

LE FIL DENTAIRE

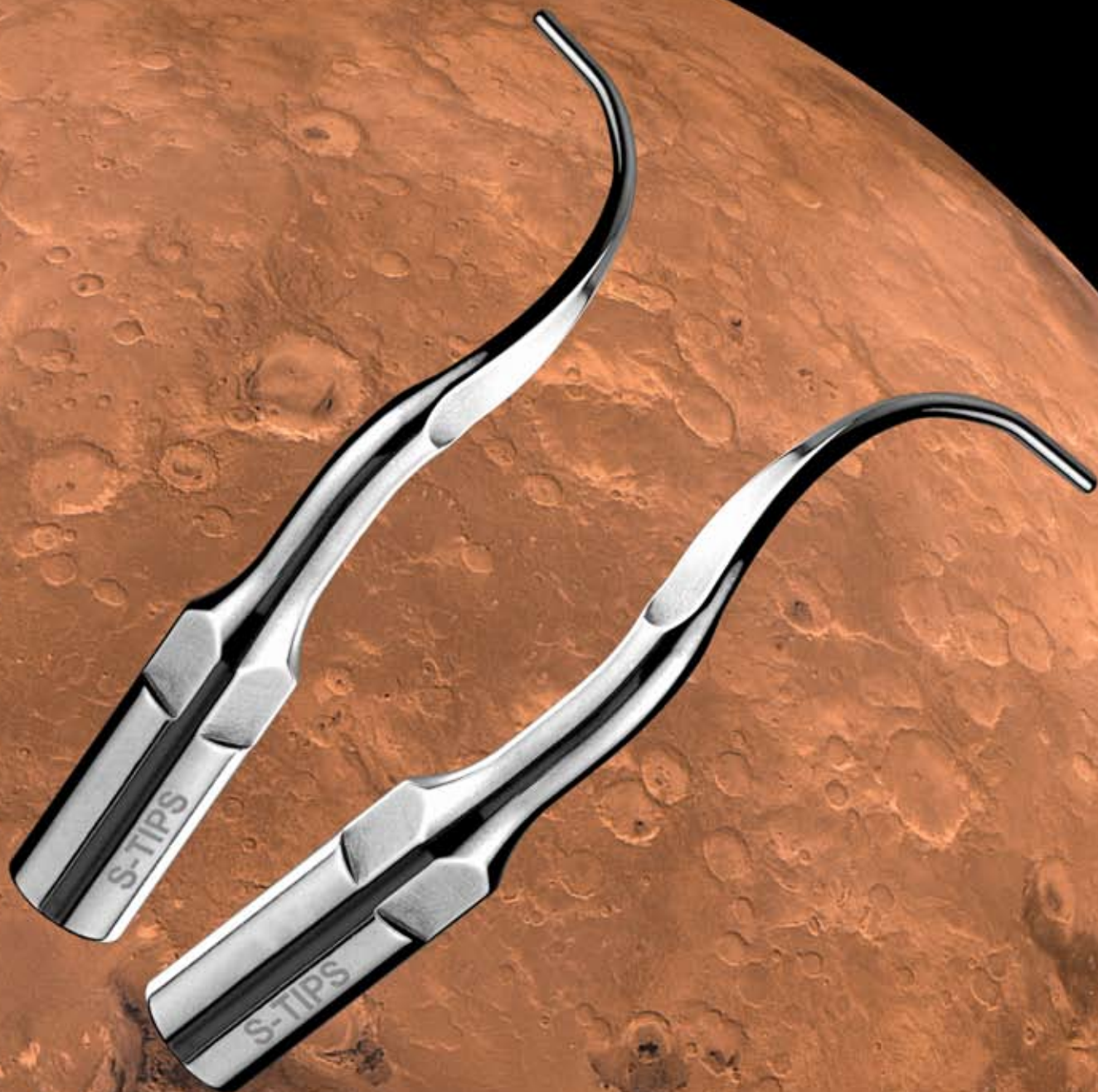
Partageons Notre Savoir-Faire

N°39 JANVIER 2009 - 1€ - www.lefildentaire.com



SPECIAL PARODONTIE MEDICALE

DIBInserts.com



Vos inserts en ligne

Comment se fait-il que
nos inserts ne coûtent
que  38€ HT*?

Découvrez-le vite sur
DIBInserts.com ou au
03 29 22 34 19.

Produits intégralement
fabriqués en  et en .

*Modèles S-Tips A et B. Autre modèles entre 39.50€ et 42€ HT. Hors frais d'envoi de 5€ HT.

Les implants Hybrides Zirconie Titane

22 YEARS
1986-2008 T.B.R.[®]

SwissClip :

pose au contre-angle

Une gorge située à l'intérieur de l'implant permet la préhension et la pose directe de l'implant au contre-angle (sans contact digital)

Zirconnexion

(union de la Zirconie et du Titane) :

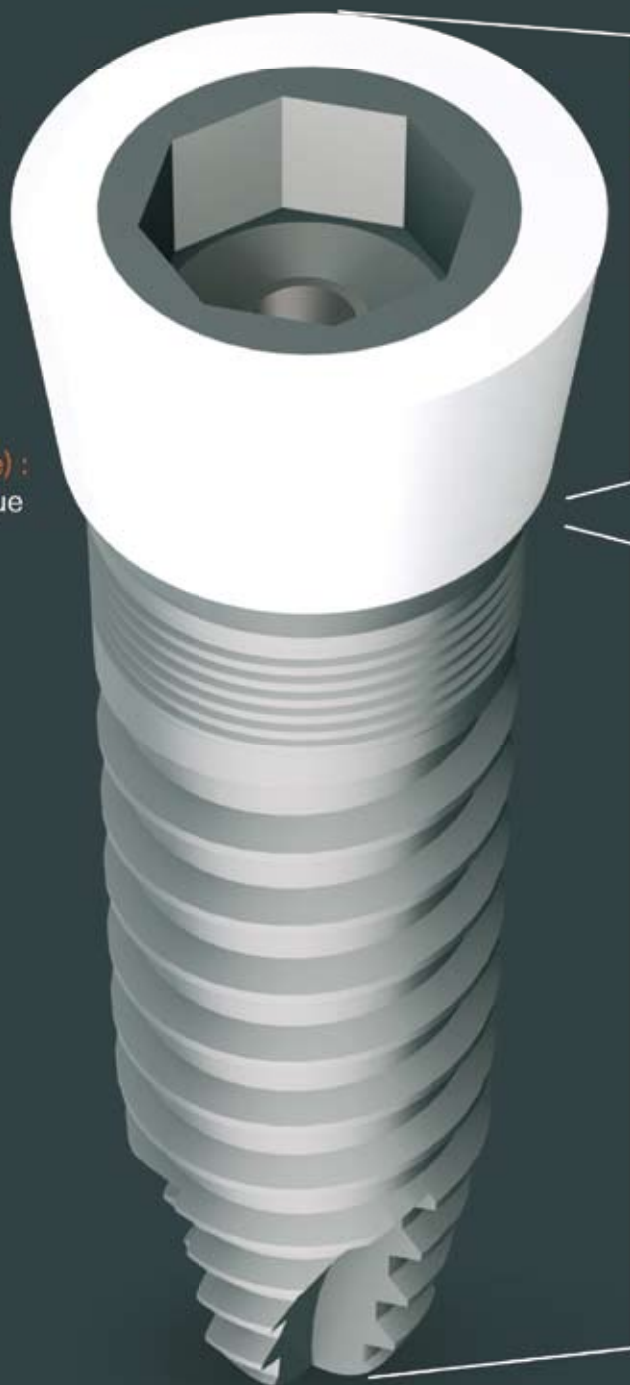
- repousse l'espace biologique au niveau supragingival
- absence de "micro-gap"

Micro-Spires :

Les micro-spires stimulent la régénération osseuse et permettent une diffusion uniforme des contraintes

Apex Cruciforme :

- blocage anti-rotationnel
- autobloquant et autotaraudant à convexité mousse atraumatique



Surface ZT-Hybrid :

(Zirconia Titanium Hybrid)

Zirconie : Y-TZP (ZrO₂)

- surface lisse, dense et teintée ivoire (A2)
- faible colonisation bactérienne
- résistance mécanique optimisée
- esthétique parodontale parfaite

Titane : Ti

- sablage au corindon donnant un aspect rugueux sur toute la surface de l'implant (indice de rugosité Ra = 1,25µm)
- passivation à l'acide fluorhydrique pour améliorer l'énergie de surface et la régénération osseuse

La Paro-Intégration est optimisée par l'état de surface du titane (intégration osseuse) et par la zirconie (intégration gingivale)

Rallumons les étoiles !



Images de Marques

Le premier numéro de l'année est souvent l'occasion de quelques réflexions sur les perspectives à venir de notre activité professionnelle et s'accompagne traditionnellement de la formulation des vœux.

Cette année, le contexte de crise économique grise quelque peu ce tableau d'optimisme laissant place à des interrogations et des inquiétudes.

En ce qui concerne la profession, même si une diminution de certains actes, notamment les actes hors nomenclature, pourrait se ressentir, les cabinets dentaires ne semblent pas être une cible envisagée par les grandes figures de l'économie. Alors, ne trouvons pas là prétexte à être tiré vers le bas.

Le premier mot d'ordre est de continuer à se former. L'évolution des techniques ces dernières années vous offre la possibilité d'aborder différemment vos plans de traitement. Si ce sont les certitudes acquises qui vous servent de guide lorsque vous commencez votre activité, il est évident qu'elles ne suffisent plus avec le temps. Les cours et conférences, le e-learning, la littérature scientifique, la presse professionnelle, tous les moyens sont bons. Ce partage d'expériences et de réflexions avec vos confrères insuffle de l'énergie à votre pratique quotidienne et oriente vos décisions thérapeutiques dans la bonne direction.

Le second mot d'ordre est de ne pas concéder à la « qualité ». Plus que la qualité perçue a priori par vos patients qui se traduit souvent par : « *Il est sympa* » ; « *Il n'est pas cher* » ; « *Il ne fait pas mal* » ; « *Son cabinet est design* » ...c'est la qualité technique de vos actes qui vous distinguera et vous fera sortir des sentiers battus.

Pour sa part, *Le Fil Dentaire*, espérant à son tour être un « épargné » de la crise, vous réserve de nombreuses nouveautés éditoriales que nous ne manquerons de détailler dans notre prochain numéro. Pour l'heure, dans la lignée des numéros thématiques qui font désormais notre spécificité, nous ouvrons l'année 2009 avec une édition spéciale « parodontie médicale » dont nous avons confié la rédaction en chef exceptionnelle à notre ami Jacques Charon.

Nous vous souhaitons une excellente année 2009 pleine de santé, d'épanouissement personnel et professionnel et comme le disait Guillaume Apollinaire : « **Il est grand temps de rallumer les étoiles** ».

Patricia Levi

Edito de Jacques Charon	> 7
Mieux comprendre pour mieux agir	
Sur le fil	> 8 à 14
Actualités France et International	
Nouveaux produits – Revue de presseCI	
Profil Entreprise	> 16 et 17
Le « discount » : modèle gagnant pour l'implantologie ?	
Clinic Focus	> 18 à 20
Etiologie et pathogenèse des parodontites : Implications cliniques	
Clinic Focus	> 22 à 24
La microbiologie en parodontie	
Clinic Focus	> 26 à 28
Implantologie et parodontopathies : Quelles décisions thérapeutiques en 2009 ?	
Clinic Focus	> 30 à 34
Les relations endo-parodontales	
Clinic Focus	> 36 à 38
La place des lasers en parodontie clinique	
Clinic Focus	> 40 à 42
Valeur des traitements non chirurgicaux	
Conseil Assistantes	> 44
Le Rôle de l'assistante dentaire en parodontie	
Interview Rencontre	> 46
Rencontre avec le Dr Olivier Sagory	
Conseil Organisation	> 48 et 49
Nouvelle année – nouveaux objectifs à fixer	
Conseil Éco	> 50 et 51
L'épargne salariale : Un outil d'économie de charges sociales et de capitalisation	
Au Fil du temps	> 52 à 56
Agenda des manifestations	
Petites Annonces	> 57 et 58

Jeudi 2 avril 2009

Palais Brongniart - Paris

60 Crédits



« Travailler mieux, Gagner du temps »

Présidents Scientifiques : Patrick MISSIKA et Jean Paul DJIAN

- **Marie-Jo et Hervé BUISSON** : Analyse du cas clinique, élaboration et mise en oeuvre du plan de traitement : une prise en charge globale du patient pour travailler mieux
- **Lotfi BEN SLAMA** : Dépistage précoce des pathologies buccales
- **Wilhelm PERTOT** : Gagner du temps en endodontie en respectant les protocoles opératoires
- **Michel BLIQUE** : Mettre en évidence les facteurs de risque, pour faciliter le traitement
- **Vianney DESCROIX** : Traiter efficacement la douleur en chirurgie dentaire
- **Paul MATTOUT** : Réduction des délais en parodontologie
- **Stefen KOUBI** : Les nouveaux concepts en dentisterie adhésive : approche biomimétique, facette, céramique collé, RCRC fibré, procédure opératoire détaillée
- **Paul MIARA** : Blanchiment : trucs et astuces
- **Bernard DJIAN** : Le sourire dans tous ses états
- **Anne BENHAMOU** : Bien poser les implants et gagner du temps
- **Philippe MONSENEGO** : Empreintes sectorielles en prothèse fixée : gagner du temps en réussissant du premier coup !
- **Éric SERFATY** : Simplification des traitements à visée prothétique et implantaire

A retourner accompagné de votre règlement à : ZEDENTAL.com 83 rue de Sully 92100 BOULOGNE - 01.49.09.15.32
inscription en ligne : www.zedental.com ou par fax au 01.46.03.36.57

Docteur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél : _____

E-mail : _____@_____ Fax : _____

Vous êtes : Abonné Zedental.com **220€** Non abonné **265€**
Mode de règlement : Chèque (à l'ordre de Zedental.com) Carte bancaire (en ligne sur Zedental.com)

Mieux comprendre pour mieux agir



Personne, je crois, ne se lève le matin en se disant, *in petto* : « *Vivement que mes dents se déchaussent !* ». C'est la raison pour laquelle nous devons tout mettre en œuvre pour que cette situation ne se produise pas. Si, hélas, tel est le cas, nous avons alors le devoir de faire en sorte que - rapidement - le patient retrouve du confort car la vie de fonction (mastication, phonation) et de relation (familiale, maritale) est profondément perturbée par des dents qui s'écarterent, qui bougent avec une haleine désagréable, etc.

C'est surtout le cas pour ce que l'on appelle aujourd'hui les parodontites « agressives » qui touchent principalement les jeunes adultes.

Heureusement, nous avons dépassé le stade de « *Brossez-vous mieux les dents, puis je vais extraire les dents condamnées qui bougent, attacher celles qui bougent moins à celles qui ne bougent pas, détartrer en profondeur, cureter à l'aveugle et surfer vos racines - par quadrants - et puis on réévaluera* (sous-entendu : *On verra si je peux vous opérer*). » De plus, les patients ne se contentent plus de : « *Soyez heureuse, Madame, j'ai supprimé les poches !* »

Depuis environ dix ans, nous avons évolué vers une parodontie moins mécaniste - plus médicale - qui prend en charge le « malade » et non plus seulement la « maladie ». Car étrangement, si nous parlons souvent de « maladie parodontale » pour désigner la pathologie, on parle moins souvent (pour ne pas dire quasiment jamais) de « malade » pour désigner le patient.

Nous devons ces progrès à toutes celles et ceux qui mènent un combat ardent et constant pour **mieux comprendre et donc mieux agir**. Elles et ils mènent des études en biologie, en génétique, en microbiologie, en immunologie, médicales, et, bien sûr cliniques pour nous rendre la vie plus valorisante afin que les patients en tirent profit.

Merci à Norbert Cohen et Patricia Levi de nous avoir fait confiance pour ce numéro « Spécial Paro » du Fil Dentaire. Nous avons essayé de faire le point sur ce que l'on sait aujourd'hui dans le domaine de la parodontologie en tentant d'y « extraire » le plus de bénéfices cliniques possibles. Bien sûr, nous n'avons pas épuisé le sujet et nous demandons aux lecteurs la plus grande mansuétude.

Bonne lecture à toutes et tous !

Jacques CHARON

Revue mensuelle

TIRAGE 38 000 exemplaires

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

Directrice de la publication :

Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL

SARL de presse - RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 - Dépôt légal à parution
AIP N°0001300

Rédacteur en chef :

Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Rédacteur en chef spécial pour ce numéro :

Dr Jacques Charon
jcharon@nordnet.fr

Directrice commerciale :

Patricia LEVI

Direction artistique :

lordje@hotmail.fr

Rédaction :

Rédaction : Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL,
Dr Joël BEAULIEU, Dr Steve BENERO,
Dr Marie-Eve BEZZINA-MOULIERAC, Dr Edmond BINHAS,
Georges BLANC, Dr Éric BONNET, Dr Jacques CHARON,
Rodolphe COCHET, Kathy DENYS, Nathalie DUBRUNFAUT,
Dr Sébastien DUJARDIN, Dr Angela GILET, Sophie HAMMOU,
Dr Frédéric JOACHIM, Catherine N°GUYEN,
Dr Philippe PIRNAY, Yves ROUGEAUX, Dr Déborah TIGRID

Conseiller spécial :

Dr Bernard TOUATI

Comité scientifique :

Dr Fabrice Baudot (endodontie, parodontologie)
Dr Eric Bonnet (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre Boukhors (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas Cohen (microbiologie, endodontie, parodontologie)
De Georges 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)

Secrétaire de rédaction :

Barbara VACHER
bvacher@lefildentaire.com

Secrétaire de direction :

Marie-Christine GELVÉ
meg@lefildentaire.com

Imprimerie :

Savoy Offset : 4 rue des Bouvières, PAE Les Glaisins,
B.P. 248, 74942 Annecy-Le-Vieux

Couverture :

© Saniphoto - Fotolia.com

Photos :

DR, Fotolia

Publicité :

Patricia LEVI - 06 03 53 63 98

Annonces :

Arseus, CEIOP, Dentaid, Dentalis, DIB INSERTS, E-Motion,
Eurotec, Foxy Etudes et Développement, Génération Implant,
Groupe Edmond Binhas, Implant Discount, JAV Investissement,
Paroconcept, Prodont Holliger, Protilab, Sun dental Labs,
Sunstar Pharmadent, Syfac, TBR, Vita Zahnfabrik, Zedental

Encarts :

NCD France - chéquier PPCOM

HERAEUS

Venus® Supra

Venus Supra est un nouveau système de polissage des composites dentaires. Les polissoirs Venus Supra sont en silicone chargé de près des deux tiers en poudre de diamant micro-fine. Grâce à cette importante proportion d'éléments actifs, ils procurent un plus grand brillant tout en préservant au maximum l'épaisseur du cosmétique. La surface obtenue après traitement est très lisse, sans aspérités, réduisant ainsi le risque d'accumulation de plaque ou de modification de couleur dans le temps.

Utilisables avec tous les types de composites dentaires et de toutes marques, en secteur antérieur ou postérieur, les

polissoirs de pré-polissage et de brillantage sont disponibles respectivement

en cinq formes : disque, petite cupule, grande cupule, petite flamme, grande flamme. Tige est en acier inoxydable. Adaptables à toutes les pièce-à-main ou les contre-angles courants, autoclavables à 135°C, ils sont réutilisables plusieurs fois. ◆

Coffret de 10 polissoirs assortis (1 polissoir de pré-polissage et 1 polissoir de brillantage dans chacune des 5 formes) et coffret-recharge de 10 polissoirs d'une même forme (5 de pré-polissage et 5 de brillantage).

Heraeus

N°azur : 0810 813 250 - Fax : 01 69 28 78 22

Email : dentaire@heraeus.com

A LIRE

« Entretiens avec un ami disparu » suivis de « Réflexions et bavardages »

Par G. Le Breton

Ancien chef de l'unité d'odontostomatologie de l'Hôpital Saint-Antoine, pathologiste, clinicien, enseignant, ancien président de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire, le Docteur Georges Le Breton livre ici le témoignage d'une vie au service des malades et de sa profession. Sous la forme de questions-réponses avec un journaliste ami disparu, il retrace son impressionnant parcours professionnel, prétexte pour aborder des sujets très graves qui l'ont toujours habité : la vie, la mort, la maladie, le cancer, le sida, et les réflexions éthiques que ses fonctions lui ont permis d'appréhender avec humanisme.

Un beau livre à découvrir : on y croise Aimé Césaire et l'on retrouve Georges Le Breton tel qu'il est, l'un des grands patrons hospitaliers de la chirurgie dentaire, un homme d'esprit et un poète qui imagine dans la deuxième partie de l'ouvrage des contes et des histoires fictives où dominent l'humour et l'esprit.. ◆

Editions L'Harmattan
www.editions-harmattan.fr

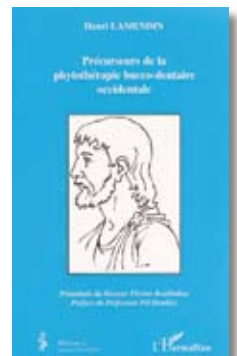
A LIRE

Précurseurs de la phytothérapie bucco-dentaire occidentale

Par H. Lamendin, préambule de F. Boukhobza, préface de P. Danhiez

Henri Lamendin nous offre un voyage initiatique à la rencontre des grands précurseurs de la médecine que sont Hippocrate, Théophraste, Avicenne... À travers leurs histoires, leurs recherches et leurs remèdes à base de plantes, l'auteur nous dépeint une vision de la médecine de l'époque romaine aux temps médiévaux tout à fait originale, ainsi qu'une histoire de la phytothérapie en correspondance avec l'homéopathie.

D'approche facile, cet ouvrage à la fois historique et humaniste est un véritable guide pratique destiné à tous les publics. À lire sans modération ! ◆

L'Harmattan
Coll. Médecine à travers les siècles - Prix : 13,5 €
www.editions-harmattan.fr

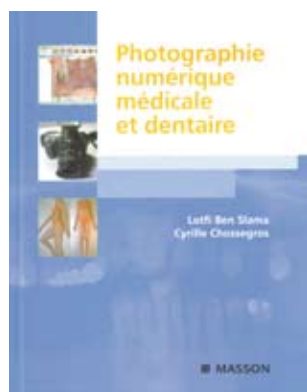
A LIRE

Photographie numérique et médicale au cabinet dentaire

Par L. Ben Slama et C. Chossegros

Quel appareil choisir ? Quels standards de prise de vue, de position ou d'éclairage adopter ? Comment photographier une lésion au fond de la cavité buccale ou une pigmentation de la peau ? Comment stocker une multitude de photographies ? Comment les nommer ? Comment les retrouver ? Que faire des anciennes diapos et radiographies ? Les auteurs, qui ont recensé et résolu

nombre de problèmes qui peuvent se poser dans cette pratique particulière de la photographie numérique, se proposent de partager leur expérience dans un ouvrage richement illustré avec de nombreux schémas explicatifs et d'exemples des bonnes pratiques et des erreurs à éviter. Cet ouvrage apportera au lecteur, quel



que soit son niveau, de précieux conseils pour la prise de vue, le traitement, le stockage et l'utilisation des images numériques dans le contexte bien particulier de la médecine humaine avec ce qu'elle impose comme précautions et contraintes. ◆

Éditions Elsevier Masson
181 p. - Prix : 83 €
Tél. : 01 71 16 55 99 - Email : infos@elsevier-masson.fr
www.elsevier-masson.fr



SYFAC 2009

4th International Symposium on Growth Factors

Mercredi 29 avril (14h-18h) **Jeudi 30 avril** (9h-18h)

MENTON - Palais de l'Europe

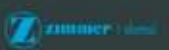
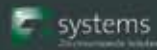
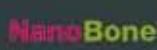


Thème
2009

Nouvelles Techniques de Reconstruction Osseuse

- 1 - Nouveaux designs et surfaces implantaires
- 2 - Nouvelles techniques chirurgicales dans les greffes osseuses
- 3 - PRF et greffes osseuses : Pourquoi avoir changé le protocole PRF ?
- 4 - Intérêt du PRF dans la prévention et le traitement des ostéonécroses aux biphosphonates
- 5 - Incidence du volume osseux sur la qualité de la gencive kératinisée
- 6 - Nouveaux biomatériaux : histologie comparée.

www.syfac.com



BUCCOTHERM®

Kit de voyage

Les laboratoires Buccotherm®, qui proposent une gamme de soins dentaires formulés à l'eau thermale, lancent un Kit de voyage compact, léger et étanche, à emmener partout avec soi. Ce kit contient dans une jolie trousse un dentifrice Buccotherm® de 10 ml enrichi en fluor (1000 ppm) et au Ph neutre, ainsi qu'une brosse à dent pliable, à l'étui



ergonomique permettant de garder la tête propre. Ce kit a été tout spécialement étudié pour les voyages en avion, la contenance du tube de dentifrice respectant les limitations

de liquide tolérées en cabine. Pratique et économique. ◆
Disponible en pharmacies et parapharmacies.

Buccotherm
Prix : 2,90 € environ
www.buccotherm.com

INSTITUT NATIONAL DU CANCER



Une e-formation pour la détection des cancers de la bouche

À l'occasion de l'ADF, l'Institut National du Cancer est venu présenter un nouvel outil de formation online destiné aux chirurgiens-dentistes pour la détection précoce des cancers de la cavité buccale. Lancé courant décembre, www.e-cancer.fr offre une formation complète en deux heures maximum pour permettre au praticien de déceler les lésions précancéreuses. En 2007, une étude menée par l'INCa et l'UFSBD avait révélé que seuls 22% des praticiens déclaraient avoir suivi une formation en cancérologie buccale. Ce court et simple examen est pourtant un incontournable lorsque l'on sait que les chances de survie à 5 ans de ce cancer sont inférieures à 40% en France. Aujourd'hui, on estime à plus de 6 600 le nombre de nouveaux cas annuels tandis que 1 510 décès par an sont enregistrés, des chiffres parmi les plus élevés d'Europe. Didactique et simple d'utilisation, l'outil multimédia mis en place par l'INCa propose conseils pratiques et modules d'auto-évaluation, quiz et cas cliniques à l'appui. ◆

www.e-cancer.fr

BUSCH

Coupe-couronnes en carbure

La coupe rationnelle de couronnes entièrement coulées, de couronnes à revêtement en résine et de systèmes à revêtement de céramique nécessite des conceptions de denture bien définies permettant un travail facile avec peu de vibrations. Les coupe-couronnes 36R, 38R et 34 de Busch identifiables à leurs dentures fines bien coupantes avec bague noire, conviennent à tous les métaux et assurent un travail en douceur et sans fortes vibrations. Il est préférable de séparer au préalable les revêtements céramique avec un instrument diamanté

de forme appropriée afin de conserver toute la longévité aux coupe-couronnes en carbure. ◆



Busch & co.
Email : busch@busch.eu
www.busch.eu

SUNSTAR PHARMADENT

GUM® SensiVital

GUM® propose une gamme SensiVital, spécialement adaptée aux personnes souffrant de sensibilité et d'hypersensibilité dentaire. Elle est déclinée en trois produits à l'action complémentaire, pour soulager et protéger : une brosse à dent, un dentifrice et un bain de bouche.



La brosse à dent possède deux types de brins ultra-souples, disposés sur deux niveaux, pour une meilleure souplesse au brossage. Les premiers, des brins coniques longs (15/100° à la base), sont effilés à l'extrémité (3,5/100°) pour éliminer la plaque au niveau du sillon gingival et pour un brossage en douceur. Les seconds, plus courts, assurent un brossage efficace.

Le gel dentifrice contient du nitrate de potassium (5%) pour réduire la transmission de la sensation douloureuse, du fluor (1490 ppm), de l'aloë vera, de la vitamine E, de la pro Vitamine B5 et de l'allantoïne pour revitaliser les gencives. Le bain de bouche, sans alcool, est composé de nitrate de potassium, pour réduire la transmission de la sensation douloureuse, de fluor (250 ppm) d'aloë vera, de vitamine E et de pro Vitamine B5. ◆

Sunstar Pharmadent
www.sunstar.fr

BESSERAT -DMK

Groupe  ARSEUS

**Votre partenaire depuis 20 ans
vous souhaite une année 2009**

Haute en couleur !



L'art de vous installer est notre métier



**Spécialiste en agencement, équipement,
imagerie dentaire et médicale**

9 techniciens, 7 commerciaux

La garantie d'une installation dans les règles de l'art

Exposition ● 147 rue Manin - 75019 Paris ● Tél. : 01 44 52 09 56 ● Fax : 01 42 00 23 58 ● email : besseratdentaire@hotmail.com

● ● ● www.besserat-dmk.com ● ● ●

BISICO

Composi-Tight 3D

Nouvel anneau écarteurs pour la réalisation de restaurations proximales au niveau des secteurs postérieurs, Composi-Tight 3D est muni d'un noyau central rigide pour un maximum d'écartement des dents, et recouvert d'un manchon anatomique en silicone pour une adaptation optimale au niveau des embrasures. La partie inférieure de l'anneau est munie d'une échancrure qui permet sa mise en place par dessus le coin inter-dentaire. La matrice anatomique pré-galbée est ainsi bien plaquée contre la dent à restaurer. La partie central de l'anneau est munie d'un manchon en plastique qui procure une excellente résistance à la déformation permanente.

L'anneau Garrison 3D est le complément idéal des matrices anatomiques Composi-Tight Gold et Silver Plus et des coins inter-dentaires Wedge-Wands.



Bisico
Tél. : 04 90 42 92 92

SEPTODONT & ATO ZIZINE

Une Porche gagnée

La Porsche Cayman S que les laboratoires Septodont et Ato Zizine mettaient en jeu cette année a été tirée au sort le 16 décembre dernier, chez Mr Richard, huissier de justice. L'heureux gagnant de ce luxueux cadeau de Noël est le Dr Olivier Gauchard, exerçant à Coulommiers dans le 77. Une sacrée veine pour celui qui nous a avoué n'avoir jamais eu de chance aux jeux. Les clés de Porsche lui ont été remises quelques jours plus tard au centre Porsche de Saint-Maur-des-Fossés.



EXPANSCIENCE

Buccocalm®

Buccocalm® est un spray buccal destiné à soulager les gencives irritées ou à utiliser en relais d'un traitement antiseptique. Grâce à son actif d'origine 100 % naturelle (peptides de Lupin) ce spray permet de limiter la production de médiateurs inflammatoires et de stimuler la production de médiateurs réparateurs. Par un effet de leurre entre enzymes agresseurs et cible agressée, ce soin protège et maintient la muqueuse gingivale. Buccocalm® est sans alcool et sans colorant.

Arôme menthe. Posologie recommandée : 4 pulvérisations, 4 fois par jour.



Laboratoires Expanscience
www.expanscience.com

BAUSCH & LOMB LABORATOIRE CHAUVIN

BloXaphte®

Nouvelle gamme destinée à prévenir, soulager et soigner les aphtes, BloXaphte® est une formule sans sucre, sans alcool et au même pH que la salive, pour un confort optimal. Ces soins contiennent de l'acide hyaluronique à haut poids moléculaire : biomimétique, ce mucopolysaccharide est un activateur du mécanisme de réparation tissulaire. Couplé à une matrice mucoadhésive, l'acide hyaluronique adhère à la lésion et forme un film aqueux hydratant et protecteur jouant un rôle d'effet barrière. Côté « soins », BloXaphte se décline en deux soins, l'un adulte, l'autre enfant, en spray ou en embout, pour deux ou trois applications quotidiennes jusqu'à disparition complète de l'aphte. Côté « prévention », un bain de bouche, utilisable deux à trois fois par semaine, pourra également être associé aux soins adultes et enfants.



Bausch & Lomb Laboratoire Chauvin
Prix public conseillé : 8 €
www.bausch.fr

Formation PARODONTOLOGIE



SESSION 1 - 2 & 3 OCTOBRE 2009

- Poser un diagnostic des différentes gingivites et parodontites
- Connaître leurs incidences médicales. Savoir organiser un plan de Traitement parodontal global
- Intégrer le traitement non chirurgical dans l'omni pratique
- Savoir poser l'indication du traitement chirurgical ou non chirurgical

Vendredi Théorie Comprendre les maladies parodontales.

Samedi Théorie Pratique Thérapeutique non chirurgicale ou chirurgicale, pourquoi et quand ? Le surfaçage radiculaire, pourquoi, quand, comment ? TP de surfaçage radiculaire manuel et ultra sonique sur maquettes et mâchoires animales.

SESSION 2 - 15 & 16 JANVIER 2010

- Comprendre et maîtriser les différentes techniques opératoires
- Reconnaître les différents types de lésions osseuses, savoir indiquer un traitement additif ou soustractif
- Savoir indiquer un traitement par RTG, savoir choisir un biomatériau en parodontologie

Vendredi Théorie & Pratique Les différents types de défauts osseux et leurs modalités de traitements. TP sur mâchoires animales.

Samedi Pratique La chirurgie osseuse : Indications et techniques opératoires. TP sur mâchoires animales de chirurgie osseuse en parodontologie (présentation de l'instrumentation et du TP étape par étape, utilisation de matériaux de comblement et de membranes).

SESSION 3 - 19 & 20 MARS 2010

- Comprendre l'étiologie des récessions gingivales
- Connaître les grandes techniques opératoires muco-gingivales
- Indiquer la meilleure technique en fonction du cas
- Rendre fiable les résultats opératoires
- Connaître les obstacles anatomiques en chirurgie parodontale

Vendredi Théorie & Pratique Le complexe muco-gingival. Les greffes épithélio-conjonctives. Les lambeaux de recouvrement. Analyse comparative des différentes techniques. TP sur mâchoires animales greffes et lambeaux de recouvrement.

Samedi Pratique Anatomie : dissection sur pièces anatomiques laboratoire du Pr. CAIX. Les rapports anatomiques en chirurgie parodontale.

SESSION 4 - 14 & 15 MAI 2010

- Maîtriser les techniques d'élongation coronaire
- Réaliser des reconstructions prothétiques parodontales
- Améliorer ses prescriptions
- Savoir valoriser sa pratique parodontale en cabinet

Vendredi Théorie La chirurgie parodontale pré-prothétique. La prothèse parodontale. L'allongement coronaire. L'aménagement des crêtes édentées.

Samedi Clinique Accompagnement clinique de vos patients en bloc opératoire.

Formation complète **PARODONTOLOGIE**

..... 2600 €

Formation IMPLANTOLOGIE



SESSION 1 - 6 & 7 NOVEMBRE 2009

- L'examen clinique en implantologie
- Les examens radiologiques
- Le plan de traitement implantaire

Vendredi Théorie Anatomie et implantologie. Biologie implantaire et ostéointégration. INDICATIONS & CONTRE INDICATIONS. Conserver ou implanter ? L'examen pré-implantaire. CAS CLINIQUES.

Samedi Pratique Radiologie en implantologie. CAS CLINIQUES : lire le scanner. Le titane, les alliages prothétiques et les céramiques. Asepsie et implantologie (respect de la chaîne stérile).

SESSION 2 - 12 & 13 FÉVRIER 2010

- Les différents systèmes implantaires
- La pose d'implants

Vendredi Théorie & Pratique Présentation des différents systèmes implantaires. TP de pose d'implants avec les différents systèmes sur maquettes.

Samedi Pratique Anatomie : laboratoire d'anatomie du Pr. CAIX. Les rapports anatomiques des secteurs implantables. Dissection interactive sur pièces anatomiques. TP de pose guidée d'implants sur pièce anatomique.

SESSION 3 - 16 & 17 AVRIL 2010

- La prothèse implantaire

Vendredi Théorie & Pratique Concepts chirurgicaux prothétiques à l'aide de cas cliniques. Concepts occlusaux en implantologie. TP sur maquettes « spéciales implantologie » (incisions, lambeaux, sutures).

Samedi Pratique Quels matériaux en prothèse implantaire ? La prothèse unitaire. La prothèse stabilisée sur implants. La prothèse sur pilotis. La prothèse conventionnelle (sectorielle ou plurale). Concepts esthétiques et extraction à visée implantaire. TP de prothèse implantaire avec les différents systèmes.

SESSION 4 - 11 & 12 JUIN 2010

- **Vendredi** Théorie Pertes osseuses : quelles étiologies, quels résultats, quelles solutions ? Les sites anatomiques de prélèvement et leurs risques. Les substituts osseux. Les membranes, les fils de sutures et les colles biologiques. Technique de prélèvement de l'os autogène. CAS CLINIQUES - DÉBATS. Ostéotomie par voie crétale. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION
- **Samedi** Clinique Accompagnement clinique de vos patients en bloc opératoire.

Formation complète **IMPLANTOLOGIE**

..... 3500 €

Conférence

BORDEAUX - 10 OCTOBRE 2009



Dr. C. EVIAN

Treatment planning and clinical advances in Periodontics and Implantology.
Plan de traitement et avancées cliniques en parodontologie et implantologie.

- Clinical Professor of Periodontics, University of Pennsylvania
- Director, Post Graduate, Periodontics, University of Pennsylvania
- Interim Chairman, Department of Periodontics, University of Pennsylvania
- Member, American Board of Periodontology
- Affiliate, American Academy of Osseointegration

CONFÉRENCE

..... 300 €

..... adhérent CEIOP : 250 €



Programme 2009/2010
BORDEAUX

Accompagnement CLINIQUE

Des chirurgies en bloc opératoires avec vidéo interactive sur écran. Coaching en chirurgie implantaire et parodontale.

- Chirurgie parodontale
- Chirurgie implantaire de base
- Chirurgie implantaire avancée greffe d'apposition, élévation sinusienne

Chirurgie en direct sur patient, retransmission en vidéo (15 participants maximum).



le VENDREDI

27 MARS 2009, 5 JUIN 2009

25 SEPTEMBRE 2009, 11 DÉCEMBRE 2009

Accompagnement **CLINIQUE**

(Formation optionnelle clinique de perfectionnement en salle de chirurgie)

..... 800 € / journée

CERCLE D'ÉTUDE
D'IMPLANTOLOGIE ORALE
& DE PARODONTOLOGIE

CEIOP - 16, rue du Bocage
33200 Bordeaux France

Téléphone : 06 26 80 46 43

Agrément CNFCO N° : 06332610-

79/31

N° SIRET : 478 851 280 0014

www.ceiop.com

messaging : ceiop@ceiop.com

... de la presse étrangère

PARODONTOLOGIE

Directives cliniques de la société italienne de parodontologie : Traitement chirurgical reconstructif de défauts osseux angulaires



Dr Angela GILET

Ces directives cliniques ont été émises afin de déterminer les techniques chirurgicales les plus appropriées pour traiter les patients avec des défauts infra-osseux ≥ 3 mm, et s'appuient sur une étude de la littérature déjà publiée. Les critères étudiés sont la quantité de dents perdues, les variations du niveau d'attache clinique, la variation de profondeur au sondage, la variation de la récession gingivale et le gain osseux. En termes d'efficacité, la régénération tissulaire guidée et l'utilisation de protéines de l'émail ont obtenu de meilleurs résultats que le débridement de surfaces radiculaires sous

contrôle visuel après un suivi supérieur ou égal à un an. Les informations recueillies sont insuffisantes pour une évaluation de substituts de greffon osseux et de greffes osseuses, pour l'évaluation des complications et le niveau de satisfaction des patients. ◆

Clinical guidelines of the Italian Society of Periodontology for the reconstructive surgical treatment of angular bony defects in periodontal patients. Pagiario U., Nieri M et al. Journal of periodontology 2008, 79(12): 2219-2232

PARODONTOLOGIE

Stress, dépression, cortisol et maladie parodontale

Le stress et la dépression pourraient être associés à la destruction parodontale à travers des mécanismes physiologiques et comportementaux, c'est la conclusion d'une étude sur 45 patients ayant répondu à des enquêtes sur leur santé générale, le stress chronique et la dépression ; ils ont tous subi une mesure de cortisol salivaire. Le stress, la dépression et le cortisol salivaire étaient corrélés positivement à la maladie parodontale. De plus, la mauvaise hygiène orale lors des périodes de stress et de dépression a été associée à la perte



© Fred Goldstein - Fotolia.com

d'attache et aux dents manquantes. Après un contrôle par âge, histoire familiale et fréquence de brossage, la dépression et le cortisol salivaire ont été des indices significatifs de la quantité de dents perdus. Il peut être important de prendre en compte les facteurs psychologiques comme la dépression dans la prévention et la maintenance de la santé parodontale. ◆

Stress, depression, cortisol, and periodontal disease. Rosania A., Low K et al. Journal of periodontology. Octobre 2008 on-line

OFFREZ VOUS DU "SUR-MESURE"

DÉCOUVREZ PLUS DE **65** COMBINAISONS POSSIBLES !



Conception et réalisation : www.thomascconcept.com



CONFIEZ NOUS VOS ENVIES, NOUS AVONS VOTRE SOLUTION.

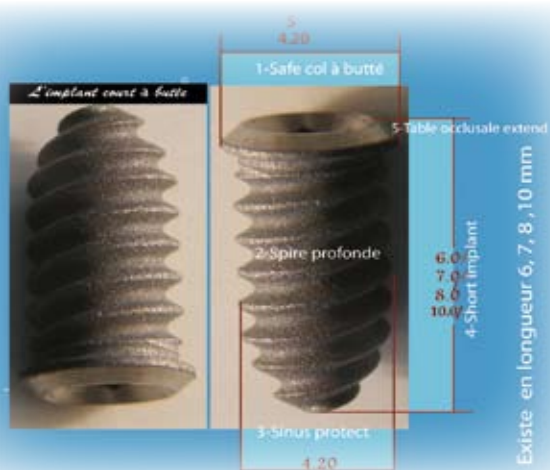
Eurotec
DENTAL
Groupe RSEUS

30, Bd Ornano - 93200 SAINT-DENIS
TÉL. 01.48.13.37.38
Email: eurotec-dental2@wanadoo.fr
Liste des revendeurs agréés au : 01.48.13.37.38

a dec

Le discount, modèle gagnant pour l'implantologie ?

A une époque où la distribution de biens se polarise autour du luxe et du discount au détriment du milieu de gamme, conséquence logique de l'évolution des comportements d'achat, nombreux sont les domaines économiques où des entreprises émergent en tentant d'appliquer un de ces business models. En matière de santé, avec des préoccupations actuelles comme la baisse du pouvoir d'achat ou les économies essentielles au maintien de notre régime de Sécurité Sociale et la flambée annoncée des cotisations des complémentaires santé, le mode de consommation de la « Santé Discount » pourrait bien se développer rapidement dans notre pays. C'est dans ce contexte et avec ce credo que le fondateur de la société Implant Discount entend démocratiser l'implantologie en proposant du « low cost » pour la rendre accessible au plus grand nombre ».



Un challenger de taille

La société Implant Discount a utilisé la méthode en vogue du Benchmarking. Le benchmarking (en français : étalonnage ou analyse comparative ou parangonnage) est une technique de marketing ou de gestion de la qualité qui consiste à étudier et analyser les techniques de gestion, les modes d'organisation des autres entreprises afin de s'en inspirer et d'en retirer le meilleur. S'inspirant

donc du modèle « discount », et tout particulièrement des acteurs du dentaire, on pense tout naturellement au tourisme dentaire, la société est venue conquérir le terrain discount, encore vierge, d'une industrie en pleine expansion : l'implant.

Avec un benchmark très réussi, Implant Discount a relevé le défi en proposant un éventail complet d'implants à très bas prix dans le respect des normes de sécurité et de qualité, en réduisant les coûts de fonctionnement et de production tout en se libérant en partie des charges de Recherche et Développement.

L'utilisation optimale du Web comme médium principal de vente et de communication par la société lui a permis de séduire une clientèle jeune, tout particulièrement confrontée à des bénéfices amoindris par un climat économique morose. Grâce à cet outil de vente Online, efficace moyen de centraliser son activité et de rationaliser sa gestion par l'appauvrissement du packaging, en

proposant une équipe commerciale réduite, à l'opposé des grandes enseignes aux effectifs généralement plus importants.

Enseigne multimarques, présente sur toutes les gammes d'implant, Implant Discount vend ses produits sans intermédiaire, importés directement de l'usine et proposés à des prix minis, grâce à une économie d'échelle qui semble lui réussir.

Low Cost et transparence

La qualité des produits, dans un secteur industriel de pointe, n'empathit-elle donc pas avec le modèle économique du low cost ? Non, d'après la Direction d'Implant Discount : « Nous n'avons pas d'autre choix que de faire des produits de qualité entièrement contrôlés, la crédibilité d'une entreprise repose sur sa transparence... et pour ce qui est de la copie c'est une preuve d'intelligence, de reconnaître le bon chez les autres. Pour nous, "low cost" ne signifie



pas "cheap" mais "degriffé" et notre approche reste attachée à la qualité des produits : Adin®, Al-technology®, Kasios® et bien d'autres marques sont représentées sur notre site. » A ce titre, la société bénéficie de tous les contrôles biomédicaux (stérilisation, métaux), de la xénogreffe, ainsi que des certifications exigibles dans son domaine (normes CE et Iso). Pour maintenir la plus grande transparence, le site propose une rubrique études et normes.

Zoom sur la gamme

Tous leurs implants sont traités pour permettre une intégration optimale par la méthode traditionnelle de sunbalasting et trempage. Pour répondre à chacun des cas que ce soit pour un os dense, spongieux, que la crête soit large ou fine, implant discount vous propose l'implant adapté, droit (regular ou swell), cylindro-cônnique ("OSI"), à spirale (Shark ou Touareg), sinus (touareg S) et même à butée (SAfe short implant®).

Un catalogue attractif

Et pour cause, la société implant Discount vous propose toutes les gammes d'accessoires compatibles Zimmer, Iti, Alpha Bio, Screw vent, Mis, etc.

Côté « accastillage et accessoires », sont proposés par le fabricant : une gamme étendue de pièces prothétique de Safe forests® à longueur variable, moteurs d'implantologie, pièces à main, os synthétique, membranes et outils pour couvrir l'ensemble des besoins pour vos cas d'implantologie à des prix toujours très compétitifs.

Mais au delà de la « copie » de qualité, Implant Discount propose d'emblée, dès ce début d'année, sa propre innovation en lançant un implant court à butée: le Safe short implant® jusqu'alors inexistant sur le marché.

Une très bonne lancée et un avenir prometteur pour cette entreprise qui récolte déjà l'adhésion de plusieurs implantologues de renom prêts à relayer l'information.

Propos recueillis par
Patricia Levi



De la formation terrain à la formation en ligne...

1^{er} site d'accompagnement clinique du chirurgien-dentiste

GI s'installe sur le net :

Apprenez grâce au E-learning

- ➔ Des modules complets de formation en ligne
- ➔ Des études de cas cliniques
- ➔ Des vidéos chirurgicales

Offre de lancement
E-learning
Abonnement annuel pour un accès illimité :
25 euros par mois

Retrouvez toutes nos formations en France sur :

www.generation-implant.com



Contactez-nous :

Association Generation Implant- 134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
tél. : 0820 620 017 - fax : 04 93 81 72 41 - info@generation-implant.com

Étiologie et pathogenèse des parodontites : Implications cliniques



Dr Joël BEAULIEU

- Docteur en Médecine dentaire
- Laval, Québec
- joel.beaulieu@sympatico.ca

Les recherches des dix dernières années indiquent que le modèle étiopathogénique en parodontie est celui qu'ont proposé Socransky, Page et Schroeder (6) (8). Les parodontites ne sont donc en définitive que de « banales » (mais complexes) infections multifactorielles. Elles doivent donc être diagnostiquées, traitées et prévenues en tant que telles.

La quasi-totalité des infections procèdent par cycle avec un début et une fin en passant par différentes étapes telles que la transmission de la source à l'hôte, l'adhérence, la croissance, l'évitement des défenses immunitaires, l'invasion puis finalement la destruction tissulaire. On déclare un sujet « malade » lorsque le cycle est parvenu à son terme et que les tissus sont détruits (Fig. 1). Avant ce stade, la personne est « contaminée », « infectée » mais pas nécessairement « malade ».

En parodontie, lorsque le parodonte est détruit, on parle de « perte d'attache » avec ou sans formation de poche.

Étiologie

Quelles sont les conditions qui permettent au cycle infectieux de parvenir jusqu'à la destruction des tissus parodontaux ? Pour que les tissus parodontaux soient détruits, on s'accorde aujourd'hui à reconnaître qu'il faut réunir quatre conditions **au même moment** en sachant que chacune de ces conditions est nécessaire **mais non suffisante** à elle seule pour déclencher des pertes d'attache (6) (Charon *et al.*, 1995). Ces quatre conditions se présentent comme suit :

1. Présence de bactéries virulentes
2. Absence de bactéries protectrices
3. Environnement dento-gingival défavorable
4. Défaillance(s) du système immunitaire

Présence de bactéries virulentes

Les bactéries pathogènes non compatibles avec la santé parodontale sont anaérobies, à Gram négatif, protéolytiques pour la plupart d'entre elles, motiles et non motiles (voir l'article de M. Sixou p.xx de ce numéro). Les bactéries les plus étudiées sont *Aggregatibacter actinomy-*

cetemcomitans, *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythia*, *Parimona micra* (à Gram positif) et *Campylobacter rectus* qui font partie du complexe « rouge » de Socransky (9). Ces bactéries sont asaccharolytiques et donc incapables de métaboliser les hydrates de carbone en acide lactique.

Implications cliniques

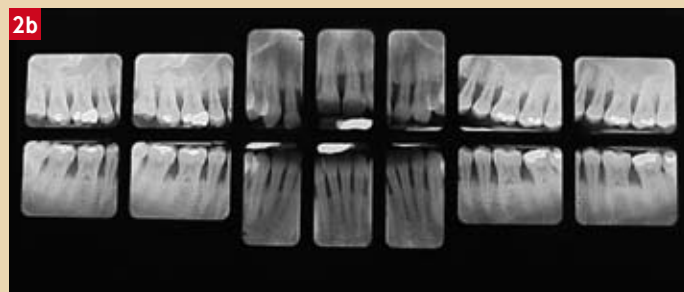
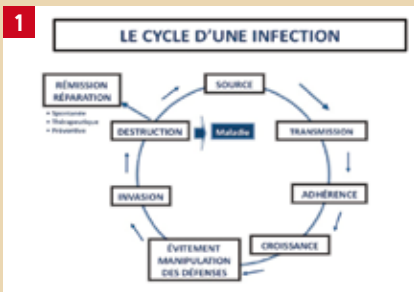
L'identification des bactéries pathogènes peut se faire par des moyens simples tels que la microscopie à contraste de phase et/ou l'utilisation de sondes nucléiques. Les bactéries pathogènes n'étant pas ou très peu cariogènes expliquent que les patients atteints de parodontite agressive présentent souvent peu ou pas de caries (Fig. 2a et 2b).

Il nous semble important de rappeler qu'un diagnostic étiologique ne peut pas reposer uniquement sur la nature de la flore sousgingivale. En effet, la flore incompatible est nécessaire - mais non suffisante à elle seule - pour déclencher des pertes d'attache.

Absence de bactéries protectrices

Les bactéries compatibles, et souvent nécessaires à la santé parodontale, sont aujourd'hui nommées « probiotiques » (Teughels *et al.*, 2008). Elles sont aérobies, à Gram positif, non motiles. Il s'agit principalement de filaments, de bâtonnets et de cocci (*Streptococcus mutans*, *actinomyces*) (Haffajee et Socransky, 1994) (3).

Ces bactéries, essentielles à la santé parodontale, sont - entre autres - antagonistes des bactéries pathogènes. Par exemple, certains streptocoques produisent du peroxyde d'hydrogène (eau oxygénée) qui détruit les bactéries anaérobies (3).



Implications cliniques

La plaque dentaire doit donc être considérée aujourd'hui comme un « biofilm » physiologique essentiel et non tant qu'« ennemi invisible » qu'il faut totalement « éliminer » trois fois par jour. L'identification des bactéries « protectrices » peut se faire à l'aide d'un microscope ou des tests utilisés en cariologie. Il semblerait que des sondes nucléiques soient en préparation pour la détection des probiotiques. Le détartrage conventionnel modifie souvent la nature de la plaque dentaire sousgingivale par apport massif d'oxygène en rétablissant une flore compatible avec la santé parodontale (Listgarden *et al.*, 1979) (Mousques *et al.*, 1980). Hélas, les études montrent que ses effets sur la flore sont transitoires si le patient ne contrôle pas la plaque supragingivale. La prescription d'antibiotiques à large spectre (tétracyclines par exemple) peuvent atteindre les bactéries probiotiques et expliquer leur relative inefficacité en parodontie. Les patients sensibles à la carie dentaire le seraient donc beaucoup moins aux destructions parodontales.

Environnement dentogingival défavorable

Si les éléments présents à la jonction dento-gingivale créent un environnement anaérobie, il est clair que, si les bactéries pathogènes citées plus haut sont présentes, elles pourront proliférer.

C'est le cas lorsque les éléments suivants sont présents :

- Le tartre
- L'inflammation gingivale
- La prothèse scellée ou amovible
- Certains dispositifs orthodontiques

Le tartre supragingival crée *ipso facto* un environnement anaérobie en modifiant le potentiel d'oxydo-réduction (8). La présence d'inflammation gingivale (avec ou sans pertes d'attache) implique donc une forte concentration d'hémoglobine et de fer. Cet ion est essentiel à la croissance d'une majorité des bactéries pathogènes.

Implications cliniques

Le contrôle de l'inflammation est donc un pré-requis à tout type d'intervention mécanique (y compris le détartrage). La réalisation et le scellement de la prothèse doit donc être faite en éloignant les limites cervicales de la jonction dento-gingivale (Fig. 3).

Défaillance(s) du système immunitaire

Deux leucocytes sont principalement impliqués dans la défense du parodonte : le polymorphonucléaire neutrophile (PMN) et le monocyte (6) (10) (Denison et Van Dyke, 1997). S'il existe une dysfonction des PMN soit dans l'adhésion, la diapédèse, la chimiotaxie, la phagocytose et/ou la bactéricidie, le parodonte n'est plus défendu et les pertes d'attache peuvent avoir lieu si les trois autres conditions sont présentes (Hemmerle *et al.*, 1991).

Ces défaillances du système immunitaire peuvent être innées ou acquises (Genço, 1996). Les défaillances ac-



quises peuvent être les suivantes (7) (Kinane *et al.*, 2007) (Nishimura *et al.*, 2007) :

- Infections virales (Mononucléose ou Herpes par exemple)
- Hémopathies acquises (certaines leucopénies par exemple)
- Médications immunodépresseives (anti-inflammatoire notamment)
- SIDA ou HIV+
- Grossesse
- Tabagie
- Présence de stress
- Chimiothérapie anti-cancéreuse
- Diabète de type 1 non contrôlé
- Dyslipidémies

Les défaillances innées sont les suivantes (5) (Yoshie *et al.*, 2007) :

- Dysfonction génétique des PMN (leucopénie notamment)
- Dysfonction génétique des monocytes (surproduction d'interleukine 1 β) (voir plus loin)
- Diabète de type 2 non contrôlé

L'équipe de Slots a démontré que certains virus de type Herpes sont capables de « déprimer » la réponse immunitaire et de faciliter l'installation de certaines bactéries pathogènes (Slots, 2007). Il est donc important de savoir si le patient est sujet à des infections herpétiques (zona, « boutons de fièvre »).

Implications cliniques

On voit toute l'importance de l'entretien de première consultation pour évaluer les facteurs médicaux et ainsi collaborer plus efficacement avec les autres membres de l'équipe soignante (médecins, spécialistes ou non). C'est souvent le cas lorsque le patient est diabétique car les infections parodontales actives ont un effet hyperglycémiant et une glycémie non contrôlée complique le traitement parodontal (Nishimura *et al.*, 2007). D'autre part, dans certaines situations, le praticien peut être amené à demander un certain nombre de paramètres biologiques (Numération/Formule, Vitesse de sédimentation, Protéine Réactive C, Fibrinogène, Lipides, Glycémie, etc.).

Lorsque les quatre conditions sont réunies, souvent et de manière intense, les pertes d'attache seront sévères, rapides et souvent généralisées ce qui est le cas dans les parodontites agressives. Inversement, lorsque les quatre conditions sont réunies peu souvent et de manière peu intense, les patients souffriront alors de parodontite chroni-



que de l'adulte qui évolueront pendant des années avant qu'un symptôme n'apparaisse. De même, il est possible qu'un sujet sans hygiène bucco-dentaire peut ne souffrir que d'une banale gingivite ne mettant pas les dents en danger du point de vue parodontal (si c'est la seule condition présente) (Fig. 4a et 4b).

D'autre part, pour stopper la progression d'une parodontite active, il suffira de « briser le modèle infectieux » en éliminant une des quatre conditions. Il semble que la méthode la plus simple et la plus prévisible soit l'élimination - la plus complète possible - des bactéries pathogènes par l'utilisation des prescriptions adéquates (antiseptiques avec ou sans antibiotiques).

Prévention

La prévention « primaire » consistera donc à agir sur une ou plusieurs des étapes du cycle infectieux pour l'empêcher de parvenir à son terme (e.i. la destruction tissulaire). La prévention « secondaire » consistera à empêcher le cycle de parvenir à nouveau à son terme et donc provoquer des récives.

Le modèle étiologique rend possible une définition du sujet à risque en parodontie : *Un sujet à risque en parodontie est un sujet qui présente une plus forte probabilité de réunir souvent et de manière intense les quatre conditions pour perdre de l'attache.*

Les études indiquent que les principales caractéristiques des sujets à risque parodontal majeur ont la présence de (Johnson *et al.*, 1988) (Charon *et al.*, 1990) (Johnson, 1992) (Salvi *et al.*, 1997) (Hart et Kornman, 1997) :

- Facteur génétiques : antécédents familiaux et/ou PST positif (voir plus loin)
- Faible résistance aux infections (le diabète par exemple) (Taylor *et al.*, 1996)

- Stress psychologique (les « dépressions ») (Bailleux, 1991)
- Tabagie
- Faible résistance à la carie

Implications cliniques

Le praticien pourra donc - dans un premier temps - dépister les sujets à risque en détectant la présence ou l'absence - totale ou relative - d'une ou plusieurs de ces caractéristiques. Puis, il s'agira de déterminer l'intensité du risque parodontal afin de prescrire le traitement préventif adapté (2). La conséquence clinique la plus importante à nos yeux est le strict respect d'une chronologie des actes en parodontie (Fig. 5). Une partie importante des échecs en parodontie est souvent la conséquence de vouloir gagner de l'attache avant de contrôler l'infection (Fig. 6).

Il s'agira donc, après établissement d'un diagnostic étiologique, de :

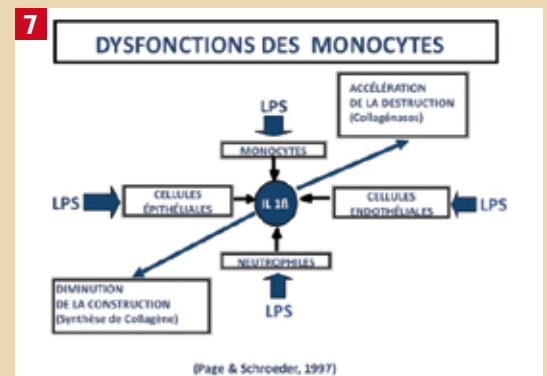
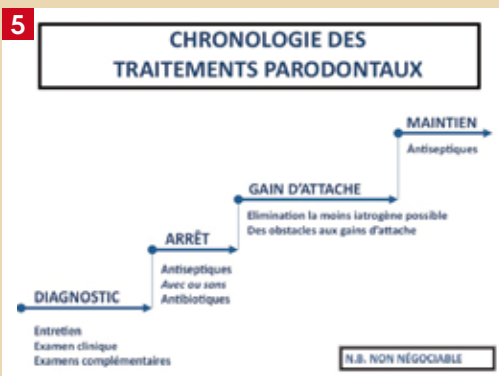
1. Stopper l'activité des lésions parodontales.
2. Regagner le plus d'attache possible en supprimant les obstacles à la cicatrisation des lésions parodontales (principalement le tartre sousgingival).
3. Maintenir les gains d'attache en évitant que les quatre conditions soient à nouveau réunies.

Lorsque cette chronologie est respectée, les résultats cliniques sont à la hauteur des attentes des patients et des cliniciens car un simple « petit détartrage » sur un parodontite infecté peut conduire à la présence d'abcès et de pertes d'attache réactivées (Fig. 6).

Pathogénie

Le modèle de pathogénèse qui explique la destruction du parodonte est basé sur le dysfonctionnement des monocytes (6).

Chez la plupart des sujets, les bactéries pathogènes



productrices d'endotoxines (lipopolysaccharides) sont éliminées rapidement et efficacement par le système immunitaire. L'initiation de ce système est provoquée (en autres) par l'interleukine 1 β (IL1 β) synthétisée et excrétée principalement par les monocytes et les macrophages (Reynolds et Meikle, 1997).

En revanche, si les monocytes (en présence d'endotoxines) produisent de trop grandes quantités d'IL1 β , le métabolisme du collagène par les fibroblastes parodontaux sera perturbé avec blocage de sa synthèse et accélération de sa dégradation (Reynolds et Meikle, 1997) (Fig. 7).

Cette dysfonction des monocytes a été démontrée notamment chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée, chez les patients « dépressifs » et chez les patients fumeurs (1) (Shapira *et al.*, 2000) (Genco, 1993) (Grossi *et al.*, 1996). Cependant, les monocytes peuvent dysfonctionner en l'absence des conditions citées ci-dessus chez des patients dont le gène codant pour l'IL1 β est dysfonctionnel (« polymorphisme génétique ») (Korman *et al.*, 1997).

Implications cliniques

Il existe aujourd'hui un test fiable, simple, non invasif, peu coûteux (Test PST) qui permet de savoir si oui (patient PST positif) ou non (patient PST négatif) le gène est dysfonctionnel.

Conclusion

Il apparaît donc qu'il est primordial d'établir – avant toute manœuvre thérapeutique – un diagnostic étiologique. Considérant les recherches sur l'étiopathogénie, il nous semble qu'il faille utiliser celles-ci afin améliorer la santé parodontale des patients et de notre responsabilité de traiter ces maladies (parodontite agressive) avec une approche médicale. ♦

Retrouvez l'intégralité de la bibliographie sur www.lefildentaire.com !

Bibliographie sélective

1. Breivik T., Thrane P.S., Murison R., Gjermo P. Emotional stress effects on immunity, gingivitis and periodontitis. *Eur J Oral Sc* 1996 ; 104 : 327-34
2. Charon J., Mouton C. Étiologie des maladies parodontales. Parodontie médicale, *Éd. Cdp* 2003 ; 113-126
3. Darveau RP, Tanner A, Page RC. The microbial challenge in periodontitis. *Periodontol* 2000 1997 ; 14 : 12-37.
4. Korman K.S., Page R.C., Tonetti M.S. The host response to the microbial challenge in periodontitis: assembling the players. *Periodontol* 2000 1997 ; 14 : 33-53
5. Nassar H., Kantarci A., Van Dyke T.E. Diabetic periodontitis: a model for activated innate immunity and impaired resolution of inflammation. *Periodontol* 2000 2007 ; 43 : 233-244
6. Page R.C., Offenbacher S., Schroeder H.E., Seymour G.J., Korman K.S. Advances in the pathogenesis of the periodontitis : summary of développements, clinical implications and future directions. *Periodontol* 2000 1997 ; 14 : 216-48
7. Ryder M. The influence of smoking on host responses in periodontal infections. *Periodontol* 2000 2007 ; 43 : 267-277
8. Socransky S., Haffajee A.D. The bacterial etiology of destructive periodontal disease: current concepts. *J Periodontol*. 1992 ; 63 : 322-331
9. Socransky S., Haffajee A.D., Cugini M.A., Smith C., Kent R.L. Jr. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol* 1998; 25: 134-144
10. van Dyke T.E., Taubman M.A., Ebersole J.L., Haffajee A.D., Socransky S., Smith D.J., Genco R.J. The Papillon-Lefèvre syndrome: neutrophil dysfunction with severe periodontal disease. *Clin Immunol Immunopathol*. 1984 ; 31 : 419-29



Choisissez vos instruments
sur notre Site Internet
Faites-vous livrer
par votre revendeur habituel

www.prodont-holliger.com

N'hésitez pas à nous demander notre catalogue papier

Tel. 04 93 24 20 82 Fax. 04 93 24 68 26
info@prodont-holliger.fr

La microbiologie en parodontie

Les maladies parodontales sont des maladies infectieuses à étiologie bactérienne et à manifestations inflammatoires. Elles font partie de la famille des maladies infectieuses liées à un déséquilibre de flore. Les parodontites sont étroitement associées aux modifications de l'écosystème bactérien buccal. Son déséquilibre est à l'origine de différentes formes de gingivites et de parodontites.

L'apport exogène de bactéries peut être parfois à l'origine de certaines formes de parodontites. Une parfaite compréhension de ces maladies nécessite quelques rappels bactériologiques de la flore buccale.

La flore buccale

Les bactéries de la flore buccale sont classiquement classées en deux grands groupes en fonction de la structure de leurs parois : bactéries à Gram positif et bactéries à Gram négatif. Les bactéries à Gram positif sont les plus nombreuses dans la flore d'un sujet sain. À l'inverse, les bactéries à Gram négatif sont les plus importantes quantitativement et qualitativement chez les sujets atteints de maladies parodontales (Fig. 1).

Les bactéries à Gram négatif sont principalement localisées dans le sillon gingival où la modification pathologique de ce site constitue la poche parodontale. La plupart des bactéries à Gram négatif, anaérobies stricts, non mobiles font partie de la famille des *Bacteroidaceae*. Cette famille comprend les genres *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Porphyromonas*, *Prevotella*. Les principaux Gram négatif, mobiles, sont représentés par les genres *Selenomonas*, *Centipeda* et *Campylobacter*. Certaines autres bactéries, bacilles à Gram négatif peuvent cohabiter avec les bactéries à métabolisme anaérobie strict mais possèdent un métabolisme respiratoire capnophile donc plus tolérant à l'oxygène. Les principaux genres correspondants sont : *Aggregatibacter* (ancien *Actinobacillus*), *Capnocytophaga*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*, *Haemophilus*. Des cocci à Gram négatif seront aussi retrouvés de façon habituelle dans la cavité buccale : *Neisseria* et *Veillonella*.

Les maladies parodontales

Les parodontites sont des pathologies qui atteignent les tissus de soutien et de revêtement de la dent (desmodonte, gencive, cément, os alvéolai-

re). Elles constituent la principale cause de perte de dents chez l'adulte.

Le développement important de la microbiologie parodontale au cours de ces dernières années découle directement du concept de spécificité bactérienne. L'ensemble des études menées à partir de ce concept a permis de démontrer que les maladies parodontales sont des pathologies infectieuses. Chaque type de pathologie parodontale présente une flore sous-gingivale constituée d'une association de microorganismes qui lui est propre. Ce concept de spécificité bactérienne n'a pu être mis en évidence que grâce aux progrès des techniques de cultures anaérobies et à la mise au point de nouveaux milieux de cultures sélectifs (Sixou *et al.*, 1991).

La plupart des microorganismes intervenant dans ces pathologies sont des bacilles à Gram négatif, anaérobies stricts (*Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tanarella forsythia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Campylobacter rectus*, *Treponema denticola*) ou capnophiles (*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga ochracea*). Les difficultés d'isolement et d'identification de ces microorganismes expliquent pourquoi la plupart des laboratoires d'analyses médicales ne pratiquent pas la recherche de ces pathogènes parodontaux. Cependant, les travaux de différentes équipes de recherche ont permis de définir les associations bactériennes spécifiques identifiées dans les différentes formes de pathologies parodontales (1).

Intérêt des examens de laboratoire pour le parodontiste

Le clinicien confronté aux multiples formes cliniques de maladies parodontales pourra faire appel aux examens de laboratoire pour l'aider dans sa démarche de thérapeute (12 ; 13) (Fig. 2). Deux grandes catégories d'examens de laboratoire sont à sa disposition : la culture bactérienne et les techniques moléculaires.

Dr Michel SIXOU

- PU-PH
- Professeur de Santé publique
- Directeur du laboratoire « Parodontites et Maladies Générales », LU 46
- Faculté de Chirurgie dentaire, Université de Toulouse
- sixou@cict.fr



Des renseignements à cinq niveaux différents pourront être recueillis à partir de ces examens biologiques et en fonction du choix de la technique d'examen : une aide au diagnostic, au pronostic, un contrôle de l'efficacité du traitement, l'indication d'une antibiothérapie et le choix de la ou des molécules les plus appropriées (uniquement par culture).

Diagnostic

Un nombre important de microorganismes participe à l'étiologie des maladies parodontales. La sélection d'un traitement et le pronostic seront différents en fonction des bactéries pathogènes identifiées. La première étape consistera à déterminer quels sont les pathogènes spécifiques qui infectent les sites parodontaux d'un patient. Les prélèvements pourront provenir d'un seul site ou d'une série de sites d'un même patient, ce qui permettra une meilleure évaluation de la flore parodontale sous-gingivale.

Les examens de laboratoire moléculaires peuvent ou non utiliser une méthode d'amplification du matériel génétique développée en 1983 appelée PCR (Polymerase Chain Reaction). Le concept de la PCR a été fortement optimisé en 1993 par le développement d'une nouvelle technique appelée PCR Real Time. Cette nouvelle approche présente comme avantages une automatisation de la méthode, une rapidité importante, une quantification avec un seuil de sensibilité abaissé et un coût inférieur aux autres approches. Ces tests sont commercialisés par plusieurs laboratoires comme GABA® ou Pierre Fabre. Il constitue aujourd'hui un des meilleurs choix pour le clinicien lorsqu'un examen de laboratoire est requis. Cet examen présente cependant un inconvénient important comparativement à la culture : la réalisation d'un test de sensibilité aux antibiotiques est impossible.

Pronostic

La présence de certains pathogènes permet d'apprécier le potentiel évolutif de lésions parodontales (*P. gingivalis*). L'association de certaines souches entre elles peut potentialiser leur virulence (*A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *P. intermedia*) et accélérer le processus de destruction des tissus parodontaux (Fig. 3). La titration des principales bactéries pathogènes parodontales apporte également des informations supplémentaires afin d'aider le clinicien à apprécier l'évolution d'une pathologie parodontale.

Contrôle d'un traitement

En toute rigueur, l'efficacité d'un traitement parodontal se traduit par la disparition de la symptomatologie clinique et par la disparition des principaux pathogènes impliqués dans cette pathologie. Si, à la suite d'un traitement initial (soins locaux prescrits au patient, détartrage, surfaçage, curetage), des phénomènes inflammatoires persistent dans certains sites et que des pathogènes parodontaux spécifiques sont présents, le traitement devra être repris afin d'obtenir la disparition des signes cliniques et des pathogènes impliqués.

Indication d'une antibiothérapie

La nature des microorganismes isolés peut aider le thérapeute à poser l'indication d'antibiothérapie (Lakhssassi *et al.*, 2005). Par exemple, dans la situation d'une parodontite agressive localisée, l'éradication d'*A. actinomycetemcomitans* nécessitera de compléter le traitement mécanique, chirurgical, par une antibiothérapie par voie générale. L'absence de recours à une antibiothérapie dans cette situation se traduira dans le meilleur des cas, par une réduction du nombre d'*A. actinomycetemcomitans*. A l'inverse, dans une situation de parodontite chronique de l'adulte et en présence

Fig.1 : Flore à Gram négatif impliquée dans les parodontites.

Fig.2 : Prélèvement de flore sous-gingivale.

d'une flore sous-gingivale à virulence modérée (*Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga ochracea*, ...), une antibiothérapie ne sera pas nécessaire. Un traitement associant des phases de détartrage, surfaçage et curetage à des antiseptiques locaux et un contrôle de plaque de qualité peut apporter d'excellents résultats.

Détermination de l'antibiogramme

L'antibiogramme est une technique classiquement utilisée en bactériologie médicale afin de déterminer la sensibilité bactérienne à différentes molécules antibiotiques (3) (Sixou *et al.*, 1993) (Lakhssassi *et al.*, 2005) (Fig. 4). Cette méthode permet également de contrôler immédiatement la présence d'un mutant ou d'une résistance inducible, ou d'apprécier l'intérêt d'une association de deux antibiotiques. Les résultats de cet examen appliqués aux bactéries anaérobies et capnophiles de la cavité buccale apportent des informations importantes au clinicien afin qu'il puisse choisir l'antibiotique ou l'association de molécules antibiotiques la plus appropriée.

Conclusions

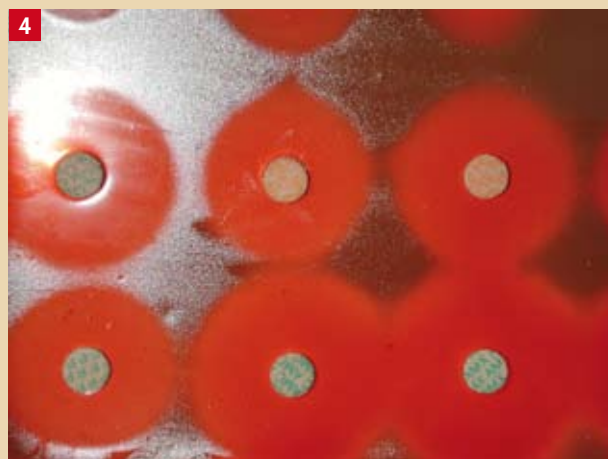
Le milieu buccal est un milieu complexe dans lequel cohabite un grand nombre de microorganismes. L'état de santé parodontale est un équilibre fragile entre l'agressivité de cet écosystème et la réponse de l'hôte (2 ; 7). Toute perturbation de cet équilibre engendrera l'apparition de manifestations cliniques infectieuses et inflammatoires de type gingivite ou parodontite (14). Une meilleure connaissance de cet écosystème et de ses perturbations devrait permettre la mise en place de meilleures stratégies thérapeutiques et de tests diagnostic et pronostic. ◆

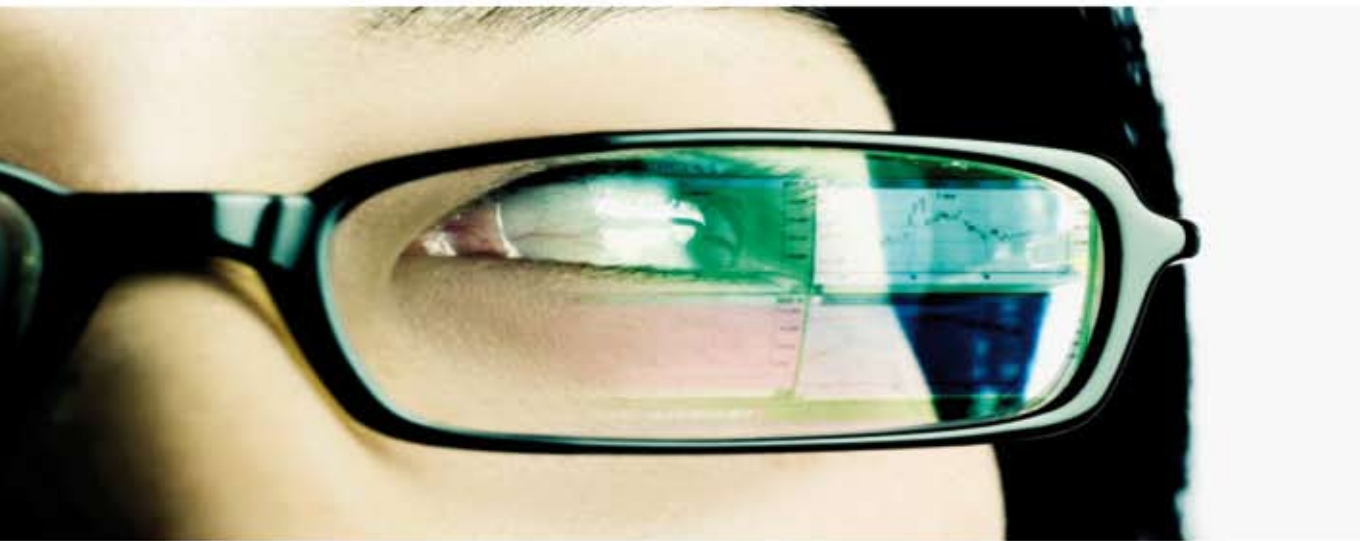
Fig. 3 :
UFC de *Porphyromonas gingivalis* et *Prevotella intermedia* impliqué dans les formes agressives de parodontites.

Fig. 4 :
Test de sensibilité aux antibiotiques.

Bibliographie

- DiRienzo J.M., Slots J., Sixou M., Sol M.A., Harmon R., McKay T. Specific genetic variants of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* correlate with localized juvenile periodontitis. *Infection and Immunity* 62 (8) : 3058 - 3065, 1994
- Gainet J., Dang P.M.C., Chollet-Martin S., Brion M., Sixou M., Hakim J., Gougerot-Placiet Elbim C. Neutrophil dysfunctions, I18, and soluble L-selectin plasma levels in rapidly progressive versus adult and localized juvenile periodontitis : variations according to disease severity and microbial flora. *Journal of Immunology* : 5013 - 5019, 1999
- Kamagate A., Kone D., Coulibaly N.T., Sixou M. et al. A comparative study of various evaluation methods of the antibiotic sensitivity of strict anaerobic bacteria of the subgingival flora. *Odontostomatologie Tropical*, 24, 95, 9 -12, 2001
- Lakhssassi N., Elhajoui N., Lodter J.P., Pineill J.L., Sixou M. antimicrobial susceptibility variation of 50 anaerobic periopathogens in aggressive periodontitis. An interindividual variability study. *Oral Microbiology and Immunology* 20 : 244 - 252, 2005
- Lakhssassi N., Sixou M. Efficacy variation of erythromycin and spiramycin on periopathogens in aggressive periodontitis. *An in vitro comparative study. Pathologie Biologie* 53 : 527 - 535, 2005
- Lakhssassi N., Reboul O., Elhajoui N., Sixou M. Antimicrobial susceptibility variation of 50 anaerobic periopathogens in aggressive periodontitis. An interindividual variability study. *Oral Microbiology and Immunology* 20 : 244-252, 2005
- Plombas M., Gobert B., March A.K., Sarda M.N., Sixou M., Bene M.C., Miller N., ure G.C. Isotypic antibody response to plaque anaerobes in periodontal disease. *Journal of Periodontology* 12 : 1507 - 1511, 2002
- Sixou M., Duffaut-Lagarrigue D., Lodter J.P. A comparison between 4 subgingival bacteriologic sampling technics. *Journal de Biologie Buccale*, France, 19 (1) : 16 - 21, 1991a
- Sixou M., Duffaut-Lagarrigue D., Lodter J.P. The transmission of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* between spouses. *Journal de Biologie Buccale*, France, 19 (2) : 161 - 166, 1991b
- Sixou M., Duffaut-Lagarrigue D., Lodter J.P. The distribution and prevalence of *Haemophilus actinomycetemcomitans* in the oral cavity. *Journal de Biologie Buccale*, France, 19 (3) : 221 - 228, 1991c
- Sixou M., Kone D., Duffaut-Lagarrigue D., Lodter J.P., Berdoulat C. Etude in vitro de la sensibilité aux antibiotiques des principales bactéries impliquées dans l'étiologie des parodontites chez l'homme. *Journal de Parodontologie* 257 - 263, 1993.
- Sixou M. Diagnostic testing as a supportive measure of treatment strategy. *Oral disease* 9 : 54 - 62, 2002
- Verner C., Lemaitre P., Daniel A., Giumelli B., Lakhssassi N., Sixou M. Carpagen Real-time PCR versus anaerobic culture for periodontal pathogen identification. *Oral Microbiology and Immunology* 21 : 341 - 346, 2006
- Vergnes J.N. and Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status : a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. February, 2007.





Simplifiez-vous la vue ...



Votre partenaire en Parodontie, la Précision au service du diagnostic

Microscope ECLIPSE E200 à contraste de phase



Ispot Concept DENTALIS

- Systeme polyvalent de lumière direct et indirect (Instrumentations fibrées: Sonde, Miroir, Canule aspiration, etc...)
- 88000 Lux de puissance réglable sur 10 intensités



Loupes TTL

- Sur mesures optométriques et ophtalmiques

Ispot

- Version frontale adaptable sur tous systèmes (Orascoptic, Zeiss, Surgitel, Design's for Vision ...)
- 88000 Lux de puissance réglable sur 10 intensités

Retrouvez nous sur www.dentalisfrance.com

Implantologie et parodontopathies : Quelles décisions thérapeutiques en 2009 ?



Dr Frédéric JOACHIM
■ Parodontiste
■ Lille
■ fjoachim@nordnet.fr

La très grande majorité des maladies parodontales, quelles que soient leurs formes cliniques, sont initiées et/ou entretenues par une flore incompatible avec la santé parodontale qui apparaissent chez des sujets présentant une réponse inflammatoire dysfonctionnelle. Par ailleurs, il est également admis qu'un processus infectieux similaire aux maladies parodontales, "la péri-implantite", peut affecter les implants et entraîner la perte de ceux-ci si l'infection n'est pas enrayerée suffisamment tôt.

L'évolution de ces différents concepts a eu un impact considérable sur nos attitudes thérapeutiques en dentisterie globale. Les abords des traitements parodontaux, implantaires et prothétiques, plus ou moins complexes, ont donc été bouleversés au cours des quinze dernières années. Le but de cet article est d'actualiser ces connaissances avec leurs implications en pratique quotidienne.

Maladies parodontales : concepts et traitements

La très grande majorité des parodontites et les pertes d'attache qui en découlent sont initiées et/ou entretenues par une flore bactérienne incompatible avec la santé parodontale chez des patients ayant une réponse immunitaire inadéquate. Ces infections parodontales présentent, en l'absence de traitement et à un moment donné, une majorité de sites au repos qui peuvent le rester pendant plusieurs années. Quelques sites réunissent simultanément quatre conditions : présence de bactéries virulentes ; absence de bactéries protectrices ; environnement dento-gingival favorable aux bactéries virulentes ; réponse inadéquate du système de défense de l'hôte. Elles sont en activité pendant un temps relativement bref au cours duquel la destruction des tissus parodontaux peut être extrêmement rapide (14). Ces pertes d'attache peuvent conduire, dans certains cas, à la perte des dents (9).

En conséquence, l'attitude globale des traitements parodontaux consistera :

1. à d'abord stopper l'évolution des pertes d'attache,
2. à regagner le maximum d'attache perdue,
3. enfin, à maintenir les résultats obtenus (4).

Ces traitements réalisés avec ou sans prothèses conduisent à d'excellents taux de succès qui avoisinent 95 % avec un recul de 10 ans (10).

Implantologie

Brånemark et ses collaborateurs ont mis au point le concept de l'ostéointégration (1). Cette unité fonctionnelle, capable

de transmettre des forces occlusales au niveau des tissus osseux a aussi été décrite comme une "ankylose fonctionnelle".

Parallèlement à ces recherches fondamentales, de très nombreuses études cliniques ont pu démontrer que l'implantologie est devenue un acte courant et fiable quand elle est réalisée dans des conditions optimales en suivant un protocole rigoureux que ce soit dans le cadre de protocoles de recherche ou dans le cadre de pratiques privées (5) (7).

Similitudes entre parodontites et péri-implantites

Comme les parodontites non-traitées peuvent entraîner la perte des dents naturelles, les péri-implantites non-traitées peuvent entraîner la perte des implants (6). Un des facteurs étiologiques majeurs de la perte des dents et des implants à moyen et long terme reste le biofilm bactérien qui se dépose sur les surfaces dentaires ("la plaque dentaire"). Il existe une flore bactérienne quasi similaire pour les parodontites et pour les péri-implantites composée essentiellement de bactéries à Gram négatif anaérobies (3). En revanche, ces bactéries sont rarement retrouvées au sein de la plaque jouxtant des implants sains (12). Par ailleurs, si le parodonte est infecté, il existe un risque majeur de voir s'installer une péri-implantite par contamination bactérienne (2).

Il apparaît que les patients souffrant ou ayant souffert de maladies parodontales sont des patients à risque pour les traitements implantaires (13).

Que conclure des relations « paro-implantaires » ?

Les péri-implantites sont essentiellement des maladies infectieuses. Il est établi que les patients susceptibles aux maladies parodontales sont à risque de développer des péri-implantites. Il est donc primordial, en présence de parodontite, avant toute réalisation implanto-prothétique, de supprimer tous les foyers infectieux. Par conséquent,

CAS CLINIQUE 1



un protocole strict paro-implantaire doit être suivi chez ces patients à risque.

Cas cliniques

Ces deux cas cliniques illustrent une pratique qui privilégie la “parodontie médicale” avant toute implantologie. Ils démontrent qu’il n’est pas toujours nécessaire de procéder à l’extraction suivie de l’implantation chez une très grande majorité des patients.

Cas clinique n°1 (Fig. 1 à 5)

Dent unitaire n°25 chez un patient de 61 ans souffrant d’une parodontite agressive. Vingt ans de recul parodontal et 8 ans de recul implantaire.

Monsieur Gérard Dem., âgé de 41 ans, consulte le 20 septembre 1988 pour problèmes parodontaux. Compte-tenu des examens cliniques, radiologiques et bactériologiques, le diagnostic de parodontite agressive est posé (Fig. 1 et 2).

Le traitement de l’infection parodontale est entrepris (soins locaux de contrôle de plaque, antibiothérapie initiale et traitement conservateur). La parodontite est ainsi stabilisée des points de vue clinique, radiologique et bactériologique. Un traitement orthodontique est ensuite réalisé afin de supprimer la supraocclusion.

En 2000, lors d’un contrôle, la dent n°25 doit être extraite (fracture). Il est décidé de la remplacer par une solution implantaire. La maintenance parodontale et implantaire est depuis assurée tous les 9 mois (Fig. 3, 4 et 5).

Cas clinique n°2 (Fig. 6 à 9)

Réhabilitation complexe chez une patiente de 65 ans souffrant d’une parodontite agressive. Dix huit ans de recul parodontal et 12 ans de recul implantaire.

Madame Françoise Tal., âgée de 47 ans, consulte le 17 septembre 1990 en vue d’une réhabilitation globale. Le diagnostic de parodontite chronique sévère de l’adulte est posé (Fig. 6 et 7).

A l’issue du traitement parodontal, un traitement orthodontique a été réalisé afin de rétablir les courbes occlusales, redresser les axes dentaires en vue de prothèses fixes et rendre l’esthétique souhaitée par la patiente. Des implants sont posés au niveau des dents n°46 et n°13 et une contention orthodontique est demandée. La patiente est reçue une fois par an en maintenance parodontale et implantaire (Fig. 8 et 9).

Discussion

Les choix de traitements chez les patients partiellement édentés pour raison parodontale représente une difficulté en raison des nombreuses possibilités thérapeutiques qui sont offertes. Les questions se posent : Faut-il garder et traiter les dents ou faut-il extraire et “poser” des implants ? Certains d’entre nous pensent que le taux de succès des traitements implantaires qui suivent l’extraction de dents « parodontalement compromises » est largement supérieur à celui de traitements parodontaux. Cependant, la littérature indique que les taux de succès sont quasiment identiques (environ 90 %) pour les traitements parodon-

Fig. 1 :
Vue clinique lors de la 1^{ère} consultation. Le patient est alors âgé de 41 ans.

Fig. 2 :
Bilan radiologique long-cône réalisé lors de la 1^{ère} consultation. Noter les pertes d’attache sévères généralisées.

Fig. 3 :
Vue clinique lors d’un contrôle parodontal à 20 ans. Noter l’absence d’inflammation et le parfait contrôle de plaque réalisé par le patient maintenant âgé de 61 ans.

Fig. 4 :
Vue clinique de la couronne sur implant. Noter la forme anatomique parodontale permettant un bon contrôle de plaque. Contrôle implantaire à 8 ans.

Fig. 5 :
Bilan radiologique long-cône réalisé lors d’un contrôle à 20 ans. Noter la stabilisation des pertes d’attache et la parfaite intégration de l’implant.

taux (15) et les traitements implantaires (10). Par ailleurs, les patients ayant souffert d'une pathologie parodontale non traitée sont à haut risque de développer une pathologie péri-implantaire. Ainsi, le traitement de la pathologie parodontale permet d'éviter la perte d'autres dents et/ou le risque de voir évoluer une péri-implantite par contamination bactérienne (8). Il a été montré que, chez les patients souffrant de parodontite chronique de l'adulte, la raison majeure de la perte des dents reste le davier (11). La « décision hâtive » d'extraire est souvent liée au fait que les praticiens ne sont pas suffisamment confiants dans les traitements parodontaux (11).

La décision thérapeutique d'extraire et/ou d'implanter chez les patients parodontalement compromis prendra en compte plusieurs facteurs :

- La sévérité et la progression de la pathologie parodontale ainsi que la capacité du praticien à la prendre en charge ;
- La demande esthétique et fonctionnelle du patient;
- La participation active du patient dans le contrôle de l'infection parodontale ;
- La complexité du traitement ainsi que son coût;
- Les facteurs de risque technique, chirurgical et biologique qui seront pris au cours des traitements.

La solution thérapeutique choisie devra toujours être prise par le patient qui reste, au total, le seul juge à évaluer le rapport coût/bénéfice du traitement.

Conclusions

Dans une pratique quotidienne, le succès d'un plan de traitement parodontal et/ou implantaire est conditionné par le respect d'un protocole strict dans l'établissement du diagnostic parodontal et implantaire. Compte-tenu de l'investissement humain et financier, il est nécessaire d'employer des concepts, des techniques et des matériaux que le praticien maîtrise parfaitement et qui assurent la satisfaction des patients et la pérennité des soins réalisés.

Avant toute implantation, il est nécessaire de stabiliser durablement les foyers infectieux parodontaux afin de rétablir une flore compatible avec la santé parodontale et

implantaire. Les risques d'échec sont alors réduits. Si ce protocole est rigoureusement respecté, il permet d'obtenir des résultats à moyen et long termes (plus de 93 % de taux de succès implantaire) tout en préservant un nombre très élevé de dents « parodontalement compromises » (7). ♦

Bibliographie

1. Albrektsson T., Sennerby L., Wennerberg A. State of the art of oral implants. *Periodontology* 2000. 47 : 15 - 26, 2008
2. Aspe P., Ellen R.P., Overall C.M., Zarb G.A. Microbiota and crevicular fluid collagenase activity in the osseointegrated dental implant sulcus: A comparison of sites in edentulous and partially edentulous patients. *J. Periodontol Res.* 24 : 96 - 105, 1989
3. Becker W., Becker B., Newman M. Clinical and microbiological findings that may contribute to dental implant failures. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants* 5 : 31 - 38, 1990.
4. Charon J., Mouton C. Parodontie Médicale. *CdP*, Paris, 2003.
5. Fugazzotto P.A., Vlassis J., Butler B. ITI implant use in private practice: Clinical results with 5,526 implants followed up to 72+ months in function. *Int. J. Oral Maxillofac Implants* 19 : 408 - 412, 2004
6. Heitz-Mayfield L.J.A. Peri-implants diseases : diagnosis and risk indicators. *J. Clin. Perio.* 35 (suppl. 8) : 292 - 304, 2008
7. Joachim F., Duchatelle J., Charon J. Implantologie et maladies parodontales. *Information Dentaire* 36 : 2937 - 2946, 2001.
8. Lang N.P. Implants and teeth in harmony with biology. *Wiley-Blackwell Dentistry News.* 1 : 3, 2008
9. Loe H., Anerud A., Boysen H., Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lanka laborers 14 to 46 years of age. *J. clin. Periodontol.* 13 : 431 - 440, 1986
10. Lulic M., Bragger U., Lang N. et al. Ante's (1926) law revisited : a systemic review on survival rates and complications of fixed dental prostheses (fdp) on severe reduced periodontal tissue support. *Clin. Oral Implants Res.* 18 (Suppl. 3) : 63 - 72, 2007.
11. Lungren D., Rylander H. & Laurell R. To save or to extract, that is the question. Natural teeth or dental implants in periodontitis-susceptible patients : clinical decision-making and treatment strategies exemplified with patient case presentations. *Periodontology* 2000, 47 : 27-50, 2008
12. Papaioannou W. et al. The effects of periodontal parameters on the subgingival microbiota around implants. *Clin. Oral Impl. Res.* 6 : 197 - 204, 1995.
13. Schou S., Holmstrup P., Worthington H. et al. Outcome of implant therapy in patient with patient in previous tooth loss due to periodontitis. *Clin. Oral Impl. Res.* 17 (Suppl. 2) : 104 - 123, 2006.
14. Socransky S. et al. New concepts of destructive periodontal disease. *J. clin. Periodontol.* 11 : 21 - 32, 1984.
15. Yi S.W., Ericsson I. et al. Long-Term follow up of cross-arch fixed partial dentures in patients with advanced periodontal destruction. *Acta Odontol. Scand.* 53: 242-248, 1995

Les auteurs remercient vivement leurs collaboratrices, tous les praticiens qui ont participé à la réalisation des cas cliniques ainsi que le Pr. PILOT (1992) pour sa citation : "Il n'existe pas un traitement efficace pour chaque maladie... mais il est toujours facile de trouver une maladie pour chaque traitement !" Autrement dit, lorsque l'on a un marteau dans les mains, on voit des clous partout.

Fig. 6 :

Vue clinique lors de la 1ère consultation. La patiente est alors âgée de 47 ans. Noter les migrations secondaires des incisives supérieures.

Fig. 7 :

Bilan radiologique long-cône réalisé lors de la 1ère consultation. Noter les pertes d'attache sévères généralisées.

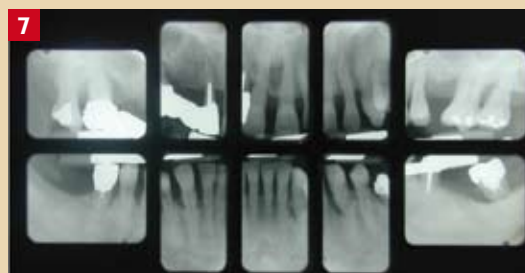
Fig. 8 :

Vue clinique de face lors du dernier contrôle parodontal en 2008. La patiente est maintenant âgée de 65 ans. Noter l'excellent contrôle de plaque.

Fig. 9 :

Bilan radiologique long-cône réalisé lors de la séance de maintenance de 2008. Stabilisation des lésions parodontales malgré leur sévérité initiale.

CAS CLINIQUE 2



PAROEX

0,12 %

A NOUVEAU DISPONIBLE EN PHARMACIE

Digluconate de chlorhexidine
la bonne formule !

0,12 %

Sans Alcool



Solution pour bain de bouche
Remboursé à 35 % par la Séc. Soc.

PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche. Flacons de 300ml (avec godet doseur) et de 500 ml. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE**: Digluconate de chlorhexidine à 20% (m/v) : 0,6360g (quantité correspondant à digluconate de chlorhexidine : 0,12g) pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Excipients: glycéril, acésulfame potassique, huile de ricin polyoxyéthylénée, propylène glycol, azorubine, arôme, eau purifiée. **FORME PHARMACEUTIQUE**: Solution pour bain de bouche. **DONNÉES CLINIQUES**: **Indications thérapeutiques**: Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration**: RÉSERVE À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser 12 à 15ml (godet doseur). Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). **Contre-indications**: Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi**: Mises en garde: L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. Précautions d'emploi: Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions**: L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). **Effets indésirables**: - Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café) - Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation cutanéomuqueuse), nécessitant l'arrêt du traitement - Occasionnellement, dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement - Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES**: **Propriétés pharmacodynamiques**: STOMATOLOGIE/TRAITEMENT LOCAL À VISÉE ANTISEPTIQUE (A: appareil digestif et métabolisme). **DONNÉES PHARMACEUTIQUES**: **Durée de conservation**: Avant ouverture du flacon: 3 ans - Après ouverture du flacon: 30 jours. **Nature et contenance du récipient**: 300ml en flacon (polytéréphthalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP® (polypropylène et cape (PC)) avec godet doseur (polypropylène). 500 ml en flacon (polytéréphthalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP® (polypropylène et cape (PC)). **PRÉSENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE**: AMM 344 641.7 : flacon de 300ml avec godet doseur. Remboursement Sécurité Sociale à 35% - Agréé Collectivités. Prix: 3,99€. CTJ: 0,16 à 0,60€. AMM 344 642.3 : flacon de 500 ml. **TITULAIRE DE L'AMM**: SUNSTAR France - 16, rue Baudin - 92300 Levallois-Perret. **EXPLOITANT DE L'AMM**: C.S.P. - 76, avenue du Midi - 63800 Courmon d'Auvergne. **DATE DE RÉVISION DE L'AMM**: Octobre 2008.

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

Quelques considérations sur les relations **endo-parodontales**



Dr Stéphane SIMON

- Exercice limité à l'Endodontie (Rouen)
- Université Paris 7
- stephane@simendo.com

L'endodontie et la parodontie ont peu de choses en commun sur le plan des moyens thérapeutiques utilisés. Les pathologies, quant à elles, qu'elles soient d'origine endodontique ou parodontale, conduisent systématiquement à une inflammation chronique parodontale. Dans le premier cas, les manifestations sont apicales (parodontite « apicale ») alors que dans le second, elles sont considérées comme « cervicales ».

La localisation et la nature de la flore bactérienne (à prédominance anaérobie dans les deux cas) dictent les traitements à mettre en œuvre. Ces thérapeutiques sont toutes les deux basées sur la détersion et la désinfection permettant de supprimer l'agent infectieux causal et de remettre la dent et ses tissus de soutien dans un contexte biologique favorable à la cicatrisation et la « régénération » ou « réparation » tissulaire.

Spécificité de la parodontite apicale

La nouvelle appellation francophone de ce type de lésion (LIPOE : Lésion Inflammatoire Péri Radiculaire, d'Origine Endodontique) insiste à la fois sur le caractère inflammatoire, la localisation péri radiculaire et sur l'origine endodontique de la pathologie.

L'inflammation du parodonte profond se manifeste par la formation d'un granulome ou d'un kyste, conséquence de l'activation de la réaction inflammatoire engageant la voie des ostéoclastes, cellules à l'origine de la destruction osseuse. Cette lésion inflammatoire chronique est indolore et généralement découverte de façon fortuite lors d'un examen radiographique. Le passage en phase aiguë peut survenir après un traitement endodontique ayant conduit à la propulsion de bactéries ou autres produits contaminés dans le péri-apex, ou consécutive à une irritation mécanique et/ou chimique. Elle peut également survenir spontanément, pour des raisons encore

mal connues. Un déséquilibre et une augmentation de la charge bactérienne dans l'endodonte, un affaiblissement des défenses immunitaires (passager ou prolongé) sont pour le moment suspectés, sans qu'aucune preuve scientifique ne permette d'expliquer clairement le passage d'une phase chronique indolore vers une phase inflammatoire aiguë.

Contrairement à la pathologie parodontale, la lésion d'origine endodontique est quasi-systématiquement dite à 45 degrés et ne présente aucune communication avec l'extérieur. Dans de rares cas, une fistule permet le drainage de l'exsudat inflammatoire ou purulent de la lésion et la met ainsi en communication avec le milieu extérieur ; mais le risque de contamination de ces lésions par des éléments externes reste relativement faible.

La seule éradication de l'infection de l'endodonte suffit pour induire une cicatrisation apicale (ou latérale) de la lésion qui conduit à une reformation ad integrum des tissus parodontaux (Fig. 1a et 1b). Contrairement aux pathologies parodontales où la « régénération » osseuse est très limitée (voire impossible), le retour à la situation initiale, sans perte tissulaire, est spécifique de la parodontite apicale.

Les voies de communications entre l'endodontie et le parodonte *Les tubuli dentinaires*

Les tubuli dentinaires sont des canalicules traversant de part en part la dentine ; ils contiennent le prolongement de l'odontoblaste et un fluide dentinaire d'origine pulpaire. Ces canalicules sont obturés à l'extérieur par l'émail au niveau de la couronne et par le ciment sur la racine.

Lors des thérapeutiques parodontales, un surfacage « appuyé » conduit parfois à supprimer le ciment radiculaire et à ouvrir ainsi les tubuli vers le milieu extérieur infecté. Cette nouvelle communication entre l'endodonte et le parodonte est à l'origine d'une souffrance pulpaire liée à un processus inflammatoire d'origine irritative d'une part, et d'autre part à la perte du fluide dentinaire qui doit en permanence être compensée par une régénération par le stroma pulpaire.

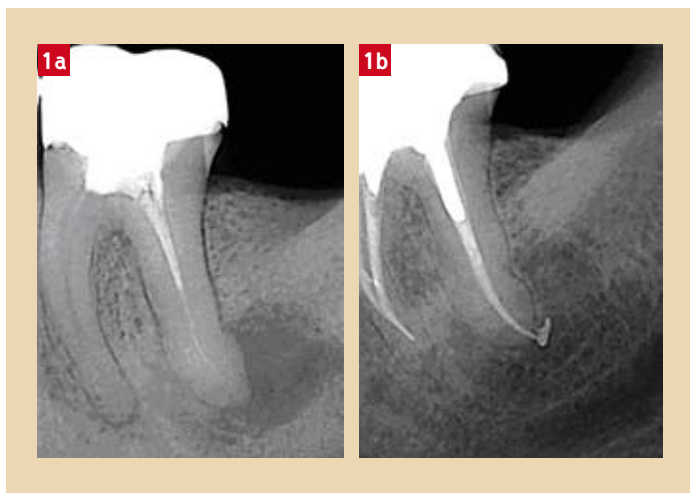


Pr Pierre MACHTOU

- Département d'endodontie (Paris VII)

Fig.1 :
a : Cette deuxième molaire mandibulaire présente une parodontite apicale sur la racine distale. Cette lésion est récemment passée en phase aiguë ce qui a amené le patient à consulter.

Fig.1 :
b : 12 mois après le retraitement endodontique et la reconstitution coronaire de la dent, la cicatrisation osseuse est confirmée sur le cliché radiographique de contrôle.



L'hypersensibilité dentinaire est une complication fréquente des thérapeutiques parodontales. Pour certains auteurs, la pénétration de pathogènes du parodonte vers l'endodonte via les tubuli serait à l'origine de cette sensibilité. Il semblerait plutôt que l'action traumatique et les mouvements des fluides à l'intérieur des canalicules soient à l'origine de ces douleurs.

Le traitement de ces pathologies, parfois également associées à de simples récessions gingivales, reste problématique. L'obturation des tubuli de façon prolongée par « vitrification » de la dentine (laser) ou par l'application de solution d'oxalate de potassium à la surface de la racine par exemple, permettent d'obtenir une diminution de la symptomatologie. Les effets restent cependant limités dans le temps. Il est intéressant de noter que l'élimination complète du ciment en parodontologie est actuellement remise en question.

Les portes de sorties du réseau canalaire

Le système endodontique ne se limite pas à un simple canal, mais s'organise en un véritable réseau comportant de nombreuses ramifications et autres anastomoses. Le foramen apical n'est donc pas la seule voie de communication entre l'endodonte et le parodonte. Chaque canal latéral ou accessoire est susceptible de se comporter comme une zone de passage des pathogènes de l'endodonte vers le parodonte.

La fêlure/fracture

L'origine de l'infection (endodontique ou parodontale) est dans ce cas plus complexe. Une fêlure apicale ou ne communiquant pas avec le tiers coronaire de la dent, se comporte alors comme une complication anatomique supplémentaire susceptible de retenir des bactéries et surtout inaccessible aux instruments et solutions de désinfection endodontique. Une fêlure ou fracture plus franche s'apparente, elle, à une nouvelle porte d'entrée bactérienne. La flore bactérienne impliquée ici est vraisemblablement différente de la flore endodontique pure qui est à prédominance de



Fig. 2 : Le trait de fracture de cette racine s'est comporté comme une niche pour les bactéries. Cette infection localisée a provoqué une destruction des tissus parodontaux à son contact. La dent a dû être extraite.

germes anaérobies à Gram négatif. Les conséquences parodontales sont très localisées mais dévastatrices (Fig. 2).

Cliniquement, cette pathologie est diagnostiquée par des douleurs à la mastication rapportées par le patient et un sondage parodontal localisé très ponctuel. Dans le cas d'une pathologie parodontale « pure », même s'il reste localisé à une seule dent, l'approfondissement de la poche parodontale est progressif, alors que dans le cas d'une fêlure, il est brutal. On parle d'un sondage en « U » dans le premier cas, et d'un sondage en « V » dans le second. Cette différence permet d'établir un diagnostic différentiel.

Les perforations

La perforation iatrogène, qu'elle soit coronaire ou apicale, se comporte comme une porte de sortie supplémentaire vers le parodonte. Si la perforation est supra-gingivale, elle devient une voie de communication du milieu extérieur vers l'endodonte (et une nouvelle infection du système endodontique est à craindre), mais également de l'endodonte vers le parodonte. La toxicité de produits pharmacologiques ou des matériaux utilisés en endodontie peuvent provoquer, par diffusion, une réaction parodontale parfois importante (Fig. 3a à 3e).

Fig. 3 :
a : Un séquestre osseux important est apparent sur la face vestibulaire de cette deuxième molaire mandibulaire.
b, c, d, e : Radiographie post opératoire objectivant un traitement endodontique insuffisant. Les douleurs et la formation du séquestre osseux sont apparus après le traitement infructueux (3b). Le séquestre osseux est retiré (3c). Une perforation vestibulaire de la dent est clairement mise en évidence. Des produits de désinfection endodontique utilisés en inter séance sont probablement responsables de l'agression parodontale, par diffusion via la perforation (3d). Le traitement endodontique est effectué dans la séance et la cavité (incluant la perforation) camérale est obturée au verre ionomère. La perforation étant dorénavant supra gingivale, elle sera recouverte par la couronne prothétique qui sera réalisée après cicatrisation du parodonte (3e).



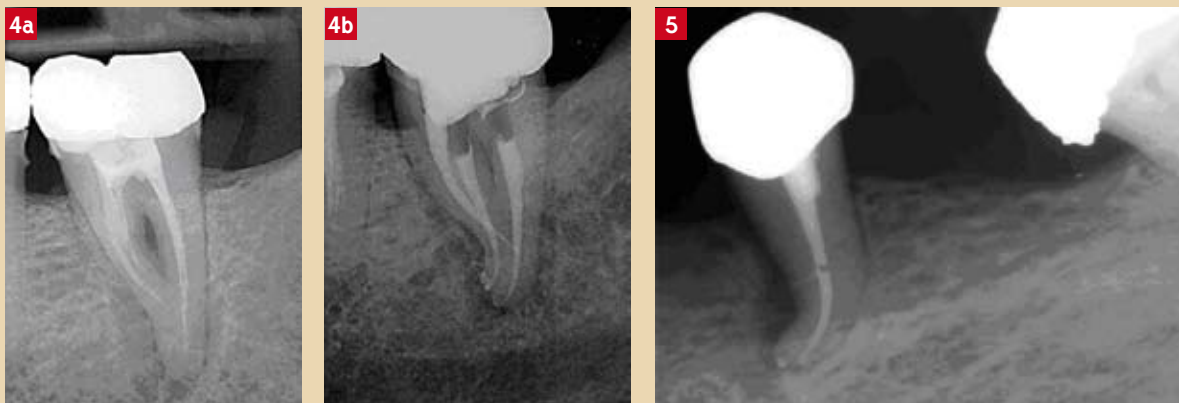


Fig. 4 :

a : La patiente a consulté car elle présentait un suintement purulent au niveau du collet de la 37. Une fistule desmodontale drainant la pathologie apicale présente sur cette dent a été diagnostiquée.

b : 4 jours après le traitement endodontique, les signes parodontaux ont disparu.

Fig. 5 : Cette dent présente deux pathologies (apicales et parodontales) associées. Le traitement endodontique effectué, la thérapeutique parodontale peut dorénavant être envisagée.

Les fistules

Le drainage d'une lésion (inflammatoire ou infectée) parodontale profonde peut se faire soit par la formation d'un abcès, soit par une fistule dont l'ostium apparaît sur la muqueuse ou la gencive attachée. Elle peut également s'extérioriser par le ligament parodontal. Cette fistule doit être considérée comme un défaut parodontal localisé, mais dont le traitement sera purement endodontique (Fig. 4a et 4b). Néanmoins, si la lésion est ancienne, elle a pu se comporter à son tour comme une nouvelle voie de pénétration bactérienne, être devenue le siège d'un dépôt de plaque dentaire et de tartre et entretenir ainsi le défaut parodontal localisé. Dans ce cas, une thérapeutique parodontale est nécessaire pour compléter le traitement de ces deux lésions associées.

Si les communications entre l'endodonte et parodonte sont potentiellement nombreuses, deux lésions (endodontiques et parodontales) peuvent coexister sur une même dent sans avoir aucune relation de cause à effet.

Les lésions endo-parodontales vraies



Fig. 6 :

Pathologies endodontiques et parodontales confluentes. Le sondage parodontal progressif confirme la pathologie parodontale pure. La radiographie permet de matérialiser également la pathologie apicale de la dent.

Une dent peut présenter deux pathologies associées. L'une endodontique, l'autre parodontale. Ces lésions, chacune de taille variable, peuvent même se rejoindre et former une lésion unique (Fig. 5, 6a à 6e).

Dans ces cas, le diagnostic doit être clairement posé afin de déterminer l'origine (simple ou double) de la lésion. Le traitement endodontique sera toujours fait en première intention (après éventuellement un premier « assainissement » parodontal) suivi secondairement par le traitement parodontal complet. Cette séquence opératoire est importante dans le cas des lésions combinées ; la persistance d'un problème endodontique peut compromettre à lui seul la cicatrisation parodontale en maintenant un foyer infectieux au contact du tissu pourtant convenablement désinfecté. **La décision de traiter et donc de conserver la dent concernée doit prendre en considération les risques cumulés d'échec de chaque thérapeutique. Le coût pour le patient et la durée du traitement peuvent être considérables, et d'autres options thérapeutiques peuvent parfois être considérées dans l'objectif d'optimiser le bénéfice coût/sécurité.**

Pulpite a retro

Un défaut parodontal profond peut atteindre « radiologiquement » l'apex de la dent. Le diagnostic différentiel avec une pathologie d'origine endodontique vraie est posé grâce à une réponse positive de la dent aux tests de vitalité et le sondage parodontal de la lésion suivi d'un cliché radiologique. Dans ce cas, la pulpectomie et le traitement endodontique de la dent n'apporteraient rien sur le plan thérapeutique puisque l'origine de la pathologie n'est pas pulpaire. Néanmoins, elle doit parfois être envisagée de manière préventive, en première intention, si une rupture du paquet vasculo-nerveux apical est à craindre lors du passage des curettes et autres instruments utilisés dans le cadre du traitement parodontal. Dans ce cas précis, la section de la vascularisation pulpaire conduirait à la nécrose du tissu. Ce dernier, qui est ensuite susceptible de s'infecter, se comportera secondairement comme un agresseur



**Vous cherchez
un outil à tout
faire ?**

**Ce n'est pas le système NTI-tss
qu'il vous faut...**



**...et la mise en œuvre est aussi simple
que d'ouvrir un couteau suisse !**

**Par contre, si vous cherchez
une désocclusion ou
la décontraction des muscles
masticateurs pour les patients
atteints de bruxisme
ou de SADAM alors testez
le système NTI-tss...**



Je souhaite en savoir plus...

À retourner sous enveloppe affranchie à : e-motion – BP 116 – Villebon – 91 944 Courtabœuf Cedex

CACHET DU CABINET

Docteur
Adresse
Ville
Code postal
Tél.
e-mail

- Je souhaite recevoir un dossier d'information sur le système NTI-tss.
- Je souhaite être contacté par téléphone par un conseiller.
- Je souhaite participer à une soirée d'information. Contactez-moi pour les détails.



www.e-motion.eu.com
01 60 92 41 62
Fax 01 72 72 93 94

empêchant la cicatrisation des tissus parodontaux pourtant traités convenablement.

L'inflammation pulpaire dite a retro, a souvent été décrite, mais elle n'a jamais été clairement démontrée histologiquement. Si elle existe, elle reste néanmoins très rare (1) (2). La pathologie pulpaire serait liée à une contamination par les bactéries issues de la poche parodontale via le foramen apical de la dent (3).

L'endodontie au service de la parodontologie/implantologie...

La destruction osseuse liée à une pathologie endodontique peut parfois être importante et compromettre à elle seule les thérapeutiques parodontales et/ou implantaires. Dans le cas de ce jeune homme âgé de 16 ans au moment du traitement, la taille de la lésion d'origine endodontique est impressionnante (Fig. 7a et 7b).

En cas d'extraction, les conséquences post opératoires peuvent s'avérer dramatiques, mais surtout les thérapeutiques reconstructrices à venir seront largement compromises.

Si les greffes osseuses se sont largement démocratisées ces 5 dernières années et sont de plus en plus souvent intégrées dans les plans de traitement implantaires, l'endodontie peut également jouer un rôle important dans le maintien et la régénération osseuse. Dans le cas présent, le traitement endodontique de l'incisive latérale a suffi pour obtenir une régénération *ad integrum* des structures osseuses (Fig. 7c et 7d). Si dans l'avenir, cette dent devait être extraite et remplacée par un implant, le chirurgien sera probablement ravi de pouvoir intervenir en toute sérénité dans des conditions plus propices à une restauration durable.

Conclusion

Dans ces quelques lignes, les relations étroites entre l'endodonte et le parodonte ont été brièvement rap-

pelées. Les spécificités de chaque entité sont telles qu'elles nécessitent des approches thérapeutiques aux objectifs semblables mais aux moyens mis en oeuvre différents. Dans les deux cas la déterision fait appel à une débridement mécanique, manuel ou mécanisé avec l'aide de solutions désinfectantes. Le maintien dans le temps de la désinfection est assuré par une obturation du canal en endodontie et par la maintenance du patient en parodontologie. Les voies de recherche modernes de chaque discipline restent cependant différentes. En endodontie, la microbiologie, la mécanique et les solutions de désinfection restent les sujets les plus investigués. En parodontologie, une nouvelle ère s'est affirmée ces dix dernières années et tend de plus en plus à essayer de comprendre les processus immunologiques de la pathologie et notamment la défense de l'hôte. La défense de l'hôte est également omniprésente dans la prise en charge du patient en carologie. Curieusement, elle est rarement prise en considération en endodontie. Tout praticien a en mémoire des traitements endodontiques insuffisants sans que pour autant la dent ne présente de pathologie apicale, et inversement des échecs récurrents sur des dents dont les traitements sont radiologiquement corrects. L'intérêt de la prise en considération de la réponse de l'hôte dans le processus de cicatrisation et dans les études épidémiologiques apparaît de plus en plus évident. Les endodontistes ont donc beaucoup à apprendre des parodontistes qui ont su abandonner partiellement les curettes et bistouris pour s'orienter vers une parodontie plus médicale et probablement moins iatrogène. ♦

Bibliographie

1. Harrington, G.W. The perio-endo question : differential diagnosis. *Dent Clin North Am* 23 (4) : 673 - 90, 1979
2. Torabinejad, M. and R.D. Kiger. A histologic evaluation of dental pulp tissue of a patient with periodontal disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 59 (2) : 198 - 200, 1985
3. Langeland K., Rodrigues H., Dowden W. Periodontal disease, bacteria and pulpal histopathology. *Oral Surg* 1974, 37: 257-270



a : Radiographie rétro alvéolaire de la 22 mettant en évidence une lésion osseuse de très gros volume. La dent 23 répond aux tests de vitalité.
b : Examen tomodensitométrique permettant d'évaluer la taille de la lésion et les structures osseuses anatomiques résiduelles.



c : Contrôle radiographique effectué 18 mois après traitement endodontique. La cicatrisation osseuse est presque complète.
d : Examen tomodensitométrique effectué à 20 mois post opératoires confirmant la reformation osseuse *ad integrum*.

Le CONCEPT ATTENTE encore plus beau, encore plus efficace !



- Pages d'accueil toujours plus belles
- Navigation encore simplifiée
- Nouveaux menus d'orientation



- Votre équipe encore mieux valorisée
- Vos structures clairement présentées
- Vos compétences mises en avant



- Tous les modules revisités
- Tous les graphismes retravaillés
- Des messages plus efficaces
- Des améliorations à foison



Les observations des utilisateurs actuels prises en compte dans leur intégralité !



- De nouveaux modules de décontraction
- Beaucoup de présentations "plein écran"
- La beauté exacerbée

Qui en sera le principal bénéficiaire ?

Communiquer avec vos patients n'apporte que des retombées positives en termes d'image, de confiance, et de confort.

Plus des retombées financières indéniables !

Et tout ça pour 184 € / mois (x 36)



Système de communication interactif et en boucle, destiné à la salle d'attente, comprenant un téléviseur Haute Définition 32" en 16/9, un ordinateur embarqué en toute transparence, un système de navigation exclusif, 50 modules, dont 3 personnalisés pour votre cabinet. Soit plus de 3H30 de contenu. Prix du Concept : 5 990 € TTC, ou 182 € TTC / mois pendant 36 mois, VR 3%, pas besoin d'assurance.

Désolé, vous n'avez plus aucune "bonne raison" de ne pas communiquer !



Foxy études & développement
42, rue des Cormiers
78400 CHATOU

Tél : 01 34 80 60 66
Mail : foxy.ed@wanadoo.fr

Web : www.foxy-ed.fr
BON DE COMMANDE EN LIGNE

Nouveauté

Version DVD à 750 € TTC



Pour ceux qui ont peur d'investir dans un outil plus que performant, une version spéciale en DVD est maintenant disponible !

Elle reprend tous les modules "dentaires"
Ne comporte pas les 3 modules personnalisés, ni "Arts et Découvertes"
Mais la présentation est personnalisée au nom de votre cabinet.

La place des Lasers

en parodontie clinique

Le terme « Laser » est l'acronyme de « Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation » (Amplification de la lumière par émission stimulée de rayonnement). Il s'agit d'un système optico-électronique qui produit un rayon lumineux étroit et précis (collimaté), possédant une longueur d'onde unique. Ce rayon lumineux concentre une très grande quantité d'énergie, qui, après absorption par les tissus cibles, agit comme un « bistouri lumineux ». Le degré d'absorption du faisceau lumineux dépend de la longueur d'onde utilisée (Fig. 1). C'est le cas du laser Er - YAG qui est très absorbé dans l'eau et l'hydroxyapatite.



**Dr Marie-Eve
BEZZINA-MOULIERAC**

- Docteur en Chirurgie dentaire
- Nice
- European Master Degree on Oral Laser Applications
- bezzina.me@wanadoo.fr

Quelle serait la place aujourd'hui de l'usage des lasers dans le traitement des maladies parodontales ? En d'autres termes et au-delà de la pression marketing, la thérapeutique au Laser a-t-elle démontré une efficacité supérieure aux techniques conventionnelles ?

Mode d'action

Lorsque la lumière laser atteint un tissu, elle peut être réfléchiée, éparpillée (diffusée), absorbée ou transmise aux tissus voisins (Fig. 2). Dans les tissus biologiques, la présence de molécules d'eau, de protéines, de pigments et d'autres macromolécules détermine un coefficient d'absorption caractéristique qui dépend de la longueur d'onde de la source laser utilisée (Fig. 1). L'os est constitué de 67 % de phase minérale alors que la gencive est constituée de 70 % d'eau. Les pics d'absorption de ces deux tissus seront donc différents.

Pour les tissus mous

Différents types de lasers avec différentes longueurs d'ondes ont été décrits et utilisés pour la chirurgie des tissus mous en alternative à la lame froide.

Les lasers CO₂ (10600 nm) et Nd : YAG (1064 nm, proche du rayonnement infra rouge) sont capables d'une excellente ablation des tissus mous. De plus, ils possèdent un très bon effet hémostatique. Ces types de lasers sont donc efficaces pour les petites interventions de chirurgie parodontale et buccale (2). Jusqu'au début des années 1990, l'utilisation de ces lasers était limitée aux gingivectomies et aux frénectomies (2 ;9).

Cependant, ces longueurs d'onde ne permettent pas de travailler sur la surface des racines ni au niveau de l'os alvéolaire à cause de la carbonisation des tissus (cas du laser CO₂) et les effets thermi-

ques secondaires majeurs sur et autour de la zone traitée (Rossman et Cobb, 2000). Le laser Diode (800-980nm, longueur d'onde très absorbée dans l'hémoglobine et autres pigments) est un très bon laser pour la chirurgie des tissus mous avec une pénétration tissulaire inférieure à celle observée avec le laser Nd : YAG (Romanos et Nentwig, 1999).

Pour les tissus durs

L'élévation de température engendrée par l'irradiation laser (effet photo thermique) dépend de la longueur d'onde utilisée. Au-delà de 47° C, l'os se résorbe et se nécrose au delà de 60°C. Seuls les lasers Er : YAG et Er, Cr : YSGG présentent des longueurs d'onde compatibles avec l'application sur les tissus osseux (ces lasers sont couplés à des sprays d'air et d'eau). L'ostéotomie avec le laser Er : YAG semble comparable à l'ostéotomie à la fraise rotative (Sasaki et al., 2002a) (Sasaki et al., 2002b) alors que le laser CO₂ produit des dommages tissulaires.

Le laser Er : YAG possède une efficacité identique aux techniques classiques lors des plasties osseuses, mais aucune étude ne démontre un bénéfice supérieur à son utilisation par rapport aux instruments rotatifs classiques. Le laser Erbium (Er-YAG) génère un rayon possédant une longueur d'onde de 2940 nm qui est très bien absorbée par l'eau des tissus de l'organisme. En outre, compte tenu de sa forte absorption dans l'eau, le rayon pénètre peu profondément dans les tissus. Ces lasers sont dits « athermiques ». Ils sont les seuls lasers dentaires à pouvoir traiter aussi bien les tissus mous (gencive, langue) que les tissus durs (émail, os) de la cavité buccale.

Indications du laser en parodontie

Des travaux récents (5 ;10) ont étudié l'application du laser Er : YAG dans le traitement parodontal

des tissus durs, tels que l'élimination du tartre et la décontamination des racines.

Surfaçage radiculaire

L'élimination des dépôts tartriques à l'aide du laser résulte de la vaporisation de l'eau contenue dans les calculs tartriques provoquant ainsi une augmentation de pression et des micro-explosions des calculs. La longueur d'onde utilisée doit coïncider avec le pic d'absorption de l'eau afin d'éviter les dommages thermiques sur les tissus périphériques (cément et pulpe). En effet, de nombreuses études *in vitro* et *in vivo* montrent que le laser Nd : Yag et le laser CO₂ génèrent des zones de carbonisation ou de fusion de la surface cémentaire (« cracking ») ainsi que la production de cyanates cytotoxiques, incompatibles avec l'attache des fibroblastes (7) (Spencer *et al.*, 1996). Quel que soit le niveau d'énergie utilisé dans les différents protocoles, les résultats cliniques obtenus par surfaçage avec les laser CO₂ et Nd : YAG n'égalent pas ceux obtenus avec un surfaçage mécanique (3).

La longueur d'onde la plus propice pour l'élimination des calculs est celle des lasers Er : YAG mais avec une action délétère sur le cément. L'équipe d'Aoki a observé, *in vitro*, que le surfaçage aux ultrasons est identique à celui réalisé avec le laser Er : YAG avec un état de surface présentant des irrégularités comparables à celles obtenues avec les ultrasons (4). Les résultats sont comparables en terme de qualité de surface avec l'utilisation de laser Er, Cr : YSGG de longueur d'onde proche (Stock *et al.*, 1997). Seules les études *in vivo* sur des dents vouées à l'extraction montrent que le laser Er : YAG présente une efficacité supérieure ou identique en terme d'élimination de calculs tartriques sans altération de surface, comparé à un surfaçage manuel à l'aide de curettes (Schwartz

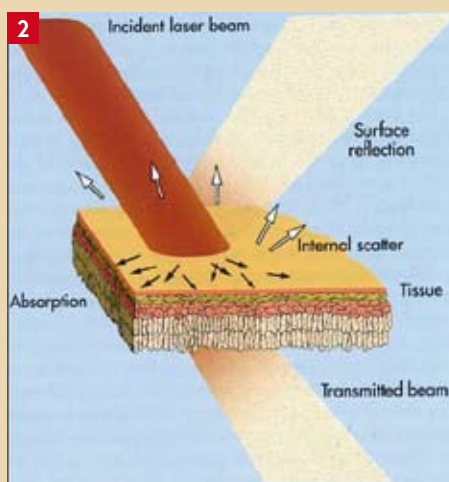
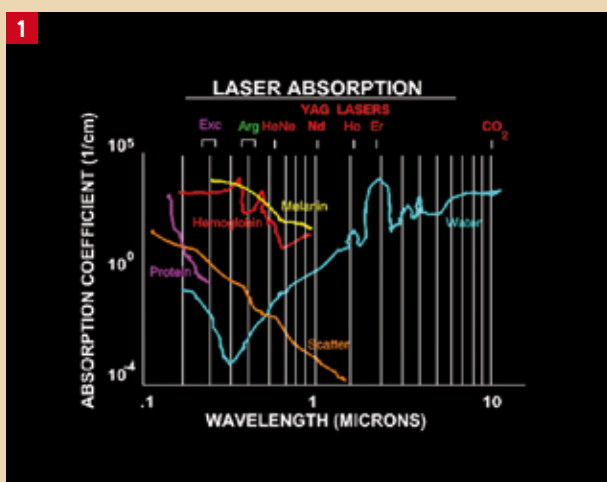
et al., 2001) (Sculean *et al.* 2004) (Schwarz *et al.* 2003). Actuellement, seul le laser Er : YAG représenterait donc une alternative au débridement radiculaire conventionnel.

Décontamination radiculaire

L'activité antimicrobienne de la plupart des lasers (sauf pour le Laser Er : YAG) est basée sur les effets thermiques. La décontamination bactérienne réalisée par l'irradiation laser apparaît séduisante pour différentes raisons. Elle présente l'avantage, par rapport aux antibiotiques, de ne pas créer de phénomènes de résistance puisqu'il s'agit d'un processus physique. Elle évite également tout risque d'hypersensibilité (allergie) rencontrée avec certains antibiotiques. Il n'existe aucune contre-indication d'origine systémique ou médicamenteuse à l'utilisation du laser (à l'exception des patients ventilés ou des interventions sous sédation consciente).

Les études *in vitro* ont démontré le pouvoir bactéricide du laser avec une relation entre l'énergie délivrée et l'efficacité antibactérienne (Tucker *et al.*, 1996a). Cependant, les études sont difficiles à comparer compte tenu de l'hétérogénéité des paramètres utilisés.

Les études *in vivo* ont montré une meilleure réduction des bactéries pathogènes lors de l'utilisation du laser par rapport au surfaçage seul, mais la recolonisation bactérienne s'opère de façon identique dans les deux cas (6). Les études réalisées avec le laser Nd : YAG couplé à un surfaçage classique ne démontrent aucun avantage en terme de résultats cliniques et de comptage bactérien après trois mois du fait d'une recolonisation bactérienne identique (1). De même, le laser Er : YAG donne des résultats similaires au surfaçage par ultrasons en terme de réduction de pathogènes (8).



Une étude *in vitro* avec le laser CO₂ montre la nécessité d'un contact du faisceau laser avec les bactéries pour obtenir un effet bactéricide (Tucker *et al.*, 1996b). D'autres études *in vitro* utilisant des diodes révèlent des effets différents sur le morphotype des bactéries en fonction de l'énergie délivrée, pouvant aller jusqu'à stimuler leur développement (Nussbaum *et al.*, 2002). Ces études actuelles sont difficiles à comparer, une fois encore, car les protocoles diffèrent d'une étude à l'autre.

En conclusion, les parodontites étant de nature infectieuse, le traitement laser - seul - ne peut pas remplacer les traitements parodontaux existants, mais peut venir en complément.

Biostimulation

L'effet photo-électrique repose sur le principe de la polarisation cellulaire et entraînerait une biostimulation des tissus. Les rayons laser ont été décrits comme favorisant la cicatrisation grâce à la stimulation de la synthèse de collagène. La stimulation tissulaire ou « biostimulation » ou mieux encore « biomodulation » obtenue à faible énergie avec différents types de Laser permet d'orienter les phases de cicatrisation gingivales et osseuses. À ce jour, seules des études *in vitro* mettent réellement en évidence ce phénomène.

Conclusions

En raison de nombreux avantages tels que l'ablation, la vaporisation, l'hémostase, la stérilisation et les effets bactéricides, le laser est apparu comme une alternative ou comme une thérapie complémentaire aux techniques conventionnelles. Cependant, l'ablation directe et les effets thermiques peuvent entraîner une destruction excessive des tissus ce qui limite les applications des lasers en parodontologie. Le coût élevé des lasers reste également une barrière au développement des utilisations des lasers chez les omnipraticiens. Les

thérapeutiques « LASER » sont à ce jour des adjuvants prometteurs dont les protocoles opératoires restent à affiner pour qu'ils deviennent des traitements reproductibles et fiables. Des études multicentriques devront être réalisées par des cliniciens indépendants, détachés de toute emprise industrielle. Les paramètres d'utilisation des générateurs (temps d'utilisation, énergie délivrée, mode opératoire utilisé) pourront ainsi être précisés et validés. À ce jour, les systèmes soniques (ultrasoniques ou infrasoniques) avec les microinserts restent la thérapie non chirurgicale la plus rapide et la moins onéreuse pour l'élimination des dépôts tartriques supra ou sous gingivaux. ♦

Retrouvez l'intégralité de la bibliographie sur www.lefildentaire.com !

Bibliographie sélective

1. Ambrosini P., Miller N., Briancon S., Gallina S., Penaud. J. Clinical and microbiological evaluation of the effectiveness of the Nd : YAP laser for the initial treatment of adult periodontitis : A randomized controlled study. *J Clin Periodontol* 32 : 670 – 676, 2005
2. American Academy of Periodontology. Lasers in periodontics. *J Periodontol* 73 : 1231 - 1239, 2002
3. Aoki A, Sasaki K.M., Watanabe H., Ishikawa I. Lasers in nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol* 2000 36 : 59 - 97, 2004
4. Aoki A., Miura M., Akiyama F. In vitro evaluation of Er : YAG laser scaling of subgingival calculus in comparison with ultrasonic scaling. *J Periodontal Res* 35 : 266 - 277, 2000
5. Aoki A., Ando Y., Watanabe H., Ishikawa I. In vitro studies on laser scaling of subgingival calculus with an Er:YAG laser. *J Periodontol* 65 (12) : 1097 - 1106, 1994
6. Ben Hatit Y., Blum R., Severin C., Maquin M., Jabro M.H. The effects of a pulsed Nd : YAG laser on subgingival bacterial flora and on cementum : An *in vivo* study. *J Clin Laser Med Surg* 14 : 137 - 143, 1996
7. Crespi R, Barone A, Covani U, Ciaglia RN, Romanos GE. Effects of CO₂ laser treatment on fibroblast attachment to root surfaces. A scanning electron microscopy analysis. *J Periodontol* 2002;73:1308-1312
8. Folwaczny M., Mehl A., Aggstaller H., Hickel R. Antimicrobial effects of 2.94 mm Er : YAG laser radiation on root surfaces: An *in vitro* study. *J Clin Periodontol* 29 : 73 - 78, 2002
9. Gottsegen R., Ammons W.F. Lasers in periodontics (position paper). AAP (The American Academy of Periodontology). *The research Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology*, Chicago, AAP 1 - 5, 1991
10. Keller U., Hibst R. Experimental removal of subgingival calculus with an Er : YAG laser. *Lasers in Dentistry, SPIE* 2623 : 189 - 198, 1995

Fig. 3 :
Key LASER® 3 de KaVo.

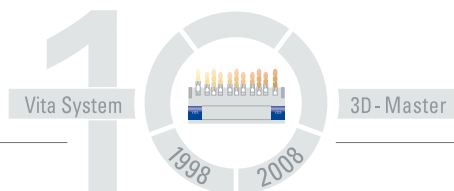
Fig. 4 :
SONICflex® de KaVo.



VITA Easyshade® Compact – Il suffit d'un instant...pour définir la teinte de dent exacte!



3384F



VITA

Numérique, sans fil, léger et portable - de bonnes raisons d'utiliser le VITA Easyshade Compact. Avec la nouvelle génération d'appareils de mesure numérique, vous définissez et contrôlez les teintes de dent en une seconde. Le VITA Easyshade Compact est conçu pour toutes les teintes du

VITA SYSTEM 3D-MASTER et pour les teintes VITAPAN classical A1-D4. Cet appareil High Tech emploie la technique du spectrophotomètre ce qui explique la grande précision avec laquelle il mesure les teintes. Jugez vous-même. Pour de plus amples informations: www.vita-zahnfabrik.com.

Valeur des traitements non-chirurgicaux

Les traitements parodontaux « non-chirurgicaux » ont longtemps été considérés comme une étape initiale et donc comme un traitement incomplet s'ils ne sont pas suivis d'une thérapeutique chirurgicale résective ou régénérative. La littérature récente tend à démontrer qu'une attitude non chirurgicale peut atteindre à elle seule les objectifs de gains d'attache même dans les cas de parodontites sévères.

La séquence thérapeutique conventionnelle des maladies parodontales inclut la phase non chirurgicale comme une étape initiale de « nettoyage » en vue de thérapeutiques chirurgicales résectives ou régénératives. Menés de manière réfléchie en comprenant les mécanismes étiopathogéniques des pertes d'attaches, les traitements non-chirurgicaux peuvent s'avérer suffisants et efficaces dans la réduction des signes cliniques d'inflammation, de la profondeur des poches et des gains d'attache clinique et radiologique satisfaisants. Cependant, les traitements non-chirurgicaux requièrent :

- La pose d'un diagnostic étiologique précis ;
- L'éradication des bactéries non compatibles avec la santé parodontale, supra-gingivales (avec ou sans recours à l'utilisation d'antiseptiques) et sous-gingivales (avec ou sans l'utilisation raisonnée et ciblée d'antibiotiques) ;
- L'élimination méticuleuse atraumatique (i.e. non iatrogénique) des dépôts de tartre sur les surfaces dentaires ;
- Une maintenance personnalisée reposant sur l'évaluation du risque de récurrence.

Intérêt d'un diagnostic étiologique

La pose d'un diagnostic étiologique est le préalable à tout traitement parodontal. Le diagnostic ne peut se résumer au simple « état des lieux » (i.e. la mesure de la profondeur de poche, de la « résorption osseuse », de l'indice de plaque ou des mobilités) (2). Il est donc important, lors de la consultation, de pouvoir répondre à six questions clés (Van Dyke *et coll.*, 2000) :

- Quel est le type de maladie ?
- Quelle est la nature de la flore buccale ?
- Quel est l'état d'activité ?
- Quel est le stade d'avancement ?
- Quelle est l'intensité du risque de récurrence ?
- Quelles sont les conditions qui vont compliquer le traitement ?

Il sera alors possible d'entreprendre un traite-

ment étiologique agissant sur les causes et non sur les conséquences des pertes d'attache.

Étiologie des maladies parodontales

Il est aujourd'hui clairement reconnu que les maladies parodontales sont des **maladies infectieuses** reposant sur un modèle étiopathogénique (Voir l'article de Joël Beaulieu en p. XX de ce numéro). En résumé, les pertes d'attaches sont déclenchées par la présence **obligatoire et simultanée** de quatre conditions :

1. La présence de bactéries virulentes
2. L'absence de bactéries protectrices
3. Un environnement dento-gingival défavorable
4. Une défaillance du système immunitaire.

L'élimination - la plus rapide et efficace - d'une de ces quatre conditions consiste en l'éradication des bactéries incompatibles avec la santé parodontale ce qui entraîne l'arrêt quasi instantané des pertes d'attaches.

Le contrôle de plaque

Après avoir déterminé que la flore sous-gingivale est incompatible avec la santé parodontale par l'utilisation de la microscopie à contraste de phase, la culture bactérienne, les tests enzymatiques ou les sondes nucléiques, le parodontiste pourra prescrire un panel d'agents anti-infectieux par voie locale et/ou par voie générale adapté au type de flore.

Les antiseptiques

L'incorporation de l'eau oxygénée (peroxyde d'hydrogène) et du bicarbonate de soude dans les procédures de contrôle de plaque par le patient a été popularisée il y a plus de 25 ans par Paul Keyes (1) (5) (Rams *et coll.*, 1985). Alors que l'utilisation de cette seule technique comme soins locaux par le patient était sujette à controverse, des études cliniques mon-



Dr Sébastien DUJARDIN

- Master in Periodontology
- Philadelphie, USA
- sebastien.dujardin@mac.com



traient que l'application combinée, par le praticien et le patient, de bicarbonate de soude et d'eau oxygénée améliorerait de manière significative la cicatrisation de lésions parodontales sévères après détartrage/surfaçage (3) (8).

Les antibiotiques

La prescription d'antibiotiques en parodontie ne s'applique que si elle est justifiée (Sixou, 2005) (van Winkelhoff *et coll.*, 1996). Elle ne doit en aucun cas être systématique ou définie à l'aveugle, mais doit être basée sur des critères médicaux solides. La cible des antibiotiques est la flore sous-gingivale, non accessible par le patient lors de la réalisation des soins locaux. Les bénéficiaires sont les tissus parodontaux dont les espaces intercellulaires de l'épithélium et du tissu conjonctif peuvent être envahis par les bactéries parodontogènes (6).

Les antibiotiques ne seront prescrits que si les lésions sont profondes et infectées par une flore non compatible avec la santé parodontale.

L'utilisation d'antibiotiques (en particulier l'administration conjointe d'amoxicilline et de métronidazole) est reconnue pour être significativement bénéfique dans la thérapie des maladies parodontales (4). Il est intéressant de constater que l'administration périodique d'amoxicilline et de métronidazole, en l'absence de toute instrumentation mécanique, améliore les signes cliniques et entraîne la suppression des bactéries pathogènes du complexe rouge dans les cas de parodontites sévères non traitées. Ceci est vrai pour une période supérieure à 12 mois et de manière similaire aux traitements mécaniques conventionnels seuls (7). La grande majorité des bactéries associées aux lésions parodontales sont également sensibles à l'utilisation combinée de spiramycine et métronidazole (9) (Rotzetter *et coll.*, 1994).

Il apparaît donc que les pathogènes-clés parodontaux peuvent être éliminés et conduire à la réduction de l'inflammation des tissus gingivaux par l'éventuelle administration d'antibiotiques systémiques (Fig. 1). En conséquence, il est possible – si nécessaire –

d'améliorer la séquence des thérapies parodontales en initiant une séquence antibiotique unique et de courte durée avant toute instrumentation mécanique. Ceci permet de protéger et de préserver la partie la plus coronaire des tissus conjonctifs parodontaux des traumatismes iatrogènes que causerait l'instrumentation mécanique si elle était réalisée dans les poches parodontales infectées.

La lithotritie parodontale¹

Les dépôts de tartre présents sur les surfaces radiculaires agissent comme un obstacle à la fermeture des poches parodontales. Son élimination doit se faire de manière méticuleuse et non iatrogène pour les tissus adjacents. Comme le tartre sous-gingival occupe, en moyenne, moins de la moitié de la surface radiculaire (Sherman *et coll.*, 1990), il apparaît inutile d'instrumenter la totalité de celle-ci. L'attache épithélio-conjonctive ne doit en aucun cas être traumatisée lors des manœuvres d'élimination du tartre – d'autant plus qu'il n'en existe pas à ce niveau – de manière à éviter une prolifération apicale de l'épithélium de jonction (Bowers *et coll.*, 1989). L'élimination du ciment par surfaçage n'apparaît pas nécessaire à l'obtention des gains d'attache (Nyman *et coll.*, 1988) (Fig. 2).

Maintenance

Il a été montré que le devenir du parodonte et des dents qu'il soutient dépend d'avantage de la qualité de la maintenance que du type de traitement dispensé (Gunsolley *et coll.*, 1994).

La maintenance a donc pour buts de maintenir les gains d'attache acquis grâce au traitement actif et de prévenir le risque de récurrences des pertes d'attache. Elle est basée sur l'intensité du risque de récurrence déterminée lors de l'entretien initial. Les principales caractéristiques du risque de récurrence sont : présence d'antécédents familiaux de parodontites sévères, tabagie, absence totale ou relative de caries dentaires, susceptibilité innée ou acquise aux infections et réponse défavorable au stress psychologique. Un suivi sera nécessaire pour évaluer toute modification dans l'historique

Fig. 1 :
Effet du contrôle de plaque supra- et sous-gingival

Fig 1a :
Vue clinique d'une parodontite agressive sévère active à la première consultation.

Fig. 1b :
Vue clinique de la même patiente après prescription de 7 jours d'une association d'amoxicilline et de métronidazole et 7 semaines de soins locaux utilisant un mélange d'eau oxygénée à 5 % et de bicarbonate de soude suivis de bains de bouche à la chlorhexidine 0,12 %. Noter l'amélioration des signes cliniques avec disparition de l'inflammation et de l'œdème gingival.



Fig. 2 : Parodontite agressive. Gain d'attache après lithotritie parodontale.

Fig. 2 a : Vue clinique d'une parodontite agressive active à l'entretien.

Fig. 2 b : Bilan radiographique long-cône. Noter les sévères pertes d'attache.

Fig. 2 c : Vue clinique à 8 semaines après prescription antibiotique et soins locaux de contrôle de plaque. Très nette résolution des signes inflammatoires qui avaient mené à la consultation.

Fig. 2 d : 12 mois après lithotritie parodontale non chirurgicale.

Fig. 2 e et f : Clichés radiologiques à la première consultation (e) et à 12 mois (f) après lithotritie parodontale. Les lésions parodontales sont fermées par gains d'attache.

médical du patient durant et suivant le traitement parodontal actif (2).

Conclusions

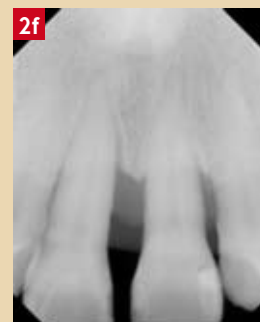
Les maladies parodontales sont des maladies infectieuses qui se déclenchent chez des malades dont le système immunitaire est déficient. En conséquence, leur traitement doit avoir recours à des stratégies anti-infectieuses. Le détartrage/surfaçage et/ou les chirurgies parodontales ne peuvent être l'unique réponse à ces exigences. La résolution de l'inflammation des tissus gingivaux doit être obtenue avant toute instrumentation mécanique des surfaces dentaires. Si nécessaire, il sera utile de prescrire des antibiotiques plus tôt qu'il ne l'est généralement admis. Il est classiquement décrit que seule la chirurgie d'exérèse peut éliminer les poches parodontales. Celles-ci peuvent pourtant se fermer (Loesche *et coll.*, 2005) lorsque la flore est rendue compatible avec la santé parodontale (Roberts *et coll.*, 2002) et que les obstacles à leur fermeture (essentiellement le tartre) sont éliminés. La parodontie moderne exige une « approche médicale » et non plus simplement « mécaniste ». Les formes sévères de parodontites peuvent être traitées avec succès (souvent avec conservation des dents déclarées non « sauvables ») par des thérapies parodontales non chirurgicales lorsqu'elles sont soutenues par des agents anti-infectieux délivrés de manière ciblée.

¹ Technique d'élimination du tartre sous-gingival utilisant une fibre optique, des instruments infra-soniques et des binoculaires (Charon et Mouton, 2003)

Retrouvez l'intégralité de la bibliographie sur www.lefildentaire.com !

Bibliographie sélective

1. Bakdash M.B., Wolff L.F., Pihlstrom B.L., Aepli D.M., Bandt C.L. Salt and peroxide compared with conventional oral hygiene. III. Patient compliance and acceptance. *J Periodontol* 58 (5) : 308 - 313, 1987.
2. Charon J., Joachim F., Dujardin S., Beaulieu J. Diagnostic en parodontie. *Le Fil Dentaire* 17 (Novembre) : 34 - 35, 2006.
3. Christersson L.A., Rosling B.G., Dunford R.G., Wikesjo U.M., Zambon J.J., Genco R.J. Monitoring of subgingival *Bacteroides gingivalis* and *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in the management of advanced periodontitis. *Adv Dent Res* 2(2) : 382 -388, 1988.
4. Haffajee A.D., Socransky S., Gunsolley J.C., Systemic anti-infective periodontal therapy. A systematic review. *Ann Periodontol* 8 (1) : 115 -181, 2003.
5. Keyes P.H., Wright W.E., Howard S.A. The use of phase-contrast microscopy and chemotherapy in the diagnosis and treatment of periodontal lesions - An initial report (I). *Quintessence Int Dent Dig* 9 (1) : 51 - 56, 1978.
6. Listgarten M.A., Electron Microscopic Observations on the Bacterial Flora of Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis. *J Periodontol* 36 : 328 - 39, 1965.
7. Lopez N.J., Socransky S., Da Silva I., Japlit M.R., Haffajee A.D. Effects of metronidazole plus amoxicillin as the only therapy on the microbiological and clinical parameters of untreated chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 33 (9) : 648 - 660, 2006.
8. Pihlstrom B.L., Wolff L.F., Bakdash M.B., Schaffer E.M., Jensen J.R. Jr., Aepli, D.M., Bandt C.L. Salt and peroxide compared with conventional oral hygiene. I. Clinical results. *J Periodontol* 58 (5) : 291 - 300, 1987.
9. Quee T.C., Rousso, T., Chan E.C. In vitro activity of Rodogyl® against putative periodontopathic bacteria. *Antimicrob Agents Chemother* 24 (3) : 445 - 447, 1983.
10. Rams, T.E., Keyes, P.H., Wright, W.E., Howard, S.A. Long-term effects of microbiologically modulated periodontal therapy on advanced adult periodontitis. *J Am Dent Assoc* 111 (3) : 429 - 441, 1985.



PERIO-AID®

SOLUTION POUR BAIN DE BOUCHE



Prêt à l'emploi

traitement

0,12 % Chlorhexidine
+ 0,05 % Chlorure de Cétalpyridinium

0,12 % Chlorhexidine
Sans **aucun** agent anionique

Usage professionnel
Flacon 5 litres (avec pompe)

maintenance

0,05 % Chlorhexidine
+ 0,05 % Chlorure de Cétalpyridinium

Usage professionnel
Flacon 5 litres (avec pompe)

PERIO-AID®

La pertinence de la prescription de la chlorhexidine 0,12 % et 0,05 %

DENTAID
Spécialiste de l'Hygiène Bucco-Dentaire

VITIS

interprox

PERIO-AID®

desensin

waterpik



4 rue Maurice Ravel
92300 Levallois-Perret
Tél. 01 41 40 08 50
Fax 01 47 30 16 69
e-mail dentaid@dentaid.fr

Merci de m'adresser :

- le catalogue Dentaïd
- le tarif Dentaïd
- les offres promotionnelles Perio.Aid

VOTRE CACHET

Le Rôle de l'assistante dentaire en parodontie

Lorsque le praticien décide de mettre en place la « Parodontie Médicale », l'assistante peut avoir le réflexe de poser la question : Que vais-je devoir faire pour cette mise en place et quels changements engendre la mise en œuvre des procédures de soins en parodontie ?

L'assistante doit comprendre ce que sont les soins et l'approche de la parodontie médicale pour être efficace. La gestion des rendez-vous spécifiques à la parodontie est un des aspects à travailler afin d'optimiser l'organisation et l'accueil des patients. Le praticien souhaite-t-il avoir des moments particuliers pour effectuer les soins de parodontie ou souhaite-t-il les inclure dans les autres aspects de son activité d'omnipraticien ?



Kathy DENYS

■ kathydenysformation@gmail.com

Un rôle clef dans la relation soignant/soigné

Le rôle de l'assistante va plus loin que celui de préparer le plateau du praticien ou d'effectuer la stérilisation. Selon les ressources humaines du cabinet dentaire et le niveau de service que le praticien souhaite offrir aux patients, les responsabilités de l'assistante divergent. Une assistante polyvalente sera moins présente au fauteuil si elle s'occupe également du côté administratif (et vice versa). En conséquence, le niveau d'accueil du patient et la qualité des soins sont plus performants si l'équipe est constituée de collaboratrices aux missions séparées.

À la première consultation, la mission de l'assistante est de renforcer le partenariat de l'équipe et conforter son image de professionnelle de santé. Elle doit faire en sorte que le praticien ait tout ce dont il a besoin et établir le meilleur contact possible avec le patient.

1. La préparation minutieuse des éléments du dossier médical est essentielle pour que le praticien soit disponible à l'écoute du patient. Un dossier organisé selon les paramètres établis par le praticien donne une image professionnelle.
2. La préparation des instruments utiles en première consultation doit être anticipée et systématique pour permettre au praticien de ne pas être parasité durant la pose de son diagnostic par des soucis logistiques. Que penser d'un praticien devant chercher une brosse ou un élément du kit d'examen de microbiologie dans les tiroirs alors que le patient a la bouche ouverte ?
3. La présentation de l'entente financière est souvent vécue par l'équipe dentaire comme étant un moment délicat inscrit aux nombres des tâches de l'assistante même s'il est important que le montant de cette entente doit être annoncé par le praticien. En revanche,

les modalités et les aspects particuliers du « devis » peuvent et doivent être délégués à l'assistante ou la secrétaire.

4. À la fin de la consultation, l'assistante est également la personne-ressource que le patient va interroger sur des éléments qu'il n'aura peut-être pas intégrés immédiatement.
5. La communication avec les patients est un des éléments essentiels dans l'observance au traitement. La confiance en l'équipe soignante et l'implication dans son plan de traitement sont plus efficaces que le discours strictement médical. Il est capital que la collaboratrice ait reçu de façon précise les informations concernant les caractéristiques du traitement, ses contraintes et ses bénéfices.
6. Durant le traitement, l'accompagnement par l'assistante doit être « global ». Durant les séances de soins, les informations pré-opératoires, le travail à 4 mains et la complicité technique avec l'opérateur apportent au patient la confiance, l'envie de se confier sur les difficultés qu'il rencontre, ses peurs et ses interrogations.
7. Les rendez-vous de maintenance peuvent être pris en charge (dans sa partie non médicale) par l'assistante. Recueillir les informations utiles pour le praticien sur le plan humain (changements de situation professionnelle, familiale) peut aider celui-ci à reprendre contact avec le patient, à ré-enclencher l'écoute.

En conséquence, le rôle de l'assistante est de :

- Faire remonter les informations au praticien ;
- Être attentive à l'installation du plateau technique et aux éventuelles erreurs d'asepsie et leurs corrections ;
- Prendre en note tous les types de dysfonctionnements qui peuvent intervenir durant les soins et organiser la démarche d'amélioration continue ;
- Rassurer et encourager le patient dans la poursuite de son traitement ;
- Faire le lien entre le discours médical du praticien et celui du patient.

La notion de travail d'équipe et la cohérence du langage sont gages de réussite. **L'assistante en parodontie joue un rôle-clé dans l'accompagnement du patient et dans l'aide du praticien.** Passionnée par sa responsabilité, elle est la meilleure alliée dans la relation traitant/traité. Participer et contribuer à rendre le sourire est un aspect fondamental de son métier. ◆



Sophie HAMMOU



Nathalie DUBRUNFAUT

UNE SOURCE UNE SOLUTION



TOUT-CERAMIQUE

TOUT-CÉRAMIQUE ZIRCONE PAR CAO/FAO

Avantages

- Résistance prouvée (Dureté de Vickers max. 1290 HV)
- Matériau hautement biocompatible.
- Aucune préparation ou cimentation spécifique.
- Excellent ajustement et bel aspect esthétique du tout céramique.

Indications techniques

- De l'élément unitaire jusqu'au bridge longue portée. (16 éléments)
- Pour toutes les positions dans la cavité buccale.



CERAMO-METALLIQUE

CÉRAMO-MÉTALLIQUE PAR CAO/FAO

Avantages

- Parfaite résistance à la corrosion et à la température, et répond aux exigences particulières des restaurations qui doivent être recouvertes de céramique dentaire.

Indications

- De l'élément unitaire jusqu'au bridge.

Sunflex®

P A R T I A L S



Prothèse adjointe flexible

Avantages

- 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.

Indications

- Une prothèse adjointe d'un esthétisme parfait alliant confort et fonction.
- Idéal pour prothèse provisoire Implantaire
- Recommandé aux personnes allergiques au monomère.
- Peut être utilisé sur un châssis métallique.



Finition sur Châssis

Tél: 01 47 34 42 36

Sun Dental Labs France
67 rue Blomet • 75015 PARIS
info@sundentallabs.com

Fax: 01 47 34 43 80

Avec le Dr Olivier Sagory

Dr Philippe Pirnay : *Vous exercez la chirurgie dentaire depuis 1973 à St-Brieuc et pratiquez la peinture à l'huile en amateur depuis quelques années. Y consacrant de plus en plus de temps, pourquoi avoir décidé de passer artiste-peintre professionnel depuis cette année ? Par lassitude de la dentisterie ?*

Dr Olivier Sagory : À un moment, il faut sauter le pas : le statut de professionnel permet d'exposer dans des galeries et d'obtenir une cote qui est fonction des ventes. De plus, mon atelier regorge de toiles... Lassitude ? C'est plus compliqué... plutôt découragement devant le désengagement constant des politiques de l'Assurance Maladie, les querelles stériles de nos différents syndicats qui ont abouti en 35 ans à diviser nos revenus par deux. Notre profession est sinistrée, disons que je suis moins motivé.



Dr Olivier SAGORY

- Docteur en chirurgie dentaire
- Artiste-peintre
- <http://oliviersagory.blogspot.com>

La ligne Rouge,
huile sur toile



Dr Ph P. : *Comment est née votre passion pour la peinture ?*

Dr O.S. : Je suis venu à la peinture à l'huile suite à la fracture d'un pied au cours d'un entraînement en 2001. (Je suis marathonien.) Bloqué trois semaines, après avoir épuisé les livres, les CD, les rediffusions télé, je me suis mis à dessiner sur le motif : le jardin, les fleurs, les arbres, les chaises longues, etc. Sont venues les couleurs, feutres, aquarelles, gouaches et la suite... Pris par ce mode d'expression, je suis passé à l'huile, ai installé un atelier complet dans le sous-sol avec éclairages Cacan lumière du jour et ventilation contrôlée.

Dr Ph. P. : *On peut imaginer que votre aptitude manuelle vous a aidé lors de vos études dentaires, pourtant...*

Dr O.S. : Oui, en deuxième année, pendant l'examen en sculpture sur cire, je réalise une incisive latérale plus vraie que nature à tel point que le professeur prétend que j'ai triché ! J'avais passé mon été dans un labo à tordre du métal, couler des modèles, sculpter et couler des couronnes métal entre autres travaux. Heureusement que les prothésistes formateurs m'ont défendu car je risquais l'expulsion de la fac. J'en ai d'ailleurs toujours voulu à ce prof qui a refusé que j'exécute n'importe quelle dent du programme sous ses yeux. Au lieu d'un 20/20, il m'a noté 10 !



Huile sur toile, 2006

Dr Ph P. : *Parlez-nous de votre peinture, votre technique, votre organisation...*

Dr O.S. : Je travaille sur trois chevalets, technique huile sur toile au couteau avec des médiums divers. Mon épouse s'occupe de la logistique, des photos, des contacts, des book etc. ; mon site est en cours de réalisation. J'équilibre par mes ventes mes frais d'activité peintre et espère progressivement lâcher la dentisterie en fonction des ventes de mes toiles. Exposer en dehors de mon environnement immédiat, voyager avec mes toiles sous le bras, tout un programme...

Dr Ph P. : *En juin dernier, le magazine ELLE publie des photos de vos toiles... Quelle est la création dont vous êtes le plus fier ?*

Dr O.S. : Je suis fier des peintures du moment. Je travaille par thème, par série ; quand j'ai épuisé le sujet, une ou deux toiles ressortent mais je ne peux que rarement en tirer une du lot. Au fil du temps, cela évolue, une toile peut rester accrochée au mur très longtemps, une autre quelques semaines. Comme j'évolue à chaque toile, la dernière surnage souvent jusqu'à la suivante !

Dr Ph P. : *Quel est votre plus agréable souvenir dans votre exercice de praticien ?*

Dr O.S. : Le jour où j'ai accroché ma plaque professionnelle. Pour l'anecdote, comme j'avais oublié de décrocher la plaque de mon prédécesseur, mon père, Olivier Sagory aussi, décédé quatre ans plus tôt, un cher confrère s'en est plaint au conseil de l'Ordre dans la journée ! Bienvenue dans le monde du travail !

Dr Ph P. : *Avez-vous une expérience que vous aimeriez partager avec nos confrères ?*

Dr O.S. : Un jour où j'exécutais une prothèse complète supérieure avec palais en métal sur une sœur missionnaire, j'ai sculpté un christ en croix dans le métal, à la grande joie de ma patiente ! On est artiste ou on ne l'est pas... ◆



LE HAMEAU DES RENNES

VILLAGE D'ALTITUDE

Donnez de l'altitude à votre patrimoine !

www.arome.fr - illustration et photos non contractuelles



RETROUVEZ NOUS AU SALON FISCAP
LE 11 ET 12 FEVRIER 2009
PALAIS DES CONGRES
PORTE MAILLOT, PARIS - N° STAND FC75



La garantie d'un investissement sécurisé et
performant jusqu'à 5,50%* par an

Devenez propriétaire d'un appartement de standing dans les Alpes : T2, T3, T4

Ensemble résidentiel dans un village piéton avec sauna, piscine, SPA, parking souterrain, pistes de ski et télésiège au pied des chalets. Partez, skis aux pieds, pour des journées inoubliables.

* Bail commercial de 11 ans soumis à conditions

Optez pour l'avantage fiscal qui vous ressemble : LMP, LMNP, ZRR.

POUR PLUS D'INFORMATIONS
CONTACTEZ NOUS

06 99 40 14 61

commercial@hameau-rennes.com
www.hameau-rennes.com

Nouvelle année : nouveaux objectifs à fixer

Au gré de différentes discussions avec nos confrères, nous constatons que de nombreux cabinets n'ont pas d'objectif spécifique et travaillent au jour le jour. Ils enchaînent les années en attendant que les patients appellent pour prendre rendez-vous. Nous souhaitons donc, en ce début d'année (période en général propice à la réflexion), vous interpeller sur l'importance d'avoir des objectifs et la manière de les formuler.

Définir un objectif n'est pas un gadget de management supplémentaire. En effet, des objectifs écrits, documentés donneront des résultats bien meilleurs que des objectifs aléatoires et non mesurables.

Les objectifs doivent être formulés dans un langage clair. Un objectif abstrait comme par exemple « avoir un meilleur exercice » peut signifier des choses très différentes d'un praticien à un autre. C'est la raison pour laquelle les objectifs du cabinet doivent être établis pour répondre à un certain nombre de questions précises :

- Quelle taille souhaitez-vous atteindre pour votre structure ?
- Combien de jours souhaitez-vous travailler ?
- Quel niveau de production horaire pouvez-vous réaliser ?
- Quels revenus souhaitez-vous dégager de votre pratique professionnelle ?
- Quels types de services voulez-vous offrir ?

Par ailleurs, vérifiez l'absence de conflit entre vos convictions personnelles et professionnelles. Sinon, n'hésitez

pas à modifier vos objectifs. Par exemple, un praticien peut-il produire 1 million d'euros par an en travaillant 2 jours par semaine ? Pour la plupart des cabinets, cela n'est pas réaliste. Tout objectif doit certes représenter un **challenge**, mais aussi rester **réaliste**. Ici, l'objectif représente un conflit entre le volet personnel et professionnel du praticien. Il doit par conséquent être modifié.

D'autre part, fixez-vous des **dates butoirs** pour réussir. Les objectifs doivent être arrêtés dans le temps. Une évaluation réaliste doit être établie et une date butoir assignée à l'objectif. C'est un bon test pour valider le caractère réalisable de l'objectif. Cela permettra aussi de vérifier si votre objectif est écologique c'est-à-dire qu'il respecte votre biorythme et n'excède pas vos possibilités.

« Le malheur est de ne pas savoir ce que nous voulons et toute notre vie de courir après pour essayer de l'obtenir ». Tom Peters, théoricien du management.

Votre objectif est-il bien formulé ?

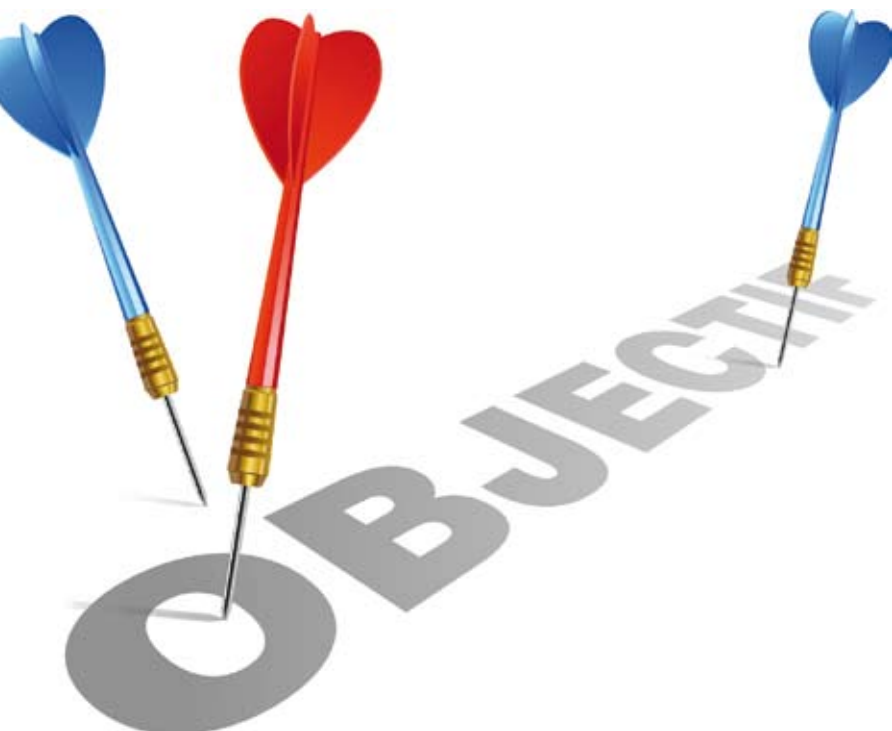
Un objectif, c'est une action à réaliser, un résultat à atteindre, une échéance à respecter, des contraintes à intégrer et des moyens dont vous pouvez disposer. Etudions ensemble ces différentes composantes qui feront que votre objectif sera bien formulé. Il s'agit d'un travail préliminaire important qui vous fera gagner un temps précieux et in fine conditionnera vos résultats. Définir les objectifs correctement est le premier pas pour les atteindre. Nous pouvons même dire que la moitié du travail est réalisé.

Un objectif doit être clair. Il doit être précis et s'appuyer sur des faits. Un objectif n'est pas une hypothèse, une vague envie. Exemple : « *Je veux réduire de 30 % le nombre de mes rendez-vous manqués* »

Un objectif doit être positif. Il est commun de dire que la forme influe sur le fond. Aussi votre objectif doit il être formulé affirmativement. Ainsi, « *je ne veux plus avoir de rendez-vous manqués...* » n'est pas un objectif. Dans ce cas, il s'agit de le remplacer



Dr Edmond BINHAS
■ Fondateur
du Groupe Edmond
Binhas



par ce que vous voulez à la place ? Se motiver, c'est d'abord formuler correctement son objectif, c'est-à-dire de façon positive. Dites ce que vous voulez et non ce que vous ne voulez pas.

Un objectif doit être arrêté dans le temps. Fixez-vous des dates butoirs pour réussir. Exemple : « *Je veux réduire de 30% le nombre de mes rendez-vous manqués d'ici à 3 mois* ». Une évaluation réaliste doit être établie et une date butoir assignée à l'objectif. C'est un bon test pour valider le caractère réalisable de l'objectif.

Un objectif doit être contextualisé. Vous devez pouvoir répondre aux questions : Où ? Quand ? Avec qui ? Ces éléments préciseront les contours de votre objectif.

Un objectif doit être réalisable. Votre objectif doit évidemment s'inscrire dans une démarche réaliste. Exemple : « *Je veux éliminer 100 % de mes rendez-vous manqués d'ici demain* », n'est ni réaliste ni réalisable.

Un objectif doit être priorisé. Déterminez des priorités entre vos différents objectifs et faites attention au cumul d'objectifs. Exemple : « *Je veux réduire de 30 % mes rendez-vous manqués d'ici à 3 mois. Puis je réduirai dans les 3 mois suivants le nombre de mes patients vus par jour de 15 à 12.* » Parfois, à vouloir tout faire en même temps, on ne fait rien de bien et l'on est inévitablement frustré.

Un objectif doit être écologique. Votre objectif doit vous respecter et ne pas excéder vos possibilités. Il doit respecter votre environnement personnel et professionnel. Poser vous la question s'il existe des inconvénients à atteindre votre objectif ? Est-ce que je risque de perdre quelque chose ? Il faut connaître, rechercher ces inconvénients. L'une des questions majeures qu'oublie malheureusement trop de chirurgiens-dentistes est : « *Suis-je prêt à payer le prix pour atteindre cet objectif ?* » Trop souvent, on entend dire : « *Si j'avais su...* ». L'intérêt est d'anticiper les inconvénients potentiels afin qu'ils ne soient pas consciemment ou inconsciemment à l'origine d'un échec.

Un objectif doit être évaluable. Qu'un praticien pense intuitivement avoir atteint ses objectifs est souvent un indicateur insuffisant de réussite. Si l'objectif est atteint, il doit être mesurable. Il ne doit pas être basé sur des intuitions ou des impressions. Si votre objectif est de réaliser 400 000 euros de chiffre d'affaires et que vous avez réalisé 350 000 euros à fin octobre, il est réaliste de penser que vous atteindrez votre objectif. Définissez donc quels sont les critères CHIFFRÉS qui vous permettront de dire que votre objectif est atteint.

DÉFINIR DES OBJECTIFS

Une façon claire d'explorer ce que je veux vraiment

Qu'est-ce que je veux ?	Et non pas ce que je voudrais ou ce que j'aimerais.
Qu'est-ce que cela m'apporte ?	Le gain, le bénéfice. Ce n'est pas très motivant de ne pas savoir ce que l'on gagne vraiment. Alors sachez-le, posez-vous la question.
Comment saurai-je que j'ai atteint mon objectif ?	Concrètement : - à quoi je sais que c'est oui ? - à quoi je sais que c'est non ?
De quoi ai-je besoin ?	Clarifier les ressources. Faites l'inventaire des moyens, des outils nécessaires.
Qu'est-ce qui m'en empêche ? Qu'est-ce qu'il me manque ?	Les obstacles.
Y-a-t-il un inconvénient à atteindre cet objectif, pour moi et pour mon entourage ?	Si oui, lequel ? Si non, on s'en assure, on valide en posant la question.

Un objectif doit être souple. Ce n'est pas parce qu'un objectif a été défini, écrit qu'il est pour autant figé. N'hésitez pas à le réajuster si besoin. Si vous n'arrivez pas à atteindre l'objectif visé, c'est soit qu'il était irréaliste, soit qu'un dysfonctionnement non décelé existe, soit qu'un événement imprévu et majeur est survenu.

Enfin, ces objectifs une fois correctement formulés, devront être partagés avec l'ensemble de l'équipe, à l'occasion d'une réunion par exemple. C'est l'une de nos préconisations fortes pour entretenir une dynamique et une cohésion d'équipe. En effet, force est de constater que bien souvent, les membres de l'équipe n'ont pas d'objectif ou qu'on ne leur en a pas donnés. Ils s'inscrivent donc dans une certaine routine des tâches quotidiennes. Au fil des années, une certaine démotivation s'installe ou d'autres parleront d'un manque de motivation. Il est donc de la responsabilité du praticien d'inscrire les tâches de son personnel dans un cadre beaucoup plus vaste pour que ces derniers s'impliquent dans un véritable projet professionnel pour le cabinet. C'est au capitaine de définir le cap, l'équipage se chargera alors de l'atteindre !

La recherche de la performance et une gestion prévisionnelle sont désormais des composantes critiques pour un exercice plus serein. La définition d'objectifs est véritablement au cœur de la recherche de la performance. C'est ce qui vous permettra d'aller chercher vos enfants à la sortie de l'école ou de rentrer plus tôt chez vous le soir. ◆

CONTACT

Groupe Edmond Binhas
Claudette
5 rue de Copenhague, BP 20057
13742 VITROLLES Cedex
N° vert : 0800 521 764 - Tél. : 04 42 108 108
E-mail : contact@binhas.com

L'épargne salariale :

Un outil d'économie de charges sociales et de capitalisation

La période de crise que nous traversons actuellement ne doit pas occulter les différentes possibilités encore à disposition pour fidéliser vos salariés, réaliser des économies de charges sociales et capitaliser sur un produit financier qui présente des intérêts économiques. L'épargne salariale reste un choix avantageux, tant pour l'entreprise que pour l'épargnant.



Alain CARNEL
■ Conseil en gestion de patrimoine

Face aux risques que représentent les marchés boursiers, les versements sur le Plan d'Epargne Entreprise permettent de répartir ces risques tout au long de la période d'investissement. Zoom sur deux dispositifs complémentaires, le PEI, aisé à mettre en place, et le PERCO-I, remplaçant du PPEV.

Avantages de l'épargne salariale

Pour l'entreprise, l'épargne salariale permet de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux d'exception : la déductibilité de l'abondement du bénéfice de l'entreprise, et l'exonération de charges sociales patronales sur l'abondement. Cette épargne est accessible à tout chef d'entreprise employant de 1 à 100 salariés. Elle s'avère un excellent outil pour attirer, fidéliser et motiver ses salariés.

Du côté des salariés, elle représente une épargne à des conditions très avantageuses : l'exonération de cotisations sociales (hors CSG/CRDS) sur l'abondement, l'exonération d'impôt sur le revenu pour les sommes issues de l'abondement, l'exonération d'impôt sur les plus-values pour tous les avoirs investis dans les dispositifs d'épargne salariale (sauf CSG/CRDS et prélèvement social), ainsi que de nombreux cas de déblocage anticipé sans perte des avantages fiscaux.

Une offre complète d'épargne salariale et retraite permet à vos clients de mettre en place, de façon complémentaire un Plan d'Epargne Interentreprises à 5 ans (PEI) et un Plan D'Epargne Retraite Collectif Interentreprises (PERCO-I).

Le PEI

Le PEI est un dispositif permettant aux bénéficiaires de se constituer une épargne à moyen terme avec l'aide de l'entreprise, dans des conditions fiscales particulièrement avantageuses (abondement défiscalisé et allant jusqu'à 8 % du PASS par an et par bénéficiaire) et avec des formalités d'adhésion réduites (pas de dépôt à la DDTEFP).

Mise en place :

- Par ratification à la majorité des 2/3 du personnel, ou
- Par négociation avec le comité d'entreprise.

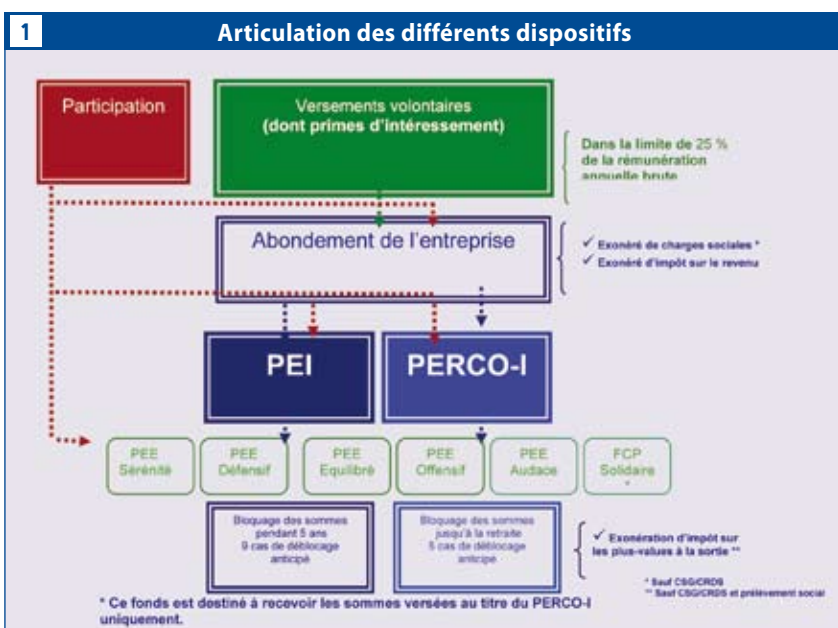
Bénéficiaires :

- Tous les salariés de l'entreprise (condition d'ancienneté de 3 mois requise)
- Chefs d'entreprise et mandataires sociaux employant de 1 à 100 salariés
- Mandataire social : Président, Directeur Général, Gérant, Membre du directoire...

Plafonds :

- Le bénéficiaire peut verser jusqu'à **25 % de sa rémunération annuelle brute** (ou 1/4 du revenu professionnel de l'année précédente pour le chef d'entreprise).
- L'abondement versé par l'entreprise est limité à **8 % du PASS par an et par bénéficiaire**.

Le PEI propose un Plan d'Epargne Interentreprises et non plus un Plan d'Epargne Entreprise. Aujourd'hui, il apparaît en effet plus aisé pour l'entreprise de mettre en place un PEI qu'un PEE : La loi relative à la Formation Professionnelle tout au long de la vie (Loi du 4 mai 2004) stipule que le PEE ne peut désormais plus être mis en place par décision unilatérale du chef d'entreprise, ce qui auparavant constituait un avantage comparatif du PEE par rapport au PEI. Il n'est pas nécessaire de notifier à la DDTEFP l'adhésion à un PEI (dépôt en 5 exemplaires pour le PEE), les formalités administratives sont donc allégées pour l'entreprise.



Le PERCO-I

Le PERCO-I, Plan d'Épargne Retraite Collectif Interentreprises, est un nouveau dispositif d'Épargne Collective à horizon retraite instauré par la loi Fillon du 21 août 2003. Il vient se substituer au PPESV. Le PERCO-I permet à ses bénéficiaires de préparer leur retraite, grâce à un abondement défiscalisé, allant jusqu'à 16 % du PASS par an et par bénéficiaire, avec une sortie possible en capital. Il demande un accord de participation (facultatif pour les entreprises de moins de 50 salariés) et un accord d'intéressement.

Mise en place :

- Par ratification à la majorité des 2/3 du personnel, ou
- Par négociation avec le comité d'entreprise
- Pré-requis : l'entreprise doit disposer d'un plan de durée plus courte (PEE, PEI)

Plafonds :

- Le bénéficiaire peut verser jusqu'à **25 % de sa rémunération annuelle brute** (ou 1/4 du revenu professionnel de l'année précédente pour le chef d'entreprise). Cette limite s'entend en cumulant les sommes versées dans le PEI.
- L'abondement versé par l'entreprise est limité à **16 % du PASS** par an et par bénéficiaire.

Modalités de sortie : en capital ou en rente viagère à titre onéreux.

Présentation des supports de placement

En général, cinq Fonds Communs de Placement d'Entreprises sont proposés dans l'offre des compagnies ou des organismes financiers, permettant aux épargnants d'investir leurs avoirs selon leurs objectifs de rendement et leur horizon de placement.

Chaque épargnant a la possibilité, à chaque versement, d'investir dans un ou plusieurs fonds, et à tout moment, de transférer tout ou partie des avoirs qu'il détient sur un fonds vers un ou plusieurs autres fonds. Dans le cadre du PERCO, le bénéficiaire peut également effectuer des versements dans le FCP Solidaire. Il s'agit d'un fonds 100 % actions (dont 5 à 10 % d'actions issues d'entreprises de l'économie solidaire), nourricier du fonds Insertion Emploi, géré par un Asset Management.

L'offre de gestion pilotée

Certains organismes vous proposent également la possibilité de choisir l'option « gestion pilotée ». Il s'agit de confier aux spécialistes de l'Asset Management la gestion de ses avoirs détenus dans le PERCO-I. La gestion pilotée est une méthode visant à optimiser le rendement du placement dans le temps et sécuriser progressivement l'épargne.

Chaque année, une allocation d'actifs est définie en fonction de l'horizon de placement choisi : la part des actifs les plus sécuritaires augmente progressivement pour réduire

2	Exemple Chiffré	
	Prime chargée	Abondement ou Intéressement investi dans le PEI / PERCO-I
Coût global entreprise	1 500 €	1 000 €
Charges patronales (hypothèse: 50%)	500 €	0 €
Montant brut versé au bénéficiaire	1 000 €	1 000 €
Charges salariales (hypothèse: 20%)	200 €	0 €
CSG/CRDS (7,76%)	78 €	78 €
Impôt sur le revenu (base IRPP 30% après abattement de 10%)	195 €	0 €
Montant reçu par le bénéficiaire (net d'impôt)	527 €	922 €
Taux d'efficacité	35 %	92%

la part des placements « risqués » dans l'investissement global.

Chaque trimestre, un ajustement permet de corriger les écarts entre la répartition définie pour l'année en cours et la valorisation des différents supports : la répartition des avoirs du bénéficiaire est ainsi régulièrement réajustée pour se caler sur l'allocation cible de l'année en cours.

Le bénéficiaire peut néanmoins tout à fait décider d'opter pour une gestion libre.

Exemple Chiffré (Fig. 2)

Pour une prime « classique » de 1 000 € brute versée à un salarié, il en coûte 1 500 € à l'entreprise (50 % charges patronales). Par ailleurs, sur cette prime de 1 000 €, le salarié ne bénéficiera que de 527 € de pouvoir d'achat (déductions faites des charges salariales, de la CSG/CRDS et de l'impôt sur le revenu).

Cette même prime versée sous forme d'abondement ou d'intéressement (sous réserve de mise en place d'un accord selon les termes de la réglementation) donnera un pouvoir d'achat de 922 €, certes différé, mais qui n'aura coûté à l'entreprise que 1 000 € au lieu de 1 500 €, soit une économie de charges pour l'entreprise de 500 € et une économie globale (entreprise/salarié) de 895 €.

Notre Avis

Dans le cadre de la gestion financière de votre cabinet, l'économie de charges sociales par la mise en place d'un plan d'épargne entreprise est plutôt avantageuse, et ce pour deux raisons :

Économiser des charges sociales pour votre activité n'est pas un vain mot ; la loi sur le financement de la sécurité sociale, et notamment ceux d'entre vous qui ont transformé leur activité BNC en SEL voient leurs **dividendes taxés par les charges sociales**.

Dans le cadre de la diversification de votre épargne cela représente une capitalisation qui avec le temps doit être, ainsi que pour vos salariés, intéressante financièrement. ♦

AUTEUR

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

Tous vos rendez-vous

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

2 février 2009 à Marseille

Hôtel Pullman Marseille Provence - Aéroport
Marseille Provence 13728 Marignane
**DEMARRER EN IMPLANTOLOGIE
MARSEILLE**

*Olivier HENRY-SAVAJOL, Stéphane ALBARET,
Antoine DISS*

Frais d'inscription : gratuit

GÉNÉRATION IMPLANT

134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Fax : 04 93 81 72 41

Email : info@generation-implant.com

Site Internet : www.generation-implant.com

6 février et 2 et 3 avril 2009 à Lyon

Hôtel Mercure Lyon Lumière, 69 cours Albert
Thomas, 69003 Lyon
**PARODONTOLOGIE - LYON - CYCLE 2 X 2
JOURS**

Marc BERDOUGO, Roch DE VALBRAY

Frais d'inscription : 1 700 €

GÉNÉRATION IMPLANT

134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Fax : 04 93 81 72 41

Email : info@generation-implant.com

Site Internet : www.generation-implant.com

12 février 2009 à Paris

Maison Nicolas Barré - 83 rue de Sèvres - 75006
**INITIATION A L'IMPLANTOLOGIE
MAITRISEE**

Dr Carole LECONTE

Frais d'inscription : Adhérent : 250 €

Non adhérent : 320 €

AFOS - ASSOCIATION DE FORMATION

ODONTO-STOMATOLOGIQUE

12 bis rue du Cadran - 94220 Charenton

Tél : 0 875 24 99 24 (Appel local)

Email : afos.idf@free.fr

**12 et 13 février, 9 et 10 avril, 11 et 12 juin,
10 et 11 septembre 2009** à Nice

Centre de Formation, Villa La Tour
**GREFFE OSSEUSE ET CHIRURGIE
AVANCEE - NICE - CYCLE 4X2 JOURS**

*Marc BERDOUGO, Thierry BRINCAT,
Roch DE VALBRAY, Antoine DISS*

Frais d'inscription : 3 700 €

GÉNÉRATION IMPLANT

134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Fax : 04 93 81 72 41

Email : info@generation-implant.com

Site Internet : www.generation-implant.com

12 et 13 février 2009 à Paris

**CERTIFICAT PROTHESE IMPLANTAIRE
APPLIQUEE EN 7 UNITES
D'ENSEIGNEMENT - MODULE 1 :
LOGIQUE, ROLE ET MANIPULATION DE
L'ACCASTILLAGE IMPLANTAIRE**

12 et 13 mars 2009 à Paris

**MODULE 2 : PROTHESES IMPLANTAIREES
FIXES SCHELLEES, VISSEES**

9 et 10 avril 2009 à Paris

**MODULE 3 : INFRASTRUCTURES,
SUPRASTRUCTURES ET L'APPORT DU
CFAO**

14 et 15 mai 2009 à Paris

**MODULE 4 : LE METAL, LA METALLURGIE
EN PROTHESE GENERALE ET
IMPLANTAIRE**

**25 et 26 juin, 9 et 10 juillet,
17 et 18 septembre 2009** à Paris

AUTRES MODULES

Richard ABULIUS

Frais d'inscription : 900 € pour une session de 2 jours

INSTITUT EUROPÉEN FORMATION DENTAIRE :

IEFD

14-16 rue du Mesnil - 75116 Paris

Tél : 01 45 05 06 00

Email : richard.abulius@iefd.fr

Site Internet : www.iefd.fr

19 février 2009 à Clermont-Ferrand

ABORDER L'IMPLANTOLOGIE - MODULE 2

19 mars 2009 à Clermont-Ferrand

ABORDER L'IMPLANTOLOGIE - MODULE 3

16 avril 2009 à Clermont-Ferrand

ABORDER L'IMPLANTOLOGIE - MODULE 4

Dr Dominique AUBAZAC

Frais d'inscription : 4 500 € le cursus

DOM IMPLANTS

Karine

Tél : 04 73 93 28 14

19 au 21 février 2009 à Paris

**ATTESTATION D'ETUDE ET DE RECHERCHE
APPROFONDIES EN IMPLANTOLOGIE
ORALE - U. V. 4 : LA PROTHESE SUR
IMPLANTS (1ERE PARTIE)**

6 et 7 mars 2009 à Paris

**U. V. 5 : L'ANATOMIE IMPLANTAIRE :
TP SUR PIECES ANATOMIQUES AVEC
MISE EN EVIDENCE DES OBSTACLES
ET POSES D'IMPLANTS DES SOCIETES
PARTENAIRES - PREMIER GROUPE**

10 et 11 avril 2009 à Paris

U. V. 5 : SECOND GROUPE

23 au 25 avril 2009 à Paris

**U. V. 6 : LA PROTHESE SUR IMPLANTS
(2EME PARTIE)**

*Prs Jean-Paul BELLIER, Philippe CAIX, Drs Thierry
BEAU, Stéphane BEAL, Alain RUET, Françoise
GRENIER, Mme Marie-Françoise HARMAND*

Frais d'inscription : 4 800 € pour la formation

complète

SFBSI - ASSOCIATION PHILOTECHNIQUE

79 rue Charles Duflos

92270 Bois-Colombes

Tél : 01 47 85 65 12

Fax : 01 47 85 79 28

Email : ssfbsi@aol.com ou sfbsi2@aol.com

Site Internet : www.sfbsi.com

25 février 2009 à Nancy

Faculté d'odontologie
13-15 boulevard Joffre (1^{er} entresol)

DIAGNOSTIC DES LESIONS DEBUTANTES

Dr Michel BLIQUE

Frais d'inscription : 70 €

PDI

Françoise Vernageau

Maison dentaire

25-29 rue de Saurupt - 54000 Nancy

Tél : 06 30 27 26 38

Email : assopdi@online.fr

**9 et 10 mars - 2 et 3 juin - 14 et 15
septembre - 26 et 27 octobre 2009** à

Aix/Marseille

Clinique du sourire en Provence - Avenue

de Mermoz - Lotissement Mermoz - 13160

Châteaurenard de Provence

FORMATION IMPLANTOLOGIE 4 X 2

JOURS - AIX/MARSEILLE

Olivier HENRY-SAVAJOL

Frais d'inscription : 2 400 €

GÉNÉRATION IMPLANT

134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Fax : 04 93 81 72 41

Email : info@generation-implant.com

Site Internet : www.generation-implant.com

11 mars 2009 à Nancy

Faculté d'odontologie - 13-15 boulevard Joffre (1^{er}
entresol)

VERRES INOMERE : QU'EN FAIRE ?

Dr Michel BLIQUE

Frais d'inscription : 70 €

PDI

Françoise Vernageau - Maison dentaire - 25-29 rue

de Saurupt - 54000 Nancy

Tél : 06 30 27 26 38

Email : assopdi@online.fr

12 mars 2009 à Rennes

Hôtel Mercure Colombia
**QUELS TYPES DE PROTHESE
IMPLANTAIRE ET QUELS
AMENAGEMENTS OSSEUX ET GINGIVAUX
CHOISIR POUR LA PERENNITE DE NOS
REHABILITATIONS ?**

Dr Sophie LEJEUNE

SFPIO RÉGION BRETAGNE

Dr Guillou - 35000 Rennes

Tél : 02 99 36 04 54

12 au 14 mars 2009 à Aix-en-Provence

Drs Jean-François MOURET, Stephan DUFFORT

26 au 28 mars 2009 à Toulouse

Drs Jean-Marc CHAMOUX, Stephan DUFFORT

**PROGRAMME D'EDUCATION PRATIQUE
EN IMPLANTOLOGIE**

Frais d'inscription : 1 450 €

STRAUMANN

Séverine Delmas

Tél : 01 64 17 30 16

Email : severine.delmas@straumann.com

13 et 14 mars 2009 à Pau

Cabinet de chirurgie
**COURS ET TP DE PROTHESE
IMPLANTAIRE - STRAUMANN**

Drs Eric BIEHLER, Julien JEANDET

Frais d'inscription : 600 €

FORMATION IMPLANTOLOGIE DU SUD OUEST

19 boulevard Guillemain

64000 Pau

Tél : 05 59 14 33 33

Fax : 05 59 14 33 34

Email : elisafiso@wanadoo.fr

Site Internet : contact@fiso.net

13 et 14 mars 2009 à Poitiers

15 et 16 mai 2009 à Annecy
**TECHNIQUES DE GREFFES OSSEUSES ET
D'AMENAGEMENT DES TISSUS MOUS : TP**

Dr Charbel EL KHOURY

Frais d'inscription : 900 €

SEFIOP

Patricia

Tél : 03 44 75 77 77

Email : sefiop@wanadoo.fr

**16 et 17 mars, 16 et 17 avril, 18 et 19 juin, 8
et 9 octobre 2009** à Nice

Centre de Formation, Villa La Tour
**FORMATION IMPLANTOLOGIE
NICE - CYCLE 4X2 JOURS**

Thierry BRINCAT, Antoine DISS

Frais d'inscription : 2400 €

GÉNÉRATION IMPLANT

134 avenue des Arènes de Cimiez

06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Fax : 04 93 81 72 41

Email : info@generation-implant.com

Site Internet : www.generation-implant.com

16 et 17 mars 2009 à Paris

UNPDD
**LE STRAUMANN BONE LEVEL AU
LABORATOIRE**

M. Marc SOMMER

Frais d'inscription : 650 €

STRAUMANN

Séverine Delmas

Tél : 01 64 17 30 16

Email : severine.delmas@straumann.com

20 et 21 mars 2009 à Rennes

**INITIATION A LA CHIRURGIE
IMPLANTAIRE AVEC TP SUR PIECES
ANATOMIQUES**

Dr CHEBARO

BIOMET 3i en partenariat avec la SFFI : SOCIÉTÉ

FRANÇAISE DE FORMATION EN IMPLANTOLOGIE

Sylvie Ponthieux

7-9 rue Paul Vaillant Couturier

92300 Levallois-Perret

Tél : 02 99 670 570 ou 01 41 05 43 48

Fax : 01 41 05 43 40

Email : marketingfrance@3implant.com

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

Vous souhaitez acquérir une approche efficace de la Parodontie Médicale ? ...**Découvrez Paro Concept !**

Une équipe dédiée à votre formation :

		
Jacques CHARON Parodontiste exclusif depuis 30 ans, conférencier international, forme les praticiens à la Parodontie Médicale.	Joël BEAULIEU Omnipraticien, formateur de la méthode Paro Concept au Québec, anime les travaux pratiques de microbiologie, les études de cas cliniques et la mise en place du protocole en cabinet.	Kathy DENYS Assistante du Dr Charon pendant 8 ans ; consultante en organisation et gestion de cabinet dentaire, prend en charge la formation des assistantes en Parodontie Médicale, et propose des journées de formation individualisées, en cabinet, pour la mise en place des protocoles de Parodontie Médicale.

Paro Concept : notre théorie, c'est la pratique !

5 jours de stage interactif et intensif qui associent savoir-faire et faire savoir par des connaissances de bases solides et actuelles.
C'est aussi des études de cas cliniques, une consultation en live et des travaux pratiques de microbiologie.



Nos prochains stages

2008	La Baule	du 15 au 19 septembre 2008
	Paris	du 8 au 12 décembre 2008
2009	Lyon	du 16 au 20 mars 2009
	Nice	du 15 au 19 juin 2009
	Lille	du 21 au 25 septembre 2009
	Paris	du 7 au 11 décembre 2009

Pour vous inscrire, contactez Delphine au **03 20 34 04 47**



128 rue Jacquemars Gielée
59000 Lille
T. 03 20 34 04 47
F. 03 20 56 90 42
www.paroconcept.com

26 et 27 mars 2009 à Lille
REHABILITATION ORALE GLOBALE
MODULE 1

Dr Frédéric GADENNE

Frais d'inscription : 700 €
 SFPIO NORD PICARDIE
 Séverine Delmas
 Tél : 01 64 17 30 16
 Email : severine.delmas@straumann.com

26 et 27 mars, 4 et 5 juin 2009 à Nice
 Centre de Formation, Villa La Tour,
PARODONTOLOGIE - NICE CYCLE 2X2
JOURS

Antoine DISS

Frais d'inscription : 1 800 €
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 avenue des Arènes de Cimiez
 06000 Nice
 Tél : 0820 620 017
 Fax : 04 93 81 72 41
 Email : info@generation-implant.com
 Site Internet : www.generation-implant.com

26 au 28 mars 2009 à Chessa-Ribécourt
PLANIFICATION DES GREFFES OSSEUSES
ET D'AMENAGEMENT DES TISSUS MOUS

Dr Charbel EL KHOURY

Frais d'inscription : 1 200 €
 SEFIOP
 Patricia
 Tél : 03 44 75 77 77
 Email : sefiop@wanadoo.fr

27 et 28 mars 2009 à Cannes-Le Cannet
 Résidence Azur Eden
PRATIQUER L'IMPLANTOLOGIE
FORMATION COMPLETE DE CHIRURGIE
ET PROTHESE IMPLANTAIRE FORMATION
EN ANATOMIE ET DISSECTION - MODULE
2 : CHIRURGIE DE POSE D'IMPLANTS

Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET

Frais d'inscription : 1 050 € - 3 900 € les 5 modules
FIDE : FORMATION IMPLANTAIRE ET DENTAIRE
ESTHÉTIQUE
 Catherine Boyadjian - Azur Eden - 28 boulevard
 Gambetta - 06110 Le Cannet
 Tél : 04 93 99 72 81
 Fax : 04 92 98 82 33
 Email : contact@fide.fr

27 et 28 mars 2009 à Clermont-Ferrand
IMPLANTOLOGIE CLINIQUE, DU
FONDAMENTAL A LA PRATIQUE :
MODULE 2

15 et 16 mai 2009 à Clermont-Ferrand
MODULE 3

Drs Yves DOUILLARD, Jean-François BOREL

Frais d'inscription : 850 €
ACTIS DENTAIRE
 Isabelle
 Tél : 04 73 17 60 68
 Site Internet : www.actis-dentaire-formation.com

30 et 31 mars 2009 à Paris
 Espace Main d'Or
M. John BONVIN

4 et 5 mai 2009 à Paris
UNPDD

Mme. Nathalie CARON
LE SYSTEME D'IMPLANTS DENTAIRES
STRAUMANN AU LABORATOIRE DE
PROTHESE DENTAIRE

Frais d'inscription : 650 €
STRAUMANN
 Séverine Delmas
 Tél : 01 64 17 30 16
 Email : severine.delmas@straumann.com

1 et 2 avril, 27 et 28 mai, 16 et 17
septembre, 18 et 19 novembre 2009 à
 Blagnac
 Hôtel PULLMAN Toulouse Airport
GREFFE OSSEUSE ET CHIRURGIE
AVANCEE - TOULOUSE -

Sylvain CAZALBOU

Frais d'inscription : 3 700 €
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
 Tél : 0820 620 017
 Fax : 04 93 81 72 41
 Email : info@generation-implant.com
 Site Internet : www.generation-implant.com

9 avril 2009 à Chessa
DE LA BONNE MAITRISE DU CADRE
JURIDIQUE EN IMPLANTOLOGIE

Dr Alain BÉRY

Frais d'inscription : 350 €
AB SURGERY
 Raphaëlle Laubie
 Tél : 06 22 84 03 76

28 et 29 avril, 17 et 18 juin, 23 et 24
septembre, 9 et 10 décembre 2009 à
 Blagnac
 Hôtel Pullman Toulouse Airport
FORMATION IMPLANTOLOGIE 4 X 2
JOURS - TOULOUSE

Sylvain CAZALBOU

Frais d'inscription : 2 400 €
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
 Tél : 0820 620 017
 Fax : 04 93 81 72 41
 Email : info@generation-implant.com
 Site Internet : www.generation-implant.com

14 et 15 mai 2009 à Nice
 Centre de Formation, Villa La Tour,
FORMATION ASSISTANTE DENTAIRE

Antoine DISS

Frais d'inscription : 690 €
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
 Tél : 0820 620 017
 Fax : 04 93 81 72 41
 Email : info@generation-implant.com
 Site Internet : www.generation-implant.com

ENDODONTIE

20 et 21 février 2009 à Nice
 Villa La Tour
ENDODONTIE

Étienne MEDIONI, Catherine RICCI

Frais d'inscription : 890 €
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017
 Fax : 04 93 81 72 41
 Email : info@generation-implant.com
 Site Internet : www.generation-implant.com

OMNIPRATIQUE

4 février 2009 à Valence
 Hôtel Valentia - RN 532 - route de Romans - 26000
 Valence

5 février 2009 à Toulon
 Novotel Toulon - A50 - Le Camp Laurent - ZA La
 Capellane - 83500 La Seyne sur Mer

12 février 2009 à Niort
 Mercure Niort Marais Poitevin - 80 bis avenue
 de Paris et 27 rue de la Terraudière - 79043 Niort
 cedex 9

24 février 2009 à Nîmes
 Holiday Inn Nîmes - Petite Camargue - 202 rue
 Nicolas Ledoux - 30900 Nîmes

25 février 2009 à Perpignan
 Hôtel Mas des Arcades - 840 avenue d'Espagne
 - 66000

9 avril 2009 à Rouen
 Mercure Rouen - Val de Reuil - Voie des Clouets
 - 27100 Val de Reuil

22 avril 2009 à Saint-Étienne
 Novotel Saint-Étienne Aéroport - 1 rue du 18 juin
 1827 - 42160 Andrézieux-Bouthéon

23 avril 2009 à Lyon
 Novotel Lyon Gerland - 70 avenue Leclerc - Place
 Jean de Verrazane - 69007

13 mai 2009 à Saint-Malo
 Mercure Émeraude Dinard - 1 boulevard Albert 1er
 - 35800 Dinard

14 mai 2009 à Vannes
 Best Western Vannes centre - 6 place de la Libération
 - 56000

SOIREE D'INFORMATION NTI-TSS

Frais d'inscription : 35 €
 E-:)MOTION
 Chloé Plenet - B. P. 116 - Villebon - 91944
 Courtaboeuf
 Tél : 01 60 92 41 62
 Fax : 01 72 72 93 94
 Email : nti.info@e-motion.eu.com
 Site Internet : www.e-motion.eu.com

5 février 2009 à Limoges
19 février 2009 à Amiens
12 mars 2009 à Caen
19 mars 2009 à Biarritz

FORMATION EN ANESTHESIE
OSTEOCENTRALE

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

12 mars 2009 à Vigneux de Bretagne
 Brit Hôtel
LE CHASSIS AMORTI EN PROTHESE
ADJOINTE - UN CONCEPT INNOVANT
- CLEF DE LA REUSSITE POUR UNE
PROTHESE COMBINEE FIXE ET AMOVIBLE

Dr G. JOURDA

Frais d'inscription : 200 €
AOBO
 16 rue Beethoven - 44300 Nantes

Tél : 02 51 89 02 28
 Fax : 02 51 89 02 28
 Email : aobo@wanadoo.fr
 Site Internet : aobo.fr

18 mars 2009 à Paris
 Hôtel Ibis - 2 avenue du Professeur André Lemaître
 - 75020
L'HALITOSE

Dr JM. DERSOT

CERCLE ODONTO-STOMATOLOGIQUE DE LA SEINE
SAINT-DENIS - COSS
 22 rue Robert Legros - 93100 Montreuil
 Fax : 01 43 88 78 75
 Site Internet : www.coss.asso.fr

26 et 27 mars 2009 à Vigneux de Bretagne
 Brit Hôtel
INTEGRER LA PARODONTIE A VOTRE
EXERCICE D'OMNIPRATIQUE

Dr F. FURIC

Frais d'inscription : 480 €
AOBO
 16 rue Beethoven - 44300 Nantes
 Tél : 02 51 89 02 28
 Fax : 02 51 89 02 28
 Email : aobo@wanadoo.fr
 Site Internet : aobo.fr

23 avril 2009 à Vigneux de Bretagne
 Brit Hôtel
HYGIENE ET ASEPSIE AU CABINET
DENTAIRE

Drs B. TÉQUI, G. GRIMANDI

Frais d'inscription : Praticien : 250 € - Assistante :
 150 €
AOBO
 16 rue Beethoven - 44300 Nantes
 Tél : 02 51 89 02 28
 Fax : 02 51 89 02 28
 Email : aobo@wanadoo.fr
 Site Internet : aobo.fr

ESTHÉTIQUE

26 et 27 février 2009 à Paris
LE FRAISAGE AU QUOTIDIEN - TP

19 et 20 mars 2009 à Paris
ESTHETIQUE : GENCIVE ARTIFICIELLE EN
IMPLANTO-PORTEE - TP

Richard ABULIUS

Frais d'inscription : 900 € pour une session de 2 jours
INSTITUT EUROPÉEN FORMATION DENTAIRE :
IEFD
 14-16 rue du Mesnil - 75116 Paris
 Tél : 01 45 05 06 00
 Email : richard.abulius@iefd.fr
 Site Internet : www.iefd.fr

12 et 13 mars 2009 à Nice
 Villa La Tour
DENTISTERIE ESTHETIQUE

David GERDOLLE

Frais d'inscription : 890 €
GÉNÉRATION IMPLANT
 134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
 Tél : 0820 620 017
 Fax : 04 93 81 72 41
 Email : info@generation-implant.com
 Site Internet : www.generation-implant.com

240 CRÉDITS



GAGNEZ UN TEMPS PRÉCIEUX !
OPTIMISEZ VOTRE ORGANISATION TECHNIQUE !



PARIS

CYCLE COMPLET DE 4 JOURS :

26 et 27 MARS 2009 - 18 et 19 JUIN 2009

ERGONOMIE OPTIMALE AU XXIème SIECLE

- Organisation des plateaux de travail
- Le cycle de stérilisation
- Ergonomie et conception architecturale
- Chronométrage et sens de circulation
- Bien-être du praticien
- Gestion du stock...

... ET BIEN PLUS ENCORE !!!

Une toute NOUVELLE formation UFSBD Pro animée par le Docteur Edmond BINHAS ●●●



Oui ! Je m'inscris à la formation «l'Organisation Technique Globale»

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone: E-mail :

Économisez jusqu'à 900 € avec l'offre UFSBD Pro (Adhésion Cabinet: 85 €)

Praticiens : 3850 € **Offre UFSBD Pro : 2950 € (soit 590 € x 5)**

Assistants : 1950 € **Offre UFSBD Pro : 1490 € (soit 298 € x 5)**

Nb Praticien(s) : Nb Assistante(s) : Adhésion : 85€ Montant total : €

Je joins un chèque d'acompte égal à 20 % du montant total : €



Les frais de participation comprennent les honoraires pédagogiques pour quatre jours de formation, les cafés d'accueil, les déjeuners et les pauses. Merci de remplir le bulletin d'inscription ci-après et de le retourner accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de : UFSBD Pro

**7 rue Mariotte
75017 PARIS
Tél: 01-44-90-72-93
Fax: 01-44-90-97-82**

OCCUSODONTIE

9 et 10 mars 2009 à Nice

Villa La Tour
OCCUSODONTIE - NICE

David GERDOLLE, Patrick MAHLER

Frais d'inscription : 890 €
GÉNÉRATION IMPLANT
134 av. des Arènes de Cimiez
06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Fax : 04 93 81 72 41
Email : info@generation-implant.com
Site Internet : www.generation-implant.com

ORTHODONTIE

1er et 2 février 2009 à Lognes

Dentaurum
**JOURNÉES CLINIQUES
DE RÉHABILITATION NEURO-OCCUSALE
NIVEAU II**

22 et 23 mars 2009 à Paris

Hôtel Méditel
**JOURNÉES D'INITIATION
A LA RÉHABILITATION
NEURO-OCCUSALE NIVEAU I**

*Drs Patrick AMPEN, Gérard BLANC,
Michel FINIDORI, Nicolas GOSSENS*

C. R. R. N. O. - COLLÈGE RÉGIONAL
DE RÉHABILITATION NEURO-OCCUSALE
PEDRO PLANAS
116 boulevard Voltaire
13281 La Penne sur Huveaume
Tél : 01 60 23 29 33
Email : patrick.ampen@wanadoo.fr
Site Internet : http://www.i-ortho.net

22 et 23 mars 2009 à Lyon

**PRINCIPES ET BASES DE
RÉHABILITATION NEURO-OCCUSALES
DU PR PEDRO PLANAS 1ER DEGRE**

*Drs Jacqueline KOLF, Bernard DUTHÉRAGE,
J. C. MONIN, Christian MINAUD*

AFPP - ASSOCIATION FRANÇAISE PEDRO PLANAS
Jean Kolf
4 rue Mondet - 77860 Saint-Germain Morin
Tél : 06 86 88 97 11
Email : jeankolf@wanadoo.fr
Site Internet : www.afpp-mo.com

PÉDODONTIE

30 et 31 mars 2009 à Nice

Villa La Tour
PÉDODONTIE

*Marie Audrey BARRAT, Monica-Ioana PAVLOV,
Véronique ROY*

Frais d'inscription : 690 €
GÉNÉRATION IMPLANT
134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Fax : 04 93 81 72 41
Email : info@generation-implant.com
Site Internet : www.generation-implant.com

PROPHYLAXIE

5 février 2009 à Paris

**RENTABILISER LA MAINTENANCE ET LA
PROPHYLAXIE DANS VOTRE CABINET
(PRATICIENS ET ASSISTANTES)**

Dr 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
Site Internet : www.fbmformation.com

26 et 27 mars 2009 à Paris

**INTEGRER LA PROPHYLAXIE
DENTAIRE INDIVIDUELLE DANS
VOTRE CABINET (PRATICIENS
ET ASSISTANTES)**

Dr 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
Site Internet : www.fbmformation.com

ERGONOMIE

14 et 15 mai 2009 à Paris

**INTEGRER UNE ERGONOMIE
PRAGMATIQUE ET TRAVAILLER
SERIEMENT A 4 MAINS
(PRATICIENS ET ASSISTANTES)**

Dr Herluf SKOVSGAARD

FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy
75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com
Site Internet : www.fbmformation.com

ORGANISATION

5 et 6 février 2009 à Paris

**RE-ORGANISER VOTRE CABINET :
GARDER LA MAITRISE DE SON AGENDA
(PRATICIENS ET ASSISTANTES)**

Drs Mahsa SEPEHR, 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
Site Internet : www.fbmformation.com

12 et 13 mars 2009 à Paris

**ORGANISATION CLINIQUE EN TUBS
ET TRAYS : CONJUGUER QUALITE
ET EFFICACITE (PRATICIENS ET
ASSISTANTES)**

Drs Mahsa SEPEHR, 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
Site Internet : www.fbmformation.com

MANAGEMENT

Jour 1 : Conférence - Jour 2 : Atelier pratique

à Tous pays francophones
**LE MANAGEMENT ODONTOLOGIQUE
- THEORIES FONDAMENTALES ET
PRATIQUES REGULIERES ADAPTEES A
L'EXERCICE INDIVIDUEL**

M. 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 : http://www.rh-dentaire.com

12 et 13 février 2009 à Paris

**MAITRISE LA TENUE ET L'ANALYSE
DES TABLEAUX DE BORD
DE VOTRE ACTIVITE**

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
Site Internet : www.fbmformation.com

Jour 1 : Conférence - Jour 2 : Atelier pratique

à Tous pays francophones
**LE MANAGEMENT ODONTOLOGIQUE
- THEORIES FONDAMENTALES
ET PRATIQUES REGULIERES
ADAPTEES A L'EXERCICE DE GROUPE
(CABINET OU MUTUELLE)**

M. 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 : http://www.rh-dentaire.com

19 et 20 mars 2009 à Paris

**INITIER LE PRATICIEN
AU MANAGEMENT :
ÊTRE PATRON, ÇA S'APPREND !**

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
Site Internet : www.fbmformation.com

10 avril 2009 à Bruxelles

18 au 20 avril 2009 à Monaco
**ATELIERS PRATIQUES DE MANAGEMENT
ODONTOLOGIQUE - GESTION DU CABINET
ET DU PERSONNEL DENTAIRE**

M. 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 : http://www.rh-dentaire.com

COMMUNICATION

12 et 13 février 2009 à Lyon

**PROFESSIONNALISER L'ACCUEIL AU
CABINET DENTAIRE - AIDEZ VOTRE
ASSISTANTE A GAGNER EN COMPETENCE
ET AUTONOMIE (SPECIAL ASSISTANTE
PRISE EN CHARGE OPCA PL)**

Drs Deborah TIGRID, Mahsa SEPEHR

FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy
75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com
Site Internet : www.fbmformation.com

5 et 6 mars 2009 à Paris

**FORMATION DES ASSISTANTES A
LA PRESENTATION DES PLANS DE
TRAITEMENT**

Drs Deborah TIGRID, Mahsa SEPEHR

FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy
75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com
Site Internet : www.fbmformation.com

DIVERS

27 février 2009 à Vigneux de Bretagne

Brit Hôtel
**L'URGENCE AU CABINET
DENTAIRE, FORMATION AUX GESTES
DE PREMIERS SECOURS**

Drs J.Ph. PERRIN, Ph. LE CONTE

Frais d'inscription : 250 €
AOBO
16 rue Beethoven
44300 Nantes
Tél : 02 51 89 02 28
Fax : 02 51 89 02 28
Email : aobo@wanadoo.fr
Site Internet : aobo.fr

28 et 29 mars 2009, à Strasbourg

30 mars 2009 TP
Hôtel PAX
24 rue du Faubourg National - 67000
TOUT EST DENT TOUT

Dr Albert ROTHS

Frais d'inscription : 400 €
Accompagnant ou étudiant : 260 €.
En option les TP du 30/3 : 160 €
Accompagnant ou étudiant : 120 €
ASSOCIATION RÉSONANCES
11 rue du Professeur Froehlich
67320 Drulingen
Tél : 03 88 00 62 81
Fax : 03 88 00 65 93

**Vous souhaitez intégrer
vos manifestations
adressez un courriel à
mcg@lefildentaire.com
ou appelez le : 01 56 74 25 49**

Les Petites Annonces

Association

79 - NIORT La Rochelle : 35mn. TGV Paris : 2 h 25. Autoroutes. SCM 2 praticiens, omnipratique, implanto, cherche futur(e) associé(e) ou collaborateur(trice) en vue association. 4 ADQ, 4 cabinets, salle chirurgie. Rémunération +++.
Tél. : 05 49 79 03 13
N°08/31/AS/832

85 - LA ROCHE-SUR-YON
Cède parts SCM 2 praticiens. Centre ville. Parking. Informatisé. Clim. Assistantes. Proche mer. ¼ CA. Possibilité collaboration.
Tél. : 06 12 05 89 37
N°08/31/AS/837

Remplacement

21 - GENLIS Cherche remplaçant(e) du 22 décembre 2008 au 3 janvier 2009.
Tél. : 03 80 37 85 15
N°08/31/OFR/827

33 - BORDEAUX CHARTRONS

Vends cause retraite, cabinet agréable, très bon état. RVG. Bon potentiel. Clientèle fidèle. Situé sous verrière.

Tél. : 05 56 44 44 66
N°08/31/CA/830

Cabinet Dentaire Ventes

84 - AVIGNON centre vds cabinet dans SCM 3 praticiens 3 collaborateurs. Bonne patientèle Labo de prothèse de qualité indépendant sur place
Tél. : 06 09 09 10 75
N°08/31/CA/819

83 - VAR à Saint-Raphaël

Consœur ayant un cabinet bien situé et bien équipé, chiffre important, recherche confrère(s) en vue d'association ou vente rapide.

Tél. : 04 94 44 54 05
N°08/31/CA/825

Matériel Spécialisé

88 - Vends UNIT FLEX intégral, année 99. État de marche. Disponible en mai 09. 4500€ à débattre. Département 88. **Tél. : 03 29 32 41 16** **N°08/31/MA/845**

Offres d'Emploi Assistante

01 - CHATILLON-SUR-CHALARONNE
Recherche assistante dentaire. 25 heures. Semaine sur 3 jours.
Tél. : 06 87 77 23 57
N°08/31/OFA/840

19 - BRIVE-LA-GAILLARDE
Cabinet omnipratique + implanto, recherche pour 04/09 une assistante dentaire qualifiée.
Tél. : 05 55 88 03 21
N°08/31/OFA/841

75 - PARIS XIV Recherche assistante qualifiée, même peu expérimentée. Cabinet omnipratique.
Tél. : 01 45 39 63 80
N°08/31/OFA/843

49 - ANGERS Centre dentaire recrute 1 chirurgien-dentiste, statut salarié, CDI temps partiel. Poste à pourvoir à partir de janvier 2009. Envoyer candidature à MFAM DRH, 67 rue Ponts de Cé, 49028 ANGERS CEDEX 01. Mail : drh@mutualité49-53.fr.
Tél. : 02 41 68 89 40
N°08/31/OFC/839

Divers

75 - Paris Société en pleine expansion recherche commerciaux avec une expérience dans le domaine de l'implantologie. Merci de contacter le **01 48 05 71 88**

Vends PANORAMIQUE NUMÉRIQUE KODAK 8000. Installation possible par Henry Schein. 12 000 €.
Tél. : 03 20 95 29 94
ou 06 86 70 78 62
N°08/31/MA/848

Bulletin d'abonnement LE FIL DENTAIRE

A retourner, accompagné de votre règlement à :
Service Abonnements - 95 rue de Boissy 94370 Sucy-en-Brie

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. : _____

Email : _____ Fax : _____

Je règle la somme de _____ € par chèque bancaire ou postal à l'ordre de LE FIL DENTAIRE



Votre Partenaire Confiance

La Sécurité plébiscitée !

Utilisation exclusive de matériaux marqués CE

Matériau	Marque	Fournisseur	Pays	CE No.
Céramique				
Céramique sur métal NP	IPS d.SIGN	Ivoclar Vivadent	Etats-Unis	CE0197
Céramique sur métal NP	Ceramco 3	Dentsply	Etats-Unis	CE0086
Céramique sur Zirconium	CZR	Noritake	Japon	CE0119
Alliage non-précieux				
CoCr conjointe	Remanium 2001	Dentaurum	Allemagne	CE0483
CoCr conjointe	Wirobond-280	Bego	Allemagne	CE0197
NiCr conjointe	Gialloy CB/N	Bk Giuliani	Allemagne	CE0297
CoCr adjointe	Remanium GM800+	Dentaurum	Allemagne	CE0483
CoCr adjointe	Wironit LA	Bego	Allemagne	CE0197
Titane	Ti	Orotig	Italie	CE0051
Alliage précieux				
Précieux (Au 50%)	AC3	Allidental	Suède	CE0413
Précieux (Au 74%)	IPS d.SIGN 96	Ivoclar Vivadent	Etats-Unis	CE0197
Précieux (Au 85%)	Captak	Precious Chemical Ltd	Etats-Unis	CE0473
Composite				
Inlay/Onlay	GRADIA	GC	Japon	CE0086
Inlay/Onlay	Céramage	Shofu	Japon	CE0044
Résine				
Résine adjointe	Vertex	Vertex	Hollande	CE0044
Résine souple	Valplast	Valplast	Etats-Unis	CE0510
Dents Résine	Cosmo HXL Teeth	Dentsply	Etats-Unis	CE0088

*Dents en supplément



Réalisation en Laboratoire certifié ISO 9001

Les Prix CCM 64 € - Inlay-Core 27 € - Stellite 119 €*

Le Délai 7 jours porte-à-porte partout en France !
(enlèvements réguliers et livraisons au cabinet gratuits)

Le Service suivi personnalisé par votre prothésiste-conseil dédié

www.protilab.com

PROTILAB - 4 rue Jacques Cartier 75018 PARIS

01 53 25 03 80

N°Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

Implantdiscount.fr

Ensemble pour la démocratisation de l'implantologie.

Tel : 01.48.05.71.88

Gamme "Shark et régular"



9 mm 9 mm L 13 mm

35 € à l'unité
29 € par 20
26 € par 50



6 mm 1 à 4 mm 15° & 25°

Pilier court : 40 €
Pilier épaulé : 40 €
Pilier angulé : 45 €



slim standard large

Pilier calcinable
14 € à l'unité

Analogue : Standard ou Large "wide"



de 17 à 20 €

Transfert : Clipable, vissable ou "tray trans"



de 24 à 26 €

Les vis de cicatrisation de 2 à 6 mm



18 € l'unité
12 € par 50

Vis XL de 2, 3 & 5 mm



24 € l'unité

Nos packs



Implant "shark ou régular"
+ 1 pilier + 1 vis de cicatrisation
+ 1 transfert + 1 analogue =

135 €



10 implants au choix

"Un prix fou"

3200 €



centre angle 16:1 ou 32:1 au choix



Safe Short Implant

Existe en diam 4.2 et 5

1-Safe col à butée

Existe en longueur 6, 7, 8, 10 mm



Nouveau

2-Spire profonde

3-Sinus protect

6.0
7.0
8.0
10.0

4-Short implant



Safe forêts à longueur correspondante

"HEXA"

A partir de 55 €



Implant régular :
Forme cylindrique
Hexagone interne
Implant Shark:
Forme cylindro-conique
Hexagone interne

Diamètre : 3.3 ; 3.75 ; 4.2 ; 4.7

Longueur : 8, 10, 11.5, 13, 16

"OCTO" Compatible : Straumann, ITI

Solde -40 % soit 72 €

Implant "OSI" un temps chirurgical :
col de 1.8 mm

Existe pour les tailles :

Diamètre : 3.3 ; 4.2 et 4.7

Longueur : 8, 10, 12, 14

Et une extra taille D : 4.7 L : 6



Ce 0473 Iso 9001: 2000 Iso 13485 : 2003

Implant Titanium Ti-6Al-4v ELL grade V.

Compatible : Mis, Alphabio, Zimmer, Etc ...

Moteur d'implantologie 1499 €

1^{er} Prix



vendu sans contre angle

ImplantDiscount.fr
Ensemble pour la démocratisation de l'implantologie.