'Odontologie Annécienne
Exercice limité
à l'endodontie



Effacité du traitement canalaire des dents à pulpe vivante *versus* pulpe nécrosée sur les critères péri-radicaux : revue systématique et méta-analyse

Voici une étude comprenant revue systématique et méta-analyse qui mesure l'incidence du statut pulpaire sur la survenue d'indicateurs renseignés par le clinicien ou par le patient. Les études du domaine endodontique font de plus en plus la distinction entre événements cliniques, et les événements rapportés par le patient. Ils ont tous deux été rapportés et comparés en fonction du statut pulpaire des dents traitées.

Vingt-huit études ont été incluses dans la revue systématique. Les études ont comparé les dents vivantes et nécrosées, et mesuré selon le statut pulpaire la survie de la dent (le fait de garder la dent sur arcade - cinq études), la douleur postopératoire (sept études) et le suivi radiologique des lésions apicales (dix-neuf études). Aucune étude incluse n'a mesuré des critères importants comme la conservation de la fonction de la dent, le besoin de réintervention, les effets indésirables (douleurs provoquées, intégrité de la restauration, allergies), ou encore la qualité de vie liée au traitement.

Aucune étude n'a rapporté de lien significatif entre statut pulpaire et survie de la dent, indépendamment du temps de suivi. **La dent nécrosée n'est donc pas en soi un risque supplémentaire de perdre la dent.** Les sept études étudiant la présence de douleurs postopératoires ont conclu que le statut pulpaire ne présente pas d'impact significatif. **Les dents nécrosées ne causent donc pas plus de douleurs postopératoires que les dents vivantes.**

Parmi les dix-neuf études s'intéressant à la présence radiologique de lésions péri-apicales, toutes (sauf une) ont évalué ce critère cliniquement et radiologiquement. Quatre études ont rapporté que le traitement endodontique sur les dents vitales est significativement associé à un pronostic plus favorable (absence de lésion péri-apicale) que sur les dents à pulpe nécrosée. Six études, après une analyse statistique plus fine et précise (*multi-variable logistic regression models*) qui permet d'obtenir des conclusions plus fiables, ont conclu que **le statut pulpaire n'a pas d'influence significative sur l'apparition ou la guérison des lésions péri-apicales.**

Une synthèse quantitative (ou méta-analyse des données) a été possible pour comparer le statut pulpaire avec les critères de survie de la dent et de présence radiologique de lésion péri-apicale. L'analyse des données pour le critère de survie de la dent ne permet pas de conclure à une différence en fonction du statut pulpaire. **Le statut pulpaire n'a donc pas d'impact sur les chances de perdre la dent sur l'arcade.** L'analyse des données brutes pour la présence ou non d'une lésion péri-apicale a permis de conclure qu'une dent vivante a moins de risque de développer une lésion péri-apicale. Mais les données brutes révèlent une hétérogénéité importante (donc une conclusion peu fiable). Une analyse plus en détail des sous-groupes des études a donc été réalisée et a révélé qu'**une dent nécrosée sans lésion péri-apicale n'aura pas plus de risque de développer une pathologie péri-apicale**, comparée à une dent vivante. Ceci est tout simplement dû au fait qu'une dent nécrosée a plus de risque de présenter initialement une lésion péri-apicale (ce qui est logique), et de ce fait fausse l'analyse des données.

Il peut être conclu qu'il n'y a pas de différence significative sur les chances de réussite du traitement entre les dents à pulpe vivante ou nécrosées, à condition qu'il n'y ait pas de lésion péri-apicale pré-existante sur les dents à pulpe nécrosées. Conformément à l'adage bien connu, il est donc plus facile de prévenir l'apparition d'une lésion péri-apicale que de la guérir.

Rossi-Fedele G, Ng YL. Effectiveness of root canal treatment for vital pulps compared with necrotic pulps in the presence or absence of signs of periradicular pathosis : A systematic review and meta-analysis. *Int Endod J.* 2023 ; 56 Suppl 3 : 370-394.

David
Azaria



Airel-Quetin et l'aménagement complet de votre cabinet

Nous vous accompagnons dans la création et la personnalisation de votre projet en vous proposant des solutions adaptées à votre cabinet dentaire.

Chaque année, nos équipes commerciales et techniques travaillent ensemble afin de vous offrir un service de qualité et au meilleur prix grâce à notre large réseau de partenaires, prestataires et fournisseurs.

Si la conception et la fabrication vous intéressent, nous vous invitons à venir voir les étapes de montage de votre propre fauteuil dans notre atelier en Ile de France.



Découvrez notre expertise
avec le Dr Marc Begon



Toute l'équipe Airel-Quetin vous
souhaite une excellente année **2025 !**

FABRIQUÉ EN FRANCE

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

FACE & COU
Les Assises
CHIRURGIE ORALE

THÉMATIQUE
REPOUSSONS LES LIMITES
DE LA CHIRURGIE ORALE !

27^{es} Assises
6 au 8 Février 2025 - Cannes

Rendez-vous du 6 au 8 Février 2025
Cannes - Palais des Festivals et des Congrès
Conférences | Ateliers | Espace dédié d'exposition et d'échanges

COMITÉ SCIENTIFIQUE

FRANCK APOTA, RENAUD PETITBOIS, CHARLES SAVOLDELLI

INTERVENANTS

Plus d'informations : <https://www.assises-face-et-cou.fr/chirurgieorale/>



Cyril Gaillard, fondateur de Gad Center

AONews. Pour commencer, qui est Cyril Gaillard et quel est son parcours ?!

Cyril Gaillard. Je suis papa de 4 enfants, dentiste, entrepreneur... et fan de padel ! Diplômé à Bordeaux en 1998, j'ai d'abord eu un premier cabinet de 2000 à 2009 dans la campagne landaise, avant de créer le cabinet GAD à Bordeaux. Reparti en effet de zéro, j'ai également créé le centre de formation Gad Center et le laboratoire de prothèse Global Esthetics, puis dernièrement Gad Consulting pour accompagner les cabinets dentaires dans leur développement.

AON. Avez-vous croisé des mentors sur votre route, que vous ont-ils apporté ?

C.G. Mon premier mentor je le rencontre en 1999 : c'est le praticien de ma première collaboration. C'est lui qui m'a fait adorer la dentisterie et qui m'a montré que l'on

pouvait être à la fois dentiste et entrepreneur. En 2006 j'ai rencontré Éric Van Dooren et Inaki Gaborrena, mes deux maîtres. D'un point de vue clinique ils m'ont apporté une vision globale, la nécessité de maîtriser tous les domaines pour faire un plan de traitement cohérent. C'est lors d'un séminaire au Québec que j'ai rencontré un confrère (Michel Poirier) grâce auquel ma vision de la vie et de ces possibilités a évolué.

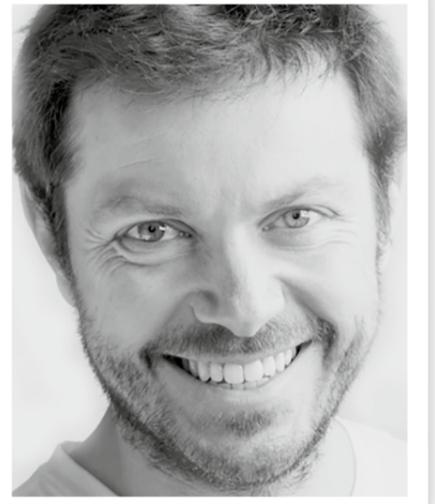
AON. Pour nos lecteurs qui ne vous connaissent pas, pouvez-vous expliquer ce qu'est le Global Advanced Dentistry (GAD) Center ?

C.G. J'ai suivi beaucoup de cours en Amérique du Nord, et en 2009 j'ai créé Gad Center pour transmettre, partager ce que j'ai appris là-bas. L'entreprise a évolué, grandi, et aujourd'hui elle propose des cours cliniques (facettes, occlusion, digital, paro, pédo, des traitements en live...) et aussi des cours orientés plus business comme

l'indépendance financière, le pilotage financier des cabinets, le management, la gestion du temps, la vision et stratégie. Le principe de nos cours est conférence et travaux pratiques, afin de donner la possibilité aux participants de mettre en pratique dès le lendemain dans leur cabinet !

AON. Le Gad Center met en avant ses formations de gestion, d'organisation, d'accompagnement de cabinet. Deux questions : à qui s'adressent ces formations, sous-entendu le petit cabinet dentaire classique peut-il être concerné ? Quand faut-il faire appel à vous dès l'ouverture du cabinet ou en cas de soucis ?

C.G. Cela concerne aussi bien le jeune dentiste qui souhaite s'installer que les cabinets plus structurés (comme Selarl ou Selas) avec des associés minoritaires qui veulent aller encore plus loin. En plus des cours,



nous avons la possibilité de les coacher sur 6 à 12 mois pour les aider atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

AON. Vous êtes aujourd'hui dentiste, formateur, entrepreneur, comment arrivez-vous à vous épanouir dans chaque domaine sans en délaisser un, c'est une organisation ou c'est au feeling ?!

C.G. Tout est une question d'organisation, de gestion du temps et de travail en équipe. Mon planning est booké en avance en laissant toujours un peu de place vide pour les imprévus !

AON. Je crois aussi que vous êtes un vrai passionné de Padel. Qu'est-ce que le sport vous apporte au quotidien ?

C.G. Le plaisir de jouer en équipe ! Partager un moment convivial, se vider la tête aussi, ne penser à rien d'autre que de prendre du plaisir sur le terrain.

AON. Comment voyez-vous l'avenir des cabinets en France ? Est-ce que les cliniques multidisciplinaires ont pris la main sur le cabinet traditionnel, et même finalement sur les centres dentaires qui n'ont pas été au rendez-vous de leurs promesses ?

C.G. Je pense que l'avenir des cabinets est en effet au multidisciplinaire. Chez Gad on reçoit des patients qui font énormément de km, et quand on leur demande pourquoi ils viennent, alors qu'il y a beaucoup de praticiens à côté de chez eux, ils ont tous la même réponse : *Ici il n'y a qu'un seul interlocuteur, dans un seul cabinet, vous faites les greffes osseuses, les endos, les implants, la prothèse, l'ortho et en plus vous fabriquez la prothèse sur place. Pour le SAV on sait à qui parler. Sinon dans les autres cabinets, il faut que je prenne plusieurs RDV avec les spécialistes dans des lieux différents, et en plus s'il y a un problème on ne sait pas à qui s'adresser.*

AON. De fait, est-ce que dupliquer le Gad Cabinet est un projet qui vous trotterait dans la tête ? Dans d'autres villes par exemple ?

C.G. Figurez-vous que je travaille sur le projet... qui devrait sortir dans pas longtemps !

AON. Enfin, si vous deviez changer quelque chose dans votre parcours que feriez-vous ?

C.G. Surtout rien ! Sinon je ne serais pas là où je suis, je garde les erreurs comme les succès !

Propos
recueillis par
Julien Biton



Retrouvez les formations sur
www.gad-center.com

BIOTECH DENTAL GROUP

Une
ICONE

IMPLANT
Kontakt™

CHOISISSEZ
LA POLYVALENCE

ORIGINE
FRANCE
GARANTIE

ANOR Cnr 7317

KON-VF-FR_Rév.00_07/2024

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



CIDAE, Bruxelles 13 et 14 décembre

La 8^e édition du congrès du CIDAE s'est tenue à Bruxelles les 13 et 14 décembre derniers. Le CIDAE est désormais une référence dans le domaine de la dentisterie esthétique et adhésive. Des leaders d'opinion venus du monde entier ont eu l'occasion de nous partager leur savoir-faire et leur expertise aussi bien sur le blanc des dents que sur le rose de la gencive.

Comme chaque année, c'est le Docteur **Alain Perceval**, membre de Bio-Emulation, qui a ouvert cette édition de 2024 devant plus de 500 (!!) personnes dont pléthore de personnalités.

Markus B. Blatz, professeur de l'Université de Pennsylvanie et entre autres, cofondateur de l'Académie Internationale de la Dentisterie Adhésive, nous a présenté les différents protocoles de succès des zircons. Le compte Instagram du Dr Blatz (@profmarkusblatz) a été élu compte dentaire le plus éducatif. Ça vaut le détour !

Marleen Peumans, professeure à Louvain, nous a proposé un focus sur les composites dans les secteurs postérieurs avec des follow up de plus de 20 ans. Celle-ci aurait dû être accompagnée par le regretté Gianfranco Politano décédé brutalement en juillet 2024.

Après une pause déjeuner bien méritée, le brésilien **Ricardo Kern** a fait une masterclass sur l'élongation coronaire multiple et les critères esthétiques du sourire indispensables au succès de ces plans de traitement complexes devant une audience (très !) studieuse. Le niveau est monté d'un cran.

C'est au tour de **Romain Ceinos**, entre autres directeur du D.U. d'esthétique de Nice, de nous parler de l'importance de la maîtrise de la couleur... mais surtout de la forme. Présentation plus que maîtrisée par le français qui n'a pas à rougir du brésilien !

Après une belle soirée dans la capitale de la bière, de la frite et de la gaufre (les clichés sont stables ☺), Alain Perceval et son équipe ont préparé une seconde journée tout aussi qualitative. L'Australien **Tony Rotondo**, que l'on ne présente plus, a émerveillé et subjugué tout l'auditoire avec ses cas cliniques pluridisciplinaires. Les retardataires se mordent encore les doigts d'avoir raté leur réveil du samedi matin mais ont pu se rattraper avec le conférencier suivant.

Javier Tapia Guadix, cofondateur de Bio-Emulation, a lui aussi réalisé une masterclass sur l'analyse histologique de la dent et de la lumière au service des restaurations antérieures.



Enfin, la journée de conférences s'est terminée par des présentations de 30 minutes par 4 *Young Talents*, **Ruslana Kolisnyk**, **Alexander De Greef**, **Alexander Schryvers** et **Jean-David Boschatel**, mais certains boxent déjà dans la catégorie supérieure !

La traditionnelle soirée de gala a clôturé cette 8^e édition en attendant avec impatience celle de 2026.



Romain Ceinos



Rencontre avec le président AO Strasbourg Philippe Lévy...



...et la team Touati (Lyon) Hervé et Romane



Léonard Sebbag

x-mind optima 3D

Le CBCT le plus compact du marché, offrant l'IA à vie*

Définition exceptionnelle, précision inégalée grâce à ses capteurs de pointe et au filtre ClearIQ

Polyvalence remarquable
FOV de 5x5 à 17x12 cm

Simplicité accrue, confiance renforcée grâce à RealGUIDE™, l'IA qui vous guide à vie

*Les fonctions d'IA sont implémentées dans les logiciels RealGUIDE™ et WeDiagnostiX™, distribués avec X-MIND® optima 3D par ACTEON®.

Dispositif médical de classe IIb - CE 0051 (IMQ).
Fabricant : de Götzen Groupe ACTEON® (Italie).
Date de création : décembre 2024

acteon



en savoir plus



L'usure d'un monde Une traversée de l'Iran

François-Henri Désérable | Éd. Gallimard

Voyage en mollarhchie... Un monde qui tue

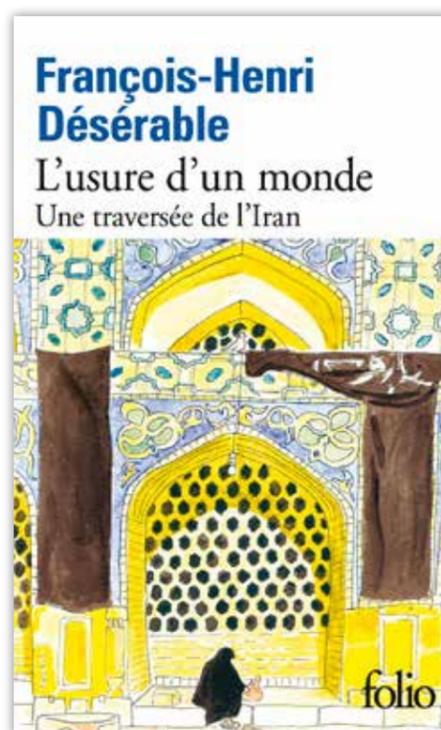
François-Henri Désérable est un auteur que je suis pour son style, son humour et sa sincérité. Je vous ai déjà, dans ces colonnes, livré mon enthousiasme pour certains livres de cet écrivain avec **Un certain monsieur Piekieny** (Hommage à Romain Gary) et **Mon maître et mon vainqueur** (Grand prix du roman de l'Académie Française). Je le suivrai désormais pour son courage.

En effet, en 2023 il a décidé, contre l'avis de ses amis, de ses confrères et du ministère des Affaires Étrangères, de partir en Iran pour quarante jours au milieu

des émeutes et des manifestations quotidiennes, qui suivent la mort de Mahsa Amini, morte pour avoir osé montrer ses cheveux ! Manifestations qui secouent le pays en entraînant une répression sanglante vis-à-vis du peuple iranien mais aussi de tous les journalistes et particulièrement s'ils sont étrangers.

La peur était pour le peuple iranien une compagne de chaque instant, la moitié fidèle d'une vie. Les Iraniens vivaient dans la bouche le goût sablonneux de la peur. Seulement, depuis la mort de Mahsa Amini, la peur était mise en sourdine : elle s'effaçait au profit du courage.

Fin 2022, François-Henri Désérable traverse l'Iran de part en part, de Téhéran aux confins du Baloutchistan. Il rend ainsi hommage à Nicolas Bouvier, parti avec un ami, à l'âge de 24 ans pendant un an et demi, des Balkans à l'Iran en passant par l'Anatolie en juin 1953. Un livre culte est tiré de ce voyage : **L'Usage du monde** publié en 1963. *Le voyage autour du monde, est pour l'homme le plus court chemin qui le conduise à son être... On a moins mal au cœur quand on a mal aux jambes.* François-Henri Désérable veut, avec ce voyage, donner un sens à sa vie et ne pas se contenter juste



d'exister, malgré les dangers bien réels et bien qu'il ne se reconnaisse pas une réserve de courage illimitée.

Cet hommage aux femmes iraniennes qu'il côtoie de jour en jour au fil de son périple, avec tous les risques pour sa liberté, ne l'empêche pas d'ironiser sur toutes celles, dont quelques starlettes, qui timidement, bien à l'abri et de façon très éphémère *se coupaient une mèche de cheveux en solidarité avec les femmes iraniennes. Investissement minimal pour un rendement maximal : ça demandait peu de temps, ça ne présentait aucun risque, ça rapportait des likes et ça donnait bonne conscience.*

Ce n'est pas tant des lieux, si magnifiques soient-ils, que F.H. Désérable veut nous dépeindre mais plutôt ses rencontres avec autant de personnages étonnants, énigmatiques, certains peuvent être des espions à la solde du régime même dans les contrées les plus reculées. Ce sont avant tout des portraits de femmes qui font preuve d'un courage peu commun. Il y a très peu de références à la religion, pas d'antiaméricanisme chez la plupart de ces témoins de voyage, juste la haine de ce régime qui tue et réprime : *derrière chaque personne qui meurt battent mille autres cœurs.*

Peu de temps avant la fin de son périple, François-Henri Désérable est arrêté par les Gardiens de la Révolution, sommé de quitter le pays. Il en revient avec ce récit envoûtant dans lequel il raconte l'usure d'un monde : celui d'une République islamique aux abois, qui réprime dans le sang les aspirations de son peuple. Je voudrais dédier à toutes ces femmes iraniennes, une phrase que je trouve très belle, qui dit tout en quelques mots et que F.H. Désérable met en exergue sous forme de dédicace et sur laquelle je souhaiterais conclure : *Aux Iraniennes vent debout cheveux aux vents.*

Joël Itic



Retrouvez toutes les critiques littéraires de Joël sur aonews-lemag rubrique Lire délivre(s)



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

Vos préférences personnelles, les attentes du patient ou certaines exigences... peu importe la situation, nous avons le composite qu'il vous faut ! Composite pour la stratification en teinte unique, solution haut de gamme pour la stratification simplifiée en multi-teintes, une solution universelle lorsque la plus grande simplicité est souhaitée et un fluide en trois viscosités pour sa polyvalence.

Votre tranquillité d'esprit n'a pas de prix.

Kuraraynoritake.eu/fr



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



Rentrée 2025 : du neuf pour nos cabinets !

Bonjour à toutes et à tous !

La rentrée 2024 vient à peine de commencer et c'est déjà le grand remue-ménage chez les chirurgiens-dentistes. Deux mots tournent en boucle dans toutes les discussions (et sur Google, évidemment) : **nouvelle convention**. Le résultat ? C'est la ruée vers les cabinets en zones « non-prioritaires », où chaque jeune dentiste rêve d'installer son fauteuil flamant neuf. Pendant ce temps, les praticiens en place se démènent pour embaucher des collaborateurs avant que la pénurie ne frappe. Au programme : ouverture de nouveaux agendas, embauche d'assistantes dentaires et installation de fauteuils supplémentaires. En bref, ça recrute et ça travaille dur !

Pour vous donner un chiffre qui en jette lors de vos prochaines pauses-café : 98,3 % de la population française vit à moins de 15 minutes d'un cabinet libéral. Pas mal, hein ? Mais ne vous y trompez pas, le vrai problème n'est pas la distance kilométrique... c'est la distance sociale. Les centres dentaires seront-ils alors la structure privilégiée ? Une chose est sûre il s'agit déjà là d'une tendance actuelle, avec un nombre de centres dentaires qui a plus que doublé ces cinq dernières années.

L'autre actualité marquante de cette rentrée n'est autre que **Doctolib**, qui frappe fort avec son nouvel assistant d'intelligence artificielle (IA). Nous pensons qu'il s'agit d'une technologie de rupture, digne de celle qui, il y

a plus de 10 ans, avait transformé notre gestion des agendas dans nos cabinets dentaires.

Cette fois-ci, Doctolib propose une solution qui va enfin nous permettre de garder les yeux sur le patient et non sur nos écrans. Quand vous discuterez avec votre patient, l'IA va TOUT remplir pour vous : le dossier-patient, le devis, l'ordonnance et les éventuels courriers, tout on vous dit ! Une avancée majeure qui recentre notre attention là où elle est la plus précieuse : auprès de nos patients. Et pour répondre à votre question : non, nous n'avons pas de parts dans la société Doctolib (mais nous restons ouverts à toute proposition au cas où le PDG lit ce billet d'humeur).

Donc à vos agendas, et cette fois-ci dans les zones prioritaires, c'est d'ailleurs là que nous rédigerons sûrement notre prochain édito ;)

À très vite !



Roman Licha, chirurgien-dentiste



David Naccache, interne

Selfies AO



Le monde tel qu'il est

5 % des Français, 10 % des Espagnols et 6 % des Italiens ont du **diabète**.

Morts par **arme à feu** pour 1 million d'habitants : 1 en Allemagne, 2 en Espagne et 5 en France

Patrimoine net médian par adulte : 133 000 dollars en France, 107 000 en Espagne et en Italie, 67 000 en Allemagne.

Espérance de vie à la naissance : 84 ans en Espagne, 83 en France et 75 en Bulgarie.

75 % des Américains, 69 % des Français, 28 % des Chinois portent des **lunettes de vue**.

La République du Congo représente 74 % de la production mondiale de **cobalt**.

Francophones en Europe : 20 % en Italie, 16 % au Royaume-Uni, 15 % en Allemagne.

2.6 milliards d'êtres humains n'ont pas d'accès à **Internet**.

En 20 ans, le cours de **l'or** a été multiplié par 3.

Les Pays-Bas représentent 52 % du marché mondial des **bouquets de fleurs**.



Pauline Cros-Mayrevieille

Directrice générale Ivoclar

Votre dîner idéal réunirait...
Tout simplement ma famille et mes amis !

Vos trois films incontournables
Restons sur des films français :
Léon (Luc Besson)
Les bronzés font du ski (Patrice Leconte)
Intouchables (O. Nakache et E. Toledano)

Vos trois livres fétiches
Mes dernières lectures françaises :
Tout le bleu du ciel (Melissa Da Costa)
Changer l'eau des fleurs (Valérie Perrin)
La Tresse (Laetitia Colombani)

Une chanson de votre vie
La Femme Chocolat (Olivia Ruiz)

Votre insulte favorite
P...tain qui fait partie du langage de tout sudiste !

Votre madeleine de Proust culinaire
Le gratin de choux-fleurs de mon arrière-grand-mère

Un héros... réel ou imaginaire
Mon père

Salé ou sucré ? Sucré

Une passion, un hobby ?
Le tennis

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

Vos vacances de rêve
En famille au soleil

Accro au net... ou pas ?
Accro au boulot !

Votre dernier coup de foudre
Un petit lapin nain de 3 mois !

Dans une autre vie, vous seriez
Policier ou juge

Enfin, une adresse à recommander
Le Grand Cap (Leucate plage - 11 Aude)



Lenny Dahan

Etudiant, vice-président AOPJ

Votre dîner idéal réunirait...
Ernest Hemingway, Salvador Dali, Albert Einstein et ma famille

Vos trois films incontournables
Un singe en hiver (Henri Verneuil)
Shutter Island (Martin Scorsese)
Joker (Todd Phillips)

Vos trois livres fétiches
Kafka sur le rivage (Murakami)
Tours et détours d'une vilaine fille (Mario Vargas Llosa)
Cent ans de solitude (Gabriel Garcia Marquez)

Une chanson de votre vie
Don't think twice it's alright (Bob Dylan)

Votre insulte favorite
La classe mondiale, peut-être même le champion du monde !

Votre madeleine de Proust culinaire
Les lasagnes de ma mère

Un héros... réel ou imaginaire
Mon père évidemment

Salé ou sucré ? Salé

Une passion, un hobby ?
Tennis et ski (futur dentiste forcément)

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sur le terrain de tennis du coup

Vos vacances de rêve
La Birmanie avec ma famille

Accro au net... ou pas ?
Pas trop non

Votre dernier coup de foudre
Il y a 5 ans sur la plage de Tel Aviv

Dans une autre vie, vous seriez
Un tyran ou un flan

Enfin, une adresse à recommander
Le brunch du Royal Monceau sans hésiter !



Léa Serruya

Etudiante, responsable communication AOPJ

Votre dîner idéal réunirait...
Elie Kakou pour rire aux larmes

Vos trois films incontournables
Pour Sacha (Alexandre Arcady)
La vérité si je mens ! (Thomas Gilou)
Titanic (James Cameron)

Vos trois livres fétiches
Le Journal d'Anne Frank
Les Misérables (Victor Hugo)
J'avais 15 ans (Elie Buzyn)

Une chanson de votre vie
J'irai au bout de mes rêves (Jean-Jacques Goldman)

Votre insulte favorite
T'es trop c*n

Votre madeleine de Proust culinaire
La viennoise au chocolat

Un héros... réel ou imaginaire
Mon grand-père pour toutes ses prises de risque

Salé ou sucré ? Team sucrée ++

Une passion, un hobby ?
Chanter et jouer de la guitare

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sur le terrain, de la danse classique à la zumba

Vos vacances de rêve
Un voyage à New-York

Accro au net... ou pas ?
À la communication, donc accro !

Votre dernier coup de foudre
Ma voiture

Dans une autre vie, vous seriez
Chanteuse

Enfin, une adresse à recommander
Prague et ses merveilleux cafés



60 **a dec**[®]
MOVING DENTISTRY FORWARD

A-dec vous souhaite une Bonne Année



a dec[®]
reliablecreativesolutions™
Venez découvrir la gamme sur www.a-dec.fr