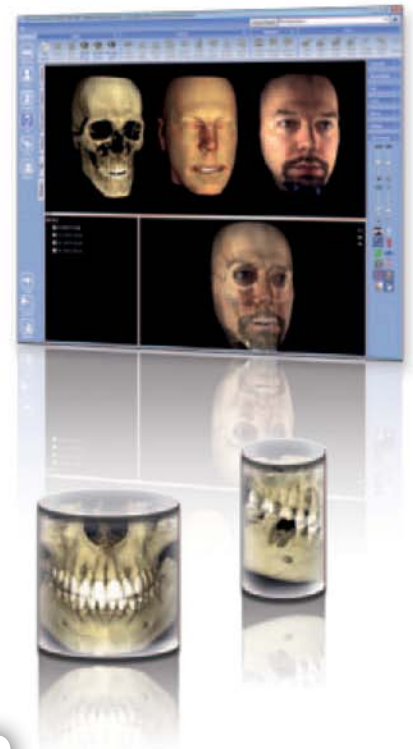




Implant en secteur antérieur



**PLANMECA
Promax 3D**



ARSEUS DENTAL SOLUTIONS

«Le Hi-Tech est notre métier»

M. Jean-Jacques Saint-Jalmes, nouveau Directeur d'Arseus Dental Solutions France nous livre sa vision de la distribution dentaire et un nouveau positionnement qui place le Hi-Tech au cœur de la marque. Rencontre.

Jean-Jacques Saint-Jalmes vous êtes un professionnel connu et reconnu du monde dentaire. Quelles ont été vos motivations pour rejoindre et diriger la filiale distribution d'Arseus Dental ?

J'avais envie d'un nouveau challenge et d'apporter mon expérience à un groupe ayant la volonté de se développer dans les nouvelles technologies de l'équipement dentaire au service des chirurgiens dentistes, en quête d'innovation, de formation et d'accompagnement.

Jean-Jacques Saint-Jalmes, pouvez-vous nous dresser un portrait rapide du groupe ?

Arseus est un groupe d'origine belge qui a vu le jour en 2007, et dont le cœur de métier est à l'origine la pharmacie. Ce groupe rassemble 2300 collaborateurs et a généré 493 M€ (CA Groupe 2011). La branche dentaire française, connue sous le nom d'Arseus Dental Solutions représente quant à elle une part significative du marché du bien d'équipement sur les régions couvertes par Arseus, soit 8000 clients et 37 M € de chiffre d'affaires.

À votre arrivée, quel bilan avez-vous tiré de l'image d'Arseus Dental Solutions ?

Arseus Dental Solutions ne bénéficiait pas d'un positionnement suffisamment lisible sur le marché. Cela est dû à l'origine de la constitution du réseau, qui, il ne faut pas l'oublier est un conglomérat d'entrepreneurs ayant bâti leur succès sur leur relationnel et la proximité auprès de leurs clients. Néanmoins, les forces d'Arseus sont la forte couverture régionale dont bénéficie le réseau de vente et de service auprès du client, mais aussi une offre produits complète constituée de marques propres et de marques à forte valeur ajoutée comme Planmeca, Sirona ou A-dec pour ne citer qu'elles.

Votre volonté est donc d'affirmer un nouveau positionnement fort ?

Tout à fait. Et ce positionnement tient en deux mots: Hi-Tech. Dans un univers aussi concurrentiel que le nôtre, nous ne pouvons plus nous contenter d'être des généralistes, il nous faut revendiquer une place de spécialistes.



Pour tous les professionnels dentaires, il s'agit pour Arseus Dental Solutions de devenir le partenaire privilégié et fiable en solutions innovantes. Nous voulons offrir le soin par excellence aux chirurgiens dentistes qui attendent des solutions qui créent de la valeur, réduisent la complexité, augmentent le confort de travail, leur permettant ainsi de se concentrer sur la chose la plus importante : leur patient. L'équipement des cabinets dentaires en Hi-Tech est un marché en pleine expansion dont le potentiel atteint 8% par an. C'est aussi une source de profitabilité et de rentabilité indéniable pour tous les professionnels dentaires.

De quels moyens disposez-vous pour concrétiser cette vision ?

Devenir la référence Hi-Tech de la distribution dentaire ne s'improvise pas.

D'une part, cela suppose une sélection rigoureuse des produits que nous proposons aux chirurgiens dentistes, au travers de marques à forte valeur ajoutée, comme Planmeca pour l'imagerie 3D (Cone Beam) ou Sirona avec la CFAO et l'empreinte optique, et tous les produits A-dec.

D'autre part, cela nécessite des compétences expertes. C'est dans cet objectif que nous prévoyons une formation pointue de tous nos commerciaux, afin qu'ils puissent upgrader leurs connaissances en matière de matériel Hi-Tech et devenir des technico-commerciaux efficaces. Une action massive de formation interne que nous menons avec nos ingénieurs biomédicaux, véritables conseillers. Ils sont experts entre autres en imagerie médicale et forment des binômes avec les technico-commerciaux pour les préparer à répondre à toutes les problématiques

«Devenir la référence Hi-Tech de la distribution dentaire ne s'improvise pas.»

Jean-Jacques Saint-Jalmes



**Sirona
CEREC**

liées à l'audit, le 1^{er} équipement ou le renouvellement du cabinet dentaire, mais aussi le suivi et le service après-vente.

On assiste ici à un excellent compromis entre rêve et réalité ?

Exactement. Notre volonté est d'offrir le meilleur de la technologie aux praticiens : ça c'est le rêve. Mais le rêve seul ne suffit pas. Nous avons également une mission de conseil et d'accompagnement à leur égard. Mieux ils sont conseillés en amont, plus la gestion des imprévus de leur activité quotidienne est aisée. Une démarche facilitée par notre forte présence sur le territoire.

D'aucuns parlent d'un projet de constitution d'une Arseus Academy ? Pouvez-vous nous en dire plus ?

L'Arséus Académie aura pour vocation première de former nos commerciaux à devenir des professionnels du Hi-Tech, mais elle comprendra également une plateforme de formation pour les chirurgiens dentistes eux-mêmes, afin de les aider au mieux à passer à l'univers de la distribution dentaire 2.0 !

Pour finir monsieur Saint Jalmes, quel sera le credo d'Arseus Dental Solutions dans les trois prochaines années ?

Arseus a la volonté d'être le distributeur Hi-Tech du Dentaire et pour y parvenir nous apportons des solutions toujours plus innovantes grâce à nos partenariats avec des marques de qualité et des conseillers de haut niveau à votre écoute au quotidien :

le HI-TECH EST NOTRE METIER !





Nobel Biocare Symposium 2012 1^{er} & 2 juin - Avignon

L'excellence en dentisterie
au service du patient



L'événement scientifique 2012 :
un symposium polyvalent dédié à l'omnipraticien et au spécialiste

Une Cité au patrimoine unique, un lieu d'exception,
des intervenants de renom, un programme riche en valeur scientifique.

Les modes de traitements d'aujourd'hui, les tendances possibles d'évolutions futures,
l'aspect chirurgical, prothétique et les techniques de laboratoire à travers
des conférences, des ateliers, des découvertes, des moments de partages.

Expériences et solutions, rejoignez-nous à Avignon !

Nobel Biocare Symposium 2012
Vendredi 1^{er} & samedi 2 juin



Inscrivez-vous maintenant !

**Pour plus d'information et pour vous inscrire : www.nobelbiocare.com/symposia2012
ou 01 49 20 00 49, info.france@nobelbiocare.com**

Le CURAIO* : 22 ans de formation continue

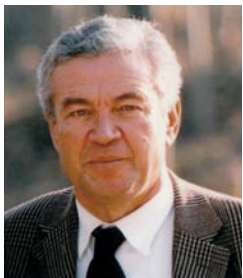


Les réhabilitations implanto-portées s'imposent dans notre pratique quotidienne comme une évidence.

Il nous est aujourd'hui facile de convaincre nos patients du bien-fondé d'un traitement implantaire tant nous en sommes nous-mêmes convaincus.

Les choses ne furent pas toujours aussi évidentes. Comme aurait dit Coluche, je vais raconter l'histoire d'un mec... L'histoire d'un gars qui s'appelle Christian Chavrier, qui était maître de conférences à la faculté de Lyon.

À la fin des années 1970, il eut vent des travaux d'un certain Pr. Brånemark à Göteborg. Christian sentit, comme une poignée de confrères, qu'une discipline nouvelle émergeait. Il prit l'avion pour aller se former en Suède, à une époque où il ne suffisait pas de cliquer 3 fois sur Internet pour avoir un billet Lyon-Göteborg.



Le Dr. Christian Chavrier

À l'issue de cette formation, il eut le droit d'acheter la trousse chirurgicale. En échange de l'acquisition de la trousse, il apporta aussi la garantie qu'il s'en servirait exclusivement en clinique dans des conditions d'asepsie d'un bloc de chirurgie orthopédique. Cela se passait ainsi à l'époque. Nous l'avons oublié.

De retour à Lyon, il créa l'unité fonctionnelle d'implantologie, l'attestation du CURAIO, le D.U. d'implantologie et un laboratoire de recherche universitaire. Cela fut possible grâce à l'équipe qu'il sut constituer autour de lui. Une bande de copains unis par une amitié indéfectible. Son succès fut jaloué bien sûr, mais seulement quand tout fut construit.

En 22 ans d'existence, le CURAIO a formé plus de 1 000 praticiens. C'est une belle réussite dont nous sommes fiers. Les articles de ce numéro reflètent l'état d'esprit qui anime notre équipe.

Que ce soit une implantologie raisonnée pour un exercice sûr comme développé dans l'article sur le traitement des agénésies. Que ce soit notre attachement à l'enseignement des dernières évolutions, tant dans le domaine chirurgical que prothétique, comme le montrent les articles sur l'implant Profile®, sur la technique d'extraction/implantation temporisation immédiate ou l'article sur l'intérêt des piliers CAD/CAM.

Enfin, à l'heure où apparaissent des centres implantaire cost-killers, nous continuons à mettre en avant les grands systèmes implantaires, gage de longévité pour le traitement de nos patients et de sérénité pour les praticiens.

Merci à toutes les personnes qui s'investissent dans le développement de cette merveilleuse discipline. Bonne lecture à vous tous.

Dr Christophe MÉDARD
Président du CURAIO

Sur le Fil

> 6 à 10

Actualités France et International
Nouveaux produits – Revue de presse

Clinic Focus

> 12 à 32

- **Extraction implantation et temporisation immédiate sur les dents unitaires antérieures : 10 ans de recul clinique**
- **Traitement implantaire des agénésies des incisives latérales maxillaires**
- **Intérêt esthétique du pilier Atlantis™ dans le secteur antérieur**
- **À propos de l'implant OsseoSpeed™ TX Profile d'Astra Tech**

Clinic Step by step

> 36 à 39

- **Traitement en un jour par prothèse partielle fixée sur implants**
- **Relation chirurgie implantaire, gingivale et réhabilitation prothétique**

Interview

> 40

- **Rencontre avec le Dr Frédéric GAULTIER**

Conseil Organisation

> 42 et 43

- **Cohésion d'équipe : réveillez vos réunions**

Conseil Juridique

> 44 à 45

- **Les responsabilités en implantologie**

Conseil Éco

> 46 et 47

- **À vos marques...prêt...partez...investissements 2012 !**

Au Fil du Temps

> 48 à 50

Agenda des manifestations

Petites Annonces

> 50

* CURAIO : Collège post-Universitaire Rhône-Alpes d'Implantologie Orale

Revue mensuelle

95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie.
Tél. : 01 56 74 22 31 Fax. : 01 45 90 61 18
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@lefildentaire.com

Rédacteur en chef exceptionnel pour ce numéro :

Dr Thierry BRINCAT

Direction artistique :

Studio Zapping

Webmaster :

Dr Patrick GOSSEREZ
news@lefildentaire.com

Rédaction :

Dr Adriana AGACHI, Dr Igal BALAN, Catherine BEL,
Dr Steve BENERO, Dr Edmond BINHAS, Georges BLANC,
Dr Thierry BRINCAT, Dr Michel BRUNEL, Alain CARNEL,
Dr Jean-Pierre CHETRY, Rodolphe COCHET, Dr Cyril GAILLARD,
Dr Frédéric GAULTIER, Dr Angela GILET, Dr Yann MOAL,
Dr Laura MOURET, Dr Sylvain NOVO, Dr Pascal PALDINO,
Yves ROUGEAUX, Dr Rémy ZUTTERMAN

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 TORDJMANN (orthodontie)
Dr Christophe WIERZELEWSKI (chirurgie, implantologie)

Secrétaire de direction :

Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Imprimerie :

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

Couverture :

© Nobel Biocare

Publicité :

Directrice commerciale : Patricia Levi : 06 03 53 63 98
Chef de publicité : Nathalie Morel d'Arleux : 06 78 52 16 54

Annonces :

Anthogyr - Arseus - Biotech - Carestream - Crown Ceram - Curaio
- Dentatus - GAD - Groupe Edmond Binhas - Implant Discount -
Kuraray - Mis - Nobel Biocare - Tecalliage - UFR Bordeaux - Voco
GmbH

Encarts :

Protilab - Vitale



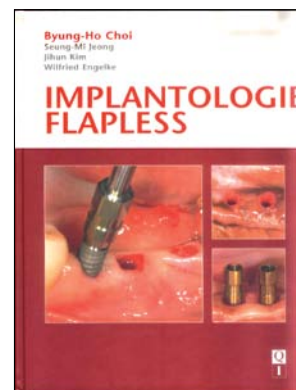
À LIRE

Implantologie « Flapless »

Par Byong-Ho Choi, Seung-Mi Jeong, Jihun Kim et Wilfried Engelke

Traduit de l'anglais par F. Liger et S. Perelmuter

La pose d'un implant, malgré toutes les évolutions simplificatrices, reste encore une intervention de chirurgie buccale pour les praticiens et qui suscite des craintes de la part des patients. Les auteurs, à la suite de leur expérimentation scientifique, proposent un protocole de pose d'implant sans lambeau d'accès, avec toutes les facilités qui en découlent. Ils apportent les preuves d'une identité de résultats cliniques par rapport aux interventions avec accès visuel au site osseux, quel que soit le système implantaire utilisé. Deux techniques opératoires sont décrites (avec poinçon ou par mini-incision) qui réduisent le traumatisme de l'intervention, augmentent la stabilité primaire et réduisent la durée de la chirurgie et le saignement. Les avantages de la chirurgie implantaire *flapless* vont convaincre tous les praticiens, jeunes ou expérimentés et encore majorer les indications d'un traitement devenu quasi-quotidien. ◆



ÉDITIONS QUINTESSANCE INTERNATIONAL

334 pages - 1 306 illustrations - Prix : 168 €

Tél. : 01 43 12 88 11 - Fax : 01 43 12 88 08 - www.quintessence-international.fr

À LIRE

Les greffes de sinus en implantologie

Par Hadi Antoun

Avec la collaboration de Pierre Carpentier, Cynthia Chemaly, Pierre Cherfane, Joseph Eid, Guy Fellous, Nicole Geha, Georges Hage, Guilhem Icard, Chantal Malevez, Jean-François Michel, Jean-Raphaël Nefussi, Boris Pételle, Marie-Grâce Poblete-Michel, Jean-François Tulasne, Paul Tyan

Une connaissance préalable approfondie de l'anatomie et de la physiologie du sinus maxillaire est indispensable pour mener à bien les greffes de sinus. Les deux premiers chapitres permettent d'en faire le tour et créent le lien avec la clinique. La sélection du patient par le questionnaire médical et l'étude pré-implantaire complétée par une imagerie de qualité assure au patient une étape décisive au succès de l'intervention. Une greffe de sinus peut être associée à une augmentation en épaisseur et/ou en hauteur, à une mise en place simultanée ou différée des implants. Après l'évocation des mécanismes de la cicatrisation osseuse, suit l'étude des techniques chirurgicales : l'abord latéral, l'abord créal et la chirurgie ultrasonique par cavitation. Un important chapitre est dédié au choix des matériaux. Les résultats sont exposés dans le détail. L'ouvrage se termine sur le chapitre « complications per et postopératoires ». Les débutants y trouveront un moyen d'appréhender les greffes de sinus maxillaire et les expérimentés, un complément et une mise à jour d'informations pertinentes. ◆



ÉDITIONS CDP

Coll. JPIO - 288 pages - Prix : 125 €

www.editionsmdp.fr

**Rapidité et haute technologie
pour les plus performants.**



CLEARFIL™ S³ BOND PLUS

**L'adhésif en une seule étape pour une économie de temps –
votre solution pour une application simple et rapide.**

Vous cherchez un adhésif en une étape qui vous garantit "Rapidité - Simplicité - Force"? Dans ce cas CLEARFIL™ S³ BOND PLUS, l'adhésif de Kuraray qui vous permet une réelle économie de temps grâce à une application rapide et simple, est la solution idéale pour vous.

Grâce à sa courte durée d'application et un procédé très simple en comparaison avec d'autres produits en une étape récents, CLEARFIL™ S³ BOND PLUS permet de réduire les erreurs techniques. Le produit offre une grande tolérance aux erreurs tout comme une



excellente force d'adhésion à l'émail et à la dentine.

CLEARFIL™ S³ BOND PLUS assure en outre une interface stable entre la dent et la résine composite grâce au nouvel initiateur à haute performance de photo-polymérisation de Kuraray, le monomère adhésif original MDP et grâce à la nouvelle Technologie de Dispersion Moléculaire.

**CLEARFIL™ S³ BOND PLUS –
le choix d'un adhésif rapide et facile d'application!**

KAELUX

Une location révolutionnaire

Directement à partir d'un simple clic, Kaelux location vous offre la sécurité, la souplesse, le confort et la liberté d'un investissement locatif personnalisé unique, en vous garantissant de véritables économies sans compromis sur la qualité. Grâce à KAELUX, finis les devis de réparations exorbitants, le manque de produits, l'absence de prêt de matériel en cas de panne, la gestion problématique des casses, des pertes ou des vols de vos outils de production ! Les plus Kaelux : une instrumentation garantie 3 ans, un SAV gratuit pendant toute la durée du contrat, un service de prêt, un service d'enlèvement à domicile et un renouvellement des produits tous les 3 ans !

Avec Kaelux vous gardez votre trésorerie, vous ne vous endettez pas, vous réglez 36 mensualités constantes sans mauvaise surprise de coût de SAV. C'est un programme de fidélisation qui récompense ses clients dès les premières locations ou les premiers

achats sur Internet. Il offre de multiples possibilités de se faire plaisir sans rien sacrifier au prix, à la qualité et aux nombreux services qui sont offerts. ◆

KAELUX
www.kaelux.com

KEYSTONE DENTAL SAS

Nouveau site Internet www.keystonedental.com

Keystone Dental est une société de santé bucco-dentaire qui propose aux professionnels dentaires des solutions implantaire, des biomatériaux, un logiciel de planification implantaire et de chirurgie guidée innovants et simples d'utilisation ainsi qu'une garantie implantaire à vie. Le design du nouveau site Internet a complètement été repensé. Développé pour être accessible par tous, il met l'accent sur les priorités de la société, à savoir l'innovation, les produits de pointe et l'amélioration de la méthode de travail des chirurgiens-dentistes pour les aider à proposer les meilleurs soins. Le site contient des informations concernant les produits, les événements et comporte un forum de discussion en ligne qui permet d'apporter un support client supérieur aux praticiens et à leur équipe. ◆



KEYSTONE DENTAL SAS
Tél. : 01 53 89 69 69 – Fax : 01 53 89 69 80
info.fr@keystonedental.com – www.keystonedental.com

VITA ZAHNFABRIK

VITA Assist

Un logiciel – de multiples possibilités

Le logiciel VITA Assist de VITA Zahnfabrik facilite et optimise la communication entre le dentiste et le prothésiste ainsi



qu'entre le praticien et le patient. Avec ce programme, le dentiste ou le prothésiste peut à tout moment saisir, traiter et gérer des données cliniques, des diagnostics et des photos numériques, les transmettre par courriel ou les imprimer. La documentation des relevés de teinte et des procédures de blanchiment ainsi que la simulation interactive des prothèses partielles et complètes font partie des performances du VITA Assist. Les modules VITA ShadeAssist et VITA ToothConfigurator y sont regroupés. VITA ShadeAssist garantit une transmission intégrale, une gestion et une documentation de toutes les données de teinte. Avec le VITA ToothConfigurator une bibliothèque virtuelle de dents centralise les gammes de dents antérieures et postérieures. À partir de la photo du patient, le dentiste recherche les plaquettes les mieux adaptées et voit s'afficher à l'écran une simulation réaliste de la prothèse qui peut être rectifiée, adaptée ou acceptée. Le VITA ToothConfigurator est un outil utile avec lequel le dentiste peut prouver à ses patients que ses méthodes de traitement évoluent avec le recours à une technique moderne. ◆

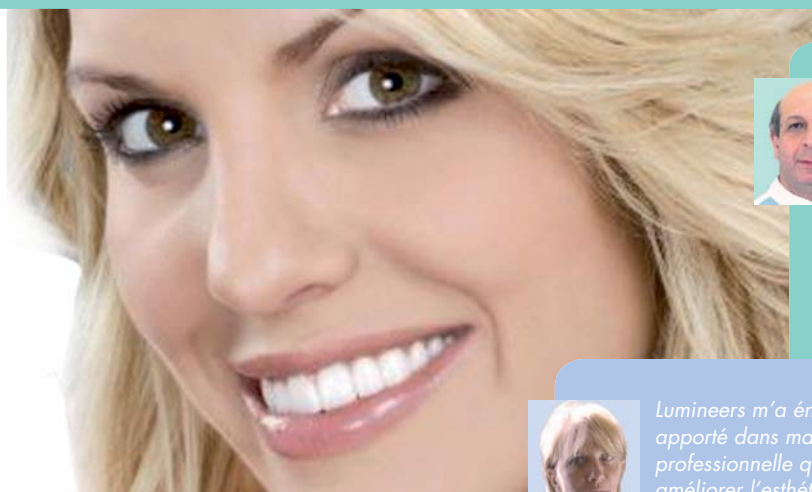
VITA ZAHNFABRIK GMBH
+49 77 61 562 840 – 06 75 38 87 89
a.wehrung@vita-zahnfabrik.com – www.vita-zahnfabrik.com

RESTAURATION SANS DOULEUR ET BLANCHIMENT DÉFINITIF
DU SOURIRE DE VOS PATIENTS !

LUMINEERS® PORCELAIN VENEERS



LUMINEERS BY CERINATE est une facette céramique qui peut être réalisée aussi fine qu'une lentille de contact et qui est posée sur les dents existantes, sans destruction de la structure sensible de la dent. Recul clinique de plus de 20 ans.



Réticent à la pose de facettes traditionnelles de par leur aspect invasif, j'ai renoncé à pratiquer ce traitement. J'ai découvert les facettes Lumineers qui m'ont séduit par leur pose réversible et non traumatique. Les patients sont rassurés par la simplicité du protocole et totalement satisfaits par le résultat obtenu comme en témoigne leur sourire retrouvé.

Docteur Jean ABOUCHAR



Lumineers m'a énormément apporté dans ma pratique professionnelle quotidienne pour améliorer l'esthétique du sourire de mes patients. Je suis très satisfaite par la facilité du protocole et ravie de l'enchantement après la pose des facettes : des patients heureux !

Docteur Fabienne CYMERMAN

LE SOURIRE EST RETROUVÉ SANS
ANESTHÉSIE NI DÉTÉRIORATION
DE LA STRUCTURE SENSIBLE DES DENTS.



SÉMINAIRES 2012 AVEC TRAVAUX PRATIQUES

24 mai Lyon **11 octobre Blois**
14 juin Nantes **15 novembre Bordeaux**
13 septembre Marseille **13 décembre Paris**

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

TECALLIAGE
Tél. : 02 32 50 69 96 - Fax : 02 32 50 76 13
info@tecalliage.fr

À LIRE

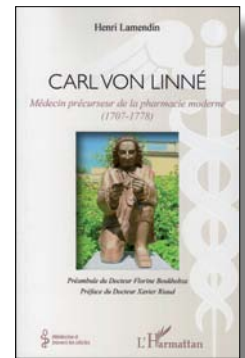
Carl von Linné

Médecin précurseur de la pharmacie moderne (1707 – 1778)

Par Henri Lamendin

Carl von Linné, le père de la classification binomiale, le précurseur de la pharmacie moderne, la référence ultime en matière de botanique, voit le jour au XVIII^e siècle. Son travail est si conséquent, son oeuvre si importante, voire colossale, que les Suédois ont commémoré en 2007 le 300^e anniversaire de sa naissance, que des statues, des jardins, des portraits, des billets de banque, des timbres ou des sculptures ont fleuri dans tous les pays du monde, que des sociétés honorant son nom ont éclos dans toutes les contrées, symboles extrêmes, s'il en était besoin, de ce qu'évoque actuellement le seul énoncé du nom de ce mé-

decin. Henri Lamendin présente un livre aux références multiples, une étude dense et agrémentée de témoignages fidèles retraçant la vie d'un homme tombé en état de grâce devant Dame Nature à laquelle il a consacré l'essentiel de sa vie, obnubilé jusqu'au plus haut point par sa volonté de la servir. Pourtant, comme le démontre judicieusement l'auteur, bien que célébré par quelques érudits, il est le plus souvent oublié par le plus grand nombre. L'auteur s'est attaché tout au long de cet *opus* à rappeler qui était ce botaniste novateur, à le faire sortir de l'ombre où les siècles l'avaient enterré pour n'en faire percevoir que la valeur et la profondeur. ♦



ÉDITIONS L'HARMATTAN

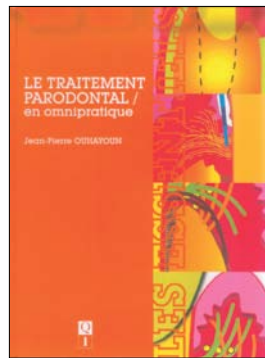
Coll. Médecine à travers les siècles – Prix : 14 €
www.editions-harmattan.fr

À LIRE

Le traitement parodontal en omnipratique

Par Jean-Pierre Ouhayoun

La parodontologie semble s'effacer devant l'implantologie sous le prétexte fallacieux d'assurer un avenir plus sûr aux organes de mastication. Cependant, de plus en plus de publications confirment que les maladies péri-dentaires (parodontales) se manifestent aussi autour des implants (péri-implantites) parmi la même catégorie de patients. De ce fait, la conservation des dents est, et restera toujours, l'objectif majeur de la pratique conservatrice de l'odontologie. Le présent ouvrage replace avec beaucoup de bon sens et de réalisme les traitements non chirurgicaux et chirurgicaux dans l'exercice quotidien. Les éléments qui permettent d'établir un diagnostic, d'indiquer le type de traitement à instaurer et les protocoles thérapeutiques à appliquer constituent une synthèse indispensable de l'approche parodonto-consciente des patients. Une actualisation des connaissances et des pratiques cliniques indispensable à tout praticien moderne. ♦



ÉDITIONS QUINTESSENCE INTERNATIONAL

Coll. Les essentiels – 192 pages – 423 illustrations – Prix : 149 €
Tél. : 01 43 12 88 11 – Fax : 01 43 12 88 08 – www.quintessence-international.fr

Les attachements en prothèse

Par Marcel Begin et Isabelle Fouilloux

Enfin un ouvrage qui oriente le choix et propose de très nombreuses applications cliniques, ainsi que les protocoles au laboratoire de prothèse, des principaux attachements disponibles. Indications de chaque système, exemples de coordination de la mise en œuvre entre le cabinet et le laboratoire de prothèse, maintenance, exploitation des dents naturelles et/ou des implants, les auteurs décrivent en détail les étapes des réalisations conduisant au succès clinique et au confort pour le patient. ♦



ÉDITIONS QUINTESSENCE INTERNATIONAL

Coll. Réussir – 120 pages – 316 illustrations – Prix : 108 €
Tél. : 01 43 12 88 11 – Fax : 01 43 12 88 08 – www.quintessence-international.fr

À LIRE

Mémo organisation quotidienne du cabinet dentaire

Par Jacques Vermeulen

Ce mémo organisationnel est directement inspiré du vécu professionnel de l'auteur : il recense toutes les questions qu'il a pu se poser pour exploiter au mieux son « temps cabinet ». Il propose des réponses simples à mettre en œuvre que chacun peut s'approprier. Son style alerte et son iconographie claire et abondante en font un ouvrage agréable à consulter et facile à comprendre. Le jeune diplômé qui s'interroge souvent sur le type d'exercice qu'il souhaitera appliquer dans sa vie professionnelle y trouvera largement matière à réflexion de même que le praticien expérimenté se trouvant débordé. Ce livre propose des solutions pour travailler dans de bonnes conditions, accorder du temps à chaque patient, finir la journée avec l'énergie de pouvoir faire encore autre chose, vivre son travail dans une ambiance sereine et constituer une équipe dont l'objectif premier sera le service au patient. Il présente aussi des techniques permettant de travailler dans les meilleures conditions possibles, avec pour but, un travail plus paisible : plus de plaisir et moins de stress et enfin pour conséquence une meilleure rentabilité et un meilleur équilibre personnel. ♦

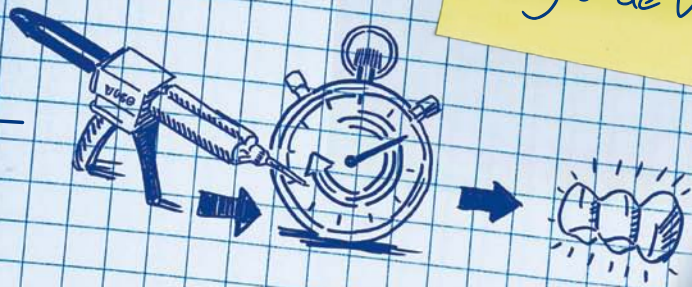


ÉDITIONS CDP

Coll. Mémo – 128 pages – Prix : 26 €
www.editions-cdp.fr

Le nouveau
matériau pour
couronnes et
bridges de VOCO

1. Mise en place!



2. Esthétique!



Brillant sans polissage!

3. Durabilité!



Commandez
maintenant!

3 POUR DES PROVISOIRES OPTIMISÉS

Structur 3

Application sûre et rapide

- Temps en bouche de 45 secondes seulement
- Rapport de mélange 1:1 pour garantir un mélange homogène

Esthétique extraordinaire

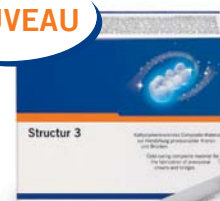
- Apparence naturelle
- Disponible en huit teintes

Longévité

- Dureté finale élevée
- Excellente résistance à la rupture



NOUVEAU



Extraction **implantation** et **temporisation** immédiate sur les dents **unitaires** antérieures : **10 ans de recul** clinique



Dr Michel BRUNEL

- Chirurgie dentaire (Lyon)
- Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantaires de la faculté de Lyon
- Président CELYO implant
- Trésorier CURAIO



Dr Pascal PALDINO

- Chirurgie dentaire (Chambéry)
- Diplôme universitaire de Parodontologie de la faculté de Lyon
- Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantaires de la faculté de Lyon
- Secrétaire CURAIO

Nous nous proposons dans cet article de suivre l'évolution de l'implantologie, ce qui nous permet aujourd'hui de gagner du temps par rapport aux préceptes du professeur Brånemark, d'être plus conservateur et moins invasif :

- **sans lambeau, lorsque c'est possible : la vascularisation est moins perturbée, les tissus mous sont respectés**
- **extraction et implantation simultanées**
- **mise en place d'une provisoire en inoclusion statique (temporisation immédiate)**

L'évolution du concept de base de Brånemark au cours des années 90 avec à l'appui de nombreuses études cliniques, permet de reconsidérer le protocole conventionnel. Une étude particulièrement importante de Brunski en 1993 a conclu à la régénération osseuse à l'interface os/implant et ce, malgré des micro-mouvements inférieurs ou égaux à 100 microns. De très nombreuses études prouvent également le succès clinique de l'implantologie non enfouie.

Les facteurs déterminants à prendre en compte et les examens nécessaires pour pratiquer l'intervention avec temporisation immédiate

Examens cliniques : anamnèse, demande esthétique du patient, étiologie de la perte de la dent.

Examen occlusal : para-fonctions, bruxisme, supraclusion, classe II div. 2. sont des contre-indications.

Examen parodontal : biotype parodontal (fin ou épais), état des papilles, sourire gingival, état parodontal.

Examen radiologique : un scanner éventuel va permettre de visualiser parfaitement l'état osseux sous-jacent et le futur positionnement de l'implant, l'espace vestibulaire résiduel à combler, la présence d'os résiduel au niveau apical (ancrage de l'implant).

Discussions et protocoles

De nombreux auteurs ont recensé les avantages de l'extraction avec implantation immédiate avec ou sans temporisation immédiate :

- confort du patient (diminution du nombre d'interventions)
- avantage psychologique
- la temporisation est plus confortable que le port d'une prothèse amovible par exemple
- préservation de l'architecture osseuse et gingivale
- préservation des papilles
- taux de succès identique à la technique conventionnelle (implants enfouis)

L'implantation immédiate après extraction a pour objectif essentiel de limiter les pertes tissulaires.

La réussite d'une extraction/implantation et temporisation immédiate va dépendre des éléments suivants :

- extraction la plus atraumatique possible afin de préserver l'intégrité des tissus osseux
- type d'implant utilisé (forme, état de surface, longueur)
- stabilité primaire de l'implant : 35 N/cm au moins au vissage de l'implant
- juste positionnement de l'implant
- bonne gestion des tissus dur et mou (comblement de l'espace vestibulaire entre l'os et l'implant, greffon conjonctif pour compenser le défaut de gencive marginale vestibulaire)
- réalisation d'une dent provisoire non fonctionnelle et non compressive sur la gencive marginale

Cas clinique 1



Fig. 1 : cas d'une patiente de 40 ans présentant une fracture profonde d'une incisive latérale

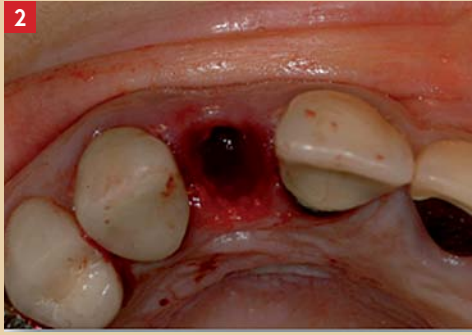


Fig. 2 : la racine est extraite sans traumatiser les tissus environnants

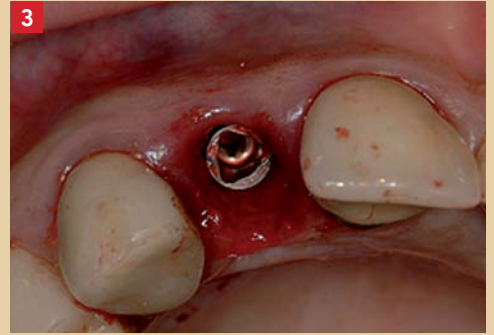


Fig. 3 : un implant est placé dans l'alvéole après l'extraction



Fig. 4 : une dent provisoire en résine est confectionnée au fauteuil dans la même séance



Fig. 5 : la dent provisoire est placée sur l'implant immédiatement



Fig. 6 : cicatrisation finale avec la couronne d'usage en céramique

Cas clinique 2



Fig. 7 : cas d'une patiente de 45 ans qui présente une 23 avec une mobilité terminale et une importante récession vestibulaire



Fig. 8 : un implant est posé immédiatement dans le site de l'extraction



Fig. 9 : une dent provisoire est fixée immédiatement sur l'implant



Fig. 10 : un lambeau vestibulaire est déplacé coronairement pour rétablir la ligne des collets



Fig. 11 : cicatrisation sur la dent provisoire à 1 mois



Fig. 12 : cicatrisation finale avec la couronne d'usage en céramique

Un curetage soigneux du tissu de granulation éventuel sera réalisé avant l'implantation.

L'absence de lambeau, dans certains cas, est un élément non négligeable dans la préservation des tissus. En effet, selon certains auteurs, la résorption osseuse verticale varie de 0,3 à 1,3 mm avec un lambeau sans comblement de l'espace vestibulaire entre l'os et l'implant. Elle sera moindre sans lambeau de 0,6 à 0,93 mm avec comblement.

Elian (2007) propose une classification simple en fonction de l'état des tissus dur et mou, et d'après cet auteur et d'autres, l'extraction/implantation immédiate n'est conseillée que dans les cas où l'alvéole est intacte (tissus mou et dur ont un niveau normal) ou bien lorsqu'il y a une petite perte osseuse (classe 2), régénérable par simple comblement) et une gencive à un niveau normal. La classe 3 avec une perte osseuse et gingivale importante contre-indique la technique selon ces mêmes auteurs.

Le type d'implant utilisé joue un rôle prépondérant dans la réussite de la technique.

La longueur de l'implant ne doit pas être inférieure à 11 mm et son état de surface doit être rugueux.

De nombreux auteurs ont montré que le pourcentage d'apposition osseuse directe est favorisé par l'utilisation de surfaces rugueuses ou poreuses. Le seuil de tolérance aux micro-mouvements est amélioré par l'utilisation de ces mêmes surfaces.

La présence d'os au niveau apical est un facteur déterminant dans la stabilité primaire de l'implant.

Les valeurs de serrage conseillées pour la réussite d'un traitement d'extraction/implantation et temporisation immédiate oscille entre 30 et 35 N/cm suivant les auteurs.

Enfin l'implant doit respecter des règles fondamentales dans son positionnement.

- dans le sens vertical, l'implant ne doit pas être positionné trop profondément, 1 mm sous la crête osseuse et 3 mm en dessous du rebord gingival
- dans le sens sagittal l'implant doit avoir une position plus palatine afin de préserver la paroi vestibulaire ; cette table osseuse vestibulaire doit avoir idéalement 2 mm d'épaisseur ; en aucun cas l'implant ne doit combler l'alvéole
- au niveau proximal, il faut respecter une distance de l'implant par rapport aux dents adjacentes au *minimum* de 1,5 mm et au *maximum* de 3 mm entre les implants pour les implants à col lisse

Après extraction, la résorption osseuse vestibulaire physiologique est inévitable avec ou sans implantation immédiate.

Le comblement de l'espace vestibulaire entre l'implant et la corticale vestibulaire est systématique lorsque cet espace est supérieur à 1,5 mm.

Au niveau muqueux l'implant étant positionné 2 mm en palatin par rapport à la corticale vestibulaire, il faut que les tissus mous soient maintenus par la dent provisoire, sans compression de ceux-ci.

Une greffe conjonctive enfouie pourra être envisagée au niveau vestibulaire au-dessus du comblement osseux surtout dans les cas de biotype fin.

Enfin, la réalisation de la dent provisoire non fonctionnelle scellée ou transvissée, non compressive sur la gencive marginale est la dernière étape d'EITIU.

3 à 4 mois après la pose de l'implant, la réalisation de la prothèse définitive peut être envisagée.

L'utilisation d'un pilier définitif en zircone associé à une couronne en céramique pure est la solution de choix pour les réhabilitations prothétiques antérieures.

Analyse des résultats

Depuis 10 ans nous avons posé 325 implants unitaires antérieurs avec une dent provisoire non fonctionnelle en respectant les critères ci-dessus.

D'un point de vue pratique, nous avons toujours expliqué sommairement au patient le *processus* de cicatrisation osseuse et lui avons stipulé de ne pas solliciter sa dent provisoire pendant 3 mois (une parfaite coopération du patient est indispensable).

Chaque patient est vu à une semaine afin d'enlever les fils de suture, puis ensuite tous les 15 jours à 3 semaines les deux premiers mois.

Lors de ces visites nous estimons cliniquement la stabilité de l'implant.

Nous avons débuté les temporisations immédiates en 2002 avec ce protocole.

Nous avons perdu seulement 3 implants. La perte de ces 3 implants s'est faite dans le premier mois de l'implantation pour l'un et dans l'année pour deux autres. Ces pertes ont été liées à des problèmes infectieux que nous n'avons pas pu résoudre, sauf par la dépose des implants. Dans ces trois cas les implantations se sont faites après curetage de tissus de granulation. Ces 3 pertes ne nous semblent cependant pas très inquiétantes en comparaison du nombre de cas que nous avons traités avec succès.

Nous avons aussi considéré parmi nos cas, **40 cas avec iconographies complètes** du début à la fin du traitement et nous avons considéré les six critères de Furhauser **en reprenant son système de notation de 0 à 2** : 0 étant la plus basse valeur et 2 la plus haute. Nous avons comparé chaque cas **au départ et à l'arrivée**, traitement fini. Nous n'avons pas cherché à faire une notation moyenne avec l'ensemble des critères comme l'avait fait Furhauser mais nous avons voulu voir pour chaque critère quel pouvait être le résultat esthétique obtenu en utilisant la méthode clinique de la temporisation immédiate (*Tableau 1*).

axiom[®] **PX**

NOUVEL IMPLANT !



Promise of eXpertise



REG *

Concept **axiom[®]** unique et innovant :

- 1 connexion cône morse **UNIQUE !**
- 1 gamme prothétique commune.
- 1 trousse chirurgicale **axiom[®] REG PX**.

***axiom[®] REGULAR**

axiom[®] PX un complément de choix :

- Indications d'implantation immédiate post-extractionnelle et os de faible densité.
- Design conique, filetage auto-forant et auto-taraudant.

2 237, Avenue André Lasquin - 74700 Sallanches - FRANCE
Tél. +33 (0)4 50 58 02 37 - Fax +33 (0)4 50 93 78 60

www.anthogyr.com

anthogyr

A global solution for dental implantology

Tableau 1

Notation Furhauser	0		1		2	
	Avant traitement	Après traitement	Avant traitement	Après traitement	Avant traitement	Après traitement
Papille distale	1	3	4	6	35	31
Papille mésiale	2	2	8	8	30	30
Alignement collets	2	1	7	4	31	35
Couleur des tissus	2	0	14	5	24	35
Texture des tissus	1	0	12	4	27	36
Perte alvéolaire	3	2	11	2	26	36

Conclusions en fonction des chiffres obtenus

Ce type de technique nous semble particulièrement indiqué pour préserver une esthétique qui est favorable au départ, ou bien pour améliorer l'esthétique du départ.

Sauf en ce qui concerne les papilles, nous obtenons sur 5 des critères une amélioration des résultats esthétiques.

- 1) Il nous apparaît que le plus difficile est de préserver les papilles. Nous avons cependant d'excellents résultats mais pas d'amélioration par rapport à un cas de papille qui serait défavorable au départ. Nous avons 4 cas sur 40 d'aggravation concernant les papilles distales.
- 2) L'alignement des collets peut être sensiblement amélioré car nous pratiquons en même temps des techniques de déplacement des tissus.
- 3) La couleur des tissus et leur texture sont généralement très améliorées, cela est dû à l'élimination des tissus infectés et des racines naturelles sombres du fait de l'extraction. On constate d'ailleurs cliniquement une excellente cicatrisation des tissus mous sur les prothèses provisoires.
- 4) La perte alvéolaire est dans presque tous les cas améliorée. Nous associons chaque fois que cela est nécessaire, des techniques de greffe osseuse, gingivale ou d'expansion ce qui explique cette amélioration.

Conclusion

L'extraction/implantation et temporisation immédiate d'une dent unitaire dans le secteur antérieur est une technique de choix lorsque l'indication est bien posée.

Nous devons respecter les critères de décision et approcher chaque cas méthodiquement.

Les résultats sont reproductibles.

Le nombre d'interventions est limité par rapport aux techniques d'implantation après cicatrisation.

Cette technique permet de conserver l'architecture des tissus et présente un avantage psychologique majeur pour le patient en lui permettant de retrouver un sourire immédiatement après l'intervention. ♦

Bibliographie

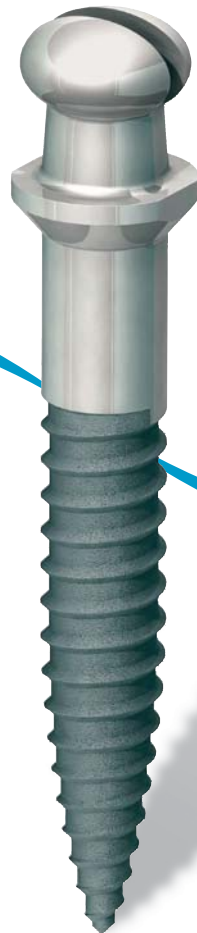
1. BRUNSKI J.B: Avoid pitfalls of overloading and micromotion of intrasosseous implants. *Dent implantol update* 1993; 4: 77-81.
2. BUSER D, MERICKSKESTERN R, BERNARD JP: Longterm evaluation of non-submerged ITI IMPLANTS. *Clin Oral Implants Res* 1997; 8: 161-172.
3. SCHULTE W, KLEINEIKENSCHLDT H, LINDER K: The tubigen immediate implant in clinical studies. *Deutsche Zahnarzt Zeitschrift* : 1978; 5 : 348-359.
4. EVANS CD, CHEN S: Esthetic outcomes of immediate implant placements. *Clinical Oral Implant Research*: 2008; 19: 73-80.
5. KAN J.Y, RUNGCHARASSAENG K: Interimplant papilla preservation in the aesthetic zone: A report of six consecutive cases. *Inter Perio Rest Dent* 2003; 23; 3: 249-259. Cat 4.
6. ELIAN N, CHO SC, FROUM S: A simplified socked classification and repair technique. *Pract Proceed Aesthet Dent* : 2007; 19: (2): 99-104.
7. TARNOW DP, CHO S, WALLACE ST: The effect of inter implant distance on the height of inter implant bone crest. *J Of Periodontol* : 2000; 71: 546-549.
8. BUSER D, SCHENK RK, STEINEMANN S, FJORELLINI JP, FOX CH: Influence of surface characteristics on bone integration of titanium implants. A histomorphometric study in miniature pigs. *J Biomed Mat Research* 1991; 25: 889-902.
9. LAZZARA R, TESTORI T, TRISI P, PORTER S : A human histologic analysis of osseointegration and machined surfaces using two-surfaced implants. *Int J Periodont. Res. Dent.* 1998.
10. CRESPI R, CAPPARE P, GHERLONE, ROMANOS G: Immediate occlusal loading of implants placed in fresh sockets after extraction. *Int.J.Oral Maxillofac Implants* 2007 Nov-Dec; 22(6): 955-62.
11. BECKER J, FERRARI D, KIRSH A, SHAER A: Influence of platform switching on crestal bone changes at non submerged titanium implant. *J.Clin. Periodontol* 2007, Dec 34: 1089-1096.
12. ARAUJO MG, LINDHE J: Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. *J.Clin.Periodontol* 2005; 32: 645-652.
13. TARNOW DP, CHO S, WALLACE ST: The effect of inter implant distance on the height of the inter implant bone crest. *J.Of.Periodontol.* 2000; 71: 546-549.
14. Stefano TETE / Filiberto MASTRANGELO / André BIANCHI / Vincenzo ZIZZARI / Antonio SCARANO .Collagen Fiber Orientation Around Machined Titanium and Zirconia Dental Implant Necks : An Animal study. – *International Journal Of Maxillofacial Implants*, Volume 24, 2009.
15. FURHAUSER et Al : Evaluation of soft tissue around single tooth implant crowns : the pink esthetic score. *Clin Oral Implants Rest* 2005; 16: 639-644

DENTATUS IMPLANT SYSTEMS



ANEW[®]

ANEW[®] un implant de petit diametre
réservé aux espaces restreints:indication majeure et favorable dans les cas d' agénésie latérale et sur les cretes fines. DISPONIBLE EN 3 DIAMETRES 1.8/2.2 et 2.4 MM pour prothèse vissée fixe.



ATLAS[®]

ATLAS[®] des implants disponibles
en 3 DIAMETRES 1.8/2.2 et 2.4 MM pour stabiliser la prothèse complète à la mandibule sans attachement ni O ring :la rétention est obtenue par le silicone tuf link uniquement.



Traitement implantaire des agénésies des incisives latérales maxillaires



Dr Thierry BRINCAT

- Chirurgie dentaire (Toulon)
- Exercice exclusif en chirurgie et prothèse implantaire
- Diplôme en chirurgie et prothèse implantaire Université Claude Bernard Lyon



Dr Sylvain NOVO

- Chirurgie dentaire (Toulon)
- Parodontologie - Implantologie



Dr Laura MOURET

- Chirurgie dentaire (Toulon)

L'incisive latérale supérieure a un rôle fonctionnel et esthétique majeur. Elle guide les mouvements mandibulaires en propulsion et/ou en diduction. Certains auteurs comme Lombardi, y voient un symbole du caractère du patient et un rôle dans la communication. Elle influence également la phonation et la déglutition. Son agénésie (une absence totale de toute structure par défaut embryonnaire), assez fréquemment rencontrée dans notre pratique, peut conduire à son remplacement par une thérapeutique implantaire toutefois complexe.

En effet le chirurgien se trouve souvent en présence d'un volume osseux résiduel faible et d'un effondrement des tissus parodontaux (biotype fin).

Les différents traitements proposés sont de trois types

1. L'abstention thérapeutique : adoptée lorsque les espaces laissés libres après perte des dents lactéales se résument à de simples diastèmes.

2. Les techniques de substitution : fermeture des espaces avec mise en place des canines en situation d'incisives latérales ; la forme des canines peut être transformée par des résines composites ou par des facettes céramiques, en incisive.

Ce type de traitement présente 2 inconvénients majeurs :

- un problème fonctionnel par suppression de la fonction canine
- un problème esthétique, la canine étant plus volumineuse et plus sombre que les incisives latérales (non respect de la règle d'or)

3. Les techniques de remplacement par prothèse fixe : après ouverture et redistribution pré-prothétique des espaces dans le site des incisives latérales manquantes :

- bridges collés
- bridges à ancrages coronaires
- couronne implanto-portée

Diagnostic étiologique

Sont à l'origine des agénésies, des facteurs :

- génétiques : les agénésies d'origine génétique proviennent soit d'une mutation isolée, soit d'une transmission héréditaire
- embryologiques : ce sont les agénésies par trouble de l'organogenèse
- morphogénétiques : ce sont les agénésies acquises par trouble ou blocage de la minéralisation du germe de l'incisive latérale (neurocristopathies)

Fréquence des agénésies

La méta-analyse de POLDER (7) sur la prévalence des agénésies rapporte que :

- la fréquence des agénésies diffère selon les continents et le sexe
- 83 % des personnes atteintes d'agénésies ont une ou deux dents manquantes (hypodonties)
- les formes unilatérales d'agénésies sont plus communes que les formes bilatérales à l'exception de celles des incisives latérales qui représentent le quart de la totalité des agénésies
- l'agénésie de plus de six dents (oligodontie) ne concerne que 0,14 % de la population
- les femmes sont 1,37 fois plus atteintes que les hommes
- les agénésies maxillaires et mandibulaires ont la même fréquence

Les agénésies des dents de lait sont rares. Cependant, en cas d'absence de la dent temporaire, on constate l'absence de la dent permanente.

Les agénésies, toutes dents confondues, touchent environ 6 % de la population.

En Europe, 10 % de la population sont concernés par une agénésie ou une perte d'une dent antérieure.

Niveau de complexité

L'intégration esthétique de restauration implanto-portée pour pallier à l'agénésie de l'incisive latérale maxillaire reste un challenge esthétique et fonctionnel particulièrement délicat à relever. Nous devons tenir compte de nombreux paramètres tels que :

- le nombre de dents à remplacer (agénésies unilatérales ou bilatérales)
- présence ou non de pics osseux inter-proximaux supportant naturellement les papilles
- le volume osseux résiduel
- le biotype parodontal
- les caractéristiques propres des dents à remplacer (teinte, forme)
- la ligne du sourire du patient
- le niveau d'exigence esthétique du patient

La corticale osseuse vestibulaire maxillaire est très fine et ce phénomène est accentué en cas d'agénésie de l'incisive latérale : le maxillaire (ossification membraneuse) est un os fasciculé qui, sans fonction, voit son volume diminuer fortement et rapidement. Ceci rend le traitement implantaire complexe et implique souvent un réaménagement osseux par R.O.G, expansion osseuse crestale simultanée à l'implantation par ostéotomie et greffe osseuse d'apposition.

La solution thérapeutique implantaire peut s'avérer difficile à choisir pour deux raisons supplémentaires : le caractère pluridisciplinaire du traitement qui réclame une collaboration étroite entre l'orthodontiste et l'implantologiste, et la durée importante du traitement qui s'échelonne, lorsque la solution implantaire est retenue, entre l'âge de 12 et 20 ans.

Positionnement optimal tridimensionnel de l'implant

« L'idée maîtresse » du positionnement tridimensionnel optimal de l'implant est d'avoir une concordance entre l'axe implantaire (axe anatomique) et celui de la future couronne (axe prothétique), ce qui assure un bon support et une stabilité des tissus péri-implantaires (Armand S) (1).

Il en découle des règles de placement des implants qui conditionnent le succès esthétique de la prothèse implantaire. Ces règles s'appliquent dans le sens vestibulo-palatin, apico-coronaire et mésio-distal.

Règles de placement vestibulo-palatin

Selon Belser et coll. (2), le bord de l'épaulement implantaire doit se situer au niveau du point d'émergence idéal, en dehors de la zone de danger vestibulaire qui se trouve en avant d'une ligne virtuelle reliant les points d'émergence des dents adjacentes et/ou des restaurations prévues.

Règles de placement apico-coronaire

Selon Belser et coll. (2), si l'on se réfère à la jonction amélo-cémentaire des dents adjacentes, la position du col implantaire se situe entre 2 à 4 mm de celles-ci.

Règles de placement mésio-distal

Il est nécessaire d'avoir un espace inter-proximal entre une dent et un implant plus important qu'entre 2 implants. Cette distance est de 1,5 à 2 mm entre un implant et une dent.

Si la distance entre 1 dent et 1 implant est inférieure à 1,5 mm le *septum* osseux dento-implantaire va se résorber et migrer en direction apicale à court et moyen terme jusqu'à retrouver un soutien osseux suffisant.

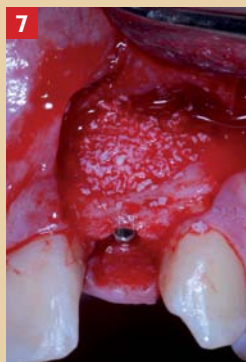
Cas clinique

Patiente âgée de 18 ans présentant une agénésie bilatérale des incisives latérales maxillaires traitée orthodontiquement depuis l'âge de 13 ans afin de réouvrir et redistribuer pré-prothétiquement les espaces dans le site des incisives latérales manquantes.

Fig. 1 : radiographie panoramique initiale

Fig. 2a et 2b : examen scanner ; les coupes coronales montrent : une crête maxillaire étroite, avec au niveau de la 12, une épaisseur de 15 mm sur une hauteur de 15 mm, avec fusion des versants vestibulaire et palatin ; au niveau de la 22 une épaisseur de 3 mm sur une hauteur de 15 mm ; face à ce manque d'épaisseur vestibulo-palatine de la crête osseuse conséquence de la résorption centripète au maxillaire, ont été indiquées :





1. une technique de greffe d'apposition après prélèvement d'un bloc osseux ramique, en 12 (Fig.2a)

2. une technique d'expansion localisée de la crête osseuse par ostéotomie en 22 (E.C.O). Cette technique permet l'augmentation volumétrique de la crête et s'oppose à la préparation par fraisage, qui ne modifie en rien la largeur vestibulo-palatine. Le but de cette technique est de déplacer l'os et de le conserver en le compactant et en jouant sur sa viscoélasticité à l'aide des instruments spécifiques que sont les ostéotomes (Fig. 2b).

Fig. 3 : réalisation d'un lambeau muco-périosté au niveau du secteur en 12, mettant en évidence la perte osseuse antéro-postérieure

Fig. 4 : greffe osseuse d'apposition localisée en 12 après prélèvement ramique effectué au niveau du secteur mandibulaire gauche

Fig. 5 : mise en place chirurgicale à 4 mois d'un implant Astra OsseoSpeed™ 3,5/13 mm, technique enfouie pendant une période de 2 mois

Fig. 6 : dans le même temps, mise en place d'un implant Astra OsseoSpeed™ 3,5/13 mm, une technique d'expansion localisée de la crête osseuse par ostéotomie (E.C.O) a été indiquée

Fig. 7 et 8 : une régénération osseuse guidée est associée à la technique d'expansion

Fig. 9 : radiographie panoramique post-chirurgicale

Fig. 10 et 11 : résultat esthétique post-prothétique en janvier 2008 ; mise en place des prothèses d'usage céramo-métallique ; les collets des incisives latérales sont en situation plus coronaires par rapport à la tangente passant par les collets des incisives centrales et des canines

Fig. 12 : résultat esthétique post-prothétique janvier 2008 ; les festons gingivaux des incisives latérales sur implants sont au même niveau

Fig. 13 : résultats radiologiques post-prothétiques janvier 2008 ; parfaite ostéo-intégration des implants, absence de perte osseuse marginale et adaptation précise des restaurations prothétiques ; le remplacement d'une dent par un implant obéit à des règles de positionnement mésio-distal très strict ; il est nécessaire d'avoir un espace inter-proximal entre une dent et un implant de 1,5 à 2 mm

La vie est une affaire de priorités et la nôtre consiste à concevoir et à développer des solutions en implantologie qui renforcent notre engagement envers une **qualité optimale**.



Biotech International, votre partenaire depuis 25 ans :

- > Un savoir-faire et une fabrication 100% française
- > Des produits et des technologies éprouvés
- > Une certification ISO 9001 et ISO 13485
- > Une présence commerciale dans plus de trente pays
- > Un accompagnement de nos clients via nos formations



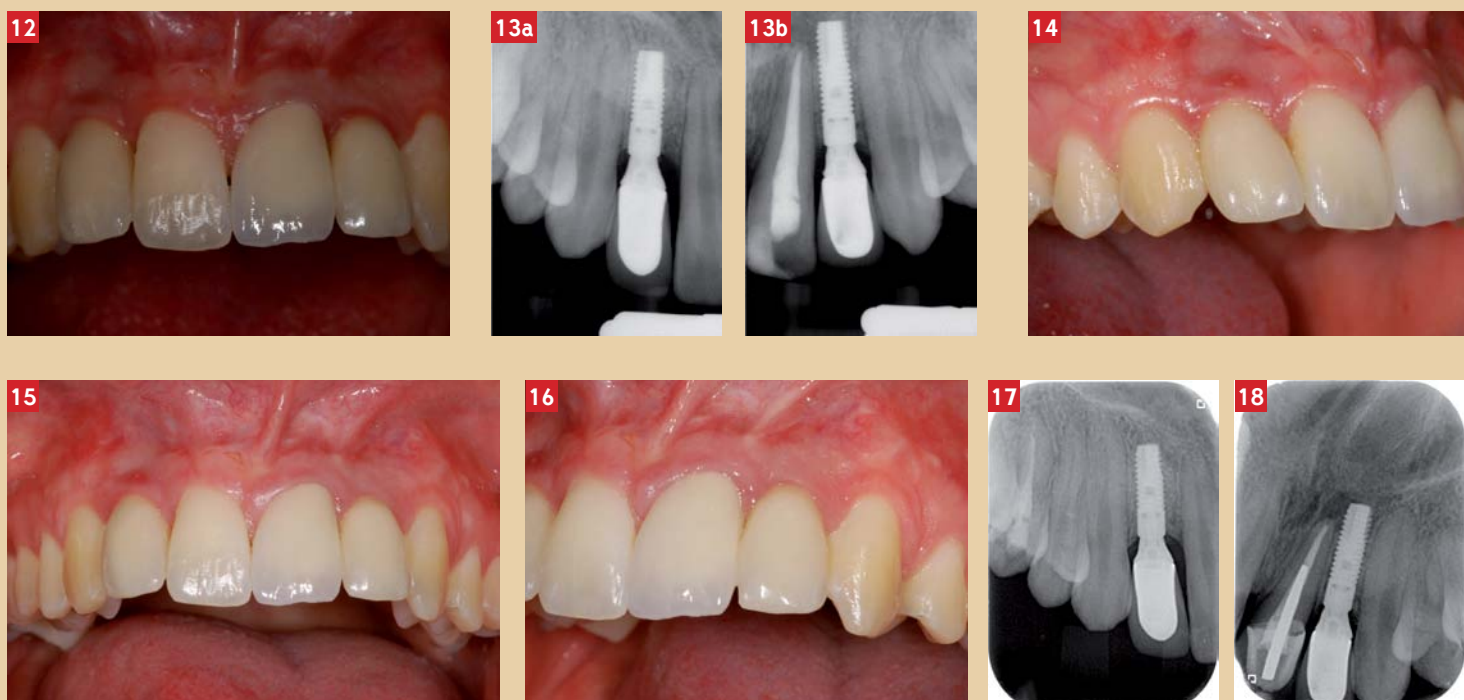


Fig. 14, 15 et 16 : résultats esthétiques post-prothétiques janvier 2012 à 4 ans

Fig. 17 et 18 : résultat radiologique post-prothétique janvier 2012 ; on constate à 4 ans le maintien de l'intégration osseuse de l'implant et de l'os péri-implantaire

Conclusion

La thérapeutique implantaire, lors de la réouverture d'espace, semble être la solution de choix. Une analyse rigoureuse pré-implantaire est primordiale et un grand nombre de facteurs sont à prendre en considération comme l'anatomie des dents, la ligne du sourire, l'alignement des collets, l'environnement parodontal (qualité et quantité des tissus mous et durs), la présence de papilles, le profil d'émergence alvéolaire, l'occlusion initiale et potentielle... Cette étude minutieuse permettra de collecter les éléments nécessaires au diagnostic et d'élaborer un plan de traitement adapté pour obtenir les conditions optimales de fonction et d'esthétique.

Dans notre situation clinique particulière, on observe très souvent une atrophie de l'os alvéolaire dans le sens vestibulo-palatin et/ou vertical ce qui implique quasi-systématiquement une chirurgie de réaménagement osseux voire de reconstruction osseuse ainsi qu'un éventuel ré-agencement des tissus mous pour être en conformité avec les critères anatomiques idéaux.

Le bon positionnement tridimensionnel de l'implant est capital pour le résultat final. Il obéit à des règles précises, très strictes et ne peut s'accommoder d'un contexte anatomique défavorable.

La thérapeutique de l'agénésie de l'incisive latérale supérieure rentre donc dans un contexte pluridisciplinaire où l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie, l'occlusodontie et la prothèse vont se côtoyer et se compléter. ◆

Bibliographie

1. Armand S. La restauration unitaire antérieure en implantologie. *Quintessence internationale*. – Ed. Réussir. 2008.
2. Belser UC. Le traitement implantaire dans l'édentement unitaire. Optimisation des résultats esthétiques. *Quintessence internationale. Titane*. Mars 2008, vol 5 n°1 : 15-26.
3. Della Guardia L. L'étiologie des agénésies. *Revue d'ODF*. 1973 ; 7(1) : 17-25.
4. Gysel C. Les agénésies dentaires. *La pratique dentaire* 1998 n°6 : 7-22.
5. Grahn HJ, Granath LE. Numerical variations in primary dentition and their correlation with the permanent dentition. *Odont Revy*, 1961 ; 12 : 348-357. Éd. Réussir. 2008.
6. Rousset-Caron MM, Delfosse C, Noulé M, Beauventre L, Lafforgue P. Hypodontia, Oligodontia, Anodontia and Syndromes of Development Anomalies. *Dent. Med. Probl.* 2003 40 ;1 : 109-115.
7. Polder BJ, Van T, Hof MA, Van der Linden, Frans. PGM, Kuijpers. Jag AM. A meta analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent tooth. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. Juin 2001 vol 32 ; issue 3 : 217-226.
8. Sethi A, Kaus T. Implantologie Clinique. Diagnostic, chirurgie et techniques de restauration pour une harmonie esthétique et fonctionnelle. *Quintessence Internationale*, juin 2007.
9. Summers RB. A new concept in maxillary implant surgery : The osteotome technique. *Compend Contin Educ Dent*. 1994 ; 2 : 152-160.

mis® | C1

NOUVEAUTE

LA CONNEXION CONIQUE PAR MIS



MIS est fier de vous présenter le C1 - un nouvel implant équipé d'une connexion conique et d'une indexation conique anti-rotationnelle à 6 positions, conçu pour que le pilier de l'implant se bloque définitivement et rapidement. Le C1 est le résultat d'un vaste processus de recherche et de développement, offrant une combinaison d'avantages pour les multiples procédures de chirurgie et de restauration, préservant un temps précieux et affirmant la fiabilité des résultats à longs termes.

MIS vous propose une large gamme de kits innovants et d'accessoires qui vous apportent des solutions simples et créatives en réponse aux divers challenges de l'implantologie. Pour en savoir plus sur MIS, rendez vous sur notre site web : www.mis-implants.com Téléphone : 01 78 14 13 00

mis®
FRANCE
Make it Simple

Intérêt esthétique du pilier Atlantis™ dans le secteur antérieur

D'abord uniquement guidée jusqu'à la fin des années 80 par la chirurgie et la présence d'un volume osseux adéquat pour un résultat biomécanique et fonctionnel, l'implantologie s'est dirigée peu à peu sur la voie de « l'esthétique » telle que nous la concevons pour la prothèse conventionnelle, ne considérant plus un sourire gingival comme une contre-indication même relative. La dentisterie implantaire moderne essaye même de définir des critères objectifs au moyen de « Pink Esthetic Score » et « White Esthetic Score » (Furhauser), c'est dire si l'évolution de cette science au cours des 30 dernières années est phénoménale. Il est désormais obligatoire que la gencive soit « un écrin » pour nos prothèses, conventionnelles ou implantaires.



Dr Yann MOAL

- Chirurgie dentaire (Toulon)
- Attestation d'études en implantologie (CURAIO Lyon)
- DU d'odontologie restauratrice et esthétique Université d'Aix-Marseille



Dr Thierry BRINCAT

- Chirurgie dentaire (Toulon)
- Exercice exclusif en chirurgie et prothèse implantaire
- Diplôme en chirurgie et prothèse implantaire Université Claude Bernard Lyon

Le parodonte dans l'esthétique

« La beauté est l'expression de la santé » (W. Strong) ; une belle gencive ne présente donc pas d'inflammation, sa couleur est rose corail, sa texture est ferme, kératinisée et avec un aspect en peau d'orange (30 à 40 % des adultes).

La gencive saine se trouve à 3 mm de l'os alvéolaire (espace biologique).

Les critères esthétiques prothétiques parodontaux sont les mêmes que ceux qui régissent le parodonte des dents naturelles dans le secteur antérieur et ce, dans un contexte socioculturel donné (Europe/USA). Ces derniers sont fortement dépendants de l'axe, de la forme, de la teinte des dents et du positionnement de la lèvre supérieure (ligne du sourire).

Ils doivent s'intégrer dans un cadre facial bien établi qui est défini par un certain nombre de lignes horizontales parallèles dont la principale est la ligne bi-pupillaire. Celle-ci permet d'évaluer la direction du plan incisif, du contour gingival et du maxillaire supérieur. La ligne gingivale doit être parallèle à cette ligne.

La symétrie « relative » entre les différents secteurs, se base sur une ligne sagittale médiane passant par l'arête du nez et le *philtrum* perpendiculaire aux lignes horizontales de référence. Cette ligne sert surtout à évaluer

la position et l'orientation de la ligne inter-incisive et les écarts transversaux de situation des dents.

En Europe, le principe adopté concernant le « beau » est celui de l'unité dans la diversité mais il est préférable au niveau des contours gingivaux et des papilles de retenir un principe de symétrie parfaite pour les incisives centrales et leur gencive marginale. Une dissymétrie inférieure ou égale à 3 % pour les secteurs plus latéraux est acceptée.

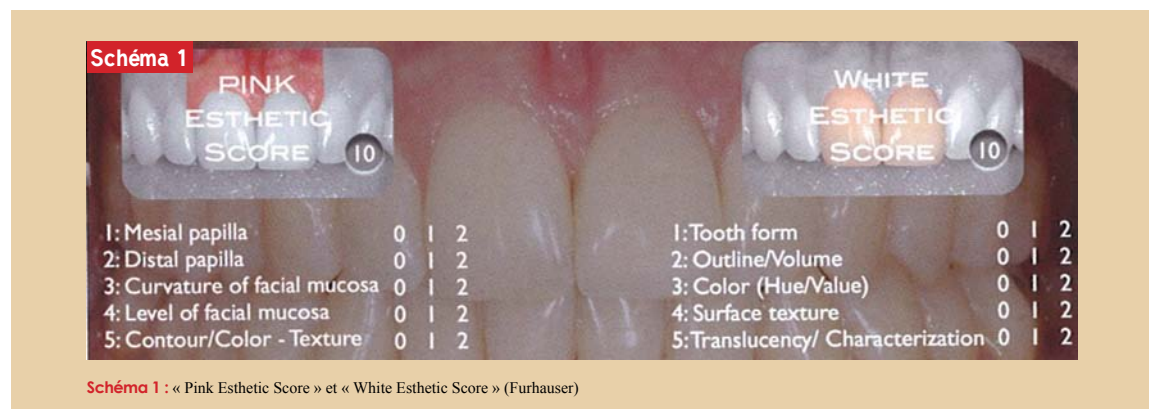
La gencive ne fait que suivre l'architecture osseuse sous-jacente ; un contour très festonné est associé à des proximités radiculaires étroites tandis qu'un contour large et plat reflète des racines divergentes ou des diastèmes.

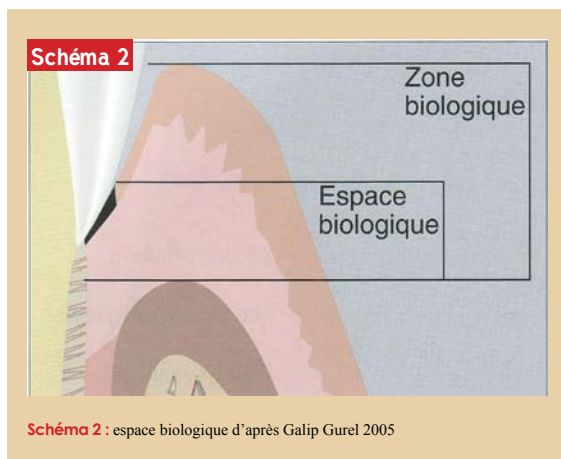
Les papilles ont une forme pyramidale, doivent être fines et rejoignent les rebords gingivaux des dents adjacentes. La distance entre le sommet de la papille et l'os alvéolaire sous-jacent est de 5 mm (loi de Tarnow).

Présentation du système Atlantis™

Atlantis™ est un pilier destiné à la réalisation de prothèse implantaire scellée. Ce pilier est adaptable aux principaux systèmes existants sur le marché.

C'est un pilier conceptualisé et usiné par la technique CAD/CAM (Computer-Aided-Design/Computer-Aided-





Manufacturing) grâce au logiciel spécifique Atlantis VAD™ (Virtual Abutment Design).

Le pilier Atlantis™ est disponible en 3 biomatériaux :

- alliage de titane $T_6 A_{14}$ de grade 5
- le même alliage recouvert de nitrure de titane (couleur or)
- zircon (4 teintes disponibles)

Le pilier Atlantis™ est garanti à vie en alliage de titane nitruré ou non ; le pilier zircon est garanti 5 ans à partir de la date d'envoi par le centre de production.

Intérêts esthétiques du pilier Atlantis™

Le paramètre majeur pour obtenir un bon résultat esthétique et notamment dans le secteur antérieur, est le parfait positionnement tridimensionnel de l'implant. Ce positionnement obéit à des règles très précises en fonction de l'anatomie du site et de la topographie des tissus environnants. Il doit être basé sur le respect de l'espace biologique, garantissant la stabilité de l'os autour du col implantaire, ce qui stabilise les tissus mous à long terme.

S'additionnant à des facteurs évidents tels que l'architecture parodontale du patient, des facteurs relatifs à l'implant lui-même et à l'hygiène du patient, des facteurs d'ordre prothétique tels que la forme et la conception du faux moignon implantaire influencent la bonne esthétique des tissus mous autour de la ou des couronnes implantaires. Le biomatériau utilisé pour la fabrication du faux moignon, à un degré moindre, pèse également sur l'esthétique finale du travail réalisé.

La forme

Il est primordial d'assurer une transition harmonieuse entre l'implant, qui présente une section ronde, et le collet clinique prothétique, censé par exemple reproduire la section triangulaire des incisives centrales maxillaires.

Le pilier Atlantis™ est un pilier anatomique (double convergence des parois), offrant un support et une rétention optimale aux diverses armatures. Il est concep-

tualisé à partir de la forme finale de la ou des dents (Atlantis VAD™). La forme et le profil d'émergence sont basés sur l'anatomie spécifique du patient (Natural Shape™) et favorisent une gestion des tissus mous à long terme.

La conception de chaque pilier prend en compte les principes de la biologie, de l'anatomie et de l'ingénierie, créant des conditions adéquates pour la cicatrisation des tissus mous et leur adaptation à la couronne finale (Soft Tissue Adapt™).

Il est fortement conseillé aux praticiens d'utiliser les vis de cicatrisation adaptables pour l'utilisation *optimum* des piliers Atlantis™.

Les biomatériaux

L'innocuité tissulaire du titane et des céramiques a été largement validée aussi bien en orthopédie qu'en odontologie.

Les céramiques montrent une très bonne intégration parodontale ainsi qu'une absence de dégradation dans les fluides buccaux.

Titane et zircon ne présentent pas de risque d'oxydo-réduction avec les alliages métalliques présents éventuellement en bouche.

L'Y-TZP n'est pas cytotoxique et ne provoque pas de mutation au niveau cellulaire.

Enfin ces deux matériaux présentent un faible taux de rétention de la plaque bactérienne. Scarano indique un taux de recouvrement de seulement 12 % pour la zircon contre 19 % pour le titane.

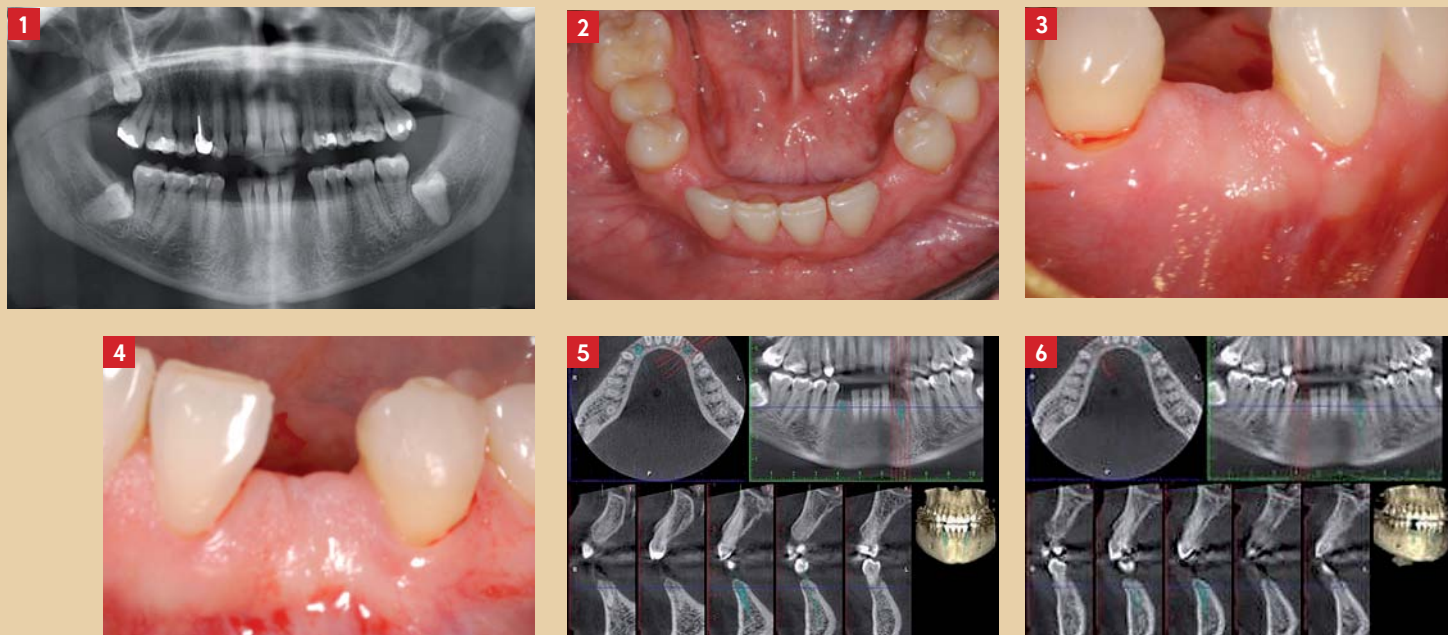
Ils permettent tous deux d'obtenir une attache muqueuse et notamment épithéliale de meilleure qualité qu'avec des alliages nobles.

La zircon n'est pas la céramique la plus esthétique ; sa structure cristalline lui confère sa résistance mécanique mais engendre également une opacité certaine des infrastructures prothétiques. La lumière ne circule pas dans la zircon comme dans les vitrocéramiques ou les céramiques à base d'alumine.

Cependant, l'utilisation de la zircon dans les zones antérieures permet chez les patients au parodonte fin, de faire disparaître un « halo » grisâtre au niveau de la gencive marginale.

Les différents piliers Atlantis™ disponibles sont les suivants :

- pilier titane usiné à partir de lingotins de titane
- pilier Atlantis™ titane nitruré ; le titane est recouvert d'une couche de nitrure de titane (TiN) offrant une teinte chaude couleur or
- pilier Atlantis™ zircon (Y-TZP), usiné à partir de lingotins de zircon tétragonale polycristalline stabilisée à l'yttrium et disponible en 4 teintes
 - teinte 00 : pour les dents très claires ou après éclaircissement
 - teinte 10 : pour les teintes claires ou moyennes (B1 Vita)



- teinte 20 : pour les teintes moyennes (A2 Vita)
- teinte 30 : pour les teintes soutenues ou sombres (B3 Vita)

Cas clinique : patiente âgée de 45 ans présentant une agénésie bilatérale des canines mandibulaires. Au moyen de gouttières orthodontiques portées sur une période de 18 mois, les espaces en 33 et 43 sont ouverts.

Fig. 1 : radiographie panoramique initiale : agénésies des canines mandibulaires.

Fig. 2 à 4 : vues occlusale et vestibulaires des édentations : la distance nécessaire entre les dents collatérales doit être de 7 voire 8 mm.

Fig. 5 et 6 : au scanner : les coupes coronales mettent en évidence des crêtes mandibulaires aux volumes osseux adéquats pour la chirurgie implantaire bilatérale.

Fig. 7 et 8 : mise en place chirurgicale des implants : technique enfouie ; le positionnement cervical de l'implant dans le sens sagittal revêt une importance capitale.

Il en découle des règles de placement des implants dans le sens vestibulo-palatin.

Selon Belser et coll., le bord de l'épaulement implantaire doit se situer au niveau du point d'émergence idéal, en dehors de la zone de danger vestibulaire qui se trouve en avant d'une ligne virtuelle reliant les points d'émergence des dents adjacentes.

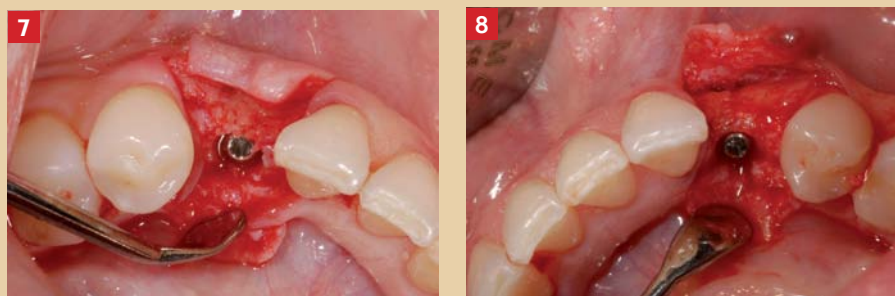
L'implant ne doit jamais être situé en vestibulaire par rapport à une droite joignant les collets des dents adjacentes.

Fig. 9 à 11 : vues occlusale et vestibulaires des piliers Atlantis™ titane émergeant des tissus mous en voie de cicatrisation 4 semaines après la mise en fonction et l'exposition de l'implant.

Ce nouveau concept de piliers sur mesure CAD/CAM Atlantis™ aujourd'hui à notre disposition, permettant la création optimale de l'étage intermédiaire implant/prothèse, offre au laboratoire de prothèse toute liberté de créer le profil, l'angulation et le volume optimal de l'émergence prothétique. On peut visualiser les volumes adaptés, les hauteurs optimales, les congés prothétiques exploitables et les profils d'émergence idéaux.

Fig. 12 et 13 : vues vestibulaire et occlusale des couronnes définitives céramiques 3 semaines après le scellement ; la forme et la position de la restauration sont correctes tout comme le profil d'émergence.

Fig. 14 et 15 : vues vestibulaires des couronnes définitives céramiques 3 semaines après le scellement ; la géométrie des papilles et leur volume ainsi que le contour gingival au niveau des couronnes d'usage sont maintenues.



INTERNATIONAL CERTIFICATE IN PERIODONTOLOGY AND IMPLANTOLOGY

NEW-YORK UNIVERSITY

UNIVERSITE DE BORDEAUX II

Sous la Présidence des Doyens

Pr. C. BERTOLAMI et Dr J.F. PELI

200 points

RESPONSABLES DE LA FORMATION

Pr K. BEACHAM ; Dr R. DA COSTA – NOBLE ; Dr Y. LAUVERJAT ; Dr W. VAN WILLIGEN

L'enseignement se déroule sur deux ans (6 semaines)

Les cours auront lieu à l'Université de Bordeaux II et à New-York University selon les dates

Semaine 1	10/12/12	14/12/12	Université de Bordeaux II
Semaine 2	11/03/13	15/03/13	New-York University
Semaine 3	07/10/13	11/10/13	New-York University
Semaine 4	09/12/13	13/12/13	Université de Bordeaux II
Semaine 5	24/03/14	28/03/14	New-York University
Semaine 6	07/07/14	11/07/14	New-York University

Traduction assurée

Principaux intervenants à l'Université de Bordeaux II (Semaines 1 et 4) :

Dr P. WEIGL ; Dr J-P. BERNARD ; Dr B. DAHAN ; Dr R. DA COSTA-NOBLE ; Dr Y. LAUVERJAT ;
Dr B. ELLA ; Pr P. CAIX ; Dr M. STEIGMAN ; Dr R. TANIMURA ; Dr A. KIRCH ; Dr A. SAADOUN ; Dr M. LEGALL

Principaux intervenants à New-York University (Semaines 2, 3, 5 et 6) :

Dr E. ROSENBERG ; Dr C. EVIAN ; Dr Z. MAZOR ; Dr N. ELIAN ; Dr P-D. MILLER ; Dr S. FROUM ; Dr F. CELENZA ;
Dr S. WALLACE ; Dr M. SONICK ; Dr G. ROMANOS ; Dr J. STAPPERT ; Dr D. VAFIADIS ; Dr P. HUNT ; Dr K. KLONSKY

COUT DE LA FORMATION

900 Euros × 2 = 2 semaines à Bordeaux 1800 Dollars × 4 = 4 semaines à New-York

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

International Certificate BX-NY- UFR d'ODONTOLOGIE, 16 Cours de la Marne 33082 BORDEAUX CEDEX
Dr DA COSTA-NOBLE (dacosta.noble.reynald@numericable.fr) – Dr LAUVERJAT (ylauverjat@aol.com)
Tél. 0556967636 – Fax 0556938542



NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : Fax : Email :@.....

Je suis intéressé(e) par la formation sur 2 ans « International Certificate in Periodontology and Implantology »



Fig. 16 et 17 : résultats radiologiques post-prothétiques mettant en évidence une parfaite ostéointégration des implants, une absence de perte osseuse marginale et une adaptation précise des restaurations prothétiques ; le remplacement d'une dent par un implant obéit à des règles de positionnement mésio-distal très strict et il est nécessaire d'avoir un espace inter-proximal entre une dent et un implant de 1,5 à 2 mm.

Conclusion

L'obtention de l'ostéointégration n'est désormais plus suffisante et elle doit s'accompagner d'une gingivo-intégration parfaite.

Les critères chirurgicaux sont évidemment primordiaux (position de l'implant, conservation maximale de l'os marginal résiduel, extraction/implantation immédiate etc.) mais aujourd'hui le choix de réaliser une prothèse scellée au moyen d'un pilier anatomique tel que celui proposé par le système Atlantis™ améliore le mimétisme auquel nous aspirons tous.

Le pilier Atlantis™ modèle de façon optimale le cône épithélio-conjonctif situé entre l'implant et la prothèse finale. La possibilité d'enfourer plus ou moins la limite

cervicale en fonction du type de parodonte permet de choisir le biomatériau usiné.

Les propriétés optiques de la zircone nous autorisent à placer la limite pilier/couronne en zone aisément lavable dans le secteur incisivo-canin mais ne doivent en aucun cas stéréotyper nos cas cliniques, le titane nitruré ou non, garantit également le succès esthétique des réhabilitations antérieures. ♦

Bibliographie

1. Furhauer et Al. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns : the Pink Esthetic score. *Clin Oral Implants Res* 2005 ; 16 : 639-644.
2. Gurel G. Les facettes céramiques : de la théorie à la pratique. 2005 *Quintessence international*.
3. Faucher A. Paris JC. Le guide esthétique. 2004 *Quintessence international*.
4. Borghetti A. Monet Corti V. Chirurgie Plastique Parodontale. 2008. *Éditions CdP*.
5. Chiche GJ. Pinault A. Esthetic of anterior fixed prosthodontic. Chicago : *Quintessence*. 1994 ; 13-32.
6. Rompen, Touati, Van Dooren. Factors influencing marginal tissue remodeling around implants. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2003 ; 15(10) : 754-761.
7. Armand S. La restauration unitaire antérieure en implantologie. *Quintessence international*. Éd. Réussir. 2008.
8. Cressole N. Vendeville P. Atlantis™ de Astra Tech : des piliers sur mesure CAD/CAM pour les principaux systèmes implantaires. *Implant* 2010 ; 16 : 275-287.
9. Patroni S. & coll. CFAO, zircone et limite de préparation tangentielle. *The european journal of esthetic dentistry* 2010. Vol 2(3) 208-230.





ANA.TZ[®]

**LE PILIER IMPLANTAIRE
ANATOMIQUE TITANE - ZIRCON
SUR MESURE**

LES
PROTHÈSES
IMPLANTAIRES



**NOUVELLE
GÉNÉRATION**

LA PRÉCISION TRIDIMENSIONNELLE

- **Biomatériaux** : sécurité de la connectique Titane et esthétique de la coiffe Zircon
- **Technologie** : précision de la CFAO (*Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur*)
- **Technique** : expertise d'un maître prothésiste au laboratoire, en Alsace

*10 ans de garantie
sur les piliers scellés.*

*Connectiques pour
les plus grandes
marques d'implants.*

OBJECTIF

LA PRÉCISION ANATOMIQUE, SUR MESURE

À propos de l'implant OsseoSpeed™ TX Profile d'Astra Tech



Dr Thierry BRINCAT

- Chirurgie dentaire (Toulon)
- Exercice exclusif en chirurgie et prothèse implantaire
- Diplôme en chirurgie et prothèse implantaire Université Claude Bernard Lyon



Dr Rémy ZUTTERMAN

- Chirurgie dentaire (Sanary-sur-Mer)
- Diplôme universitaire de chirurgie plastique parodontale Université Aix Marseille
- Attestation universitaire d'implantologie Université Aix Marseille

L'alvéolyse post-extractionnelle conduit à une perte du volume osseux après cicatrisation.

La difficulté d'obtenir des résultats esthétiques satisfaisants est associée aux caractéristiques anatomiques du secteur antérieur maxillaire avec notamment une corticale vestibulaire fine essentiellement constituée d'os fasciculé qui, suite à l'avulsion dentaire, va perdre sa fonction et se résorber précocement. Huynh Bah rapporte une épaisseur moyenne post-extractionnelle de seulement 0,8 mm.

Le remodelage osseux post-extractionnel de la corticale osseuse vestibulaire limite non seulement le volume osseux disponible mais est également à l'origine d'un effondrement des tissus mous.

L'alvéolyse post-extractionnelle, influencée par de nombreux facteurs, n'est pas arrêtée ou diminuée par la mise en place d'un implant en titane (Bousquet et al. 2011).

Type d'alvéole : classification D'Eliau (Eliau et al., 2007) (Schéma 1)

Le type 1 ne présente pas d'altération de la table osseuse vestibulaire. Résultat esthétique avec conservation du volume (technique de traitement associé comblement et membrane résorbable et prévisible).

Le type 2 présente une altération de hauteur de la table osseuse avec maintien de la hauteur des tissus mous. Cette situation est assez fréquente, les dents maxillaires présentant souvent des déhiscences osseuses vestibulaires.

Le type 3 associe une perte de tissus mous et ne donne pas de résultat prévisible sans faire appel à des techniques de chirurgie de reconstruction des tissus durs et de régénération des tissus mous. L'alvéole présente un risque important d'effondrement.

Étude de Sanz M. 2010

Étude clinique prospective randomisée évaluant la préservation osseuse en utilisant des implants de géométries différentes placés dans les alvéoles d'extraction.

Objectif : évaluer l'effet des implants coniques ou cylindriques sur la perte osseuse survenant au cours des 4 premiers mois après extraction/implantation immédiate.

Matériel et méthodes : les implants OsseoSpeed™ (45 cylindriques, 48 coniques) ont été mis en place immédiatement dans des alvéoles d'extraction, sans matériau de comblement additionnel ou de membrane.

Technique chirurgicale en un temps sans mise en charge. Des mesures ont été prises au moment de la chirurgie et à 16 semaines :

- dimensions horizontales et verticales du vide
- l'emplacement vertical de la crête osseuse
- l'épaisseur des parois osseuses

Résultats

- la conception de l'implant n'a pas d'influence significative sur les variables analysées
- la réduction de la hauteur verticale de la crête osseuse est plus prononcée en vestibulaire qu'en palatin (perte moyenne de 1,24 mm d'os en hauteur)
- la diminution de l'épaisseur des parois osseuses est plus prononcée en vestibulaire qu'en palatin (perte moyenne de 3,8 mm d'os en épaisseur)

Schéma 1

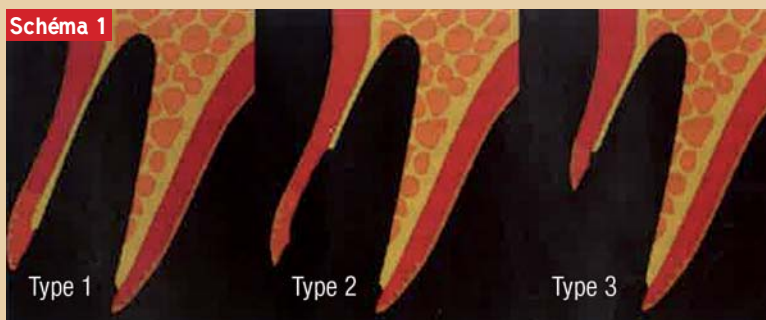


Schéma 1 : classification des alvéoles post-extractionnelles d'après Eliau et al., 2007 : l'extraction/implantation immédiate n'est conseillée que dans les cas où l'alvéole est intacte (tissus mous et dur de niveau normal type 1) ou bien lorsqu'il y a une petite perte osseuse régénérable par simple comblement et une gencive à un niveau normal (type 2) ; le type 3 avec une perte osseuse et gingivale importante contre-indique la technique d'extraction/implantation immédiate

Schéma 2



Schéma 2 : OsseoSpeed™ TX Profile

Ø 4,5 mm	Ø 5 mm	Ø 5,0 S
9 mm	2,4 mm	3,2 mm

Schéma 3

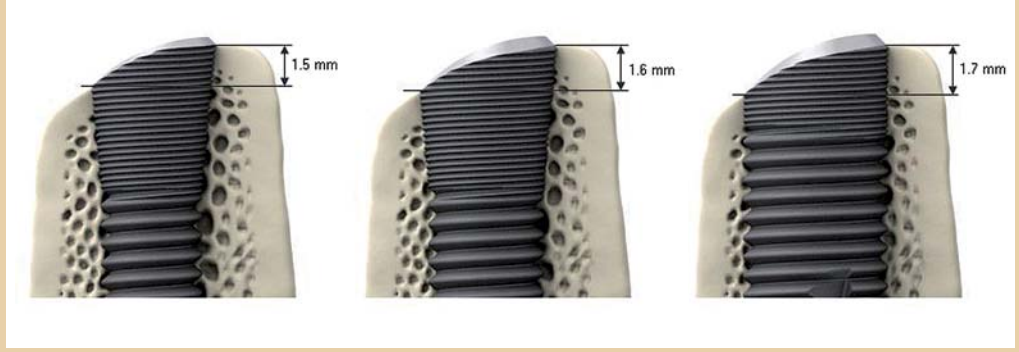


Schéma 3 : la conception inclinée au col de l'implant entraîne une différence de hauteur variant de 1,5 à 1,7 mm entre la portion linguale/palatine et buccale de l'implant en fonction du diamètre

Conclusion

Quel que soit l'implant, la crête osseuse développera un profil incliné au cours des 16 semaines qui suivent l'implantation.

L'implant anatomique, au col incliné OsseoSpeed™ TX Profile d'Astra Tech (Schémas 2 et 3)

Il peut être intéressant, afin de préserver au *maximum* une crête alvéolaire présente et de disposer d'une inclinaison implantaire qui épouse et qui tient compte de la morphologie de la corticale vestibulaire.

Cet implant a été développé en tenant compte des modifications morphologiques des crêtes alvéolaires antérieures maxillaires après avulsions dentaires.

L'implant anatomique OsseoSpeed™ TX Profile conserve la forme de son corps et présente les mêmes prouesses technologiques (micro-filetage Microthread™, état de surface OsseoSpeed™ cliniquement éprouvé, connexion conique Conical Seal Design™, et le Connective Contour, le biseau au col de l'implant Astra Tech BioManagement Complex™) que l'implant standard OsseoSpeed™ TX d'Astra Tech.

Le design de l'implant répond à un besoin clinique : il facilite la mise en place sur des crêtes inclinées et optimise la position de l'implant pour maintenir le support osseux marginal et esthétique.

La conception inclinée permet à l'implant de s'adapter à l'anatomie plutôt que de laisser l'anatomie s'adapter à la conception de l'implant ; ce qui est particulièrement adapté pour la pose d'implant dans le secteur esthétique.

L'implant Profile TX est spécialement conçu pour être utilisé dans les cas comportant un profil de crête inclinée et semble intéressant dans les cas d'alvéole de type 2 (classification d'Eliau) en technique d'extraction/implantation immédiate permettant ainsi de maintenir l'os marginal et les tissus mous perimplantaires.

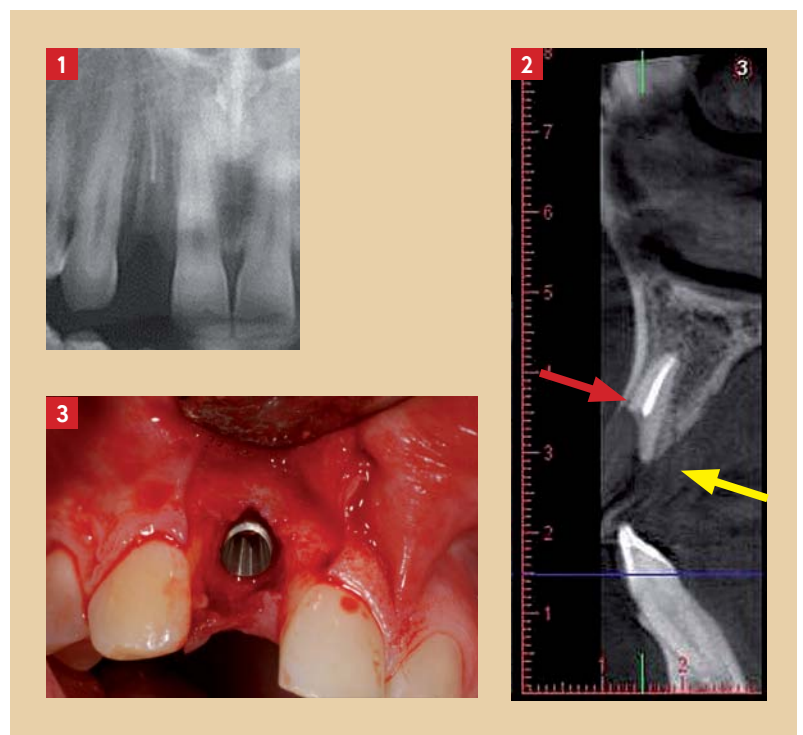
Cas clinique

Patient âgé de 28 ans présentant une fracture longitudinale de l'incisive latérale supérieure droite suite à un traumatisme sportif (chute en escalade).

Fig. 1 : radiographie initiale

Fig. 2 : examen scanner ; la coupe coronale montre un niveau crestal de la corticale vestibulaire plus apical que le niveau crestal de la corticale palatine

Fig. 3 : extraction non traumatisante de la dent afin de préserver l'intégrité des parois alvéolaires et mise en place immédiate d'un implant Astra Tech OsseoSpeed™ TX Profile 4,5/13 mm, en ayant comme objectif principal un positionnement tridimensionnel optimal de l'implant, avec une concordance de l'axe implantaire (anatomie) avec la future couronne, ce



qui assure un bon support et une stabilité des tissus mous peri-implantaires



Fig. 4 : mise en place d'un pilier de cicatrisation (technique 1 temps) permettant de faire correspondre la cicatrisation osseuse avec la cicatrisation des tissus mous peri-implantaires

Fig. 5 : mise en place d'un pilier sur mesure CAD/CAM Atlantis™ titane nitruré GoldHue™ permettant la création optimale de l'étage intermédiaire implant/prothèse, le titane est recouvert d'une couche de nitrure de titane (TiN) offrant une teinte chaude couleur or

Fig. 6 : vue vestibulaire de la couronne définitive céramo-céramique ; le collet de l'incisive latérale sur implant est en situation identique à la tangente passant par les collets de l'incisive centrale et de la canine ; le résultat esthétique semble satisfaisant

Fig. 7 à 9 : le feston gingival de l'incisive latérale sur implant est légèrement plus apical que le niveau de l'incisive controlatérale n'ayant aucune incidence esthétique lors du sourire du patient

Fig. 10 : résultat radiologique post-prothétique ; parfaite ostéointégration de l'implant, absence de perte osseuse marginale et adaptation précise des restaurations prothétiques

Bibliographie

1. Bousquet P, Bruneau I, Stappert C, Jame O, Gibert P. Implantation immédiate post-extractionnelle et conservation des volumes osseux : revue de littérature. *JPIO* 2011, Vol 30, 3 ; 1-15
2. Elian N, Cho SC, Froum S, Smith RB, Tarnow DP. A simplified socket classification and repair technique. *Pract Proced Aesthet.Dent* 2007 ; 19:99-104
3. Bousquet P, Bruneau I, Stappert C, Jame O, Orty V. Implantation immédiate post-extractionnelle et conservation des volumes osseux : protocole chirurgical. *JPIO* 2011, Vol 30, 4 ; 235-241
4. Sanz M., Cecchinato D., Ferrus J., Pjetursson E. B., Lang N. P. and Lindhe. A prospective randomized controlled clinical trial to evaluate bone preservation using implants with different geometry placed into extraction sockets in the maxilla. *J. Clin Oral Impl Res* 2010 ;21(1):13-21
5. Noelken R. Marginal bone maintenance and soft tissue aesthetics with the Astra Tech OsseoSpeed™ Profile Implant. A case report. *Dent Implantol.* 15,2, 76-82 2011
6. Araujo MG, Lindhe J : Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. *J.Clin.Periodontol* 2005 ; 32 : 645-652
7. Furhauser et Al : Evaluation of soft tissue around single tooth implant crowns : the pink esthetic score. *Clin Oral Implants Rest* 2005 ; 16 : 639-644



Dr E. Binhas,
Président & Fondateur

OBTENIR DES **RESULTATS CONCRETS**

CE N'EST PAS **UN LUXE**

**Des résultats tangibles. C'est ce que vous voulez.
C'est ce que nous vous proposons.**

NOS PROCHAINS SEMINAIRES OMNIPRATIQUES

ANNECY
3 MAI 2012

PAU
10 MAI 2012

BORDEAUX
7 & 8 JUIN 2012

VITROLLES
21 & 22 JUIN 2012

Au-delà des systèmes éprouvés que nous enseignons, les consultants du Groupe Edmond Binhas vous apportent une véritable expertise et un accompagnement dédié. Depuis 15 ans, nous aidons les chirurgiens-dentistes à pérenniser leur exercice tout en réduisant leur stress. De fait, 98% de nos praticiens constatent des résultats concrets dès les six premiers mois du programme.

Le consulting, un luxe ? Loin de là. Le consulting est l'investissement le plus rentable que vous ferez pour votre cabinet !

Obtenez des résultats !

Contactez-nous au :
+33 (0)4 42 108 108
contact@binhas.com

TRAVAILLEZ MIEUX, VIVEZ PLUS



**GROUPE
EDMOND
BINHAS**



w w w . b i n h a s . c o m

www.lefildentaire.com

33

042012lfd



ATTESTATION D'ETUDES EN IMPLANTOLOGIE

L'ensemble des prestations et déjeuners se déroule au Château de MONTCHAT, Place du Château, 69003 Lyon - Tél. 04 72 34 58 66 - Parking privatif assuré.
Ce programme de l'année universitaire 2012-2013 est à titre indicatif. De légères modifications peuvent intervenir au cours du prochain cycle.
Pour tout renseignement, contacter : Jean-Vincent HABOUZIT - 92 rue Masséna - 69006 Lyon - Tél. : (33) 04 72 82 94 70.

SESSION 1

CONNAISSANCES FONDAMENTALES

JEUDI 18 OCTOBRE 2012

8 h 30 - 8 h 45	PRÉSENTATION DU CYCLE	Dr. Christophe MEDARD - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO
8 h 45 - 12 h 00	ANATOMIE MAXILLAIRE ET MANDIBULAIRE APPLIQUÉE À L'IMPLANTOLOGIE	Dr. Thierry GORCE
14 h 00 - 16 h 00	LES BIO-MATERIAUX IMPLANTAIRES	Pr. Jacques DEJOU
16 h 30 - 18 h 30	LA CICATRISATION OSSEUSE PÉRI-IMPLANTAIRE	Dr. Christophe MEDARD

VENDREDI 19 OCTOBRE 2012

8 h 30 - 10 h 00	INTÉGRATION TISSULAIRE DES IMPLANTS	Dr. Christophe MEDARD
10 h 30 - 12 h 00	LE CHOIX DES SITES IMPLANTAIRES	Dr. Jacques FOURNIER
13 h 30 - 16 h 00	ASPECTS MEDICO-LÉGAUX EN IMPLANTOLOGIE	Dr. Jean-Pierre CHETRY
16 h 00 - 18 h 00	LES EXAMENS RADIOLOGIQUES	Dr. Jean-Christophe BOUSQUET

SAMEDI 20 OCTOBRE 2013

8 h 30 - 9 h 00	LES IMPLANTS : INDICATIONS ET CAHIER DES CHARGES	Dr. Gilles EDOUARD
9 h 00 - 10 h 00	LE DOSSIER CLINIQUE IMPLANTAIRE - BILAN MÉDICAL	Dr. Gilles EDOUARD
10 h 30 - 12 h 00	FACTEURS D'INFLUENCE POUR LA PRÉSERVATION DE L'OS MARGINAL PÉRI-IMPLANTAIRE	Dr. Thierry BRINCAT
13 h 30 - 15 h 30	TRAITEMENTS DES AGENESIES	Dr. Thierry BRINCAT
15 h 30 - 17 h 30	L'IMPLANT ASTRA TECH® : TRAVAUX PRATIQUES DE CHIRURGIE	Dr. Thierry BRINCAT

SESSION 2

CHIRURGIE

MERCREDI 5 DÉCEMBRE 2012

9 h 00 - 10 h 30	INCISIONS ET SUTURES EN IMPLANTOLOGIE	Dr. M. BRUNEL
TP 11 h 00 - 12 h 00	TRAVAUX PRATIQUES : SUTURES EN IMPLANTOLOGIE	Dr. M. BRUNEL - Dr. P. PALDINO - Dr. J.-M. LAIR - Dr. M. PERRIAT
TP 14 h 00 - 17 h 00	TRAVAUX PRATIQUES : ANATOMIE ET DISSECTION SUR PIÈCES HUMAINES / POSE D'IMPLANTS	Dr. Jean-Michel LAIR - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel BRUNEL

JEUDI 6 DÉCEMBRE 2012

9 h 00 - 12 h 00	CHIRURGIE EN DIRECT : POSE D'IMPLANT ET MISE EN CHARGE	Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO
14 h 00 - 16 h 00	TEMPORISATION ET MISE EN CHARGE IMMÉDIATE AVEC LE SYSTÈME REPLACE®	Dr. Michel BRUNEL
TP 16 h 30 - 18 h 00	TRAVAUX PRATIQUES : SYSTÈME REPLACE®	Dr. Michel BRUNEL

VENDREDI 7 DÉCEMBRE 2012

8 h 30 - 10 h 00	TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT	Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Christophe MEDARD
10 h 30 - 12 h 30	APPROCHE BIOLOGIQUE ET CLINIQUE AVEC LES IMPLANTS NOBEL ACTIVE®	Dr. Carole LECONTE
14 h 00 - 16 h 00	EXTRACTION IMPLANTATION IMMÉDIATE : INTÉRÊT DES IMPLANTS FRIADENT®	Dr. Pascal PALDINO
TP 16 h 30 - 18 h 00	TRAVAUX PRATIQUES : TEMPORISATION IMMÉDIATE SUR IMPLANTS FRIADENT®	Dr. Pascal PALDINO
18 h 30	ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	

SAMEDI 8 DÉCEMBRE 2012

8 h 30 - 12 h 00	PARTAGER TRENTE ANS D'EXPÉRIENCE EN IMPLANTOLOGIE	Dr. Gérard SCORTECCI
13 h 30 - 15 h 30	IMPLANTOLOGIE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR : SYSTÈME SIMPLANT®	Dr. Dominique CASPAR

SESSION 3

PARODONTOLOGIE, IMPLANTS ET PROTHÈSE 1

JEUDI 24 JANVIER 2013

8 h 30 - 10 h 30	LES AMÉNAGEMENTS TISSULAIRES PÉRI-IMPLANTAIRES (CHIRURGIE MUCCO-GINGIVALE)	Dr. Virginie MONNET-CORTI
11 h 00 - 13 h 00	INTÉRÊT CLINIQUE DE L'ÉVOLUTION STRAUMANN®	Dr. Jean-Pierre BERNARD
14 h 00 - 15 h 30	MALADIE PARODONTALE ET IMPLANTS	Dr. Philippe COLIN
16 h 00 - 18 h 00	EXPANSION OSSEUSE : FRONTIÈRE ENTRE GREFFE OSSEUSE ET RÉGÉNÉRATION OSSEUSE GUIDÉE (R.O.G.)	Dr. Philippe COLIN

VENDREDI 25 JANVIER 2013

8 h 30 - 10 h 30	LES FACTEURS DE CROISSANCE PLAQUETTAIRES PRF: MODE D'EMPLOI	Dr. Joseph CHOUKROUN
11 h 00 - 12 h 30	LES ÉCHECS EN IMPLANTOLOGIE ET LEURS SOLUTIONS	Dr. Marc BERT
14 h 00 - 16 h 00	LES ÉCHECS EN IMPLANTOLOGIE ET LEURS SOLUTIONS (suite)	Dr. Marc BERT
16 h 30 - 18 h 00	TECHNIQUES CHIRURGICALES AVANCÉES	Dr. Philippe LECLERCQ

SAMEDI 26 JANVIER 2013

8 h 30 - 11 h 00	L'OCCCLUSION FONCTIONNELLE EN IMPLANTOLOGIE	Dr. Marc BERT
11 h 00 - 12 h 30	IMPLANTS COURTS - IMPLANTS ANGULÉS	Dr. Thomas FORTIN
13 h 30 - 15 h 30	CONSERVER OU EXTRAIRE ET IMPLANTER ?	Dr. Jean-Pierre OUHAYOUN
TP 16 h 00 - 18 h 00	TRAVAUX PRATIQUES : STRAUMANN	Dr. Michel BRAVARD

SESSION 4

IMPLANTS ET PROTHÈSE 2

JEUDI 14 MARS 2013

8 h 30 - 12 h 00	IMPÉRATIFS DE LA PROTHÈSE SUR IMPLANTS	Pr. Bernard PICARD
14 h 30 - 16 h 00	PROTHÈSE UNITAIRE, PROTHÈSE SECTORIELLE ET BRIDGE DE GRANDE ÉTENDUE SUR IMPLANTS	Dr. Pascal PALDINO
TP 16 h 30 - 17 h 30	VIDÉO EN DIRECT : PRISE D'EMPREINTE	Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel BRUNEL

VENDREDI 15 MARS 2013

8 h 30 - 10 h 30	LES CLÉS DU SUCCÈS EN SECTEUR ANTÉRIEUR	Dr. Thierry BRINCAT
TP 11 h 00 - 12 h 30	TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT	Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Thierry BRINCAT - Dr. Christophe MEDARD
14 h 00 - 15 h 30	MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN IMPLANTOLOGIE	Dr. Christian RIBAUUX
16 h 00 - 18 h 00	CHOIX DU MATÉRIAU ET DE LA TECHNIQUE D'EMPREINTE EN IMPLANTOLOGIE APPORT DES NOUVELLES TECHNIQUES POUR LA PASSIVATION DES ARMATURES DE GRANDE ÉTENDUE	Dr. Christophe MEDARD

SAMEDI 16 MARS 2013

8 h 30 - 10 h 00	CONNECTIQUE ET ESTHÉTIQUE	Dr. Thierry GOTUSSO
10 h 30 - 12 h 30	GREFFES OSSEUSES PRÉ-IMPLANTAIRES : ACQUIS ET PERSPECTIVES	Dr. Michel JABBOUR
TP 14 h 00 - 16 h 00	TRAVAUX PRATIQUES : MATERIALISE®	Dr. Laurent SERS
16 h 30 - 18 h 00	IMPLANTATION SOUS-SINUSIENNE : TECHNIQUE DES OSTEOTOMES - ABORD VESTIBULAIRE	Dr. Michel PERRIAT

SESSION 5

TRAVAUX PRATIQUES ET CHIRURGIE EN DIRECT

JEUDI 30 MAI 2013

TP 8 h 30 - 12 h 00	CHIRURGIE IMPLANTAIRE EN DIRECT (C.S.E.R.D. de Lyon)	Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Christophe MEDARD
14 h 00 - 16 h 00	PIEZOCHIRURGIE	Dr. Jean-François MICHEL
TP 16 h 30 - 18 h 00	TRAVAUX PRATIQUES : IMPLANTS EUROTEKNIKA®	Dr. Jean-François MICHEL

VENDREDI 31 MAI 2013

TP 8 h 30 - 10 h 00	TRAVAUX PRATIQUES : ÉTUDES DE SCANNERS	Dr. Michel PERRIAT - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Christophe MEDARD
TP 10 h 30 - 12 h 30	TRAVAUX PRATIQUES : LE NOBEL GUIDE®	Dr. Michel BRUNEL - Dr. Gilles EDOUARD - Dr. Jacques FOURNIER
14 h 00 - 16 h 00	IMPLANTOLOGIE POST-EXTRACTIONNELLE : IMMÉDIATE OU DIFFÉRÉE ?	Dr. Anne BENHAMOU
16 h 00 - 18 h 00	INTÉRÊT DE LA CHIRURGIE GUIDÉE : COMMENT ÉVITER LES GREFFES ?	Dr. Michel PERRIAT - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Maxime BRUNET

SAMEDI 1^{er} JUIN 2013

9 h 00 - 9 h 15	PHOTO DE LA PROMOTION
9 h 15 - 11 h 15	EXAMEN ÉCRIT (2 SUJETS D'UNE HEURE)
11 h 30	COCKTAIL DE FIN DE STAGE

TP TRAVAUX PRATIQUES

 INTERVENTION FILMÉE

 TABLE RONDE

Traitement en un jour par prothèse partielle fixée sur implants



Dr Igal BALAN
 ■ DMD Kyriat Yam, Israël

Cas clinique

Cas complexe (Fig. 1 et 2) :

- patiente de 61 ans
- aucune maladie antérieure
- maladie en cours : hypertension
- para-fonctions buccales : aucune
- hygiène buccale : moyenne
- motivation et attentes : élevées
- non fumeur
- doléance principale : douleur à la zone antérieure de la mandibule

Traitements dentaires antérieurs

5 ans avant la présente intervention, deux implants vissés avaient été insérés sur la partie gauche de la mandibule ainsi que deux Disc-Implants. Ces implants avaient été mis en charge immédiatement avec un bridge métal-céramique.

Protocole chirurgical de l'intervention de ce jour

Il a été décidé de réaliser l'extraction de toutes les dents mandibulaires restantes, de pratiquer des implantations immédiates et de mettre en charge immédiatement ces implants avec un bridge en résine, utilisant des dents Ivoclar Vivadent sur une barre en titane soudée au laser.

Fig. 3 et 4 : à la suite des extractions, trois implants vissés (SAFE IMPLANT) ont été insérés au niveau des 42, 46 et 47, ainsi que deux implants BICORTICAL dans les zones présentant les pertes osseuses les plus importantes. Tous les implants ont été insérés avec un torque supérieur à 40 N/cm.

Fig. 5 à 7 : des multi-units angulés ont été connectés aux implants de 46-47 et des multi-units droits sur les implants de la zone antérieure.

Fig. 8 : les alvéoles laissées vides après extraction ont été comblées par un substitut osseux : HA/Btcp/6040 EASY GRAFT CRYSTAL (D.S matériaux biodégradables).

Fig. 9 et 10 : nous avons positionné, sur les multi-units, des transferts dits en « ciel fermé » avec leur coping plating (distributeur exclusif : SAFE IMPLANT) permettant d'avoir une prise d'empreinte de repositionnement idéal, sans contrainte et ultra-rapide. Les tissus mous ont été suturés avec un fil 4,0 résorbable (VICRYL RAPID de J&J).



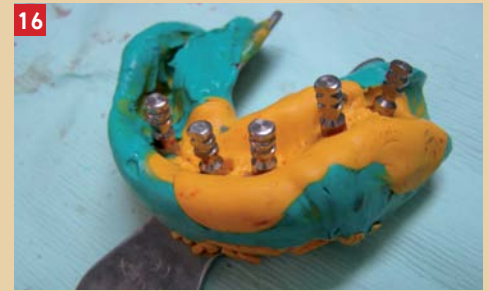
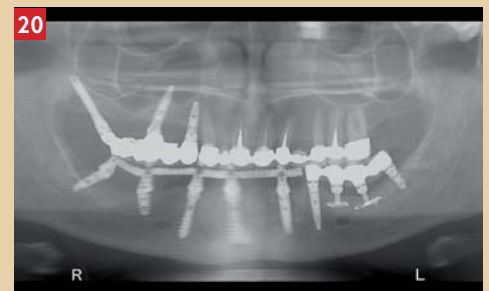
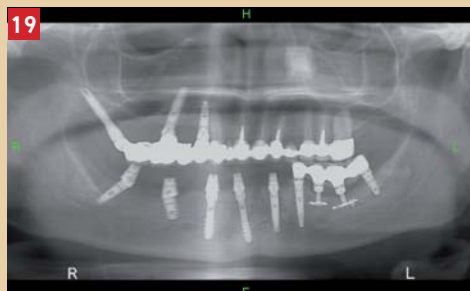


Fig. 11 à 16 : des coiffes pour la prise d'empreinte ont été placées par-dessus les transferts ; ces coiffes ont été solidarisées entre elles par du fil rétracteur renforcé par du composite du type de celui utilisé pour les couronnes provisoires.

Fig. 17 et 18 : trois heures après la chirurgie, un bridge résine vissé sur implants était prêt pour la pose. La structure en résine était renforcée par une barre en titane soudée au laser, et les dents utilisées étaient des IVO-CLAR VIVADENT.

La patiente a été mise sous Augmentin 875 mg, 2 g/jour pendant 7 jours, et il lui a été recommandé de ne mastiquer que des aliments assez tendres pendant 45 jours.

Fig. 19 et 20 : à six mois post-opératoires, le bridge provisoire en résine fut remplacé par un bridge d'usage en métal-céramique lui aussi vissé sur les implants. ◆



Relation chirurgie implantaire, gingivale et réhabilitation prothétique



Dr Cyril GAILLARD

- DU de réhabilitation chirurgicale maxillo-faciale
- CES prothèses fixées
- CES prothèses amovibles
- Fondateur de Global Advanced Dentistry



La réhabilitation esthétique du secteur antérieur sur implant est un véritable challenge pour le clinicien. Aujourd'hui, l'ostéointégration d'un implant n'est plus le seul objectif de nos restaurations. Nous devons associer à la pose des implants des techniques complémentaires comme les greffes de tissu conjonctif, les mises en esthétique immédiate et l'utilisation des matériaux tels que la zircone pour optimiser les résultats esthétiques.

Fig. 1 : suite à un accident, le patient se présente au cabinet avec une fracture radiculaire de la 22, une fracture de l'os alvéolaire vestibulaire de la 21 à la 22, et des fractures coronaires sur 21 et 11. Nous temporisons en réalisant des composites sur 11 et 21 ainsi qu'une couronne provisoire sur la 22.

Fig. 1 et 2 : après trois mois de cicatrisation de l'os alvéolaire, nous décidons d'extraire la 22 et de réaliser la pose immédiate d'un implant Nobel Active ainsi qu'une greffe de tissu conjonctif (prélèvement palatin). Un pilier en zircone est positionné et une couronne provisoire est mise en place le même jour. Le design du pilier zircone et celui de la couronne

provisoire sont travaillés dans la partie transgingivale pour obtenir une zone périphérique concave.

Fig. 3 : après six mois de cicatrisation, nous préparons les dents 11 et 21 en technique de préparation contrôlée pour la réalisation de facettes. La couronne provisoire sur implant est déposée et une empreinte est prise après éviction gingivale avec cordonnet.

Fig. 4 : le céramiste (Jérôme Bellamy, Infinity Crystal) réalise les facettes en vitrocéramique Emax ainsi qu'une couronne vitrocéramique sur le pilier zircone. Nous essayons les éléments prothétiques puis les collons.

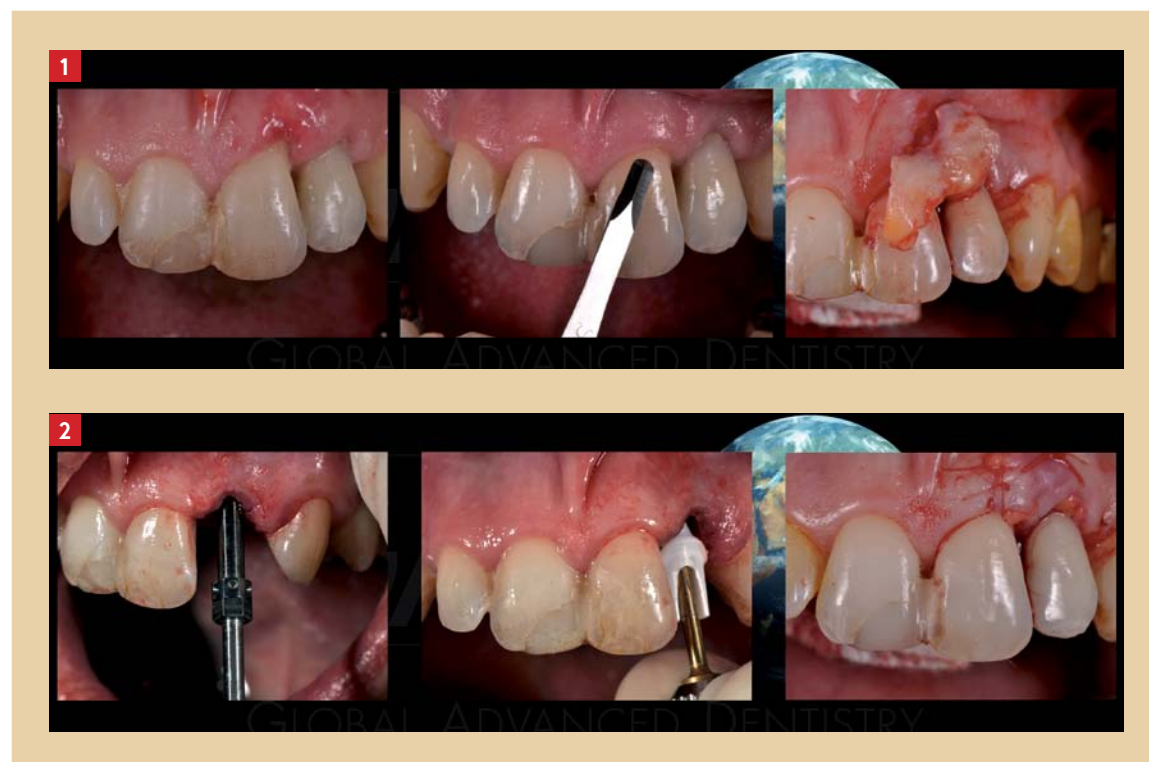
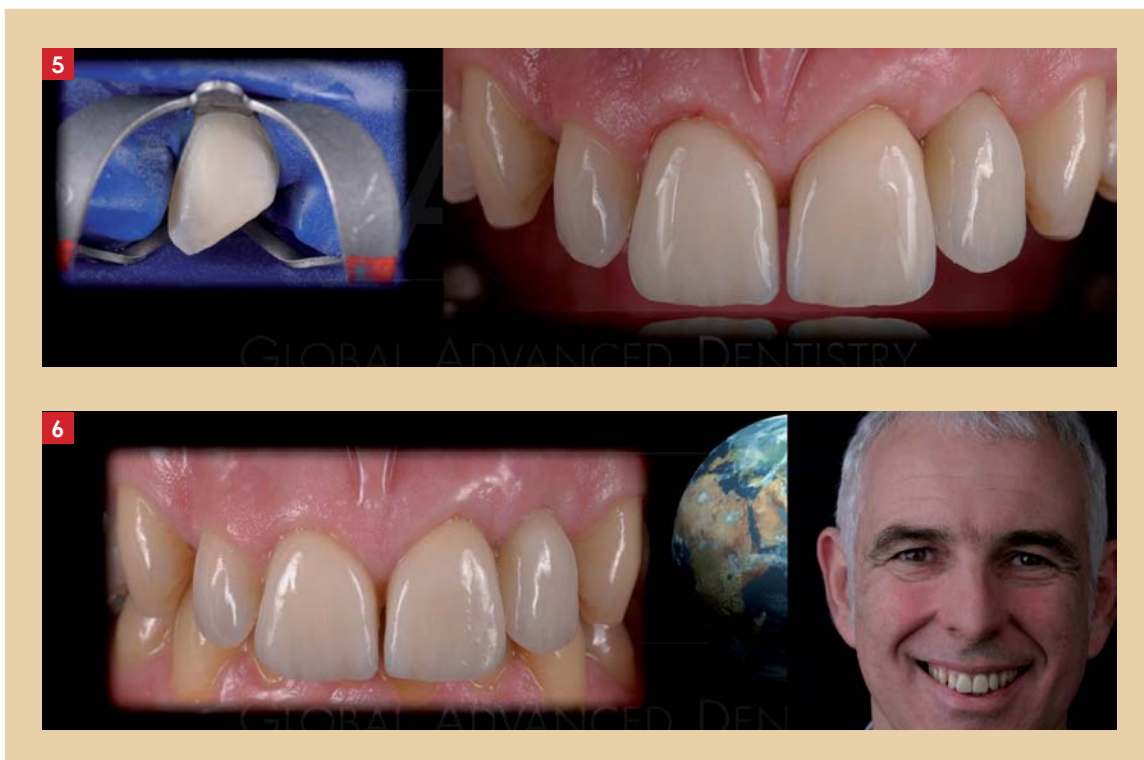




Fig. 5 : le collage se fait sous digue pour les dents naturelles. Après micro-sablage, l'etching est placé sur les dents puis rincé. Ensuite, l'adhésif est appliqué. L'intrados des céramiques est préparé à l'aide d'acide fluorhydrique puis de silane. L'assemblage est réalisé à l'aide du composite de collage. Pour le collage sur le pilier implantaire, nous utilisons une

colle autoadhésive. Avant l'assemblage en bouche, nous positionnons un cordonnet rétracteur autour du pilier implantaire afin d'éviter la migration de colle vers l'implant.

Fig. 6 : vues finales : nous notons la maturation gingivale et l'intégration prothétique. ♦





Rencontre avec... Frédéric Gaultier

Le 31 mai prochain se tiendra la 4^{ème} édition du congrès de la Dental Laser Academy. Nous avons rencontré le Dr Frédéric Gaultier qui en est le co-fondateur.

Le Fil Dentaire (LFD) : alors que le laser était encore une technologie controversée au sein de la profession, il y a maintenant 6 ans, avec le Dr Gérard Navarro, vous avez fondé la Dental Laser Academy. Pouvez-vous nous rappeler l'objectif d'une organisation exclusivement ciblée sur le laser ?

La Dental Laser Academy a été créée pour combler le vide auquel étaient confrontés les praticiens à raison d'un congrès tous les 2 ans, et des TP tous les 3 mois réalisés au cabinet.

Dans notre pratique nous avons vite perçu les extraordinaires propriétés des lasers tant sur le plan de la cicatrisation que du confort des patients, ainsi que leur efficacité thérapeutique jusqu'à la simplification de nos protocoles. La mission de notre société scientifique est d'enseigner les applications des lasers en omnipratique mais également en orthodontie et implantologie, en commençant par la physique des lasers.

La DLA fait désormais partie de la WFLD (World Federation for Laser Dentistry) et représente à ce titre la France dans cette instance officielle internationale, composée de sociétés scientifiques et de nombreuses universités.

muco-gingivale avec un souci de recouvrement radiculaire prédictif ; l'élimination de la smear layer dans le tiers apical par effet photoacoustique, en passe de révolutionner l'endodontie ; l'utilisation de la PDT (PhotoDynamic Therapy) en parodontologie qui permet aujourd'hui une action antibiotique au sein des poches, sans résistance bactérienne induite ni allergie médicamenteuse, autant de fois que le praticien souhaite l'indiquer pendant la thérapeutique parodontale ou la maintenance.

LFD : de nombreux confrères confient ne pas utiliser le laser par ignorance. Le congrès permet-il une meilleure appréhension du marché des lasers et de ses applications ?

Les applications lasers sont peu enseignées à la faculté de chirurgie dentaire. L'intérêt du laser a longtemps été résumé à son impact commercial et marketing.

Il faut prendre un peu de recul et constater que nos confrères médecins ont intégré les lasers dans leur arsenal thérapeutique au côté des thérapeutiques conventionnelles.

Un congrès comme les rendez-vous internationaux du laser dentaire permet de cibler la longueur d'onde qui correspond le mieux à son activité, échanger avec des confrères expérimentés et appréhender le marché des lasers avec l'ensemble des fabricants présents.

Enfin, les conférenciers présentent un large panel des applications en dentisterie laser assistée et les innovations tant sur le plan clinique que scientifique.

LFD : le laser représente un investissement financier important pour un cabinet dentaire, de quelle manière peut-il être amorti voire rentabilisé ?

L'achat d'un laser représente un coût compris entre 5 000 et 65 000 €, c'est un investissement financier important. Afin d'établir un ratio rentabilité/investissement, il faut commencer par comprendre ce que l'on fait, les effets bénéfiques apportés à nos actes courants et intégrer les nouvelles applications thérapeutiques. Dès lors, il suffit de facturer avec tact et mesure selon le plateau technique dont nous disposons.

Par expérience, la satisfaction en retour des patients est très positive, tout comme celle des praticiens qui disposent d'une palette d'actes supplémentaires adossés à leur pratique conventionnelle. ◆

L'intérêt du laser a longtemps été résumé à son impact commercial et marketing

LFD : la 4^{ème} édition de ce congrès qui se déroulera le 31 mai prochain s'intitule : un atout incontournable au quotidien. Considérez-vous que le laser puisse accompagner les praticiens dans tous les actes thérapeutiques courants ?

Définitivement. J'irai plus loin en considérant que certains actes ne peuvent être réalisés sans laser : la chirurgie



La 4^{ème} édition des **rendez-vous internationaux du laser dentaire** organisée par la Dental Laser Academy se tiendra le **jeudi 31 mai 2012** à l'auditorium Paris Centre Marceau (75008)
renseignements et inscriptions sur www.dental-laser-academy.com rubrique « congrès 2012 »



Dédié à l'excellence

NOUVEAU SITE



**Rendez-vous est pris
JEUDI 3 MAI 2012 à 10h00**

VOTRE FAÇON DE PRATIQUER NE SERA PLUS JAMAIS LA MEME !



SIEGE SOCIAL
231 RUE ST-HONORÉ
75001 PARIS

www.gad-center.com

**LIEUX DE
FORMATION**
BORDEAUX - PARIS

Cohésion d'équipe : réveillez vos réunions

Alors que les réunions d'équipe font l'unanimité dans les outils de cohésion d'équipe, force est de constater que nombreux sont les cabinets qui ne font pas de réunion, ou du moins pas de manière régulière ou qui ont basculé dans ce que j'appelle la « réunionite ». Manque d'implication des participants, des sujets qui reviennent sans cesse, des discussions qui s'éternisent, plans d'action inexistantes... comment redynamiser ces moments d'échange ?



Dr Edmond BINHAS
■ Fondateur
du Groupe Edmond
Binhas

Ennuyeuses, trop longues ou trop rares... Tels sont les commentaires que l'on peut entendre des membres de l'équipe, personnel ou praticien, lorsqu'on les interroge sur les réunions. Ils vont même parfois jusqu'à dire qu'elles sont inutiles et qu'ils pourraient se dispenser d'y assister sans que cela nuise à leur travail au quotidien. Pourquoi donc les réunions ont-elles si mauvaise réputation ? À mes yeux, il y a deux causes principales.

La première, c'est en général parce que les réunions ne sont pas suffisamment préparées. Elles manquent de rythme, les débats s'enlisent et tout le monde a l'impression de perdre son temps alors que par ailleurs, chaque membre de l'équipe manque de temps pour boucler ses tâches au quotidien.

Ou alors, deuxième raison, les réunions ne sont pas devenues un « rituel » dans l'organisation du cabinet. Elles ne sont faites que lorsqu'il y a des problèmes. Elles deviennent ainsi le bureau des pleurs et des lamentations, perdent tout esprit de créativité et ne rentrent plus dans un *processus* d'amélioration continue de l'organisation du cabinet. Et pourtant, j'ai l'habitude de dire lors de mes interventions que : « c'est quand il fait beau que l'on répare le toit ! »

La circulation de l'information à travers les réunions est une des grandes fonctions et responsabilités de l'or-

ganisation. En effet la bonne information, à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit... contribue largement à l'implication de l'équipe, à l'efficacité de l'organisation ainsi qu'à l'image donnée par le cabinet aux patients. Toutefois, l'exercice ne reste pas sans difficulté et il est souvent sujet à critique.

Voici quatre techniques qui je l'espère, pourront donner un nouveau souffle, une nouvelle dynamique à vos réunions d'équipe. Ces techniques s'appliquent aux réunions mensuelles des équipes dentaires.

Faites en sorte que toutes les idées puissent s'exprimer

Une réunion, quelle qu'elle soit, se prépare. Ne comptez pas sur votre don d'improvisation au risque de contracter à court terme « la réunionite aiguë ». On se donne bonne conscience en programmant des réunions mais chacun des membres de l'équipe vient à reculons, les sujets et questions abordés reviennent en boucle et se limitent à des constats généralement stériles pour le développement du cabinet. On perd du temps alors que ces réunions sont au contraire faites pour en gagner. Bien souvent à moyen terme, ces réunions disparaissent !

Aussi, la préparation de la réunion est essentielle. En amont, il est important de solliciter tous les protagonistes sur les idées ou questions qu'ils veulent voir aborder. Vous pouvez leur demander de les noter sur un support spécifique. Vous multipliez ainsi les pistes de réflexion et serez plus à même d'identifier les priorités dans les thèmes à traiter.

Rassurez-vous toutefois, vous restez maître de l'ordre du jour établi. Si certaines suggestions n'ont pas été retenues, elles pourront être traitées ultérieurement et individuellement avec la personne concernée ou enrichir un prochain ordre du jour.

Confiez l'animation à un ou plusieurs participants

Bien que vous soyez, en tant que praticien, l'animateur naturellement désigné pour l'animation des réu-



Consignes : utilisez ce formulaire pour établir l'ordre du jour de la réunion

1. Priorisez les sujets à aborder

(Notre suggestion : pas plus de 3 priorités par réunion)

■ **SUJET 1**

■ **SUJET 2**

■ **SUJET 3**

Ouvert au débat :

Oui Non

Si oui, temps dédié au débat

Oui Non

Si oui, temps dédié au débat

Oui Non

Si oui, temps dédié au débat

Fig. 1 : exemple de trame pour établir un ordre du jour

nions, il n'en reste pas moins que là aussi, il faut savoir déléguer. En effet, faites en sorte que chacun des participants puisse jouer l'animateur à tour de rôle. Vous pouvez demander à chacun d'intervenir en fonction des projets déjà confiés pour faire un point sur l'avancée de ces derniers ou faire part d'un résultat. Ou encore solliciter des volontaires au fil de l'évolution des débats. Les personnes, après avoir goûté aux difficultés du rôle d'animateur, font en général plus d'efforts pour rester attentives et se montrent plus impliquées. Cette mobilisation de chacun se révèle indispensable lorsqu'il faut trouver une solution rapide à un problème. Dernière option, plus simple à mettre en œuvre : sans déléguer l'animation, demandez à un membre de l'équipe de surveiller le timing et le temps dévolu à chaque sujet, à une autre personne la responsabilité de veiller à l'ordre du jour et enfin confiez à une troisième la prise de note pour le compte rendu de la réunion par exemple.

Relancez l'attention en utilisant différents supports

Il est prouvé que notre capacité à rester concentré n'excède pas, en général, vingt minutes. Passé ce délai, l'idéal est de changer de support pour relancer l'intérêt des participants. Il y a le traditionnel paperboard pour noter des idées à la volée mais pourquoi ne pas utiliser un vidéo-projecteur ou un ordinateur relié à un écran télé, ou encore une tablette suivant les projets évoqués ?

Pour conclure, appliquez la règle des trois temps

Une réunion doit forcément déboucher sur un plan d'action. Si vos réunions sont rythmées et chaleureuses, mais que rien de concret n'en sort, l'objectif

est manqué. Aussi, je vous invite à procéder en trois temps : le premier peut être utile pour lister et faire l'inventaire des problèmes ou des questions à se poser, le deuxième doit être consacré à recenser les réponses possibles et le troisième à décider du plan d'action. Ainsi chacun des membres de l'équipe repartira avec un échéancier clair, des dates butoirs et une idée précise de la tâche à accomplir.

Les réunions, éléments incontournables de la vie du cabinet, représentent du temps improductif INVESTI. Se réunir, c'est créer des richesses pour l'entreprise. L'efficacité de l'organisation, le gain de temps et la dynamique interne qui en découle, sont autant de retours sur investissement. Cependant, les conditions *sine qua non* de la réussite de ces réunions, résident dans la préparation, le déroulement et la définition d'objectifs qui doivent être compris par tous les participants.

Dans cette optique, l'animateur de réunion a un rôle résolument actif et capital. Il est sur tous les fronts. Il doit veiller au respect du timing, à l'avancée des débats, s'assurer que chacun participe et formaliser les échanges.

Et il est vrai que réunir des individus afin, ensemble, de prendre des décisions importantes pour la vie du cabinet et la vie d'équipe au cabinet, crée une dynamique de groupe étonnante. À condition de savoir mettre en œuvre cette dynamique et de respecter les décisions prises...

Maintenant, à vous de jouer !



CONTACT

Groupe Edmond Binhas

Claudette
5 rue de Copenhague, BP 20057, 13742 Vitrolles Cedex

0 800 521 764

APPEL - GRATUIT DE PLUS EN PLUS

Tél. : 04 42 108 108 - Email : contact@binhas.com

www.binhas.com

Les responsabilités en implantologie

Première partie



La fiabilité et la reproductibilité du processus d'ostéo-intégration a permis à l'implantologie orale d'intégrer sans complexe la communauté médico-chirurgicale. Depuis le 20 mars 1985, la jurisprudence labellise l'acte implantaire en tant que technique suffisamment éprouvée. Ce nouvel outil thérapeutique, s'il enrichit notre arsenal prothétique, génère par sa banalisation, litiges et contestations. Nous nous devons de les prévenir en prenant en compte le lot de toutes nos responsabilités liées à certaines obligations.



Dr Jean-Pierre CHETRY

- Diplômé de la faculté de médecine de Marseille
- DU d'implantologie chirurgicale
- DU de prothèse implantaire
- Chargé de cours à la faculté
- Expert judiciaire près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence
- Membre associé national de l'Académie nationale de chirurgie
- Membre de la Commission de législation

Obligation d'information

Claire, loyale et appropriée, elle doit porter sur plusieurs points.

Les moyens d'investigation

Ils s'appuient sur l'imagerie médicale moderne.

Le diagnostic

C'est-à-dire la maladie ou l'infirmité dont souffre le patient, l'évolution prévisible, mais aussi les conséquences en cas de non traitement.

Le traitement implantaire chirurgical et prothétique

Il doit donner aussi l'alternative aux techniques prothétiques traditionnelles en tenant compte de la « règle de proportionnalité », c'est-à-dire la balance entre avantages et inconvénients de chaque technique.

Les risques thérapeutiques

Le risque zéro n'existe pas. Chaque acte comporte un risque potentiel admis par les juges, les médecins, les experts mais souvent mal compris par les patients. Il y aurait lieu d'en dérouler tout le cortège avec en retour le risque supplémentaire d'y ajouter angoisse et appréhension, pouvant interférer sur la bonne marche du traitement implantaire, voire même l'annuler.

Pour le **Conseil d'État**, le souci de ne pas accroître l'inquiétude des patients (limitation thérapeutique de l'information) n'est pas un argument valable pour justifier une information incomplète. **L'arrêt du 15/10/1997** de la **Cour de Cassation** assimile l'implantologie à une chirurgie de confort et de convenance sans nécessité vitale et dont l'information doit porter sur les risques courants, mineurs, graves, exceptionnels, et les incon-

véniants pouvant en résulter. Cela peut revenir à donner au patient une chance de refuser le traitement pour éviter tout risque thérapeutique. Nous voyons bien, avec un tel contexte décisionnel, les effets pervers des meilleures intentions.

Le renversement de la charge de la preuve

Arrêt Hedreuil-Cousin du 25 février 1997 (Cour de Cassation) : le devoir d'information incombe au praticien, si le patient en conteste la qualité, c'est à lui d'en donner la preuve.

Les modalités matérielles de l'information

Arrêt du 14/10/1997. Elles revêtent différentes formes et peuvent se donner en présence d'une tierce personne, l'assistante étant exclue en tant que témoin car sous l'autorité salariale du praticien. À côté de ces informations verbales dont la valeur est toujours aléatoire, les juges considèrent que le nombre de rendez-vous, leur durée et leur espacement dans le temps sont vecteurs d'information par « faisceau de présomption » (Article 1353 du NCPP).

Cour d'Appel de Poitiers, 3^e Chambre Civile du 12/01/2011 : les juges parlent de « déduction ». Même si un document écrit, signé et daté fait autorité « *summa probatio* », il faudra toujours privilégier le colloque singulier et la dimension humaine en donnant au patient conseils et temps de réflexion, tout en le guidant dans son choix.

Les prix

Article 33 du Code de Déontologie. Ils se fixent avec tact et mesure. Pour les tribunaux, il n'y a pas de barème fixe, car ils dépendent de la difficulté des cas, des matériaux utilisés, des exigences des patients et de la notoriété du praticien.

Le devis

Arrêt Yves Galland du 17/10/1996. Il est d'autant plus obligatoire pour une prestation de confort, de convenance et d'esthétique avec quinze jours de réflexion et une deuxième signature avant l'exécution. Signifier les modalités de remboursement de la Sécurité Sociale et de la mutuelle. Si un devis est refusé, il faut toujours le conserver.

Le consentement éclairé

S'il n'est pas obligatoire de façon écrite (**arrêt du 18/03/2003, Cour de Cassation**), il facilite l'administration de la preuve : le patient reconnaissant par écrit (preuve suprême), préalablement au traitement implantaire, des bienfaits, avantages, risques et exigences thérapeutiques qu'il incombe, ainsi que la possibilité de techniques alternatives. Nous pourrions aussi faire référence à la nécessité pour le patient de ne pas rompre le contrat de soins et d'assurer les contrôles annuels.

Obligations de moyens

Article 1147 du Code de Procédure Civile

Le chirurgien-dentiste est tenu à une obligation de moyens dans les soins qu'il prodigue à son patient.

Obligation morale

Arrêt Mercier du 20/05/1936. Il s'agit du contrat dans lequel le praticien s'engage à donner des soins attentifs et adaptés avec science et conscience et dans les règles de l'art. Les règles de l'art sous-entendent, en plus, qu'en praticiens avisés, nous ne devons pas céder aux exigences de nos patients par un travail inapproprié à son état, même avec une décharge écrite de sa part.

Obligation de diligence

Il y a lieu de voir le patient dans des délais compatibles avec son état de santé pendant son traitement implantaire et d'assurer un suivi dans les contrôles.

Obligation technique

Il s'agit de donner des soins en fonction des **données acquises de la science**, non des dernières. Cela sous-entend l'utilisation de techniques et matériels implantaires suffisamment éprouvés et qui ont subi des expérimentations. La **Loi Kouchner 05/10/2002** redéfinit



les données acquises de la science en **connaissances médicales avérées** dont l'efficacité a été reconnue.

Obligation de sécurité

Nous ne devons pas exercer la chirurgie implantaire dans des conditions qui puissent porter atteinte à la santé et à la sécurité de nos patients :

- ne pas faire courir de risque disproportionné par rapport aux bénéfices escomptés
- nécessité d'un bilan de santé établi et contrôlé de préférence par le médecin traitant pour écarter toute contre-indication générale
- nécessité d'un bilan radiographique (panoramique, scanner, clichés rétro-alvéolaires) ; le scanner n'est pas obligatoire mais souhaitable, car précis et en grandeur réelle, surtout vis-à-vis des obstacles anatomiques stratégiques
- nécessité d'un plateau technique : s'agissant d'une chirurgie additive de corps inertes stériles, un local uniquement réservé et équipé à cet usage doit être envisagé avec, à l'appui, des facilités d'asepsie et de décontamination vis-à-vis de l'acte implantaire et des infections nosocomiales. **J.O. du 07/10/1993** : le praticien doit disposer en son lieu professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. (**Arrêt de la Cour de Cassation du 28/02/2002**).

Obligation de conformité à destination

Arrêt de Conseil d'État du 05/03/1985. C'est l'obligation d'utiliser le dispositif médical proposé au patient et inscrit dans le plan de traitement. En cas de changement de matériel implantaire, il y a lieu de le signifier par écrit au patient. De même, toute modification de ce plan de traitement doit faire l'objet d'un additif, même si l'enveloppe budgétaire reste identique.

Obligation de non-surtraitement

Elle rejoint la notion du travail inutile et injustifié. Pour ce qui nous concerne, elle ne saurait concerner l'éventualité de disposer d'un implant par dent comme en denture naturelle, et la nécessité de prothèses provisoires et transitoires accompagnant le projet.

Conclusion

Les aspects médico-légaux sont des fondamentaux en implantologie qu'il nous paraît essentiel de rappeler de temps à autre. Nous avons décliné ici les obligations d'information et de moyens. Dans un second volet, nous aborderons les obligations de résultat, l'aléa thérapeutique et les responsabilités de l'équipe thérapeutique. Cet article est tiré d'un enseignement de 2 x 1 h 30 dispensé dans des DU et formations post-universitaires. À l'occasion de ce numéro, il est intéressant de souligner que le Dr Chetry intervient lors de la première session de l'attestation d'études en implantologie délivrée par le CURAIO. ◆

À vos marques... prêt... partez... investissements 2012!



Alain CARNEL

■ Conseil en gestion de patrimoine

La période des déclarations est propice à la préparation des investissements ou à leur réorganisation. Puisque vous êtes en train de faire votre bilan, voici quelques pistes à explorer.

Sur votre déclaration 2035

Réviser, si besoin, vos contrats de prévoyance ainsi que vos contrats de retraite MADELIN, appelez votre conseil en gestion de patrimoine préféré et avec cette « photo » vérifiez que ces contrats sont toujours d'actualité.

Si votre BNC a diminué, réviser vos cotisations à la baisse, si votre BNC est en hausse et si vous pensez qu'il va continuer à augmenter, alors réviser à la hausse, profitez-en pour demander un comparatif, les contrats évoluent régulièrement.

Pour vos contrats de prévoyance faites établir des comparatifs afin d'être au plus près de vos besoins et n'hésitez pas à faire évoluer vos contrats en cas de changement soit professionnel, soit personnel.

Exemple : vous êtes marié et vous venez d'avoir un enfant, contactez votre conseil pour le lui signaler afin de prévoir une rente éducation dans votre contrat.

Aujourd'hui certaines compagnies proposent des contrats dont l'âge de souscription et l'âge limite des prestations ont évolué, 67 ans et 70 ans, votre conseil doit vous en faire part.

De même pour la retraite MADELIN, mais dans ce cas, vous devez envisager un versement complémentaire qui viendra s'ajouter à votre cotisation annuelle.

Je vous l'ai signalé dans un précédent article, faites de la retraite MADELIN le plus tôt possible car aujourd'hui l'allongement de la vie et les formules existants dans les contrats les ont rendus plus intéressants.

Par exemple : les annuités garanties échelonnées jusqu'à 20 ans ou encore les frais sur les rentes versées.

Attention, respecter les termes de la loi FILLON !

Dans le cadre de votre déclaration d'impôts

N'hésitez pas à profiter des possibilités qu'il reste, à réduire vos impôts et ce, parmi les produits le permettant tels que la loi SCELLIER 2012, la loi CENSI BOUVARD (LMNP) ou la loi MALRAUX, la loi GIRARDIN. Prenez conseil pour ce type d'investissements, vous devez prendre en compte votre endettement, vos objectifs de placement ainsi que votre diversification patrimoniale.

L'intérêt des investissements immobiliers locatifs se situe à 3 niveaux :

1. le financement est en partie payé par le locataire
2. les charges sont déductibles
3. vous bénéficiez sous certaines conditions d'économies d'impôts

Un petit rappel des différentes formules

(Vous pourrez m'interroger pour avoir plus de détails)

Loi SCELLIER

Sous réserve de la parution du décret d'application de la loi de finances 2012.

En 2012, le dispositif SCELLIER permet de bénéficier d'une réduction d'impôt, pour les logements conformes à la norme BBC (Bâtiment Basse Consommation).

Étalée sur 9 ans, cette réduction d'impôt est fixée à 13 % du montant de l'acquisition. Ce prix est retenu dans la limite globale de 300 000 €, avec des plafonds de prix au m² habitable définis par zone. Ces plafonds seront fixés par décret très prochainement.

Si la réduction d'impôt obtenue une année est supérieure au montant de l'impôt dû, la différence peut être reportée sur les 6 années suivantes.

Une réduction fiscale supplémentaire avec le SCELLIER intermédiaire

Le dispositif de défiscalisation SCELLIER intermédiaire ou SCELLIER social vous permet de prolonger votre engagement de location de 9 à 15 ans pour bénéficier d'une réduction supplémentaire fixée à 5 % pour chaque période triennale ([Tableau](#)).

La loi CENSI BOUVARD et le loueur meublé non professionnel

Les avantages du LMNP

- économisez le paiement de la TVA sur votre acquisition
- générez des revenus locatifs non imposables (pendant 10 à 15 ans) avec la fiscalité du meublé pour se constituer un solide complément de retraite

Les obligations du LMNP

Pour bénéficier de cet avantage fiscal, il suffit :

- d'investir dans un bien immobilier meublé
- de confier le bien en gestion locative

Dans le cas de la location meublée non professionnelle, LMNP, et donc l'achat d'un meublé en résidence de tourisme, résidence étudiante, résidence pour adultes dépendants (EHPAD) ou résidence senior, le DISPOSITIF CENSI BOUVARD est lui aussi prolongé jusqu'à fin 2015, mais la réduction d'impôt à laquelle il donne droit passe de 18 à 12 % pour les logements acquis à partir de 2012 sur une durée de 9 ans.

La loi MALRAUX

La loi Malraux 2012 c'est une RÉDUCTION D'IMPÔTS de 30 % sur les travaux de restauration engagés

Tableau	Date de signature du contrat de réservation	Date de la signature de l'acte notarié	Taux de réduction d'impôt Scellier classique	Taux de réduction d'impôt Scellier intermédiaire
	Entre le 01/01/2011 et le 31/12/2011	Avant le 31/03/2012	22 % BBC 13 % non BBC	5 % par période de 3 ans renouvelable une fois
		Entre le 01/04/2012 et le 31/12/2012	13 % BBC 6 % non BBC	5 % par période de 3 ans, renouvelable une fois
	À compter du 01/01/2012	En 2012	13 % BBC 0 % non BBC	5 % par période de 3 ans, renouvelable une fois

par le contribuable sur les immeubles situés en secteur sauvegardé.

- 30 % pour les opérations réalisées en secteur sauvegardé.
- 22 % pour les opérations réalisées dans une zone de protection du patrimoine architectural urbain ou paysager (ZPPAUP).

La nouvelle loi Malraux s'adresse pour 2012 aux contribuables français qui investissent dans des appartements à rénover destinés à la location. Les travaux doivent aboutir à la restauration complète de l'immeuble et la qualité du bâti est suivie par un architecte des Bâtiments de France. Les opérations Malraux sont localisées la plupart du temps dans les centres villes et vous offrent une opportunité de défiscalisation.

Illustration chiffrée :

- investissement de 200 000 €
- foncier : 50 000 €
- travaux : 150 000 €
- travaux réalisés sur 1 année, une réduction de 45 000 € sur 1 an
- travaux réalisés sur 2 années, une réduction de 22 500 €/an

La loi GIRARDIN (immobilier)

La loi Girardin c'est une réduction d'impôt de 31 % pour les investisseurs en 2012.

Le dispositif Girardin permet aux investisseurs l'acquisition de biens immobiliers dans les départements et régions d'outre mer, jusqu'au 31 décembre 2012. C'est la possibilité d'acheter un appartement près de la mer, tout en bénéficiant de revenus et de réductions d'impôts.

La loi Girardin renforce par un outil particulièrement puissant de défiscalisation les logements locatifs dans les Départements et Régions d'outre-mer.

Plafonnement de la réduction d'impôt

Le nouveau plafond 2012 à prendre en compte pour la réduction d'impôt en loi Girardin pour les investissements réalisés outre-mer augmente de 2,75 % de 2 247 € HT en 2011 à 2 309 € HT par m² de surface Girardin (surface habitable + surface varangue limitée à 14 m²) pour 2012. On applique le plafond HT sur les îles ou territoires non soumis à TVA, soit Saint-Martin, Guyane et Tahiti..., et une TVA à 8,5 % en Martinique, Guadeloupe et à la Réunion.

ATTENTION il y a également des conditions pour le plafonnement des loyers et les conditions de ressources du locataire, VÉRIFIER TOUS LES PARAMÈTRES DE CE TYPE D'INVESTISSEMENTS.

D'autres investissements

- Le « one shoot » investissement Girardin dans les entreprises.

- Les FCPI ou encore les FIP, qui ne sont, eux, que des investissements de type financier pour lesquels vous devez définir votre niveau d'aversion au risque boursier, à utiliser avec modération.

- La pierre papier, certaines SCPI ont actuellement de bons rendements.

- Ces investissements doivent être intégrés dans une stratégie globale. L'économie d'impôts importante générée ne doit pas occulter la finalité de votre placement à savoir la rentabilité et/ou la capitalisation.

Construction du patrimoine par étape

- La résidence principale, qui est une priorité pour beaucoup dans la culture française.

- Les murs professionnels, une exigence pour ne pas subir les humeurs de votre propriétaire.

- Les donations, soit en nue-propriété soit en pleine propriété, avec la législation actuelle, la stratégie est intéressante. Elle mettra à l'abri vos ayants droit ou aidera financièrement un enfant par exemple, en lui cédant temporairement l'usufruit d'un bien en location, sans compter que cet usufruit sera exclu de votre ISF pendant la période définie.

- Pensez aux structures sociétaires telles qu'une SCI familiale. Ceci est également à étudier pour les familles recomposées, dans le cadre de l'équilibre entre les enfants.

- L'assurance-vie reste le placement préféré des français et pour de bonnes raisons :

- les supports financiers et les formules de placement
- l'enveloppe juridique
- la fiscalité
- la possibilité d'outils de financement

Conclusion

Procédez par ordre, vérifiez ce que vous avez déjà et établissez vos objectifs pour cette année.

Mettez en place la stratégie en gardant en ligne de mire vos besoins à long terme c'est-à-dire, votre retraite et votre famille. La construction patrimoniale ne se fait pas en un jour, il faut du temps et de plus, elle évoluera au gré des changements non seulement des lois de finance mais également de votre vie. ◆

AUTEUR

Alain Carnel - CPI Investissements
Conseil en gestion de patrimoine
CIF n°A008700 auprès CIP. asso. agréée AMF
Tél. : 01 43 05 97 80 - Email : cpi_inv@club-internet.fr
www.cpi-investissements.com

Tous vos rendez-vous

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

11 et 12 mai 2012 à Marseille
CHIRURGIE GUIDÉE, PLANIFICATION INFORMATIQUE - MODULE 5
AFOPI - Herbert KOCH
89bis rue Pierre Brossolette - 95200 Sarcelles
Tél : 01 39 90 07 73
Email : contact@afopi.com - Site : www.afopi.com

12 mai 2012 à Fleuries (69)
BASES FONDAMENTALES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE OSSEUSE - MODULE 2
AFOPI - Herbert KOCH
89bis rue Pierre Brossolette - 95200 Sarcelles
Tél : 01 39 90 07 73
Email : contact@afopi.com - Site : www.afopi.com

15 et 16 mai 2012 à Chassy-Marne la Vallée
Centre ITI
LA MISE EN CHARGE IMMÉDIATE : COMMENT LA METTRE EN PRATIQUE
Drs Y. ALLARD, Y. CHARBIT, P. MAHLER, S. ZARRINE
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chassy
77701 Marne-la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

22 et 23 mai 2012 à Nice
Drs Y. CHARBIT, B. SALSOU, S. VINCENT
25 et 26 mai 2012 à Avignon
29 et 30 juin 2012 à Avignon
Drs S. DUFFORT, P. QUESNEL, B. SALSOU
1^{er} et 2 juin 2012 à Paris/Chassy-Marne la Vallée
Dr N. COHEN

15 et 16 juin 2012 à Rennes
Drs D. BOURDIN, D. GLEZ, S. HOURDIN, S. LEBORGNE, A. SAFFARZADEH
15 et 16 juin 2012 à Pau
Dr J. JEANDET

Centre ITI
LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE EN OMNIPRATIQUE : DÉMARRER CONCRÈTEMENT EN IMPLANTOLOGIE ET RÉALISER VOS PREMIERS CAS DE CHIRURGIE SOUS 6 MOIS
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chassy
77701 Marne-la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

24 mai 2012 à Le Chesnay
EFS
GESTION DE L'EXTRACTION AVANT IMPLANTOLOGIE
Dr Frédéric CHICHE
ACOSY-FC - Dr Patrice TIJOUX
12 rue de Paris - 78560 Le Port-Marly
Site : www.acosyfc.fr

24 mai 2012 à Montpellier
CHIRURGIE IMPLANTAIRE GUIDÉE : LA TECHNIQUE ACCURATOR
Dr Frédéric BOUSQUET
NUVATORE
Tél : 09 61 42 84 71
Email : technique@nuvatore.fr
Site : www.implant-accurator.com

24 mai 2012 à Paris
7 juin 2012 à Marseille
IMPLANT DIRECT, LA RAISON DU CHOIX, LE CHOIX DE LA RAISON ?
Dr BEAU Raphael
IMPLANT DIRECT France - M. SOLOMON
Tél : 06.21.84.98.54
Email : doron.solomon@implantdirect.eu
Site : www.implantdirect.com/eur/fr/default.asp

24 et 25 mai 2012 à Lyon
CHIRURGIE AVANCÉE - MODULE DE PERFECTIONNEMENT 2 JOURS

24 et 25 mai 2012 à Lyon
MODULE DE CHIRURGIE AVANCÉE : TP SUR PIÈCES ANATOMIQUES
Drs JOURDAN, NEGRE, SILLAM, DARCISSAC, BOURGADE
TBR GROUP - Valérie ROS
24 impasse René Couzinet - 31500 Toulouse
Tél : 05 62 16 71 00 - Fax : 05 61 80 84 02
Email : communication@tbrimplants.com
Site : www.tbr-group.com

24 et 25 mai 2012 à Limoges
Clinique de Emailleurs
LE RÔLE DE L'ASSISTANT DENTAIRE EN IMPLANTOLOGIE
Me JACQUART
Frais d'inscription : 550 €
TEKNIKA TRAINING
726 rue du Gal De Gaulle - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 91 49 21 - Fax : 04 50 91 98 66
Email : celine.boutry@euroteknika.com
Site : www.teknika-training.com

24 au 26 mai 2012 à Rueil-Malmaison
TRAITEMENT DE L'ÉDENTEMENT TOTAL PAR PROTHÈSES IMPLANTAIRES - 1^{ÈRE} SESSION
Drs RIGNON-BRET, FURIC, M. DELESTRADE
ASTRA TECH - Élodie MOSSERI
7 rue Eugène et Armand Peugeot
92563 Rueil-Malmaison Cx
Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site : www.astratechdental.fr

25 et 26 mai 2012 à Lyon
Centre de formation Clinic-All
DÉMARRER L'IMPLANTOLOGIE - CYCLE 8 JOURS
Drs MONCHANIN, COUDURIER, JEANIN, SALINO, VEYRE-GOULET, GUASTALLA, BRUN, POLLINI, ALLÈGRE, ARNOLDI
Frais d'inscription : 2 990 € / cycle 8 j

CLINIC-ALL - Julien MURIGNEUX
34 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
Tél : 06 01 42 64 09
Email : contact@clinic-all.fr - Site : www.clinic-all.fr

31 mai 2012 à Chassy-Marne la Vallée
Centre ITI
LA ZONE ESTHÉTIQUE : GARANTIR LE RÉSULTAT ESTHÉTIQUE GRÂCE À LA ROG
Dr D. BOURDIN
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chassy
77701 Marne-la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

1^{er} et 2 juin 2012 à Toulouse
CHIRURGIE GUIDÉE, PLANNIFICATION INFORMATIQUE - MODULE 5
AFOPI - Herbert KOCH
89bis rue Pierre Brossolette - 95200 Sarcelles
Tél : 01 39 90 07 73
Email : contact@afopi.com - Site : www.afopi.com

2 juin 2012 à Lançon de Provence
CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE
Dr Alain BORGHETTI
Frais d'inscription : 490 €
CFOP - Nadia BREYTON
120 allée de la Coudoulette - 13680 Lançon de Provence
Tél : 04 90 42 98 58 - Fax : 04 90 42 92 61
Email : nadia.breyton@fip-group.fr
Site : www.bisico.fr

6 juin 2012 à Paris 20^e
Hôtel IBIS Pte de Montreuil
LES FRACTURES DE CÉRAMIQUES : PRÉVENTION ET TRAITEMENTS
Dr. F. RAUX
COSS - Pr POUGATCH, Sylvie PLANTARD
22 rue Robert Legros - 93100 Montreuil
Site : www.coss.asso.fr

6 au 8 juin 2012 à Toulouse
PERIOSAVE ACADEMY - MODULES 3 JOURS
Drs JOURDAN, NEGRE, SILLAM, DARCISSAC, BOURGADE
TBR GROUP - Valérie ROS
24 impasse René Couzinet - 31500 Toulouse
Tél : 05 62 16 71 00 - Fax : 05 61 80 84 02
Email : communication@tbrimplants.com
Site : www.tbr-group.com

7 juin 2012 à Nantes, Vigneux
Brit Hôtel
LES IMPLANTS AU SECOURS DE LA PROTHÈSE COMPLÈTE MANDIBULAIRE
Dr Christophe RIGNON-BRET
Frais d'inscription : 395 €
AOBO - Stéphanie DE THOURY
16 rue Beethoven - 44300 Nantes
Tél : 02 51 89 02 28
Email : aobo@wanadoo.fr - Site : aobo.fr

7 et 8 juin 2012 à Chassy-Marne la Vallée
PRISE D'EMPREINTE OPTIQUE AVEC ITERO
STRAUMANN - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chassy
77701 Marne-la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com

8 juin 2012 à Sallanches
LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE AU SERVICE DE LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE ET DE LA PROTHÈSE
Drs Claude CROTTAZ, Léonard BRAZZOLA
Frais d'inscription : 290 €
ANTHOGRYR IMPLANTS INSTITUTE
Philippe IWACHOW
2237 avenue André-Lasquin - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60
Email : p.iwachow@anthogryr.com
Site : www.anthogryr.com

12 et 13 juin 2012 à Paris
AUGMENTATIONS OSSEUSES PRE-IMPLANTAIRES SUR SUJETS ANATOMIQUES
Drs G. KHOURY, R. FELIZARDO, Pr P. CARPENTIER
ASTRA TECH - Élodie MOSSERI
7 rue Eugène et Armand Peugeot
92563 Rueil-Malmaison Cx
Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site : www.astratechdental.fr

12 et 13 juin 2012 à Sallanches
SOULÈVÉS DE SINUS, COMBLEMENTS SINUSIENS, GREFFES OSSEUSES D'APPPOSITION
Dr BERDUGO
Frais d'inscription : 800 €
TEKNIKA TRAINING
726 rue du Gal De Gaulle - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 91 49 21 - Fax : 04 50 91 98 66
Email : celine.boutry@euroteknika.com
Site : www.teknika-training.com

14 juin 2012 à Cannes-Le Cannet
Azur Eden
CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE ET OSSEUSE POUR L'OMNIPRATICIEN
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
F.I.D.E. - Aline
Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
Email : contact@fide.fr - Site : www.fide.fr

14 juin 2012 à Aubagne
Clinique la Casamance
FORMATION ASSISTANTE ET IMPLANTOLOGIE
Frais d'inscription : 320 €
INSTITUT OROFACE - Virginie
Clinique La Casamance - 33 bd des farigoules
13400 Aubagne
Tél : 06 30 08 60 99
Email : institut.oroiface@orange.fr
Site : www.institutoroiface.com

ESTHÉTIQUE

3 et 4 mai 2012 à Deauville
DENTISTERIE ESTHÉTIQUE : COMMENT L'APPLIQUER TOUS LES JOURS AU CABINET - 2 JOURNÉES EXCEPTIONNELLES
Drs FAUCHER, PARIS, BROUILLET, CAMALEONTE
Frais d'inscription : 658€
ACADEMIE DU SOURIRE - Béatrice Bretagne
12, cours sextius - 13100 Aix-en-Provence
Tél : +(33)6 10 37 86 88
Email : beatricebretagne@academie-du-sourire.com
Site : www.academie-du-sourire.com

16 mai 2012 à Metz
Hôtel Metz Technopole
ESTHÉTIQUE / DIÉTÉTIQUE
Dr Jacques WAJSBROT
C.O.R.A.I.L.L. - Dr Ph. CHARPY
24 rue du Palais - 57000 Metz
Tél : 03 87 74 05 25 - Fax : 03 87 36 62 56
Email : contact@coraill.com - Site : www.coraill.com

31 mai et 1^{er} juin 2012 à Mérignac
Novotel le Lac
L'ESTHÉTIQUE EN PRATIQUE : « LES FACETTES DE CÉRAMIQUE COLLÉE » - 2 JOURS
ASSOCIATION SYMBOSE - Stéphanie LANGLADE
Tél : 07 62 62 35 56

5 au 8 juin 2012 à Aix-en-Provence
Grand Hôtel du Roi René
DONNEZ-VOUS LES MOYENS DE RÉUSSIR LE SOURIRE DE VOS PATIENTS (COURS & TP) SESSION 5
Drs FAUCHER, PARIS, BROUILLET, CAMALEONTE
Frais d'inscription : 685€/jour
ACADEMIE DU SOURIRE - Béatrice Bretagne
12, cours Sextius - 13100 Aix-en-Provence
Tél : +(33)6 10 37 86 88
Email : beatricebretagne@academie-du-sourire.com
Site : www.academie-du-sourire.com

7 juin 2012 à Bordeaux
Odile LUX
21 juin 2012 à Annecy
Philippe GUERRA
VITA CEREXCELLENCE 2012
Frais d'inscription : 250 € (À l'issue du stage, chaque participant se verra remettre 250 € de VITABLOCS)
VITA ZAHNFABRIK
B.P. 1338 - 79704 Bad Säckingen - Allemagne
Tél : +49 7761 562 222 - Fax : +49 7761 562 446
Site : www.vita-zahnfabrik.com

8 et 9 juin 2012 à Lyon
CYCLE COMPLET RESTAURATION ESTHÉTIQUE DEGRÉ 3
Olivier GUASTALLA, Gilles LABORDE, Nicolas LEHMANN, Patrice MARGOSSIAN
Frais d'inscription :
ce module : 990 € / es 8 jours : 3 890 €
CLINIC-ALL - J. MURIGNEUX
34 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
Tél : 06 01 42 64 09
Email : contact@clinic-all.fr
Site : www.clinic-all.fr/conference.php?id=11

ENDODONTIE

24 mai 2012 à Nantes
Restaurant O'Deck
LA ROTATION DISCONTINUE VA T-ELLE SUPPLANTER LA ROTATION CONTINUE ?
Dr Stéphane DIAZ
Frais d'inscription : 150 €
AOBO - Stéphanie DETHOURY
16 rue Beethoven - 44300 Nantes
Tél : 02 51 89 02 28
Email : aobo@wanadoo.fr - Site : aobo.fr

24 et 25 mai 2012 à Paris
Hôtel Ampère
CYCLE LONG EN ENDODONTIE : 10 JOURS DE FORMATION APPROFONDIE EN ENDODONTIE
Drs L. ARBONA, S. ATTAL, F. BRONNEC, G. CARON, S. DAHAN, P. MACHTOU, D. MARTIN, S. SIMON
Frais d'inscription :
4 950 € / membres - 5 350 € / autres
SOP
6 rue Jean Hugues - 75116 Paris
Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08
Email : secretariat@sop.asso.fr
Site : www.sop.asso.fr/la-vie-de-la-sop/
les-journees-de-la-sop

OMNIPRATIQUE

2 et 3 mai 2012 à Aix-en-Provence
18 et 19 juin 2012 à Paris
RENOUVELLEMENT FORMATION PCR
Robert JAMMES, Jean Paul PIFERRER
Frais d'inscription : 598 €
MEDICONTROLE
70 allée des Oliviers - 13700 Marseille
Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00
Email : medicontrol@free.fr
Site : www.medicontrol.com

10 mai 2012 à Marseille
FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTÉOCENTRALE
AFPAD - Sophie
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
Email : sophie@afpad.com - Site : www.afpad.com

10 mai 2012 à Paris
Maison de la Chimie
12 TRAVAUX PRATIQUES A LA CARTE
C. TOUBOUL, H. ANTOUN, G. ABOUDHARAM, J. DEJOU, T. MALECA, L. DAUCE, C. LAUNOIS, S.M. DRIDI, O. CLAUDON, P. MIARA, M. CORCOS, P. GATEAU, F. DECUP, R. KALEKA, C. MOUSSALY
Frais d'inscription :
Membres : 330 ou 380 € ; Non membres : 410 ou 460 €
SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS
6 Rue Jean Hugues - 75116 Paris
Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08
Email : secretariat@sop.asso.fr
Site : www.sop.asso.fr

14 mai 2012 à Clermont-Ferrand
ÉTILOGIE DE LA CARIE ET DES PARODONTOPATHIES
UFR D'ODONTOLOGIE - Claudie CAMUS
11 boulevard Charles de Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 73 35
Email : claudie.camus@u-clermont1.fr
Site : webodonto.u-clermont1.fr - Rubrique professionnel

24 mai 2012 à Lille
L'ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE AU CABINET DENTAIRE
P. ROCHER
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

24 mai 2012 à Pont-à-Mousson
31 mai 2012 à Périgueux
Dr Charles TOLEDANO
7 juin 2012 à Poitiers
Dr Olivier ETIENNE
RESTAURATIONS CÉRAMO-CÉRAMIQUES : DE LA PRÉPARATION AU COLLAGE
Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - D. MERMET
219, route de la Chapelle du Puy
74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 12 - Fax : 04 50 68 91 52
Email : danielle.mermet@ivoclarvivadent.com
Site : www.ivoclarvivadent.com

31 mai 2012 à Bordeaux
LES PATIENTS A RISQUES
S. SAINTE-MARIE, L. PEYCRU
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

31 mai 2012 à Orléans
SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES
Dr Gauthier WEISROCK
Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - D. MERMET
219, route de la Chapelle du Puy
74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 12 - Fax : 04 50 68 91 52
Email : danielle.mermet@ivoclarvivadent.com
Site : www.ivoclarvivadent.com

31 mai 2012 à Paris
Auditorium Paris Centre Marceau
LE LASER, UN ATOUT INCONTOURNABLE AU QUOTIDIEN
Prs NAMMOUR, ROCCA, CHARTRAND, DE MOOR, FORTAINI, Drs MARESCCHI, CHAUMANET, SEREZ, BUFFLIER, SAADI, LEVY
Frais d'inscription :
450 € : av.30/04 - 500 € : ap.30/04
DENTAL LASER ACADEMY - Dr Gérard NAVARRO
24 rue Boissière - 75116 Paris
Email : info@dental-laser-academy.com
Site : www.dental-laser-academy.com

5 juin 2012 à Paris
Novotel Porte d'Asnières
LE MEOPA : COMMENT MAÎTRISER PEUR ET DOULEUR AU COURS DES SOINS DENTAIRE
Dr A. VANDERZWALM-GOUVERNAIRE
A5 PARIS V - Dr FINET
Rés. de l'Aigle - 42 av. Gal de Gaulle
92250 La Garenne Colombes
Tél : 01 47 80 21 11
Email : a5paris@wanadoo.fr

6,7,8 et 11,12 juin 2012 à Paris
FORMATION PCR
Robert JAMMES, Jean Paul PIFERRER
Frais d'inscription : 1 435 €
MEDICONTROLE
70 allée des Oliviers - 13700 Marseille
Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00
Email : medicontrol@free.fr
Site : www.medicontrol.com

7 juin 2012 à Toulouse
HYGIÈNE ET ASEPTIE AU CABINET DENTAIRE
P. ROCHER
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

14 juin 2012 à Bordeaux
ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ESTHÉTIQUE : QUELLES THÉRAPEUTIQUES CHEZ L'ENFANT OU L'ADULTE ?
Y. DELBOS
UFR D'ODONTOLOGIE - Brigitte PAILLEY
16-20 cours de la Marne - 33082 Bordeaux
Tél : 05 57 57 30 01 - Fax : 05 57 57 30 10
Email : fc-odonto@u-bordeaux2.fr
Site : www.u-bordeaux2.fr

14 juin 2012 à Angers
ONCOLOGIE ET MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE
JC. FRICAÏN
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

OCCLUSODONTIE

29 et 30 mai 2012 à Paris
31 mai au 2 juin 2012 à Bordeaux
LA DENTISTERIE NEUROMUSCULAIRE EN 5 ÉTAPES
GAD CENTER - Dr Cyril GAILLARD
Tél : 06 09 13 52 41
Email : contact@cyrilgaillard.com
Site : www.gad-center.com

ORTHODONTIE

5 au 7 mai 2012 à Paris
16 au 18 juin 2012 à Paris
Espace St Martin
PERFECTIONNEMENT : CONCEPT ALL IN ONE - 2ÈME CYCLE : « EXTRACTIONS DE PRÉMOLAIRES »
Dr J.F. ERNOULT
Frais d'inscription :
1 300 €/par module - 1 000 €/étudiant
SELF LIGATING ORTHODONTIC TECHNIQUE
Tél : 06 11 97 06 51
Email : docteur.ernoult@gmail.com
Site : www.slot-concept.com

GESTION DU CABINET

3 mai 2012 à Annecy
10 mai 2012 à Pau

**OPTIMISEZ VOTRE GESTION,
AMÉLIOREZ VOTRE EFFICACITÉ EN 2012
AVEC LA FLÉXI-GESTION®**

Dr BINHAS

Frais d'inscription :

189 € jusqu'au 2 avril, après 210 €

GROUPE EDMOND BINHAS

ZI les Estroublans

5 rue Compenhague - 13742 Vitrolles

Tél : 04 42 108 108 - Fax : 04 42 341 504

Email : contact@binhas.com - Site : www.binhas.com

14 et 15 juin 2012 à Strasbourg

**LA FLÉXI-GESTION® EN ORTHODONTIE,
UNE APPROCHE ÉTHIQUE ET EFFICACE
POUR LES PROFESSIONNELS DE DEMAIN**

Dr E. BINHAS

GROUPE EDMOND BINHAS

ZI les Estroublans

5 rue Compenhague - 13742 Vitrolles

Tél : 04 42 108 108 - Fax : 04 42 341 504

Email : contact@binhas.com - Site : www.binhas.com

PSYCHOLOGIE

16 au 21 mai 2012 à Cefalù - Sicile

Hôtel Cefalu Sea Palace

**LES MANIPULATEURS ET LE
HARCÈLEMENT MORAL - FORMATION
PSYCHOLOGIQUE ET JURIDIQUE**

Anne Françoise CHAPERON,

Bénédicte LITZLER, Michel HULIN

Frais d'inscription :

700 € / 2 jours - 1390 € / voyage-séjour-tourisme

IFA PSYCHO-JURIDIQUE

Les Petites Vignes - 11 rte de Villeneuve

89320 Vaumort

Tél : 06 61 26 46 66

Email : mc.hugly@ifajp.fr - Site : www.ifa-pj.fr

DIVERS

17 et 18 mai 2012 à Paris

14 et 15 juin 2012 à Paris

Institut Français d'Hypnose

HYPNOSE DENTAIRE

Drs MAMBOURG, UZIEL, DIEUDONNE, BLOCH

I.F.H.

38 rue René Boulanger - 75010 Paris

Tél : 01 42 51 68 84 - Email : contact@ifh.fr

Site : www.hypnose.fr/formations-hypnose/

formation-hypnose-dentiste.htm

17 et 18 mai 2012 à Paris

L'HYPNOSE EN ODONTOLOGIE

INSTITUT FRANCAIS D'HYPNOSE

38 rue René Boulanger - 75010 Paris

Tél : 01 42 51 68 84

Email : contact@ifh.fr - Site : www.hypnose.fr

31 mai 2012 à Paris

**JOURNÉE D'INITIATION A L'HYPNOSE
ERICKSONNIENNE**

Claude PARODI, Yves HALFON, Kenton KAISER

Frais d'inscription :

240 € lunchs et pauses cafés compris

A.F.H.D.

Champ de la vigne - 79220 Champdeniers

Tél : +33 6 25 51 65 72

Email : info.afhd@gmail.com

Site : www.hypnoteeth.com

6 au 11 juin 2012 à Tibériade

En Israël Kibboutz, Hôtel au bord du lac

**MINDFULLNESS - LA MÉDITATION AU
QUOTIDIEN : ORDONNANCE ANTI-STRESS**

Yasmine LIENART

Frais d'inscription :

500 € formation - 1850 € voyage-séjour-opéra

SPOM

Les Petites Vignes - 11 rte de Villeneuve

89320 Vaumort

Tél : 06 61 26 46 66

Email : marieclaire@hugly.fr - Site : www.spom.fr

7 juin 2012 à Paris

Maison de la Chimie

**LES RISQUES JE LES PRENDS, LES RÈGLES JE LES
RESPECTE, LES COMPLICATIONS JE LES GÈRE**

Jean Yves COCHET, Franck DECUP, Daniel PERRIN,

Franck RENOUARD, Joël DUBREUIL, David JACOTOT

Frais d'inscription : Membres : 235 ou 285 € ;

Non membres : 315 ou 365 €

SOP

6 Rue Jean Hugues - 75116 Paris

Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08

Email : secretariat@sop.asso.fr - Site : www.sop.asso.fr

8 et 9 juin 2012 à Paris

SUPERVISION A L'HYPNOSE DENTAIRE

Jean-François MARQUET, Claude PARODI,

Yves HALFON, Kenton KAISER

Frais d'inscription : 400 €

A.F.H.D.

Champ de la vigne - 79220 Champdeniers

Tél : +33 6 25 51 65 72

Email : info.afhd@gmail.com

Site : www.hypnoteeth.com

Les Petites Annonces

Avril 2012

Cabinet Dentaire
Ventes

45 - ORLÉANS

SCM3, paro, implanto,
pano 3D en cours.

Gros CA.

Tél. : 06 07 81 93 98

N°12/72/CA/1199

Matériel
Spécialisé

Achète TABLES TOURNANTES avec
dessus en verre et VITRINES EN FER
des années 1960, même abîmées.

Tél. : 06 68 86 07 36

N°12/72/MA/1202

Sans supplément
votre annonce paraîtra
sur notre site
www.lefildentaire.com

Un formulaire d'inscription vous sera adressé sur simple
demande à **pa@lefidentaire.com**

**Dans le cadre de son expansion,
LE FIL DENTAIRE, leader de
la presse dentaire gratuite
recherche à temps plein :**

- un (e) commercial (e)
 - un (e) assistant (e) commercial (e)
- 5 ans d'expérience min.,
connaissances du monde dentaire
appréciées

**Adresser CV, lettre de
motivation et photo à :**
contact@lefidentaire.com

CS 9300C



Le pouvoir de la flexibilité. Nouveau CS 9300C, le système d'imagerie tout-en-un à champ d'examen sélectionnable

Pour un diagnostic sûr et en toute confiance, le nouveau CS 9300C délivre des résultats remarquables à chaque prise de vue. Particulièrement flexible, ce système vous permet de sélectionner la taille de volume la mieux adaptée à chaque examen.

Une qualité d'image exceptionnelle dans chaque modalité tout en optimisant les doses : voici la solution tout-en-un qu'il vous faut.

- Champ d'examen multiple, de 5cm x 5cm à 17cm x 13,5cm
- Imagerie panoramique, 3D et céphalométrique dans un seul appareil
- Qualité d'image remarquable avec une résolution allant jusqu'à 90µm
- Gestion des doses intelligente
- Céphalométrie crâne complet "One-shot", avec tracés orthodontiques automatiques

Pour en savoir plus, visitez le site www.carestreamdental.com/9300

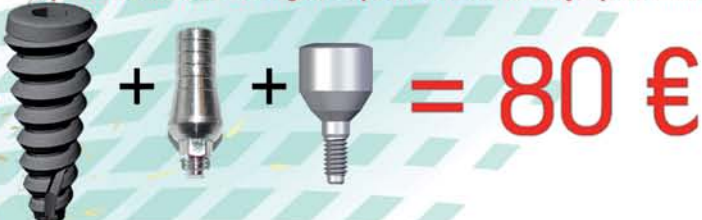


Safe Implant[®]

Ensemble, démocratisons l'implantologie

Incredible !!!

Implant Safe Shark ou Safe regular +1 ps 09+ V4.= 80€ valable jusqu'au 15/05/12



Compatibles aux connectiques Zimmer[®], M.I.S[®], Alpha bio[®]...



100 piliers droits, angulés, épaulés au choix pour 3000€

à partir de 55€
à partir de 55€
l'implant
l'implant

NOUS TESTER, C'EST NOUS ADOPTER !

SAFE i'm plant[®]

Tel : 01.48.05.71.88

distribué en exclusivité par www.implantdiscount.fr



Un système unique : attachement et transvissé 3 en 1

A partir de 75 € le pack : une embase (3) + supra structure (2) + partie femelle (1)

MULTI SYSTEM
Concept

Safe Multi Unit

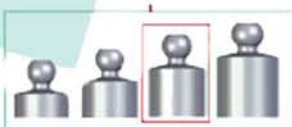
Safe Ball Attachment

Safe Connector[®]

①



②



New
1 pièce 1 mm



③



9°

18°

30°

Compatible aux connectiques Zimmer[®], M.I.S[®], Nobel Replace[®], Alpha bio[®]

