

N°101 MARS 2015

le fil dentaire

Le magazine référence des professionnels de la santé dentaire

3rd IMPLANT DIRECT
INTERNATIONAL SYMPOSIUM

A NEW
PATH IN
IMPLANT
DENTISTRY

MALLORCA

23-25
OCTOBER 2015

DR. MAURICE SALAMA

DR. PHILIPPE KHAYAT

DR. JOAN PI URGELL

DR. JOSEPH CHOUKROUN

DR. ACHIM SCHMIDT

DR. MARC REGRAIN



REGISTER NOW!

Scan the QR-Code
or visit <http://www.implant-direct-symposium.eu>



laboratoire de prothèses dentaires



Prestige
Lab
Gap

OFFRE SPÉCIALE DÉCOUVERTE



**Pour toute commande
passée entre
le 20 mars et le 20 avril 2015**

**Nous vous offrons vos premiers travaux
ainsi que le transport**
afin de vous faire découvrir notre laboratoire.

Nous vous rendons le sourire

www.myprestigelab.com

 **0 811 69 39 69**
(prix d'un appel local)

Prestige Lab - 103, Bd Mac Donald - 75019 Paris - Mail : infos@myprestigelab.com

REVUE MENSUELLE

95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie.
Tél. : 01 56 74 22 31 Fax. : 01 73 79 02 40
contact@lefildentaire.com

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION

Patricia LEVI - patricialevi@lefildentaire.com
Une publication de la société COLEL
SARL de presse - RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 - Dépôt légal à parution

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr Norbert COHEN - norbertcohen@msn.com

RÉDACTEUR EN CHEF EXCEPTIONNEL

Dr Benjamin CORTASSE

DIRECTION ARTISTIQUE

Agence Klaim

COMMUNICATION & MARKETING

Perla COHEN - perla@lefildentaire.com

RÉDACTION

Dr Adriana AGACHI, Dr Stéphane ALBARET,
Dr Perrine BALLAND, Catherine BEL, Dr Steve BENERO,
Dr Edmond BINHAS, Rodolphe COCHET, Dr Angela GILET,
Dr Vincent JEANNIN, Dr Brenda MERTENS,
Dr Renaud NOHARET

CONSEILLER SPÉCIAL

Dr Bernard TOUATI

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Fabrice BAUDOT (endodontie, parodontologie)
Dr Eric BONNET (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre BOUKHORS (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas COHEN (microbiologie, endodontie, parodontologie)
Dr François DURET (CFAO)
De Georges FREEDMAN (cosmétique) (Canada)
Dr David HOEXTER (implantologie, parodontologie) (USA)
Dr Georges KHOURY (greffes osseuses)
Dr Alexandre MIARA (blanchiment)
Dr Hervé PEYRAUD (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
Dr Philippe PIRNAY (éthique)
Dr René SERFATY (dentisterie restauratrice)
Dr Raphaël SERFATY (implantologie, parodontologie)
Dr Stéphane SIMON (endodontie)
Dr Nicolas TORDJMAN (orthodontie)
Dr Christophe WIERZELEWSKI (chirurgie, implantologie)

SECRÉTAIRE DE DIRECTION

Élise CZERKIEWICZ : elise@lefildentaire.com

IMPRIMERIE

Rotocayfo, Carretera de Caldes km 3.0 - 08130 - Santa
Perpetua de Mogola - Barcelone Espagne

COUVERTURE

Implant Direct

PUBLICITÉ

Directrice : Patricia LEVI : 06 03 53 63 98

ANNONCEURS

Academie de Paro • Anthogry • Bush & Co • Champions
Implants • Global D • Groupe Edmond Binhas • Implant Direct •
MIS • Prestige Lab • Protillab • Safe Implant • Sunstar • Syfac •
Thommen Medical



p 34

Traitement esthétique
de récessions
imposantes



p 20

Gestion des tissus
mous péri-implantaires



p 46

Investir hors de nos
frontières en toute
sérénité grâce aux
SCPI internationales !

▼ SUR LE FIL

• Actualités France et International
Nouveaux produits - Revue de presse 8 à 12

▼ CLINIC FOCUS

- Extraction antérieure et alvéole endommagée : gestion des tissus mous lors de l'extraction 16
- Gestion des tissus mous péri-implantaires 20
- La chirurgie plastique parodontale en 2015 : la greffe conjonctive est-elle toujours le gold standard ? 24
- Chirurgie plastique parodontale : traitement des récessions gingivales multiples à l'aide de matrices dermiques acellulaires (MDA) 30

▼ CLINIC STEP BY STEP

• Traitement esthétique de récessions imposantes 34

▼ CLINIC FOCUS

• Un point sur les aides optiques 38

▼ LES FICHES THÉMATIQUES PAR G.I.

• Apport du tissu conjonctif en implantologie 41

▼ CONSEIL ORGANISATION

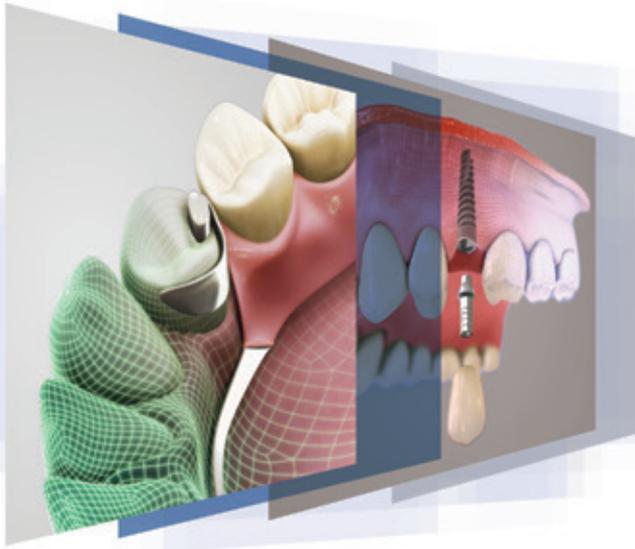
• 4 étapes pour vous aider à gérer les patients mécontents 44

▼ CONSEIL ÉCO

• Investir hors de nos frontières en toute sérénité grâce aux SCPI internationales ! .46

▼ AU FIL DU TEMPS

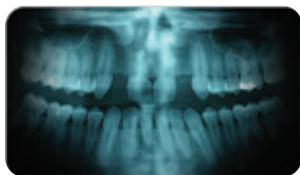
• Agenda des manifestations 48



www.DentalMaster.net

le seul logiciel qui vous permet de :

- Créer
- Personnaliser
- Numériser
- Comparer
- Animer
- Montrer



Créez pour vos patients les plans de traitement 3D interactive et "sur mesure" en 1 minute

Produit distribué par Le Fil Dentaire
Tél. : 01 75 48 66 68
contact@lefildentaire.com

 **DentalMaster**
Bringing Your Vision To Life

Copyright © 2004-2014 Md Simulation LTD. All Rights Reserved.

ÉDITO

“Plaisir...”

Plaisir, voilà un mot que nous n’employons que trop peu dans notre métier ; dommage...

La chirurgie plastique parodontale s’inscrit pourtant aujourd’hui dans le champ du plaisir.

Plaisir du patient car l’esthétique gingivale nous permet de donner ou redonner de l’esthétique à leur sourire.

Plaisir de voir nos mains seules rétablir ce que la nature avait créé, sans avoir recours à des moyens lourds et onéreux.

Ces dernières années ont été marquées par l’explosion de la dentisterie esthétique dans tous les domaines.

Cette explosion de l’esthétique résulte d’une demande croissante de nos patients, d’une communication plus grande mais aussi de nos changements de paradigme.

Le white ok, et le pink ??

Le gradient thérapeutique définit en 2002 par Tirlet et Attal, associé à la dentisterie biomimétique, nous contraint à revoir notre manière de penser et de pratiquer.

Être plus conservateur, moins invasif, systématiser le collage et les matériaux biocompatibles.

An niveau de la chirurgie plastique parodontale, celle-ci doit faire face à des demandes croissantes.

Le white ok, et le pink ??

La chirurgie plastique moderne effectue une avancée spectaculaire avec l’avènement de la microchirurgie. Celle-ci se définit par l’utilisation d’aide optique.

Cela nous à permis de développer une instrumentation adaptée visant à diminuer le trauma chirurgical et permettre un contact intime des tissus favorisant ainsi l’intégration de nos traitements. La conséquence immédiate, c’est l’amélioration de nos techniques, le recul de nos limites et le plaisir !

En effet, nous pouvons optimiser nos traitements, être sûrs du résultat et cela en diminuant le trauma chirurgical donc la pénibilité du patient.

Le champ d’application de ces techniques de microchirurgie est important ; nous vous proposons de faire connaissance avec la chirurgie plastique parodontale dans la gestion de l’alvéole d’extraction, notamment des les zones esthétiques où l’apport de tissu par greffe nous permet de préserver les volumes nécessaires à la future réhabilitation prothétique.

Bien sur la chirurgie plastique parodontale est omniprésente dans les traitements implantaires, autant en pré, per ou post implantaire.

La chirurgie plastique prendra-t-elle un nouveau virage avec les matériaux de substitutions : l’avenir nous le dira. Mais où en est on aujourd’hui ?

En espérant que ce numéro éveille chez le plus grand nombre un plus grand intérêt pour la chirurgie plastique parodontale, telle qu’elle peut être pratiquée aujourd’hui.

Plaisir de partager, plaisir de remise en question, plaisir d’évoluer, et plaisir de lire ...



Benjamin Cortasse

Chirurgien dentiste
Diplômé de la faculté de Montpellier

Et vous ? Que faites vous face à ce problème ?



*Docteur,
Mes implants et mes dents bougent,
J'ai peur de les perdre,
Je ne veux pas me les faire arracher !!*

UN PROGRAMME ENTièrement **ADAPTÉ**
À VOS BESOINS SPÉCIFIQUES
EN OMNIPRATIQUE



NOTRE OBJECTIF ... VOTRE RÉUSSITE EN PARO

2015 Agenda

Continuum Education Aix en Provence

Maîtriser les maladies parodontales

Du 16 au 20 mars 2015 *complet*

Du 15 au 19 juin 2015 *complet*

Du 05 au 09 octobre 2015

La muco gingivale au quotidien

Du 09 au 10 Avril 2015 *complet*

Du 10 au 11 Septembre 2015

Les Lasers en omnipratique

Du 03 au 04 Décembre 2015

Notre engagement ... Vous donner

- ✓ **Un protocole complet, précis et reproductible.**
- ✓ L'assurance d'établir le bon diagnostic.
- ✓ **Maîtriser le traitement de fond, adapté à chaque patient afin d'éviter tous risques de récurrences.**
- ✓ À quel moment intégrer l'acte chirurgical.
- ✓ Pourquoi et quand extraire ?
- ✓ Traitement des péri-implantites.
- ✓ Savoir détecter vos patients à risque.
- ✓ **Garder vos patients motivés et observant.**
- ✓ Le rôle et la place des lasers en Paro.

INTERVENANTS : Drs Joël BEAULIEU (Canada), Marie-Ève BEZZINA, Benjamin CORTASSE, Yoan BIDART, Pr Jean Paul ROCCA.



ACADEMIE DE PARO

6 Avenue Neil Armstrong
33692 Mérignac

TELEPHONE

0320.340.447

WEB

www.academie-de-paro.com
info@academie-de-paro.com

La sérénité de pouvoir enfin s'engager sur des résultats fiables et durables.

Ils ont participé à ce numéro

- Omnipraticien - Parodontiste - Implantologiste -



**Dr Perrine
BALLAND**

Elle fait ces études à Nancy et après 3 ans de collaboration libérale, elle décide de quitter notre pays pour aller vivre sa passion et parfaire sa formation chirurgicale.

Elle réalise pendant 3 ans un Postgraduate à plein temps à NewYork en parodontologie.

Elle rentre ensuite pour s'installer à Metz au sein d'une équipe pluri disciplinaire (implantologie, endodontie...).

Son exercice se consacre exclusivement à la parodontologie.

Elle travaille également au Luxembourg.



**Dr Benjamin
CORTASSE**

Étudiant à Montpellier, il se passionne immédiatement pour l'esthétique sous l'influence d'un de ses enseignants.

Il comprend que « l'esthétique du rose » joue un rôle important dans les réhabilitations prothétiques ; il est séduit par l'influence directe des gestes de l'opérateur dans les techniques de chirurgies plastiques.

L'apport de la microchirurgie répond à ses envies de changer les choses et rompre avec certains paradigmes, rejoignant ainsi les principes de biomimétique.



**Dr Vincent
JEANNIN**

Vincent Jeannin est diplômé de l'Université Catholique de Louvain.

Il s'installe à côté d'Avignon il y a 15 ans, et profite de ses premières années d'exercice pour renforcer ses connaissances.

Passionné, il intègre l'esthétique et l'implantologie au cœur de son exercice d'omnipraticien.

Il fonde l'Apex en 2008, study group réunissant dentistes et prothésistes, et crée ainsi une émulation locale sur ces sujets...

Il vous fera partager son sens clinique et son respect de la biologie au sein de ce numéro.



**Dr Brenda
MERTENS**

Brenda Mertens est d'origine allemande. Tombée amoureuse de notre pays depuis toute petite, elle décide de venir faire pendant 3 ans le postgraduate européen de parodontologie à Strasbourg puis migre dans le Sud à Montpellier.

Installée en tant que paro-implanto exclusif avec son père, elle aime partager sa passion avec les étudiants, les collègues et le grand public.

Elle devient vite connue pour son enthousiasme et son engagement dans plusieurs sociétés scientifiques française et Européenne.



**Dr Renaud
NOHARET**

Attiré par la chirurgie dès la faculté, il fait son internat à Marseille, auprès de Paul Mariani.

Sa rencontre avec Bernard Cannas et Luc Gillot lui permet de développer son goût pour l'implantologie, l'enseignement et les nouvelles techniques informatiques.

Il intègre très rapidement l'esthétique gingivale dans ses réhabilitations globales.

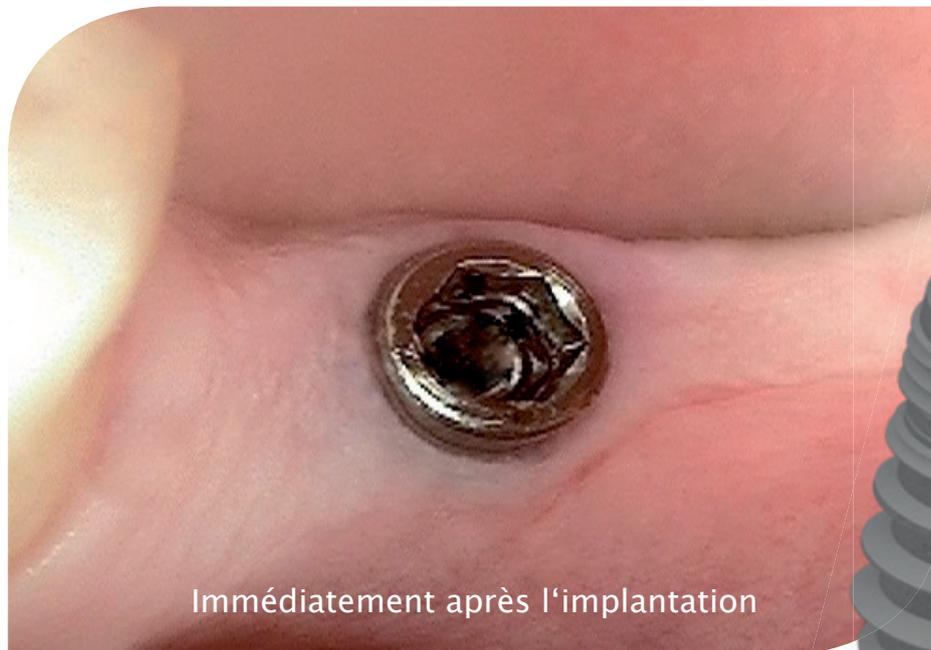
Aujourd'hui Maître de conférence à la Faculté de Lyon, il transmet sa passion.



ABORDABLE
pour plus de
patients

RECU
25 ans

UNIVERSELLE
implantologie
exclusive et
omnipratique



Immédiatement après l'implantation



- **Méthode d'Implantation Minimalement Invasive (MIMI®)**
- **SANS lambeau mucopériosté**
- **SANS exposition de l'implant durant l'ostéointégration**
- **SANS empreinte subgingivale en prothétique**



Fanny Rougnon-Glasson

Coordinatrice France
Tél.: 06.40.75.69.02
fanny@championsimplants.com



Priv.-Doz. Dr Armin Nedjat, Chirurgien-Dentiste

CEO Champions-Implants GmbH
Créateur de la méthode MIMI®-Flapless
Prix d'Innovation-Médecine · 2013

À LA UNE

Une nouvelle voie dans la dentisterie implantaire

La marque IMPLANT DIRECT, qui fait partie du Groupe Kavo Kerr, est désormais connue pour son concept « Simply Smarter » qui offre des solutions « Tout en un » pour faciliter la pratique implantaire.

Pour son 3^{ème} Symposium européen qui se tiendra du 23 au 25 octobre prochain Implant Direct a choisi de vous accueillir sur la belle île de Majorque réputée pour la douceur de son climat, ses magnifiques plages, ses vins mais également pour ses richesses culturelles...

Terre Natale de Rafael Nadal et de Carlos Moya, Majorque a également inspiré Frédéric Chopin ou encore Agatha Christie. Talent, perspicacité et génie, qualités communes à ces artistes sont aussi des valeurs défendues par Implant Direct. C'est précisément sur cette base qu'elle a sélectionné un oratoire de renom international, expert sur les dernières avancées scientifiques, pour présenter une nouvelle voie dans la dentisterie implantaire liée au flux de travail numérique.

On soulignera notamment la présence du Dr Maurice Salama qui présentera le traitement multidisciplinaire de



l'implant esthétique, du Dr Philippe Khayat qui déterminera si l'état de surface et le design d'un implant joue un rôle prépondérant sur la peri-implantite et du Dr Joseph Choukroun qui interviendra sur les facteurs de croissance.

Le programme met également l'accent sur la pratique avec la tenue de 4 ateliers parmi lesquels la chirurgie guidée dispensé par les Drs Raphael Beau et Marc Regrain (Paris).

Un programme scientifique qui vous permettra d'enrichir votre connaissance théorique et pratique et vous offre une nouvelle solution prospective vous permettant de satisfaire les besoins d'un nombre plus élevé de patients tout en maintenant des normes élevées de qualité.

Prêts à relever les défis de l'avenir !

Pour tout renseignement et inscription
Tél. : 00800 4030 4030

www.implantdirect.eu

SIRONA

SIROLaser Blue : bleu synonyme de précision chirurgicale



Sirona sort des sentiers battus avec le nouveau SIROLaser Blue : en plus de la lumière infrarouge jusqu'à présent utilisée dans une longueur d'onde d'environ 970 nanomètres (nm), il émet également une lumière laser bleue d'une longueur d'onde de 445 nm.

Alors que l'utilisateur devait jusqu'à présent bayer les tissus lentement et à plusieurs reprises avec la fibre de verre, le SIROLaser Blue permet d'obtenir immédiatement une coupe propre et suffisamment profonde – et tout ceci sans toucher les tissus. Le rayon bleu est absorbé environ 100 fois mieux que l'infrarouge. Il permet ainsi des coupes atraumatiques précises à une vitesse convaincante.



www.sirona.com

Un bain d'efficacité*

Sans alcool

PAROEX
Solution pour
Bain de Bouche
SANS ALCOOL

* DANS LE TRAITEMENT D'APPOINT
DES INFECTIONS BUCCALES
ET DES SOINS POST-OPÉRATOIRES
EN STOMATOLOGIE

VOTRE SOLUTION ANTISEPTIQUE

Remb. Sec. Soc. 15 % (Flacon 300 ml)

PAROEX

Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %

PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Digluconate de chlorhexidine à 20% (m/v) : 0,6360g (quantité correspondant à digluconate de chlorhexidine : 0,12g) pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Excipients : glycérol, acésulfame potassique, huile de ricin polyoxyéthylénée, propylène glycol, azorubine, arôme OPTAMINT 757515*, eau purifiée (*Composition de l'arôme OPTAMINT 757515 : menthol, anéthol, eucalyptol, huile essentielle de menthe, menthone, acétate de menthyl, menthol racémique, propylène glycol, triacétine, huile essentielle d'anis étoilé, huile essentielle de géranium, vanilline, maltol, huile essentielle de mandarine, éthanol). FORME PHARMACEUTIQUE : Solution pour bain de bouche. DONNÉES CLINIQUES : **Indications thérapeutiques** : Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration** : RESERVÉ À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser le contenu d'un demi-godet (12ml) ; si la présentation ne contient pas de godet, utiliser une cuillère à soupe soit environ 15 ml. Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après les repas et de préférence, après le brossage des dents). **Contre-indications** : Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en garde et précautions d'emploi** : Mises en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. **Précautions d'emploi** : Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions** : L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). **Grossesse et allaitement** : A utiliser avec prudence chez la femme enceinte ou qui allaite, faute de données cliniques exploitables. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines** : Les effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines n'ont pas été étudiés. **Aucun effet n'est attendu**. **Effets indésirables** : - Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café) - Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation cutanéomuqueuse, réaction allergique cutanée voire générale, gonflement des glandes salivaires), nécessitant l'arrêt du traitement - Occasionnellement, dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement - Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. **Déclaration des effets indésirables suspectés** : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : www.ansm.sante.fr. **Surdosage** : En cas d'ingestion orale de la chlorhexidine, les effets suivants ont été rapportés : gastrite atrophique, lésions oesophagiennes et hépatiques en cas de doses très élevées. En outre, cette spécialité contient des dérivés terpéniques, en tant qu'excipients, qui peuvent abaisser le seuil épileptogène et entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques chez l'enfant (à type de convulsions) et chez les sujets âgés (à type d'agitation et de confusion). Respecter les posologies et la durée du traitement préconisées. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES** : **Propriétés pharmacodynamiques** : Classe pharmaco-thérapeutique : STOMATOLOGIE/TRAITEMENT LOCAL A VISÉE ANTISEPTIQUE (A : appareil digestif et métabolisme). **Propriétés pharmacocinétiques** : Non renseigné. **Données de sécurité préclinique** : Non renseigné. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES** : **Durée de conservation** : Avant ouverture du flacon : 3 ans - Après ouverture du flacon : 30 jours (90 jours pour le format 5000 ml avec pompe). **Précautions particulières de conservation** : Après ouverture du flacon, ce médicament peut être conservé pendant 30 jours maximum (90 jours pour le format 5000 ml avec pompe). **Nature et contenu de l'emballage extérieur** : 50 ml et 5000 ml en flacons (Polytéréphthalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (Polypropylène) et cape (PE). 100 ml, 300 ml et 500 ml en flacons (Polytéréphthalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (Polypropylène) et cape (PE) avec godet doseur (Polypropylène). **NUMÉROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** : AMM n° 34009 344 640 0 3 : flacon de 50 ml. AMM n° 34009 364 343 1 8 : flacon de 100 ml avec godet doseur (Agréé Collectivités). AMM n° 34009 344 641 7 1 : flacon de 300 ml avec godet doseur (Remboursement Sécurité Sociale à 15 % - Agréé Collectivités - Prix : 3,27 € - CTJ : 0,13 à 0,49 €). AMM n° 34009 344 642 3 2 : flacon de 500 ml avec godet doseur. AMM n° 34009 356 355 4 9 : flacon de 5000 ml avec pompe doseuse. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE** : Médicament non soumis à prescription médicale. **TITULAIRE DE L'AMM** : SUNSTAR France - 55/63 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. **EXPLOITANT DE L'AMM** : C.S.P. - 76, avenue du Midi - 63800 Courmon d'Auvergne. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** : Janvier 2015.

SUNSTAR
FRANCE

POLYDENTIA

MyClip, l'anneau malin

Avec MyClip vous vous ferez un cadeau, car il s'agit du premier anneau de matrice sectorielle au monde combiné avec une pince ! Ne vous souciez plus d'acheter des pinces onéreuses pour chaque type de système de matrice que vous avez au cabinet, arrêtez de stériliser des montagnes de pinces tous les soirs et remplacez les extrémités chaque fois que vous en ressentez le besoin. Enthousiasmez-vous pour ce dispositif dentaire innovant et intelligent qui rendra votre vie professionnelle quotidienne plus rapide et plus facile !



Pour mettre au point MyClip, Polydentia a consulté et écouté des spécialistes dentaires dans le monde entier. La force de séparation spécifiquement adaptée résulte en une légère pression de la matrice sectorielle sur la dent. Aucune force de séparation exagérée aux endroits où cela n'est pas cliniquement nécessaire, poussant souvent la matrice dans la cavité et aboutissant à un point de contact imparfait dans les obturations de classe II. Cela signifie par conséquent une perte de votre temps !

Les coins interdentaires peuvent être facilement insérés dans la fente des extrémités de l'anneau, prévue à cet effet. Vous pouvez également tout simplement placer MyClip au-dessus du coin précédemment positionné. N'hésitez pas à suivre la procédure appropriée à la situation clinique spécifique, dans la plupart des cas en opérant d'une seule main.

Tout en respectant les plus hautes normes de stérilisation du matériel dentaire, les pinces et les extrémités en élastomères résistent au bain d'ultra-sons, à l'autoclave et au thermo-désinfecteur.

+ www.polydentia.com

IMPLANTOLOGIE

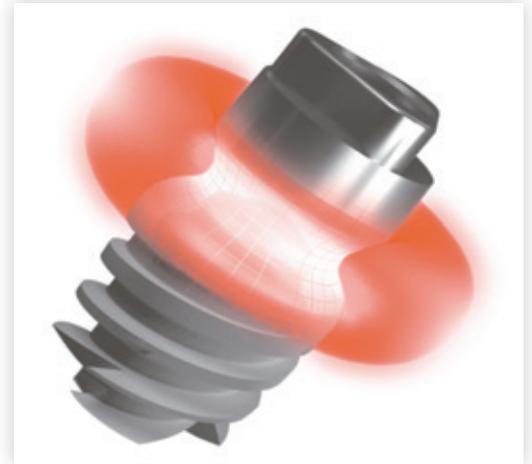
GLOBAL D élargit sa gamme

Implant Twinkon 4

Le Twinkon® 4 est un implant ultra-court de longueur 4 mm indiqué pour les implantations plurales sur le secteur mandibulaire postérieur en cas d'atrophie osseuse sévère.

Cet implant unique a été conçu avec la préoccupation de répondre efficacement à plusieurs impératifs majeurs :

- la partie endo-osseuse a été optimisée afin de procurer une stabilité primaire immédiate et une ostéo-intégration rapide.
- l'émergence du col « transmuqueux » a été profilée pour permettre la formation d'un joint muco-conjonctif protecteur épais favorable à la préservation du capital osseux résiduel.
- la connexion prothétique de type cône à friction externe, positionnée



en région supra-crestale apporte une réponse efficace sur les plans parodontal et mécanique.

Le TwinKon® 4 est disponible en diamètres 4.0 mm et 4.5 mm.

Validé scientifiquement, l'implant est une alternative fiable aux reconstructions osseuses verticales peu prédictibles à ce niveau.

Implant 3.0

L'Implant 3.0 est un implant étroit 2-pièces de Ø 3.0 mm destiné à la restauration des espaces réduits du secteur incisif.

Conformément à l'approche thérapeutique généralement adoptée par Global D, l'implant a été conçu de façon à optimiser l'aménagement des tissus péri-implantaires malgré le faible espace interdentaire disponible.

L'Implant 3.0 dispose non seulement d'un cône à friction de 5° permettant le positionnement infra-crestal de l'épaulement mais il bénéficie également de l'Acti-Lock Concept.

L'Acti-Lock Concept permet de verrouiller les composants prothétiques par activation lors de leur insertion dans l'implant. Cette approche qui s'affranchit de vis de trans-fixation, est simple, rapide et très conviviale.



Réalisé à l'aide d'une clé spécifique, elle est sans choc, garantissant ainsi le confort du patient lors de sa mise en œuvre. Si besoin, l'Acti-Lock Concept peut être désactivées, et le composant retiré, avec la même simplicité grâce à un extracteur.

+ www.globald.com

Global D

Affine son arsenal thérapeutique...

Implant 3.0



Global D

Partenaire de vos chirurgies

CROWN CERAM

Une solution numérique ouverte

Le laboratoire alsacien Crown Ceram renforce son engagement réel dans le développement de solutions de haute précision technologique, confortant ainsi sa position de leader sur le marché de la CFAO.

Dès 2012, Crown Ceram se lance dans la solution tout numérique via le système 3Shape TRIOS®, de la prise d'empreinte optique au cabinet, à la conception et à la réalisation finale du cas clinique. Bêta testeur et co-développeur avec 3Shape pour la réalisation d'inlay core tout numérique, Crown Ceram devient en 2013, le premier laboratoire français à être officiellement labellisé TRIOS® Ready Lab. Ce label est délivré à l'issue d'un programme précis de validation de compétences spécifiques dans le domaine des technologies du numérique. Aujourd'hui, Crown Ceram étend son expertise au système de prise d'empreinte optique 3M™ True Definition Scanner. Système ouvert, les empreintes sont facilement réceptionnées par le laboratoire Crown Ceram, en toute sécurité, en format universel STL pour de nombreuses possibilités de traitements. Son design, proche des équipements habituels du cabinet dentaire, facilite une familiarisation rapide de l'enregistrement numérique des empreintes par les praticiens. Le laboratoire est ainsi reconnu Centre certifié 3M. Crown Ceram poursuit ses analyses, ses recherches et ses tests pour intégrer régulièrement de nouveaux systèmes, répondant ainsi à une demande de plus en plus forte de ses praticiens partenaires



+ www.crownceram.com

HENRY SCHEIN

Scheinbox : un concept unique

Vous êtes un jeune installé ? Vous aimeriez passer à la CFAO ? Vous souhaitez vous diversifier sur la chirurgie-implantologie ou la prophylaxie, ou tout simplement optimiser votre activité ?

La Scheinbox, offre All Inclusive sur mesure, vous aide dans la réussite de votre projet en vous apportant des solutions simples et complètes :

- définition de la configuration adaptée à votre besoin parmi une sélection des meilleurs matériels du marché.
- un programme de formations initiales et de perfectionnement pour approfondir vos connaissances et exploiter pleinement les capacités de votre matériel.
- un kit complet de communication (posters, brochures pédagogiques, animations 3D...) vous est fourni pour valoriser votre démarche auprès de vos patients ou clients dentistes.
- un support technique et informatique comprenant installation sur site, hotline, maintenance préventive, garantie pièces détachées, évolution des équipements informatiques et mises à jour logiciels.
- une dotation mensuelle en consommables associés au matériel choisi.

En tant que client ScheinBox, vous bénéficiez d'une remise permanente exceptionnelle sur le catalogue général et vous profitez de la garantie « Meilleur Prix » : le tarif le plus attractif entre une promotion en cours et votre remise perma-



nente catalogue est automatiquement appliqué. Tout votre consommable est livré franco de port.

Après définition de votre offre personnalisée, ScheinBox, c'est un loyer mensuel fixe et sans surprise.

- Améliorez la qualité des soins
- Gagnez en efficacité et en sérénité
- Libérez-vous des contraintes techniques, logistiques et des tracas administratifs
- Maîtrisez votre budget

Valorisez votre cabinet, tout simplement !

ScheinBox Prophy-Paro – CFAO – Jeune Installation... choisissez la vôtre !

+ www.scheinbox.fr

JULIE SOFTWARE

Julie : 1^{er} logiciel dentaire certifié LAP !

Le Journal officiel du 15 novembre 2014 a publié un décret relatif à l'obligation de certification des Logiciels d'Aide à la Prescription médicale (LAP) et de ceux d'aide à la dispensation, en application de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé de décembre 2011 et d'une loi d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé de février 2014. Le décret définit le champ d'application de ces logiciels et fixe au 1^{er} janvier 2015 l'entrée en vigueur de l'obligation de certification par la HAS et l'obligation pour les professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, de rédiger leurs prescriptions en DCI.

Être leader exige quelques devoirs et notamment celui de la Qualité.

Le 19/01/2015 Julie Software devient, ainsi, le 1^{er} logiciel dentaire français certifié LAP* selon le référentiel de la HAS avec la base de données médicamenteuses VIDAL. Avec 30 ans d'expérience au service des dentistes, Julie a la volonté de proposer le meilleur en termes de logiciels, avec notamment cette toute nouvelle certification LAP.



+ www.julie.fr

DE LA CONFIANCE NAÎT LA SÉRÉNITÉ...

serenity[®]



Découvrez **SERENITY[®]**
le programme de **garantie Anthogyr**

- **Garantie à vie** des composants Anthogyr ou Sameda[®] en titane ou cobalt-chrome.
- **Garantie 5 ans** pour la zircone des composants Anthogyr ou Sameda[®].
- En cas de défaut mécanique sur des composants Anthogyr, **remboursement 2x** sous forme d'un remplacement à l'identique et d'un crédit.

Pour plus d'informations, consultez nos **Conditions Générales de Garantie ANTHOGRY SERENITY[®]**.

Serenity
en video !



▶ www.anthogyr.fr

2 237, Avenue André Lasquin
74700 Sallanches - FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 58 02 37

Anthogyr
PRIME MOVER IN IMPLANTOLOGY

SIVP Dentaire - Laboratoire de prothèse

LA MEILLEURE OFFRE DU MARCHÉ, UN POINT C'EST TOUT !



Depuis plus de dix ans, le laboratoire SIVP Dentaire développe une offre de qualité avec des délais maîtrisés et des services attentionnés que seule permet une relation de proximité.

Afin d'offrir à ses clients une meilleure qualité et la plus grande transparence dans la traçabilité, SIVP Dentaire décide en 2010 de créer sa propre unité de production. La Turquie s'impose à la fois comme source de main d'œuvre qualifiée et plate-forme logistique de premier ordre, au carrefour de l'Orient et de l'Occident.

Une délocalisation « intégrée »

Actuellement, ce sont plus de 60 prothésistes qualifiés, triés sur le volet, qui œuvrent pour répondre aux demandes venant de la France entière, sous la supervision attentive de responsables de secteurs et d'un Directeur technique hautement qualifiés, tous issus du laboratoire « parisien ».

Grâce à une logistique performante, les travaux les plus sophistiqués peuvent être réalisés et livrés sous cinq jours ouvrables. Un numéro d'appel local permet, de joindre le Chef du laboratoire et les responsables de secteur pour une demande particulière ou suivre l'élaboration de sa commande.

L'antenne Parisienne, quant à elle, continue à répondre aux demandes urgentes et assure la réalisation de travaux courants, réparations et traitement des travaux préliminaires... Tout en assurant la passerelle physique entre les expéditions en provenance de Turquie et les nombreux praticiens, clients aussi fidèles qu'exigeants !

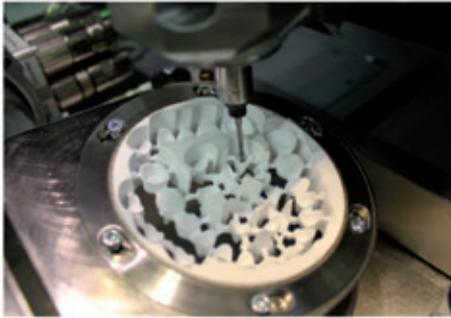
Le meilleur des deux mondes ?

En alliant relation de proximité et production délocalisée mais totalement intégrée, SIVP Dentaire conjugue tous les avantages : un contrôle total sur la qualité de la production, du choix des matériaux à la rigueur de leur mise en oeuvre, ainsi qu'une autonomie renforcée.

Récemment des investissements importants ont été réalisés afin de pouvoir suivre les dernières avancées technologiques. La solution CAD-CAM retenue par SIVP Dentaire est composée de scanners de pointe, de logiciels de conception, d'unités d'usinage et d'imprimante 3D. Des équipements qui permettent aujourd'hui d'élargir l'offre aux restaurations dento- ou implanto-portées, qu'il s'agisse de piliers sur mesure ou de travaux de grande portée.

“Nous réalisons l'ensemble
de vos prothèses sans aucune
sous traitance”





Points forts

- L'ensemble des prothèses est réalisé sans aucune sous-traitance, pour garantir ainsi la meilleure traçabilité possible
- Un contrôle tout au long de la chaîne de réalisation pour vous offrir le plus haut niveau d'exigence
- Connaissance, suivi du client et contact direct avec les prothésistes : la philosophie d'un laboratoire de proximité
- Qualité et rapidité : les prothèses réalisées sous cinq jours ouvrés
- Un budget maîtrisé sans concession sur la qualité
- Une offre de bienvenue de 50% sur le premier travail réalisé

“Bien que d'importation,
SIVP Dentaire agit et réagit comme
un laboratoire de proximité”

La certification, une récompense méritée

Certifié par l'organisme TÜV, corps notifié Allemand de référence, SIVP Dentaire s'est vu reconnaître conforme aux normes ISO 9001 et 13485 qui régissent les systèmes de management de la qualité chez les industriels réalisant des dispositifs médicaux.

Concrètement, cette double certification garantit un contrôle précis tout au long de la chaîne de production mais aussi un suivi rigoureux des commandes depuis l'enregistrement de la demande jusqu'à la livraison des travaux. Au final, plus de sérénité dans la programmation des plans de traitement, le praticien conservant la maîtrise de son budget sans rien sacrifier à la qualité !



SIVP Dentaire
01 40 54 89 24
www.sivpdentaire.com



Extraction antérieure et alvéole endommagée : gestion des tissus mous lors de l'extraction



Dr Renaud NOHARET

Ancien Interne en Odontologie
Maitre de Conférence des Universités
Praticien Hospitalier
Docteur de l'Université de Lyon
Exercice Libéral (Lyon)

La réhabilitation implantaire est aujourd'hui un moyen de reconstruction prothétique couramment utilisé en pratique quotidienne. Cette racine artificielle est effectivement un outil incontournable dans la réalisation de nos plans de traitement. Son rôle initial fut initialement de réhabiliter la fonction¹. Toutefois, avec l'évolution de nos sociétés, de nos patients, des connaissances scientifiques et des techniques odontologiques, l'objectif esthétique est aussi devenu un enjeu majeur de nos réhabilitations.

Cet aspect esthétique doit être réfléchi et anticipé dès les premières phases de traitement et notamment lors de la phase d'extraction. Cette réflexion est particulièrement exacerbée dans le bloc antérieur maxillaire et encore plus dans les situations cliniques de type 2 décrites par Zuhr (perte de l'os vestibulaire large et os interproximal modérément atteint²). L'objet de cet article est de proposer des techniques muco-gingivales à appliquer lors de l'extraction dentaire pour minimiser la perte de volume de la zone à réhabiliter. Les comblements osseux ne seront pas discutés dans cet article : les délabrements cliniques présentés à la suite (perte majeure de la corticale vestibulaire) sont très conséquents et nécessitent impérativement une reconstruction osseuse ultérieure. Les objectifs de ces techniques muco-gingivales sont donc de préserver le volume muqueux de l'alvéole mais également optimiser le résultat esthétique de la partie dite du 'rose'.

Reflexions cliniques

Le résultat esthétique implantaire antérieur est évalué par deux scores que sont : le *white esthetic score* (évaluation de la couronne) et le *pink esthetic score* (évaluation de la muqueuse péri-implantaire)³. Les deux paramètres sont aussi importants l'un que l'autre pour un bon résultat. Le *pink esthetic score* est décomposé en différentes caractéristiques : présence des papilles, niveau gingival, contour gingival, couleur de la muqueuse, texture, procès alvéolaire

Fig. 1. Dès lors pour l'obtention d'un bon résultat lorsqu'une greffe osseuse est indispensable, il apparaît nécessaire d'anticiper les pertes de volumes tissulaires pour éviter un score délétère sur la partie tissulaire rose. Pour cela, un plan de traitement complet (greffes gingivales, greffes osseuses, implants) doit être envisagé et ce, avec de potentiels gestes techniques dès la première étape de traitement qu'est l'extraction dentaire.



Fig. 1 : illustration du Pink Esthetic Score : papille mésiale, papille distale, hauteur gingivale, contour gingival, puis texture, couleur et procès alvéolaire.

En effet, certaines conditions cliniques (infections, traumatismes etc) créent des défauts osseux non négligeables qui doivent donc être pris en considération au plus tôt. Dans ces situations compromises, il sera impératif de reconstruire le volume osseux nécessaire à l'implantation. Ceci participera également à la bonne reconstruction du volume gingival. Le volume muqueux ne peut qu'être homothétique à celui de l'os sous-jacent. Il est donc important de reconstruire tant l'os que la muqueuse péri-implantaire afin d'obtenir un résultat global satisfaisant.

Lors de reconstructions osseuses, la quantité et la qualité du parodonte doivent être optimales. En effet, différentes étapes et gestes chirurgicaux (extraction, reconstruction osseuse, mise en place de l'implant, deuxième temps chirurgical et dent provisoire) vont prendre place et impacter le parodonte et donc le résultat. En effet, celles-ci nécessitent des incisions, des décollements, des manipulations rendant délicat le résultat final. Il est aujourd'hui acquis que si une exposition survient lors de la reconstruction osseuse (et ce, quelle que soit la technique), le résultat sera moins performant voire négatif (infection possible, perte de volume etc). Dès lors, une qualité optimale des tissus est capitale notamment en terme de résistance pour des gestes opératoires facilitées et donc de qualité (herméticité du site). Une épaisseur conséquente et une gencive kérati-

nisée sont donc souhaitées pour une qualité tissulaire et une belle cicatrisation.

Enfin, si les tissus mous ne sont pas présents en quantité suffisante au moment des reconstructions osseuses, les techniques de sutures amenant à une étanchéité du site, vont déplacer la ligne de jonction muco-gingivale et le fond du vestibule. Ce phénomène de traction perturbe donc l'équilibre muqueux et le résultat esthétique, nécessitant *a posteriori* une reconstruction de cette zone muqueuse.

À la vue de ces différents éléments, il semble nécessaire d'anticiper l'aspect muqueux dans les situations de type 2². Cette anticipation passe donc par un renfort des tissus mous dès la phase d'extraction pour pouvoir réaliser dans de bonnes conditions les chirurgies à suivre et obtenir un résultat satisfaisant.

Techniques micro-chirurgicales

Les deux techniques décrites à la suite doivent répondre aux critères de la microchirurgie : l'objectif est de diminuer le traumatisme tissulaire et optimiser la précision de fermeture du site opératoire. Ces deux paramètres jouent un rôle décisif dans les suites et le devenir postopératoires². La microchirurgie passe par l'utilisation d'outils spécifiques tels que les aides optiques : la qualité de cicatrisation sera alors supérieure à celle obtenue par une chirurgie dite traditionnelle. Les critères de succès de la chirurgie plastique que sont, l'apparence naturelle, la transition harmonieuse entre les différents tissus et l'absence de cicatrices, seront en effet plus facilement acquis par les techniques de microchirurgie. De plus, cela peut réduire le taux de morbidité suivant la chirurgie parodontale².

Dans un premier temps opératoire, et ce quelle que soit la technique utilisée, il est indispensable de réaliser une extraction atraumatique. Les volumes résiduels sont souvent faibles nécessitant des précautions particulières. Il sera nécessaire de sectionner la dent (par une fraise adaptée à long col), d'utiliser des périotomes, des mini-élévateurs afin de procéder à une extraction la plus délicate possible. Chaque parcelle osseuse est importante à conserver. Un débridement classique sera réalisé afin de ne pas laisser d'éléments infectieux. De plus, le site receveur (bord périphérique du sulcus) aura été, quant à lui, préalablement débarrassé de son

épithélium sulculaire afin d'optimiser la revascularisation du greffon et donc la cicatrisation. Cet acte est réalisé à l'aide d'une lame de bistouri ou d'une fraise à haute vitesse, granulométrie fine.

1 Technique dite du 'punch' Fig. 2 - 7

Cette technique dite du 'punch', décrite initialement par Landsberg⁴ puis reprise par R.Jung en 2004⁵, prendra place après l'extraction.

Elle consiste à réaliser un **prélèvement épithélio-conjonctif**, au niveau palatin, à l'aide d'un bistouri circulaire. Il est conseillé de posséder un bistouri circulaire de diamètre conséquent ; ceux utilisés en dermatologie par exemple proposent différents diamètres allant jusqu'à 10 millimètres. Un diamètre important du greffon est nécessaire afin que l'alvéole soit complètement obturée par ce dernier : les berges doivent être en contact intime du site receveur pour permettre une revascularisation facile du greffon. Hormis le diamètre, une bonne épaisseur de ce tissu épithélio-conjonctif (environ 2 à 3 millimètres) est souhaitée pour permettre encore une fois une meilleure coaptation des berges et donc une meilleure cicatrisation.

Afin d'obtenir un succès thérapeutique (en évitant notamment la nécrose de ce tissu), la technique de **sutures** se devra d'être précise afin de maintenir une stabilité du greffon mais aussi une proximité intime du greffon avec le site receveur. L'aiguille de suture devra rentrer perpendiculairement tant dans le greffon que les bords périphériques de l'alvéole (site receveur). Le fil devra quant à lui être un mono-filament : cette caractéristique évitera la colonisation bactérienne du fil. L'aspect non résorbable est aussi nécessaire afin d'éviter un relâchement précoce des sutures et donc une mobilité associée du greffon. De plus, les fils résorbables provoquent par définition de l'inflammation au niveau local : phénomène qui sera à éviter pour une meilleure cicatrisation.

Cette technique présente des limites même si elle semble réduire la perte de volume global. Elle n'amène pas de volume muqueux supplémentaire. Il s'agit essentiellement d'une greffe 'surfacique'. Une concavité peut se créer par manque de densité de tissu. Toutefois, c'est une chirurgie intéressante par sa rapidité et sa très faible invasivité.



Fig. 2 : situation initiale : vue vestibulaire de 21 présentant une dens in dente infectée et nécessitant son extraction. La 21 est sous couronne provisoire.

Fig. 3 : vue occlusale de la 21 extraite.

Fig. 4 : prélèvement par bistouri circulaire - Technique dite du 'punch'.

Fig. 5 : 'punch' suturé sur le site receveur.

Fig. 6 : vue vestibulaire à 30 jours post-opératoire : concavité visible.

Fig. 7 : vue latérale à 30 jours post-opératoire : concavité visible.

Extraction antérieure et alvéole endommagée : gestion des tissus mous lors de l'extraction (suite)

2 Technique de la greffe épithélio-conjonctive en selle

Les figures 8 à 12 illustrent cette technique pour une extraction unique ; les figures 13 à 18 pour deux extractions contiguës.

Cette greffe prendra aussi place suite aux manoeuvres indiquées précédemment (extraction traumatique et préparation du site receveur). L'idée de cette technique est de fermer l'alvéole avec un greffon épithélio-conjonctif et par la même occasion d'augmenter le volume vestibulaire par un greffon qui ne sera que conjonctif. Cela permet de répondre aux exigences gingivales de volume, d'épaisseur, de résistance, nécessaires pour l'ensemble des chirurgies à venir. Les reconstructions osseuses (ROG, greffes en onlay etc) nécessitent une fermeture complète du site. Or, celle-ci n'est jamais aisée même si des fils de sutures type PTFE et des incisions périostées peuvent nous y aider. La traction sera relativement importante et la qualité gingivale (résistance et épaisseur) apparaît un atout indéniable pour une bonne étanchéité et donc une bonne cicatrisation. Une mauvaise qualité de tissu peut engendrer des décollements difficiles par manque d'homogénéité de tissu et des déchirures lors des sutures par une résistance faible de ces tissus etc... Il est donc nécessaire d'anticiper la qualité et la quantité muqueuse.

Le site receveur sera préparé en deux étapes :

- préparation d'un tunnel vestibulaire en demi-épaisseur afin de positionner la partie uniquement conjonctive du greffon,
- préparation de la zone accueillant la partie épithélio-conjonctive par excision de l'épithélium sulculaire (lame ou instrument rotatif).

La préparation vestibulaire du site receveur nécessite des instruments adaptés tels que des mini-décolleurs et des mini-lames². En effet, ce geste doit être minutieux et précis afin d'éviter d'éventuelles perforations ou traumatismes quelconques. Certaines mini-lames ont la possibilité d'être courbées pendant l'acte

chirurgical permettant une plus grande facilité du geste opératoire notamment en présence de convexité alvéolaire importante. Pour les mini-décolleurs qui participent aussi à la création du tunnel par des mouvements de reptation, il peut être utile qu'ils soient légèrement courbes afin de faciliter la procédure.

Le prélèvement sera réalisé classiquement : un prélèvement épithélio-conjonctif de la taille adéquate pour combler l'alvéole en largeur (environ 10 millimètres pour une incisive centrale). Au niveau longueur, cela devra correspondre à la taille de l'alvéole ainsi que le versant vestibulaire à greffer (15 millimètres minimum). Une fois, ce greffon prélevé, une extrémité sera débarrassée de la couche épithéliale : l'épithélium ne doit correspondre qu'à l'alvéole d'extraction. La partie conjonctive seule sera à la suite glissée par le jeu des sutures dans le tunnel créé en vestibulaire, puis l'ensemble sera suturé. Il est important que le greffon soit fixe pour une cicatrisation optimale. La vascularisation de ce greffon sera assurée d'une part en vestibulaire (la partie conjonctive étant glissée dans un site en demi-épaisseur), d'autre part par l'alvéole en elle-même. Une technique différente peut également consister à ne prélever qu'en demi-épaisseur sur la partie nécessaire (laissant l'épithélium en place donc) et en pleine épaisseur sur l'autre partie⁶.

Cette technique du greffon en selle, un peu plus conséquente que celle dite du 'punch', permet une meilleure conservation de volume global du futur site à implanter. Elle passe par la réalisation d'un lambeau vestibulaire. Ces greffes avec lambeau semblent être plus favorables que les techniques dites 'flapless'. Aucune évidence scientifique n'est en faveur d'une technique chirurgicale, d'un biomatériau. Toutefois, il est observé un effet positif lors de la réalisation d'une chirurgie à lambeau. Il n'existe cependant aucune conclusion sur le potentiel à long terme de ces manipulations tissulaires sur les thérapeutiques implantaires⁷. ●



Fig. 8 : situation initiale : vue vestibulaire de 21 présentant une résorption interne nécessitant son extraction. Les 2 incisives centrales sont sous couronnes provisoires.

Fig. 9 : vue occlusale de la 21 extraite.

Fig. 10 : prélèvement d'un greffon épithélio-conjonctif.

Fig. 11 : greffon épithélio-conjonctif suturé sur le site receveur, après modification.

Fig. 12 : vue vestibulaire à 60 jours post-opératoire.



Fig. 13 : situation initiale : vue vestibulaire du bloc antérieur. le patient a subi un traumatisme suite à une agression. Les 2 incisives centrales sont fracturées et doivent être extraites.

Fig. 16 : greffon épithélio-conjonctif suturé sur le site receveur, après modification. Le tunnel a été créé tant au niveau vestibulaire que sous la papille interdentaire.



Fig. 14 : vue occlusale de 21 et 11 extraites.

Fig. 17 : vue vestibulaire à 60 jours post-opératoire.

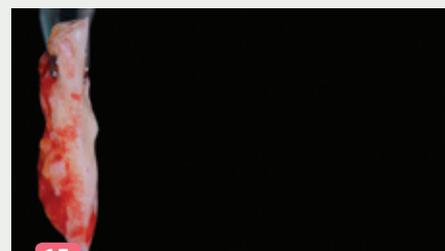


Fig. 15 : prélèvement d'un greffon épithélio-conjonctif.

Fig. 18 : vue vestibulaire à 15 jours post-opératoire après la reconstruction osseuse guidée (membrane non résorbable).

Conclusion

Ces techniques muco-gingivales permettent une optimisation tissulaire du résultat implantaire final. Il semble important d'anticiper dans le plan de traitement ce type de geste afin de faciliter l'ensemble du processus de reconstruction et de réhabilitation. Leur réalisation doit être précise et minutieuse en terme de gestuelle. Il est dès lors nécessaire d'être équipé des bons instruments (mini-découleurs, mini-lames, sutures 6/0 ou 7/0 etc) mais également d'aides optiques, indispensables à la qualité de chaque geste opératoire dans ce type de reconstruction.

À LIRE

¹ **BRANEMARK PI, HANSSON BO, ADELL R, BREINE U, LINDSTROM J, HALLEN O.**

Osseointegrated implants in treatment of the edentulous jaw : experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg Appl* 1977; 11:1-132.

² **ZUHR O, HURZELER M.** Plastic-Esthetic Periodontal and Implant Surgery: A Microsurgical Approach 2012, Quintessence Publishing.

³ **BELSER UC, GRÜTTER L, VAILATI F, BORNSTEIN MM, WEBER HP, BUSER D.** Outcome evaluation of early placed maxillary anterior single-tooth

implants using objective esthetic criteria: a cross-sectional, retrospective study in 45 patients with a 2- to 4-year follow-up using pink and white esthetic scores. *J Periodontol*. 2009 Jan;80(1):140-51.

⁴ **LANDSBERG CJ, BICHACHO N.** A modified surgical/prosthetic approach for optimal single implant supported crown. Part I - The socket seal surgery. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1994 Mar;6(2):11-7; quiz 19.

⁵ **JUNG RE, SIEGENTHALER DW, HÄMMERLE CH.** Postextraction tissue

management: a soft tissue punch technique. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2004 Dec;24(6):545-53.

⁶ **GAMBORENA I, BLATZ M.** Evolution 2015, Quintessence Publishing.

⁷ **VIGNOLETTI F, MATESANZ P, RODRIGO D, FIGUERO E, MARTIN C, SANZ M.** Surgical protocols for ridge preservation after tooth extraction. A systematic review. *Clin Oral Implants Res*. 2012 Feb;23 Suppl 5:22-38. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02331.x.

DÉCOUVREZ
L'APPLICATION GRATUITE
le fil dentaire

Toute l'actualité dentaire
désormais dans votre poche !



Gestion des tissus mous péri-implantaires



Dr Vincent JEANNIN

Chirurgien-dentiste, DSO
Licencié en science dentaire
Université catholique
de Louvain
D.U. de biomatériaux
D.U. d'implantologie
Président fondateur de
l'APEX (groupe d'études et
de recherches en esthétique
et en implantologie)

Application des techniques de chirurgie muco-gingivale à différents stades du traitement implantaire.

Les impératifs de l'implantologie en secteur esthétique

Toute restauration prothétique, qu'elle soit sur dent naturelle ou sur implant, doit parfaitement s'intégrer dans son environnement biologique représenté par les tissus mous marginaux, pour un rendu esthétique naturel.

L'aspect des tissus mous péri-implantaires a une importance capitale dans le rendu esthétique de la restauration, servant de « lit receveur » d'où émerge la céramique. Leur épaisseur est garante de leur solidité, et donc de leur stabilité dans le temps, dans les 3 dimensions de l'espace. Les papilles ainsi que l'alignement des collets sont autant de critères à maîtriser pour obtenir un sourire harmonieux, surtout lorsque la ligne du sourire est haute et visible.

Comparaison des tissus mous péri-dentaires et péri-implantaires

Alors que l'ostéo-intégration de l'implant est depuis longtemps maîtrisée, la stabilité à long terme des tissus mous qui l'environnent semble dépendre de leur attache épithéliale et conjonctive à la surface en titane.

Les tissus mous autour des dents et des implants présentent de nombreux facteurs cliniques et histologiques communs. Cependant, l'absence d'une couche de ciment (et d'un ligament) sur la surface implantaire constitue une des différences fondamentales entre implants et dents pour ce qui est de l'orientation et de l'attache des fibres du tissu conjonctif (pas d'attache tangentielle, pas de fibres de Sharpey). La différence réside donc dans la composition du tissu conjonctif (fort taux de collagène et un petit nombre de fibroblastes), l'arrangement des faisceaux de fibres de collagène, mais aussi la vascularisation, car l'implant n'a pas de vaisseaux desmodontaux. Ceci a une importance capitale en muco-gingivale, et explique pourquoi les greffes conjonctives que l'on réalise autour des implants sont plus délicates.

La muqueuse implantaire se compose d'un épithélium de jonction long (haut d'environ 2 mm) et d'une zone de tissu conjonctif (haute d'environ 1,2 mm). Le joint de tissu mou protège la zone d'ostéo-intégration de l'environnement buccal et de la plaque bactérienne (anneau de fibres circulaires).

La muqueuse péri-implantaire a les caractéristiques d'un tissu cicatriciel, avec une défense médiocre contre les irritations exogènes : d'après des études récentes, il semble que la muqueuse péri-implantaire ait une capacité moindre à encapsuler une lésion associée à la plaque.

La plupart des recherches actuelles se sont concentrées sur la préservation tissulaire (osseuse et muqueuse) au moment de l'extraction, de l'implantation, et de la mise en esthétique des implants, le but étant de conserver l'architecture et le design des tissus

Extraction et gestion de l'alvéole

« *Primum non nocere* », premièrement ne pas nuire aux tissus, pour ne rien perdre. Ce qui veut dire que l'extraction se réalisera *a minima*, sans lambeau ou avec un mini-lambeau à distance des papilles. On la réalisera avec des instruments fins, une lame 15C ou un périotome, pour disséquer le ligament sans avoir à utiliser d'élévateur, en découpant la dent si nécessaire.

Le consensus aujourd'hui est le suivant : une alvéole doit être comblée avec un substitut osseux à résorption lente afin de maîtriser ou de limiter la



Fig. 1 : gestion d'alvéole avec un tissu punch.

résorption osseuse (Pjetursson, 2010) et scellée avec un greffon de tissu conjonctif (Rompen). Pour, cela nous réaliserons le comblement alvéolaire avec du Bio-Oss® - Geistlich mélangé à du sang. En cas de lésion de la corticale vestibulaire, la mise en place d'une membrane résorbable Bio-Gide® - Geistlich tapissant la partie vestibulaire de l'alvéole sera nécessaire.

L'alvéole est ensuite fermée avec un tissu punch, prélevé à la tubérosité si possible, sinon au palais, et suturé délicatement aux parois sans tension à l'aide de fil monofilament 5/0 **Fig. 1**. Dans les cas où un apport conjonctif plus important est nécessaire, un greffon conjonctif enfoui est glissé en selle dans 2 enveloppes, en vestibulaire et en palatin. Nous attendons ensuite le temps nécessaire à la cicatrisation et à la stabilisation de l'alvéole pour pouvoir mettre l'implant dans de bonnes conditions.

Chaque alvéole ne va pas réagir de la même manière : les modifications ne seront pas de la même ampleur, ni à la même vitesse selon que le biotype est épais ou fin (Cho, Froum, 2007). L'épaisseur des tissus joue donc un rôle crucial dans leur stabilité. Voilà pourquoi les biotypes moyens et fins doivent être systématiquement greffés et sur-correctés, en vestibulaire, à ce stade ou ultérieurement, pour devenir des biotypes épais.

Le provisoire a un rôle prépondérant lors du processus de cicatrisation. Il va soutenir les tissus notamment les papilles, protéger l'alvéole, et préparer le lit receveur du futur implant. Qu'il soit fixe ou amovible, il sera dans un 1er temps non compressif, puis sera modifié par apports de résine pour imprimer aux tissus la forme idéale.

Implantation sur crête cicatrisée

Lors de l'implantation, les tracés d'incisions doivent être décalés en palatin. Le lambeau d'épaisseur totale puis partielle est décollé *a minima*, juste assez pour permettre l'accès au site implantaire.

Une technique du rouleau peut être utilisée, elle permet de ramener le plus de tissu possible de palatin, où la muqueuse est généralement plus épaisse, en vestibulaire.

Quand c'est possible, surtout dans le secteur antérieur, l'implant est placé sans lambeau, afin de ne pas perturber la vascularisation des tissus et de l'os. Pour cela, un simple 'punch' (Diam 4 mm), une inci-

>>>



Fig. 2 : situation initiale - Crête cicatrisée et résorbée.

Fig. 3 : freinectomie, Pose de l'implant et ROG.

Fig. 4 : situation post-op - Principe de surcorrection.

Fig. 5 : cicatrisation obtenue avec un pilier slim et mise en forme avec la provisoire.

Fig. 6 : résultat final - Céramique Procera Zircono sur pilier ASC - Réalisation Gil Ambrosino Avignon.

Gestion des tissus mous péri-implantaires (suite)

sion rectiligne, en croix ou en demi lune sera réalisée en regard du site implantaire. Même sans lambeau, il est possible d'augmenter le volume tissulaire en réalisant une enveloppe vestibulaire en demi épaisseur à l'aide d'une microlame (MicroBladeTunnel® Keydent). Un greffon y est glissé à l'aide d'un fil de suture (Monocryl 5/0) et de petits instruments, puis stabilisé avec un ou deux points, quelquefois aucun. Il doit s'adapter passivement et sans tension dans la poche, doit être fin et peu grasieux **Fig. 7 et 8**.

Si l'implant est enfoui, le deuxième temps chirurgical est une réelle opportunité de traiter les tissus péri-implantaires, sans augmenter la longueur du traitement. En secteur antérieur, on placera le plus souvent une vis de cicatrisation étroite (diamètre 3 mm) de manière à obtenir un tissu épais que l'on pourra par la suite déplacer par compression avec le pilier pour lui donner le profil d'émergence souhaité. Les nouvelles vis de cicatrisation Slim Healing Abutment® NobelBiocare vont dans ce sens, et ont en plus l'avantage de pouvoir stabiliser un greffon embouti sur la vis **Fig. 2 à 6**.

Les papilles ayant tendance à disparaître après l'extraction de la dent, elles doivent être conservées et épargnées le plus possible. Si elles sont absentes, elles peuvent être reconstruites à ce stade par des techniques de régénération de papilles (Palacci).

Extraction / Implantation immédiate

Au maxillaire antérieur, l'implant est placé légèrement en palatin, pour laisser un maximum d'épaisseur de tissu en vestibulaire. Ceux-ci seront plus stables et plus résistants dans le temps, le profil d'émergence de la dent pourra être travaillé avec une plus grande laxité, et la prothèse pourra être le plus souvent transvissée. Le gap osseux est comblé avec un biomatériau, et le biotype gingival augmenté avec un conjonctif enfoui, comme décrit précédemment (principe de surcorrection) surtout dans les cas de biotype gingival fin **Fig. 9 à 12**.



Fig. 7 : pose d'implant sans lambeau et GCE en tunnel.

Fig. 8 : résultat post-op à 1 semaine.

Fig. 9 : extraction atraumatique de la 21, alvéole intacte.

Fig. 10 : pose d'un implant NobelActive et comblement du gap avec du Bio-oss.

Fig. 11 : vérification du design du greffon et insertion à l'aide d'un fil de suture.

Fig. 12 : greffon en place et pose d'un pilier provisoire.

Choix du type de greffon : palatin ou tubérositaire ?

Le plus souvent, on privilégiera un prélèvement conjonctif dans la zone tubérositaire. Cette zone possède un tissu plus fibreux, plus dense, plus résistant, il se manipule donc plus facilement. Il est moins gras, et se résorbe moins que le tissu conjonctif prélevé au palais. Le prélèvement est aisé, il induit moins de suites opératoires, mais on n'obtient pas une aussi grande quantité de tissu qu'au palais.

Mise en esthétique immédiate : rôle de la prothèse transitoire dans la gestion des tissus mous péri-implantaires

La mise en esthétique immédiate permet aux tissus de garder leur soutien et de cicatriser autour du futur volume de la restauration. La provisoire devra avoir un profil sous-muqueux concave, être soigneusement polie, et les points de contact devront se situer à 5 mm du sommet de la crête osseuse pour préserver les papilles (Règle de Tarnow) **Fig. 13 à 15.**

La littérature rapporte qu'il est plus facile de maintenir les papilles avec l'Extraction Implantation Mise en Esthétique Immédiate (EIMEI). Pourtant, ce type de protocole ne permet pas pour autant de maintenir la stabilité de la muqueuse vestibulaire à long terme de manière prédictible. Au contraire, la pose d'un implant différé permettra un meilleur contrôle des tissus vestibulaires, mais avec en revanche une moindre prévisibilité pour la reconstruction des papilles. ●



Fig. 13 : mise en esthétique immédiate.

Fig. 14 : cicatrisation à 4 mois et empreinte avec un transfert personnalisé pour enregistrer le profil des tissus.

Fig. 15 : résultat final - Céramiste Gil Ambrosino Avignon.

À LIRE

¹ **ARAUJO M, SUKEKAVA F, WENNSTRÖM J, LINDHE J.** Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. *Journal of Clinical Periodontology*. 2005; 32: 645-652.

² **AZZI R, ETIENNE D, TAKEI H, FENECH P.** Surgical thickening of the existing gingiva and reconstruction of interdental papillae around implant-supported denture restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2002 Feb; 22 (1): 71-7.

³ **BOTTICELLI D, BERGLUNDH T, LINDHE J.** Hard-tissue alterations following immediate placement in extraction sites. *Journal of Clinical Periodontology*. 2004; 31: 820-828.

⁴ **CANEVA M, SALATA LA, SCOMBATTI DE SOUZA S ET AL.** Influence of positioning in extraction sockets

on osseointegration. Histomorphometric analyses in dogs. *Clin Oral Implant Res*. 2010; 21: 43-49.

⁵ **CANULLO L, FEDELE GR, LANNELLO G, JEPSEN S.** Platform switching and marginal bone-level alterations: the results of a randomized-controlled trial. *Clin Oral Implants Res*. 2010 Jan; 21(1): 115-21.

⁶ **CHEN ST, DARBY IB, REYNOLDS EC.** A prospective clinical study of non-submerged immediate implants: clinical outcomes and esthetic results. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 552-562.

⁷ **ELIAN N, CHO SC, FROUM S ET AL.** A simplified socket classification and repair technique. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2007; 19(2): 99-104.

⁸ **EVANS CD, CHEN S.** Esthetic outcomes of immediate implant placements. *Clinical Oral Implants Research*. 2008;

19:73-80.

⁹ **ESPOSITO M, EKESTUBBE A, GRÖNDAHL K.** Radiological evaluation of marginal bone loss at tooth surfaces facing single Brånemark implants. *Clin Oral Implants Res*. 1993 Sep; 4(3): 151.

¹⁰ **FERRUS J, CECCHINATO D, PJETURSSON EB ET AL.** Factors influencing ridge alterations following immediate implant placement into extraction sockets. *Clin Oral Implants Res*. 2010; 21(1): 22-29.

¹¹ **FÜRHAUSER D, FLORESCU T, BENESCH R, HAAS G, MAILATH G, WATZEK** Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. *Clinical Oral Implants Research*, Volume 16 Issue 6, 639 – 644, 2005.

¹² **GLAUSER R, SAILER I, WOHLWEND A, STUDER S, SCHIBLI M, SCHÄRER P.** Experimental zirconia

abutments for implant-supported single-tooth restorations in esthetically demanding regions: 4-year results of a prospective clinical study. *Int J Prosthodont*. 2004 May-Jun; 17(3): 285-90.

¹³ **HUYNH-BA G, PJETURSSON BE, SANZ M ET AL.** Analysis of the socket bone wall dimensions in the upper maxilla in relation to immediate implant placement. *Clin Oral Implants Res*. 2010; 21(1): 37-42.

¹⁴ **MANKOO T.** Contemporary implant concepts in aesthetic dentistry – Part 2: Immediate single-tooth implants. *Pract Proced Aesthet Dent* 2004; 16: 61-68.

¹⁵ **POYSER NJ, BRIGGS PF, CHANA HS.** A modern day application of the Rochette bridge. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2004 Jun; 12(2): 57-62.

¹⁶ **ROMPEN E, RAEPSAET N, DOMKEN O, TOUATI B,**

VAN DOOREN E. Soft tissue stability at the facial aspect of gingivally converging abutments in the esthetic zone: a pilot clinical study. *J Prosthet Dent*. 2007 Jun; 97(6 Suppl): S119-25.

¹⁷ **SPRAY JR, BLACK CG, MORRIS HF, OCHI S.** The influence of bone thickness on facial marginal bone response: stage 1 placement through stage 2 uncovering. *Ann Periodontol*. 2000 Dec; 5(1): 119-28.

¹⁸ **TARNOW D, ELIAN N, FLETCHER P, FROUM S, MAGNER A, CHO SC, SALAMA M, SALAMA H, GARBER DA.** Vertical distance from the crest of bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. *J Periodontol*. 2003 Dec; 74(12): 1785-8.

¹⁹ **TOUATI B.** Implant antérieur esthétique sur site extractionnel : principes et pratiques. *Le Fil Dentaire*. 2009.

La Chirurgie plastique parodontale en 2015 : la greffe conjonctive est-elle toujours le gold standard ?



Dr Brenda MERTENS

Assistante hospitalo universitaire département de parodontologie, UFR Odontologie, CHU Montpellier

Exercice privé limité à la Parodontologie et l'implantologie Orale Doctorat d'université de Heidelberg (Allemagne) CES de biologie de la bouche

CES de Parodontologie Postgraduate Européen de Parodontologie de Strasbourg (European Federation of Periodontology)

DIU d'urgences odontologique

DU d'expertise buccodentaire et maxillo-facial

DU de droit et santé

La chirurgie plastique parodontale a pour objectif primaire le recouvrement des récessions ainsi que l'apport de tissu kératinisé dans la zone esthétique afin de recréer un sourire harmonieux.

De nombreuses techniques chirurgicales et biomatériaux sont actuellement à notre disposition. Mais que nous disent les études cliniques et les rapports de consensus ? Comment choisir le traitement approprié ? Peut-on se passer de la greffe conjonctive aujourd'hui ?

Motif de consultation des patients

Un point primordial lors de la prise en charge d'un patient est l'anamnèse (générale et dentaire) et son motif de consultation. En effet les désirs et les doléances de notre patient vont *in fine* nous aider dans le choix de notre traitement.

La chirurgie n'est indiquée que si le patient en manifeste l'envie. Ce sont le plus souvent des femmes qui consultent pour des raisons esthétiques ou par inquiétude quant au devenir de la dent dénudée.

Voici généralement les raisons de consultation de nos patients s'inquiétant de « la dénudation radiculaire » :

- un aspect inesthétique du sourire ou bien simplement une dénudation radiculaire visible au cours de l'élocution, ou encore non visible sauf en soulevant la lèvre mais qu'il considère comme gênante esthétiquement (Nieri et coll 2013),
- la peur de caries radiculaires, d'aggravation de la lésion cervicale non carieuse, de perdre la ou les dents (Pini-Prato et coll.2010 ; Bignozzi et coll. 2013),
- une hyperesthésie radiculaire, provoquée en particulier par des stimuli thermiques ou par le contact (Rees et Addy 2002),
- une sensibilité gingivale au brossage ou à la mastication, en particulier lorsque le tissu marginal est de la muqueuse alvéolaire (Smuckler et Machtei 1987).

Évaluation de l'environnement dento-gingival

La formation d'une récession gingivale est dépendante de facteurs anatomiques prédisposants et de plusieurs autres facteurs aggravants. Cette transformation superficielle est associée à une perte ou à une absence de l'os alvéolaire vestibulaire sans que

le pronostic de la dent en soit réellement affecté. Cette lésion ne revêt aucun caractère infectieux et n'entraîne pas de mobilité dentaire. Cependant, le cément radiculaire se retrouve exposé dans la cavité buccale avec un développement potentiel de myolyses, voire de caries.

Il est primordial d'effectuer en première intention une analyse précise afin de pouvoir poser un bon diagnostic et pronostic.

Si la motivation est esthétique, il faut prendre en compte quatre composantes étroitement liées : la composante faciale, labiale, dentaire et gingivale. En effet tous les éléments qui contribuent à l'esthétique du parodonte du secteur antérieur s'inscrivent dans le cadre facial et le cadre labial, et dépendent de l'agencement dentaire et de la gencive. Il est important de faire une analyse complète sachant que la symétrie n'est pas le propre de la nature et qu'aucune personne, aucun visage ne témoigne d'une symétrie parfaite. C'est l'unité dans la diversité qui est reconnue comme harmonieuse. Tout est question d'équilibre.

Pour l'analyse esthétique réalisée avant tout traitement, il existe plusieurs scores et outils à notre disposition, afin d'évaluer le complexe dento-gingival. Les plus utilisés sont les critères de Magne et Belser (2003) et le PES/WES (Pink Esthetic Score / White Esthetic Score), ce dernier surtout pour évaluer les résultats des traitements chirurgicaux à visée parodontale. Mais à ce jour, il n'y a pas de vrai consensus définissant la méthode d'évaluation la plus appropriée.

Le Pink Esthetic Score décrit par Fürhauser et coll. 2005 définit sept critères anatomiques muqueux permettant d'évaluer l'esthétique gingivale de 0-2 et pouvant atteindre un score maximum de 14. Le White Esthetic Score développé par Belser en 2009 caractérise surtout la restauration prothétique. Cependant il est à noter que ces scores ne sont pas absolus et présentent des biais : En effet avec la perte légère de la papille inter-incisive maxillaire par exemple qui est un échec esthétique en soi, le PES peut quand même se révéler élevé.

Cependant, il ne faut pas oublier la répartition des récessions selon la classe de Miller (Classe 1-4 de Miller) qui nous permet de savoir ce que nous pouvons obtenir en terme de recouvrement. On peut également la coupler à la classification de Cairo et

coll prenant en compte le niveau d'at-tache clinique interproximal dans l'évaluation des récessions (RT1, RT2, RT3).

Il est indispensable de faire des photos pour l'analyse et pour la documentation. Ils sont un complément des mesures détaillées prise lors de l'examen clinique.

Techniques chirurgicales visant le recouvrement radiculaire

Après avoir réalisé l'examen clinique visant à évaluer la nature des tissus environnants et le défaut muco-gingival, il convient en premier lieu d'enseigner une technique de brosseage atraumatique et d'adapter les limites des obturations ou restaurations prothétiques à la ligne maximale de recouvrement en prenant en compte éventuellement la lésion non-carieuse (Zucchelli 2012). Un sevrage tabagique est impératif pour l'intervention ainsi que pour son pronostic à long terme (Tonetti et Jepsen 2014).

Plusieurs techniques chirurgicales de recouvrement radiculaire peuvent être employées : les greffes pédiculées, les greffes libres, les greffes de conjonctif et la régénération tissulaire guidée. Chacune de ces techniques présentent des avantages et des inconvénients, des indications et des contre-indications.

Edel, en 1974, déterminait trois sites de prélèvement du greffon conjonctif : le palais, la tubérosité ou la crête édentée. L'utilisation des greffons conjonctifs, quelle que soit la technique adoptée, associés à des lambeaux positionnés coronairement, latéralement ou bipapillaires, technique de l'enveloppe ou tunnelisation, semble donner des résultats prévisibles.

En effet dès les années 1985, Langer et Langer montrent que l'avantage du greffon conjonctif enfoui est d'être vascularisé sur ses deux faces. C'est pourquoi des greffons uniquement conjonctifs ont été utilisés, même si dans certains cas la partie marginale du greffon n'est pas recouverte. Il est donc important de prendre en compte les facteurs susceptibles d'entraver la vascularisation du greffon tels que le diamètre des racines, l'atteinte partielle d'une furcation, l'existence d'une proximité radiculaire.

La technique de lambeau positionné coronairement (LPC) associé à un greffon conjonctif enfoui (GC) est une technique fiable dans le recouvrement des récessions tissulaires marginales isolées

ou multiples et est considéré encore aujourd'hui comme la technique phare. L'apport du greffon potentialise le taux de recouvrement et l'épaississement du complexe muco-gingival considérés aujourd'hui comme les indicateurs cliniques du succès thérapeutique en chirurgie plastique parodontale. Un autre avantage de cette technique est l'obtention d'un fongu tissulaire sans cicatrice visible si l'on utilise des techniques sans incisions de décharge comme la technique du LPC modifié avec rotation des papilles décrite par Zucchelli et De Sanctis et réalisées dans le cadre de récessions multiples.

Ainsi, nous rendons nos interventions moins traumatisantes, notamment en réduisant les incisions de décharge comme dans la technique de l'enveloppe pour le traitement des récessions localisées (Raetzke 1985) ou la technique de tunnelisation décrite par Allen en 1994 pour le traitement des récessions multiples Fig. 2.

Quels sont les alternatives au greffon conjonctif ?

Dans le cadre du traitement des récessions, de nouveaux produits ont vu le jour afin d'avoir un site chirurgical unique, une quantité de tissu illimitée et une manipulation plus simple. Le recul clinique et les connaissances sur l'efficacité de ces nouvelles technologies restent cependant très limités. Des études plus nombreuses seront nécessaires (Scheyer et coll 2015).

La matrice adermique acellulaire (AlloDerm®), une allogreffe, ainsi que la matrice bicouche collagénique (Mucograft®), une xéngreffe d'origine porcine, sont à ce jour les plus étudiées.

L'AlloDerm® (matrice adermique acellulaire = MAA) a initialement été développée en médecine pour le traitement des patients brûlés, par des greffes allogènes de peau, en chirurgie maxillofaciale et en chirurgie esthétique.

Contrairement au greffon autogène, sa vascularisation ne peut pas se faire par anastomoses entre les vaisseaux du greffon et celles du site receveur. L'apport sanguin est plus critique avec l'usage d'un greffon allogène. Notons que le greffon allogène, contrairement au greffon autogène, doit être complètement recouvert par le lambeau, car son apport vasculaire dépend entièrement du site receveur. Ceci demande un site receveur bien mobile

>>>



Fig. 1 : patiente 52ans, prise en charge multidisciplinaire, a besoin d'une chirurgie orthognatique qu'elle refuse au vu de son âge, suit un traitement parodontal de soutien après un traitement étiologique parodontal réalisé il y a 2 ans, les multiples récessions évolutives sont de classe I ou II de Miller. La patiente n'a aucune demande esthétique, refuse le prélèvement palatin. Un épaississement et un apport de tissu kératinisé est néanmoins nécessaire. Un lambeau positionné coronairement associé à une matrice bicouche collagénique xéngène est réalisé. Sourire et situation initiale.



J0 : vue post-opératoire, matrice bicouche collagénique positionnée dans les secteurs postérieurs recouverte par le lambeau déplacé coronairement sur toute l'arcade maxillaire, sutures 5/0 et 6/0 au niveau papillaire, suture de stabilisation au fond du vestibule.



J7 : cicatrisation en cours, quelques points ont déjà pu être retirés.

La Chirurgie plastique parodontale en 2015 (suite)

afin de pouvoir repositionner facilement le lambeau sur le greffon. Les résultats du dernier consensus de l'AAP en 2015 montre des résultats très hétérogènes concernant le gain de tissu kératinisé qui paraît très limité mais montre des résultats très probants dans le recouvrement des récessions associées à un LPC, similaires à l'utilisation du GC (Tatakis et coll. 2015).

La membrane Mucograft® est une membrane à deux couches : la couche superficielle, la plus mince, a une structure qui vise à protéger la cicatrisation à ciel ouvert. La couche sous-jacente, une structure spongieuse de collagène non réticulée et non modifiée qui est destinée à faciliter la prolifération cellulaire des tissus mous et à stabiliser le caillot sanguin. Elle sert de matrice à la cicatrisation. Son utilisation associée à un LPC ou une technique de tunnelisation apporte une diminution de la hauteur de la récession, une augmentation du volume des tissus ainsi qu'un apport moyen de tissu kératinisé de 2,5 mm, mais n'est pas comparable à l'utilisation du greffon conjonctif en terme de résultat clinique **Fig. 1**. Le recouvrement radiculaire complet n'est pas du tout prédictible et ne doit pas être l'indication primaire. Cependant, les patients sont enthousiastes de cette technique car moins douloureuse, elle améliore l'environnement dento-gingival sans deuxième site opératoire. Il est à préciser que ces patients n'ont pas de demande esthétique d'où le choix de cette technique (Tatakis et coll 2015, Scheyer et coll 2015).

L'utilisation de ces deux matrices est donc intéressante dans le traitement des récessions multiples.

N'oublions pas la possibilité de l'utilisation des dérivés de la matrice amélaire (DMA) très bien documentée qui peut être considérée comme une alternative au GC et permettant un meilleur recouvrement radiculaire significatif lorsqu'elle est associée au LPC. Les indications cliniques d'utilisation dans le recouvrement des récessions gingivales couvrent l'ensemble des classes de récessions de Miller. Cette technique est particulièrement recommandée dans les récessions unitaires en zone esthétique (maxillaire région incisive et prémolaire) (Tonetti and Jepsen 2014).

Comment évaluer l'efficacité et le résultat des différentes techniques

Le succès clinique d'une greffe gingivale est basé sur l'augmentation de l'épaisseur et du volume de la gencive, de l'apport de tissu kératinisé, sur la présence d'une attache stable entre la gencive et la surface radiculaire ainsi que sur le pourcentage de recouvrement radiculaire obtenu (lorsqu'il est prévu). Le Root coverage Esthetic Score (RES) sera utilisé afin de réaliser de manière standardisée l'évaluation esthétique du recouvrement radiculaire (Cairo et coll 2009, 2010). À cela, doit s'ajouter la résolution de tous les différents problèmes cliniques pour lesquels le patient consulte : sensibilité dentinaire, prévention de lésions carieuses ou non-carieuses etc.

La perception du patient vis-à-vis du traitement doit être considérée comme la véritable évaluation du résultat. L'évaluation clinique centrée sur le patient est importante mais sa perception et son ressenti le sont davantage (Hujoel 2004 ; Tsakos et coll 2010). Ceci implique donc l'impact du traitement sur sa personne, sa qualité de vie et son bien-être tant physique que psychologique (Tonetti et Jepsen 2014). De ce fait, il faut inclure dans l'évaluation, la sensibilité dentinaire, la douleur et l'inconfort associés à la chirurgie et la phase de cicatrisation (morbidité) ainsi que la satisfaction esthétique (parfois différente de celle du praticien).

Quel est in fine le traitement approprié ?

Après réalisation de la thérapeutique initiale, comportant l'enseignement et l'adaptation de l'hygiène bucco-dentaire, détartrages réguliers et éventuellement sevrage tabagique, l'intervention chirurgicale peut être réalisée. Elle prendra en compte le motif de consultation du patient à savoir une demande à visée plutôt fonctionnelle et/ou esthétique, l'accord ou non du patient au prélèvement de greffon conjonctif ainsi que sa faisabilité par rapport à l'état de santé du patient. Il est également important de considérer dans le choix du traitement l'augmentation de morbidité du site donneur lorsque qu'on prélève un greffon conjonctif et le coût supplémentaire relatif aux biomatériaux.

La chirurgie plastique parodontale nécessite une approche microchirurgicale avec



J3mois : pas de recouvrement complet, diminution de la hauteur des récessions, épaissement des tissus et augmentation de tissu kératinisé



Fig. 2 : patiente de 28ans, demande esthétique, ligne du sourire haute lors du sourire non forcé, ne veut pas une intervention du maxillaire complet donc première intervention réalisée côté droit,



J0 : pré-OP, récessions de Classe I et II de Miller, Type IV de Maynard et Wilson, gencive très fine, presque pas de gencive attachée

INGE- NIEUX.

**LA PLUS PETITE VIS D'ABUTMENT:
EVIDEMMENT DE THOMMEN MEDICAL.**



Gestion des faibles volumes osseux sous-sinusiens 2 et 3 octobre Clermont-Ferrand
Gestion des déficits osseux 26 et 27 juin 2014 Agen
Programme : infos@thommenmedical.fr





J0 / post-Op : technique combinée de tunellisation et lambeau déplacé coronairement avec incision modifiée au niveau de la 13 et d'un greffon conjonctif placé au niveau de 13-14, Sutures Vicryl 5/0 et Monocryl 6/0 H: cicatrisation à J7



J21 : juste après la dépose des derniers fils de suture, légère présence de plaque et inflammation des tissus



J3mois : recouvrement quasi complet des récessions

des instruments adaptés et des aides optiques. Les étapes chirurgicales devront être les plus atraumatiques possible, en respectant les tissus ainsi que leur vascularisation pour permettre une cicatrisation optimale avec un minimum de morbidité.

Pour les récessions unitaires ou isolées, modérées, de classe I ou II de Miller et de classe II1 de Cairo au niveau du bloc incisivo-canin et prémolaire maxillaire, (correspondant donc à la zone esthétique), il est recommandé de réaliser un LPC associé à un GC ou au DMA. (Cairo et coll 2011, 2014 ; Graziani et coll 2014).

Pour les récessions multiples de classe I et II de Miller au maxillaire, les résultats des études sont hétérogènes. Néanmoins, il est suggéré de réaliser une technique modifiée du LPC ou une tunnelisation associée à un GC.

Au niveau des récessions unitaires ou multiples de classe III de Miller avec une faible perte d'attache inter-dentaire, un recouvrement complet est possible (Cairo et coll 2012 ; Aroca et coll 2010).

Il est à noter que seul les DMA ainsi que la MAA peuvent servir comme alternatives à la GC lorsqu'elles sont associées à un LPC au maxillaire (Tatakis et coll 2015).

Concernant le traitement des récessions à la mandibule, très peu d'études ont été réalisées et donc aucune recommandation ne peut être avancée. Cependant, toutes les techniques apportent un minimum de 2 mm de tissu kératinisé. On privilégiera des techniques associées à moins de morbidité post-opératoire. ●

Conclusion

La greffe conjonctive associée à d'autres techniques restera toujours le gold standard dans le recouvrement des récessions mais dépendent du motif de consultation du patient, de ses doléances, de sa santé générale, du site à traiter, des compétences et de l'expérience du praticien; elle ne sera peut-être pas choisie comme traitement. Il est primordial d'avoir une prise en charge multi-disciplinaire de nos patients afin de traiter le « pink » et le « white » de ces récessions, souvent accompagnées de lésions cervicales non carieuses, en accord avec la demande et les souhaits du patient.

À LIRE

- AROCA S. ET COLL** (2010) Treatment of class III multiple gingival recessions: a randomized-clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology* 2010 37, 88-97.
- BIGNOZZI, I., ET COLL** (2013) Root caries: a periodontal perspective. *Journal of Periodontal Research* 2013
- BELSER UC, GRUTTER L, VAILATI F, BORNSTEIN MM, WEBER HP, BUSER D.** (2009) Outcome evaluation of early placed maxillary anterior single-tooth implants using objective esthetic criteria : A cross-sectional, retrospective study in 45 patients with a 2-4 year follow-up using pink and white esthetic scores. *J Periodontol* 2009; 80:140-151
- CAIRO, F., CORTELLINI, P., TONETTI, M., NIERI, M., MERVELT, J., CINCINELLI, S. & PINI-PRATO, G.** (2012) Coronally advanced flap with and without connective tissue graft for the treatment of single maxillary gingival recession with loss of interdental attachment. A randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology* 39, 760-768.
- CAIRO, F., NIERI, M., CATTABRIGA, M., CORTELLINI, P., DE PAOLI, S., DE SANCTIS, M., FONZAR, A., FRANCIETTI, L., MERLI, M., RASPERINI, G., SILVESTRI, M., TROMBELLI, L., ZUCHELLI, G. & PINI-PRATO, G. P.** (2010) Root coverage esthetic score after treatment of gingival recession: an interrater agreement multicenter study. *Journal of Periodontology* 2010, 81, 1752-1758.
- CAIRO F, NIERI M, CINCINELLI S, MERVELT J, PAGLIARO U.** (2011) The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 661-668
- CAIRO, F., NIERI, M. & PAGLIARO, U.** (2014) Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology* 2014, 41(Suppl. 15), s44-s62.
- CAIRO, F., ROTUNDO, R., MILLER, P. D. & PINI PRATO, G. P.** (2009) Root coverage esthetic score: a system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession through evaluation of clinical cases. *Journal of Periodontology* 2009, 80, 705-710.
- FÜRHAUSER R, FLORESCU D, BENESCH T, HAAS R, MAILATH G, WATZEK G.** (2005) Evaluation of soft tissue around single tooth implant crowns : the pink esthetic score. *Clin Oral Impl Res* 2005 ; 1: 639-644
- GRAZIANI, F., GENNAI, S., ROLDAN, S., DISCEPOLI, D., BUTI, J., MADIANOS, P. & HERRERA, D.** (2014) Efficacy of periodontal plastic procedures in the treatment of multiple gingival recessions. *Journal of Clinical Periodontology* 41(Suppl.15), s63-s76.
- HUJOEL, P. P.** (2004) Endpoints in periodontal trials: the need for an evidence-based research approach. *Periodontology* 2000 36, 196-204.
- LANGER B, LANGER L.** (1985) Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J. Periodontol.* 1985;56:715-720.
- MAGNE P, BELSER U.** (2003) Restaurations adhésives en céramique : approche biomimétique. *Quintessence* 2003
- La bibliographie exhaustive est disponible en ligne sur www.lefildentaire.fr



Parocline® 2 %

Gel pour usage dentaire

ANTIBIOTIQUE LOCAL :

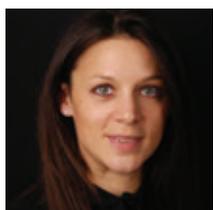
- Agit sur la flore pathogène¹
- Fortes concentrations in situ²
- Libération lente et continue³
- 1 traitement = 3 applications

PAROCLINE® agit au cœur de la poche parodontale.

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

DENOMINATION : PAROCLINE 2 %, gel pour usage dentaire. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Pour une seringue : Chlorhydrate de minocycline - Quantité correspondant à minocycline base : 10,0 mg. Excipients : hydroxyéthylcellulose, chlorure de magnésium, copolymère d'acrylates et de méthacrylates (EUDRAGIT RS), triacétine, glycérol. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Gel pour usage dentaire. **DONNEES CLINIQUES :** Indications thérapeutiques : Traitement «antibactérien» en complément des traitements mécaniques habituels de la parodontose. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques. Posologie et mode d'administration : Insérer le bout de l'applicateur dans les poches parodontales de chaque dent le plus profondément possible, avant l'administration d'une quantité suffisante de gel pour remplir les poches. Environnement 25 mg de gel sont administrés dans les poches de 5 à 7 mm de profondeur. Le traitement commencera par des applications tous les 14 jours, jusqu'à un total de 3 ou 4 applications (4 à 6 semaines). Ensuite, les applications seront faites tous les 3 mois. Contre-indications : Allergie aux antibiotiques de la famille des tétracyclines. L'emploi de ce médicament doit être évité chez l'enfant de moins de 8 ans, en raison du risque de coloration permanente des dents et d'hypoplasie de l'émail dentaire. Grossesse et Allaitement (voir rubrique Grossesse et allaitement). Association avec les rétinoïdes (voir rubrique Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions). Mises en garde et précautions d'emploi : Le brossage des dents, l'utilisation de bains de bouche ou de fil dentaire doivent être limités pendant les deux heures qui suivent l'application, ainsi que toute prise alimentaire. En raison de la possibilité de sensibilisation locale, la zone traitée devra être soigneusement observée. Si les signes et/ou les symptômes de sensibilisation (prurit, œdème, papules) se développent, il convient d'arrêter le traitement. Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en considération avant l'utilisation de ce médicament, en particulier : le surdosage expose à un risque d'hépatotoxicité ; la minocycline doit être utilisée avec précaution en cas d'insuffisance hépatique. En cas d'apparition d'éruption cutanée, de fièvre ou d'adénopathies, il convient d'arrêter le traitement (cf. Effets indésirables). Des cas de syndrome d'hypersensibilité ont été rapportés avec la minocycline. Le risque de survenue et la sévérité de ces réactions semblent être plus élevés chez les patients de phototype foncé (phototype V-VI). Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions : Association contre-indiquée : Rétinoïdes (voie générale) : risque d'hypertension intra-crânienne. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi : Anticoagulants oraux : augmentation de l'effet des anticoagulants oraux et du risque hémorragique. Contrôle plus fréquent du taux de prothrombine et surveillance de l'INR ; adaptation éventuelle de la posologie des anticoagulants oraux pendant le traitement anti-infectieux et après son arrêt. Sel, oxydes, hydroxydes de magnésium, d'aluminium et de calcium (topiques gastro-intestinaux) : diminution de l'absorption digestive des cyclines. Prendre les topiques gastro-intestinaux à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). Sels de fer (voie orale) : diminution de l'absorption digestive des cyclines (formation de complexes). Prendre les sels de fer à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). Problèmes particuliers du déséquilibre de l'INR : De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il apparaît difficile de faire la part entre la pathologie infectieuse et son traitement dans la survenue du déséquilibre de l'INR. Cependant, certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées : il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines. Grossesse et allaitement : La minocycline passe dans le placenta et le lait maternel ; son emploi doit être évité chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent (risque d'anomalie du bourgeon dentaire ou de dyschromie dentaire chez l'enfant). Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines : Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en compte, à savoir : attirer l'attention des conducteurs ou utilisateurs de machines sur les risques de sensations vertigineuses avec impression d'idéalité ralentie. Effets indésirables : Irritation gingivale, douleur locale, ecchymose, œdème gingival, abcès dentaire. Diarrhée, douleur gastrique. Les syndromes suivants ont été rapportés : Syndrome d'hypersensibilité consistant en une réaction cutanée (tel que éruption cutanée ou dermatite exfoliative), éosinophilie et une ou plusieurs des manifestations suivantes : hépatite, pneumopathie, néphrite, myocardite, péricardite. Fièvre et lymphadénopathie peuvent être présentes. (cf. rubrique «Mises en garde et précaution particulières d'emploi»). Surdosage : En cas de surdosage, faire un lavage gastrique. Il n'existe pas d'antidote spécifique. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES : Propriétés pharmacodynamiques : PRODUIT PROFESSIONNEL DENTAIRE - ANTIBIOTIQUE DE LA FAMILLE DES CYCLINES (A : Appareil digestif et métabolisme / J : Anti-infectieux). La minocycline est un antibiotique de la famille des tétracyclines. Ce gel, de par son principe actif, la minocycline, a une activité antimicrobienne qui porte sur la majeure partie de la flore responsable des parodontites. SPECTRE D'ACTIVITE ANTI-BACTERIENNE : les concentrations critiques séparent les souches sensibles des souches de sensibilité intermédiaire et ces dernières, des résistantes : S ≤ 4 mg/l et R > 8 mg/l. La prévalence de la résistance acquise peut varier en fonction de la géographie et du temps pour certaines espèces. Il est donc utile de disposer d'informations sur la prévalence de la résistance locale, surtout pour le traitement d'infections sévères. Ces données ne peuvent apporter qu'une orientation sur les probabilités de la sensibilité d'une souche bactérienne à cet antibiotique. Lorsque la variabilité de la prévalence de la résistance en France est connue pour une espèce bactérienne, elle est indiquée entre parenthèses : ESPECES SENSIBLES : Aérobie à Gram positif : Bacillus, Entérocoque (40-80%), Staphylococcus méti-R* (70-80%), Streptococcus A (20%), Streptococcus B (80-90%), Streptococcus pneumoniae (20-40%). Aérobie à Gram négatif : Branhamella catarrhalis, Brucella, Escherichia coli (20-40%), Haemophilus influenzae (10%), Klebsiella (10-30%), Neisseria gonorrhoeae, Pasteurella, Vibrio cholerae. Anaérobies : Propionibacterium acnes. Autres : Borrelia burgdorferi, Chlamydia, Coxiella burnetii, Leptospira, Mycoplasma pneumoniae, Rickettsia, Treponema pallidum, Ureaplasma urealyticum. ESPECES RESISTANTES : Aérobie à Gram négatif : Acinetobacter, Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Pseudomonas, Serratia. La fréquence de résistance à la métilicine est environ de 30 à 50% de l'ensemble des staphylocoques et se rencontre surtout en milieu hospitalier. Remarque : ce spectre correspond à celui des formes systémiques de la minocycline. Avec les présentations pharmaceutiques locales, les concentrations obtenues in situ sont très supérieures aux concentrations plasmatiques. Quelques incertitudes demeurent sur la cinétique des concentrations in situ, sur les conditions physico-chimiques locales qui peuvent modifier l'activité de l'antibiotique et sur la stabilité du produit in situ. Propriétés pharmacocinétiques : Les concentrations de minocycline dans le fluide gingival du sillon sont restées à des niveaux cliniquement efficaces pendant une durée minimum de trois jours après l'administration de 0,5 g de gel (1 mg de minocycline) dans les poches parodontales. Les concentrations sériques de minocycline après administration sous gingivale comme après administration orale de 0,5 g de gel (10 mg de minocycline), sont de l'ordre de 0,1 à 0,2 µg/ml. Ces concentrations sont plus faibles que celles observées après administration orale de 100 à 200 mg/jour de minocycline, doses utilisées en thérapie systémique. DONNEES PHARMACEUTIQUES : Incompatibilités : sans objet. Durée de conservation : 2 ans. Précautions particulières de conservation : A conserver entre +2°C et +8°C (au réfrigérateur). A conserver dans l'emballage extérieur d'origine et à l'abri de la lumière. Nature et contenu du récipient : 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium), boîte de 1 ou 3 seringues. Précautions particulières d'élimination et de manipulation : Un traitement préalable - détartrage et polissage radiculaire - est toujours conseillé ; il devra être le moins traumatique possible. La mesure de la profondeur moyenne des poches sera effectuée à l'aide d'une sonde parodontale. L'application du gel sera faite en dehors de la présence de la salive : l'isolement des dents est impératif. Une anesthésie pourra être nécessaire. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : SUNSTAR France - 55/63, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS-PERRET - EXPLOITANT DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : CENTRE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - 76, avenue du Midi 63800 COURNON D'AUVERGNE. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : 339 125-4 ; 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium), boîte de 1, 360 940-5 ; 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium), boîte de 3. DATE DE PREMIERE AUTORISATION / DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION : 26 juin 1995 / 26 juin 2010. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE : Juillet 2012. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Liste I. Réservé à l'usage professionnel.

Chirurgie plastique parodontale : traitement des récessions gingivales multiples à l'aide de matrices dermiques acellulaires (MDA)



Dr Perrine BALLAND

Diplôme de Docteur en Chirurgie Dentaire Université Henry Poincaré Nancy (2007)

Post Graduate en parodontologie, New York University, College of Dentistry (2008-2011)

De nombreuses techniques ont été décrites pour recouvrir les récessions gingivales multiples, les lambeaux déplacés coronairement ou latéralement, associés ou non à une greffe conjonctive, les greffes de tissus conjonctif enfouis en tunnel, et ses multiples variantes.

L'avantage de ses techniques a été très largement démontré dans la littérature, notamment en terme de prédictibilité des résultats et ce d'autant plus avec le développement de la micro chirurgie.

Le prélèvement de conjonctif enfoui au palais est et reste toujours considéré comme le gold standard. Les inconvénients de ses techniques sont la morbidité résultant du prélèvement palatin d'une part, et la quantité limitée de conjonctif disponible au palais. En effet, dans certains cas de biotypes gingivaux très fins, la quantité et la qualité du greffon conjonctif sont insuffisants pour remplir les objectifs de la chirurgie muco gingivale. C'est donc pour palier à ces inconvénients, que sont apparues dans les années 90, les techniques d'ingénierie tissulaire,

visant à reconstruire des tissus endommagés à partir de stimulation cellulaire, permettant ainsi d'éviter le prélèvement de tissu autogène. Parmi ces techniques, on retrouve les protéines dérivées de la matrice amélaire, les dérivés plaquettaires et la matrice dermique acellulaire, objet de notre travail.

Validité scientifique des matrices dermiques acellulaires

La matrice dermique acellulaire utilisée ici est l'ALLODERM® développée et commercialisée par la compagnie américaine Life Cell (New Jersey, USA). Elle a d'abord été utilisée dans des applications médicales dans les domaines de la dermatologie, la chirurgie viscérale et urologique. Dans le cadre du traitement des récessions, l'emploi d'AlloDerm®

Cas n°1



1a



1b



1c



1d

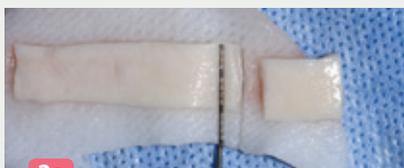
Fig. 1a à d : patient de 35 ans, récessions gingivales multiples, présentant un sourire gingival laissant apercevoir les bords cervicaux des dents antérieures maxillaires. Le biotype gingival est moyen. Au maxillaire supérieur, les dents 13, 11, 21, 22, 23, 24 présentent des récessions gingivales évolutives.



2a



2b



2c



2d



2e

Fig. 2a : la première étape de cette technique chirurgicale consiste à préparer le site receveur en créant un tunnel supra périosté grâce à une série d'instruments micro chirurgicaux. On retire au préalable l'épithélium intra-sulculaire sur chacune des dents à recouvrir afin d'éviter l'invagination de cellules épithéliales qui risquerait d'entraîner des cicatrices. Ensuite, à l'aide d'une microlame, des poches sont réalisées en semi-épaisseur sur chacune des dents et celles-ci sont reliées entre elles. L'approfondissement de ces poches peut être affiné avec un micro-décolleur. Une fois le site receveur préparé, la surface de la dentine à recouvrir est conditionnée avec une goutte de PrefGel™ (Straumann).

Fig. 2b : réhydratation de la matrice dermiques acellulaires ALLODERM® selon un protocole rigoureux.

Fig. 2c et d : calibrage des greffons allo-dermiques, en fonction de la profondeur de vestibule, de l'arcade concernée (maxillaire ou mandibulaire) et du nombre de dents à recouvrir. Essai en bouche.

Fig. 2e : insertion des greffons. L'insertion peut être facilitée à l'aide d'un fil de suture.

offre, par rapport aux greffes autogènes, les avantages tels que : site chirurgical unique et quantité de tissu illimitée.

Les matrices dermiques acellulaires sont issues de tissus humains, à partir de donneurs connus et contrôlés, qui ont été traités afin d'en retirer toutes les cellules pour n'en conserver qu'une matrice régénératrice de collagène. Aucune transmission d'infection ou réaction antigénique n'a été rapportée ni dans les applications médicales ni dans les applications dentaires.

Le tissu reçu est validé selon les normes de banques de tissus de l'AATB (association américaine des banques de tissus) et depuis 2004, par la norme européenne EU Human Tissue Directive 2004/23/EC. C'est un matériau totalement biocompatible.



3

Fig. 3 : sutures des greffons ; possibilité de réaliser un ou deux plans de sutures. Ici, un seul plan de sutures engageant le greffon allogénique et le lambeau vestibulaire de manière à tracter et stabiliser les tissus en position plus coronaire afin d'obtenir un recouvrement complet des racines exposées. Les sutures sont des points suspendus autour de chaque dent avec un fil en polypropylène 6/0. Il est recommandé au patient de ne pas brosser et d'utiliser un bain de bouche à base de Chlorhexidine jusqu'au premier contrôle post opératoire à 8 jours.

Dans les cas présentés ci dessous, l'objectif était d'obtenir, en une seule chirurgie, le recouvrement complet des récessions de manière prédictible, en respectant toujours le même protocole opératoire décrit dans le cas n°1 **Fig. 1 à 4**. La technique de tunnelisation (sans lambeau) a été privilégiée pour éviter tout risque d'exposition du greffon allogénique.

La technique de recouvrement radicaire à l'aide de matrices dermiques acellulaires nécessite un recouvrement complet des greffons, il est recommandé de ne pas les laisser exposés. Ce matériau va supporter la revascularisation mais contrairement à un greffon de conjonctif enfoui, il ne peut pas être recréée de gencive attachée kératinisée. La quantité de gencive attachée kératinisée sera la même qu'en début de traitement d'où l'importance de la sélection des cas cliniques pour utiliser ce matériau. D'après les études histologiques réalisées, la maturation complète des tissus au contact de ces greffons est de 6 mois.

>>>



4a



4b



4c



4d

Fig. 4a : post opératoire à 15 jours

Fig. 4b à d : post opératoire à 3 mois, vue de face et profil.

Chirurgie plastique parodontale : traitement des récessions gingivales multiples à l'aide de matrices dermiques acellulaires (MDA) (suite)

Cas n°2

Patient de 55 ans, récessions gingivales multiples, de classe I de Miller, sur les dents 13, 12, 11, 21, 22, 23. Le biotype gingival est épais. Le même protocole opératoire a été utilisé. Une matrice dermique acellulaire ALLODERM® 10*40 mm a été tunnelisée.



Indications d'utilisation des MDA

- Récessions de classe 1 et 2 de Miller
- Récessions gingivales multiples contiguës

Avantages des MDA

- site chirurgical unique
- quantité de tissu illimitée
- risque de saignement, de complications et de douleurs post opératoires réduit du fait de l'absence de prélèvement palatin

Inconvénients des MDA

- Protocole opératoire rigoureux
- Suivi post opératoire plus long (entre 6 et 8 semaines pour le retrait des fils)
- Pas d'apport de gencive attachée kératinisée, pas d'induction de différenciation cellulaire. ●

Conclusion

Les résultats cliniques obtenus dans les 4 cas mentionnés dans ce résumé, sont un succès en terme de recouvrement. Les hypersensibilités dentinaires et le désagrément esthétique des patients sont à présent résolus.

Malgré la situation initiale assez critique de ces cas, au vu du nombre de récessions, le traitement a été réalisé en une seule chirurgie sans décollement de papille ni élévation de lambeau. L'utilisation de matrices dermiques acellulaires est une technique moins invasive puisqu'il n'y a pas de prélèvement palatin, ce type de traitement est donc très bien accepté par les patients en cabinet dentaire. Nous avons en tant que praticien :

- un devoir d'information clair pour ces patients recevant un matériau de substitution
- une obligation de traçabilité rigoureuse des produits utilisés

Les matrices dermiques acellulaires ne sont pas disponibles sur tout le marché européen.

Si les résultats de ce type de procédure chirurgicale sont prédictibles (dans la littérature anglo saxonne, ce type de matériau a un recul de 17 ans), il faut néanmoins rappeler qu'elles ne s'appliquent pas dans tous les cas cliniques, qu'il faut bien poser les indications et respecter un protocole rigoureux.

En chirurgie mucogingivale, la sélection de la technique chirurgicale ne doit pas considérer seulement les résultats. L'opinion du patient concernant l'esthétique, les effets secondaires liés à l'intervention et l'évaluation professionnelle du praticien comptent aussi.

La sélection du patient ainsi que celle de la lésion elle-même constitue une aide à la décision thérapeutique et au choix de la technique.

Cas n°3



Patiente de 25 ans, récessions gingivales multiples, de classe I de Miller, maxillaires et mandibulaires. Le biotype gingival est fin. La patiente a eu un traitement orthodontique adulte, terminé il y a un an. Elle souffre d'hypersensibilités dentinaires.

Le même protocole opératoire a été utilisé. Une matrice dermique acellulaire ALLODERM® a été tunnelisée aux deux arcades : de la 12 à la 24 et de la 34 à la 44.

Cas n°4

Patiente de 28 ans, récessions gingivales multiples maxillaires. Le biotype gingival est fin. La patiente a eu un traitement orthodontique adulte, terminé il y a quatre ans. Les récessions se sont accentuées avec le traitement d'expansion du maxillaire. Les tables osseuses vestibulaires sont très fines au niveau de l'examen radiographique 3 D.

Le même protocole opératoire a été utilisé : une matrice dermique acellulaire ALLODERM® a été tunnelisée de la 16 à la 26, soit 12 dents traitées en une seule chirurgie.



1a



1b



1c



2a



2b



2c



2d

Fig. 2a et b :
pré opératoire
vue de profil,
récessions
gingivales
multiples.

Fig. 2c et d :
post opératoire
à 2 ans de la
chirurgie.



Encore plus de
NOUVEAUTÉ
choix

COOL

... est le brillant résultat de la préparation obtenu avec les instruments **COOL-DIAMANT**.

La surface fonctionnelle à structure marquante et à revêtement diamanté précis de haute qualité garantit le rendement de meulage supérieur de ces instruments haut de gamme.

La qualité n'a pas d'alternative!

Demandez notre documentation actuelle.



Busch®

There is no substitute for quality

BUSCH & CO. GmbH
& Co. KG

Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
GERMANY
Telefon +49 2263 86-0
Telefax +49 2263 20741
mail@busch.eu
www.busch.eu

Traitement esthétique de récessions imposantes



Dr Benjamin CORTASSE

Chirurgien dentiste
Diplômé de la faculté de Montpellier
C.E.S. de Parodontologie
C.E.S de Biomatériaux
D.U de Biomatériaux et Implantologie
D.U Expertise Maxillo-faciale
Formateur et Co-fondateur de l'Apex
(Groupe d'étude et de recherche en esthétique et en implantologie)

L'objet de cette étude de cas est de mettre en avant une technique moderne de recouvrement des récessions associées à une réflexion tenant compte des critères esthétiques tant au niveau du rose que du blanc.

Le motif de la consultation est d'ordre esthétique. L'étude est réalisée à partir des données cliniques et radiographiques.

Étude de la situation initiale

Cette patiente âgée de 51 ans présente des récessions de classe I de l'ordre de 2 mm sur le bloc incisif et prémolaire au niveau bilatéral, associées à une perte de substance dentaire vestibulaire de l'ordre d'un millimètre.

La récession est de l'ordre de 5 mm et la perte de substance dentaire vestibulaire est d'environ 1,5 mm **Fig. 2** ; on peut noter également une légère perte de papille entre 21 et 22 .



Après une étude à partir de photos, il apparaît que la situation de la jonction amélocémentaire se situe de manière trop coronaire au niveau de 13 et 23, si l'on tient compte de la situation définie dans une composition idéale.

Nous avons donc décidé de recréer virtuellement, grâce à une restauration au composite, une ligne amélocémentaire idéale visualisée par la ligne verte sur la figure 4. Cette reconstitution au composite nous permet également de combler une partie du défaut vestibulaire **Fig. 3**.



Préparation chirurgicale

À partir de cet instant et selon la technique d'avance coronaire développée par Zucchelli et De Sanctis nous allons matérialiser informatiquement nos jets d'incisions **Fig. 5**.



Ces derniers sont déterminés de la manière suivante :

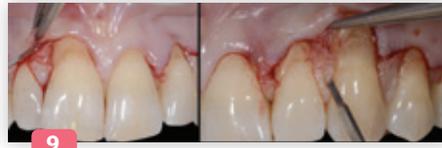
- la mesure verticale de la récession est reportée à partir du sommet de la papille vers la partie apicale en y ajoutant 1 mm (flèche bleue, rose et verte) ; le trajet d'incision joint la base de ce report de mesure au point de rencontre entre la gencive marginale et la ligne amélocémentaire de la dent adjacente.
- le tracé est ainsi déterminé comme sur la figure 5 et 6.
- nous matérialisons également sur cette étude photographique, les différentes techniques de décollement du lambeau (demi-épaisseur jusqu'à la zone la plus apicale de la récession, puis pleine épaisseur jusqu'à la ligne de réflexion muqueuse et à nouveau demi-épaisseur la plus superficielle possible en direction apicale de manière à libérer toute tension du lambeau.



- ce premier trajet d'incision est réalisé en demi-épaisseur en prenant soin de ne pas instrumenter la partie la plus apicale de la récession Fig. 7. La technique présentée par Zucchelli et De Sanctis met en avant la nécessité d'un point de rotation central du lambeau généralement situé sur la récession la plus importante (très souvent la canine). Dans le cas présent, la 12 ne présentant pas de récession, il nous a fallu aménager le trajet d'incision différemment ayant pour conséquence un recouvrement excessif de cette dent.

L'ensemble du trajet d'incision est réalisé sur le maxillaire en prenant soins d'éviter la zone interdentaire centrale Fig. 8, le décollement en demi-épaisseur peut être réalisé à partir du trait d'incision jusqu'à la ligne tangentielle entre les points les plus apicaux de la récession en prenant soin toujours de ne pas instrumenter la partie la plus apicale de la récession Fig. 9.

À partir de cette ligne, le décollement se fait en pleine épaisseur jusqu'à la ligne de réflexion muco-gingivale. Au niveau inter incisif, nous prendrons soin d'exercer un



léger décollement grâce à un décolleur de microchirurgie (Hu Friedy).

Nous avons réalisé une désépithélialisation des papilles Fig. 10.



Au niveau de la ligne de réflexion muco-gingivale, une incision en demi-épaisseur très superficielle nous permet de libérer toute tension au niveau du lambeau Fig. 11 - 12. Dans le cas présent, il était préférable d'épaissir les tissus au niveau des canines car ceux-ci étaient très fins et nous avons une forte coloration à combler, de plus l'épaisseur du tissu nous permet également de combler le défaut vestibulaire. Un prélèvement conjonctif a été effectué au niveau palatin selon la technique de Bruno modifié par Hurzeler et Zuhr.



Toute la difficulté ici était de positionner des sutures pour stabiliser ce greffon. En effet, nous sommes ici dans une zone où un décollement en épaisseur totale a été réalisé, seule la partie la plus coronaire étant en demi épaisseur. L'utilisation d'aides optiques et de fils monofilament résorbables en 6.0 a été nécessaire pour cette délicate opération Fig. 13.



Nous avons réalisé un ensemble de sutures venant plaquer le lambeau au niveau des sutures, nous utilisons un fil monofilament 6.0 Fig. 14.



La dépose des sutures est effectuée à 7 jours Fig. 15 ; nous pouvons à ce stade observer la qualité des tissus et la cicatrisation optimale.



Concernant la 12, nous nous retrouvons exactement dans la configuration envisagée avec un recouvrement excessif.

Les techniques de brosse sont enseignées à la patiente avec des brosses à dents post chirurgicales 7/100 puis 15/100.

>>>

Traitement esthétique de récessions imposantes (suite)

À LIRE

ALLEN, A. L.
(1994) Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *The International journal of periodontics & restorative dentistry* 14, 216–227.

BRUNO, J. F.
(1994) Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *The International journal of periodontics & restorative dentistry* 14, 126–137.

FÜRHAUSER, D. FLORESCU, T. BENESCH, R. HAAS, G. MAILATH, G. WATZEK.
Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. *Clinical Oral Implants Research*, Volume 16 Issue 6, 639 – 644, 2005.

HURZELER, M. B. & WENG, D.
(1999) A single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate. *The International journal of periodontics & restorative dentistry* 19, 279–287.

PINI PRATO, G., PAGLIARO, U., BALDI, C., NIERI, M., SALETTA, D., CAIRO, F., CORTELLINI, P.
(2000) Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. *Journal of Periodontology* 71, 188–201

ZUCHELLI G, DE SANCTIS M.
Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol* 2000; 71(9):1506–14

ZUCHELLI G, DE SANCTIS M.
Long-term outcome following treatment of multiple Miller class I and II recession defects in esthetic areas of the mouth. *J Periodontol* 2005; 76(12):2286–92.

ZUHR O, BAUMER D, HURZELER M.
The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. *J Clin Periodontol* 2014; 41 (Suppl. 15):S123–S142. doi: 10.1111/jcpe.12185.

À 6 mois, on peut observer la stabilité des tissus et le positionnement naturel au niveau de la 12 qui s'est légèrement apicalisé comme nous pouvions l'imaginer **Fig. 16**.



16

La patiente présentant un sourire gingival important, nous pouvons imaginer la satisfaction de celle-ci à la vue du résultat **Fig. 17**.

Dans le cas présent, la difficulté technique a été surmontée par une réflexion initiale du traitement de la patiente associant une étude photographique, une simulation informatique de sourire idéale et la connaissance de la technique développée par Zucchelli et De Sanctis associée à l'utilisation d'instruments de microchirurgie (aides optiques et instrumentation adaptée).



17

Ce choix de plan de traitement nous a permis de traiter une arcade complète en une seule séance.

Nous pouvons apprécier le résultat à un an post-opératoire, avec une stabilité et une intégration optimale des tissus, nous faisant totalement oublier la situation initiale **Fig. 18a et b**.



18 a



les meilleurs fils de suture....

le meilleur rapport qualité/prix



« élu meilleur fil de l'année ! »

RESOLON®

Monofilament non résorbable

RESOQUICK®

Tressé résorbable

PGA®

Tressé résorbable



Retrouvez nos tarifs et références sur notre site :
www.touslesbiomatériaux.com

Réticence au nettoyage interdentaire ?

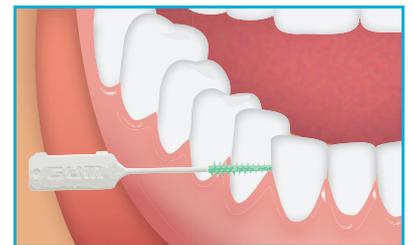
INNOVATION

GUM® SOFT-PICKS™

**Le geste quotidien simple et doux
pour des gencives en bonne santé**

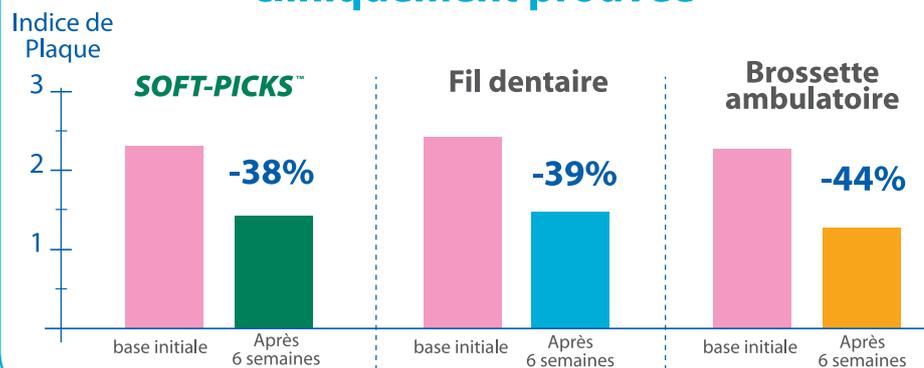
**CAOUTCHOUC
ULTRA DOUX**

- **Élimine en douceur** la plaque dentaire et les résidus quelque soit l'espace
- **Masse et tonifie** les gencives
- **Hygiénique** car jetable



En Prophylaxie

Élimination de la plaque cliniquement prouvée*



* Interproximal gingivitis and plaque reduction by four interdental products. J. Clin. Dent. 2006 ; 17(3) ; 79-83



Regular

SUNSTAR
France

55/63, rue Anatole France
92300 LEVALLOIS-PERRET
commandesdentiste@fr.sunstar.com
Tél : 01 41 06 64 64 - Fax : 01 41 06 64 54



SUNSTAR
GUM®

Le Fil Dentaire N° 101 • mars 2015

37

Un point sur les aides optiques



**Dr Benjamin
CORTASSE**

Chirurgien dentiste

Diplômé de la faculté
de Montpellier

C.E.S. de Parodontologie

C.E.S de Biomatériaux

D.U de Biomatériaux
et Implantologie

D.U Expertise Maxillo-faciale

Formateur et Co-fondateur
de l'Apex

(Groupe d'étude et de
recherche en esthétique
et en implantologie)

Aujourd'hui, les aides optiques font parties intégrantes de l'arsenal thérapeutique du chirurgien dentiste.

La dentisterie à ce jour, est orientée sur des consensus de moins en moins invasifs, celle que soit l'orientation de notre pratique, nous sommes amenés à travailler *a minima*.

De ce fait, les loupes sont bénéfiques, aussi bien sur la qualité de nos soins, mais également dans l'amélioration de notre posture au fauteuil.

Maintenant, il reste une seule question à se poser : Quel est le matériel le mieux adapté à notre pratique ? Je serais tenté de répondre :

Cela dépend de l'opérateur!

Il nous est proposé, sur le marché, différents grossissements allant de 2.5x à 6.0x.

Différentes configurations

Casque, monture avec système optique relevable **Fig. 2**, système optique collée sur le verre d'une lunette traditionnelle, ou système optique intégré dans le verre **Fig. 1a et b**. Le choix final se portera sur le modèle avec lequel nous nous sentons le plus à l'aise. Chaque système a ses avantages.

Mais dans les deux cas, plusieurs critères sont importants à prendre en compte.

Le nombre grandissant de fabricants de loupes sur le marché, fait qu'aujourd'hui nous avons du mal à faire le tri et la comparaison de tout ce qui nous est argumenté.

Il est cependant important de retenir.

Tout d'abord, il existe une règle optique universelle, et incontournable :

À distance de travail égale, plus on augmente le grossissement, plus on réduit la largeur et la profondeur de champ. Le savoir faire du fabricant est aussi important car nous pouvons trouver chez le même fabricant des champs identiques pour des

grossissements de 2.5X et 3.5X pour la même distance de travail.

C'est pour cette raison que, dès que nous travaillons avec des grossissements de 3,5x et plus, il est préférable d'investir dans des systèmes prismatiques ou dits de « Kepler » du nom du physicien qui a défini ce montage (1571-1630), et qui permet d'avoir un champ total sans aberration de contour. Ce montage optique oblige d'utiliser des prismes redresseurs pour obtenir des images à l'endroit, d'où le nom prismatique.

Il faut préférer également des systèmes optiques de qualité garantissant la meilleure résolution d'image et le respect des couleurs avec une parfaite maîtrise des aberrations optiques.

Concernant la profondeur de champ, celle-ci dépend de deux critères: distance de travail et grossissement du système optique.

Il est important de prendre en charge la correction visuelle de l'utilisateur (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) qui doit être calculée par rapport à la distance de travail choisie, et de se faire conseiller par son opticien des verres optiques adaptés à notre métier.

Quel grossissement choisir ? Fig. 3

Si vous débutez sous aides optiques, le grossissement de 2.5x est le plus courant pour un praticien débutant ou omnipraticien.

Ce grossissement offre un excellent compromis de confort /puissance, permettant une liberté de mouvement au fauteuil grâce à leur grande profondeur de champ.

Pour un utilisateur non presbyte, il permettra de voir du détail légèrement supérieur à la vision à l'œil nu en se rapprochant mais en gardant une meilleure posture.



1a



1b



2



3

À partir de 3,5x jusqu'à 6x, ces grossissements sont plutôt conseillés pour les praticiens ayant l'habitude de travailler sous aides optiques ou exerçant une pratique plus spécialisée telle que l'esthétique, la chirurgie, la microchirurgie, l'endodontie, bien que pour ces spécialités le microscope opératoire permet l'exploration de structures encore plus fines.

La distance de travail

Il est préférable bien évidemment de privilégier que celle-ci corresponde à la propre distance de chaque opérateur (distance œil praticien/patient), afin d'offrir un maximum de confort dans l'utilisation quotidienne.

Système optique relevable ou système optique fixe ?

Les montures avec systèmes optiques relevables permettent de travailler selon ses besoins et les indications avec ou sans grossissement **Fig. 2**.

L'angle de déclinaison et l'écartement bi-pupillaire sont modulables. Elles permettent également de modifier l'angle de vision entre le travail au fauteuil et la retouche d'une prothèse par exemple.

La gestion des verres optiques est également plus facile puisque votre opticien peut changer les verres rapidement au fur et à mesure de l'évolution de la cor-

rection optique.

Nous pourrions reprocher à ces systèmes le poids (environ 10 % de plus) comparé aux systèmes intégrés dans le verre, et une présence plus « imposante ».

Les systèmes optiques intégrés dans le verre sont des systèmes entièrement réalisés en fonction des mesures de l'écart pupillaire et de la hauteur correspondant à l'utilisateur **Fig. 1a et b**.

L'écartement inter-pupillaire est mesuré à l'aide d'un pupillomètre, ou par système numérique, ceci permettant de respecter parfaitement au degré près, la convergence, l'axe de vision, l'angle de déclinaison propre à chaque utilisateur (respect anatomique).

Des systèmes plus légers, qui apportent un excellent confort.

Il est important de tenir compte des montures au niveau du confort. Privilégier des systèmes à montures larges à grande vision, de façon à positionner les loupes le plus bas possible tout en respectant l'axe de vision, cela vous évitera de trop incliner les cervicales et de ce fait, supprimer toutes douleurs musculo-squelettique, donc une meilleure posture pour l'utilisateur.

La lumière est elle obligatoire ?

Une option intéressante dans ce type d'investissement. Nous passons nos journées

à articuler nos Scialytiques, dû à l'éternel problème des zones d'ombres.

Le fait d'ajouter une lumière coaxiale résout totalement les ombres portées, car la source de lumière émise au centre de la monture, se situe toujours dans l'axe de vision. L'ombre se retrouve à l'arrière de l'instrument et n'est plus visible par l'utilisateur. Cet apport est un plus dans le confort quotidien.

Temps d'apprentissage

Relativement rapide : 8 à 10 jours

Un conseil : regardez dans les loupes seulement quand vous êtes en situation opératoire, et si vous devez changer d'instrumentation, sortez d'abord du champ de vision grossi, et ensuite, seulement, regardez en vision périphérique. C'est un réflexe qui s'acquiert rapidement.

Si je dois conseiller à mes confrères et consœurs sur un investissement rentable, ce sont bien les aides optiques. J'en ai fait l'expérience dans mon propre cabinet, en choisissant un modèle évolutif, sur lequel il est possible d'adapter l'évolution ophtalmique, vous faites de cet investissement un investissement à vie.

Enfin maintenant, c'est vous qui voyez !! ●

Remerciements à Mrs Philippe Ducreux et Laurent OLLI.

À LIRE

BETHANY VALACHI

Move to improve your health: the research behind static postures. *May 2014*

Ergonomic positioning: a few degrees add years to your career. *Sep 2010*

Magnification in dentistry: how ergonomic features impact your health. *Apr 2009*

APOTHEKER H

The application of the dental microscope:

preliminary report. *J Microsurg 1981;3:103-106*

KOCH K.

The microscope: its effects in your practice. *Dent Clin North Am 1997;41:619-627.*

MICHAELIDES

Use of the operating microscope in dentistry. *J Calif Dent Assoc 1996;24:45-50*

MUSIKANT B.L., COHEN B.L.,

DEUTSH A.S.

The surgical microscope, not just for the specialist. *NY State Dent J 1996;62:33-35.*

PERRIN P., JACKYD., HOTZ P.

Le microscope opératoire au cabinet dentaire généraliste. *Rev Mens Suisse Odonto Stomatol 2000;110:955-960*

DUCAMIN J.P., BOUSSENS J.

Le microscope opératoire

en odonto stomatologie.

Rev Odonto stomat 1979;8:293-298

FRIEDMAN M.J., LANDESMAN H.M.

Microscope-assisted precision dentistry. A challenge for new knowledge. *J Calif Dent Assoc 1998;26:900-905.*

HUME WJ, GREAVES IC

The stereomicroscope in clinical dentistry. *Brit Dent J 1983;154:288-290.*

KHAYAT B.G.

The use of magnification in endodontic therapy: The operating microscope. *Pract Periodont Aesthet Dent 1998;10:137-144.*

EICHENBERGER M, PERRIN P, NEUHAUS KW, BRINGOLF U, LUSSI A

Influence of loupes and age on the near visual acuity of practicing dentists. *J Biomed Opt 2011, 16:035003*

COMMUNICATION : MODE D'EMPLOI

LE GUIDE DE LA RELATION AVEC LES PATIENTS

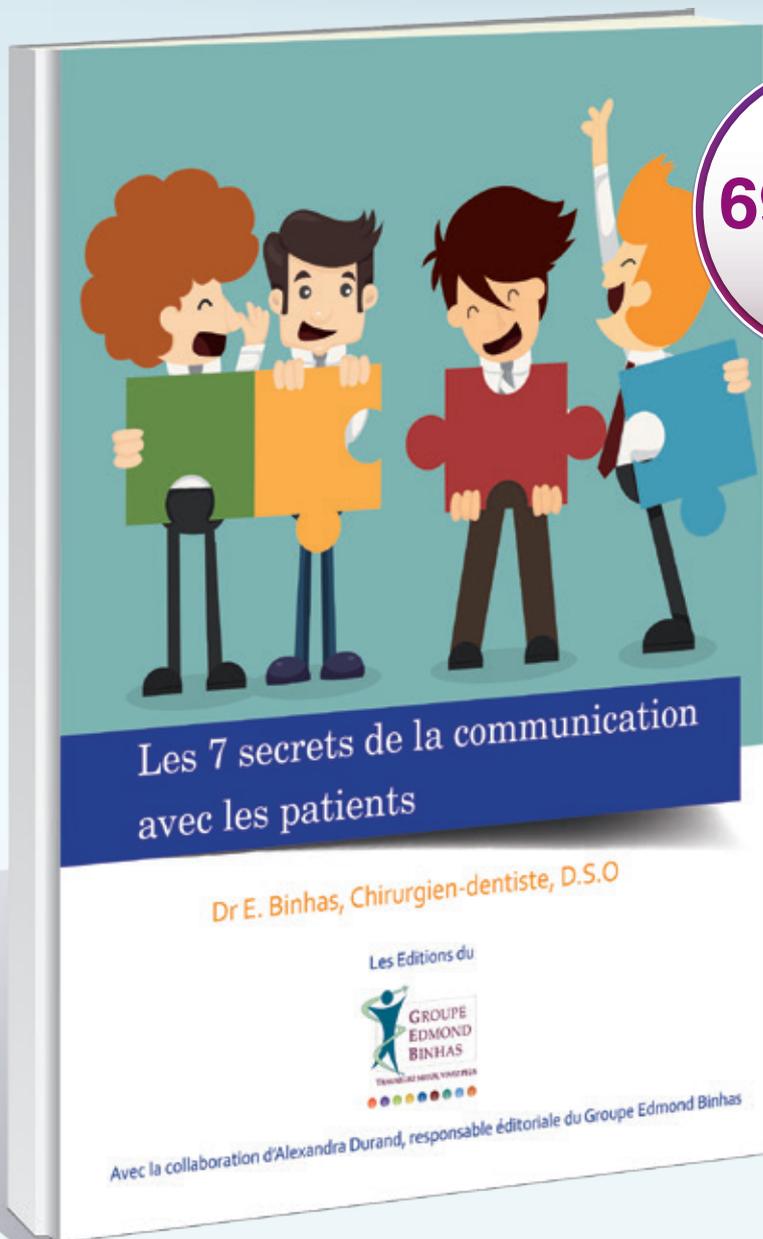


Groupe Edmond Binhas



GROUPE
EDMOND
BINHAS

TRAVAILLEZ MIEUX, VIVEZ PLUS



69,00 €*

*hors frais de port

**BONUS jusqu'au
31 mars 2015 !**

Recevez en cadeau des fiches
d'informations pour vos patients
de la part de notre partenaire

Sourire & Image

Rendez-leur le sourire, confiez-nous votre image



Disponible sur www.eshop-binhas.com

Pour une vie professionnelle plus épanouie, appelez-nous au : +33 (0)4 42 108 108 / contact@binhas.com

www.binhas.com



Apport du tissu conjonctif en implantologie

Introduction

Lorsque nous réalisons une réhabilitation implantaire, notamment dans la zone antérieure, nous souhaitons qu'elle soit esthétique et fiable dans le temps.

Pour ces deux raisons, la gestion du tissu conjonctif est capitale. D'une part, elle va assurer l'intégration esthétique de la couronne implantaire avec la gencive, mais d'autre part, elle va permettre de protéger l'os sous-jacent.

Objectifs

Pour les parodontes fins ou déficients, il faudra alors faire un apport de tissu conjonctif. Celui-ci sera issu généralement soit d'un prélèvement conjonctif au palais soit d'un lambeau pédiculé (technique du rouleau palatin).

Le but est d'obtenir un parodonte épais autour de notre implant qui permettra la protection de l'os sous-jacent et une résistance accrue aux traumatismes (déflexion alimentaire, brossage traumatique, ...). Cela permettra aussi une meilleure hygiène car un parodonte épais s'irrite moins facilement qu'un parodonte fin au brossage. Pour ces raisons, le risque de récession gingivale sera alors moins important.

L'attache du pilier implantaire et de la muqueuse est très fragile, comparée à celle de la dent et des tissus parodontaux, car les fibres de tissu conjonctif adjacentes au pilier implantaire sont parallèles à l'implant : il ne peut pas y avoir d'attache du tissu conjonctif sur l'implant. Par conséquent, si la muqueuse péri-implantaire est mobile, l'élimination de la plaque, source de l'inflammation, peut être rendue difficile (Sato, 2002).

Obtenir un parodonte épais joue un rôle aussi dans l'esthétique : il permet une meilleure intégration esthétique de l'élément prothétique dans la gencive. Il contribuera aussi à améliorer le profil vestibulaire gingival surtout lorsqu'il existe une résorption osseuse vestibulaire, il compense alors esthétiquement l'effet de concavité du profil lié au déficit osseux.

Applications Cliniques

Apport de conjonctif lors d'une extraction-implantation immédiate

Idéalement réalisée en technique flapless, cet apport de conjonctif va permettre de surcorriger le défaut et de compenser l'inévitable effet de résorption osseuse post-extractionnelle. Illustration avec le 1^{er} cas clinique **Fig. 1 à 4**:

L'implant est placé dans l'alvéole de la racine extraite, en appui palatin **Fig. 1**, le hiatus vestibulaire entre la paroi osseuse et l'implant est comblé avec un biomatériau osseux et un greffon conjonctif enfoui est inséré dans la gencive vestibulaire préparée en semi-épaisseur **Fig. 2**. Le pilier de cicatrisation ou la couronne transviscée provisoire permet de soutenir le volume recréé en vestibulaire **Fig. 3**. Cela assurera une intégration esthétique et pérenne de la couronne définitive **Fig. 4**.



Dr Stéphane ALBARET
DU de Chirurgie et Prothèse Implantaire (Lyon)
Parodontologie-Implantologie exclusives
Nîmes



>>>

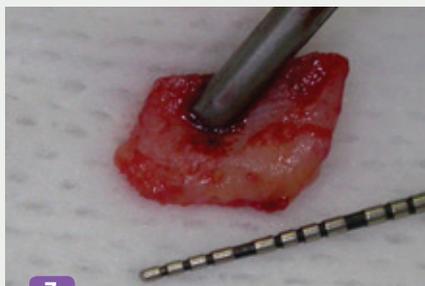
Apport du tissu conjonctif en implantologie (Suite)

Apport de conjonctif en pré-implantaire et au 2^{ème} temps chirurgical

Dans certains cas plus complexes, nous avons un défaut osseux et gingival, il faudra alors parfois, en plus d'une ROG ou greffe osseuse, utiliser deux techniques d'apport conjonctif comme dans le 2^{ème} cas clinique **Fig. 5 à 14** :

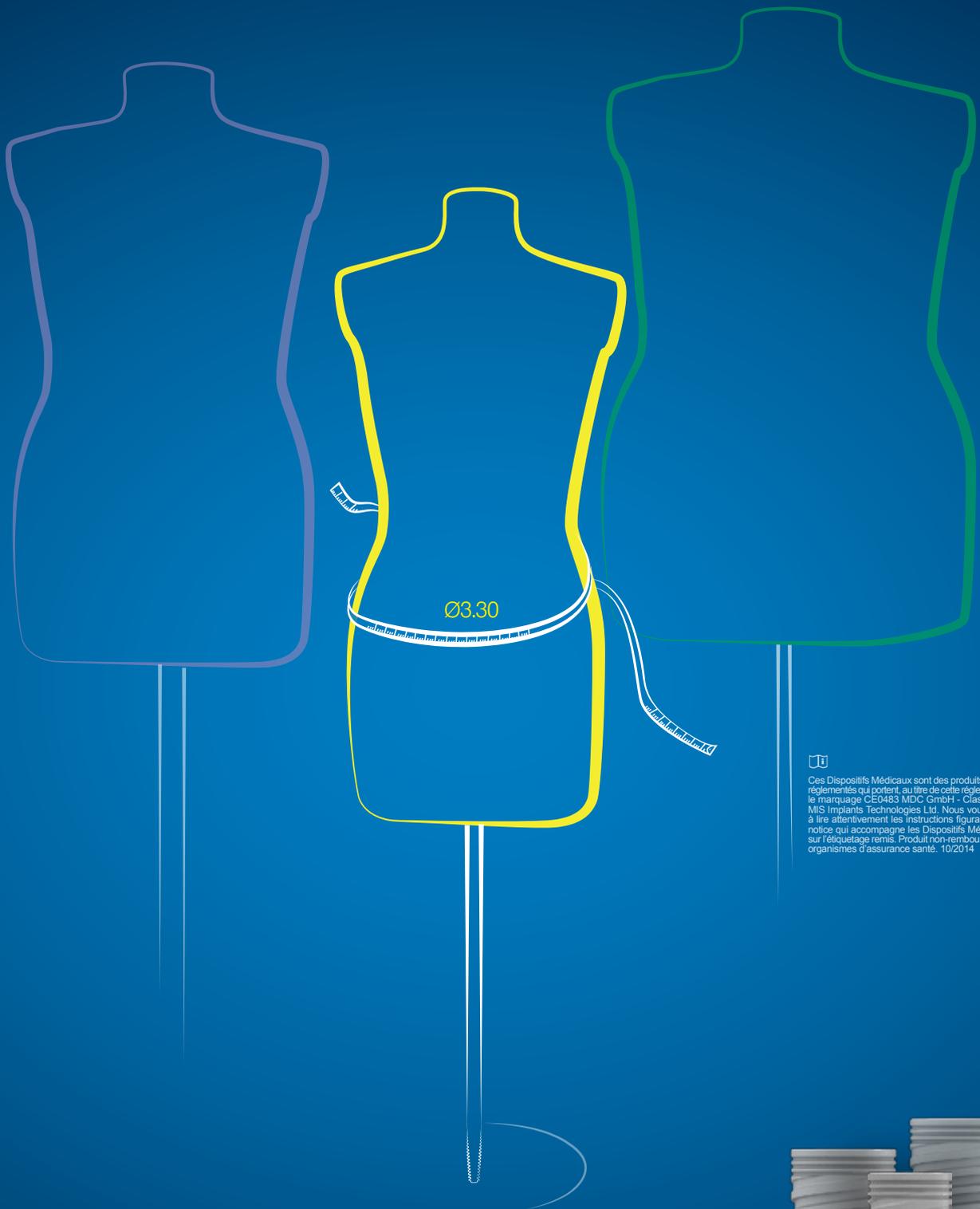
Patient de 50 ans se présentant avec une déhiscence osseuse et gingivale, en vestibulaire, marquée, suite à une extraction compliquée de la 21, 2 semaines plus tôt (antécédents d'infection et de fistule), **Fig. 5**. Après 6 semaines de cicatrisation **Fig. 6**, une greffe de conjonctif enfouie est réalisée **Fig. 7-8** afin d'améliorer l'environnement muqueux (prélèvement palatin par la technique de Bruno modifiée). Deux mois plus tard, la cicatrisation muqueuse sera plus favorable pour la technique de pose d'un implant avec ROG (la **Fig. 9** montre l'implant avec apposition de biomatériau osseux en vestibulaire et recouvrement par une membrane de collagène qui sera plaquée en vestibulaire). Cinq mois après cicatrisation de la ROG et de l'implant, on note une amélioration du volume vestibulaire mais encore insuffisante **Fig. 10**. La technique du rouleau est alors utilisée au 2^{ème} temps chirurgical afin de parfaire ce volume **Fig. 11-12**. La cicatrisation muqueuse, façonnée par une couronne provisoire transvissée, est satisfaisante **Fig. 13**, ce qui permettra une bonne intégration esthétique et durable de la couronne céramique définitive **Fig. 14**. ●

Bibliographie : ¹ **Belser U, Buser D, Higginbottom F.** Consensus statements and recommended clinical procedures regarding esthetics in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004 ;19 suppl :73-74 . ² **Buser D, Martin W, Belser U.** Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla : anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004 ;19 :43-61 . ³ **Khoury F.** Gestion des tissus mous pendant la greffe, l'implantation et la mise en condition tissulaire. Greffe osseuse en implantologie, 2011, *Quintessence International* . ⁴ **Langer B, Langer L.** Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985 ;56 :715-720 . ⁵ **Sato N.** Augmentation de la hauteur de muqueuse attachée kératinisée péri-implantaire. Atlas clinique de chirurgie parodontale, 2002, *Quintessence International* . ⁶ **Warrar K, Buser D, Lang NP, Karring T.** Plaque-induced peri-implantitis in the presence or absence of keratinized mucosa. *Clin Oral Implants Res* 1995 ;6 :131-138



▶ CONCLUSION

Comme en parodontologie, la stabilisation des tissus péri-implantaires sera plus pérenne avec un biotype épais. Tandis que les techniques de greffes osseuses ou de ROG permettent de redonner un volume osseux satisfaisant, les techniques de greffes conjonctives permettent de protéger ce dernier. Dans les cas esthétiques, l'apport de conjonctif permet de redonner volume et contour autour de la couronne sur implant.

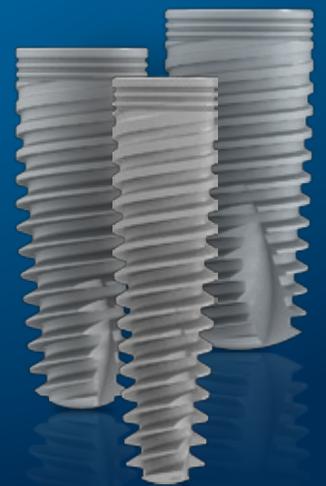


Ces Dispositifs Médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE0483 MDC GmbH - Classe IIb - MIS Implants Technologies Ltd. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne les Dispositifs Médicaux ou sur l'étiquetage remis. Produit non-remboursé par les organismes d'assurance santé. 10/2014

PROBLEMATIQUES DE TAILLE! MAKE IT SIMPLE

Avec l'arrivée de l'implant C1 Narrow, MIS propose désormais une gamme complète de plateformes prothétiques pour son implant C1 à la pointe de la technologie: Narrow, Standard et Large. Sa plateforme Narrow est de diamètre 3.30mm, il est adapté dans les cas de crêtes étroites et dans les cas d'espaces réduits entre dents ou implants. Tous les implants C1 présentent une conception de filetage unique, une plateforme switching et une connexion conique qui assurent une stabilité primaire supérieure dans de nombreux scénarios cliniques. Pour en savoir plus, contactez-nous au: 01 78 14 13 00

MIS® FRANCE | **C1**





4 étapes pour vous aider à gérer les patients mécontents



Dr Edmond BINHAS
Fondateur du groupe
Edmond Binhas

Dans nos cabinets, nous sommes confrontés tous les jours à des patients différents. Tantôt expressifs, timides, contents ou parfois grincheux... Ils arborent des caractères toujours variés. C'est, à mes yeux, cela qui fait l'une des richesses de notre métier : la diversité de nos patients.

Face à la concurrence actuelle des centres dentaires et aux exigences consommatrices des patients, la qualité du service devient un élément différenciateur vital. Au centre de celle-ci se trouve bien entendu, la qualité de la relation avec nos patients. En effet, aucune technologie de communication ne remplacera jamais la relation. Et celle-ci est au cœur même de notre métier. Malheureusement dans nos Facultés, si nous apprenons à réaliser des soins de très haute qualité, nos enseignants nous apprennent beaucoup moins comment bien communiquer avec nos patients.

Même si je me répète et que cela peut déranger certains d'entre nous, les chirurgiens-dentistes titulaires de cabinet sont des professionnels de santé mais également des chefs d'entreprise. Agir en tant que tel est l'une des conditions pour continuer à prodiguer d'excellents soins cliniques à nos patients. Comme dans n'importe quelle autre entreprise, nos structures rencontrent parfois des

individus mécontents du service qu'ils reçoivent. Ces personnes peuvent avoir des demandes excessives, être des « râleurs chroniques » ou simplement réagir à un manquement dans le service que nous leur avons prodigué. Peu importe le cas de figure rencontré, la réponse faite par le praticien et son équipe devrait toujours être en mesure d'apaiser le patient et transformer le négatif en positif.

Attention : Dans ce qui suit, nous parlons du patient dont vous souhaitez garder la patientèle, pas de celui qui veut vous imposer ses propres règles. Il va de soi qu'il n'est pas question de conserver un patient irrespectueux ou menaçant.

Aussi, dans ce cadre-là, quand vous avez affaire à un patient mécontent, suivez les 4 étapes suivantes :

1 Commencez par l'écouter

Avant de tirer n'importe quelle conclusion ou tenter de résoudre un problème, vous devez entendre en premier quel est l'objet de cette plainte, mais

du point de vue du patient. En faisant cela, vous collecterez des informations concernant son problème, mais également sur sa personnalité et ses intentions. Vous aurez également besoin de lui envoyer un message puissant et positif qui est celui-ci : vous êtes sincèrement préoccupé par le problème qu'il rencontre et personnellement impliqué dans sa résolution.

2 Contrôlez vos émotions

Votre self-control peut être mis à rude épreuve si un patient sous-entend que vos compétences professionnelles ne sont pas à la hauteur ou que votre secrétaire (qui a la patience d'une sainte) est extrêmement impolie. Si vous êtes attaqué, combattez votre envie de contre-attaquer. A cet instant, rappelez-vous que si le patient est satisfait de votre cabinet, il vous restera fidèle. Au bout du compte tout le monde est gagnant !

3 Identifiez les solutions possibles

En vous basant sur ce que vous dit votre patient, (et, loin de lui, ce que votre équipe dit sur la situation), déclarez votre volonté d'apporter une solution pour le satisfaire. Discutez avec lui des éventuelles possibilités, en précisant que vous entendez son point de vue sur ce qui peut être amélioré. Avant ou après lui avoir proposé plusieurs options, posez-lui la question suivante : « Qu'aimeriez-vous que nous fassions pour vous, Mr. B. ? » ou « Qu'attendriez-vous de nous, Mr B. ? ». La réponse à cette question peut être votre meilleur moyen d'action dans la limite qu'elle soit réaliste et pas trop coûteuse pour le cabinet.

4 Travaillez avec les patients sur la résolution de leurs problèmes

Certains patients mécontents ne voudront rien de plus que des excuses et de la reconnaissance. D'autres vous demanderont bien plus, comme de refaire un travail, une annulation des frais, ou une

Les 5 expressions des praticiens et de l'équipe qui irritent le plus les patients

Voici un petit résumé des « expressions toutes faites », des « réponses automatiques et irréfléchies » souvent prononcées par les dentistes. Elles ont l'art et la manière d'énerver vos patients. Pensez à les remplacer par d'autres.

1. « Vous ne pouvez pas »

Évitez :

- « Vous ne pouvez pas venir Mercredi. »
- « Vous ne pouvez pas payer ce traitement avec votre assurance. »
- « Vous ne pouvez pas parler au Docteur. »

Préférez :

- « Voyons. Mercredi est plus que complet. Que pensez-vous de Vendredi ? »
- « J'aurai souhaité que votre mutuelle couvre ce traitement mais malheureusement, elle ne le prend pas en charge. »
- « Je suis persuadée que le docteur aimerait vous parler, cependant, il préférerait vous voir en face à face. »

2. « Nous ne pouvons pas »

Évitez :

- « Nous ne pouvons pas réparer votre couronne. »
- « Nous ne pouvons pas finir dans les délais. »

Préférez :

- « Nous allons tout mettre en œuvre pour traiter vos problèmes bucco-dentaires. »
- « Ce délai nous semble un peu court pour terminer le traitement, mais nous ferons en sorte que vous ayez une jolie dent provisoire pour le mariage de votre fille. »

3. « Je ne sais pas »

Évitez :

- « Je ne sais pas quoi vous dire. »
- « Je ne sais pas qui peut vous aider. »

- « Je ne sais pas quoi faire. »

Préférez :

- « Avant de vous répondre, laissez-moi vous poser quelques questions supplémentaires. »
- « Je vais trouver quelqu'un qui pourra vous aider. »
- « Pouvez-vous me laisser faire quelques recherches et revenir vers vous demain ? »

4. « Patientez s'il vous plaît »

Évitez :

- « Assistante du docteur B. Patientez s'il vous plaît (patient immédiatement mis en attente) »
- « Attendez ! Attendez ! je reviens. »
- « Je dois vous mettre en attente car je suis très occupé(e). »

Préférez :

- « Cabinet du DR. B. bonjour ! ... Bonjour Madame Martin, puis-je vous mettre en attente s'il vous plaît ? »
- « Cela peut me prendre deux ou trois minutes pour vous donner une réponse. Pouvez-vous patienter ? »
- « Je souhaite vraiment répondre à votre question mais je ne veux pas que vous fassiez patienter au téléphone. Puis-je vous recontacter plus tard ? »

5. « Vous devez »

Évitez :

- « Vous devez attendre. »
- « Vous devez d'abord payer. »
- « Vous devez obtenir l'accord de la complémentaire pour réaliser le plan de traitement. »

Préférez :

- « Pouvez-vous attendre un petit moment ? »
- « La prochaine étape sera de verser un acompte puis nous pourrons démarrer le projet de traitement au plus vite. »
- « Nous pourrons démarrer dès l'acceptation du plan de traitement. »

autre concession de ce genre. Chaque cas est différent. De ce point de vue, vous avez souvent besoin de peser le pour et le contre entre le coût et le gain pour le cabinet. De manière générale, faites en sorte d'éviter que tout patient éligible quitte votre structure.

Si la meilleure solution n'est pas évidente

pour les deux parties, présentez plusieurs options. Discutez en avec votre patient et assurez-vous de souligner le fait que vous comprenez sa frustration, que son bien-être vous tient à cœur et que vous souhaitez sa satisfaction (Attention ! Ne confondez pas Service et esclavage car toutes les demandes ne sont pas réalistes. Nous parlons ici du patient sérieux). ●

CONTACT

Groupe Edmond Binhas
Rejoignez-nous sur notre
Centre de Ressources : www.binhas.com
Institut BINHAS / Claudette
Tél. : 04 42 108 108
5 rue de Copenhague BP 20057 - 13742
VITROLLES CEDEX
E-mail : contact@binhas.com

Vous souhaitez plus d'infos pour la gestion des patients difficiles au cabinet dentaire ? Le Dr Binhas consacre un nouvel ouvrage à la communication au cabinet : « les 7 secrets de la communication avec les patients ». Dans ses pages retrouvez des méthodes concrètes, des scripts pour chaque situation de communication, des exercices pratiques... pour que l'art de la communication avec vos patients n'ait plus aucun secret pour vous.

Plus d'informations sur notre boutique en ligne www.eshop-binhas.com ou au 04.42.108.108.



© Pedrosek - Shutterstock

Investir hors de nos frontières en toute sérénité grâce aux SCPI internationales !



Catherine BEL

Vous recherchez un rendement élevé avec une fiscalité douce, optez pour les SCPI (Société Civile de Placement Immobilier) investies à l'étranger !

La question récurrente que vous nous posez souvent est comment investir à l'étranger en toute sérénité, sans se prendre les pieds dans le tapis fiscal des conventions internationales, des problèmes de langue ou de réglementation des pays d'investissement. La SCPI de rendement investissant à l'étranger est certainement une des solutions parmi les plus efficaces et les plus sereines pour investir hors de nos frontières. Voyons pourquoi et comment !

Les SCPI de rendement ont pour objectif la distribution de revenus, si possible élevés. Ainsi, les meilleures d'entre elles ont encore distribué plus de 5 % net en 2013. Elles sont généralement composées de commerces, de bureaux mais aussi de parkings, ... En franchissant les frontières, elles gardent bien sûr ces mêmes spécificités.

Ces SCPI qui investissent hors de nos frontières

Les SCPI qui investissent à l'étranger ont choisi l'Europe comme terrain de jeu ! Certaines choisissent l'Allemagne pour profiter de fondamentaux économiques plus rassurants, parce que la consommation est en augmentation chaque année, avec très peu de chômage, une politique stable... Bref, un environnement économique plus rassurant, sécurisant, mais aussi plus dynamique qu'en France !

D'autres choisissent l'Espagne ou le Portugal car ces pays ont connu de graves crises économiques et immobilières et donc de ce fait, le prix de l'immobilier a sérieusement corrigé. Investir dans ces pays consiste à rechercher des biens à prix cassés et à rendements élevés. Il est clair que cette stratégie ne

présente pas le même degré de sécurité que la précédente car ces pays méditerranéens sont en voie de redressement...

Enfin, d'autres choisissent l'Europe plus largement en panachant leurs investissements sur différents pays européens (Belgique, Pays Bas, Portugal, etc.)

Quelles stratégies de gestion ?

La stratégie de gestion est très différente d'une SCPI à l'autre. Certaines sont plutôt spécialisées en bureaux, avec des rendements de l'ordre de 4.50 % net de fiscalité.

Exemple

Ces bureaux situés à Offenbach (près de Francfort) dans un quartier en plein développement, avec un seul locataire, mais une très belle signature : Saint-Gobain, bail ferme de 15 ans, ou encore ces bureaux, en plein centre-ville, au pied du métro, dans la rue principale de Stuttgart. Une stratégie d'investissement plutôt défensive.

D'autres, ont choisi les commerces, avec des rendements de plus de 5 % net de fiscalité.

Exemple

L'investissement est ciblé sur des retails parks, parc de commerces avec des enseignes comme Mercédès ou Lidl pour attirer les consommateurs. La stratégie est l'investissement dans des zones où le pouvoir d'achat est supérieur à la moyenne nationale et où le taux de chômage est le plus bas (2 à 3,6 %) ! Ça fait rêver...

Il faut savoir que l'Allemagne n'a pas de problème de consommation intérieure car les allemands sont plus souvent locataires et privilégient la consommation plutôt que l'achat de leur résidence principale. Ainsi, cette SCPI a sélectionné des locataires qui sont des géants de la consommation comme REWE (supermarché) ou encore TEDI le 1^{er} discountier !

Enfin, cette SCPI plus opportuniste qui investit en bureaux, commerces, entrepôts ou autres selon les opportunités, dégage un rendement de 6 % net (mais pas net de fiscalité) avec des locataires comme Microsoft ou Général Electric ; signatures de premier plan certes, mais locaux situés en Espagne et au Portugal !

Pour obtenir de beaux rendements et les pérenniser, certaines SCPI usent aussi de la possibilité de l'effet de levier en s'endettant à des taux défiant toute concurrence comme cette SCPI dédiée à l'Allemagne qui emprunte dans le pays au taux de 1 % à 1.30 % !

“ L'intérêt de percevoir des revenus de source étrangère est lié à la fiscalité du pays d'investissement qui peut être plus avantageuse que la nôtre. „

Cerise sur le gâteau : la fiscalité

L'intérêt de percevoir des revenus de source étrangère est lié à la fiscalité du pays d'investissement qui peut être plus avantageuse que la nôtre. C'est le cas de l'Allemagne où les SCPI, soumises à l'impôt sur les sociétés ne payent que 15.82 % !

L'application des conventions bilatérales entre notre pays et les autres pays européens peut encore améliorer la donne. C'est le cas pour les personnes morales françaises, soumises à l'impôt sur les sociétés, qui souscrivent des parts de SCPI investissant en Allemagne. Ce n'est que du bonheur car elles ne paieront pas d'impôt en France, en effet, l'impôt sur les sociétés ayant déjà été payé en Allemagne !

Quant au particulier qui perçoit des revenus fonciers de source étrangère, il pourra bénéficier d'un crédit d'impôt. Ainsi, en Allemagne, cela reviendra à anéantir presque totalement l'impôt au final (variable selon la tranche d'imposition) !

Ce qui explique pourquoi dans certains cas, nous avons noté des rendements nets de fiscalité de 4,5 ou 5 % ! A comparer avec les revenus fonciers de SCPI en France qui sont imposés entre 45,5 % et 60,5 % (CSG/CRDS incluses) sauf à les inclure dans des contrats d'assurance-vie ou les acheter à crédit !

Bref, vous l'aurez compris, la SCPI est la solution pour investir dans un cadre plus sécurisé, pour profiter de la diversification géographique et des opportunités que l'Europe peut nous apporter. Bien sûr, pour choisir, on préférera celles dont les sociétés de gestion ont des expériences réussies en la matière sur notre territoire.

Grâce à la fiscalité très avantageuse et aux taux d'intérêt extrêmement bas, vous pouvez aussi bien les acquérir au comptant qu'à crédit. A voir selon votre situation comme toujours ... Mais il est vrai qu'en crédit in fine, si votre adossement en contrat d'assurance-vie est rémunéré à 4 % et que votre taux de crédit est de 2,5 %, préférez le crédit au paiement comptant ! Vous bénéficierez d'un double effet kiss cool avec la SCPI investissant hors de nos frontières. ●

CONTACT

Patrimoine Premier

CIF réf. sous n° A043000 par la CIP assoc. agréée par l'AMF

2 rue Pierre Demours • 75017 Paris

Catherine Bel

Tél. : 01 45 74 01 05

catherinebel@patrimoinepremier.com

Tous vos rendez-vous

Parodontologie implantologie

SIMPLANT

Planifier pour mieux prévoir

26 MARS 2015 — à Bordeaux

16 AVRIL 2015

à Rueil-Malmaison

F. Haller, F. Bourlon, S. Britel

Frais d'inscription : 250 €

Dentsply Implants

Ludivine Chatelain

Tél : 06 88 12 96 54

ludiwine.chatelain@dentsply.com

com

Chirurgie implantaire : pose d'un implant simple

26 & 27 MARS 2015 — à Paris

Dr Normand

Génération Implant

Maïka Ruitort

Tél : 0820 620 017

www.generation-implant.com

Extraction et comblement : Prise en charge du patient en implantologie avec un déficit osseux

26 & 27 MARS 2015 — à Lyon

Drs Berdugo, De Valbray

Génération Implant

Maïka Ruitort

Tél : 0820 620 017

www.generation-implant.com

Optimisez et simplifiez les greffes osseuses en implantologie

26 & 27 MARS 2015 - à Paris 17°

Dr Hadi Antoun

Frais d'inscription : 2 200 €

IFCIA - Isabelle Joessel

Tél : 01 47 23 83 25

info@ifcia.fr

www.ifcia.fr



Greffes osseuses en implantologie

26 & 27 MARS 2015 — à Paris

Frais d'inscription : 2 200 €

IFCIA

Tél : 01 47 23 83 25

ifcia.isabelle@gmail.com

www.ifcia.fr

Chirurgie guidée avec SIMPLANT®

26 & 27 MARS 2015 à Mulhouse

Dr D. Caspar

Frais d'inscription : 1 000 €

Dentsply Implants

Ludivine Chatelain

Tél : 06 88 12 96 54

ludiwine.chatelain@dentsply.com

com

TP de l'Académie du Sourire : comment optimiser la transmission des données au laboratoire

27 MARS 2015

à Aix-en-Provence Continuum

Patrice Margossian

Frais d'inscription : 550 €

Académie du sourire

Tél : 06 10 37 86 88

beatricebretagne@academie-du-sourire.com

academie-du-sourire.com

Chirurgie muco-gingivale : les clés du succès

27 & 28 MARS 2015 à Bordeaux

Drs Da Costa-Noble, Lauverjat,

Colomb, Verdalle, Pitz, Soenen,

Vigouroux

CEIOP

Tél : 06 26 80 46 43

ceiop@ceiop.com

www.ceiop.com

IAO : implantologie assistée par ordinateur

30 MARS AU 1^{ER} AVRIL 2015

à Paris

Drs B. Cannas, N. Boutin,

J.-M. D'Agrosa

Frais d'inscription : 2 500 €

Sapo Implant - Claire

Vidalenc

Tél : 06 17 51 02 94

sapoimplant@gmail.com

www.sapoimplant.com

Cursus chirurgie implantaire : l'implant et son environnement tissulaire (module 5/5)

9 & 10 AVRIL 2015 — à Paris

Cursus chirurgie implantaire : le patient, l'implant et le chirurgien (module 1/5)

18 AU 20 MAI 2015 — à Paris

Drs B. Cannas, N. Boutin, J. Bitton

Frais d'inscription : 4 970 €

Sapo Implant - Claire Vidalenc

Tél : 06 17 51 02 94

sapoimplant@gmail.com

www.sapoimplant.com

Parodontie, la prévention primaire

16 AVRIL 2015 — à Biarritz

Dr Jacques Charon

Labophare Formation

Audrey Falkenrodt

Tél : 05 56 34 93 22

audrey.falkenrodt@acteongroup.com

acteongroup.com



Formation pratique matrices plasmiques minéralisées

30 AVRIL 2015 — à Toulouse

Dr Jean Perisse

Frais d'inscription : 500 € TTC

Atoll Implant - Ikrame Mazzouj

Tél : 05 61 12 41 43

ikrame.mazzouj@atoll-implant.fr

www.atoll-implant.fr

Les clés du succès par le compagnonnage

20 & 21 MAI 2015 — à Sarcelles

Afopi Campus

AFOPI

Tél : 01 39 90 07 73

contact@afopi.com

www.afopi.com

Cycle de résidence clinique

21 MAI 2015 — à Lyon

Clinique du parc

C.L.I.O. - M. Claire

Tél : 04 72 44 87 01

ceidp@orange.fr

Formation en implantologie orale session 5 :

TP et chirurgie en direct :

28 & 29 MAI 2015 — à Lyon

CURAIO

Tél : 04 72 82 94 70

www.curaio.net

Traitement du maxillaire postérieur sans greffe

29 MAI 2015 — à Paris

Drs B. Cannas, N. Boutin, E. Racy

Frais d'inscription : 480 €

SAPO IMPLANT - C. Vidalenc

Tél : 06.17.51.02.94

sapoimplant@gmail.com

www.sapoimplant.com

Implantologie axiale

29 & 30 MAI 2015 — à Antibes

Drs R. Petitbois, G. Scortecchi,

L. Sers

Dr Renaud Petitbois

Mme Nancy Reed

Tél : 04 92 14 88 18

renaud@petitbois.org

Formation en implantologie orale : formule intensive 5 jours

EN 2015 — à Montreuil

International Med. Center

AiIO

Tél : 01 42 87 83 02

contact@aioo.fr

www.aioo.fr

Esthétique

Les traitements actuels des dyschromies dentaires

26 MARS 2015 — à Grenoble

28 MAI 2015 — à Strasbourg

Paul Miara

Labophare Formation

Audrey Falkenrodt

Tél : 05 56 34 93 22

audrey.falkenrodt@acteongroup.com

acteongroup.com



La réhabilitation esthétique et fonctionnelle - 2 modules 4X2 jours

26 & 27 MARS 2015

à Aix-en-Provence

Gad Center - Cyril Gaillard

Tél : 06 09 13 52 41

contact@gad-center.com

www.gad-center.com

Maîtriser les inlays / onlays esthétiques

27 MARS 2015 — à Paris

G. Tirlet JP. Attal

GRF

Tél : 01 42 53 46 82

cycle.esthetique@formationgrf.com

formationgrf.com

www.formationgrf.com



Parce que vos consultations accueillent plus que des cas de chirurgies simples, accédez à la pratique de l'implantologie esthétique quelque soit la situation osseuse.

3 journées de formation théorique et 1 journée de pratique à l'école de chirurgie pour maîtriser l'analyse de contexte permettant de mettre en oeuvre les différents traitements :

- Implantation post-extractionnelle avec ou sans mise en charge dans les situations de déficit osseux
- Sur-contouring osseux, Wave Bone Technique et chirurgie muco-gingivale péri-implantaire
- Greffes osseuses et sinus-lifts

Droits d'inscription : 3000 €

Programme détaillé et inscription, www.afopi.com ou 06 69 76 77 49

Perfectionnement techniques avancées - session 4 : restauration postérieure directe et indirecte rcrc / cfao / empreintes

2 & 3 AVRIL 2015 —————
à Aix-en-Provence
21 & 22 MAI 2015 —————
à Aix-en-Provence
Continuum
J-C. Paris, A-J. Faucher
Académie du Sourire -
B.Bretagne
Tél : 06 10 37 86 88
beatricebretagne@academie-du-sourire.com
academie-du-sourire.com

Le blanchiment des dents : une technique à éclaircir !

9 AVRIL 2015 ————— à Paris
Dr Franck Bonnet
Gad Center - Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

Évènement 2015 : la communication émotionnelle - gestion esthétique en implantologie

13 & 14 AVRIL 2015 —————
à Aix en Provence
Gad Center - Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

Organisez votre cabinet autour de l'esthétique

8 MAI 2015 ————— à Cannes
Dr Edmond Binhas
Groupe Edmond Binhas
Tél : 04 42 108 108
contact@binhas.com
www.binhas.fr

Dentisterie esthétique : comment l'appliquer tous les jours au cabinet

28 & 29 MAI 2015 à Montpellier
Hôtel Océania Métropole
AJ. Faucher, J-C. Paris,
O. Etienne
Frais d'inscription : 658 €
Académie du Sourire
Béatrice Bretagne
Tél : 06 10 37 86 88
beatricebretagne@academie-du-sourire.com
academie-du-sourire.com

Omnipratique

Oncologie et médecine bucco-dentaire

26 MARS 2015 ————— à Bordeaux
Jean-Christophe Fricain
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@acteongroup.com
acteongroup.com



Optimiser vos anesthésies en vous formant aux dernières techniques

26 MARS 2015 ————— à Bordeaux
9 AVRIL 2015 ————— à Paris
21 MAI 2015 ————— à Lyon
AFPAD - Sophie
Tél : 02 41 56 05 53
Fax : 02 41 56 41 25
mail@afpad.com

Acquérir et maîtriser les technologies de CFAO indirecte, semi-directe et directe - session 3 et 4

26 & 27 MARS 2015 —————
à Toulouse
Faculté chirurgie dentaire
O. Chabreron, R. Esclassan,
K. Nasr
Frais d'inscription : 1 250 €
Université Toulouse
Amaria Bounoua
Tél : 05 62 17 29 32
amaria.bounoua@univ-tlse3.fr

IMAGINA Dental 2015

1ER AU 3 AVRIL 2015 · à Monaco
Grimaldi Forum
Drs C. Coachman, P. Palacci, G. Gurel, J. Makdissi, E. Taviloglu, E. Olivier, D. Watzki...
Frais d'inscription : à partir de 150 €
Monaco Medix / Association Monégasque Imagerie Dentaire 3D
Estelle Noizet Lopez
Tél : +37 793 104 051
participants@imaginadental.org
www.imaginadental.org

AFGSU niveau 2

1 AU 3 AVRIL 2015 ————— à Valence
7 AU 9 AVRIL 2015 ————— à Paris
7 AU 9 AVRIL 2015 ————— à Lyon
27 AU 29 AVRIL 2015 ————— à Lyon
11 AU 13 MAI 2015 ————— à Paris
11 AU 13 MAI 2015 ————— à Montpellier
Institut Européen de Formation en Santé
Tél : 03 87 18 18 18
contact@iefsante.com
www.iefsante.com

Docteur, j'ai mal à une dent

2 AVRIL 2015 ————— à Paris 16°
Maison de la Chimie
Y. Boucher, M. Cherruau, C. Fouque, A. Gaudin
Frais d'inscription :
Membre : 260 ou 310 € -
Non membre : 345 ou 395 €
Société Odontologique de Paris
Tél : 01 42 09 29 13
secretariat@sop.asso.fr
www.sop.asso.fr

Formation à la Radioprotection des Patients, initiale ou de renouvellement décennal

2 AVRIL 2015 ————— à Paris 7°
Association Précaution
Hervé Parfait
Tél : 01 64 30 15 83
inscriptions@associationprecaution.fr
associationprecaution.fr
herve-parfait@associationprecaution.fr

Un choix raisonné entre scellement et collage

2 AVRIL 2015 ————— à Toulon
Dr Michel Bartala
Gad Center - Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

Formation Cone Beam CT (CBCT)

16 AVRIL 2015 ————— à Paris
CD2-Conseils
Tél : 06 07 10 47 38
contact@cd2-conseils.com
www.cd2-conseils.com

Travaux pratiques de la S.O.P.

21 MAI 2015 — à Paris 16°

Maison de la Chimie

C. Touboul, J. Dejou, C. Launois, F. Raux, E. Dursun, C. Moussally, C. Couvrechel, S. Dahan...

Frais d'inscription :

Membres : 360 ou 410 € -

Non membres : 345 ou 395 €

Société Odontologique de Paris

Tél : 01 42 09 29 13

secretariat@sop.asso.fr

www.sop.asso.fr

Endodontie

Endo : du mythe à la réalité clinique

9 AVRIL 2015 — à Rennes

Serge Bal

Labophare Formation

Audrey Falkenrodt

Tél : 05 56 34 93 22

audrey.falkenrodt@

acteongroup.com



Rotation continue ou réciprocité. Préparation canalair en continue ou en réciprocité : que choisir ?

9 AVRIL 2015 — à Lille

28 MAI 2015 — à Lyon

Dr Frédéric Bukiet

Gad Center - Cyril Gaillard

Tél : 06 09 13 52 41

contact@gad-center.com

www.gad-center.com

La lésion endodontique : comprendre et traiter

21 MAI 2015 - à Le Chesnay EFS

Dr Stéphane Simon

ACOSY - Dr Cyrille Joubaux

Tél : 06 88 56 54 01

www.acosyfc.fr

Orthodontie

Notre profession évolue vite... Et vous ?

26 & 27 MARS 2015 — à Paris

Dr Edmond Binhas

Groupe Edmond Binhas

Tél : 04 42 108 108

contact@binhas.com

www.binhas.fr

20^{ème} cycle de formation en orthodontie

26 AU 28 MARS 2015

à Paris 14° Novotel Paris Porte d'Orléans

Drs Bernadat, Henrionnet,

Marchand

UNIODF - Nathalie

Tél : 06 07 03 88 10

uniodf@uniodf.org

www.uniodf.org

Formation en orthodontie pour omnipraticien

26 AU 29 MARS 2015 — à Paris

CISCO

Tél : 02 98 44 56 83

contact@cisco-ortho.com

www.cisco-ortho.com

Peut-on se passer de mini vis en orthodontie ?

29 & 30 MARS 2015 — à Paris

Hôtel Intercontinental

Drs Skander Ellouze, François

Darqué

ORMCO

Tél : 01 42 66 89 90

maria.castagnetta@

ormcoeurope.com

www.ormco.fr



Damon Symposium Européen

9 AVRIL 2015 — à Paris

Dr Jean-Yves Assor

ORMCO

Tél : 01 42 66 89 90

maria.castagnetta@

ormcoeurope.com

www.ormco.fr

Organisation

L'assistante au cœur de l'organisation du cabinet

16 AVRIL 2015 — à Biarritz

Marie-Christine Tesson

Labophare Formation

Audrey Falkenrodt

05 56 34 93 22

audrey.falkenrodt@

acteongroup.com

Management

Notre profession évolue vite... Et vous ?

2 AVRIL 2015 — à Toulouse

Dr Edmond Binhas

Groupe Edmond Binhas

Tél : 04 42 108 108

contact@binhas.com

www.binhas.fr

Divers

Hypnose clinique dentaire et dentisterie Ericksonienne

12 AU 14 MARS 2015 &

18 AU 20 JUIN 2015 — à Lyon

Dr Bruno Delcombel

Frais d'inscription :

2 450 € (repas inclus)

Grieps

Tél : 04 72 66 20 40

contact@grieps.fr

www.grieps.fr

Le stress, le patient et l'assistante

26 MARS 2015 — à Bordeaux

Marie-Christine Tesson

Labophare Formation

Audrey Falkenrodt

Tél : 05 56 34 93 22

audrey.falkenrodt@

acteongroup.com

Hypnose médicale dentaire et techniques de communication Ericksoniennes : journées initiation « gratuites »

26 MARS 2015 — à Toulouse

16 AVRIL 2015 — à Lille

30 AVRIL 2015 — à Lyon

Drs C. Parodi, K. Kaiser,

Mr Y. Halfon, C. Benharroch,

A. Monnier, L. Farcy

AFHD « Hypnoteeth »

Tél : 06 25 51 65 72

info@hypnoteeth.com

www.hypnoteeth.com

Hypnose médicale dentaire et techniques de communication Ericksoniennes : formations

26 AU 28 MARS 2015

à Toulouse

23 AU 25 AVRIL 2015

à Toulouse

Drs C. Parodi, K. Kaiser, Mr

Y. Halfon, C. Benharroch, A.

Monnier, L. Farcy

Frais d'inscription : 2 900 €

Drs C. Parodi, K. Kaiser,

Mr Y. Halfon, C. Benharroch,

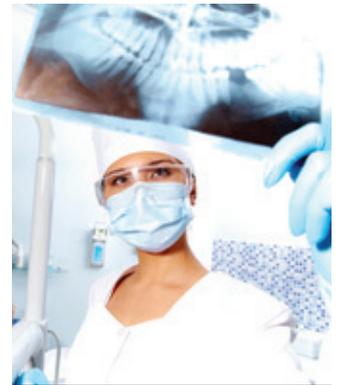
A. Monnier, L. Farcy

AFHD « Hypnoteeth »

Tél : 06 25 51 65 72

info@hypnoteeth.com

www.hypnoteeth.com



Troubles musculo-squelettiques, mal de dos : prévenir et guérir

2 AVRIL 2015 — à Paris

16 AVRIL 2015 — à Strasbourg

Dr Marc Arfi

Frais d'inscription : 590 € /

Praticiens - 395 € / Assistantes

Preventikali

Tél : 01 84 16 94 24

i.arfi@preventikali

www.preventikali.fr

Colloque international : médecine bucco-dentaire sociale

2 & 3 AVRIL 2015 — à Poitiers

Novotel Futuroscope

Maison Dentaire

Dr Pierre Fronty

Tél : 05 49 41 38 01

maisondentaire86@wanadoo.fr

www.weezevent.com/aosis

**AFFICHER
UN SOURIRE
ÉCLATANT
N'A JAMAIS
ÉTÉ AUSSI
SIMPLE.**



Protilab : facettes ultrafines **e.max**

Jamais facettes n'ont été aussi simples à poser.

Issue d'une technologie novatrice, l'extrême finesse des facettes **e.max** associée à un système de collage dernière génération permet une pose rapide et parfaitement ajustée sans anesthésie ni altération des dents supports.

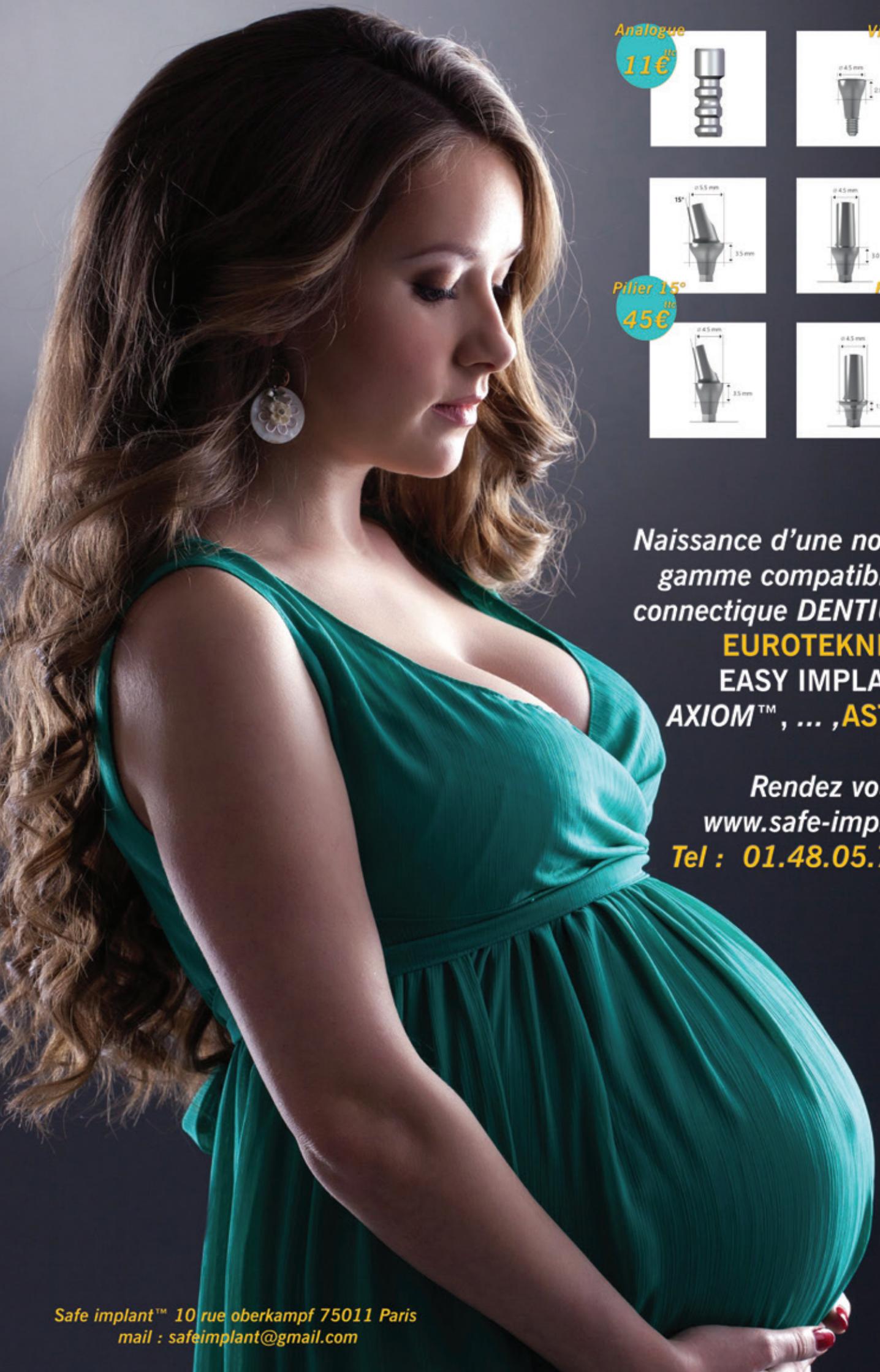


NOTRE EXPERTISE, VOTRE EXIGENCE.

4 rue Jacques Cartier • 75018 PARIS • T. 01 53 25 03 80 • F. 01 42 80 03 43 • contact@protilab.com
facebook.com/protilab • twitter.com/protilab

N° VERT : 0 800 81 81 19

www.protilab.com



Analogue

11€^{HTC}



Vis de cicat

15€^{HTC}



Pilier 15°

45€^{HTC}



Pilier droit

35€^{HTC}



*Naissance d'une nouvelle
gamme compatible à la
connectique DENTIUM™,
EUROTEKNIKA™,
EASY IMPLANT™,
AXIOM™, ... ,ASTRA™*

*Rendez vous sur
www.safe-implant.fr
Tel : 01.48.05.71.88*