



LE **FIL** DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire

N°85 - SEPTEMBRE 2013 - www.lefildentaire.com

Spécial Peri-implantites

Dirigé par le Dr. Hadi Antoun

Redonnons le sourire à tous nos patients !

- Une qualité sans précédent!
- La norme iso 13485: 2003
- Un support expert
- Délai:

3j
de labo

50%
de réduction

4 pendant vos
premières semaines
de commandes

Une traçabilité intégrale!



Pour en savoir plus
sur la lecture optique
pour une traçabilité
sans faille, flashez
ce QR Code.



CCM

27,50€
au lieu de 55€

Stellite finitions
directes

60,00€
au lieu de 120€

E.max

44,50€
au lieu de 89€

Zircone

59,50€
au lieu de 119€



LABORATOIRE
Viadent

L'EXPERTISE D'UN PARTENAIRE DE CONFIANCE

La péri-implantite, un tsunami ?

La prédictibilité des implants dentaires n'est plus discutable depuis le début de leur application au début des années 80. Il est, cependant, évident aujourd'hui qu'avec l'augmentation croissante de leur utilisation, l'apparition de péri-implantites semble en progression constante à moyen et long terme.

Les définitions de la mucosite et de la péri-implantite détaillées dans le premier article sont plus ou moins différentes parmi les divers *consensus* et sociétés savantes ayant travaillé sur le sujet.

La prévalence de cette maladie est cependant très variable suivant les études. Selon Lekholm en 1986, la perte osseuse après 7,6 années de mise en fonction n'était pas significative tandis que Koldslund en 2010 rapportait un taux de péri-implantite de 37 % au niveau des implants et chez 41 % des patients suivis. Ces chiffres alarmants et l'apparition dans nos cabinets de cas présentant des pertes osseuses péri-implantaires plus ou moins importantes souvent difficiles à contrôler nous ont poussé à nous interroger sur ce sujet.

Renvert en 2012 compare sur une période de 13 ans des implants sablés à l'aide de billes en oxyde de titane avec une surface mordancée. L'incidence de la péri-implantite était de 32 % pour le premier et de 40 % pour le second sans différence significative. Il avait inclus dans ses statistiques les cas ayant perdu à partir de la première année au moins 1 mm d'os avec un saignement au sondage avec ou sans suppuration.

Une autre équipe (Mir-Mari 2012) montre récemment une prévalence de péri-implantite chez 9,6 % des patients et sur 16,3 % des implants. La définition retenue était une perte osseuse de 2 spires ou plus avec un saignement au sondage ou une suppuration.

Qu'en est-il des patients atteints d'une maladie parodontale ?

Y a-t-il une association entre maladie parodontale et perte osseuse péri-implantaire ? Swiekort (2012) rapporte que les patients traités pour une parodontite à progression rapide avaient **14 fois plus de risques** de développer une péri-implantite (26 %) qu'un individu avec un parodonte sain (10 %).

Par ailleurs, Cho-Yan Lee (2012) a comparé des sujets avec un historique de maladie parodontale à un autre groupe sain. En considérant un sondage de plus de 5 mm avec un saignement au sondage, la prévalence était de 27 % pour les patients atteints de maladie parodontale et de 13 % pour les patients considérés comme sains. En prenant la radiographie comme indice de maladie avec une perte osseuse de plus de 3 mm, la prévalence baissait à 9 % et 3 % respectivement.

Qu'en est-il des extractions/implantations immédiates ?

Augmentent-elles les risques de péri-implantites ? Rodrigo (2012) trouve, avec une mise en place immédiate ou différée des implants, le même taux de péri-implantite de 6 % à 5 ans avec des poches de plus de 4 mm et un saignement au sondage.

Qu'en est-il de l'importance de la prévention ? Plusieurs études ont pu démontrer que l'incidence de la péri-implantite diminuait chez les patients qui suivaient un programme de maintenance. Costa (2012) montrait un taux de 18 % chez les patients qui se faisaient suivre comparativement aux autres qui ne l'étaient pas et qui avaient un taux de 44 %.

La récente conférence de *consensus* en Espagne a conclu que le taux de péri-implantite n'était que de 2,7 % sur une période allant de 7 à

12 ans (Albrektsson 2012). Ces conclusions se sont basées sur les résultats de 3 études principalement ; Buser (2012) avec 2 %, Degidi (2012) avec 8 % et enfin Östman (2012) avec une prévalence de 2 %. La définition considérée dans ces études de la péri-implantite était dans la même lignée que celle de cette conférence de *consensus* et qui est la suivante :

« Le terme *péri-implantite* est défini comme une infection avec suppuration associée à une perte osseuse évolutive après la période de remodelage osseux. »

Finalement la prévalence de la péri-implantite est très variable comme nous venons de le voir à travers les différentes études et celle-ci varie en fonction de la population étudiée mais aussi en

fonction de la définition utilisée qu'il est urgent d'unifier. Ceci ne permet pas, malgré la multiplicité des études et des conférences de *consensus*, d'avoir une idée précise de la prévalence de cette maladie. À partir de ce constat, il semble évident qu'il sera difficile de tirer des conclusions précises sur les traitements possibles.

Cependant, nous avons voulu à travers ce numéro spécial dans « Le Fil Dentaire » inspiré de la très sérieuse thèse bibliographique soutenue récemment par notre confrère Jeremy Abitbol (2013), éclairer autant que faire se peut les lecteurs sur l'importance de cette maladie, en comprendre l'étiopathogénie, l'influence des états de surface, analyser les différentes options thérapeutiques disponibles et enfin souligner l'importance de la maintenance après la pose des implants. ◆



Dr Hadi ANTOUN

A NE MANQUER SOUS
AUCUN PRETEXTE !

PARIS
CITÉ DES SCIENCES
GRAND AUDITORIUM



16

Ateliers - Workshops
LE 12 JUIN !

SYFAC 2014

7th International Symposium
13 - 14 Juin 2014

ADVANCED PRF scientific and clinical outcomes

HARD TISSUE REGENERATION

PERI-IMPLANTITIS

IMMEDIATE LOADING consensus conference

SOFT TISSUE MANAGEMENT

HANDS-ON & WORKSHOPS

Congress President
Philippe RUSSE

Syfac President
Joseph CHOUKROUN

Scientific board
Sh. GHANAATI, G. KHOURY, A. SCULEAN, A. DISS

M. PIKOSUSA
A. MAMMOTOUSA
J. RUTKOWSKIUSA
A. AALAMUSA
P. MOYUSA

B. GIESENHAGENGermany
M. SCHLEEGermany
S. GHANAATIGermany
V. GASSLINGGermany
K. VALAVANISGreece

P. MALOPortugal
A. SCULEANSwitzerland
G.L. CACCIANIGAItaly
M. TATULLOItaly

J. MOUHYIMorocco
G. TOMOVBulgaria
A. MUTSAFIIsraël
J. SCHIBLIBrasil

Ph. RUSSEReims
G. KHOURYParis
P. PALACCIMarseille
A. SIMONPIERIMarseille
Ph. LECLERCQParis

G. SCORTECCINice
F. DELORMELyon
F. BAILLYVienne
D. CASPARAix les Bains
J.J. TRACOLParis

M. MONGEOTParis
R. BENKIRANCannes
P. BAUDOTMontpellier
JP. BRUNGrenoble

A. DISSNice
J. SURMENIANNice
A. CARREParis
R. SERFATYParis

www.syfac.com

49, rue Gioffredo - 06000 Nice - Tél. +33 (0)4 93 80 14 87 - Fax +33 (0)957 333 256 - info@syfac.com

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 Hadi ANTOUN

Direction artistique :

Studio Zapping

Rédaction :

Dr Théodore Majid ABILLAMA, Dr Jeremy ABITBOL,
Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL, Dr Riyadh BENDMERAD,
Dr Steve BENERO, Dr Edmond BINHAS, Dr Alexis BLANC,
Alain CARNEL, Dr Pierre CHERFANE, Rodolphe COCHET,
Dr Joseph EID, Dr Michel KAROUNI, Dr Carole LECONTE,
Yves ROUGEAUX, Dr Bouchra SOJOD, Dr Ons ZOUTEN

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)
Dr 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
meg@lefildentaire.com

Imprimerie :

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

Couverture :

© JohanSwanepoel - Fotolia.com

Publicité :

Directrice : Patricia Levi : 06 03 53 63 98

Annonces :

Bisico • CEIOP • Champions Implants • Durr Dental •
Groupe Edmond Binhas • MIS France • Safe Implant •
SC Distribution • Sunstar • Syfac • Tecalliage • Thommen Medical

Encarts :

NCD • Viadentis

Sur Le Fil

> 6 à 12

Actualités France et International
Nouveaux produits – Revue de presse

Clinic Focus

> 14 à 36

- Approches thérapeutiques et résultats
- La maintenance péri-implantaire
- La péri-implantite : étiopathogénie et facteurs de risque
- La péri-implantite : définitions, prévalence, diagnostic
- États de surface et péri-implantite
- Péri-implantites et laser Er-YAG

Conseil Organisation

> 38 à 40

- Management d'équipe : assez de bla-bla, un peu de bon sens !

Conseil Management

> 42 et 43

- Le dentiste, l'assistante et le leadership

Conseil Éco

> 44 et 45

- Vos solutions pour la fin de l'année

Au Fil du Temps

> 46 et 48

- Agenda des manifestations

Petites Annonces

> 49 et 50

MIS

CANNES 2013 : un succès professionnel et humain

La 2^{ème} Conférence Internationale de MIS Implants - l'implantologie à 360° - a accueilli 2000 participants lors d'un événement passionnant de 3 jours à Cannes.

Sur le thème, « De la science à la Pratique - How To Make It Simple », le programme a donné l'opportunité à des professionnels de l'implantologie de plus de 60 pays de mieux appréhender les nouvelles tendances et les meilleures pratiques de l'implantologie grâce à la présence d'experts de renommée internationale.

« Nous sommes fiers de faire partie des leaders mondiaux au sein d'une entreprise qui fait quelque chose de bien pour des personnes qui sont des patients et nous sommes déterminés à le faire le mieux possible », dit M. Doron Peretz, Vice-Président Senior du Marketing et Développement Produits. « L'équipe MIS est entièrement dédiée aux valeurs intégrées à chaque étape de notre processus de travail – qualité, service et innovation ! Intégrité, qualité et travail acharné sont les clés pour bâtir quelque chose

de grand, comme notre récente Conférence mondiale l'a prouvé, et ce fut un grand succès pour toutes les personnes impliquées ». La Conférence Mondiale MIS a fait de son mieux pour être à la hauteur de ce lieu réputé pour son Festival du Film, par une cérémonie d'ouverture grandiose avec sa traditionnelle montée des marches revêtues d'un tapis rouge. La conférence s'est ouverte par le visionnage d'une nouvelle vidéo institutionnelle MIS magnifiquement conçue, qui décrit l'inspiration, l'innovation et la motivation qui l'ont amené à commercialiser certains de ses implants les plus vendus au monde. En outre, l'espace d'exposition MIS a attiré une foule avide d'informations sur les systèmes d'implants, la prothèse, les accessoires et les matériaux de greffe osseuse. La conférence répondait à un double objectif : non seulement relever l'image de MIS sur le marché comme l'un des plus grands fabricants d'implants mondiaux, mais aussi offrir aux congressistes une expérience de vacances merveilleuses en organisant une inoubliable série de divertissements de première classe, y compris le passionnant « Tour de MIS », course cycliste de bienfaisance au profit de l'association « Operation Smile », oeuvre de charité spécialisée dans la reconstruction faciale et dentaire pour les enfants à travers le monde. ◆

MIS

<http://www.mis-implants.com/fr>

DÜRR DENTAL

Le Vector Paro

Une thérapie paro et péri-implantite

Depuis 1999 le système Vector élimine le biofilm supra- et sous-gingival tout en préservant les tissus sensibles. Le cœur de sa technologie est un oscillateur linéaire d'énergie à ultrasons. Le traitement est si doux qu'environ 80 % des patients l'acceptent sans anesthésie.

Aujourd'hui, Dürr Dental apporte des améliorations au nouveau Vector Paro :

- un pupitre de commande sensitif clair, dont la surface presque plane est facile à désinfecter
- un plus grand réservoir d'eau
- une commande de l'énergie ultrasonique *via* une pédale, avec ou sans câble
- un programme de désinfection et de nettoyage intelligent
- une nouvelle unité d'éclairage permettant de voir même les zones difficiles d'accès de la cavité buccale

Le Fluid polish, à base de particules d'hydroxyapatite, élimine le biofilm pour éviter une recolonisation bactérienne et les inserts en matériaux composites renforcés par

des fibres de carbone sont conçus pour le traitement de la péri-implantite.

Une séance de traitement avec le Vector

Le traitement commence par une évaluation de la profondeur des poches et la prise de radios, suivies par un détartrage minutieux complété par un léger curetage sous-gingival. Suit l'utilisation du Vector sur tous les quadrants en une séance recommandée d'une heure et demie ou en deux séances de trois quarts d'heure espacées au *maximum* d'un jour afin d'éviter la propagation des germes d'une mâchoire à l'autre. Six semaines après, on voit de nets progrès à la réévaluation : des saignements moindres voire inexistant (BOP/« leeding on probing »), la disparition des hyperplasies gingivales et des poches moins profondes. Une régression en moyenne de 2 à 3 mm en 6 semaines. Suivant l'évolution, une maintenance tous les 3 ou 4 mois est conseillée.

La paro atraumatique !

La méthode Vector garantit un traitement minimal invasif, elle est souvent la moins chère et représente une efficace alternative à l'intervention chirurgicale. Surtout, elle permet un traitement quasi-indolore qui peut être réalisé sans anesthésie locale. Alors qu'avec le procédé traditionnel 4 séances (avec risque accru de ré-infestation des quadrants traités) sont nécessaires à cause de la douleur très intense, une seule suffit.

Le Vector permet un travail très précis même dans les furcations des molaires grâce aux sondes courbes.

En résumé : thérapie et prophylaxie atraumatique des parodontites et des péri-implantites – anesthésie très rarement nécessaire – sans chirurgie – ciment préservé – polissage des surfaces atraumatique et non-invasif.

En option : scaler lumineux pour phase initiale – pièce à main avec inserts pour recall et traitement de la péri-implantite ◆



**DÜRR
DENTAL**

DÜRR DENTAL
www.durr.fr

NOUVEAUTÉ 2013... NOUVEAUTÉ 2013... NOUVEAUTÉ 2013... NOUVEAUTÉ 2013...

Laser à diode portable ultra léger SOL™

Power of light

Réalisez tous vos soins sur tissus mous (gingivectomie, freinectomie, assainissement poches paro, traitements canalaire...)

Indicateur
de charge

Fonctions
pré-programmées

Rayonnement
bleu

Embout à usage
unique

Design spécifique
de la pièce à main

- Grande autonomie : jusqu'à 3 heures en fonctionnement
- Simple d'utilisation, 4 programmes pré-réglés (seulement 1 ou 2 touches à manipuler)
- Une visibilité fortement accrue du champ opératoire grâce au rayonnement bleu
- Facilement transportable d'un fauteuil à un autre

Les 25 premiers embouts offerts*

**Tarif exceptionnel
spécial 40 ans***



Une innovation DenMat

Tecalliage
L'ART DENTAIRE

Renseignements :
Tél. 02 32 50 69 96 - Fax 02 32 50 76 13
info@tecalliage.fr
Retrouvez-nous sur www.tecalliage.fr

SOL Power of light est un produit de la société DenMat LLC.

EFISEPTYL

Les nomades

Spray, fil, brossette, kit de voyage et chewing-gum

Pour l'hygiène des dents, ces produits nomades sont pratiques en vacances.

Haleine douteuse ou simple envie de fraîcheur, le **spray** mentholé donne immédiatement et durablement un effet rafraîchissant. Le chlorure de cetylpyridinium qu'il contient assure des propriétés antibactériennes.

Ciré et fluoré, ce **fil** dentaire miniature nettoie les dents en douceur et se glisse facilement dans un sac.

Les **brossettes** jetables, efficaces quand on ne peut se brosser les dents sont présentées en étui de transport, facile à emporter.

Le **kit de voyage** est composé d'une brosse à dents pliable et d'un dentifrice de 20 ml. Prévue pour respecter l'émail des dents, la brosse, dotée



d'un manche bi-matière et ergonomique, est conçue pour atteindre les zones difficiles. Le dentifrice mentholé, comprenant de l'eau minérale riche en sels minéraux et oligo-éléments, cicatrise, apaise et reminéralise les dents. Il assure une protection contre les caries, les attaques acides et la plaque dentaire grâce à la présence de fluor et d'un pH basique.

Le **chewing-gum** sans sucre ni aspartame, protège vos dents par sa triple action : renforcement de l'émail, aide à la réduction de risque de carie et diminution de la plaque bactérienne.



EFISEPTYL

Contact presse : 01 53 43 85 25
bureau@press4u.fr – www.efiseptyl.com

ANTHOGYR

Anthogyr s'agrandit !

Début 2013, Anthogyr a annoncé l'agrandissement de son site de Sallanches.

La société va bénéficier de 1 400 m² supplémentaires (1 000 m² au sol et 400 m² en mezzanine) : un réel gain d'espace qui va permettre au groupe de réaménager la partie logistique, devenue trop exiguë en raison de la croissance d'activité.

Dans le cadre de cet agrandissement, un Kardex (magasin de stockage informatisé) sera ajouté aux 3 existants afin d'optimiser les flux au sein même de l'entreprise mais aussi d'assurer une plus grande réactivité du service clients, notamment vers les filiales ouvertes récemment (Benelux et Espagne).

Cette extension a pour vocation d'accompagner la croissance de l'entreprise en permettant la création de nouveaux espaces de travail, aussi bien pour la partie production que pour la partie administration. Ces travaux sont les premiers effectués depuis l'inauguration du nouveau site, en juillet 2007. Ils ont débuté début avril et se termineront en septembre 2013.



ANTHOGYR SAS

Tél. : +33 (0)4 50 58 02 37
www.anthogyr.com

GABA

Elmex sensitive professional
Solution dentaire PRO-ARGIN avec fluorure d'amine

La solution dentaire elmex[®] SENSITIVE PROFESSIONAL[™] agit par obturation des canalicules dentinaires. L'arginine et le copolymère adhèrent à la dentine exposée en formant un film mince qui scelle les canalicules empêchant ainsi la stimulation des fibres nerveuses dentinaires. L'analyse par spectrométrie photo-électronique a mis en évidence que l'obturation des canalicules dentinaires se compose principalement d'arginine, de copolymère et de phosphate. La spectroscopie par infrarouge a confirmé la présence d'arginine dans le film formé à la surface de la dentine. En plus des résultats démontrant la formation d'une couche obturant les canalicules dentinaires, les expériences de conductance hydraulique ont montré que le traitement des canalicules dentinaires, avec la solution dentaire elmex[®] SENSITIVE PROFESSIONAL[™], entraîne la réduction de la perméabilité dentinaire de 55 %.

La solution est indiquée pour l'hygiène et le soin quotidiens, en complément du brossage des dents, des patients souffrant d'hyperesthésie dentinaire. La solution prête à l'emploi, convient à une utilisation prolongée, est sans alcool et de pH 6.



GABA

www.gaba.fr

champions (r)evolution®

Adapté à la méthode MIMI® (Minimalement Invasive) et à la méthode conventionnelle

champions-implants.com

CHAQUE PILIER 39 € HT

Ligne prothétique unique quel que soit le diamètre d'implant

- 0° / 15° / 22° / 30°
- Locator™
Locator™ est une marque de Zest Anchors LLC.
- Tête de tulipe
- Base de collage pour ICAs en zircon

IMPLANT 59 € HT

- Implant champions (r)evolution®
- emballage unitaire
- Ø: 3,5 / 4,0 / 4,5 / 5,5 mm
- Longueurs: 6,5 / 8 / 10 / 12 / 14 / 16 mm



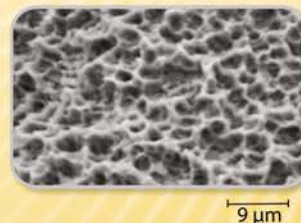
**Cours exceptionnel à Monaco
le 14 et 15 Février 2014**

Prix du cours: 800 € ttc
Renseignement et inscriptions:
fanny@championsimplants.com
Tél.: 06 40 75 69 02

—○ Cône interne de 9,5° --> excellente
connexion abutment / implant
(étude de l'université de Francfort, H. Zipprich)

—○ Micro-spires crestales pour une
excellente stabilité primaire

—○ Surface: sablée / mordancée
(qualité de surface excellente:
Source: Études de l'université de Cologne)



champions  implants
time to be a champion®

Champions-Implants GmbH
Bornheimer Landstr. 8
D - 55237 Flonheim



Tél.: 06.40.75.69.02
fanny@championsimplants.com
www.champions-implants.com

Exposant à l'ADF - stand 4L07 - Du 27 au 30 Novembre 2013

ASIP SANTE

MSSanté, c'est parti !**Service de messagerie sécurisée**

Le système MSSanté va permettre à tous les professionnels de santé d'échanger par mail, en toute sécurité, des données de santé à caractère personnel de leurs patients, dans le respect de la réglementation en vigueur. Les premiers « betatesteurs » expérimentent le service.

Chaque professionnel pourra accéder à ses messages sur son poste, avec et sans Carte de Professionnel de Santé (CPS) ainsi qu'en mobilité sur tablette ou smartphone (application pour iPhone et Android) d'ici la fin de l'année.

Ce premier service, autorisé par décision de la CNIL le 25 avril dernier, est mis à disposition gratuitement en webmail pour tous les professionnels de santé inscrits au RPPS et/ou disposant d'une carte de professionnel de santé. L'hébergement des données de santé à caractère personnel a reçu l'agrément, par décision du ministre chargé de la santé le 16/05/2013, après avis de la CNIL et du comité d'agrément des hébergeurs.

D'autres solutions de messageries sécurisées interopérables (dites « MSSanté compatibles ») seront opérationnelles dans les prochains

mois : déployées dans les établissements de soins, intégrées dans les logiciels métier des professionnels de santé.

La publication pour concertation du « Dossier des spécifications fonctionnelles et techniques du système MSSanté », a en effet permis aux opérateurs et aux éditeurs de logiciels de santé de prendre connaissance des orientations proposées par l'ASIP Santé, de s'approprier les notions qui y sont liées et de transmettre leurs commentaires.

AGENCE DES SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ

01 58 45 32 50

www.esante.gouv.fr/services/mssante

Site de pré-inscription réservé aux professionnels de santé :

<http://preinscription.mssante.fr>

Dossier des spécifications fonctionnelles et techniques (DSFT) :

<http://esante.gouv.fr/actus/services/publicationpour-concertation-des-specifications-du-systeme-des-messageries-securisee>

Compte-rendu de la réunion de concertation organisée le 15 mai dernier :

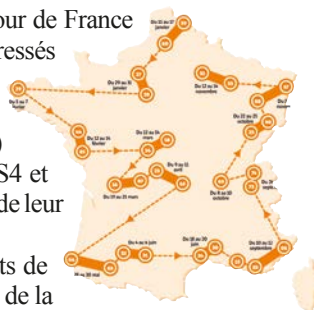
<http://esante.gouv.fr/actus/services/messageries-securisees-de-sante-plus-de-120-societesinformatiques-du-secteur-present>

DENTAL HI TEC

Les événements Dental Hi Tec**Un tour de France et un site web client**

En 2013, Dental Hi Tec a lancé un tour de France inédit permettant aux dentistes intéressés par l'anesthésie ostéocentrale pour ses qualités d'efficacité et d'immédiateté (même sur les molaires mandibulaires) de prendre en mains le QuickSleeper S4 et de rencontrer des praticiens utilisateurs de leur région.

Une opportunité unique pour les clients de se faire une idée concrète des bénéfices de la solution QuickSleeper. Pour Dental Hi Tec, il s'agit également d'un moyen supplémentaire de récolter de précieux retours clients qui seront la base de la communication de la marque jusqu'à l'ADF.



Si les bénéfices de l'anesthésie ostéocentrale avec QuickSleeper ne sont plus à démontrer, cela représente néanmoins un changement d'habitude pour les dentistes.

C'est pourquoi depuis le début de l'année, un nouveau site web réservé aux clients a été créé. Vidéos, forum de discussion, informations et planings des stages de perfectionnement sont quelques-uns des contenus de ce site qui permet aux nouveaux utilisateurs de maîtriser la technique en toute confiance et en toute simplicité.

**DENTAL HI TEC**Tél. : 02 41 56 14 15 – mail@dentalhitec.com
www.dentalhitec.com – Réservé aux clients : www.mydentalhitec.com

CROWN CERAM

Fabrication française 100 %

Née en 2010, après 2 années de recherche, la gamme de fabrication française Innovation a fait du laboratoire alsacien Crown Ceram le leader français de la CFAO. Elle a répondu avec précision aux exigences



de praticiens toujours plus nombreux, en garantissant une qualité constante et optimale. Pour atteindre cet objectif, Crown Ceram a intégré l'usage des meilleures technologies du numérique à chaque étape prothétique.

Or, ces dernières exigent des qualifications et des compétences spécifiques, très régulièrement actualisées, difficilement compatibles avec des éléments d'importation.

C'est pourquoi, expert reconnu de ces technologies, Crown Ceram garantit une fabrication 100 % française pour chacune de ses prothèses.

**LABORATOIRE CROWN CERAM**

Tél. : 03 89 57 67 22 – Fax : 03 89 62 07 53

info@crownceram.com – www.crownceram.com



légèreté & tranchant made in USA depuis 1992

surfaçage doux pour maintenance implantaire



Implant Instruments

Instruments manuels pour maintenance implantaire

- Accès aisé
- Formes étudiées
- Compatibles avec tous les implants
- Efficacité et sécurité
- Préservation des surfaces d'implants



les 4 fantastiques

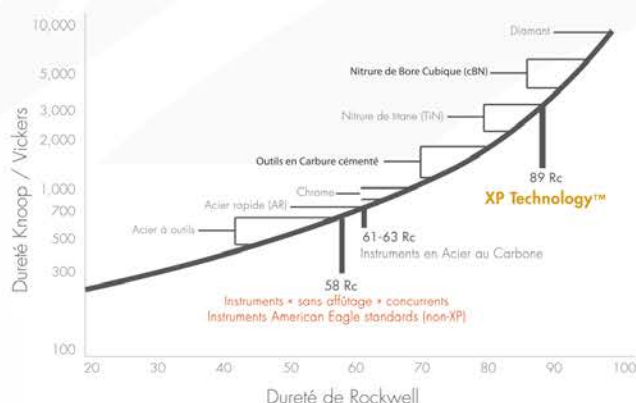
Seulement 4 instruments pour la majorité des cas de parodontologie courante

Double Gracey XP

Instruments de parodontologie

- Curettes de Gracey à double lame
- Extrémités arrondies
- Réduction du nombre d'instruments
- Technologie XP sans affûtage
- Qualité de coupe exceptionnelle

Antérieur Remplace les curettes de Gracey standards 1-2, 3-4, 5-6, 7-8 et 9-10.	Mini Antérieur Remplace les curettes de Gracey Access et Mini Gracey 0-00, 1-2, 3-4, 5-6 et 7-8	Postérieur Remplace les curettes de Gracey standards Mésial/Distal 11-12, 13-14 et 15-16.	Mini Postérieur Remplace les curettes de Gracey Access et Mini Gracey Mésial/Distal 11-12, 13-14 et 15-16.



XP Technology



Ces Dispositifs Médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE - AMTAC - Classe I.



Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne les Dispositifs Médicaux ou sur l'étiquetage remis.
Produits non-remboursés par les organismes d'assurance santé.

L'instrumentation par Bisico

120, allée de la Coudoulette
13680 Lançon de Provence
04 90 42 92 92 - www.bisico.fr

bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ



BLUEM

Dentifrice, bain de bouche et gel buccal

À l'oxygène naturel

Développés par une équipe de chirurgiens-dentistes spécialisés en implantologie et chirurgie maxillo-faciale.

- Formulation unique, haute concentration d'oxygène naturel
- Protection optimale pour les dents et les implants
- Élimination radicale des bactéries
- Diminution efficace des poches
- Soin optimal des gencives
- Puissant soin de l'haleine
- Amélioration du système immunitaire
- Prévention et traitement des maladies parodontales et des péri-implantites



Distribué en France par Thommen Medical France :
infos@thommenmedical.fr – tél. : 0183640635

BLUEM

info@bluemcare.com – www.bluemcare.com

SIRONA

Nouvelle génération de turbines

Premium, Comfort et Economy

Avec une pression de trois bars, les nouvelles turbines sont très puissantes. Trois modèles proposés : Boost qui peut atteindre 23 watts, mais aussi un modèle avec mini-tête de diamètre 10,2 mm qui garantit un accès optimal aux molaires et une visibilité parfaite du lieu de préparation ; le modèle Control maintient la rotation constante grâce à une régulation de vitesse brevetée à 250 000 tours par minute et permet un travail régulier en silence tout en évitant des dommages thermiques de la dent. Le niveau sonore est réduit, spray inclus. Un nouveau spray à quatre buses répartit de façon homogène le mélange air/eau autour de la fraise et fonctionne beaucoup plus silencieusement.

Les turbines bénéficient d'une prise en main équilibrée. Dans la classe Premium T1, les manches sont entièrement en titane. Dans la classe Comfort T2 et Economy T3, le revêtement des manches est en titane. Le matériau est facile à manier et à nettoyer. Les turbines sont stérilisables et thermo-désinfectables. Pour éclairer la zone de travail, les turbines T1 et T2 font appel à l'éclairage LED d'une puissance de 25 000 Lux. La classe Economy T3 est livrée sans photoconducteur. Toutes les turbines peuvent être combinées avec toutes les variantes d'accouplement courantes via l'interface CLICK&Go conçue par Sirona.



SIRONA DENTAL GMBH

Tél. : +43 (0) 662/2450-0 – Fax : +43 662 2450-109590
contact@sirona.com – www.sirona.fr

PANASONIC

Nouvelles caméras modulaires

GP-MH322, GP-MH326 GP-MH330

Panasonic System Communications Company Europe, Industrial

Medical Vision, présente de nouvelles caméras modulaires.

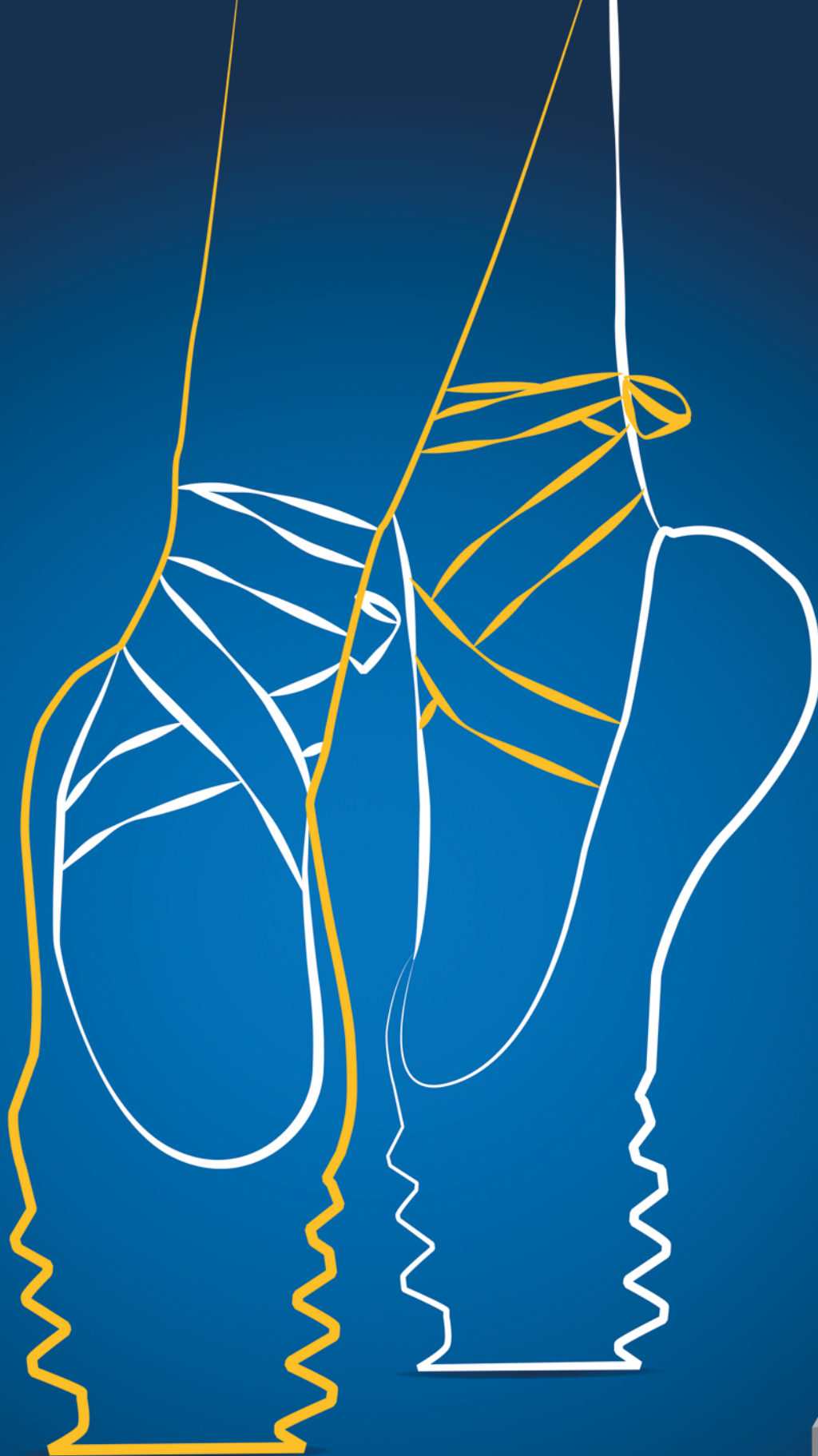
Cette gamme de caméras Full HD à une seule puce offre une résolution HD exceptionnelle avec des couleurs sublimes et une taille idéale. Ces caméras assurent une résolution native de 1 080 p et prennent en charge plusieurs formats dans un module compact et léger. Les modules sont équipés d'une technologie anti-flou assurant des images claires et nettes et permettent le paramétrage du point de commutation jour/nuits en fonction des conditions ambiantes, pour un contrôle automatisé et facilité, associé à une qualité d'image élevée.

Équipées de la technologie Super Dynamic Range, de Panasonic, ces caméras offrent une plage dynamique 128 x. Toutes les images sont reproduites avec une précision optimale lorsque les sujets se trouvent dans des zones à la fois sombres et claires. Les modes de pré-réglage individuel, le zoom optique atteignant 30 x et diverses fonctions telles que l'inversion d'images, la rotation de l'écran, la Video Motion Detection (détection de mouvement) ou encore la fonction de protection des données, font de ces caméras un outil idéal pour les applications les plus variées.



PANASONIC

Tél. : +33 1 47 91 63 12 – mathias.evenwiser@eu.panasonic.com
http://business.panasonic.fr/camera-professionnelle/produits-et-accessoires/imv/cameras-modulaires/gp-ms436



**UNE MEILLEURE STABILITE POUR
DES PERFORMANCES SUPERIEURES**
MAKE IT SIMPLE

mis[®] FRANCE | **m4**

Pour en savoir plus sur l'implant M4, visitez notre site web : www.mis-implants.com/fr ou contactez-nous au : 01 78 14 13 00



La péri-implantite : définitions, prévalence, diagnostic



Dr Ons ZOUITEN

- Chirurgien-dentiste
- Certificat d'études supérieures en parodontologie, Paris 5
- Diplôme universitaire d'implantologie, Paris 6
- Exercice privé, Orléans
- dr.ons.zouiten@gmail.com

De nos jours, les implants font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique pour traiter les édentements partiels ou totaux de nos patients.

Un remodelage osseux physiologique au niveau du col implantaire est systématique. Ce *processus* multifactoriel dépend de (Mombelli et al. 2012 et Hermann et al. 2000) :

- la création de l'espace biologique
- la forme, du type d'implant et du type de connexion
- du microgap au niveau de la connexion implant/pilier favorisant une colonisation bactérienne qui va entretenir une inflammation
- de la localisation de ce microgap (supracrestal, juxta-crestal, sous-crestal ou platform switching)
- des contraintes biomécaniques au niveau de la connexion implant/pilier
- des contraintes occlusales
- du protocole chirurgical (décollement d'un lambeau mucopériosté ou chirurgie sans lambeau) et prothétique (passivité de la prothèse, vissage, dévissage des piliers...)

Ce remodelage osseux est nécessaire pour établir un espace biologique autour des implants. C'est pourquoi Mombelli et al. (2012) recommandent de suivre le niveau osseux une fois l'homéostasie des tissus péri-implantaires obtenue (à la mise en charge) et non sur les radiographies prises juste après la pose de l'implant. Ce remodelage osseux est « physiologique » cependant il arrive qu'il y ait une perte osseuse pathologique due à la colonisation bactérienne des tissus péri-implantaires causant ainsi « la péri-implantite ».

Définitions

L'European Workshop of Periodontology, en 1980, a introduit le terme de péri-implantite pour décrire un *processus* inflammatoire destructif qui affecte les tissus durs et mous autour des implants ostéointégrés conduisant à la formation d'une poche péri-implantaire avec perte osseuse.

Depuis, plusieurs définitions se sont succédées, pour Albertsson (1986) : la péri-implantite se définit comme une perte progressive de l'os péri-implantaire supérieure aux normes admises et simultanée à une inflammation des tissus mous. Pour Smith et Zarb (1989), la péri-implantite est définie comme un *processus* inflammatoire qui implique la muqueuse et l'os péri-implantaire et peut résulter en une perte progressive des tissus support de l'implant.

En 1994, l'European Workshop of Periodontology (Albertsson et Isidor) a défini 2 entités :

- la mucosite est une réaction inflammatoire réversible des tissus mous péri-implantaires
- la péri-implantite est définie comme un *processus* inflammatoire affectant les tissus autour des implants ostéointégrés et en fonction, résultant en la perte du support osseux

Selon Zitzmann et al. (2008), le fait que le mot « réversible » ne soit pas inclus dans la définition des péri-implantites, implique que le *processus* inflammatoire qui se produit au niveau des péri-implantites est irréversible, et donc n'est pas possible à traiter. Il suggère donc de modifier ces définitions :

- la mucosite est décrite comme la présence d'une inflammation de la muqueuse autour d'un implant en fonction sans perte du support osseux
- la péri-implantite est caractérisée par la présence d'une inflammation de la muqueuse autour d'un implant en fonction ainsi que par la perte du support osseux

Dans le rapport du *consensus* du « Sixth European Workshop on Periodontology », une définition a été retenue. « Les maladies péri-implantaires sont des infections. La mucosite péri-implantaire décrit une lésion inflammatoire au sein de la muqueuse, alors que la péri-implantite atteint en plus le support osseux » (Lindhe et Meyle, 2008). Cette définition est considérée adéquate suite au *consensus* du « Seventh European Workshop on Periodontology » (Lang et al. 2011).

Prévalence

Zitzmann et Berglundh (2008) ont réalisé une revue systématique pour étudier la prévalence de la maladie péri-implantaire et ont constaté qu'elle est variable selon les définitions et les études. Après ajustement des données et des définitions ils ont trouvé que la mucosite toucherait 80 % des patients et 50 % des implants, la péri-implantite de 28 à 56 % des patients et 12 à 43 % des implants.

Mombelli et al. (2012) trouvent dans une autre revue de littérature que la péri-implantite touche 20 % des patients et 10 % des implants.

Ces chiffres ne peuvent refléter la réalité actuelle, car il faudrait avoir une approche plus épidémiologique des données. Les différentes définitions de la péri-implantite ont abouti à un large éventail de valeurs de prévalence rapportées. De tels écarts incluent l'utilisation de



Dr Jeremy ABITBOL

- Docteur en chirurgie dentaire, université Paris 7
- jeremy.abitbol@hotmail.fr

différents seuils de perte osseuse, de même pour les paramètres inflammatoires (saignement, profondeur de poche) et les différentes combinaisons possibles.

Selon Renvert et al. (2009), la plupart des auteurs surestime ou sous-estime la prévalence des péri-implantites qui concernerait 16 % des patients et 6 % des implants.

Diagnostic

Le diagnostic des péri-implantites repose sur différents critères : le sondage, la suppuration, l'analyse radiographique et la mobilité (Heitz-Mayfield 2008).

Le sondage est essentiel pour le diagnostic des maladies péri-implantaires, il faut sonder avec une force légère (0,25 N) et ne pas endommager les tissus péri-implantaires. Le saignement au sondage indique la présence d'une inflammation de la muqueuse péri-implantaire et peut être utilisé comme un indicateur de la perte des tissus de soutien. Une augmentation de la profondeur de sondage au fil du temps est associée à la perte d'attache. À noter que la difficulté d'accès autour des restaurations implanto-portée et la présence de spires peuvent rendre le sondage peu fiable (Fig. 1 et 2).

La suppuration est le signe d'une lésion infectieuse et d'un état avancé de l'inflammation péri-implantaire, généralement au niveau d'une poche profonde.

Les radiographies sont requises pour évaluer et comparer le niveau osseux autour des implants en particulier au niveau proximal. Le panoramique offre une vision globale mais n'est pas assez précis, on lui préférera les radiographies type long cône qui nous permettent de visualiser la perte osseuse en mésial et en distal (Fig. 3 et 4).

La mobilité de l'implant signe une perte complète de l'ostéointégration, sa dépose est alors indiquée.

Conclusion

La profondeur de poche, la présence de saignement au sondage, la suppuration ainsi que le niveau osseux doivent être évalués régulièrement afin de suivre l'état de santé péri-implantaire et de dépister un éventuel problème de façon précoce.

Le diagnostic d'une péri-implantite se base sur les signes suivants : un saignement au sondage souvent associé à une suppuration, une poche profonde ≥ 4 mm et une perte du support osseux d'au moins 3 spires (soit 1,8 mm au minimum) (Heitz-Mayfield 2008). ♦

Lectures conseillées

1. ANTOUN H. ET UETTWILLER D. Le joint pilier-implant : influence sur la stabilité osseuse marginale, *Revue de la littérature JPIO* 2009; 28(3): 189-205
2. HEITZ-MAYFIELD L. Peri-implant diseases: diagnosis and risk indicators, *J Clin Periodontol* 2008; 35 (Suppl. 8): 292-304
3. LANG ET BERGLUNDH. Peri-implant diseases: where are we now? Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology *J Clin Periodontol* 2011; 38 (Suppl. 11): 178-181
4. MOMBELLIA, MÜLLER N, CIONCAN. The epidemiology of peri-implantitis. *Clinical Oral Implants Research* 23 (octobre 2012): 67-76
5. ZITZMANN N. U, BERGLUNDH T. Definition and prevalence of peri-implant diseases. *Journal of Clinical Periodontology* 35, no. 8 (septembre 2008): 286-291

Ce qu'il faut retenir

- La définition de la péri-implantite ne fait pas encore l'unanimité ce qui a une répercussion sur les écarts importants de la prévalence qui tend à augmenter avec les années.
- La phase de diagnostic est essentielle afin de repérer les premiers signes de l'inflammation et pouvoir anticiper la suite du traitement

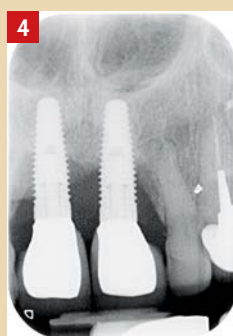


Fig. 1 : saignement au sondage secteur postérieur

Fig. 2 : sondage d'une poche péri-implantaire secteur antérieur

Fig. 3 : rétro-alvéolaire pour visualiser la perte osseuse marginale, secteur postérieur

Fig. 4 : rétro-alvéolaire pour visualiser la perte osseuse marginale, secteur antérieur

La péri-implantite : étiopathogénie et facteurs de risque



Dr Michel KAROUNI

- Docteur en chirurgie dentaire
- Certificat d'études supérieures en anatomo-physiologie, parodontologie et prothèse fixée, Paris 7
- m_karouni@hotmail.com



Dr Joseph EID

- Docteur en chirurgie dentaire
- Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantaire, Paris 5
- Exercice privé, Neuilly sur Seine
- joseph@dr-eid.com

Les facteurs microbiens

Mombelli et Lang (1998), montrent qu'il existe essentiellement cinq faisceaux de preuves en faveur de l'étiologie bactérienne. Notons-en quelques-unes : les flores bactériennes associées à l'échec et au succès implantaires sont toujours différentes, tant du point de vue qualitatif que quantitatif. L'utilisation d'une thérapeutique antimicrobienne autour d'un implant atteint d'une péri-implantite entraîne une amélioration de son statut clinique. Le niveau de l'hygiène orale a un impact sur le succès à long terme de la thérapeutique implantaire.

Selon Renvert et al. (2007), la plupart des complications biologiques qui apparaissent autour des implants ostéo-intégrés sont associées à une colonisation bactérienne chez un sujet à risque.

Formation du biofilm primaire

La plaque péri-implantaire est organisée en biofilm. Cette pellicule permet l'adsorption des bactéries grâce aux constituants de leur paroi.

Cette première couche organique se dépose immédiatement après l'exposition de l'implant dans la cavité buccale. Dès les premières minutes qui suivent, des bactéries isolées viennent y adhérer. Ces dernières commencent alors leur *processus* de division et, en quelques heures, forment de larges agrégats bactériens.

Similitude avec les parodontites

Les colonisateurs primaires sont essentiellement des cocci à Gram positif. La formation du biofilm primaire a été étudiée sur des implants Straumann® en utilisant la technique d'hybridation ADN-ADN. Ces auteurs rapportent la présence d'une colonisation bactérienne du sulcus péri-implantaire dans les trente minutes qui suivent la pose de l'implant. Aussi, ils constatent que l'organisation des colonies bactériennes du biofilm primaire est différente de celle rencontrée à la surface de la dent naturelle. Ces résultats sont en accord avec ceux obtenus dans d'autres études.

Les facteurs de risques

Antécédent de parodontite

Avant tout traitement implantaire, la maladie parodontale doit être traitée puis stabilisée, car la pose d'implants dans un environnement parodontal inadéquat pourrait compromettre le succès implantaire.

En 2009, Renvert et al. ont réalisé une revue de littérature

dans laquelle ils retiennent 3 études comparant la perte d'os au niveau des implants atteints d'une péri-implantite chez des patients avec et sans antécédents de parodontite, sur une période d'au moins 5 ans (Hardt et al. 2002, Karoussis et al. 2003, Mengel et al. 2007).

L'étude de Hardt et al. (2002), montre que la perte osseuse autour des implants n'est pas significative entre les 2 groupes. Il suggère que le risque de perdre un implant chez les sujets avec un antécédent de parodontite est de 2 : 1. Mais la nature rétrospective de cette étude ne permet pas l'évaluation des conditions cliniques.

Dans l'étude de Karoussis et al. (2003), si l'échec est défini par une profondeur de poche ≥ 5 mm, un saignement au sondage et une perte osseuse de 0,2 mm par an, les taux de succès sont de 79,1 % pour les sujets sans antécédent de parodontite et de 52,4 % pour les sujets avec antécédents de parodontite. Ces sujets ont plus souvent des complications au niveau des implants.

Mengel et al. (2007), étudient les sujets présentant des antécédents de parodontite agressive et montrent une perte osseuse autour des implants après 1 an de 1,3 mm contre 0,3 mm chez les sujets sains.

En utilisant des stratégies différentes, il est devenu évident que les différences de conception des études, de diagnostic des parodontites, de suivi ainsi que les méthodes d'inclusion des sujets ne permettent pas d'en tirer une méta-analyse (Renvert et al. 2009).

Le problème de ces études reste le nombre réduit de l'échantillon, qui est inadéquat pour tirer de réelles conclusions.

Karoussis et al. (2007) notent une absence de différence significative dans la survie des implants à court ou long terme entre des patients avec ou sans antécédents de parodontite, mais ceux avec antécédents de parodontite auraient une incidence plus élevée de péri-implantite.

Schou et al. (2006) concluent que la survie de la suprastructure et de l'implant ne dépendent pas du statut parodontal, bien que l'incidence de la péri-implantite pourrait significativement augmenter chez des patients avec une parodontite. Il semblerait que ces études laissent penser que la parodontite serait un facteur de risque à prendre en compte dans la survenue des péri-implantites.

Le diabète

Le diabète est une maladie systémique qui agit à plusieurs niveaux sur la capacité de cicatrisation, il augmente la susceptibilité des patients aux infections et le taux d'échec implantaire (Fiorellini et Nevins 2000).

Si plusieurs études ont recherché l'association entre le diabète



Fig. 1 : dépose du bridge implanto-porté, présence de plaque bactérienne au niveau des piliers

Fig. 2 : vue clinique après débridement par aéropolisseur, irrigation à la bétadine et à l'eau oxygénée au niveau des piliers

Fig. 3 : absence de gencive kératinisée autour des implants associée à une péri-implantite

et l'échec implantaire, (Kotsovilis et al. 2006, Mombelli et Cionca 2006), celles qui ont étudié l'association entre diabète et péri-implantites sont rares.

Ferreira et al. (2006), avec un suivi de 6 mois à 5 ans, notent que chez les sujets diabétiques, la prévalence de la péri-implantite est de 8,9 %. La prévalence de la parodontite au niveau du même groupe est de 14,2 %.

La parodontite et le diabète ont également été associés avec un risque augmenté de péri-implantite, en particulier chez les sujets avec un mauvais contrôle de leur diabète (Ferreira et al. 2006).

Prédispositions génétiques

Les interleukines IL-1 α , IL-1 β et leurs inhibiteurs spécifiques IL-1 receptor antagonist (IL-1ra) jouent un rôle clé dans la régulation de la réponse inflammatoire. Plusieurs études ont recherché l'association entre un polymorphisme génétique des gènes IL-1 α et IL-1 β et la péri-implantite. Mais les résultats semblent contradictoires (Heitz-Mayfield 2008).

Le tabac

Strietzel et al. (2007), rapportent un risque significativement plus élevé de développer une péri-implantite chez le patient tabagique. Gruica et al. (2004) et McDermott et al. (2003) rapportent que les patients fumeurs ont un risque significativement plus important de développer une péri-implantite. Pour Haas et al. (1996), le groupe fumeur présentait significativement plus de saignement au sondage, de perte d'attache, d'inflammation des tissus péri-implantaires et de perte osseuse à la radiographie.

D'autres études sur les indicateurs de risque des maladies péri-implantaires, rapportent une association significative du tabagisme avec la mucosite péri-implantaire, la perte osseuse marginale et la péri-implantite (Roos-Jansäker et al. 2006, Fransson et al. 2008).

L'hygiène bucco-dentaire

Lindquist et al. (1997) notent une association significative entre mauvaise hygiène buccale et perte osseuse péri-implantaire.

Cette association est plus significative chez les patients fumeurs qui présentent trois fois plus de perte osseuse péri-implantaire que les patients avec une mauvaise hygiène buccale non fumeurs.

Une très mauvaise hygiène buccale (indice de plaque ≥ 2) est fortement associée à la présence de péri-implantite (Ferreira et al. 2006) (Fig. 1 et 2).

Serino et Ström (2009) abordent dans leur étude l'accès à l'hygiène au niveau des sites implantaire et considèrent ce facteur local comme fortement associé à la péri-implantite.

Présence de tissu kératinisé

Les études expérimentales n'ont pas réussi à déterminer une hauteur adéquate de gencive kératinisée d'une dent naturelle. L'ensemble des travaux convergent sur la nécessité de la présence de muqueuse kératinisée autour des implants.

Pour Roos-Jansäker et al. (2006), il n'existe aucune association entre l'absence de muqueuse kératinisée et la présence d'une maladie péri-implantaire (Fig. 3).

Lin et al. (2013) observent qu'un manque de tissu kératinisé autour des implants est lié à une accumulation de plaque, une inflammation tissulaire, une récession gingivale ainsi qu'une perte d'attache.

L'excès de ciment de scellement des prothèses scellées implanto-portées

Wilson (2009) a tenté, dans une étude prospective, d'établir le lien entre un excès de ciment de scellement et une augmentation du risque d'apparition d'une lésion péri-implantaire. Son étude regroupe 39 patients montrant des signes cliniques et/ou radiographiques d'inflammation péri-implantaire sur une période de 5 ans.

L'auteur a conclu que des excès de ciment sont associés à des signes d'affection péri-implantaire dans la majorité des cas (81 %). Après l'élimination des excès de ciment, aucun signe clinique et endoscopique d'affection péri-implantaire sur 74 % des implants tests n'était observé.

Cette étude est en accord avec les conclusions d'autres auteurs dont Stephan Renvert (2009) qui considère que l'excès de ciment joue le même rôle qu'une ligature lorsque l'on veut provoquer une péri-implantite expérimentale (Fig. 4 à 6).

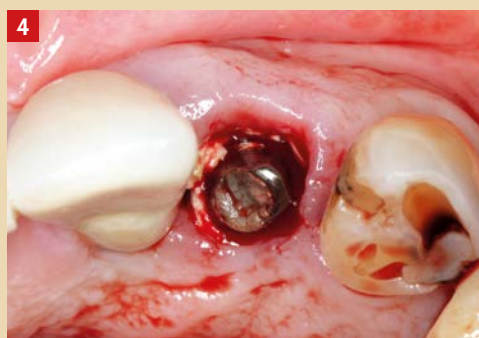
Caractéristiques de l'état de surface implantaire

Les caractéristiques d'une surface implantaire dépendent du relief (irrégularité de surface), de la rugosité et de la composition chimique de cette dernière. La majorité des implants actuellement sur le marché présente des surfaces avec un indice de rugosité (Ra) modérée (Ra entre 1,0 et 2,0 μ m) avec une

Fig. 4 : excès de ciment visible cliniquement

Fig. 5 : péri-implantite associée à un excès de ciment visible radiographiquement

Fig. 6 : excès de ciment autour d'un pilier en titane



meilleure réponse osseuse que les implants à surface usinée ou fortement rugueuse (Albrektsson et Wennerberg 2004). Astrand et al. (2004) comparent différentes surfaces implantaire dans une étude clinique randomisée avec un suivi de 3 ans. Aucune différence statistiquement significative n'est trouvée entre les différents types d'implants (surface usinée ou rugueuse), à l'exception de la fréquence de la péri-implantite qui est plus élevée pour les implants à surface rugueuse. Des résultats semblables concernant la perte osseuse autour d'implants usinés ($Ra \pm 0,5 \mu$) contre des implants modérément rugueux sont rapportés dans une étude prospective randomisée avec un suivi sur 5 ans de 51 sujets (Wennström et al. 2004).

Pour plus de détail, voir le prochain chapitre.

Le facteur occlusal

Van Stenberghe et al. (1999) ont rapporté une augmentation significative de la perte osseuse péri-implantaire, en rapport avec une surcharge occlusale. Cependant, ces études ne peuvent pas contrôler d'une façon appropriée la quantité et la durée de la surcharge mécanique, ce qui explique la grande variété des résultats.

Hurzeler et al. (1995) ne trouvent pas de perte significative de l'ostéointégration avec des surcharges occlusales expérimentales. Dans une autre étude d'Isidor (1997), les implants exposés à un traumatisme occlusal, durant dix-huit mois, montrent des signes de résorption progressive conduisant à une mobilité implantaire et à la perte de l'implant au bout de 4 à 5 mois. Dans un cas de péri-implantite mandibulaire, Mattout et al. (2009) ont noté une surcharge occlusale associée à une charge bactérienne faible mais faisant intervenir des bactéries parodontopathogènes. La différence entre les observations faites par les auteurs est peut-être due à plusieurs paramètres, qui varient selon les études, tels que la forme de l'implant, la flexibilité des piliers, la présence et la durée d'une surcharge occlusale et son amplitude. Il a été observé que la destruction des tissus péri-implantaires commence à se produire avec 250 μ m de hauteur occlusale excessive. Quand cette charge occlusale se transmet aux tissus péri-implantaires, elle entraîne une destruction osseuse plus importante que celle induite par la plaque bactérienne.

Mais selon Renvert, la surcharge occlusale ne peut pas être à l'origine d'une péri-implantite. Selon lui, le traumatisme

occlusal entraînant systématiquement la fibrointégration de l'implant, l'étiologie de la péri-implantite reste exclusivement infectieuse. ♦

Ce qu'il faut retenir

- L'étiologie principale de la péri-implantite reste microbienne. Les études sont encore trop controversées en ce qui concerne l'origine occlusale exclusive.
- Notons que quelques facteurs sont plus à risque dans le développement de la péri-implantite : les antécédents de parodontite, le tabac et le manque d'hygiène bucco-dentaire.
- Ne pas oublier les excès de ciment dans la prothèse implanto-portée scellée qui peuvent causer des dégâts importants.

Lectures conseillées

1. DE BOEVER A.L., DE BOEVER J.A. Early colonization of non-submerged dental implants in patients with a history of advanced aggressive periodontitis. *Clin. oral implants res.*, 2006, 17 (Suppl. 1), p.8-17.
2. FÜRST M., SALVI G.E., LANG N.P., PERSSON G.R. Bacterial colonization immediately after installation on oral titanium implants. *Clinical oral implants res.*, 2007, 18, p.501-508.
3. HÜRZELER M.B., QUIÑONES C.R., SCHÜPBACH P., VLASSIS J.M., STRUB J.R., CAFFESSE R.G. Influence of the suprastructure on the peri-implant tissues in beagle dogs. *Clin. oral implants res.*, 1995, 6 (Suppl. 3), p.139-148.
4. ISIDOR F. Histological evaluation of peri-implant bone at implants subjected to occlusal overload or plaque accumulation. *Clin. oral implants res.*, 1997, 8, p.1-9.
5. MATTOUT P., KETATAN., VAIDAC., LASCUL. Les maladies peri-implantaires : Prévalence, étiologie et abord thérapeutiques. *J. parodontol. implantol orale.*, 2009, Vol 28 (Suppl. 3), p. 207-223.
6. MIYATA T., KOBAYASHI Y., ARAKI H., OHTO T., SHIN K. The influence of controlled occlusal overload on peri-implant tissue. Part 3: A histologic study in monkeys. *Int. j. oral maxillofac. implants.*, 2000, 15 (Suppl. 3), p.425-431.
7. MOMBELLI A., LANG N.P. The diagnosis and treatment of peri-implantitis. *Periodontol.* 2000., 1998, 17, p.63-76.
8. QUIRYNEN M., VOGELS R., PEETERS W., VAN STEENBERGHE D., NAERT I., HAFFAJEE A. Dynamics of initial subgingival colonization of pristine peri-implant pockets. *Clin. oral implants res.*, 2006, 17, p. 25-37.
9. RENVERT S., PERSSON G.R. Periodontitis as a potential risk factor for peri-implantitis. *J. clin. periodontol.*, 2009, 36 (Suppl. 10), p. 9-14.
10. RENVERT S., ROOS-JANSÅKER A.M., LINDAHL C., RENVERT H., RUTGER-PERSSON G. Infection at titanium implants with or without a clinical diagnosis of inflammation. *Clin. oral implants res.*, 2007, 18 (Suppl. 4), p.509-516.
11. VAN STEENBERGHE D., NAERT I., JACOBS R., QUIRYNEN M. Influence of inflammatory reactions vs occlusal loading on peri-implant marginal bone level. *Adv. dent. res.*, 1999, 13, p.130-135.
12. WALKER J.T., BRADSHAW D.J., BENNETT A.M., FULFORD M.R., MARTIN M.V., MARSH P.D. Microbial biofilm formation and contamination of dental-unit water systems in general dental practice. *App. Environ. microbiol.*, 2000, 66, p.3363-3367

L'oxygène naturel pour la prévention
et le soin des péri-implantites, parodontites...



www.bluemcare.com

distribué en France par

THOMMEN
Medical

États de **surface** et **péri-implantite**



Dr Jeremy ABITBOL

- Docteur en chirurgie dentaire, université Paris 7
- jeremy.abitbol@hotmail.fr



Dr Pierre CHERFANE

- Docteur en chirurgie dentaire
- Diplôme universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique, Paris 7
- Attaché au diplôme universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique, Paris 7
- Exercice privé, Paris 17^e
- pierre@cherfane.fr

Les différents états de surfaces

Les implants utilisés en dentisterie sont désormais accessibles dans différents matériaux avec un diamètre, une longueur et une plate-forme variables. Ils possèdent aussi différents états de surface avec des propriétés variables ainsi que des revêtements différents. Il existe différentes procédures de traitement des surfaces implantaire qui ont pour objectif d'améliorer la performance clinique (Esposito et al. 2012).

Les surfaces usinées

Une surface usinée présente un aspect relativement lisse. Elle forme des pics et des vallées qui concourent à une légère rugosité. Cette rugosité (Ra) varie entre 0,53 et 0,84 μm (Wenneberg et Albrektsson, 2000) selon les conditions d'usinage.

C'est l'état de surface avec lequel les études initiales de l'équipe suédoise ont été élaborées entre les années 60 et 80 (Fig. 1 et 2).

Les surfaces traitées par addition

Projetât par la torche à plasma

Les surfaces rugueuses sont le résultat d'un revêtement obtenu par plasma-spray de titane ou d'hydroxyapatite. Ce traitement était réalisé dans les années 1980-2000, mais il a cédé sa place aux procédés chimiques de mordantage et donc par soustraction.

La rugosité du plasma-spray de titane varie entre 2,1 (Wennerberg et al. 1993) et 3,1 μm (Buser et al. 1998). Pour le plasma-spray d'hydroxyapatite, le Ra varie entre 1,59-2,94 μm (Wennerberg et al. 1993), selon les conditions de traitement.

Ex : TPS (Straumann®).

Les surfaces traitées par soustraction

Sablage

Le sablage consiste à bombarder la surface du titane à l'aide de particules très dures. Celles-ci créent des rugosités en impactant la surface.

Le sablage est classiquement réalisé à l'alumine, mais il peut aussi être réalisé à l'oxyde de titane ou à partir de particules de céramique telles que le phosphate tricalcique.

La rugosité de surface dépend du matériau et de la taille des particules de sable. Le Ra des surfaces sablées à l'oxyde de titane varie de 1,05 (Godfredsen, 2000) à 1,09 μm (Wennerberg, 2000).



Fig. 1 : implant à surface usinée
(© Nobel Biocare)

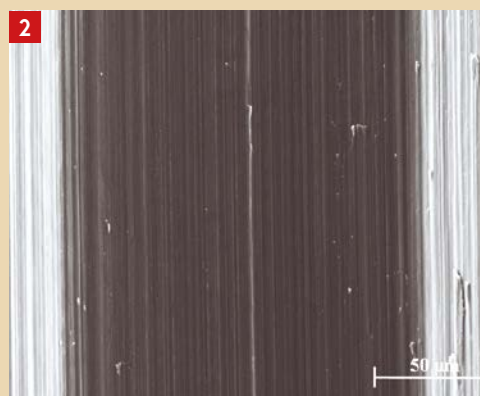


Fig. 2 : vue microscopique d'une surface usinée
(© Nobel Biocare)

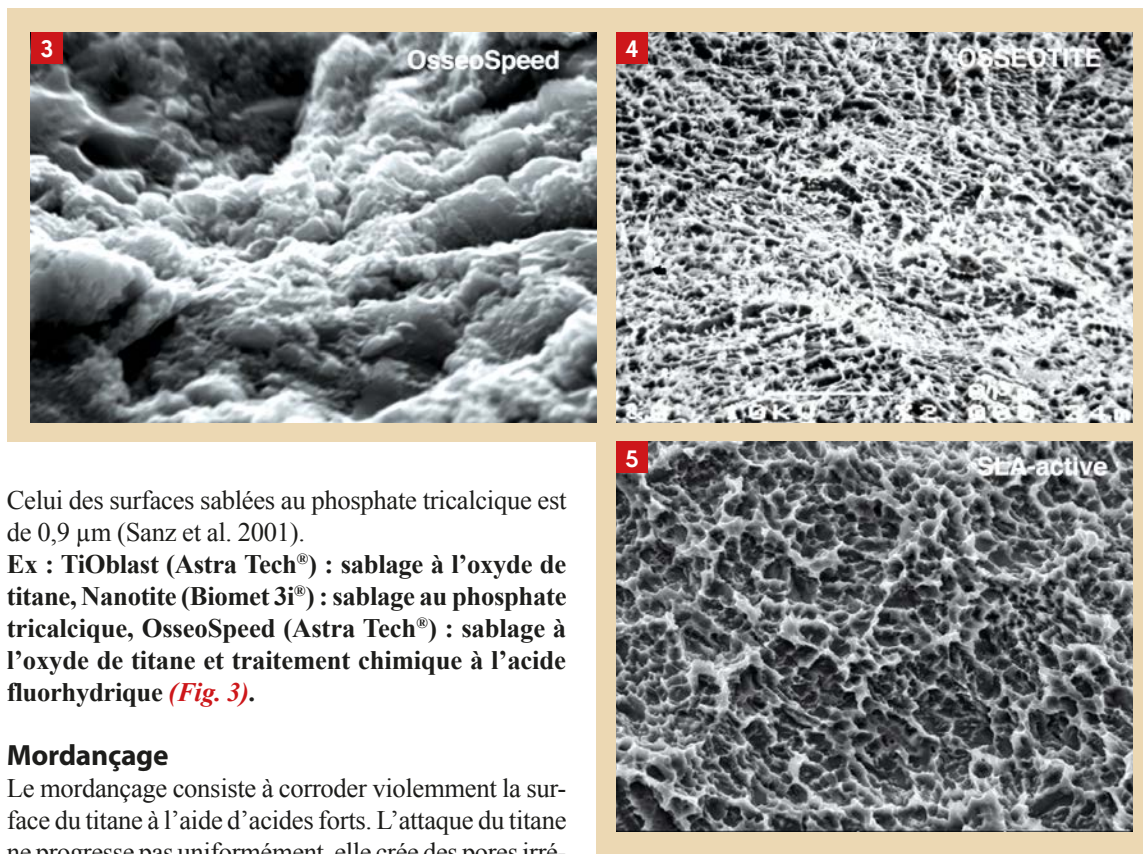


Fig. 3 : surface implantaire OsseoSpeed, traitement au fluor sur une surface sablée (x 50 000)

Fig. 4 : surface implantaire rugueuse Osseotite, traitée par un double mordantage acide (HCl/H₂SO₄) (x 2 000)

Fig. 5 : surface rugueuse SLA-active traitée par sablage et double mordantage acide (x 2 000)

Celui des surfaces sablées au phosphate tricalcique est de 0,9 µm (Sanz et al. 2001).

Ex : TiOblast (Astra Tech®) : sablage à l'oxyde de titane, Nanotite (Biomet 3i®) : sablage au phosphate tricalcique, OsseoSpeed (Astra Tech®) : sablage à l'oxyde de titane et traitement chimique à l'acide fluorhydrique (**Fig. 3**).

Mordantage

Le mordantage consiste à corroder violemment la surface du titane à l'aide d'acides forts. L'attaque du titane ne progresse pas uniformément, elle crée des pores irréguliers, propices à la croissance osseuse et à l'ancrage micromécanique. L'attaque chimique peut être précédée ou non d'un sablage.

La rugosité de surface est différente selon qu'un sablage préalable a eu lieu ou non. Sans sablage, le Ra des surfaces mordancées est de 0,4 à 1,09 µm. Avec sablage, il varie de 1,44 à 2 µm (Wenneberg et Albrektsson, 2000, Buser et al. 1998).

Ex : Osteotite (Biomet 3i®), SLA (Straumann) (**Fig. 4 et 5**).

Oxydation anodique

Le principe est d'oxyder fortement la surface des implants en titane. Cela fait croître une couche épaisse d'oxyde TiO₂. Au-delà d'une certaine épaisseur, la couche d'oxyde croît de manière irrégulière, une rugosité se développe sous la forme de cratères de 1 à 2 µm de hauteur sur quelques microns de largeur. La croissance de la couche est réalisée en immergeant les implants dans un bain oxydant et en les soumettant à un courant où ils peuvent jouer le rôle d'anode.

Le Ra des surfaces soumises à l'oxydation anodique varie entre 1,35-2,0 µm (Sul et al. 2006, Albrektsson et Wennerberg, 2004).

Ex : TiUnite (Nobel Biocare®) (**Fig. 6 et 7**).

Ces différents états de surface jouent un rôle dans l'ostéo-intégration des implants, car les implants rugueux ou poreux présentent une réaction osseuse de type trabéculisation, ce qui favorise l'ostéointégration par rapport aux surfaces usinées. Dans les phénomènes de péri-implantites, les implants rugueux favoriseraient leur développement par la présence de défauts microscopiques qui



Fig. 6 : implant Nobel Active à surface poreuse (© Nobel Biocare)

Fig. 7 : vue microscopique d'une surface poreuse Ti Unite (© Nobel Biocare)

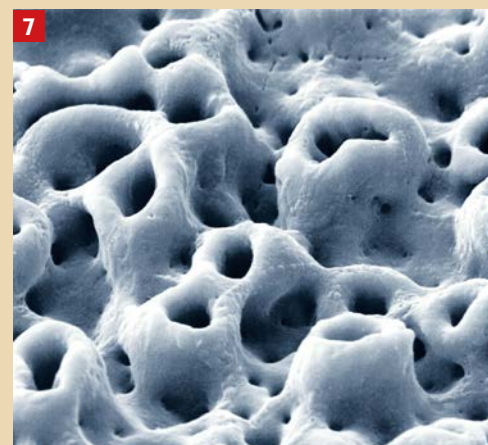


Tableau 1

*PDC : pas de corrélation

États de surface	Développement de la maladie	Années
Astra TiOblast®	PDC*	PDC
Straumann TPS®	PDC	PDC
Nobel TiUnite®	précoce	< 4 ans
Astra OsseoSpeed®	précoce	< 4 ans
Straumann SLA®	modéré et tardif	4 - 6 ans
Nobel MK II®	tardif	> 6 ans

empêcherait l'élimination correcte des bactéries lors d'un nettoyage professionnel.

Plusieurs questions peuvent se poser : y a-t-il un lien entre les types de surface implantaire et l'apparition de la péri-implantite ? Est-ce que la réponse au traitement diffère selon le type d'implant ?

Tendances des futures surfaces implantaires

Les surfaces implantaires peuvent être revêtues d'agents stimulant la croissance osseuse, comme les facteurs de croissance afin de stimuler la cicatrisation osseuse.

On retrouve les protéines morphogénétiques (BMP), les facteurs de croissance transformant (TGF-1), le facteur de croissance dérivé des plaquettes (PDGF) et le facteur de croissance analogue à l'insuline (IGF-1 et 2).

La surface des implants pourrait également être chargée avec des molécules contrôlant le processus de remodelage osseux. L'incorporation des inhibiteurs de la résorption osseuse, tels que les biphosphonates, pourrait être très pertinente dans certains cas cliniques compromis, comme la résorption avancée des crêtes alvéolaires.

Le mélange des antibiotiques avec des ciments osseux polyméthylméta-acrylate (PMMA) a fourni des concentrations locales d'antibiotiques pendant une période de temps prolongée (Pattanaik et al. 2012).

Relation entre états de surface et développement de la péri-implantite

Une étude rétrospective (Charalampakis et al. 2011) chez l'homme a suivi des implants de leur pose au développement de la maladie et a mis en évidence une association significative entre l'état de surface de l'implant

et le développement de la péri-implantite. Les résultats sont dans le [tableau 1](#).

On constate que les surfaces usinées sont associées au développement tardif de la maladie. Pour les surfaces rugueuses, certaines sont associées au développement précoce, d'autres non, mais aucune explication n'est fournie.

Ces associations précitées doivent être interprétées avec prudence, du fait de l'analyse rétrospective des données. Ces résultats doivent être étudiés de manière plus approfondie par des essais cliniques prospectifs randomisés, ce qui est très difficile à réaliser d'un point de vue méthodologique.

L'apparition de péri-implantites est statistiquement plus importante autour des implants avec des surfaces rugueuses sur une période de 3 ans. Mais, à partir de 5 ans après la mise en charge, l'écart diminue car les surfaces usinées sont concernées par le développement tardif de la maladie (Esposito et al. 2008).

Relation entre états de surface et réponse aux traitements

Tout d'abord il faut savoir qu'il existe différentes stratégies thérapeutiques :

- l'approche non chirurgicale qui s'est révélée inefficace dans le traitement de la péri-implantite
- l'approche chirurgicale qui a montré un taux de succès relatif et qui est décrite comme une procédure efficace par Renvert et al. (2012) ; cette approche peut s'accompagner d'une procédure de résection qui permet d'obtenir de bons résultats ou de procédures de régénération qui semblent efficaces par la présence d'un comblement radiographique, mais actuellement les preuves manquent (Renvert et al. 2012)

Le problème est que les études n'ont pas encore réussi à déterminer quel est le meilleur moyen pour décontaminer la surface implantaire, notamment en fonction du type de surface.

C'est pourquoi chez l'homme on ne peut pas encore démontrer l'impact du type de surface sur les résultats des traitements.

On ne sait pas quelle décontamination de surface est la plus efficace (laser, aéropolisseur, curetage, irrigation, traitement antimicrobien) et sur quel type de surface.

Mais les études laissent penser que les surfaces usinées sont plus faciles à décontaminer que les surfaces rugueuses.

Que disent les études animales ?

Les études suivantes suggèrent que les caractéristiques de surface des implants influencent la progression de la péri-implantite induite chez le chien ([tableau 2](#)).

Albouy et al. (2011) analysent l'effet d'un traitement chirurgical sans antibiotique sur une péri-implantite, sur différents types d'implants. Leurs résultats montrent un gain osseux autour des implants avec une surface usinée,

Tableau 2

Études	Animaux	Type de péri-implantite	Résultats (perte osseuse)
Berglundh et al. 2007	Chiens (beagle)	PI induite	SLA > usinée
Albouy et al. 2008	Chiens (labradors)	PI induite	TiUnite > SLA > TiOblast > usiné
Albouy et al. 2012	Chiens (labradors)	PI induite	TiUnite > usinée

TiOblast et SLA. Tandis qu'autour des implants TiUnite, on observe une perte osseuse supplémentaire après le traitement. On constate également la persistance d'une lésion inflammatoire dans les tissus mous autour des implants SLA seulement. Ces résultats sont à prendre avec beaucoup de prudence, la méthodologie de l'étude est discutable et l'extrapolation avec les résultats cliniques est très délicate.

Persson et al. (1999) étudient aussi le traitement chirurgical de la péri-implantite autour des implants avec une surface SLA et usinée. Ils obtiennent des résultats différents, avec la résolution des lésions péri-implantaires pour les deux types d'implants.

La raison de cette différence pourrait être due à l'utilisation d'une antibiothérapie systémique dans son protocole.

Après le traitement peut-on obtenir une ré-ostéointégration ?

Renvert et al. (2009) analysent la littérature à travers plusieurs études animales et concluent que la ré-ostéointégration d'une surface implantaire contaminée est possible chez l'animal, cela a été démontré histologiquement.

Cette ré-ostéointégration dépend des caractéristiques de surface de l'implant, sachant qu'elle est plus importante pour des implants à surface rugueuse (Wetzel et al. 1999).

Mais actuellement aucune méthode chirurgicale prédictible n'a été mise en évidence pour obtenir une ré-ostéointégration.

Selon Persson et al. (2001), les surfaces rugueuses pourraient fournir un support pour le développement du caillot après la chirurgie, ce qui faciliterait la cicatrisation au contact de la surface implantaire.

Renvert et al. (2011) constatent tout de même un manque d'études sur l'effet des surfaces implantaires au niveau de la péri-implantite. Et selon eux, les preuves suggérant que les caractéristiques de surface peuvent avoir un effet sur la progression et le traitement de la péri-implantite établie chez l'animal, restent limitées. De plus ces données peuvent être critiquées.

La reproductibilité des études animales chez l'homme

Faggion (2009) évalue la réplique des données de recherche, de l'animal à l'homme, dans les études sur le traitement de la péri-implantite. La réplique consiste à réexaminer les résultats dans une seconde expérience en utilisant la même méthodologie que celle employée lors de la première.

Les résultats montrent qu'il n'a pas été possible de comparer une étude humaine directement avec son homologue animale, car ces études n'utilisent pas exactement les mêmes procédures pour un même traitement.

Cette revue suggère que les résultats de l'expérimentation

animale sur la péri-implantite ne peuvent pas être extrapolées chez l'homme en raison des différences entre les espèces et de la variabilité des conceptions d'étude. Faggion (2010) a aussi démontré que les études animales rapportent des effets de traitement meilleurs que les études réalisées chez l'homme. Donc les résultats de traitement sont peu comparables.

Conclusion

Actuellement la qualité des études animales et humaines dans le traitement de la péri-implantite peut être remise en cause. La qualité des études est affectée par la conception, l'hétérogénéité des critères d'inclusion, le choix de l'intervention de contrôle qui varie beaucoup. Le laser Er-Yag a été considéré à la fois comme une intervention test (Schwarz et al, 2005, 2006a.) et une intervention contrôle (Renvert et al 2011).

Aucune méthodologie n'a été établie comme approche gold standard dans le traitement de la péri-implantite (Kotsovilis et al. 2008). Par conséquent, la majorité des essais a été conçue comme une comparaison entre deux types d'interventions complètement différentes. Ceci diminue l'implication clinique et l'applicabilité des résultats des essais, même dans les études de qualité supérieure. ♦

Ce qu'il faut retenir

- Les nouveaux états de surface cherchent à accélérer et améliorer l'ostéointégration afin de diminuer la durée de nos traitements. Malheureusement ces états de surface qui ont une meilleure mouillabilité, peuvent être des niches à bactéries, difficiles à décontaminer.
- On ne sait toujours pas quel est le traitement le plus adapté pour un type de surface.
- Les études animales suggèrent que les caractéristiques de surface influencent le développement de la péri-implantite, mais cela est à interpréter avec précaution.
- De plus la reproductibilité des études animales chez l'homme reste très difficile.

Lectures conseillées

1. CHARALAMPAKIS G, RABE P, LEONHARDT A, DAHLEN G. A follow-up study of peri-implantitis cases after treatment. *Journal of Clinical Periodontology* 38, no. 9 (septembre 2011): 864-871.
2. DAVARPANA M, SZMUKLER-MONCLER S. Manuel d'implantologie clinique. Concepts, protocoles et innovations récentes Paris : Edition CdP, 2008.
3. ESPOSITO M, GRUSOVIN M G, TZANETEA E, PIATTELLI A, WORTHINGTON H V. Interventions for replacing missing teeth: treatment of peri-implantitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online), no. 1 (2012): CD004970.
4. FAGGION C M, SCHMITTER M, YU-KANG T. Assessment of replication of research evidence from animals to humans in studies on peri-implantitis therapy. *Journal of Dentistry* 37, no. 10 (octobre 2009): 737-747.
5. RENVERT S, POLYZOIS I, MAGUIRE R. Re-osseointegration on previously contaminated surfaces: a systematic review. *Clinical Oral Implants Research* 20 Suppl 4 (septembre 2009): 216-227.
6. RENVERT S, POLYZOIS I, CLAFFEY N. How do implant surface characteristics influence peri-implant disease? *Journal of Clinical Periodontology* 38 Suppl 11 (march 2011): 214-222.

Approches thérapeutiques et résultats



Dr Alexis BLANC

- Docteur en chirurgie dentaire
- Diplôme universitaire d'implantologie et d'esthétique, Évry
- Diplôme universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique, Paris 7
- docteur@alexisblanc.fr



Dr Riyadh BENDIMERAD

- Docteur en chirurgie dentaire
- Assistant associé, Paris 7
- Attaché dans le diplôme universitaire de prothèse implantoportée, hôpital Rothschild
- Diplôme universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique, Paris 7
- Diplôme universitaire de prothèse implantoportée, Paris 7
- bendimerad1@icloud.com

La péri-implantite est une maladie inflammatoire d'origine infectieuse (Lindhe et Meyle 2008, Zitzmann et Berglundh 2008). Son traitement, qui consiste à réduire la quantité de bactéries pour diminuer l'infection, pourrait être associé ou non à des thérapies régénératives.

La principale difficulté dans le traitement de la péri-implantite réside dans la complexité, voire l'impossibilité de désinfecter correctement les surfaces rugueuses désormais omniprésentes des implants. La présence et l'architecture des spires ainsi que le type de reconstruction prothétique (profils d'émergences proéminents, fausse gencive...) sont autant d'obstacles à la désinfection.

Le traitement des péri-implantites est encore loin de faire l'unanimité. Différents protocoles sont proposés dans la littérature avec des résultats variables. Différents facteurs, appelés cofacteurs, sont susceptibles d'induire ou d'aggraver une péri-implantite et doivent être gérés en amont.

Parmi ces cofacteurs, on pourrait retenir le **facteur occlusal**. D'après Fu et coll. 2012, une surcharge occlusale sur un implant peut entraîner une perte osseuse péri-implantaire, qui, en présence d'une muqueuse inflammée est susceptible d'induire une péri-implantite (Koslovsky et coll. 2007). Les surcharges occlusales devraient donc être contrôlées.

La conception prothétique

La difficulté d'accès à l'hygiène au niveau des structures implantaires est fortement associée à la péri-implantite (Serino et Ström, 2009). La modification des suprastructures peut s'avérer nécessaire. De plus, la dépose de la prothèse, lorsqu'elle est possible, permet un accès plus simple aux lésions.

L'importance de l'hygiène bucco-dentaire et des antécédents de maladies parodontales

Avant même l'implantation, les patients devront recevoir un enseignement approfondi à l'hygiène orale, qui se poursuivra par une maintenance au cabinet dentaire. Plusieurs études semblent montrer qu'il n'y aurait pas plus de péri-implantites sur des implants à surface rugueuse dès lors qu'il y a une maintenance parodontale rigoureuse. Les patients présentant une parodontite seront d'autant plus suivis, car considérés comme à risque (Wennström et coll. 2004).

Une fois la péri-implantite installée, deux approches sont possibles, le traitement non chirurgical et/ou le traitement chirurgical.

Le traitement non chirurgical

Les traitements non chirurgicaux consistent en un assainissement mécanique et chimique des surfaces implantaires et des lésions osseuses associées.

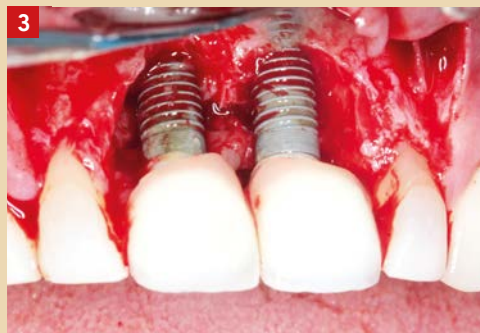
Le débridement mécanique par un surfaçage à l'aide de curettes (titane, plastique ou téflon) dont les formes permettent l'accès aux défauts faisant le tour des implants, associé ou non à la projection de poudre abrasive par des aéropolisseurs sous-muqueux avec de la poudre (glycine). L'utilisation d'inserts ultra-sons, ou du Vector system® associe projection de poudre et vibrations ultrasoniques. Il est observé avec ce dernier uniquement une diminution de l'indice de saignement (Renvert et al. 2009), sans aucune amélioration quant à la profondeur de poche. De plus, son action est tout aussi limitée dans le temps, tant au niveau clinique que bactériologique (Persson 2010) ; ainsi les résultats obtenus par débridement mécanique à l'aide de curettes semblent être identiques à ceux obtenus avec un Vector system® (Karring et al. 2005).

Le débridement mécanique seul semble inefficace pour le traitement de la péri-implantite (Muthukuru 2012, Esposito 2012 Revue Cochrane). Le laser améliore légèrement les conditions à court terme (Lindhe et Meyle 2008), sauf qu'à six mois aucune différence dans les résultats n'est observée entre l'utilisation d'un aéropolisseur Perioflow® ou du laser Er-Yag (Renvert et al. 2011). L'adjonction de doxycycline à un débridement manuel semble améliorer le niveau d'attache et la profondeur de poche par rapport au débridement manuel seul (Bütcher 2004).

Ainsi, l'adjonction d'antiseptique et/ou d'antibiotique est nécessaire pour rendre plus efficace ce débridement mécanique (Renvert et al. 2008).

Cette thérapie antimicrobienne consiste en l'administration d'antiseptique pour décontaminer la surface et/ou d'antibiotiques pour éliminer une infection bactérienne au niveau des tissus péri-implantaires. Les antibiotiques peuvent être utilisés en administration systémique ou locale.

C'est ainsi que les microsphères de minocycline en administration locale montrent une supériorité quant à la diminution des poches et l'amélioration de l'indice de saignement par rapport au gel de chlorhexidine (Muthukuru 2012). Ce traitement à la minocycline doit être répété au 30^e et au 90^e jour car son efficacité est de courte durée (6 mois) (Renvert et al. 2008). Alors



que le gel de métronidazole ne montre pas d'intérêt à être associé au débridement mécanique (Tang 2002), de même l'adjonction de chlorhexidine au laser (Er-Yag) ou au débridement manuel ne semble pas améliorer les résultats cliniques (Schwarz 2005).

Ce qu'il faut retenir

- La thérapeutique mécanique non-chirurgicale associée à l'utilisation d'un bain de bouche est efficace dans le traitement de la mucosite péri-implantaire (Esposito 2012).
- La thérapeutique non-chirurgicale mécanique seule ne semble pas être efficace dans le traitement des lésions péri-implantaires (Esposito 2012).
- Adjonction d'une antibiothérapie locale à libération contrôlée ou d'une antibiothérapie systémique (Mombelli et al. 2001).
- Il est aujourd'hui très difficile de par le manque de données de classer de manière objective les différents traitements. Un *consensus* semble néanmoins se dégager sur l'inefficacité d'un débridement mécanique seul. L'apport des lasers reste très contesté (Esposito 2012, Muthukuru 2012).

Le traitement chirurgical : résultats

L'approche chirurgicale avec un lambeau permet un accès direct à la lésion péri-implantaire et consiste en un débridement mécanique, voire une détoxification de la surface implantaire à l'aide d'antiseptiques et/ou d'antibiotiques.

La difficulté aujourd'hui réside dans le fait qu'aucun protocole n'est vraiment reconnu par tous et qu'aucune technique de traitement de la péri-implantite ne semble vraiment supérieure à une autre (Claffey al. 2008, Charalampakis et al. 2011). Nous allons effectuer une

revue des différentes méthodes appliquées aujourd'hui ainsi que de leurs résultats.

En préambule, il semble qu'un débridement à ciel ouvert avec une décontamination de surface est plus efficace dans le traitement de la péri-implantite qu'un débridement non-chirurgical (Claffey al. 2008), (Fig. 1 et 2).

Cette approche peut être associée à des techniques de régénération ou de greffes osseuses, avec ou sans membranes. Elle pourrait entraîner une ré-ostéointégration plus importante sur les implants à surface rugueuse qui ont subi une implantoplastie (lissage mécanique avec des fraises et cupules) (Claffey al. 2008).

L'implantoplastie montre également – d'après Romeo et al. (2007) – des résultats cliniques probants en l'associant à la chirurgie résectrice et à un lambeau repositionné apicalement avec une antibiothérapie systémique (Fig. 3 à 5).

Le laser associé à un traitement chirurgical n'apporterait pas d'amélioration notable (Schwarz et al. 2011) par rapport à un simple débridement mécanique manuel (curette en plastique et coton imbibé de sérum physiologique). L'indice de saignement est diminué dans les deux méthodes et une amélioration de la profondeur de poche ainsi qu'un gain d'attache est constaté dans les deux cas. Le laser permet en outre une plus grande efficacité lorsque la configuration du défaut est difficile d'accès.

Le laser semble être capable cependant d'éliminer efficacement les dépôts bactériens sur les implants en titane à surfaces lisses ou rugueuses, sans altérer leurs surfaces (Kreisler et al. 2002, Schwarz et al. 2009a, Deppe et

Fig. 1 : vue clinique d'une perte osseuse au niveau de 36 et 37

Fig. 2 : décontamination de la surface à l'aide de l'aéropolisseur

Fig. 3 : vue clinique d'une perte osseuse au niveau de 11 et 21

Fig. 4 : vue clinique après implantoplastie de la surface implantaire

Fig. 5 : radiographie après l'intervention qui a permis de stabiliser la perte osseuse

Fig. 6 : vue radiologique d'une perte osseuse au niveau de 36

Fig. 7 : vue clinique de la perte osseuse au niveau de 36 après débridement

Fig. 8 : mise en place de Bio-Oss au niveau de la lésion qui a été protégée par une membrane Bio-Gide® (Geistlich)

Fig. 9 : radiographie 6 mois après l'intervention montrant le comblement du défaut



Ce qu'il faut retenir

Les éléments semblant être bénéfiques lors de l'approche chirurgicale.

- L'accès chirurgical par un lambeau de pleine épaisseur.
- Le nettoyage en profondeur des surfaces implantaire contaminées.
- L'administration d'une antibiothérapie systémique et de bains de bouche à la chlorhexidine.
- Le comblement du défaut osseux lorsque celui-ci le permet, avec un biomatériau et une membrane résorbable.

al. 2007, Haas et al. 2000), cependant de nombreux auteurs préconisent une implantoplastie lorsque l'implant est à surface rugueuse.

Une antibiothérapie systémique associée à un lambeau d'accès et à une décontamination antiseptique de la surface implantaire (peroxyde d'hydrogène) permettrait une guérison dans 58 % des cas à 5 ans (Leonhardt et al. 2003). Cependant, la taille réduite de l'échantillon – 26 implants – ne permet pas de confirmer cette donnée.

Les techniques de comblement osseux avec ou sans enfouissement des implants (Behneke et al. 2000, Jovanovic et al. 1992) semblent améliorer les résultats cliniques (Claffey et al. 2008).

Il faut cependant noter que ces techniques ne traitent pas la péri-implantite en tant que telle, mais permettent uniquement d'améliorer le résultat clinique en comblant le défaut. Avant tout comblement ou régénération, un débridement associé ou non à une chimiothérapie (antiseptique et/ou antibiotique) devra être entrepris.

De nombreux matériaux ont été utilisés tels que l'Algipore associé à une membrane Ossequest (Roos-Jansåker et al. 2007), l'hydroxyapatite nanocristalline, le Bio-Oss associé à une membrane Bio-Gide (Schwarz et al. 2006) ou encore l'os autogène (Behneke et al. 1997, 2000). Ces biomatériaux permettraient une amélioration significative de la profondeur de poche et un comblement osseux visible à l'examen radiologique (Fig. 6 à 9).

Toutefois les membranes non résorbables en polytétrafluoroéthylène expansé (e-PTFE) sans enfouissement des implants donnent des résultats variables (Aughton et al. 1992, Jovanovic et al. 1992). Même si la régénération osseuse guidée ne semble pas avoir de résultats prédictibles, un remplissage partiel du défaut semble souvent obtenu (Sahrmann et al. 2011).

Heitz-Mayfield et al. (2012) décrivent une grande efficacité (92 % de stabilité osseuse à un an) avec un maintien des résultats dans le temps pour le protocole chirurgical suivant :

- un enseignement à l'hygiène buccale et un débridement préalable
- un lambeau d'accès et une décontamination de la surface de l'implant
- une antibiothérapie systémique avec de l'amoxicilline et du métronidazole
- un protocole de soins postopératoires strict avec des bains de bouche à la chlorhexidine
- un niveau d'autonomie élevé en terme de contrôle de la plaque

Bien qu'il existe un grand nombre d'études très hétérogènes, le traitement chirurgical des péri-implantites semble donner de bons résultats à court terme d'après Renvert et al. (2012) cependant le bénéfice à long terme n'est toujours pas démontré à cause du manque d'études cliniques.

Conclusion

Pour conclure, la péri-implantite, dont la prévalence semble augmenter avec la généralisation des surfaces rugueuses, constitue un véritable problème en chirurgie implantaire aujourd'hui. Il n'existe toujours pas à ce jour de *consensus* sur un protocole à suivre. Seules quelques grandes tendances se dégagent.

Le débridement mécanique seul semble inefficace. L'adjonction d'une chimiothérapie (antiseptique ou antibiotique) lors d'un abord chirurgical pourrait être bénéfique dans certains cas ; de même une régénération pourrait améliorer les conditions cliniques sans toutefois traiter la maladie péri-implantaire. L'intérêt du laser reste toujours très controversé, son utilisation ne semble pas apporter les résultats escomptés.

Le traitement des péri-implantites est probablement lié à la décontamination de la surface implantaire. Le retour à des surfaces lisses a été envisagé par certains auteurs mais il est sans doute souhaitable de s'orienter plutôt vers une évolution des surfaces rugueuses (vers des surfaces bactériostatiques, bactéricides ou plus faciles à décontaminer) qui ont malgré tout permis une amélioration des résultats en particulier en présence d'un os de faible densité.

Devant la difficulté de traiter cette maladie implantaire, l'enjeu aujourd'hui réside sans doute dans l'importance de l'hygiène orale et de la maintenance implantaire et parodontale de tous nos patients implantés. La prévention et le traitement de la mucosite reste probablement le meilleur moyen d'éviter les péri-implantites. ♦

Lectures conseillées

1. Aparna IN, Dhanasekar B, Lingeshwar D, Gupta L. Implant crest module: a review of biomechanical considerations. *Indian J Dent Res.* 2012 Mar-Apr; 23(2): 257-63. doi: 10.4103/0970-9290.100437. Review.
2. Berglundh T, Persson L, Klinge B. A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years. *J Clin Periodontol.* 2002;29 Suppl 3:197-212; discussion 232-3. Review.
3. Esposito M, Grusovin MG, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: treatment of peri-implantitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan 18;1:CD004970. doi: 10.1002/14651858.CD004970.pub5. Review.
4. Esposito M, Grusovin MG, Worthington HV. Treatment of peri-implantitis: what interventions are effective? A Cochrane systematic review. *Eur J Oral Implantol.* 2012; 5 Suppl: S21-41. Review.
5. Khammissa RA, Feller L, Meyerov R, Lemmer J. Peri-implant mucositis and peri-implantitis: clinical and histopathological characteristics and treatment. *SADJ.* 2012 Apr; 67(3): 122, 124-6. Review.
6. Klinge B. Peri-implant marginal bone loss: an academic controversy or a clinical challenge? *Eur J Oral Implantol.* 2012; 5 Suppl: S13-9. Review.
7. Meyle J. Mechanical, chemical and laser treatments of the implant surface in the presence of marginal bone loss around implants. *Eur J Oral Implantol.* 2012; 5 Suppl: S71-81. Review.
8. Mombelli A, Moène R, Décaillot F. Surgical treatments of peri-implantitis. *Eur J Oral Implantol.* 2012; 5 Suppl: S61-70. Review. No abstract available.
9. Renvert S, Roos-Jansäker AM, Claffey N. Non-surgical treatment of peri-implant mucositis and peri-implantitis: a literature review. *J Clin Periodontol.* 2008 Sep; 35 (8 Suppl): 305-15. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01276.x. Review.
10. Romanos GE, Weitz D. Therapy of peri-implant diseases. Where is the evidence? *J Evid Based Dent Pract.* 2012 Sep; 12 (3 Suppl): 204-8. doi: 10.1016/S1532-3382(12)70038-6. Review.
11. Subramani K, Wismeijer D. Decontamination of titanium implant surface and re-osseointegration to treat peri-implantitis: a literature review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2012 Sep-Oct; 27(5): 1043-54. Review.
12. van Dyke TE. The impact of genotypes and immune reactivity on peri-implant inflammation: Identification and therapeutic use of anti-inflammatory drugs and immunomodulators. *Eur J Oral Implantol.* 2012;5 Suppl: S51-60. Review.
13. van Winkelhoff AJ. Antibiotics in the treatment of peri-implantitis. *Eur J Oral Implantol.* 2012; 5 Suppl: S43-50. Review.

 **lefildentaire**
Mais c'est aussi...

C'est...
LA distribution
la plus qualifiée
de la presse dentaire



LE portail du monde
dentaire français

- Une base de donnée de + de 500 articles
- des interviews
- des vidéos
- des actualités quotidiennes
- un agenda des formations étoffé

Et tout cela
gratuitement
bien sûr !

La grande nouvelle,
nous l'avons gardé pour la fin :

Les petites annonces
sont également **gratuites**

www.lefildentaire.com

 facebook.com/LeFilDentaire
 twitter.com/FilDentaire

La maintenance péri-implantaire



Dr Bouchra SOJOD

- Docteur en chirurgie dentaire, université Saint Joseph de Beyrouth
- Certificat d'études supérieures en parodontologie, Paris 7
- bouchrasojod@gmail.com



Dr Théodore Majid ABILLAMA

- DCD - DUP - DUICP
- Exercice privé, Saint Germain en Laye
- docteur.abillama@gmail.com

La péri-implantite est considérée aujourd'hui comme la principale cause de morbidité des implants exigeant une maîtrise des outils diagnostiques et thérapeutiques de la part des chirurgiens-dentistes afin de traiter ses complications biologiques.

Pour des raisons d'éthique, il est difficile de mettre en place des études comparant des patients avec un programme de maintenance implantaire et des patients sans maintenance implantaire. Cependant, certains auteurs ont démontré que les patients présentant un indice de plaque important et une hygiène bucco-dentaire déficiente sont plus susceptibles aux échecs implantaires (van Steenberghe et coll. 1993).

D'autre part, Costa et coll. (2012), relèvent que l'absence de maintenance implantaire chez des patients présentant des mucosites, était associée à une plus grande prévalence de la péri-implantite.

Ainsi le rôle du chirurgien-dentiste ne doit pas se limiter à la gestion des complications implantaires, mais doit prévenir la survenue de ces complications en abordant au préalable l'infection bactérienne à la racine des maladies péri-implantaires (Quirynen et coll. 2002).

Il sera en mesure d'effectuer un assainissement parodontal approfondi et un enseignement aux techniques d'hygiène bucco-dentaire avant d'entreprendre toute réhabilitation à base d'implants. Il intégrera aussi le patient dans un programme de suivi et d'hygiène adaptés afin d'assurer un contrôle optimal de la plaque et de surveiller l'évolution de l'état des tissus durs et mous péri-implantaires.

Toutefois, il est nécessaire de mentionner que dans une revue de littérature menée sur neuf articles retenus et 749 implants mis en charge depuis au moins dix ans, Hultin et Coll. (2007) n'ont pas pu conclure sur la fréquence des rappels et le protocole d'une séance de suivi et de maintenance. À ce sujet, pour l'Académie Américaine de Parodontologie (2003), les patients seront suivis tous les trois ou quatre mois la première année et pour les années suivantes, la fréquence choisie sera identique à celle adoptée pour la maintenance parodontale.

Pour quelles raisons un bon contrôle de plaque pendant la phase de cicatrisation est-il important ?

Au cours des premiers stades de cicatrisation, la surface entre la tête de l'implant et les tissus mous est occupée par le caillot sanguin. La formation d'une barrière épithéliale péri-implantaire mature n'a lieu qu'après 6-8 semaines. Ce phénomène biologique associé à la moindre vascularisation et à l'absence de fluide gingival péri-implantaire rend

les tissus péri-implantaires plus susceptibles aux infections bactériennes (Hultin et coll. 2007, Costa et coll. 2012).

Ainsi dans des situations de mise en charge immédiate impliquant la pose de prothèse provisoire durant la période de cicatrisation des tissus mous et durs péri-implantaires, les instructions à l'hygiène bucco-dentaire doivent être fournies aux patients dès le début du traitement avec utilisation de bains de bouche (De Araujo et coll. 2007) et de brosses à dents ultrasouples. Ce matériel sera modifié ultérieurement afin de s'adapter à la restauration définitive (Corbella et coll. 2011). En ce qui concerne les patients avec des antécédents de parodontites, le principe de la maintenance parodontale doit-être appliqué.

Pour Swierkot et coll. (2012) les patients partiellement édentés traités pour une parodontite agressive généralisée, ont 5 fois plus de risque de développer des échecs implantaires, en étant 3 fois plus prédisposés aux mucosites et 14 fois aux péri-implantites si on les compare à des patients exempts de maladie parodontale.

Quant au diabète, cette maladie pouvant altérer l'homéostasie du collagène et entraîner un déséquilibre du système immunitaire, les risques d'infection sont plus importants que chez des patients sains ; pour ces raisons des mesures strictes de contrôle de plaque doivent être appliquées (Salvi et coll. 2008).

Comment analyser la santé des tissus péri-implantaires ?

Dans le rapport du *consensus* du « Sixth european workshop on periodontology », une définition a été retenue : « Les maladies péri-implantaires sont des infections. La mucosite péri-implantaire décrit une lésion inflammatoire au sein de la muqueuse, alors que la péri-implantite atteint en plus le support osseux » (Lindhe et Meyle, 2008). Cette définition est aussi considérée adéquate lors du *consensus* du « Seventh european workshop on periodontology » (Lang et coll. 2011).

La problématique est que cette définition reste imprécise et succincte et ne permet pas de faire un diagnostic facilement. Des complications d'ordre biomécanique (surcharge occlusale) ne sont pas prises en compte.

D'autres auteurs tentent de définir à leur tour les maladies péri-implantaires mais celui qui semble le plus précis est Zitzmann et coll. (2008).

Selon cet auteur et ses collaborateurs, le fait que le mot « réversible » ne soit pas inclus dans la définition des péri-implantites, implique que le *processus* inflammatoire qui

se produit au niveau des péri-implantites est irréversible et impossible à traiter. Ils suggèrent donc de modifier ces définitions ainsi :

- la mucosite est décrite comme la présence d'une inflammation de la muqueuse autour d'un implant en fonction sans perte du support osseux
- la péri-implantite est caractérisée par la présence d'une inflammation de la muqueuse autour d'un implant en fonction ainsi que par la perte du support osseux

Lors des visites de suivi, le diagnostic de ces complications péri-implantaires repose sur le relevé de plusieurs indices en utilisant comme outils de mesure : le sondage, la suppuration, les radiographies et la mobilité (Heitz-Mayfield 2008). À ces outils nous pourrions additionner l'état des tissus mous, le relevé de plaque et l'occlusion (Todescan et coll. 2012).

Les tissus mous

L'aspect visuel de la muqueuse est important ; on notera la rougeur, l'altération de la forme du contour, sa consistance, l'absence de tissus kératinisés et la présence de fistules (Lindhe et coll. 2008).

Le relevé de plaque

Il est important de retenir les valeurs de plaque enregistrées à chaque séance afin d'adapter les techniques d'hygiène ; plusieurs auteurs ont suggéré des indices d'évaluation (Tableau).

Le sondage et le saignement au sondage

Lors de l'examen clinique, on réalise un sondage parodontal afin d'évaluer les premiers signes (Fig. 1). Les études sur la péri-implantite expérimentale montrent que l'augmentation des valeurs des mesures est associée à une perte d'attache et d'os (Lang et coll. 1993, Schou et coll. 1993 a et b).

Par la suite, ces mêmes auteurs (Lang et coll. 1994 et Schou et coll. 2002) ont démontré dans leurs études respectives que le sondage péri-implantaire avec une force légère (0,2-0,3 N) est un moyen de diagnostic fiable de la santé ou de la maladie des tissus péri-implantaires. Lorsque les tissus péri-implantaires sont sains, l'extrémité de la sonde atteint la partie apicale de l'épithélium de jonction. En outre, dans les études expérimentales, l'inflammation des tissus péri-implantaires est associée à l'augmentation de la pénétration de la sonde. Cette augmentation de la profondeur de sondage est valable même pour une inflammation légère et peut aller jusqu'à 1,6 mm dans la lésion péri-implantaire (Heitz-Mayfield 2008).

La présence d'un saignement en réaction à un sondage avec une force légère (0,25 N) est un paramètre utile pour diagnostiquer une inflammation péri-implantaire. Dans une étude expérimentale, Lang et coll. (1994) montrent l'absence de saignement au sondage pour les tissus péri-implantaires sains. Alors que le saignement au sondage est présent dans les mucosites péri-implantaires (67 %) et les péri-implantites (91 %).

Jepsen et coll. (1996) dans une étude clinique prospective, ont cherché la valeur pronostique du saignement au sondage, pour évaluer la progression de la perte d'attache autour d'implants



Fig. 1 : analyse de la santé des tissus péri-implantaires : sondage avec une sonde en plastique

Tableau

Indices de plaque de O'LEARY

$$\text{Score en \%} = \frac{\text{nombre de faces avec plaque} \times 100}{\text{nombre de faces observées}}$$

Indices de plaque de LINDQUIST

- 0 = Absence de plaque visible,
- 1 = Présence locale de plaque
- 2 = Présence générale de plaque > 25 %

Indices de plaque de MOMBELLI

- 0 = Absence de plaque visible,
- 1 = Plaque localisée en déplaçant la sonde le long de la surface implantaire et prothétique
- 2 = Plaque visible
- 3 = Plaque abondante

Tableau : différents indices de plaque pouvant être utilisés pour assurer le suivi des patients ayant bénéficié de restaurations implanto-portées

avec une péri-implantite. Ces auteurs considèrent une perte d'attache de 1 mm en 6 mois comme le *minimum* nécessaire pour qualifier le site comme positif à la progression de la péri-implantite. Ils concluent que l'existence d'un saignement au sondage n'était pas un signe sensible pour prédire la perte d'attache, mais l'absence de saignement au sondage était un signe spécifique de stabilité des tissus péri-implantaires.

La suppuration

La présence de pus est le signe d'une lésion infectieuse et d'un état avancé de l'inflammation péri-implantaire. Toutefois l'utilisation de la présence d'une suppuration comme marqueur d'initiation ou de progression d'une péri-implantite n'a pas été démontré (Lang et coll. 2004).

Le niveau osseux

Il est nécessaire de référencer radiographiquement le niveau osseux immédiatement après la mise en place de la fixture et de la prothèse ; ceci permettra une interprétation plus aisée des niveaux osseux proximaux lors du suivi (Lindhe et coll. 2008).

Par ailleurs il faut retenir qu'un remodelage du niveau osseux coronaire de 1,5 mm est observé la première année suivi de 0,1 mm les années suivantes pour les implants lisses avec une connexion type hexagone externe (Adell et coll. 1989). Ce remodelage semble plus réduit sur les implants intégrant

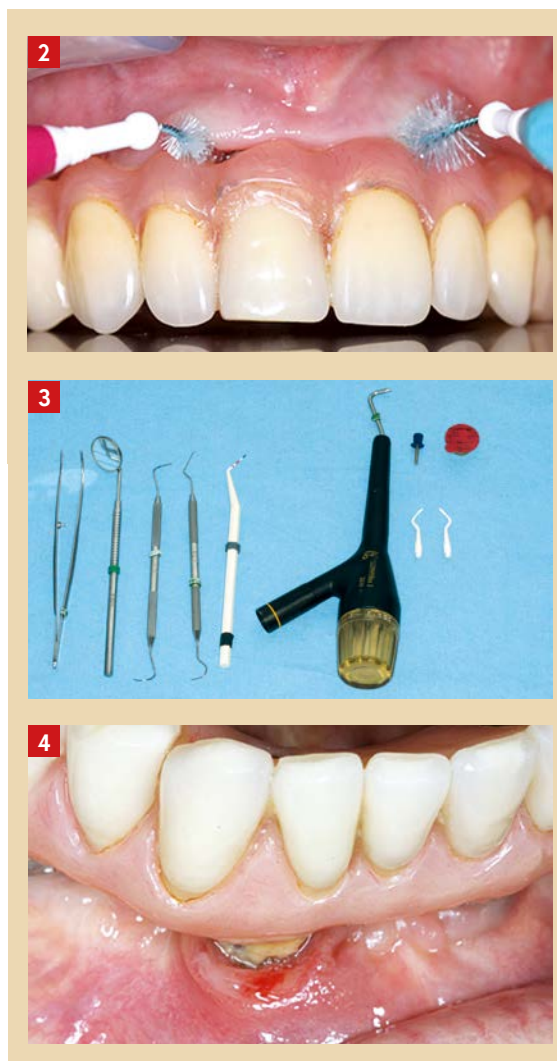


Fig. 2 : la maintenance personnelle : brosse interdentaire de diamètre adapté aux embrasures permettant de nettoyer en profondeur autour des implants

Fig. 3 : la maintenance professionnelle : plateau de maintenance préventive bactérienne en implantologie

Fig. 4 : dépôt de tartre sur la surface implantaire associé à une mucosite péri-implantaire

des microspires et une connexion autorisant une « platform-switching » (Lazzara et coll. 2006, Canullo et coll. 2011).

La mobilité

Elle est plus facile à détecter sur des implants unitaires que sur des reconstructions globales qui nécessitent une dépose de l'ensemble du schéma prothétique. Il est nécessaire d'identifier les causes générant cet état. Si cette mobilité se situe au niveau des composants prothétiques, les réparations seraient possibles ; si elle est située au niveau de l'ostéointégration de l'implant, elle aboutit à sa dépose (Humphrey et coll. 2006).

L'occlusion

L'intégration occlusale des prothèses implanto-portées nécessite une répartition harmonieuse des contacts afin d'éviter des complications biomécaniques ultérieurs. À l'instar du ligament parodontal entourant la dent qui est riche en neurorécepteurs, l'environnement péri-implantaire d'un implant ostéointégré est faiblement fourni en récepteurs ; ainsi, la transduction du signal pour réguler les forces générées sur les prothèses implanto-portées se trouve affectée.

Si le ligament parodontal permet un mouvement axial de 25 à 100 μm et un mouvement latéral de 5 à 108 μm pour une dent, l'ostéointégration réduit ces valeurs à 3 à 5 μm en axial

et à 10 à 50 μm en latéral autour des implants.

Cette proprioception péri-implantaire, appelée osséo-perception, possède un seuil de perception très bas, 40 à 100 μm , comparativement à celle de la dent, 20 μm (Kim et coll. 2007).

Pour Zarb et Schmitt (1996) les surcharges occlusales sont génératrices de perte de vis, de fracture de vis, de fracture de piliers ou de prothèse, de perte osseuse et de fracture d'implant.

Comment maintenir la santé des tissus péri-implantaires ?

Dans cette partie nous aborderons la maintenance bactérienne préventive, le traitement de la mucosite et la maintenance occlusale. Le traitement de la péri-implantite ayant été décrit dans le chapitre précédent.

La maintenance bactérienne préventive

Les deux acteurs principaux et complémentaires sont le patient et le praticien.

Il est impératif que le patient soit sensibilisé à l'importance de son rôle dans le contrôle rigoureux et quotidien de la plaque. Le praticien, à l'examen clinique, en fonction des indices de plaque relevés, de la présence de tartre, de la dextérité du patient, de la conception prothétique, de la qualité et la quantité de muqueuse kératinisée et des habitudes de vie du patient, enseignera à ce dernier, avec une démonstration à l'appui, la méthode la plus adaptée pour atteindre cet objectif. Le patient pourra utiliser des brosses à dents manuelles ou électriques. Pour les espaces proximaux il fera appel aux brossettes aux diamètres adaptés et ou aux fils dentaires pour assurer un bon nettoyage de cette zone (Fig. 2).

L'utilisation d'un bain de bouche en complément peut s'avérer nécessaire en cas d'inflammation gingivale (Humphrey S. et coll. 2006).

Le praticien à son tour assurera un nettoyage professionnel selon une fréquence déterminée à l'avance en fonction des risques présentés par le patient : la consommation de tabac, les antécédents de maladie parodontale, l'évolution de la santé générale, la position et la proximité des implants, la conception prothétique.

Pour l'élimination des dépôts durs et mous autour des prothèses, des piliers, voire des implants, il utilisera des inserts et des curettes spécifiques en titane ou carbone altérant le moins possible les surfaces à nettoyer (Humphrey S. et coll. 2006). En complément, le polissage est assuré par des cupules, brossettes avec une pâte à polissage à granulométrie fine. Les aéropolisseurs avec des têtes spécifiques permettent un nettoyage sous-gingival efficace mais certains auteurs leur reprochent un pouvoir abrasif sur les surfaces implantaires (Augthun et coll. 1998, Rapley et coll. 1990) (Fig. 3).

Le traitement de la mucosite

Actuellement, on s'efforce de trouver quel traitement est le plus efficace afin de stopper la progression de la maladie péri-implantaire. Mais la priorité reste de prévenir l'apparition de cette maladie en apprenant à diagnostiquer sa forme précoce, la mucosite péri-implantaire (Fig. 4).

Renvert et coll. (2008) concluent dans leur revue de littérature



GUIDOR

Perio-Implant Diagnostic Test

Diagnostic microbiologique

- identifie et quantifie les parodontopathogènes responsables de la perte osseuse
- augmente les chances de succès de l'implant
- facilite et conforte la décision thérapeutique
- motive le patient et son adhésion en toute confiance au traitement

Une procédure simple et rapide pour une analyse claire et complète

SUNSTAR FRANCE - 55/63, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS-PERRET
Tél. 01 41 06 64 64 - Fax 01 41 06 64 65 - www.sunstarGUM.fr

Assemblage de dispositifs médicaux marqués CE 0123 et CE 0197 remboursé par l'Assurance Maladie à 60%
AVANT UTILISATION, LIRE ATTENTIVEMENT LE MODE D'EMPLOI.

SUNSTAR
GUIDOR®

Pour une régénération parodontale guidée

que le traitement mécanique non chirurgical pourrait être efficace dans le cas des mucosites. L'utilisation aussi de solutions de rinçage antimicrobiennes améliorerait le résultat du traitement mécanique.

Heitz-Mayfield et coll. (2011) réalisent une étude dont l'objectif est de comparer l'efficacité de deux thérapies antimicrobiennes sur le traitement de la mucosite. Ils constatent qu'il n'y a aucun avantage supplémentaire dans l'utilisation du gel à la chlorhexidine indiquant que le débridement mécanique avec une hygiène buccale adéquate est efficace dans la réduction de l'inflammation des tissus mous péri-implantaires.

Une conclusion importante de cette étude était l'effet négatif d'une restauration avec une limite sous-gingivale sur les résultats du traitement. Les implants avec une restauration ayant une limite sous-gingivale ont une réduction statistiquement significative moins importante de la profondeur de poche après le traitement que celles avec des limites supragingivales.

Il est donc nécessaire de savoir diagnostiquer une mucosite péri-implantaire, afin de mettre en oeuvre les thérapeutiques efficaces pour stopper son évolution et ne pas arriver au stade de la péri-implantite.

Lang et son équipe (2004) ont mis au point une stratégie thérapeutique basée sur les critères de diagnostic des lésions péri-implantaires (Cumulative interceptive supportive therapy ou CIST). En fonction de la présence ou de l'absence de chaque critère, la stratégie de prise en charge est différente. Le principe de cette méthode est de détecter une infection péri-implantaire le plus précocement possible et de juguler le problème avec une approche thérapeutique appropriée (Fig. 5).

La maintenance occlusale

Elle consiste en un contrôle trimestriel la première année, et annuel par la suite, de l'intégration occlusale et fonctionnelle, suivi si besoin est, d'une équilibration en OIM et en diduction (Laplanche et coll. 2012).

En effet, en réhabilitation complète, l'usure par attrition, la migration des antagonistes, rendent les équilibrations et les contrôles indispensables.

De même en réhabilitation partielle, les mouvements orthodontiques du reste de la denture induisent des défauts d'équilibre occlusal.

Conclusion

La maintenance permet d'assurer une longévité des traitements implantaires par l'obtention de tissus péri-implantaires sains.

Toutefois, il est important de noter que son rôle ne s'arrête pas à la prévention des péri-implantites par le dépistage précoce et le contrôle des facteurs de risque. Elle constitue une partie intégrale du traitement des péri-implantites et du suivi de l'évolution de celles-ci en évitant toute récurrence éventuelle. Étant donné qu'à l'heure actuelle les traitements de la péri-implantite restent encore non codifiés, la thérapeutique implantaire de soutien reste le seul garant de la réussite à long terme des implants. ♦

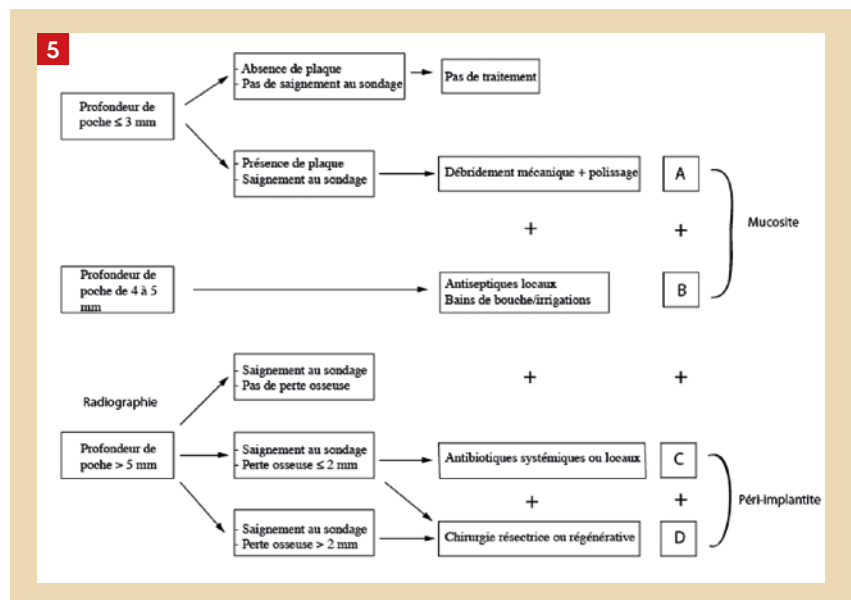
Ce qu'il faut retenir

- La maintenance implantaire fait intégralement partie du traitement implantaire. Elle doit être pensée pendant la phase d'étude du projet implantaire et mise en place à toutes les étapes de sa réalisation. Elle accomplira ainsi pleinement son rôle dans la prévention des péri-implantites et le maintien à long terme des implants.
- Elle nécessite une coopération permanente de la part du patient.
- La périodicité des séances de maintenance est variable selon les critères d'évaluation du risque des patients, ces séances incluent une analyse des tissus péri-implantaires, une maintenance bactérienne préventive, un traitement précoce des mucosites et un contrôle de l'occlusion.

Lectures conseillées

1. Lang NP, Wilson TG, Corbet EF. Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clin Oral Impl Res* 2000; 11 (Suppl.): 146-155. C Munksgaard 2000
2. Position Paper Periodontal Maintenance, Academy Report, *J. Periodontol.* 2003 ; 74 : 1395-1401
3. Sue Humphrey. Implant Maintenance. *Dent Clin N Am* 50 (2006) 463-478
4. Margareta Hultin, Ai Komiyama, Björn Klinge, Supportive therapy and the longevity of dental implants: a systematic review of the literature, *Clin. Oral Impl. Res.* 18 (Suppl. 3), 2007; 50-62
5. LJA Heitz-Mayfield Diagnosis and management of peri-implant diseases, *Australian Dental Journal* 2008; 53: (1 Suppl): S43-S48
6. Connie Myers Kracher, Ph.D, MSD, Wendy Schmeling Smith, RDH Oral Health Maintenance of Dental Implants 2010 March/April *The Dental Assistant*
7. S Corbella, M Del Fabbro, S Taschieri, F De Siena, L Francetti Implant maintenance protocol for immediate loading, *Int J Dent Hygiene* 9, 2011; 216-222
8. Costa FO, Takenaka-Martinez S, Cota LOM, Ferreira SD, Silva GLM, Costa JE, Peri-implant disease in subjects with and without preventive maintenance: a 5-year follow-up. *J Clin Periodontol* 2012; 39: 173-181
9. Swierkot K, Lottholz P, Flores-de-Jacoby L, Mengel R. Mucositis, peri-implantitis, implant success, and survival of implants in patients with treated generalized aggressive periodontitis: 3- to 16-year results of a prospective long-term cohort study. *J Periodontol.* 2012 Oct; 83(10): 1213-25
10. Sylvia Todescan, DDS, MSc, PhD, FRCD(C); Salme Lavigne, RDH, BA, MS(DH); Anastasia Kelekis-Cholakakis, DMD, MSc, FRCD(C) Guidance for the Maintenance Care of Dental Implants: Clinical Review, *J Can Dent Assoc* 2012;78: c107

Fig. 5 : arbre décisionnel codifié proposé par Lang et coll. 2004



LE LASER Er Yag

une longueur d'avance

LA POLYVALENCE AU SERVICE DU PRATICIEN

PRÉSIDENT



PR. JEAN PAUL ROCCA

- Dr en chirurgie dentaire
- Dr en sciences odontologiques
- Dr d'Etat en biologie humaine
- Professeur des universités – praticien hospitalier
- Membre de l'Executive Board de la World Federation for Laser Dentistry

CONFÉRENCIERS



DR DAVID BENSOUSSAN

La place du laser Er Yag en endodontie chirurgicale.



DR MARC MONGEOT

Traitement des péri implantites au laser : mythe ou réalité ?



DR FABRICE BAUDOT

Le laser er yag : un outil de micro chirurgie parodontale.



DR DAVID GUEX

Activation de la solution d'irrigation par le laser Erbium Yag en endodontie.



DR CAROLE LECONTE

Erbium et chirurgie orale : les clés du succès dans les situations désespérées.

5 décembre 2013

Paris - Espace Van Gogh

Espace Van Gogh - Maison de la RATP

62, quai de la Rapée

75012 PARIS

Coordonnées GPS

Lat : 48,843189 - Long : 2,37132

Contact : dorothee@dpbevents.com - 06 62 46 57 59 - www.dpbevents.com



Nom

Prénom

Tel

E-mail

Adresse postale

.....

.....

.....

Nombre de participants

Tarif pour la journée de conférence (par participant) :

290€ TTC repas et pauses inclus.

Nombre de places limité.

*Règlement par chèque à l'ordre de "DPB Events",
accompagné du bulletin d'inscription à :*

DPB Events

257, rue Jules Verne

34980 ST GELY

Péri-implantites et laser Er-YAG



Dr Carole LECONTE

■ Exercice exclusif en
parodontologie et
implantologie, Paris



La prévalence des péri-implantites s'accroît et les étiologies sont diverses et souvent combinées. Parmi les thérapeutiques existantes, le laser Erbium YAG est probablement la moins bien connue et pourtant, elle présente de nombreux intérêts cliniques : élimination du tissu de granulation, des dépôts tartriques et décontamination du titane avec respect des tissus sains et des structures implantaires.

P La conduite à tenir face à toute péri-implantite doit être en premier lieu une analyse approfondie de la situation clinique et la mise en évidence des causes pour les corriger (hygiène, prothèse, manque de tissu...) et évaluer s'il est judicieux de traiter ou de déposer les implants.

En effet, certaines situations auront une issue plus favorable en ne traitant pas le problème mais en déposant le travail précédent.

Cette option permet alors une reconstruction tissulaire qui rendra le nouveau traitement plus prévisible, sur de meilleures bases.

Cependant, les traitements des péri-implantites « conservateurs » sont nombreux et sont indiqués dans bien des situations, associés ou non à des régénérations tissulaires.

Il s'agit de corriger l'étiologie, d'éliminer les tissus pathologiques et de décontaminer.

Cela se fait généralement par des techniques de curetage (manuel ou ultrasoniques), d'aéropolissage, de thérapie photodynamique [1], d'antibiotiques locaux/généraux [2]...

Il est souvent bienvenu de partager la réflexion sur les impacts des différentes options avec le patient, tant sa collaboration est capitale, sans oublier qu'en cas de surcomplication ou changement de traitement, son vécu sera moins négatif.

Après avoir souligné que la conduite à tenir face à une péri-implantite n'était pas systématiquement conservatrice, il est important d'insister sur le besoin de répondre aux différentes causes pour obtenir une guérison.

Il n'existe donc aucun outil miracle qui permettrait de traiter toutes les péri-implantites. C'est dans ce cadre thérapeutique qui inclut un traitement de la gencive, de

l'os, des tissus pathologiques et du titane que le laser Erbium-YAG présente un intérêt majeur.

Bases pour mieux comprendre

Un laser est un rayon de photons qui présente une énergie considérable. Ce faisceau électromagnétique émis en pulses très brefs va interagir avec la matière de façon prévisible et différemment des outils traditionnels répondant plus aux lois physiques de Newton.

Ici, la physique quantique nous ouvre la porte d'une efficacité anticipée et paramétrable à l'avance. L'action est sans contact direct et l'intensité dépend des modes d'émission, d'application, et du tissu.

Tout comme la lumière du soleil qui irradie la surface de la terre, selon la saison (distance), selon l'heure (angulation) et selon la matière (nature moléculaire/teinte), notre faisceau laser va agir plus ou moins intensément au-delà du paramétrage.

En variant l'intensité (puissance), la fréquence d'émission (Hz), les paramètres que nous venons d'évoquer : distance, angle... ainsi que surface de répartition de l'énergie émise, nous allons « maîtriser » des effets.

Les lasers Er-YAG ont une longueur d'onde de 2 940 nm, des infrarouges (non visibles) énormément absorbés par l'eau ainsi que l'hydroxyapatite (os).

C'est cette extrême absorption qui est à l'origine des effets photo-ablatifs permettant d'éliminer de façon sélective les tissus pathologiques et les différents dépôts pour laisser des tissus sains et une surface détoxifiée bactériologiquement maîtrisée.

L'efficacité de l'ablation est de 540 µg/J et la profondeur d'exérèse par pulse est supérieure à 0,4 mm [3].

Le contrôle visuel lors de l'utilisation des lasers Er-YAG est optimal puisque les embouts (tips) sont extrêmement fins, translucides, travaillant sans contact.



Fig. 2 : aspect initial de la mandibule très résorbée, péri-implantite majeure



Fig. 3 : sonde parodontale trop courte, poches de plus de 13 mm de profondeur tout autour des implants

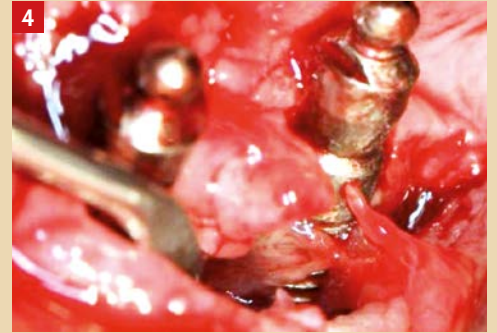


Fig. 4 : le premier centimètre et plus encore n'est que tissu de granulation, d'aspect différencié, inflammatoire, hémorragique ; ce type de site est très délicat à appréhender avec une lame froide

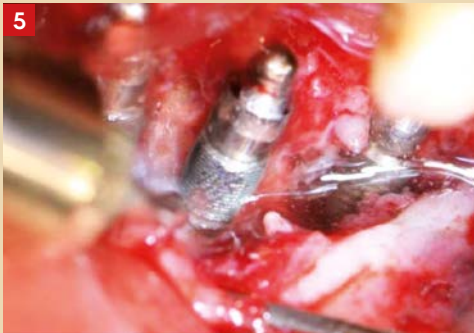


Fig. 5 : élimination du tissu de granulation au laser Er-YAG, curetage sans contact, sans « fuite » du tissu non soutenu, en respectant les tissus sains et en éliminant tout jusqu'à l'implant et l'os

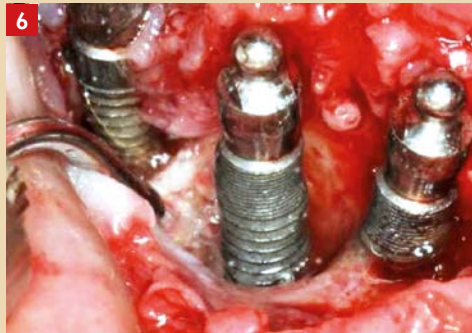


Fig. 6 : cratères osseux nettoyés, implants décontaminés sur l'intégralité de la surface hors de l'os

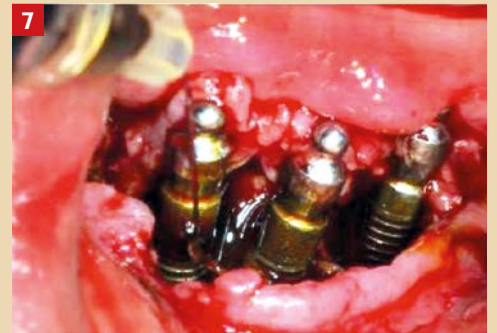


Fig. 7 : irrigation Bétadine 3 mn, puis rinçage au sérum physiologique



Fig. 8 : sutures (aucun comblement osseux ou autre n'a été réalisé)



Fig. 9 : aspect des tissus après 1 an de cicatrisation, maturation ; absence de récurrence clinique, organisation d'un tissu kératinisé adhérent autour des implants, hygiène parfaite



Fig. 10 : étape du changement du système d'attachement (boules > Locators) pour le confort de la patiente

Les lasers Erbium-YAG sont particulièrement efficaces pour plusieurs points clefs du traitement du péri-implant pathologique.

Élimination du tissu de granulation

Ces effets photo-ablatifs vaporisent de la matière et disloquent le tissu granuleux, ce qui rend son élimination totale possible, plus aisée.

La précision du geste qu'il permet et son mode d'action limitent le caractère iatrogène de nos curetages.

En effet, la pénétration du laser erbium est presque nulle (inférieure à 30 μ) ce qui évite tout dommage osseux, contrairement à une fraise boule dont le diamètre est bien plus gros, l'effet ablatif moindre, l'effet thermique plus fort avec un contrôle visuel largement moins bon [4, 5, 6, 7].

Un travail précis et respectueux des tissus sains est alors possible, d'autant plus que l'on utilise cet outil avec un microscope opératoire ou des loupes fibrées de fort grossissement.

Élimination du tartre

Décontamination du titane en le respectant

Ceci permet de retrouver :

- un tissu muqueux débarrassé de la zone infiltrée
- un os nettoyé du tissu de granulation mais préservé, sans être agressé (laser « froid »), pour éviter d'éventuels halos nécrotiques, sources de complications ou d'échec
- un titane assaini qui pourra s'ostéointégrer à nouveau

Cas clinique

Mme M. N.

Situation initiale défavorable : 76 ans, hygiène très défavorable, xérostomie, candidose buccale, prothèse inadaptée, non passive, absence de vestibule.

Péri-implantite évoluant depuis 2004, première consultation dans notre cabinet juillet 2010.

Un traitement non conservateur semblait indiqué : dépose des implants et curetage, associé secondairement

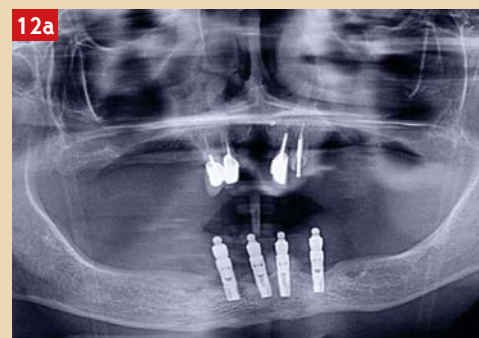
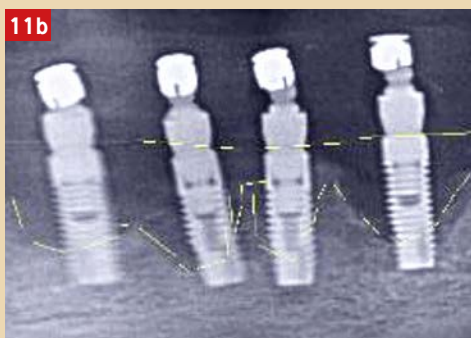
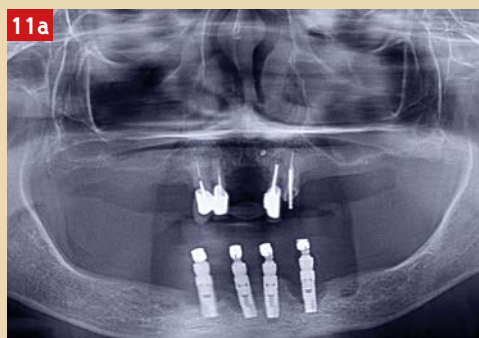


Fig. 11a et 11b : radiographie panoramique initiale, vue globale et détail avec niveau osseux surligné

Fig. 12a et 12b : contrôle à 1 an : outre l'aspect externe qui ne présente plus de signe de péri-implantite, la régénération osseuse spontanée qui a suivi le débridement est notable ; la comparaison des deux radiographies témoigne du gain osseux vertical et du contact os/titane à cet endroit.

à une reconstruction osseuse et de muqueuse kératinisée si besoin.

Mais le contexte dentaire de la patiente ainsi que la difficulté à gérer la temporisation (problèmes d'alimentation chez cette patiente très fragile) nous ont poussés à essayer de préserver ses implants très infectés, qui présentaient des poches péri-implantaires de plus de 13 mm.



Conclusion

Les outils alternatifs traditionnels comme les curettes, inserts ultrasons spécifiques, brosettes titanes sont pléthore et d'utilisation intuitive, ce qui peut expliquer

certaines réticences à évoluer vers l'outil que représente le laser Er-YAG.

De même que nous ne pouvons transposer les qualités d'un laser à un autre. Chaque type de laser va avoir des effets bien spécifiques et parfois opposés.

Par exemple, les lasers diodes ne vont pas léser le titane, mais provoquer une élévation de température délétère, ou encore les lasers Nd YAG vont dégrader la surface du titane.

Dans le cadre du traitement des péri-implantites, les qualités des Erbium sont mises en avant : ergonomie de travail, de capacité à éliminer avec précision et sélection les tissus pathologiques, décontaminer le titane sans le souiller pour permettre une nouvelle ostéointégration.

Ces procédures sont cependant opérateur et matériel dépendant. Toujours plus de recul permettra d'améliorer la prévisibilité de ces traitements, de décoder avec plus de précision les guidelines de traitement et de détailler les protocoles à mettre en oeuvre.

Toujours est-il que la démocratisation de l'implantologie et l'évolution des traitements implantaires anciens génèrent cette nouvelle pathologie et face à cette réalité, nous, dentistes, devons avoir un arsenal thérapeutique à la hauteur des évolutions médicales générales où les lasers sont omniprésents, non sans raisons. ♦

Bibliographie

1. Dorothee Schär, Christoph A. Ramseier, Sigrun Eick, Nicole B. Arweiler, Anton Sculean, Giovanni E. Salvi - Anti-infective therapy of peri-implantitis with adjunctive local drug delivery or photodynamic therapy: six-month outcomes of a prospective randomized clinical trial - *Clinical oral implant research*
2. Niklaus P. Lang, Thomas G. Wilson, Esmonde F. Corbet - Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment - *Clin Oral Impl Res* 2000; 11 (Suppl.): 146-155
3. Walsh JT Jr, Deutsch TF. Er-YAG laser ablation of tissue: measurement of ablation rates. *Lasers Surg Med.* 1989; 9(4): 327-37
4. Lewandrowski KU, Lorente C, Schomacker KT, Flotte TJ, Wilkes JW, Deutsch TF. Use of the Er-YAG laser for improved plating in maxillofacial surgery: comparison of bone healing in laser and drill osteotomies. *Lasers Surg Med* 1996; 19: 40-45
5. Attrill DC, Davies RM, King TA, Dickinson MR, Blinkhorn AS. Thermal effects of the Er-YAG laser on a simulated dental pulp: a quantitative evaluation of the effects of a water spray. *J Dent.* 2004 Jan; 32(1): 35-40
6. Katia M. Sasaki, Akira Aoki, Shizuko Ichinose and Isao Ishikawa - Ultrastructural Analysis of Bone Tissue Irradiated by Er-YAG Laser *Lasers in Surgery and Medicine* 31: 322-332 (2002)
7. Stefan Stübinger, Kristina Biermeier, Beatus Bächli, Stephen J. Ferguson, Robert Sader, and Brigitte von Rechenberg, -Comparison of Er-YAG Laser, Piezoelectric, and Drill Osteotomy for Dental Implant Site Preparation: A Biomechanical and Histological Analysis in Sheep - *Lasers in Surgery and Medicine* 42: 652-661 (2010)

Vous avez la fibre laser ?



SyneronTM
DENTAL LASERS

Nous avons le laser sans fibre !



SCDistribution

Cédric Bouchereau - 06 08 22 08 42

scdistribution@orange.fr

Serge Mahé - 06 62 21 75 78

maheneoflash@wanadoo.fr

LITETOUCHTM

Laser Erbium:YAG “sans fibre”

www.litetouch.fr

Management d'équipe : assez de bla-bla, un peu de bon sens !

(Attention : à lire jusqu'au bout)

En cette rentrée, je vous propose d'aborder un sujet qui a un impact direct sur la vie quotidienne au cabinet. Au cours de mes conférences, il revient régulièrement et représente une source de préoccupation récurrente et majeure : le management de l'équipe.



Dr Edmond BINHAS

■ Fondateur
du Groupe Edmond
Binhas

Aujourd'hui, être un bon clinicien ne suffit plus : c'est désormais un lieu commun. Mais, en avoir conscience ne permet pas de réussir, comme par magie, à créer une ambiance qui soit à la fois **professionnelle ET conviviale**. Ceci dit, en réalité, il est possible d'y parvenir en peu de choses. Pour cela, il est nécessaire de se débarrasser d'un certain nombre de préjugés contre lesquels, en tant que dirigeant d'une société de formation d'une part et praticien de l'autre, je tiens à m'élever.

Tout d'abord, la lecture de certains articles peut laisser perplexe tant ils sont ésotériques et entraînent une plus grande confusion encore. À leur lecture, certains praticiens réagissent même en ayant un sentiment d'incompétence. Il est vrai que la plupart des chirurgiens-dentistes n'aiment pas cet aspect de notre profession. J'ai ainsi pu constater, au cours de mes 17 ans d'activité au sein des cabinets que, nous, praticiens, sommes réticents à exprimer auprès de nos assistantes tout reproche à propos de leur travail (ou, du moins, nous ne savons pas comment nous y prendre). C'est ainsi que, généralement, s'accumulent toutes sortes de frustrations qui, en fin de compte, deviennent elles-mêmes sources de tensions au cabinet.

La plupart des raisons avancées pour éviter ces situations désagréables sont : « *Je n'ai pas le temps* », « *Il y a toujours le patient au milieu* », « *Elle est gentille, je ne veux pas la vexer* », « *Je lui dirai la semaine prochaine* », « *Ce n'est pas si grave* », « *Je ne dois pas être clair* », etc.

Même si, bien sûr, ces motifs peuvent être réels, il s'agit généralement d'un prétexte pour éviter d'aborder avec réalisme une situation désagréable. Souvent, il en résulte des comportements extrêmes inadaptés : excès de gentillesse ou excès d'autoritarisme. Ce dernier conduit à imposer des décisions en prenant les membres de l'équipe pour de simples exécutants. Ces 2 types de

comportement sont dépassés. Seule l'adéquation de la personne à son poste compte. Conserver dans son équipe un individu incompetent est la plus grave erreur de management.

Certains praticiens, qui pensent avoir tout essayé, en arrivent même à développer de façon inconsciente une certaine forme de résignation : ils se mettent à accuser le marché du travail au motif qu'il est « *difficile de trouver une bonne assistante* ! ».

D'autres, pensant être plus créatifs, s'engouffrent dans un système de primes ou d'augmentations sans fin. Sauf qu'en fin de compte, le résultat n'est, la plupart du temps, pas plus favorable : une masse salariale en constante augmentation pour une efficacité pas forcément évidente. La motivation par l'argent peut être un bon outil à condition qu'il s'intègre dans une stratégie globale de gestion des ressources humaines. Autrement dit, la rémunération du salarié est parfois une condition nécessaire mais certainement pas suffisante à elle seule.

D'autre part, je le dis tout net : il y a beaucoup de « bla-bla » autour de ce thème. Ces longs discours forment de véritables écrans de fumée aboutissant généralement à la mise en place « d'usines à gaz » inadaptées. Une pléthore d'ouvrages est disponible sur le sujet. Le problème est qu'ils sont adaptés à des multinationales avec leurs managers de métier dont le travail, **à temps plein**, est la gestion d'équipe. Toutes ces ressources ne concernent pas les cabinets dentaires car, contrairement aux managers, nos cerveaux de praticiens sont occupés à 95 % par la réalisation des traitements. Certes, il y a parfois des problèmes d'équipe épineux et complexes qui ne peuvent pas se résoudre simplement mais cela n'est pas représentatif de la majorité des cas. Les difficultés peuvent être désamorçées simplement, *via* une approche pertinente et des comportements appropriés.

J'ai fait le constat au cours de mes audits de cabinets, que

l'approche pratico-pratique, reposant sur l'expérience et le bon sens (et non pas sur des théories fumeuses), est la plus efficace.

C'est pourquoi, après examen de centaines de problématiques de management dans les cabinets, j'ai souhaité définir, loin de tout fatras pseudo-psychologique, quelques règles simples qui vous permettront de résoudre la plupart des problèmes rencontrés dans un cabinet.

Par souci de simplification, voici 7 points-clés. Certains vous surprendront sans doute mais, croyez-en mon expérience, ils vous permettront d'être plus serein et d'avoir une équipe impliquée si vous les appliquez avec discernement.

1. La direction doit diriger

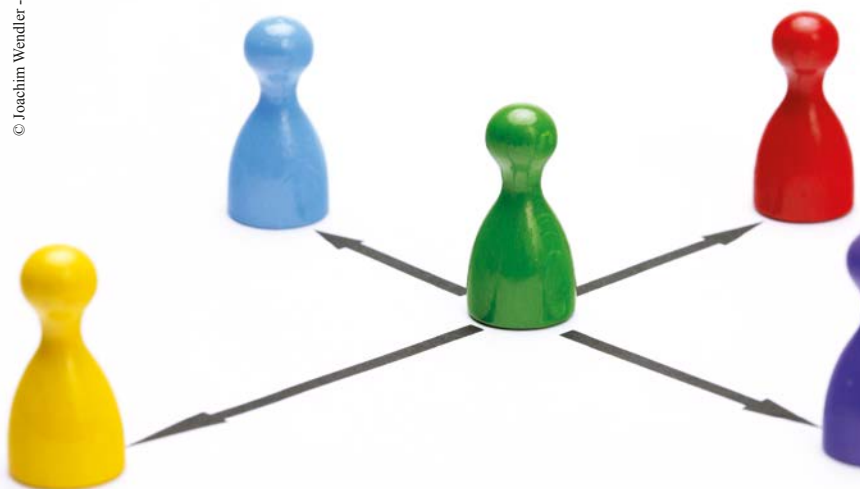
Le management participatif avec son angélisme est dépassé. Les pires situations ont été créées avec cette approche. Il faut arrêter l'hypocrisie : il y a une hiérarchie à respecter au sein du cabinet. Même si la recherche d'une bonne ambiance est une priorité, cela ne peut se faire au détriment de la qualité du travail. D'autre part, les assistantes sont rassurées quand il y a un capitaine dans le navire. Le rôle du praticien est de donner le cap, pas de laisser flotter.

Je précise toutefois une nuance majeure : au XXI^e siècle, la hiérarchie existe pour les fonctions **et non pas entre individus**. Cela signifie que, tant que les sujets abordés ne concernent pas la pratique professionnelle (vie de famille, actualités, loisirs...), nous sommes bien entendu tous à égalité. Nous nous parlons de personne à personne. Mais, dès qu'un désaccord survient quant à l'organisation du travail, c'est l'avis du praticien qui prévaut sans palabre.

2. Beaucoup d'erreurs ont lieu au recrutement

La pire est de recruter par dépit car cela prend du temps et qu'on se lasse vite des entretiens de recrutement. Une autre erreur est de ne pas clarifier (et savoir) ce qu'on attend de son assistante. D'où l'importance, **avant le recrutement**, de rédiger des règles de fonctionnement. Je vous recommande d'**organiser le cabinet sur des systèmes, pas sur des personnes**. Cela signifie que ce n'est pas au cabinet de s'adapter à une personne et à sa propre vision de son travail, mais bien l'inverse. Les qualités à rechercher sont l'« efficacité » et la « loyauté ». Recrutez des salariés qui comprennent votre mode fonctionnement et s'adaptent à vous. Si vous répétez sans cesse les mêmes consignes avec le sentiment d'être incompris, c'est le moment de s'interroger sur l'adéquation de la personne au poste.

© Joachim Wendler - Fotolia.com



3. Convivialité n'est pas familiarité

Le cabinet est un environnement professionnel. Je déconseille trop de familiarité. Sauf si vous êtes allé à l'école avec votre assistante ou qu'elle fasse partie de votre famille, c'est une attitude inadaptée. Ainsi, le tutoiement entre praticien et assistante est à éviter. Ceci dit, la convivialité est l'élément clé de la motivation. Mais, nul besoin de « se taper sur le ventre » pour cela. Il faut savoir jauger : un respect mutuel en est la clé.

4. Pas de psychothérapie

Ne cherchez pas à entrer dans une analyse psychologique ou émotionnelle avec les membres de votre équipe sauf si la situation le demande (décès d'un proche, divorce, maladie grave). Trop de psychothérapie aboutit à trop d'attentes avec le risque de déception qui peut en découler. Cela peut également engendrer un refus de la part de l'employé, d'assumer ses responsabilités. Bien entendu, rester humain est primordial pour maintenir une bonne entente. Pour cela, mettez en place des règles claires et faites les appliquer.

5. Le salaire : sachez payer

Sous réserve que la personne a fait ses preuves (un an de présence minimum) et que vous êtes satisfait du travail fourni, il faut savoir la payer décemment, encore plus en cette période de crise. Trop de praticiens considèrent le salaire comme une dépense. En réalité, si votre assistante donne satisfaction, c'est le meilleur investissement qui soit. Aussi, ne la découragez pas avec un salaire minimal.

L'évolution du salaire doit également tenir compte de l'accroissement du chiffre d'affaires. En cas de baisse de ce dernier, prenez soin d'expliquer les raisons de la non-augmentation. Quant aux primes, elles doivent être liées à l'effort, aux résultats, être imprévues (ce qui exclut les primes automatiques) et être significatives.

6. Un système efficace de réunions

Le cabinet dentaire est un lieu où il est difficile de trouver le temps de se parler. C'est pourquoi il est vital de mettre en place un véritable système de réunions **efficaces**. Il est préférable de n'en faire aucune plutôt que de perdre du temps en les multipliant. Cela signifie : ne pas basculer dans le schéma de la « réunionnite » avec un monopole de l'attention, de la parole et surtout l'émergence d'aucune décision concrète. C'est démotivant pour l'équipe. Quant au praticien, il a un faux sentiment de devoir accompli.

Au cours de ces moments clés, 3 écueils délétères sont à éviter :

- les non-dits : j'ai fait le constat qu'il s'agit de la cause principale de 99 % des conflits au sein des cabinets dentaires (et dans la vie) ; la raison la plus fréquente est la peur de la réaction de l'autre
- les critiques non constructives : toute critique est évidemment possible et même souhaitée, mais, j'y ajoute une condition : qu'elle soit assortie d'une contre-proposition constructive, sinon, nous basculons dans le « y'a qu'à, il faut » assassin
- éviter les tribunaux : lors de désaccord sur des sujets extérieurs au travail ou en raison d'incompatibilité entre deux personnes, tout jugement de valeur est interdit dans notre système ; les réunions ne sont pas faites pour cela ; seules des discussions en tête-à-tête permettront de régler le problème ; tenter de le désamorcer en réunion risque de créer des clans ; en cas de désaccord persistant, c'est évidemment au praticien de trancher

7. Motivation

« *Comment puis-je motiver mon équipe ?* »

Mon point de vue est que la seule vraie motivation est intrinsèque à un individu. Il sera impossible de motiver une personne qui n'est pas **auto-motivée**. En revanche, soyez attentif à ne pas démoraliser ! Inversement, il est inutile de vouloir pousser votre équipe à tout prix : l'énergie que vous mettrez à encourager à sa place une personne non enthousiaste sera disproportionnée.

Identifiez rapidement ceux chez qui vos efforts donneront des résultats. Si vous trouvez la « perle rare »,

prenez extrêmement garde à ne pas la démobiliser par un comportement ou un salaire inapproprié. Sans créer de système complexe, organisez simplement, à période régulière, des événements positifs dans le cabinet (pause-café, anniversaire, repas...).

Conclusion

Le management est certainement bien plus simple qu'on veut nous le faire croire. Votre personnel possède plus de compétences que vous ne le pensez.

D'autre part, cessez de croire que la cohésion d'équipe doit être le fait du **seul** praticien. Cela est d'une part culpabilisant et de l'autre contre-productif. Sans le désir et la volonté délibérés de **l'ensemble** de l'équipe, vos seuls efforts, quels qu'ils soient, sont voués à l'échec. La résultante en est une grande frustration pour vous.

En réalité, recrutez avec discernement, prenez le temps de former, fixez des objectifs clairs, donnez les moyens et attendez (exigez ?) des résultats. Puis dites ce qui va et ce qui ne va pas.

Enfin, sachez récompenser et féliciter les membres de votre équipe qui jouent le jeu et à vous séparer de ceux qui jouent perso.

Bien à vous.

« *Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la vraie réussite.* »

Henry Ford

À noter

Cet article a été écrit pour le praticien et pour l'assistante. Il est important qu'il y ait homogénéité des valeurs quant au management en place et que l'assistante soit en accord avec ces règles. La responsabilité du praticien étant de définir et de communiquer celles-ci.

CONTACT

Groupe Edmond Binhas

Institut BINHAS

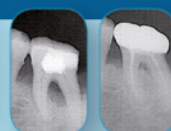
Rejoignez-nous sur notre centre de ressources : www.binhas.com

Téléphone : Claudette - 04 42 108 108

5 rue de Copenhague, BP 20057, 13742 Vitrolles Cedex

Email : contact@binhas.com

Cycle PARODONTOLOGIE



ASSISTANTES DENTAIRES ET CHIRURGIE



Session 1 : 17-18 Janvier

- Le traitement parodontal non chirurgical
- Surfaçage ultra-sonore et manuel
- La contention

TP sur maquettes et mâchoires de porc

Session 2 : 7-8 Février

- Le traitement parodontal chirurgical
- L'allongement coronaire
- Le traitement des furcations
- La Régénération Tissulaire Guidée

TP sur maquettes et mâchoires de porc

Session 3 : 14-15 Mars

- Chirurgie muco-gingivale : Les clés du succès

TP sur mâchoires de porc et pièces anatomiques (Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)

17 Mai

- La reconnaissance du matériel
- La gestion des différentes interventions
- L'aseptie, la stérilisation et la traçabilité

TP, vidéos cliniques, fiches pratiques



Cycle IMPLANTOLOGIE



Session 1 : 4-5 Avril

- L'étude pré-implantaire
- Incisions, Lambeaux, Sutures
- Techniques chirurgicales
- Les différents systèmes implantaires

TP sur maquettes et mâchoires de porc

- Gestion des Tissus mous
- Gestion des pertes osseuses limitées

TP sur mâchoires de porc et pièces anatomiques (Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)

Session 2 : 16-17 Mai

- Prothèse Supra-implantaire Unitaire Plurale Stabilisée Scellée/vissée ?
- Chirurgie et Prothèse assistées par ordinateur
- Concepts occlusaux en Implantologie

TP sur maquettes et articulateurs

CONFÉRENCES CHIRURGIE AVANCÉE EN IMPLANTOLOGIE

Connectique implantaire

12 Décembre 2013



Dr. Paul Weigl
Frankfurt / Germany

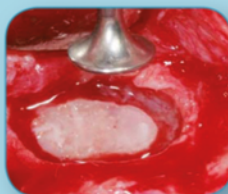
Cycle CHIRURGIE AVANCÉE



15-16 Juin

- Gestion des Tissus mous péri-implantaires
- Aménagement sinusien à visée implantaire
- Les prélèvements osseux (Ramus, menton, tubérosité)
- Régénération Osseuse Guidée
- Greffes d'apposition

TP sur mâchoires de porc et maquettes anatomiques
TP Sinus lift et prélèvement par piézo-chirurgie
TP sur pièces anatomiques (Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)



Greffes osseuses et chirurgie des tissus mous

Cours et TP sur mâchoires animales

26 Avril 2014



Prof. Dr. Fouad Khoury
Münster / Germany

Pour les tarifs des conférences, veuillez nous consulter.

Renseignements & INSCRIPTION

Renseignements & Contact :
Stéphanie Colomb
06 26 80 46 43
ceiop@ceiop.com

Je souhaite **M'INSCRIRE AUX FORMATIONS** pour **2014**

- ☐ Cycle PARODONTOLOGIE 2 500 €
- ☐ Cycle IMPLANTOLOGIE 1 900 €
- ☐ Cycle CHIRURGIE AVANCÉE 1 500 €
- ☐ Formation Assistantes dentaires 290 €

TOTAL TTC :

Chèque à l'ordre du CEIOP.

Vos **RENSEIGNEMENTS** à retourner au



34, rue du Cap de Haut
33320 Eysines - FRANCE

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP et Ville :

Tél :

E-mail :

Le dentiste, l'assistante et le leadership

Le leadership selon Euclide¹

Euclide se fondait sur une vérité fondamentale et évidente pour tirer ses conclusions : l'axiome. C'est de cette manière qu'Euclide a construit les bases de la géométrie, avec une telle précision, qu'elles n'ont pratiquement pas évolué en plus de 2 300 ans. Un axiome est tellement évident qu'on ne peut pas le prouver ($1+1=2$). Il constitue la base de toutes les preuves. Par exemple : une chose est égale à elle-même. On peut traduire algébriquement cet axiome comme suit : $A=A$. Dans toutes les langues, cela signifie que les « *Faits sont des faits* ».

Il est facile de déduire de cet axiome trois affirmations :

- les faits sont des faits, que vous en ayez connaissance ou non
- les faits sont des faits, que vous les appréciez ou non
- les faits sont des faits, que vous soyez d'accord avec ou non

Les erreurs communes d'appréciation

Vous avez déjà sûrement entendu quelqu'un de votre entourage vous dire :

- « *Ce que nous ignorons ne peut nous faire du tort* » (ce que vous ne savez pas ne peut vous faire du mal)
- « *L'ignorance est peut-être même un gage de bonheur : mieux vaut ne pas tout savoir* »

La vérité est toute autre : ne jouez pas à l'autruche

Bien au contraire, ce que nous ignorons PEUT nous faire du tort. L'ignorance n'est certainement pas un gage de bonheur mais plutôt une source de stress. La règle à suivre en particulier en tant que dentiste et manager est de « s'informer... à tout prix ». Le canal d'informations principal d'un cabinet dentaire transite par l'assistante ou la secrétaire en poste dont le rôle (du moins pour la secrétaire) est la centralisation et la restitution rationnelle de toutes les données du cabinet aux acteurs concernés. Si ce n'est pas le rôle actuel de votre secrétaire, vous avez des raisons de revoir en urgence toutes les fiches de poste du cabinet.

Les règles d'Euclide appliquées à la gestion du cabinet dentaire

Certains d'entre vous essaient parfois de déformer les faits qu'ils n'apprécient pas. Ils font fi des choses qu'ils ne veulent pas voir. Ils préfèrent se persuader qu'il n'y a pas de problème et qu'ils n'ont pas besoin de s'améliorer. Il est faux de penser que le fait de contourner une vérité dont vous refusez l'existence est une manière de respecter le principe de « pensée positive », très présent dans les sphères nébuleuses de certains coachs en développement organisationnel. On vous dit

parfois : « cessez de voir les mauvaises herbes dans votre jardin. Pensez positif ». Or, la vérité, c'est qu'il y a plein de mauvaises herbes et que tous les jours au cabinet, des petits problèmes auxquels vous finissez par vous habituer vous empêchent de réaliser vos objectifs de développement personnel.

La réceptivité à la critique : l'un des talents du manager

Nombreux sont ceux qui se forment une opinion et qui, par la suite, refusent toute preuve venant contredire leur théorie initiale. Ils refusent tout nouvel élément non conforme à leurs convictions. Leur vision intellectuelle se ferme et ils affichent une forme de paralysie mentale. Vous devez admettre vos erreurs d'appréciation dès lors que vos convictions ne correspondent plus aux faits qui vous sont parfois exposés de manière claire et distincte par votre propre assistante dentaire.

Les six vérités du leader en dentisterie

- Le premier objectif est de connaître la vérité, coûte que coûte.
- Vous devez savoir que cette vérité est tributaire de votre niveau d'implication dans votre cabinet.
- Ce que vous ignorez est susceptible de vous faire du tort.
- Vous devez adapter vos convictions à la réalité des faits.
- Vous ne devez pas truquer les faits pour qu'ils épousent vos convictions.
- Vous n'êtes pas tenu d'apprécier les faits qui vous sont relatés ou présentés.

Le leadership selon Newton²

Appliquées à l'organisation et aux personnes, les trois lois du mouvement régissent la conduite du changement.

Loi 1 : un corps au repos a tendance à rester au repos tant qu'une force extérieure ne modifie pas cet état d'inertie. Dans les affaires, cette force est insufflée par les traits de caractère du gérant ainsi que par ses talents en termes de gouvernance et de management.

Application de la loi 1 à la gestion d'un cabinet dentaire

« *Tout employé ou collaborateur a tendance à rester au repos tant que le manager du cabinet ne décide pas de changer cet état* ».

→ « *Toute situation déplorable restera déplorable tant que le leader ne changera pas cet état* ».

→ « *Pour faire évoluer les choses, il faut insuffler la force nécessaire* ».

1. Euclide d'Alexandrie né vers 325 avant J.-C. est l'un des mathématiciens les plus réputés. Il est connu pour son ouvrage « les éléments » sur lequel repose encore la géométrie actuelle.

2. Isaac Newton était un géant dans le domaine de la physique. Nous avons tous le souvenir scolaire du génie qui a découvert la loi de la pesanteur. L'image d'une pomme tombant d'un pommier sur la tête de Newton est gravée de manière indélébile dans nos esprits. Newton a aussi défini les trois lois du mouvement.



Rodolphe COCHET

- Consultant, conférencier et coach en gestion des cabinets dentaires
- Chargé de cours en gestion du cabinet dentaire dans plusieurs facultés de médecine dentaire en France et à l'étranger
- Chef de la rubrique « Management du cabinet dentaire » dans Le Fil Dentaire, La Revue Suisse d'Odonto-Stomatologie et le Journal du Dentiste (Belgique)

Le dentiste-manager doit être lui-même suffisamment motivé et investi dans ses fonctions de gérance pour insuffler la force « motrice » nécessaire en faveur du changement souhaitable, afin de dépasser l'inertie de son cabinet ou de son équipe.

Loi 2 : la force = masse X accélération.

La quantité d'énergie nécessaire pour atteindre ses objectifs est proportionnelle à l'ampleur de l'objectif multipliée par la rapidité avec laquelle vous comptez l'atteindre.

Application de la loi 2 à la gestion d'un cabinet dentaire

Si vous souhaitez atteindre votre objectif rapidement, alors vous devrez recourir à des « mégawatts d'énergie mentale et intellectuelle » pour y parvenir. Si vos objectifs de réalisation professionnelle sont ambitieux et que vous décidez de prendre plus de temps, vous aurez besoin de niveaux d'énergie moyens mais qui mobiliseront vos capacités mentales de manière récurrente et chronophage. Notez que dans les deux cas, vous devez faire appel à la force de votre volonté. Cette volonté est déficiente lorsque vous êtes dans une situation de travail contraignante ou si votre cabinet dépend d'une conjoncture défavorable. C'est dans ce cadre que certains praticiens font appel à des prestataires de services en organisation ou en management. Et c'est un tort : on doit recourir aux services d'un prestataire externe (formations, séminaires, conseil, coaching) uniquement lorsqu'on est en possession de toute sa force mentale et de tous ses moyens intellectuels, non seulement afin de préserver son entière autonomie décisionnelle mais surtout afin de ne pas risquer de tomber dans l'engrenage d'une manipulation mentale (décision forcée). Dans ces deux cas, un séminaire ou une action de formation sont totalement inutiles et vous risquez d'essuyer un échec flagrant car vous n'aurez ni les moyens ni la force suffisante de motiver la mobilisation de votre équipe pour la mise en place et le respect de nouveaux protocoles.

Loi 3 : pour chaque action, il existe une réaction égale et opposée.

Appliquée à la gestion stratégique d'un cabinet dentaire, cette loi peut être réinterprétée de 3 façons

- Si vous voulez produire un effet donné, vous devez mettre en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation de vos objectifs et projets.
- N'espérez pas développer votre organisation sans effort ni patience.
- Si vous voulez atteindre vos objectifs, vous devez en payer le prix.
- Si quelque chose ne vous convient pas (protocole, réalisation d'une tâche...), veillez à ne pas reproduire les causes à l'origine des mêmes effets.
- Si vous n'êtes pas ouvert aux idées des autres, cessez d'ergoter.
- Ne lancez pas une action pour vous plaindre ensuite des réactions qui en découlent.
- Ne blâmez pas les autres au regard de votre situation, si celle-ci est le fruit de vos propres décisions.

Le leadership selon Thomas Edison

Inventeur prolifique, pionnier de l'électricité, il revendique un

nombre record de 1 093 brevets. Pour générer de la lumière en utilisant l'électricité, Edison appliqua sa formule « clé » qui se décline en 5 étapes :

Fixer des objectifs

Vous devez connaître ce que vous voulez réaliser à court terme, à moyen terme et à long terme. Voici ce que dit Edison à propos de la nécessité de se fixer des objectifs :

« L'insatisfaction est la première condition du progrès. Montrez-moi un homme parfaitement satisfait de lui-même et je vous montrerai un parfait raté. Il n'y a dans l'homme que l'estomac qui puisse être pleinement satisfait. La soif de connaissance et d'expérience, le désir d'agrément et de confort, ne pourront jamais être apaisés ».

Planifier

Vous devez élaborer une stratégie et définir les moyens à mettre en œuvre pour atteindre vos objectifs. Fixer des objectifs sans définir de plan pour les atteindre est parfaitement inutile. Par conséquent, munissez-vous d'un crayon (ou d'un clavier) et couchez votre stratégie sur le papier, soit de manière autonome, soit dans le cadre d'une réunion d'équipe. Un collègue d'Edison a rapporté que ce dernier élaborait des plans détaillés pour chacun de ses essais... Ses milliers d'expériences ont toutes fait l'objet de notes précises et ont été archivées méthodiquement.

Passer à l'action

Soyez « actifs », et non « passifs », dans la poursuite de vos objectifs. Ne laissez pas passer un jour sans faire au moins un pas en avant. Edison était avant tout un bosseur mais son sentiment était tout autre. *« En somme, je n'ai jamais vraiment travaillé. Je me suis toujours énormément amusé. Si nous faisons tout ce que nous sommes capables de faire, nous en serions abasourdis. ».*

Analyser les réactions

Recueillez les réactions de vos collaborateurs, aussi bien positives que négatives. La plupart d'entre elles peuvent s'avérer décevantes ou difficiles à entendre. Edison a essuyé beaucoup de déceptions... Il n'a pas atteint ses objectifs en une nuit. Loin de là. À un journaliste qui l'interrogeait sur son travail, il répondit : *« Je n'ai pas échoué. J'ai simplement trouvé 10 000 solutions qui ne fonctionnent pas ».*

Changer

Votre première idée risque de ne pas fonctionner. Vous devrez la faire évoluer à maintes reprises avant d'obtenir un résultat satisfaisant : c'est à cela que servent les réunions de développement au cabinet dentaire. Faites évoluer votre projet et affinez votre stratégie jusqu'à ce que cela fonctionne. Cette dernière étape exige de la part du gérant et décisionnaire une grande persévérance qui est aussi la vertu majeure du vrai Leader. ◆

AUTEUR

Rodolphe Cochet

Expert en gestion des cabinets et centres dentaires
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris

Tél. : 01 43 31 12 67 - Email : info@rh-dentaire.com

➤ Conseil, audit et coaching : www.rh-dentaire.com

➤ Le site officiel d'emploi dentaire : www.dentalemploi.com

➤ Le portail de la formation : www.dentalformation.com

Vos solutions pour la fin de l'année ?

Au moment où ces quelques lignes sont écrites, la loi de finance rectificative n'est pas publiée. Il y a cependant des pistes à explorer tout au long du dernier trimestre. Faisons le tour des placements et des décisions à prendre.

Les décisions

Elles sont en corrélation avec votre activité professionnelle et personnelle c'est-à-dire :

- **pour votre activité professionnelle**, l'évolution de votre chiffre d'affaire, votre trésorerie disponible et la projection de vos bénéfices de fin d'année, pour cela vous devez interroger votre expert comptable
- **pour votre activité personnelle**, cela va dépendre de l'évolution de votre environnement familial et patrimonial



Alain CARNEL

■ Conseil en gestion de patrimoine

L'activité professionnelle

Si vos bénéfices sont en augmentation ou stables, prévoyez de faire des versements libres sur vos contrats MADELIN de façon à générer des rentes supplémentaires pour votre retraite et également à faire baisser vos impôts.

Pensez aussi à vos contrats de prévoyance, vos indemnités journalières en cas de problème de santé car les décisions doivent se prendre 2 mois avant la fin de l'année ou avant la date anniversaire du contrat. Vérifiez que vous êtes bien assuré à hauteur de vos revenus, que certains changements ne sont pas intervenus pendant l'année tel qu'un changement matrimonial, décès ou divorce par exemple ou encore une évolution de votre état de santé.

Si vos bénéfices sont en baisse, pensez à mettre de la trésorerie de côté afin de pouvoir régler les charges de l'année N-1 qui vont arriver en fin d'année.

L'activité personnelle

Certains investissements assujettis à des crédits sont peut-être à revoir notamment grâce à la baisse des taux d'intérêt. L'évolution familiale, un enfant qui sort du foyer fiscal par exemple.

Un divorce, cela arrive de temps en temps, pensez à revoir les clauses bénéficiaires de vos contrats d'assurance-vie ou de décès, cela évitera les mauvaises surprises.

La naissance d'un nouvel enfant, pensez à l'ajouter dans les contrats de prévoyance pour la rente éducation.

De manière générale, il faut faire le point avec votre conseil en gestion de patrimoine et le dernier trimestre est un bon moment pour le faire.

Les pistes à explorer

La loi DUFLOT vous permettra d'économiser des impôts tout en investissant dans l'immobilier.

Attention à respecter les règles d'or de l'immobilier c'est-à-dire :

1. l'emplacement
2. l'emplacement
3. l'emplacement

Rentré en application le 1^{er} janvier 2013, le dispositif DUFLOT est une nouvelle loi d'incitation fiscale à l'investissement immobilier visant essentiellement les zones à forte demande locative où il est nécessaire de construire des logements accessibles, donc à un niveau intermédiaire, soit 20 % moins cher que les loyers du marché.

Plus incitatif sur le plan fiscal, mais plus exigeant sur le plan social que la loi SCCELLIER, il permet d'obtenir une réduction d'impôts sur le revenu pour l'acquisition d'un bien immobilier neuf et loué en résidence principale du locataire pendant 9 ans et ce, sous certaines conditions :

- achat entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2016 dans la limite de 300 000 € et d'un plafond de 5 500 €/m², la réduction est de 18 % étalée sur 9 ans
- le loyer plafonné est inférieur à 20 % du prix du marché
- conditions de ressources du locataire

Qui peut investir en DUFLOT ?

- les particuliers
- les sociétés non soumises à l'IS (autre qu'une SCPI)
- les SCPI à condition que 95 % de la souscription servent à financer un immeuble éligible et soient investis dans les 18 mois qui suivent la clôture de celle-ci

Les bases de réduction d'impôts sont à hauteur de 300 000 € pour un ou deux biens immobiliers par an, ce qui permet de diversifier. D'autre part, le loyer étant encadré : si on prend l'exemple d'un 50 m² dans la ZONE A bis, le loyer est de $16,52 \text{ €} \times (0,7 + 19/50) = 17,84 \text{ €}$ le mètre carré. Soit 892 € par mois hors charge.

ATTENTION

- le dispositif DUFLOT ne peut être cumulé pour un même logement avec les autres dispositifs tel que l'outre-mer, SCCELLIER ou encore MALRAUX
- la location doit prendre effet dans les 12 mois de l'achèvement de l'immeuble ou des travaux
- le décompte des 9 années prend effet de date à date à partir de la signature du bail
- la location doit être continue pendant une durée de 9 années sous peine de la reprise de l'avantage fiscal

Comment calculer sa réduction d'impôts ?

18 % de 300 000 € sur 9 ans soit 54 000 € étalés sur 9 ans = 6 000 € par an *maximum*.

Les réductions d'impôts non utilisées ne sont pas reportables ! Ensuite, votre déclaration se fait dans la 2044 des revenus fonciers, déficits fonciers reportables ou bénéfices etc.

Le statut de loueur meublé non professionnel

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 de 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'impôts à laquelle il donne droit passe de 18 à 12 % pour les logements acquis à partir de 2012 sur une durée de 9 ans.

Vous devez vous rapprocher de votre conseil en gestion de patrimoine afin de déterminer si ces investissements sont adaptés à votre situation personnelle.

Les investissements financiers

Un contrat que j'aime bien et qui vous procurera des rentes à vie !

Les contrats d'assurance-vie avec des revenus garantis à vie !

Oui cela existe...

Dispositions

Option accessible entre 55 et 75 ans.

Avantages fiscaux de l'assurance-vie.

Disponibilité de votre épargne dans le cadre légal de l'assurance-vie qui reste très avantageuse.

Pourcentage net de revenus garantis à vie (hors prélèvements sociaux et hors fiscalité).

Mise à disposition des revenus à 60 ou 65 ans.

Une solution pour pallier à la baisse des rendements des actifs en euros.

La retraite MADELIN

Vous connaissez, mais elle prend de plus en plus d'importance dans l'environnement patrimonial.

La constitution de l'épargne

Versement des cotisations sous forme de versements réguliers mais vous pouvez aussi faire des versements exceptionnels. Vous vous engagez à un *minimum* de versements par an.

Les prestations

Le versement des prestations à la liquidation de votre retraite (fin d'activité professionnelle) ou en cas de décès se fait sous forme de rente : la sortie en capital est interdite (sauf exception) au profit du conjoint ou d'un tiers librement désigné si l'option annuités garanties ou réversion a été choisie.

Fiscalité

Les cotisations sont déductibles de votre bénéfice imposable, dans la limite de la loi FILLON et réintégrées dans le calcul de vos charges sociales.

En 2012 le PASS (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale) est de 36 372 €.

Les avantages des contrats MADELIN

Exonéré d'ISF

Vous construisez un complément retraite pour la vie, dans des conditions fiscales très avantageuses. Le capital constitué pendant la phase d'épargne et la rente viagère versée pendant la phase de rente ne sont pas soumis à impôt de solidarité sur la fortune (si versement au-delà de 15 années et en application de la législation actuelle).

Liberté

Vous pouvez détenir plusieurs contrats Madelin (limite FILLON) et donc diversifier vos contrats.

Transfert

Il est également possible de transférer l'épargne accumulée auprès d'une autre compagnie, sans perdre l'avantage fiscal, mais sur un contrat de même nature et soumis aux mêmes règles fiscales.

Garantie

Choisissez des contrats dont le calcul du taux de rente tient compte d'une **table de mortalité garantie à l'adhésion**, d'autres offrent une option de choix de la table à la liquidation du contrat. La table actuelle est la TG 05 mais attention elle change le 21/12/2013 et notamment pour les hommes pour qui elle sera moins avantageuse.

La protection de sa famille en cas de décès

Le capital n'est pas dilapidé puisque les prestations sont versées en rente. Désignation contractuelle et donc libre du bénéfice de l'assurance décès et de la pension de réversion.

Conclusion

Ne perdez pas de temps pour cette fin d'année, de façon à mettre en place les options que vous aurez choisies pour faire évoluer votre patrimoine.

Pensez à faire le nécessaire avec votre conseil, il est présent pour vous apporter les solutions adaptées à vos besoins. ♦

AUTEUR

Alain Cernel - 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

27 et 28 septembre 2013 à Grabels

Parc Euromédecine

FORMATION PROTHÈSE IMPLANTAIRE DE BASE

Dr Jean-François PIGNOL

Frais d'inscription : 480 €

DR JEAN-FRANÇOIS PIGNOL

991 rue de la Valsière - Parc Euromédecine -
34790 Grabels

Tél : 04 67 70 23 30 - Fax : 04 67 41 98 29

27 et 28 septembre 2013 à Avignon

25 et 26 octobre 2013 à Avignon

Drs P. QUESNEL, B. SALSOU, S. DUFFORT

4 et 5 octobre 2013 à Chessy Marne-la-Vallée

15 et 16 novembre 2013 à Chessy Marne-la-Vallée

Dr N. COHEN

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 - Chessy

77701 Marne-la-Vallée cx 4

Tél : 01 64 17 30 09

Email : frederique.bertrand@straumann.com

Site : www.campusitifrance.org

3 octobre 2013 à Paris 12°

Maison de la RATP

IMPLANTOLOGIE : DE LA BIOLOGIE AUX STRATÉGIES

Dr Carole LECONTE

Frais d'inscription : 90 €

COEFI

3 avenue Alphonse - 75116 Paris

Tél : 06 61 20 26 55

Email : contact@coefi.fr - Site : www.coefi.fr

3 octobre 2013 à Toulouse

FORMATION DES JEUDIS DE L'IMPLANT

Dr J. PERISSE

Frais d'inscription : 1 800 €

ATOLL IMPLANT - Ikrame MAZZOUJ

16 rue Maurice Fonvieille - 31000 Toulouse

Tél : 05 61 12 41 43 - Fax : 05 62 30 22 21

Email : ikrame.mazzouj@atoll-implant.fr

Site : www.atoll-implant.fr

3 et 4 octobre 2013 à Nice

ANATOMIE ET CHIRURGIE AVANCÉE

DR C. BOILEAU, PR P. BAQUE

Frais d'inscription : 1 200 €

DEFI - Laetitia

20 bd Jean Jaurès - 06300 Nice

Tél : 04 92 47 70 67 - Fax : 04 93 80 38 66

Email : contact@defi-implants.com

Site : www.defi-implants.com

4 octobre 2013

à Bagnolet

STAGE NOBELGUIDE POUR LABORATOIRE

M. MOAL

NOBEL BIOCARÉ - Kathleen COLAS

Les Mercuriales - Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

Tél : 01 49 20 00 49 - Fax : 01 49 20 00 36

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

5 octobre 2013

à Rennes

Salle de conférence du lycée St Vincent

LA CHIRURGIE AVANCÉE EN

IMPLANTOLOGIE : GREFFES OSSEUSES ET CHIRURGIE DES TISSUS MOUS

Dr Fouad KHOURY

SFPIO RB - Dr TABOT

Tél : 02 99 31 67 82

Email : docteur-pascale-tabot@wanadoo.fr

10 octobre 2013

à Paris

LES PÉRI-IMPLANTITES : PRINCIPES, BIOLOGIE, TRAITEMENTS.

Dr Jean Louis GIOVANOLI

CFLIP & SFPIO - Dr Jean-François MOREAU

12 avenue d'Eylau - 75116 Paris

Tél : 01 47 23 59 12

Email : jfmoreau78@gmail.com

10 octobre 2013

à Paris 16°

Centre Arpege Trocadero

ESTHÉTIQUE EN IMPLANTOLOGIE

Dr Franck BONNET

Frais d'inscription : 110 €

ALPHA OMEGA PARIS - Dr Serge ZAGURY

5, place du Général Leclerc - 94160 Saint Mandé

Tél : 01 43 28 15 14

Email : alphaomegaparis@gmail.com

Site : www.alpha-omega-paris.com

10 et 11 octobre 2013 à Aix-en-Provence

CÉRAMIQUE TITANE SUR PROTHÈSE IMPLANTO-TRANSVISSÉE

M. MOAL

NOBEL BIOCARÉ - Kathleen COLAS

Les Mercuriales - Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

Tél : 01 49 20 00 49 - Fax : 01 49 20 00 36

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

11 octobre 2013

à Lyon

Faculté médecine Lyon est

ANATOMIE, IMPLANTOLOGIE ET DISSECTION

S. VEYRE-GOULET, M. FILLION

CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND

3 rue de la Galmy - Chessy

77701 Marne-la-Vallée cx 4

Tél : 01 64 17 30 09

Email : frederique.bertrand@straumann.com

Site : www.campusitifrance.org

15 octobre 2013

à Lyon

Cabinet du Dr Patrick EXBRAYAT

FORMATION PRATIQUE DE PROTHÈSE IMPLANTAIRE

Drs Patrick EXBRAYAT, Bruno DELCOMBEL,

Florent TRIOLLIER

Frais d'inscription : 250 €

STUDY CLUB DENTAIRE ET IMPLANTAIRE

Dr Patrick EXBRAYAT

68, avenue des Frères Lumière - 69008 Lyon

Tél : 04 72 78 58 64 - Fax : 04 72 78 58 66

Email : infos@scdi.asso.fr - Site : www.scdi.asso.fr

15 au 18 octobre 2013

à Toulouse

DIPLOME UNIVERSITAIRE

D'IMPLANTOLOGIE CHIRURGICALE ORALE ET MAXILLO FACIALE

Pr BOUTAULT, Drs PERISSE, VALETTE, LAWERS,
BALLESTER, MISSUD

Frais d'inscription : 1 650 €

Faculté de Médecine de Toulouse

Secrétariat du Dr PERISSE - 31000 Toulouse

Tél : 05 61 12 41 43 - Fax : 05 62 30 22 21

Email : dui-toulouse@orange.fr

Site : duicmf.univ-tlse3.fr/

17 octobre 2013

à Lille

JUSTIFICATIONS ET PROTOCOLE

Dr Jacques CHARON

LABOPHARE FORMATION

Audrey MAUREL-FALKENRODT

Tél : 05 56 34 93 22

Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Site : www.labophare-formation.fr

17 et 18 octobre 2013

à Paris

TECHNIQUES DE GREFFES OSSEUSES AVANCÉES

Dr Hadi ANTOUN

IFCIA - Service formation Nobel Biocare

Les Mercuriales - Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

Tél : 01 47 23 83 25 - Fax : 01 47 20 31 58

Email : hadi@antoun.fr

17 et 18 octobre 2013

à Paris

LA DENTISTERIE NEUROMUSCULAIRE EN 5 ÉTAPES - THÉORIE, TP ET TRAVAIL SUR PATIENT

GAD CENTER

Tél : 06 09 13 52 41

Email : contact@gad-center.com

Site : gad-center.com

17 au 19 octobre 2013

à Paris

MODULE 3 : CURSUS CHIRURGIE IMPLANTAIRE : L'ANATOMIE ET L'IMPLANT, DISSECTIONS

Pr JF GAUDY, Drs B. CANNAS, L. GILLOT,
T. GORCE, MH. LAUJAC

Frais d'inscription : 4 970 €

SAPO IMPLANT - Claire VIDALENC

Tél : 06 17 51 02 94

Email : sapoimplant@gmail.com

Site : www.sapoimplant.com

24 octobre 2013

à Paris

FORMATION PRATIQUE MATRICES PLASMATQUES MINÉRALISÉES

Dr Jean PERISSE

Frais d'inscription : 650 €

ATOLL IMPLANT

16 rue Maurice Fonvieille - 31500 Toulouse

Tél : 05 61 12 41 43 - Fax : 05 62 30 22 21

Email : info@atoll-implant.fr

Site : www.atoll-implant.fr

31 octobre 2013 à Chessy Marne-la-Vallée

Centre ITI

PÉRENNISER ET OPTIMISER LE RESULTAT ESTHÉTIQUE EN IMPLANTOLOGIE PAR LA CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE

Dr S. DUFFORT

CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND

3 rue de la Galmy - Chessy

77701 Marne-la-Vallée cx 4

Tél : 01 64 17 30 09

Email : frederique.bertrand@straumann.com

Site : www.campusitifrance.org

ESTHÉTIQUE

3 octobre 2013 à Montpellier

ESTHÉTIQUE ET ÉCLAIRCISSEMENT

Drs Paul MIARA, Alexandre MIARA

ESTHÉTIQUE + TP GOUTTIERES

Flore VICAIRE

LABOPHARE FORMATION

Audrey MAUREL-FALKENRODT

Tél : 05 56 34 93 22

Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Site : www.labophare-formation.fr

4 et 5 octobre 2013

à Avignon

CYCLE 01 ESTHÉTIQUE

Drs Vincent JEANNIN, Benjamin CORTASSE

Frais d'inscription : 600 €

APEX

24 allée Ambroise Croizat - 84100 Orange

Tél : 04 90 34 37 50

Email : contact@apex-esthetique.com

Site : www.apex-esthetique.com

23 octobre 2013 à Chessy Marne-la-Vallée

ESTHÉTIQUE ANTÉRIEURE EN STRAUMANN

Pr Urs BELSER

STRAUMANN ACADÉMIE

3 rue de la Galmy - Chessy

77701 Marne-la-Vallée cx 4

Tél : 01 64 17 30 09

Site : www.straumann.fr

GROUPE EDMOND BINHAS

“TROUVEZ LE
PROGRAMME
QUI VOUS
RESSEMBLE”

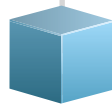
Dr E. Binhas,
Président & Fondateur



Une méthode de dentiste
pour des dentistes



Une méthode complète,
personnalisée et pratique



Une évolution en douceur,
système par système

NOS PROCHAINS SÉMINAIRES

OMNIPRATIQUE

NANTES 11 & 12 septembre 2013
ANNECY 19 & 20 septembre 2013
STRASBOURG 10 & 11 octobre 2013
PARIS 5 & 6 décembre 2013
BORDEAUX 23 & 24 janvier 2014

IMPLANTOLOGIE

LYON 16 & 17 janvier 2014

ESTHÉTIQUE

BRUXELLES 6 & 7 février 2014



GROUPE
EDMOND
BINHAS



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

www.binhas.com

OMNIPRATIQUE

3 octobre 2013 à Clermont-Ferrand
 17 octobre 2013 à Clermont-Ferrand

DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE FORMATION CONTINUE EN ODONTOLOGIE

Frais d'inscription : 2 300 €
UFR d'ODONTOLOGIE CLERMONT-FERRAND
 11 Bd Charles De Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
 Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
 Email : claudie.camus@udamail.fr
 Site : webodonto.u-clermont1.fr

3 octobre 2013 à Toulon

PROTHÈSES ADJOINTES COMPLÈTES

O. HÛE, MV. BERTERETCHE
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

3 octobre 2013 à Auxerre
 21 novembre 2013 à Grenoble

Dr Olivier ETIENNE

10 octobre 2013 à Lille

Dr Charles TOLEDANO

RESTAURATIONS CÉRAMO-CÉRAMIQUES : DE LA PRÉPARATION AU COLLAGE

Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
 219 route de la Chapelle du Puy - BP 118 -
 74410 Saint-Jorioz - Tél : 04 50 88 64 02
 Email : aude.collomb-patton@ivodavivadent.com
 Site : www.ivodavivadent.fr

5 octobre 2013 à Lyon

Centre formation Clinic-All **L'ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE AU QUOTIDIEN**

Dr G. DOMINICI
 Frais d'inscription : 390 €
CLINIC-ALL
 84 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
 Tél : 04 26 18 61 43
 Email : contact@clinic-all.fr - Site : www.clinic-all.fr

9 au 11 octobre 2013 à Montpellier

Hôpital Gui-de-Chauliac, service ORL **DIPLÔME D'UNIVERSITÉ TECHNIQUES DE RÉÉDUCATION MAXILLO-FACIALE**

16 au 18 octobre 2013 à Montpellier
 Faculté de médecine-Salle Dugès
DIPLÔME D'UNIVERSITÉ EXPERTISE MAXILLO-FACIALE ET BUCCO-DENTAIRE
Dr Patrick JAMMET, Mme Isabelle BRETON
UNIVERSITÉ MONTPELLIER 1
 Tél : 04 67 66 05 38 - Fax : 04 67 66 46 53
 Email : jenny.souchon@univ-montp1.fr

10 octobre 2013 à Rennes

URGENCES MÉDICALES ET RÉANIMATION

Dr J. POUGET
LABOPHARE FORMATION
 Audrey MAUREL-FALKENRODT
 Tél : 05 56 34 93 22
 Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
 Site : www.labophare-formation.fr

10 octobre 2013 à La Rochelle

LES PATIENTS A RISQUES **J.-C. FRICAIN**

LABOPHARE FORMATION

Audrey MAUREL-FALKENRODT
 Tél : 05 56 34 93 22
 Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
 Site : www.labophare-formation.fr

10 octobre 2013 à Clermont-Ferrand

LES PATHOLOGIES DES GLANDES SALIVAIRES

Pr BARTHELEMY
 Frais d'inscription : 250 €
UFR d'ODONTOLOGIE CLERMONT-FERRAND
 11 Bd Charles De Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
 Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
 Email : claudie.camus@udamail.fr
 Site : webodonto.u-clermont1.fr

10 octobre 2013 à Lyon

Dr Gauthier WEISROCK

17 octobre 2013 à Saint-Jorioz

Dr Hervé TASSERY

SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES

Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
 219 route de la Chapelle du Puy - BP 118 -
 74410 Saint-Jorioz
 Tél : 04 50 88 64 02
 Email : aude.collomb-patton@ivodavivadent.com
 Site : www.ivodavivadent.fr

14 et 15 octobre 2013 à Paris La Défense

FORMATION A L'UTILISATION DU MEOPA EN CABINET DENTAIRE

Drs E. COHEN, A. CARPENTIER, C. GRANGE, Mr E. ZERBINI
 Frais d'inscription : 950 €
SAPOLIMPLANT - Dr Eric COHEN
 Tél : 06 14 76 19 16
 Email : sapo.meopa@gmail.com
 Site : www.sapointplant.com

17 octobre 2013 à Caen

L'ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE

Dr P. ROCHER
LABOPHARE FORMATION
 Audrey MAUREL-FALKENRODT
 Tél : 05 56 34 93 22
 Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
 Site : www.labophare-formation.fr

24 octobre 2013 à Narbonne

LE TOUT-CÉRAMIQUE ET LE COLLAGE

Dr Sébastien FELLENC
 Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
 219 route de la Chapelle du Puy - BP 118 -
 74410 Saint-Jorioz
 Tél : 04 50 88 64 02
 Email : aude.collomb-patton@ivodavivadent.com
 Site : www.ivodavivadent.fr

OCCLUSODONTIE

27 au 29 septembre 2013 à Marne-la-Vallée

L'ÉLASTOPOSITIONNEMENT : LA SOLUTION COHÉRENTE POUR DES FINITIONS OCCLUSALES FACILITÉES ET INDIVIDUALISÉES

D. DEROZE, F. FROGER, P. GUEZENEC, J. LACOUT, D. ROLLET, L. GAUTIER, C. GUGINO

AGORA - Daniel ROLLET

Tél : 03 81 46 57 44
 Email : sel-daniel-rollet@orange.fr

17 octobre 2013 à Paris 7°

Maison de la Chimie

BÉANCES ET SURPLOMBES : QUELLES RESTAURATIONS POSTÉRIEURES ?

Emmanuel D'INCAU, Daniel ROLLET, Jean François CARLIER, Marcel LE GALL
 Frais d'inscription : Membres : 240 ou 290 € ; non-membres : 320 ou 370 €
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

ENDODONTIE

24 octobre 2013 à Aix-les-Bains

DU MYTHE A LA RÉALITÉ CLINIQUE

Serge BAL
LABOPHARE FORMATION
 Audrey MAUREL-FALKENRODT
 Tél : 05 56 34 93 22
 Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
 Site : www.labophare-formation.fr

ORTHODONTIE

10 octobre 2013 à Paris 14°

Novotel Porte d'Orléans **19^{ÈME} CYCLE DE FORMATION EN ODF**

Drs BERNADAT, HENRIONNET
UNIODF - Nathalie
 75 rue d'amsterdam - 75008 Paris
 Tél : 06 07 03 88 10
 Email : uniodf@uniodf.org
 Site : www.uniodf.org

10 octobre 2013 à Nantes, Vigneux

Brit Hôtel

LES CONTENTIONS

Frais d'inscription : 425 €
AOBO - Stéphanie De THOURY
 16 rue Beethoven - 44300 Nantes
 Tél : 02 51 89 02 28
 Email : aobo@wanadoo.fr - Site : aobo.fr

13 et 14 octobre 2013 à Toulouse

TGO TECHNIQUE DE GLISSEMENT

OPTIMISÉ

Drs LE GALL, SOULIÉ
 Frais d'inscription : 900 €
DENTSPLY GAC - Elena SPODAR
 1 rue des Messagers - 37210 Rochecorbon
 Tél : 02 47 40 24 04 - Fax : 02 47 40 23 39
 Email : gac-fr.cours@dentsply.com
 Site : www.gac-ortho.com

PROPHYLAXIE

10 et 11 octobre 2013 à Paris

METTRE EN PLACE PROPHYLAXIE ET APPROCHE PEU INVASIVE DE LA CARIE

Dr Michel BLIQUE
 Frais d'inscription : 1000 €
ASSOPDI - Françoise VERNAGEAU
 14 rue Lafontaine - 54630 Richardménéil
 Tél : 06 30 27 26 38
 Email : assopdi@online.fr

COMMUNICATION

24 octobre 2013 à Aix-les-Bains

LA COMMUNICATION PAR TELEPHONE

M.-C. TESSON
LABOPHARE FORMATION
 Audrey MAUREL-FALKENRODT
 Tél : 05 56 34 93 22
 Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
 Site : www.labophare-formation.fr

DIVERS

26 septembre 2013 à Saint-Priest / Lyon

L'ASSISTANTE DENTAIRE ET L'HYPNOSE CLINIQUE

Frais d'inscription : 310 € / repas midi + collation compris

2 au 4 octobre 2013 à Saint-Priest / Lyon

HYPNOSE CLINIQUE DENTAIRE ET DENTISTERIE ERICKSONNIENNE

Frais d'inscription : 2 450 € / 6 jours

Dr Bruno DELCOMBEL

Arseus-Actipark des Meurières

BRUNO DELCOMBEL CONSULTING

68 avenue des Frères Lumière - 69008 Lyon

Tél : 04 72 78 58 60 - Fax : 06 07 63 07 19

Email : hypnosedelcombel@yahoo.fr

26 au 28 septembre 2013 à Toulouse

HYPNOSE MÉDICALE DENTAIRE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION ERICKSONNIENNES : FORMATION

14 au 20 octobre 2013 à Californie (USA)

HYPNOSE MÉDICALE DENTAIRE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION ERICKSONNIENNES : SUPERVISIONS

Drs Claude PARODI, Kenton KAISER,

Mr Yves HALFON

A.F.H.D.

Champ de La Vigne - 79220 Champdeniers

Tél : 06 25 51 65 72 / +32 87 67 52 25

Fax : + 32 87 65 62 38

Email : info@hypnoteeth.com

Site : www.hypnoteeth.com

3 octobre 2013 à Toulon

LE STRESS

M.-C. TESSON

LABOPHARE FORMATION

Audrey MAUREL-FALKENRODT

Tél : 05 56 34 93 22

Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Site : www.labophare-formation.fr

10 octobre 2013 à Le Chesnay

EFS

ODONTOLOGIE MÉDICO-LÉGALE, IDENTIFICATION ÉVALUATIVE

Dr Charles GEORGET

ACOSY-FC - Dr Cyrille JOUBEAUX

Tél : 06 88 56 54 01

Les Petites Annonces

Septembre 2013

Cabinet Dentaire Ventes

38 - BOURGOIN Offre reprise de cabinet (matériel, patientèle) par location des murs (130m²) avec option d'achat (T2 40m² sur place). CA 312 K€.

Tél. : 06 98 94 40 53

N°13/85/CA/1267

49 - MAINE-ET-LOIRE

Sous-préfecture. Vends cabinet ODF. Retraite en mars 2014. 400 cas actifs. Patientèle agréable. Présentation assurée. Prix = 140 000 €.

Tél. : 06 15 75 01 00

N°13/85/CA/1270

87 - LIMOGES Proche retraite, vends cabinet très bien équipé. Assistante. Quartier agréable. Idéal pour une première installation. Aide à la gestion possible.

helene.fourniou@hotmail.fr

N°13/85/CA/1273

Offres d'Emploi Collaborateur

65 - LOURDES

Cherche collaborateur(trice) pour poste existant.

Tél. : 05 62 94 15 99

N°13/85/OFC/GR1

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@lefildentaire.com

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

Le formulaire des petites annonces est téléchargeable
sur notre site **www.lefildentaire.com** dans l'onglet « **Petites annonces** »

Comment passer une petite annonce

**Choisissez
votre
rubrique :**

*** 3 PARUTIONS SUCCESSIVES OU +**

Total général

**ou l'une des
4 formules
suivantes :**

Nombre de parutions	Total
X...	=...

3 FORMULES SUCCESSIVES - 10%

Dates de parution

Cochez la ou les case(s) correspondante(s)

☐ **Octobre 2013**

☐ **Novembre 2013**

☐ **Décembre 2013**

☐ **Janvier 2014**

Autres dates :.....

**Rédigez
votre
annonce :**

[illegible]

Vos coordonnées :

Nom, Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél _____ Fax _____ E-mail _____

Date _____ Signature _____

A renvoyer avec votre règlement par chèque à Le Fil Dentaire

95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie

Tél. : 01 56 74 22 31 - E-mail : pa@lefildentaire.com

Sans supplément votre annonce paraîtra sur internet
www.lefildentaire.com

LE MUST

La Paro sans angoisse



Made
in
Germany



Initial



Maintenance



Péri-implantite



Flash code

Le Vector Paro Pro. Prouvé comme la plus douce et atraumatique des thérapies de parodontites* • Travail extraordinaire parallèle à la surface radiculaire grâce au Principe „Vector” breveté • Initial, maintenance et thérapie de péri-implantite avec le même système. **Plus d'informations sur www.durr.fr**

*Selon étude de : F. Krause, G. Hahn, M. Frentzen: Intensité subjective de la douleur pendant le traitement des lésions parodontales avec le système Vector, Quintessenz 53, 7, 749-754 (2002)

Dispositif Médical de class IIA **CE 0124**

**DÜRR
DENTAL**



Safe

IMPLANT

TEL : 01 48 05 71 88

www.implantdiscount.fr

 Analogue hexagone interne 17 € <i>par 50 10 €</i>	 Vis de cicat hexagone interne 18 € <i>par 50 12 €</i>	 Pilier calcinable hexagone interne 17 € <i>par 50 12 €</i>	 Multi-unit angulé 9°, 18°, 30° 75 € <i>vis et calcinable inclus</i>	 Multi-unit hexagone interne 65 € <i>vis et calcinable inclus</i>
 Analogue hexagone externe 17 € <i>par 50 10 €</i>	 Pilier titane hexagone externe 45 €	 Interface scanner compatible à la connectique REPLACE™ 35 €	 Transfert titane hexagone externe 24 €	 Multi-unit hexagone externe 65 € <i>vis et calcinable inclus</i>
 Analogue compatible connectique TEKKA™ 17 € <i>par 50 10 €</i>	 Safe connector™ attachement 65 € <i>partie femelle offerte</i>	 Pilier titane compatible connectique TEKKA™ 38 € avec coping	 Pilier-transfert titane hexagone interne 38 € avec coping	 Multi-unit Trilob 65 € <i>vis et calcinable inclus</i>
 Analogue compatible connectique Straumann™ 17 € <i>par 50 10 €</i>	 Analogue compatible connectique XIVE™ 17 €	 Pilier titane compatible connectique Straumann™ 38 € avec coping	 Pilier calcinable compatible connectique XIVE™ 17 € <i>par 50 12 €</i>	 Pilier calcinable hexagone externe 17 € <i>par 50 12 €</i>

Nos vis sont livrées avec chacune de nos supra structures; tournevis unique

NOUVEAU CATALOGUE SUR DEMANDE



Le choix de la qualité des compatibles avec plus de :

Certification CE
ISO 9001:2008
ISO 13485:2003

500 connectiques implantaires

Nous vous proposons des produits compatibles aux connectiques :

Zimmer dental®, MIS®, Alpha bio®, AB®, ADIN®, Nobel Biocare® (Replace™, Groovy™, Active™),

Branemark®, Straumann®, Swiss™, 3i certain®, Tekka®, Médical Production®

Euroteknika®, Avinent®, Xive™, Astra tech® (ilac™, acqua™), Easy®, Dentium®, DIO®, MP® etc... .

