



LE FIL DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire

N°52 - AVRIL 2010 - www.lefildentaire.com



SPÉCIAL ESTHÉTIQUE

Prot Lab

Rejoignez plus de 3 000 praticiens satisfaits !



er

Sécurité
Qualité
Délai
Service

CCM 65€



Couronne Captek 109€
(tout compris)

Complet Résine 99€



Règlements acceptés
par cartes bancaires



N°Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

www.protilab.com

Couronnes CAPTEK™

L'Alternative... enfin !



SOLIDITÉ

Structure innovante tridimensionnelle en métal composite (Platine/Palladium et Or) garantissant une solidité à toute épreuve.



ESTHÉTIQUE

Teinte chaude de l'or alliée à ses qualités de réfraction de la lumière pour un rendu naturel.



BIOCOMPATIBILITÉ

Réduction jusqu'à 90% des bactéries dans le sulcus (cliniquement prouvée).



ADAPTATION MARGINALE OPTIMALE

Précision
Résilience
Coût réduit



www.protilab.com

Pour la réalisation de vos couronnes Captek,

CAPTEK™ recommande **Protilab**

seul laboratoire certifié Captek en France !

N° Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

A
V E C
S A M I S E
A U P O I N T
I N S T A N T A N É E
C E T T E N O U V E L L E C A M É R A
A P P O R T E U N E Q U A L I T É D ' I M A G E
E X C E P T I O N N E L L E
J U S Q U ' A U M O I N D R E D É T A I L



Grâce à la nouvelle caméra intra-orale Kodak 1500, engagez le dialogue sur de bonnes bases.

Découvrez un outil révolutionnaire pour réaliser des images d'une netteté absolue. Notre technologie exclusive de lentille liquide effectue la mise au point avec autant de facilité que l'œil humain, pour une capture d'image sans effort. Fiable et performante, l'option Wi-Fi offre le confort du sans fil avec une mobilité maximale. Guider vos patients vers les soins les mieux adaptés est devenu plus facile que jamais.

Visitez notre site www.kodakdental.com ou appelez le 00800 4567 7654.

Carestream Health

La dentisterie du futur sera conservatrice ou ne sera pas



Le sourire est une arme de choix, un vecteur universel des émotions, qui, de nos jours, n'échappe pas à la dysmorphophobie véhiculée par toutes sortes de médias. Qu'il soit naturel, restauré ou post-orthodontique un sourire



peut paraître disharmonieux, ou présenter des déficits fonctionnels qui conduiront à une demande de traitement.

Pour répondre à cette demande, nous avons appris depuis de longues années à accepter l'élimination de grandes quantités de tissus dentaires, d'une part parce que la forme, l'épaisseur des préparations étaient en grande partie soumises aux contraintes mécaniques des restaurations en elles-mêmes, d'autre part parce qu'il n'était pas envisageable de remplacer un organe dentaire manquant sans prendre appui sur les dents restantes.

Mais, depuis une vingtaine d'années une révolution est en marche. Nous apprenons à compter sur l'implantologie, à croire au collage. Nous réinventons peu à peu nos approches thérapeutiques : les durées de mise en charge s'amoindrissent, les préparations se font pelliculaires, les dyschromies se traitent en surface, les traitements orthodontiques, rapides et sectoriels, se mettent au service d'une esthétique biofonctionnelle. Et ça marche !

Nous voici donc en mesure de recréer un émail artificiel, de procurer à un patient le sourire lumineux dont il a toujours rêvé, de recréer une racine artificielle dans le respect d'un *primum non nocere* sur lequel nous avons prêté serment.

Si les protocoles thérapeutiques paraissent plus simples, il ne faut pas en minimiser la difficulté. Toutefois, si leurs indications sont bien posées, que l'exécution est méticuleuse et bien codifiée, ils n'ont rien d'élitiste. Une chose est sûre, la dentisterie du futur sera conservatrice ou ne sera pas. Il n'est pas question de faire ici la nécrologie des couronnes, des onlays ou des facettes lourdement préparées : elles trouvent encore amplement leurs indications. Il est simplement question d'avancer que le recours à des techniques plus ou moins invasives n'est pas toujours nécessaire et qu'il peut, comme le précisait Dietschi en 2008 « accroître le coût du traitement tant sur le plan tissulaire que financier ». Il s'agit en somme de signifier que nous ne pouvons plus rester rivés à ces techniques, mais que nous devons pouvoir proposer à bon escient, les techniques ultraconservatrices que, soyons honnêtes, nous choisirions pour nos propres dents.

Un proverbe afghan dit : « *Qui a des éléphants doit avoir de grandes portes* ». Réformer des dizaines d'années de méthodes de préparations dentaires pratiquées dans l'optique louable d'un bénéfice pour le patient, et accepter, fondamentalement, que les organes dentaires puissent être substitués par du titane et de la céramique ou que l'esthétique puisse être obtenue sans préparation demandera du temps. Mais ici, comme dans nos groupes esthétiques, nous y travaillons.

Dr Hélène LAFARGUE

Dr Jean-François LASSERRE

Sur Le Fil > 6 à 11
Actualités France et International
Nouveaux produits – Revue de presse

Clinic Focus > 12 à 38

- Restaurations esthétiques par mini facettes de céramique collées > 12 à 14

- Comprendre et pratiquer la micro-abrasion amélaire > 16 à 18

- Indications des lasers en dentisterie esthétique > 20 à 22

- Les facettes de céramique collée sans préparation > 24 et 25

- Eclaircissement : une technique pour rendre le sourire ? > 26 à 28

- Implant antérieur esthétique sur site extractionnel > 30 à 34

- L'orthodontie par mini-vis au service des objectifs esthétiques 36 à 38

Step by Step esthétique > 39

- Technique de maquillage : la technique BOB

Formation Continue en Implantologie > 40 à 50

- La muqueuse péri-implantaire

- Les techniques de temporisation

- Optimisation des tissus mous péri-implantaires : avant ou pendant l'implantation ?

Conseil Organisation > 52 à 54

- Comment adapter votre présentation de traitement à la demande esthétique ?

Conseil R.H. > 56 à 58

- L'équipe dentaire au service du patient

Au Fil du Temps > 60 à 64

- Agenda des manifestations

Petites Annonces > 65 et 66

Revue mensuelle

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

Directrice de la publication :

Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL

SARL de presse – RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 – Dépôt légal à parution

Rédacteur en chef :

Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Directrice commerciale :

Patricia LEVI

Direction artistique :

lordje@hotmail.fr

Rédaction :

Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL, Dr Steve BENERO,
Dr Marc BERDUGO, Dr Edmond BINHAS, Georges BLANC,
Dr Eric BONNET, Alain CARNEL, Dr Caroline CAZENAVE,
Dr Amir CHAFAIE, Dr Laurent CLAUDE, Rodolphe COCHET,
Dr François DARQUE, Dr Guillaume FOUGERAIS,
Dr Angela GILET, Dr Sylvain GILLET, Dr Olivier HENRI-SAVAJOL,
Dr Georges KHOURY, Dr Hélène LAFARGUE,
Dr Jean-François LASSERRE, Dr Gérard NAVARRO,
Dr Bernard PELTIER, Stéphanie PINEAU, Dr Philippe PIRNAY,
Dr Jean-Michel PONS-MOURREOU, Yves ROUGEAX,
Dr Jean-François RUSSON, Dr Brice SAVARD,
Dr Bernard TOUATI, Dr Roch de VALBRAY

Conseiller spécial :

Dr Bernard TOUATI

Comité scientifique :

Dr Fabrice Baudot (endodontie, parodontologie)
Dr Eric Bonnet (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre Boukhors (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas Cohen (microbiologie, endodontie, parodontologie)
Dr François Duret (CFAO)
De Georges Freedman (cosmétique) (Canada)
Dr David Hoexter (implantologie, parodontologie) (USA)
Dr Georges Khoury (greffes osseuses)
Dr Alexandre Miara (blanchiment)
Dr Hervé Peyraud (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
Dr René Serfaty (dentisterie restauratrice)
Dr Raphaël Serfaty (implantologie, parodontologie)
Dr Stéphane Simon (endodontie)
Dr Nicolas Tordjmann (orthodontie)
Dr Christophe Wierzelewski (chirurgie, implantologie)

Secrétaire de direction :

Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Imprimerie :

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

Couverture :

© Kurhan - Fotolia.com

Photos :

DR, Fotolia

Publicité :

Patricia LEVI - 06 03 53 63 98

Annonceurs :

ADDA - American Express - Bisico - Kodak Carestream
Dental Hi Tec - Elite Ceram - GAD - Génération Implant - Groupe
Edmond Binhas - International Médical Implant - Les Compagnons
Dentaires - Melag - Meodental - Prodont Hollinger - Protilab - Syfac
Tecalliage - Vita Zahnfabrik - Voco GmBh - Web Dentiste

Encarts :

Axel Dentaire - Dental Laser Academy - Implants Diffusion
International - Solident

Disparition de Michel Degrange

Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons la tragique disparition de Michel Degrange.



Un homme d'un grand charisme et d'une immense générosité qui savait donner et recevoir mais aussi un enseignant de haute compétence qui avait le don de transmettre son savoir avec une pédagogie hors pair. Michel Degrange, comme nous l'ont témoigné ses amis, a laissé sur son passage, des traces que personne n'est prêt d'oublier.

Nos pensées vont à sa famille et à ses proches.

A LIRE

Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne

Par Yvon Roche

Au cabinet dentaire, les patients dits « à risque » occupent une place de plus en plus importante dans l'exercice quotidien du praticien.

Pour prendre toutes les précautions qui s'imposent, le chirurgien-dentiste doit les identifier et évaluer les risques auxquels ils sont exposés pendant les soins. Il en va de sa responsabilité.

Cet ouvrage offre, de manière accessible et pratique, toutes les informations indispensables à la prise en charge de ces patients, y compris la prévention des risques de complications et la conduite à tenir en cas d'urgence au fauteuil.

Il comprend également toute la démarche d'évaluation et d'identification des risques

associés aux différentes pathologies et/ou traitements, - toutes les précautions à prendre avant, pendant et après les soins.

Pour faciliter l'accès à l'information, le contenu de cet ouvrage est organisé en 12 parties selon les principales pathologies (cardio-vasculaires, endocriniennes, respiratoires, gastro-intestinales, hématologiques, articulaires, génito-urinaires, immunitaires et neurologiques) et types de patients (patient sous traitements anticancéreux, patient âgé, patient toxicomane), le plus souvent rencontrés en pratique quotidienne. Un index complet est disponible en fin d'ouvrage. ◆



Elsevier Masson

Collection Pratique dentaire - 702 pages – Prix : 89 €

Tel : 01 71 16 50 76 - Fax : 01 71 16 50 77 - c.distinguin@elsevier.com

Webdentiste.fr

L'expert de la relation patient

*Valorisez l'image de votre cabinet
avec un site Internet personnalisé*

Découvrez sans
plus attendre
votre site web

Contactez nous au
01 44 50 11 12
pour recevoir votre
CODE D'ACCÈS
personnel

Fiches pédagogiques
réalisées en partenariat avec



**Valorisez l'image de votre cabinet // Développez votre activité
Gagnez du temps // Fidélisez votre patientèle**

DENTALDCP

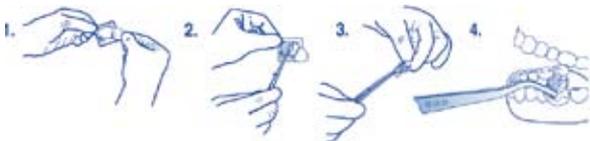
Pour une prévention efficace de l'alvéolite sèche

Qui n'a pas connu un cas d'alvéolite sèche après une extraction, retardant le processus de cicatrisation, décalant ou compromettant parfois même un programme d'implants ?

Le point crucial est de protéger correctement l'alvéole et la membrane muqueuse des infections, le temps de la formation naturelle du caillot sanguin dans la cavité osseuse. Le fabricant suédois Dental Therapeutics propose une solution simple et efficace :

TUBULEX est une compresse stérile pré-imprégnée d'une solution bactéricide à large spectre qui crée une zone aseptique de 30 à 40 mm autour de l'alvéole. L'utilisation de TUBULEX est simple : sortir la compresse de son emballage individuel scellé, la plier en forme de « V » et couvrir la cavité. La compresse n'est pas résorbable et devra être remplacée une fois (par le patient) au bout d'une heure environ.

TUBULEX et les autres produits Dental therapeutics (Tubulicid, Ca(OH)₂ Temporary Dressing, Tubulitec,...) sont distribués en France par DentalDCP. ◆



DentalDCP

Tél : 0 811 46 55 86 (prix appel local)
www.dentaldcp.com



SIRONA

Installation d'un réseau de distribution directe en Île de France et en Normandie

Sirona Dental Systems, une entreprise leader dans le domaine de la technologie dentaire, développe son réseau de distribution directe en France. Tous les produits sont désormais disponibles directement auprès de la société pour les dentistes des régions Île de France et Normandie. Une équipe commerciale et technique de 15 spécialistes se tient à la disposition des clients en cas de questions et souhaits. Le nouveau département est responsable des postes de traitement, des systèmes d'imagerie médicale (radiographie intra-orale, panorama et 3D), des instruments et des systèmes d'hygiène de Sirona. L'as-

sistance des clients travaillant avec les systèmes CAO/FAO de Sirona sera assurée comme à l'accoutumée par « CEREC Direct ». Cette équipe d'experts offre déjà depuis 2003 une distribution directe dans la région. L'ouverture du département de distribution directe est associée à une offre spéciale de grande envergure. Les dentistes peuvent faire vérifier gratuitement la fonctionnalité de leurs appareils de marque Siemens et Sirona. ◆

Sirona Dental Systems SAS

Email: contact@sirona.fr

www.sirona.fr

DECTRA PHARM

Super white original : efficacité et douceur pour un sourire zéro défaut

Beauté et soin des dents en 3 étapes.

■ Étape 1 :

mise en beauté au quotidien. Dentifrice blanchissant et anti-plaque. Composé de fluor, de bicarbonate de sodium qui estompe taches et colorations de manière naturelle et non agressive, de xylitol pour une action anti-bactérienne naturelle, sa texture gel est légèrement mentholée. Le plus : déclinaison en mini format de 15 ml, avec brosse à dents de voyage, à emporter partout en toutes circonstances !

■ Étape 2 :

action bi-hebdomadaire : gommage des imperfections. Poudre dentaire blanchissante. Bicarbonate de so-

dium et argile blanche agissent directement sur les taches et les colorations. Le dosage optimal de fluor renforce l'émail et favorise sa reminéralisation. La poudre fine gomme en douceur, réduit la formation de la plaque dentaire et du tartre. Le plus : un bec verseur ne délivre que la quantité souhaitée.

■ Étape 3 :

action bi-mensuelle : un peeling en profondeur. Polisseur dentaire électrique. Un embout souple et rotatif se faufile aisément sur et entre les dents. La formule à la granulométrie moyenne de la pâte prophylactique respecte tout en le polissant l'émail des dents de manière douce et efficace et élimine les taches alimentaires accumulées sur la surface des dents. Sa texture épaisse limite les éclaboussures. Le plus : interruption de la rotation de l'embout en cas de pression trop forte. ◆

Dectra Pharm

servicedients@dento.net – www.superwhite.fr

ANTHOGYR

Safe Relax® Évolution nouveau dépose-couronnes automatique

Le nouveau dépose-couronnes automatique Safe Relax® Évolution permet de réaliser les déposes de couronnes et bridges avec efficacité et sans traumatisme pour le patient.

Son système unique, sans réarmement, se branche sur tout type de micro-moteur électrique ou pneumatique.

La haute fréquence des micro-impacts en fait le système le plus rapide au monde : jusqu'à 20 mouvements par seconde ! L'intensité régulière et contrôlée des micro-impacts assure un réel confort pour les praticiens et leurs patients.

Une grande variété d'inserts répond à tous les cas de déposes de prothèse.

Le système ATD avec embouts-fils permet de préserver l'élément prothétique.

Les principaux atouts :

- nouveau design ergonomique
- nouveau système d'accroche des inserts en un seul clic
- nouvelle bague de réglage de l'intensité intuitive
- nouveau packaging
- fonctionnement sans réarmement.



Anthogyr
Tél. : 04 50 58 73 32 – Fax : 04 50 93 78 60
www.anthogyr.com

POLYDENTIA

Quickmat Deluxe Système de matrices enrichi pour des restaurations parfaites

Quickmat Deluxe est un système de matrices sectionnelles très simple qui permet de réaliser des contacts inter-proximaux extrêmement précis et anatomiques.

En cas d'espaces interdentaires très serrés, les matrices bombées micro-fines 0,025 mm, faciles à modeler, permettent d'obtenir des points de contact très étroits et morphologiquement parfaits. Les matrices bombées avec une prolongation spéciale assurent une parfaite réalisation des préparations dentaires étendues au niveau cervical.

Les nouvelles matrices sectionnelles transparentes assurent une photo-poly-mérisation complète des restaurations de classe II, maintenant disponibles aussi dans la version avec prolongation. Les anneaux Quick facilitent l'adaptation des matrices à l'anatomie de la dent, sont en acier inoxydable, stérilisables par autoclave à 134 °C et superposables. Leurs extrémités peuvent être recouvertes avec des bagues en silicone afin de prévenir toute blessure de la gencive. Récemment Polydentia a conçu les Delta Silicone Tubes, qui grâce à leur forme trian-

gulaire, s'adaptent parfaitement à la convexité de la dent et facilitent l'adhérence et le contour de la matrice à la dent.

Les anneaux Quick s'appliquent très facilement en utilisant une pince porte-crampons à digue standard.



Polydentia SA
Tél. : +41 91 946 29 48
Fax : +41 91 946 32 03
info@polydentia.com
www.polydentia.com

BISICO

Hypérion : intuition et précision au service de la santé du patient

Cet appareil radiographique panoramique numérique simplifie l'expérience de l'utilisateur et le paramétrage des facteurs d'exposition.

La santé et le confort du patient sont placés au cœur du système : la juste dose, pour chaque examen, pour chaque patient, grâce à la technologie MRT (Morphology Recognition Technology). Le mouvement en « fer à cheval » de la tête radiographique affine la dose utile de rayon émise et améliore la qualité des images générées en respectant l'anatomie des arcades.

15 programmes permettent l'acquisition de clichés ortho-panoramiques, de vues frontales ou latérales des sinus maxillaires ou de vues latérales à partir d'angles multiples ou postéro-antérieurs de l'ATM. Le positionnement de l'unité se fait autour du patient et non l'inverse. Un contact visuel direct permet le confort optimal du patient.

La tête motorisée autorise un déplacement vertical utile pour des patients de petite taille. Le guidage par laser permet de positionner le patient pour des clichés de grande qualité.

9 secondes pour l'acquisition de clichés radiographiques grâce au balayage ultra-rapide. Le stockage des données peut se faire sur un PC, via une connexion Ethernet ou sur une carte SD.

Reconstruction volumétrique en 3 dimensions d'un modèle en respectant une angulation parfaite et fidèle à l'arcade grâce à l'analyse de l'épaisseur et de la qualité de l'os ou de l'emplacement exact du canal radiculaire à l'échelle 1:1 et en haute résolution.

Bisico
0800 247 420 -
svce.commercial@bisico.fr - www.bisico.fr



UNIVERSITELYON1
ODONTOLOGIE FACULTE

Le Faculté Tour ou comment intégrer la prothèse implantaire dans vos plans de traitement quotidiens

Pour la première fois en France, une faculté de chirurgie dentaire se déplace pour un enseignement de proximité. Les villes visitées sont Bourg-en-Bresse (14 juin et 4 octobre 2010), Saint-Étienne (15 juin et 5 octobre 2010) et Dijon (18 juin et 8 octobre 2010).

Ce Faculté Tour a pour objectif de démystifier la prothèse implantaire afin d'aboutir à une mise en pratique rapide, efficace et fiable de celle-ci dans votre pratique quotidienne. Renaud Noharet, praticien implantaire exclusif et assistant hospitalo-universitaire (Faculté d'Odontologie de Lyon), vous fera découvrir les bases de cette prothèse ainsi que les protocoles cliniques permettant des résultats tant fonctionnels qu'esthétiques grâce notamment à l'apport de la CFAO. De son côté, Roger Farhadian, prothésiste dentaire et chef de produit NobelProcera™, vous illustrera la CFAO, par le système NobelProcera™, afin que celle-ci n'ait plus aucun secret pour vous. ◆

Nobel Biocare
Service Formation Marie Menier
Tél. : 01 49 20 00 30 - nadia.pambianchi@nobelbiocare.com

A LIRE

Pionniers de la chirurgie maxillo-faciale (1914-1918)

Par Xavier Riaud

Combien de protocoles opératoires ou d'instruments portent le nom du médecin qui les a mis au point ? Combien de fois par jour chaque praticien les emploie-t-il en ne sachant pas qui était son inventeur ?

Ainsi, de grands chirurgiens comme Morestin, Pont, Villain, Kazanjian, Gillies, Axhausen et d'autres ont laissé leurs contributions à la postérité, souvent reconnues d'ailleurs comme fondatrices d'une thérapeutique qualifiée de novatrice au début du XX^e siècle.

Mais qui se rappelle d'eux, des raisons pour lesquelles ils se sont battus ou des conditions qui les ont contraints à l'unique perspective de briller, car échouer impliquait la mort de leurs patients ? Tour à tour dentistes, stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux, ils ont soulagé, opéré et guéri des milliers de soldats blessés pendant la Première Guerre mondiale, qu'ils ont ainsi sau-

vés en reconstruisant leurs visages.

Constatant qu'ils étaient oubliés de la médecine contemporaine, Xavier Riaud, à travers ces biographies vivantes et humanistes, a souhaité consacrer un ouvrage fondamental à l'histoire de ces grands praticiens, tous devenus des sommités médicales internationales après la Grande Guerre. ◆

Éditions L'Harmattan

Coll. Médecine à travers les siècles - 140 pages - Prix : 13,50 €
www.librairieharmattan.com
diffusion.harmattan@wanadoo.fr - harmattan1@wanadoo.fr

HERAEUS

Les nouveaux agents de liaison Heraeus



Une série d'agents de couplage destinés à créer une interface entre le composite et respectivement du métal, de la céramique ou de l'oxyde de zirconium.

Signum metal® bond

Un système d'adhésion à froid à deux composants développé pour coller du composite ou de la résine sur une surface en métal. Sa force de collage est extraordinaire, que ce soit sur métal précieux ou non-précieux. Cette résistance élevée est obtenue en utilisant ce que l'on nomme la « technologie de couplage des interfaces ».

Signum ceramic® bond

Signum ceramic® bond permet la liaison d'un composite sur de la céramique. Réparation ou correction de défauts de la céramique avec un composite cosmétique. La présentation en deux flacons séparés offre l'avantage d'une longue conservation des produits.

Signum zirconia® bond

Avec ce nouvel agent de liaison, on obtient des valeurs d'adhérence élevées entre l'armature en zircone et le composite cosmétique. Des dommages mineurs sur des couronnes ou bridges en céramique sur armatures en dioxyde de zirconium peuvent donc être réparés chaque fois que l'armature est visible. Des restaurations provisoires à long terme en composite de laboratoire peuvent être réalisées sur l'armature en zircone, cette dernière étant réutilisée pour la fabrication de la prothèse définitive.

Ces trois agents de couplage sont dès à présent disponibles en France auprès des distributeurs des produits Heraeus. ◆

Heraeus - Division dentaire

Tél. : 01 69 18 48 85 ou 0810 813 250
Fax : 01 69 28 78 22 - dentaire@heraeus.com



ANTHOGRYR

Découvrez le nouveau site internet

Anthogyr, concepteur - fabricant français d'implants et d'instruments dentaires, vous invite à surfer sur son nouveau site Internet www.anthogyr.com

Graphiquement très abouti, il bénéficie de nouvelles fonctionnalités qui vous permettront d'aller à l'essentiel et de trouver facilement toutes les informations recherchées sur la société, ses produits et surtout son concept unique de solution globale !

Parmi les nouveautés du site, vous aurez notamment la possibilité de télécharger l'ensemble des supports produits (brochures, notices...), de découvrir les offres promotionnelles et de vous inscrire en ligne à l'une de nos nombreuses formations en implantologie.

Pour découvrir toutes les nouvelles fonctionnalités du site, rendez-vous sur : www.anthogyr.com !

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU CNFCO

Conseil National de la Formation Continue Odontologique

Le Conseil d'Administration du CNFCO, lors de sa séance du 18 mars 2010 a procédé au renouvellement annuel de son bureau et à l'élection de son Président.

La nouvelle composition du bureau est la suivante :

Dr Roland L'HERRON, *Président*

Dr Christian COUZINOU, *Vice-Président*

Dr Patrick HESCOT, *Vice-Président*

Pr Claude SEVERIN, *Vice-Président*

3M ESPE

Filtek™ Supreme XTE : un nouveau composite universel de restauration

Ce dernier né de Filtek™ Supreme XT offre une gamme élargie de teintes Body ; des possibilités plus étendues pour la technique en mono-opacité avec un rendu naturel et esthétique, tout en gardant la possibilité de faire des restaurations en duo ou multi opacités.

Cette technologie a permis des évolutions, dont la manipulation de teintes translucides, une meilleure rétention du poli et une fluorescence améliorée sur les opacités Émail, Dentine et Body.

Les étiquettes code-couleur permettent une sélection aisée. Premier et seul composite à intégrer la vraie nanotechnologie, la gamme Filtek Supreme est reconnue depuis 6 ans pour la qualité de son poli et la rétention du poli similaire à un composite microchargé, tout en gardant les propriétés d'usure et de résistance d'un hybride.

Le Docteur Gérard Aboudharam (Marseille) : « La qualité des restaurations directes au-delà de l'habileté manuelle du clinicien dépend en grande partie de la qualité du matériau. Le composite Filtek Su-



preme XTE convient à toutes les situations cliniques : antérieures ou postérieures avec son jeu de trois opacités. La combinaison des teintes "émail, dentine ou body" offre de multiples possibilités pour harmoniser dent et restauration. Une autre raison de choisir ce matériau est la stabilité dans le temps des teintes. Il ne colle pas aux instruments ; sa consistance ferme et modelable permet de tirer le meilleur parti de ce composite ».

3M ESPE

kdelabarre@mmm.com

Tél. : 01 30 31 83 21

Fax : 01 30 31 83 25

VITA

Le configurateur de dents VITA sur l'iPhone !



la nouvelle application Configurateur de dents VITA sur l'iPhone d'Apple permet de simuler différentes formes de dent, tailles, teintes etc.

Les Apps c'est-à-dire les applications pour les téléphones dits Smartphones, sont des petits programmes/logiciels qui se téléchargent sur le téléphone mobile via Internet. Les utilisateurs ont un vaste choix qui va des jeux jusqu'aux applications sérieuses comme par exemple les dictionnaires et les banques de données. La nouvelle application de VITA - le configurateur de dents - permet de simuler plusieurs formes de dent afin de déterminer facilement et en direct la forme la plus adaptée au visage concerné partout et à tout moment.

Le dentiste peut ainsi simuler le montage et l'adapter aux *desiderata* du patient. Pour ce faire, il prend une photo du patient avec son iPhone et utilise ensuite

cette dernière pour déterminer la forme de dent optimale - ronde, triangulaire, carrée etc. Des outils supplémentaires autorisent les modifications de dimensions, longueur et position verticale des dents et de luminosité de la teinte.

Cette application VITA gratuite est disponible sur la plateforme iTunes. Il suffit d'entrer „Toothconfigurator“ dans la fenêtre Recherche. La version complète du logiciel PC est prévue pour fin 2010.

VITA

Tél. : +49 (0) 77 61 / 5 62 - 0

Fax : +49 (0) 77 61 / 5 62 - 299

info@vita-zahnfabrik.com

www.vita-zahnfabrik.com

Restaurations esthétiques par mini facettes de céramique collées



Dr Héléne LAFARGUE

- Assistante hospitalo-universitaire, département de prothèse
- Université de Bordeaux



Dr Jean-François LASSERRE

- Chirurgien-dentiste
- MCU - PH
- Fondateur de l'association Symbiose

Lors du congrès de l'ADF 2009, Gil Tirlet et Jean-Pierre Attal nous proposaient un concept thérapeutique pratique et raisonné : « le gradient thérapeutique ». L'appliquer consiste pour le praticien à répondre à la demande esthétique du patient en commençant par le traitement le moins mutilant, le plus à gauche de l'axe horizontal (Fig. 1). Ils nous proposaient d'appliquer ce principe d'économie tissulaire quel que soit l'âge du patient mais plus particulièrement pour les plus jeunes d'entre eux. (10)

Dès les années 1990, M. de Rouffignac et J. de Cooman se sont intéressés à la restauration de lésions dentaires à l'aide de facettes partielles de céramique collées sans préparation. Cette technique esthétique, restauratrice et ultra conservatrice a donc aujourd'hui près de 20 ans de recul (2).

Au travers des cas cliniques présentés nous proposons une solution thérapeutique post-traumatique chez deux jeunes patients, à l'aide de pellicules de céramique collées, encore appelées mini-facettes ou « chips » de céramique.

Cas clinique n°1

Ce jeune patient de 10 ans se présente en consultation avec ses parents préoccupés par l'aspect inesthétique de ses incisives centrales résultant d'un traumatisme survenu dans son plus jeune âge (Fig. 2). La 11 présente une hypoplasie amélaire attribuée à une impaction dans le germe de la dent définitive de la 51 temporaire non rhyzalisée. L'angle distal de la 21 est fracturé, la 32 antagoniste est légèrement égressée. La dyschromie est réduite à la zone hypoplasique sur la 11. Les deux dents sont asymptomatiques, leurs tests de vitalité sont positifs, les tests de percussion et palpation sont négatifs. L'examen radiographique ne révèle aucune lésion radiculaire ou endodontique.

Cas clinique n°2

Pierre 7 ans, s'est fracturé l'angle mésial de la 31 en jouant dans la cour de l'école. La dent a été restaurée plusieurs fois à l'aide de matériaux composites directs. La pérennité de ces restaurations n'a jamais excédé quelques mois (Fig. 3).

La dent présente une fracture amélo-dentinaire en biseau et une hyperesthésie dentinaire, mais aucun autre signe clinique ou radiographique.

Ses parents souhaitent une restauration confortable pour leur fils, esthétique et si possible plus durable.

Choix thérapeutiques

Les choix thérapeutiques qui s'offrent à nous, selon les principes dictés par le gradient thérapeutique, consistent en un collage de matériau composite direct, un collage de pellicule de céramique, ou encore la réalisation de facettes complètes en composite ou en céramique.

Compte tenu de la faible étendue des lésions et de notre proposition de thérapeutique tout aussi esthétique mais moins mutilante et dont nous avons pu montrer, photographies à l'appui, la fiabilité aux patients, nous avons rapidement écarté, avec l'accord enthousiaste de ces patients, la solution des facettes complètes.

Le collage de composite direct est la solution la plus souvent retenue dans ce genre d'indication, principalement pour des raisons économiques. Pourtant, dans l'optique d'un remplacement biomimétique de la surface d'émail perdue, ces matériaux présentent des problèmes majeurs :

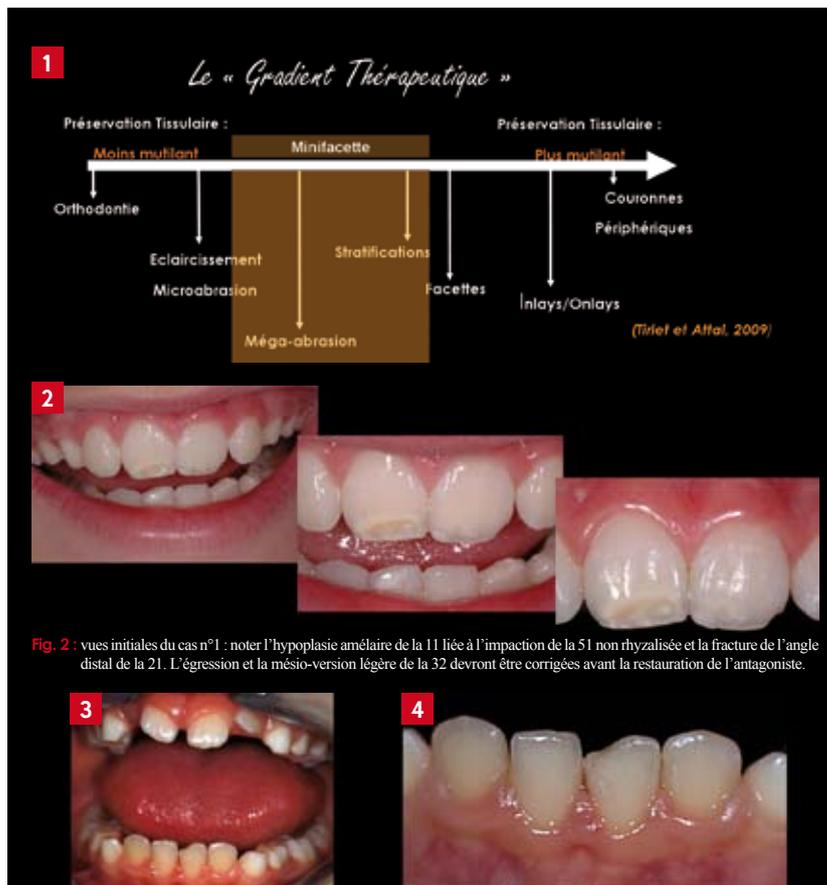


Fig. 2 : vues initiales du cas n°1 : noter l'hypoplasie amélaire de la 11 liée à l'impaction de la 51 non rhyzalisée et la fracture de l'angle distal de la 21. L'égression et la méso-version légère de la 32 devront être corrigées avant la restauration de l'antagoniste.

Fig. 3 : Pierre lors de sa première consultation a de nouveau perdu la reconstitution composite sur la 31 fracturée quelques mois auparavant

Fig. 4 : après préparation pour la mini-facette : dépose du composite résiduel sous aide optique (x2,5) et biseau court sur l'émail périphérique

- leur faible module d'élasticité d'un huitième à un quart de celui de la céramique (80MPa) et de l'émail en fait des matériaux trop élastiques (5,7)
- leur importante expansion thermique, leur rétraction de prise (9)
- la faible stabilité de leur teinte et surtout du poli de surface dans le temps (3).

En revanche, parmi les matériaux dentaires modernes, il est aujourd'hui indéniable que la céramique est celui qui reproduit le mieux les caractéristiques de l'émail, en terme de propriétés de surface, de module d'élasticité, résistance à la fracture, dureté et expansion thermique (1,4,7,8).

Notre choix thérapeutique s'est donc orienté vers la réalisation de mini-facettes de céramique collées :

- sur la vestibulaire de la 11 et l'angle de la 21, après une améloplastie légère de la 32 pour le cas n°1
- sur l'angle de la 31 dans le cas n°2.

Protocole opératoire

Dans les deux cas, la préparation est exclusivement limitée à la zone lésée. Les zones dyschromiées sont éliminées sur la 11 dans le cas n°1. Sur la 21 aucune préparation n'est nécessaire. Une abrasion de l'émail permet néanmoins de mettre à nu les prismes et de faciliter le collage. Pour la 11 dans le cas n°1 et la 31 du jeune Pierre, les préparations sont effectuées avec une fraise boule à grain moyen afin de démarquer la limite et de la biseauter pour faciliter l'intégration de la reconstitution et l'affinement optimal de la céramique (Fig. 4). La 21 du cas n°1 est abrasée à l'aide d'une fraise flamme à grain fin. De telles préparations ne sont possibles qu'avec des aides optiques nécessaires depuis la préparation jusqu'au polissage.

Au laboratoire, le céramiste travaille également sous aide optique. Ce type de reconstitution demande beaucoup de technicité. Les pièces sont réalisées en léger sur-contour pour permettre de travailler la céramique feldspathique sans trop de risque de fracture. La périphérie des restaurations fait appel à une céramique translucide qui prendra la teinte de la dent sous-jacente. Le *continuum* morphologique sera obtenu lors du polissage (Fig. 5). La préhension de la pièce nécessite des sticks enduits de cire collante de type Pic n stic® (Fig. 5).

La stabilité primaire des pièces est cruciale : il ne doit y avoir qu'un seul placement possible. Les débords créés en laboratoire favorisent la stabilité primaire. Les pâtes d'essai fournies par différents systèmes de collage tel que Variolink® facilite le choix du matériau d'assemblage qui influence considérablement le rendu esthétique final pour des pièces aussi fines.

Un champ opératoire est alors mis en place. La digue unitaire est proscrite afin de conserver une vision d'ensemble lors du collage. Le protocole de collage est mis en œuvre suivant les indications du fabricant. La mini-facette est positionnée à l'aide d'un nouveau



Fig. 5 : noter l'extrême finesse des pièces. Leur préhension nécessite l'utilisation de sticks enduits de cire collante. Au laboratoire, la création de sur-contours en céramique translucide favorise la stabilité primaire des pièces et ils seront éliminés lors du polissage.



Fig. 6 : vues frontales des pièces après collage. L'intégration esthétique est excellente. Les sur-contours sont visibles avant polissage.



Fig. 7 : la séquence de polissage permet d'éliminer les sur-contours et de retrouver un *continuum* morphologique. Les fraises bagues rouges et les instruments Diacéram pro® Komet sont utilisés sous spray et la dernière pointe montée sans spray jusqu'à obtenir l'état de brillance.



Fig. 8 : vue latérale des mini-facettes et contrôle du bout à bout nécessaire à la pérennité du collage. Prothésiste : Jean-Marc Chevalier, Bordeaux.



Fig. 9 : Pierre après le collage de la minifacette en place depuis deux ans. Prothésiste : Alain Adragna, Bordeaux

stick. Les excès de colle sont éliminés à l'aide d'un pinceau fin enduit d'adhésif non chargé. La colle peut alors être photo-polymérisée (Fig 6). L'occlusion statique et dynamique est réglée à l'aide de fraises diamantées à grain fin. La position de bout à bout est contrôlée (Fig. 7 et 8).

La séquence d'instruments Diacéram® Komet permet d'éliminer les sur-contours et excès de colle (Fig. 6 et 7). L'intégration esthétique est excellente. Les propriétés biomimétiques de ces pellicules de céramique collées nous ont permis de créer un véritable « émail artificiel ». Le cas n° 2 a deux ans de recul, le cas n°1 plus de 5 ans (Fig. 8 et 9).

Conclusion

Les mini-facettes de céramique collées sont indiquées pour restaurer une partie de tissu perdu (clivage de pans d'émail par fracture ou abfraction), pour augmenter la quantité de tissu existant afin d'améliorer l'esthétique (fermeture de diastème) ou de restaurer la fonction (pointe canine). Ce type de reconstitutions est par essence conservateur car l'épaisseur de préparation voire même la nécessité d'une préparation dépend intégralement du volume final de la reconstitution. (8) C'est pourquoi les mini-facettes s'étendent sur l'axe du gradient thérapeutique, depuis l'absence totale de préparation jusqu'à la préparation pelliculaire (Fig. 1). Aujourd'hui nous avons suffisamment de recul pour affirmer la fiabilité de ces structures. Leur préparation est assez simple, en revanche elles demandent une grande dextérité et une bonne collaboration entre le praticien et le laboratoire. De nos jours, les paramètres d'économie tissulaire, d'esthétique et de fonction ne sont plus antagonistes. L'utilisation de

méthodes de diagnostic appropriées peut permettre au praticien d'améliorer l'esthétique et la fonction tout en préservant ou même en renforçant l'intégrité de l'organe dentaire. ♦

Bibliographie

1. Andreasen FM et coll. Endod dent traumatol 1992 ; 8 : 30-35
2. De Rouffignac M, De Cooman J. Mini collages en céramique. Cahiers de Prothèse 1991 ; 76 : 8-16
3. Macedo G et coll, J Esthet Restor Dent 2006 ; 18 : 310-311
4. MacPherson LC., Smith BG Br Dent J 1995 ; 178 : 341-344
5. Magne P, Douglas WH. Dentin bonding optimization and biomimetic recovery of the crown. Int J orthodont 1999 ; 12 : 111-121
6. Magne P, Douglas WH. J Esthet Dent 1999 ; 11(1) : 5-15
7. Magne P, Hodges JS, Parodontie et dentisterie restauratrice 2000 ; 20 (5) : 440-457
8. Magne P., Magne M. Eur J Esthet Dent 2006 ; 1 : 10-19
9. Reeh ES, Ross GK, dent mater ; 1994 : 10 : 247-252
10. Tirlet G., Attal, JP. Le gradient thérapeutique : un concept médical pour les traitements esthétiques. L'Information Dentaire Spécial Esthétique 2009 ; 91 : 2561-2568.

LA QUALITE
AU MEILLEUR PRIX



BACS A ULTRASONS

à partir de
750€ TTC



3L cuve: L24 x l14,5 x h8,5cm
panier: L19,5 x l10,5 x h6,5cm

à partir de
990€ TTC



5L cuve: L24 x l14,5 x h14cm
panier: L21 x l11,5 x h8,5cm

à partir de
1590€ TTC



10L cuve: L30,5 x l24,5 x h14cm
panier: L26,5 x l20 x h8,5cm



2 Paniers inclus



1 bidon de 5L
solution enzymatique
Dilution 1 %
ULTRASEPT



OFFERT
Valeur 129€ TTC

ACE
ALL-BOND SE
Système adhésif automordançant

L'excellence en 1 clic !



Depuis plus de 20 ans, All-Bond est considéré comme le standard en matière d'adhésion Total-Etch (mordançage total).

Bisico renforce son engagement d'excellence avec ACE All-Bond SE, le premier adhésif automordançant qui mérite de porter le nom All-Bond.

- Compatible avec tous les modes de polymérisation sans nécessité d'ajout d'activateur
- Tous les avantages du monoflacon sans les inconvénients : un ratio de mélange toujours parfait
- Minimise les sensibilités post-opératoires
- Facile d'emploi
- indicateur chromatique d'activation
- Adhésion efficace et supérieure
- Disponible en "Dispenser" ou en flacons

bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

► N° Vert 0 800 247 420

Bisico France
120, allée de la Coudoulette
13680 Lançon de Provence
www.bisico.fr

Comprendre et pratiquer la micro-abrasion amélaire



Dr Amir CHAFAIE

- Maître de Conférences des Universités
- Odontologie Pédiatrique
- Université de la Méditerranée Faculté d'Odontologie de Marseille

La micro-abrasion amélaire, proposée depuis des dizaines d'années par Théodore Croll, est souvent associée, à tort, à des traitements de corono-plastie, des traitements d'éclaircissement ou encore des traitements de restauration adhésive. Elle n'a rien de commun avec ces traitements et ne peut en aucun cas les remplacer ni devoir être remplacée par eux. Elle répond à un cahier des charges précis et se pratique selon un protocole parfaitement codifié. Elle ne doit pas être considérée comme une étape, ni comme une partie de traitement, et encore moins comme une variation graduelle sur l'échelle de l'invasivité. Ses indications sont définies avec exactitude et justesse, ce qui impose sa mise en place selon la même cohérence.

Sa méconnaissance a conduit parfois à entreprendre ou à proposer à sa place des traitements conventionnels invasifs, restaurateurs ou prothétiques. Elle trouve sa place, aux côtés des autres traitements esthétiques (éclaircissements, restaurations adhésives, etc.) et procure des résultats souvent surprenants, nous dispensant des traitements conventionnels généralement mutilants (Fig. 1 et 2). Cependant, dans certaines situations, lorsque plusieurs types de pathologies coexistent (dysplasie, dyschromies, fracture, anomalie de forme, etc.), elle peut faire partie d'une approche thérapeutique globale où chaque traitement répondra à son indication.

Définition et mode d'action

La micro-abrasion amélaire est un traitement physique et chimique destiné à éliminer la partie la plus superficielle de l'émail dentaire. L'élimination chimique de l'émail est assurée par un acide rela-

tivement fort. L'acide chlorhydrique à 15 % fait unanimité car son action érosive est bien supérieure à celle de l'acide phosphorique, nettement moins efficace. L'action érosive est complétée par une action abrasive, assurée par des particules abrasives, généralement de l'oxyde d'alumine ou de l'oxyde de silicium, incorporées à l'acide. La pâte abrasive et érosive ainsi obtenue permet d'éliminer rapidement l'émail superficiel mais nécessite une action de frottement de ces surfaces. Sa simple mise en contact avec les structures amélaire ne suffit pas pour procurer l'effet escompté. On peut assimiler cette action à un "surfaçage amélaire" dont le résultat dépendra du temps d'application, de la pression exercée et bien sûr du type d'émail. En effet, plus le temps d'action et le nombre de séances sont élevés, plus l'effet est prononcé, sans aucun seuil de réponse. De même, l'exercice d'une pression modérée est indispensable pour que l'action abrasive puisse optimiser l'action érosive. Enfin, la qualité de l'émail conditionnera la durée du traitement qui sera variable d'une pathologie à une autre.

La micro-abrasion amélaire ne doit pas être confondue avec l'air-abrasion qui est en réalité une projection de particules abrasives (abrasion par des particules et non pas par l'air !) sous forte pression d'air en vue de la réalisation d'une micro-cavité.

Indications

Au vu de cette définition, il devient clair que la micro-abrasion ne peut s'adresser qu'aux anomalies de surface de l'émail. On peut citer les anomalies héréditaires et acquises de structure et de couleur, mais également certaines anomalies acquises iatrogènes



Fig. 1 et 2 :
dyschromies modérées liées à une fluorose. La micro-abrasion a permis de réduire considérablement l'aspect disgracieux des deux incisives centrales.

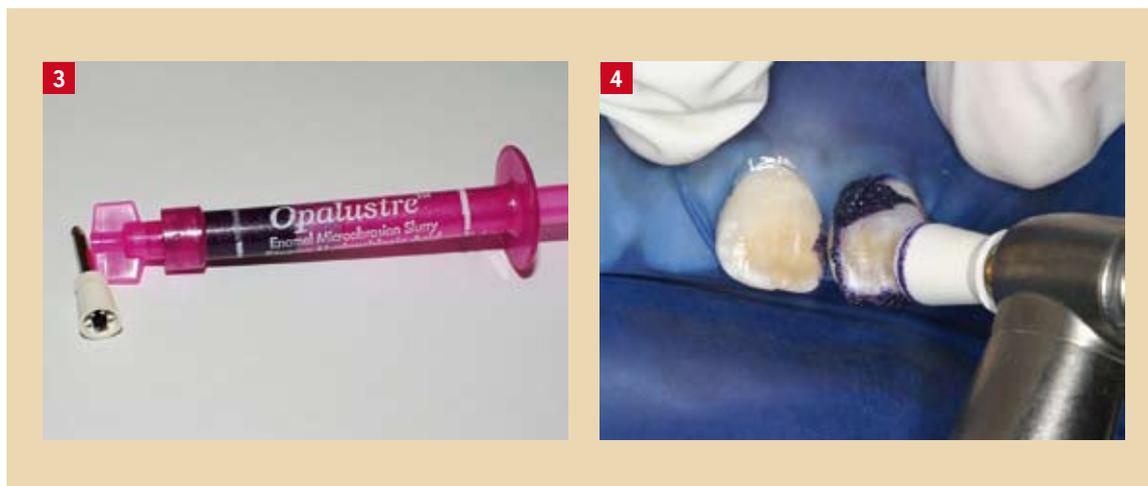


Fig. 3 et 4 :
pâte de micro-abrasion
amélaire Opalustre
avec sa cupule
d'application OpalCup
et leur utilisation clinique.

ou consécutives à des thérapeutiques odontologiques. Plus précisément, on peut mentionner certaines fluoroses, certaines amélogénèses imparfaites héréditaires, des formes légères de MIH (Hypominéralisation Incisive/Molaire), des séquelles des traumatismes des dents temporaires au niveau des dents permanentes, certaines dyschromies d'origine alimentaire ou enfin certaines dyschromies tabagiques rebelles ou récidivantes, liées à une mauvaise texture de l'émail.

Les contre-indications de ce traitement découlent de ses insuffisances. En effet, les lésions profondes sont mieux traitées par des moyens thérapeutiques conventionnels. Plus la lésion est profonde, plus le temps opératoire nécessaire à la micro-abrasion est long. De surcroît, le résultat est souvent insuffisant et insatisfaisant, dans ces situations. Lorsque les lésions plus profondes sont de faible étendue, la micro-abrasion, difficile à limiter aux seules zones pathologiques, entraîne une modification d'une grande partie de la surface vestibulaire. Cela risque d'effacer le relief vestibulaire (micro-géographie) de la face vestibulaire, souvent très riche chez le patient très jeune. Dans les cas les plus extrêmes, une telle démarche peut aboutir à un aspect très disgracieux qui peut conduire à la réalisation d'une facette ou la nécessité de rectification de la surface selon un protocole de polissage anatomique. Si la première est inacceptable, la seconde reste difficile à réaliser et aux résultats incertains. Les lésions parfaitement délimitées et de faible taille répondent davantage aux techniques de restauration directe en résine composite.

Protocole opératoire

La pâte de micro-abrasion (Opalustre - Ultradent/Bisico) est introduite dans une cupule spécifique (OpalCup) qui permet l'action "abrosive" (néologie faite du mot "abrasion" et "érosion") de la pâte. La cupule est en silicone et comporte en son centre un pinceau relativement rigide. Elle est utilisée sur un

contre-angle basse vitesse conventionnel qui fonctionnera à une vitesse approximative de 500 tours/minute. Une légère pression sur la cupule pendant sa rotation permet de contenir la pâte à l'intérieur de la cupule et de frotter les surfaces amélaire à l'aide du pinceau central de la cupule. Le cycle de rotation est de l'ordre de 10 secondes. Une dizaine de cycles est généralement réalisée par séance mais cela dépend, comme il a été évoqué précédemment, du type et de la sévérité des lésions et de la nature de l'émail (Fig. 3 et 4).

L'observation visuelle après chaque cycle permet d'apprécier la progression du traitement. La pâte est éliminée au rinçage au spray après chaque cycle tout en aspirant à l'aide d'une aspiration de haute vélocité. Chaque cycle éliminerait entre 10 et 20 microns d'émail de consistance "normale". L'émail pathologique est éliminé plus rapidement. Les résultats sont ainsi plus rapides à obtenir dans certaines formes d'amélogénèses imparfaites (notamment les AI hypomatures). En présence de dysplasies importantes, une micro-réduction à l'aide de fraises diamantées permet la régularisation des surfaces avant d'entreprendre la micro-abrasion. Cette action doit rester limitée sous peine de modifier considérablement la morphologie initiale de la face vestibulaire.

Il est à noter qu'il n'existe aucun instrument permettant de mesurer la profondeur des dysplasies/dyschromies de l'émail. Il est cependant recommandé de ne pas réaliser de traitement de micro-abrasion dans les cas sévères de MIH (taches sur la totalité de l'épaisseur de l'émail), ou pour le traitement des taches opaques à contours réguliers (généralement profonds). Les meilleures indications sont celles des taches diffuses, en nuages ou en flocons, d'intensité faible à modérée et d'étendue plus ou moins importante.

Il n'est pas nécessaire de réaliser une anesthésie locale car l'action de la micro-abrasion reste limitée à l'émail superficiel, si l'indication est bien posée et le protocole bien conduit.

Traitements complémentaires et accessoires

Il a été proposé de réaliser une fluoruration topique par application de gel fluoré ou de vernis fluoré. Cela ne semble pas indispensable dans tous les cas dans la mesure où une prescription de bain de bouche fluoré et d'un dentifrice hautement fluoré semble donner les mêmes bénéfices sans alourdir le protocole, ni de laisser des résidus à la surface de l'émail pouvant entraver les traitements futurs (poursuite du traitement, traitement d'éclaircissement). Un simple polissage avec des pâtes de polissage habituellement employées pour les résines composites suffit.

La mise en place de la digue, bien que recommandée, n'est pas indispensable. Par contre, tous les moyens doivent être mis en oeuvre afin d'éviter le frottement de la gencive par la cupule de micro-abrasion. Certains auteurs ont préconisé l'emploi de digues photopolymérisables, habituellement employées lors des traitements d'éclaircissement au fauteuil.

Dans certaines situations cliniques, l'effacement de la micro-géographie peut contribuer à une diminution de la luminosité globale de la dent, ce qui pourrait indiquer la réalisation d'un traitement d'éclaircissement dans un second temps. Il est parfois nécessaire de recréer la micro-géographie de la surface vestibulaire, notamment chez le patient jeune où la texture de la dent est particulièrement riche. L'éventualité de

la nécessité d'un traitement d'éclaircissement doit être évoquée dans la note d'information concernant le traitement envisagé.

En présence de dysplasies plus ou moins profondes à la surface de l'émail, il est recommandé de réaliser une micro-réduction initiale à la fraise diamantée de faible granulométrie afin de régulariser les surfaces avant la micro-abrasion. Une telle démarche accélère le traitement et optimise le résultat.

Dans de très rares cas où des pertes de substance sont présentes concomitamment aux dysplasies/dyschromies, on peut envisager de réaliser d'autres traitements indépendamment de la micro-abrasion. La globalité de la démarche esthétique prend alors tout son sens lorsque chaque pathologie est traitée selon le traitement adéquat. La micro-abrasion amélaire rentre ainsi dans un ensemble cohérent de thérapeutiques à visée esthétique où le respect du capital dentaire, pour ne pas parler de la non-invasivité, devient un objectif à part entière (Fig. 5, 6, 7 et 8). ◆

Lectures conseillées

1. Croll TP. Enamel Microabrasion 1991 - Quintessence Publishing
2. Croll TP. Enamel Microabrasion : observations after 10 years J Am Dent Assoc. 1997 ; 04 : Suppl 45S-50S.
3. Chafaïe A, Heyraud S. La micro-abrasion amélaire : aspects cliniques Clinique 2006 ; 27 : 25-32.
4. Croll TP, Helpin ML Enamel Microabrasion: A New Approach J Esthet Rest Dent 2007 ; 2 : 64-71

Fig. 5, 6, 7 et 8 :

Dyschromie importante avec colorations blanches en nappe. Résultat après 2 séances de micro-abrasion amélaire.



VISEZ LES PIEDS !



Passez à l'anesthésie ostéocentrale avec QuickSleeper.

L'injection à proximité des apex permet une anesthésie immédiate et efficace des molaires mandibulaires, même en pulpite !

Le succès, c'est la proximité !



Documentation gratuite et offre spéciale :

appelez Arnaud au 02 41 56 14 44

www.dentahitec.com

DENTAL HI TEC
Innovation pour l'anesthésie dentaire

Indications des lasers en dentisterie esthétique



Dr Brice SAVARD

- Docteur en Chirurgie dentaire, Université Paris V
- Membre de la Dental Laser Academy
- DU d'esthétique du sourire, Université Strasbourg



Dr Gérard NAVARRO

- Docteur en Chirurgie dentaire, Université Paris VII
- Co-Président de la Dental Laser Academy
- DU d'Oral Laser Application, Université Nice Sophia Antipolis

La demande d'une amélioration de la qualité du sourire, qu'elle soit ponctuelle ou qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une réhabilitation esthétique globale, se rencontre chaque jour et de façon croissante dans nos cabinets. Nos patients sont de plus en plus exigeants et sensibles aux moindres détails car ils connaissent les possibilités offertes aujourd'hui par les traitements de dentisterie esthétique.

La dentisterie moderne exige donc des connaissances nouvelles mais également des technologies nouvelles pour répondre à l'attente de nos patients.

La thérapeutique laser-assistée, bien que décrite il y a encore quelques années, est en train de s'imposer progressivement comme un des nouveaux standards de cette dentisterie moderne.

En effet, comme nous le verrons, les preuves scientifiques sont nombreuses et les protocoles, rigoureux et sûrs, bien détaillés. En outre, cette technologie et les nouveaux concepts qui en découlent répondent parfaitement aux impératifs biologiques actuels (dentisterie à minima, préservation tissulaire maximale...). Elle s'inscrit parfaitement dans le concept de « gradient thérapeutique » décrit par Gil Tirlet et Jean-Pierre Attal, à savoir une dentisterie permettant la plus grande conservation tissulaire possible.

Laser et éclaircissement dentaire

Au fauteuil, différentes sources d'irradiation lumineuse peuvent être utilisées pour accélérer l'éclaircissement : les lumières incohérentes (LED, lampes halogènes, plasma, UV) ou cohérentes (lasers).

Le processus d'activation du gel d'éclaircissement est une réaction photo-chimique conduisant à la transformation, sous l'effet de la chaleur, du peroxyde d'hydrogène en radicaux libres, qui vont interagir avec les chromophores responsables de la couleur de la dent.

Il existe un seul laser totalement fiable et non iatrogène utilisé pour l'éclaircissement dentaire : le laser KTP (K Ti O PO₄ : Oxyphosphate de Titane Potassium ; $\lambda = 532\text{nm}$) en association avec le gel « Smart Bleach ».

C'est un laser de longueur d'onde 532nm qui émet

dans le vert.

Le laser est utilisé, similairement aux autres sources lumineuses, comme activateur du produit d'éclaircissement, par élévation thermique du gel.

L'effet photo-chimique issu du rayonnement laser a 2 avantages par rapport aux autres sources lumineuses :

- Il permet une production plus importante de radicaux libres que lors de l'activation thermique ordinaire du peroxyde d'hydrogène. En effet, le rayonnement est quasiment intégralement absorbé dans le gel. Le gel devient très basique sous l'effet du rayonnement (pH 9,5 – 10) et le pourcentage de radicaux perhydroxyles est ainsi beaucoup plus important que le pourcentage de radicaux oxygénés. Les radicaux perhydroxyles sont deux fois plus actifs que les radicaux oxygénés, ce qui améliore l'effet de l'éclaircissement (notamment dans les cas difficiles de dents dyschromiées par la prise de tétracyclines)

- Nous pouvons contrôler de manière extrêmement précise la quantité d'énergie délivrée sur chaque dent (en faisant varier les paramètres en fonction de la taille de la dent) afin d'éliminer tout effet secondaire. Souvent, avec les lampes conventionnelles, l'éclaircissement est suivi de processus douloureux dus à des photo-bio-modifications physiologiques et physiques de la pulpe, en particulier l'augmentation de la température de celle-ci. De nombreuses études récentes ont validé l'efficacité du laser KTP et son innocuité sur les tissus dentaires (dont une élévation thermique dans la pulpe très faible, de l'ordre de 1°C).

La procédure est identique à celle utilisée avec n'importe quel type de source lumineuse. Seuls les paramètres, et la possibilité de les régler en fonction du type de dent, varient.

CAS CLINIQUE 1



Fig. 1 : situation initiale



Fig. 2 : vue en cours de traitement : le laser est appliqué sur chaque dent pendant 10 s



Fig. 3 : vue finale ; un gel à base de fluor est appliqué pendant 10 min sur les dents et le traitement sera poursuivi par le port de gouttières pendant 6 jours



Fig. 4 : le patient n'est pas satisfait par son sourire : ses dents sont « petites et carrées ». Il souhaite une réhabilitation du secteur antérieur maxillaire. Le choix se porte sur la réalisation de facettes de 13 à 23, et d'une couronne tout céramique sur 12. Le patient découvre ses gencives lors du sourire au niveau de 11 et 21. On décide de procéder à un allongement de couronne clinique sur 11 et 21 afin de faire ressortir les incisives centrales.



Fig. 5 : mock-up réalisé de 12 à 22, sur les dents non préparées, à partir d'un wax-up. Cela permet d'évaluer la longueur des incisives. Noter la taille des incisives centrales, insuffisante, et la présence de gencive visible.



Fig. 6 : plastie gingivale au laser CO2. 11 et 21 ont une taille idéale et la situation gingivale est améliorée.



Fig. 7 : situation finale. L'équilibre entre les dents et les tissus mous est retrouvé.

Cette technique au fauteuil doit cependant être complétée par le port de gouttières afin de prolonger et stabiliser le résultat dans le temps (que l'on utilise le laser ou non). Le laser KTP, associé à un gel à 35 % de peroxyde de carbamide est aujourd'hui la seule source lumineuse qui n'entraînera pas d'effets secondaires (même réversibles) sur la pulpe.

Laser et aménagement de la ligne du sourire

Lors d'une réhabilitation du sourire, la réussite du traitement va, en partie, dépendre de l'harmonie entre les dents et les tissus mous, au repos et lors du sourire. L'analyse de l'environnement gingival (position de la ligne du sourire, plan esthétique, alignement et forme des collets, présence de trous noirs, crêtes édentée...) est aussi importante que l'analyse de la composition dentaire (JC Paris).

Nous sommes donc souvent amenés, lors de réhabilitations esthétiques, à devoir modifier l'architecture gingivale ou muqueuse pour optimiser le résultat esthétique. Cependant, il est parfois difficile de faire accepter au patient une intervention chirurgicale souvent lourde et douloureuse pour réaménager les tissus mous (élongations coronaires antérieures, plasties gingivales ou muqueuses, greffes conjonctives ou épithélio-conjonctives). En cas de refus, le résultat est souvent un compromis et le praticien comme le patient ne sont pas entièrement satisfaits. Le laser a permis de simplifier ces interventions et d'en accroître les indications.

Les lasers chirurgicaux (Er-Yag, Co2, Nd-Yag, diodes) permettent d'effectuer des plasties gingivales ou muqueuses fines, parfaitement contrôlées, sans douleurs postopératoires et dont la cicatrisation est obtenue en quelques jours.

Sur les tissus mous, ils sont indiqués pour :

- faire apparaître l'intégralité de la couronne anatomique lors d'une éruption incomplète ou lors de la présence d'une gencive hyperplasique.
- réaliser une dépigmentation gingivale (naturelle ou provoquée par la présence d'anciennes restaurations métalliques).
- la mise en fonction et l'aménagement des tissus mous péri-implantaires afin d'obtenir un profil d'émergence optimal des prothèses supra-implan-

taire dans une zone esthétique.

- réaliser des plasties muqueuses afin d'optimiser l'intégration d'un pontique.

Seuls les lasers erbium sont indiqués pour des interventions à la fois sur l'os et sur la gencive. Ils sont particulièrement efficaces pour réaliser un allongement de couronne clinique à visée esthétique, dans une zone très critique et ce, sans lambeau. Les résultats sont reproductibles et spectaculaires : cicatrisation en quelques jours, absence de douleurs postopératoires et stabilité dans le temps.

Le protocole simplifié d'allongement de couronne clinique est le suivant :

- détermination de la quantité de gencive à éliminer afin d'obtenir la longueur et le profil coronaire souhaités. Il est indispensable de bénéficier de suffisamment de gencive attachée après la plastie.
- plastie gingivale à l'aide du laser.
- sondage de la profondeur sulculaire résiduelle : on détermine la nécessité d'effectuer une plastie osseuse afin de recréer l'espace biologique de 2 mm.
- si besoin, plastie osseuse à l'aide du laser erbium : le tip est placé parallèlement à l'axe de la dent et inséré dans le sulcus. Le laser erbium volatilise l'os (sans risque de nécrose et quasiment sans saignement) jusqu'à ce que le tip ait atteint 3mm de profondeur (2mm d'espace biologique + 1 mm de sulcus).
- dans le cas d'une réhabilitation par des éléments prothétiques, il est possible de prendre l'empreinte dans la séance. La réalisation de prothèses provisoires parfaitement adaptées guidera la cicatrisation gingivale. La rapidité et la qualité de la cicatrisation, ainsi que l'absence de lambeau, garantissent une stabilité parodontale dans le temps (on privilégiera des reconstitutions par éléments tout céramiques).
- au bout de 8 jours, les éléments définitifs peuvent être posés.

Lasers et greffes gingivales à visée esthétique

Lors d'une greffe parodontale à visée esthétique, les lasers ont également des applications très intéressantes. Il est possible, dans certains cas, d'effectuer un prélèvement tissulaire au laser (Er-Yag, CO2).

Le principal avantage du laser dans ce type d'interven-

CAS CLINIQUE 3



Fig. 8 : situation initiale : la patiente se plaint de son sourire et de l'harmonie de ses dents. Comme dans le cas précédant l'analyse laisse apparaître des défauts inesthétiques (anciennes couronnes sur 11 et 21, 12 trop courte, gencive kératinisée trop visible...). Une réhabilitation par facettes et couronnes céramo-céramiques de 13 à 23 est décidée, après aménagement de la ligne du sourire à l'aide du laser.



Fig. 9 : plastique gingivale au laser CO2. Noter l'absence de saignement.



Fig. 10 : situation finale : l'équilibre du sourire est retrouvé

tion est la Biostimulation osseuse et gingivale, permettant, entre autres, une accélération de la cicatrisation et une diminution des douleurs post-opératoires.

Il existe des lasers à basse énergie, de faible puissance, aussi connus sous le nom de lasers froids, lasers thérapeutiques, lasers athermiques, cold lasers ou Low Level Lasers.

Ces lasers ont une puissance allant de 1 à 10 mW et de longueur d'onde comprise entre 600 nm et 1000nm, correspondant aux couleurs rouges et bas infrarouges.

Ils permettent de pratiquer la LLLT (Low Level Laser Therapy ou biostimulation).

Depuis 1998, il a été démontré qu'il était possible d'améliorer la cicatrisation, par l'utilisation des lasers basse puissance. De nombreuses publications récentes ont validé ce phénomène bien observé lors de l'utilisation d'un laser.

Ces découvertes apportent enfin des réponses scientifiques, objectives et irréfutables, aux observations cliniques des nombreux praticiens qui utilisent quotidiennement cette technologie.

Les softs lasers permettent de :

- accélérer la cicatrisation gingivale et osseuse
- diminuer les douleurs post-opératoires
- favoriser les effets anti-inflammatoires et anti-oedémateux
- stimuler les cellules de la régénération et de la revascularisation
- accélérer l'ostéointégration implantaire
- stimuler le système immunitaire
- améliorer la micro-vascularisation

- diminuer l'oxydation cellulaire
- activer les fibroblastes en myofibroblastes.

Applications cliniques de la LLLT en parodontologie à visée esthétique

Le soft laser va être utilisé en pré-opératoire pour préconditionner les tissus et activer les processus de cicatrisation et anti-inflammatoires. Ils seront également utilisés en fin d'intervention pour biostimuler la cicatrisation, réduire les douleurs post-opératoires et l'inflammation. Des séances supplémentaires peuvent être effectuées pendant la période de cicatrisation selon l'importance de la chirurgie.

Conclusion

Les indications et protocoles des techniques laser assistées sont aujourd'hui bien détaillés et validés par de nombreuses publications scientifiques. Les lasers apportent un réel bénéfice pour la réussite de nos traitements (simplification des protocoles, confort opératoire, biostimulation, réduction des suites opératoires...) en dentisterie esthétique mais également dans tous les autres domaines de l'odontologie. Pour cela, aujourd'hui, les lasers doivent avoir leur place dans notre arsenal thérapeutique. ♦

La Dental Laser Academy organise son 3ème congrès international sur le thème « lasers et parodontologie/Implantologie. Renseignements et inscription sur www.dental-laser-academy.com

CAS CLINIQUE 4



Fig. 11 : récessions gingivales multiples provoquées par un brossage traumatique, nécessitant un recouvrement par greffe épithélio-conjonctive



Fig. 12 : bio-stimulation au laser diode Biophoton à la fin de l'intervention, sur l'ensemble de la zone greffée. Des séances de bio-stimulation sont répétées tous les 4 jours pendant 15 jours



Fig. 13 : résultat final à 1 mois post-opératoire. Noter le très bon recouvrement et la qualité de la gencive attachée. Les suites post-opératoires ont été minimales grâce aux séances de bio-stimulation. 21 a été refaite.

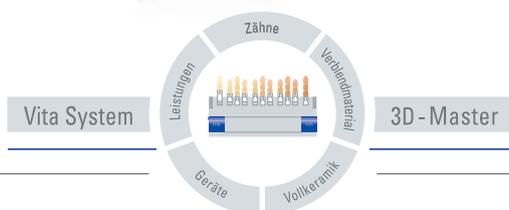
La prise de teinte fait peau neuve!



VITA Easyshade[®] Compact: 1793 € TTC
VITA Linearguide 3D-MASTER: 114 € TTC



3394 F



VITA

La prise de teinte est entrée dans l'ère de la modernité: désormais avec le VITA Linearguide 3D-MASTER, deux étapes suffisent pour définir exactement une teinte de dent naturelle. L'agencement linéaire de ce teintier vous mène très facilement vers la bonne teinte de dent. La rapidité

et l'extrême précision du VITA Easyshade Compact vous permettent en plus de contrôler toutes les restaurations. Vous aussi, pour vos relevés de teinte, entrez dans la modernité en contactant votre distributeur VITA ou en surfant sur www.vita-zahnfabrik.com

Les facettes de **céramique collée** sans préparation

un cas particulier dans la restauration du sourire de nos patients

Les facettes pelliculaires de céramique permettent tout à la fois un respect biologique élevé, une économie tissulaire importante et des qualités esthétiques jusqu'à présent inégalées. Les facettes sans préparation s'inscrivent le plus souvent dans des cas de compromis où le patient insatisfait de son aspect esthétique ne peut pour autant envisager un long traitement orthodontique. Ces facettes sont réalisées en surcontour vestibulaire, elles compensent des malpositions ou des anomalies dentaires morphologiques. Leur validation s'établit à la suite de la réalisation d'un masque préprothétique qui préfigure la restauration finale. Les facettes sans préparation constituent des cas particuliers d'indications relativement rares et ne doivent évidemment pas se généraliser à la réalisation de tous les cas de facettes pelliculaires.



Dr Jean-François LASSERRE

- Chirurgien-dentiste
- MCU - PH
- Fondateur de l'association Symbiose

Cas clinique

Cette patiente âgée de 35 ans consulte pour un motif esthétique. Elle souhaite améliorer l'alignement et la forme de ses incisives qu'elle trouve disharmonieuses. Elle présente d'un point de vue occlusal une classe 2 division 2 d'Angle avec une abrasion marquée des faces palatines et des bords des incisives supérieures (Fig. 1). Une encoche occlusale parafunctionnelle est visible sur 12. L'angle très négatif des deux incisives centrales supérieures rend les embrasures incisales anormales et peu esthétiques par rapport aux dents voisines. Un traitement orthodontique suivi de facettes collées sur 11 et 21 est proposé à la patiente ce qu'elle refuse catégoriquement. Elle nous demande s'il est possible d'améliorer sans orthodontie l'esthétique de ses incisives, nous lui proposons alors une étude par la technique des masques de composite.

Fig. 1 : état initial de la patiente en situation de bout à bout incisif sur la photo du centre

Fig. 2 : un masque est réalisé en composite modelé sur 11, sur 21 et sur le bord incisif de 12 afin de visualiser le résultat esthétique du changement de position et de forme des dents

Fig. 3 : dépolissage au Perfect Margin® d'Acteon des limites cervicales et proximales sur 11 et 21

La validation du projet esthétique

Dans le cas de dysharmonies traitées par des facettes, aucune décision ne peut être prise sans la réalisation d'un masque de composite lors de la première séance de consultation. Le composite est appliqué sur les dents sans collage ni

mordançage de l'émail pour pouvoir être retiré facilement. Il est modelé à l'aide d'un pinceau imprégné de bonding jusqu'à obtenir un résultat esthétique agréable (Fig. 2). Le masque est enfin présenté à la patiente et, si nécessaire, modifié pour arriver à son accord total sur le projet esthétique. Avant de le retirer et de nettoyer les dents, une empreinte à l'alginate peut être prise afin de réaliser des coquilles de résine provisoires qui seront adaptés en fin de séance de préparation des facettes.

La détermination des limites et le modèle de travail

Les épaisseurs des restaurations sont contrôlées sur les masques retirés à l'aide d'un compas d'épaisseur d'Ivanson. Le plus souvent, aucune préparation n'est nécessaire, car le réaligement des dents dans une classe 2 division 2 nécessite en général plus d'un millimètre de surcontour axial. Il est parfois utile de dépolir les zones cervicales et proximales pour que le prothésiste visualise sans ambiguïté sur le plâtre les limites souhaitées pour la céramique. La figure 3 montre l'utilisation des embouts Perfect Margin® d'Acteon pour situer ces limites cervicales. Ces embouts diamantés ultrasonores sont des instruments innovants de préparations et de finition en prothèse fixée. Le dépolissage en surface de l'émail a un autre avantage : une fois la couche aprismatique éliminée, l'émail est plus réactif qu'après un simple mordançage à l'acide orthophosphorique (Fig. 3).

L'empreinte

L'empreinte est réalisée par une technique de double-mélange au vinyl polysiloxane. Elle ne présente aucune difficulté, car les limites des futures facettes sont supra-gingivales. La seule précaution importante est de combler les embrasures palatines à l'aide de ciment Cavit® de 3M Espe ou mieux d'Opal Dam® de Bisico pour ne pas déchirer les papilles proximales de silicone. En effet, les points de contact proximaux n'étant pas préparés, le silicone qui passe sous le point de contact peut être arraché entraînant une partie de la surface d'empreinte d'embrasure et une impossibilité de lecture correcte des limites dans cette zone. Les cordonnets rétracteurs sont laissés en place lors de l'empreinte (Fig. 4).



Le modèle de travail est coulé en Fuji Rock® de GC ainsi qu'un deuxième modèle qui sert à conserver la forme de la gencive pour adapter le profil déflecteur des facettes selon le principe, classique en prothèse fixée, de l'aile de mouette d'Abrams.

Les essais cliniques & collage

Les facettes qui ici sont réalisées en céramiques feldspathiques, sont contrôlées une à une et les points de contact proximaux sont réglés si nécessaire. Le collage s'effectue toujours facette par facette pour éviter des erreurs de positionnement. Le prothésiste doit tenir compte de l'empreinte des masques et de l'empreinte des facettes provisoires qui ont été validés en bouche pour régler le volume et la longueur des facettes de céramique. Sur cette patiente, un chips de céramique sans aucune préparation est collé sur l'encoche para-fonctionnelle de 12. Notez le rallongement et l'épaississement important de 11 par rapport à 21. Pour la préparation de la céramique au collage, un gel d'acide fluorhydrique à 5 % est utilisé (Ceramic Kit® d'Ivoclar) suivi de l'application d'un silane et d'une couche d'adhésif non polymérisé.

La maturation gingivale

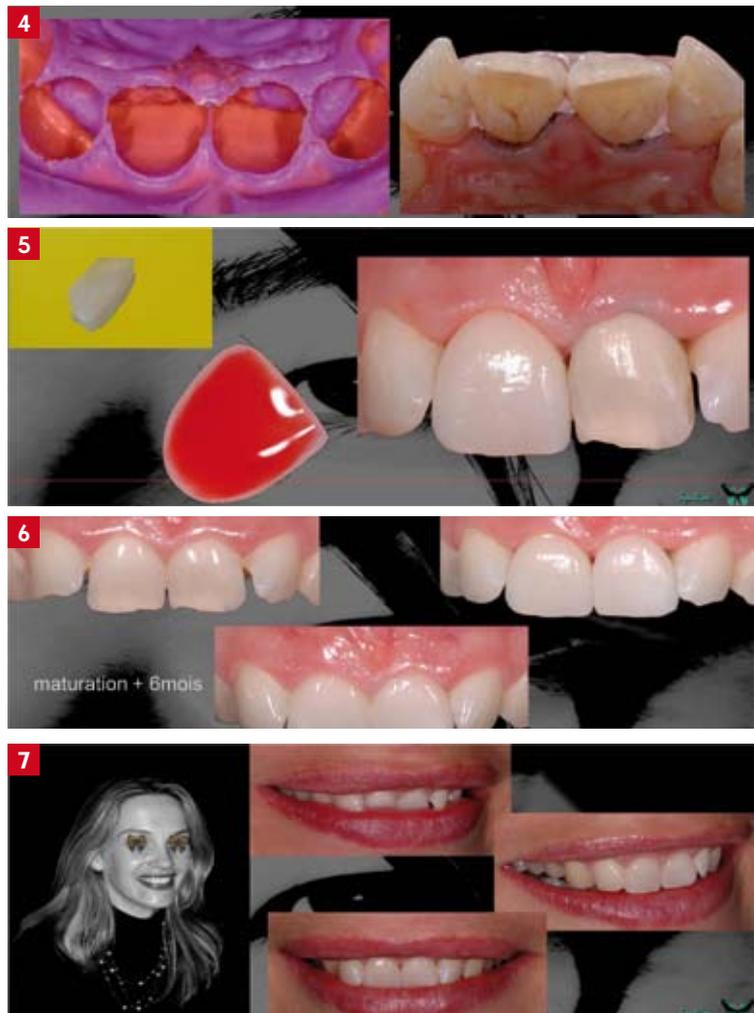
Dans la technique des facettes collées en surcontour axial, les embrasures cervicales deviennent plus profondes du fait de l'épaississement des dents. Au début peu esthétique, car déshabité par les papilles proximales, ces espaces sont rapidement comblés par l'épaississement gingival qui suit la mise en fonction et la déflexion alimentaire par les nouvelles morphologies coronaires. La figure 6 montre cette maturation gingivale à six mois qui rend indécélables les restaurations de céramique collées. La durabilité de l'état de surface glacé de la céramique (peu propice à l'accumulation de plaque bactérienne) est le garant d'une bonne biocompatibilité à long terme.

Le résultat final

Les changements dans l'harmonie du sourire sont parfaitement visibles sur ces photos pré et post-opératoires (Fig. 7). Ils portent sur plusieurs points. Tout d'abord, la verticalisation des incisives centrales projette le sourire en avant en accentuant la dominance de ces incisives dans la composition de l'arc dentaire antérieur. Le rallongement des dents (ici d'environ un millimètre) améliore la convexité de la ligne incisive qui suit mieux le contour de la lèvre. Enfin, la projection des deux incisives centrales repositionne le bord de la lèvre inférieure lors du sourire qui devient beaucoup plus harmonieux que dans la photographie initiale (Fig. 7 en haut au milieu) où le rebord de la lèvre était pincé dans les embrasures incisales de chevauchements. Les aspects d'usure et les altérations de teinte des dents initiales ont été masqués par les facettes de céramique collées en surépaisseur.

Conclusion

Les succès des indications de facettes collées sans préparation reposent sur l'analyse esthétique pré-prothétique qui



définit les objectifs à atteindre. La technique des masques de composite est incontournable : elle permet de prévisualiser le résultat final. L'acceptation par le patient et son entourage des modifications esthétiques importantes du sourire doit être acquise avant de commencer le traitement.

Les facettes sans préparation constituent un compromis esthétique qui doit être mis en balance avec les possibilités des traitements orthodontiques rapides de l'adulte en particulier avec l'apport des mini-vis orthodontiques. Ce type de traitement est particulièrement fiable, car le collage est totalement amélaire ; de plus, il ne perturbe pas la fonction, car les facettes pelliculaires sont réalisées sans retour palatin avec conservation des guidages naturels du patient. Ce type de traitement se situe totalement dans les concepts d'une nouvelle dentisterie moins mutilante, plus esthétique et bénéficiant des apports du collage. ◆

Fig. 4 : comblement des embrasures palatines pour la prise d'empreinte en technique double mélange

Fig. 5 : essai clinique de la facette sur 11 et du chips sur 12. La différence de volume est considérablement augmentée par rapport à 21 et 22. Acide fluorhydrique sous forme de gel rouge à 5 % (Ceramic Kit) commercialisé par Ivoclar Vivadent ou gel jaune à 9 % (Porcelain Etch) commercialisé par Ultradent.

Fig. 6 : état initial, état en fin de séance de collage et état après maturation de six mois. On observe une croissance papillaire dans les embrasures cervicales

Fig. 7 : Changements majeurs de l'expression du sourire de la patiente

Bibliographie

1. Calamia JR. Etched porcelain facial veneers: a new treatment modality based on scientific and clinical evidence. N.Y. J. Dent. 1983;(53):255.
2. Magne P and Douglas WH. Porcelaine veneers: Dentin bonding optimization and biomimetic recovery of the crown. Int J Prosthodont. 1999; (12):111-121.
3. Magne P, Belser U. Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures. Approche biomimétique. Quintessence International. 2003 ; 405pp.
4. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vuylsteke-Wauters M and Vanherle G. Five years clinical performance of porcelain veneers. Quintessence Int. 1998;(29):211-221.
5. Douglas WH. Additive contour of Porcelain veneers: a key element in enamel preservation, adhesion, and esthetics for aging dentition. J Adhes. Dent. 1999b;(1):81-92.

Eclaircissement : une technique pour rendre le sourire ?

A l'ère du tout « blanc » et des dents « blanches », les techniques d'éclaircissement représentent une étape non négligeable dans cette course frénétique vers le « beau ».

Dans le superbe livre de Magne et Belser, au chapitre 3, intitulé « modalités thérapeutiques ultraconservatrices », on peut lire la phrase suivante : « le choix doit d'abord se porter sur les protocoles les plus simples (traitements chimiques et composites directs) avant d'envisager des techniques plus sophistiquées (facettes et couronnes), en cas de nécessité absolue. La maîtrise de ces techniques et une sélection précise des indications permettent souvent d'éviter des traitements plus invasifs et donc tout risque d'atteinte de la biomécanique de la dent ».

Cette phrase, publiée dans un ouvrage de référence dans le monde de l'odontologie, est très révélatrice de la place du traitement des dyschromies dans l'ensemble de nos thérapeutiques esthétiques.

Pour répondre à la demande de nos patients, nous nous trouvons face à une pléthore de techniques : de la moins invasive aux plus agressives au regard des tissus dentaires, il est important de faire un choix précis afin de répondre le plus précisément possible à la demande de nos patients. La première question pour pouvoir traiter les dyschromies passe systématiquement par une progression dans notre plan de traitement : il faut essayer de répondre aux exigences de nos patients tout en essayant de leur maintenir le maximum de tissus dentaires. L'éclaircissement est donc une technique de choix pour le caractère minimaliste vis à vis de la conservation de l'organe dentaire.

Dans cette technique, si la mise en œuvre se révèle facile, les indications et contre-indications restent les éléments les plus difficiles à déterminer. A partir de quel moment peut-on réaliser un éclaircissement et quelles sont les limites de ces procédés ?

Le terme éclaircissement en lui-même explique parfaitement ce qu'il est possible d'attendre : transformer une structure foncée en une structure plus claire, après action d'un composé chimique. Il semble donc indispensable de partir d'une structure fortement colorée pour espérer avoir un résultat perceptible à l'œil humain. D'autre part, dans la notion de couleur (= teinte, saturation et luminosité), la composante « luminosité » est le facteur qui évolue le plus lors d'un éclaircissement. Sa définition nous semble claire : « quantité de lumière renvoyée par un support coloré vers notre œil » et pourtant nous avons souvent plus tendance à parler de la teinte, qui ne change pas avec ces techniques ! Le plus difficile reste d'expliquer cela à nos patients.

Autre point important : un éclaircissement doit être réalisé dans une bouche propre ! Autrement dit, aucun trai-

tement de blanchiment dentaire ne doit être effectué sans un bilan bucco-dentaire détaillé.

Indications – contre-indications

Si la technique de l'éclaircissement reste simple mais rigoureuse, elle repose essentiellement sur l'étiologie des différentes dyschromies.

Sans rentrer dans les détails, il semble important de retenir qu'une dyschromie de base jaune et uniforme reste le meilleur critère de succès de ces traitements. Inversement, une dyschromie hétérogène (ex : tétracyclines) représente une difficulté quant à la réussite, surtout au regard de notre patient. En effet, ce dernier attend du « blanc » du collet vers le bord libre et de l'incisive centrale jusqu'aux molaires. Or, éclaircir un support multicolore n'amènera en aucun cas à un support homogène.

Il en est de même pour les dents initiales de base grise : transformer un gris foncé en un gris clair reste encore trop loin du blanc pour nos patients.

Enfin, beaucoup de nos patients possédant des dents claires aimeraient les avoir encore plus « blanche », or, il est impossible de faire plus « blanc que blanc (!) »

Il faut retenir que la prise de décision repose essentiellement sur la pose d'une bonne indication.

Principes de l'éclaircissement : comprendre pour mieux traiter

La seule molécule capable d'éclaircir les dents est le peroxyde d'hydrogène (communément appelé eau oxygénée). Il s'agit d'une particule de faible poids moléculaire qui peut donc diffuser très facilement à travers les différentes structures de la dent. Les pigments colorés, que le peroxyde d'hydrogène rencontre, seront éclaircis sur son passage, à la seule condition que ces derniers soient d'origine organique. L'eau oxygénée n'a d'action que sur la fraction organique. L'émail, à majorité minérale, ne sera pas affecté par l'éclaircissement, alors que la dentine, pourra s'éclaircir sans problème. Il est important de connaître les deux principaux catalyseurs de l'eau oxygénée que sont la lumière et la chaleur.

L'ensemble des pigments pourront être complètement désaturés de manière à obtenir un éclaircissement mais lorsqu'ils sont tous oxydés, on atteint le point de saturation, point au delà duquel il n'est pas possible d'obtenir un meilleur résultat.

Eclaircissement sur dents dépulpées ou comment éliminer une « tache » disgracieuse !



Dr Eric BONNET

- Docteur en chirurgie dentaire
- Docteur de l'université Claude Bernard
- Ancien assistant de la faculté d'Odontologie de Lyon

L'esthétique sur le secteur antérieur n'est pas simplement liée au problème de la couleur de la dent, mais lorsqu'une seule dent est plus colorée que ses collatérales, on assiste à un phénomène très disgracieux que nombre de patients souhaitent changer.

L'étiologie de ces colorations est variée : endodontie incomplète, nécrose suite à un choc ou un traitement d'orthodontie trop rapide, hémorragie intracanalair, problème d'étanchéité de l'obturation coronaire. Toutes les origines de ces différentes colorations représentent de très bonnes indications pour un éclaircissement. Par contre, il existe des contre-indications : des reconstitutions trop volumineuses ne laissant en place que de l'émail, des fêlures en grand nombre et une dyschromie hétérogène sont autant de facteurs défavorables pour un éventuel traitement de blanchiment.

Le produit que nous allons utiliser ici, dans le cas des dents dépulées, est le perborate de sodium. Ce dernier, après être mélangé à du sérum physiologique, se dissociera et donnera de l'eau oxygénée.

La technique est simple mais rigoureuse : après avoir aménagé la cavité d'accès suite au traitement endodontique, on élimine environ 2mm de matériau d'obturation dans la partie coronaire de la racine. On réalise ensuite un bouchon (à base de ciment verre ionomère) qui a pour rôle de protéger la partie cervicale de la dent et empêcher une diffusion massive d'eau oxygénée au niveau du collet. On place ensuite le mélange perborate de sodium + eau dans la cavité. Il ne reste plus qu'à mettre une obturation étanche à l'entrée afin de s'assurer d'une parfaite stabilité de ce ciment provisoire en interséances. Le matériau utilisé ici peut être un eugénate à prise rapide ou alors un ciment verre ionomère. Quinze jours à 3 semaines après, on dépose l'obturation provisoire. Si l'éclaircissement est complètement obtenu, on nettoie la cavité, on pose un coton et un ciment provisoire. On ne réalisera l'obturation définitive à l'aide d'une résine composite qu'une semaine après la fin du traitement d'éclaircissement.

Si la teinte n'est pas obtenue en une séance, on renouvelle le mélange perborate de sodium + eau, qu'on laisse à nouveau en place pendant quinze jours.

En général, en une à deux séances, on obtient un bon résultat. Celui-ci dépend essentiellement de l'âge de la coloration.

Eclaircissement sur dents pulpées : un sourire de star !

Qui n'a pas rêvé d'avoir des dents « blanches » comme à la télé ! Les techniques d'éclaircissement sur dents pulpées font fantasmer plus d'une personne. Mais là encore, ces traitements ne prétendent pas répondre à l'ensemble des situations cliniques. Il faut donc connaître les indications et les limites de ce type de traitement.

Des colorations physiologiques (= dents jaunes), des tétracyclines faiblement marquées ou des fluoroses simples représentent les meilleures indications. A l'opposé, toutes les atteintes profondes de la structure dentaire (= amélogénèse ou dentinogénèse), des fluoroses opaques ou des

tétracyclines très marquées sont des contre-indications absolues de ce type de traitement (tout comme la femme enceinte). Entre ces deux limites, il existe des contre-indications relatives qui sont très importantes à connaître car ce sont elles qui vont représenter la frontière de ces traitements : des hypersensibilités initiales importantes, de nombreuses fissures, les enfants en dessous de 16 ans ou des reconstitutions non hermétiques nous obligeront à prendre une décision en faveur ou non du blanchiment.

Les produits utilisés, dans les techniques sur dents pulpées, sont soit du peroxyde d'hydrogène, soit du peroxyde de carbamide sous forme de gels. La différence entre les deux est représentée par le fait que le peroxyde de carbamide est trois fois moins concentré que le peroxyde d'hydrogène. L'action reste dans les deux cas une oxydation des molécules foncées pour les rendre plus claires.

Pour ce faire, il existe deux techniques à notre disposition : la technique ambulatoire et la technique au fauteuil. La différence entre les deux réside dans la concentration du produit et le temps de contact de ce produit avec la dent : pour l'ambulatoire, on utilise une technique longue avec des concentrations faibles et pour la technique au fauteuil, c'est l'inverse. Les deux prétendent arriver au même résultat.

La technique ambulatoire utilise classiquement les gouttières thermoformées (avec ou sans réservoirs) que le patient va appliquer quotidiennement, la nuit de préférence pendant quinze jours à 3 semaines (par arcade). Le temps d'application dépend bien entendu de l'intensité et de l'âge de la coloration initiale. La stabilité de ces traitements est de l'ordre de deux à trois ans.

La technique au fauteuil, quant à elle, parle d'elle-même : l'application d'un gel plus concentré, soumis à l'action des deux catalyseurs de l'eau oxygénée (lumière, chaleur). Le protocole consiste à utiliser un produit très concentré pendant une heure en moyenne, en renouvelant régulièrement le produit.

Dans le cas de ces techniques au fauteuil seul, on obtient un bon éclaircissement mais qui n'est pas stable dans le temps.

Donc, pour diminuer le temps de traitement, il nous semble indispensable de combiner les deux techniques, à savoir, on commence par une séance au fauteuil, puis celle-ci est immédiatement suivie par une semaine d'ambulatoire, dans le but de saturer la dent en eau oxygénée.

Effets secondaires : à bien connaître !

Le principal effet secondaire de ces produits de blanchiment est de créer d'éventuelles hypersensibilités. Ces sensibilités sont directement liées au temps de contact et à la concentration du produit. Pour réduire ce phénomène, les gels que nous utilisons contiennent des produits désensibilisants destinés à réduire ces cas de figure.

Conclusion

Beaucoup de dyschromies peuvent être traitées par une technique d'éclaircissement. La pose de l'indication

reste l'acte le plus précis et la technique de mise en œuvre est simple mais doit rester sous l'œil attentif du praticien pendant toute la durée du traitement. Parmi les informations données au patient, il nous semble indispensable de bien leur préciser que ces traitements sont « temporaires » : les dents perdent de leur luminosité au cours du temps et il faut réaliser un entretien régulier afin de maintenir ce caractère lumineux qui rend l'aspect du sourire si agréable.

L'éclaircissement n'a pas la prétention de traiter toutes les situations cliniques mais elle rend de très nombreux services au cours de nos plans de traitement, quand cet acte est judicieusement placé. ◆

Bibliographie

1. Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures : approche biomimétique. MAGNE P. BELSER U. Quintessence international.
2. Traitements des dyschromies en odontologie – MIARA P. MIARA A. Mémento 2006 - Editions CDP.
3. Les dyschromies dentaires : de l'éclaircissement aux facettes céramiques – FAUCHER A.J., PIGNOLY C., KOUBI G.F., BROUILLET J.L. Guides cliniques Editions CDP – 2001
4. Tooth whitening in esthetics dentistry – SO RAN KWON, SEOK HOON KOGREENWALL L.H. – Quintessence 2009
5. Tooth whitening : indications and outcomes of nightguard vital bleaching – Van B. Haywood - Quintessence 2007.
6. Techniques d'éclaircissement sur dents dépulpées. Eric BONNET - Le Fil Dentaire – N° 23 : 30-33 - Mai 2007.

ECLAIRCISSEMENT SUR DENTS DÉPULPÉES



Fig. 1a : situation initiale : patient de 28 ans. Choc sur les deux incisives centrales supérieures, qui ont été traitées endodontiquement, suite à une nécrose. On utilise ici le mélange perborate de sodium + eau.

Fig. 1b : résultat en fin de traitement après 2 séances de perborate de sodium (temps de traitement = 6 semaines).

ECLAIRCISSEMENT SUR DENTS PULPÉES



- Technique ambulatoire :

Fig. 2a : situation initiale - Patiente de 25 ans avec teinte de base jaune uniforme (B3 sur teintier Vita Classic). Le traitement instauré consiste à traiter les arcades en deux temps : le secteur maxillaire puis le secteur mandibulaire. On utilise du peroxyde de carbamide à 10% pour débiter le traitement et ensuite du 16% pour finir, s'il n'existe pas de sensibilités.

Fig. 2b : contrôle après 15 nuits de traitement ambulatoire : il n'y a pas photo !

Fig. 2c : contrôle en fin de traitement (soit 1 mois de traitement au total).



Technique au fauteuil

Technique Zoom (Discus Dental – Laboratoire Pierre Roland)

Fig. 3a : patient de 37 ans – teinte de base jaune uniforme (B3 sur teintier Vita Classic). On a utilisé une technique combinée. Dans un premier temps, on réalise une technique au fauteuil, ici avec la lampe Zoom (durée du traitement = 1h20), suivie immédiatement de 6 nuits d'ambulatoire (peroxyde de carbamide à 10%), afin de stabiliser le traitement. La préparation et l'isolation des dents sont des étapes primordiales pour garantir le succès de cette séance.

Fig. 3b : résultat en fin de traitement (fauteuil + ambulatoire) soit une semaine de traitement au total.



Technique White + (Meo Dental)

Fig. 4a : situation initiale – Patiente de 20 ans, qui trouve ses dents trop « jaunes ». On choisit ici une technique au fauteuil (White +) avec une technique qui entraîne apparemment peu de sensibilité, surtout chez les jeunes patients. La technologie White + utilise une lampe LED (avec 2 longueurs d'onde) permettant d'activer le gel de blanchiment posé sur la surface de la dent. La préparation de la bouche du patient est moins contraignante : une bonne isolation des tissus gingivaux suffit à la mise en place d'une telle séance.

Fig. 4b : Résultat en fin de traitement : (durée du traitement au fauteuil = 45'). On obtient un bon éclaircissement par rapport à la situation initiale.



WHITE+™

La solution de blanchiment dentaire au naturel

**Recommandé par
les meilleurs Professeurs
en chirurgie dentaire**



**Une seule application
suffit pour toute la durée
du traitement au fauteuil**



Agent actif écologique
pH neutre

Les avantages de WHITE+™

- + Agent actif exclusif stabilisé
- + Formule enrichie en Calcium, en Fluor et en Minéraux de la Mer Morte
- + Pas d'effets secondaires, très rares cas de sensibilités rapportés
- + Un gain de 8 teintes selon le cas clinique, en seulement 30 minutes
- + Des résultats durables

meodental

www.meodental.com

Tél. 09 88 77 60 46

Implant antérieur esthétique sur site extractionnel : principes et pratique

La tendance dans l'implantologie actuelle est de réaliser des chirurgies moins invasives, sans lambeau afin de perturber le moins possible la vascularisation et de planifier une mise en fonction rapide ou immédiate, avec des piliers adaptés pour assurer la stabilité des tissus osseux et muqueux. Mais est-ce toujours possible ?



Dr Bernard TOUATI

- Visiting Professor, Hadassah Faculty of Dental Medicine, Jerusalem
- Rédacteur en chef de « Practical Procedures and Aesthetic Dentistry » USA

L'implant antérieur est un vrai défi esthétique parce que chacun cherche à obtenir des résultats prévisibles proches des dents naturelles adjacentes. Si l'ostéointégration n'a pas de secret pour le praticien dans la plupart des cas, le résultat esthétique n'est pas toujours au rendez-vous. Les tissus péri-implantaires ne reproduisent pas toujours l'architecture, le volume, la couleur, la texture, ou encore les papilles interdentaires des tissus naturels adjacents. L'intégration de la nouvelle dent aux tissus gingivaux est essentielle pour qualifier le traitement de succès bio-esthétique et non pas de simple intégration fonctionnelle.

Le choix de l'implant, de son faux moignon et du type de couronne en céramique sont aussi des paramètres essentiels de la réussite, au même titre que la stratégie du plan de traitement.

La chirurgie implantaire dans le secteur antérieur nécessite aujourd'hui une approche moins invasive, plus biologique et plus esthétique. Poser un implant dans une alvéole extractionnelle est une technique qui, par principe, n'est pas invasive car nous allons profiter du site extractionnel. Mais dans les cas de biotype fin ou moyen, l'expérience montre que la préservation seule des tissus mous ne suffit pas et qu'il est nécessaire pour créer un environnement biologiquement stable, anatomique et esthétique de recourir à des traitements plus invasifs, comme les greffes.

Quels sont les facteurs déterminants à prendre en compte avant de réaliser une restauration esthétique dans le secteur antérieur dans le cas d'une extraction-implantation immédiate ?

Obtenir un résultat esthétique demande une analyse minutieuse du cas et de préparer celui-ci en amont, ainsi que la connaissance de plusieurs paramètres :

1. La cause de l'extraction (traumatique, infectieuse, iatrogène)
2. Le biotype tissulaire
 - Biotype fin - peu propice à la stabilité, os fin, des cas difficiles à gérer, complications en vue et régénération à prévoir dans 100 % des cas.
 - Biotype épais - bon pronostic.
3. Le type de l'alvéole
Eliau a établi une classification de l'alvéole (9)

- Classe 1** Tissus durs et mous suffisants, l'alvéole est intacte.
- Classe 2** Petite perte osseuse mais la gencive est au niveau normal.
- Classe 3** Perte osseuse et perte gingivale importantes.

D'après cette classification, Tarnow nous conseille de faire une extraction-implantation immédiate seulement dans les cas qui se situent en classe 1 et en classe 2 avec régénération osseuse de type « cornet de glace » par exemple.

Les examens nécessaires

- Examen clinique
- Anamnèse pour établir les antécédents (traumatisme, orthodontie, infections à répétitions, traitements iatrogènes etc...)
- Sondage autour de la dent pour déterminer si l'os buccal est intact, partiellement ou totalement manquant. Pour visualiser la perte osseuse, l'examen le plus important est le sondage avec la sonde parodontale afin de mesurer cette perte. Ce dernier nous informe sur la prévisibilité d'avoir des papilles et sur l'épaisseur des tissus mous. Si le pic osseux interdentaire est à plus de 4,5 mm du sommet papillaire, il sera très difficile de garder de vraies papilles interdentaires.

- Examens radiologiques
L'examen radiologique doit être souvent complété par le Cone Beam. L'avantage du Cone Beam est d'avoir des radiographies panoramiques et des coupes tomographiques 3D très précises afin de pouvoir établir le diagnostic. C'est un outil qui permet de visualiser les tissus osseux, les obstacles anatomiques, mais également les tissus mous.

Januario et son équipe brésilienne ont mis au point une technique qui nous permet de mesurer les dimensions de la gencive marginale en utilisant des écarteurs photographiques pour tenir les lèvres à distance des dents. Cette technique nous permet d'établir à l'avance le traitement le plus approprié (16).

Les facteurs qui influencent le remodelage des tissus durs et mous autour des implants (Tableau 1)

Pour le clinicien, le défi est de préserver ou de créer des tissus épais et stables autour de l'implant. Mais plusieurs facteurs anatomiques compliquent cette orientation.

Dans les années 90, on pensait que placer un implant dans une alvéole post extractionnelle allait neutraliser les tissus durs et provoquer une stabilité de l'alvéole (8). Mais dès 2004, Botticelli montre que la dimension vestibulo-linguale de la crête autour d'un implant en site extractionnel est considérablement diminuée après la pose d'un implant (4).

Maintenant, il y a un consensus selon lequel, même avec un implant, l'alvéole va subir des changements de forme. Donc, malgré le placement de l'implant, il y a des modifications osseuses et tissulaires qui vont intervenir dans le temps.

Dans l'alvéole intacte, il faut greffer un substitut osseux afin de maîtriser ou de limiter la résorption osseuse (12).

Chaque alvéole ne subit pas des modifications de même ampleur et à la même vitesse. Les patients avec un biotype fin montrent une récession plus grande, aussi bien verticale que horizontale. Evans et al ont trouvé 1 mm de récession pour les patients avec un biotype fin contre 0,7 mm pour les patients qui présentent un biotype épais (11).

Il n'est plus à démontrer que l'épaisseur des tissus joue un rôle crucial dans la stabilité ou le remodelage tissulaire (1) (2).

Récemment, Huynh-Ba et al ont montré que l'épaisseur de la paroi vestibulaire de l'alvéole est très fine. Ils ont trouvé que 97,6 % des incisives et canines maxillaires ont une paroi dont l'épaisseur mesure moins de 2 mm (15). Par conséquent, l'implantation dans une zone antérieure est très difficile en site extractionnel.

De plus, l'os vestibulaire est un os « ligamentaire » dont la survie dépend étroitement de la stimulation fonctionnelle du ligament parodontal et de sa vascularisation implicite ; la perte de la stimulation mène au remodelage. Radiologiquement, nous pouvons voir que même si la paroi osseuse est très fine, en denture naturelle la gencive reste en place parce que les faisceaux de fibres de collagène jouent leur rôle de stimulation fonctionnelle.

En lingual, c'est un os lamellaire et nous allons généralement observer une moindre résorption osseuse.

Après une extraction, le caillot sanguin qui contient les facteurs de croissance commence à se former. Il se transforme en 8 semaines et s'accompagne d'une résorption osseuse des parois vestibulaires et linguales. Le positionnement immédiat de l'implant et le comblement de l'alvéole avec un substitut osseux

TABLEAU 1

ANATOMIE	Biotype tissulaire Épaisseur des tables osseuses Épaisseur des tissus mous Le manque de gencive attachée
CHIRURGIE	Technique d'extraction Chirurgie traumatique : avec lambeau, dessèchement de l'alvéole, évasement de l'os, compression de l'os Positionnement 3D de l'implant Grefe des tissus mous
IMPLANT	Design de l'implant (macrospires, microspires), Platform-Switching Dimensions du col Surface (propriétés) Type de connexion
PROTHESE	Moignon provisoire et final : biomatériau, design, surface, type de connexion Connecter et déconnecter plusieurs fois le moignon Prothèse provisoire et définitive : profil d'émergence Restauration anatomique Excès et rétention de ciment Surcharge occlusale
PATIENT DEPENDANT	Hygiène et maintenance Tabac

aident à prévenir cette résorption. En ce qui concerne la régénération osseuse, le caillot sanguin seul certes est suffisant mais pas en mesure de bloquer le remodelage tissulaire (17).

Arbre décisionnel pour l'extraction-implantation immédiate dans une zone antérieure

En fonction du biotype gingival :

LE BIOTYPE FIN	Grefe de conjonctif enfoui et implantation immédiate
LE BIOTYPE ÉPAIS	Favorable, ne nécessite pas de greffe, implantation immédiate

En fonction de l'alvéole :

L'ALVÉOLE COMPROMISE AVEC UNE PERTE OSSEUSE IMPORTANTE	Régénération de l'alvéole avec une technique ROG et implantation retardée de 3-4 mois
L'ALVÉOLE INTACTE	Implantation immédiate et comblement avec un substitut osseux (BioOss® Geistlich)

La position idéale de l'implant dans l'alvéole post extractionnelle

1. L'implant doit être positionné plutôt aux dépens de la paroi linguale afin de préserver la paroi vestibulaire. Idéalement, la table vestibulaire doit avoir au minimum 2 mm d'épaisseur (19).

Mais il a été démontré récemment que seulement 2,4 % des cas antérieurs maxillaires remplissent cette condition. Le gap vestibulaire (1-1,5 mm) sera rempli avec du BioOss® dans 100 % des cas (12). L'implant ne doit pas avoir un diamètre trop important pour ne pas remplir entièrement l'alvéole dans sa partie coronaire (3). Pendant la chirurgie, il est interdit d'utiliser des fraises d'évasement.

2. Il ne faut pas poser l'implant très profondément : au maximum 1mm en dessous de la crête osseuse avec un col rugueux et 3 mm en dessous du rebord gingival, pour rétablir le joint biologique (6).
3. Le gap horizontal entre l'implant et les parois de l'alvéole est généralement de 1 à 2 mm. Proximement, il y a une distance obligatoire à respecter de min 1,5 mm entre l'implant et la dent adjacente (10). Laisser cet espace évite de porter atteinte au pic interdentaire et va permettre de récupérer des papilles interdentaires pyramidales.

Il est très important de faire un sondage avec une sonde parodontale pour voir où se trouvent l'os sous-jacent et le pic osseux interdentaire. S'il est trop éloigné (voir la charte de Tarnow et Samama par exemple), nous n'allons pas obtenir de papilles, ou seulement très peu. Il est essentiel d'en informer le patient avant de commencer le traitement.

Si la stabilité de l'implant n'est pas suffisante au moment de la chirurgie (moins de 35 N), il est nécessaire de procéder au comblement de l'alvéole, mettre un bridge provisoire collé aux dents adjacentes et différer l'implantation de 3-4 mois.

Parmi les techniques de comblement de l'alvéole, la technique du « cornet de glace » de Tarnow est très intéressante pour régénérer l'alvéole. Il faut tapisser l'alvéole avec une membrane résorbable et remplir celle-ci avec du BioOss® ou toute autre xéno greffe. Suture ensuite un greffon conjonctif au dessus de l'alvéole et attendre 4 mois.

Dans certains cas, nous pouvons utiliser les matrices collagéniques (Alloderme®, Mucograft®, PRF) pour fermer l'alvéole. L'intérêt de ces membranes est incontestable car la chirurgie est moins invasive. Mais il n'y a pas encore d'étude à long terme sur ces substituts muqueux.

La partie prothétique est tout aussi importante pour obtenir un résultat bio-esthétique optimal.

Le choix des moignons et des couronnes (provisaires et définitives) est très important en termes de biocompatibilité, forme et couleur.

Le pilier Curvy® en titane et en zircone présente une concavité transmuqueuse qui a pour rôle de développer une meilleure esthétique et une meilleure épaisseur au niveau des tissus mous (17). L'avantage de ce pilier est l'augmentation de l'interface entre les tissus mous et le moignon. Le conjonctif va créer un joint torique en s'épaississant et sera immobilisé

dans cette zone. Par contre, il faut faire très attention lors du scellement de la couronne à ne pas envoyer de ciment dans cet espace (par exemple en mettant un cordonnet rétracteur avant de sceller).

La forme de ce pilier a le même effet que le Platform Switching dont l'intérêt n'est plus à démontrer (7).

Nous n'avons pas beaucoup de recul avec la zircone mais les résultats à court terme sont très encourageants et du point de vue esthétique, elle apporte énormément d'avantages en zone antérieure (22). De plus, dans le monde scientifique, il est bien reconnu aujourd'hui que l'oxyde de zirconium est biocompatible et retient très peu la plaque bactérienne (13 et 14). De plus, la cicatrisation est plus rapide qu'autour du titane.

Il faut éviter l'utilisation des moignons provisoires en plastique ou en résine car ils ne sont pas biocompatibles et les cellules épithéliales ne vont pas adhérer à ce matériau. Au contraire, elles vont migrer plus apicalement vers le col de l'implant, qui est en titane, où elles adhéreront grâce aux protéines adhésives des hemidesmosomes.

Quand la situation clinique le permet, on installe le moignon immédiatement car l'avantage de connecter le faux moignon tout de suite est d'éviter de manipuler plusieurs fois les tissus mous et de perturber la barrière muqueuse.

Le faux moignon doit présenter une base concave en transmuqueux et non pas un grand évasement qui comprime la gencive. Il faut vernir les dents provisoires, sous-dimensionner la zone sous-muqueuse et vérifier que ce profil enfoui n'est pas traumatique.

Par ailleurs, il faut éviter les contacts occlusaux statiques et dynamiques sur la prothèse provisoire.

Pour éviter l'affaissement des tissus mous, la couronne provisoire doit donner un support aux tissus mous au niveau de la muqueuse marginale et aux papilles, mais le rapport est très subtil :

- ne pas la comprimer car il va y avoir une récession

- ne pas rester à distance car elle va s'invaginer.

Dans sa zone enfouie, la dent provisoire doit être sous-dimensionnée pour guider la croissance du tissu conjonctif. Pendant 3-4 mois, le temps de l'ostéointégration, il va y avoir une prolifération de tissu, obtenue par une technique non invasive. Nous allons guider la croissance conjonctive afin d'obtenir un tissu mou d'une belle épaisseur et bloquée dans la concavité du moignon.

La dent finale possède la forme d'une poire sous-dimensionnée en transmuqueux. Elle peut être monobloc, transvissée dans certains cas.

Conclusion

Avec les restaurations implanto-portées, nous souhaitons obtenir les mêmes résultats qu'avec les dents naturelles, et ce sont des résultats que les

patients exigeants et informés attendent de plus en plus de leur praticien. C'est élégant de remplacer immédiatement la dent manquante, surtout au secteur antérieur. L'idéal est de poser un implant tout de suite après l'extraction de la dent et de mettre une prothèse provisoire par dessus mais il faut analyser au cas par cas et surtout anticiper avant le début du traitement chirurgical proprement dit.

On simule alors ce dernier sur le modèle de laboratoire et un guide chirurgical avancé permettra de placer l'implant dans une position prévue et de connecter un moignon zircone personnalisé, immédiatement.

Le travail d'anticipation et de planification est primordial : en grande partie, le résultat esthétique en dépend, autant que de l'aménagement tissulaire et de la régénération osseuse. ♦

Bibliographie

1. Touati B, Etienne J-M, Van Dooren E. Esthetic intégration of digital-ceramic restorations. Montage Media publishing, 2008
2. Touati B, blog: bernardtouati.wordpress.com
3. Araujo M, Sukekava F, Wennström J, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. Journal of Clinical Periodontology. 2005;32:645-652.
4. Botticelli D, Berglundh T, Lindhe J. Hard-tissue alterations following immediate placement in extraction sites. Journal of Clinical Periodontology. 2004;31:820-828.
5. Buser D, Halbritter S, Hart C, Bornstein MM, Grütter L, Chappuis V, Belsler UC. Early implant placement with simultaneous guided bone regeneration following single-tooth extraction in the esthetic zone: 12-month results of a prospective study with 20 consecutive patients. J Periodontol. 2009 Jan;80(1):152-62.
6. Caneva M, Salata LA, Scombatti de Souza S et al. Influence of positioning in extraction sockets on osseointegration. Histomorphometric analyses in dogs. Clin Oral Implant Res. 2010;21:43-49.
7. Canullo L, Fedele GR, Iannello G, Jepsen S. Platform switching and marginal bone-level alterations : the results of a randomized-controlled trial. Clin Oral Implants Res. 2010 Jan ; 21(1) : 115-21
8. Denissen et al, 1993 IJOMI, Watzek et al 1995, IJOMI
9. Elian N, Cho SC, Froum S et al. A simplified socket classification and repair technique. Pract Proced Aesthet Dent.2007;19(2):99-104
10. Esposito M, Ekstedt A, Grondahl K. Radiological evaluation of mar-

ginal bone loss at tooth surfaces facing single Branemark implants. Clin Oral Implants Res 1993 ; 4 : 151 - 157

11. Evans CD, Chen S. Esthetic outcomes of immediate implant placements. Clinical Oral Implants Research. 2008;19:73-80.
12. Ferrus J, Cecchinato D, Pjetursson EB et al. Factors influencing ridge alterations following immediate implant placement into extraction sockets. Clin Oral Implants Res.2010;21(1):22-29.
13. Glauser R, Sailer I, Wohlwend A, Studer S, Schibli M, Schärer P. Experimental zirconia abutments for implant-supported single-tooth restorations in esthetically demanding regions: 4-year results of a prospective clinical study. Int J Prosthodont. 2004 May-Jun;17(3):285-90.
14. Glauser et al. Zirconia Abutments reliable and biocompatible to hard and soft tissues I. J. P. May/ June 2004
15. Huynh-Ba G, Pjetursson BE, Sanz M et al. Analysis of the socket bone wall dimensions in the upper maxilla in relation to immediate implant placement. Clin Oral Implants Res.2010;21(1):37-42.
16. Januario A. et al. Soft tissue cone beam computed tomography : a novel method for the measurement of gingival tissue and the dimensions of the dentogingival unit. J Esthet Restor Dent 20 ; 366-74, 2008
17. Rompen E, Raepsaet N, Domken O, Touati B, Van Dooren E. Soft tissue stability at the facial aspect of gingivally converging abutments in the esthetic zone: a pilot clinical study. J Prosthet Dent. 2007 Jun;97(6 Suppl):S119-25.
18. Sanz M, Cecchinato D, Ferrus J et al. A prospective, randomized-controlled clinical trial to evaluate bone preservation using implants with different geometry placed into extraction sockets in the maxilla. Clin Oral Implants Res.2010;21(1):13-21.
19. Spray et al, 2000
20. Tarnow D, Elian N, Fletcher P, Froum S, Magner A, Cho SC, Salama M, Salama H, Garber DA. Vertical distance from the crest of bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. J Periodontol. 2003 Dec;74(12):1785-8.
21. Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest. J Periodontol. 2000 Apr;71(4):546-9.
22. Vagkopoulou T, Koutayas SO, Koidis P, Strub JR. Zirconia in Dentistry : Part 1. Discovering the nature of an upcoming bioceramic. Eur J Esthet Dent. 2009 Summer ; 4 (2) : 130 - 51. Review.

PROPOS RECUEILLIS PAR



Dr Adriana AGACHI
D.U. de journalisme médical

CAS CLINIQUE



Fig. 1 : Patiente d'une cinquantaine d'années. 4 Facettes céramique sont collées sur les 4 incisives.



Fig. 2 : 11 ans après, des douleurs et une fistule apparaissent sur l'incisive supérieure gauche.



Fig. 3 : La dent est extraite et l'alvéole montre une importante perte de la table osseuse externe.



Fig. 4 : À la suite de la rotation de la 31, de multiples traumatismes ont occasionné. Une résorption externe très étendue de la racine.

Fig. 5 : Une régénération osseuse guidée (technique du « cornet de glace » de Tarow) est entreprise avec Bio Oss et Bio Guide (Geistlich)

Fig. 6 : La dent naturelle est collée aux adjacentes, sa racine transformée en « ovate » pontique (Bio-Oss et provisoire F. Herszenfis) photo prise 7 jours après l'extraction.



Fig. 7 : Après 4 mois, et sans levée de lambeau pour ne pas perturber la vascularisation, un implant (Nobel Biocare) est placé en respectant les recommandations de position 3D.

Fig. 8 : La racine de la dent « pontique » est modifiée pour la sous-dimensionner en créant une concavité vestibulaire sous muqueuse ; cette dernière est dé-épithérialisée.



Fig. 9 : Après 3 mois, sans technique invasive, le tissu conjonctif s'est épaissi, et le niveau de la muqueuse marginale a clairement évolué en direction coronaire.

Fig. 10 : Le pontique ovulaire a ménagé une niche muqueuse qui s'est épithérialisée et aux dépens de laquelle le plateau de l'implant sera délicatement exposé avec une mini-incision.



Fig. 11 : La dent monobloc en Zirconie, transvissée, (Procera Nobel Biocare) issue d'un procédé CFAO présente une forme « biologique », sous-dimensionnée au niveau sous-muqueux et soutenant la muqueuse marginale et les papilles juste à l'endroit nécessaire à l'esthétique.

Fig. 12 : Photographie le jour du vissage... pas de ciment à nettoyer... et pas de risque d'en oublier.



Fig. 13 : La radiographie de contrôle à 12 mois

Fig. 14 : La photographie de contrôle à 12 mois, à comparer avec celle prise 12 ans auparavant alors que la dent naturelle était porteuse d'une facette (image 1) : la stabilité de la gencive est évidente, sans greffe invasive.

Vendredi 17 Septembre 2010 - 20h00

*L'excellence des composites
à votre portée*

Roberto
ESPRESSO

Maison de la RATP 189, Rue de Bercy - Paris



Soirée conférence exceptionnelle

animée par Michel Degrange



ACADÉMIE DE DENTISTERIE ADHÉSIVE

renseignements & inscriptions
addaidf.free.fr
06 66 20 03 68

L'orthodontie par **mini-vis** : au service des **objectifs esthétiques**

Les critères esthétiques en orthodontie

Evaluation esthétique

L'« art du sourire » repose sur l'habileté du clinicien à repérer les éléments de beauté positifs chez chaque patient et à créer des stratégies pour améliorer les attributs qui ne sont pas conformes aux concepts esthétiques admis. Les tendances diagnostiques actuelles, tout en prenant toujours en compte les aspects squelettiques, fonctionnels et occlusaux, mettent l'accent sur les rapports des tissus mous et l'esthétique faciale [1, 5], reconnaissant l'influence de cette dernière sur la qualité de vie du patient et mettant les considérations fonctionnelles et esthétiques sur un pied d'égalité.

Deux aspects anatomiques du sourire doivent être pris en compte pour prévoir les besoins de traitement [9]. Le premier, le « cadre », comprend les structures faciales environnantes. Son examen inclura la symétrie ou asymétrie faciale globale, le plan des yeux, la position du nez et du menton, la position des lèvres lorsque le patient sourit et le degré d'exposition des incisives avec les lèvres en position de repos, la symétrie et distance inter-commisurale.

Selon Burstone [2], la position fonctionnelle la plus importante pour orienter notre stratégie thérapeutique est la position lèvres au repos.

Le deuxième aspect, l'« infrastructure » du sourire, peut se décomposer en éléments qui seront évalués séparément puis regroupés, à l'instar d'une image composite : le biotype gingival, les dents antérieures, la hauteur de gencive attachée et son éventuelle exposition lors du sourire, les papilles interdentaires et l'harmonie des collets.

L'esthétique faciale ne doit plus être considérée uniquement de façon statique mais également dynamique [6] : un court enregistrement vidéo standardisé dans lequel le patient parle et sourit apporte de nombreuses informations.

L'analyse du sourire, traditionnellement effectuée en vue frontale, gagne à être étendue à l'aide d'une vue de profil. La dimension sagittale permet d'ajouter à notre analyse les notions de surplomb et de version des incisives [7, 8], révélant le schéma squelettique sous-jacent et les compensations dentaires associées.

Objectifs esthétiques

Les objectifs esthétiques de fin de traitement sont l'harmonie des différents étages de la face, celle du profil ainsi que l'esthétique du sourire tant par le rapport dento-labial que par le jeu des lèvres et de la mus-

culature oro-faciale dans l'expression de la face.

Ils doivent par conséquent prendre en compte l'âge du patient et donc la croissance résiduelle des tissus mous et des structures osseuses sous-jacentes. Mais également la forme des dents, leur volume ainsi que l'aspect général de la gencive. De profil, une attention toute particulière sera portée à l'angle naso-labial et à la position du menton.

Avec l'avancée en âge du patient et l'affaissement inévitable des tissus mous, la lèvre supérieure s'allonge et les incisives maxillaires sont de moins en moins visibles, au repos comme lors du sourire. A l'opposé, les incisives mandibulaires sont souvent plus visibles que leurs antagonistes chez les personnes âgées [3, 10]. Cette dimension temporelle doit être prise en compte afin d'adapter notre stratégie et d'améliorer les résultats sur le long terme. Un léger sourire gingival découvrant 1 à 2 mm de gencive doit donc être considéré comme un compromis acceptable ; selon Proffit [11] « il est généralement préférable de découvrir un peu de gencive lors du sourire que trop peu de couronnes dentaires lors de la parole ».

La tendance actuelle à l'expansion des secteurs latéraux favorise une réduction des triangles noirs latéraux au niveau du corridor buccal ainsi qu'un sourire plein [4].

Les limites de l'orthodontie traditionnelle

Défiance de contrôle de la dimension verticale

Le profil à risque

De tous les problèmes auxquels nous sommes confrontés, les anomalies de la dimension verticale, qu'elles touchent l'enfant en croissance ou l'adulte, offrent encore une grande difficulté qu'il s'agisse du traitement proprement dit ou du maintien de ses résultats.

Le terme « contrôle » de la dimension verticale, toujours évoqué dans la littérature orthodontique est très révélateur de l'absence de thérapeutique propre du sens vertical malgré une recherche constante au fil des décennies.

Chez l'enfant et l'adolescent, l'harmonie des étages de la face est conditionnée essentiellement par la direction de croissance et l'harmonie du rapport des hauteurs faciales antérieure et postérieure. La dimension verticale est déterminée par l'équilibre entre les facteurs qui affectent la hauteur faciale postérieure et la hauteur faciale antérieure.

Ces différences dans le développement vertical conduisent à des modifications de la position mandibulaire influençant l'intégration du menton dans le profil.



Dr Caroline CAZENAIVE

■ A CECSMO.
Assistant hospitalo-universitaire
Bordeaux II
Praticien libéral
BRIVE



Dr François DARQUE

■ AM.C.U PH
Université Bordeaux II
Praticien Libéral
BORDEAUX

Dr Sylvain GILLET

■ Etudiant Doctorant
en chirurgie dentaire



L'orthodontie traditionnelle montre ses limites dans l'amélioration faciale des patients présentant un excès vertical de l'étage inférieur. Ceci en raison de la très grande difficulté à maintenir un ancrage vertical au niveau molaire. En effet, la plupart de nos mécaniques sont égressives. En l'absence de contrôle vertical par la musculature masticatrice ou de croissance condylienne et ramale compensatrice, toute égression molaire aura pour conséquence une augmentation irréversible de l'étage inférieur de la face.

La croissance condylienne ne peut être optimale sur l'esthétique que si elle n'est pas annihilée par une égression molaire

L'avancée du pogonion au sein du schéma facial est favorisée par la rotation antérieure mandibulaire. Les moyens conventionnels sont constitués par les arcs trans-palatin et palato-respiratoire, les forces directionnelles et forces extra-orales hautes. Une ingression molaire relative peut être observée par l'utilisation de ressorts ou d'aimants placés entre molaires maxillaires et mandibulaires.

Les minivis d'ancrage permettent aujourd'hui d'agir concrètement sur la dimension verticale en cherchant une fermeture du compas mandibulaire par diminution de la hauteur alvéolaire postérieure et ingression molaire.

L'orthodontiste ne subit plus le devenir des secteurs latéraux et postérieurs

L'ingression molaire active permet de corriger des béances antérieures et étendues aux secteurs latéraux, par autorotation mandibulaire antérieure. L'ingression par minivis évite donc le préjudice parodontal et esthétique sur le secteur antérieur lié aux traitements habituels par égression antérieure. De plus, elle repousse les limites orthodontie-chirurgie.

Le sourire

La correction d'un sourire dento-gingival est l'un des objectifs les plus délicats pour l'orthodontiste. Il peut

être rencontré dans diverses situations mais est particulièrement marqué dans les classes II division 2.

Le mouvement d'ingression est le plus difficile à obtenir. Il en découle qu'il nécessite des forces élevées pour l'obtenir et bien souvent l'ingression incisive se traduit par une égression molaire conséquente et définitive. Si celle-ci peut être recherchée pour la correction d'une supraclusion incisive, elle devient problématique si le patient est hyperdivergent et présente un sourire gingival.

Chez l'adolescent la correction de la supraclusion pourra se faire par un mouvement combiné d'ingression incisive et d'égression molaire, sans préjudice sur l'équilibre esthétique des étages de la face tant que la croissance condylienne et ramale peut compenser l'égression molaire. A ces fins, on pourra utiliser des arc de base, des plans rétro-incisifs...

Chez l'adulte, toute égression molaire est à éviter. D'une part, parce qu'elle ne pourra être compensée par la croissance et sera préjudiciable chez l'hyperdivergent, d'autre part, elle sera instable chez l'hypodivergent eu égard aux forces masticatrices. L'ingression incisive sera donc recherchée chez l'adulte. Elle est plus facile à obtenir au niveau de l'incisive inférieure mais plus délicate à obtenir au maxillaire. La correction d'un sourire gingival était jusque-là le champ de la chirurgie par impaction maxillaire antérieure.

Vers de nouveaux objectifs faciaux avec les minivis

Optimiser l'esthétique faciale

Il existe une très grande cohérence mécanique dans les cas de classe II biproalvéolie associés à une hyperdivergence. Chez cette patiente, la mise en place de deux mini-vis au maxillaire entre 5 et 6 associées à des crochets antérieurs courts a permis la rétraction incisive et l'ingression molaire. Deux mini-vis mandibulaires ont favorisé le contrôle vertical à la mandibule. Le FMA a diminué de 2° (Fig. 1 à 5).

Le résultat esthétique pour cette patiente est en rapport avec la rotation antérieure mandibulaire conjointement au repositionnement incisif. Le contour des lèvres s'est harmonisé au sein du profil sous naso-mentonnier sans avoir à faire appel à une chirurgie.

Corriger la situation du sourire

Les mini-vis placées antérieurement entre les in-

cisives centrales ou entre centrale et latérale permettent de réaliser une ingression pure du secteur antérieur et de potentialiser le torque antérieur sans avoir à faire appel à des accessoires supplémentaires.

Cette patiente présentant une classe II division 2 sévère a pu ainsi retrouver un sourire denté (Fig. 6 et 7).

L'ingression incisive peut également favoriser la réalisation de couronnes antérieures améliorant la ligne des collets, l'exposition de la face vestibulaire des incisives, pour une meilleure esthétique du sourire. Pour cette patiente, la correction de la supraclusion a permis la réalisation de nouvelles couronnes et a remis en question la nécessité d'une chirurgie bimaxillaire pour la correction de sa classe II division 2 (Fig. 8 et 9).

Il est également possible de corriger des bascules frontales antérieures du plan d'occlusion en plaçant une mini-vis en distal des latérales ou des canines du côté à ingresser.

Conclusion

Les mini-vis d'ancrage offrent aujourd'hui la possibilité de repousser nos objectifs esthétiques et fa-

ciaux. Les objectifs thérapeutiques et esthétiques ne sont plus guidés par des impératifs liés aux possibilités mécaniques. C'est la mécanique orthodontique qui est désormais au service de nos objectifs faciaux, esthétiques et occlusaux. ◆

Bibliographie

1. Ackerman, J.L., W.R. Proffit, and D.M. Sarver, The Emerging Soft Tissue Paradigm in Orthodontic Diagnosis and Treatment Planning. *Clin Orthod Res*, 1999. 2(2): p. 49-52.
2. Burstone, C.J., Charles J. Burstone, Dds, Ms. Part 1 Facial Esthetics. Interview by Ravindra Nanda. *J Clin Orthod*, 2007. 41(2): p. 79-87; quiz 71.
3. Desai, S., M. Upadhyay, and R. Nanda, Dynamic Smile Analysis: Changes with Age. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2009. 136(3): p. 310 e1-10; discussion 310-1.
4. Romano, R., Simple Techniques for Optimal Smile Modification. *J Calif Dent Assoc*, 2008. 36(5): p. 345-6, 348, 350-2.
5. Sarver, D.M. and J.L. Ackerman, Orthodontics About Face: The Re-Emergence of the Esthetic Paradigm. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2000. 117(5): p. 575-576.
6. Sarver, D.M. and M.B. Ackerman, Dynamic Smile Visualization and Quantification: Part 1. Evolution of the Concept and Dynamic Records for Smile Capture. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2003. 124(1): p. 4-12.
7. Sarver, D.M. and M.B. Ackerman, Dynamic Smile Visualization and Quantification: Part 2. Smile Analysis and Treatment Strategies. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2003. 124(2): p. 116-127.
8. Spear, F.M., V.G. Kokich, and D.P. Mathews, Interdisciplinary Management of Anterior Dental Esthetics. *J Am Dent Assoc*, 2006. 137(2): p. 160-169.





Technique de maquillage : **la technique BOB**

Par le Dr JF Lasserre groupe Symbiose



Fondamentaux

La réalisation d'une prothèse provisoire est indispensable dans tous les cas de restaurations antérieures ou postérieures, par facettes ou couronnes. Au-delà d'un modèle morpho-fonctionnel pour le prothésiste, la réussite de la couleur du provisoire a un impact psychologique positif sur le patient dans le cadre d'une restauration esthétique. La technique BOB est accessible en omnipratique, de réalisation rapide, grâce à la simplification des pigments utilisés. Elle permet un maquillage qui va résister en bouche 3 semaines et peut être facilement repris si la temporisation est longue.

Etapas cliniques		Instrumentation	
Préalable : empreinte alginate des dents avant préparation ou des masques réalisés en bouche, préparation définitive des dents, demande de réalisation de coques provisoires au laboratoire après décortication à minima.			
	Coque réalisée au laboratoire en teinte claire 1M1 (ou B1)		Résine Ivoclar : Ivocron®
	Rebasage, ébarbage et finition : à l'aide d'une résine Unifast III GC teinte claire autopolymérisable		GC UNIFAST III Teinte A1 Poudre : 002657 Liquide : 002651
	Polissage : à la ponce, ne pas utiliser le pain de cire de brillantage		
	B Maquillage des zones proximales en Brun foncé, à l'aide d'un pinceau - Estomper au doigt - Photopolymérisation flash		Tetric Color d'Ivoclar : Brun (Gradia Intensive Color® photo de GC : IC5)
	O Maquillage des zones cervicales ou des sillons occlusaux en Ocre, à l'aide d'un pinceau - Estomper au doigt - Photopolymérisation flash		Tetric Color d'Ivoclar : Ocre (Gradia Intensive Color® photo de GC : IC3)
	B Caractérisations (nuages, tâches d'hypominéralisation, striations) ou réglage de luminosité par glaçage à l'aide du blanc opaque - Photopolymérisation flash		Tetric Color d'Ivoclar : Blanc (Gradia Intensive Color® photo de GC : IC9)
	Glaçage avec une glasure composite, étalée en fine couche photopolymérisée. Elle permet de fixer les pigments.		Biscover LV de Bisico : BC 826 (Optiglaze® photo de GC)
	Assemblage à l'aide d'un ciment non coloré, non blanc opaque qui altérerait la teinte et mis en quantité minimum dans l'intrados.		GC Fuji PLUS : (teinte A3) 001418

Astuce & tour de main	Testez-vous
<p>Le pinceau artistique poils nylon, pointe fine</p> <p>Il permet de réaliser des dégradés de couleur et de déposer finement les caractérisations. Nettoyage du pinceau à l'aide d'alcool qui solubilise les composites. (usage unique pour le patient)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Les prothèses provisoires sont réalisées : <ul style="list-style-type: none"> ● A. uniquement dans les secteurs antérieurs ● B. uniquement pour les préparations sous gingivales ● C. dans tous les cas de prothèses fixes La technique BOB signifie : <ul style="list-style-type: none"> ● A. Bonne Occlusion Bilatérale ● B. Brun Ocre Blanc ● C. Bleu Orange Blanc Dans la technique BOB, la coque demandée au laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> ● A. a la teinte des dents du patient ● B. est systématiquement de teinte claire 1M1 ● C. présente un dégradé cervical

La muqueuse **péri-implantaire**



Dr Laurent CLAUDE

■ Formateur
Génération Implant



Dr Jean-Michel PONS-MOURREOU

■ Formateur
Génération Implant



Dr Jean-François RUSSON

■ Formateur
Génération Implant

L'ostéointégration d'implants n'est plus le but ultime en chirurgie implantaire. Le challenge du praticien aujourd'hui est d'obtenir une muqueuse péri-implantaire qui ressemble à la gencive des dents naturelles. Sa qualité et sa quantité seront gages d'esthétique, mais aussi de protection des structures sous-jacentes et du maintien aisé du contrôle de plaque.

Similitudes et différences entre tissus mous péri-implantaires et tissus mous parodontaux (D'après SCLAR)

Similitudes

- Épithélium buccal (1)
- Épithélium sulculaire (2)
- Épithélium de jonction (3)

Différences

- Absence d'attache conjonctive (4)
- Zone de tissu conjonctif hypocellulaire et hypovasculaire (5)
- Absence de desmodonte (6)

Les tissus mous péri-implantaires sont donc moins résistants que la gencive. Une hauteur minimale de muqueuse péri-implantaire est nécessaire pour assurer protection et pérennité des reconstructions prothétiques.

Classification

Afin de restaurer les tissus péri-implantaires à l'aide de la technique adaptée, il convient d'identifier les différents types d'architecture et de défauts :

- gencive fine et festonnée
- gencive rectiligne et épaisse.

Cette architecture est déterminée par :

- l'anatomie des dents (largeur des faces proximales et dessin des JAC)
- la position et la taille des surfaces de contacts inter dentaires.

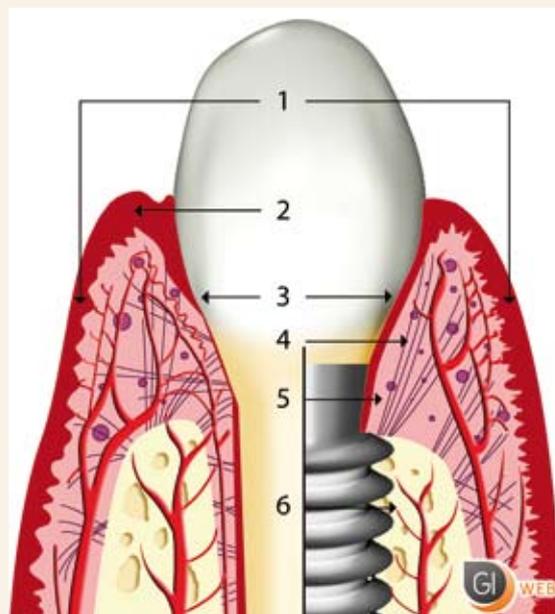
Palacci propose une classification des défauts dans le sens vertical :

- Classe I. papille intacte
- Classe II. perte partielle de papille
- Classe III. perte importante de papille
- Classe IV. absence de papille.

Et dans le sens horizontal :

- A. tissu vestibulaire (TV) intact ou légèrement réduit
- B. perte modérée des TV
- C. perte sévère des TV
- D. perte extrême des TV.

Toutes les combinaisons de ces différentes classes sont possibles et le praticien prendra une décision thérapeutique adaptée à sa compréhension du problème. Le but étant de se rapprocher le plus possible de la classe IA.



Que se passe-t-il lorsque la muqueuse péri-implantaire fait défaut ?

1. Défaut esthétique

En l'absence de correction des concavités vestibulaires ou de l'effondrement vertical de la crête. À noter que ces corrections peuvent être réalisées avant mise en place des implants, simultanément à l'implantation, lors de la connexion des structures supra-implantaires et dans de rares cas après réalisation de la prothèse (peu recommandé).

Profil d'émergence

Le diamètre d'un implant ne correspond pas à la section anatomique transversale de la dent perdue. Une épaisseur suffisante de tissu mou permet la transition d'une section ronde à une émergence qui ressemble à une vraie dent.

Couleur et texture

L'absence d'aménagement d'une muqueuse trop fine ne permet pas d'obtenir une texture et une teinte tissulaire en harmonie avec le parodonte des dents adjacentes, et laisse parfois apparaître le pilier implantaire en titane.

Récessions

La muqueuse dépourvue d'épithélium kératinisé épais n'assure pas un rôle de protection contre les forces mécaniques de mastication et les procédures de restauration (empreinte, vissage/dévisage des pi-





Fig. 1 :
piliers de prothèse stabilisée :
en 43, une greffe
épithélio-conjonctive dessine
un contour favorable
à une bonne hygiène.

Fig. 2 :
en 33, absence de greffe ;
la muqueuse non kératinisée
est douloureuse au brossage ;
l'hygiène est donc défectueuse
et le tartre s'accumule

liers). Par conséquent, des récessions laissent apparaître les limites prothétiques inesthétiques.

2. Prophylaxie

Si le contour muqueux autour de la restauration prothétique n'est pas approprié, il n'y a pas d'auto-nettoyage par les tissus musculaires et des débris alimentaires peuvent stagner.

Une muqueuse péri-implantaire trop fine peut être un frein à un contrôle de plaque efficace aussi bien autour d'une couronne qu'un pilier de bridge sur pilotis ou encore un pilier de prothèse stabilisée (Fig. 1 et 2).

3. Inflammation et péri-implantite

La péri-implantite n'est pas une inflammation fréquente mais les mucosites et hyperplasies sont aggravées par le manque de tissu kératinisé.

4. Espace biologique

Berglund et Lindhe ont montré qu'une épaisseur réduite de tissu mou péri-implantaire provoque une

résorption osseuse pour recevoir un espace biologique minimal de 3 mm au niveau de ces sites implantaires.

Les papilles péri-implantaires

Comme les papilles inter dentaires, les papilles péri-implantaires jouent un rôle essentiel dans l'esthétique du sourire.

Elles jouent également un rôle dans la réalisation du contrôle de plaque et évitent la stagnation de débris alimentaires.

Au prémaxillaire, les papilles interviennent également dans la phonation.

Elles sont difficiles à obtenir entre deux couronnes sur implant en raison de l'absence d'attache conjonctive aux piliers.

La régénération des papilles constitue un défi pour nos restaurations implantaires dans la mesure où la perte d'une dent naturelle entraîne la disparition de ces papilles. La prédictibilité de maintenir ou de re-



Fig. 3 et 4 :
épaisseur du tissu kératinisé
obtenu après greffon conjonctif
enfoui

Fig. 5 et 6 :
le jour de la pose

Fig. 7 :
après 5 à 10 mois



BIOPIK®
LE MATERIAU
D'EXCEPTION

TAU implant



Compaction
os D3-D4

et (ou)



+

Implants SANS METAL

THETA implant



Friction
os D1-D2

et (ou)



+

EMERGENCES TAILLABLES EN BOUCHE

IOTA implant



Crête mince
os
D1-D2
D3-D4

et (ou)



+

+

créer des papilles dépend de plusieurs facteurs :

- la précision de la technique d'incision et sutures
- l'épaisseur de tissu kératinisé
- un volume adéquat de tissu dur sous-jacent
- le positionnement de l'implant
- le design de l'implant
- le design du pilier et le type de connectique pilier-implant
- le design de la restauration céramique (volume, surface et position des contacts inter dentaires)
- la temporisation à l'aide de piliers de cicatrisation préfabriqués ou customisés, ou encore de coiffes provisoires.

Les tissus mous péri-implantaires attachés offrent un environnement favorable à la prothèse. Ils assurent une meilleure résistance aux récessions, donc améliorent l'esthétique et les prévisibilités dans le temps.

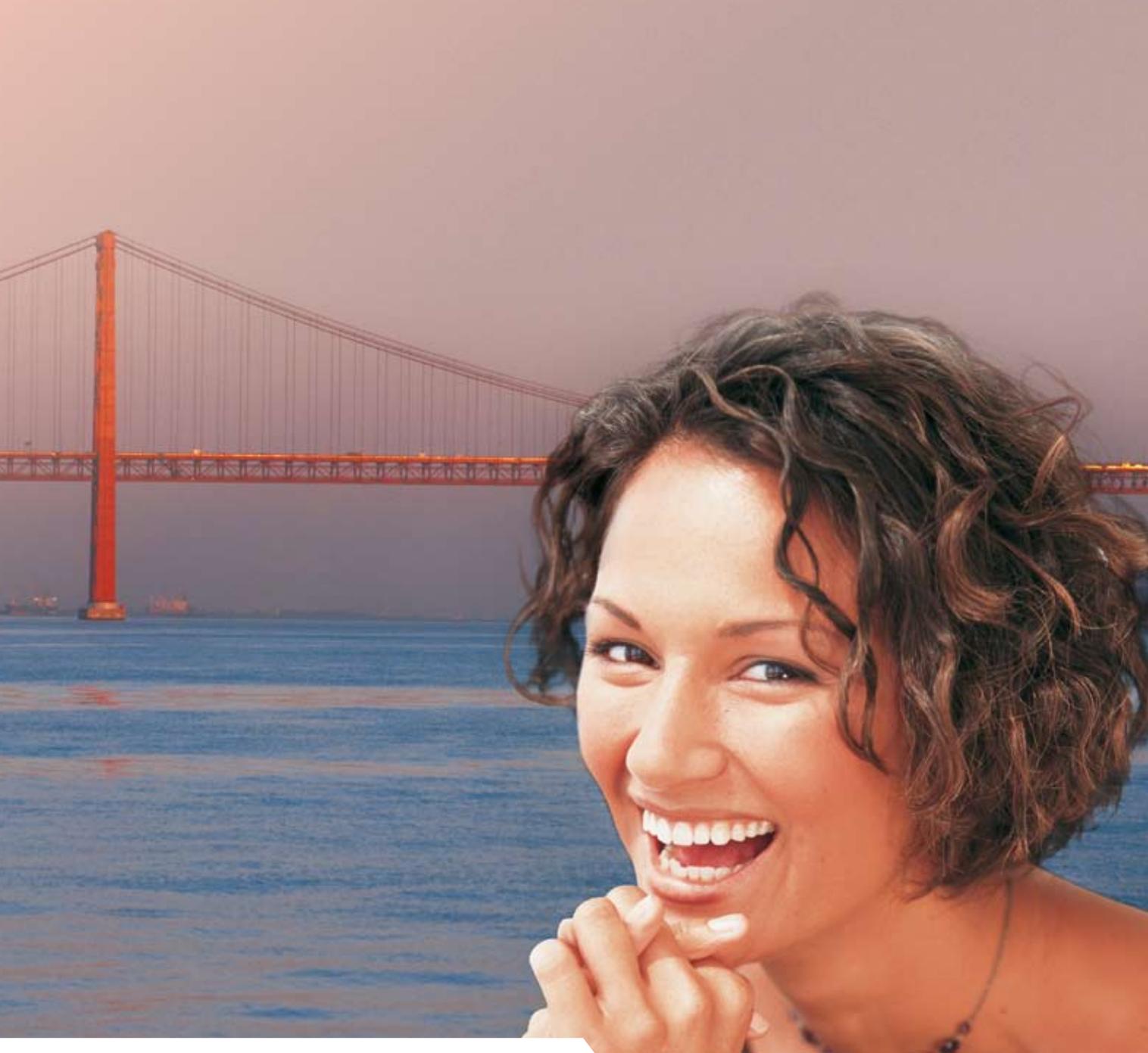
Une reconstruction prothétique sur implant(s) doit inclure la conservation ou le rétablissement d'une ligne gingivale festonnée, comportant du tissu kératinisé et évitant les variations de hauteur coronaire. Malgré un apport conjonctif qui crée un environnement péri-implantaire favorable, les papilles ne peuvent être reconstruites chirurgicalement de façon systématique (Fig. 3 et 4).

Le choix judicieux du pilier prothétique et un design de couronne adapté permettent en quelques mois d'obtenir des papilles satisfaisantes pour assurer esthétique et hygiène (Fig. 5, 6 et 7).

Ces critères sont d'autant plus impératifs que les dents à restaurer sont antérieures. L'étude de la ligne du sourire et du contexte global de la denture orientent alors le plan de traitement vers des manipulations de tissu mou et des techniques de temporisation appropriées. ◆

Bibliographie

1. Giovanolli JL. Aménagement rationnel des muqueuses péri-implantaires. *J Parodontol Implantol Orale* 1999 ; 18 : 211-20.
2. Palacci P. Aménagement des tissus peri-implantaires, intérêt de la régénération des papilles. *Real Clin* 1992 ; 381-387.
3. Pontiero R, Tonetti MP, Carnevale G, Monbelli A, Nyman S, Lang NP. Experimentally induced peri-implant mucositis : A clinical study in humans. *Clin Oral Implants Res* 1994 ; 5 : 254-259.
4. Palacci P. Esthétique et Implantologie. Gestion des tissus osseux et péri-implantaires. Quintessence International 2001.
5. Borghetti & al. Chirurgie plastique parodontale, Editions Cdp Paris, 2000, chapitre 22.
6. Berglundh T, Lindhe J. Dimension of the peri-implant mucosa : Biological-width revisited. *J Clin Periodontol* 1996 ; 2 : 81-90.
7. SCLAR A.G. Considérations esthétiques et parodontales en implantologie. Quintessence International. 2005. Chapitre 1,7.



RAPIDE. ESTHÉTIQUE. SIMPLE.

Structur 2

Couronnes et bridges provisoires

- Idéal pour couronnes, bridges, inlays et onlays
- Esthétique naturelle en 8 teintes : A1, A2, A3, A3.5, B1, B3, C2, BL
- Mise en œuvre simple
- Provisoires durables : stabilité de la forme et de la teinte
- Disponible également en seringue QuickMix dans les teintes : A1, A2, A3, B1



Les techniques de temporisation



Dr Georges KHOURY

- DU d'implantologie et de reconstitution osseuse pré-implantaire
- Unité d'implantologie Paris 7



Dr Bernard PELTIER

- Formateur Generation Implant
- webmaster @generation-implant.com



Dr Guillaume FOUGERAIS

- Formateur Generation Implant
- webmaster @generation-implant.com

La temporisation est devenue une étape indispensable du traitement en implantologie. Dans les cas de réalisation d'une prothèse fixe implanto-portée, l'utilisation d'une prothèse provisoire va nous permettre de mettre en fonction les implants et de gérer la cicatrisation des tissus mous : obtention de papille, modelage du profil gingival et stabilisation de la gencive marginale [1] pendant la phase d'ostéointégration.

La période de temporisation est également mise à profit pour gérer l'esthétique. Nous pourrions tester la forme, la teinte de la future prothèse et ainsi la soumettre au patient et à son entourage pour une meilleure acceptation.

Concernant les techniques de temporisation, nous pouvons les classer en deux familles : les prothèses provisoires amovibles et les prothèses provisoires fixes.

Prothèse provisoire amovible : il s'agit d'une prothèse en résine d'une ou plusieurs dents qui est mise en place soit le jour même de la pose des implants, soit à la dépose des fils pour éviter tout contact de celle-ci avec la muqueuse oedématisée pendant 8 à 10 jours. Il faut éviter la prothèse afin d'éviter une surcharge non maîtrisée sur les implants (Fig. 1 et 2). Un rebasage à la résine molle peut être effectué quelques semaines après la pose des implants afin de combler l'espace entre la prothèse et les implants.

Les patients doivent être prévenus que la prothèse peut être instable et qu'ils doivent l'enlever à chaque brossage pour permettre un contrôle de plaque au niveau de l'ensemble de la cavité buccale et surtout au niveau du site opératoire. La prothèse devra alors être trempée dans un bain de bouche à la chlorhexidine à 0,2 % pendant 10 minutes afin de la décontaminer avant de la remettre en bouche [2].

Prothèse provisoire fixe : elle ne sera pas réalisée nécessairement le jour de la pose des implants. Elle pourra être :

- immédiate : mise en place le jour de la pose des implants
- précoce : mise en place quelques jours après la pose des implants
- différée : mise en place quelques semaines après la pose des implants.

Nous distinguerons les prothèses unitaires et les prothèses multiples.

Dans le cas d'une prothèse unitaire, nous avons la possibilité de sceller, de visser ou de coller la couronne provisoire.

- Prothèse provisoire unitaire vissée : la couronne provisoire est vissée sur la tête de l'implant (Fig. 3 et 4).

L'avantage de cette technique réside dans la facilité de dépose avant chaque étape prothétique et dans la gestion de l'esthétique proche de la solution finale. Il faut impérativement que l'implant ait une bonne stabilité primaire et que son axe soit palatin afin d'éviter une sortie de vis en vestibulaire.

La couronne provisoire est soit faite par le laboratoire de prothèse à partir d'une empreinte de la tête de l'implant, soit réalisée au cabinet à l'aide d'une coque qui sera remplie de résine et insérée



Fig. 1 : prothèse résine amovible (une dent) mise en place le jour de la pose de l'implant

Fig. 2 : prothèse amovible complète évidée en regard des piliers de cicatrisation pendant la phase d'ostéointégration.

Fig. 3 et 4 : couronne provisoire en résine réalisée par le laboratoire de prothèse et vissée manuellement sur l'implant. Le puits d'accès à la vis est comblé avec un matériau facile à déposer (cavit par exemple).



Fig. 5 et 6 :
le pilier prothétique est vissé définitivement sur l'implant et la couronne provisoire est scellée par-dessus provisoirement.

Fig. 7 et 8 :
vue vestibulaire et occlusale de la prothèse provisoire collée après la pose de l'implant au niveau de la 11. Le collage est réalisé avec un composite fluide pour permettre une très bonne tenue le temps de l'obtention de l'ostéointégration. Dans un second temps une prothèse provisoire vissée sur la tête de l'implant sera mise en place une fois l'ostéointégration obtenue pour gérer les tissus mous et l'esthétique.

Fig. 9 et 10 :
hémi-brackett en place. Fixation à l'aide de composite fluide de la dent provisoire.

sur le cylindre en titane préalablement vissé sur l'implant.

L'usage de ce type de prothèse provisoire permet également de modeler le profil gingival pour parfaire l'intégration de la couronne définitive.

- Prothèse provisoire unitaire scellée : la couronne provisoire est scellée sur le pilier prothétique définitif (Fig. 5 et 6). Nous utilisons un ciment de scellement provisoire afin de faciliter la dépose de la couronne à chaque étape du traitement prothétique. Ce type de provisoire est indiqué quand l'axe de l'implant est trop vestibulé pour éviter de voir le puits d'accès à la vis en vestibulaire. Elle présente en outre l'avantage d'éviter les dévissages répétés lors des phases prothétiques qui peuvent être responsables d'un repositionnement apical des tissus mous et d'une résorption de l'os marginal [3].

- Prothèse provisoire unitaire collée (bridge collé) : la couronne provisoire est réalisée de la même manière qu'un bridge collé traditionnel et collée à la résine sur la face palatine des dents adjacentes (Fig. 7 et 8). Cette technique permet d'avoir une solution temporaire fixe sans mettre en charge l'implant (en cas de stabilité primaire insuffisante par exemple). Elle évite le recours à la prothèse amovible pour les patients refusant ce type de temporisation. Par contre, elle est plus difficile à gérer lors des étapes de prothèse car sa dépose est

plus difficile et plus longue. Elle nécessite également un espace suffisant en palatin en position d'intercuspidie maximale pour pouvoir être réalisée.

- Prothèse provisoire unitaire collée avec brackett d'orthodontie : le principe est le même que précédemment mais en le simplifiant à l'extrême. La mise en œuvre est très simple, il suffit de coller 2 hémi brackett sur les faces distales et mésiales des dents bordant l'édentement (Fig. 9) et de fixer sur ces supports, soit une dent provisoire remplie de résine, soit une dent prothétique du commerce (Fig. 10). La fixation sera assurée par du composite fluide.

En ce qui concerne les prothèses provisoires sur plusieurs implants, elles sont systématiquement vissées afin de permettre un démontage facile à chaque séance. Elles sont en résine avec un renfort métallique (idéalement coulé) pour leur assurer une solidité et une rigidité plus importantes. Elles sont réalisées sur les piliers prothétiques, soit directement au cabinet en rebasant la prothèse amovible du patient, soit au laboratoire de prothèse à partir d'une empreinte prise immédiatement après la pose des implants ou après un délai plus important en cas de stabilité primaire insuffisante.

La temporisation est une étape souvent sous-estimée par le praticien mais la plus importante aux yeux du patient. C'est souvent une des premières



Fig. 11 et 12 :
après extractions et mise en place des implants, les piliers prothétiques sont vissés sur les implants. Les transferts d'empreinte sont ensuite vissés sur les piliers prothétiques et solidarisés entre eux avec de la résine (Luxabite).

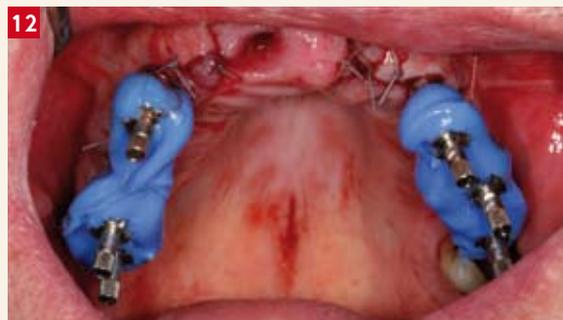


Fig. 13 et 14 :
l'empreinte est prise avec un porte-empreinte à ciel ouvert et un poly-éther (Impregum). Le bridge provisoire réalisé par le laboratoire de prothèse est mis en place à 3 jours post-opératoires et vissé manuellement sans l'utilisation de clé dynamométrique.



inquiétudes lors de la présentation du plan de traitement. Les patients veulent être rassurés sur cette phase en terme d'esthétique (présence de dents), de fonction (mastication) et de confort.

Les techniques sont aujourd'hui simples à mettre en place. Il convient de les anticiper au moment de la planification implantaire afin de les utiliser systématiquement pour la bonne réussite de nos traitements implantaires et pour la plus grande satisfaction de nos patients. ◆

Bibliographie

1. Block MS, Mercante DE, Lirette D, Mohamed W, Ryser M, Castellon P., Prospective evaluation of immediate and delayed provisional single tooth restorations. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Nov;67(11 Suppl):89-107.
2. Da Silva FC, Kimpara ET, Mancini MN, Balducci I, Jorge AO, Koga-Ito CY, Effectiveness of six different disinfectants on removing five microbial species and effects on the topographic characteristics of acrylic resin. J Prosthodont. 2008 Dec;17(8):627-33.
3. Abrahamsson I, Berglundh T, Lindhe J., The mucosal barrier following abutment dis/reconnection. An experimental study in dogs. J Clin Periodontol. 1997 Aug;24(8):568-72.

Compagnonnage Clinique Dentaire

lescompagnonsdentaire.fr

Vous voulez apprendre vite et bien ?

Vous pensez comme nous que la progression la plus simple et efficace passe par le « **Voir faire sur patients** » ?

Voici une **nouvelle approche, sur le terrain** autour des patients du Spécialiste. Chaque acte est programmé minimum 4 fois sur une journée. Vous assisterez à la journée complète chez le Spécialiste, sur son rythme de travail habituel.

► **Choisissez un acte, une machine ou une problématique : 239 sujets !**

Aussi pour vos assistantes : quelle progression et motivation en suivant une assistante expérimentée en direct (9 sujets spécial assistantes) !



Les sujets & nos engagements qualité : lescompagnonsdentaire.fr

MELAseal® PRO

Laissez filer !



AUTOMATISME
PRÉCISION
RAPIDITÉ
TRACABILITÉ

Notre nouvelle soudeuse à défilement MELAseal® PRO est certifiée **NF EN ISO 11607-2**.

Avec une vitesse de défilement de **14 cm/sec**, cette soudeuse est l'outil idéal pour le traitement rapide et automatisé de grandes quantités d'instruments.

Les paramètres ajustables de température, de pression et d'heure sont gérés par microprocesseur et archivables sur Carte-CF et PC via l'interface RS-232. Sa carrosserie en acier inoxydable facilite l'entretien et son tableau de commandes est simple et intuitif. Largeur de scellage 15 mm, conforme à la nouvelle norme **NF EN 868-5 : 2009**.

Dim. : L.405 x P.295 x H.160 mm.

Options:

Support mural pour gaine, jusqu'à 420 mm de large avec dispositif de coupe

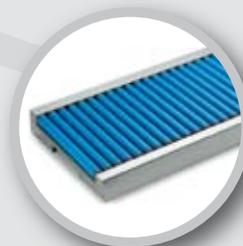
Dim. : L.526 x P.250 x H.220 mm

Table de travail avec rouleaux

Dim. : L.657 x P.327 x H.63 mm

Table de travail «Standard» inox

Dim. : L.630 x P.310 x H.60 mm



MELAG FRANCE

37 rue Michel Carré - 95100 ARGENTEUIL

Tél. : +33 1 30 76 03 01/02 - Fax : +33 1 30 76 10 31 - Email : info@melagfrance.fr

www.melagfrance.fr

MELAG® France
Evidence Based Sterilization

Optimisation des tissus mous péri-implantaires : avant ou pendant l'implantation ?

Le maintien des tissus mous péri-implantaires constitue un enjeu majeur de nos traitements implantaires. En effet, la gencive kératinisée protège l'os alvéolaire péri-implantaire, masque la limite prothétique, facilite le contrôle de plaque et contribue, par sa forme, ses contours, sa couleur et sa texture, au résultat esthétique final.



Dr Roch de VALBRAY
 ■ Formateur Génération Implant
 ■ webmaster
 @generation-implant.com



Dr Marc BERDUGO
 ■ Formateur Génération Implant
 ■ webmaster
 @generation-implant.com



Dr Olivier HENRI-SAVAJOL
 ■ Formateur Génération Implant
 ■ webmaster
 @generation-implant.com

Ainsi, le succès de nos traitements implantaires ne se limite plus aujourd'hui à l'obtention de l'ostéointégration. L'intégration gingivale de nos prothèses constitue un objectif primordial pour maintenir dans le temps l'esthétique et la fonction de nos réhabilitations.

Aussi, l'étude prospective de Linkevicius T (2009) montre qu'une alvéolyse péri-implantaire est supérieure chez les parodontes fins. Il suggère donc une corrélation directe entre l'épaisseur des tissus mous péri-implantaires et la perte osseuse péri-implantaire à 1 an. Sous cet aspect, une épaisseur des tissus mous péri-implantaires suffisante permettrait de préserver la stabilité des tissus et donc de maintenir dans le temps les résultats obtenus à l'issue du traitement.

L'objet de cet article est de montrer l'intérêt des greffes gingivales disponibles pour optimiser la réussite de vos cas cliniques. Par exigence de clarté, nous dissocierons les techniques de greffe réalisées avant la pose de l'implant, de celles indiquées le jour de la pose de l'implant.

Avant la pose de l'implant : optimiser la cicatrisation osseuse et harmoniser les contours gingivaux

1. Optimiser la cicatrisation osseuse et créer de la gencive kératinisée en gérant différemment l'alvéole

Dans ce cas là, notre objectif est de protéger le caillot sanguin. En effet, la gencive marginale bordant l'alvéole peut, en proliférant plus rapidement que les cellules de la cicatrisation osseuse, envahir partiellement l'alvéole déshabillée et entamer le potentiel cicatriciel du tissu osseux. Pour éviter cette invagination de la gencive dans le compartiment osseux, nous pouvons réaliser une greffe épithélio-conjonctive de fermeture alvéolaire. Ce geste permet :

- de protéger le caillot sanguin et donc d'optimiser la cicatrisation osseuse
- de maintenir la gencive marginale et donc de préserver les volumes
- de créer ou de maintenir de la gencive kératinisée.

Madame N montre une 13 fracturée (Fig. 1a, 1b et 2) dans un environnement parodontal très défavorable : absence de gencive kératinisée et corticale vestibulaire résorbée (Fig. 3). Afin d'optimiser la cicatrisation osseuse, nous avons réalisé, dans le même temps opéra-

toire que l'extraction, une greffe épithélio-conjonctive de fermeture alvéolaire (Fig. 4). L'examen clinique à 4 mois post-opératoire montre la restitution *ad integrum* de la gencive kératinisée (Fig. 5) : l'environnement parodontal est maintenant favorable à la pérennité d'un résultat esthétique. L'examen scanner permet de confirmer la parfaite cicatrisation de la corticale vestibulaire et la présence d'un volume osseux autorisant le remplacement de la dent par une couronne sur implant (Fig. 6).

2. Augmenter la hauteur de la gencive marginale avant implantation

Le résultat esthétique de nos traitements dépend de la proportion de la couronne dans sa hauteur et sa largeur. C'est pourquoi la situation du feston gingival et des papilles, ainsi que leur symétrie, sont des facteurs importants à prendre en considération.

Dans le cas présent la dent 22 est compromise (fêlure) (Fig. 14 et 15) et sera remplacée par une couronne sur implant. La dent 22 présente une dénudation radiculaire de classe 2 de Miller et le parodonte est fin. Nos objectifs esthétiques nous imposent de retrouver une 12 et une 22 symétriques et proportionnées et donc de gérer la dénudation radiculaire de 22 en la recouvrant pour aligner les collets de 12 et 22. À quel moment le réalisons-nous ?

Le succès du recouvrement dépend de la vascularisation. En effet, la gencive autour d'une dent présente une triple vascularisation : une vascularisation d'origine desmodontale, osseuse et gingivale ; autour d'un implant la gencive est vascularisée par une double vascularisation d'origine osseuse et gingivale. Aussi le tissu conjonctif péri-implantaire se rapproche d'un tissu conjonctif cicatriciel (Berglund T, 1991), car il est moins vascularisé et plus riche en fibres de collagène. Comme la vascularisation va déterminer les résultats de cette intervention, nous la réaliserons avant l'extraction dentaire (Fig. 16, 17, 18 et 19).

Le jour de la pose de l'implant : créer ou épaissir les tissus péri-implantaires

1. Épaissir les tissus péri-implantaires

La stabilité de la gencive marginale dépend de deux paramètres anatomiques :

- 1/ la présence de tissus osseux sous-jacents à la gencive péri-implantaire
- 2/ l'épaisseur de la gencive péri-implantaire.



Fig. 1a : situation clinique préopératoire : dent 13 fracturée et absence de gencive kératinisée

Fig. 1b : situation radiologique préopératoire

Fig. 2 : racine extraite : noter la fracture vestibulaire de la racine de 13

Fig. 3 : après extraction et curettage, la curette de Lucas met en évidence la fonte de la corticale vestibulaire en correspondance de la fracture de 13



Fig. 4 : greffe épithélio-conjonctive de fermeture alvéolaire

Fig. 5 : situation gingivale à 4 mois de cicatrisation : noter la présence de gencive kératinisée en quantité suffisante : le patient pourra être implanté dans un bel environnement gingival

Fig. 6 : situation osseuse à 4 mois de cicatrisation : noter la régénération de la corticale vestibulaire : le patient pourra être implanté dans de bonnes conditions osseuses



Fig. 7 : prélèvement d'un greffon conjonctif palatin

Fig. 8 : sutures

Fig. 9 : prothèse provisoire à 3 mois post-opératoires

Fig. 10 : situation clinique initiale : noter l'absence de gencive kératinisée vestibulaire



Fig. 11 : incision sommet de crête décalée lingualement, pose de deux implants en 46 et 47 et lambeau vestibulaire déplacé apicalement

Fig. 12 : situation gingivale avant pose des couronnes : noter la présence de gencive kératinisée permettant de créer un profil d'émergence optimal

Fig. 13 : situation prothétique finale



Fig. 14 : situation initiale

Fig. 15 : rx préopératoire - racine de 22 fissurée

Fig. 16 : incisions

Fig. 17 : vue post-opératoire

Fig. 18 : cicatrisation à 2 semaines

Fig. 19 : cicatrisation à 2 mois

Ainsi, pour pérenniser la situation de la gencive marginale responsable de l'esthétique, celle-ci devra présenter une belle épaisseur pour être la plus vascularisée. En effet, la vascularisation apporte les cellules de l'immunité dans le sulcus gingival et permet ainsi de lutter contre les micro-organismes de la plaque dentaire.

Les deux techniques d'épaississement de la muqueuse péri-implantaire les plus utilisées sont :

- la greffe de conjonctif enfoui le jour de la pose de l'implant ; Mme N ayant retrouvé de la gencive kératinisée sur le site de son édentement (13) il a été prévu d'épaissir les tissus afin de pérenniser la situation gingivale autour de l'implant (Fig. 7, 8, 9)
- la technique du rouleau (Adams 1980 ; Sharf et Tarnow 1992 ; Israelson et Plemons 1993) qui peut être réalisée le jour de l'implantation, ou au second temps chirurgical. Cette technique permet le déplacement vestibulaire d'un tissu conjonctif palatin, pour compenser jusqu'à 3 mm l'affaissement vestibulaire d'une crête édentée. Les avantages par rapport à une greffe sont la présence d'un site opératoire unique et une vascularisation facilitée par le déplacement d'un tissu conjonctif pédiculé (Fig. 20, 21, 22, 23a, 23b et 24).

2. Création de la gencive kératinisée le jour de la pose de l'implant

La gencive kératinisée présente une meilleure résistance aux sollicitations mécaniques et à l'inflammation. Aussi, seule la gencive kératinisée permet d'être modelée pour aménager un profil d'émergence garant d'un résultat prothétique idéal. C'est pour cette raison que nous veillerons à ménager un bandeau de gencive kératinisée au minimum de 2 mm de haut.

La technique la plus utilisée est le lambeau déplacé vestibulairement après avoir décalé l'incision crestale en direction palatine ou linguale.

Mme D souffre d'un édentement postérieur libre (dents 46 et 47) ; cet édentement ancien (10 ans) a conduit à la disparition de la gencive kératinisée vestibulaire (Fig. 10). Deux couronnes sur implants sont ici indi-

quées. Afin de créer un bandeau de gencive kératinisée vestibulaire autour des couronnes, nous décalons lingualemment notre incision crestale le jour de la pose des implants et déplaçons apicalement le lambeau vestibulaire (Fig. 11). La situation gingivale péri-implantaire avant la pose des piliers montre la création d'un épais bandeau de gencive kératinisée (Fig. 12) permettant la parfaite intégration des couronnes sur implants (Fig. 13).

Conclusion

C'est la nature de notre objectif clinique qui déterminera le meilleur moment pour gérer les tissus mous péri-implantaires :

- avant la pose de l'implant, pour optimiser la cicatrisation osseuse de l'alvéole et harmoniser les contours gingivaux
- le jour de la pose de l'implant, pour créer ou épaissir la gencive kératinisée.

Si la chirurgie muco-gingivale des tissus péri-implantaires apporte des solutions quant à l'intégration des reconstitutions et la stabilité des tissus dans le temps, elle ne saurait corriger des erreurs de traitement implantaire : principalement le dimensionnement et le positionnement de l'implant.

Par son caractère déterminant des résultats à long terme de nos reconstitutions implanto-portées, la gestion des tissus mous demeure aujourd'hui un acte indissociable de tout traitement implantaire. ♦

Bibliographie

1. Linkevicius T, Apse P, Grybauskas S, Puisys A. Reaction of crestal bone around implants depending on mucosal tissue thickness. A 1-year prospective clinical study. *Stomatologija*. 2009;11(3):83-91.
2. BERGLUNDH T. The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clin Oral Implants Res*. 1991 Apr-Jun;2(2):81-90.
3. Scharf DR, Tarnow DP. Modified roll technique for localized alveolar ridge augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1992;12(5):415-25.
4. ISRAELSON H, PLEMONS JM. Dental implants, regenerative techniques, and periodontal plastic surgery to restore maxillary anterior esthetics. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1993;8(5):555-61.

Fig. 20 : vue occlusale préopératoire
 Fig. 21 : vue face préopératoire
 Fig. 22 : dégagement de l'implant
 Fig. 23a : pose du pilier et de la dent provisoire – mise en fonction
 Fig. 23b : vue postopératoire occlusale : noter le volume gingival gagné en vestibulaire
 Fig. 24 : vue post-opératoire à 1 an





Generation
IMPLANT

Agitons la formation !

Generation Implant

un concept interactif partout en France avec 17 formateurs expérimentés.



Les mêmes formations, la même qualité,

partout en France !

formations implantologie, parodontologie
et greffe osseuse

AIX / AVIGNON

Olivier **HENRY-SAVAJOL**

BORDEAUX

Bernard **PELTIER**

FONTAINEBLEAU

Jean-François **RUSSON**

LILLE

David **PIERRE**

LYON

Marc **BERDOUGO**
Roch **DE VALBRAY**

MONTPELLIER

Luc **MANHES**

NANTES

Cyril **JOSSET**
Guillaume **FOUGERAIS**

NICE

Antoine **DISS**
Thierry **BRINCAT**

NIMES

Jean-Luc **JAFFRENOU**
Stéphane **ALBARET**

PARIS

Georges **KHOURY**

PONT A MOUSSON

Laurent **CLAUDE**

STRASBOURG

Simine **HASSANEYN**

VERSAILLES

Jean-Michel **PONS MOUREOU**

Plus de 1700* praticiens formés depuis 2008

*en conférences et en travaux pratiques



Retrouvez tous les formateurs Generation Implant
pour échanger sur vos cas cliniques sur :

WWW.GENERATION-IMPLANT.COM

Articles, discussions autour de cas cliniques et vidéos gratuites.

Association Generation Implant

info@generation-implant.com / Contact : 0820 620 017

Comment adapter votre présentation de traitement à la demande esthétique ?

Désormais, l'esthétique et la beauté, (au même titre que le bien-être) font partie intégrante du domaine de la santé. Le corps, véritable marqueur social de la personnalité, est devenu un capital qui doit être entretenu, voire exhibé. Le visage en est la partie la plus exposée. Ainsi, de très nombreux patients ne consultent plus simplement pour une douleur dentaire, mais pour avoir de « belles dents ». Or, les solutions dentaires actuelles peuvent quasiment corriger la plupart des problèmes liés au sourire.



Dr Edmond BINHAS
■ Fondateur
du Groupe Edmond
Binhas

Sensibilisés par la teinte, la structure ou la forme de leurs dents, par des malpositions ou des encombrements dentaires, par un déchaussement apparent, par des usures dentaires, par des polycaries sur les dents antérieures ou encore par un ou plusieurs espaces entre leurs dents, les patients recherchent aujourd'hui des informations et des solutions auprès de leur praticien. Cette demande des patients envers l'esthétique « dentaire » est donc de plus en plus forte, à la fois en chirurgie plastique et en dentisterie. L'intérêt le plus important concerne l'éclaircissement (ou pour utiliser le terme des patients, « blanchiment ») et l'effet blancheur des dents qu'il procure. C'est la raison pour laquelle je vous invite, dans un premier temps, à analyser minutieusement les attentes de ces patients. Puis dans un deuxième temps, je vous recommande d'y répondre de manière appropriée et efficace. Je constate souvent que les patients en demande d'esthétique sont ceux qui ont le plus à cœur le souci du détail. Ils sont également très exigeants en termes de service. Entre un sourire ordinaire et un sourire extraordinaire, il n'y a parfois qu'un petit extra qui fait toute la différence. Les critères retenus ne sont pas toujours objectifs et varient donc d'un patient à l'autre.

Cibler les attentes du patient

Essayez donc d'évaluer l'intérêt des patients pour les soins dentaires esthétiques. Assurez-vous de leur donner une connaissance de base de ces soins. Souvent, quand les patients se désintéressent des soins dentaires, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment d'informations sur les soins de qualité. Prenez conscience que le meilleur moyen pour que vos propositions de traitement soient acceptées, repose sur l'enthousiasme des patients désireux de rehausser leur apparence. Parfois, il peut s'agir de personnes naturellement enthousiastes à entretenir leur santé générale, mais qui

ont peu d'information concernant les soins dentaires esthétiques. Il peut s'agir également de personnes ayant un réel désir de bénéficier de soins de qualité. Dans les deux cas, ces individus sont les candidats idéaux pour accepter un traitement esthétique. Ils deviennent ensuite des sources de recommandations. Quand vous rencontrez des patients peu enthousiastes, essayez d'en connaître les raisons pour transformer ces personnes en patients demandeurs de soins de qualité. Ceci dit, il n'y a pas de magie. Et, il est important de comprendre très tôt si tous vos efforts seront vains. Tous les patients ne peuvent pas accepter tous les soins que vous proposez. Par exemple s'ils ne comprennent pas la valeur ajoutée du traitement esthétique, ils refuseront le traitement quel que soit votre enthousiasme. Cependant, même dans ces cas, il reste de votre responsabilité de trouver à ces patients des traitements alternatifs.

Une présentation de plan de traitement esthétique demande un grand sens de l'observation et des capacités d'écoute plus élevées qu'habituellement. Ces aptitudes doivent se travailler au quotidien. Cela demande patience, persévérance, et motivation. Le point essentiel est d'essayer, corriger, recommencer. Au fil des jours, des semaines et des mois, vous constaterez que vos patients comprendront encore mieux les traitements esthétiques, qu'ils seront plus ouverts et qu'ils accepteront plus facilement les traitements que vous leur proposerez.

Utiliser une méthode de planification pour vos plans de traitement

En tant que praticiens, bien souvent, nous adoptons une attitude standard vis-à-vis de nos patients lors de l'exposé du projet de traitement. Nous expliquons, à chaque fois, les traitements de la même manière indépendamment du patient. En fait, il ne s'agit pas

d'une stratégie rationalisée pour la présentation de nos plans de traitement. C'est pourquoi le pourcentage d'acceptation pour les traitements proposés est si aléatoire d'un patient à l'autre.

La clé est d'adapter la présentation de votre projet de traitement à chaque patient.

Sur un plan pratique, comment procéder ?

Utilisez une méthode de planification stratégique basée sur cinq étapes : 1. Bilan, 2. Objectif, 3. Stratégie, 4. Tactique, 5. Contrôle.

Au cours de chaque présentation de traitement, chacune de ces étapes doit être minutieusement détaillée. Si une seule est manquante, vous n'aurez pas l'assurance d'avoir mis tous les atouts de votre côté pour obtenir l'adhésion de votre patient et lui inspirer confiance. Aussi, établissez une fiche de planification stratégique pour chacun de vos plans de traitement.

1. Bilan

Mettez par écrit la situation buccale (bilan) du patient. C'est l'état des lieux. Pensez également à établir ce bilan sur le plan psychologique car il permet de connaître où en est le patient de l'intérêt qu'il porte à l'esthétique de son sourire.

Ceci peut vous éviter de proposer des traitements alors que les liens établis avec le patient ne sont pas encore assez solides pour qu'il accepte le traitement. De même cela vous permettra aussi de savoir si vous avez passé suffisamment de temps à établir la confiance.

2. Objectif

Concentrez-vous ensuite sur l'établissement de CO-OBJECTIFS. Il s'agit de parvenir à comprendre réellement ce que veut le patient. Souvenez-vous que souvent eux-mêmes, n'ont pas conscience en détail de leurs motivations au moment où ils se présentent à vous. Encore une fois, vous devez établir des relations de confiance avec vos patients avant toute proposition. Ce n'est qu'ensuite que vous pourrez les informer des différentes options de traitement et des avantages et inconvénients de chacune d'entre elles. Enfin, il faudra les informer sur les risques concernant leur santé dentaire à long terme. Ce n'est



© Kurhan - Fotolia.com

qu'alors que vous pourrez tenter d'établir des objectifs communs (co-objectifs).

3. Stratégie

Exposez l'approche générale du traitement que vous proposez à votre patient (dentisterie esthétique qui reposera sur de la prothèse fixe, de la prothèse mobile, de la chirurgie, de l'implantologie, ou encore de l'orthodontie, etc.).

4. Tactique

C'est le détail de la stratégie. Expliquez en détail le choix du traitement. Si par exemple vous pensez qu'une facette ou une couronne tout céramique sont

Exemples de questions à poser aux patients lors de la première consultation :

- Est-ce qu'il vous arrive de cacher vos dents avec la main quand vous souriez ?
- Souhaitez-vous avoir un aussi beau sourire que les modèles des magazines que vous feuilletez ?
- Devant un miroir, trouvez-vous des défauts à vos dents ou à vos gencives ?
- Trouvez-vous vos dents trop apparentes ou pas assez apparentes lorsque vous souriez ?
- Est-ce que vous aimez la forme et l'alignement de vos dents ?
- Aimerez-vous avoir des dents plus blanches ?

une meilleure solution qu'une couronne avec support en métal ou pas de traitement du tout, expliquez vos raisons au patient.

5. Contrôle

Établissez enfin un système de contrôle. Il s'agit de l'étape de suivi, étape cruciale, et souvent sous-estimée. Par exemple, vous pourriez appeler vos patients une fois le traitement achevé afin de savoir comment ils se sentent et s'ils sont satisfaits. Il vous est aussi possible d'effectuer des consultations post-opératoires qui permettraient aux patients de vérifier l'efficacité du traitement et de revenir au cabinet. Rappelez-vous que seuls des patients satisfaits penseront à vous recommander.

J'encourage tous les praticiens à utiliser cette méthodologie, et définir ainsi un projet esthétique à partager avec les patients. Cela vous permettra de vous organiser de manière à ce que la présentation de votre plan de traitement repose sur une trame. Elle n'en sera que plus fluide et les patients comprendront mieux ce que vous leur avez présenté. Une présentation organisée inspire confiance aux patients qui ne peuvent se décider sur une conversation d'ordre général. Vous paraîtrez ainsi plus professionnel.

Donner une information globale

Que ce soit le blanchiment, les composites, les facettes ou couronnes céramiques ou encore des techniques multidisciplinaires de rétablissement du sourire, vous devez exploiter la formidable expansion des techniques et des matériaux. Cette approche permet d'offrir de nombreuses solutions aux demandes du patient. Ces techniques font appel aux différentes disciplines de la dentisterie esthétique : implants, parodontie, orthodontie, éclaircissement, couronnes et bridges. Elles demandent une étude très approfondie

du cas clinique et dès que possible une prévisualisation du résultat pour obtenir l'accord du patient avant tout traitement.

Quelle que soit la thérapeutique esthétique envisagée, elle doit suivre un chemin balisé par une première consultation approfondie. C'est pourquoi si vous souhaitez développer l'approche esthétique dans votre cabinet, il est crucial d'élever en permanence votre niveau clinique (quel que soit votre niveau actuel).

Cette approche doit s'intégrer dans une démarche thérapeutique axée autour de quatre impératifs principaux : biologique, fonctionnel, mécanique et esthétique. Ces impératifs ne peuvent être isolés les uns des autres : il s'agit de réaliser une approche thérapeutique globale, souvent pluridisciplinaire, pour aboutir à un «plan de traitement esthétique» cohérent. Il est donc aujourd'hui pour les praticiens capital de promouvoir l'esthétique sous toutes ses formes, mais toujours avec une approche médicale face à la demande des patients. Le praticien reste un soignant qui doit prendre soin de la santé de son patient. L'une des clés de l'acceptation du plan de traitement esthétique est qu'à la fois le praticien et le patient aient le sentiment que le traitement proposé soit le plus adapté.

Il y a, bien sûr, des cas où nous prenons des risques pour offrir le meilleur traitement possible à nos patients. Et nous ne pouvons pas, bien sûr, toujours garantir les résultats. Si cela n'a pas été clairement signifié aux patients AVANT le traitement et si l'échec survient, alors la confiance et les liens si difficilement construits sont détruits.

En revanche, le consentement éclairé du patient dans les traitements à risque permet de maintenir sur du long terme ces relations de confiance.

Conclusion

La demande esthétique de la part de nos patients n'ira qu'en augmentant dans les années à venir. Il est toujours possible de regarder notre profession dans le rétroviseur en regrettant cette évolution. Cependant, rien ni personne ne pourra s'opposer aux désirs des patients. Les praticiens qui veulent adapter leur cabinet à cette réalité sont ceux qui continueront à s'épanouir dans leur métier tout en réalisant une dentisterie de qualité adaptée à l'époque actuelle. ◆

Les 10 clés pour une acceptation des propositions de traitement esthétique

1. Focalisez-vous sur les avantages du traitement
2. Organisez votre cabinet selon des systèmes rationnels
3. Éduquez et motivez votre équipe (et vous-même)
4. Éduquez et motivez vos patients
5. Donnez une information globale
6. Laissez la place aux questions du patient
7. Utilisez les règles de présentation efficace
8. Écoutez vos patients attentivement
9. Utilisez des scripts pré-établis pour présenter les traitements
10. Interrogez vos patients sur leur intérêt vis-à-vis de la dentisterie esthétique

CONTACT

Groupe Edmond Binhas

Claudette

5 rue de Copenhague, BP 20057, 13742 Vitrolles Cedex

 N° Vert 0 800 521 764

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

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



LA CARTE QUI VALORISE

LES DÉPENSES DE VOTRE CABINET DENTAIRE

3 bonnes raisons de choisir la CARTE BUSINESS GOLD AMERICAN EXPRESS

- Plus simple qu'un chèque pour régler vos commandes auprès de vos fournisseurs dentaires
- Toutes vos dépenses sont récompensées* par un programme de fidélité**

1 EURO DÉPENSÉ = 1 POINT GAGNÉ → 37 500 € dépensés = 1 billet A/R Air France

(Paris-Budapest, Athènes, Prague, Saint Petersburg, ...)



- Vous pouvez utiliser votre carte auprès de vos principaux fournisseurs dentaires

QUELQUES EXEMPLES DE FOURNISSEURS

Fournisseurs :

3M Unitek
American Orthodontics
A.V. Dental
Astra Tech
Biomet 3I
Biotech International
Cap Dentaire
Del's Dental
Dentaire Technic

Dental Hi Tec
Dental Light
Dentalstyl
Denterbridge
Dentsply
Dexter
Esthetiss Lab
Euroteknika
Exotech Dentaire
GACD

Geistlich Pharma France
Komet France
Made in Labs
Medical Production
MIS Implants
New Ortho
Nobel Biocare
Ormodent
Ortho Plus
Orthodonsite

Ortholine
Perrigot
Promodentaire
RMO
Safir Dentaire
Sanaudan
Septodont
SOF
Victoria Dentaire
...

Laboratoires de prothèses dentaires :

Implants Diffusion
Laboratoire Chalard
Laboratoire Journo
Laboratoire Roles
Laboratoires POM
Laboratoires PRED
Laboratoires PREMIER
Laboratoire François Magnien

**OFFRE SPÉCIALE
CABINETS DENTAIRES**

POUR DEMANDER LA CARTE BUSINESS GOLD

Connectez-vous sur :
www.americanexpress.fr/praticien

Appelez-nous au :
01 47 77 77 36

Du lundi au vendredi de 8h à 20h
et le samedi de 10h à 19h

* Via le programme de fidélité Membership Rewards. Exemples de primes donnés à titre indicatif.

** Un guide est à votre disposition pour découvrir comment profiter de vos points.

L'équipe dentaire au service du patient

Le chemin de la réussite professionnelle et personnelle est souvent semé d'embûches. Ce lot de contraintes administratives, fiscales, sociales, médicales, matérielles, humaines qui pèsent sur l'exercice odontologique nous interrogent : **comment être un bon chirurgien-dentiste si on n'est pas un bon manager ?** Être un bon chirurgien-dentiste, c'est avant tout être capable de déléguer les tâches de travail qui ne relèvent pas de ses compétences techniques exclusives (soins) à du personnel compétent, formé ou à former, en prenant garde de toujours rester maître de ses décisions. Le Docteur Salahédine B. d'une constance managériale et d'un sens du discernement remarquables a su anticiper les risques et les opportunités de développement de son exercice en mettant au premier plan le capital humain de son cabinet dans les intérêts de ses patients. En 9 leçons, il nous délivre très généreusement les clés de la constitution et de la fidélisation d'une équipe dentaire performante.



Rodolphe COCHET

- Consultant en Management Odontologique
- Chargé de cours magistral à l'UFR d'Odontologie de Paris VII
- Chargé de cours magistral aux Facultés de Médecine dentaire de Casablanca et Rabat

Leçon numéro 1 *la vision de l'équipe santé*

« Diplômé de Garancière en 1985, je n'ai pu pour des raisons de nationalité, m'installer en tant que dentiste. J'ai passé le concours à Bobigny qui offrait, à l'époque, la possibilité de suivre deux cursus en même temps : préparer le concours de médecine sur le 1er semestre et choisir une autre formation sur le 2nd semestre.

Je suis donc arrivé en dentaire avec un diplôme d'aide-soignant puisque j'avais validé ma 1ère année d'études d'infirmier. Ce diplôme m'a permis de payer mes études en travaillant dans les hôpitaux les week-ends et lors des congés scolaires.

Pendant la procédure de naturalisation (6 ans !), j'ai donc continué à travailler dans le milieu hospitalier (dialyses, réanimation, bloc opératoire) : milieux très formateurs pour le travail d'équipe. Cela m'a permis d'observer et de ressentir différentes gestions d'équipes, celles qui fonctionnaient bien et d'autres très dysfonctionnelles. La conséquence immédiate d'une équipe mal gérée est

la mauvaise prise en charge des malades dans les services avec, en plus, des conflits au sein de l'équipe soignante et un sentiment de frustration pour tous ses membres. À l'inverse, j'ai pu ressentir un réel plaisir à travailler quand l'équipe soignante était bien gérée avec comme corollaire un niveau de qualité de soins et d'accueil des malades bien supérieur ».

Leçon numéro 2 *humilité et humanité*

« Ma naturalisation en poche, j'ai pu revenir à ma formation de base mais je n'avais pas touché de patient depuis 6 ans. J'ai postulé pour un poste dans une mutuelle afin d'être secondé, en cas de problème, par des confrères.

Je suis resté 10 ans au sein de la Mutualité de Seine Maritime au Havre ce qui m'a permis d'apprendre mon métier au sein d'une structure où je me sentais en sécurité. La gestion des ressources humaines (assistantes dentaires, secrétaires) étant assurée par une vraie direction, les conditions matérielles de travail étaient parfaites.

Cependant, les cadences (plus de 25 patients / jour) et l'organisation du travail ne me convenaient plus. À l'époque, je ne savais pas que l'on pouvait travailler autrement et j'ai donc décidé de prendre une année sabbatique avec comme objectif de "changer de métier". Pendant cette année de réflexion et de recul formateur, j'ai rencontré le Docteur Emmanuel A. qui m'a convaincu que l'on pouvait travailler différemment : je suis donc devenu son collaborateur pendant 2 ans à Paris. C'est lui qui m'a enseigné les premières notions d'organisation (groupement des actes, procédures...). Il m'a également invité à suivre des formations qui ont vraiment révolutionné mon exercice vers une approche plus humaine de la dentisterie aussi bien pour le praticien et son équipe que pour le patient, considéré dès lors comme une composante interne du cabinet : celui-ci est construit autour du patient (accueil, accompagnement, confort, disponibilité...). »

Leçon numéro 3 *décider, entreprendre et organiser*

Le Docteur Salahédine B. optera pour un espace dégagé de 200 m² à Brétignolles sur Mer, agréable petite cité balnéaire de Vendée. Il développe actuellement une activité d'omnipratique avec une orientation parodontologique. Le cabinet dispose de deux salles de soins, 2 bureaux (direction et secrétariat), 1 salle d'attente, 1 salle de repos, le tout agencé autour de la stérilisation qui est visible par les patients (parois en verre) et qui oblige l'équipe à une rigueur sans faille.

Salahédine B. : « Nous recevons, en moyenne, 10 à 12 patients par jour avec des rendez-vous longs entourés de

Dr S. Bourouaha et son assistante dentaire, Laetitia



rendez-vous plus courts pour les bilans, plans de traitement, consultations, urgences... Cette organisation permet d'optimiser l'efficacité de mon assistante dentaire, Laetitia (aide opératoire et instrumentiste, responsable de la motivation à l'hygiène, de l'asepsie et de la décontamination) d'autant que la gestion administrative est confiée à mon assistante de direction, Laurence. »

Leçon numéro 4

le patient au centre du cabinet, la secrétaire aux petits soins

D'un point de vue managérial, il n'y a pas de meilleure solution pour servir et fidéliser ses patients que de leur affecter une secrétaire de direction. Le partage des postes et la spécialisation des fonctions (administrative et clinique) forment les conditions nécessaires et suffisantes de l'exercice individuel d'un praticien qui souhaite travailler sereinement et efficacement, et ce, de manière durable.

Laurence décrit succinctement ses priorités, d'un point de vue relationnel : « Je dois répondre rapidement au patient et ne jamais lui donner l'impression qu'il dérange. Il doit toujours être reçu avec le sourire. Il faut lui montrer qu'on le reconnaît et qu'on l'attend. Je prends le temps qu'il faut avec le patient pour conclure et rédiger les ententes financières, répondre à ses questionnements administratifs et ses inquiétudes... ».

D'un point de vue technique, Laurence assure bien entendu et entre autres la gestion complexe de l'agenda (rendez-vous longs / rendez-vous courts à équilibrer...), l'encaissement des honoraires et la gestion de la carte vitale, édite les courriers adressés aux correspondants et aux patients, gère et contrôle le paiement des factures, les remises en banque, planifie, prépare, organise les réunions de développement du cabinet et édite les comptes-rendus, qui seuls permettent de réaliser avec assurance et dans les délais souhaités les objectifs assignés par le praticien.

Leçon numéro 5

assistante dentaire, rien de mieux que son métier...

La qualité des soins et la satisfaction du patient reposent sur le binôme indissociable praticien-assistante dentaire : ensemble, ils édictent et optimisent sans relâche les protocoles cliniques du cabinet (paro, soins, prothèse...). Le travail à 4 mains est la composante essentielle de la réussite des soins : il représente un gain de temps considérable pour le praticien et rend le travail bien plus confortable pour le patient, soutenu par une équipe soignante compétente et performante. Cette notion d'équipe est l'un des leviers de motivation qui participe le plus activement et le plus concrètement de la confiance du patient envers le praticien, au regard des préconisations thérapeutiques qui lui sont faites.

Laetitia, assistante dentaire dévouée et passionnée par son métier est loin d'être une simple exécutante : elle contribue très concrètement au développement de l'organisation clinique. Son rôle est 100 % clinique, avec une partie logis-



tique indissociable : gestion des stocks et fournitures. Son niveau de connaissances cliniques, évalué et validé par le Docteur Salahédine B., lui permet également d'expliquer certains choix du praticien concernant le déroulement des soins. Laetitia tient également un rôle important de médiation dans les transmissions d'informations aux prothésistes (photos, date de livraison...).

Si les praticiens faisaient plus naturellement confiance à leurs assistantes dentaires, en motivant leur participation active à l'amélioration constante du travail en binôme ainsi qu'aux prises de décision impliquant l'ensemble de l'équipe, la majorité d'entre eux auraient les moyens d'optimiser la qualité de leurs services généraux.

Leçon numéro 6

les étapes de développement managérial en exercice individuel

À la création de son cabinet, le Docteur Salahédine B. a commencé à travailler par défaut en solo. Les patients arrivant rapidement et naturellement (ce qui est l'un des avantages du métier), Salahédine a engagé une assistante dentaire débutante en suivant les principes fondamentaux et les bonnes pratiques du management odontologique. Laetitia a suivi une formation à la CNQAOS de Nantes : elle est aujourd'hui une assistante diplômée compétente, motivée et attentive.

Il y a 1 an, devant la progression du cabinet, il a été vite nécessaire de décharger Laetitia des tâches administratives pour la recentrer sur le clinique, qui est le noyau dur de sa formation. L'intégration de Laurence a provoqué un remaniement des chartes de poste et Laetitia s'est sentie soudainement délestée de certaines responsabilités gratifiantes. Un accompagnement managérial a donc été nécessaire afin de faciliter cette étape de transition et d'optimiser les postes de travail : mise en place des briefings, des réunions mensuelles, des entretiens ad hoc, des entretiens annuels d'évaluation (capitax afin de définir les conditions de l'évolution des postes de travail et les objectifs de développement du cabinet). La qualité et la rentabilité des opérations de communication interne conditionnent en grande partie la réussite du cabinet et la satisfaction des patients.

Leçon numéro 7

l'apogée de la polyvalence de l'assistante dentaire

Docteur Salahédine B. : « La polyvalence de l'assistante dentaire est le deuxième cap psychologique à dépasser pour un praticien, les mêmes peurs reviennent, il s'agit du coût

*Espace Stérilisation
du cabinet du
Docteur
S. Bourouaha*



Laetitia en salle de stérilisation

et du contrôle. L'assistante dentaire polyvalente passe la majeure partie de son temps à naviguer entre la salle de soins, la stérilisation et le bureau pour répondre à toutes ses différentes tâches. Cela rend son travail haché, qui l'oblige à arrêter toute activité en cours pour répondre au téléphone, à l'accueil... Cela l'oblige également à mettre des gants, enlever ses gants, se relaver les mains, remettre des gants. Ceci provoque un manque de concentration sur le travail de fond. On préconise pour le praticien de ne pas lâcher visuellement la dent sur laquelle il travaille ce qui rend son interven-

tion moins fatigante et plus précise. La même logique devrait prévaloir pour l'assistante qui doit rester concentrée sur le travail en cours. Elle doit donc être libérée des tâches extra cliniques et administratives. Il est impératif que ces responsabilités soient confiées à du personnel compétent et performant, intégralement dédié à cette mission : l'assistante de direction. Il y a des outils pour bien gérer les ressources humaines de son cabinet dentaire et on ne peut se dispenser de les connaître même lorsqu'on ne travaille qu'avec une assistante polyvalente. Le turn-over des assistantes dentaires... est d'ailleurs très probablement dû à un manque de confiance lors de la délégation des tâches (responsabilisation des assistantes), de reconnaissance, de compréhension des décisions du praticien. Le salaire ne représente qu'une petite partie de la réponse. De plus, les assistantes aiment être au fauteuil, et avec le nombre de patients qui augmente, elles sont dès lors privées de cette assistance opératoire au profit d'activités de nettoyage, stérilisation, téléphone qui deviennent vite ennuyeuses voire même dévalorisantes, mais surtout contre-productives. Le Management Odontologique représente une somme de connaissances et de pratiques que tout praticien doit acquérir et maîtriser, qu'il prétende exercer en solo, à titre individuel avec une assistante ou bien en groupe ».

Leçon numéro 8 *l'exercice en solo, ou la peur de l'autre*

Docteur Salahédine B. : « Je connais de nombreux confrères qui travaillent seuls. Officiellement tout semble aller bien. Sauf que les vraies raisons du travail en solo sont toujours les mêmes, et qu'elles sont basées sur des peurs irrationnelles, donc non fondées :

- **peur du conflit** et donc de la procédure de licenciement avec en arrière-plan le coût du licenciement. "Mieux vaut être seul que mal accompagné" est leur devise

- **peur du coût salarial**, sans avoir mesuré qu'une assistante bien formée entraîne *de facto* une hausse importante du chiffre d'affaires en libérant le praticien pour la tâche à laquelle il a été formé, c'est-à-dire soigner ses patients

- **peur de perdre le contrôle**, ne plus être le seul décisionnaire et finir par être étranger à son propre cabinet. Je connais ces peurs, je les ai eues moi-même. Il faut d'abord passer le cap d'un premier blocage psychologique, celui du dentiste omnipraticien et polyvalent, le second cap à passer est celui de l'assistante polyvalente. »

Leçon numéro 9 *bien débiter son exercice, savoir conduire le changement*

Docteur Salahédine B. : « Je conseillerais à un praticien débutant son exercice de procéder selon ces étapes :

1. ne pas hésiter à aller voir des cabinets de confrères qui fonctionnent bien, et tenter de se conformer à leur mode de management et d'organisation, du moins au début, car il faudra ensuite adapter cette organisation aux spécificités de son propre cabinet (personnel, orientations cliniques, infrastructure, objectifs de développement...), ce qui peut nécessiter de devoir recourir à des prestataires de services extérieurs
2. recruter une assistante dentaire qualifiée ou à former (peu importe) rapidement, afin d'éviter que le travail administratif, le nettoyage et la stérilisation n'obligent le praticien à rester en dehors et bien au-delà des heures d'ouvertures officielles de son cabinet
3. se former avec son assistante (congrès, séminaires, formations...)
4. recruter une secrétaire de direction dès que l'assistante dentaire est plus souvent au secrétariat, à l'accueil (téléphonique) ou en stérilisation qu'au fauteuil (délai de 18 à 24 mois environ après le recrutement de sa première assistante dentaire « polyvalente »).

La majorité de mes confrères souhaitent faire évoluer leur organisation, mais entraînés dans un maelström quotidien, ils n'ont plus la force de changer ("les patients ne comprendront pas ! Ça marche très bien comme ça !").

Conclusion

« L'erreur à éviter est de penser que les bonnes pratiques de management sont secondaires et de se retrouver piégé un ou deux ans plus tard quand le cabinet est surchargé et le praticien en burn out, situation dans laquelle on prend des décisions en urgence, qui sont rarement les bonnes. »

AUTEUR

Rodolphe Cochet
Conseil en Management Odontologique
- Développement et accompagnement managérial
- Conférences, formations et ateliers pratiques
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél : 01 43 31 12 67 - Email : info@rh-dentaire.com
Internet : www.rh-dentaire.com et www.dentalemploi.com

Lawrence, assistante de gestion odontologique, en rendez-vous administratif.





Le SYFAC organise à Paris une soirée scientifique dédiée à l'utilisation des biomatériaux
Mercredi 5 Mai 2010 à 19h30 Hôtel Méridien - Porte Maillot - Paris

Découverte récente des mécanismes de l'ostéo-intégration des biomatériaux. Quelles conséquences en clinique ?

avec la participation de l'INSERM Reims



Dr J. CHOUKROUN



Dr J.B. REBOUILLAT



Dr P. RUSSE



Dr D. MAQUIN



Dr G. KHOURY



Dr P. LECLERCQ



Dr M. MONGEOT

Récentes Découvertes en Ingénierie Osseuse.

Dr Joseph CHOUKROUN (Nice)

Applications à la Stabilité Osseuse Péri-Implantaire.

Dr Jean Baptiste REBOUILLAT (Chablis)

Complements Sinusiens et Biomatériaux : Histologie Comparée.

Dr Philippe RUSSE (Reims) - Dr Dominique MAQUIN (Reims)

1. Toutes les questions à propos des Biomatériaux :

- Mécanismes d'ostéo-intégration des Biomatériaux : les facteurs indispensables
- Cellules, Biomatériaux et Facteurs de Croissance.
- Pourquoi les résultats diffèrent en fonction du type de substitut osseux utilisé ?
- Faut-il mélanger plusieurs biomatériaux et quel intérêt ?
- Renforcer le potentiel osseux en pré-opératoire : "Personalized Implant therapy"

2. Toutes les questions sur la stabilité à long terme des implants

- Les conditions osseuses de la stabilité et les moyens pour l'obtenir
- Les conditions gingivales de la stabilité et les moyens pour l'obtenir
- Les conditions mécaniques de la stabilité osseuse et comment les respecter.

3. Sinus-lifts et Biomatériaux

- Histologie comparée avec plusieurs biomatériaux. Concordance histo-clinique.
- Délai d'attente avant pose des implants. Nouvelles règles.
- Un comblement « dur » traduit-il une ossification suffisante ?

Débat scientifique animé Dr Georges KHOURY, Dr Philippe LECLERCQ, Dr Marc MONGEOT

Coupon d'inscription : Soirée SYFAC Mercredi 5 Mai 2010 à partir de 19h30

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

E-mail : (obligatoire)

Tél. Fax

Par courrier : 70 € / Sur place : 90 € comprenant la participation à la Conférence + Cocktail
Envoyer ce Coupon + Chèque libellé à l'ordre de SYFAC à : SYFAC, 49 rue Gioffredo, 06000 Nice.

Tous vos rendez-vous

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

3 mai au 9 novembre 2010 à Bordeaux
Dr Bernard PELTIER

20 mai au 10 décembre 2010 à Toulouse
Drs Antoine DISS, Bernard PELTIER

21 mai au 15 novembre 2010 à Pontivy
Dr François FURIC

Frais d'inscription : 1 400 €
FORMATION IMPLANTOLOGIE

Frais d'inscription : 2 600 €
GÉNÉRATION IMPLANT
Centre de Formation Villa La Tour 134 avenue des
Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 04 92 00 77 17
Email : info@generation-implant.com
Site Internet : www.generation-implant.com

6 et 7 mai + 20 et 21 mai 2010 à Fontainebleau
21 et 22 mai 2010 à Lyon
27 et 28 mai 2010 à Paris

11 et 12 juin à Nantes
25 et 26 juin 2010 à Paris
FORMATION ASSISTANTE DENTAIRE

Martine JACQUART
Frais d'inscription : 570 €
GENERATION IMPLANT
Centre de Formation Villa La Tour 134 avenue des
Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 04 92 00 77 17
Email : info@generation-implant.com
Site Internet : www.generation-implant.com

7 et 8 mai 2010 à Cannes Le Cannet
**FORMATION COMPLÈTE DE CHIRURGIE
ET PROTHÈSE IMPLANTAIRE**

Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET

Frais d'inscription : 1 050 €
FIDE
28 boulevard Gambetta - Azur Eden - 06110 Cannes le Cannet
Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
Email : catherine@fide.fr
Site Internet : www.fide.fr

10 mai 2010 à Rueil
**STAGE DE PROTHÈSE - DES SOLUTIONS
PROTHÉTIQUES ILLIMITÉES**

Dr Michel DELESTRADE
ASTRA TECH FRANCE
Élodie Mosseri - 7 rue Eugène et Armand Peugeot
- 92563 Rueil-Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site Internet : www.astratechdental.fr

17 au 19 mai et 21 juin 2010 à Paris
**LA SANTE PARODONTALE, UNE
APPROCHE MICROBIOLOGIQUE
MODERNE.**

Dr Mark BONNER
Frais d'inscription : 3 500 € (règlements possible sur plusieurs
échéances), assistantes invitées
INSTITUT INTERNATIONAL DE PARODONTIE
455 Promenade des Anglais, Arénas - 06200 Nice
Tél : 04 93 7 40 65 - Fax : 04 93 71 40 32
Email : solange.dunoye@wanadoo.fr
Site Internet : www.parodontite.com

20 Mai 2010 au 10 décembre 2010 à Toulouse
FORMATION IMPLANTOLOGIE

Drs Antoine DISS, Bernard PELTIER

Frais d'inscription : 2600
GÉNÉRATION IMPLANT

Centre de Formation Villa La Tour 134 avenue des
Arènes de Cimiez - 06000 NICE
Tél : 04 92 00 77 17 -
Email : info@generation-implant.com
Site Internet : www.generation-implant.com

20 mai 2010 à Versailles
FIABILISER L'IMPLANTOLOGIE

Drs J.-M. PONS-MOURREOU, G. KHOURY

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

20 mai 2010 à Vienne
**GREFFES COMPLEXES : COMMENT
RECREE UN VOLUME OSSEUX
SUFFISANT?**

Dr Chapotat
Frais d'inscription : 280€
ANTHOGYR
2237 avenue André Lasquin - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 58 02 37 -
Email : anne.monfort.sales@anthogy.com
Site Internet : www.anthogy.com

21 mai 2010 au 15 Novembre 2010 à Pontivy
FORMATION PROTHESE IMPLANTAIRE

Dr François FURIC
Frais d'inscription : 1400 €
GENERATION IMPLANT
Centre de Formation Villa La Tour 134 avenue des
Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 04 92 00 77 17
Email : info@generation-implant.com
Site Internet : www.generation-implant.com

21 et 22 mai 2010 à Bordeaux
**LA CHIRURGIE PARODONTALE
PRE-PROTHETIQUE**

CEIOP
16 rue du Bocage - 33200 Bordeaux
Tél : 06 26 80 46 43
Email : ceiop@ceiop.com
Site Internet : www.ceiop.com

26 mai 2010 à Bordeaux
FORMATION PROTHESE IMPLANTAIRE

Dr Bernard PELTIER
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

28 et 29 mai 2010 à Montpellier
**LES MALADIES PARODONTALES :
DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT**

Dr Olivier JAME
Frais d'inscription : 430 €
SFPIO Languedoc-Roussillon
26 allée Jules Milhau - 34080 Montpellier
Tél : 04 67 92 87 78 ou 04 67 92 55 38
Email : sfpiolr@free.fr

2 au 4 juin 2010 à Beyrouth - Liban
**JOURNEES ODONTOLOGIQUES
FRANCOPHONES**

CFLIP - cercle franco-libanais
d'implantologie et de parodontologie
32 avenue Pierre 1er de Serbie - 75008 Paris

Tél : 01 40 70 16 22 - Fax : 01 47 20 08 49
Email : cflip@epe.com

3 et 4 juin 2010 à Toulouse
DIX ANS D'ISO

Drs E. EUWE, G. O. GALLUCCI, F. KHOURY,
G. KÖRNER, F. RENOARD, É. ROMPEN, M. SALAMA
Frais d'inscription : 350 €
Implantologie du sud-ouest : ISO
25 rue Gabriel Péri - 31000 Toulouse
Fax : 05 61 63 46 12
Site Internet : www.implantologiedusudouest.com

3 au 5 juin 2010 à Lyon
**ATTESTATION D'ETUDES EN
IMPLANTOLOGIE - SESSION 5 : TRAVAUX
PRATIQUES ET CHIRURGIE EN DIRECT**

Drs M. BRAVARD, M. BRIOT, M. BRUNEL,
Ch. CHAVRIER, B. DELCOMBEL, G. EDOUARD,
P. EXBRAYAT, J. FOURNIER, P. PALDINO, M. PERRIAT,
R. PLESKOF, Ph. RUSSE, TH. TOQUET, FI. TRIOLLIER

CURAIO
96 rue Montgolfier - 69006 Lyon
Tél : 04 72 82 94 70 - Fax : 04 78 94 37 95
Email : curaio@wanadoo.fr
Site Internet : www.curaio.com

3 au 5 juin 2010 à Metz
**INTEGRER EN TOUTE SIMPLICITE LA
REALISATION DE LA PROTHESE SUR
IMPLANTS ET OFFRIR AINSI TOUTES LES
ALTERNATIVES A SES PATIENTS**

Drs J.-L. DESHAYES, F. MALARD, A. RIMMER

Frais d'inscription : 900 €
Campus ITI
Séverine Delmas
5 rue Dupont des Loges - 75007 Paris
Tél : 01 64 17 30 16 -
Email : france@itisection.org
Site Internet : www.iti.org/france

4 juin 2010 au 11 septembre 2010 à Nantes
**FORMATION GREFFE OSSEUSE ET
CHIRURGIE AVANCEE**

Dr Guillaume FOUGERAIS, Dr Cyril JOSSET

Frais d'inscription : 1900 €
GENERATION IMPLANT
Centre de Formation Villa La Tour 134 avenue des
Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 04 92 00 77 17 -
Email : info@generation-implant.com
Site Internet : www.generation-implant.com

4 et 5 juin 2010 à Rueil et Paris
**STAGE CLINIQUE DE CHIRURGIE AVANCEE
TECHNIQUES D'AUGMENTATIONS
OSSEUSES CRESTALES**

Dr Georges KHOURY
ASTRA TECH
Élodie Mosseri - 7 rue Eugène et Armand Peugeot
- 92563 Rueil-Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site Internet : www.astratechdental.fr

6 juin 2010 à Bordeaux
FORMATION PROTHESE IMPLANTAIRE

Dr Bernard PELTIER
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

10 juin 2010 à Chessy - Marne la Vallée
**LES TECHNIQUES EPROUVEES DE PRESERVA-
TION DES DENTS - AVANCE NIVEAU 2**

Drs Y. CHARBIT, A. HENRY, S. VINCENT

Frais d'inscription : 420 €
Campus ITI
Séverine Delmas - 5 rue Dupont des Loges - 75007 Paris
Tél : 01 64 17 30 16 -
Email : france@itisection.org
Site Internet : www.iti.org/france

10 juin 2010 à Nice
**PLAN DE TRAITEMENT ET IMPLANTS :
LE DEFI QUOTIDIEN**

Dr Durif
Frais d'inscription : 215€
ANTHOGYR
2237 avenue André Lasquin - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 58 02 37 -
Email : anne.monfort.sales@anthogy.com
Site Internet : www.anthogy.com

10 juin 2010 à Sallanches
**LA CHIRURGIE GUIDEE EN IMPLANTOLOGIE :
ANTHOGYR GUIDING SYSTEM**

Dr Bailly
Frais d'inscription : 280€
ANTHOGYR
2237 avenue André Lasquin - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 58 02 37
Email : anne.monfort.sales@anthogy.com
Site Internet : www.anthogy.com

10 et 11 juin 2010 à Nice
CHIRURGIE IMPLANTAIRE AVANCEE - MODULE 4

Drs J. CHOUKROUN, C. BOILEAU

Frais d'inscription : 750 €
DEFI
20 boulevard Jean Jaurès - 06300 Nice
Tél : 04 92 47 70 67 - Fax : 04 93 80 38 66
Email : @defi-implant.com
Site Internet : www.defi-implant.com

11 et 12 juin 2010 à Bordeaux
PERTE OSSEUSE

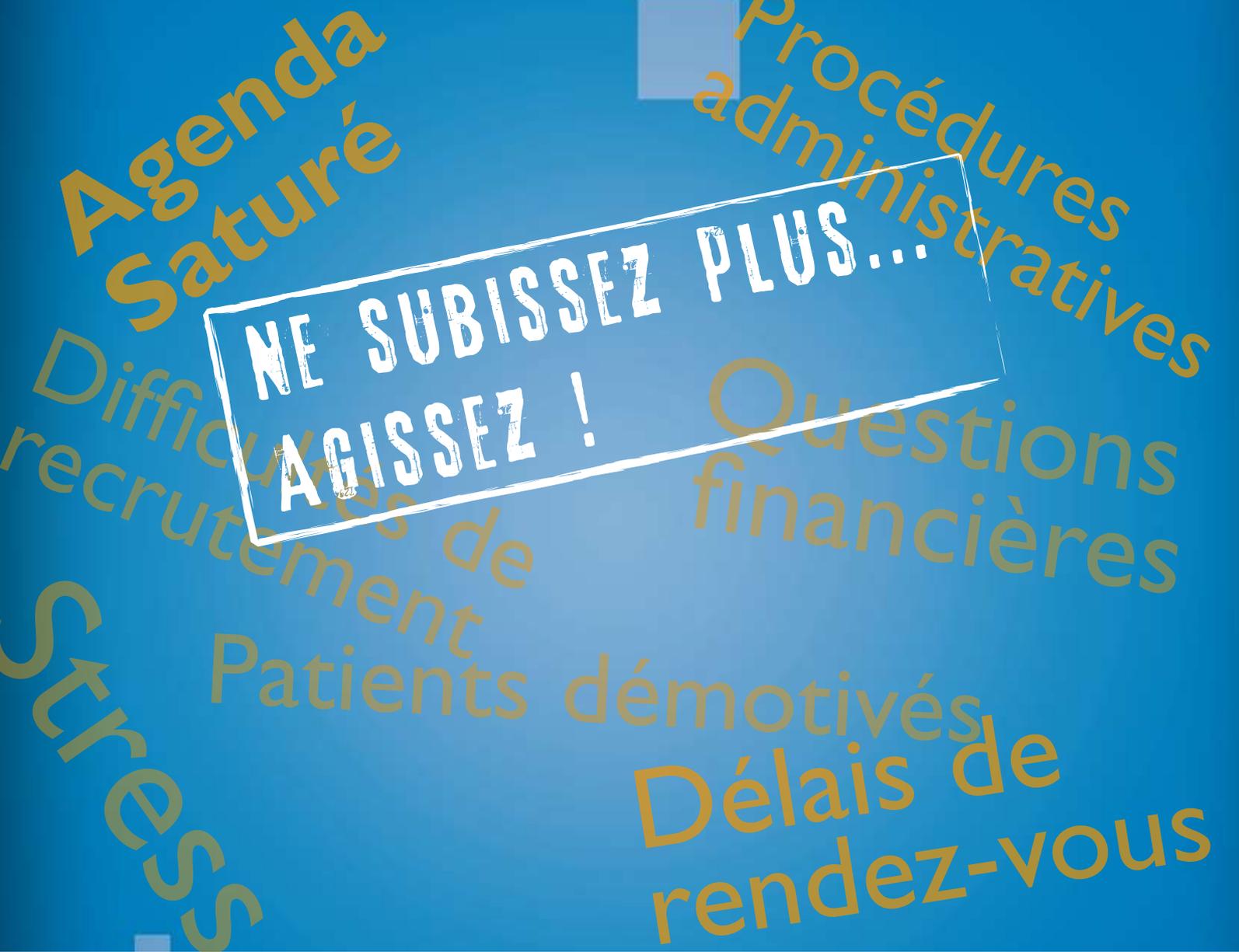
CEIOP
16 rue du Bocage - 33200 Bordeaux
Tél : 06 26 80 46 43 -
Email : ceiop@ceiop.com
Site Internet : www.ceiop.com

11 au 13 juin 2010 à Los Angeles aux États-Unis
ADVANCED IMPLANT RESTORATION

Frais d'inscription : Avant le 1er mai : 1 795 us\$
Après le 1er mai 2010 : 1 995 us\$
ASTRA TECH
Élodie Mosseri - 7 rue Eugène et Armand Peugeot
- 92563 Rueil-Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 22 30 -
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site Internet : www.astratechdental.com

14 au 18 Juin 2010 à Saint-Malo
**UNE FORMATION COMPLÈTE EN
PARODONTOLOGIE : PARODONTIE MEDICALE**

Dr Jacques CHARON
Frais d'inscription : 3150 € (possibilité de payer en
plusieurs fois)
PARO CONCEPT
128 rue Jacquemart Gielée - 59000 Lille
Tél : 03 20 34 04 47 - Fax : 03 20 56 90 42
Email : paroconcept@nordnet.fr
Site Internet : www.paroconcept.com



DÉCOUVREZ LA FLEXI-GESTION[®]

ET OBTENEZ DES RÉPONSES EN ASSISTANT
AU SÉMINAIRE DU DR BINHAS



Omnipraticiens

STRASBOURG
29 - 30 Avril 2010

VITROLLES
6 - 7 Mai 2010

PARIS
3 - 4 Juin 2010

Implantologistes

PARIS
10 - 11 Juin 2010

Orthodontistes

MARSEILLE
14 - 15 Juin 2010



Pour plus de
renseignements :

contact@binhas.com
04 42 108 108

 N° Vert 0 800 521 764

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

14 au 18 Juin 2010 à Arcachon
PARODONTIE MÉDICALE

Jacques CHARON

Frais d'inscription : 3150 € (payable en plusieurs fois)
PARO CONCEPT
89 rue Roland - 59000 Lille
Tél : 03 20 34 04 47 -
Email : paroconcept@nordnet.fr
Site Internet : www.paroconcept.com

ENDODONTIE

3 juin 2010 à Paris
REPRISE TRAITEMENTS

Dr S. SIMON

AFOS
12 bis rue du Cadran - 94220 Charenton
Tél : 09 75 24 99 24 -
Email : afos.idf@free.fr

3 juin 2010 à Paris
L'OBTURATION EN ENDODONTIE DE LA GUTTA-PERCHA A L'OBTURATION BIOLOGIQUE

Dr Stéphane SIMON

Frais d'inscription : 70 €
COEFI
3 avenue Alphan - 75116 Paris
Tél : 06 09 04 65 06 - Fax : 01 42 35 26 57
Site Internet : www.coefi.fr

ESTHÉTIQUE

27 et 28 mai 2010 à Sallanches
LA GESTION DE L'ESTHÉTIQUE PERI-IMPLANTAIRE

Dr LAZAROO

Frais d'inscription : 600€
ANTHOGRYR
2237 avenue André Lasquin - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 58 02 37
Email : anne.monfort.sales@anthogryr.com
Site Internet : www.anthogryr.com

3 juin 2010 à Paris
CYCLE D'INITIATION EN ESTHÉTIQUE : « MAÎTRISER LES INLAYS/ONLAYS ESTHÉTIQUES »

Drs Gil TIRLET, Jean-Pierre ATTAL

GROUPE RAPHAËL FORMATION
4 rue Boileau - 92120 Montrouge
Tél : 01 49 85 95 54 -
Email : cycle.esthetique@formationgrf.com
Site Internet : www.formationgrf.com

3 Juin au 10 Décembre 2010 à Nice
FORMATION DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Dr Antoine DISS

Frais d'inscription : 3700 €
GENERATION IMPLANT
Centre villa la tour 134, avenue des Arènes de Cimiez - 06000 NICE
Tél : 04 92 00 77 17 -
Email : info@generation-implant.com
Site Internet : www.generation-implant.com

4 Juin 2010 à Paris
CYCLE DE PERFECTIONNEMENT EN ESTHÉTIQUE : « MAÎTRISER LES CRITÈRES ESTHÉTIQUES DU SOURIRE »

Drs Gil TIRLET, Jean-Pierre ATTAL

GROUPE RAPHAËL FORMATION
4 rue Boileau - 92120 Montrouge
Tél : 01 49 85 95 54
Email : cycle.esthetique@formationgrf.com
Site Internet : www.formationgrf.com

Jeudi 17 juin 2010 à Paris
CYCLE D'INITIATION A L'ESTHÉTIQUE : « MAÎTRISER LES COURONNES CERAMICERAMIQUES »

Drs Gil TIRLET, Jean-Pierre ATTAL

GROUPE RAPHAËL FORMATION

4 rue Boileau - 92120 Montrouge
Tél : 01 49 85 95 54 -
Email : cycle.esthetique@formationgrf.com
Site Internet : www.formationgrf.com

OMNIPRATIQUE

6 mai 2010 à Metz
FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTEOCENTRALE

AFPAD

66 avenue des Marronniers - BP 20521 - 49300 Cholet cedex
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
Email : sophie@afpad.com
Site Internet : www.afpad.com

6 et 7 mai 2010 à Strasbourg
27 mai 2010 à Lille

FORMATION A LA PERSONNE COMPETENTE EN RADIOPROTECTION PCR CABINET DENTAIRE

Docteur Philippe ROCHER

Frais d'inscription : 1800 € (1500 € pour les adhérents)
UFSBD
7 rue Mariotte - 75017 Paris
Tél : 01 44 90 93 94 - Fax : 01 44 90 97 82
Email : formation@ufsbdf.fr
Site Internet : www.dentistepro.fr

13 mai 2010 à Paris
TRAVAILLER EN TUBS ET CASSETTES

Dr K. DENYS

Frais d'inscription : Mb : 210 € - Non mb : 250 €
Assistantes : 210 €
UJCD
14 rue Etxe - 75018 Paris
Tél : 01 42 28 99 10 - Fax : 01 44 85 51 32
Email : conferences@ujcd.com
Site Internet : http://conferences.ujcd.com

15 au 22 mai 2010 à Marrakech
JOURNÉES €-MEDITERRANEENNES

Enseignants de l'UFR
Frais d'inscription : Voyage-séjour en 1/2 pension : 950 €
- Forfait séminaire : 300 €
UFR d'odontologie de Clermont-Ferrand
Claudie Camus - 11 boulevard Charles de Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
Email : claudie.camus@u-clermont1.fr
Site Internet : http://webodonto.u-clermont1.fr

20 mai 2010 à Toulouse
TENIR UN DOSSIER PATIENT

K. DENYS

Frais d'inscription : Mb : 210 € - Non mb : 250 €
- Assistantes : 210 €
UJCD
14 rue Etxe - 75018 Paris
Tél : 01 42 28 99 10 - Fax : 01 44 85 51 32
Email : conferences@ujcd.com
Site Internet : http://conferences.ujcd.com

20 mai 2010 à Toulouse
FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTEOCENTRALE

AFPAD

66 avenue des Marronniers - BP 20521 - 49300 Cholet cedex
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
Email : sophie@afpad.com
Site Internet : www.afpad.com

27 mai 2010 à Paris
RADIOPROTECTION DES PATIENTS EXPOSÉS AUX RISQUES IONISANTS

Dr Pierre MENS

Frais d'inscription : 250 €
ASSOCIATION PRÉCAUTION
89 rue Saint Denis - 77400 Lagny
Tél : 0820 821 466 - Fax : 01 60 27 91 67

Email : inscriptions@associationprecaution.fr
Site Internet : www.associationprecaution.fr

27-28 mai 2010 et 17-18 juin 2010 à Lille
FORMATION A LA PERSONNE COMPETENTE EN RADIOPROTECTION PCR CABINET DENTAIRE

Dr Philippe Rocher

Frais d'inscription : 1800 € (1500 € pour les adhérents)
UFSBD
7 rue Mariotte - 75017 Paris
Tél : 0144909394 - Fax : 01 44 90 97 82
Email : formation@ufsbdf.fr
Site Internet : www.dentistepro.fr

3 juin 2010 à Marseille
FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTEOCENTRALE

AFPAD

66 avenue des Marronniers - BP 20521 - 49300 Cholet cedex
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
Email : sophie@afpad.com
Site Internet : www.afpad.com

3 juin 2010 à Lyon
DERMATOLOGIE BUCCALE

Dr J.-C. FRICAÏN

Frais d'inscription : Mb : 210 € - Non mb : 250 €
- Assistantes : 210 €
UJCD
14 rue Etxe - 75018 Paris
Tél : 01 42 28 99 10 - Fax : 01 44 85 51 32
Email : conferences@ujcd.com
Site Internet : http://conferences.ujcd.com

3 juin 2010 à Toulouse
17 juin 2010 à Senones

NOS SOURCES DE STRESS

Dr Marie-José AUSSONNE

FFCD
2 chemin de la Pépinière - 31270 Villeneuve-Tolosane
Tél : 02 38 92 35 70 ou 06 82 11 47 82 -
Email : ffcd.secretariat@gmail.com

3 juin 2010 à Cassis (13)
PRISE EN CHARGE DES DOULEURS ORO-FACIALES

Dr Philippe CHANAVAZ

Frais d'inscription : 170 €
INSTITUT OROFACE
Clinique La Casamance - 33 bd des farigoules - 13400 AUBAGNE
Tél : 06 16 35 13 02
Email : institut.oroface@orange.fr
Site Internet : www.institutoroface.com

7 juin 2010 à Paris
LES ÉROSIONS DENTAIRES

Pr Pierre COLON

CEPOG
Tél : 06 10 66 09 55
Email : alex.kerner@wanadoo.fr

10 juin 2010 à Tours
Dr O. LAVIOLE

10 juin 2010 à Clermont-Ferrand
Dr G. JOURDA

PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE

Mb : 210 € - Non mb : 250 € - Assistantes : 210 €
UJCD
14 rue Etxe - 75018 Paris
Tél : 01 42 28 99 10 - Fax : 01 44 85 51 32
Email : conferences@ujcd.com
Site Internet : http://conferences.ujcd.com

16 juin 2010 à Paris
13 TRAVAUX PRATIQUES A LA CARTE

H. ANTOUN, C. TOUBOUL, B. FLEITER, E. ESTRADE, J. DEJOU, M. KECK, T. ARVIS, E. SERFATY,

E. HAZAN, M. ROCHE, C. LAUNOIS, B. SCHWEITZ, G. GAGNOT, J.J. LOUIS, R. KALEKA, C. MOUSSALLY

Frais d'inscription : Tarifs membres : 300 € et 340 €
- Tarifs non membres : 360 € et 400 €
SOP
6 rue Jean Hugues - 75116 Paris
Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08
Email : secretariat@sop.asso.fr
Site Internet : www.sop.asso.fr

OCCLUSODONTIE

20 mai 2010 à Paris
LA JOURNÉE DE L'ORTHOPOSTURODONTIE

Dr Michel CLAUZADE

Frais d'inscription : 300€
S.O.O.F.
19 Espace Méditerranée - 66000 Perpignan
Tél : 04 68 51 22 23
Email : michel.clauzade@wanadoo.fr
Site Internet : http://www.orthoposturodentie.com

27 et 28 mai 2010 à Vigneux de Bretagne
DU DIAGNOSTIC A LA MAINTENANCE OCCLUSALE

Dr GUILLON

Frais d'inscription : 550 €
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

3 au 6 juin 2010 à Perpignan
17 juin
ORTHOPOSTURODONTIE : SEMINAIRE 2ND DEGRE

Drs Michel CLAUZADE, Jean-Luc OUIHOU

Frais d'inscription : 1 200 €
SOOF
19 Espace Méditerranée - 66000 Perpignan
Tél : 04 68 51 22 23 - Fax : 04 68 51 22 62
Email : michel.clauzade@wanadoo.fr

3 juin 2010 à Cassis (13)
OCCLUSION ET POSTURE

Drs J.-M. COSTE, P. CHANAVAZ, L. JEANNENOT

Frais d'inscription : 170 €
Institut OROFACE
Clinique La Casamance - 33 bd des farigoules - 13400 Aubagne
Tél : 06 16 35 13 02 -
Email : institut.oroface@orange.fr
Site Internet : www.institutoroface.com

ORTHODONTIE

8 et 9 mai 2010 à Nantes
CE QUE LES ORTHODONTISTES ATTENDENT DE LA REÉDUCATION MUSCULAIRE

Maryvonne FOURNIER

CEPOG
Tél : 06 10 66 09 55 -
Email : alex.kerner@wanadoo.fr

20 mai 2010 à Vigneux de Bretagne
L'ORTHODONTIE PREPROTHÉTIQUE ET LA CHIRURGIE PREPROTHÉTIQUE

Pr BASSIGNY, Dr HUET

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

27 mai 2010 à Paris
LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES EN DENTURE TEMPORAIRE APPROCHE CLINIQUE EN 6 SEMINAIRES

Dr Patrick FELLUS

PREMIER CENTRE DE FORMATION NEURO-MUSCULAIRE ET ESTHETIQUE SUR PATIENT

Dédié à l'excellence

GAD



GLOBAL ADVANCED DENTISTRY

CONFERENCE EXCLUSIVE : LE JEUDI 27 MAI 2010 à 19 heures
L'ESTHÉTIQUE POUR VOS PATIENTS, C'EST MAINTENANT ET C'EST CHEZ VOUS !

Dr. Cyril Gaillard



**TOUT CERAMIQUE,
QUELS MATERIAUX CHOISIR ?**

**ANTERIEURES, POSTERIEURES :
LE CHOIX EST-IL DIFFERENT ?**

**COMMENT GERER L'ETAPE
DES PROVISOIRES ?**

**COMMENT PREPARER
(FACETTES, COURONNES) ?**

COMMENT COLLER ?

**PROTOCOLES POUR GERER
LA DEMANDE ESTHETIQUE
DES PATIENTS**

*Co-fondateur et instructeur GAD
Post Graduate du Las Vegas
Institute en Esthétique Dentaire
et Dentisterie Neuro-Musculaire
Membre de l'American
Academy of Cosmetic Dentistry*

Mr. Christophe Hue



**QUELS SONT LES CRITERES
À CONNAITRE POUR CREER
OU RECREER UN SOURIRE ?**

**METTRE EN APPLICATION
LES REGLES ESTHETIQUES
«LABORATOIRE ET CABINET»**

**QUEL EST L'IMPACT
D'UN BEAU SOURIRE ?**

**MEME OBJECTIF : LA
SATISFACTION DU PATIENT.**

*Co-fondateur et instructeur GAD
Post Graduate du Las Vegas
Institute en Esthétique Dentaire
et Dentisterie Neuro-Musculaire*

**COCKTAIL DÎNATOIRE
PARTICIPATION 30 €**

**ENGHIEN-LES-BAINS (95)- HÔTEL RESORT
GROUPE LUCIEN BARRIÈRE - À L'AUDITORIUM**

INSCRIPTION EN LIGNE

Contactez nous !

SIEGE SOCIAL
231 rue St-Honoré
75001 Paris

06 09 13 52 41
www.gad-center.com

**LIEUX DE
FORMATION**
Bordeaux - Paris - Genève



GAD

VOTRE FAÇON DE PRATIQUER NE SERA PLUS JAMAIS LA MEME !

Dr Patrick Fellus - 18 rue de Condé - 75006 Paris
Tél : 01 43 26 08 86

7 juin 2010 à Paris
LES AGENESIES, QU'EST-CE QUI A CHANGE ?
CEPOG & SBR & SMODMF
Tél : 06 10 66 09 55
Email : alex.kerner@wanadoo.fr

7 et 8 juin 2010 à Nantes
COURS NIVEAU 1 : INITIATION A LA RNO
CRRNO
Dr Patrick Ampen - 38 rue Aristide Briand - 77100 Meaux
Tél : 01 60 23 29 33
Email : patrick.ampen@wanadoo.fr
Site Internet : www.i-ortho.net

11 au 13 juin 2010 à Paris
LES DYSFONCTIONS CRANIO-MANDIBULO-POSTURALES - STAGE 3
Dr PATTI
Frais d'inscription : 1 500 €
RMO €PE
Rue Geiler de Kaysersberg - 67400 Illkirch
Tél : 03 88 40 67 35 - Fax : 03 88 67 96 95
Email : ccropsal@rmo€pe.com
Site Internet : www.rmo€pe.com

12 juin 2010 à Clermont Ferrand
LIBERTY BIELLE
Drs F. MARIE-CATHERINE, E. MARIE-CATHERINE
Frais d'inscription : 490 €
RMO €PE
Rue Geiler de Kaysersberg - 67400 ILLKIRCH
Tél : 03 88 4 067 40 - Fax : 03 88 67 96 95
Email : ccropsal@rmo€pe.com
Site Internet : www.rmo€pe.com

14 juin 2010 à Paris
MINI-VIS
Dr LESAGE
Frais d'inscription : 590 €
RMO €pe
Rue Geiler de Kaysersberg - 67400 ILLKIRCH
Tél : 03 88 40 67 35 - Fax : 03 88 67 96 95
Email : ccropsal@rmo€pe.com
Site Internet : www.rmo€pe.com

PÉDODONTIE
21 et 22 mai 2010 à Lille
EDUCATION A LA SANTE ET ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE
40èmes journées internationales de la SFOP
SFOP
Email : sfop2010@gmail.com
Site Internet : http://sfop2010.univ-lille2.fr

ERGONOMIE
6 mai 2010 à Nantes
17 juin 2010 à Brest
TRAVAIL A 4 MAINS, TUBS ET CASSETTES : DANS QUELLE ORGANISATION CELA DOIT S'INSCRIRE ?
230 € par participant (195 € pour les adhérents)
UFSBD
7 rue Mariotte - 75017 Paris
Tél : 0144909394 - Fax : 01 44 90 97 82
Email : formation@ufsbdf.fr
Site Internet : www.dentistepro.fr

13 mai 2010 à Paris
TRAVAILLER EN TUBS ET CASSETTES
K. DENYS
Mb : 210 € - Non mb : 250 € Assistantes : 210 €
UJCD

14 rue Étex - 75018 Paris
Tél : 01 42 28 99 10 Fax : 01 44 85 51 32
Email : conferences@ujcd.com
Site Internet : http://conferences.ujcd.com

4 juin 2010 à Bordeaux
TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES
Drs R. MACCARIO, G. COLOMBET, S. JOLAIN
FFCD
2 chemin de la Pépinière - 31270 Villeneuve-Tolosane
Tél : 02 38 92 35 70 ou 06 82 11 47 82 -
Email : ffcd.secretariat@gmail.com

ORGANISATION
6 et 7 mai 2010 à Vitrolles
3 et 4 juin 2010 à Paris
14 et 15 juin à Vitrolles
VEZECOUVRIR LA FLEXIGESTION®, LE TOUT NOUVEAU CONCEPT DU DR EDMOND BINHAS
Dr Edmond Binhas
Groupe Edmond Binhas
Les Estroublans - 5 rue de Copenhague - 13742 Vitrolles cedex
Tél : 0800.521.764 - Fax : 04.42.34.15.04
Email : @binhas.com

10 et 11 juin 2010 à Paris
DEVELOPPER L'IMPLANTOLOGIE ? EST-CE LE BON MOMENT POUR VOUS ?
Dr Edmond BINHAS
Groupe Edmond Binhas
Les Estroublans - 5 rue de Copenhague - 13742 Vitrolles
Tél : 0800.521.764 - Fax : 04.42.34.15.04
Email : @binhas.com

MANAGEMENT
13 au 16 mai 2010 à Tetouan (MAROC)
ATELIERS PRATIQUES DE MANAGEMENT APPLIQUE A L'ODONTOLOGIE
Ateliers conçus et dirigés par Rodolphe Cochet
8^e congrès du Nord Tanger Tetouan
Email : info@rh-dentaire.com
Site Internet : http://www.rh-dentaire.com

COMMUNICATION
6 mai 2010 à Lyon
17 juin à Strasbourg
Stéphanie ONILLON
BIEN PRATIQUER LA COMMUNICATION ET LA COORDINATION AVEC LABORATOIRE DE PROTHESE
Frais d'inscription : 300 €
AB SURGERY
10 rue de la Paix - 75002 Paris
Tél : 06 31 94 40 68
Email : s.onillon@absurgery.fr
Site Internet : http://www.absurgery.fr

20 mai 2010 à Troyes
3 juin 2010 à Paris
10 juin à Strasbourg
Stéphanie ONILLON
BIEN PRATIQUER L'ACCUEIL ET LA GESTION DES PATIENTS
Frais d'inscription : 250 €
AB SURGERY
10 rue de la Paix - 75002 Paris
Tél : 06 31 94 40 68
Email : s.onillon@absurgery.fr
Site Internet : http://www.absurgery.fr

27 mai 2010 à Toulon
EDUCATION A LA SANTE : ROLE DE L'ASSISTANTE DENTAIRE
230 € par participant (195 € pour les adhérents)
UFSBD
7 rue Mariotte - 75017 Paris
Tél : 01 44 90 93 94 - Fax : 0144 90 97 82
Email : formation@ufsbdf.fr
Site Internet : www.dentistepro.fr

27 et 28 mai 2010 à Le Touquet
ACCUEIL ET COMMUNICATION AU CABINET DENTAIRE
Marie-José AUSSONNE, Isabelle MARCEAU
FFCD
2 chemin de la Pépinière - 31270 Villeneuve-Tolosane
Tél : 02 38 92 35 70 ou 06 82 11 47 82
Email : ffcd.secretariat@gmail.com

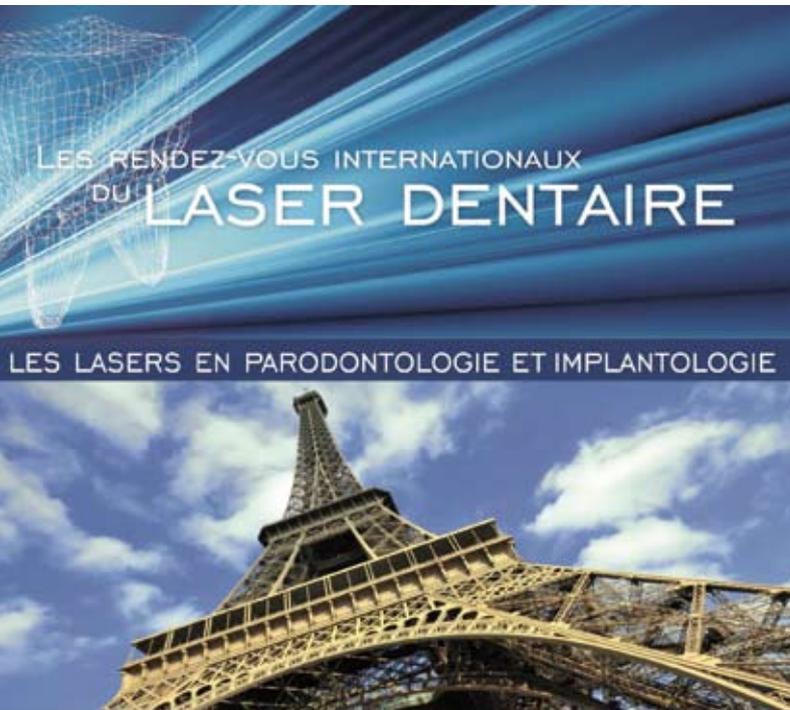
10 juin 2010 à Nice
ACCUEIL DU PATIENT ET COMMUNICATION : GAGNER LA CFIANCE ET FIDELISER LES PATIENTS, ROLE DE L'ASSISTANTE DENTAIRE
Frais d'inscription : 230 € par participant (195 € pour les adhérents)
UFSBD
7 rue Mariotte - 75017 Paris
Tél : 01 44 90 93 94 - Fax : 01 44 90 97 82
Email : formation@ufsbdf.fr
Site Internet : www.dentistepro.fr

DIVERS
6 mai 2010 à Nice
3 juin 2010 à Montpellier
24 juin 2010 à Annecy
LE SYNDROME D'APNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL
B. MANTOUT
Mb : 210 € - Non mb : 250 € Assistantes : 210 €
UJCD
14 rue Étex - 75018 Paris
Tél : 01 42 28 99 10 - Fax : 01 44 85 51 32
Email : conferences@ujcd.com
Site Internet : http://conferences.ujcd.com

7 et 8 mai 2010 à Genève - Suisse
XI CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE DENTAIRE ALTERNATIVE
Pr J-M MEYER, Drs M-J STELLING-AUDERSET, N CALAME, M CECILLON, B HAROUTUNIAN, L KUN, M DELAFONTAINE, A CORNAZ, Th THOMAS, N STELLING, Mme M RAMSEYER, M G MOREAU
membre Odenth : 280 €, non membre : 320 €
ODENTH
Dr Nicolas Stelling
Rue du Camus 10 - CH-1470 ESTAVAYER-LE-LAC
Tél : +41(0)26 663 22 14
Email : info@stellinginfo.com
Site Internet : www.odenth.com

15 et 16 mai 2010 à Strasbourg
Hôtel Pax - 24 rue du Faubourg National
ÉNERGETIQUE DENTAIRE 1ER DEGRE : TOUT EST DENT TOUT - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TROUBLES A RESPONSABILITE DENTAIRE
Dr Albert ROTHs
Frais d'inscription : 400 € repas du samedi et déjeuner dominical compris - Assistante, étudiant, conjoint : 280 €
Association Résonances
11 rue du Professeur Froelich - 67320 Drulingen
Tél : 03 88 00 62 81 - Fax : 03 88 00 65 93
Site Internet : www.energetiquedentaire.fr

3 au 5 juin 2010 à Paris
23 au 25 septembre 2010
18 au 20 novembre 2010
HYPNOSE ET COMMUNICATION APPLIQUEE A L'ODONTOLOGIE
Drs K. Kaiser, C. Parodi, J. Zeida, chirurgiens-dentistes - Y. Halfon, psychologue et A. vallé, T. Servillat, J. Betbéze, psychiatres
Frais d'inscription : 2960€ pause et repas compris pour 12 jours de formation
HYPNOTEETH
635 côte de Chaillot - 79410 Echiré
Tél : 06.22.87.50.75
Email : hypnose.dentiste@gmail.com
Site Internet : www.hypnoteeth.com



UN ÉVÈNEMENT ORGANISÉ PAR
DENTAL LASER ACADEMY
JEUDI 03 JUIN 2010

ESPACE GALLIERA
28, AVENUE GEORGE V - 75008 PARIS

WWW.DENTAL-LASER-ACADEMY.COM
INFO@DENTAL-LASER-ACADEMY.COM



Les Petites Annonces

Cabinet Dentaire Ventes

06 - CANNES

croisette. Vend cabinet standing. Bloc opératoire. Paro. Implanto. Prothèse. Peu de soins. Idéal pour praticien expérimenté. jean-pierre.chetry@hotmail.fr.
TÉL. : 06 09 52 43 77 APRÈS 20h
N°10/52/CA/1023

06 - NICE OUEST

Vends cause retraite dans cabinet SCM 2 praticiens
Écrire au journal qui transmettra
N°10/52/CA/978

06 - ST-JEAN-CAP-FERRAT

Cause mutation conjoint, vds cab tenu 27ans. Cadre d'exception. Environmt médical. Assistante. ½ annuité AGA justifiée. Poss. 2 fauteuils.
Tél. : 06 87 71 67 40
N°10/52/CA/1018

17 - 30 mn de ROYAN 45 mn de LA ROCHELLE

Cause retraite fin juin 2010, vends cabinet tenu 35 ans. RVG, informatisé. Patientèle fidèle. Gros potentiel.
Tél. : 05 46 90 22 10
N°10/52/CA/1005

37 - TOURS

Cause retraite le 1er juillet 2010, cède cabinet dans SCM 2 praticiens. Conditions exceptionnelles.
Écrire au journal qui transmettra
N°10/52/CA/1024

59 - ROUBAIX

Plein centre. Cause retraite, vends cab. omnipratique avec murs. 140m². 2 faut. Pano. Possibilité 3 postes pour cabinet médical.
Tél. : 06 23 25 49 79
N°10/52/CA/995

64 - PAU

Vends dans SCM 3 praticiens dans centre médical dans lequel exercent 27 praticiens dont SOS Médecins. 50km de la montagne, 100km de l'océan.
www.cabinetdentaireavendre.com
Tél. : 05 59 62 33 82 HR
ou 06 85 702 902
N°10/52/CA/1013

88 - VOSGES

1h Nancy/Mulhouse seul ds vil. Cse retraite donne cab. Ladeco5+5000 patients. Peut convenir couple contre achat mur+mais F6+F3meub+garage 10 A. Centre. 234K€. **lentulo88@orange.fr**
N°10/52/CA/1001

Association

31 - Centre TOULOUSE

Cherche collaborateur(trice) avec 3 ans minimum d'expérience.
Tél. : 05 61 52 63 69
N°10/52/AS/1011

73 - ALBERTVILLE

Cherche collaborateur temps partiel ou temps plein, dans SCM 2 praticiens. Association rapide possible.
Tél. : 04 79 32 14 22
N°10/52/AS/998

Offres d'Emploi Remplacement

05 - BRIANÇON

Cherche remplaçant(e) pour congés maternité à partir du 15 mai.
Tél. : 04 92 21 14 20
N°10/52/OFR/992

Offres d'Emploi Collaborateur

84 - PROVENCE proche AVIGNON recherche collaborateur, 3 jours par semaine minimum. Possibilité d'association ult.
Tél. : 04 90 23 75 11
ou 04 91 23 01 52
N°10/52/OFC/1008

Matériel Spécialisé

01 - FERNEY-VOLTAIRE

À vendre système anesthésie QUICKSLEEPER, jamais utilisé. Encore dans l'emballage. Vendu 1 900 € au lieu de 2 701 €. **Tél. : 04 50 28 09 29**
N°10/52/MA/968

Vends **PETIT MATÉRIEL** Prix sacrifié. Lot important petite instrumentation, petite fourniture. Jamais servi ou TBE. 3000€. **Tél. : 06 83 56 90 02**
N°10/51/MA/986

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



LUMINEERS®

PORCELAIN VENEERS*

Restauration sans douleur
et Blanchiment définitif
du Sourire de vos Patients !

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

"Je suis devenu un adepte LUMINEERS. J'étais convaincu que cela était irréalisable. J'ai participé au séminaire et depuis ma pratique a changé. J'ai arrêté les facettes traditionnelles." - JAMES WALTON, DDS



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

AVANT TRAITEMENT

APRÈS TRAITEMENT



LUMINEERS®

SÉMINAIRES

PARIS 06 mai 2010

MARSEILLE 10 juin 2010

LILLE 16 septembre 2010

LYON 14 octobre 2010

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

TECALLIAGE

Tél. : 02 32 50 69 96

Fax : 02 32 50 76 13

info@tecalliage.fr

Tecalliage
L'ART DENTAIRE



*Facettes Céramiques ©2009 Den-Mat Holdings, LLC. World Rights Reserved. 801260505-A 02/10

SAFE IMPLANT

distributé en exclusivité par implant discount le distributeur de choix
www.implantdiscount.com ou par tel : 01.48.05.71.88

Enfin COMPATIBLE avec :

BIOMET 3i®
Idi®
Nobel Biocare®
ZIMMER dental®
Straumann ITI®
Safe implant®
ALPHA BIO®
MIS®
AB DENTAL®
INNOVA®
ASTRA TECH®
TEKKA®
DENTSPLY®
Et tant d'autres...



DE 12 À 55 €

Pourquoi payer plus cher quand la qualité est à notre portée!

TITANE GRADE V



**A partir de 45 €
livraison express
12 h / 24 h max
partout en France**

du 10 Avril au 10 Mai 2010
implant Shark ou Regular + 1 pilier
droit standard au prix exceptionnel
de 70 € ttc



type os I & II

type os III & IV

