

LE **FIL** DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire



Spécial
IMPLANTOLOGIE

Rejoignez Protilab et plus de 3 000 praticiens satisfaits en Europe !



chirurgiens-Dentistes de Province :
Demandez nos passages réguliers gratuits par TNT !
(enlèvement et livraison gratuits en cabinet partout en France)

> Paris

Enlèvement et livraison
gratuits par coursier
Top Chrono (de jour).

> Banlieue

Enlèvement et livraison
gratuits par coursier
(de nuit).

> Province

Passages réguliers
gratuits par TNT

LES PRIX

CCM : 65€ Stellite : 120€

Offre Commande Groupée → 10% de réduction
2 travaux ou plus le même jour sur l'intégralité de la commande

LE SERVICE

Conseillers techniques joignables
[de 9h00 à 18h00 sans interruption.]

LA QUALITÉ

Tous travaux réalisés en Laboratoire
certifié ISO 9001 et garantis 3 ans.
Tous matériaux marqués CE.

LES DÉLAIS

4 jours ouvrés

Protilab

Laboratoire de Prothèse Dentaire
Prothèses conjointes et adjoindes

Tél. : 01 53 25 03 80 ou

N° Azur 0810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

www.protilab.com

PROTILAB - 62 rue Blanche - 75009 PARIS

IMPLANTOLOGIE EN 2007

LES PROGRÈS ET LA FIABILITÉ



Le traitement implantaire moderne issu des travaux de P.I. Branemark a concerné exclusivement au début les édentés complets mandibulaires. Ce traitement, appelé bridge Branemark ou bridge sur pilotis, a révolutionné le traitement prothétique de l'édenté complet mandibulaire.

La méthode thérapeutique très rigoureusement codifiée associait une mise en nourrice des implants, une attente de la cicatrisation osseuse pendant 4 à 6 mois, un deuxième temps chirurgical, appelé en France « mise en fonction », et enfin la réalisation prothétique essentiellement vissée dans des piliers avec mise en charge différée. Parallèlement, s'est développée en Suisse la technique dite « en un temps » qui consiste à placer

l'implant avec son col émergeant au niveau de la gencive, ce qui évite le deuxième temps chirurgical mais surtout supprime le joint implant-pilier susceptible de constituer un site bactérien sous gingival.

Aujourd'hui, on peut affirmer sans faire de provocation, que sous réserve de l'état de santé du patient, tout édentement est une indication de traitement implantaire. Seule une insuffisance de volume osseux constituait encore une limite à la thérapeutique implantaire. Cet obstacle a rapidement été levé grâce au développement des techniques de greffes osseuses. Ces greffes d'origine intra orale, menton ou rétro-molaire, ou extra orale pariétale ou iliaque, de même que les techniques de comblement partiels du sinus maxillaire ont permis d'élargir de façon considérable le champ des indications. Ces techniques sont décrites dans ce numéro spécial dans les articles de Michel Jabbour et de Georges Khoury.

Une question sur la nécessité d'un bloc opératoire est toujours d'actualité. La réponse argumentée est dans l'article de Guillaume Drouhet.

Le développement de l'imagerie et de l'informatique médicale a permis l'apparition de logiciels qui, associés aux images issues du scanner, permettent une étude pré-implantaire extrêmement précise et la sélection virtuelle sur écran des implants, de leur longueur et diamètre en fonction de l'anatomie du maxillaire.

Il est également possible de faire réaliser avant la chirurgie une prothèse transitoire en résine ou avec une armature usinée numériquement qui sera mise en place le jour même de la chirurgie. Il sera cependant nécessaire de recourir à des piliers adaptables et ajustables pour compenser la légère imprécision encore constatée avec ces logiciels. Cette technique est analysée dans l'article de Michael Corcos.

Une des critiques les plus répandues concerne la durée du traitement implantaire classique. C'est pour répondre à cette critique que s'est développée la technique de mise en charge immédiate des implants, analysée dans ces colonnes par Jérôme Liberman.

Il est cependant important de souligner que si la mise en charge immédiate des implants à la mandibule, en solidarissant tous les implants, constitue une technique conforme aux connaissances médicales avérées, il n'en est pas de même pour la mise en charge immédiate des dents unitaires au maxillaire.

Raccourcir le temps de traitement ne doit pas entraîner une diminution du taux de succès pour le patient, ce qui sera obligatoirement reproché au praticien en cas d'échec et constitue de façon certaine une perte de chance pour le patient par rapport à la technique classique de mise en charge différée.

On doit garder à l'esprit que le traitement implantaire est essentiellement un traitement prothétique et donc qu'il est indispensable de faire une étude prothétique pré-implantaire minutieuse avant de mettre en place le premier implant. Cette démarche est décrite en détail dans l'article d'Anne Bénhamou et d'Isabelle Kleinfinger. Le traitement de l'édenté complet maxillaire répond à des impératifs spécifiques qui sont détaillés dans l'article de Frédéric Chiche.

Enfin, on constate que les praticiens hésitent souvent à passer à l'acte chirurgical en implantologie. C'est donc Jean Baptiste Rebouillat qui traite ce sujet très intéressant et inédit.

Les fabricants d'implants rivalisent pour mettre sur le marché des nouveaux produits. Il ne faut pas oublier que le choix de la technique et du matériel relève de la responsabilité du praticien. Il convient donc d'appuyer son choix sur les études publiées et d'attendre avant de se précipiter sur la dernière innovation !

Cela peut éviter de graves désillusions, comme celles que certains praticiens ont connues avec le désastre des implants à surface recouverte d'hydroxyapatite !

Il convient avant tout de proposer au patient la technique la mieux adaptée à la situation clinique en évitant toute technique pouvant provoquer une diminution du taux de succès de la technique classique.

Pages 4 et 5 **BILLET**

Lever les freins de la prothèse sur implant

Pages 6 à 11 **SUR LE FIL**

Actualités - Nouveaux produits - Revue de presse

Pages 12 à 14 **INTERVIEW CÔTÉ JARDIN**

Rencontre avec Jean-Pierre Bernard

Pages 16 à 18 **ANALYSE**

Comment démarrer en implantologie

Pages 20 et 21 **STEP BY STEP**

Etude prothétique pré implantaire

Pages 22 à 24 **FOCUS CLINIC**

La frontière paro/implanto : la reconstruction implantaire

Pages 28 à 30 **FOCUS CLINIC**

Les greffes osseuses autologues

Pages 32 à 36 **GROS PLAN**

Le traitement esthétique des patients totalement édentés au maxillaire

Pages 38 et 39 **LE FIL D'ARIANE**

Astuce du spécialiste :
Dépose d'une vis cassée dans un implant

Pages 40 à 42 **FOCUS CLINIC**

Mise en charge immédiate

Pages 44 à 48 **FOCUS CLINIC**

Le rehaussement du plancher du sinus maxillaire

Pages 50 et 51 **TECHNOFIL**

Hygiène et asepsie en implantologie orale

Pages 54 à 56 **CLINIC ERGO**

Hygiène et asepsie en implantologie orale

Pages 58 à 64 **PRATIC ERGO**

Comment construire un bloc opératoire

Pages 66 à 68 **AU FIL DU DROIT**

Le conflit patient/praticien : Expertise judiciaire

Pages 70 et 71 **ORGANISATION CABINET**

Changement de paradigme

Pages 72 et 73 **RESSOURCES HUMAINES**

Stratégies RH en implantologie

Pages 76 à 82 **AU FIL DU TEMPS**

Agenda

Pr Patrick MISSIKA

Rédacteur en chef invité

Lever les freins de la prothèse sur implant

A une époque où 90% des congrès traitent d'implantologie, où la majorité des articles de la presse professionnelle est orientée vers cette spécialité, où beaucoup de patients franchissent le seuil du cabinet, scanner sous le bras, en réclamant des prothèses sur implant, beaucoup de confrères hésitent encore à franchir le pas. De nombreux freins bloquent leur volonté de démarrer cette nouvelle discipline, revue de détails...



La peur de l'inconnu

Cette peur de l'inconnu, nous l'avons déjà ressentie quand nous avons réalisé notre première endo, notre première céramique, notre premier complet...

A la Fac, nous gardons tous en mémoire ces instants où malgré l'encadrement de l'équipe pédagogique, nous étions angoissés par l'idée que nous nous faisons de ces traitements.

Plus tard, lorsque nous avons fait nos premières armes dans notre cabinet, confronté seul aux difficultés de réhabilitation complexe, pour notre jeune expérience, cette inquiétude nous a rattrapé. Puis, l'entraînement nous a permis de dépasser ce stade et de vivre sereinement notre exercice.

Pour la prothèse sur implant, cette peur est encore plus grande. Pour la plupart des confrères installés, cette discipline n'a pas été enseignée à la fac et demeure complètement inconnue.

C'est pourquoi la plupart des sociétés commerciales four-

“L'habitude est un poison mais son antidote est connu, il s'appelle « formation »”

nisseurs d'implants ont créé un nouveau concept en dentisterie, connu sous le nom de « mentorat » ou de « compa-

gnonnage ». Ce vocable signifie la création d'un partenariat entre un confrère chirurgien implantologiste et un chirurgien dentiste « prothésiste ». Le premier posant les implants et le second réalisant les prothèses.

Vous allez me rétorquer qu'il s'agit simplement du choix d'un correspondant ? Pas exactement. Car dans ce concept, le confrère chirurgien, en « grand frère » expérimenté, va assister son partenaire débutant. Il va le former d'une part à la prothèse sur implant en théorie, mais aussi en l'assistant lors de ses premières empreintes, se déplaçant à son cabinet si il le faut, afin de le mettre en confiance et de lui permettre de débiter dans les meilleures conditions. Il faudra donc choisir un confrère chirurgien suffisamment expérimenté pour que les patients adressés soient traités correctement, mais suffisamment disponible pour qu'il puisse jouer son rôle de conseil.

Ce système est, à mes yeux, une des meilleures clés pour entrer dans le monde de la prothèse sur implant. Cela permet de sécuriser les débutants, de renforcer la cohésion dans l'équipe « chirurgien/prothésiste ». Selon la relation qui s'établit entre les deux praticiens et la volonté qu'a le « mentor » de s'investir, il pourra participer à la réflexion sur le plan de traitement, assurer un « continuum » scientifique, conseiller des formations à son correspondant. Le mentor permet ainsi à son correspondant d'évoluer à son rythme, lui permettant parfois, après quelques années, de franchir une autre étape : celle de la chirurgie implantaire.

Le système de « mentorat » ne doit pas empêcher de participer à des formations, de s'inscrire à des D.U, bien au contraire. Mais la recherche d'un « mentor » et la création de ce lien privilégié avec ce dernier sont, il me semble, les premières pierres de l'édifice.



On a très souvent vu des confrères ayant fait des formations théoriques de prothèse sur implant se refuser à franchir le pas dans leur cabinet. A contrario, nous n'avons jamais vu des praticiens refuser de se former d'avantage, quand la relation est créée avec le mentor.

La facilité de la prothèse sur implant

Théoriquement, j'aurai du nommer ce paragraphe la difficulté de la prothèse sur implant étant donné le titre de l'article, « lever les freins de la prothèse sur implant ». Je n'ai pas pu me résoudre à le faire, tant la prothèse sur implant est facile ! D'abord, il n'y a pas d'endo à réaliser, ce qui, reconnaissons-le, est plutôt bienvenu. De plus, il n'y a pas de rétraction gingivale à faire, de fil de rétraction à poser ni de préparation à réussir. La plupart du temps, deux séances suffisent : une pour l'empreinte et l'autre pour la pose.

Le maniement de l'accastillage prothétique est extrêmement simple. Bien sûr, certaines restaurations de grande étendue, surtout si elles sont réalisées en mise en charge immédiate, demandent un peu plus d'expérience. Mais dans la plupart des cas, la prothèse sur implant est beaucoup plus facile que la prothèse conventionnelle.

« On peut se passer des implants dans notre arsenal thérapeutique »

Les patients sont de plus en plus « implanto-conscient » et procéduriers. Sur le plan légal, vous ne pouvez plus faire fi des données acquises de la science et proposer à un patient de remplacer une 21 en dévitalisant 11 et 22, sans avoir préalablement proposé de poser un implant. En France, des confrères ont déjà été condamnés en pénal sur plainte de patient pour « mutilation ».

« La prothèse sur implant n'est pas rentable »

J'entends des confrères me dire qu'ils ne posent pas d'implant car cela est moins rentable de restaurer une édentation unitaire par un implant que par un bridge. Je ne reviendrai pas sur les risques encourus qui ont été évoqués précédemment. Je ne rentrerai pas non plus dans un débat déontologique ou éthique.

Je leur répondrai simplement que l'implantologie nous permet de soigner nos patients comme nous aimerions soigner un membre de

notre famille. L'implantologie n'est pas réductrice, elle augmente le champ de nos indications. Elle permet de remplacer des stellites par des bridges postérieurs sur implant, de stabiliser des prothèses complètes ou de les remplacer par des bridges sur pilotis ou des bridges complets sur implants. L'implémentation de cette arme dans notre arsenal thérapeutique est toujours à l'origine d'un contrat gagnant-gagnant avec nos patients. Il augmente leur confort en augmentant la rentabilité du cabinet.

La force de l'habitude

L'habitude est sclérosante dans notre vie personnelle. Elle l'est encore plus dans notre vie professionnelle. Elle nous empêche de progresser ou de nous ouvrir à de nouvelles techniques qui pourraient épanouir notre exercice.

L'habitude est un poison mais son antidote est connu, il s'appelle « formation ». Je connais de nombreux confrères qui ne se forment jamais. Ils ne savent pas ce qu'ils perdent.

La formation n'est pas seulement une obligation, elle est un véritable bonheur, un enrichissement personnel et professionnel, un moment où on lève le nez du guidon et où l'on s'oblige à faire le point sur son activité. En plus de l'enseignement reçu par des praticiens plus expérimentés, les congrès sont des moments de partage privilégiés avec d'autres confrères venus de tous les coins de France, dans une ambiance souvent très conviviale.

Vous ne ressortez jamais « indemne » d'une formation. Même si vous ne mettez pas immédiatement en pratique ce que vous avez appris, cet acquis transforme imperceptiblement votre activité, renforce votre assurance et change les rapports avec vos patients.

Certains confrères se font coacher pour développer leur cabinet, c'est certainement une bonne idée, mais il faut aussi savoir qu'augmenter ses temps de formation augmente sa rentabilité dans une plus grande sérénité.

« La prothèse sur implant demande un équipement important »

Faux ! Autant la chirurgie implantaire demande un plateau technique important et coûteux qu'il n'est pas intéressant de développer en deçà d'un certain nombre d'implants posés annuellement, autant la prothèse sur implant est une discipline qui ne nécessite que très peu de matériel. En effet, pour commencer à réaliser des prothèses sur implants il suffit d'un tournevis vendu entre 30 et 60 euros et d'un transfert par dent à remplacer vendu entre 40 et 70 euros selon les marques.



Conclusion

La prothèse sur implant n'est pas une thérapeutique d'avenir. Elle fait déjà partie du présent. C'est une thérapeutique fiable, reproductible, relativement facile à mettre en œuvre dans un cabinet d'omnipraticque. Elle correspond aux données acquises de la science. C'est presque toujours la meilleure solution à proposer à nos patients qui en sont conscients et qui la réclament. La pratique de la prothèse sur implant augmente la rentabilité de notre cabinet. Ne pas l'intégrer dans un cabinet serait plus qu'une carence, ce serait une erreur stratégique.

Par le **Dr Norbert Cohen**
Implantologie, Paris

- Dr Fabrice Baudot (Endodontie, Parodontologie)
- Dr Eric Bonnet (Radiologie numérique, blanchiment)
- Dr Alexandre Boukhors (Chirurgie, Santé Publique)
- Dr Nicolas Cohen (microbiologie, endodontie, parodontologie)
- Dr George Freedman (Cosmétique) (Canada)
- Dr David Hoexter (Implantologie, Parodontologie) (USA)
- Dr Alexandre Miara (Blanchiment)
- Dr Hervé Peyraud (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
- Dr René Serfaty (dentisterie restauratrice)
- Dr Raphaël Serfaty (Implantologie, Parodontologie)
- Dr Stéphane Simon (Endodontie)
- Dr Nicolas Tordjmann (Orthodontie)
- Dr Christophe Wierzelewski (Chirurgie, Implantologie)

COMPTOIR DENTAIRE DE L'OUEST

Un nouveau concept : le « CDO Traceur »

Le fait d'être en dehors d'un établissement de santé ne soustrait pas le praticien en exercice libéral à ses responsabilités qui peuvent être engagées à tous les niveaux.

Le « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgies dentaires et stomatologie » (DGS juillet 2006) précise un certain nombre de recommandations qui, par un jeu de « poupées russes » législatives, à force de loi.



En effet, ce dernier est intégré au Code de déontologie de la profession qui lui-même est intégré au Code de la santé public depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004. Ce référentiel définit les pratiques à mettre en place dans les cabinets dentaires.

Si nous ne savons encore clairement à qui incombe la charge de la preuve en cas de litige, on ne saurait attirer votre attention sur l'obligation relative à la TRACABILITE au sein du cabinet dentaire.

En effet cette obligation est clairement demandée.

La charge de travail inhérente à sa mise en œuvre et le coût financier freinent nettement son application, de ce fait trop peu de praticiens sont organisés pour répondre à cette obligation.

Malgré une certaine baisse du coût des tests Bowie-Dick, l'investissement reste lourd pour respecter l'ensemble des normes demandées.

Depuis peu, C.D.O. propose un nouveau concept, le « CDO Traceur », qui vous permettra de vous équiper facilement et sans contrainte.

Proposées sous forme de location, le concept prévoit des solutions sont toutes livrées et installées « clefs en main ».

Elles vous permettent d'avoir votre propre système de traçabilité et donc d'être en règle avec la nouvelle législation, en cas de litige, un tel système permet de produire tous les éléments indispensables à la traçabilité.

CDO propose des solutions intégrantes tout de A à Z : une sonde qualifiée « Bowie Dick électronique », une gestion de stocks comprenant la gestion des dates de lots à l'aide de lecteurs « code à barre », tous les supports informatiques avec leur installation, la formation des assistantes, la maintenance et l'assistance sur site ainsi que toutes les mises à jour.

Développé à partir de solutions existantes dans des établissements de santé, ces produits ont le mérite d'avoir été simplifiés pour les besoins d'un cabinet, son ergonomie a été particulièrement soignée.

CDO propose plusieurs options autour du « CDO Traceur », afin de permettre à chacun d'avoir une réponse personnalisée à ses besoins.

CDO

Comptoir Dentaire de l'Ouest

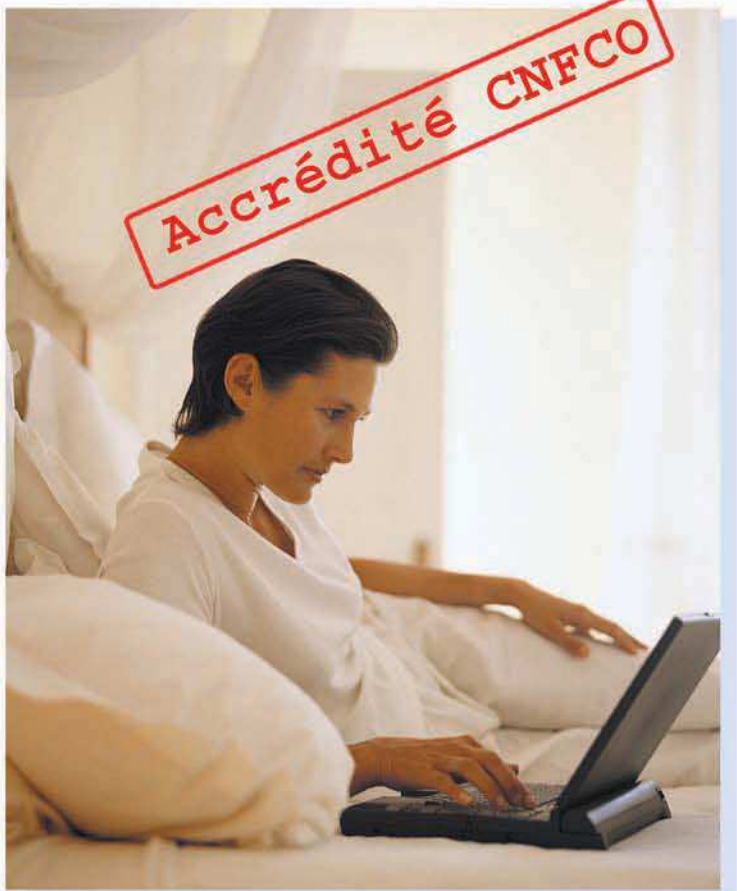
E-mail : comptoirdentairedelouest@orange.fr



Le 1^{er} site de formation continue
pour les chirurgiens dentistes

Venons en aux POINTS!

Accrédité CNEFCO



Validez votre formation,
obtenez vos **points**
sans vous déplacer

Conférences en direct sur Internet,
formation en ligne interactive,
classes virtuelles...

**Zedental.com devient le site de référence
pour valider votre formation continue**

Pour plus de renseignements:
Visitez le site: www.zedental.com
contactez nous : 01.47.04.01.39 ou global@zedental.com

INTRA-LOCK INTERNATIONAL Implantologie

Intra-Lock® International a confiée depuis mars 2007 la distribution de sa gamme d'implants à la société **Pass Attitude** qui assure également à la clientèle un accompagnement et un suivi en cabinet ainsi qu'un ensemble de services adaptés à leurs besoins. Créée il y a vingt ans, la marque Intra-Lock produit aux Etats-Unis des produits de haute précision, fiables et sûrs, pour une simplification de l'acte implantaire, chirurgical ou prothétique.



Elle dispose d'une large gamme d'implants pour répondre à toutes les situations cliniques (implants à connexion interne et externe, composants prothétiques et un mini-implant : MDL). Le système implantaire Intra-Lock dispose de trois spécificités inédites :

- La connexion, composée d'un cône morse et du système In-Dex™ à créneaux qui apporte un blocage mécanique anti-rotationnel grâce à ses six créneaux internes. Ce système a été pensé pour un repositionnement du pilier en toute sécurité. L'herméticité de la connexion prothétique est parfaite.
- Le Drive-Lock™, instrument qui supprime l'utilisation du port implant et qui permet d'amener l'implant directement de son emballage au site receveur. La pose de l'implant est ainsi facilitée, la déformation de la connexion prothétique évitée.
- Le pilier Flat-One™ (pilier plat), particulièrement adapté dans les cas de réhabilitation complète, en prothèse transvissée, et ce même si les implants sont très divergents. La connexion interne combinée au pilier Flat-One™ assure la passivité de la superstructure prothétique, sans concentrer le stress sur les vis de fixation.

Les produits sont conformes aux normes CE, FDA aux Etats Unis et aux autorités sanitaires de plus de quarante pays.

Intra-Lock International - Distribution Pass Attitude
Tél. : 01 64 28 71 62
www.intra-lock.com

ASSANIS KIDS REVEL'PLACK

Le premier révélateur de plaque dentaire spécialement conçu pour les enfants ! S'utilisant comme un bain de bouche avant et après le brossage, **Revel' Plack** permet aux enfants de visualiser la plaque dentaire en la colorant en rouge fraise. Ils les invitent ainsi à un brossage plus ludique, plus amusant et plus consciencieux. La qualité du brossage des bouchons est mieux contrôlée, la plaque dentaire éliminée et le risque carieux amoindri. Disponible en pharmacies et parapharmacies, flacon de 250ml, parfum fraise.



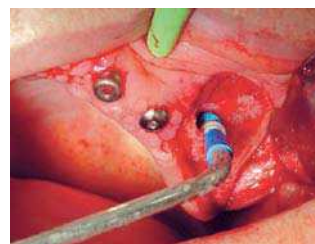
Assanis
Prix : 5,80€ environ - Tél. : 0820 36 30 11
www.assanis.fr

MIS Kit de Sinus Lift Hydraulique

Innovations de la société **Mis France**, le kit de **Sinus Lift Hydraulique** se compose de trois différents outils pour élévation de membrane (droit, angulé et micromini). Un kit qui permet de réduire les risques de déchirure de la membrane, assorti d'un mini ballon de 3,1 mm de diamètre et un micro mini ballon de 1,9 mm de diamètre.

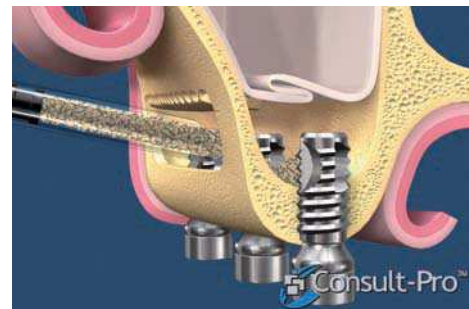
Utilisation : usage unique, conditionnement stérile avec une seringue de sérum physiologique de 5 cc.

Mis France
N°Azur : 0810 89 50 30
Prix : 69€ TTC



CONSULT PRO Logiciel de communication

Dans l'ouvrage « Droit et Chirurgie Dentaire » du Pr Missika et du Dr Rahal (éditions JPIO), les auteurs soulignent que « la prévention des conflits passe d'une part, par une explication détaillée, en langage clair et compréhensible pour le patient du traitement proposé, en analysant les avantages et les inconvénients de ce traitement, ainsi que des solutions de remplacement et d'autre part, par une évaluation financière [...] ». L'information est devenu l'élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient. Elle doit être claire et synthétique, compréhensible pour le plus grand nombre.



Un nouvel outil, **Consult-Pro**, offre aux praticiens la possibilité d'établir une bonne communication, nécessité première pour tous les acteurs du domaine de la santé. Consult-pro propose des présentations et des animations couvrant la majorité des actes réalisés dans des cabinets dentaires en France. Ce logiciel de communication pour vos patients est avant tout un outil interactif permettant de décrire vos observations dans un langage compréhensible. Il apporte un support visuel qui permet de renforcer efficacement le message que vous souhaitez faire passer. Simple d'utilisation et intuitif, la prise en main est très rapide. La qualité des animations permet d'exposer de façon claire votre diagnostic ainsi que les différentes solutions thérapeutiques. Enfin, cet outil permet de déléguer plus facilement une partie du travail d'information aux assistantes. Plus de 200 animations et cas cliniques illustrant les dernières techniques de dentisterie sont disponibles. Vous avez également la possibilité de créer vos propres animations et d'importer vos propres cas, en image ou en vidéo.

Dentitech
Tél. : 03 89 31 85 97 Fax : 03 89 31 85 99
www.dentitech.net

BUTLER

Whitening

Système d'éclaircissement High Tech

Une formulation
équilibrée
pour éclaircir
durablement
les dents

Fauteuil

1 séance = 30 minutes

BUTLER

Whitening Pro

35%

Peroxyde d'Hydrogène
+ Nitrate de Potassium

Ambulatoire

10 jours *ou* 10 nuits

en moyenne

BUTLER

Whitening Day

BUTLER

Whitening Night

7,5%

Peroxyde d'Hydrogène
+ Nitrate de Potassium
+ Fluor

16%

Peroxyde de Carbamide
+ Nitrate de Potassium
+ Fluor

Efficacité • Rapidité • Douceur

Pour recevoir

- ✓ Une documentation
- ✓ La visite de votre Délégué Sunstar Médicadent

SUNSTAR
PHARMADENT

www.sunstar.fr

Contactez-nous

- ➔ Tél. 01 41 06 64 64
- ➔ Fax 01 41 06 64 65
- ➔ e-mail pharmadent@sunstar.com



STRAUMANN®

Butées d'arrêt & Foret hélicoïdal PRO Ø 4,2 mm

Deux nouveautés chez Straumann® dans la gamme chirurgie : les butées d'arrêt et un foret hélicoïdal PRO Ø 4,2 mm.



Les butées d'arrêt Straumann® permettent une maîtrise précise de la profondeur de forage pour la préparation du lit implantaire lors de la pose d'implants. Ces butées, conditionnées stériles, sont utilisables sur les forets adaptés à usage unique Straumann. Quatre types de butées (types A/B/C/D) permettent d'assurer toutes les profondeurs de forage, un codage couleur facilitant l'identification du diamètre. Achat

en kit comprenant des butées de types A/B/C/D, un guide pour butées et des recharges.

Le foret hélicoïdal PRO Ø 4,2 mm permet une préparation optimale du site implantaire. Son extrémité plate et circulaire facilite un positionnement sûr et garantit un centrage stable du foret dans le site implantaire. L'axe défini sera maintenu tout au long du forage. Le foret hélicoïdal PRO Ø 4,2 mm existe en version longue et courte.



STRAUMANN

Tél. : 01 64 17 30 08 – Email : info.fr@straumann.com
www.straumann.fr

JULIE OWANDY

Julie SMS : Rester en ligne avec ses patients

Julie Owandy propose désormais aux cabinets dentaires un service SMS qui facilitera la gestion du temps de votre cabinet et la ponctualité de vos patients : Julie SMS est un service qui propose un rappel personnalisé sur le mobile du patient pour chaque rendez-vous lui précisant ses soins et ses prescriptions ainsi que l'heure exacte du rendez-vous. Ces messages sont envoyés instantanément ou en différé, « à la carte » avec la possibilité pour le praticien de choisir et de personnaliser les messages prédéfinis selon la situation. L'envoi peut être programmé au moment de la saisie des rendez-vous ou dans l'Agenda du logiciel Julie.



Ce service mobile, « Julie SMS », est compatible avec la dernière version du logiciel. L'installation du service est simple et s'effectue grâce à un CD-ROM. Les packs SMS sont proposés en quatre formules : découverte (200 SMS), confiance (500 SMS), fréquence (1000 SMS) et intensif (2000 SMS). Inscription, commande et recharge du compte Julie SMS en ligne, à la portée d'un simple clic.

Julie Owandy
www.owandy.com

ASTRA TECH

Nouveau Kit Cresco API

Cresco™ et le système implantaire Astra Tech réunis pour une excellente réalisation des bridges transvisés sur implants

Lors de l'acquisition Cresco™, Astra Tech pouvait offrir une solution optimale pour les bridges transvisés sur la plupart des systèmes implantaires. Cependant, la combinaison Cresco™ avec son propre système implantaire n'aboutissait pas à une solution optimale. La recherche et le développement d'Astra Tech permettent aujourd'hui d'apporter aux praticiens et aux prothésistes dentaires une solution prothétique transvisée parfaite grâce à l'association de Cresco™ et de l'Astra Tech BioManagement Complex disponible dans le nouveau Kit Cresco API™.



Le concept Cresco permet de courber l'accès des puits de serrage de l'armature et ce jusqu'à 17°, ce qui optimise l'esthétique des restaurations transvisées des patients et évite le recours aux piliers à angulation fixe, compliqués et onéreux. Cresco™ laisse la liberté de choix du système implantaire et le type de restauration. Il est aussi indépendant du matériau d'armature : titane, alliages précieux ou non précieux. La solution prothétique est basée sur une méthode brevetée, prenant en compte les déformations de coulée tout en assurant un bon ajustage passif entre la restauration finale et les implants. Tous les éléments nécessaires pour les procédés réalisés au cabinet et au laboratoire sont réunis dans le Kit Cresco API™.

Astra Tech

N° Service Clients : 0821 20 01 01

Fax Service Clients : 01 41 39 97 42

Email : commande@astratech.com

www.astratechdental.fr

BISICO

Loupes Surgitel TTL Oakley

La gamme des loupes grossissantes et éclairages Surgitel se complète par l'arrivée des nouvelles loupes ultra-légères TTL. Ces loupes TTL, dont l'optique est fixée directement sur le verre, sont proposées en grossissement 2,5x. Elles sont faites entièrement sur-mesure (distance de travail, inclinaison et convergences des blocs optiques) pour s'adapter aux exigences du praticien.

Leur large champ est spécialement adaptée aux systèmes TTL pour offrir une vision panoramique de la zone de soin (de 9 à 20 cm) et apporter un confort de travail exceptionnel.

La qualité des optiques utilisés offre une clarté de l'image optimale. Leur poids est réduit et les montures proposées donnent une impression de légèreté exceptionnelle. Les loupes TTL Surgitel sont disponibles en montures classiques, mais également en deux montures Oakley.



Bisico
www.bisico.fr

« Bone augmentation in oral implantology »

Drs Fouad KHOURY, Hadi ANTOUN et Patrick MISSIKA

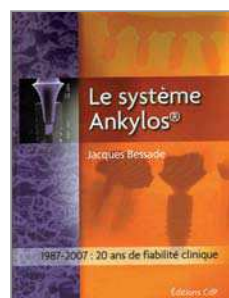
Cet ouvrage clair et actuel aborde l'ensemble des techniques connues d'augmentation verticale et horizontale au maxillaire et à la mandibule préparatoire à la pose d'implants. Il aborde la greffe osseuse à partir de prélèvements intra et extra oraux, l'utilisation des biomatériaux et les techniques de régénération osseuse guidées et de distraction osseuse. Les auteurs commencent par un rappel sur les connaissances élémentaires de la biologie et de la greffe osseuse. Ils présentent ensuite en détail, étape par étape, chaque procédure, s'appuyant sur les données acquises de la science et de solides références bibliographiques, des cas cliniques complets sont présentés.

Un ouvrage exceptionnel qui éclaire sur les critères essentiels au succès de la procédure, ses complications éventuelles et les méthodes pour y remédier. Lecture incontournable pour la pratique de l'implantologie orale et la chirurgie maxillofaciale, ce livre est exclusivement disponible en anglais mais la richesse de son iconographie permet aux non-initiés de la langue de Shakespeare d'en tirer toute sa quintessence.

Quintessence International
450 p. – 1 460 illustrations – Prix : 248 €

Le système Ankylos

De Jacques BESSADE



La caractéristique essentielle de l'implant Ankylos tient dans sa connexion de type cône morse. Etanchéité, stabilité et résistance mécanique y sont associées et sont remarquables. Le profil transgingival concave des piliers prothétiques, lié à cette connexion, crée des conditions de maintien des tissus péri-implantaires originels propices à l'obtention de résultats esthétiques de grande qualité et durables.

Ces particularités sont complétées par une totale biocompatibilité des composants chirurgicaux et prothétiques. Ces derniers offrent une large variété de combinaisons thérapeutiques, ce qui peut cependant apparaître confus pour le praticien.

Vingt ans après sa création par Nentwig et Moser, il apparaissait nécessaire de faire connaître ce système particulier, considéré à plus d'un titre, comme innovant. Les auteurs ont souhaité partager leur expérience afin de rendre le système Ankylos simple et fiable, pour des résultats reproductibles et accessibles au plus grand nombre.

Editions Cdp
Tél. : 01 76 73 40 50 - Fax. : 01 76 73 48 57
www.editionsmdp.fr

The Perfect Fit

La Nouvelle Génération De Résine Thermoplastique Biocompatible

Sunflex[®]

PARTIALS

**Invisible, Incassable, Confortable, Léger,
Sans Monomère, Sans Alliage, Anallergique**

Prothèse adjointe flexible

Sur châssis métallique



Sunflex Avantages
PARTIALS

- Pas de crochet métallique.
- Une plus haute résistance aux taches que les autres acryliques.
- Une parfaite flexibilité.
- La possibilité de rebaser et réparer.
- Indéformable, incassable.

Sunflex Indications
PARTIALS

- Une prothèse adjointe d'un esthétisme parfait alliant confort et fonction.
- Aucun crochet métallique
- Recommandé aux personnes allergiques au monomère.
- Peut être utilisé sur un châssis métallique ainsi que des attachements de précision.

Cristal

Rose

Blanc

Jaune

Métallique

Métallique foncé

Teintier gingivale Sunflex[®] disponible

Sun
DENTAL LABS

8, Rue De Berri 75008 Paris

info@sundentallabs.com

Tel : 01 42 99 95 30

Fax : 01 42 99 95 29

www.sunflexpartials.com www.sundentallabs.com



RENCONTRE avec Jean-Pierre BERNARD

Jean Pierre Bernard fait partie de leaders incontestés en implantologie. On le retrouve dans pratiquement tous les grands congrès internationaux. Il est le responsable du service d'implantologie chirurgicale de l'Ecole Dentaire de Genève dont tout le monde connaît le sérieux. Ses conférences sont extrêmement appréciées car toujours basées sur une réflexion approfondie et sur une analyse pleine de bon sens. S'il a été l'un des pionniers de la méthode chirurgicale en un temps, sa vision de l'implantologie n'est jamais sectaire et le dialogue toujours possible. Son évolution vers une implantologie simple, accessible à tous les praticiens a permis de démystifier cette discipline et la faire sortir du petit cercle élitiste initial. C'est donc un réel plaisir pour « Le Fil dentaire » de l'accueillir comme invité d'honneur de ce numéro spécial.

“Nous n'avons pas de structure indépendante d'implantologie. Elle est réalisée et enseignée en collaboration avec les différentes disciplines intéressées : prothèse et chirurgie, parodontologie, orthodontie”

Pr. Patrick Missika : Comment un Français devient-il chef du service d'implantologie de la Faculté de Genève ?

Pr. Jean-Pierre Bernard : Cette question m'amène à séparer deux points distincts :

Ma situation actuelle n'est pas celle de Chef de service d'Implantologie, mais de Professeur responsable de la Chirurgie Orale et de la Radiologie Dentaire et Maxillo Faciale dans le cadre du Département de Stomatologie, Chirurgie Orale et Radiologie Dentaire et Maxillo Faciale, dont le Professeur J. Samson est le responsable. Ma charge comprend également la responsabilité de l'implantologie au sein de l'activité de chirurgie orale. En effet, à l'école dentaire de Genève, nous n'avons pas de structure indépendante d'implantologie. L'implantologie, qui a pris une place de plus en plus importante dans notre activité au cours des dernières années, est réalisée et enseignée en collaboration avec les différentes disciplines intéressées : initialement prothèse et chirurgie, puis parodontologie, et plus récemment orthodontie.

La nomination au sein de l'Université de Genève d'un chef de service ou d'un professeur étranger n'est pas du tout une situation exceptionnelle. En effet, comme pour tous les postes universitaires, ceux-ci sont ouverts à des candidatures internationales. A Genève, la médecine dentaire est une section de la faculté de médecine. Comme pour tous les postes de la faculté, le renouvellement ou l'ouverture d'un poste à la section de médecine dentaire est initialement évalué par une commission, qui en détermine le besoin et définit les caractéristiques de l'activité du futur responsable. Une commission est alors créée, comprenant des professeurs de la faculté de médecine, de la section de médecine dentaire et deux experts extérieurs, un national et un étranger.

Des annonces de l'ouverture du poste et des caractéristiques exigées des candidats sont ensuite publiées dans des revues de la spécialité, suisses et interna-

tionales. Les candidatures sont ensuite évaluées par la commission, dont le rapport doit être accepté par le collège des professeurs de la faculté de médecine, et ensuite être validé par le rectorat de l'Université, puis par l'autorité politique qui effectue la nomination officielle.

Pr. P.M. : Pouvez-vous nous parler de l'enseignement de l'implantologie au sein de la section de médecine dentaire de Genève ?

Pr. J-P. B. : Au sein de l'école dentaire de Genève, l'enseignement de l'implantologie n'est pas réservé au troisième cycle mais effectué tant sur le plan clinique que théorique au cours des cinq années d'études pré-graduées. Lorsque je discute de ce sujet avec des collègues étrangers, la première question habituellement posée est la suivante : combien d'implants pose un étudiant avant son diplôme ?

Cette question correspond selon moi à une vision incorrecte de ce que représente l'implantologie dans le cadre de la médecine dentaire. En effet, elle semble limiter l'implantologie à sa partie chirurgicale et considérer que l'enseignement en implantologie se limiterait à apprendre à poser des implants. Cette vision, essentiellement chirurgicale, est à mes yeux une explication de la lenteur du développement de l'implantologie en médecine dentaire.

En effet, pour nous, l'implantologie n'est qu'un des moyens de traitement prothétique des édentements. La partie importante, lors de la formation, est d'en avoir compris les principes, les indications et modes d'utilisation dans le cadre du plan de traitement de chaque patient pris en charge ; c'est ce que nous réalisons à Genève depuis près de vingt ans.

C'est en 1987, à l'initiative du Pr. Urs Belser, chef du département de prothèse, qu'a été mis en place un groupe d'implantologie associant des collègues du département de prothèse et de chirurgie. Dès le début de l'activité clinique en 1989, des patients suivis dans les cliniques de l'école (centre de soin) par les étudiants en formation pré-grade (4^e et 5^e années de formation) ont été traités avec des implants. Depuis ce moment, les implants sont devenus un mode de traitement de plus en plus employé pour les plans de traitement des patients traités par les étudiants en formation pré-graduée, et représente actuellement le mode de traitement le plus utilisé dans toutes les situations d'édentement.

Dans le cadre de cette activité clinique, les étudiants, lors de la réalisation du plan de traitement, évaluent l'intérêt de l'utilisation d'implants, ils en discutent avec leurs patients, leurs donnant les informations sur les avantages et risques des différentes alternatives et réalisent les devis correspondants. Lorsque le choix d'une solution implantaire a été effectué, ils réalisent l'évaluation pré-chirurgicale clinique et radiologique et la discutent avec le collaborateur de l'enseignement qui réalisera la mise en place chirurgicale. L'étudiant qui suit ce patient participe habituellement à l'intervention de pose d'implant de son patient, ainsi qu'au suivi post opératoire. Après la période d'ostéo intégration, c'est lui qui réalisera la partie prothétique dans le cadre des cliniques de prothèse de l'école. Sans que cela représente une éventualité fréquente, il est possible qu'un étudiant effectue lui-même la pose d'implants, assisté par un collaborateur de l'enseignement.

Parallèlement à cette activité clinique régulière, qui représente à mes yeux la partie la plus originale de notre programme, un enseignement théorique est donné par les différentes disciplines du domaine : prothèse, matériaux, chirurgie, parodontologie, orthodontie. Les étudiants réalisent des travaux pratiques de pose d'implants sur modèles plastiques. Ce domaine fait partie du programme d'examen de fin d'études.

Ainsi, le nouveau diplômé possède une connaissance théorique du domaine, mais surtout, il a intégré pratiquement l'utilisation d'implant comme possible moyen de traitement dans toutes les situations d'édentement. Il possède également les connaissances cliniques nécessaires à la réalisation de ce mode de traitement. Dès le début de son activité professionnelle, chaque nouveau diplômé intègre l'utilisation d'implants dans les plans de traitement des patients et choisit, selon ses souhaits et niveau de formation dans le domaine, de confier la partie chirurgicale à un collègue ou de l'effectuer lui-même dans son propre cabinet.

Pr. P.M. : Quelle est la nature de la relation entre la chirurgie et le département de prothèse ?

Pr. J-P. B. : Comme je l'ai expliqué, cette relation est excellente et quotidienne. C'est pour moi un des apports essentiels de l'implantologie au sein de notre école, qui a amené une collaboration clinique continue entre nos deux départements, mais également avec les autres intervenants, comme la parodontologie ou l'orthodontie. Ce mode de fonctionnement, lié à la mise en route initiale de cette activité en collaboration avec le Pr. Belser, représente un élément

très important et certainement favorable au résultat de l'enseignement. Il montre que l'implantologie n'est pas une activité spécifique mais fait appel à des connaissances de différents domaines, qui comme le reste des activités cliniques en médecine dentaire, peuvent être réunies dans le cadre d'une pratique généraliste.

Bien évidemment, l'ensemble des disciplines concernées, prothèse, chirurgie, parodontologie, orthodontie, intègre une partie d'implantologie dans le cadre de leurs programmes de spécialisation, ce qui permet aux candidats qui le souhaitent d'obtenir une formation plus importante, dans le but d'une activité plus spécialisée ou d'une carrière universitaire.

Pr. P. M. : Comment voyez vous l'implantologie dans un futur proche ?

Pr. J-P. B. : Les données de la littérature scientifique des vingt dernières années ont démontré la fiabilité à long terme des techniques implantaires dans toutes les situations d'édentement. L'évolution des matériels et des techniques auxquels nous avons également activement participé a rendu ce mode de traitement plus simple et a très nettement diminué les durées de réalisation. Ces progrès permettent également une évolution favorable des coûts de réalisation des traitements. Dans notre région, ces coûts les rendent aujourd'hui comparables, voire inférieurs aux traitements prothétiques «conventionnels» sur pilier naturels. L'utilisation régulière d'implants dans les traitements prothétiques réalisés par les étudiants au cours de leur période de formation, leur en fait prendre conscience de façon personnelle et pratique. Cela les amène à une utilisation de plus en plus fréquente de ce type de traitement dès le début de leur activité clinique professionnelle. Les résultats favorables et la satisfaction des patients ne font ensuite que rendre cette utilisation plus importante.

Je pense que cette évolution se fera de la même façon dans toutes les régions où le changement des modes d'enseignement fera de l'implantologie une des techniques de traitement de base pratiquée sur le plan clinique pendant la période de formation ; et non plus une technique complémentaire à forte composante chirurgicale, dont l'utilisation n'a pas été intégrée au cours de la formation initiale, ce que représente encore aujourd'hui la formation pratique essentiellement post grade de l'implantologie dans de nombreux pays.

Pr. Patrick Missika : La Suisse est le pays où l'on pose le plus d'implants par rapport au nombre d'habitants, comment expliquer cela ?

Pr. J-P. B. : Cette réalité correspond certainement à plusieurs particularités. Comme pour la Suède, la Suisse, du fait des travaux sur l'ostéo intégration du Professeur André Schroeder de l'Université de Berne, parallèles à ceux du Professeur Branemark à Göteborg, a été un des pays pionniers du domaine. La réussite de Straumann correspondant à celle de Nobel est là aussi un point de similitude avec la Suède. Ces éléments participent à l'explication d'une utilisation importante d'implants en Suède et en Suisse.

Les conditions socio-économiques suisses ont probablement aussi été un élément favorable, mais des critères professionnels ont sûrement aussi été déterminants. La petite taille du pays, des relations régulières et de qualité entre les universités, les organisations professionnelles et les praticiens, en particulier dans le cadre de la formation continue, ont permis très rapidement, de transmettre aux praticiens qui avaient déjà terminé leur formation, les éléments leur permettant d'initier cette activité dans leur pratique. La formation des nouveaux diplômés depuis près de 20 ans ayant certainement aussi largement participé.

Pour toutes les écoles suisses, à Bale, Bern, Zürich et pour nous de façon évidente à Genève, la formation pré et post-grade que nous avons effectuée a toujours eu pour but de présenter des choix de matériels et de techniques tendant à simplifier la réalisation de l'implantologie, justement pour la rendre accessible au maximum de praticiens et de patients. Les résultats constatés semblent démontrer la validité de ces choix.



En effet, les mêmes études montrent que la Suisse est le pays où il se pose le plus d'implants par praticiens, et aussi où le plus de praticiens pratiquent l'implantologie. Pratiquement tous les praticiens, pour ce qui est de l'utilisation prothétique, et une large proportion pour la partie chirurgicale. En effet, progressivement, avec un accompagnement clinique

CÔTÉ JARDIN Interview

adapté, les praticiens réalisant initialement la partie prothétique pour une large part effectuent ensuite la pose d'implants dans leur cabinet.

Cette situation confirme bien la réflexion initiale. Il n'est absolument pas nécessaire que les étudiants posent un nombre déterminé d'implants pendant leur période de formation pour qu'ils puissent le faire ensuite dans leur pratique.

Pr. P.M. : Y a-t-il d'autres systèmes que Straumann utilisés en Suisse et à la Faculté de Genève ?

Pr. J-P. B. : Pour la Suisse, c'est bien évidemment le cas. Tous les grands systèmes implantaires internationaux sont représentés sur le marché. Il existe toutefois des différences liées aux conditions de développement ancien de l'implantologie en Suisse, ce sont les premiers grands systèmes Nobel et Straumann présents depuis plus de 20 ans qui sont le plus employés.

Pour l'Université de Genève, il est évident que l'utilisation du système Straumann y est fréquemment associée, ce qui correspond à une réalité. Là aussi, cette prédominance qui peut paraître aujourd'hui surprenante pour une université, doit être placée dans son contexte historique. Lorsque en 1987, avec le Pr. Belser, nous avons décidé de mettre en route une activité clinique et d'enseignement en implantologie, nous avons initialement effectué un bilan des connaissances scientifiques établies à l'époque et des différents systèmes existants.

Après cette évaluation, lorsque nous avons décidé d'utiliser pour la mise en route de notre programme le système Straumann, même si il s'agissait d'une société suisse, ce qui aurait déjà pu être un élément compréhensible pour une université du même pays, nous n'avons pas choisi un fabricant, mais un concept de traitement.

Le système Straumann présentait des particularités très différentes du système de référence internationale de l'époque, qui était le système Nobel. Il est assez habituel dans le domaine d'implantologie d'évoquer la notion d'école scandinave et d'école suisse.

Notre choix du système Straumann a été celui d'un système d'implants de titane à surface rugueuse, prévus pour être utilisés de façon non submergée en un seul temps chirurgical et privilégiant les implants courts. Ces implants disposaient également d'une convexité interne conique et d'éléments prothétiques permettant le scellement. Ces caractéristiques s'opposaient pratiquement point par point à ce qui était proposé comme les éléments es-

sentiels au succès de l'ostéointégration par le système Nobel.

Il s'agissait donc d'un choix de concept, beaucoup mieux adapté à notre volonté de large développement de l'implantologie et qui a nécessité une activité scientifique soutenue pour en valider la fiabilité. Dans ces conditions, nous avons très majoritairement utilisé le système Straumann et n'avons utilisé d'autres systèmes comme le système Nobel que dans le cadre d'études cliniques ou animales.

Avec les années, ce domaine a peu à peu changé et les conceptions initialement critiquées du système Straumann sont aujourd'hui universellement acceptées. Les différents systèmes proposés ne présentent plus ces différences fondamentales et suivent globalement les concepts proposés initialement par Straumann et l'ITI (International Team for Implantology) auquel nous participons depuis 20 ans. Cette évolution nous montre que nos réflexions initiales sont maintenant validées par la communauté scientifique et qu'elles ont probablement aussi contribué de façon favorable au développement de l'implantologie en Suisse, en mettant à la disposition des praticiens des techniques plus simples et plus accessibles.

Aujourd'hui, l'ensemble des systèmes commercialisés ayant adopté les concepts initiaux de l'ITI, nous n'avons plus de limite à l'utilisation d'autres systèmes et utilisons la majorité des grands systèmes proposés, soit dans des indications spécifiques pour lequel l'un d'entre eux nous paraît mieux adapté, soit dans le cadre d'études cliniques multi-systèmes.

Propos recueillis par le **Pr Patrick MISSIKA**

doctorseyes

Macrophotographie Dentaire
+ facile + économique



- Lumière du Jour
- Visualiser les prises
- Supprimer les reflets
- Adaptable sur tous les APN (Compact, Bridge and Reflex)



Système sans
appareils photos

A partir de **669 €**

3MC Concept

Tél. /Fax: 01 47 09 60 18

Mob: 06 64 26 11 93

Email: 3mconcept@wanadoo.fr



IMPLANTformation
Association loi 1901

Accrédité CNFCO

Prothèse & Chirurgie

18, 19 & 20 octobre 2007
Fontainebleau / Avon (77)



Docteur
Sylvain LE VAN
Courbevoie 92



Docteur
Marc LACHAUX
Fontainebleau 77



Docteur
Patrick LAFORGE
Vannes 56



Laboratoire LDA
Philippe LANDEZ
Paris XIV°



Laboratoire LDA
Claude CANTON
Paris XIV°

*Intégrer & appliquer
l'implantologie en
omnipratique*

*3 jours,
de la théorie à la pratique*

> Choix thérapeutique,

>> Chirurgie en direct,

> Communication, organisation,

>> Prothèse en direct,

> Examens radiologiques et prise de décision,

>> Technique d'empreintes

> Traitement de patients, toutes les étapes de A @ Z

>> Travaux pratiques

Créditez des points dans le cadre de la formation continue pour les membres de l'association à jour de leurs cotisations 2007 (80€/an).

Tarif de 1800€ pour les 3 jours de formation (pauses et déjeuners inclus) liste d'hôtels sur demande.

Pour vous inscrire ou obtenir le détail des trois jours, appelez-nous au 01.64.22.44.84 ou écrivez-nous à :

Cabinet dentaire 2 bis rue de la Charité 77210 Avon (info@implantformation.com)



Analyse

Comment démarrer en implantologie

L'implantologie est aujourd'hui une solution thérapeutique qui ne peut plus être ignorée. Remplacer l'organe dentaire dans sa globalité, sans devoir mutiler à court, moyen ou long terme les dents voisines, a toujours été la solution dite "idéale" pour tout praticien. La technologie mise à disposition grâce à la coopération entre industriels et cliniciens a permis de proposer aujourd'hui des traitements fiables à long terme, tout en réduisant les temps de traitements.

D'après les dernières études en France de l'Institut National de la Statistique (INSEE), on peut constater que le nombre de praticiens par habitant n'a pas augmenté depuis vingt ans. Les statisticiens pensent qu'avec le départ en retraite massif des "Papy Boomers", ce ratio risque encore de diminuer. Cependant, la classe d'âge des actifs (20-65 ans) qui présente la plus forte demande implantaire a beaucoup augmenté depuis de nombreuses années. D'après l'organisme d'audit "Millénium", 30 millions de français souffrent au moins d'un édentement unitaire. La demande des patients est donc aujourd'hui de plus en plus forte. Les différents médias communiquent régulièrement sur ces techniques de soins et en font souvent l'éloge. Pourtant, d'après le rapport annuel Nobel Biocare publié en 2003, il semble que le pourcentage de praticiens qui posent des implants est relativement faible (inférieur à 25%) dans de nombreux pays. "Millénium" indique qu'en Europe seulement 10% des praticiens posent des implants.

Quelle est la réalité clinique aujourd'hui en France ? Il est facile de constater qu'un omnipraticien reçoit environ 15 à 20 patients par semaine qui peuvent faire l'objet d'un traitement implantaire. Quel que soit le type d'édentement, chaque praticien doit prendre en compte l'implantologie dans l'établissement du plan de traitement et se doit d'informer son patient en conséquence. L'implantologie est conforme aux connaissances médicales avérées. À ce titre, cette thérapeutique s'inscrit dans l'obligation médico-légale d'information de chaque praticien envers son patient.

Pour faire face à la demande implantaire, les nouvelles générations devront pouvoir intégrer l'implantologie dans leur pratique quotidienne. Seul un praticien formé aux techniques implantaires sait donner l'information loyale, claire et intelligible telle qu'elle est définie dans le code civil.

Mais comment un praticien peut-il à ce jour en France avoir accès à une formation de qualité lui permettant de pratiquer l'implantologie en toute sécurité ? Existe-il une voie unique ? Que penser des séminaires organisés par les industriels ? Comment adapter son cabinet à l'implantologie ? Quels implants choisir pour débiter ? Voici autant de questions que se pose chaque débutant, pour lesquelles nous allons tenter d'apporter des réponses.

Le seul pré requis nécessaire actuellement en France à la pratique de l'implantologie est de détenir le "diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire", acquis sur le territoire français ou son équivalent européen. Une fois diplômé, tout praticien inscrit au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes est autorisé à poser des implants dentaires chez ses patients. Cependant, une assurance en responsabilité civile avec option spécifique à l'implantologie doit être souscrite par le praticien.

Avec un recul de plus de trente ans, il est naturel que l'implantologie soit aujourd'hui enseignée lors des études universitaires. Depuis une dizaine d'années, les universités ont voulu intégrer en fin de cursus (5^{ème} et 6^{ème} années) un programme sur les bases fondamentales



Vue clinique pré-opératoire. Suite à une infection chronique, la 23 a été avulsée quatre mois auparavant.



Préparation à partir d'un wax-up d'étude d'un guide chirurgical afin d'optimiser la position finale de l'implant.



Essayage du guide chirurgical en bouche et préforage transmuqueux avant ouverture des lambeaux.



théoriques de l'implantologie. Ce programme aborde l'historique de l'implantologie, les principes biologiques de l'ostéointégration et de la physiologie osseuse ainsi que les différents examens cliniques et radiologiques nécessaires à l'établissement du plan de traitement.

Une partie spécifique est également réservée à l'approche des grands systèmes mis actuellement sur le marché. Parallèlement à ces bases théoriques, les étudiants doivent pouvoir poser sur des modèles "fantômes" deux à trois implants. Certains peuvent au cours des séances cliniques, avoir à réaliser des prothèses supra-implantaires. Cette formation, bien qu'assez complète, n'est certainement pas suffisante pour débiter en implantologie. C'est pourquoi de nombreuses universités ont intégré un cycle post-universitaire sous forme de "Diplôme Universitaire", permettant de former des chirurgiens-dentistes confirmés en omnipratique et en chirurgie, aux techniques implantaires.

L'enseignement par Diplôme Universitaire

Cette filière est actuellement la seule formation diplômante reconnue qui offre l'accès à un contenu théorique poussé et à une pratique clinique à la fois chirurgicale et prothétique. Classiquement, elle est dispensée sur une période de trois années. La première est uniquement théorique et correspond à "l'attestation universitaire en implantologie" (A.U.I.). Elle couvre un vaste programme axé sur les bases fondamentales. Cette année, divisée en cinq cycles, est sanctionnée par un examen permettant, selon son rang de classement final, d'accéder aux deux années pratiques du diplôme. Parallèlement à cette A.U.I., quelques places sont réservées aux internes en odontologie voulant rentrer dans la filière chirurgicale.

La première année pratique est destinée à l'élaboration des plans de traitement implantaires, à l'icongraphie et à la mise en place chirurgicale des implants. La seconde année est quant à elle consacrée à la mise en charge prothétique des implants posés en première année et aux techniques plus complexes telles que greffes osseuses et sinus lifts.

Au cours de ces deux années, chaque étudiant est amené à traiter environ une dizaine de patients avec des classes d'édentement différents. Chacune de ces deux années est sanctionnée par un examen écrit. La partie orale

de l'examen est, quant à elle, validée par la soutenance d'un mémoire. Le mémoire de première année est plutôt orienté vers un sujet chirurgical, le mémoire de deuxième année plutôt prothétique.

Cette voie de formation semble la plus équilibrée et la plus complète pour débiter en implantologie. Il faut cependant signaler qu'à l'heure actuelle, de nombreux Diplômes Universitaires ne font l'objet que d'une année de formation à la fois théorique et pratique. La valeur reconnue par le conseil de l'Ordre ne diffère pas actuellement selon la durée de formation. Chaque évaluation est propre à l'université qui dispense l'enseignement.

Cette formation présente l'avantage de traiter ses premiers cas avec l'aide de praticiens plus expérimentés. Elle permet de gagner en confiance et à tout moment de rectifier d'éventuelles maladresses. Malheureusement, comme nous venons de le voir, cette voie de formation n'est pas accessible à tous puisque le nombre de places reste très limité (de 3 à 10 places selon le D.U.) chaque année et elle est dispensée uniquement dans les villes universitaires. Quelles sont alors les autres possibilités d'apprentissage ?

Quel que soit le lieu d'exercice, tout omnipraticien peut trouver un confrère qui pratique l'implantologie. Il est d'ailleurs bien souvent le correspondant à qui l'on peut adresser ses patients pour la phase chirurgicale. De nombreux correspondants chirurgiens seront à même de vous initier à l'implantologie. C'est ce que l'on peut appeler "le compagnonnage".

Le compagnonnage

Il se déroule habituellement en trois phases. Le correspondant dit "praticien formateur" (P.F) aide dans les premiers stades le "praticien en formation" (P.E.F) à établir les plans de traitement faisant appel aux techniques implantaires et oriente le P.E.F. sur le choix des formations théoriques mises à disposition des praticiens. Il peut également donner la littérature nécessaire à la formation théorique. Lors de la seconde étape du compagnonnage, le P.E.F participe activement aux chirurgies et le P.F demande généralement de l'assister au fauteuil. La troisième étape consiste à échanger les rôles et cette fois, le praticien formateur va pouvoir guider le praticien en formation.

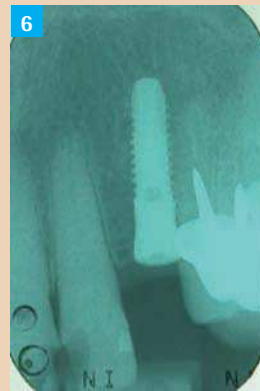
Ces trois étapes pourront se renouveler dès



4
Vérification per-opératoire de la concordance entre l'indicateur de direction et le guide chirurgical.



5
Vue clinique per-opératoire de l'implant SERF EVL-N° de diamètre 4 mm, laissant apparaître un axe parfaitement intégré dans le couloir prothétique.



6
Radiographie post-opératoire de l'implant posé selon l'axe prothétique idéal déterminé par le wax-up d'étude.

que ce dernier souhaitera franchir des difficultés dans les techniques chirurgicales. Si l'application du compagnonnage est aisée dans un cabinet de groupe, elle l'est beaucoup moins lorsqu'un praticien est seul dans son cabinet libéral. Le compagnonnage devra, selon nous, être généralisé dans les années à venir pour faire face à la demande implantaire. Il s'inscrit dans la ligne de conduite des diplômes universitaires qui sont finalement basés sur le même esprit de transmission des connaissances.

Le "praticien formateur" pourra guider le compagnon à chaque étape pour lui apporter la rigueur nécessaire. Après une analyse clinique, radiographique et pré-prothétique (modèles d'études, wax-up), le débutant pourra faire réaliser par le prothésiste, si nécessaire, **17**

Analyse

un guide radiologique permettant de valider la concordance entre le futur axe implantaire et le volume osseux présent. Ce guide pourra être transformé alors en guide chirurgical permettant de s'assurer à chaque étape de la mise en place chirurgicale des implants que l'axe est bien conforme à l'axe idéal déterminé par le wax-up. Cette rigueur doit guider chaque praticien à tout moment et elle est le gage d'une implantologie de qualité.

Un entraînement chirurgical personnel au quotidien doit faire également partie de la formation en implantologie. Il n'est pas concevable de vouloir pratiquer l'implantologie sans être parfaitement familiarisé avec les différentes techniques chirurgicales issues de la parodontologie et de la chirurgie dentaire en général. Même si, avec une méthodologie parfaite, un certain nombre d'écueils sont évités, les réactions tissulaires ne sont pas toujours celles auxquelles on s'attend. Il faut alors pouvoir gérer au mieux la situation clinique et apporter les soins nécessaires au problème présent.

De nombreuses associations ou sociétés scientifiques proposent des cours pour compléter nos connaissances. La méthodologie de traitement diffère selon les praticiens et selon les conférenciers. Il est certain que chaque approche thérapeutique apporte un point de vue différent sur l'implantologie d'aujourd'hui. Participer aux différentes manifestations qui s'offrent à nous permet de progresser et de se faire sa propre opinion sur la marche à suivre dans les traitements implantaires. Certains industriels proposent des formations aux praticiens qui souhaitent débiter en implantologie.

Ces formations ont principalement un but commercial et peuvent parfois détourner le praticien de la rigueur nécessaire à un débutant. Elles ne sont cependant pas à ignorer car elles permettent également de s'ouvrir à de nouveaux systèmes offrant des solutions prothétiques ingénieuses.

Débiter l'implantologie dans son cabinet implique des aménagements spécifiques à ce type de chirurgie. Non seulement investir dans un équipement dédié à la discipline (trousse implantaire, moteur de chirurgie, champs opératoires...) s'avère indispensable, mais il faut parfois procéder à un aménagement des locaux afin d'assurer un niveau d'asepsie maximum. En effet, une salle de soins dédiée à la chirurgie serait idéale pour la pratique de l'implantologie. L'implantologiste débutant doit faire face également au choix d'un système implantaire. Plusieurs études ont montré

qu'aujourd'hui, il n'existe pas de différence significative du point de vue clinique à cinq ans entre les grands systèmes implantaires.

Le taux de survie des implants à cinq ans est de l'ordre de 98 % quel que soit le système utilisé. Il faut bien admettre que le choix du système implantaire est souvent directement conditionné par celui qu'utilise le praticien correspondant qui nous a donné la formation. Il faut probablement rechercher un système ayant un bon recul clinique avec si possible des publications attestant de son efficacité à long terme. La mise en œuvre chirurgicale et prothétique doit être simple. Enfin, un large choix dans les techniques de mise en charge prothétique est un atout considérable dans le choix du système.

En conclusion, seule une pratique rigoureuse avec des connaissances théoriques solides peut assurer une sérénité dans l'apprentissage de l'implantologie. L'appui de confrères plus expérimentés reste primordial. Une formation diplômante peut bien évidemment être considéré comme la filière de choix.

Dr Jean-Baptiste REBOUILLAT

3, Avenue Oberwesel BP 32 89800 CHABLIS
Email : jean-baptiste.rebouillat@laposte.net

Système Implantaire Intra-Lock

Entrez dans le monde
implantaire en adoptant la
PASS attitude.

→ Initiation,

→ Formations de chirurgie
implantaire et pré-implantaire
théoriques et pratiques,

→ Formations de prothèse sur
implants théoriques et
pratiques,

→ Formation de l'équipe du
cabinet,

→ La communication en cabinet,

→ Le développement et la
fidélisation des réseaux,

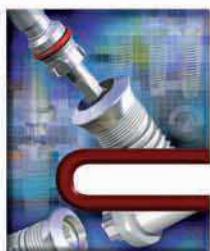
→ Conseils et soutien

*Ces actions sont suivies par
un accompagnement
personnalisé en cabinet*



PASS
ATTITUDE
Distribution Paramédicale

QUALITE - ERGONOMIE - PRIX



INTRA-LOCK®
S Y S T E M
I N T E R N A T I O N A L

Les spécificités du système INTRA-LOCK

La connexion

Elle est composée d'un cône morse et du système In-DEX™ à créneaux qui apporte un blocage mécanique anti-rotationnel grâce à ses six créneaux internes. Ce système IN-DEX™ a été pensé pour un repositionnement du pilier sans aucune incertitude. De plus, l'herméticité de la connexion prothétique est parfaite.

Le Drive-Lock™

Cet instrument supprime l'utilisation du porte-implant et permet d'amener directement l'implant de son emballage au site receveur. Cette technologie facilite l'installation de l'implant, et n'occasionne aucune déformation de la connexion prothétique.

Le pilier Flat-One™ (pilier plat)

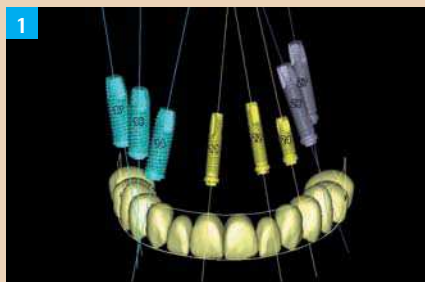
Il est particulièrement adapté dans les cas de réhabilitation complète, en prothèse transvissée, et ceci même si les implants sont très divergents. La connexion interne combinée au pilier Flat-One™ assure la passivité de la superstructure prothétique, sans concentrer le stress sur les vis de fixation.

La charte qualité PASS ATTITUDE

- Des produits de qualité
- Un département Recherche et Développement réactif
- Des tarifs compétitifs
- Une logistique performante
- Des services adaptés à vos besoins

Pour tous renseignements,
PASS ATTITUDE
Tél/Fax : 01 64 28 71 62

Etude pré prothétique pré implantaire



Simulation informatique



Sourire gingival



Cire ajoutée de diagnostic



Guide d'imagerie avec matériau radio opaque dans les puits

Les principes de l'ostéointégration tels qu'ils ont été définis par Branemark en 1981, puis Albrektson en 1986, permettent de considérer le traitement implantaire comme un moyen fiable et pérenne de réaliser des réhabilitations implanto-portées esthétiques et fonctionnelles. Les patients qui viennent consulter pour un édentement attendent de nous une réhabilitation dentaire. Il faut garder à l'esprit que c'est la chirurgie qui est au service de la prothèse, et non l'inverse. Une étude pré prothétique pré implantaire devra donc être réalisée systématiquement, elle sera nécessaire pour positionner les implants là où la prothèse exige ses piliers et permettra de valider le projet prothétique final avant la pose des implants afin de conjuguer un résultat esthétique, phonétique et fonctionnel. Cette étude doit comporter : un examen clinique, un examen radiologique, une analyse fonctionnelle avec montage en articulateur et un essai esthétique.

Avant toute chose, cette étape commence dès la première consultation par un entretien avec le patient afin de cerner sa demande et ses motivations, et de lui donner toutes les informations et les alternatives thérapeutiques. En effet, l'information du patient est devenue dans tous les pays un facteur essentiel du contrat de soins dans le cadre de la responsabilité civile professionnelle. Cet entretien initial doit retracer brièvement l'histoire dentaire ayant abouti à la situation actuelle, puis définir en terme de confort et d'esthétique le degré d'exigence du patient. Il est clair qu'un patient édenté complet, porteur de prothèses, et simplement demandeur d'une amélioration de la tenue de ses prothèses ne sera pas traité de la même façon qu'un patient dans la même situation qui désire une prothèse fixée.

Cet entretien permet également de définir l'état de santé du patient qui constitue un facteur fondamental de décision avant d'envisager un traitement implantaire ou chirurgical. Il est important de distinguer les patients en bonne santé qui ne prennent pas ou peu de traitements médicamenteux et ceux qui présentent une pathologie et qui suivent des traitements. Les premiers seront « candidats » et les seconds nécessiteront plus d'investigations, voire la mise en relation avec le médecin traitant et des examens biologiques supplémentaires.

L'examen clinique

Examen exobuccal

L'examen clinique commence par un examen exobuccal, des articulations temporo-mandibulaires et de l'ouverture de la bouche. Certaines techniques chirurgicales (ostéotomie de Summers) appliquées dans les secteurs postérieurs peuvent trouver là leurs limites en cas d'ouverture buccale réduite.

L'appréciation de la ligne du sourire est à ce stade fondamentale d'autant plus qu'il s'agira de la réhabilitation du secteur antérieur. Dans le cas d'un sourire gingival, l'exigence esthétique prime et doit orienter le plan de traitement vers l'utilisation de moyens chirurgicaux appropriés.

Dans le cadre de réhabilitations postérieures maxillaires, il est également important d'analyser le rapport entre la lèvre supérieure et la ligne des collets pour des patients, qui, porteurs d'une prothèse adjointe partielle, présentent une perte osseuse verticale compensée par de la fausse gencive et qui assure à ce stade un pseudo alignement des collets. L'émergence des futures prothèses sur implants est conditionnée par le niveau de la crête osseuse et du fait d'une résorption verticale importante peut donner l'impression de « dent longue ». Seule une greffe osseuse d'apposition peut permettre d'éviter le compromis esthétique dans ce cas et le patient doit être en mesure d'apprécier ce dernier par un essai esthétique qui sera déterminant pour l'élaboration du plan de traitement.

Examen endobuccal

L'examen endobuccal vient ensuite et il comprend : une inspection des arcades et des muqueuses, une palpation digitale des crêtes édentées, une évaluation des dents résiduelles, un examen de l'occlusion et enfin une évaluation de l'espace interarcade. Une évaluation parodontale est classiquement envisagée, et l'appréciation du biotype gingival ou de la chronicité d'une pathologie parodontale peuvent là encore être autant d'éléments à prendre en compte pour orienter le traitement.

Pour des édentements encastrés, il faudra vé-



Montage en articulateur



Essayage esthétique



Validation du montage esthétique

rifier que la mesure de l'espace MD est bien compatible avec les exigences prothétiques. Au maxillaire, l'appréciation de l'épaisseur de la zone édentée est souvent faussée par l'épaisseur de la muqueuse palatine.

L'Examen radiologique

Il est intéressant de disposer à ce stade d'une radiographie panoramique dentaire, examen de base indispensable pour repérer rapidement la zone édentée, la situer par rapport aux structures dentaires ou anatomiques voisines et d'évaluer l'état osseux de cette zone. Cette radiographie permet de compléter l'examen clinique et d'orienter le traitement. Il peut être utile de demander un bilan rétro-alvéolaire si des doutes subsistent au niveau d'une ou plusieurs dents ou pour compléter le bilan parodontal.

L'analyse fonctionnelle

Cet examen clinique sera complété par la prise d'empreintes dites « empreintes d'étude » qui seront montées en articulateur. Etape incontournable de cette étude préalable et ceci d'autant plus que l'édentement est important.

Une première analyse concernera la dimension verticale d'occlusion et les rapports interarcades ; on effectuera des mesures précises de l'espace prothétique disponible ; par exemple pour la mise en place d'un implant unitaire standard entre deux dents, la distance mésio-distale nécessaire est de 7 mm. Puis, la réalisation de Cires Ajoutées de Diagnostic (Wax Up) préfigurant la future prothèse sur implants au niveau des dents absentes validera le projet prothétique idéal.

Dans le cadre d'édentement complet, il est déjà possible, à ce stade, d'orienter le traitement vers une prothèse complète fixée ou une prothèse amovible stabilisée.

De manière générale, quand l'édentement est important, il convient de réaliser un essayage esthétique avec de la cire et des dents du commerce montées sur la crête afin de vérifier le soutien de la lèvre du patient et la ligne du sourire, et décider si une fausse gencive ou

une greffe osseuse seront nécessaires. Enfin, ces modèles d'étude serviront également à la réalisation d'un guide d'imagerie que le patient portera pour la réalisation du scanner.

Ce guide pourra être transformé en guide chirurgical pour la pose des implants. La méthode la plus utilisée et la moins onéreuse pour fabriquer ces guides d'imagerie est celle qui consiste à réaliser un duplicata du wax up ou du montage esthétique en résine transparente. Chaque dent correspondant à un emplacement implantaire sera percée au centre de sa face occlusale et selon son plus grand axe.

Cette étape est réalisée en général par le laboratoire de prothèse qui utilisera un paralléliseur et qui fera des puits de 2 à 3 millimètres de diamètre. Ces puits seront ensuite comblés par un matériau radio opaque type gutta percha ou par des tiges métalliques calibrées.

Lorsqu'il s'agit d'édentements partiels, le guide prend appui sur les dents adjacentes, ce qui lui donne une meilleure stabilité lors de l'examen. Le scanner réalisé avec ce guide en bouche permettra d'étudier la faisabilité du projet prothétique implantaire et de contrôler la possibilité de mise en place chirurgicale des implants dans la position idéale requise pour la prothèse. L'évaluation précise du volume osseux, qui est réalisée à ce stade, permet de déterminer le diamètre et la longueur des implants en fonction de la superposition des informations concernant l'axe des futures dents matérialisé par le guide et la crête osseuse dont on peut enfin mesurer l'épaisseur.

Ces guides présentent comme avantage leur simplicité de réalisation et leur faible coût ; ils présentent comme inconvénient leur précision relative.

Il existe également des guides d'imagerie réalisés à partir d'une étude informatique ; pour ce faire, le praticien doit maîtriser l'outil informatique qui lui donnera la possibilité de réaliser un positionnement virtuel des futurs implants sur une reconstruction en trois dimensions, en exploitant au mieux le volume osseux. Ce type

de guide a pour avantage d'être extrêmement précis et comme inconvénient son coût élevé et une manipulation informatique avancée.

L'ensemble de ces investigations aboutit à la proposition d'un plan de traitement définitif. Ce dernier est finalisé par un devis et un consentement éclairé, deux documents essentiels, qui, une fois signés par le patient, seront conservés dans son dossier.

Conclusion

Les techniques implantaires ont évolué vers différentes voies au cours de ces dernières années : forme, état de surface des implants permettant de raccourcir les délais de cicatrisation osseuse, maîtrise des greffes osseuses et des matériaux permettant d'élargir le champ des indications, utilisation de l'outil informatique pour l'amélioration de la précision des guides chirurgicaux et l'optimisation des résultats esthétiques.

Mais ces améliorations, qui vont souvent dans le sens d'une augmentation du confort pour les patients, ne doivent en aucun cas nous affranchir des étapes nécessaires à la mise en œuvre d'un traitement pérenne. Pour gagner du temps, il faut parfois savoir en perdre. Une étude préimplantaire préprothétique systématique, si elle augmente le nombre d'étapes en amont, permet de limiter les erreurs et les difficultés au cours de la réalisation du traitement proprement dit et de ce fait réduit le temps de traitement de l'ensemble du projet. Aucun patient ne fera jamais le reproche d'avoir trop étudié son cas avant de proposer un plan de traitement par contre en cas de difficulté c'est toujours l'image du professionnel qui est ternie, perte de confiance ou conflit.

En cas de litige grave, le fait d'avoir respecté un protocole maintenant classique mais qui justifie les taux de succès rapportés dans la littérature, renvoie à l'aléa thérapeutique plus qu'à la faute.

La frontière paro/implant

La reconstruction implantaire

Faut-il ou est-il encore nécessaire de traiter les dents atteintes de maladie parodontale ? Les connaissances et thérapeutiques actuelles en dentisterie offrent des options de traitements qui permettent de répondre de façon satisfaisante à la plupart des pathologies liées à la perte dentaire. Cet article a pour volonté de s'intéresser à la parodontologie et à ses limites : qu'en est-il du traitement des maladies parodontales ? L'implantologie remplace-t-elle le besoin en thérapeutique parodontale ? Où se situent les limites des traitements de parodontologie et quel est alors le dernier moment pour extraire ?

Depuis les années 80, l'étiologie des parodontites est mieux comprise. Il s'agit d'une infection qui nécessite la présence de pathogènes suffisant en nombre et en qualité chez un hôte dit « permissif » et dont la réponse inflammatoire va être dérégulée. La difficulté majeure associée au traitement est qu'il s'agit d'une atteinte chronique comportant des risques de récides. De plus, il est impossible de prévoir lorsque la maladie va être active et lorsque la destruction intervient.

Cependant, de nombreux auteurs ont montré l'intérêt de la maintenance et la possibilité de conserver les dents atteintes de maladies parodontales : Axelsson a publié en 2004 une étude sur 257 patients atteints et traités pour des maladies parodontales suivis en maintenance sur 30 ans. Dans tous les cas la pathologie parodontale a été traitée et sa conséquence sur la perte dentaire en fin d'étude y est très faible. Les conclusions mettent en évidence l'importance de la maintenance et l'incidence très faible des caries et des parodontites sur la morbidité dentaire.

Le traitement parodontal comporte trois phases :

La phase initiale

Elle consiste en la maîtrise de l'infection, le contrôle de la charge bactérienne, puis l'assainissement et la détoxification des surfaces radiculaires par surfaçage et lissage supra et subgingival. Cette phase peut inclure en fin d'instrumentation une chimiothérapie systémique ou topique.

Cette phase initiale passe nécessairement par une stricte gestion de tous les facteurs de risque, qu'ils soient locaux (l'O.C.E. la prothèse, l'endodontie, l'occlusion, la mobilité...) ou d'ordre généraux (Tabac, alimentation, diabète, stress, virus...). Le gain d'attache qui peut être espéré après cette phase est en moyenne de 2 à 3 mm.

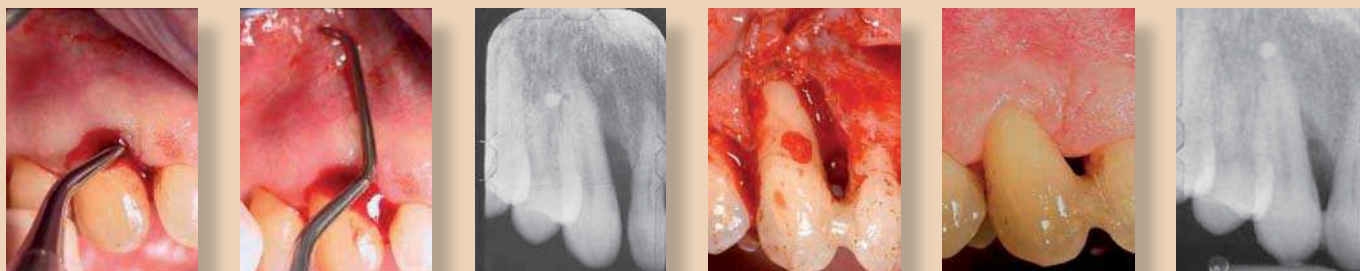
La phase correctrice

Cette deuxième phase, dite « correctrice », sur le plan strictement parodontal inclue la chirurgie avec ou sans technique régénératrice. Mais elle est également multidisciplinaire, puisqu'elle va faire appel à toutes les spécialités de la dentisterie, que ce soit l'odontologie conservatrice, la prothèse ou l'orthopédie dentofaciale afin de redonner une occlusion satisfaisante.

C'est pourquoi il est nécessaire pour l'omnipraticien de connaître les deux points cités ci-après afin d'orienter le plus justement son patient : quelles sont les techniques de régénération aujourd'hui, quel gain osseux peut-on en espérer ?

Il existe beaucoup de techniques, mais que ce soient les matériaux de comblement, les membranes voire les protéines dérivées de la matrice amélaire ou bien encore les facteurs de croissance... la régénération reste incertaine. Ces techniques peuvent apporter des gains osseux très significatifs, améliorant de fait le pronostic de la dent. Mais, parce que les résultats sont très hétérogènes, l'approche chirurgicale régénératrice et sa présentation au patient se doivent d'être raisonnables, sachant qu'en moyenne il est possible d'espérer 2 à 3 mm de gain osseux.

Exemple de résultat très satisfaisant de régénération osseuse



- Profondeur de poche : 17 mm M
- Saignement : Oui
- Mobilité : II Diastème
- LIR : Non
- Forme de la lésion : 2/3 Parois M

Chirurgie avec lambeau muco périosté et régénération de la lésion à l'aide des dérivés de la matrice amélaire EMDOGAIN®
Résultat à 2,5 ans après l'intervention.



Par le **Dr Fabrice CHEREL**

Cas cliniques

Cas 1



62 ans, non fumeur. Notez la forte inflammation et l'absence de calage postérieur.



Après thérapeutique parodontale non chirurgicale et restauration implantoportée, notez l'aspect de la gencive.

Les décisions et choix thérapeutiques sont dans certains cas très compliqués. L'analyse des facteurs de risque et la synthèse de tous les paramètres cliniques permettent d'arriver à une ou plusieurs possibilités : pourquoi extraire, dans quel cas conserver ou encore quand régénérer ? Pour illustrer ces propos, prenons les deux cas cliniques suivants :

Cas clinique n°1

Mr K. 62 ans en bonne santé générale est adressé pour une réhabilitation complète. Il est non fumeur. L'analyse clinique révèle un édentement de classe

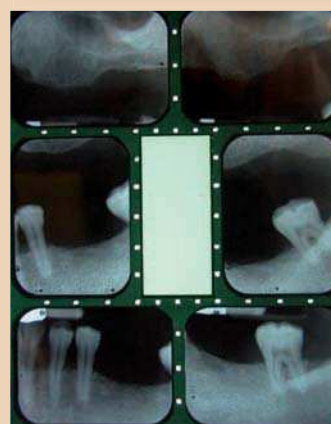
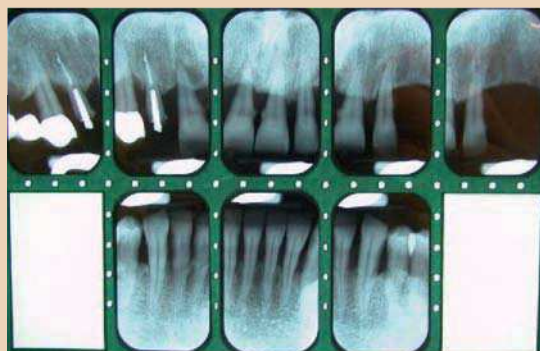
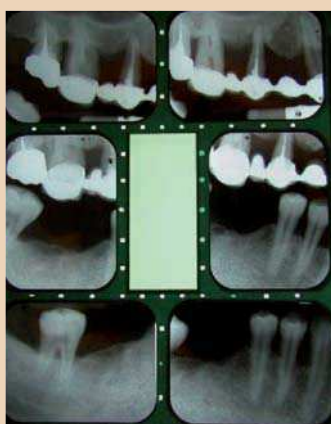
1 de Kennedy maxillaire et mandibulaire (modification 1) avec une parodontite chronique associée à une alvéolyse atteignant le tiers radiculaire ; à noter la présence de poche profondes avec des lésions intra osseuses sur 22 et 42. La 24 est très grêle, l'alvéolyse est telle qu'elle expose la zone inter-radicaire.

Le traitement, après thérapeutique initiale avec enseignement des techniques d'hygiène orale, a consisté en l'extraction de 42 non conservable et 32 pour des raisons esthétiques ; qui a ensuite été suivie d'une restauration prothétique implantoportée remplaçant 31, 32, 41 et 42. Le calage pos-

térieur est reconstruit par d'une prothèse supra implantaire en arcade réduite ; solution déterminée dans le souci de réduire le coup financier. C'est-à-dire un implant en 46, 2 implants en 15 et 16 avec comblement simultané sous sinusien, puis simultanément à l'extraction de 24, 2 implants au secteur 2 en vue de remplacer 24, 25 et 26.

Le résultat est très satisfaisant surtout du point de vue parodontal, notamment au regard des tissus des superficiels cette réponse s'obtient simplement grâce à l'instrumentation sous gingivale et à l'amélioration très nette de l'efficacité au brosse-**23**

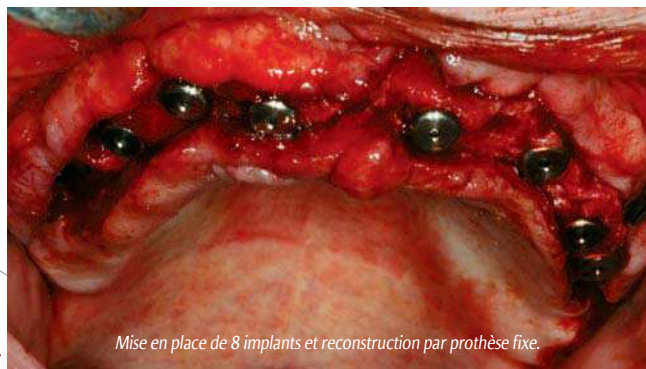
Cas 2



L'absence de guidage canin gauche, l'âge du patient, la forme des racines, la perte d'attache et l'alvéolyse conduisent à l'édentement complet du maxillaire.

Cas clinique n°2

Étudions une situation qui, de prime abord, paraît similaire. Un patient de 38 ans en bonne santé générale, non fumeur adressé pour "des problèmes de gencives". L'examen clinique et radiographique met en évidence une situation complexe avec un édentement de classe 2 (Kennedy) au maxillaire et de classe 3 modification 1 à la mandibule associée à une parodontite agressive généralisée sévère. L'approche s'avère tout à fait différente : l'âge du patient, l'absence de la canine gauche maxillaire, la perte d'attache et l'alvéolyse atteignant les 2/3 radiculaire au maxillaire oriente ainsi vers une solution moins conservatrice. Après thérapeutique initiale, la solution de reconstruction par prothèse totale supra implantaire au maxillaire est donc arrêtée. L'extraction des dents maxillaires est réalisée et les implants sont posés.



Mise en place de 8 implants et reconstruction par prothèse fixe.

Ce choix plus radical s'impose lorsque l'ensemble des dents et leur support parodontal réduit ne peuvent supporter une thérapeutique prothétique globale qui ambitionne de restaurer une occlusion optimale avec des guidages et des protections fonctionnels adaptés.

La dernière phase

Cette dernière phase consiste, comme nous l'avons déjà abordé, en une thérapeutique de soutien adaptée, avec toujours comme objectif majeur, le renforcement du contrôle de plaque.

Conclusions

Il est incontestable que l'implant est un dispositif formidable pour remplacer des dents absentes, mais il ne doit pas se substituer à l'arsenal thérapeutique dont nous disposons pour traiter, soigner et conserver des dents malades. Même si les implants offrent des taux de succès très impressionnants, ils ne sont pas indemnes de problèmes ou de complications, à commencer par toutes les contraintes biomécaniques. L'inflammation périimplantaire (périmplantite) en est une qui se révèle dif-

ficile à gérer. Il a été mis en évidence que les patients présentant un historique de maladie parodontale y sont beaucoup plus exposés. Les études à 1, 2 et 5 ans sont très nombreuses ; en revanche les études à 10, voire 15 ou 20 ans sont quant à elles plus rares et beaucoup d'interrogation persistent. En 2006, Jemt a publié une étude sur l'édentement total au maxillaire suivie sur 15 ans, la conclusion de celle-ci est, qu'après cette période de mise en charge et d'exposition au milieu buccal les implants fonctionnent bien, mais qu'il y en a un nombre croissant qui exhibent une perte osseuse marginale atteignant la 3^{ème} spire. Cela sous entend une augmentation des difficultés ainsi que de la demande en maintenance. Ainsi l'implantologie est aujourd'hui la solution la plus élégante et la plus fiable pour la reconstruction orale et l'implant s'inscrit dans un traitement multidisciplinaire qui permet en outre de conserver des dents au parodonte réduit. Il serait trop réducteur et dommageable pour nos patients de le considérer comme une alternative aux traitements parodontaux.

Dr Fabrice CHEREL

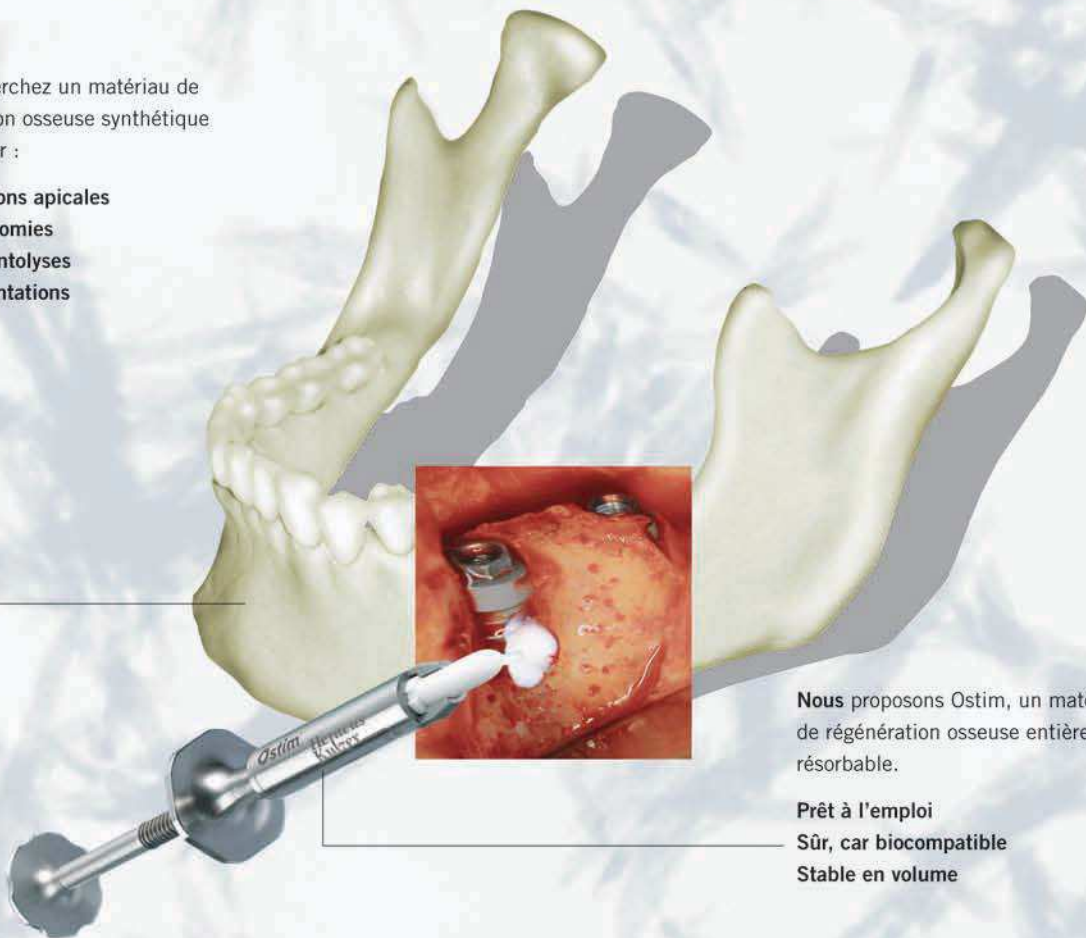
Retrouvez les références
et la bibliographie de cet article
sur www.lefildentaire.com

Ostim[®]

Le matériau de régénération osseuse «Prêt à l'emploi»

Vous recherchez un matériau de régénération osseuse synthétique et sûr, pour :

- les résections apicales
- les kystectomies
- les parodontolyses
- les augmentations



Nous proposons Ostim, un matériau de régénération osseuse entièrement résorbable.

Prêt à l'emploi
Sûr, car biocompatible
Stable en volume

Ostim est constitué d'hydroxyapatite en phase pure non frittée. Sa structure nanocristalline permet une vascularisation précoce et une régénération rapide. Présenté en pâte, Ostim s'injecte directement avec la seringue de 1 ou 2 ml ou la capsule de 0,2 ml.

Le Service Client Heraeus Kulzer répond à vos questions au :

N° Azur 10 810 813 250
Coût appel local





FIDE 2007 / 2008



Formation Implantaire & Dentaire Esthétique

PR. PAUL MARIANI



DR. FRANCK BONNET



2008



PRATIQUEZ
la CHIRURGIE
et la PROTHÈSE
IMPLANTAIRE

**FORMATION COMPLÈTE EN CHIRURGIE
ET PROTHÈSE - 4 modules**

25/26
Janvier

Module 1 :

Décisions et planification
implantaires

14/15
Mars

Module 2 :

Anatomie, principes
chirurgicaux, pose d'implants

6/7
Juin

Module 3 :

Chirurgie d'aménagements
tissulaires

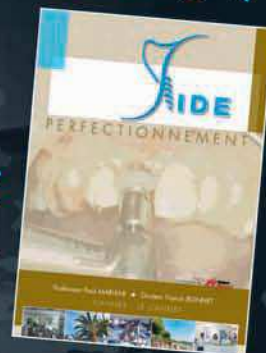
5/6
Septembre

Module 4 :

Prothèse sur implants



2007



PERFECTIONNEZ
votre
IMPLANTOLOGIE

12/13
Octobre

ÉSTHÉTIQUE ET IMPLANT

Chirurgie osseuse

Gestion des tissus mous - Prothèse



6/7/8
Décembre

TRAITEMENT DE L'ÉDENTÉ COMPLET

All-on-4 - Mise en Charge immédiate

Chirurgie Guidée



**Chirurgies en direct · Travaux pratiques
Plans de traitements**

Renseignements et inscriptions :

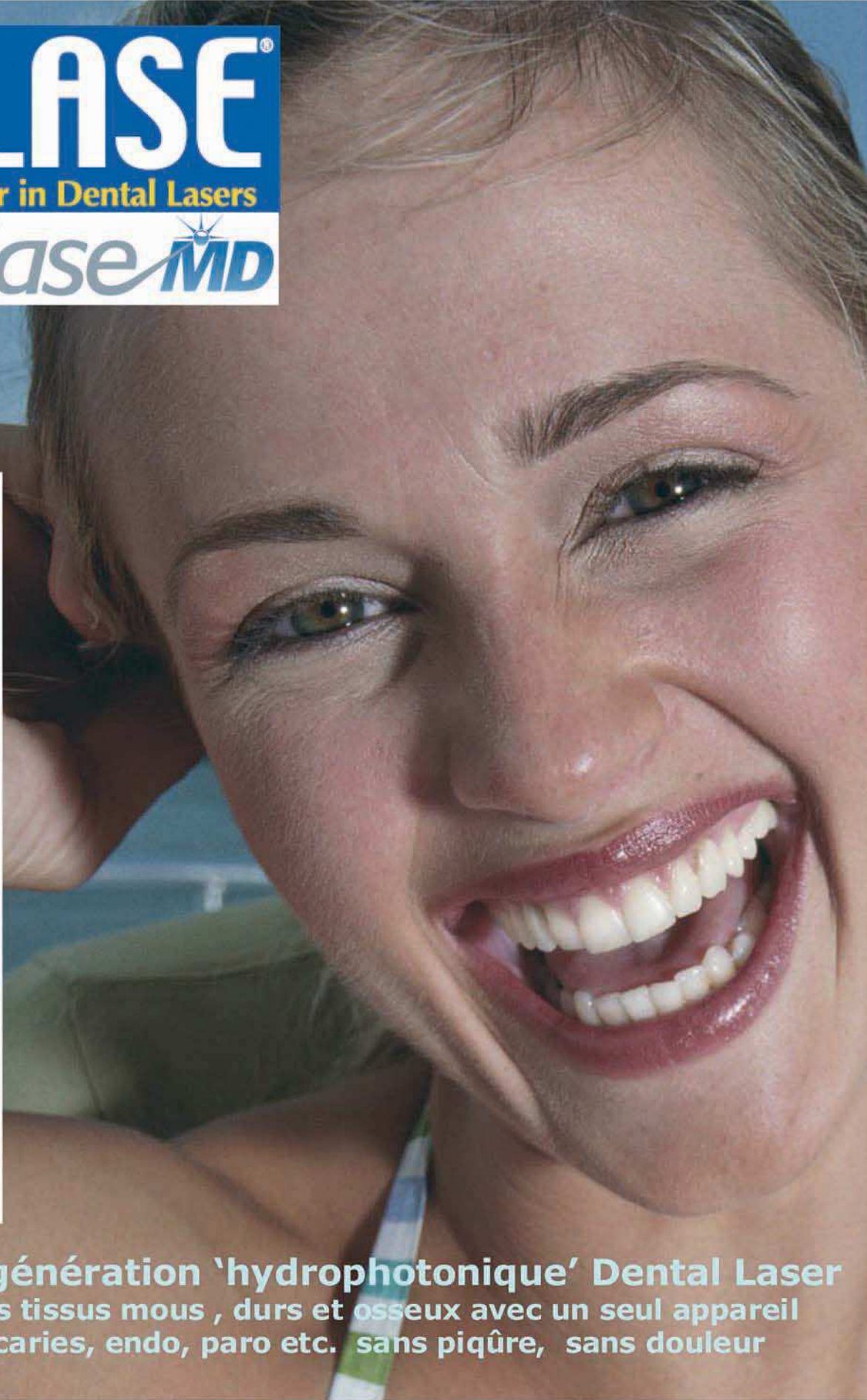
CENTRE DE FORMATION DU FIDE Azur Eden - 28, Bd Gambetta - 06110 CANNES / Le CANNET
Tél. : 33 (0)4 93 99 72 81 - Fax : 33 (0)4 92 98 82 33 - E-mail : contact@fide.fr



BIOLASE®

The World Leader in Dental Lasers

YSGG
Waterlase MD



La nouvelle génération 'hydrophtonique' Dental Laser
Traitement des tissus mous, durs et osseux avec un seul appareil
Soigner les caries, endo, paro etc. sans piqûre, sans douleur

Disponible en exclusivité pour
la France et Benelux chez



2203 chem. de Saint Claude
Le CHORUS Bat. A N° 21
06600 ANTIBES

Dental Impact sarl

Tel.: 04 93 34 58 48

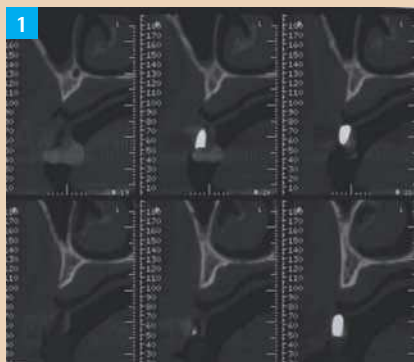
E-mail: info@biolase-France.com

Visitez aussi notre site:

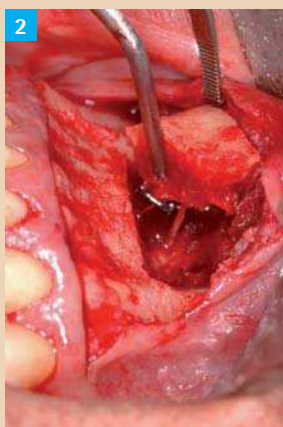
www.biolase-france.com

Notre DVD avec des tests cliniques est disponible
sur simple demande. Inscrivez-vous pour nos
séminaires (gratuit) ou demandez une visite de
nos spécialistes.

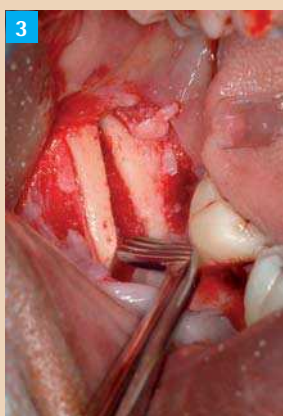
Les greffes osseuses autologues



Cliché tomodensitométrique d'un site avec guide radiologique, visualisant l'insuffisance osseuse en regard du site à implanter.



Mise en évidence du nerf incisif lors d'un prélèvement mentonnier.



Prélèvement rétro molaire par incision sur la LOE.

Les traitements implantaires, incontournables dans nos thérapeutiques au quotidien, imposent une étude globale du contexte clinique du patient à traiter. Ainsi, rien ne doit être négligé afin de poser un diagnostic et mener un traitement pérenne dans le temps, conforme en tout premier lieu aux attentes des patients, ainsi qu'aux données acquises de la science. Pour cibler cet article, nous nous intéresserons au contexte prothético-implantaire, bien que l'analyse initiale, bien évidemment, englobe les composantes conservatrices et parodontales.

Contrairement aux balbutiements de l'implantologie où la disponibilité de l'os résiduel guidait le choix et la position des implants, il est aujourd'hui clairement admis que ce seul critère n'est pas suffisant pour entamer un traitement implantaire. Ainsi, les modèles de diagnostic (appelés également « wax-up ») et l'examen clinique des sites édentés, conduisent à une analyse radiologique qui valide la conformité du projet prothétique et impose des règles de position et d'axe de l'implant dans le site souhaité. Dans le cas où une insuffisance osseuse est observée, le choix s'oriente vers un site alternatif, ou à une augmentation osseuse préalable du site à implanter (Fig. 1).

Les greffes osseuses

La greffe osseuse autologue (prélevée chez le même patient) est le matériau de choix pour les augmentations préimplantaires. Cette greffe a fait l'objet de multiples publications. En fonction du site de prélèvement, on distingue deux catégories :

Les prélèvements d'origine endo-buccale, dont les chefs de file sont le menton et la zone rétro-molaire, et plus accessoirement la tubérosité, le palais dur et les Taurus maxillaires.

Les prélèvements exo buccaux sont issus de l'os Pariétale, Iliaque, Costal ou Péronné.

L'os allogénique (issu d'un individu différent, appartenant à la même espèce) et l'os xénogénique (issu d'une espèce différente) présentent un inté-

rêt dans certains défauts précis mais ne seront pas abordés dans cet exposé.

Nous détaillerons ici les sites les plus fréquemment utilisés, soit l'os mentonnier, l'os rétro-molaire et l'os pariétal. Avant d'aborder ces sites, les moyens à notre disposition pour accomplir l'ostéotomie osseuse sont :

- Les instruments rotatifs conventionnels : pièces à main droites ou contre-angles multiplicateurs (bagues rouges) associés à des fraises Zékria chirurgicales et boules tungstène,
- Les scies osseuses oscillantes et les disques montés sur pièces à main droites ou contre-angles,
- Et les pièces à main de Piezochirurgie fonctionnant sur le principe des ultrasons.

De façon assez succincte, on pourrait résumer les avantages des instruments conventionnels par leur grande disponibilité. Pour les scies : leur rapidité d'action et la sécurité relative (pour ceux équipés de protection) ; et enfin pour les ultrasons : leur sécurité maximale liée au fait qu'ils ne sont actifs que dans les tissus durs et ne sectionnent pas les tissus mous. En complément, pour achever l'ostéotomie et le clivage du greffon, un maillet et des ciseaux à os sont également nécessaires.

L'os mentonnier

Cet os est très comparable génétiquement et structurellement à l'os Pariétal. Il est d'origine membraneuse et présente au prélèvement une corticale et une médullaire généralement épaisses, quoique variable selon les individus. Une analyse radiologique rigoureuse du site de prélèvement est indispensable. Une radio panoramique et une téléradiographie de profil sont le minimum requis pour ce prélèvement.

L'accès à cette zone se fera via une incision horizontale au niveau du bloc insisivo canin dans le tissu kératinisé (si il est suffisant) ou dans les tissus mous sous-jacents (en deux plans généralement). Les incisions de décharges doivent être évitées pour ne pas léser les fibres nerveuses du nerf mentonnier à son émergence au trou mentonnier. Le prélèvement se fera à distance des racines des incisives et canines (5 mm en moyenne) et ne devra pas inclure le rebord basilaire du menton. Il ne concerne que la corticale vestibulaire et l'os médullaire, mais en aucun cas ne doit concerner la corticale interne. Il est limité latéralement par les trous mentonniers.

Les risques principaux sont la lésion du nerf mentonnier, comme vu précédemment, ainsi que l'artère sous mentale (qui, si elle survenait, mettrait en jeu le pronostic vital du patient). La lésion des



Par le **Dr Georges Khoury**



Prélèvement pariétal (Dr Defresnes).

apex est rare et est issu d'une erreur thérapeutique qui doit être à tout prix évitée.

Les suites opératoires classiques sont un œdème du menton et une coloration conséquente des téguments adjacents. Elle peut être atténuée par des moyens d'hémostase locale *in situ* ou par compression extra buccale. Le nerf incisif est fréquemment lésé, et entraîne une altération de la sensibilité du bloc incisivo-canin. Cette lésion est généralement sans conséquence sur la vitalité des dents malgré l'altération de leur sensibilité (Fig. 2).

Le prélèvement rétro molaire

Cet os est très comparable génétiquement à l'os Pariétal. Il est également d'origine membraneuse mais présente au prélèvement une corticale plus ou moins épaisse, et une médullaire généralement modérée, quoique également variable selon les individus. Les examens radiologiques recommandés sont une radiopantomique ainsi qu'une tomodensitométrie (scanner) afin d'évaluer la distance du canal dentaire par rapport à la corticale vestibulaire.

L'accès à cette zone se fera via une incision verticale le long de la ligne oblique externe (LOE) en arrière de la dernière molaire. Cette incision se poursuit verticalement le long de la branche montante et répond pour partie, aux mêmes critères d'accès à une dent de sagesse incluse. L'axe de la lame sera orienté obliquement vers l'extérieur afin d'éviter un dérapage qui amènerait la lame vers la zone interne de la branche montante. Cette incision a lieu majoritairement dans les tissus mous. Elle s'étend horizontalement sur la face vestibulaire en mésial, tant que la LOE est palpable. Une incision de décharge mésiale limitée est possible, en cas de laxité insuffisante des tissus mous.

Le prélèvement se fera au détriment de la corticale vestibulaire et de la médullaire sous jacente, en respectant une distance de 3 mm sur la face externe des 2^{èmes} molaires si elles existent et si le volume osseux le permet. Il inclut dans sa partie

distale une partie de la crête osseuse, ainsi que la LOE dans sa partie ascendante. L'ostéotomie vestibulaire est limitée par l'accès à cette zone et peut dépasser la ligne radiologique du nerf alvéolaire (Fig. 3).

Les risques principaux sont la lésion du nerf lingual à l'incision, du nerf alvéolaire lors de la corticotomie vestibulaire et de l'artère faciale, qui si elle survenait, mettrait en jeu le pronostic vital du patient. Cette lésion peut être évitée par une protection adéquate des tissus mous adjacents.

Les suites opératoires classiques sont un œdème de l'angle mandibulaire et une coloration modérée des téguments adjacents. Elles sont assez similaires aux suites opératoires des avulsions des dents de sagesse incluses et peuvent être atténuées par des moyens d'hémostase locale *in situ*, ou par compression extra buccale.

L'os pariétal

Cet os est d'origine membraneuse comme dit précédemment, ce qui lui confère une résorbabilité faible et un remodelage prolongé. Il est constitué de deux corticales épaisses et d'une médullaire médiane d'épaisseur variable (diploë). Les examens radiologiques usuels sont une téléradiographie de profil ou une tomodensitométrie. Un lavage bétadiné soigneux de la tête est réalisé et l'incision se fera dans le cuir chevelu en regard de l'os pariétal, sans rasage préalable des cheveux.

Le prélèvement se fera au détriment de la corticale externe et de la médullaire sous jacente en respectant la corticale interne. Une coque de résine peut-être disposée pour combler le site de prélèvement et renforcer la voûte dans le site de prélèvement (Fig. 4).

Le risque principal est la lésion de la Dure-mère et l'apparition d'un hématome sous-jacent.

Les suites opératoires sont minimales. Une compression du site en extra-cranien est réalisée grâce à un bandage et le saignement secondaire évacué à l'aide d'un drain. L'hospitalisation est en général de 24 heures.

Les sites de greffe

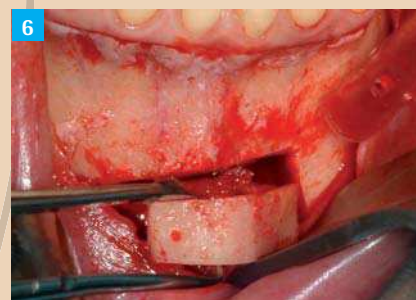
Les risques liés au site de greffe sont les mêmes soit :

- * La réouverture de berges dans les reconstructions de volume important ou par rupture de la vascularisation des tissus mous,
- * La surinfection du site,
- * La mobilité par perte de l'ostéosynthèse (vis mobiles, insuffisantes, instables à la pose ...),
- * La résorption exagérée du greffon,
- * Et la disjonction du greffon à la pose de l'implant (si la pose de l'implant est trop précoce ou agressive).

Cas n°1 : Prélèvement mentonnier (Fig. 5 à 8)



Perte osseuse verticale.



Prélèvement mentonnier.



Tunelisation et greffe en onlay
(à noter l'absence d'incision crestale).



Contrôle radiologique du volume final, implants en place.

Pour minimiser ces risques les principes généraux communs aux greffes sont :

- * L'asepsie stricte,
- * Le respect de la vascularisation des tissus mous sous-jacents,
- * Le respect de l'intégrité de ces mêmes tissus mous et principalement du périoste,
- * La fixité du greffon sur son site receveur,
- * L'étanchéité du site après la greffe,
- * L'absence de sutures tensives,
- * L'absence de compression du site greffé,
- * Le respect du temps de cicatrisation (de 4 à 6 mois).

Les sites de greffes s'abordent différemment selon que le besoin d'augmentation est crestal ou transversal, et cela afin de respecter les règles précitées notamment le respect de la vascularisation, l'absence de sutures tensives et l'étanchéité du site de greffe.

Nous verrons à travers ces trois cas cliniques :

- Un prélèvement mentonnier pour une augmentation localisée crestale en site mandibulaire gauche. (Fig. 5-6-7-8),
- Un prélèvement rétro molaire pour une greffe d'épaisseur au maxillaire (Fig. 9 -10 -11-12),
- Un prélèvement pariétal en vu d'une augmentation bimaxillaire, liée à des agénésies multiples. (Fig. 13-14-15-16-17).

Il est important de préciser que les greffes autologues ou non autologues ne sont pas les seuls choix possibles pour les augmentations osseuses crestales ou transversales : les techniques de manipulation osseuse occupent une place de choix dans nos moyens thérapeutiques actuels. Ainsi, l'expansion osseuse vise à corriger des défauts en épaisseur et la distraction alvéolaire des défauts de hauteur. Leur principal intérêt réside dans le

déplacement de segments osseux vascularisés, garants de la stabilité de l'augmentation dans le temps.

Conclusion

En conclusion, il est important de retenir que l'indication de greffe osseuse se précise à la lumière d'une étude préimplantaire rigoureuse. Tous ces choix possibles doivent être clairement expliqués au patient, afin d'obtenir son consentement éclairé. Quant au site de prélèvement, il ne relève pas d'affinité particulière pour tel ou tel site, mais est dicté par le choix de celui qui présente la meilleure adéquation par rapport à l'objectif fixé, tout en minimisant les risques et la lourdeur de l'intervention, pour le bien être du patient.

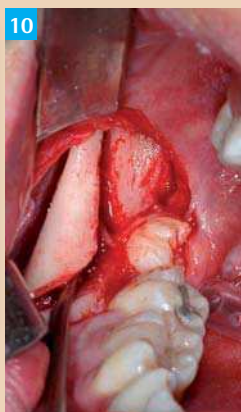
Dr Georges Khoury

Paris 16 - Unité d'implantologie Paris 7

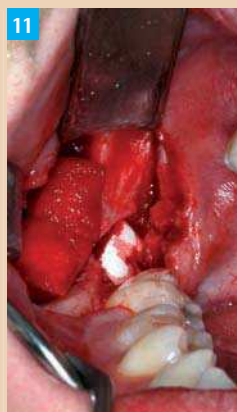
Cas n°2 : Prélèvement rétro molaire (Fig. 9 à 12)



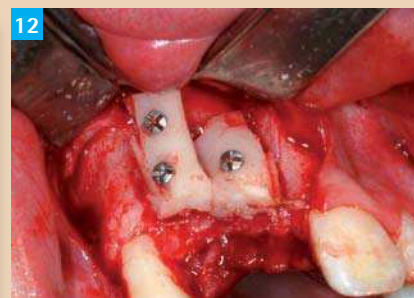
Vue occlusale appréciant les volumes résiduels.



Prélèvement angulaire en latéral de 48.



Hémostase locale du site de prélèvement et d'avulsion de 48 (collagène).

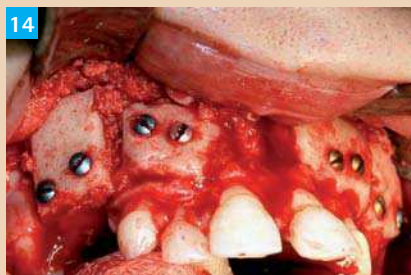


Ostéosynthèse des greffons, les espaces seront comblés par des copeaux osseux.

Cas n°3 : Prélèvement pariétal (Fig. 13 à 17)



Agénésies multiples chez un jeune homme de 23 ans.



Greffe maxillaire par prélèvement pariétal (prélèvement D. Defrennes, greffes G. Khoury).



Greffe mandibulaire, noter le pédicule mentonnier entre les deux greffons.



Contrôle radiologique post implantaire.



Aspect des tissus mous post greffe et implants (B. Piner).

$$A = \pi (r_1 \times S_1 - r_2 \times S_2)$$

$$M = F \times r$$

Astra Tech BioManagement Complex™

Parfaite harmonie de la fonction,
de l'esthétique et de la biologie

Un système implantaire couronné de succès ne peut dépendre que d'un seul et unique concept.

Comme dans la nature, plusieurs éléments interdépendants doivent être réunis afin de conserver le meilleur équilibre.

Notre système implantaire garantit cet équilibre naturel grâce l'exceptionnelle combinaison de différentes caractéristiques clés :

L'Astra Tech BioManagement Complex™

Il vous assure un succès esthétique à long terme, grâce à une stimulation de la croissance osseuse, la préservation de l'os et la bonne santé des tissus mous.



OsseoSpeed™
Plus d'os, plus vite

MicroThread™
Stimulation biomécanique de l'os

Conical Seal Design™
Ajustage rigide et stable

Connective Contour™
Optimisation de l'espace biologique

**ASTRATECH
DENTAL**

ASTRA
ASTRA TECH

 A company in the
AstraZeneca Group

Le traitement esthétique des patients totalement édentés au maxillaire

Le traitement des patients totalement édentés à l'aide d'implants vissés a représenté, dès les origines, l'indication majeure de l'implantologie dite « ostéo-intégrée ». Au maxillaire, le traitement proposé par l'école suédoise dès les années 80 (1), est resté un véritable modèle dont les grands principes sont toujours appliqués, et qui consiste à placer un ensemble de quatre à six implants en titane usiné, en avant des sinus maxillaires afin de soutenir une prothèse transvissée. Cette dernière présente généralement une fausse gencive masquant les émergences implantaires, et des extensions distales du volume d'une prémolaire ou d'une molaire. Le succès de cette technique s'est confirmé au cours du temps, grâce à la fiabilité des résultats publiés à moyen et long terme, rapportant des taux de succès de plus de 95 %.

Les limites du bridge sur pilotis au maxillaire

Même si la simplicité chirurgicale a rendu populaire le concept du bridge sur pilotis, en raison de la mise en place d'un faible nombre d'implants dans le secteur antérieur, il n'en reste pas moins qu'une telle conception chirurgico-prothétique n'est pas sans présenter quelques limitations :

Il est très difficile d'obtenir un résultat esthétique constant et reproductible, en présence d'implants situés dans un secteur antérieur édenté. La présence d'une fausse gencive permet de contourner cette difficulté majeure dans la zone esthétique, en masquant les émergences implantaires, tout en assurant une phonation satisfaisante. Toutefois, cette dernière n'est possible que si la fausse gencive est bien au contact de la muqueuse et présente même un retour vestibulaire, afin de canaliser le souffle d'air au niveau des bords incisifs des dents antérieures lors de la prononciation des phonèmes sifflantes. Dès lors, la présence de la fausse gencive rend difficile l'accessibilité aux émergences implantaires et les manœuvres de prophylaxie ne peuvent être assurées de façon optimale.

Le regroupement des implants en avant des sinus maxillaires situe les piliers les plus distaux au niveau des deuxième prémolaires. Malgré la réalisation d'extensions, l'étendue du bridge sur pilotis est limitée dans la plupart des cas à la première molaire et ne peut éviter l'égression des deuxième molaires antagonistes mandibulaires, si elles existent et ne sont pas stabilisées par une quelconque contention.

Enfin, la conception des bridges sur pilotis est celle des bridges transvissés qui fait appel à l'emploi de dents du commerce en résine. En effet, ce matériau permet de réaliser facilement les puits d'accès aux vis au travers des surfaces occlusales, sans risquer la fracture du matériau sous de faibles épaisseurs. Comparée à la céramique, la résine n'offre qu'une faible résistance à l'usure, et ne permet pas d'assurer la stabilité des contacts occlusaux à long terme, surtout lorsque les dents cuspidées en résine présentent des orifices obturés, au mieux, à l'aide de composite.

L'alternative au bridge sur pilotis

Chez l'édenté total maxillaire, la gestion esthétique des implants situés dans le secteur antérieur est très délicate pour les raisons suivantes :

L'espace mésio-distal diminué ne permet pas de placer correctement plusieurs implants sans risquer des proximités entre les cols implantaires. Secondairement aux extractions dentaires, la crête osseuse cicatrise en suivant un schéma de résorption centripète, réduisant le rayon de courbure du secteur antérieur. Le placement idéal d'implants dans cette région n'est possible qu'en effectuant des greffes d'apposition qui alourdissent considérablement la phase chirurgicale, sans toutefois apporter de solution au remplacement des molaires maxillaires au moyen d'implants.

L'axe général de la crête, en bas, en avant et en dehors, impose un axe implantaire défavorable, vestibulé par rapport aux implants des secteurs latéraux et à l'axe d'insertion de la future prothèse fixée.

La proposition de traitement développée dans cet article permet de s'affranchir de toutes les contraintes liées aux implants du secteur antérieur tout en assurant un résultat esthétique et fonctionnel optimal malgré l'ampleur de la réhabilitation. Il s'agit de donner la priorité aux implants des secteurs latéraux, en proscrivant la mise en place d'implants dans le secteur antérieur. Les quatre incisives maxillaires sont gérées sous la forme d'un pontic au niveau du laboratoire, lors de l'élaboration d'un bridge complet. L'absence d'émergences implantaires laisse toute liberté au prothésiste pour organiser la morphologie de chaque dent ainsi que d'établir de légères rotations au niveau des incisives en cas de nécessité. L'obtention d'un sourire plus naturel en accord avec les impératifs de prophylaxie est alors possible sans faire appel à un artifice prothétique tel qu'une fausse gencive.

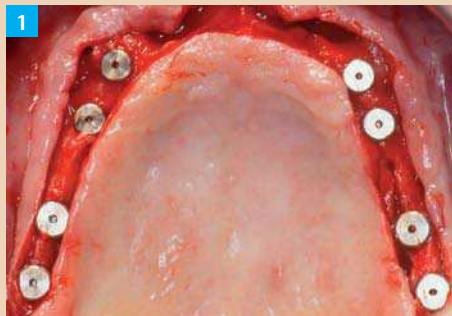
Nombre et répartition des implants

Ce concept de traitement pour le maxillaire totalement édenté est basé sur une stratégie répétitive et systématisée :



Cas cliniques

Cas 1



La répartition des implants dans les secteurs latéraux à partir de la canine rend inutile la réalisation de greffes en onlay dans le secteur antérieur, évitant ainsi, dans la majorité des cas, les prélèvements importants d'os autogène sous anesthésie générale.



Tous les implants posés sont du même diamètre (4,1 mm) en raison de la faible épaisseur de la crête dans son ensemble. Toutefois, les implants postérieurs en situation de 1^{ère} et 2^{ème} molaire présentent un col évasé à 5 mm de tel manière à améliorer le profil d'émergence ainsi que la surface de sustentation prothétique (implants XP Osseotite® - 3i Implant Innovation Inc.).

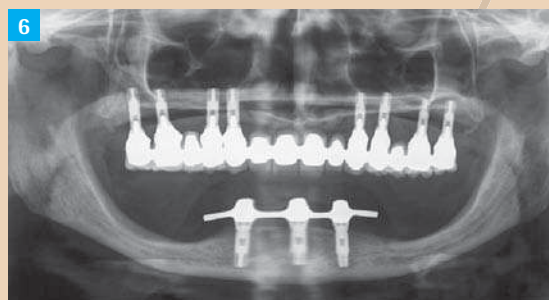


Les piliers implantaires transmandibulaires sont réalisés à partir de composants calcifiables dont la base en alliage précieux garantit la précision d'ajustage avec le col implantaire (piliers UCLA-Or). Leur grande capacité de correction d'angulation permet de paralléliser tous piliers malgré les axes toujours divergents entre les implants du secteur droit et ceux du secteur gauche.

La prothèse implanto-portée est de type bridge céramo-métallique monobloc, scellé, étendu à toute l'arcade afin d'assurer un calage postérieur efficace, sans extension. Les incisives sont gérées sous la forme d'un pontic afin d'optimiser la morphologie ainsi que la situation de chaque dent par rapport à la crête. (Laboratoire de prothèse, Marc Leriche)



L'absence d'implants dans le secteur antérieur permet d'établir avec aisance au laboratoire, des incisives aux proportions équilibrées, tout en insistant sur le caractère dominant des incisives centrales par rapport aux incisives latérales. La présence de limites supra-gingivales au niveau des implants est possible en raison de la très forte résorption crétale initiale qui place ces émergences à un niveau très apical. Cette situation « haute » ne porte aucun préjudice à l'esthétique car ces limites ne sont jamais découvertes, même en cas de sourire forcé. (Réalisation prothétique, Dr Marc Lankry)



Radiographie panoramique de contrôle à 5 ans post-opératoire.

◆ Les implants, au nombre de 8, sont localisés au niveau de la jonction du secteur antérieur et des secteurs postérieurs, et dans les secteurs latéraux suivant une organisation chaque fois recherchée : 13, 14, 16, 17 et 23, 24, 26, 27.

◆ Ce nombre à peine plus important que celui proposé de manière classique pour les bridges sur pilonis (6 implants) permet d'étendre la prothèse fixe implanto-portée jusqu'à la deuxième molaire maxillaire sans extension.

◆ Enfin, en cas d'échec impliquant un implant intermédiaire, le bridge peut être terminé sans avoir à remplacer l'implant perdu, afin de res-

pecter les délais déjà important lié à ce type traitement.

Grefe de comblement sinusien

Dans la plupart des cas, la présence d'un volume osseux limité dans les secteurs latéraux contre-indique la mise en place d'implants sans avoir à recourir à la réalisation de greffes préliminaires ou simultanées. L'ampleur de ces dernières varient en fonction du degré de résorption crétale associé au phénomène de pneumatisation qui caractérise les sinus : Lorsque le maxillaire édenté est très fortement résorbé, la restauration du volume idéal

ne peut être obtenu que par un comblement sinusien ET l'apposition d'os sous forme d'Onlays. L'os nécessaire en grande quantité, sous forme monobloc et particulière est autogène, prélevé à la crête iliaque ou au parietal par un chirurgien maxillo-facial et sous anesthésie générale.

Lorsque le maxillaire est moyennement résorbé, et c'est la majorité des cas, seul le comblement du ou des sinus est nécessaire à la mise en place des implants. La chirurgie de comblement est alors réalisée au cabinet dentaire, et sous anesthésie locale. Le matériau de greffe utilisé est un substitut osseux employé seul, ne

Cas 2



La réalisation d'un bridge étendu aux secteurs postérieurs, sans extensions distales, impose bien souvent la réalisation de greffes de comblements sous-sinusiens afin de rétablir un volume osseux compatible avec la mise en place d'implants. Lorsque ce volume osseux initial ne permet pas d'obtenir une stabilité primaire suffisante, les greffes de comblement sinusiens sont réalisées préliminairement à la pose des implants.



Après un délai moyen de cicatrisation de 5 mois, huit implants à surface rugueuse (implants Osseotite®, 3i-Implant Innovations Inc.) sont placés suivant un schéma bien précis en situation de 13, 14, 16, 17 ainsi que 23, 24, 25 et 27.

nécessitant aucun mélange. Le site d'intervention est ainsi limité aux sinus, et le second site d'intervention dévolu au prélèvement n'est plus nécessaire.

Implants et greffe de sinus

Lors d'un comblement sous-sinusiens, l'utilisation d'un substitut osseux seul représente une alternative fiable à l'os autogène. Selon del Fabro et coll. (2), le taux de survie des implants en présence d'os autogène est de 87,7 %, et de 95,98 % pour le substitut osseux. Mais ce taux de succès n'a une réelle portée que si on apporte des précisions supplémentaires concernant le type d'implants posés. D'après les mêmes auteurs, le taux de succès des implants usinés placés dans des greffes de sinus est de 85,64 %, et celui des implants à surface rugueuse de 95,98 %. Enfin, la possibilité de placer les implants simultanément, c'est-à-dire lors de la réalisation de la greffe sinusienne ne montre pas de différences significatives avec un placement différé. Le taux de succès implantaire en cas de placement différé est de 92,17 %, et celui concernant le placement simultané est 92,93 %.

Ces résultats sont comparables à ceux que nous avons obtenus en utilisant systématiquement comme substitut osseux, une hydroxyapatite d'origine bovine (Bio-Oss®, Geistlich) (3), associée à des implants vissés, en titane, présentant une surface rugueuse obtenue par double mordantage (implants Osseotite®, 3i-Implant Innovations Inc.) (4). Entre 1999 et 2004, 282 implants ont été posés consécutivement au niveau de 140 sinus greffés préliminairement, ou simultanément lors du comblement, chez 112 patients. A 5 ans, le taux de survie des implants est de 97,23 %.

Stratégie prothétique

Même si un bridge transvissé est possible, nous avons toujours privilégié la réalisation d'un bridge scellé sur des piliers transvissés (5). Ces derniers sont généralement des piliers en alliage précieux autorisant la surcoulé (de type UCLA Or) car il permettent des corrections d'angulation plus étendues que les piliers en titane usiné. L'armature de bridge est monobloc et s'étend sur toute l'arcade maxillaire sans extension, supprimant ainsi tout risque de flexion postérieur. L'élément cosmétique est constitué par de la céramique et la morphologie des faces occlusales est totalement respectée en raison de l'absence des puits d'accès aux vis. Les pontics sont réalisés en situation de 15, 25, 12, 11, 21 et 22.

La répartition des pontics est telle que chacun d'eux est soutenu proximale par deux implants. Le pontic antérieur, supportant les quatre incisives, autorise une grande liberté de manipulation au laboratoire.

Les risques de « trous noirs », occasionnés par l'absence de papilles sont inexistantes. Les espaces interdentaires peuvent être réduits, voire même fermés, sans dommage pour la muqueuse gingivale. Le positionnement du pied de chaque dent prothétique peut être localisé à l'aplomb de la crête, ou déporté vestibulaire en fonction de l'esthétique et de la phonation sans être limité par l'émergence d'une ou de plusieurs implants. Il en est de même pour la réalisation d'un agencement plus personnalisé qui reproduirait de légères rotations au niveau d'une ou de plusieurs dents afin de restituer de meilleures proportions entre les incisives centrales et les incisives latérales.

Cas 3



Le comblement sinusien est réalisé sous anesthésie locale, au cabinet dentaire, par abord latéral, et la membrane de Schneider est délicatement refoulée afin de contenir le futur matériau de comblement.



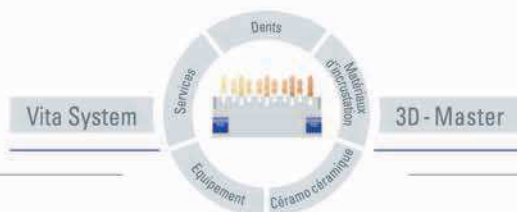
La greffe de comblement est effectuée à l'aide d'un substitut osseux (Bio-Oss®, Geistlich) employé seul, ou encore mélangé à du coagulum sanguin.



La répartition des implants permet d'étendre la portée du bridge implantaire au niveau des secteurs postérieurs sans faire appel à des extensions distales. Lorsque l'arcade est très réduite, l'étendue de la prothèse implanto-portée est limitée aux premières molaires.

VITA PHYSIODENS® – ciselée à la main bien sûr!

Vitalité et personnalité de la prothèse



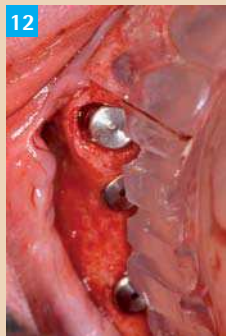
VITA

Seule la nature est perfection. Tout comme les dents en résine VITA PHYSIODENS. Avec un stratification et des caractérisations manuelles, une prothèse de grande classe séduit par son naturel et sa vitalité. Chaque dent est une oeuvre d'art ciselée à la main dans les meilleurs

matériaux, eux-mêmes issus d'une haute technologie. Les dents en résine réalisées dans les teintes VITA SYSTEM 3D-MASTER illustrent la perfection, aussi bien dans leur teinte, leur forme que leur fonction et donnent à toute prothèse une touche unique. www.vita-zahnfabrik.com

Gras Plan

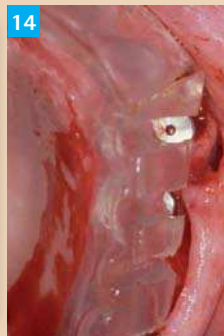
Cas 4



12



13



14



15

La mise en place des implants est effectuée à l'aide d'un guide chirurgical issu d'une cire de diagnostic préfigurant la morphologie du futur bridge implanto-porté. Ainsi, la plus grande précision de positionnement des implants est atteinte afin de respecter le projet prothétique initial.

Les piliers sont transvésés à l'aide de vis en or au couple de 32 Ncm grâce à une clé dynamométrique. L'utilisation de pilier calcinables surcoulés en alliage précieux (piliers UCLA-Or) permet de restituer la morphologie de chaque pilier conformément à la dent qu'il remplace.



16



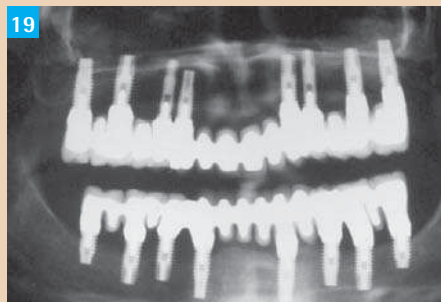
17



18

Le parallélisme entre tous les implants maxillaires est établi, mais également avec tous les implants de l'arcade antagoniste. (Laboratoire de prothèse, Marc Leriche)

Des limites supra-gingivales ont été établies pour des raisons similaires à celles exposées précédemment (voir cas n°1). Le respect de la dimension verticale d'occlusion, en présence d'une forte résorption des deux arcades, conduit à l'élaboration de dents longues. La réalisation de début de racines en céramique permet, par un effet d'optique, d'atténuer cet effet, et ainsi, d'optimiser l'esthétique. (Réalisation prothétique, Dr Marc Lankry)



19

Radiographie panoramique de contrôle à 6 ans post-opératoire.

Conclusion

Chez l'édenté total maxillaire, la mise en place d'implants dans les secteurs postérieurs offre de nombreux avantages du point de vue fonctionnel. La présence de huit implants répartis par moitié au niveau des secteurs postérieurs suffit à assurer la sustentation d'un bridge céramo-métallique monobloc, scellé, étendu à toute l'arcade afin d'assurer un calage postérieur efficace, sans extension. Cette stratégie thérapeutique implique, le plus souvent, la réalisation de greffes de comblements sinu-

dentaire. Le faible taux de complications associé à ces chirurgies de comblement est pleinement justifié comparé aux bénéfices qu'elles procurent.

En effet, du point de vue esthétique, cette démarche permet de répondre aux demandes les plus élevées. L'absence d'implants localisés au niveau du secteur antérieur permet d'atteindre un résultat optimal grâce à la réalisation d'un pontic supportant les quatre incisives. La conception d'une telle armature autorise, avec la plus grande liberté possible, l'élaboration des dents antérieures, tant du point de vue de la morphologie, que de l'agencement des dents entre elles. Cette grande souplesse de réalisation des dents antérieures constitue la clé du succès esthétique chez les patients édentés totalement au maxillaire, tout en leur permettant d'assurer une bonne hygiène.

Dr. Frédéric CHICHE

Références bibliographiques

- 1- ADELL R, ERIKSSON B, LEKHOLM U, BRANEMARK, JEMT T. A long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. Int J Oral Maxillofac Impl 1990;5:347-359
- 2- DEL FABBRO, TESTOTI T, FRANCIOTTI L, WEINSTEIN R. Taux de survie des implants placés dans les sinus maxillaires greffés : revue systématique. Rev de Paro et Dent Rest, 2004 24(6):565-77
- 3- SARTORI S, SILVESTRI M, FORNI F, ICARO CORNAGLIA A, TESEI P, CATTANEO V. Ten-year follow-up in a maxillary sinus augmentation using anorganic bovine bone (Bio-Oss). A case report with histomorphometric evaluation. Clin Oral Implants Res. 2003 Jun;14(3):369-72
- 4- DEGORCE T, CHICHE F. Le système implantaire 3i® : Chirurgie et prothèse. Collection Guide clinique, Editions CDP, 2005
- 5- GUICHET DL, CAPUTO AA, CHOI H, SORESENSEN JA. Passivity of fit and marginal opening in screw- or cement-retained implant fixed partial denture designs. Int J Oral Maxillofac Implants. 2000 Mar-Apr;15(2):239-46



Pour l'implantologie, Sirona révolutionne les coupes transversales.

Sirona a repensé logiquement le principe des coupes transversales sur radio panoramique et amélioré ses aspects essentiels :

- **Positionnement facile et immédiat** sans prise d'empreinte etc.
- **Qualité de cliché exceptionnelle** grâce à des profondeurs de champ de 1 à 2 mm.
- **Système de visualisation d'implants** sur clichés pour communication patient facilitée.

L'implantologie nécessite des vues perpendiculaires à l'arcade. En fonction de vos besoins, Sirona vous propose donc au choix :

GALILEOS – l'imagerie 3D cone beam
ou l'alternative économique :
la panoramique XG à coupes transversales.

Contactez votre distributeur agréé Sirona.

Distributeurs agréés Sirona :

SMD Paris, Rouen, Lille, Reims	01.43.94.70.00
BDS Colmar, Metz	03.89.20.17.40
Perrigot et Cie Lyon, Clermont Ferrand, Besançon, Annecy, Grenoble, Dijon	04.72.52.36.36
Sogim Grimouille Marseille, Nice, Montpellier, Perpignan, Avignon	04.91.78.36.06
Union Dentaire Toulouse, Bordeaux	05.61.43.25.50
Défi Dent Pau	05.59.40.19.20
Arcade Dentaire Rennes, Nantes, Brest	02.99.83.88.89
SOS Médical La Réunion	02.62.45.65.65



Docteur Marc BERT

Dépose d'une vis cassée dans un implant

Le problème

La fracture d'une vis cassée dans un implant (figure 1) est un problème majeur. Si la dépose du fragment fracturée n'est pas correctement gérée, l'implant peut ne pas être récupérable et devra être remplacé !

La cause du problème

Une fracture de vis est généralement précédée de plusieurs dévissages. Kallus et al. (1994) ont montré que «le dévissage des vis est en relation avec des défauts de l'armature et peut être considéré comme étant dépendant de l'opérateur.» L'autre cause majeure est l'occlusion (Bert, 2005), une cuspidé mal équilibrée causant une répétition de petites surcharges aboutissant au dévissage, puis à la fracture. Morgan et al. (1993) ont montré que toutes les fractures en implantologie (implants, armatures, vis, etc) étaient des fractures de fatigue (figure 2) et que le microscope électronique à balayage (MEB) montrait une surface piquetée caractéristique.

L'erreur à ne pas commettre

Utiliser la pointe à ultra-sons. C'est le réflexe «premier», non réfléchi. Le praticien tente d'appliquer à l'implantologie ce qu'il fait en dentisterie lorsqu'un tenon est fracturé dans une racine. Les ultra-sons, dans ce cas, sont une très bonne idée car le tenon est scellé dans la racine par un ciment que les micro-vibrations apportées par cet instrument peuvent contribuer à détériorer, facilitant ainsi le retrait de la partie fracturée intra-radicaire. Cette situation n'est en aucun cas transposable pour un fragment de vis cassé car il n'existe pas de ciment : les ultra-sons ne servent à rien. Il faut utiliser un instrument permettant le dévissage de la vis, ce qu'une pointe à ultra-sons ne permet pas. De plus, le titane est un matériau fragile. Lorsqu'une

pointe à ultra-sons est simplement promeneuse sur une surface en titane, celle-ci, vue au MEB, devient rugueuse. Si le contact se prolonge, la surface se couvre d'ébarbures de tailles diverses (figure 3). Si ce contact se fait à l'intérieur du filetage d'un implant, la rugosité ou l'ébarbure créées vont être des obstacles interdisant la remontée de la vis fracturée dans l'implant.

L'astuce du spécialiste

Le serrage à 20 ou 25 Nm de la vis s'applique entre la vis de pilier ou de prothèse, la pièce prothétique et l'implant. Lorsque la vis est fracturée, il n'existe plus de contrainte et le fragment est libre à l'intérieur du filetage. Deux cas de figure sont à considérer :

◆ la vis n'est pas bloquée à l'intérieur de l'implant

Dans la plupart des cas, une technique utilisant un matériel disponible au sein du cabinet dentaire et simple à mettre en oeuvre permet de sortir le fragment fracturé de l'implant. Une simple sonde droite peut parfois bien accrocher sur la surface piquetée de la vis fracturée et permettre le dévissage de la partie fracturée de la vis.

Sinon, une fraise à finir gros grain neuve est placée dans une vieille turbine au rotor bloqué (une goutte de colle sera éventuellement appliquée), turbine servant de manche et non connectée à l'unité dentaire (figure 4). Une pression sur la surface piquetée de la vis fracturée est appliquée et un mouvement de dévissage effectué (figure 5), permettant à la vis de remonter dans l'implant. Le moment le plus délicat est lorsque la vis affleure la surface de l'implant car il n'y a plus d'appui sur les parois internes de l'implant.

Lorsque la vis fracturée dépasse de quelques dixièmes de millimètres, une pince à mors fins et striés (une vieille pince à suture par

exemple) permet de terminer le dévissage (figure 6). L'application de cette technique simple permet, dans 90 % des cas, de retirer la vis fracturée.

◆ la vis est bloquée à l'intérieur de l'implant

Lorsqu'il est impossible d'extraire le fragment fracturé, il faut disposer d'un kit spécialement conçu comme en proposent 3i (SRT: Screw Removal Tool) ou Centerpulse et basé sur le principe du «tourne-à-gauche». L'utilisation de ces systèmes nécessite un apprentissage difficile à décrire dans un article court comme celui-ci.

Lorsque le fragment de vis est impossible à retirer du filetage de l'implant, c'est alors l'implant qui doit être déposé et remplacé immédiatement par un implant de plus gros diamètre, opération simple avec une prévision du succès dépassant les 95 % lorsqu'un protocole rigoureux est suivi (Bert, 2005).

Toutes les tentatives d'élimination du fragment à la fraise, de reforage du puits interne, de scellement de tenons divers ne sont que des pis-aller, simples bricolages n'apportant aucune solution durable au problème posé.

La prévention des récurrences

Lorsque le fragment de vis a été déposé, son remplacement par une vis neuve ne suffit pas à résoudre le problème. Le praticien doit s'interroger sur la cause du problème (pièce de prothèse mal adaptée, occlusion) et la résoudre, sinon la récurrence est systématique et la dépose de la vis fracturée de plus en plus problématique, le filetage intérieur de l'implant se détériorant facilement lorsque les contraintes mécaniques appliquées sont excessives.



L'ASTUCE DU SPECIALISTE

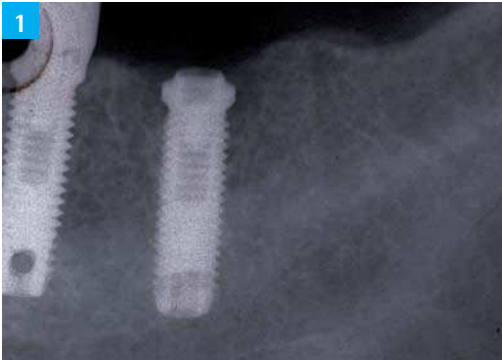


Fig. 1 : Une vis fracturée à l'intérieur d'un implant est généralement inaccessible et difficile à visualiser par la présence de la gencive entourant l'implant.



Fig. 2 : L'examen d'une vis fracturée montre que sa surface est piquetée, caractéristique d'une fracture de fatigue.



Fig. 3 : Lorsqu'une pointe à ultra-sons est promené sur une surface de titane, elle crée des rugosités importantes allant parfois jusqu'à des ébarbures (flèche), interdisant à la partie de vis fracturée de remonter.



Fig. 4 : Une fraise à finir gros grain neuve est placée dans une turbine servant uniquement de manche de préhension de la fraise, et non connectée à l'unit. Le rotor doit être bloqué à l'aide d'une goutte de colle.

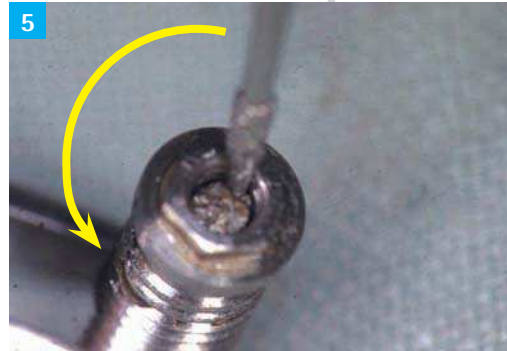


Fig. 5 : Une pression est appliquée sur le fragment fracturé, dans le sens du dévissage et permet de faire remonter la vis à l'intérieur de l'implant.



Fig. 6 : Lorsque le fragment affleure la surface de l'implant, il est saisi à l'aide d'une pince, ici une pince à suture dont les mors ont été modifiés afin de s'adapter au diamètre des vis implantaires.

Bibliographie

Bert M.: Gestion des Complications Implantaires. Quintessence International édit, Paris, 2005.

Kallus T., Bessing C.: Loose gold screws frequently occur in full-arch prosthesis supported by osseointegrated implants after 5 years. Int J Oral Maxillofac Implants 1994; 9: 169-178.

Morgan M.J., James D.F., Piliar R.M.: Fracture of the fixture component of an osseointegrated implant. Int J Oral Maxillofac Implants 1993; 8: 409-414.

La mise en charge **immédiate** d'implants

Historiquement, la mise en charge immédiate d'implants avait été totalement bannie par le Professeur Brånemark et son équipe. Beaucoup de nos maîtres se souviennent, en effet, de l'époque des implants lames où l'on cherchait à faire « travailler » les implants aussi vite que possible après leur pose. La fibrointégration qui en découlait était accueillie avec bienveillance, puisqu'on imaginait que l'on avait ainsi parfaitement recréé une sorte de ligament parodontal qui parviendrait à amortir les contraintes liées à la fonction masticatrice.

Malheureusement, l'étude des courbes de survie des implants en question permettait de prédire sans difficultés leur avenir : un échec plus ou moins rapide. Le tissu fibreux qui entourait les lames était constitué de fibres d'orientation parallèle à la surface de l'implant qui s'apparentait plus à un tissu d'interposition ou d'isolement qu'à un ligament parodontal dont les fibres sont elles, disposées perpendiculairement à l'axe de la racine.

Délai de cicatrisation : les raisons du choix selon Brånemark

A lors que les taux d'échec atteignent et dépassent après quelques années les 50%, le Professeur Brånemark découvre l'Ostéointégration de façon fortuite en étudiant la circulation sanguine de la moelle osseuse. Il intègre une chambre optique en titane pur, de forme vis, dans des os longs d'animaux. Pour perturber le moins possible la physiologie osseuse, il définit non seulement un protocole opératoire strict (utilisation d'un matériau biocompatible, aseptie poussée, protocole de forage limitant l'échauffement), mais il observe, de plus, un temps d'attente qu'il juge indispensable à la reprise d'un mode de fonctionnement normal de l'organisme après une « agression ». Brånemark ne parvient pas à retirer la chambre optique de l'os à la fin de ses observations, il vient de découvrir que l'os peut totalement se « souder » à un métal dans certaines conditions.

La mise en nourrice, c'est-à-dire, la mise à l'abri des charges occlusales en sous-périoste était, selon Brånemark, indispensable : trois mois en zone symphysaire et six mois au maxillaire.

1997, l'année du bouleversement. C'est à l'EAO (European Association for Osseointegration) qu'une expérimentation animale de mise en charge immédiate d'implants est présentée en 1997. Un peu plus tard, à Venise, des spécialistes mondiaux se réunissent pour un congrès consacré à cette révolution.

De faibles forces peuvent stimuler la formation osseuse

Si l'on se réfère aux études menées dans le domaine de l'orthopédie et de la traumatologie osseuse, de nombreux auteurs expliquent qu'une stimulation mécanique contenue peut se révéler être un facteur favorable du point de vue de la différenciation des cellules souches mésenchymateuses en ostéoblastes et de la formation de tissus osseux. (Sarmiento – 1977, Goodship – 1985, Goodman – 1993).

Dès 1973, Cameron, dans une étude sur le chien, introduit une notion seuil et distingue micro-mouvements qui n'entravent pas la croissance osseuse à l'interface os-métal et macro-mouvements qui

favorisent l'interposition de tissu fibreux à cette même interface. Brunski (1993) conclut que la régénération osseuse à l'interface os-implant demeure optimale si les mouvements restent en dessous d'un seuil, même si l'implant est en communication avec la cavité buccale. On peut noter que Schroeder (1976), Ericsson (1994), Bernard (1995) et l'école ITI en général, nous ont d'ailleurs montré que l'enfouissement de l'implant n'est plus considéré comme une condition nécessaire à l'obtention de l'ostéointégration.

Limiter les mouvements sur les implants en phase de cicatrisation

Nous savons à présent que les implants peuvent être non enfouis et que de faibles mouvements peuvent stimuler de façon positive la différenciation osseuse à l'interface os-implant. Il nous faut donc appréhender les différents éléments qui vont permettre de limiter ces fameux mouvements.

Le support osseux joue un rôle prépondérant. Sa densité permettra d'immobiliser de façon plus ou moins efficace l'implant lors de sa pose. Plus l'os sera de nature spongieuse et plus l'immobilisation de l'implant sera rendue compliquée.

L'état de surface de l'implant doit aussi être considéré. Pour Buser (1991), Lazzara (1999) et Sennerby (2000), le pourcentage d'apposition osseuse directe est favorisé par l'utilisation de surfaces rugueuses ou poreuses. Le seuil de tolérance aux micro-mouvements est amélioré par l'utilisation de ces mêmes surfaces (Szmukler-Moncler).

Le profil de la racine artificielle est un autre élément majeur dans notre quête de l'immobilisation maximale de l'implant lors de sa pose. Pour notre part, un implant de forme anatomique pourvu de spires comme le NOBELREPLACE® TAPERED GROOVY prend ici tout son sens. A propos de spires, le XiVE® DENTSPLY FRIADENT possède, lui aussi, un design qui offre une immobilisation primaire optimale.

Le principe de "l'union qui fait la force" doit aussi nous conduire à relier de façon rigide le maximum d'implants entre eux pour contenir toute mobilisation préjudiciable à l'élaboration du cal osseux.

Enfin, le sens clinique du chirurgien est incontestablement important. Faut-il ne pas tarauder ? Ne pas passer le dernier foret ? Modifier le protocole habituel ?



Comparaison entre surface usinée et surface modifiée, ici, TiUnité® en microscopie électronique à balayage
(© Copyright avec l'aimable autorisation de Nobel Biocare)

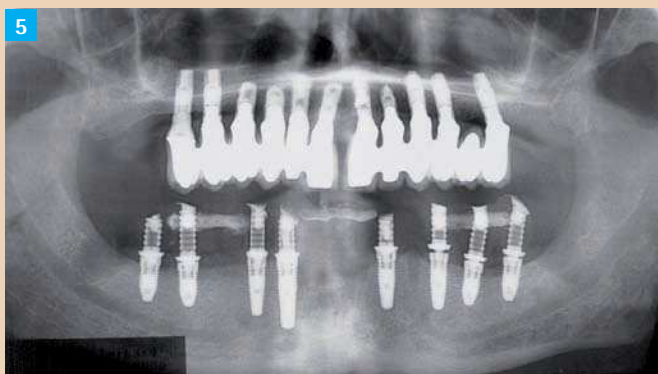


XiVE® Dentsply Friadent



NobelReplace®
Tapered Groovy Nobel Biocare

Ces deux implants présentent profil et spires parfaitement adaptés à la mise en charge immédiate. L'état de surface modifié, reconnaissable immédiatement, est un autre avantage déterminant



L'ajustage imparfait des pièces prothétiques provisoires à la mandibule illustre parfaitement les difficultés de travail rencontrées immédiatement après pose des implants. Sang, fils de suture et gencive flasque s'interposant facilement entre implant et accastillage prothétique.



Radiographie de contrôle d'implants REPLACE SELECT TAPERED NP (NOBEL BIO CARE) de 16 et 13 mm à mise en charge immédiate sur 12 et 22 lors de la pose des couronnes définitives, après 6 mois de couronnes provisoires.

La mise en charge immédiate permet de solutionner certains problèmes posés par un traitement classique

Il n'est pas rare de devoir imposer le port d'un appareil mobile à un patient pendant toute la phase d'ostéointégration alors que justement, il fait appel à nous pour ne pas avoir à supporter ce type de prothèse. Sur le plan psychologique, la réalisation rapide d'une prothèse fixe est un élément accueilli très favorablement par le patient. Un appareil mobile exerce des forces particulièrement nocives, car non contrôlées, sur des implants en voie d'ostéointégration. On découvre parfois, lors du second temps chirurgical, la présence d'une cratérisation osseuse autour d'un implant sollicité à travers la muqueuse. La situation est plus grave encore lorsqu'un secteur jouxtant l'implant est le siège d'une greffe osseuse devant être préservée de toute contrainte.

La cicatrisation osseuse et gingivale sous une prothèse adjointe générera le plus souvent un profil plat qui pourra compliquer la gestion esthétique future de nos travaux.

Difficultés et écueils de la mise en charge immédiate

Les taux de succès en implantologie « classique » dépassent les 96 % et il est primordial de ne pas accepter de revenir en arrière en augmentant le pourcentage d'échecs.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'expérience du praticien reste un élément déterminant de ce protocole de mise en charge immédiate. Il est très certainement souhaitable d'avoir une grande habitude des protocoles standards avant de se lancer dans ce type de chirurgie où la sanction de l'échec aboutira à une situation très difficile à gérer avec parfois fracture de table osseuse et retour à un traitement bien plus lourd encore avec greffes d'os et allongement drastique de la durée des soins !

Il ne faut pas oublier que dans les premiers jours suivants la pose des implants, l'immobilisation primaire ou stabilité mécanique est la plus élevée. Avec le temps, cette stabilité mécanique diminue pour être remplacée, plus tard, par l'ostéointégration ou stabilité biologique. Il existe une phase

critique où la stabilité primaire suit une courbe descendante alors que l'intégration osseuse est loin de pouvoir prendre le relais ! Il faut donc agir vite lorsque le choix du protocole de mise en charge immédiate est arrêté. D'ailleurs, selon Van Steenberghe (2002), on parle de mise en charge immédiate si celle-ci est effectuée dans les deux jours suivant la pose des implants. L'organisation du cabinet doit être prise en considération. Est-ce possible d'avoir un prothésiste de laboratoire qui assure rapidement un travail de qualité où les ajustages soient irréprochables ?

Nous restons convaincus que la plus grosse difficulté de conduite du protocole de mise en charge immédiate repose dans la mise en œuvre prothétique. Même lorsque le point du prothésiste évoqué plus haut est réglé, demeure un écueil de poids : il est particulièrement difficile de prendre des empreintes, faire des essayages et s'assurer du bon positionnement de pièces prothétiques dans une bouche avec sang (suites de la chirurgie), fils de sutures, inflammation des tissus post intervention et, bien souvent, il faut l'avouer, fatigue du patient et de l'équipe chirurgicale...



Contrôle clinique et radiographique à + 30 mois sur ce cas avec couronnes PROCERA® chape alumine sur faux-moignons PROCERA® zircone en 12 et 22

Visuels : réalisation prothétique : Docteur David Gerdolle – Clinique Dentaire de la Riviera – Vevey – Suisse
Laboratoire de Prothèse : Olivier Selhausen - Nancy

Il faut alors reconnaître que les chirurgies guidées type Nobel Guide® sont d'une aide précieuse dans le cadre de mise en charge immédiate. Le logiciel de chez Nobel Biocare permet de planifier sur ordinateur la chirurgie après exploitation de données scanner, de faire usiner un guide chirurgical précis qui autorise l'élaboration à l'avance d'une prothèse provisoire. Attention, là encore, il est illusoire de penser que le praticien novice s'en sortira plus facilement avec ce type de logiciels. Il faut avoir suffisamment d'expérience pour placer ses implants correctement, même si la chirurgie est virtuelle dans un premier temps. De plus, il est toujours possible que les problèmes surviennent en cours d'intervention et nécessitent un retour aux techniques classiques...

Enfin, la mise en charge immédiate est onéreuse. Il est probable que le laboratoire facture en sus sa disponibilité. Il faudra disposer de pièces prothétiques en plus grand nombre pour s'adapter à la situation de fin de chirurgie et d'un stock d'implants suffisant pour répondre à toutes les adaptations du plan de traitement en per opératoire. Le temps de cabinet sera lui aussi allongé.

Pour une mise en charge immédiate réussie

Petit à petit, il se dégage donc un ensemble de règles à respecter pour essayer de mener à bien une mise en charge immédiate. Tout doit être entrepris pour limiter les mouvements des implants :

- ◆ La contention des implants entre eux aussi rapidement que possible (avant deux jours),
- ◆ L'utilisation d'implants à surfaces modifiées,
- ◆ L'utilisation d'implants pourvus de filetage pour obtenir la nécessaire stabilité primaire. A ce propos, il faudra toujours chercher à utiliser l'implant qui permettra, par son design et sa longueur, d'obtenir la meilleure stabilité primaire

possible. Une conférence de consensus sur la mise en charge immédiate qui s'est tenue en mai 2006 à Naples suggère que la longueur minimale de l'implant soit de 10 mm,

- ◆ Une bonne connaissance et gestion de l'occlusion et des parafunctions éventuelles qui contre-indiqueront cette mise en charge immédiate,
- ◆ Obtenir du patient qu'il ait une alimentation molle durant 4 à 6 semaines.

Il faut enfin reconnaître que la mise en charge immédiate d'implants au maxillaire n'est répertoriée que plus récemment et que la majorité des études se retrouve à partir de 2005. Une étude de 71 articles retenus dans la littérature rapporte que 4,5 implants sont utilisés en moyenne à la mandibule, contre 7,8 au maxillaire (Del Fabbro – 2006).

On peut donc considérer que la mise en charge immédiate d'implants unitaires, à fortiori au maxillaire, est un exercice périlleux qui ne correspond pas pour le moment aux données avérées de la science. Il ne faut pas rejeter catégoriquement cette option de traitement mais l'utiliser avec une extrême prudence. Notons aussi que la mise en sous-occlusion de dents nous semble être une fausse sécurité. Langue, lèvres et bol alimentaire exercent systématiquement des contraintes sur ce qui est présent en bouche.

De notre point de vue, c'est le traitement de l'édentation totale qui donne tous nos sens à la mise en charge immédiate d'implants.

Une devise pourtant « ancienne » doit donc systématiquement nous guider dans nos choix et nos gestes « modernes » : « primum, non nocere ». C'est par ce précepte qu'Hippocrate rappelait à chaque médecin le premier de ses devoirs : d'abord ne pas nuire !

Dr Jérôme Liberman et Dr Franck Simon
 Diplômés Universitaires d'Implantologie
 Chirurgicale et Prothétique - Paris VII
 Nancy - France



« Pour un résultat esthétique, l'apposition tissulaire au niveau de l'implant et de la suprastructure doit être bien dense. Pour ce faire, il convient de placer sous la crête les implants avec un col mordancé. Si de plus, la connexion est rigide et étanche aux bactéries, une croissance osseuse jusqu'au-delà de l'épaule de l'implant est assurée. Les tissus mous sont parfaitement étayés, la stabilité à long terme est selon moi mieux prédictible. »

Le TissueCare Concept : Une nouvelle définition de la stabilité tissulaire

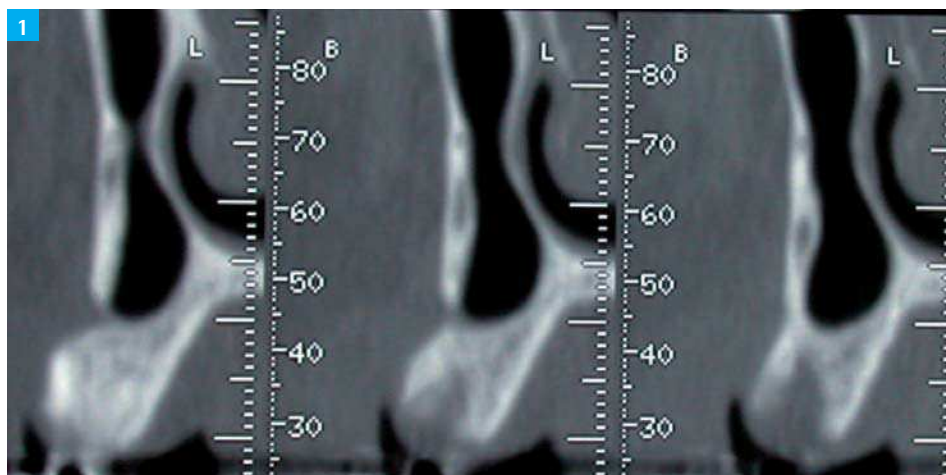


Le système implantaire **ANKYLOS®** de DENTSPLY Friadent est le garant d'une esthétique pérenne. Sa TissueCare Connection unique avec son action protectrice sur les tissus durs et mous, son Platform-Switching intrinsèque au système, l'épaulement micro-rugueux de l'implant et la possibilité d'un positionnement subcrestal définissent de nouveaux critères en matière de stabilité tissulaire et de préservation osseuse. Pour plus d'informations sur les cinq facteurs garantissant une stabilité tissulaire initiale durable, consultez le site www.tissuecareconcept.com

DENTSPLY
FRIADENT

Le rehaussement du plancher du sinus maxillaire

Le rehaussement du plancher du sinus maxillaire en vue d'implants dentaires est une technique fiable et reproductible aussi bien avec de l'os autogène, les xénogreffes, les allogreffes ou les matériaux alloplastiques. Cet article propose des réflexions cliniques sur une expérience de plus de 10 ans basée sur une utilisation surtout de xénogreffes et d'os autogène. Si l'utilisation des matériaux de substitution se généralise de plus en plus pour ce type de chirurgie, il n'empêche que l'os autogène conserve ses propres indications.



Coupe scanner montrant une artère alvéolo-antrale.

L'utilisation des allogreffes des xénogreffes ou des matériaux alloplastiques dans le rehaussement du plancher du sinus maxillaire donne d'excellents résultats (2.11.13.14.27). Le principal obstacle reste la perforation de la membrane sinusienne. Lors de l'intervention une légère déchirure de celle-ci peut être colmatée avec une membrane en collagène car sa suture est souvent aléatoire. Si la membrane de Schneider ne peut être réparée hermétiquement l'arrêt de l'intervention et sa reprise trois à quatre mois plus tard reste à notre avis l'attitude la plus responsable. Pour réduire d'une manière significative le risque de déchirure de cette membrane, l'analyse attentive du site sinusien tant sur le plan anatomique que physiologique et sa préparation doivent être faites en amont. Le scanner est obligatoire.

Facteurs anatomiques et physiologiques

Absence de pathologie sinusienne

Si le scanner montre une hyperplasie de la muqueuse sinusienne, le praticien doit compléter cet examen par une coupe coronale passant par les méats pour vérifier la perméabilité de l'ostium maxillaire. En cas de conflit ostéo-méatal, l'avis d'un ORL qui décidera de la nécessité d'une méatotomie moyenne, ou d'un simple traitement médicamenteux est obligatoire.

Solution de continuité osseuse

En cas de solution de continuité osseuse, le chirurgien doit être très vigilant car la dissection de la muqueuse sinusienne peut s'avérer très difficile et le risque de déchirure est important.

Présence d'une communication bucco-sinusienne

Dans ce cas, la fermeture, dans un premier temps, de cette communication par un lambeau palatin ou par la boule de Bichat est indispensable avant le rehaussement du plancher sinusien. Un délai de trois à quatre mois entre les deux interventions est nécessaire.

Artère alvéolo-antrale

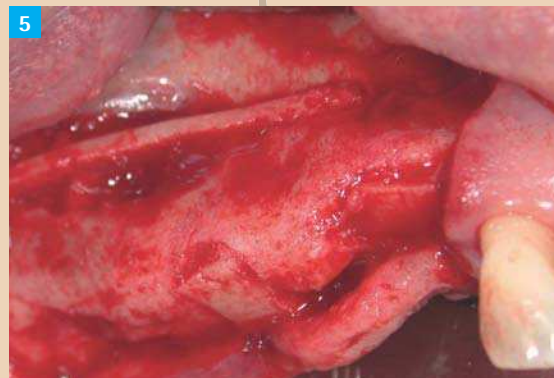
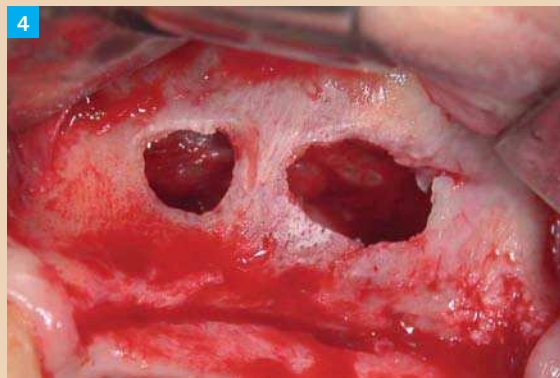
La présence de cette artère dont le diamètre peut parfois être relativement important ne constitue absolument pas une contre-indication à la chirurgie sinusienne, mais sa rupture pendant l'intervention peut gêner l'opérateur et le décollement de la muqueuse devient délicat. Une fois sa situation exacte repérée sur le scanner (Fig.1), il est préférable de l'éviter avec une ouverture adéquate de la paroi osseuse du sinus (Fig.2 et 3).

Présence de septum(s) intra-sinusien

La présence d'un ou de plusieurs septums intra-sinusien peut compliquer d'une façon significative le décollement de la muqueuse sinusienne (16.28.32). Si le septum est vestibulo-palatin et sa situation repérée sur le scanner, cela offre la possibilité de réaliser deux ouvertures distinctes ; cette technique est la technique de choix (Fig. 4). Si cela s'avère impossible, une large ouverture de la paroi osseuse est nécessaire pour permettre un décollement minutieux de la muqueuse. Si une perforation de celle-ci arrive, le chirurgien se doit d'estimer son importance et sa nature et de décider l'arrêt ou non de l'intervention. Parfois, il



Ouverture de la paroi sinusienne respectant l'artère alvéolo-antrale.



Septum intra-sinusien avec une ouverture de chaque côté.

Plafond cortico-spongieux empêchant le refoulement du matériau de comblement dans la cavité sinusienne.

arrive que le septum divise le sinus dans le sens mésio-distal, ce qui constitue une réelle difficulté chirurgicale.

Extractions récentes

Après des extractions récentes, surtout si les dents souffraient de lésions parodontales, la muqueuse sinusienne garde pendant trois à quatre mois une grande activité ostéoclasique. Elle est donc plus fragile (28.32) ; ce délai nous paraît raisonnable avant de réaliser la chirurgie sinusienne.

Les récives chirurgicales

En cas de récive chirurgicale, et en l'absence de la paroi antéro-externe du sinus, la muqueuse sinusienne adhère fortement au périoste et sa dissection est très délicate. En principe, cette situation doit être évitée par l'utilisation d'une membrane en collagène pour fermer la fenêtre chirurgicale après l'échec de la première chirurgie. Dans le cas contraire, le risque de déchirure est très élevé et l'utilisation d'une autogreffe est justifiée (34).

Volume osseux sous-sinusien

Avant chaque chirurgie de rehaussement du sinus maxillaire, une lecture attentive du scanner est

obligatoire pour évaluer avec précision la quantité et la qualité d'os résiduel sous le sinus maxillaire (9.10.32). Il est largement admis qu'une hauteur osseuse supérieure à 4 mm et de largeur suffisante constitue un élément très favorable pour la stabilité des implants et pour son potentiel ostéogénique. Si la hauteur existe mais la largeur est insuffisante, une greffe autogène en apposition latérale doit être réalisée pour reconstruire tout le volume sous sinusien.

Sinus maxillaire très volumineux

Un sinus maxillaire avec une faible hauteur crestale et volumineux, surtout dans le sens vestibulo-palatin - par conséquent une paroi médiale difficile à atteindre sans un grand risque de déchirure de la membrane de Schneider - constitue à notre avis une mauvaise indication pour un rehaussement avec une allogreffe ou une xélogreffe ou un matériau alloplastique. L'os autogène, par son potentiel ostéogénique ostéoinducteur, reste pour nous le matériau de choix (25.34).

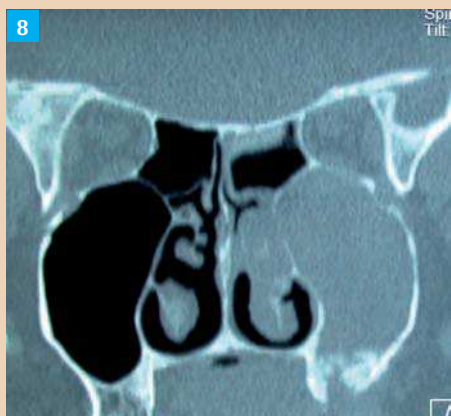
Matériaux de comblement

Si l'os autogène donne d'aussi bons résultats que les substituts osseux (2.3.9.11.14.26.27), son principal intérêt, pour les rehaussements sinusiens,

réside surtout dans le fait qu'en cas de déchirure de la membrane de Schneider, le chirurgien a toujours la possibilité de réaliser un plafond cortico-spongieux (25.34) (Fig.5) pour empêcher le refoulement du matériau dans la cavité sinusienne et finir sa chirurgie. Le colmatage de cette perforation avec une membrane en collagène est possible mais reste aléatoire ; elle dépend essentiellement de la nature de la déchirure et de son importance (18.30.33) mais aussi de l'expérience du chirurgien. La réalisation de ce plafond avec un prélèvement intra-oral mentonnier ou rétromolaire est possible, mais ce prélèvement a souvent une taille insuffisante et inadaptée. Des blocs allogéniques ou alloplastiques ont été utilisés pour réaliser ces plafonds mais les résultats restent décevants et non reproductibles pour le moment. Dans la majorité des cas, cette intervention se déroule sous anesthésie générale avec un prélèvement pariétal, ce qui alourdit d'une manière significative cette chirurgie, bien que les complications sérieuses semblent être rares (25). Malgré cela, l'indication de ce type de prélèvement doit, à notre avis, être réservée aux grandes reconstructions maxillaires et mandibulaires, aux dysplasies et agénésies multiples qui nécessitent, outre les rehaussements sinusiens, des greffes en onlay où l'os autogène reste le matériau de choix.



Image radiologique avant et après rehaussement du plancher sinusien avec implantation immédiate ; le dôme est nettement visible.



Petite quantité de matériau de comblement projeté dans le sinus à partir du puits implantaire provoquant une sinusite aigue.



Une xénogreffe refoulée dans le sinus après une perforation importante de la membrane de Schneider provoquant une sinusite maxillaire.

En revanche, si le praticien estime avant l'intervention que le risque de perforation de la membrane de Schneider est réellement très élevé pour les raisons citées plus haut, l'utilisation de l'os autogène avec la possibilité de réaliser un plafond peut être justifiée.

Techniques chirurgicales

Qu'il s'agisse d'un rehaussement de la muqueuse sinusienne avec ou non une mise en place immédiate des implants, la technique de la fenêtre latérale reste pour nous la technique de choix car elle permet à tout moment de vérifier d'une façon objective la perméabilité de la muqueuse. Cette ouverture peut être faite indifféremment avec une fraise en Tungstène et terminée par une fraise diamantée ou bien avec un appareil à ultrasons ; cette technique est plus longue si la paroi antéro-externe est épaisse. Selon ses habitudes, le chirurgien peut garder cette paroi en la refoulant avec la membrane, l'abraser ou l'enlever complètement, ce qui offre une visibilité meilleure pour son décollement.

L'utilisation des curettes à sinus de formes adaptées (Société STOMA) doit être faite avec beaucoup de patience et de précision. Le bout de la curette doit être en contact permanent avec les

parois osseuses. Le chirurgien-dentiste peut à tout moment agrandir la fenêtre d'ouverture pour garder ce contact. Le décollement de la membrane de Schneider doit obligatoirement intéresser la paroi médiale, qui représente presque à elle seule le potentiel ostéogénique et ostéoinducteur disponible.

Le décollement de la paroi postérieure est rarement recherché, sauf si le volume sinusien est particulièrement petit et où si l'anatomie du sinus le permet. Après avoir vérifié objectivement l'intégrité de la membrane de Schneider, la mise en place du matériau de comblement doit être méthodique, en s'appuyant notamment sur la paroi crestale et médiale. Il n'est pas nécessaire de condenser fortement le matériau mais sa mise en place doit être très soignée. L'interposition d'une membrane de collagène entre le lambeau muqueux et le matériau de comblement est fortement indiquée pour éviter sa colonisation par les fibroblastes (1.24.22). Enfin, quand la hauteur d'os crestal n'est pas inférieure à 5 mm, la mise en place des implants en même temps que le rehaussement de la muqueuse donne de très bons résultats ; l'image radiologique obtenue est un dôme très nettement limité, ce qui confirme l'absence de perforation de la membrane de Schneider (Fig. 6 et 7).

La technique de SUMMERS (20), si elle est maîtrisée par le chirurgien, doit être utilisée de préférence sans refoulement de matériau dans le puits implantaire. Le matériau, surtout s'il ne s'agit pas d'os autogène, peut à tout moment, et ce quelque soit la dextérité du praticien, être refoulée dans la cavité sinusienne (Fig. 8) avec toutes les complications que l'on décrira plus loin ; car il est impossible pour le chirurgien de vérifier l'intégralité de la membrane. Cette technique, surtout utilisée en deux temps (12), est dangereuse et sans intérêt car la durée du traitement est sensiblement la même et les risques de complications plus importants. Il est sans fondement d'affirmer que la vascularisation du greffon est perturbée par la rupture de l'artère alvéolo-antrale, quand on sait le nombre de publications et leurs statistiques (9.11.14.27) sur les rehaussements sinusiens réalisés par la technique de la fenêtre latérale classique.

Incidents per-opératoires

La rupture de l'artère alvéolo-antrale constitue souvent une gêne opératoire. Mais l'hémostase avec du Pangen ou de la cire à os en petite quantité est possible en évitant le passage de la cire dans la cavité sinusienne. La principale complication reste la perforation de la muqueuse sinusienne. Si l'intervention est réalisée sous anesthésie locale,

SEVEN | Un Implant Unique

SEVEN Caractéristiques

- Conception géométrique de haute technologie
- Surface sablée/mordancée recouvrant totalement l'implant
- Foret final livré avec chaque implant Seven
- Auto taraudant

SEVEN Avantages

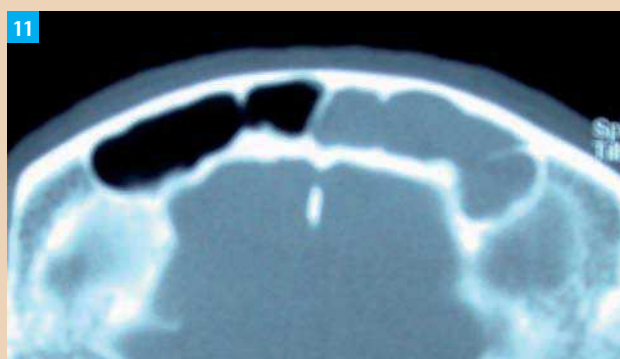
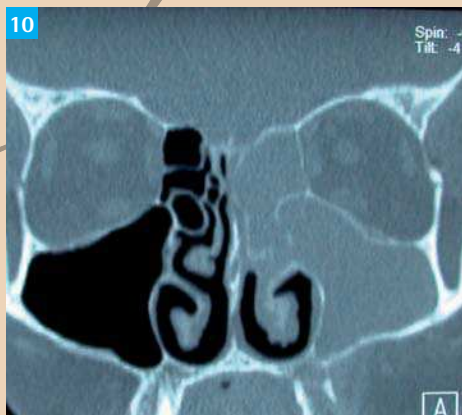
- Taux de réussite très élevé
- Excellente stabilité primaire
- Convient à tout type d'os
- Résorption osseuse minimale

© MIS Corporation. All rights reserved.

Mis offre une large gamme de solutions innovantes.
Pour en savoir plus, visitez notre site internet:
misimplants.com ou appelez le 0810 89 50 30

CE 0483, ISO 9001:2000, ISO 13485:2003 • FDA clearance # K003191

mis FRANCE
Make it Simple



Pan sinusite intéressant le sinus maxillaire, les cellules ethmoïdales et le sinus frontal

cela se traduit immédiatement par une absence de mobilité de la membrane de Schneider qui accompagne obligatoirement le mouvement respiratoire du patient. Si le praticien n'est pas sûr de pouvoir colmater hermétiquement la brèche, il est préférable de retarder le rehaussement de trois à quatre mois, délai souvent nécessaire pour la cicatrisation de cette membrane.

Complications post-opératoires

L'hémorosinus est une complication relativement fréquente mais sans danger. En revanche, une antibiothérapie adaptée est obligatoire.

Les fautes d'asepsie peuvent donner des infections aiguës ou chroniques ; il est rare qu'une antibiothérapie, même prolongée, règle définitivement le problème. Un contrôle scanner doit être réalisé avant la pose des implants s'ils sont différés, et si les implants sont posés en même temps que la chirurgie sinusienne. Si une sinusite se déclare rapidement après le rehaussement, l'implantologiste peut demander l'avis d'un ORL qui pourrait réaliser une méatotomie moyenne pour drainer le sinus. Cette technique donne parfois de bons résultats.

Le refoulement du matériau de comblement dans la cavité sinusienne (Fig. 9), et ce indépendamment de la quantité refoulée, reste la principale complication de cette intervention. Il est rare que ce matériau soit évacué spontanément par la cavité nasale. Sa présence dans le sinus maxillaire provoque systématiquement une sinusite maxillaire aiguë ou chronique et son extraction par méatotomie réalisée par un ORL, accompagnée souvent d'une révision sinusienne, est obligatoire. En l'absence de ce geste chirurgical, la sinusite peut atteindre les cellules ethmoïdales, puis le sinus frontal, donnant ainsi une pan sinusite (Fig. 10 et 11). Toute antibiothérapie, même prolongée, sans drainage sinusien, restera inefficace.

Discussion

Bien que l'os autogène reste un matériau de choix, son utilisation dans notre pratique quotidienne dans le rehaussement du plancher sinusien diminue constamment en faveur des xéno greffes et des matériaux alloplastiques. Cependant, cette chirurgie sinusienne doit être précédée d'un véritable plan de traitement, et réalisé par un praticien expérimenté. Le patient doit être réellement informé sur la nature du substitut osseux et averti du risque de la perforation de la membrane et de l'éventuel report de la chirurgie, si le praticien n'arrive pas à colmater parfaitement cette perforation.

Docteur Michel JABBOUR

Directeur du D.U. de chirurgie pré-implantaire
Praticien attaché consultant des hôpitaux de Paris, Sde de
Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU de Bicêtre
Exercice privé, Paris

Bibliographie

- 1- Avera SP, Stampey WA, McAllister BS. Histologic and clinical observations of resorbable and non-resorbable barrier membranes used in maxillary sinus graft containment. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997;12:88-94.
- 2- Becker W, Urist M, Becker BE, Jackson W, Parry DA, Bartold M, et al. Clinical histologic observations of sites implanted with intraoral autologous bone grafts or allografts. 15 human case reports. *J. Periodontol* 1996;67:1025-33.
- 3- Block MS, Kent JN, Kallukaran FU, Thunth K, Weinberg R. Bone maintenance 5 to 10 years after sinus grafting. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:706-14.
- 9- Chavanaz M. Maxillary sinus : Anatomy, physiology, surgery and bone grafting related to implantology : Eleven years of experience (1979 - 1990). *J Oral Implantol* 1990;16:199-209.
- 10- Cawood JJ, Howell RA. A classification of the edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17:232.
- 11- Fugazzotto PA, Vlassis J. Long term success of sinus augmentation using various surgical approaches and grafting materials. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13:52-8.
- 12- Hage G. Greffe intra-sinusienne par voie crestale : une alternative à la technique de la fenêtre latérale ? *Inf Dent* 2002 ;30 :2119-25.
- 13- Haas R, Donath K, Fodinger M, Watzek G. Bovine hydroxyapatite for maxillary sinus grafting: comparative histomorphometric findings in sheep. *Clin Oral Implants Res* 1998;9:107-16.
- 14- Jensen OT, Shulman LB, Block MS, Iacono VJ. Report of the sinus consensus conference of 1996. *Int Oral Maxillofac Implants* 1998;13(suppl):11-32.
- 16- Krenmair G, Ulm GW, Lugmayr H, Solar P. The incidence, location, and height of maxillary sinus septa in the edentulous and dentate maxilla. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57:667-671.
- 18- Proussaefs P, Lozada J, Kim J, Rohrer MD. Repair of the Perforated Sinus Membrane with a Resorbable Collagen Membrane : A Human Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004, volume 19, number 3
- 20- Summers RB. A new concept in maxillary implant surgery : the osteotome technique. *Compend Contin Educ Dent* 1994;15:152-60.
- 22- Tarnow DP, Wallace SS, Froum SJ, Rohrer MD, Cho S-CH. Histologic and clinic comparison of bilateral sinus floor elevations with and without barrier membrane placement in 12 patients: Part 3 of an ongoing prospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000;20:116-25.
- 24- Tawil G, Mawla M. Sinus floor elevation using a bovine bone mineral (Bio-Oss) with or without the concomitant use of the bilayered collagen barrier (Bio-Gide): a clinical report of immediate and delayed implant placement. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001; 16:713-21.
- 25- Tuslane JF, Camelo-Munoz JM. Greffe osseuse crânienne intra-sinusienne. *Journal de Parodontologie & Implantologie Orale*. 1999 ;18(2) :183-197.
- 26- Valentini P, Abensur D. Maxillary sinus floor elevation for implant placement with demineralised freeze-dried bone and bovine bone (Bio-Oss) : a clinical study of 20 patients. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997;17:232-41.
- 27- Valentini P, Abensur D, Wenz B, Peetz M, Schenk R. Complements sous-sinusiens avec de l'os minéral poreux (Bio-Oss) avant la mise en place d'implants: étude à 5 ans chez 15 patients. *Parodontie et Dentisterie Restauratrice* 2000 ;20 :245-53.
- 28- Van den Bergh JPA, Bruggenkate CM, Disch FLM, Tuinzing DB. Anatomic aspects of sinus floor elevations. *Clin Oral Implants Res* 2000 ;11:256-265.
- 30 - Vlassis JM, Fugazzotto PA. A classification system for sinus membrane perforations during augmentation procedures and option of repair. *J Parodontol*. 1999 Jun 70(6) : 692-699
- 32- Watzek G, Ulm Ch, Haas R. Anatomic and physiologic fundamentals of sinus floor augmentation. In Jensen O (ed). *The sinus bone graft*. Chicago: Quintessence, 1999:31-47.
- 33- Ziccardi VB, Betts NK. Complications of maxillary sinus augmentation. In : Jensen O (ed). *The sinus bone graft*. Chicago : Quintessence, 1999:201-208.
- 34- Zerbib R. Comblement sous-sinusal à l'aide d'os auto-gène. *Implant*. 1996 ;2(3) :202-206.

REVOIS® All-in-One-System

stabilité primaire exceptionnelle – esthétique optimale – simplicité de manipulation



- platform switching et pilier spécifiquement conçus pour obtenir un volume osseux plus important et une meilleure croissance des tissus mous
 - système «snap-on-tool» innovant: grande précision d'empreinte, base pour la couronne provisoire et définitive
 - stabilité primaire exceptionnelle grâce aux spires progressives fusionnant dans les micro spires
- = **esthétique excellente et stable à long terme**



- une seule gamme prothétique et un pilier unique pour tous les diamètres d'implant
 - pilier universel: pour le transfert, l'empreinte, le provisoire et le définitif
 - peu de pièces, simplicité de manipulation, investissement réduit
- = **gestion idéale du temps et du coût**

curasan

curasan succ. France | 7, Place de la Gare | 57200 Sarreguemines
Tel.: 03 87 95 93 03 | Fax: 03 87 95 93 04 | www.curasan.com
Responsable: M. Laurent Pomiès | Tel.: 06 11 65 10 10
Email: laurent.pomies@curasan.de

REVOIS®

THE REVOLUTIONARY IMPLANT SYSTEM

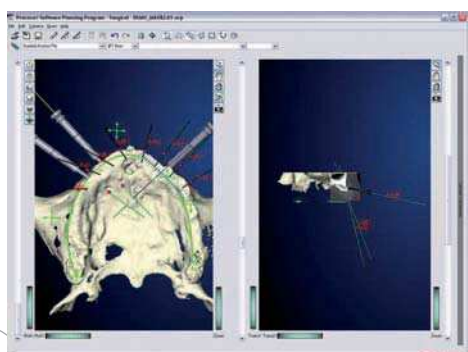
EXCEPTIONNEL : le Dr Ady PALTÍ fera une conférence en direct sur internet le mercredi 20 juin à 21 heures sur le site : **www.zedental.com** afin de montrer les immenses possibilités du système **REVOIS**

Imagerie et navigation chirurgicale

Protocoles opératoires des logiciels

SIMPLANT et NOBEL GUIDE

Ces dernières années ont connu le développement du numérique. Cette évolution a permis le passage de la radiographie argentique à la numérique, d'abord dans le cadre des rétro alvéolaire à la RVG, puis dans le cadre des radiographies panoramiques dont la qualité d'image ne cesse d'augmenter en s'approchant des limites techniques. Les années à venir ne dérogent pas à cette évolution et vont certainement voir le développement des scanners « personnels » dits « Cone Beam ». En effet, on assiste aujourd'hui à l'arrivée sur le marché d'un nombre important de machines permettant d'obtenir des images en 2 et 3 dimensions, pouvant être exploitées dans différents logiciels d'imagerie, de navigation et de planification implantaire. Quel que soit le logiciel, un protocole rigoureux doit être suivi. Le but de cet article est de guider les praticiens dans le protocole à suivre afin de réaliser une planification implantaire informatique à l'aide des deux principaux logiciels de planifications que sont SIMPLANT et le NOBEL GUIDE.



Protocole pré implantaire

Etude pré prothétique pré implantaire

L'étude commence classiquement par la réalisation de modèles d'étude montés sur articulateur. Puis, un montage en cire préfigurant la prothèse définitive, ou tout du moins la position désirée, des dents prothétiques est réalisé. Cela permet d'objectiver l'application des impératifs de la prothèse implanto-portée.

Un guide radiologique dérivé du modèle prothétique est réalisé. Soit il contient des dents du commerce radio opaques, soit on ajoute du sulfate de baryum dans la résine servant à sa réalisation. En modulant les concentrations de sulfate de baryum, on peut ainsi différencier et individualiser des masques de densités différentes avec précision. L'axe principal de la dent peut être rendu visible par la réalisation d'une cavité cylindrique centrée sur la face occlusale de la dent et émergeant au centre de la surface cervicale. Des repères de positionnement sont dans le cas du NOBEL GUIDE répartis à certaines positions sur le guide d'imagerie. Ils servent au recouplement lors des scannages.

L'examen scanner

Le patient est adressé chez le radiologue pour réaliser l'examen tomodensitométrie. Dans le cas du logiciel SIMPLANT, le patient réalise le scanner en portant le guide d'imagerie ; les arcades ne doivent pas être en contact afin de réaliser plus facilement le traitement du scanner. Le radiologue devra veiller aux points suivants :

- Stabilité et bon positionnement du guide radiologique, avec contrôle de son adaptation intime avec les tissus mous sous jacents,
- Détermination du plan axial parallèle à la face occlusale des dents,
- Examen réalisé en inocclusion des arcades dentaires,
- Visibilité de la face occlusale de dents qui ne doivent pas être coupées.

Les données obtenues sont traitées par un centre de traitement.

Dans le cas du logiciel NOBEL GUIDE, deux scannages sont nécessaires : un scanner du patient portant le guide d'imagerie et un index radiographique qui permet de contrôler

le bon positionnement du guide d'imagerie. Et un scanner du guide radiographique seul, ce qui permettra ensuite de travailler avec des calques de chacun des éléments.

Dans les deux cas, les données reçues (DICOM) nécessitent d'être travaillées afin de séparer et différencier les différents éléments tels que l'os, les dents, la fausse gencive, les dents prothétiques. Ces conversions peuvent être réalisées soit par les éditeurs de logiciels moyennant paiement, soit directement par le chirurgien-dentiste dans le cas de versions logiciels plus complètes.

Planification implantaire

Le chirurgien dentiste peut alors réaliser sa planification implantaire qui doit respecter 9 points :

- vérifier l'exactitude du scanner,
- localiser l'axe d'émergence axiale sur la table occlusale ou sur le bord incisif,
- placer l'implant sur une vue latérale, vérifier le positionnement de la plateforme, le profil d'émergence, le porte à faux,
- positionner les clavettes d'ancrage de guide et vérifier la non collision des différents axes,
- vérifier le parallélisme des implants sur une vue panoramique,
- confirmer le parallélisme sur une vue en 3 dimensions,
- vérifier les éventuelles fenestrations osseuses,
- déterminer la densité osseuse,
- commander le guide chirurgical.

Le guide chirurgical est réalisé à l'aide d'un système stéréolithographique, c'est-à-dire à l'aide d'un laser qui va durcir une résine pure qui est liquide à l'état initial.

Le guide fabriqué est sensible à l'humidité et à la lumière, et doit être conservé dans un sac qui le protège de la lumière, accompagné d'un absorbeur d'humidité.

Ce guide est alors adressé au technicien de laboratoire pour que celui-ci fabrique le modèle en plâtre avec les répliques des implants, le guide de positionnement inter maxillaire qui sera utilisé durant la chirurgie afin d'être certain de bien positionner le guide chirurgical avant son immobilisation. Le modèle obtenu par le guide chirurgical permet également de fabriquer la prothèse provisoire et/ou la prothèse d'usage.

Protocole chirurgical

Le protocole est différent selon que la chirurgie se réalise à l'aide d'un guide chirurgical à appui osseux (SIMPLANT), ou d'un guide chirurgical à appui muqueux (NOBEL GUIDE, SIMPLANT).

Dans un cas comme dans l'autre, une anesthésie est réalisée. Puis, si l'appui est osseux, l'incision est réalisée et enfin le décollement ; le guide est alors mis en place, puis vissé à l'aide de vis d'ostéosynthèse. Le forage séquentiel est réalisé à l'aide de forets à butée, les implants sont montés sur des portes implants qui vont permettre de guider leur mise en place. Cette mise en place est réalisée au augmentant progressivement le couple de serrage : d'abord 20 N.Cm, puis 30 et ce jusqu'à 45 N.Cm. Si la mise en place ne se fait pas jusqu'à la limite définie, il faut revenir en arrière, déposer l'implant, éventuellement repasser le dernier foret et tarauder. On essaie alors de la même manière de remettre en place le ou les implants. Puis, soit les sutures sont réalisées, soit dans le cas d'une chirurgie sans lambeau, une prothèse provisoire est mise en place.

Dans le cas d'un guide à appui muqueux, l'élément majeur est la vérification du bon positionnement de ce guide. La planification des implants implique une unique position de ceux-ci par rapport à l'os. Un décalage du guide peut conduire à une mauvaise position des implants, avec le risque que ceux-ci se retrouvent en contact avec la muqueuse gingivale, voire complètement en dehors de la crête osseuse, ce qui conduit à une mauvaise stabilisation primaire des implants et ce qui remet en cause tout le plan de traitement.

Cependant, avec une bonne préparation et une vérification minutieuse, la chirurgie se trouve grandement simplifiée, avec des possibilités de chirurgies sans incisions, réduisant ainsi non seulement le temps opératoire mais également les suites opératoires.

Discussion

On peut se demander quelle est la précision de placement des implants à l'aide de guides chirurgicaux issus d'une assistance informatique. Une étude préliminaire de Zechner et collaborateur nous donne une réponse avec les valeurs suivantes :

Déviations horizontales maximales : 0,6 mm

Déviations verticales maximales : 0,9 mm

Déviations maximales de l'angulation : 6,1°.

Ces valeurs obtenues nous montrent la très grande précision des différents systèmes mais elles nous indiquent également qu'il est nécessaire d'avoir des éléments adaptatifs dans la prothèse provisoire mise en place ou celle d'usage, lorsqu'une mise en charge est réalisée au moment de la pose des implants.

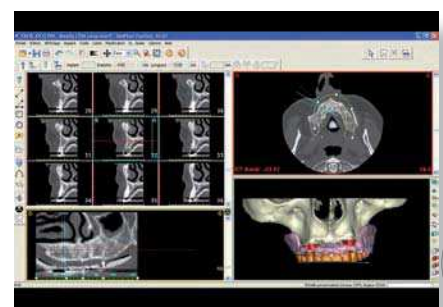
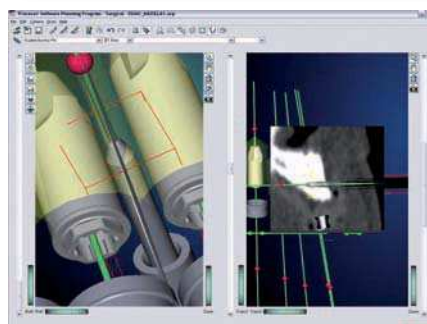
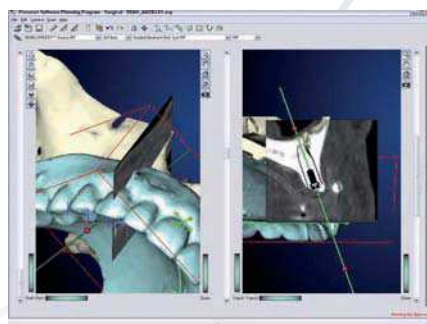
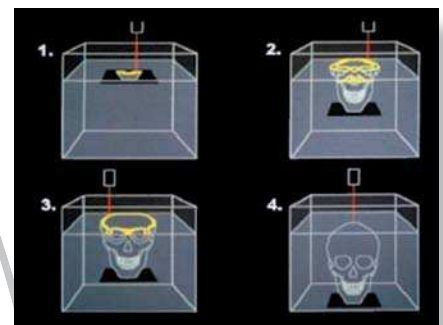
Conclusion

En conclusion, on ne peut nier l'intérêt qu'apporte la navigation chirurgicale. Celle-ci nous permet de sécuriser notre geste chirurgical grâce à une utilisation de guides qui permettent de positionner parfaitement les implants par rapport aux structures anatomiques, de sécuriser le forage avec des forets à butée, de mettre en place une prothèse (provisoire ou d'usage lors de la mise en place des implants). La précision des guides ne cesse d'augmenter. Cependant, ces techniques nécessitent un travail considérable en amont, tant sur la préparation des modèles de laboratoire que sur la préparation intellectuelle du cas clinique.

De plus, la maîtrise des différents logiciels nécessite une courbe d'apprentissage qui n'est pas la même pour tous les praticiens. Enfin, les complications chirurgicales doivent être prévues et une solution de remplacement doit être préparée au préalable : il serait difficile de faire comprendre à un patient qu'il est impossible de mettre en place une prothèse fixe transvissée quand la stabilisation primaire des implants n'est pas celle que l'on attendait.

L'information donnée aux patients doit être la plus complète et inclure les complications possibles afin que le consentement obtenu soit le plus éclairé. Ceci permettra de limiter les litiges et de conserver la confiance de nos patients.

Dr Michaël CORCOS
Attaché au DUCP Paris 7





CURAIO

COLLEGE POST-UNIVERSITAIRE RHONE-ALPES D'IMPLANTOLOGIE ORALE

Accréditation CNFCO : 07690102-37

Année Universitaire 2007/2008

Attestation d'Etudes en Implantologie

Responsables du cycle : Dr Ch. Chavrier et Dr P. Exbrayat. Pour tous renseignements, contacter : Jean-Vincent Habouzit
C.U.R.A.I.O, 96, rue Montgolfier 69006 Lyon. Tél.: (33) 04 72 82 94 70 - Fax : (33) 04 78 94 37 95.
Site Internet : www.curaio.com - email : curaio@wanadoo.fr

Connaissances
Fondamentales

1
Session

Jeudi 18 Octobre 2007

- 8h30 - 8h45 : Présentation du cycle.
- 8h45 - 12h30 : Anatomie maxillaire et mandibulaire appliquée à l'implantologie.
- 14h00 - 15h30 : Les examens radiographiques.
- 15h45 - 18h30 : Histologie de l'os et cicatrisation osseuse péri-implantaire.

Ch. Chavrier - P. Exbrayat
J.F. Gaudy
J.C. Bousquet
Ch. Médard

Vendredi 19 Octobre 2007

- 8h30 - 12h00 : Histologie de la gencive / Ostéointégration / Gingivointégration.
- 14h00 - 18h00 : Les matériaux implantaires / Les interfaces os-implant / Biocompatibilité implantaire.

Ch. Chavrier
P. Exbrayat

Samedi 20 Octobre 2007

- 8h30 - 9h00 : Les implants : indications et cahier des charges.
- 9h00 - 10h30 : Le choix des sites implantaires.
- 11h00 - 12h00 : Le dossier clinique implantaire / Bilan médical.
- 14h00 - 18h00 : Chirurgie et prothèse des implants ASTRA TECH®.

G. Edouard - J. Fournier
G. Edouard - J. Fournier
J. Fournier - G. Edouard
Th. Brincat

Chirurgie

2
Session

Mercredi 28 Novembre 2007

- 9h00 - 12h00 : Incisions et sutures en implantologie - T.P. M. Brunel - F. Morel - M. Perriat - P. Paldino - A. Peivandi
- 12h00 - 13h30 : Déjeuner au Château de Montchat
- 14h00 - 18h00 : T.P. Anatomie et dissection sur pièces humaines + pose d'implants. M. Brunel - M. Perriat - F. Morel

Jeudi 29 Novembre 2007

- 8h30 - 12h00 : Chirurgie des implants Screw-Vent et AdVent ZIMMER DENTAL®.
- 14h00 - 16h00 : Implantologie post-extractionnelle : Immédiate ou différée ?
- 16h30 - 18h00 : Chirurgie et prothèse du système REPLACE®.

P. Exbrayat
P. Missika
M. Brunel

Vendredi 30 Novembre 2007

- 8h30 - 12h00 : Le contexte chirurgical en implantologie / La chirurgie des implants du BRANEMARK SYSTEM® / Les complications en implantologie. Ch. Chavrier
- 14h00 - 16h00 : Chirurgie des implants FRIALIT-2®. Ch. Chavrier - P. Paldino
- 16h30 - 18h00 : Mise en charge immédiate : Indications, limites, aspect médico-légal. Ch. Chavrier

Samedi 1^{er} Décembre 2007

- 8h30 - 10h00 : Chirurgie et prothèse des implants STRUCTURE®.
- 10h30 - 12h00 : Chirurgie des implants XIVE®.
- 14h00 - 17h00 : Informatique et implantologie :
 - 14h00 - 15h00 : Le SIMPLANT®.
 - 15h00 - 16h00 : Le NOBEL-GUIDE®.
 - 16h00 - 17h00 : Le CAD IMPLANT®.

G. Scortecchi
P. Paldino - Ch. Chavrier
D. Caspar
M. Brunel
H. Bouchet - Th. Fortin - M. Isidori

Jeudi 24 Janvier 2008

- 8h30 - 10h30 : Maladie parodontale et implants. Ph. Colin
- 11h00 - 12h30 : Expansion osseuse : frontière entre greffe osseuse et Régénération Osseuse Guidée (R.O.G.). Ph. Colin
- 14h00 - 15h30 : Les aménagements tissulaires péri-implantaires (os et gencive). Ch. Chavrier
- 16h00 - 17h00 : Le point biologique et médico-légal sur les substituts osseux. M. Isidori
- 17h00 - 18h00 : Maîtrise du risque infectieux en implantologie. Ch. Ribaux

Vendredi 25 Janvier 2008

- 8h30 - 12h00 : Les échecs en implantologie et leurs solutions. M. Bert
- 14h00 - 15h00 : Les facteurs de croissance plaquettaires : rôle dans la cicatrisation. Ch. Chavrier
- 15h30 - 18h00 : Techniques chirurgicales avancées. Ph. Leclercq

Samedi 26 Janvier 2008

- 8h30 - 12h00 : Les particularités occlusales des prothèses implanto-portées. M. Le Gall
- 14h00 - 17h00 : Implantation sous-sinusienne : Technique des ostéotomes /Abord vestibulaire. M. Perriat

Jeudi 6 Mars 2008

- 8h30 - 12h00 : Impératifs généraux de la prothèse sur implants. B. Picard
- 14h00 - 16h00 : Prothèse sur implants FRIALIT-2® et XIVE®. Ch. Chavrier - P. Paldino
- 16h30 - 18h00 : Prothèse sur implants BRANEMARK SYSTEM®. Ch. Chavrier

Vendredi 7 Mars 2008

- 8h30 - 12h00 : Chirurgie et prothèse sur implants Spline et SwissPlus ZIMMER-DENTAL®. Ph. Russe
- 14h00 - 18h00 : Prothèse sur implants Screw-Vent et AdVent ZIMMER-DENTAL®. P. Exbrayat

Samedi 8 Mars 2008

- 8h30 - 12h00 : Chirurgie et prothèse des implants ANKYLOS®. Ph. Duchatelard
- 14h00 - 15h00 : Mini implants à visée orthodontique. P. Exbrayat
- 15h00 - 18h00 : Travaux pratiques sur implants ANKYLOS®. Ph. Duchatelard - M. Isidori

Jeudi 5 Juin 2008

- 8h30 - 12h00 : Chirurgie implantaire en direct (Unité Fonctionnelle d'Implantologie, Service d'Odontologie, 8, place Depéret 69007 LYON). Ch. Chavrier - M. Brunel
- 12h30 - 14h00 : Déjeuner au Château de Montchat
- 14h00 - 16h00 : Aspects médico-légaux en implantologie. R. Pleskof
- 16h00 - 18h00 : Travaux pratiques sur implants ASTRA-TECH®. B. Urbin

Vendredi 6 Juin 2008

- 8h30 - 10h30 : T.P. : études de cas sur documents radiographiques. M. Brunel - M. Perriat
- 11h00 - 12h30 : T.P. : implants Screw-Vent et AdVent ZIMMER-DENTAL®. P. Exbrayat - B. Delcombel - Fl. Triollier
- 14h00 - 16h00 : T.P. : implants FRIALIT-2® et XIVE®. P. Paldino - G. Edouard - Ch. Chavrier - M. Isidori - J. Fournier
- 16h30 - 18h00 : T.P. : NOBEL : Le NOBEL GUIDE®. M. Brunel - G. Edouard - J. Fournier

Samedi 7 Juin 2008

- 8h30 - 10h30 : T.P. : implants Spline & Swiss Plus ZIMMER-DENTAL®. Ph. Russe - P. Exbrayat
- 11h00 - 13h00 : Examen écrit. (2 sujets d'une heure)

Hygiène et asepsie en implantologie orale

Salle d'intervention spécifique ou aménagement de la salle de soins du cabinet dentaire : règlements et obligations, maîtrise de la chaîne d'asepsie

La chirurgie implantaire est un acte de chirurgie invasive, au même titre que la chirurgie buccale, acte classifié d'acte à haut risque infectieux selon les anglo-saxons où tout dispositif médical doit être stérile ou à usage unique. Actuellement, les infections nosocomiales sont un problème majeur de santé publique. En effet, la multiplicité des actes invasifs et la nécessité de prendre en charge un risque que les patients ne veulent plus assumer font de la lutte contre ces infections un problème de société que les pouvoirs publics tentent de résoudre depuis plusieurs années.



l'utilisateur. Tout chirurgien-dentiste doit connaître et appliquer ces normes et protocoles en matière d'hygiène et asepsie.

Salle d'intervention spécifique ou préparation de la salle de soins du cabinet dentaire ?

En ce qui concerne la chirurgie buccale, et, plus précisément la chirurgie implantaire, rien n'oblige à réaliser ces actes dans une salle d'intervention spécifique. Aussi, pour déterminer une ligne de conduite cohérente, nous devons intégrer l'état d'esprit indispensable à l'hygiène afin de maîtriser la chaîne d'asepsie, clé de la réussite pour la lutte contre le risque nosocomial. En d'autres termes, chaque praticien doit réfléchir à son organisation et ses actes thérapeutiques pour aboutir à une cohérence gestuelle en fonction des niveaux de risques permettant la maîtrise de la chaîne d'asepsie. Si on se réfère à la littérature internationale, peu d'études ont analysé le problème de l'hygiène et asepsie en chirurgie implantaire.

En 1993, une étude rétrospective, sur une période de huit ans, compare les résultats obtenus avec des implants Brånemark posés, soit dans des conditions d'asepsie stricte (service de chirurgie) soit dans des conditions dites de « propreté » (service de parodontologie, le praticien n'est pas en tenue stérile, pas de calot ni casque stérile ni surchaussure, le patient n'est pas recouvert par un champs stérile et la salle d'intervention ne semble pas avoir bénéficié de désinfection particulière). Les taux de succès sont semblables pour les deux groupes (273 implants posés sur 60 patients en

Le devoir d'asepsie est une obligation réglementaire pour toutes les professions médicales et les établissements de soins. Si le respect d'une qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients fait partie de l'éthique médicale, les articles 3-1 et 62 du code de déontologie en chirurgie dentaire précisent que l'hygiène et l'asepsie sont des obligations légales.

Ainsi, l'article 3-1 du code de déontologie des chirurgiens dentistes, issu du décret n° 94-500 du 15 juin 1994, impose aux praticiens de prendre « toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelques pathologies que ce soit ». De plus, l'article 62 de ce code dispose que « l'installation des moyens techniques et l'élimination des déchets provenant de l'exercice de la profession doivent répondre aux règles en vigueur concernant l'hygiène ».

Seuls ces deux textes concernent l'hygiène et l'asepsie en chirurgie dentaire. L'hygiène et l'asepsie sont un devoir du praticien qui doit donner des soins conformes aux données acquises de la science. Cependant, nous devons suivre certaines recommandations et circulaires, délivrées par des organismes comme la DGS (direction générale de la santé), l'ADF ou encore le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Elles rassemblent essentiellement des protocoles à effectuer en matière de désinfection et stérilisation selon des normes très précises. Ces dernières concernent la chaîne de stérilisation, ensemble des techniques qui vont de la fin de l'utilisation d'un dispositif médical jusqu'à sa mise à disposition stérile pour



Table de chirurgie installée.



Un champ stérile recouvre et isole la table préparée.



Isolation par des champs stériles.

Pure Innovation.

Nous ne pratiquons pas le « relooking » mais l'innovation. Avec la **Premium Class** nous sommes les seuls à vous proposer une technologie hospitalière des plus exigeantes.



Atypik Design : 01 47 22 44 50



Les exclusives Premium Class !

- Cuve **"Double Enveloppe"** avec Générateur DCS
Pour diviser par 2 la durée des cycles !
- Pompe à Vide SRS à **Anneau d'Eau**
Pour supprimer les réservoirs et autre condenseur
- Traçabilité par Carte mémoire **Compact Flash**,
Carte Réseau Ethernet intégrée et 3 ports RJ 45
- **Gestion automatisée** de l'approvisionnement,
de la production et de l'évacuation de l'eau déminéralisée.
Aucune maintenance

Premium 44B - 24L

41300 € TTC **8970 € TTC**

Premium 40B - 18L

40250 € TTC **8470 € TTC**

(Offre valable jusqu'au 15 juillet 2007)

MELAG®
France

Profitez d'une génération d'avance

MELAG, ce sont aussi des solutions de location avec entretien, etc...

Renseignements : MELAG France

Tél. : 01 44 62 81 18 - Fax : 01 44 62 23 44



Installation,
table moteur



Installation,
table de chirurgie montée.

service de chirurgie, 113 implants posés sur 30 patients en service de parodontologie). Deux remarques importantes sur cette étude, le nombre de cas réalisés en service de parodontologie paraît faible comparé à celui en service de chirurgie avec des opérateurs différents ; de plus il est marquant d'avoir comparé un service de chirurgie avec un service de parodontologie, équivalent d'un cabinet dentaire.

En 2000, deux autres études ont été réalisées par l'équipe suisse, menée par le Dr J.P. Bernard. La première compare les taux de succès obtenus sur des implants ITI, non enfouis, le jour de la mise en charge prothétique et à un an de mise en charge. Un groupe (I) concerne des implants posés dans des « conditions dites stériles », l'autre groupe (II) les implants sont posés dans des « conditions d'asepsie ». Posés dans la même salle d'intervention le groupe I diffère du groupe II par le fait que le chirurgien n'est pas en tenue stérile (pas de casaque stérile). Cependant, pour cette équipe de chirurgie, les « conditions d'asepsie » signifie une gestuelle et une ergonomie stricte durant l'intervention, conditions considérées comme celles appliquées

56 par l'ensemble des praticiens en Suisse.

Les taux de succès comparables dans les deux groupes (423 implants posés sur 201 patients dans le groupe I et 427 implants posés sur 192 patients dans le groupe II) à la mise en charge prothétique et un an après, permettent aux auteurs de confirmer que les « conditions d'asepsie » suffisent pour la pose d'implant dentaire. Ces auteurs confirment ces résultats dans une deuxième étude sur cinq ans, où 1553 implants ont été posés selon un protocole unique de « conditions d'asepsie », observant un taux de 0,77% d'échec.

Ces études semblent montrer que la chirurgie implantaire orale peut être réalisée dans une salle non spécifique comme la salle de soins de cabinet dentaire, en respectant des conditions d'asepsie : asepsie environnementale et gestuelle et ergonomie en cours d'intervention. En terme d'obligation légale, le chirurgien-dentiste n'a pas à créer de salle d'intervention spécifique pour les actes invasifs comme la chirurgie implantaire ou buccale. La création d'une salle d'intervention spécifique pour la chirurgie implantaire peut s'avérer intéressante pour optimiser l'ergonomie dans l'organisation quotidienne du cabinet dentaire.

En revanche, le praticien doit être vigilant et respectueux de la mise en œuvre des techniques d'hygiène et d'asepsie. La maîtrise de la chaîne d'asepsie sera abouti par une organisation stricte réalisée autour d'un axe principal, véritable « colonne vertébrale » de l'asepsie, la chaîne de stérilisation, dont les normes sont bien établies. Seule la réflexion sur notre organisation et sur nos actes chirurgicaux permet d'obtenir une cohérence gestuelle en fonction des niveaux de risque et ainsi d'atteindre une « ligne de conduite » alliant rigueur et vigilance pour la maîtrise de la chaîne d'asepsie.

L'Association Française d'Implantologie, (A.F.I.) pour sa part, recommande la création d'une salle d'intervention spécifique pour la chirurgie im-

plantaire car d'une part elle optimise l'exercice de la chirurgie buccale et implantaire sur le plan de l'ergonomie et de l'asepsie et d'autre part elle garantit au patient une sécurité maximale. L'A.F.I. recommande également une formation appropriée des praticiens à l'implantologie et le respect des protocoles afin de garantir au patient un résultat fiable à long terme des réhabilitations prothétiques implanto-portées.

En conclusion, le « guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et stomatologie » publié par le Ministère de la Santé DGS, en Juillet 2006, a confirmé que la salle d'intervention spécifique n'était pas obligatoire, mais recommandé comme l'AFI le préconise.

Patrick MISSIKA, Maître de conférence des Universités, Directeur du Diplôme Universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique, Faculté de chirurgie dentaire Garancière-HotelDieu, Université Paris 7, Professeur Associé Tufts University, Boston, Expert national agréé par la Cour de Cassation.
12 rue des Pyramides 75001 Paris

Guillaume DROUHET, Attaché de l'unité d'implantologie chirurgicale faculté de chirurgie dentaire Garancière-HotelDieu Paris 7, Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique Université Paris 7, Diplôme d'Expertise Médicale et Odontologique, Fernand Vidal Paris 6.
4 rue Chomel, 75007 Paris

Bibliographie

- Missika P., Drouhet G. : « Hygiène, asepsie, ergonomie, un défi permanent », Paris, Ed CdP, collection JPIO, 2001
- Numéro transversal des Editions CdP 2004, « Hygiène et asepsie », revues : Implant, AOS, Clinique, Cahier de Prothèse, Ed Cdp, 2004.
- Drouhet G. : « l'hygiène et l'asepsie en cabinet dentaire, une contrainte, une obligation ? une démarche impossible ? ». Titane, vol.1, Ed Quintessence, 2004.
- Conseil supérieur d'hygiène publique de France : « Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux »
- Brisset L., Lecolier MD. : « Hygiène et asepsie au cabinet dentaire », Paris, Masson, collection des abrégés d'odontostomatologie, 1997
- Circulaire DGS/5C/DHO/E2 n°2001-138 du 14 mars 2001, « précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmissions d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC) ».
- Circulaire DGS/DH-N°98/249 du 20 avril 1998 : prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors de soins dans les établissements de santé.
- Dossiers de l'ADF, commission des dispositifs médicaux : Implantologie Orale, 2003.
- Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et stomatologie publié par le Ministère de la Santé DGS, en Juillet 2006



Intervention, praticien et assistantes préparés.

LES TEMPS ONT CHANGÉ. L'ÈRE DU CEREC EST ARRIVÉE.

Il n'y a pas si longtemps, on disait encore : « Un portable pour quoi faire ? »

Le portable est l'exemple parfait de la montée en flèche d'une nouvelle technologie. Accueilli avec scepticisme, il est vite devenu un outil indispensable. Le système CEREC suit depuis quelques années une évolution similaire. Nous l'avons optimisé au fur et à mesure que se développaient les techniques informatiques et la CFAO. Résultat, les restaurations CEREC sont aussi esthétiques et performantes que celles réalisées en laboratoire. Avec Sirona, chaque journée est une bonne journée.



www.sirona.fr

The Dental Company

sirona.

ERGO Pratic

Le "Bloc Opératoire"

Pourquoi mettre des guillemets sur le titre de cet article ?

Tout simplement parce que l'on ne peut objectivement pas appeler "Bloc Opératoire" la pièce utilisée dans une structure non-institutionnelle, pour effectuer des actes chirurgicaux. Sauf à la concevoir selon les normes draconiennes qui régissent le Bloc Opératoire (au sens réel du terme), à faire intervenir un ingénieur Biomédical compétent et à l'équiper de matériels homologués "Bloc Opératoire Hospitalier". Dans ce cas, attention au poids prohibitif de la facture finale !

Nous allons plutôt nommer cette zone spécifique : **La salle de Chirurgie**. Comme vous l'avez lu dans de nombreux articles, signés de professionnels de la chirurgie (dont je ne suis pas), il n'y a pas vraiment de textes législatifs spécifiques pour cette salle de chirurgie incluse dans les structures d'un cabinet dentaire. Il est même tout à fait possible de faire de l'implantologie dans la salle de soins classique, si au préalable, vous avez pris soin de la dégager de tout ce qui est inutile, que vous l'avez décontaminée avec un projecteur d'aérosol bactéricide et que vous avez recouvert de champs stériles les surfaces où vous allez intervenir. Il suffit de bien établir les règles d'asepsie et les protocoles **qui devraient impérativement être consignés par écrit**. Cette précaution élémentaire pourrait vous être utile en cas de problème juridique ! Ces règles font parties du code de déontologie de la profession (articles 3-1 et 62) et de suivre les recommandations d'instances officielles comme la DGS (Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et stomatologie / 72 pages / Juillet 2006) ou tout simplement consulter quelques ouvrages de référence, dont :

"Hygiène et asepsie au cabinet dentaire"
de Lucien Brisset et Marie-Dominique Lecolier
(Ed. Masson / 26,50 € / uniteche.com)

Ceci dit, le fait de disposer d'un espace dédié à la chirurgie implantaire ou parodontale est très intéressant, car d'une part il permet de rationaliser ce type d'acte, sans avoir à tout chambouler dans son cabinet, et surtout, il permet de gérer avec beaucoup plus de facilité et de rigueur, l'asepsie, et donc de respecter les règles. Sans compter l'impact sur la perception de votre professionnalisme vis à vis des patients (à condition de ne pas poser 10 implants par an).

Nous allons donc nous polariser sur la conception de cet espace chirurgical spécifique, et pour cela, le faire en partenariat avec acteur majeur de l'équipement des salles de chirurgie dentaire. A savoir : La société PRAXIS, qui dispense ses matériels et produits sur tout le territoire National.

Première question Que doit comporter cet espace ?

Et bien, je vais vous faire une réponse de Normand. Tout dépend du nombre de mètres carrés dont vous disposez. Si vous avez de la place (environ 20 m²), l'idéal est de diviser cet espace en trois parties :

- Un sas d'entrée (± 2,5 m²)
- Une salle de chirurgie (± 10 m²)
- Une stérilisation spécifique (± 6 m²)

Si vous ne disposez pas de surfaces disponibles généreuses, votre stérilisation pourra être commune avec celle du cabinet de base. Cela ne pose pas de réels problèmes, surtout si vous avez la possibilité que cette stérilisation soit contiguë à la salle de chirurgie, et de l'équiper d'un "passe-plats" avec vitre coulissante.

1 - Le SAS

Le rôle de celui-ci est l'isolation entre deux environnements d'asepsie différents. Pour des raisons de coût, son entrée peut se faire avec une simple porte classique (Si elle est vitrée et sérigraphiée, c'est évidemment plus "classe"). On y trouvera un lavabo chirurgical, muni d'une commande "No Touch", c'est-à-dire d'un robinet à déclenchement infrarouge, à pédale ou par levier au genou. Ex : Modèle Lotus, en polyester armé (2 090 € / Praxis) ou lavabo de chez Anios.



© Dr. Abelsa - G.Blanc

© Praxis



A noter que le lavabo chirurgical devra être équipé d'un filtre terminal de 0,2 µm (stérilisable plusieurs dizaines de fois) et qui dispensera de l'eau exempte de tout germe. Ex : Cartouche filtrante AS/98008 (165 € / Praxis).

Avec ce lavabo, il vous faudra installer aussi un distributeur de savon bactéricide (Toujours avec le principe "No Touch") Ex : Distributeur Airless (75 € / Praxis).



© Praxis

Il existe aussi des distributeurs de brosses chirurgicales imprégnées de Chlorexidine ou autre produit, mais leur présence n'est pas indispensable. Vous pouvez tout de même attraper votre brosse dans un panier ou un placard mural. Cela fait encore un élément de plus à accrocher au mur, et à mon avis, il ne faut pas trop en faire, car il faut aussi penser au nettoyage général, et plus il y en a, plus il faut nettoyer aussi.

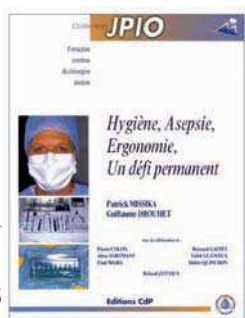
Dans ce sas, on pourra également prévoir les rangements des vêtements accessoires d'intervention (non stériles) : Sur-chaussures, Charlottes, masques, sabots éventuels...

1 > 2 Le passage !

Pour accéder à la salle de chirurgie, l'idéal est la porte vitrée automatique : à commande au pied, au genou ou de proximité (sans poignée, ni bouton à manipuler). Le coût est assez élevé, n'hésitez pas à demander plusieurs devis.

Ex de fournisseurs :
- Record (Champlan - 91 - Tél : 01 69 79 31 00)

"Hygiène, Asepsie, Ergonomie, un défi permanent" de Patrick Missika et Guillaume Drouhet (Ed. CdP / 108 € / amazon.fr)



UNE
NOUVELLE
TECHNOLOGIE
PERFORMANTE

Wow!

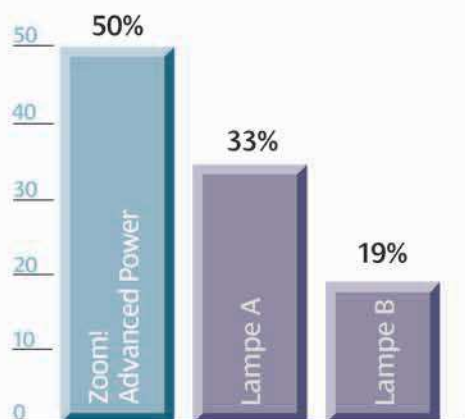


50% des patients obtiennent des teintes B1 ou plus claires en tout juste 45 minutes.

- La lampe la plus efficace du marché ... Rien ne rend les dents plus blanches
- Une nouvelle ampoule sans sodium pour des résultats sans précédents

**% des patients ayant obtenu
une teinte B1 ou plus claire¹**

Zoom! Advanced Power en comparaison avec deux autres systèmes



ZOOM! Advanced Power™

UNE NOUVELLE TECHNOLOGIE
DE BLANCHIMENT PERFORMANTE

Contactez-nous au: **0810 40 08 46**
Ou par fax au: **01 43 40 00 24**

DISCUS DENTAL®
www.discusdental.fr

¹Données sur demande. Teinter Vitapan Classic classé par ordre chromatique. Vita et Vitapan sont des marques déposées par Vita Zahnfabrik AG Allemagne. Produit réservé à l'usage par un chirurgien dentiste.

ERGO Pratic

- Dorma (Créteil - 94 - Tél : 01 41 94 26 30)
- Geze (Servon - 77 - Tél : 01 60 62 60 70)

2 - La salle de Chirurgie

C'est bien entendu la pièce principale, mais son asepsie est le résultat de ce qui l'entoure aussi, d'où l'intérêt d'un sas d'isolement.



Cette pièce spécifique doit comporter le minimum de matériel à demeure. Pour être nettoyée et aseptisée au mieux, tout devrait être mobile, de manière à déplacer facilement le peu de matériel que l'on pourrait y trouver (Hormis la fourniture et l'instrumentation nécessaire à l'acte opératoire). **A savoir (au sol) :**

- Le fauteuil patient
- Les tabourets opérateur et assistant(e)
- La table pont (tranthoracique)
- Le chariot porte-moteur d'implantologie
- Le chariot de service (serveur)
- Le dispositif d'aspiration
- Le bac à déchets
- Une poubelle inox, à pédale
- Le système de traitement d'air

Le reste de l'indispensable doit se trouver au mur ou au plafond :

- Le négatoscope
- L'éclairage opératoire
- L'éclairage d'ambiance
- Des haut-parleurs de sonorisation

Le reste (sauf évolution) n'a rien à faire là !

Voyons le premier groupe, les "Mobiles"

Le fauteuil porte-patient, n'a pas besoin d'être sophistiqué, il ne devra en aucun cas présenter de nid à M... en d'autres termes d'aspérités, d'accordéons ou de recoins servant de nid à Moutons (comme dit précédemment).

Bien entendu, il est possible de choisir un fauteuil simple et classique de cabinet. Le fauteuil A-Dec 500 par exemple, est bien prédisposé à ces fins : puissant, silencieux et disposant de commandes au pied (environ 12 000 € / Distributeurs A-Dec).

Mais si l'on souhaite faire les choses au mieux, il existe un fauteuil très spécialisé, se transformant en table opératoire sur laquelle on peut adapter de multiples accessoires, dont un repose-bras pour le praticien...



Ce fauteuil / table opératoire remplit notre premier postulat, à savoir la mobilité, car il est déplaçable sur roulettes et fonctionne même sur batterie, éliminant du coup tout câble électrique pendant les interventions. Table opératoire Brumaba Primus (30 125 € / Praxis).

Pour les tabourets

Selle de cheval ou standard, à vous de voir en fonction de votre confort et de vos aptitudes pour l'équitation. Mais dans tous les cas, privilégiez une commande de hauteur au pied (pas question de tripoter les leviers en intervention, si vous êtes mal positionné). Idem pour les roulettes, elles devront être impeccables, vous permettant des repositionnements sans effort. Exit les tabourets recyclés du vieil équipement (ex : Selle à commande au pied / 637 € / Praxis).

La table "Pont" transthoracique



Elle devra impérativement se régler en hauteur. Elle ne sera ni trop grande (pas compatible avec les pots d'anniversaires), ni trop petite (pas bien pour le Five o'clock). Sa taille idéale est d'environ 90 x 60 cm.

Le chariot porte-moteur

On ne parle pas ici d'équipement, même pas de Cart, (avec son cordon ombilical annelé, n'ayant pas sa place dans cet endroit aseptique) mais d'un simple petit chariot (quand même appelé Cart, par certains, les habitudes sont tenaces).



Vous le choisirez sans tiroir (bien sûr) mais avec plusieurs étages, car votre spécialité évolue à grands pas et vous pouvez compter sur l'industrie pour vous trouver de quoi les remplir sous 3 ou 4 ans, à commencer par les appareils de piézo-chirurgie.

Une potence porte-sérum peut aussi être intéressante, suivant votre type de moteur d'implanto. Mais s'il dispose d'une pompe péristaltique avec porte flacon, cette potence n'est pas utile à votre côté, mais plutôt côté assistant(e) si vous souhaitez utiliser une canule manuelle d'irrigation de sérum physiologique en complément de celle du moteur. Ex : Mobile 2 étagères "Sanicare / Nouv1898D" (690 € / Praxis).

Le chariot de service (ou serveur)

C'est lui qui sera aux côtés de votre assistant ou instrumentiste, pour les besoins de dernière minute (plus de sérum, besoin d'un autre instrument stérile, de fil de suture supplémentaire...). Matériel simple et utile, il existe en simple ou double face.

Ex : Simple face, Hauteur 85 cm (535 € / Praxis).



Le dispositif d'aspiration

On ne parle pas ici "d'aspiration chirurgicale" (pourtant le nom semble bien choisi). Les porte-canules, avec leurs tuyaux annelés et les embouts d'aspiration avec des languettes, ne sont pas bien adaptés à ce type d'acte chirurgical.

Vous choisirez plutôt un système compact, sur roulettes, ou sur un petit chariot, intégrant une pompe à vide et un ou deux bouches destinés à recevoir des poches de collecte incinérables. Attention à ce que la pompe à vide



REABOX: Kit complet de réanimation respiratoire

Pour vous: la sécurité et la conformité au prix exclusif de:



349 € ttc

Vous avez le matériel et vous voulez uniquement l'Oxygène?

Bouteille pleine 110 L O₂ sans maintenance

garantie 5 ans, échangeable.

115 € TTC

En savoir plus, commander

www.dentam.fr

Achat sécurisé par CB VISA ou MASTER CARD

Tel: 04 94 40 11 80

ou: 0875 239 715

Par courrier, paiement joint:

DENTAM Sarl

1074 ave. de Lattre de

Tassigny,

83600 Fréjus

RCS: 450 9112 958 Fréjus APE:514N

REABOX: kit O₂, conforme au
recommandations composition:

- Bouteille pleine de 110 litres d'O₂
- Raccord et masque oxygène.
- Insufflateur avec 2 masques
- 3 canules de GUEDEL

GARANTIE 5 ANS 349 € TTC

Ouvre bouche et tire langue ne sont plus recommandés !



Arrêt subit: Défibrillateur SAMPAD semi automatique.

Simple d'utilisation, sans aucune maintenance, prêt à l'emploi, ECG (45' de mémoire), livré avec 2ème batterie et 2 paires d'électrodes + sacoche de transport et logiciel de lecture.

Détecte automatiquement le besoin de délivrer un choc ou non, guide par instructions vocales claires. Ondes bi phasiques, chocs 100, 150 et 200 J...

Pour formation nous consulter..

Léger: 1 Kg seulement

www.dentam.fr



Système complet
avec écran 16 / 9 Haute définition en 32 ou 42"

Concept Attente

Le meilleur système de communication en salle d'attente

Fonctionne maintenant en interactif ET en boucle !



- Présentez votre équipe.
- Valorisez vos compétences et vos structures.
- Démontrez vos protocoles d'hygiène et de stérilisation.
- Rassurez vos patients.
- Démarquez-vous.
- Expliquez le "B.A. BA" des différents sujets dentaires, sans nuire à votre productivité.
- Donnez une image de praticien moderne et soucieux du bien-être de vos patients.



FOXY études & développement



42, rue des Cormiers 78400 CHATOU
Tél : 01 34 80 60 66 Fax : 01 30 71 57 08
Courriel : foxy.ed@wanadoo.fr

www.foxy-ed.fr

**Soyez en phase avec le monde extérieur
COMMUNIQUEZ !**

**Vos retombées seront sans communes mesures
avec votre investissement**

ERGO Pratic

soit équipée d'un filtre bactériologique sur le rejet d'air ! Sinon autant faire son implanto sur le balcon. Ex : Aspirateur chirurgical Vacuson 60L (2 605 € / Praxis).



Sur l'entrée d'aspiration, vous pourrez monter tout simplement un tuyau silicone d'une dizaine de millimètres de diamètre, et 1,5 m de long, et y emboîter tout simplement une canule chirurgicale métallique stérile. Le tuyau silicone étant stérilisable à 134°C, vous pourrez après décontamination et bon nettoyage, le réutiliser sous sachet autoclavable.

Le bac à déchets et la poubelle



Rien de bien compliqué, que du pratique.

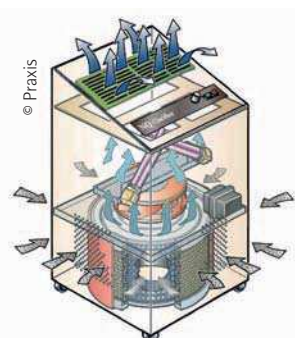
Ex : bac à déchets inox de 14 L, avec support roulant AG/4046RA (210 € / Praxis) et une poubelle ne nécessitant pas de mode d'emploi. Ex : Clappy (474€ / Praxis).

Le système de traitement d'air

Il est grandement utile d'en disposer, et il faut impérativement un modèle comportant un filtre "HEPA". C'est-à-dire un filtre capable de retenir plus de 99,9 % des particules de plus de 0,3 µm. Filtres utilisés dans les blocs opératoires et dans les salles blanches.

Assurez-vous avant d'en acheter un dont le niveau sonore est très bas. Ex : Purificateur d'air "Clarifier NQ" (2 128 € / Praxis) ou deux modèles plus simples : "Daikin Flash Streamer" (650 € / Praxis) "Air Power 5" (860 € / foxy-ed.fr).

A noter qu'au sol, vous devez aussi disposer



d'un générateur d'aérosol bactéricide, permettant d'aseptiser la salle de chirurgie avant les interventions.



Ce type d'appareils diffusera dans l'atmosphère de la salle de chirurgie un désinfectant bactéricide, virucide et fongicide (Ex : Aseptanios Terminal HPH 5).

Mais une fois la pièce traitée (environ 2H) et après avoir laissé environ 30 minutes d'aération, l'appareil n'a plus rien à y faire, évacuez-le ailleurs. Ex : "Anios 505 CM" (1 806 € / Praxis).

La qualité de l'air ambiant sera ensuite stabilisée grâce au système de traitement d'air que nous avons vu un peu avant.

Voilà, nous avons fait le tour de ce qui se trouve sur le sol. Nous allons maintenant voir ce qui se trouve sur les murs et au plafond.

Le négatoscope

Fixé au mur (sans fil qui traîne), optez pour un 2 plages (environ 72 x 43 cm), c'est en général suffisant.

Avec ou sans variateur d'intensité ? C'est à dire avec ou sans variateur de durée de vie. De 450 € (EL/NM2V / Praxis) à 685 € pour un modèle extra-plat, de 50 x 80 cm (DL2 / Praxis).



L'éclairage opératoire

Que l'on peut ici appeler officiellement "Scialytique" car ils en ont les caractéristiques (Voir Le Fil Dentaire N°11).



De taille suffisante, évitant les ombres portées, mono-source (1 seule ampoule) et équipé de réflec-

teurs ou multi-sources (plusieurs ampoules), ces appareils sont capables d'atteindre les 100 000 Lux, celui de votre fauteuil atteint 20 à 30 000). Privilégiez donc un modèle avec réglage d'intensité. Il comportera obligatoirement une poignée autoclavable (en avoir toujours une 2^e sous la main).

Ils existent en montage mural (valable dans les petites pièces où l'on se trouve près d'un bon mur, et en montage plafonnier (ce que je vous recommande). Ex : "Dr. Mach M3F" (4 835 € / Praxis).

Vous en trouverez aussi sur pied mobile à roulettes. Ce que je déconseille, si vous ne voulez pas vous prendre les pieds ou la tête dedans, voire le basculer sur votre implant fraîchement posé. Sauf si vous souhaitez passer de la Chirurgie au Cirque !

Ces scialytiques existent aussi avec caméra vidéo incorporée, si vous souhaitez partager votre expérience.

L'éclairage d'ambiance

Ici, on n'a pas besoin de parler de lumière du jour, votre soleil à 90 000 Lux, de scialytique vous permettant déjà de travailler avec des Ray Ban® solaires. Vous n'aurez pas non plus de problèmes de teintes à choisir. L'éclairage d'ambiance est donc juste un éclairage du même nom, optez pour un luminaire étanche, type "salle blanche" qui ne retiendra pas la poussière.

Ex : Osram "O'Clean" (environ 400 € le pavé encastrable de 66 x 67 cm) ou Trilux, série 722 & 723 (Trilux / Duttlenheim / 67 / Tél: 03 88 49 57 80) qui vous aiguillera chez un revendeur.





A-DEC 500®

Un Equilibre parfait entre Accessibilité et Confort.

Le nouveau fauteuil A-dec 500 offre des possibilités exceptionnelles pour le praticien et le patient. Dossier ultra mince et souple, facilitant au maximum le passage des jambes. Confort extrême du fauteuil grâce à un revêtement révolutionnaire, intégrant l'étude de la cartographie des points de pression d'un patient allongé. Tête facile à manipuler d'une seule main, avec un mouvement de translation vertical qui optimise le positionnement de la tête du patient. Les mouvements du dossier et de l'assise, totalement synchronisés, sont d'une étonnante souplesse pour offrir à votre patient un niveau de confort jamais égalé à ce jour. Le fauteuil A-dec 500 rapproche encore un peu plus l'équipe soignante de son patient.

Dossier très fin et flexible, optimisant l'approche du praticien et le confort du patient.

Pour tout renseignement sur A-dec 500, veuillez contacter EUROTEC DENTAL, au : 01 44 52 09 57 ou consulter notre site : www.a-dec.com.

Eurotec
DENTAL

Groupe **ARSEUS**



ERGO Pratic

Musique d'ambiance

Ou pas ? A vous de voir, ou plutôt d'entendre ! Il faut surtout penser au patient, déjà stressé d'être là. Un petit fond musical relaxant sera le bienvenu. Mais pour ce faire, n'installez pas une chaîne Hi-Fi, avec moult câbles et enceintes, installez plutôt des hauts parleurs étanches ou tropicalisés dans votre plafond, et installez la source de musique ailleurs. Vous trouverez ce type de hauts parleurs chez les Shipchangers, qui proposent du matériel pour les bateaux.

Sinon "conrad.fr" : réf "MS-52 WH/MG" au prix de 37 € (j'en ai installés

Nous avons fait le tour de l'accastillage, reste maintenant à parler de la pièce elle-même.



Les matériaux à employer

Au sol. On évitera le carrelage (joints) et les revêtements de "Mondial Linos". Pour bien faire les choses, optez pour un revêtement adapté, pas "bloc opératoire" car n'oubliez pas que ce vocable est très encadré, très restrictif et donc très cher ! Un sol pour bloc opératoire est en général conducteur (électriquement parlant). C'est hors de prix.



Vous choisirez un sol PVC Compact, c'est-à-dire qui ne "marque" pas avec les roulettes de vos tabourets (et de tout ce qui roule dans cette pièce). Il sera de grande largeur, voire d'une seule, et si besoin avec un joint de raccordement soudé à chaud. Le matériau devra aussi remonter sur les parois verticales sur une bonne dizaine de centimètres.

Vous trouverez un matériau idéal chez Tarkett bâtiment (plate-forme nationale - Tél : 01 41 20 42 49) dans la gamme "Acczent Esquisse" (33 à 38 € le mètre carré posé).

Pour les murs. La peinture !

Une peinture acrylique de bonne qualité est suffisante. Le carrelage et ses joints ne sont pas forcément la bonne solution. Et à mon avis, le carrelage fait un peu salle de dissection ou cuisine de restauration. Pas très cool pour détendre le patient. Si il y a une fenêtre, il suffira de la rendre translucide et non transparente.

Pour le plafond. Tout bonnement la peinture acrylique aussi. Y faire peindre un ciel bleu avec de beaux nuages peut même être sympa-

tique. Ou un plafond suspendu avec des dalles qui ne se désagrègent pas, qui soient lisses et compactes. Avantage : on pourra encastrer les luminaires d'ambiance, les hauts parleurs étanches et y cacher la suspension plafonnrière du scialytique (rarement décorative).



3 - La Stérilisation

Comme précédemment évoqué, si elle peut être attenante à la salle de chirurgie, c'est l'idéal. Vous l'équiperez si possible de mobilier inox.

On en trouve de très beaux chez Dental-Art ou d'autres fournisseurs traditionnels. Plus chers que les meubles traditionnels, mais mieux adaptés au contexte.

Pour l'implanto, il est préférable de travailler avec des cassettes (ex : Gamme "Signature" / 122 € / Praxis).



Donc, il faudra équiper sa salle de stérilisation de matériel de nettoyage automatique capable de traiter les cassettes (Gamasonic ou HMCE) ainsi que d'un bon Autoclave (ex : Melag).

Le passage "Stérilisation / Salle de chirurgie" n'a pas besoin de porte automatique, vu que vous serez bien obligé de toucher à ce que vous irez chercher.

Si vous avez vraiment de la place, vous pourriez même prévoir une petite pièce attenante à la salle de chirurgie, pour y stocker tout le matériel stérile, sous sachets, ainsi que les différents produits et accessoires utiles à cet exercice.

Encore quelques points sur la Salle de Chirurgie

Le Téléphone : Il n'a pas sa place dans cet espace. Pensez à la perception du patient entraîné d'entendre une conversation qui déconcentre tout le monde. Et côté asepsie ?

L'informatique : Si vous avez réellement besoin d'utiliser des logiciels de radio ou de planification d'implants, dans cette salle, n'y installez qu'un écran plat fixé au mur, et un de ces claviers désinfectable qui se colle sur un plan de travail. L'unité centrale avec son ventilateur qui vous recrache sa poussière et vous dispense de son bruit, sont indésirables en ce lieu.

Une radio : Pas pour la musique, mais pour les rayons X, elle peut être utile, mais pas indispensable. Si vous devez en avoir une, choisissez-la blanche et très sobre (pas de cordons téléphone de déclenchement, ni de soufflets dans les articulations).

Pensez à tout mettre en œuvre pour la traçabilité du tout.

Sans être exhaustif, et en occultant volontairement les produits et fournitures, qui n'étaient pas le thème de ce sujet, j'espère que cet article vous donnera des pistes de réflexions, pour créer un espace chirurgical, à votre image (que vous ne nommerez pas "Bloc opératoire"). Soyez en temps réel à l'écoute des évolutions réglementaires, ne négligez surtout pas de faire le maximum pour assurer votre devoir d'asepsie et de résultats envers vos patients et la déontologie médicale.

Georges BLANC

Foxy études & développement
www.foxy-ed.fr

Et si vous donniez la priorité
au plus important ?

vous !

LOGOS_w, un logiciel pour

plus de **simplicité**



CONTACT ou PRO, choisissez la version la mieux adaptée à vos attentes : de la réponse aux obligations réglementaires à la gestion optimisée de votre cabinet (CCAM, télétransmission 1.40, agenda, comptabilité, statistiques...).

Des solutions en imagerie pour
plus d'**efficacité**



Quels que soient vos besoins en matière d'imagerie numérique, LOGOS_w vous conseille dans le choix de solutions innovantes et performantes pour toujours plus d'efficacité !

Des services pour
plus de **sérénité**



Prise en main à distance de votre PC, formation en ligne, sauvegarde externalisée de vos données, rappel des RDV patients par SMS... Découvrez tout un ensemble de services adaptés à vos besoins pour gagner en temps et en sérénité !

**OFFRES
ESTIVALES
2007***

**Capteur Vistaray
DÜRR DENTAL**

5 490 € TTC
au lieu de ~~6 127 € TTC~~

**Capteur Vistaray DÜRR DENTAL
+ Logiciel LOGOS_w PRO**

Offre assujettie à la mensualisation
des mises à jour et du service Hotline
(33,75 € TTC/mois).

6 590 € TTC
au lieu de ~~8 322 € TTC~~

*Offres valables
jusqu'au 31 Juillet 2007

le réseau
santé social



Infos et conseils :
www.logosw.com Tél. 02 99 36 54 05

logos_w
vous accompagne

Conflit Patient/Praticien

Expertise judiciaire

Cet article est issu d'une expertise judiciaire dont nous avons gardé les éléments les plus intéressants. Dans un conflit entre un patient et son praticien, la mission d'expertise, confiée par le magistrat, demande toujours de reconstituer les faits ayant mené à la présente procédure. Reconstituer l'ensemble des faits ayant conduit à la présente procédure :

Procédure

Selon les dires des Docteurs « Chir-Impl » et « Prot-impl », Monsieur « Trèsdéçu » aurait consulté pour des douleurs au niveau de la première molaire supérieure gauche (26) en Octobre 2003. Ce point est vivement contesté par Monsieur Trèsdéçu. Pour des raisons personnelles, il a été contraint de choisir un chirurgien-dentiste plus proche de son domicile. Son précédent praticien était le Docteur « Ancien Dentiste » dont il était très satisfait depuis une quinzaine d'années. Il aurait consulté uniquement pour un contrôle de routine car ayant consulté son précédent dentiste il y a un an, celui-ci n'avait rien décelé d'anormal. Il affirme ne pas avoir ressenti de douleurs au niveau de la dent concernée (26).

Une radiographie panoramique a été réalisée le 2 juillet 2003, qui permet de déterminer l'état antérieur. Le 14 octobre 2003, consultation du Docteur Prot-impl pour douleur au niveau de la première molaire supérieure gauche (26), point contesté par Monsieur Trèsdéçu. Le Docteur Prot-impl décide que la couronne métallique sur la première molaire supérieure gauche (26) doit être déposée.

Le 28 janvier 2004, nouvelle consultation. Monsieur Trèsdéçu déclare « que le Docteur Prot-impl a diagnostiqué un certain nombre de pathologies qui justifiaient la mise en œuvre d'un plan de traitement important ». Monsieur Trèsdéçu maintient « qu'il n'avait pas de douleurs à cette date ».

Le Docteur Prot-impl dépose la couronne sur la première molaire supérieure gauche (26) le 28 Janvier 2004. Il dépose également la reconstitution à l'amalgame et le petit tenon vissé (screw post) qui sert de moyen de rétention dans la racine palatine. Après nettoyage de la carie, le niveau de la dent serait situé, selon le Docteur Prot-impl, sous la gencive. Il aurait alors demandé l'avis de son associé, le Docteur Chir-Impl, qui est plus

spécialisé en chirurgie et implantologie sur la conservation de cette dent. Le Docteur Chir-Impl aurait déclaré « que cette dent n'était pas récupérable »

Un devis du 6/02/2004 été remis pour la pose d'un implant (x €) et ultérieurement, le 20 juillet 2004, pour une couronne sur implant (pilier + couronne y €). Le 4 février 2004, le Docteur Chir-Impl procède à l'extraction de la 1ère molaire supérieure gauche (26).

Le 11 mai 2004, soit trois mois après l'extraction, contrôle clinique et réalisation d'une radiographie rétro alvéolaire de contrôle de la cicatrisation osseuse. Le Docteur Chir-Impl a estimé après son examen clinique et au vu de cette radio « que la crête osseuse était suffisamment large et que la hauteur d'os était faible mais suffisante pour poser un implant large 6 mm et court 10 mm ». Le 25 mai 2004, l'implant a été mis en place. L'implant est placé en un seul temps opératoire, avec son pilier de cicatrisation. Il s'agit d'un implant d'une longueur de 10 mm, et diamètre 6 mm. Cet implant est de marque connue et d'excellente notoriété. Des contrôles cliniques sont réalisés à dix jours, pour le retrait des fils de suture, puis le 7 juin 2004 et le 8 juillet 2004 avec une radiographie.

L'intégration osseuse de l'implant étant obtenue, selon le Docteur Chir-Impl, il adresse un courrier le 11 juin au Docteur Prot-impl pour l'informer du type d'implant et de la durée de mise en nourrice, six mois (temps de cicatrisation avant la pose de la couronne). Le 4 janvier 2005, le Docteur Prot-impl réalise l'empreinte par la méthode dite « pick-up », classique en implantologie. Il réalise une radiographie de contrôle de la bonne connexion du transfert d'empreinte, le 4 janvier 2005. Le 19 janvier 2005, le Docteur Prot-impl pose une couronne céramo métallique transvissée, c'est-à-dire vissée directement dans l'implant. Le 31 janvier 2005, a lieu une consultation « post traitement » pour faire le point après le traitement dentaire. En février 2005, soit deux semaines après la pose, la couronne commence à bouger. Monsieur Trèsdéçu consulte le Docteur Prot-impl. Une radiographie, réalisée le 24 février 2005, montre une perte du niveau osseux de 50% de la hauteur de l'implant, ce qui est anormal.

“ Le conflit est toujours issu d'une complication et d'un manque de communication entre le patient et le praticien ”



Le 3 mars 2005, soit un mois et demi après la pose de la couronne, l'implant et la couronne sont expulsés spontanément, lors du petit déjeuner. Le Docteur Chir-Impl procède au curetage et au comblement du site implantaire. Monsieur Trèsdéçu confirme « que le Docteur Chir-Impl lui a proposé oralement de remettre en place un autre implant, sans honoraires supplémentaires ». Le Docteur Chir-Impl prescrit un scanner pour évaluer le volume osseux disponible. Il adresse ensuite Monsieur Trèsdéçu en consultation au Docteur Gorge, ORL, pour avoir son avis sur l'état du sinus maxillaire. Monsieur Trèsdéçu déclare, pour sa part, avoir été choqué de ne pas avoir des nouvelles des Docteurs Prot-impl et Chir-Impl. Il ajoute être passé à plusieurs reprises au cabinet, sans être reçu par les praticiens. Il déclare « avoir été reçu par une des assistantes ». Monsieur Trèsdéçu considère qu'il n'y a pas de suivi de son problème et décide de suspendre le traitement. Monsieur Trèsdéçu décide donc d'assigner les Docteurs Chir-Impl, et Prot-impl devant le Tribunal de Grande Instance de Paris.

Connaître l'état médical du demandeur avant les actes critiqués

L'état de Monsieur Trèsdéçu peut être déterminé :

- d'une part, grâce à un certificat de son précédent chirurgien-dentiste, le Docteur Ancien Dentiste, qui a établi un certificat daté du 22 avril 2006.
- d'autre part, grâce à une radiographie panoramique réalisée par le Docteur Prot-impl, lors des soins de la deuxième molaire supérieure gauche 27.

La première molaire supérieure gauche, avant les soins critiqués, était donc dépulpée avec un traitement et une obturation canalaire radiologiquement satisfaisante. La dent comporte un ancrage radiculaire de type faux moignon avec un pivot et une couronne céramo métallique réalisée par le Docteur Ancien Dentiste. Cette dent ne présentait aucun symptôme pathologique depuis la pose de cette couronne.

Consigner les doléances du demandeur

Monsieur Trèsdéçu est mécontent du résultat du traitement, en raison de l'expulsion spontanée de l'implant et de la couronne céramo métallique un mois et demi seulement après la pose de la couronne. Il critique également l'indication d'extraction

de la première molaire supérieure gauche qui ne lui provoquait aucune gêne. Il reproche également aux deux praticiens l'absence de suivi, il avait « l'impression d'être abandonné ». Il reproche de plus d'avoir été reçu uniquement par une assistante, et non par les praticiens, ce qui a accentué son mécontentement.

Préciser les éléments d'information...

...fournis au demandeur préalablement à son consentement aux soins critiqués. Il est extrêmement difficile de dire avec précision les éléments d'information fournis à Monsieur Trèsdéçu par les Docteurs Chir-Impl et Prot-impl, tant leurs versions des faits sont contradictoires : l'expert ne dispose d'aucun document objectif pour préciser les éléments d'information. La fiche médicale des deux praticiens ne comporte aucune annotation concernant les différentes propositions thérapeutiques.

Cependant, il paraît établi que l'éventualité d'un échec ou d'une complication implantaire n'a pas été abordée, de même que la manière dont cet échec ou cette complication serait gérée et plus particulièrement, l'aspect financier de cette extension de traitement. C'est ce qui peut expliquer le désarroi de Monsieur Trèsdéçu, qui a eu, comme il l'a déclaré, « un sentiment d'abandon ». Il semble que l'information de ce point particulier de la survenue éventuelle et de la gestion des complications ait été insuffisante, voire absente.

L'examen clinique

L'étape qui suit est de procéder à l'examen clinique de manière contradictoire, du demandeur et de décrire les lésions et séquelles directement imputables aux soins et traitements critiqués. L'examen clinique indique :

Examen exo-buccal : L'examen exo buccal est normal. Le trajet d'ouverture est normal. L'amplitude entre les points inter-incisifs est de 42 mm, donc normale.

Examen endo-buccal : Cet examen indique essentiellement l'absence de la première molaire supérieure gauche. L'occlusion en in-

tercuspidie maximale est correcte, mais très serrée. On note des facettes d'usure au niveau de la canine supérieure gauche (23) lors du passage de la canine inférieure, (lors des mouvements de latéralité), ce qui serait évocateur d'une parafonction.

Les séquelles du traitement réalisé par les Docteurs Chir-Impl et Prot-impl consistent en :

- l'extraction de la première molaire supérieure gauche (26),
- la pose d'un implant endo-osseux par le Docteur Chir-Impl,
- la pose d'une couronne céramo métallique par le Docteur Prot-impl,
- l'expulsion précoce de l'ensemble implant et couronne céramo métallique.

Par conséquent, Monsieur Trèsdéçu présente un édentement au niveau de la première molaire supérieure gauche (26). Le volume osseux, qui était déjà faible avant la pose de l'implant, est actuellement insuffisant pour remettre en place un autre implant, sauf à réaliser un comblement du sinus.

La justification des traitements

Les actes et traitements médicaux étaient-ils pleinement justifiés ? Il est impossible de répondre avec certitude à cette question, tant les versions des faits sont contradictoires. En effet, pour les praticiens, Monsieur Trèsdéçu serait venu les consulter pour une douleur au niveau de la première molaire supérieure gauche (26). Dès lors, la démarche thérapeutique est logique : dépose de la couronne céramo métallique ancienne,

dépose de la re-constitution coronaire à l'amalgame, constatation d'un délabrement coronaire très important atteignant le niveau sous gingival au niveau proximal (entre la 26 et la 27). Puis, confirmation de l'indication d'extraction de cette dent par le Docteur Chir-Impl et décision d'extraction.



L'Expert relève cependant que le Docteur Prot-impl ne peut fournir la radiographie rétro alvéolaire de la première molaire (26), après dépose de la reconstitution coronaire à l'amalgame, ce qui aurait permis de confirmer et d'objectiver son diagnostic.

Pour Monsieur Trèsdéçu, il ne présentait aucune douleur au niveau de cette molaire et serait venu consulter pour un simple contrôle. Dans cette hypothèse et en l'absence de radiographie rétro alvéolaire objectivant une reprise de carie, la dépose de la couronne ne serait pas justifiée, de même que la suite de la séquence thérapeutique incluant l'extraction et la pose de l'implant.

L'analyse des actes

Il s'agit de dire si ces actes et soins ont été attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale ; dans la négative, l'expert doit analyser de façon motivée la nature des erreurs, imprudences, manque de précautions, négligences pré, per ou post opératoires, maladroites ou autres défaillances relevées.

Les actes effectués par le **Docteur Prot-impl**, à savoir :

- la dépose de la couronne ancienne sur 26,
- la dépose de la reconstitution amalgame sur 26, puis après, la pose de l'implant par le Docteur Chir-Impl,
- la réalisation de la couronne céramo métallique sur implant, ont été attentifs et diligents, sauf après l'expulsion de la couronne et de l'implant.

Les actes effectués par le **Docteur Chir-Impl**, à savoir :

- l'extraction de la première molaire supérieure gauche (26),
 - la pose de l'implant après cicatrisation osseuse,
- ont été attentifs et diligents, sauf après l'expulsion de la couronne et de l'implant.

En effet, les Docteurs Prot-impl et Chir-Impl ont correctement envisagé la gestion de cette complication du traitement sur le plan strict de la technique médicale, en proposant la réalisation d'une greffe osseuse avec comblement partiel du sinus maxillaire et en demandant l'avis d'un médecin ORL pour vérifier l'état du sinus maxillaire.

En revanche, il n'ont pas géré l'aspect psychologique et humain, en ne recevant pas personnellement Monsieur Trèsdéçu pour lui expliquer le déroulement de cette nouvelle

séquence thérapeutique. L'Expert rappelle de plus que cette complication n'avait pas été évoquée au niveau des informations préalables au traitement, ce qui constitue une erreur des deux praticiens. C'est ce qui a provoqué la perte de confiance de Monsieur Trèsdéçu et la présente procédure.

Sur le plan du choix thérapeutique, à savoir la pose d'un implant court et l'absence de scanner avant la pose, il n'était pas obligatoire de réaliser un scanner dès lors que le Docteur Chir-Impl disposait d'une radiographie panoramique de bonne qualité lui permettant d'évaluer la hauteur osseuse, et qu'ayant pratiqué lui-même l'extraction, il avait visualisé l'épaisseur de la crête osseuse disponible.

Cependant, la prescription d'un scanner pré opératoire, après la cicatrisation du site d'extraction lui aurait permis de mesurer avec précision la hauteur d'os disponible (environ 10mm) et de visualiser la position exacte du sinus maxillaire. Cet examen aurait pu inciter le Docteur Chir-Impl à choisir la solution d'augmenter la hauteur d'os par comblement partiel du sinus maxillaire.

Le Docteur Chir-Impl a opté pour le choix de l'implant court, en raison de l'état de santé général de Monsieur Trèsdéçu, afin de lui éviter une chirurgie de comblement du sinus, qui est une chirurgie présentant un risque, en particulier de déchirement de la muqueuse du sinus et de développement d'une sinusite. De ce point de vue, le choix était judicieux.

Du point de vue biomécanique, la pose d'implants courts pour le remplacement d'une dent unitaire et plus particulièrement d'une molaire est très controversée. En effet, le rapport longueur de l'implant / longueur de couronne est dans ce cas **défavorable**.

L'Expert considère que le choix d'un implant court et large, sans constituer une faute, constitue une erreur dans ce cas, car Monsieur Trèsdéçu présente une occlusion serrée et des facettes d'abrasion faisant suspecter une para fonction (grincement des dents).

Le blocage de l'implant dans l'os (ostéointégration) n'a pas résisté aux forces de la mastication et particulièrement aux forces latérales. L'implant est donc devenu mobile et a été expulsé, bien que le Docteur Chir-Impl ait utilisé une technique chirurgicale correcte, avec mise en charge différée de l'implant, et le Docteur Prot-impl une technique prothétique correcte, avec contrôle radiographique de la bonne connexion entre le transfert d'empreinte et l'implant, lors de l'empreinte et entre le faux moignon et l'implant, pour la restauration prothétique.

Verdict

L'Expert retient que la responsabilité des deux praticiens est engagée solidairement à hauteur de 50% pour chacun d'eux.

* déterminer la durée de l'incapacité temporaire de travail en indiquant si elle est totale ou partielle ; Il n'y a pas d'incapacité temporaire de travail, ITT = 0.

* fixer la date de consolidation et si celle-ci n'est pas acquise, indiquer le délai à l'issue duquel un nouvel examen devra être réalisé, évaluer les seuls préjudices qui peuvent l'être en l'état ; La date de consolidation ne peut être fixée au jour l'expertise. Elle pourra être fixée après la réalisation du bridge, dans un délai de 3 à 6 mois environ.

Les autres préjudices seront fixés après consolidation.

Ce qu'il faut retenir de cette affaire

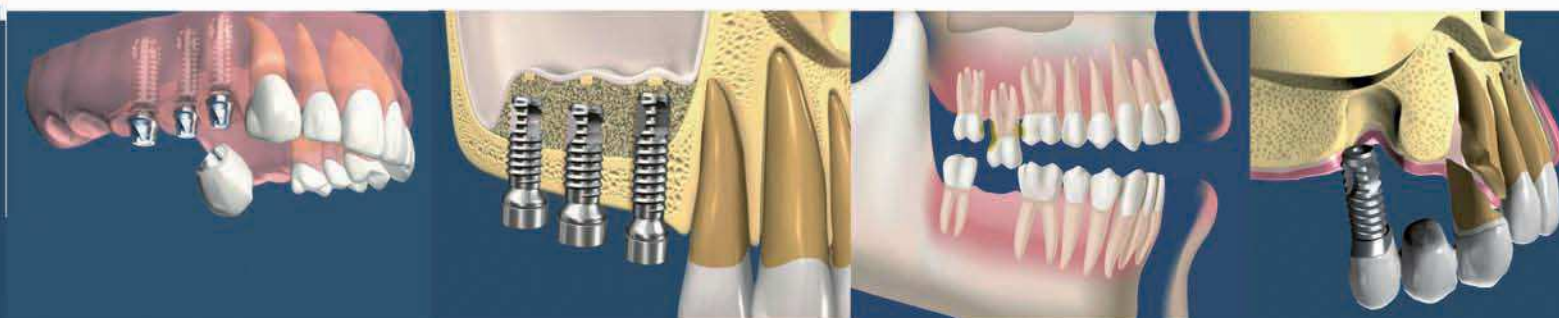
1. Il est indispensable de pouvoir justifier de son choix thérapeutique, en particulier en cas d'extraction.
2. Il faut donner au patient tous les éléments d'information sur le traitement proposé, sur les autres traitements possibles avec leurs avantages et inconvénients, et noter sur la fiche médicale ces éléments d'information.
3. Il faut informer le patient du taux de succès dans cette situation clinique précise, mais également l'informer des complications éventuelles et de ce qui se passerait en cas d'échec, sur le plan financier notamment.
4. Il faut assumer personnellement la gestion des complications et ne pas déléguer cette tâche à une assistante.

Pr Patrick Missika

Maître de conférence des Universités,
 Directeur du Diplôme Universitaire d'implantologie chirurgicale
 et prothétique, Faculté de chirurgie dentaire
 Garancière-HotelDieu,
 Université Paris 7,
 Professeur Associé Tufts University,
 Boston, Expert national agréé par la Cour de Cassation.
 12 rue des Pyramides 75001 Paris



Versions francaises en monoposte ou réseau:
Général / Implant / Ortho / Pério / OMS / Endo



-----Eduquer, Motiver, Gagner du temps-----Facile d'utilisation-----



-----Créez vos propres Présentations-----Graphiques exceptionnels-----

CABINET. *Organisation*

Changement de paradigme

Les changements actuels en matière d'établissement de plan de traitement ont radicalement transformé nos choix en matière d'options de réhabilitation. Ces changements de paradigmes demandent, de notre part, de réinventer véritablement nos conceptions thérapeutiques. Avec le succès de l'ostéo-intégration, les options de traitement sont devenues plus nombreuses et offrent au patient une plus grande prédictibilité de résultat. Sous réserve d'une élaboration méthodique des plans de traitement, tout chirurgien-dentiste a, désormais, la capacité de gérer les cas implantaires. Aussi, s'agit-il d'arrêter de se trouver des excuses. La pose d'implants dentaires est une technique éprouvée. Le taux de réussite des interventions est très élevé. Pourquoi si peu d'omnipraticiens ont-ils recours à la pose d'implants ? La réponse tient dans les efforts à fournir initialement pour traiter les cas implantaires, dans le risque d'échec et d'éventuelles poursuites judiciaires, et enfin, dans des remboursements quasiment inexistantes. La plupart d'entre nous ne propose pas cette option aux patients pour la simple raison que nous ne sommes pas à l'aise avec sa réalisation et que nous imaginons qu'elle est trop chère pour la plupart de nos patients.

La demande vient des patients

L'important travail d'information réalisé depuis de nombreuses années par les fabricants d'implants auprès des médias grand public semble avoir donné ses fruits depuis quelques mois. Aussi, avec la demande de la part des patients-consommateurs pour des traitements de qualité croissante, de plus en plus de chirurgiens-dentistes français réalisent que le moment est arrivé de proposer à leur patient l'offre implantaire.

Il n'y a pas si longtemps, présenter un plan de traitement implantaire nécessitait beaucoup plus d'effort, d'information et de temps que pour les autres traitements. Les patients savent aujourd'hui que cette option existe et il n'est pas rare qu'une demande de leur part survienne après la lecture d'un article dans des magazines grand public. Ils sont souvent déçus en cas d'impossibilité technique de réalisation.

Une approche pluridisciplinaire

A l'évidence, la pose d'implants dentaires, même si elle reste complexe, est en train de se démocratiser aujourd'hui. La condition sine qua non de la réussite de cette démarche est, bien entendu, de bénéficier d'un soutien adapté.

Une équipe multidisciplinaire peut être constituée de vous-même, d'un spécialiste chirurgien, d'un prothésiste spécialisé et pourquoi pas d'un fournisseur de matériel implantaire. Commencez par vous entretenir avec les spécialistes qui vous entourent et qui pourront prendre en charge le volet chirurgical de l'intervention. L'élément clé réside dans l'analyse commune par les deux praticiens des éléments diagnostiques : modèles, radios (panoramiques, tomographies, scanners,...), photos, historique médical etc. Le traitement idéal ainsi que les autres alternatives thérapeutiques sont étudiés au cours de cet entretien. L'étape suivante consiste à établir le plan de traitement interdisciplinaire. Une planification soignée doit, ici, être de règle : qui fait quoi et à quel moment ?

Un autre aspect important du travail en équipe est, donc, l'implication précoce du laboratoire.



© Lorenzo Puricelli - FOTOLIA

En effet, un laboratoire spécialisé gère de façon habituelle plus de cas implantaires qu'un omnipraticien seul. L'expérience du technicien est là aussi importante. Au stade du plan de traitement, elle peut permettre l'obtention de résultats optimaux.

Enfin, le fournisseur de matériel implantaire par sa connaissance technique des implants vous offrira un angle complémentaire d'analyse. Cependant, bien entendu, c'est vous qui devez rester le maître d'œuvre de l'ensemble.

Les freins

Même si de plus en plus de praticiens sont convaincus de la nécessité de considérer les traitements implantaires comme une alternative thérapeutique incontournable, beaucoup d'entre eux ont encore une motivation insuffisante pour les proposer dans leurs cabinets. Il est intéressant d'examiner les raisons de ce phénomène. Dans le cadre de cet article, je ne peux les développer en détail. Toutefois, voici une liste non exhaustive de ces raisons : information insuffisante sur les possibilités offertes par l'implantologie, peur de l'échec, indications confuses, complexité des cas, difficulté à établir un plan de traitement implantaire seul,



nombreux systèmes existants et incompatibilité entre eux, inconfort de travailler avec un nouveau laboratoire (plus spécialisé), difficulté à présenter les cas (l'absence de remboursement entraînant une plus grande difficulté à proposer), difficulté à établir les honoraires, etc.

Etablir des honoraires

Le coût total pour le cabinet de la pose d'implants est constitué par l'addition de tous les frais de laboratoire (y compris l'accastillage), du prix de la fixture et des frais fixes du cabinet en fonction de la durée du traitement. L'évaluation des honoraires doit s'effectuer en y ajoutant le bénéfice du praticien. Un point important est donc l'évaluation de la durée globale du traitement. Je vous invite à la faire en même temps que l'élaboration du projet thérapeutique. Ainsi, sur la base du coût et du bénéfice horaires et du nombre d'heures de traitement estimées, il devient possible en y ajoutant les frais variables d'évaluer précisément les honoraires. Cette méthode d'évaluation des trois éléments primaires des dépenses plus le bénéfice désiré est la plus pertinente. Sans cela, le risque est grand de sous-évaluer vos honoraires et donc de générer à terme une démotivation.

Identifier les candidats potentiels

Prenez ensuite le temps d'identifier des patients potentiellement candidats à la pose d'implants. Tous les patients à qui il manque une dent ou plus devient un candidat potentiel à l'implantologie. Commencez par les édentations unitaires avec les dents adjacentes saines. Par ailleurs, souvenez-vous que d'excellents candidats à l'implantologie sont vos patients existants porteurs de prothèse mobile ! N'oubliez pas enfin que vous pouvez transformer la vie des patients édentés complets en leur proposant des réhabilitations beaucoup plus stables.

Comment présenter les plans de traitement implantaires ?

Il est courant qu'une présentation de traitement implantaire devienne complexe et très clinique. J'ai pu constater que même des praticiens fortement expérimentés complexifient

aux yeux du patient la présentation des traitements implantaires lorsqu'eux-mêmes les perçoivent comme cliniquement complexes. Cette complexité est fréquemment transmise inconsciemment aux patients lorsque les praticiens entrent trop dans les détails techniques et cliniques. Malheureusement, accabler nos patients avec des détails excessifs et inutiles pour eux les bloque mentalement, particulièrement s'ils ont peu ou pas de connaissances antérieures sur le sujet.

En vérité, les avantages présentés par les implants doivent constituer le cœur de votre présentation. Utilisez des termes simples et facilement compréhensibles. Les patients peu familiers avec les termes techniques ne retiendront probablement pas toute l'information.

C'est pourquoi je vous recommande de toujours répéter les avantages apportés aux patients par les traitements implantaires au moins trois fois lors de la séance de présentation. Cela permettra d'ancrer dans l'esprit des patients la valeur ajoutée des implants dentaires.

La présentation implantaire devrait faire appel aux moulages du patient, à ses photos ses radiographies complétées par de nombreuses aides visuelles. Aujourd'hui, nous pouvons montrer au patient des cas d'implants similaire au sien à l'aide de brochures, plaquettes et modèles de démonstration.

Je vous recommande également l'utilisation de CD-ROMS interactifs tels que Quick Dental Pro pour présenter de façon simple et conviviale les différentes étapes du traitement. J'ai constaté que la documentation de vos propres cas est souvent la méthode la plus efficace et la plus puissante de présentation de cas. Ceci prouve à votre patient votre expertise et montre les résultats déjà obtenus.

Le financement des implants

Les traitements implantaires peuvent aller de quelques 1500 euros à des sommes beaucoup plus importantes. Et comme ces traitements sont généralement remboursés de façon très limitée, certains peuvent se sentir mal à l'aise au moment d'aborder le montant des honoraires.

Les aspects financiers apparaissent souvent comme l'obstacle final. Malgré leur meilleure volonté, certains ne disposent pas des fonds nécessaires au règlement des honoraires implantaires. Or, l'acceptation est fortement influencée par la capacité des patients à payer

le traitement. Ceci dit, votre cabinet n'est pas non plus une banque. Alors comment faire ?

Il est important de proposer des options de paiement attrayantes et rester très souple au sujet des ententes financières. Des options financières spécifiques pour les implants peuvent être proposées au delà des propositions habituelles du cabinet. Dans la limite de la durée du traitement, proposez un étalement. Mais attention, cette option ne doit pas s'étendre trop longtemps après la fin du traitement. En outre, elle peut créer un différent avec un patient fidèle si le plan de paiement n'est pas respecté ou s'il est très lent à payer.

C'est pourquoi, je vous recommande deux autres modes de règlement :

◆ Offrez la possibilité d'un paiement par le système PNF (paiement en N fois) que proposent de nombreuses banques.

◆ Invitez-le à se rapprocher d'un organisme de prêt. En effet, ce système est appelé à se développer dans le futur pour permettre l'accès des traitements implantaires au plus grand nombre. En lui proposant l'option d'un crédit réalisé par le patient auprès d'une banque ou d'un organisme de financement, vous vous libérez du plan de financement, des risques qui y sont liés et vous pouvez vous concentrer sur la réalisation de vos traitements.

Le développement de la pratique implantaire est certes un challenge pour de nombreux cabinets. Il est crucial de lever nos freins intérieurs vis-à-vis de cette spécialité et d'accepter l'idée qu'elle doit faire partie intégrante d'un exercice moderne y compris en omnipratique. Sa mise en place dans votre cabinet est à la fois un élément de motivation professionnelle, un service important rendu à vos patients et une façon de proposer des traitements à plus forte valeur ajoutée. Il serait aujourd'hui très pénalisant de s'en priver.

Pour en savoir plus:

Groupe Edmond BINHAS – Fabienne
Immeuble Grand Ecran
15 avenue André Roussin 13016 MARSEILLE
Tél. : 04 95 06 97 31
contact@binhas.com



Stratégies RH en Implantologie

De plus en plus de praticiens saisissent l'opportunité du développement de leurs compétences cliniques en implantologie. Leur diplôme universitaire d'implantologie en poche, ils sont inévitablement confrontés à plusieurs problématiques relatives à leurs modalités de communication interne & externe, ainsi qu'à la gestion des Ressources Humaines de leur cabinet dentaire : spécialisation des postes de travail, investissement dans la création d'un bloc opératoire, recrutement d'une assistante de direction/communication et d'une deuxième assistante/aide dentaire, création/développement et fidélisation d'un réseau de correspondants, développement de la communication interne, optimisation des procédures administratives...



© Gautier Willaume - FOTOLIA

La spécialisation de l'assistante dentaire : l'assistance clinique exclusive

Autant la pratique de certains soins ne nécessite pas de la part de l'assistante dentaire la maîtrise experte d'un exercice à quatre mains ou d'un exercice clinique exclusif (dans de nombreuses situations, l'assistante dentaire est bien plus une aide dentaire et une secrétaire qu'une aide « opératoire »), autant la pratique de l'implantologie est conditionnée par le niveau de compétences intellectuelles et les performances techniques de l'assistante clinique.

Si certains praticiens laissent entendre que la gestion de « petits soins » ne nécessite pas la présence permanente de l'assistante dentaire, cette présence quasi-permanente est nécessaire et inévitable de la préparation jusqu'à la finalisation d'un acte implantaire (préparation de la zone de soins et du champ opératoire –champ stérile-, préparation des plateaux, ergonomie, capacité d'anticipation,...). L'assistante dentaire doit donc elle aussi être formée à la pratique de l'implantologie : il revient dès lors au praticien d'accompagner pédagogiquement son assistante jusqu'à la maîtrise assurée des protocoles cliniques et organisationnels qui participeront de sa réussite. Il convient également d'envisager que les cursus de formation

en implantologie puissent ouvrir plus grandes les portes de leurs séminaires aux assistantes, ce qui est encore trop rarement le cas.

Par ailleurs, l'augmentation du nombre de cas d'implantologie ne laisse plus beaucoup de place à la polyvalence. Il n'est alors absolument pas concevable que l'assistante en implantologie ait plusieurs tâches à gérer simultanément, telles que le secrétariat (accueil physique ou téléphonique, encaissements), la pré-comptabilité voire la stérilisation.

Le développement du secrétariat : le support stratégique du pôle clinique

La pratique de l'implantologie implique des modalités de gestion administrative des patients bien plus complexes, en particulier relativement à la gestion de l'agenda (planification des rendez-vous, des plages horaires, détermination de la durée de l'acte), ainsi qu'à la gestion de la relation au patient (rendez-vous, suivi dossier, présentation devis, entente financière).

Si le praticien et son équipe souhaitent profiter de cette opportunité de développement clinique afin que les services administratifs proposés soient enfin à l'image du niveau de compétences cliniques du praticien et participent réellement du processus de satisfaction



« patient » et de la démarche qualité globale du cabinet, alors seul un poste administratif à valeur ajoutée, seule une spécialiste de la gestion administrative dite de manière pompeuse « assistante de direction » permettra d'optimiser la coordination clinico-administrative. Une assistante de direction (ou « Office Manager ») est une secrétaire qui assiste une direction, quelle qu'elle soit, et qui a au moins un Bac + 2 administratif. Nombre de praticiens et d'assistantes dentaires considèrent à tort que cette assistante, pourrait avoir des responsabilités hiérarchiques, décisionnelles ou managériales, ou qu'elle aurait été formée en fonction de ces mêmes responsabilités présupposées.

La création d'un poste administratif doit donc représenter un levier de développement des nouveaux services cliniques du praticien. À ce titre, la question se pose de recruter une assistante administrative ou assistante de communication. Si le praticien a déjà constitué un réseau de correspondants de Santé et qu'il souhaite seulement les fidéliser, une assistante de communication, éventuellement spécialisée en relations publiques n'est pas nécessaire : une seule secrétaire de direction ou assistante de gestion suffira. Si le praticien en cours de développement en implantologie a besoin d'informer ses confrères de l'acquisition et de la maîtrise de ses compétences implantologiques, il est nécessaire qu'il envisage une réelle stratégie de communication externe qui ne saurait être l'apanage d'une seule secrétaire polyvalente ou secrétaire médicale. Par ailleurs, le recrutement d'une assistante de direction ne peut être effectué par les voies classiques de dépôt d'offres sur les supports habituels : sites de petites annonces dentaires, revues dentaires... qui ne concernent que les métiers directement liés au secteur des soins dentaires. Une assistante de direction (Bac + 2 à Bac + 4) ayant travaillé dans de moyennes et grandes entreprises ne répondra d'ailleurs jamais à une offre issue d'un cabinet médical, quel qu'il soit, sauf s'il s'agit d'une localité sinistrée au niveau du marché du travail.

Le réseau des correspondants : le savoir-faire et le faire-savoir

Il est entendu que les patients nouveaux ou fidèles apprenant le développement de services cliniques en implantologie dudit cabinet ne déferleront pas dans le hall du secrétariat pour réclamer des implants qui ne peuvent être assimilés à un produit commercial, ni même à un produit tout court ! L'acte implantaire a une raison d'être thérapeutique qui prime et doit primer sur tout autre considération. Il ne

suffit donc pas d'avoir acquis certaines compétences en implantologie pour prétendre les transformer en actes productifs. Si le praticien envisage un exercice implantologique représentant une part importante de son exercice, il sera donc nécessaire non seulement d'informer ses confrères « omnipraticiens » au niveau local et régional de sa nouvelle orientation clinique, mais encore et surtout de les former afin qu'ils soient eux-mêmes capables du moins de déceler la nécessité d'un acte implantaire éventuel.

Nombre de praticiens créent à cet effet des study group ou study club dans le cadre d'un partage d'expériences et de savoir-faire profitant au développement de leurs compétences intellectuelles et techniques respectives. En somme, le développement de l'exercice implantologique doit également permettre de redéployer la notion de confraternité entre chirurgiens-dentistes qui est dans certaines situations mise à mal bien plus par crainte naturelle que par réelle méfiance.

La présentation d'un devis, l'entente financière : le sens de la délégation contrôlée

Dans le cadre de la présentation de solutions thérapeutiques préconisant un traitement implantaire, il n'est pas envisageable de présenter un devis à l'emporte-pièce sur un comptoir de secrétariat ou dans la salle de soins. Il doit être présenté et argumenté dans un bureau ou secrétariat indépendant. Le montant souvent élevé des devis justifié par une chirurgie parfois lourde de une à trois phases selon les cas (phase pré-implantaire, phase d'ostéo-intégration, phase prothétique) nécessite que le patient soit non seulement informé très précisément par le praticien et uniquement par le praticien de la nécessité d'un recours aux techniques implantaires, mais encore que ce patient soit pris en charge de manière experte d'un point de vue relationnel et administratif. Cette prise en charge administrative commence après la présentation du plan de traitement par le praticien.

Il est préférable que la présentation du plan de traitement implantaire et des solutions thérapeutiques soient dissociées de la présentation et de l'argumentation du devis. Il convient également que l'assistante de direction, spécialisée dans le management de la relation au « patient », ne reprenne en aucune manière l'argumentation médicale du praticien (à ce titre, elle ne doit pas porter de blouse blanche, et ne doit en aucun cas être assimilée au pôle médical), même sous la forme d'une éventuelle vulgarisation prétendue de concepts techniques dits abscons.

Il revient avant tout au praticien d'aider son patient à la compréhension claire et précise du traitement qui lui est recommandé en connaissance de causes médicales. Cette tâche ne saurait être déléguée en tout ou partie ni à une assistante dentaire ni à une secrétaire de direction. Seules les parties « présentation du devis » et « réalisation de l'entente financière » peuvent être déléguées de manière contrôlée, argumentées et finalisées par l'assistante de gestion en poste dont le rôle administratif mais aussi éminemment social contribuent à la fidélisation du patient. Il est vivement déconseillé d'utiliser des « techniques de vente parallèles » sous la forme de comparaisons grossières et maladroites d'un traitement avec un produit de consommation courant (voiture, voyage, emprunt immobilier). Ce type de discours est particulièrement mal perçu par les patients qui ne se cachent pas de le formuler dans les questionnaires de satisfaction issus de la démarche Qualité assurée par certains cabinets dentaires. C'est ici toute la différence entre le mode de management de la relation au client et au patient. Un cabinet dentaire n'est pas une entreprise comme une autre. C'est en premier et dernier lieu un cabinet médical. Le patient ne doit en aucun cas être assimilé à un client. C'est lorsque qu'il ressent qu'il peut être assimilé à un client qu'il perd toute confiance dans son médecin, et dans les soins préconisés.

Les patients français continuent d'assimiler fort heureusement et comme il se doit le chirurgien-dentiste à un médecin, et certainement pas à un représentant en soins dentaires. C'est dans la préservation de cette image noble que réside entre autres la réussite du développement de l'implantologie dans les cabinets dentaires.

Pour en savoir plus :

Gestion des Ressources Humaines des Cabinets Dentaires :

**recrutement, communication interne,
audit social, politique salariale,
conférences et séminaires sur-mesure,
formations intra-cabinets.**

Rodolphe Cochet

7, rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél. : 01 43 31 12 67
www.rh-dentaire.com
info@rh-dentaire.com





ASSOCIATION UNIVERSITAIRE D'IMPLANTOLOGIE

PROGRAMME DU CY

Sessions de cours AUI

Session 1
Matières fondamentales

» **Jeudi 6 septembre 2007**

9 h 00 à 9 h 45	Présentation du cycle	Patrick Missika, Marc Bert
10 h 00 à 12 h 00	Indications des implants endo-osseux Evolution du concept implantaire	} Patrick Missika
14 h 00 à 17 h 30	Anatomie osseuse et implantologie	

» **Vendredi 7 septembre 2007**

9 h 00 à 12 h 00	Physiologie de l'os	Jean-Raphaël Nefussi
14 h 00 à 18 h 00	Histologie de l'os et cicatrisation	Pascal Collin

» **Samedi 8 septembre 2007**

9 h 00 à 12 h 00	Les rapports os-implant : l'ostéo-intégration	Marc Bert
------------------	---	-----------

Session 2
Chirurgie

» **Jeudi 15 novembre 2007**

9 h 00 à 10 h 30	La consultation pré-implantaire	Patrick Missika
10 h 45 à 12 h 00	Incisions et sutures	Patrick Missika
14 h 00 à 16 h 00	Principes généraux de mise en place chirurgicale des implants	Georges Khoury
16 h 15 à 17 h 15	Le scanner en implantologie	Alain Lacan

» **Vendredi 16 novembre 2007**

9 h 00 à 12 h 00	Les échecs chirurgicaux	Marc Bert
14 h 00 à 15 h 00	Les échecs chirurgicaux	Marc Bert
15 h 00 à 17 h 00	Asepsie et implants	Roland Zeitoun

» **Samedi 17 novembre 2007**

9 h 00 à 12 h 00	Spécificités chirurgicales des grands systèmes Anne Benhamou, Guillaume Drouhet, Isabelle Kleinfinger, Hervé Tarragano, Henri Martinez, Patrick Missika	
------------------	---	--

Session 3
Parodontie

» **Jeudi 10 janvier 2008**

9 h 00 à 10 h 15	Greffes osseuses et implants	Hadi Antoun
10 h 30 à 12 h 00	Mise en place immédiate après extraction	Patrick Missika
14 h 00 à 15 h 30	Reconstitution tissulaire péri-implantaire	Christian Chavrier
15 h 45 à 17 h 00	La mise en fonction	Frédéric Chiche

» **Vendredi 11 janvier 2008**

9 h 00 à 10 h 45	La gencive péri-implantaire	Marc Bert
11 h 00 à 12 h 00	Complications gingivales	Marc Bert
14 h 00 à 15 h 15	Complications chirurgicales	Marc Bert
15 h 30 à 17 h 00	Biocompatibilité et biomatériaux	Patrick Exbrayat

» **Samedi 12 janvier 2008**

9 h 00 à 10 h 30	Potentiel pathogène de la plaque	Marie-Hélène Cottet
10 h 45 à 12 h 00	Conserver ou planter	Henri Martinez

Organisateurs : Patrick MISSIKA et Marc BERT

CLE D'IMPLANTOLOGIE

2007/2008

Session 4 Prothèse

» Jeudi 27 mars 2008

9 h 00 à 12 h 00	Etude prothétique pré-implantaire Impératifs de la prothèse sur implants	} Bernard Picard
14 h 00 à 15 h 45	Occlusion et implants	
16 h 00 à 17 h 00	Mise en charge immédiate ou différée	Bruno Tavernier Philippe Leclercq

» Vendredi 28 mars 2008

9 h 00 à 10 h 30	Gestion des complications prothétiques	Marc Bert
10 h 45 à 12 h 15	Particularité de l'occlusion en implantologie	Marc Bert
14 h 00 à 17 h 30	Les empreintes en implantologie	Anne Benhamou
	Prothèse sur implants unitaire, petit bridge, prothèse complète	Isabelle Kleinfinger

» Samedi 29 mars 2008

9 h 00 à 12 h 00	Spécificités prothétiques des grands systèmes Guillaume Drouhet, Anne Benhamou, Isabelle Kleinfinger, Hadi Antoun, Hervé Tarragano, Henri Martinez
------------------	--

Session 5 Travaux Pratiques Faculté de Garancière

» Lundi 30 juin 2008

9 h 00 à 12 h 00	Examen	
14 h 00 à 16 h 00	Implant 3I	Henri Martinez, Frédéric Chiche
16 h 30 à 18 h 00	Implant Screw-Vent	Corinne Touboul

» Mardi 1^{er} juillet 2008

9 h 00 à 10 h 30	Implant Replace	Isabelle Kleinfinger
10 h 30 à 12 h 00	Implant Brånemark	Hadi Antoun, Gérard Guez
14 h 00 à 15 h 30	Implant Friadent	Anne Benhamou
15 h 30 à 17 h 00	Implant Astra	Guillaume Drouhet, Georges Khoury

» Mercredi 2 juillet 2008

9 h 00 à 10 h 30	Implant ITI	Hervé Tarragano
10 h 30 à 12 h 00	Forum, discussion	Patrick Missika, Marc Bert

(Programme donné à titre indicatif et non contractuel)

Attestation de fin de cycle

**Préparation au Diplôme Universitaire d'Implantologie Clinique
Chirurgicale et Prothétique - Paris VII - Garancière**

Bulletin d'inscription à renvoyer au Dr P. Missika (AUI) 5 rue Garancière - 75006 Paris

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : Fax :

☐ Souhaite m'inscrire au Cycle d'Implantologie AUI : 2007/2008

A.U. DU TEMPS

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

29 ET 30 JUIN 2007 À PARIS

**LA SANTÉ PARODONTALE, UNE
APPROCHE MICROBIOLOGIQUE
MODERNE**

MARK BONNER

**INSTITUT INTERNATIONAL DE
PARODONTIE**

455 promenade des Anglais, Arénas, Nice

1er - 06200 Nice

Tél : 04 93 71 40 65

Fax : 04 93 71 40 32

Email : solange.dunoye@wanadoo.fr

Site Internet : www.parodontite.com

**29 ET 30 JUIN 2007 À CLERMONT-FERRAND
IMPLANTOLOGIE CLINIQUE
MODULE 4**

DRS JEAN-FRANÇOIS BOREL,

YVES DOUILLARD

STRAUMANN FRANCE

Séverine Delmas - 10 place d'Ariane

Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4

Tél : 01 64 17 30 16

Fax : 01 64 17 30 10

Email : severine.delmas@straumann.com

Site Internet : www.straumann.fr

4 JUILLET 2007 À PONT DU CASSE

12 SEPTEMBRE 2007 À PONT DU CASSE

FORMATION CRESCO / ½ JOURNÉE

LAB CH. SIREIX

ASTRA TECH DENTAL

Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand

Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex

Tél : 01 41 39 04 52

Fax : 01 41 39 97 42

Email : ouarda.ghanai@astratech.com

Site Internet : www.astratechdental.fr

5 ET 6 JUILLET 2007 À PARIS

DR ALBERT PINTO

13 ET 14 SEPTEMBRE 2007 À SAINT-ÉTIENNE

DR GILLES PEYRAVERNEY

CYCLES COMPLETS DE FOR-

MATION EN IMPLANTOLOGIE :

CHIRURGIE ET PROTHÈSE SUR LE

SYSTÈME ANKYLOS

DENTSPLY FRIADENT ET SEPI

Hélène Antunes - BP 106 - route de

Montereau - 77793 Nemours cedex

Tél : 01 60 55 59 78

5, 6 ET 7 JUILLET 2007 À LYON MONPLAISIR

UNE FORMATION CLINIQUE DE

CHIRURGIE IMPLANTAIRE

DRS BRUNO DELCOMBEL, PATRICK

EXBRAYAT, FLORENT TRIOLLIER

SCDI - STUDY CLUB DENTAIRE ET

IMPLANTAIRE ET ZIMMER

DENTAL

68 avenue des Frères Lumière

69008 Lyon Monplaisir

Tél : 04 72 78 58 64

Fax : 04 72 78 58 66

cercle d'étude d'implantologie orale CEIOP et de parodontologie

Jeudi 11 octobre 2007

Conférence avec Pr OUHAYOUN

- Approche de la Parodontie pour un cabinet d'omnipraticque
- Chirurgie plastique parodontale : chirurgie d'excellence pour le patient

Lieu : BORDEAUX - Capc Musée d'art contemporain - 60 points crédit



Dans l'auditorium du CAPC Musée d'art contemporain

Entrepôt 7 rue Ferrère 33000 Bordeaux

Prix de la journée de Conférence :

Adhérent 190€

Non adhérent 230€

Etudiants : 50€

Possibilité de prise en charge par le FIF-PL

Attribution de points par le CNFCO : 60 points pour la journée de conférence N° agrément : 06332610-79/31

Formation approfondie en parodontologie 2007-2008

4 sessions (4 X 2 jours) : octobre 2007 - janvier 2008 - mars 2008 - juin 2008

70 points crédit par journée

Formation approfondie en implantologie 2008-2009

4 sessions (4 X 2 jours) : octobre 2008 - janvier 2009 - mars 2009 - juin 2009

70 points crédit par journée

CEIOP

16, rue du Bocage - 33200 BORDEAUX

Tél. : +33 (0) 6 26 80 46 43 - Fax : +33 (0) 5 56 05 95 07

E-mail : ceiop@ceiop.com - Internet : www.ceiop.com



Le CEIOP, société scientifique créée en 2003, est l'émergence d'une volonté de la part des praticiens de poursuivre, après leurs formations universitaires (C.E.S., D.U., Post-graduate...) une relation professionnelle basée sur la confiance et la confraternité. Son bureau est constitué paritairement de praticiens libéraux et de praticiens hospitalo-universitaires.

Son originalité est d'être un point de rencontre de différentes spécialités médicales (Chirurgien Dentiste, Orthodontiste, ORL, Chirurgien Maxillo-facial, Radiologie) et des prothésistes dentaires.

LE CEIOP

- réunit les praticiens par des StudyGroup proches de leur lieu d'exercice, trimestriellement en soirée.
- organise des journées cliniques avec des conférenciers internationaux.
- propose un cycle de formation en parodontologie et implantologie sur deux années avec travaux pratiques.

Congrès Informatique Odontologique 11 et 12 octobre 2007 à Clermont-Ferrand



Dr D'agrosa, vous êtes président de l'ACIO (Association Clermontoise d'Implantologie Orale) et vous organisez les 11 et 12 octobre prochain un congrès sur le thème de l'Informatique Odontologique. Quelle est la vocation de ce congrès et où l'idée prend-elle sa source ?

Nous souhaitons faire le point sur les Nouvelles Technologies dans le monde de la chirurgie-dentaire. Nous sommes passés dans une ère du tout numérique, l'informatique professionnelle est rentrée depuis longue date dans nos cabinets, mais aujourd'hui on peut faire de la radiologie numérique (panoramique, cone beam), du diagnostic en 3 D, des empreintes numériques, des reconstitutions prothétiques assistées par ordinateur... C'est une vraie révolution dans nos pratiques, auxquelles nous sommes encore insuffisamment formés. Clermont-Ferrand, à travers le service informatique de l'UFR d'odontologie, est en quelque sorte le berceau de l'Informatique Odontologique. C'est d'ailleurs un terme très clermontois. Notre association s'est jointe à Bernard Chaumeil et Frédéric Morin (les deux éminences grises du service Informatique) pour organiser ce Congrès.

Les techniques de robotique implantaire que vous allez aborder sont-elles au point ou en devenir ?

L'assistance informatique au geste chirurgical existe depuis de nombreuses années en orthopédie ou en neurochirurgie. Ces techniques sont nouvelles dans notre domaine de la chirurgie dentaire, bien que les premiers projets aient débuté en 1997. Nous rêvons tous de remplacer l'organe dentaire ad integrum : c'est ce que permet l'implantologie dentaire, encore faut-il bien placer l'implant dans les trois plans de l'espace, ce que permet l'implantologie assistée. De plus, les patients souffrent moins et les mises en charges (sur les implants) sont facilitées. Ces techniques manquent encore d'études sur de nombreux cas, ces futures études permettront de perfectionner les protocoles et d'améliorer nos pratiques.

La création de sites Internet professionnels est-elle libre ou soumise à des règles déontologiques précises et limitantes ?

La création de ces sites est soumise à des règles strictes qui sont peu ou prou, celles qui régissent nos plaques, nos en-têtes, nos locaux et nos documents professionnels.

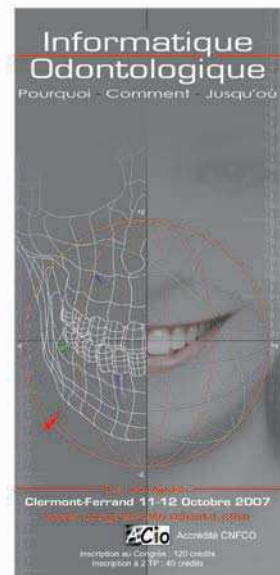
Le coût des technologies numériques présentées tout au long de ce congrès sont-elles compatibles avec le fonctionnement d'un cabinet moyen ?

Sauf développements ou outils très pointus plutôt utilisés par des « spécialistes », les technologies numériques sont désormais compatibles, au plan des coûts avec l'activité d'un cabinet « moyen », comme la radiologie numérique ou le logiciel de gestion.

Selon vous, le futur de la dentisterie sera-t-il tout numérique ?

Je ne crois pas au « tout numérique », nous sommes des soignants et la relation praticien-patient ne saurait s'accommoder d'un interlocuteur cybernétique. Il ne faut pas oublier que l'informatique n'est qu'un outil, certes un outil fabuleux, mais elle ne peut se substituer à notre raisonnement, qui doit primer.

Renseignement & Inscription
Triologs - 11 rue des Dagneaux
63200 Riom
Tél. : 04 73 28 98 50
trialogs@wanadoo.fr
www.congres-info-odonto.com



12 JUILLET 2007 À PARIS LES JEUDIS DE LA PROTHÈSE

SPECIALISTE PRODUITS BIOMET 3i

Frais d'inscription : Gratuit

BIOMET 3i

7-9 rue Paul Vaillant Couturier

92300 Levallois

Tél : 01 41 05 43 46

Fax : 01 41 05 43 40

Email : marketingfrance@3implant.com

Site Internet : www.3i-online.com/france/index.cfm

6 SEPTEMBRE 2007 À MULHOUSE CYCLE DE FORMATION EN IMPLANTOLOGIE ORALE : CHIRURGIE ET PROTHÈSE

DRS MARC COLLAVINI,

CHRISTIAN SCHLIER

C.E.F.I.O.M.

Tél : 06 32 90 36 51

7 SEPTEMBRE 2007 À NICE

10 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

**JOURNÉE D'INTÉGRATION: MISE
EN PLACE DE LA MÉTHODE MARK
BONNER.**

SOLANGE DUNOYÉ

**INSTITUT INTERNATIONAL DE
PARODONTIE**

455 Promenade des Anglais, Arénas,

Nice 1er - 06200 Nice

Tél : 04 93 71 40 65 - Fax : 04 93 71 40 32

Email : solange.dunoye@wanadoo.fr

Site Internet : www.parodontite.com

10 ET 11 SEPTEMBRE 2007 EN SUÈDE ADVANCED SCIENCE & CLINICAL METHODS RELATED TO IMPLANT TREATMENT COURSE

PR ALBREKTSSON

ASTRA TECH DENTAL

Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand

Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex

Tél : 01 41 39 04 52

Fax : 01 41 39 97 42

Email : ouarda.ghanai@astratech.com

Site Internet : www.astratechdental.fr

13 ET 14 SEPTEMBRE 2007 À MARNE LA VALLÉE

**NATIONAL ITI MASTER COURSE
EN IMPLANTOLOGIE : MODULE 4
STRAUMANN FRANCE**

Séverine Delmas - 10 place d'Ariane

Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4

Tél : 01 64 17 30 16

Fax : 01 64 17 30 10

Email : severine.delmas@straumann.fr

Site Internet : www.straumann.fr

14, 15 ET 16 SEPTEMBRE 2007 À BORDEAUX

**CYCLE IMPLANTAIRE EN 4 MODULES INTER-
CHANGEABLES SUIVIS DE 2 MODULES DE TP
LOGIQUE, RÔLE ET
MANIPULATION DE
L'ACCASTILLAGE IMPLANTAIRE**

RICHARD ABULIUS

**INSTITUT EUROPÉEN DE
FORMATION DENTAIRE - IEFD**

14-16 rue Mesnil - 75116 Paris

Tél : 01 45 05 06 00

Email : abuliusr@aol.com

Site Internet : www.iefd.fr

17 SEPTEMBRE 2007 À FOURMIES FORMATION CRESCO / ½ JOURNÉE

LAB S.LEMAÎTRE

ASTRA TECH DENTAL

Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand

Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex

Tél : 01 41 39 04 52

Fax : 01 41 39 97 42

Email : ouarda.ghanai@astratech.com

Site Internet : www.astratechdental.fr

20 SEPTEMBRE 2007 À MARSEILLE FORMATION ASSITANTE

DR PATRICK MOHENG

CIO

Hélène Antunes - BP 106 - route de

Montereau - 77793 Nemours cedex

Tél : 01 60 55 59 78

20 SEPTEMBRE 2007 À POITIERS JOURNÉE DE CONFÉRENCES : LE GRAND DÉFI DU SECTEUR ANTÉ- RIEUR - PROTHÈSE SUR IMPLANT

DRS SERGE ARMAND, JACQUES BESSADE,

PASCAL BILLEREAU

C.E.P.I.O ET DENTSPLY FRIADENT

Hélène Antunes - BP 106 - Route de

Montereau - 77793 Nemours cedex

Tél : 01 60 55 59 78

20 SEPTEMBRE 2007 À VALENCE

RESTAURANT PIC, AVENUE VICTOR HUGO
GREFFES OSSEUSES,
LE POINT EN 2007

ALTERNATIVES AUX GREFFES
DRS ÉRIC SCHNECK, GUY MAXIMINI
CEROS - COMMUNICATION
ÉTUDES & RECHERCHES
ODONTO-STOMATOLOGIQUES

Hélène & Laurence
Tél : 04 75 25 07 78
Fax : 04 75 25 12 13

20 ET 21 SEPTEMBRE 2007 EN ALLEMAGNE

CLINIQUE D'OLSBERG
COURS DE CHIRURGIE AVANCÉE :
GREFFES ET TECHNIQUES
D'AUGMENTATION OSSEUSE

PR FOUAD KHOURY
DENTSPLY FRIADENT
Hélène Antunes - BP 106 - route de
Montereau - 77793 Nemours cedex
Tél : 01 60 55 59 78

20 ET 21 SEPTEMBRE 2007 À MARNE LA VALLÉE

DR STÉPHANIE DINCA

21 ET 22 SEPTEMBRE 2007 À MARSEILLE

DR YVES CHARBIT

COURS ITI DE CHIRURGIE IM-
PLANTAIRE : PROTOCOLES ET
TECHNIQUES CHIRURGICALES
STRAUMANN FRANCE

Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.fr
Site Internet : www.straumann.fr

20, 21 ET 22 SEPTEMBRE 2007

À MONTPELLIER

INITIATION À L'IMPLANTOLOGIE
DR COLIN

BIOMET 3I + CEPP
7-9 rue Paul Vaillant Couturier
92300 Levallois
Tél : 01 41 05 43 46
Fax : 01 41 05 43 40
Email : marketingfrance@3implant.com
Site : www.3i-online.com/france/index.cfm

20 AU 22 SEPTEMBRE 2007 À LYON

MONPLAISIR

STUDY CLUB
UNE FORMATION CLINIQUE DE
CHIRURGIE IMPLANTAIRE

DRS PATRICK EXBRAYAT, BRUNO
DELCOMBEL, FLORENT TRIOLLIER
STUDY CLUB DENTAIRE ET
IMPLANTAIRE + ZIMMER DENTAL
68 avenue des Frères Lumière
69008 Lyon Monplaisir
Tél : 04 72 78 58 64
Fax : 04 72 78 58 66
Site Internet : www.scdi.asso.fr

OMNIPRATIQUE

21 JUIN 2007 EN BELGIQUE

28 JUIN 2007 À NANTES

5 JUILLET 2007 À PARIS

30 AOÛT 2007 À LA RÉUNION

FORMATION EN ANESTHÉSIE
TRANSCORTICALE. SUPPRIMER
L'INTRAPULPAIRE, LES SPIX ET LA
MORSURE CHEZ L'ENFANT. ANES-
THÉSIE DES MOLAIRES
MANDIBULAIRES SANS ÉCHEC, EN
MOINS DE 3 MINUTES

AFPAD - ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR LE PERFECTIONNEMENT DE
L'ANESTHÉSIE DENTAIRE

66 avenue des Marronniers - BP 20521
49300 Cholet cedex
Tél : 02 41 56 05 53
Fax : 02 41 56 41 25
Email : mail@afpad.com
Site Internet : www.afpad.com

21 JUIN À CABRIES

PARC CLUB DE L'ARBOIS

LE LASER EN

ODONSTOMATOLOGIE

ARIEL SEBBAN CAROLE LECONTE

ONFOC DES BOUCHES DU RHÔNE
Tél : 04 42 84 44 08

28 JUIN 2007 À SAINT-JORIOZ

IPS EMPRESS CAD (COMPUTER
ASSITED DESIGN)

MME CATHERINE NARDARI

IVOCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - La Chapelle du Puits
BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 12
Fax : 04 50 68 91 52
Email : mail@ivoclarvivadent.fr
Site Internet : www.ivoclarvivadent.fr

29 JUIN 2007 À BORDEAUX

ACTÉON 17 AVENUE GUSTAVE EIFFEL 33700
MÉRIGNAC

2 TP - NOUVELLES TECHNOLOGIES
EN PROTHÈSE (80 CRÉDITS)

DRS MARC SOUS,

JEAN-FRANÇOIS LASSERRE

Frais d'inscription : 330 €

ASSOCIATION SYMBIOSE -
CERCLE DE PERFECTIONNEMENT
ET RECHERCHE EN DENTISTERIE
ESTHÉTIQUE

12 rue Fondaudège 33000 Bordeaux
Tél : 05 56 44 35 56

Email : jf.lasserre@wanadoo.fr

29 ET 30 JUIN 2007 À PARIS

DENTSPLY FRIADENT FRANCE - 17 RUE DES
ACACIAS - 75017

CYCLE COMPLET DE FORMATION
À LA PROTHÈSE OU À LA
CHIRURGIE IMPLANTAIRE.

JACQUES BESSADE

Frais d'inscription : Formation complète :

850 €

DENTSPLY FRIADENT - SCIO

Hélène Antunes - B. P. 106 - Route de
Montereau - 77793 Nemours cedex
Tél : 01 60 55 59 78

5 JUILLET 2007 À PARIS

COEUR DE LA DÉFENSE

FORMATION À LA
RADIOPROTECTION

Frais d'inscription : 250 €

ASSOCIATION PRÉCAUTION

19 avenue du Maréchal Foch - 77508
Chelles cedex

Tél : 01 64 30 15 83

Fax : 01 64 30 15 83

Email : pcr.precaution@free.fr

6 ET 7 JUILLET 2007 À PARIS

TP ESTHÉTIQUE : GENCIVE
ARTIFICIELLE

RICHARD ABULIUS

INSTITUT EUROPÉEN DE
FORMATION DENTAIRE - IEFD

14-16 rue Mesnil - 75116 Paris

Tél : 01 45 05 06 00

Email : abuliusr@aol.com

Site Internet : www.iefd.fr

13 SEPTEMBRE 2007 À LAVAL

LE DIAGNOSTIC EN PARODONTO-
LOGIE - APPROCHE CLASSIQUE ET
NOUVEAUX EXAMENS, PLANS DE
TRAITEMENTS À L'AIDE DE CAS
CLINIQUES TRAITÉS

JEAN-FRANÇOIS MICHEL

ACTEON FORMATION

Audrey Maurel

Tél : 05 56 34 93 22

Fax : 05 56 34 92 92

Email : audrey.maurel@acteonformation.com

Site Internet : www.acteonformation.com

18 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

HÔTEL AMPÈRE

102 AVENUE DE VILLIERS - 75017

LES CANCERS BUCCAUX

DR DIDIER GAUZERAN

CNHSBD - COMITÉ NATIONAL
D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ

BUCCO-DENTAIRES

Dr Agnès Veille-Finet - 152 avenue Henri
Barbusse - 92700 Colombes

Tél : 06 08 75 43 17

Email : ag.finet@wanadoo.fr

20 SEPTEMBRE 2007 À DIJON

SIMPLIFIEZ-VOUS LES
COMPOSITES

DR HERVÉ TASSERY

IVOCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - La Chapelle du Puits

BP 118 - 74410 Saint-Jorioz

Tél : 04 50 88 64 12 - Fax : 04 50 68 91 52

Email : mail@ivoclarvivadent.fr

Site Internet : www.ivoclarvivadent.fr

centre
international
des sciences
et cliniques
orthodontiques

Directeur :
Pr Claude DUCHATEAUX

Formation post-universitaire en orthodontie

Les Centres Internationaux des Sciences et Cliniques Orthodontiques (CISCO) proposent un enseignement complet qui s'adresse spécialement aux omnipraticiens.

L'enseignement de base comprend celui des matières fondamentales, indispensables à la compréhension de la genèse des malformations dento-maxillaires et l'apprentissage de toutes les thérapeutiques de rééducation neuromusculaire, des thérapeutiques fonctionnelles et des thérapeutiques fixes.

La plus grande partie des troubles orthodontiques sont dus à des problèmes fonctionnels de ventilation, de déglutition, de posture linguale et d'habitudes nocturnes. Il est donc de la plus grande importance de déceler très tôt ces facteurs déclenchants et de les éliminer.

Les praticiens généralistes se doivent d'avoir cette approche médicale de l'orthodontie car ce sont eux qui verront les enfants à l'âge où les traitements précoces résoudront au mieux ces problèmes avec les meilleurs résultats.

L'enseignement proposé par le CISCO est fractionné en trois périodes.

■ La première période est celle de **l'initiation**. C'est l'enseignement du diagnostic clinique, fonctionnel, squelettique, dentaire, esthétique et occlusal. Au cours de cette première période, l'initiation aux thérapeutiques de rééducation fonctionnelle et aux thérapeutiques fixes est entreprise.

■ La seconde période est celle des **applications cliniques** au cours de laquelle sont enseignées les thérapeutiques précoces et les thérapeutiques fixes en denture définitive applicables aux différentes dysmorphoses de classe I, classe II division 1, classe II division 2 et classe III.

Dès le début de la seconde période, le suivi des cas entrepris par les stagiaires est assuré par les enseignants.

Chacune des deux premières périodes comprend 6 stages de 4 jours.

■ Une troisième période peut succéder aux deux premières, incontournables pour acquérir les bases de l'orthodontie.

C'est une période de **perfectionnement**, ouverte à tous les praticiens qui ont déjà une bonne culture orthodontique.

En troisième période, chaque stage est de 3 jours, suivi ou précédé d'une journée d'étude de cas au cours de laquelle les cas personnels des stagiaires sont étudiés.

**Ouverture de
la 37^e session**
13/16 octobre 2007 - Paris

Inscriptions/Renseignements :

France Hamonet
(Assistante de Direction)

Tél. : +33 (0)2 98 44 56 83

Tous les jours du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 16h

Fax : +33 (0)2 98 44 81 66

E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

CISCO - 1 rue de Grasse - 29200 BREST

Etablissement accrédité CNFCO

- Formation de 2 ans → 2880 points
- Conférence de 2 jours → 120 points
- Conférence de 3 jours → 180 points

OCCLUSODONTIE

28 JUIN AU 1ER JUILLET 2007 À PERPIGNAN

HÔTEL LA VILLA DUFLLOT
ORTHOPOSTURODONTIE 1ER DEGRÉ

*DR MICHEL CLAUZADE,
M. JEAN-PIERRE MARTY*

Frais d'inscription : 1 000 €

SOOF

19 espace Méditerranée - 66000 Perpignan

Tél : 04 68 51 22 23

Fax : 04 68 51 22 62

Email : michel.clauzade@wanadoo.fr

Site : www.orthoposturodontie.com

ORTHODONTIE

1ER ET 2 JUILLET 2007 À LOGNES

CHEZ DENTAURUM

JOURNÉES D'INITIATION À LA RÉHABILITATION NEURO-OCCLUSALE - NIVEAU II (160 CREDITS)

*DRS PATRICK AMPEN, GÉRARD BLANC,
MICHEL FINIDORI*

CRRNO - COLLÈGE RÉGIONAL DE RÉHABILITATION NEURO-OCCLUSALE DU PROFESSEUR PEDRO PLANAS

Dr Ampen - 38 rue Aristide Briand

77100 Meaux

Tél : 01 60 23 29 33

Email : patrick.ampen@wanadoo.fr

Site Internet : www.i-ortho.net

2 SEPTEMBRE 2007 À BORDEAUX

HÔTEL MERCURE AÉROPORT

3 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

SOFITEL CHAMPS ÉLYSÉES

L'ANCRAGE INTRA OSSEUX EN ORTHODONTIE À L'AIDE DE MINIS VIS

DR DUMOULIN

RMO EUROPE

BP 20334 - 67411 Illkirch cedex

Tél : 03 88 40 67 40

Fax : 03 88 67 96 95

Email : ccropsal@rmoeurope.com

Site Internet : www.rmoeurope.com

9 ET 10 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

NOVOTEL BERCY

ATM ARTICULATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES

DRS DURAND, JEANTET

RMO EUROPE

BP 20334 - 67411 Illkirch Cedex

Tél : 03 88 40 67 40

Fax : 03 88 67 96 95

Email : ccropsal@rmoeurope.com

Site Internet : www.rmoeurope.com

13 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

NOVOTEL GARE DE LYON

2 RUE HECTOR MALOT 75012

RÔLE DE L'OMNIPRATICIEN FACE

AUX BESOINS EN ODF : COMMENT DÉMARRER EN ORTHODONTIE ?

DR GEORGES BERNARDAT

UNIODF - UNION NATIONALE POUR L'INTÉRÊT DE L'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Nathalie - 37 rue d'Amsterdam

75008 Paris

Tél : 06 07 03 88 10

Fax : 01 70 79 05 71

Email : uniodf@uniodf.org

Site Internet : www.uniodf.org

16 ET 17 SEPTEMBRE 2007 À MONTPELLIER

NOVOTEL

TRAINING COURSE

COURS ASSURÉS PAR DES MAÎTRES DE CONFÉRENCES EN ODF, DES PRATICIENS SQODF ET DES ÉTUDIANTS EN CECSMO

RMO EUROPE

BP 20334 - 67411 Illkirch Cedex

Tél : 03 88 40 67 40

Fax : 03 88 67 96 95

Email : ccropsal@rmoeurope.com

Site Internet : www.rmoeurope.com

16 ET 17 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

TRAITER AVEC SUCCÈS LA CLASSE III - NOUVELLE APPROCHE ORTHOPÉDIQUE

DR JEAN-LOUIS RAYMOND

Frais d'inscription : 600 €

Étudiants : 300 €

ASSOCIATION FRANÇAISE PEDRO PLANAS - SOCIÉTÉ OEDIPSO

Camille Ingrand - 10 rue de la République
28410 Abondant

Tél : 06 84 52 59 31

Fax : 02 37 48 73 03

mail : camilleingrand.oedipso@wanadoo.fr

17 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

L'ABANDON DE TRAITEMENT

SBR : SOCIÉTÉ BIOPROGRESSIVE RICKETTS

Dr Hanh Vuong - 6 b rue Mesnil

75116 Paris

Tél : 01 47 27 45 73

Fax : 01 47 27 02 92

Email : hanhvuong@wanadoo.fr

18 SEPTEMBRE 2007 À MARSEILLE

LES MINIVIS D'ANCRAGE EN

ORTHODONTIE ET LA NUMÉRI-SATION 3D DE VOS EMPREINTES (BIBLIOCAST)

DRS MARINA LE MARIE, CATHERINE

LASVERGNAS, WILLIAM HAUSMANN,

GEOFFROY-R. PEUCH-LESTRADE ET

ALAIN DECKER

Frais d'inscription : 300€

ORMODENT + DENTAL FORCE ET BIBLIOCAST

12 rue du Sergent Bobillot

93100 Montreuil

Tél : 01 49 88 60 60

Email : selenadarevic@ormodent.com

Site Internet : www.ormodent.com

23 ET 24 SEPTEMBRE 2007 À PARIS
CONTENTION - RÉCIDIVE ELASTODONTIE

DR A. PATTI

CISCO - CENTRE INTERNATIONAL DES SCIENCES ET CLINIQUES ORTHODONTIQUES

1 rue de Grasse - 29200 Brest

Tél : 02 98 44 56 86

Fax : 02 98 44 81 66

Email : cisco.s@wanadoo.fr

PÉDODONTIE

24 ET 25 SEPTEMBRE 2007 À PARIS
LA PÉDODONTIE : UN EXERCICE GRATIFIANT ET RENTABLE

DR HERVÉ PEYRAUD

FBM FORMATION

15 rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

Email : info@fbmformation.com

PROPHYLAXIE

26 ET 27 JUIN 2007 À PARIS
INTÉGRER LA PROPHYLAXIE DENTAIRE INDIVIDUELLE DANS VOTRE CABINET (PRATICIENS ET ASSISTANTES)

MICHEL BLIQUE

FBM FORMATION

15 rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

Email : info@fbmformation.com

28 JUIN 2007 À PARIS
MOTIVER LE PATIENT À UN CONTRÔLE DE PLAQUE EFFICACE

MICHEL BLIQUE

FBM FORMATION

15 rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

Email : info@fbmformation.com

5 JUILLET 2007 À SAINT-JORIOZ
LA PROPHYLAXIE DENTAIRE

DR MICHEL BLIQUE

IVOCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - La Chapelle du Puits

BP 118 - 74410 Saint-Jorioz

Tél : 04 50 88 64 12

Fax : 04 50 68 91 52

Email : mail@ivoclarvivadent.fr

Site Internet : www.ivoclarvivadent.fr

5, 6 ET 7 JUILLET 2007 À PARIS
GUÉRIR LA CARIE : METTRE EN PLACE LA PROPHYLAXIE CARIEUSE EN OMNIPRATIQUE

POSTGRADUATE CERTIFICATE IN PERIODONTOLOGY AND IMPLANTOLOGY NEW-YORK UNIVERSITY UNIVERSITE DE BORDEAUX II

Sous la Présidence des Doyens

Pr. M.C. ALFANO et Dr J.F. PELI

RESPONSABLES DE LA FORMATION

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

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

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

Semaine 1	01/12/08	05/12/08	Université de Bordeaux II
Semaine 2	09/03/09	13/03/09	New-York University
Semaine 3	19/10/09	23/10/09	New-York University
Semaine 4	07/12/09	11/12/09	Université de Bordeaux II
Semaine 5	08/03/10	12/03/10	New-York University
Semaine 6	14/06/10	18/06/10	New-York University

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

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

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

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

COUT DE LA FORMATION

600 Euros × 2 = 2 semaines à Bordeaux

1800 Dollars × 4 = 4 semaines à New-York

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

POSTGRADUATE BX-NY- UFR d'ODONTOLOGIE, 16 Cours de la Marne 33082 BORDEAUX CEDEX

Dr DA COSTA-NOBLE – Dr LAUVERJAT

Tél. 0556967636 – Fax 0556938542

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postale : Ville :

Tél. : Fax : Email :@.....

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

☐ Je m'inscris à la semaine de Bordeaux du 1^{er} au 5 décembre 2008. Ci-joint chèque de 600€ établi à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université de Bordeaux II.

A U . F I L D U T E M P S

DR PATRICK DARMON

Frais d'inscription : Praticien : 1 150 €

Assistante : 450 €

**IFOE : INSTITUT DE FORMATION
ODONTOLOGIQUE EUROPÉEN**

Virginie - 9 quai de la Fontaine

30900 Nîmes

Tél : 06 61 98 48 54

Fax : 04 66 23 48 54

Email : ifoedarmon@aol.com

Site Internet : www.prophylaxie.fr

L'ORGANISATION PYRAMIDALE

DR EDMOND BINHAS

Frais d'inscription : 350 € pour un prati-

cien et 200 € pour une assistante

GROUPE EDMOND BINHAS

15 avenue André Roussin

13016 Marseille

Tél : 04 95 06 97 31

Fax : 04 95 06 97 32

Email : contact@binhas.com

**CONFÉRENCES ET SÉMINAIRES
SUR MESURE**

RODOLPHE COCHET

RODOLPHE COCHET CONSEIL

7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris

Tél : 01 43 31 12 67 - Fax : 01 43 31 12 67

Email : info@rh-dentaire.com

Site Internet : www.rh-dentaire.com

COMMUNICATION

13 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

**COMMENT GÉNÉRER DES
PATIENTS RECOMMANDÉS ET
MOTIVÉS**

DR GENEVIÈVE DESOIZE

FBM FORMATION

15 rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

Email : info@fbmformation.com

20 ET 21 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

**STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES
ET ARGUMENTATION CONVAIN-
CANTE DES PROPOSITIONS DE
SOINS (PR + ASS)**

DEBORAH TIGRID, JEAN-RAOUL SINTÈS

FBM FORMATION

15 rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85 - Fax : 01 56 56 59 84

Email : info@fbmformation.com

GESTION DU CABINET

3 ET 4 JUILLET 2007 À PARIS

**MAÎTRISER LA TENUE ET L'ANA-
LYSE DES TABLEAUX DE BORD DE
VOTRE ACTIVITÉ**

GENEVIÈVE DESOIZE

FBM FORMATION

15 rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

Email : info@fbmformation.com

5 ET 6 JUILLET 2007 À PARIS

13 ET 14 SEPTEMBRE 2007 À PARIS

**L'URGENCE AU CABINET DENTAIRE :
RENTABILITÉ ET QUALITÉ DE
L'ENDO**

*JEAN-PHILIPPE MALLET, JEAN-RAOUL SINTÈS,
DEBORAH TIGRID*

FBM FORMATION

15 rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

Email : info@fbmformation.com

MANAGEMENT

1ER AU 31 JUILLET 2007 À PARIS

**ATELIERS PRATIQUES DE
MANAGEMENT DU PERSONNEL
(1 JOURNÉE)**

-ATELIER MANAGERPREMIER

-ATELIER MOTIVPREMIER

ORGANISATION

21 ET 22 JUIN 2007 À PARIS

26 JUIN 2007 À BORDEAUX

6 SEPTEMBRE 2007 À MARSEILLE

27 ET 28 SEPTEMBRE 2007 À MARSEILLE

Bulletin d'abonnement LE FIL DENTAIRE

A retourner, accompagné de votre règlement à :

Service Abonnements – 1 allée des Rochers, 94 000 Créteil

Tél. : 01 49 80 19 05 - Fax : 01 43 99 46 59



☐ **OUI**, je m'abonne pour un an au magazine LE FIL DENTAIRE,
Soit 10 numéros et 1 numéro hors série par an

> 15€ France métropolitaine et Corse

> 25€ DOM/TOM

> 50€ International

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Email : _____

Je règle la somme de _____ € par chèque bancaire ou postal à l'ordre de LE FIL DENTAIRE

GAMME **Confiance**

Réalisée par notre laboratoire dans l'Océan Indien (certifié ISO 9001-2000)

LA PERFORMANCE À PRIX COMPÉTITIFS

SPECIAL COMPOSITES

29,90 €

COURONNE
COMPOSITE
UNITAIRE*
(Gratia - GC)

INLAY-ONLAY
COMPOSITE
1-2 FACES**
(Gratia - GC)



La qualité sans frontières

LABOCAST

* Code 3110 ** Code 3112

N° Azur 0811 115 000

Axel Dentaire

www.axeldentaire.fr

Tel : 01.48.87.09.00

10 + 1 = 10

Pour l'achat de 10 céramiques la 11 est offerte

Le mois anniversaire

10 ans ça se fête

Pour l'achat de 10 inlays le 11 est offert.

Pour l'achat de 10 stellites le 11 est offerte

Pour l'achat de 10 complets le 11 est offert.

Prothèse garantie
3 ans
Iso et CE

Pour l'achat de 10 gouttières la 11 est offerte.

N°1 sur la qualité, les délais
et aussi les prix



Pour l'achat de 10 compos le 11 est offert.

Pour l'achat de 10 Alumine la 11 est offerte

Au mois de Juin pour l'achat de 10 céramiques la 11 est offerte

Laboratoire Axel Dentaire 7 rue Communes 75003 Paris

Tel: 01.48.87.09.00 - Fax: 01.48.87.11.19

Email: contact@axeldentaire.fr - Siret 412 221 541 Sarl au capital de 7622.45 €