

Le FIL DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire



Prévention Interception



Redonnons le sourire à tous nos patients !

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

3j
de labo

50%

de réduction

4 pendant vos
premières semaines
de commandes

Une traçabilité intégrale!



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



CCM

27,50€
au lieu de 55€

Stellite finitions
directes

60,00€
au lieu de 120€

E.max

44,50€
au lieu de 89€

Zircone

59,50€
au lieu de 119€

 **LABORATOIRE
Viadentis**

L'EXPERTISE D'UN PARTENAIRE DE CONFIANCE

Sur Le Fil

> 6 à 10

Actualités France et International
Nouveaux produits – Revue de presse

Clinic Focus

> 12 à 47

- Révélateur de plaque de dernière génération : aide à la motivation et à la décision de traitement
- Quel brossage ? A quel âge ? Avec quoi ? Comment ?
- Quels dentifrices chez l'enfant ?
- Prophylaxie cario-parodontale du sujet qui vieillit...
Que peut-on faire et que peut-on espérer ?
- Détecter les enfants à risque orthodontique à 4 et 8 ans
- Pouce, tétine : que dire ? Que faire ?
- Conserver ou extraire une dent de 6 ans
« compromise » chez l'enfant
- Trisomie 21 et thérapie fonctionnelle précoce par
plaque palatine
- Appel à contribution 2 ans après, chose promise,
chose due

Conseil Organisation

> 48 et 49

- Présentation des plans de traitement :
étapes clés du rendez-vous d'explication

Conseil Management

> 48 et 49

- La gestion vertueuse du cabinet dentaire :
le patient n'est pas un client

Au Fil des Conférences

> 50

- L'excellence en dentisterie esthétique

Au Fil du Temps

> 52 à 54

- Agenda des manifestations

Petites Annonces

> 55 et 56

Mieux vaut guérir que prévenir ?



C'est un numéro qui ne vous dira pas comment choisir son implant ou mettre en charge une prothèse sur implant. Il ne vous dira pas non plus comment réussir une reprise de traitement endodontique ou un composite sur incisive centrale. À l'inverse, son objectif serait qu'il n'y ait (presque) rien de tout cela. Bien sûr que l'on rêve en disant cela ! Mais prévenir, détecter, intercepter, ce n'est pas être un rêveur. Bien au contraire, c'est être actif, en amont et au cœur des problèmes (prévention primaire et secondaire), ou après, lorsque le traitement a été effectué (prévention tertiaire).

C'est un numéro qui parlera d'enfants et de personnes âgées, de patients en situation de handicap, de fonctions, de dents et de parodontie. Parce que prévenir, détecter et intercepter, c'est pour tous et dans tous les domaines.

C'est un numéro qui ne parlera pas, et c'est dommage, des lacunes, lorsqu'il s'agit de prévention, détection et interception, de la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) ou de la future CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) que nous appliquerons dès janvier 2014.

C'est un numéro qui ne parlera pas non plus des hygiénistes dentaires.

Notre système de santé bucco-dentaire est basé essentiellement sur le seul chirurgien-dentiste « omnipraticien et omniscient ». Notre système de prise en charge est très « mécaniste ». Mis en place après la seconde guerre mondiale, il est essentiellement fondé sur ce qui est visible (un soin), contrôlable (une prescription). À la notable exception des scellements de sillons des molaires permanentes avant 14 ans (et là aussi, c'est visible et contrôlable), il ne s'intéresse pas à la prévention. Certes, le dispositif M'T dents représente une volonté politique de prévention bucco-dentaire, mais il n'inclut pas la mise en place d'actes de prévention, hormis ceux cités auparavant. En passant de la NGAP à la CCAM, nous changeons la forme mais ne nous attaquons pas au fond : inclure la prévention dans une politique globale de santé et plus généralement adapter la prise en charge aux préoccupations et problèmes d'aujourd'hui qui ne sont pas forcément celles et ceux de la fin des années quarante.

Jean-Louis SIXOU

Revue mensuelle

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

Directrice de la publication :

Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL

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

Rédacteur en chef :

Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Rédacteur en chef exceptionnel pour ce numéro :

Dr Jean-Louis SIXOU

Direction artistique :

Studio Zapping

Rédaction :

Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL, Dr Steve BENERO,
Dr Annie BERTHET, Dr Edmond BINHAS,
Dr Michel BLIQUE, Dr Anne-Laure BONNET,
Dr Damien BREZULIER, Alain CARNEL, Rodolphe COCHET,
Dr Keyvan DAVARPANAH, Dr Mithridate DAVARPANAH,
Dr Dominique DROZ, Dr Angela GILET,
Dr Sophie GROSSE, Dr Louis-Frédéric JACQUELIN,
Dr Clara JOSEPH, Dr Lucie LICHT, Dr Isabelle LOPEZ,
Dr Laurence LUPI-PÉGURIER, Dr Armelle MANIERE-EZVAN,
Dr Laetitia MARIN, Dr Emma PALMADA,
Dr Philippe RAJZBAUM, Dr Marine RIALLIN,
Dr Olivia RITLENG, Yves ROUGEAUX, Dr Milewa SAYAGH,
Dr Olivier SOREL, Dr Serge SZMUKLER-MONCLER

Conseiller spécial :

Dr Bernard TOUATI

Comité scientifique :

Dr Fabrice BAUDOT (endodontie, parodontologie)
Dr Eric BONNET (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre BOUKHORS (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas COHEN (microbiologie, endodontie, parodontologie)
Dr François DURET (CFAO)
De Georges FREEDMAN (cosmétique) (Canada)
Dr David HOEXTER (implantologie, parodontologie) (USA)
Dr Georges KHOURY (greffes osseuses)
Dr Alexandre MIARA (blanchiment)
Dr Hervé PEYRAUD (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
Dr Philippe PIRNAY (éthique)
Dr René SERFATY (dentisterie restauratrice)
Dr Raphaël SERFATY (implantologie, parodontologie)
Dr Stéphane SIMON (endodontie)
Dr Nicolas TORDJMANN (orthodontie)
Dr Christophe WIERZELEWSKI (chirurgie, implantologie)

Secrétaire de direction :

Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Imprimerie :

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

Couverture :

© Kurhan - Fotolia.com • © oksun70 - Fotolia.com •
© CandyBox Images - Fotolia.com • © Olga Drabovich - Fotolia.com •
© Yuri Arcurs - Fotolia.com

Publicité :

Directrice : Patricia Levi : 06 03 53 63 98

Annonces :

ATMB • Champions Implants • Colgate • DentalHitec • GAD Center •
Ginginat • Groupe Edmond Binhas • Laboratoire Viadentis •
Pactimplant • Progress Dentaire • Protilab • RMO • SC Distribution •
Sunstar • Spengler • Voco GmbH

Encarts :

Axel Dentaire • LDF



**VITA
VITA
SUPRINITY**

La nouvelle génération de céramique vitreuse

Avec la céramique de silicate de lithium dopée au dioxyde de zirconium - en abrégé ZLS - VITA Zahnfabrik a mis au point une nouvelle génération de céramique vitreuse avec Degudent GmbH et l'institut Fraunhofer pour la recherche sur le silicate ISC : VITA SUPRINITY.

Sa teneur en dioxyde de zirconium dix fois plus importante par rapport à celle d'une céramique vitreuse traditionnelle pour la CFAO procure d'excellentes propriétés mécaniques en association avec une structure particulièrement fine et homogène. La grande résistance et fiabilité du nouveau matériau ouvre un vaste champ d'applications aux dentistes et prothésistes utilisant la CFAO.

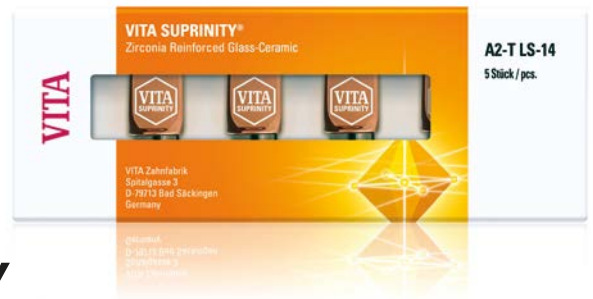
VITA SUPRINITY se retouche manuellement sans difficulté, se polit très bien et cristallise par exemple sans pâte de cuisson. La solidité des bords optimisée contribue à une meilleure précision. Les résultats sur le plan esthétique se distinguent par une translucidité, fluorescence et opalescence naturelles. Avec un vaste champ d'indications qui va des couronnes en secteur antérieur et postérieur aux implants, facettes, inlays et onlays, en passant par les suprastructures implantaires, cette nouvelle génération de céramique est polyvalente.

**Nouveaux VITA DISCs :
rondeur, couleur, translucidité...**

La gamme DISC pour le matériau VITA In-Ceram® YZ s'enrichit, pour répondre aux besoins des utilisateurs, avec le VITA In-Ceram YZ DISC Color et le VITA YZ DISC HT. Avec ces nouveaux disques VITA facilite, grâce à son fameux dioxyde de zirconium, la fabrication de restaurations de qualité à l'esthétique personnalisée.

Les VITA In-Ceram® YZ DISC sont pré-teintés de manière monochrome. Le processus de coloration contrôlé selon des standards industriels garantit une qualité uniforme et permet d'éviter la coloration manuelle, chronophage et source d'erreur. Trois variantes de teinte sont proposées - Color light, medium et intense. Si nécessaire, il est possible d'affiner la teinte finale par coloration complémentaire avec les VITA In-Ceram YZ COLORING LIQUID. Les utilisateurs peuvent en outre opter pour une version translucide : le VITA In-Ceram YZ DISC HT. Ce disque est idéal pour la fabrication rationnelle de restaurations monolithiques 100 % anatomiques en dioxyde de zirconium. La forte translucidité permet en effet d'éviter l'incrustation. Il s'agit d'une solution relativement économique et esthétique en lieu et place des restaurations métalliques sans incrustation ou à incrustation partielle. Le HT DISC est également utilisable en tant que matériau d'infrastructure esthétique pour des travaux nécessitant une conductibilité lumineuse véritablement naturelle.

Pour de plus amples informations sur les nouvelles variantes DISC et sur la gamme complète VITA In-Ceram YZ, consultez le site VITA.



VITA
www.vita-zahnfabrik.com

Champions (R)Evolution®

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

champions-implants.com

Time to be a Champion®

CHAQUE PILIER **39 € HT**

Ligne prothétique unique quel que soit le diamètre d'implant

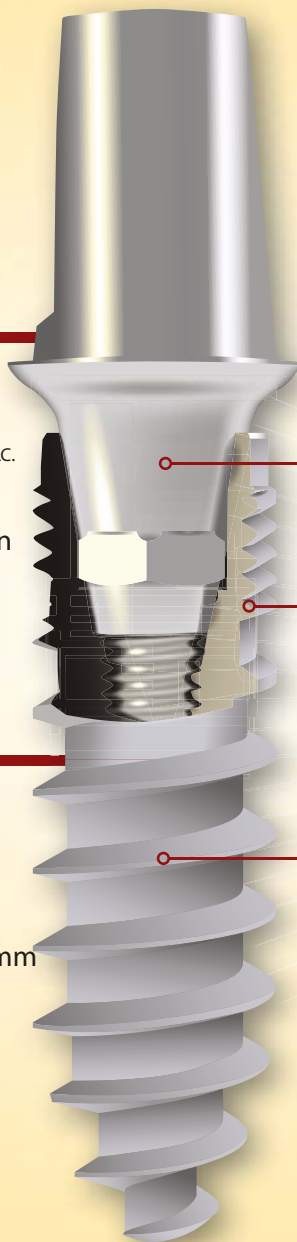
- 0° · 15° · 22° · 30°
- Locator™*
Locator™ est une marque déposée de Zest Anchors LLC.
- Tête de tulipe
- Base de collage pour ICAs en zircon

IMPLANT **59 € HT**

- Implant Champions (R)Evolution®
- **emballage unitaire**
- ø 3,5 · 4,0 · 4,5 · 5,5
- Longueurs 6,5 · 8 · 10 · 12 · 14 · 16 mm

Offre spéciale

Une trousse chirurgicale et prothétique complète prêtée gratuitement.
Une sélection de 20 implants de votre choix, mis à votre disposition gratuitement pendant deux mois.



Formation pratique et théorique à la chirurgie MIMI®

(Méthode d'Implantation Minimalement Invasive)

Vendredi 19 et Samedi 20 Avril 2013
Vendredi 24 et Samedi 25 Mai 2013
Vendredi 14 et Samedi 15 Juin 2013
Vendredi 18 et Samedi 17 Août 2013
Vendredi 06 et Samedi 07 Septembre 2013
Vendredi 25 et Samedi 26 Octobre 2013

Francfort

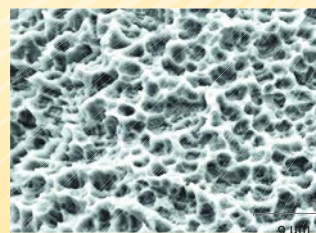
Cône interne de 9,5°
→ excellente connexion
abutment / implant

(étude de l'université de Francfort, H. Zipprich)

Micro-spires crestales pour une
excellente stabilité primaire

Surface: sablée/mordancée

(qualité de surface excellente:
Source: Études de l'université de Cologne)



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



champions  implants

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

ANTHOGYR

Ouverture d'une nouvelle filiale

Anthogyr, spécialiste de l'implantologie dentaire, confirme son développement à l'international en annonçant l'ouverture d'une nouvelle filiale, Anthogyr Benelux.

Le Groupe s'appuiera sur le directeur général de cette filiale, M. Arnaud Schiettekatte, qui pourra capitaliser sur ses 10 ans d'expérience au sein de la société Dentsply, l'un des leaders mondiaux de la spécialité.

Cette annonce, qui fait suite à quatre précédentes ouvertures de filiales depuis 2006 (Etats-Unis, Brésil, Italie et Espagne), constitue un événement fort dans la vie de l'entreprise, marquant ainsi son souhait d'exporter son offre commerciale hors de France.

Quelques mois seulement après l'acquisition de SIMEDA® au Luxembourg (société spécialisée dans la conception CAD CAM de prothèses personnalisées), le groupe franchit une nouvelle étape dans sa stratégie de déploiement international de sa solution globale en implantologie. ◆

IVOCLAR VIVADENT

OptraSculp® Pad

Modelage efficace, sans coller : OptraSculp® Pad est un nouvel instrument pour modeler le composite. Doté d'embouts en mousse, il permet de travailler les matériaux d'obturation sans qu'ils collent et sans laisser de trace dans le matériau. Un état de surface lisse et régulier s'obtient facilement. Des échelles de références inscrites sur le manche aident à obtenir le résultat esthétique souhaité. Il est particulièrement indiqué pour les restaurations de Classe III, IV et V et les facettes en technique directe. À essayer absolument ! ◆



Fluor Protector S

Protection rapprochée : le nouveau vernis fluoré Fluor Protector S protège les dents de manière professionnelle contre l'hypersensibilité, les caries et l'érosion. La technologie innovante de ce vernis est basée sur plusieurs dizaines d'années d'expérience dans le développement et la fabrication de vernis dentaires. Cette nouvelle formule a été développée en étroite collaboration avec les praticiens et leurs équipes. Le vernis contient du fluor en solution homogène qui garantit une disponibilité immédiate du fluor. Le vernis recouvre directement l'émail et dégage du fluor très rapidement. Il se forme un dépôt qui dispense calcium et fluor à haut rendement, sur un long laps de temps. D'un goût et d'une odeur agréables, il convient parfaitement aux enfants et aux patients sensibles. ◆



IVOCLAR VIVADENT SAS
04 50 88 64 00 – 04 50 68 91 52
www.ivoclarvivadent.fr



Primé du Trophée d'Argent

Identifiées par la rédaction de DAF magazine pour la qualité et l'intérêt de leurs projets, les entreprises en lice (Repetto, Bonduelle, Rossignol...) ont ainsi rédigé un dossier complet pour présenter leur entreprise, le détail de leur réalisation ainsi que les résultats obtenus.

C'est ainsi qu'Anthogyr s'est vu décerner par le jury le Trophée d'Argent dans la catégorie « Croissance externe ». Grâce à la dimension symbolique du dossier présenté, Anthogyr a su séduire le jury composé de professionnels, d'universitaires, de représentants d'associations référentes et des membres de la rédaction de DAF magazine. L'entreprise a en effet racheté en mai dernier la société SIMEDA, PME luxembourgeoise spécialisée dans la conception et la fabrication assistée par ordinateur de prothèses dentaires et implantaires personnalisées. ◆

ANTHOGYR
kildine.gatto@anthogyr.com
www.anthogyr.com

Anthogyr : nouveau Centre d'Usinage Agréé par Ivoclar Vivadent

La liste des Centres d'Usinages Agréés Ivoclar Vivadent se complète avec l'arrivée d'Anthogyr et de son centre CFAO Simeda.

Cette nouvelle coopération permet à Anthogyr d'intégrer de manière optimale, dans la gamme de services de Simeda, les matériaux tout-céramiques Ivoclar Vivadent, tels que la vitro-céramique au disilicate de lithium IPS e.max CAD et Telio CAD* pour les restaurations provisoires de longue durée. Elle apportera en outre plusieurs avantages aux clients, qui pourront par exemple obtenir les matériaux haut de gamme Ivoclar Vivadent par l'intermédiaire de Simeda. Ces matériaux permettent de réaliser des restaurations de très haute précision et possédant d'excellentes caractéristiques de surface. Des produits coordonnés sont disponibles pour terminer les restaurations. ◆

*IPS e.max® et Telio® sont des marques déposées par Ivoclar Vivadent AG.

IVOCLAR VIVADENT AG
info@ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.com

ANTHOGYR SAS
contact@anthogyr.com
www.anthogyr.com

Vous avez la fibre laser ?



SyneronTM
DENTAL LASERS

Nous avons le laser sans fibre !



© Marc Gianelli | www.marcgianelli.com

SCDistribution
Cédric Bouchereau - 06 08 22 08 42
scdistribution@orange.fr

Serge Mahé - 06 62 21 75 78
maheneoflash@wanadoo.fr

LITETOUCHTM
Laser Erbium:YAG "sans fibre"

www.litetouch.fr

SATELEC – GROUPE ACTEON

Entrez dans la nouvelle dimension PURE NEWTRON®...

Dotés de la technologie B. LED, dernière innovation clinique ACTEON® SATELEC® en matière de détection et de traitement de la plaque dentaire, les générateurs d'ultrasons NEWTRON® P5 et NEWTRON® P5 XS révolutionnent votre quotidien.

Design - ergonomie - hygiène : la bonne conjugaison

Les derniers générateurs d'ultrasons SATELEC® et la nouvelle pièce à main NEWTRON® SLIM B.LED SATELEC® vous séduiront par leur ergonomie et leur élégance.

Ces instruments répondent à toutes les exigences en matière d'hygiène. Surface plane en verre poli, bouton de réglage de puissance et d'irrigation pour une décontamination facile et une étanchéité totale. Pièce à main et supports en silicone sont démonterables et autoclavables.

La technologie B.LED, une nouvelle vision du détartrage

Détecter et traiter simultanément la plaque dentaire, c'est aujourd'hui possible grâce à la technologie B.LED. Appliqué directement sur la dent ou dilué dans le réservoir, le révélateur de plaque F.L.A.G.™ for B.LED deviendra fluorescent sous l'effet de la lumière bleue de la pièce à main NEWTRON® SLIM B.LED. La lumière bleue de l'anneau LED préserve le confort visuel du praticien grâce à un accord parfait entre l'éclairage de la zone de travail et la fluorescence du révélateur de plaque.

Une polyvalence adaptée à tous vos besoins cliniques

La puissance s'ajuste en temps réel en fonction de la résistance rencontrée par l'insert grâce à la technologie Cruise Control®



System et se définit avec précision (graduation de 1 à 20). Le Color Coding System™ (CCS) associe intuitivement l'insert SATELEC® à une des 4 plages de puissance disponibles. Le bouton de réglage s'illumine alors d'une couleur douce et explicite en accord avec l'un des 4 modes de travail sélectionnés. Cette technologie multiclinique permet d'intervenir en toute sécurité tout en préservant durablement vos inserts.

Le système d'irrigation externe du NEWTRON® P5XS est doté d'un réservoir gradué de 300 ou 500 ml du fleuron de la gamme NEWTRON® qui permet de visualiser les volumes utilisés, et facilite le remplissage en cours d'intervention.

Plus libre grâce à la commande à distance

Demandez l'option Bluetooth sur votre NEWTRON® P5XS et paramétrez à distance votre appareil depuis votre smartphone ou votre tablette. Enfin, depuis cette application, des vidéos cliniques sont accessibles sur le site internet de la gamme NEWTRON www.pure-newtron.com



SATELEC®
satelec@acteongroup.com
www.satelec.com

POLYDENTIA

Yeux fatigués? La solution LumiContrast



Oubliées vos matrices sectionnelles, vous entrez dans l'ère LumiContrast !

LumiContrast est une matrice sectionnelle innovante, résultat d'années de recherche et de développement, en concertation avec des spécialistes dentaires du monde entier.

Les paramètres de la lumière (« Lumi ») et du contraste (« Contrast ») ont été étudiés pour mettre au point la meilleure solution pour vos yeux : une matrice sectionnelle innovante

qui les protège de la tension inutile causée par la réflexion et le manque de contraste.

Avec sa surface mate et bleue, cette matrice crée peu de reflet, et se caractérise donc par un effet anti-aveuglement. De plus, le contraste élevé entre les dents blanches et la matrice foncée permet d'identifier avec précision le champ de travail. La teinte de la matrice ne peut être éraflée et aucune particule ne peut se disperser dans le composite ou la cavité. L'acier de qualité supérieure optimise les procédures de restauration car la matrice ne peut ni se désagréger dans la cavité ni être déformée par les coins interdentaires.

LumiContrast constitue un allié indispensable lorsque vous utilisez des technologies avec sources de lumière intenses, telles que les loupes et les microscopes dentaires.

POLYDENTIA
www.polydentia.ch



INTEGREZ LA PRATIQUE DE L'IMPLANTOLOGIE DANS VOTRE EXERCICE QUOTIDIEN

OBJECTIFS de la FORMATION :

- **P**ILOTER un plan de traitement implanto-prothétique,
- **A**CQUERIR la technique chirurgicale,
- **C**OORDONNER sereinement un traitement pluri-disciplinaire,
- **T**RAITER avec assurance les problématiques implantaire.



L'ÉQUIPE de **PACT Implant** :
Jacques Attias,
Guillaume Drouhet,
Isabelle Kleinfinger.

Une équipe d'enseignants pour partager 20 ans d'expérience

*Formation complète, validée par les assurances.
Premier enseignement privé avec apprentissage clinique
chirurgical sur le lieu de formation, sur vos patients.*

(Places limitées à 16 personnes)

PARTENAIRES



La formation PACT Implant,

6 MODULES indissociables de deux jours comprenant :

- des **cours théoriques**,
Démarche implantaire
Approche Chirurgicale raisonnée
Stratégies Chirurgicales et protocoles de mise en charge
Prothèse implanto-portée
Secteur esthétique
Chirurgie avancée
- des **travaux pratiques**,
- des **sessions de chirurgie**, 7 demi-journées de chirurgie
Interventions sur vos patients encadrées par l'équipe enseignante.

Une **conférence thématique pour clore chaque module** avec Patrick Missika, Philippe Khayat, Anne Benhamou, Philippe Russe, Frédéric Chiche et Georges Khoury.

Lieu de formation : Faculté de Chirurgie Dentaire Garancière - 5, rue Garancière, 75006 Paris



Inscriptions Formation 2013 /2014 & Informations
www.pactimplant.com

TARIF 5.750 €
pour toute inscription
avant le 1er Juin 2013

Inscriptions: Annick Ligot, 06 14 57 24 21, contact@pactimplant.com

MANKAIA

Le phénomène ECKO débarque dans le médical

Ecko Unlimited est une marque de vêtements fondée par Marc Ecko en 1993. Marc Ecko, est un graffeur, styliste de mode et entrepreneur philanthrope américain. Sa marque, Marc ECKO Entreprise réalise plus d'un milliard de dollars de chiffre d'affaires dans la mode. S'inspirant de la tendance Hip Hop, le style de la marque représentée par un rhinocéros est aujourd'hui reconnu dans le monde du streetwear. Depuis cette année la marque Ecko lance en partenariat avec Mankaia sa ligne de vêtements médicaux pour votre plus grand plaisir... Créée en 2004, Mankaia a réussi le pari de la couleur dans un milieu où il était difficile de sortir du blanc et du pastel. Avec plus de 80 coloris allant du fuchsia à l'orange en passant par le noir, la société marseillaise s'est imposée comme précurseur et a, depuis, largement été suivies par les concurrents plus anciens. C'est avec la



mode des séries médicales américaines (Scrubs, Nip Tuck, Urgence, Grey's Anatomy...), que Mankaia est devenu le 1^{er} distributeur de vêtements médicaux multimarques Français. Importateur exclusif des plus grosses marques américaines (Dickies, Landau, Cherokee...), cette jeune société a bénéficié de l'image positive des héros d'Hollywood tels que Georges Clooney (Dr Ross), Ellen Pompeo (Meredith Grey) ou Patrick Dempsey (Dr Shepherd). Depuis 2011, Mankaia fabrique également ses propres modèles sous la marque « Mankaia Factory ». Les blouses médicales ECKO sont disponibles en 3 couleurs, ces modèles sont accessibles sur le site de vente en ligne Mankaia. Prix : 59€ ttc. ◆

MANKAIA
www.mankaia.com

CHARLYROBOT

Nouvelles fraiseuses

De dimension très compacte grâce au choix original de la cinématique, les nouvelles usineuses pour prothèses dentaires proposées en version 4 et 5 axes positionnés (CD04-S, CD05-S) offrent un *maximum* de polyvalence pour un *minimum* d'encombrement. Equipées d'un système CAD/CAM ouvert, compatible avec les principaux scanners et logiciels CFAO du secteur dentaire, ces nouvelles fraiseuses sont idéales pour une production quotidienne simple et rapide de prothèses en matériaux tendres et céramiques, à sec ou avec outil lubrifié. Les autres points forts de ce concentré d'innovation de conception et de fabrication 100 % française :

- réserve de puissance par broche 500 W – 60 000 tr/min et servomoteurs brushless.
- souplesse et précision d'usinage avec angulation des axes rotatifs.
- 4^{ème} axe : ±30°, 5^{ème} axe : 0 à 180°
- précision par cinématique de qualité, vis à billes et rails rectifiés.
- simplicité d'utilisation grâce à son écran tactile couleur et à son logiciel de pilotage machine convivial.
- gestion automatique performante des changements d'outils et des outils-frères, détection de l'usure et de la casse des outils. ◆

CHARLYROBOT – MECANUMERIC GROUP

Tél. : 04 50 32 80 00 – Fax : 04 50 44 00 41

stardy@2hplusm.fr – www.charlydental.com

INFO

Heraeus et Thommen harmonisent leur business process

Heraeus Kulzer et Thommen Medical ont annoncé qu'ils allaient travailler main dans la main pour la prothèse numérique du futur. Les fabricants ont franchi la première étape en harmonisant la production des piliers en deux parties. Les utilisateurs vont immédiatement bénéficier de la qualité constante du *processus* d'un bout à l'autre de la chaîne de la fabrication de l'implant jusqu'à la restauration prothétique. Dans les prochains mois, Heraeus et Thommen vont élargir leur coopération aux piliers et suprastructures en une seule partie.

Heraeus et Thommen proposent aux utilisateurs une bibliothèque commune mise à jour pour la réalisation de construction CAD en incluant les fichiers .dme au téléchargement. Les commandes pour les pièces se font auprès des fabricants respectifs : comme d'habitude : pilier de scannage, base titane pour CAD/CAM et vis de pilier par Thommen ; les piliers individualisés en zircon par le système cara de Heraeus. Plus d'information sur la prothèse sur implant concernant le système cara et la mise-à-jour de la bibliothèque sont disponibles sur www.heraeus-cara.de. Le fichier .dme file est également disponible sur le site Thommen www.thommenmedical.com. À suivre... ◆

SIRONA

Le contrôle des caries encore plus simplifié

Parmi les 25 innovations présentées à l'IDS de Cologne, Sirona propose un nouveau filtre enfichable pour le système de détection de caries SIROInspect. Grâce à ce filtre, le dentiste peut identifier à coup sûr, rapidement et simplement les zones cariées qui sont localisées par une fluorescence rouge dès qu'il irradie la cavité avec la sonde pendant l'excavation. Ce nouveau filtre enfichable est une alternative pratique aux lunettes de diagnostic. ◆



SIRONA DENTAL SYSTEMS GMBH

Tél. : +49 (0) 6251 / 16 29 01 – Fax : +49 (0) 6251 / 16 32 60

contact@sirona.fr – www.sirona.fr

FORMATION ESTHETIQUE : 28 JUIN 2013



CREEZ L'EXCELLENCE EN ESTHETIQUE

Ce séminaire intègre les éléments clefs de l'esthétique. Vous y aborderez les notions de la communication pour une meilleure approche du diagnostic ainsi que la partie clinique avec les préparations, les provisoires et le collage. Une mise en pratique complètera la théorie et vous permettra une mise en place rapide dans votre cabinet.



Les Objectifs :

- maîtriser la photographie dentaire
- faire un diagnostic esthétique
- intégrer le "Smile Design"
- connaître les différents types de préparations pour les tout céramiques et les facettes
- réaliser les provisoires
- apprendre les techniques de collage
- réussir les facettes en toute sécurité
- utiliser PowerPoint et Keynote pour la communication
- intégrer l'esthétique au cabinet dentaire

Dédié à l'excellence



www.gad-center.com

+33 (0) 6 09 13 52 41

contact@gad-center.com

Révéléateur de Plaque de dernière génération :

aide à la motivation et à la décision de traitement



Dr Michel BLIQUE

- Pratique privée
- Attaché
- Département
- Odontologie
- Pédiatrique
- Faculté
- d'Odontologie de
- Nancy
- michel.blique@online.fr



Dr Sophie GROSSE

- Pratique privée
- Nancy
- sophiesophgrosse@aol.com

Savoir prendre en compte la façon dont se forment les biofilms bactériens sur les dents est devenu essentiel pour le chirurgien-dentiste qui cherche à contrôler une infection carieuse ou parodontale [Axelsson & Lindhe 1981].

En effet, nous inspirant de Walsh (2009), avant même tout traitement, nous devrions nous poser 5 questions :

- La plaque de ce patient a-t-elle la même pathogénicité que celle d'autres patients ?
- Cette plaque a-t-elle la même pathogénicité sur tous les sites de sa bouche ?
- Sinon, comment évaluer cette pathogénicité au niveau d'un site précis ?
- Est-il nécessaire et possible d'enlever « toute » la plaque et jusqu'à quel niveau ?
- Sinon, pouvons-nous faire évoluer l'écologie de la plaque résiduelle pour la rendre compatible avec la santé ?

Pour répondre à ces questions, nous pouvons aujourd'hui visualiser et caractériser les biofilms pour mieux les comprendre, les réduire et les contrôler, grâce à des révélateurs de plaque, produits anciens, mais qui restent d'actualité. En effet, en mélangeant différents colorants, l'industrie est parvenue à créer des spécialités bi-tons, et plus récemment tri-tons.

Fonctionnement

Le dernier en date est un gel révélateur de plaque tri-tons de conception nouvelle (GC Tri Plaque ID Gel) qui identifie la plaque jeune, ou mature et même celle capable de déminéraliser les tissus durs.

La structure du gel est assez complexe et comprend un mélange de pigments rouges (Erythrosine E127) incorporés à un substrat à fort poids moléculaire, de pigments bleus (Green E) incorporés à un substrat à faible poids moléculaire et de saccharose.

Le gel présenté en tube de 40g permet de faire de très nombreuses applications. Il est appliqué au pinceau ou avec un applicateur et rincé (Fig. 2 a et b).

Lorsque la salive est épaisse, on peut sécher les surfaces pour éviter que les protéines salivaires ne s'interposent entre le colorant et le biofilm. Il faut laisser le temps au colorant de bien imprégner le biofilm.

Les surfaces colorées sont vigoureusement rincées avec la seringue air-eau.

Si la plaque est récente, jeune, clairsemée (quelques heures). Les pigments bleus plus petits sont facilement éliminés par le rinçage. Seules sont retenues par le biofilm clairsemé (plaque récente) les grosses molécules rouges (Fig. 3). Ce biofilm a une capacité réduite à déminéraliser

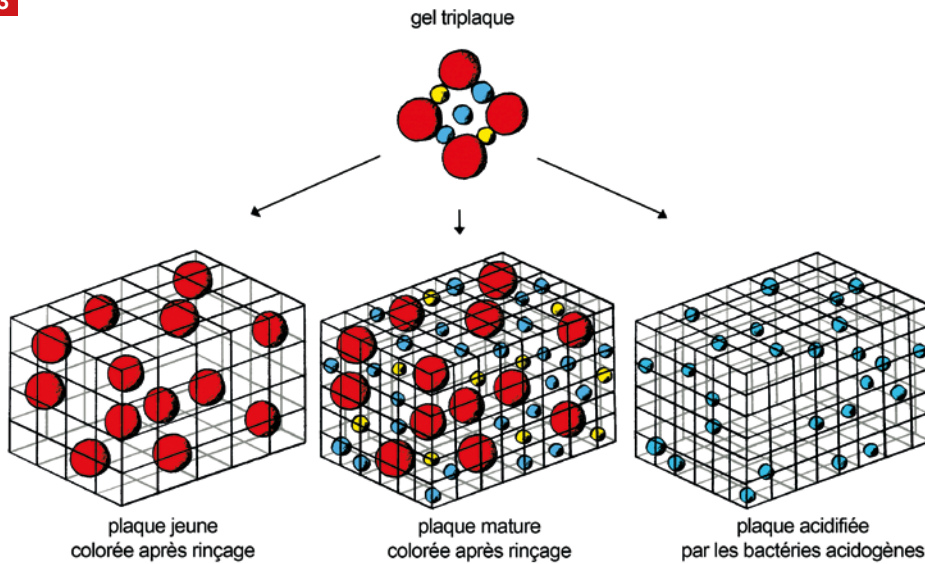


Fig. 1 : dans la cavité buccale, de site en site les conditions locales qui permettent ou empêchent la formation du biofilm varient



Fig. 2 : le Gel est appliqué au pinceau et rincé après quelques secondes

3



4



Fig. 4 : la plaque « jeune » est plus fine, moins structurée, moins spécifique, elle recouvre de larges aires de la bouche, même si on ne la voit pas sans colorant

Fig. 3 : schématique du Fonctionnement de Triplaque ID Gel®
Copyright G. Renaud & S. Bessard avec leur aimable autorisation

les tissus durs : il produit principalement des acétates (ainsi qu'un peu de propionate et de butyrate). Ce sont des acides très faibles.

La plaque plus ancienne (48h et plus) est plus dense. Les pigments rouges et bleus restent bloqués au sein du biofilm (**Fig. 3**).

Ils prennent un aspect pourpre-violet. Plus la plaque est dense et ancienne plus le colorant bleu est prisonnier, plus la coloration bleue s'intensifie.

Cette zone est dense, peu perméable à l'oxygène et va permettre le développement de *Streptococcus mutans* (SM) et de bactéries facultatives anaérobies.

Cette zone produit, en présence d'hydrates de carbone, des quantités importantes de lactates, de formates et pyruvates, acides plus forts qui pourraient très rapidement déminéraliser les tissus durs.

Si dans ce biofilm épais, se sont développées des bactéries cariogènes, le saccharose du colorant est dégradé rapidement en acides atteignant rapidement un pH 4.5 et même moins.

Suite à la baisse de pH, le pigment rouge est conçu pour être éliminé par l'acide, et le pigment bleu pour s'éclaircir et devenir turquoise/fluo (**Fig. 3**).

Ainsi, est mis en évidence un bio film qui crée les conditions de déminéralisation carieuse.

Que visualisons-nous ainsi ?

Dans la cavité buccale, varient de site en site, les conditions locales qui permettent ou empêchent la formation du biofilm [Teles & al. 2012]. C'est pourquoi, il y a des différences écologiques d'un site à l'autre (**Fig. 1**).

La plaque « jeune » est plus fine, moins structurée, moins spécifique. Si on la laisse se former, elle recouvre de larges aires de la bouche, même si on ne la voit pas sans coloration (**Fig. 1 et 4**). Mais si le temps passe et que le biofilm commence à se structurer, la situation se complexifie [Socransky & Haffajee 2005].

La face vestibulaire d'une canine a souvent un pH élevé, et un environnement riche en oxygène. Ici, (**Fig. 5**), sur les zones vestibulaires déminéralisées et poreuses se

développe un biofilm qui peut évoluer en une plaque épaisse et mature qui contiendra davantage d'espèces acidogènes, alors qu'en proximal des microcavités contenant des biofilms plus anciens recèlent déjà un biofilm acide [Hicks 2003].

La face vestibulaire d'une molaire peut avoir un pH élevé et un environnement riche en oxygène. Alors que ses faces proximales ont un pH bas, sous gencive, le pH est élevé.

C'est là que va se développer une plaque épaisse et mature qui contiendra davantage d'espèces anaérobies facultatives, fréquemment associées aux parodontites (**Fig. 6**). De multiples facteurs peuvent favoriser le développement de tel ou tel biofilm [Axelsson 1987]. La multiplication de prises alimentaires acides va par exemple favoriser un pH bas et le développement de bactéries aciduriques, ...



Fig. 5 : dans les zones proximales s'est développée une plaque épaisse et mature qui contient davantage d'espèces acidogènes

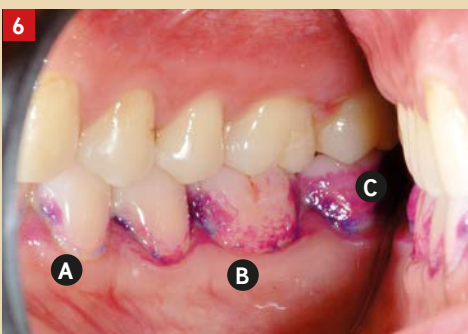


Fig. 6 : A : le pigment rouge est conçu pour être éliminé par l'acide des bactéries acidogènes et le pigment bleu pour s'éclaircir et devenir turquoise/fluo ; B : Seules ont été retenues par la plaque récente les grosse molécules rouges ; C : plus la plaque est dense et ancienne plus le colorant bleu est prisonnier

Fig. 7 : identifier mieux les biofilms, c'est pouvoir affiner la nature des traitements prophylactiques à réaliser



... ou la teneur en oxygène lorsque le patient est fumeur va favoriser les bactéries facultatives anaérobies.

Nous pouvons aider notre patient et enrayer ces *processus* complexes avec une approche simple : la mise en place d'un « bon brossage » (ou plutôt d'une « désorganisation du biofilm efficace et régulière »). Ainsi, on réduit et maintient une faible épaisseur de biofilm qui reste perméable à l'oxygène.

Inversement, sans brossage efficace, la teneur en oxygène décroît au sein du bio film. Les anaérobies facultatifs, comme le SM (qui initie la carie) [Hicks 2003], se développent (Fig. 6) ainsi que les bâtonnets gram-négatifs et spirochètes (associés à la parodontite) [Socransky & Haffajee 2005].

Ce biofilm épais qui vieillit abrite de plus en plus de pathogènes liés à la déminéralisation carieuse ou à l'infection parodontale. Sa nécessaire élimination est de plus en plus difficile.

Ceux qui réalisent quotidiennement des Nettoyage Prophylactiques Professionnels des Surfaces Dentaires (NPPSD) [Goodson & al. 2004] pour éliminer ces biofilms savent combien ils résistent aux agents mécaniques, physiques, chimiques de nos traitements. Traiter ces bactéries, qui se protègent au sein des biofilms qu'elles forment, est autrement plus complexe que lorsqu'elles flottent, isolées tel du plancton, dans la cavité buccale.

Quelles solutions prophylactiques proposer ?

L'utilisation de ces révélateurs nous apporte des informations concrètes utiles à la décision et au traitement cliniques, et ainsi nous pouvons :

- évaluer la susceptibilité à développer des caries [en conjonction avec d'autres facteurs : Doméjean-Orliaguet & al.2009, Featherstone 2004] chez le patient suspecté de risque carieux élevé. Il faudra dans ce cas identifier les co-facteurs à travers une anamnèse simple. On pourra alors réduire les facteurs favorisant le développement et la persistance des biofilms acidogènes (brossage, alimentation, etc.)
- justifier la mise en place de thérapies complémentaires au brossage pour réduire le développement des biofilms (par exemple cures de brossage suivi de rinçage à la chlorhexidine), limiter leur impact (application de gel d'ACP-CPP qui remonte le pH et met *in situ* des

ions Calcium et Phosphate pour favoriser la reminéralisation des tissus durs) [Yengopal & Mickenautsch 2009]

- mettre en évidence auprès du patient le rôle des bactéries acidogènes dans son *processus* carieux personnel. Le patient est confronté au fait que la présence soupçonnée de biofilms créant de l'acidité n'est plus « supposée et théorique » mais bien visible et précisément localisée (Fig. 1, 5, 6)
- faire prendre conscience au patient de l'importance de ne pas laisser « vieillir » son biofilm pour en faire un biofilm « dangereux », donc de l'importance d'un contrôle de plaque efficace et régulier
- valider en toute objectivité, la compliance à nos instructions d'hygiène, avec un objectif simple : pas de biofilms matures acidogènes
- enfin, et non des moindres : permettre au praticien au fauteuil, de savoir où agir avec précision, et décider des thérapeutiques prophylactiques à employer, permettant même de vérifier l'efficacité per-opératoire des techniques utilisées. (Nettoyages Prophylactiques Professionnels des Surfaces Dentaires : NPPSD [Blique 1998], vernis fluorés, vernis décontaminant, ACP-CPP) (Fig. 7).

Conclusion

Le révélateur de plaque est souvent considéré comme un « gadget » efficace mais salissant, destiné aux enfants brossés récalcitrants. L'évolution vers des formules plus sophistiquées en a fait un produit incontournable pour le patient, mais aussi pour le praticien, lorsqu'il s'agit de mettre en place une prophylaxie carieuse ou parodontale efficace. ◆

Bibliographie

1. Axelsson P. et Lindhe J. - Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years *J Clin Periodontol* 1981 ; 8(3) : 239-248
2. Walsh Laurence J.- Recent Developments in Chairside Diagnostics for Dental Plaque Assessment: *Dental Inc.* Sep/Oct 2009
3. Teles, F., Teles, R., Sachdeo, A., Uzel, N., Song, Z., Torresyap, G., Sigh, M., Papas, A., Haffajee, A., Socransky, S.: Comparison of Microbial Changes in Early Redeveloping Biofilms on Natural Teeth and Dentures. *J Perio* 83: 1139-1148, 2012.
4. Socransky SS, Haffajee AD- Periodontal microbiology *Periodontol* 2000, Vol. 38, 2005, 135-187.
5. Hicks J, Garcia-Godoy F, Flaitz C. - Biological factors in dental caries role of saliva and dental plaque in the dynamic process of demineralization and remineralization (Part 1). *J Clin Pediatric Dent* 2003; 28: 47-52
6. Axelsson P, Plaque Formation Rate Index (PFRI)-Indicator for prevention of caries, gingivitis and periodontitis, frequency and pattern of needs-related oral hygiene. *Tandlakartidningen* 79 :7 :387-391, 1987
7. Goodson JM, Palys MD, Carpino E, Regan EO, Sweeney M, Socransky SS- Microbiological changes associated with dental prophylaxis. *J Am Dent Assoc.* 2004 Nov;135(11):1559-64
8. Doméjean-Orliaguet S, Banerjee A, Gaucher C, Milétic I, Basso M, Reich E, Blique M, Zalba J, Lavoix L, Roussel F, Khandelwal P - Minimum Intervention Treatment Plan (MITP) – practical implementation in general dental practice *J Minim Interv Dent* 2009; 2: 103-23
9. Featherstone JD. -The caries balance: the basis for caries management by risk assessment. *Oral Health Prev Dent.* 2004; 2 Suppl 1: 259-264..
10. Yengopal V, Mickenautsch S. - Caries preventive effect of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate (CPP-ACP): a meta-analysis. *Acta Odontol Scand.* 2009 Aug 21:1-12.
11. Blique M - Nettoyage Prophylactique Professionnel des Surfaces Dentaires Aspects pratiques 1^{ère} Partie *Information Dentaire* n°19 du 14/05/98 1335-1340, 2^{ème} Partie *Information Dentaire* n°22 du 04/06/98 1565-1569

UN FUTURABOND POUR TOUS LES CAS !



ADHESIF UNIVERSEL BI-POLYMERISABLE

- Un adhésif pour tous les cas – vous n’avez plus besoin d’un autre adhésif dans votre cabinet dentaire
- Automordançage, mordançage sélectif ou mordançage total – vous avez le libre choix
- Une variété exceptionnelle d’utilisations et d’indications
 - pour les restaurations directes et indirectes
 - compatibilité illimitée avec tous les composites à durcissement photo, dual et chimique sans activateur supplémentaire
 - adhésion sûre aux divers matériaux comme le métal, le dioxyde de zirconium, l’oxyde d’aluminium et la céramique à la silice, sans primer supplémentaire
- Application d’une seule couche – le temps de travail total s’élève à 35 secondes seulement

Futurabond® U

NOUVEAU



Dispositif Médical pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursé par les organismes d’assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l’étiquetage avant toute utilisation.
Classe/Organisme certificateur : IIa/CE 0482. Fabricant : VOCO GmbH

Quel **brossage** ? À quel **âge** ? Avec **quoi** ? **Comment** ?

Selon la HAS [1] : « *Quel que soit le niveau de risque carieux d'un enfant, la mesure la plus efficace de prévention des lésions carieuses est un brossage au minimum biquotidien des dents avec un dentifrice fluoré ayant une teneur en fluor adaptée à l'âge* ». Cependant la technique de brossage est rarement abordée.

Quel brossage selon l'âge et les possibilités de l'enfant ?

Il convient d'individualiser le message selon l'âge, la dextérité, les capacités d'apprentissage et les problèmes spécifiques, le principal restant de désorganiser la plaque bactérienne [2].

Pour les tout petits

Où ? Sur le matelas à langer, sur les genoux

Avec quoi ? Une compresse (humide ou au xylitol), un doigtier ou une petite brosse à dents bébé. (Fig. 1 et 2)

Comment ? Des petits ronds pour les incisives puis brosser par quadrant avec un mouvement de va-et-vient sur les arcades dentaires (« scrub méthode ») [3].

Fréquence ? 1 fois par jour, le soir puis passer à 2 fois (matin et soir), en général quand l'enfant rentre à la maternelle.

Comment encourager l'enfant ? Il faut transformer cet acte d'hygiène en un rituel, un geste de tendresse, par le chant, le jeu, l'imitation.

Jusqu'à 8 ans : le brossage supervisé

La brosse ? Toujours petite pour passer partout. Une brosse triface peut être utile chez l'enfant porteur de handicap. On peut suggérer aux parents d'avoir une brosse destinée au jeu de l'enfant et une brosse dédiée au brossage supervisé.

Qui brosse ? La maturité psychomotrice fait que l'enfant ne peut être efficace qu'à partir de 8 ans environ. Par conséquent, les parents laissent l'enfant « jouer » à se brosser mais vont réaliser et compléter, eux-mêmes, le brossage. Cette phase peut durer plus longtemps si l'enfant est porteur d'une déficience. Pour rechercher l'efficacité du brossage, on peut utiliser les aspects sensoriels : le bruit de la brosse qui doit froter les dents et non les caresser ; la palpation des dents

par l'enfant permet de simuler les gestes à reproduire avec la brosse

Quelle durée ? Le brossage est souvent trop rapide. Compter vingt mouvements par quadrant est plus facile à évaluer par l'enfant que « 3 minutes ». Un sablier peut être utile.

Quelle méthode ? Le parent se positionne derrière l'enfant pour mieux contrôler le mouvement (Fig. 3). Il faut brosser toutes les dents : la méthode horizontale reste la plus adaptée pour les secteurs postérieurs [3] complétée par un mouvement rotatif sur les incisives. Des variantes sont introduites à l'éruption des dents définitives [2]. Les premières molaires permanentes peuvent évoluer très lentement, un brossage transversal sur les faces occlusales est souvent nécessaire (Fig. 4). Pour les incisives permanentes, l'attention sera portée au massage gingival vestibulaire et au nettoyage lingual par la position verticale de la brosse (éclaboussures sur le miroir !) (Fig. 5).

Il est souhaitable d'instaurer « un circuit de brossage » afin que l'enfant le mémorise : par exemple, en bas à gauche, en bas à droite puis en haut à droite et en haut à gauche et terminer par les incisives.

La méthode en fin de denture mixte

Méthode horizontale, méthode de Bass, mouvement de rouleau ou rotatif ? Il n'existe pas une technique supérieure à une autre ; le but est d'aider l'enfant puis l'adolescent à acquérir un mouvement efficace et adapté à sa bouche, c'est-à-dire brosser dents et gencives. [3]

À l'adolescence

La mise en place d'un appareil multi attaches va provoquer une modification rapide de la flore bactérienne buccale, chez un patient présentant en général un risque carieux augmenté [4].

Il faut brosser au-dessus du fil vers le bord libre, en dessous, près de la gencive et nettoyer les espaces inaccessibles à l'aide de brossettes interdentaires [5] (Fig. 6).

Le jet dentaire peut faciliter le rinçage et stimuler la gencive mais il ne remplace pas le brossage.

Le problème reste la motivation : aborder le côté agréable de

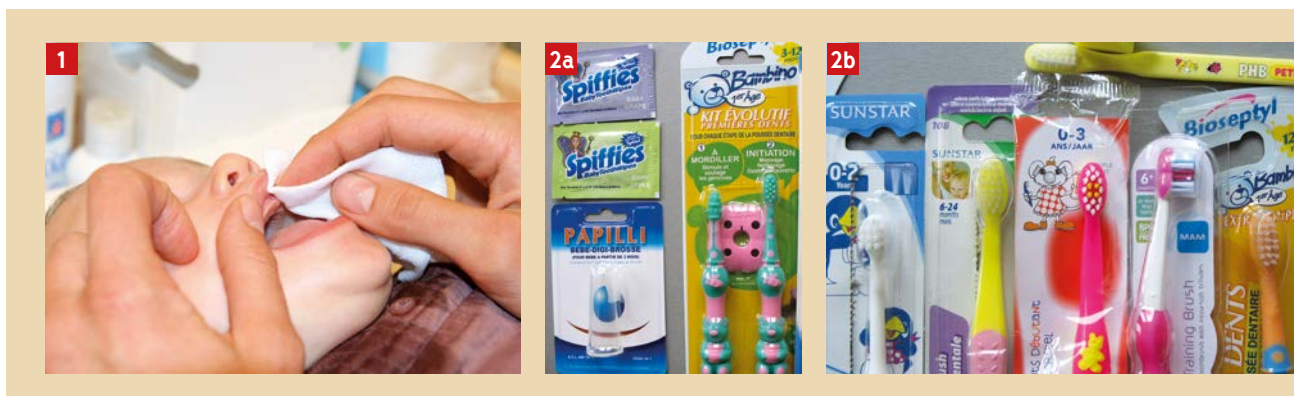


Dr Dominique DROZ

- Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odontologie Université de Lorraine
- Pôle Neuro-tête et cou, CHU de Nancy

Fig. 1 : L'hygiène orale peut débuter avant même l'éruption de la première dent

Fig. 2a et 2b : quel que soit le lieu d'achat, l'important c'est la taille de la tête : ne pas dépasser le diamètre d'une pièce de 10 cents





la bonne haleine, du sourire peut être plus stimulant que d'insister sur le risque de carie. L'éducation doit se faire au cabinet dentaire avec support écrit, démonstration sur modèle, renforcement verbal puis application sur le patient ; il faut identifier les barrières et proposer des solutions « possibles ».

Brosse manuelle ou électrique ?

La brosse manuelle représente 93 % des ventes en France et reste un outil intéressant en rapport « coût/efficacité » [3]. La brosse électrique, en denture permanente, a des effets positifs (indice gingival et indice de plaque) [6]. Elle est intéressante lors de traitements multi attaches, chez des patients ayant une hygiène défaillante, chez un patient qui a des difficultés motrices (handicap, dysphasie...) et peut être un outil de stimulation mais il faut privilégier les brosses rechargeables.

Les aides complémentaires

- Le brossage de la langue s'avère intéressant dans les cas d'halitose.
- Le fil de soie. Son passage demande une certaine dextérité : il est plutôt réservé aux pré ados et aux ados : quand il y a des dents serrées ou des débuts de déminéralisation.
- Le révélateur de plaque est très utile pour évaluer l'efficacité des soins locaux à la maison et au cabinet dentaire pour corriger les mouvements non adaptés.

Conseils pratiques

- Bien rincer la brosse à dents qui est un nid à bactéries, certaines brosses peuvent être décontaminées au micro-ondes.
- Faire sécher la tête en haut.
- Remplacer la brosse dès que les brins partent « en éventail ».

En résumé

- Les bonnes habitudes se prennent tôt. Il est donc primordial de conforter les parents dans leur rôle : réaliser le brossage puis le superviser et ensuite s'assurer de sa réalisation régulière et de son efficacité. Malheureusement, ils ne sont pas toujours bien informés [7]. Dans le carnet de santé, la page soins des premières dents avec les conseils de brossage n'apparaît qu'à 3 ans. Des recommandations différentes peuvent induire une certaine confusion [8].
- Il est primordial de former le personnel médical, paramédical et éducatif de la petite enfance afin de diffuser l'information que le chirurgien-dentiste n'a pas toujours l'occasion de donner, faute de rencontrer les familles. Des actions à domicile ou dans des structures « dental home »

sont efficaces pour les familles en difficulté [9].

- Au cabinet dentaire, différentes occasions vont se présenter pour améliorer l'hygiène orale de nos jeunes patients : les visites de femmes enceintes, Objectif Zéro Caries Préviades, les visites des 6 et 12 ans, MT Dents, BBD.

L'hygiène buccale doit faire partie de l'hygiène corporelle et être considérée comme un acte structurant. JUST DO IT. ♦

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. <http://www.has-sante.fr> 2010
2. Desprez-Droz D. La prévention appliquée au cabinet dentaire. Chapitre 13 in Odontologie Pédiatrique Clinique Naulin-Ifi 2011. Editions CDP :269-308
3. Muller-Bolla M, Courson F. Toothbrushing methods to use in children: a systematic review. *Oral Health & Preventive Dentistry*; accepté pour publication
4. Opsahl-Vital S, Haignere-Rubinstein C, Lasfargues JJ, Chaussain C. Caries risk and orthodontic treatment. *International Orthodontics* 2010 ; 8 : 28-45.
5. Goh HH. Interspace/interdental brushes for oral hygiene in orthodontic patients with fixed appliances. *Cochrane Database Syst Rev* 2007CD005410.
6. Robinson PG, Deery C, Heanue M, Walmsley AD, Worthington HV, Glenny AM, Shaw WC. Manuel versus powered toothbrushing for oral health (Review). *The Cochrane Library* 2006, issue 4
7. Opsahl-Vital S, Patureau A, Courson F. Prévention des risques bucco-dentaires chez l'enfant. *Rev Francoph Odontol Pédiatr* 2008 ; 3(4) : 159-164.
8. Dos Santos APP, Nadanovsky P, de Oliveira BH. Inconsistencies in recommendations on oral hygiene practices for children by professional dental and pediatric organisations in ten countries. *Int J Paed Dent* 2011 ; 21 : 223-231.
9. Huebner CE, Riedy CA. Behavioral determinants of brushing young children's teeth : implications for anticipatory guidance. *Pediatr Dent* 2010 ; 32 : 48-55.

Fig. 3 : l'enfant est bien calé ; pour brosser le haut, il suffit de faire regarder le plafond. (illustration du Dr E. Mortier)

Fig. 4 : brossage transversal pour la 36 en évolution

Fig. 5 : le parent accompagne l'enfant pour améliorer le brossage au niveau gingival du secteur incisif



Fig. 6 : l'appareillage multi attaches complique la tâche mais tout est possible en prenant son temps (Illustration du Dr M. Blique)

Fig. 7 : le brossage intégré dans le rituel du quotidien



Quels dentifrices chez l'enfant ?



Dr Lucie LICHT

■ Odontologie Pédiatrique, Pôle d'Odontologie et Chirurgie Buccale, CHU de Rennes



Dr Clara JOSEPH

■ Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odontologie Université de Nice Sophia Antipolis
■ Pôle Odontologie, Hôpital St Roch, CHU de Nice



Dr Jean-Louis SIXOU

■ Odontologie Pédiatrique, Pôle d'Odontologie et Chirurgie Buccale, CHU de Rennes
■ Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odontologie, Université de Rennes 1

L'efficacité carioprotectrice maximale du fluor est obtenue grâce à des apports faibles mais réguliers de fluorures dans la cavité buccale [1]. Les dentifrices contenant du fluor sont le moyen le plus simple de réaliser cet apport régulier en fluorures.

Quelques questions demeurent chez l'enfant : quelle concentration de fluor dans les dentifrices ? Quelle quantité utiliser ? Existe-t-il un risque de toxicité (fluorose dentaire) ? En d'autres termes, que pouvons-nous prescrire ou conseiller à nos patients ou leurs parents parmi tous les dentifrices sur le marché en France, qu'ils soient en vente libre (< 1 500 ppm) ou disponibles seulement sur ordonnance (> 1 500 ppm) ?

Quelles sont les recommandations actuelles ?

Les recommandations de l'AFSSAPS et de l'Académie Européenne de Dentisterie Pédiatrique (EAPD) concordent sur de nombreux points : débuter dès la première dent en bouche, quantité de dentifrice réduite dans les premiers temps (un petit pois puis augmentation progressive) et concentration comparable à celle de l'adulte (1 000 à 1 500 ppm) dès que l'enfant sait cracher (> 6 ans). Elles ont néanmoins des points de différence. Elles n'ont pas les mêmes catégories d'âge chez les plus jeunes, ne recommandent pas les mêmes concentrations en fluor avant 6 ans, ni une même fréquence d'utilisation (*Tableau 1*).

Ces différences s'expliquent en partie par le fait que l'AFSSAPS a guidé sa réflexion à partir du risque potentiel de fluorose, tandis que l'EAPD a recherché l'efficacité optimale tout en tenant compte du risque de fluorose.

Comment les utiliser malgré leurs différences ?

Des publications en lien avec des études récentes peuvent nous aider à affiner notre opinion [3-6]. C'est l'application du rapport bénéfice (moins de carie)/risque (fluorose) qui nous guide dans nos prescriptions.

Sur les dents temporaires ou définitives, il n'a pas été démontré d'efficacité suffisante des dentifrices à moins de 500 ppm. La meilleure efficacité serait obtenue avec ceux d'au moins 1 000 ppm [7]. Nous ne pouvons donc plus recommander ou prescrire de dentifrice dosé à moins de 450 ou 500 ppm. D'un autre côté, le risque de fluorose des incisives et premières molaires permanentes est réel lorsque tout le dentifrice utilisé est avalé,

avant l'âge de 3 ou 4 ans [3 ; 4]. Ce qui interdit une concentration de 1 000 ppm, même en faible quantité, surtout si l'on veut deux apports par jour.

Deux apports par jour à 500 ppm (EAPD) sont plus proches de la nécessité d'apports réguliers, et sont à prescrire après étude des apports en fluor de l'enfant (boissons, sel fluoré ou non, comprimés...). Mais c'est surtout à l'apparition des premières molaires temporaires (12-18 mois) qu'ils pourraient être envisageables.

À partir de 2 ou 3 ans (la différence n'est pas très importante, c'est surtout le poids de l'enfant qui compte par rapport au risque de toxicité), le dentifrice à 1 000 ppm offre plus de protection contre la carie et sera préféré en cas de risque carieux élevé. Mais le risque de fluorose persiste... Dès que l'enfant sait cracher, il doit passer à un dentifrice identique à celui de l'adulte (1 000 à 1 500 ppm).

Ni l'AFSSAPS, ni l'EAPD, n'ont indiqué dans leurs recommandations de préférence quant au type de fluor dans le dentifrice.

Quels dentifrices prescrire à partir de ceux disponibles en France ?

Le *tableau 2* présente une partie des dentifrices fluorés disponibles sur le marché en France. Les âges indiqués sur les dentifrices ne correspondent pas toujours aux recommandations. La difficulté reste de pouvoir suivre les recommandations en fonction de ce qui est disponible sur le marché.

L'une des solutions, si les parents ne parviennent pas à se procurer un dentifrice à 1 000 ppm, est d'utiliser un dentifrice dosé à 500 ppm et de mettre double dose (2 petits pois ou plus selon l'âge du patient). Mais cela augmente la quantité de dentifrice présent dans la bouche et peut participer de l'inconfort de l'enfant et augmenter le risque de refus ou d'ingestion.

Dans tous les cas, la supervision et/ou l'aide d'un adulte est nécessaire chez les plus jeunes. En cas de besoin, un autre topique fluoré peut être utilisé (bain de bouche, vernis...) (*Tableau 3*).

Conclusion

Le brossage des dents à l'aide d'un dentifrice au fluor doit commencer dès les premières dents. Il est préférable de débuter avec une concentration de 500 ppm car, en-dessous, les dentifrices au fluor ont peu d'intérêt. Dès que possible, préférer deux brossages par jour sous la supervision d'un adulte. Les dentifrices à ...

Tableau 1

Age	AFSSAPS (2008)				EAPD (2009)			
	6 mois – 3 ans	3 – 6 ans		> 6 ans		6 mois – 2 ans	2 – 6 ans	> 6 ans
RCI ¹		faible	élevé	faible	élevé			
Concentration ³	≤ 500	≤ 500	≤ 1 000 ²	1 000	1 500	500	1000	1450
Fréquence (/jour)	1 fois	2 fois		3 fois		2 fois		
Quantité	petit pois	dose augmente avec l'âge		Non précisé		petit pois	petit pois	1 – 2 cm

Tableau 1 : recommandations AFSSAPS et EAPD

¹ RCI : Risque Carieux Individuel² Si l'enfant sait cracher³ Les concentrations sont exprimées en ppm (mg/L)

Tableau 2

Dentifrice	Fabricant	Type de F	[ppm F]
Concentration < 450-500 ppm			
Elgydium Protection Caries Kids [®]	Pierre Fabre Oral Care	FA	250
Concentration = 450-500 ppm			
Signal Kids [®] (2 – 6 ans)	Unilever	NaF	450
Elmex dentifrice enfant [®] (2 – 6 ans)	GABA (Colgate)	FA	500
Fluocaril Kids [®] (2 – 6 ans)	Procter & Gamble	MFP - NaF	500
Concentration = 1000 ppm			
Veudent [®]	Colgate - Palmolive	MFP	1 000
Elgydium Protection Caries Junior [®] (7 – 12 ans)	Pierre Fabre Oral Care	FA	1 000
Colgate smiles [®] (1-6 ans)	Colgate - Palmolive	NaF	1 000
Colgate dentifrice enfant [®] (1-6 ans)	Colgate - Palmolive	NaF	1 000
Teraxyl junior [®] (6 et +)	Schwarzkopf & Henkel	NaF	1 000
Concentration 1000 à 1500 ppm			
Elmex Junior [®] (7 – 12 ans)	GABA (Colgate)	FA	1 400
Fluocaril Junior [®] (7 – 12 ans)	Procter & Gamble	NaF	1 450
Signal [®] (7-13 ans)	Unilever	NaF	1 450
Colgate total [®]	Colgate - Palmolive	NaF	1 450
Signal integral 8 [®]	Unilever	NaF	1 450
Sensodyne répare et protège [®]	GSK	MFP	1 450
Elgydium protection caries [®]	Pierre Fabre Oral Care	FA	1 500
Carrefour [®] Blancheur	Carrefour	NaF	1 450
Concentration > 1500 ppm			
Fluocaril 250 [®]	Procter & Gamble	MFP - NaF	2 500
Duraphat dentifrice [®]	GABA (Colgate)	NaF	5 000
Fluodontyl 1 350 [®]	Procter & Gamble	NaF	13 500

Tableau 2 : exemple de dentifrices vendus en France en pharmacie et grande surface - liste non exhaustive

FA : fluorure d'amine

MFP : monofluoro-phosphate de sodium

NaF : fluorure de sodium

Les indications d'âges entre parenthèses sont celles indiquées par les fabricants sur les dentifrices

Tableau 3

Situation testée	Situation témoin	% *
Dentifrice au fluor	dentifrice placebo	24
Supervision du brossage chez un enfant	pas de supervision	11
Deux brossages par jour	un brossage par jour	14
Dentifrice à 1500 ppm de fluor	dentifrice à 1000 ppm	08
Dentifrice au fluor + autres topiques fluorés	dentifrice au fluor seul	10

Tableau 3 : prévention de la carie grâce au dentifrice au fluor (EAPD, 2009)

* pourcentage de caries en moins

... 1 000 ppm sont préférés à partir de l'âge de 2 ou 3 ans lorsque le risque de carie est élevé.

La quantité sera au début de la taille d'un petit pois sur la brosse à dents et sera augmentée au fur et à mesure que l'enfant améliorera sa capacité à cracher. Dès qu'il saura le faire, il est recommandé d'utiliser un dentifrice proche de 1 500 ppm. Les dosages supérieurs (dentifrices délivrables sur ordonnance) sont réservés aux enfants et adolescents à risque élevé de carie.

Un praticien doit conseiller ou prescrire un dentifrice approprié, sans seulement se fier aux âges indiqués sur l'étiquette des produits. Il peut ainsi prévenir au mieux la survenue de carie, tout en limitant le risque de fluorose dentaire chez les plus jeunes. ◆

Bibliographie

1. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Mise au point : Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire

avant l'âge de 18 ans. Octobre 2008. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf (dernier accès internet le 22/02/2013)

2. European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10: 129-35.

3. Wong MCM, Glenny AM, Tsang BWK, Lo ECM, Worthington HV, Marinho VCC. Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children (Review). *The Cochrane Library* 2010, Issue 1. <http://www.thecochranelibrary.com>

4. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VCC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents (Review). *The Cochrane Library* 2010, Issue <http://www.thecochranelibrary.com>

5. Marie-Cousin A, Huet A, Robert JC, Sixou JL. Le fluor chez l'enfant en 2010. *Info Dent*, 2010 ; 92 : 63-70

6. Muller-Bolla M, Courson F, Sixou JL Faut-il revoir nos habitudes de prescription des dentifrices chez l'enfant ? *Info Dent*, 2010 ; 93 : 14-18

7. Rasines G. Fluoride toothpaste prevents caries in children and adolescents at fluoride concentrations of 1000 ppm and above. *Evid Based Dent* 2010; 1: 6-7



Odontologie pédiatrique, laser, MEOPA, prise en charge du handicap...

Êtes-vous au point ?

Dans le cadre de la **formation continue universitaire**, le département d'Odontologie Pédiatrique de l'**UFR d'Odontologie de Rennes** organise plusieurs **journées de formation**.

23 mai 2013

Quoi de neuf en Odontologie Pédiatrique ?

De la prescription pour le patient anxieux à la prise en charge du traumatisme bucco-dentaire : des présentations courtes centrées sur la clinique.

20 juin 2013

Laser en Odontologie : des premières bases aux intérêts et limites

Toute une journée pour aborder l'intérêt des lasers dans toutes les disciplines odontologiques et des travaux pratiques pour manipuler plusieurs dispositifs.

27 juin 2013

Prise en charge du patient en situation de handicap (demi-journée)

De la prise en charge de la trisomie 21 aux trucs et astuces applicables à tous les patients « difficiles » en passant par la prise en charge administrative pour les patients présentant des maladies génétiques.

07 et 14 octobre 2013

Formation au MEOPA

2 journées par des équipes pratiquant la sédation au MEOPA chez l'enfant et l'adulte depuis plusieurs années. Possibilité d'assister à une prise en charge en clinique.

Pour plus d'information sur ces journées jean-louis.sixou@univ-rennes1.fr et sur les autres offres de l'UFR d'Odontologie de Rennes : http://www.sfc.univ-rennes1.fr/sante/odonto_stages-courts.htm ou Tel : **02 23 23 40 09** et **02 23 23 51 04**

elmex® enfant

elmex® Junior

DES DENTIFRICES POUR PRÉVENIR LA CARIE CHEZ TOUS LES ENFANTS

1^{ères} dents

6 ans

12 ans

elmex® enfant spécialement conçu pour les enfants dès la 1^{ère} dent de lait jusqu'à 6 ans :

- Favorise la prévention de la carie des dents temporaires
- Dosage en fluorure d'amines Olafluor adapté aux dents de lait (500 ppmF⁻)
- Goût (menthe-caramel) agréable mais non fruité pour éviter l'ingestion volontaire



ACL : 432057-5



ACL : 467610-2

elmex® junior spécialement conçu pour les enfants de 7 à 12 ans :

- Favorise la prévention de la carie des 1^{ères} dents permanentes
- Dosage en fluorure d'amines Olafluor adapté aux dentures mixtes (1400 ppmF⁻)
- Goût menthe douce testé et approuvé par les juniors



Service commercial dentistes : 02 37 51 67 59

Invitez vos petits patients et leurs parents à visiter le site :

www.CARIE-CLIC.fr

Des conseils, astuces et jeux pour apprendre à protéger les dents des enfants

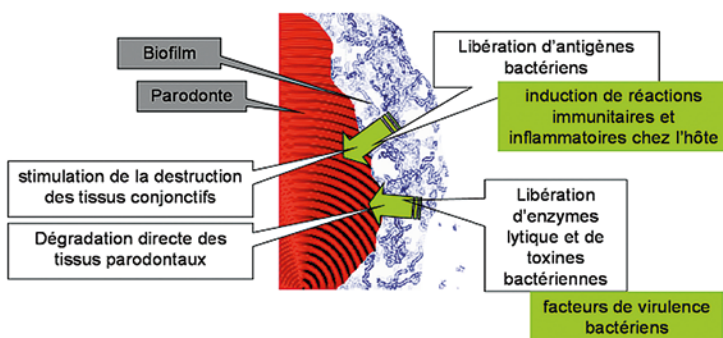
NOUVEAUX ANTISEPTIQUES MICROENCAPSULES

La flore bactérienne constituant la plaque dentaire est le facteur étiologique principal des maladies parodontales. L'accumulation des bactéries commensales formant le biofilm puis leur conversion vers des souches plus agressives, induisent des destructions tissulaires directes (par les enzymes et toxines bactériennes) et indirectes (par la réaction inflammatoire associée). Certaines souches bactériennes sont d'emblée

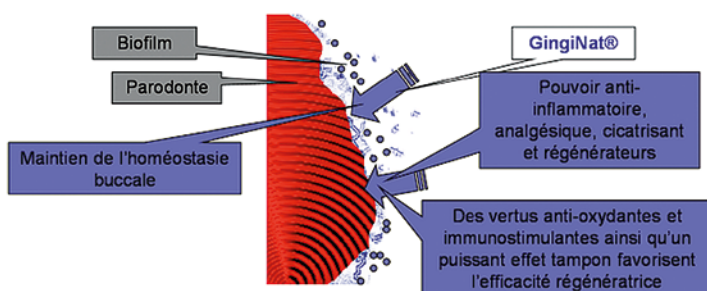
particulièrement nocives pour les tissus gingivaux (ex : Porphyromonas Gingivalis, Treponema denticola...). Il s'agit le plus souvent d'une infection entretenue liée à l'organisation et la maturation du biofilm bactérien face aux tissus de l'hôte. Toutefois, c'est le réponse de l'hôte qui détermine au final le caractère plus ou moins destructeur de l'agression bactérienne : la maladie parodontale, bien que d'origine infectieuse, est avant tout une pathologie de terrain [1].

Activité du bain de bouche GingiNat®:

Rappel des effets des biofilms sur la destruction des tissus parodontaux



Mécanismes d'action du bain de bouche GingiNat® : Régénération des tissus parodontaux:



En dépit de recherches importantes, les thérapeutiques de ces affections demeurent assez limitées : il s'agit en priorité d'éliminer le facteur étiologique déclenchant (principalement la flore bactérienne) par des moyens mécaniques (brossage, détartrage, surfaçage...) et chimiques (gel, bain de bouche, dragées à sucer) [1]. Les bains de bouche associés aux traitements conventionnels offrent une antiseptie temporaire. Ils permettent la détersion des plaies et l'élimination chimique non sélective de la flore bactérienne (chlorhexidine, triclosan, chlorure de cetylpyridinium, etc.) [2]. Des antibiothérapies locales et générales sont utilisées en cas d'infection aiguë (minocycline, metronidazole...). Ces traitements peu spécifiques déséquilibrent toutefois l'écosystème oral, ce qui implique des durées de traitement limitées. Ces approches peu spécifiques sont agressives vis-à-vis d'un milieu buccal complexe et sensible à toute déstabilisation. Afin de traiter le terrain, et de rééquilibrer le milieu buccal de nombreux autres extraits naturels ou non sont répertoriés. On peut citer par exemple : les insaponifiables d'avocat (effets modulateurs de l'inflammation et cicatriciels), le Tea Tree oil (fortement antiseptique), la Propolis(extrait de cire d'abeille, antiseptique et anti-inflammatoire), l'extrait de pépins de pamplemousse (forts effets antioxydant, tampon et antibiotiques), le coenzyme Q10 (très antioxydant et transporteur d'énergie). La problématique réside dans l'association de ces actifs complexes sans les dénaturer ainsi que leur délivrance *in situ* : la solution réside dans la MICROENCAPSULATION.

LA MICROENCAPSULATION : protection et délivrance efficace des principes actifs

Pour exercer une activité thérapeutique, les principes actifs, tels que ceux composant les extraits naturels d'un bain de bouche, doivent atteindre leur cible (tissus de l'hôte et biofilm bactérien) et y demeurer assez longtemps (rémanence).

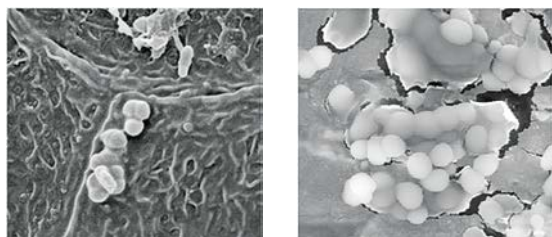
L'absence d'une solution efficace à ce problème de distribution/application contraint à préférer l'usage de bains de bouche plus agressifs afin d'obtenir une diminution immédiate de la charge bactérienne.

La microencapsulation permet de conjuguer des composés très différents sans les altérer et d'obtenir un relargage des principes actifs sur le site durant plusieurs heures.

Plusieurs techniques de microencapsulation ont été développées par l'industrie pharmaceutique : on retrouve des capsules délimitées par une ou plusieurs doubles couches phospholipidiques, à la manière des liposomes [3]. La composition biochimique des capsules leur confère des propriétés de dispersion hydrolipidique efficace dans la cavité buccale : ces capsules se répartissent indifféremment dans les environnements hydrophiles et hydrophobes, au contact des épithélia muco-gingivaux et des biofilms bactériens.

De plus, les tensioactifs cationiques qui constituent les parois de ces capsules permettent une bio adhésion aux surfaces muco-gingivales, et nécessitent plusieurs heures pour se désagréger : les principes actifs sont ainsi délivrés sur les tissus cibles de manière entretenue pendant ce laps de temps. Cette forme de vectorisation des principes actifs offre aux molécules thérapeutiques une bonne pénétration tissulaire et un relargage progressif.

Sans cette rémanence localisée qui démultiplie leurs effets, les concentrations globales des composants de Ginginat® auraient les effets intéressants mais limités que l'on connaît avec d'autres bains de bouche aux huiles essentielles.



Adhésion des microcapsules sur la muqueuse buccale, 1 heure après un rinçage en bain de bouche.

(Microscope électronique à balayage, les microcapsules visibles font environ 2 microns de diamètre)

Les effets recherchés et obtenus avec la technique Ginginat® sont multiples :

- un **effet antiseptique** : effet antibactérien très fort sur au moins cinq souches bactériennes très agressives dans les affections parodontales [4]
- un **pouvoir tampon** (régulation pH) et un **effet antioxydant** démontré *in vitro* [5,6]
- un **effet immunorégulateur**, démontré *in vitro* [7] et *in vivo* [8, 9], permettant de limiter les destructions provoquées par l'inflammation chronique des tissus buccaux
- un **effet antalgique** et surtout cicatriciel démontré *in vivo* [8, 9]

RÉSULTATS CLINIQUES

Ces produits ont été testés avec succès dans le traitement des gingivites. Ils sont très efficaces comme complément aux phases initiales de traitement des parodontites chroniques. Ils sont utiles dans le traitement post chirurgical en implantologie et parodontie. Ils améliorent le traitement de l'halitose et sont efficaces contre certaines lésions ponctuelles de la sphère orale (aphtes, lichens). Ils traitent la pathologie infectieuse et inflammatoire en profondeur et de manière progressive, favorisent la cicatrisation et maintiennent le résultat en régulant le terrain et l'équilibre du milieu buccal.

CAS CLINIQUE



T0 : parodonte inflammatoire



T21 : après 7 jours de cure Ginginat®, suivis de curetage/surfaçage et d'une nouvelle cure Ginginat® de 15 jours ; aspect parodontal assaini

RÉFÉRENCES

- [1] Kinane DF, Mark Bartold P. Clinical relevance of the host responses of periodontitis. *Periodontol* 2000 2007;43:278-93.
- [2] Renton-Harper P, Addy M, Moran J, Doherty FM, Newcombe RG. A comparison of chlorhexidine, cetylpyridinium chloride, triclosan, and C31G mouthrinse products for plaque inhibition. *J Periodontol* 1996;67:486-9.
- [3] Mura S, Pirot F, Manconi M, Falson F, Fadda AM. Liposomes and niosomes as potential carriers for dermal delivery of minoxidil. *J Drug Target* 2007;15:101-8.
- [4] Lee SW, et al. Microencapsulated natural extracts in oral care solutions and gels. Part 2: *in vitro* antibacterial properties.
- [5] Mouhyi J, Del Corso M, Hippolyte MP, Sammartino G, Dohan Ehrenfest DM. Mouthwash solutions containing microencapsulated natural extracts: *In vitro* evaluation of antioxidant properties (dental plaque and gingivitis). *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2010;111(3):140-3.
- [6] Dohan Ehrenfest DM, Vervelle A, et al. Microencapsulated natural extracts in oral care solutions and gels. Part 3 : *in vitro* antioxidant properties.
- [7] Dohan Ehrenfest DM, Vervelle A, et al. Microencapsulated natural extracts in oral care solutions and gels. Part 4 : *in vitro* immune-modulatory properties.
- [8] Lemo N, Vervelle A, et al. Microencapsulated natural extracts in oral care solutions and gels. Part 5 : wound healing effects in a rabbit model.
- [9] Del Corso M, et al. Microencapsulated natural extracts in oral care solutions and gels. Part 6: clinical results.
- [10] Vervelle A, Mouhyi J, Del Corso M, Hippolyte MP, Sammartino G, Dohan Ehrenfest DM. Mouthwash solutions with microencapsulated natural extracts: Efficiency for dental plaque and gingivitis, *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2010;111(3):148-51.
- [11] Mouhyi J, Del Corso M, Hippolyte MP, Sammartino G, Dohan Ehrenfest DM. Mouthwash solutions containing microencapsulated natural extracts: Clinical results on dental plaque and gingivitis, *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2010;111(3):144-7.
- [12] Stoeken JE, Paraskevas S, van der Weijden GA. The long-term effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis: a systematic review. *J Periodontol* 2007;78:1218-28.

Lorem Ipsum

www.adresse.web

Sed quoque
lorem ipsum

Lorem Ipsum
www.adresse.web
Tél : 00 00 00 00 00

Prophylaxie cario-parodontale du sujet qui vieillit...

Que peut-on faire et que peut-on espérer ?



Dr Michel BLIQUE

- Pratique privée
- Attaché
Département
Odontologie
Pédiatrique
- Faculté
d'Odontologie de
Nancy
- michel.blique@online.fr

La mise en place de traitements prophylactiques peut rendre de grands services à nos patients qui vieillissent et apportent de la sécurité à nos traitements. Il est essentiel de traiter les lésions pour éviter l'extension, d'éviter la récurrence, et la pathologie en prenant en compte les facteurs de risque et les intervalles de traitement nécessaires à cet objectif.

Nos patients vivent plus longtemps, avec davantage de dents, souvent obturées, au support parodontal réduit, dont le contrôle de plaque est plus difficile. 63 % des médicaments les plus prescrits ont une influence négative sur le débit et sur le pouvoir tampon salivaire, augmentant le risque de carie. Ceci favorise les biofilms acidogènes : la dentine commence à se déminéraliser dès pH 6,7 (pH 5,2 pour l'email). La pathologie parodontale favorise la carie radiculaire qui progresse 2 fois plus vite qu'une carie coronaire [Donovan 2008]. Les soins y sont souvent complexes à réaliser, favorisant ainsi une irritation parodontale (Fig. 1a et 5a).

L'approche prophylactique chez le sujet qui vieillit

La prophylaxie primaire vise à éviter la pathologie chez des sujets encore sains, rares chez les patients âgés qui ont connu un accès limité aux soins dans leur jeunesse. Elle peut être secondaire (éviter les récurrences chez les sujets déjà traités). C'est la situation la plus fréquente (avènement de l'assurance maladie et d'une dentisterie souvent invasive). En parodontologie, les patients vivent avec l'absence de remboursement et peu de parodontistes [Bourgeois 2011]. La prévention peut-être tertiaire (élimination de la maladie par un traitement adapté et sans récurrence). Les patients âgés

nécessitent des traitements prophylactiques secondaires et tertiaires. Seule une minorité de patients est à risque parodontal (5 à 10 %) et carieux (5 à 20 %) très élevés [Axelsson 2000].

Peu de travaux ont évalué le lien entre les risques parodontal et carieux chez le sujet âgé. Mais en Suède, l'impact d'un programme de prophylaxie cario-parodontale, a été évalué sur 30 ans [Axelsson 2004]. En 1972, un Groupe Contrôle ne reçut qu'un suivi dentaire standard, alors qu'un Groupe Test suivit un programme prophylactique personnalisé lié au Risque Individuel. Il comprenait un Nettoyage Prophylactique Professionnel des Surfaces Dentaires (NPPSD) régulier au cabinet, une maintenance parodontale non invasive et des soins quotidiens à domicile.

Pendant les 2 premières années, le Groupe Test fut reconvoqué tous les 2 mois, puis tous les 3 mois les 4 années suivantes.

Après 6 ans, le nombre de nouvelles surfaces cariées étaient de 14 par individu du groupe contrôle et de 0,2 dans le Groupe Test !

La perte d'attache était de 1,2 mm par individu du groupe contrôle alors qu'un GAIN d'attache de 0,2 était observé dans le groupe test !

Par éthique, il fut proposé au groupe contrôle de rejoindre le groupe test, recevant des soins prophylactiques adaptés à leur risque individuel pendant les 24 années suivantes et



Dr Sophie GROSSE

- Pratique privée
Nancy
- sophiesophgrosse@aol.com



Fig. 1 : patiente A d'une 60 aine d'année, à risque carieux élevé, grosse fumeuse, ignore tout de sa situation cario-parodontale réelle ; 13-22 avant prise en charge



Fig. 2a : patiente A ; 13-22 avant prise en charge prophylactique cario-parodontale



Fig. 2b : patiente A ; 13-22 après 6 mois de prise en charge prophylactique cario-parodontale, réévaluation à 2 mois

réévalués à 15 ans (N=317) et 30 ans (N=257). Seulement 10 patients sur 375 abandonnèrent le programme.

Après 15 ans, 0,2 dents par individus avaient été perdues (3 dans une étude de 1991 sur un échantillon de population suédoise). Ces traitements avaient coûté la moitié du budget de soins conventionnels.

Après 30 ans on observa par individu, 2 surfaces cariées et un GAIN d'attache de 0,3 à 0,4 mm au niveau proximal. 2 à 8 % des sites montrèrent des pertes de l'ordre de 0,2 mm souvent pour raison iatrogénique. Des études sur le même type de population montrent des pertes d'attache de 3 mm sur 30 ans.

Quelques rares individus « à haut risque carieux ou parodontal » développèrent de nouvelles lésions.

Cette étude montra la capacité d'hygiénistes supervisés par un dentiste préventionniste, à préserver la santé et parodontale en 30 ans y compris dans les tranches d'âges 35, 50, 65 et même 75 ans !

Construire un programme prophylactique lié au risque

Un tel programme est participatif : c'est un ensemble de traitements professionnels et personnels basés sur le risque individuel.

On s'appuie sur les antécédents médicaux et dentaires, l'examen clinique, radiographique, les capacités de contrôle de plaque, une évaluation parodontale, et surtout l'engagement du patient.

Il est impossible de traiter ici de l'évaluation du risque carieux [Domejean 2009]. L'âge pèse sur le contrôle de plaque, la prise de médicaments dégradant les conditions salivaires, l'activité carieuse, le nombre d'obturations, de dents perdues [Axelsson 2000, Cariogram in Fadel 2011].

Pour le risque parodontal, rappelons que la recherche d'indicateurs comme les dépôts microbiens, le tabagisme, le suivi régulier ses soins dentaires, le niveau d'éducation, les antécédents familiaux, des affections générales comme du diabète, les signes objectifs du CPITN (saignement au sondage, tartre, soins iatrogènes, poches ≥ 4 mm) ou antécédents de parodontite. On retrouvera dans la littérature des protocoles standardisés de définition du risque ou de traitement qui inspireront les choix du praticien et du patient [PRA in Lang 2003].

Synergie entre les traitements de prophylaxie carieuse et parodontale

Il faut d'abord Prévenir pour réduire l'activité sur les sites peu atteints et contrôler les sites qui le sont déjà [Domejean 2009].

Traitements Préventifs « conventionnels »

Il faut **réduire la charge bactérienne**, élément étiologique. La situation clinique est expliquée, les traitements à domicile nécessaires sont mis en place, pour permettre le maintien des résultats obtenus. Ne pas trop demander, mais être ferme et vigilant.

Les biofilms bactériens sont éliminés par un brossage

efficace, le passage de fil ou brossettes, appuyés par des dentifrices fluorés et antiseptiques [Donovan 2008] (Fig. 2b à 5b). Les handicaps visuels et moteurs (Parkinson) sont pris en compte (Fig. 5a, 5b).

Il faut **réduire la fréquence de prise d'hydrates** de carbone, donc la déminéralisation sur les niches à biofilms cario-actifs par une compliance alimentaire, à un âge où les plaisirs de la bouche et les occasions sociales sont souvent importants.

Traiter l'halitose réduira la tentation d'utiliser des pastilles « rafraîchissantes ». 5 minutes de mastication de chewing-gum sans sucres stimule la salive, le débit et le pouvoir tampon.



Fig. 3a : patiente A ; 17 avant prise en charge prophylactique cario-parodontale

Fig.3b : patiente A ; 17 après 6 mois de prise en charge prophylactique ; les verre ionomères sont largement utilisés.

Fig. 4a : patiente A ; 33-35 avant prise en charge prophylactique cario-parodontale

Fig.4b : patiente A ; 33-35 après 6 mois de prise en charge prophylactique cario-parodontale, réévaluation à 2 mois



Fig. 5a : patient B, 87 ans ; Parkinson avancé, aucune fonction n'est plus possible avant prise en charge prophylactique cario-parodontale, puis traitement minimal-invasif

Fig. 5b : patient B, 89 ans ; après 6 mois de prise en charge prophylactique cario-parodontale, 6 mois de traitement, ré-évaluation à 4 mois ; tout n'est pas parfait, mais le pronostic et le confort du patient sont tout autres

Traitements Préventifs « actifs »

Décontaminer pour réduire la présence de cario-pathogènes comme le *S. mutans* facile à évaluer (Carietest - GC) : contrôle de plaque appuyé par le nettoyage prophylactique des surfaces dentaires (NPPSD), l'élimination d'éléments rétentifs (surplombs, obturations défectueuses). Etanchéfier sillons et lésions par des scellements et obturations bio actifs (Ciments Verre ionomères) (Fig. 2b, 3b, 4b, 5b) qui relarguent du fluor au niveau des marges et des dents adjacentes.

Sur ces surfaces assainies, on applique des vernis antiseptiques (CHX ou Fluor), complétés de cures de rinçages de CHX.

Augmenter le débit salivaire

On évalue les paramètres salivaires : hydratation, pH salivaire au repos et stimulé, capacité tampon. Ils seront réévalués. Contrôler l'impact des médicaments pris par le patient, leur dosage, leur potentiel xérogénique (réduire les prises du soir pour les déplacer le matin peut être bénéfique). [Donovan 2008]. Brossage efficace et NPPSD produisent des surfaces lisses et reminéralisées, réduisent les biofilms adhérents, améliorent la circulation de la salive sur les tissus durs et concourent à la reminéralisation des **lésions débutantes** (Fig. 2b à 5b). Ils seront appuyés par les applications de vernis ou de gels fluorés, de gels minéralisants (ACP-CPP).

Traitements Prophylactiques parodontaux

Ces traitements cario-prophylactiques concourent aussi à la santé parodontale par la réduction des biofilms mous ou calcifiés parodontaux-actifs, du fluide gingival qui diminue l'incidence des pathologies carieuses et parodontales chez ces patients.

Les objectifs prophylactiques parodontaux seront : prévenir ou réduire le risque de gingivites, de parodontites, de péri-implantites, liées au contexte local et médical.

Ils facilitent aussi la reprise du traitement actif si nécessaire. C'est seulement à ce stade, que les traitements de restauration conventionnels sont réalisés dans ce contexte assaini, favorable à leur pérennité (Fig. 2b à 4b).

Réévaluation

Après 3 mois environ, on réévaluera les paramètres biologiques oraux, généraux, la compliance du patient, les résultats de la séquence des soins à domicile et professionnels, la pérennité de la santé dentaire et parodontale (Fig. 2b à 5b). Les individus sains doivent le rester sans nouvelle pathologie. On assurera la maintenance des résultats en définissant l'intervalle le plus approprié pour les séances au cabinet. Ceci demande régularité, et vigilance, mais les actes réalisés sont simples : NPPSD et vernis thérapeutiques en cario, complétés d'élimination des biofilms, de détartrages sous-gingivaux (qui devraient se limiter aux sites difficiles à traiter ou à risque).

Maintenir l'engagement du patient à nos côtés sans lasser est souvent un défi...

Les effets positifs du programme allègent les protocoles, sinon il faut les modifier ou les renforcer.

Conclusion

Ces thérapeutiques prophylactiques sont facilement accessibles à l'omnipraticien et à ses patients âgés et lient santé générale et buccale, prophylaxie carieuse et parodontale. Elles permettent une approche moins invasive des traitements cario-parodontaux.

Leurs limites actuelles semblent être le manque de curiosité, pour ces traitements prophylactiques et peu invasifs, de la part du public, la nécessité d'un engagement fort du patient et du praticien dans le suivi des soins locaux et surtout le désintérêt de l'assurance maladie.

Dommage, car la haute technologie, low cost ou non, sans suivi prophylactique, aura toujours un pronostic plus limité. Ce suivi n'existera jamais réellement, sans information, formation, compétence, conscience, et... revenus motivants pour ceux qui les réalisent. ♦

Bibliographie

1. B Curtis, RW Evans, A Sbaraini, E Schwarz. The Monitor Practice Programme: is non-invasive management of dental caries in private practice effective? *Australian Dental Journal* 2008; 53: 306-313
2. Donovan T., Swift E.J. Protocol for the prevention of root caries *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry* Volume 20, Issue 6, pages 405-411, December 2008
3. Bourgeois D., Bouchard P., Mattout C. 6. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003, *J Periodontol Res*, 2007, 42 : 219-227.
4. Axelsson Per. An introduction to risk prediction and preventive dentistry, 1999 *Quintessence Publishing Chicago*
5. Axelsson Per. Diagnosis and Risk Prediction of Dental Caries. Chicago: *Quintessence*, 2000
6. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol*. 2004 Sep;31(9):749-57.
7. Doméjean-Orliaguet S., Banerjee A., Gaucher C., Milétić I., Basso M., Reich E., Blique M., Zalba J., Lavoix L., Roussel F., Khandelwal P. Minimum Intervention Treatment Plan (MITP) – practical implementation in general dental practice *J Minim Interv Dent* 2009; 2: 103-23
8. Lang NP., Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). 2003;1(1):7-16.
9. Fadel H., Al Hamdan K., Rhbeini Y., Heijl L., Birkhed D. Root caries and risk profiles using the Cariogram in different periodontal disease severity groups. *Acta Odontol Scand*. 2011 Mar;69(2):118-24.
10. Callens A. Darkfield or phase contrast microscopy. Usefulness in periodontology. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1992; 99 (10): 381-4

Un bain d'efficacité*

Sans alcool



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

VOTRE SOLUTION ANTISEPTIQUE

Remb. Sec. Soc. 15 % (Flacon 300 ml)

PAROEX

Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %

PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Digluconate de chlorhexidine à 20% (m/v) : 0,6360g (quantité correspondant à digluconate de chlorhexidine : 0,12g) pour 100 ml de solution pour bain de bouche Excipients : glycérol, acésulfame potassique, huile de ricin polyoxyéthylénée, propylène glycol, azorubine, arôme OPTAMINT 757515*, eau purifiée (*Composition de l'arôme OPTAMINT 757515 : menthol, anéthol, eucalyptol, huile essentielle de menthe, menthone, acétate de menthyle, menthol racémique, propylène glycol, triacétine, huile essentielle d'anis étoilé, huile essentielle de géranium, vanilline, maltol, huile essentielle de mandarine, éthanol). FORME PHARMACEUTIQUE : Solution pour bain de bouche. DONNEES CLINIQUES : Indications thérapeutiques : Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. Posologie et mode d'administration : RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser le contenu d'un demi-godet (12ml) ; si la présentation ne contient pas de godet, utiliser une cuillère à soupe soit environ 15 ml. Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). Contre-indications : Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. Mises en gardes et précautions d'emploi : Mises en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. Précautions d'emploi : Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions : L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). Grossesse et allaitement : A utiliser avec prudence chez la femme enceinte ou qui allaite, faute de données cliniques exploitables. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines : Les effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines n'ont pas été étudiés. Aucun effet n'est attendu. Effets indésirables : - Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café) - Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation cutanéomuqueuse, réaction allergique cutanée voire générale, gonflement des glandes salivaires), nécessitant l'arrêt du traitement - Occasionnellement, dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement - Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. Surdosage : En cas d'ingestion orale de la chlorhexidine, les effets suivants ont été rapportés : gastrite atrophique, lésions oesophagiennes et hépatiques en cas de doses très élevées. En outre, cette spécialité contient des dérivés terpéniques, en tant qu'excipients, qui peuvent abaisser le seuil épileptogène et entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques chez l'enfant (à type de convulsions) et chez les sujets âgés (à type d'agitation et de confusion). Respecter les posologies et la durée du traitement préconisées. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES : Propriétés pharmacodynamiques : Classe pharmacothérapeutique : STOMATOLOGIE/TRAITEMENT LOCAL A VISEE ANTISEPTIQUE (A : appareil digestif et métabolisme). Propriétés pharmacocinétiques : Non renseigné. Données de sécurité préclinique : Non renseigné. DONNEES PHARMACEUTIQUES : Durée de conservation : Avant ouverture du flacon : 3 ans - Après ouverture du flacon : ce médicament peut être conservé pendant 30 jours maximum. Nature et contenu de l'emballage extérieur : 50 ml, 100 ml, 500 ml et 5000 ml en flacons (polytéréphthalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (polypropylène) et cape (PE). 300 ml en flacon (polytéréphthalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (polypropylène) et cape (PE) avec godet doseur (polypropylène). NUMEROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : AMM n° 34009 344 640 0 3 : flacon de 50 ml. AMM n° 34009 364 343 1 8 : flacon de 100 ml (Agréé Collectivités). AMM n° 34009 344 641 7 1 : flacon de 300 ml avec godet doseur (Remboursement Sécurité Sociale à 15% - Agréé Collectivités - Prix : 4,04 € - CTJ : 0,16 à 0,61 €). AMM n° 34009 344 642 3 2 : flacon de 500 ml. AMM n° 34009 356 355 4 9 : flacon de 5000 ml. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Médicament non soumis à prescription médicale. TITULAIRE DE L'AMM : SUNSTAR France - 55/63 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. EXPLOITANT DE L'AMM : C.S.P - 76, avenue du Midi - 63800 Courmon d'Auvergne. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE : Juillet 2012.

SUNSTAR
FRANCE



Dr Marine RIALLIN

■ Orthopédie
Dento-Faciale,
Pôle d'Odontologie
et Chirurgie Buccale,
CHU de Rennes



Dr Damien BREZULIER

■ Orthopédie
Dento-Faciale,
Pôle d'Odontologie
et Chirurgie Buccale,
CHU de Rennes



Dr Jean-Louis SIXOU

■ Odontologie
Pédiatrique,
Pôle d'Odontologie
et Chirurgie Buccale,
CHU de Rennes
■ Odontologie
Pédiatrique,
UFR d'Odontologie,
Université de
Rennes 1



Dr Olivier SOREL

■ Orthopédie
Dento-Faciale,
Pôle d'Odontologie
et Chirurgie Buccale,
CHU de Rennes
■ Orthopédie
Dento-Faciale,
UFR d'Odontologie,
Université de
Rennes 1

Détecter les enfants à risque orthodontique à 4 et 8 ans

Dépister chez le très jeune enfant un problème orthodontique naissant ou en devenir, représente une difficulté pour le chirurgien-dentiste qui doit, de surcroît, répondre aux inquiétudes des parents. L'objectif de cet article est de donner aux praticiens les clés pour la détection et la décision d'intervenir ou d'adresser à un orthodontiste. Deux âges-clés ont été choisis : 4 ans, pour un enfant en denture temporaire et 8 ans pour un enfant en denture mixte.

L'évaluation commence à l'arrivée du patient qui accompagne le plus souvent ses parents. L'observation débute par l'appréciation générale de la posture de l'enfant à son insu dès les premiers contacts (Fig. 1). Un déséquilibre statural exprime un déséquilibre fonctionnel, l'ensemble peut avoir des conséquences sur la croissance crânio-faciale, celle des maxillaires en particulier.

La première consultation a lieu en présence des parents. L'anamnèse médicale incluant l'analyse du carnet de santé, permet de prendre en compte la complexité éventuelle des antécédents médico-chirurgicaux du patient. Par exemple, un terrain atopique, l'existence d'allergies, ou de pathologies ORL, qui peuvent être à l'origine de troubles ventilatoires, étiologie fréquente du trouble du développement maxillo-facial. À 4 ans, l'enfant vient d'établir sa denture temporaire. Certaines fonctions oro-faciales ne sont pas matures. Au niveau buccal, c'est le cas de la déglutition et parfois, de la phonation. Les traitements sont rares à cet âge. De plus les traitements en deux temps posent le problème de la période intermédiaire, dite de suspension de traitement et de leur efficacité face aux traitements en un temps à l'adolescence.

Il existe des indications justifiant une interception précoce : les classe III squelettique, les problèmes transversaux ou la trisomie 21 où une thérapie interceptive donne des résultats.

À 8 ans, l'enfant atteint un degré de maturation psychologique, physique et comportementale qui lui permet une meilleure compréhension d'une prise charge thérapeutique éventuelle. L'exigence d'une hygiène bucco dentaire stricte peut être assurée. L'enfant se trouve dans une période stable de sa dentition entre deux phases actives. C'est une période idéale pour lancer un traitement d'interception... L'enfant en classe de cours élémentaire ou moyen est généralement très compliant et facilement motivable. Il est alors nécessaire de constituer une équipe basée sur le trio enfant, parents, soignant.

Avant toute démarche thérapeutique, la phase d'évaluation est primordiale. L'examen clinique est la base, il permet d'indiquer les examens complémentaires afin d'établir le diagnostic, d'où découle le plan de traitement.

Examen exo-buccal

De face, on évalue : la symétrie globale du visage, des déviations éventuelles, la forme du nez – largeur des narines – ensellure, l'expression des yeux – forme des paupières – orientation des fentes palpébrales – cernes... De profil, on évalue son harmonie – convexe, concave, la proportion verticale des étages, la position relative du nez, des lèvres et du menton. Ces éléments peuvent être révélateurs de décalages squelettiques.

La recherche de troubles fonctionnels, notamment

Tableau 1 : examen intra-buccal à 4 ans ; éléments de normalité

Tableau 1		4 ANS
INTRA ARCADES		<ul style="list-style-type: none"> • arcades en demi-cercle • 20 dents temporaires présentes • diastèmes présents, dont <ul style="list-style-type: none"> - pré-canins au maxillaire - post-canins à la mandibule - inter-incisifs • facettes d'usures / molaires et canines
	Sagittal	<ul style="list-style-type: none"> • bout-à-bout ou léger surplomb incisif • engrènement de 53 (63) entre 83 et 84 (73-74) • plan terminal molaire (évolution): <ul style="list-style-type: none"> - droit : vers classe I ou II - marche mésiale : vers classe I ou III - marche distale : vers classe II
INTER ARCADES	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • surplomb correct, sans inversé • concordance des médianes inter-incisives, surtout si absence de diastèmes
	Vertical	<ul style="list-style-type: none"> • bout-à-bout incisif ou léger recouvrement



Fig. 1 : évaluation de la posture générale d'un enfant : lordose cervicale et cyphose thoracique majorées, bras en extension arrière ; cet enfant présente des signes de ventilation buccale, à noter : pommettes effacées, petit nez, angle naso-labial ouvert, crispation du menton à l'occlusion labiale



Fig. 2 (même enfant que Fig. 1) : examen de face montrant des signes de ventilation buccale : cernes, oreilles décollées, petit nez, béance labiale, gerçure des lèvres, pommettes effacées



Fig. 3 : examen de trois quarts et profil ; suspicion de classe III

ventilatoires, doit être systématique (Fig. 1 et 2). Elle se base sur l'interrogatoire et la sémiologie. Cette démarche, notamment dans les cas de classe III, est justifiée avant 6 ans où la prise en charge est précoce (Fig. 3).

Examen intra-buccal et radiographique

À 4 et 8 ans, l'examen intra-buccal s'accompagne naturellement d'examen complémentaires dont la panoramique dentaire à partir de 6 ans. L'hygiène est le premier élément d'appréciation. La démonstration de la méthode de brosse est nécessaire et quasi systématique. L'examen du parodonte est aussi nécessaire pour dépister un frein lingual trop court ou des freins labiaux mal insérés. Dans

les tableaux 1 et 2 ont été résumées les caractéristiques propres à l'examen endo-buccal de l'enfant en denture temporaire (Tableau 1) et mixte (Tableau 2). À 4 ans, les anomalies les plus importantes à rechercher sont l'absence de diastèmes, prémices de la DDM (Fig. 4) et d'usure des canines, signe d'une mastication non équilibrée (Fig. 5) ainsi que des rapports inter-arcades de classe III.

L'évaluation radiographique est un complément indispensable (Fig. 6 et 7). À 8 ans, la panoramique met en évidence les anomalies de nombre (agénésies, dents surnuméraires), les obstacles à l'éruption dentaire ou les risques de rétention des canines. Il permet également d'évaluer l'encombrement et le gain d'espace potentiel d'évaluer l'encombrement et le gain d'espace potentiel (Lee Way)...

Tableau 2 : examen intra-buccal à 8 ans

Tableau 2		8 ANS	
		Normalité	Anomalies à rechercher
INTRA ARCADES		<ul style="list-style-type: none"> • arcade elliptique • incisives et premières molaires permanentes • bosses canines en vestibulaire • évaluer la dette incisive : différence de diamètre mésio-distal entre incisives temporaires et permanentes. (Fig. 6) 	<ul style="list-style-type: none"> • agénésie • obstacle : kyste, dent temporaire retenue, dent surnuméraire • canines permanentes à risque de rétention • encombrement • délabrements des 6 tels que MIH: l'âge de 9 ans est idéal pour extraire des 6 et laisser les 7 évoluer à la place. • stade du « vilain petit canard », signe de Quintero (Fig. 6)
	Sagittal	<ul style="list-style-type: none"> • Classe I d'angle : <ul style="list-style-type: none"> - pas de situation de classe I molaire (voir ci-joint) - pointe canine maxillaire entre la canine et la molaire temporaire de l'arcade antagoniste - surplomb incisif d'environ 2 mm 	<p>NB. la seconde molaire temporaire est sur l'arcade, la dérive mésiale de la première molaire permanente n'a pas eu lieu: pas de situation de classe I d'Angle.</p>
	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • concordance de médianes inter incisives • surplomb latéral et postérieur : 1 à 2 mm • courbe de Wilson légèrement marquée 	<ul style="list-style-type: none"> • courbe de Wilson : <ul style="list-style-type: none"> - inverse ou plate : endoalvéolie maxillaire - exagérée : endognathie maxillaire • l'endognathie favorise l'inclusion canine
	Vertical	<ul style="list-style-type: none"> • recouvrement antérieur de 2 mm 	<ul style="list-style-type: none"> • infraclusies et supraclusies (Fig. 5 et 6b)



Fig. 4a : diastèmes en denture temporaire ; présence de nombreux diastèmes dont le pré-canin au maxillaire et post-canin à la mandibule

Fig. 4b : examen intra arcade en denture temporaire : absence de diastèmes ; risque d'encombrement lors de l'éruption des dents permanentes

Fig. 5 : examen intra arcade en denture mixte : non abrasion des canines temporaires pouvant être à l'origine du manque de développement transversal maxillaire ; noter l'infracluse antérieure ; le déverrouillage de l'occlusion et donc l'obtention de mouvements de latéralité est obtenu par meulage progressif des pointes canines

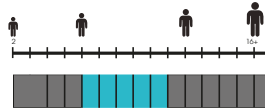
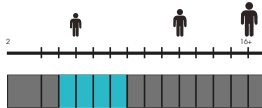
Fig. 6a : orthopantomogramme d'un patient en denture mixte, présentant une dysharmonie dento-maxillaire : le manque d'espace disponible au maxillaire est responsable de l'évolution en direction mésiale des canines, celles-ci prennent appui sur la face disto-vestibulaire de la racine des incisives latérales, d'où la version corono-vestibulo-distale (signe de Quintero et du « vilain petit canard ») ; l'extraction des canines temporaires (parfois associée à la germectomie des premières prémolaires) permet la mise en place des dents définitives, la position des incisives latérales se corrigeant alors spontanément

Fig. 6b : examen intra arcade en denture mixte : signe de Quintero, signant un risque d'inclusion canine ; noter la supracluse antérieure

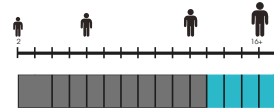
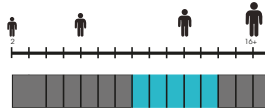
Fig. 7 : examen radiologique : la projection de la couronne de la 13 sur la racine de la 12 est signe d'un risque augmenté de rétention ; à l'inverse, la 23 prend appui de façon correcte sur la 22 et la fait se verser distalement provisoirement (signe du « vilain petit canard »)



Pourquoi attendre?



NOUVEAU :
Disponible en version
courte ou longue



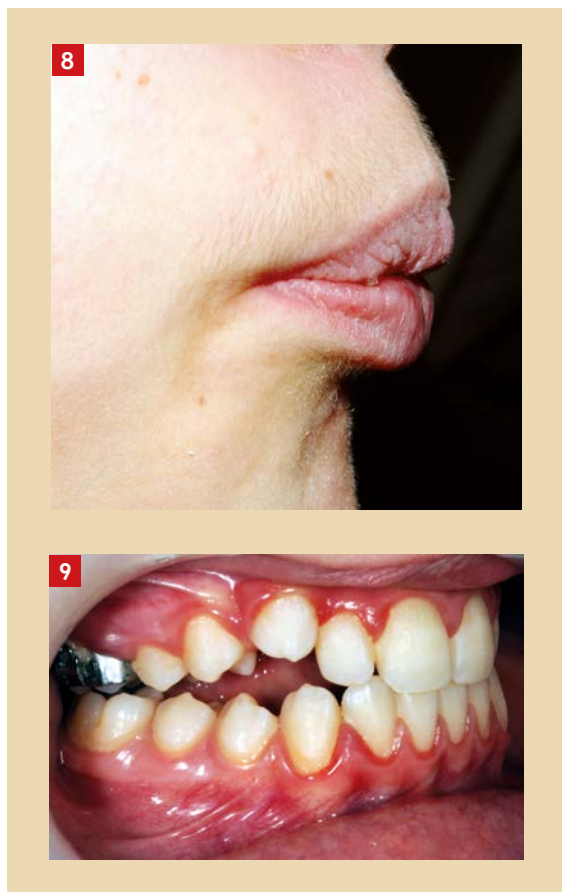
Multi Family™,

Une gamme complète d'éducation fonctionnelle qui permet au praticien de choisir l'appareil idéal adapté à l'âge et à la malocclusion du patient, afin de corriger ou de minimiser les conséquences des dysmorphoses (déglutition atypique, ventilation orale...)



Fig. 8 : examen fonctionnel : déglutition atypique chez un enfant de 12 ans avec forte contraction du muscle carré du menton associée à une pulsion linguale antérieure ; nécessité d'une rééducation car à cet âge la déglutition doit être fonctionnelle

Fig. 9 : examen inter arcade d'un patient de 11 ans chez qui une béance latérale aurait dû être détectée plus tôt ; la déglutition avec interposition linguale peut en être l'étiologie ; la ventilation buccale est source de gingivite localisée en antérieur, cette dernière rend le brossage douloureux d'où un indice de plaque augmenté dans cette zone



Signes de ventilation buccale

- cernes
- oreilles décollées
- fentes palpébrales orientées en bas et en dehors
- ensellure nasale peu marquée, bleutée
- nez étroit, narines hypotoniques,
- mucosités nasales abondantes (sèches)
- pommettes effacées
- lèvres gercées
- béance labiale
- menton crispé lors de la fermeture labiale
- profil adénoïdien décrit par Robin : cyphose thoracique et lordose cervicale accentuées
- gingivite antérieure
- déficience transversale maxillaire

Examen fonctionnel

En denture temporaire ou mixte l'objectif est le diagnostic et la correction des dysfonctions et des para-fonctions. La ventilation buccale est la dysfonction la plus importante à dépister (*Fig. 1 et 2*). La sémiologie présente sur le visage peut être caractéristique de perturbations de la ventilation nasale. Il est alors indispensable d'évaluer la ventilation diurne et nocturne.

Les signes à rechercher pour diagnostiquer une ventilation buccale sont résumés dans l'*encadré*. La ventilation diurne est marquée par un comportement apathique ou hyper-actif, suivant les individus et le moment de la journée. Le patient au repos ventile par une fente labiale entre-ouverte, que l'on relève quand il regarde la télévision ou qu'il lit.

Un patient qui présente une ventilation buccale nocturne a soif la nuit ou au réveil. Il a un sommeil agité, fait des cauchemars et a des terreurs nocturnes (liés à l'hyperthermie cérébrale). Il bouge beaucoup dans son lit, transpire, ronfle et se lève pour uriner.

Ces patients peuvent présenter un terrain allergique. Les troubles ORL associés peuvent être des tonsilles palatines (amygdales) et pharyngées (végétations) hypertrophiques, des otites ou rhinites récurrentes. En lien avec la ventilation, l'enfant de 4 ans doit savoir se moucher.

Quel que soit l'âge, la mastication est habituellement bilatérale alternée. Il est important d'observer une usure

bilatérale des canines temporaires (*Fig. 5*), qui signe une nourriture suffisamment dure au sein d'une alimentation équilibrée. La présence d'une canine pointue est un signe de dysfonction.

La déglutition est la seule fonction qui devient mature vers huit ou neuf ans (*Fig. 8 et 9*). Une rééducation avant cet âge pourra aider à prendre conscience d'une dysfonction marquée.

La recherche de para-fonctions (onychophagie, mâchouillage de crayons...), bruxisme, voire d'érosions liées à des reflux gastro-œsophagiens doit se faire à tout âge.

Conclusion

Le praticien doit être alerté par une posture globale perturbée ainsi que par un enfant qui présente une ventilation buccale au repos.

À 4 ans, seule la classe III est à prendre en charge. À 8 ans, tous les éléments sont à évaluer dont le dépistage de la rétention potentielle des canines permanentes. Qu'il s'agisse d'un patient de 4 ans ou de 8 ans, l'examen devra évaluer la psychologie du patient et de son entourage afin de s'assurer une adhésion de l'enfant nécessaire à la prise en charge orthodontique. ◆

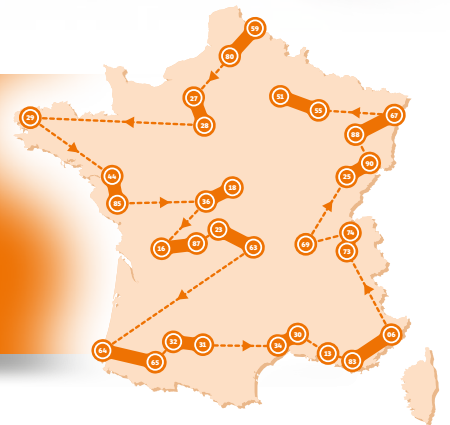
Anesthésie immédiate · Sans échec · Sans douleur · Sans engourdissement · Sans suite post-opératoire

Avec QuickSleeper, les dentistes sont devenus des super-héros !



*Pas besoin de super-pouvoirs !
Testez la solution n°1 pour anesthésier les molaires mandibulaires,
lors d'une soirée "QuickSleeper Experience" près de chez vous.
Appelez le **02 41 56 05 10**
ou consultez **www.dentalhitec.com***

*Venez participer à une soirée "QuickSleeper Experience".
Vous testerez librement le système d'anesthésie QuickSleeper et échangerez
avec des "super-confrères" qui vous feront partager leur expérience QuickSleeper.*



DENTAL HI TEC

Développé et fabriqué
en France 

16 ANS
D'INNOVATION
EN ANESTHÉSIE
DENTAIRE

Pouce, tétine : que dire ? que faire ?



Dr Laurence LUPI-PÉGURIER
■ Prévention - Santé Publique



Dr Olivia RITLENG
■ Orthopédie Dento-Faciale



Dr Milewa SAYAGH
■ Orthopédie Dento-Faciale



Dr Armelle MANIERE-EZVAN
■ Orthopédie Dento-Faciale

Pour tous les auteurs :

- UFR d'Odontologie Université de Nice Sophia Antipolis
- Pôle Odontologie, Hôpital St Roch, CHU de Nice

Dans les années 80, les enfants suçaient plus fréquemment leur pouce qu'une tétine. Longtemps décriée dans le monde médical pour son côté peu hygiénique et abêtissant, la sucette était surtout répandue dans les milieux sociaux défavorisés.

Redoutant que la succion prolongée du doigt s'accompagne d'une déformation des arcades dentaires et d'une altération de l'occlusion, l'utilisation de la tétine a alors été encouragée au motif qu'il était plus facile de se débarrasser de la tétine que du doigt [1].

L'analyse récente de la littérature démontre l'évolution progressive d'une succion prépondérante des doigts dans les années 80 à celle prépondérante de la tétine dans les années 2000 [2]. Initialement accusée de nuire à la bonne instauration de l'allaitement maternel, la tétine a été mise hors de cause dans une récente revue systématique de la littérature, pour peu que son introduction soit proposée après s'être assuré du bon démarrage de l'allaitement, au bout d'un mois [3]. Mieux encore, il a été avancé un effet protecteur de la tétine vis à vis de la mort subite du nourrisson [4]. La rédemption de la tétine était complète...

Notre étude

Pour repréciser la prévalence actuelle et le passé de succion non nutritive (SNN) chez les enfants de 4 ans (puisque les auteurs s'accordent à dire qu'il faudrait que cette habitude ait cessé avant 4 ans), pour réévaluer les facteurs de risque et relier habitudes de SNN et déformations des maxillaires, nous avons conduit une étude épidémiologique descriptive exhaustive dans les moyennes sections des écoles maternelles de la ville de Cagnes-sur-mer (5^{ème} ville des Alpes Maritimes comprenant 9 écoles maternelles dans lesquelles sont inscrits 458 enfants en moyenne section).

Notre questionnaire, distribué à tous les parents, reprenait les facteurs de risque évoqués dans la littérature et des photos décrivant la situation intrabuccale.

N'ont répondu que les parents volontaires, ce qui amène à considérer nos résultats avec prudence puisqu'on peut imaginer que, comme dans toutes les études basées sur le volontariat, il y a un biais lié aux non réponses : ce sont les parents les plus motivés (sans doute les plus concernés) qui ont répondu. Nous avons recueilli 266 questionnaires, soit un taux de réponse de 58,1 %. Notre échantillon se composait de 48 % de filles et 52 % de garçons.

Plus de 8 enfants sur 10 ont développé une habitude de SNN. Parmi eux, 80 % ont choisi la tétine, 13 % le doigt et 7 % le « doudou » (peluche ou linge). La prévalence totale, de près de 81 %, reste très élevée et se rapproche de celle de 84 %, retrouvée dans un essai canadien [5]. La succion digitale était plus fréquente chez les

filles ($p=0,001$), et serait encouragée par le fait que les papas soient trop occupés par une activité professionnelle intense ($p=0,004$)...

La recherche des facteurs de risque de la succion d'une tétine confirme le rôle protecteur de l'allaitement maternel exclusif ($p<0,0001$), mais aussi l'importance de la disponibilité du papa ($p=0,012$) et du mode de garde (la crèche collective favoriserait le recours à la sucette, $p=0,002$).

A l'âge de 4 ans, près de 80 % des enfants concernés suçaient toujours leur doigt, alors qu'environ la moitié des suceurs de tétine ou de doudous ont abandonné leur mauvaise habitude ($p=0,007$). La tétine souvent



Fig. 1 : Leila, 4 ans, garde sa tétine pour parler et pour sourire !



Fig. 2 : Leila montre ses dents... et sa béance antérieure

présentée comme facile à abandonner ne l'est donc pas tant que ça puisque près d'un enfant sur deux continuait à sucer la tétine à 4 ans (Fig. 1 et 2).

Les enfants ayant eu des habitudes de succion présentaient plus de déformations que les autres L'interposition d'un doudou serait moins délétère que la succion du doigt ou de la tétine ($p < 0,0001$).

Ceux qui continuaient à sucer une tétine à 4 ans, présentaient plus fréquemment des déformations bucco-dentaires ($p < 0,02$).

Les anomalies les plus fréquentes sont les béances antérieures et les déformations induites par la tétine sont plus complexes et plus difficiles à traiter : près de 20 % des enfants suceurs de tétines présentent des déformations intéressant à la fois le sens vertical et le sens transversal. Ces dernières années, de nombreux travaux ont étudié les effets sur les arcades dentaires des différents types de SNN « prolongées », pouce ou tétine.

■ Pour chaque année de persistance de SNN au-delà de 12 mois, le risque de développer une béance est multiplié par 3,38 [6].

■ Les malocclusions apparaissent associées à des succions de tétine de plus courte durée que les succions digitales ; il y a une haute prévalence d'occlusion postérieure inversée chez l'enfant suceur de tétine au-delà de l'âge de 2 ans [7].

■ Une étude portant sur des enfants de 5 ans montre que, si la béance antérieure ne peut pas être associée à un mode de succion plus qu'à un autre, il y a significativement plus d'occlusions inversées postérieures chez les enfants avec tétine, et plus de surplombs incisifs augmentés chez les suceurs de pouce [8].

■ L'analyse d'un groupe d'enfants en denture mixte suivi depuis la naissance jusque 8 ans, montre l'association possible entre SNN sur une période supérieure à 3 ans et occlusion postérieure inversée. De plus, les enfants encore suceurs de tétine, ou l'ayant été entre 24 et 47 mois sont confrontés à des béances antérieures et des Classe II molaires, alors que les succions digitales, lorsqu'elles durent plus de 60 mois, provoquent plus volontiers des béances [9].

Enfin, si le surplomb incisif augmenté et la béance antérieure pourront se corriger spontanément ou aisément, l'occlusion postérieure inversée, elle, ne peut se corriger spontanément (Fig. 3 et 4).

Pour conclure, les habitudes de SNN pourraient être prévenues par un allaitement maternel exclusif, au moins pendant les premières semaines. Nous avons également mis en évidence l'importance du rôle du papa auprès de leurs jeunes enfants à travers les habitudes de SNN. De plus, près d'un suceur de tétine sur deux poursuit cette mauvaise habitude à l'âge de 4 ans, âge auquel les déformations sont de plus en plus importantes et difficiles à corriger.

Il semble déraisonnable de parler de sucette « physiologique » et encore plus de tétine « orthodontique » puisque, lorsqu'elle est prolongée, cette habitude de SNN est tout aussi délétère que la succion digitale. La question de l'indispensable sevrage mérite donc d'être abordée. Que le besoin de succion soit satisfait par le pouce, les doigts ou la tétine, peu importe. L'habitude de SNN doit être impérativement limitée, la tétine doit être abandonnée avant l'âge de 2 ans ! Dès lors, c'est tout le comportement de l'enfant qui en sera amélioré : il retrouve toute sa liberté de parler et de jouer... ♦

Bibliographie

1. Cerny R. Thumb and finger sucking. *Aust Dent J.* 1981; 26(3):167-71.
2. Dimberg L, Bondemark L, Söderfeldt B, Lennartsson B. Prevalence of malocclusion traits and sucking habits among 3-year-old children. *Swed Dent J.* 2010; 34(1):35-42.
3. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009; 163(4):378-82.
4. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics.* 2005; 116(5):716-23.
5. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2001 18; 286(3):322-6.
6. Romero CC, Scavone H Jr, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J Appl Oral Science* 2011; 19(2):161-8.
7. Scavione-Junior H, Ferreira RI, Mendes TE, Ferreira FV Prevalence of posterior crossbite among pacifier users : a study in the deciduous dentition. *Braz Oral Res.* 2007; 21(2):153-8.
8. Luzzi V, Guaragna M, Ierardo G, Saccuci M, Consoli G, Vestri AR, Polimeni A Malocclusions and non-nutritive sucking habits: a preliminary study. *Prog Orthod.* 2011; 12(2):114-8.
9. Warren JJ, Slayton RL, Bishara SE, Levy SM, Yonezu T, Kanellis MJ Effects of non-nutritive sucking habits on occlusal characteristics in the mixed dentition *Pediatr Dent J.* 2005; 27(6):445-50.

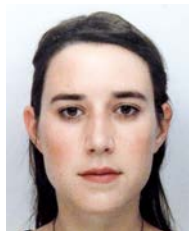


Fig. 3 : Mekka, 11 ans, a jeté sa tétine juste après la consultation ! Elle l'avait en bouche tout le temps, sauf à l'école



Fig. 4 : Mekka présente une béance très importante avec une occlusion inversée unilatérale gauche

Conserver ou extraire une dent de 6 ans « compromise » chez l'enfant



Dr Anne-Laure BONNET

■ Interne en Odontologie, Pôle Odontologie, CHU de Reims



Dr Isabelle LOPEZ

■ MCU-PH Odontologie, UFR d'Odontologie de Reims



Dr Annie BERTHET

■ MCU-PH Odontologie, UFR d'Odontologie de Reims



Dr Louis-Frédéric JACQUELIN

■ PU-PH Odontologie, UFR d'Odontologie de Reims

La première molaire permanente (PMP) est une dent « pilier » de l'appareil manducateur. Malgré les multiples démarches de santé publique de prévention et d'hygiène bucco-dentaire, comme la campagne « MT Dents », à l'âge de 6 ans, au moment de l'émergence des PMP, 37 % des enfants présentent une cariosusceptibilité [1].

La PMP est une dent à risque carieux du fait de :

■ la précocité d'émergence

Cette molaire permanente est souvent négligée, car elle n'est pas précédée par la chute d'une dent temporaire. Précoce, asymptomatique, lente dans son émergence, elle conserve longtemps un capuchon muqueux distal, source de rétention alimentaire

■ la situation postérieure sur l'arcade

À l'inverse des incisives, l'environnement familial méconnaît cette molaire, car elle est difficilement observable sans un bon éclairage et un miroir buccal

■ l'immaturité de l'émail

Lors de son émergence, la structure amélaire est encore fragile, aggravant les risques de lésions carieuses

■ la morphologie occlusale complexe

La surface coronaire est importante. La face occlusale se caractérise par des sillons nombreux et souvent anfractueux. De ce fait, le nettoyage de cette dent, sensible à la plaque bactérienne, nécessite une attention particulière

La PMP est une dent « sensible » aux anomalies de structure

L'Hypominéralisation Incisivo-Molaire (MIH), dont la prévalence est élevée en Europe (entre 3 et 20 %) est une dysplasie typique de la PMP [7]. Elle présente la caractéristique d'une destruction plus ou moins sévère, variable selon les quadrants chez un même individu. Au même titre que la pathologie carieuse, les MIH posent le problème d'une stratégie thérapeutique globale [3].

Cette PMP « compromise » pose une double problématique :

- en denture mixte, la **restauration coronaire** est délicate dans les cas de grande perte de substance, de par la faible hauteur de couronne, et la fragilité des parois résiduelles dans un contexte de forces occlusales importantes
- le pronostic à long terme de la **thérapeutique pulpaire**

d'une dent de 6 ans (apexogénèse ou apexification) est incertain : l'immaturité radiculaire (diamètre canalaire important, large delta apical) pose la question de la finesse des parois, et du déficit de longueur radiculaire

Décision thérapeutique

Quelle stratégie adopter face à une dent de 6 ans compromise : conserver, temporiser ou extraire ?

Chaque décision est à moduler en fonction du contexte bucco-dentaire, de l'environnement familial et de la situation socio-économique. Ce choix nécessite une concertation pluridisciplinaire [2].

Restaurer

PMP avec pulpe vivante

La conservation et la restauration d'une PMP sont indiquées, lorsqu'une reconstitution coronaire fiable et pérenne est possible.

PMP présentant une nécrose

Plusieurs critères sont alors à prendre en compte :

- le degré d'immaturité radiculaire (gestion délicate de l'apexification sur une molaire)
- la présence d'une infection périodontale
- la coopération de l'enfant, et la compréhension des parents vis-à-vis de la thérapeutique engagée

Temporiser

Parfois, la difficulté à trouver d'emblée la thérapeutique « idéale » nous conduit à temporiser, dans la mesure où une solution transitoire stable peut être proposée [6] :

- l'importance de la présence des troisièmes molaires peut nous autoriser à différer la décision d'extraction chez un enfant très jeune, lorsque les germes ne sont pas encore visibles sur le cliché panoramique
- à la demande de l'orthodontiste, afin de ne pas perturber sa logique de traitement
- jusqu'à la fin de croissance, avant réhabilitation prothétique ou implantaire
- En attente de l'amélioration de l'hygiène orale

Extraire

L'extraction des PMP n'est pas un choix évident, dans la mesure où « la dent de 6 ans » préfigure les rapports maxillo-mandibulaires. L'orthodontiste est une aide précieuse à la décision. Il faut tenir compte des critères suivants.

La perte de substance, l'état pulpaire

La gravité de la pathologie infectieuse installée (image apicale étendue, atteinte de la furcation) prime devant tout autre critère (équilibre des arcades, croissance maxillo-faciale). Est-il raisonnable de pratiquer un « acharnement thérapeutique » au pronostic réservé, dans un contexte parodontal défavorable (Fig. 1) ?

La susceptibilité carieuse

Témoin de la coopération de l'enfant et des parents, elle doit inciter à un certain pragmatisme lorsqu'un changement de comportement s'avère illusoire.

Le stade d'édification radiculaire de la seconde molaire permanente et la présence du germe de la troisième molaire

Lorsque le germe de la seconde molaire est au stade 7 de Nolla (édification du premier tiers radiculaire), ce qui correspond environ à 8-10 ans d'âge dentaire :

- au **maxillaire**, le germe présente à l'origine un axe à orientation distale. Il y a migration mésiale et redressement pendant le trajet d'éruption intra-osseux
- à la **mandibule**, l'axe initial du germe est légèrement méso-versé. Il y a translation du germe vers la zone occupée primitivement par la PMP, mais avec une légère version
- la présence des germes des troisièmes molaires est également à prendre en compte, sans pour autant être un critère absolu

Lorsque ces deux critères sont réunis, l'extraction d'une ou plusieurs PMP induit une mise en place naturelle des deuxième et troisième molaires en lieu et place des première et deuxième molaires. C'est le compromis idéal. Toutefois, un traitement multi-attache est souvent requis pour corriger les axes et les rotations [4] (Fig. 2).

Une extraction plus tardive de la PMP entraîne une bascule



Fig. 1 : exemple typique de "surtraitements". Est-il raisonnable d'attendre d'hypothétiques germes de M3, alors que les germes de M2 sont en situation optimale pour migrer en translation ?

spontanée de la deuxième molaire permanente : une prise en charge orthodontique s'avère nécessaire, qu'il y ait ou non préservation de l'espace. La mésialisation orthodontique de la deuxième molaire est alors plus difficile, en particulier à la mandibule (os mandibulaire compact, translation dentaire de grande amplitude) (Fig. 3).

Le nombre de PMP atteintes

PMP compromises	Conduite à tenir
3 ou 4 PMP	Extraction des 4 PMP
2 PMP mandibulaires	Extraction des 4 PMP
2 PMP maxillaires	Extraction des 2 PMP maxillaires
1 PMP maxillaire ou mandibulaire	Extraction de la PMP contra-latérale

La classe d'Angle et la typologie du patient

	Favorable	Défavorable
Profil de croissance	Hyperdivergent	Hypodivergent
Classe d'Angle	Classe II div 1	Classe III
Traitement orthodontique	OUI	NON
Encombrement	DDM	Pas de DDM

A.T.M.B.

ATMB, fabricant soudeuse de stérilisation vous propose sa gamme de soudeuses de stérilisation à défilement continu direct fabricant :

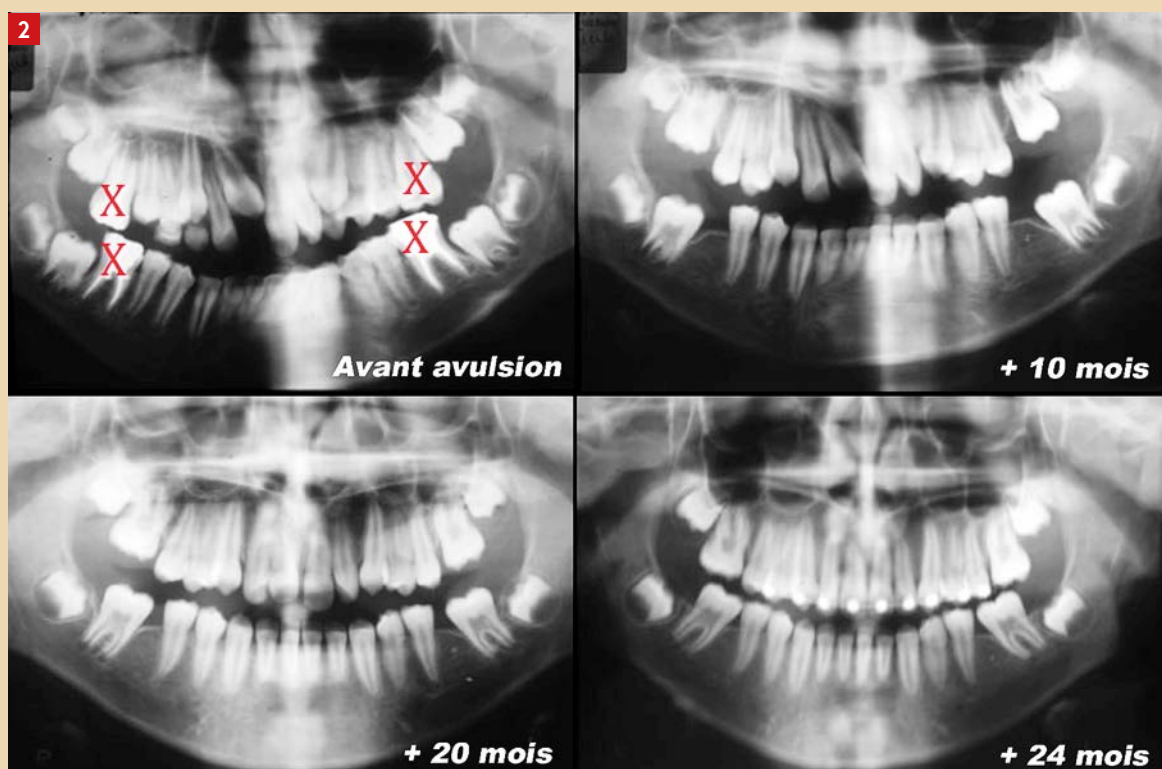
Modèle Thermo 2100 conforme aux normes européennes et à la norme 11607-2



Demande de renseignement ou de présentation :
par téléphone au : 02.98.40.33.61 ou par mail : atmb6@orange.fr - Site web : www.atmb-europe.com

Fig. 2 : une décision précoce d'extraction permet une translation des germes M2, avec un minimum de version au niveau de la mandibule. (Courtoisie Dr S. Barthélémi)

Fig. 3 : dans ce cas d'extraction tardive, le traitement orthodontique est une nécessité. (Courtoisie Dr S. Barthélémi)



Le praticien doit sensibiliser les parents à la nécessité d'un traitement ODF pour équilibrer au mieux croissance faciale et occlusion, et que l'extraction des molaires génère et complique le traitement orthodontique [5].

La coopération

Un enfant qui refuse les soins dentaires n'est plus éligible pour un traitement.

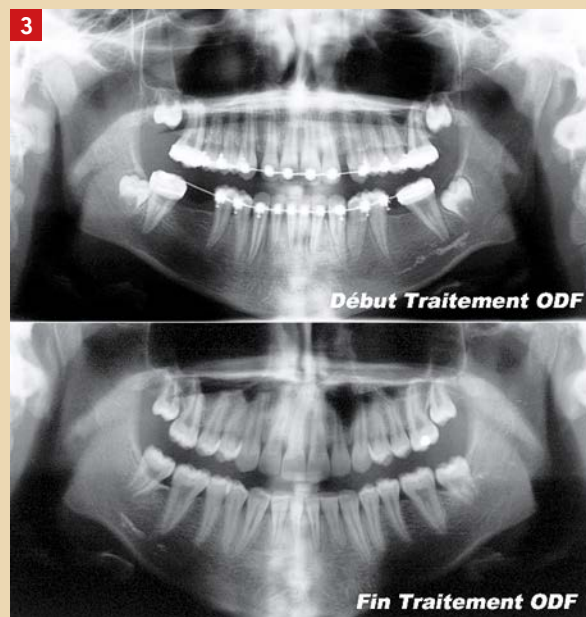
Le manque de motivation pour l'hygiène bucco-dentaire et l'absence de changement de comportement alimentaire contre-indiquent l'orthodontie, qui nécessite une motivation au long cours.

Conclusion

Il n'existe pas de protocole universel pour répondre à notre question. Chaque cas est unique mais en revanche, les critères de décision sont multiples. Et lorsqu'il s'agit d'extraire, le duo « dentiste/orthodontiste » est indispensable. ♦

Bibliographie

1. Bourgeois D, Roland E, Desfontaine J. Caries prevalence 1987-1998 in 12-year-olds in France. *Int Dent J*. Août 2004 ; 54 (4) : 193-200.
2. Gill DS, Lee RT, Tredwin CJ. Treatment planning for the loss of first permanent molars. *Dent Update*. Aug. 2001 ; 28(6) : 304-308.
3. Jälevik B, Klingberg GA. Dental treatment, dental fear and behaviour management problems in children with severe enamel hypomineralization of their permanent first molars. *Int J Paediatr Dent*. Janv 2002 ; 12(1) : 24-32.



4. Jälevik B, Möller M. Evaluation of spontaneous space closure and development of permanent dentition after extraction of hypomineralized permanent first molars. *Int J Paediatr Dent*. Sept 2007 ; 17(5) : 328-335.
5. Ong DC-V, Bleakley JE. Compromised first permanent molars : an orthodontic perspective. *Aust Dent J*. March 2010 ; 55(1) : 2-14 ; quiz 105.
6. Sayagh M, Maniere-Ezvan A, Vernet C, Muller-Bolla M. Therapeutic decisions in the presence of decayed permanent first molars in young subjects : a descriptive inquiry. *Int Orthod*. Sept 2012 ; 10(3) : 318-336.
7. Weerheijm KL. Molar-Incisor-Hypomineralisation : site specific or a world wide problem ? *Eur Arch Paediatr Dent* 2008 ; 9 : 165.

Formation complète sur 2 jours

Inclus : Formation aux soins d'urgence

Jour 1 : Douleur et sédation

- Les différentes techniques de sédation vigile.
- MEOPA : pharmacologie, pharmacodynamie, mode d'action et effets secondaires.
- Technique et conduite pratique de la sédation.
- Matériel. Conditions techniques. Conditions de sécurité.

Jour 2 : Travaux pratiques et soins d'urgence

- Surveillance et monitoring du patient pendant la sédation.
- Gestion des complications.
- Travaux pratiques : sédation d'un patient au fauteuil pour chaque praticien.
- Tous les gestes et traitements d'urgence.
- Réanimation cardio-respiratoire sur mannequins.

Formation sanctionnée par un examen théorique final + épreuve pratique.

Dates et lieux de formation :

Nice 31 Mai 2013 – 1er Juin 2013
Nice 11-12 Septembre 2013

Paris 26-27 Novembre 2013 (semaine ADF)
Paris Janvier 2014 (dates à venir)



Dr Joseph CHOUKROUN

Formateurs :
Dr Joseph CHOUKROUN,
Médecin anesthésiste
Dr Claude CHOUKROUN,
Médecin anesthésiste

Renseignements et réservations :
SYFAC
49, rue Gioffredo - 06000 Nice
Tél : 04 93 80 14 87
Fax : 09 57 333 256
info@syfac.com

Formations organisées en partenariat avec :



SOL MEDICAL 

Site internet :
www.solfrance.com



ÉTABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE

Contact :
meopa@spengler.fr



Dr Laetitia MARIN

■ Odontologie
Pédiatrique,
Pôle d'Odontologie
et Chirurgie Buccale,
CHU de Rennes



Dr Marine RIALLIN

■ Orthopédie
Dento-Faciale,
Pôle d'Odontologie
et Chirurgie Buccale,
CHU de Rennes



Dr Emma PALMADA

■ Odontologie
Pédiatrique,
UFR d'Odontologie,
Université de
Rennes 1



Dr Jean-Louis SIXOU

■ Odontologie
Pédiatrique,
Pôle d'Odontologie
et Chirurgie Buccale,
CHU de Rennes
■ Odontologie
Pédiatrique,
UFR d'Odontologie,
Université de
Rennes 1

Trisomie 21 et thérapie fonctionnelle précoce par plaque palatine

L'enfant porteur de trisomie 21 présente de nombreuses caractéristiques médicales dont plusieurs ont une conséquence sur la cavité buccale ou le comportement du patient chez le chirurgien-dentiste [1]. Parmi celles-ci, l'hypotonie musculaire de la région oro-faciale avec protrusion linguale, accompagnée d'un déficit du tonus musculaire orbiculaire, confère un aspect caractéristique avec une bouche restant ouverte et l'étage inférieur de la face ne se développant pas normalement [2,3].

Parallèlement, ces patients ressentent différemment les stimuli dans la cavité buccale : lenteur de réactivité et difficulté à localiser les stimuli ou à exprimer la douleur [4]. Ces constatations ont amené certains auteurs à proposer une thérapie fonctionnelle basée sur la stimulation de la cavité buccale dès les premiers mois de la vie. L'objectif de cet article est de présenter ce type de thérapie.

Quels objectifs et quels moyens ?

En contrecarrant l'hypotonie musculaire de l'enfant, cette stimulation doit permettre de diminuer l'hypotonie labiale, réduire la protrusion linguale, atténuer le « pseudopognathisme » (pseudo car il y a une tendance à la classe III du fait de l'hypodéveloppement du maxillaire), favoriser l'acquisition du langage et prévenir les infections respiratoires (favorisées par une bouche ouverte en permanence).

Plus largement, en s'inscrivant dans une prise en charge générale de l'enfant, elle doit favoriser à terme l'insertion sociale des patients porteurs de trisomie 21.

D'après Castillo-Morales, cité par Limbrock [5], le traitement comprend une stimulation musculaire, qui passe par une élongation du cou et des rotations de la tête ; avec des stimulations de points anatomiques sur le visage. Cette stimulation externe à la cavité buccale est accompagnée du port d'une plaque palatine de myostimulation.

Idéalement, cette action doit être menée en partenariat pluridisciplinaire avec d'autres professions de santé, dont kinésithérapeutes et orthophonistes, pour faciliter l'acquisition optimale de fonctions telles que la ventilation nasale.

La plaque de myostimulation est l'élément central de la stimulation buccale. Amovible, elle consiste en une plaque palatine comprenant deux zones de stimulation (*Fig. 1*) : un stimulateur lingual en forme de « bouton », de « volcan » (rond habituellement, ovale en cas de diastase linguale présente chez 10 % des patients en trisomie 21) et un bandeau vestibulaire visant à stimuler les muscles orbiculaires. Ce dernier peut être composé d'une bande ou de plots de résine, voire de perles. De même, une perle peut être utilisée en lieu et place du bouton palatin (*Fig. 2*). La plaque amène la langue à « presser le bouton », ainsi celle-ci se place en bonne position et exerce des forces vers le haut et en arrière.

La plaque peut être utilisée dès les premières semaines de vie. Sa tenue est assurée par un « effet ventouse », comme pour les prothèses amovibles complètes. Elle est portée quelques minutes au début puis jusqu'à 3 à 9 heures par jour. Elle suit la croissance de l'enfant et doit donc être renouvelée tous les trois mois en moyenne. Le port de la plaque s'arrête soit quand les objectifs sont atteints : ventilation buccale stoppée, fermeture labiale acquise, langue en bonne position et restant en bouche, soit quand il n'y a plus de rétention suffisante. [5].

La combinaison d'une stimulation musculaire manuelle (exercices de physiothérapie) et du port de la plaque de myostimulation potentialise les effets sur l'hypotonie musculaire. La thérapie par plaque palatine se révèle bénéfique pour l'acquisition des fonctions motrices orales en vue de favoriser l'apprentissage du langage [6].

Quelles sont les difficultés rencontrées lors de cette prise en charge ?

Le port de la plaque commence alors que l'enfant est édenté. La croissance de l'enfant se poursuit et les dents temporaires vont émerger les unes après les autres. De ce fait, le potentiel rétentif de la plaque va décroître. Des rebasages ou un renouvellement sont nécessaires dès l'apparition des premières dents.

Lorsque les molaires temporaires sont en bonne position sur l'arcade, on peut utiliser des moyens supplémentaires

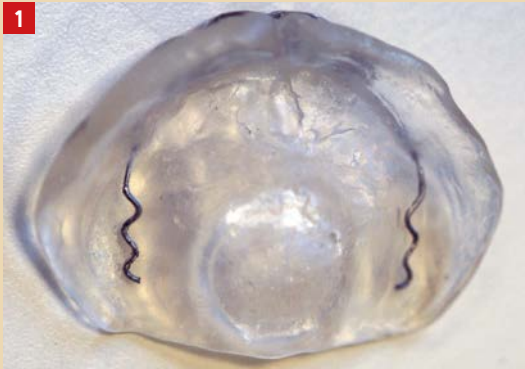


Fig. 1 : plaque palatine de stimulation myofonctionnelle avec plots de résine vestibulaires et bouton rond palatin chez un enfant de 3 mois ; la rétention est assurée par « effet ventouse » comme pour une prothèse complète

Fig. 2 : plaque palatine de stimulation myofonctionnelle chez le même enfant à l'âge de 32 mois (**2a** extra-dos ; **2b** intra-dos) avec plots de résine vestibulaires et perle palatine ; la rétention est assurée par recouvrement des dents et deux crochets-boule

de rétention tels que des crochets ou un recouvrement des dents postérieures.

Lorsque les molaires temporaires sont en place, la question peut se poser du choix entre prolonger le port de la plaque palatine (avec adjonction d'éléments de rétention supplémentaires) ou réaliser une plaque avec un vérin d'expansion maxillaire si le développement maxillaire est insuffisant.

Le succès de cette thérapeutique est corrélé à la compliance du patient. Son comportement peut mettre en échec toute la prise en charge *via* un refus du port de la plaque de même que les casses répétées ou une mauvaise hygiène bucco-dentaire [7]. Cette prise en charge est de longue durée. C'est un facteur supplémentaire de non-observance de celle-ci.

Quels résultats ?

Lorsque la stimulation est appliquée sur une période suffisamment longue, l'effet sur la position de la langue et la tonicité labiale est significatif, après un an, par rapport à une population témoin [8].

Lorsque la comparaison est effectuée sur 4 ans, les enfants en ayant bénéficié ont significativement moins de ronflement nocturne, parlent mieux, avec un meilleur arrondi des lèvres lors de la prononciation [3].

L'effet n'est donc pas uniquement au niveau de la stimulation labiale ou linguale, mais également de la

perception ou de la prise de conscience de la cavité buccale par les patients. C'est une amélioration de la qualité de vie et de la possibilité de s'insérer socialement. ♦

Bibliographie

1. Sixou J.L Aspects bucco-dentaires de la trisomie 21 chez l'enfant. *Arch Pédiatr* 2008; 15: 852-854.
2. Fischer-Brandies H., Junker N. Théorie et pratique du traitement fonctionnel en ODF chez les nourrissons et les enfants en bas-âge atteints du Morbus-Down. *Orthod Fr* 56 :365-369, 1985.
3. Carlstedt K., Henningson G., Dahlöf G. A four-year longitudinal study of palatal plate therapy in children with Down syndrome: effects on oral motor function, articulation and communication preferences. *Acta Odontol Scand* 2003; 61: 39-46.
4. Hennequin M., Morin C., Feine J.S. Pain expression and stimulus localisation in individuals with Down's syndrome. *Lancet* 2000b ; 2: 1882-1887.
5. Limbrock G.J., Castillo-Morales R., Hoyer H., Stöver B., Onufer C.N. The Castillo-Morales approach to oro-facial pathology in Down syndrome. *Int J Orofacial Myol* 1993; 19: 30-37.
6. Bäckman B., Grevér-Sjölander A-C., Holm A-K., Johansson I. Children with Down Syndrome: oral development and morphology after use of palatal plates between 6 and 18 months of age. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 327-335.
7. Limbrock G.J., Hoyer H. Orofacial regulation therapy in children with Down syndrome, using the methods and appliances of Castillo-Morales. *J. Dent Child* 1990; November-December: 442-444
8. Carlstedt K., Dahlöf G., Nilsson B., Modéer T. Effect of Palatal Plate Therapy in Children with Down Syndrome. A 1-year study. *Acta Odontol Scand* 1996; 54: 122-125



Dr Serge SZMUKLER-MONCLER

- Professeur ac, université de Cagliari, Italie
- Ex-professeur associé, université Paris 6



Dr Mithridade DAVARPANAH

- Chef de service, centre de réhabilitation orale de l'hôpital américain de Paris
- Membre de l'académie nationale de chirurgie



Dr Philippe RAJZBAUM

- Ex-assistant, université Paris 5
- Attaché au centre de réhabilitation orale de l'hôpital américain de Paris



Dr Keyvan DAVARPANAH

- Ex-interne des hôpitaux de Paris en odontologie
- Attaché, université Paris 5

Appel à contribution 2 ans après, chose promise, chose due

Nous réitérons l'appel que nous avons lancé en septembre 2010 auprès des confrères se trouvant confrontés au traitement d'une dent ankylosée, d'une dent incluse ou d'une racine résiduelle se trouvant sur le trajet d'un implant. Il est possible, ensemble, de traiter ces patients différemment, selon une approche rapide et surtout non-invasive.

Il y a plus de 2 ans, en septembre 2010, le Fil Dentaire nous avait fait l'honneur de publier un article « Appel à témoin ». C'était quelque temps après la sortie en 2009 de deux articles et d'un résumé (abstract EAO) publiés dans divers journaux internationaux de la profession. Il s'agissait de la mise en place délibérée d'implants au contact de tissus autres qu'osseux, par exemple un implant posé au travers d'une dent incluse (indication I), au travers d'une dent ankylosée (indication II) ou d'une racine résiduelle (indication III). Tous avaient en commun que l'implant posé venait au contact d'un ou plusieurs tissus issus de l'organe dentaire.

À l'époque, le nombre d'années de recul clinique sur les premiers cas ne se comptait que sur les doigts d'une seule main et le nombre de cas traités était limité. Comme nous avons eu l'occasion de le mentionner dans l'interview donnée en ce mois de septembre 2010, mettre des implants au contact de tissus autres qu'osseux n'a pas été le résultat d'une « folle idée » détachée de la réalité clinique, d'un nouvel axe de recherche théorique à embrasser après avoir identifié un potentiel d'innovation.

Tout est parti d'une nécessité clinique, d'une confrontation avec la réalité clinique. La nécessité est mère de toutes les inventions avions-nous bien précisé. Au début, cette approche inédite avait été proposée afin de venir à la rencontre des besoins spécifiques de quelques patients, afin de leur proposer un traitement plus simple, plus rapide et surtout moins invasif.

La réflexion et l'axe de recherche ne se sont ouverts que bien plus tard, après avoir observé le premier cas durant une année, après avoir constaté qu'il n'avait pas abouti à un échec, que le second cas qui ne manqua pas de se présenter avait bien subi la même destinée et que les foudres de l'enfer ne s'étaient pas abattus dans l'intervalle sur nos têtes.

L'adage populaire dit bien jamais 2 sans 3. Ce n'est qu'au passage du troisième cas à traiter que les synapses de la réflexion se mirent en route. Car c'est le moment où la réalité interpelle ceux qui sont familiers avec les dogmes et les principes de l'implantologie ainsi que ceux qui ont une longue expérience de la clinique et de l'enseignement. Intrigués, nous avons tenté de comprendre les enjeux conceptuels sous ce succès, pour le moins inattendu. Et comme nous avons déjà vécu

à la fin des années 90 des changements de paradigme avec les protocoles de mise en charge immédiate, nous avons aussitôt soupçonné un potentiel changement de paradigme, à savoir que le concept exhaustif de l'ostéointégration pouvait être dépassé (Davarpahan, Szmukler-Moncler et al. 2012a).

Dans la littérature expérimentale, des informations furent trouvées relatives à ces nouveaux types d'interfaces créées lors de l'insertion d'un implant au travers de la chambre pulpaire d'une dent incluse. De manière surprenante, il y avait là un gisement d'informations histologiques qui datait du début des années 90 (Buser et al. 1990 et 1993 ; Warrer et al. 1993) jusqu'en 2004 (Gray et Vernino 2004). Avec ce filon histologique, une argumentation logique pouvait être construite et conduite. Il était alors possible de passer de la réponse instinctive à une demande spécifique d'un patient vers une nouvelle manière de traiter toute une famille d'indications cliniques.

Il ne restait qu'à étoffer le nombre de patients, augmenter les reculs cliniques et patiemment observer les résultats. Mais alors comment s'y prendre pour traiter ce type d'indications qui ne se rencontre que quelques rares fois par an dans chaque cabinet ?

Les collègues de notre entourage immédiat furent dans un premier temps sollicités. Puis, l'idée de faire un appel à témoin à la communauté nationale s'imposa. Le rédacteur en chef du Fil Dentaire apprécia le caractère inattendu de la démarche. Immédiatement, il nous offrit une tribune. L'appel eut lieu dans le numéro de septembre 2010 avec l'engagement de tenir au courant les lecteurs du Fil Dentaire des résultats cliniques.

Les collègues jouèrent le jeu, ils nous envoyèrent des cas qu'ils jugeaient compatibles avec les indications mentionnées. L'information circula bien car nous reçûmes des appels de tout le pays, plus particulièrement de la région parisienne, de l'ouest et du sud-ouest.

Une consultation pluridisciplinaire fut montée le mercredi matin afin de bien analyser chaque patient, chaque situation avec la plus grande circonspection, dans le but d'apporter la plus grande sécurité à cette démarche thérapeutique peu orthodoxe.

En ce début de 2013, nous revenons vers vous afin de vous remercier pour votre confiance et vous montrer, comme promis, des résultats avec un recul suffisant, allant jusqu'à nécessiter 4 à 5 mains pour compter les



Fig. 1 : situation clinique et radiologique préopératoire
a. vue clinique centrée sur l'édentement de la dent 13 ; l'abrasion aux collets n'est pas due au port de la prothèse amovible, une myolyse similaire existe de l'autre côté
b. radiographie panoramique mettant en évidence la canine incluse ; noter les diastèmes entre les incisives centrales et entre l'incisive latérale gauche et la canine (Szmukler-Moncler et al. 2012)

mois d'implantation. Nous présenterons ici les 2 premiers cas qui nous furent adressés et qui ont aujourd'hui respectivement 19 et 23 mois.

Cas numéro 1

Anamnèse et examen préopératoire

Une consœur du nord de la région parisienne nous adresse une patiente âgée de 64 ans. À l'examen clinique, le site de la canine droite est édenté (Fig. 1a, 1b), la patiente porte une prothèse adjointe en position canine dont la rétention, assurée par 2 crochets, prend appui sur les dents adjacentes. L'anamnèse révèle que la canine de lait est devenue mobile lorsque la patiente est entrée dans sa 56^e année. Son extraction est alors devenue nécessaire. Une prothèse adjointe unitaire fut délivrée pour parer le plus rapidement au préjudice esthétique. La patiente refusa l'éventualité d'un traitement orthodontique. Elle fut adressée à un stomatologue afin de considérer l'extraction de la canine incluse, préalable à une réhabilitation fixe implanto-portée. La patiente hésita devant le nombre de chirurgie et l'étendue du traitement dans le temps ; finalement, elle y renonça. Elle porte, dès lors, sa prothèse amovible depuis 8 ans. La prothèse s'est fracturée à 4 reprises (2003, 2004, 2006, 2009), elle a même été complètement refaite. En décembre 2010, la consœur qui pratique elle-même l'implantologie apprend l'existence de ce protocole particulier, elle nous adresse la patiente pour avis.

Lors de la première consultation, la patiente se présente munie d'un examen radiographique panoramique et d'un autre tomodensitométrie de type cone beam centré sur la région d'intérêt. Réalisés au cabinet de la consœur traitante, ils montrent les rapports qu'entretient la canine incluse avec les éléments dentaires adjacents.

Toutes les solutions sont évoquées avec la patiente, dont le traitement orthodontique. La patiente refuse vigoureusement cette alternative en arguant de son âge et de la longueur du traitement. Elle accepte en revanche de recourir à la technique rapide et non invasive que nous lui décrivons et dont nous lui fournissons la publication dans une revue internationale. Elle signe un consentement éclairé. Il lui a été précisé qu'en cas d'une quelconque complication, il sera toujours temps de recourir au protocole conventionnel d'extraction de la canine incluse, implantation différée avec greffe ramique au préalable si nécessaire. En cas d'une quelconque complication, le traitement sera gracieusement pris en charge par l'équipe de la consultation pluridisciplinaire. Un logiciel d'IAO (implantologie assistée par ordinateur) nous facilite la tâche pour déterminer précisément le positionnement de l'implant appelé à traverser la canine incluse. Le site osseux destiné à recevoir l'implant est mesuré dans sa largeur, de même que dans sa hauteur, entre la crête alvéolaire et la canine incluse. Une hauteur disponible de 6 mm est déterminée du côté vestibulaire. Elle est compatible avec les 4-5 mm de hauteur osseuse minimale que nous avons définis par le passé (Davarpanah et Szmukler-Moncler 2009b).

Technique opératoire

Un lambeau est soulevé pour avoir accès à la crête alvéolaire. Le guide chirurgical aide à garder la bonne orientation au forage qui se fait comme si la canine incluse était absente. La séquence de forage ne diffère pas de la séquence standard recommandée par le fabricant pour la pose d'un implant Nobel Active de Ø 4,3 x 13 mm. Tous les forets jusqu'au Ø 3,2-3,6 mm sont passés. Cet implant est choisi car il permet d'obtenir une bonne stabilité primaire (Irinakis et Wiebe 2009). De plus, ...

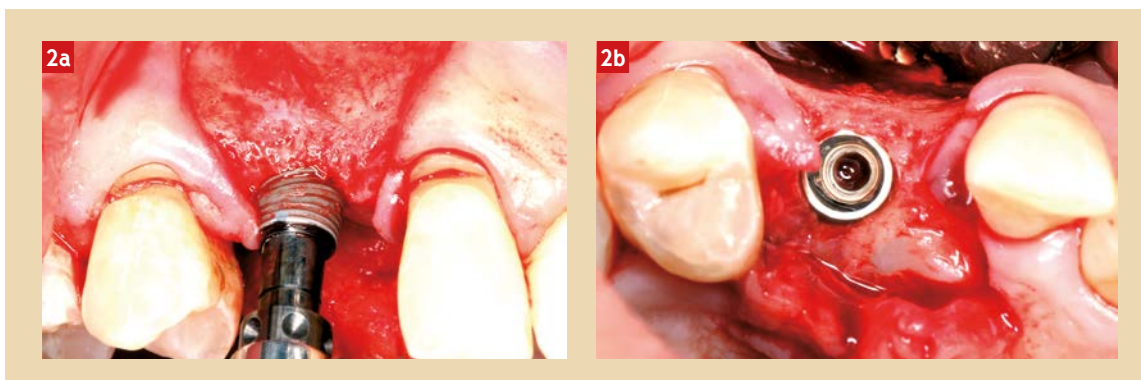


Fig. 2 : étape chirurgicale
a. insertion manuelle de l'implant ; l'insertion est progressive, comporte des séquences successives de vissage-dévissage afin de ne pas atteindre un torque trop important
b. assise finale de l'implant : la séquence de vissage-dévissage progressif a permis d'achever la pose avec un torque de 40 Ncm seulement ; le torque d'insertion aurait pu être supérieur mais cela n'a pas été souhaité (Szmukler-Moncler et al. 2012)



Fig. 3 : séquence radiographique de la mise en place d'un implant au travers de la canine incluse
a. radiographie préopératoire : la canine incluse se trouve sur le trajet d'un implant destiné à réhabiliter le site édenté
b. radiographie peropératoire avec le dernier foret de Ø 3,2-3,6 mm en place
c. radiographie peropératoire avec le foret retiré ; la matière retirée par le foret appartient bien à la dentine radiculaire, le foret a effectivement traversé la racine de la canine incluse
d. radiographie postopératoire avec l'implant en place (Szmukler-Moncler et al. 2012)

... il préserve de larges espaces entre les spires qui seront amenés à être colonisés par un tissu osseux en deçà et au-delà de la canine et un tissu néo-cémentaire néo-formé au contact de la canine incluse (Warrer et al. 1993).

Le forage dans la canine procure une sensation similaire à celle obtenue lors du placement d'un implant dans un os de type I, de forte densité. L'implant est inséré manuellement dans la logette par des mouvements progressifs de vissage-dévisage successifs (Fig. 2a). Il atteint son assise finale sur la crête avec un torque d'insertion n'excédant pas 40 Ncm (Fig. 2b). Le site est augmenté vestibulairement à l'aide de BioOss afin d'accentuer le bombé buccal. Le lambeau est suturé autour du pilier de cicatrisation.

Les figures 3a à 3d montrent la séquence radiographique lors de la mise en place de l'implant au travers de la dent incluse.

Contrôle et suivi

Le seul symptôme déploré par la patiente fut un hématome postopératoire au niveau de la joue droite. Aucune douleur postopératoire n'a été rapportée en dépit du passage de l'implant au travers de la chambre pulpaire. La prise d'antalgique a cessé dans les 24 heures suivant la chirurgie.

La séquence de contrôle est plus stricte que pour une intervention classique. À 1 semaine les sutures ont été ôtées, puis le site a été contrôlé à 3 semaines, à 2, 3, 5 et 6 mois. La patiente n'a pas reçu de solution de temporisation afin de ne pas interférer sur le processus d'intégration de l'implant. Les étapes prothétiques ont débuté 6 mois après l'intervention, la prothèse définitive a été posée.

Au contrôle de la première année après la pose de l'implant, l'état des tissus mous est satisfaisant (Fig. 4a), radiologiquement aucune observation sortant de l'ordinaire n'est à faire (Fig. 4b). Le contrôle à 24 mois est prévu dans peu de temps.

Cas numéro 2

Anamnèse et examen préopératoire

Un patient de 58 ans nous a été adressé par des collègues du sud de la région parisienne pour réhabiliter un édentement canin et prémolaire du côté droit du maxillaire. La canine incluse empêche la mise en place conventionnelle d'un implant au niveau du site 13 édenté. Les figures 5a à 5c montrent la situation clinique ainsi que le résultat de l'examen radiologique préopératoire. L'anamnèse révèle une perte récente de la canine de lait. L'espace a été réhabilité dans l'intervalle à l'aide d'une petite prothèse amovible.

La radiographie rétro-alvéolaire (Fig. 5b) montre une canine en position basse avec une angulation < 45°. Elle occupe tout l'espace entre les tables vestibulaire et palatine (Fig. 5c). Les distances mesurées entre la canine et la crête alvéolaire varient entre 3,5 et 4,5 mm (Fig. 5c). Le patient refuse le traitement orthodontique ainsi que celui d'une prothèse collée jugée trop aléatoire, il épuise toutes les alternatives non chirurgicales. Cela nous oblige à envisager les stratégies chirurgicales à notre disposition. Les approches conventionnelles transitent par l'étape de l'extraction de la canine incluse avec implantation immédiate ou différée. La troisième voie est non-conventionnelle, elle s'affranchit de la nécessité d'extraire la dent incluse.

L'implantation immédiate après extraction de la canine incluse est exclue car la hauteur osseuse disponible sous la canine est trop faible (Fig. 5b, 5c). De plus, la canine,

Fig. 4 : contrôle postopératoire à 12 mois avec la couronne d'usage
a. vue vestibulaire du site canin implanté
b. radiographie rétro-alvéolaire centrée sur l'implant transradiculaire, elle n'appelle aucune observation particulière et montre bien que l'implant a traversé la chambre pulpaire (Szmukler-Moncler et al. 2012)





Fig. 5 : situation clinique et radiologique préopératoire

- a. vue clinique centrée sur l'édentement du site de la dent 13 : noter l'édentement en 15 ; les 2 édentements seront traités au cours d'une seule intervention
- b. radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la canine incluse, cette dernière se trouve sur le trajet d'un implant ; la dent de lait mobile a été récemment extraite
- c. coupe transverse d'un examen tomodontométrique avec implant simulé au niveau de la canine au niveau de la dent droite devenue mobile avant son extraction ; la hauteur osseuse disponible sous la canine n'est que de 3,5 à 4,5 mm, elle ne peut participer à la stabilité primaire d'un implant posé en ce site après extraction (Davarpanah et al. 2012c)

au niveau du site à implanter, occupe tout l'espace entre les tables vestibulaire et palatine. La maturation de l'espace volumineux à combler devrait s'étendre sur 6 à 8 mois et un effondrement de la table vestibulaire ne peut être totalement exclu. La nouvelle technique avec ses avantages et ses inconvénients est à son tour exposée.

Un temps de concertation est laissé au patient pour prendre sa décision. Il lui a été précisé qu'en cas d'une quelconque complication, il sera toujours temps de recourir au protocole conventionnel d'extraction de la canine incluse, implantation différée avec greffe ramique au préalable si nécessaire. En cas d'une quelconque complication, le traitement sera pris en charge par l'équipe de la consultation pluridisciplinaire. Il reçoit une copie de la littérature publiée sur ce sujet (Davarpanah et Szmukler-Moncler 2009a et 2009b ; Szmukler-Moncler et Davarpanah 2009) puis il signe un consentement éclairé. La perspective d'une étape chirurgicale simple et unique suivi d'un temps d'attente clairement délimité participe à la décision.

Technique opératoire

Un logiciel d'implantologie assistée par ordinateur (NobelClinician) nous aide dans la tâche de détermination du positionnement de l'implant qui passera au travers de la canine incluse. Il permet de déterminer le volume osseux disponible pour recevoir l'implant. Un implant Nobel Active de Ø 4,3 mm est retenu. Il permet d'obtenir un bon ancrage primaire (Irinakis & Wiebe 2009) et préserve de larges espaces entre les spires qui seront amenés à être colonisés par un tissu osseux en deçà et au-delà de la canine ainsi que d'un tissu néo-cémentaire néo-formé au contact de la canine incluse (Warrer et al. 1993).

Un lambeau est soulevé pour avoir accès à la crête alvéolaire et traiter les 2 zones édentées voisines. La séquence de forage débute par le passage d'une fraise Zekrya en carbure de tungstène montée sur turbine, elle est destinée à franchir l'obstacle de l'émail coronaire (Fig. 6a). La séquence standard prend le relais, incluant le foret Ø 3,2-3,6 mm (Fig. 6b). Au contact de la dentine, le forage évoque une sensation similaire à celle obtenue dans un os de forte densité. L'implant étant ...

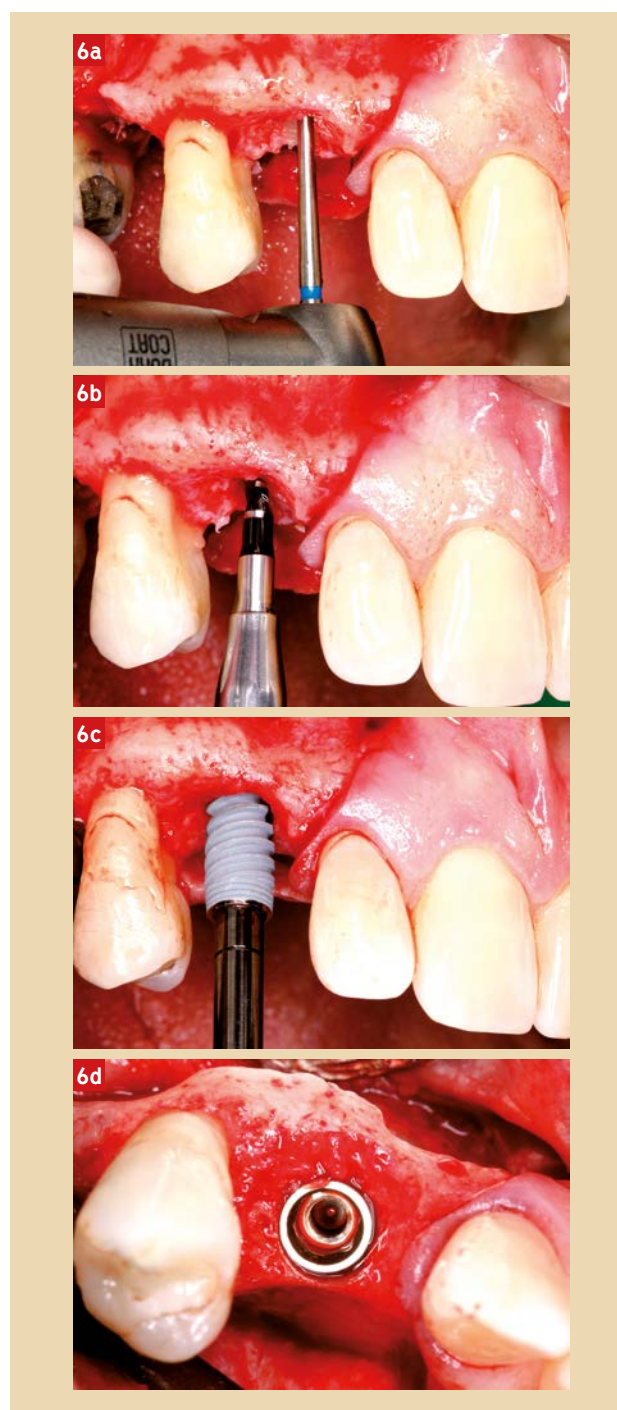


Fig. 6 : technique chirurgicale

- a. abord de l'émail coronaire à l'aide d'une fraise en carbure de tungstène montée sur turbine
- b. passage du foret pilote de Ø 2 mm
- c. mise en place manuelle de l'implant : des mouvements de vissage-dévisage permettent de progresser dans la logette et de finir l'assise avec un torque < 50 Ncm
- d. implant dans sa position définitive : noter la largeur de la lamelle osseuse vestibulaire déterminée entre les bords de l'implant et de la table vestibulaire ; du BioOss sera néanmoins mis sur la paroi vestibulaire afin de conserver le bombé vestibulaire au cours du temps (Davarpanah et al. 2012c)

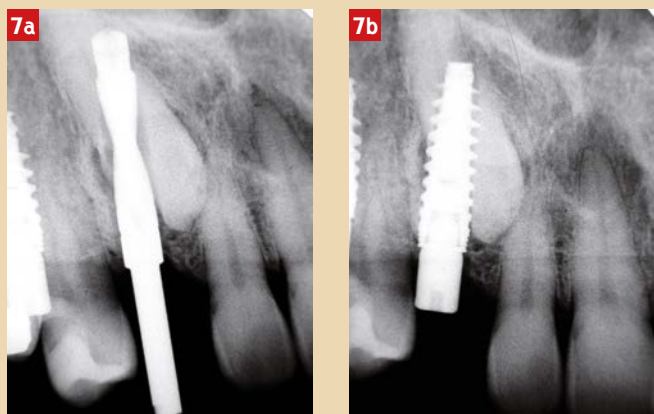


Fig. 7 : séquence radiographique
a. passage du foret pilote de Ø 2 mm
b. implant mis en place avec son pilier de cicatrisation : notez les larges espaces dans la seconde moitié de la longueur implantaire, ils devraient être colonisés par un tissu cémentaire néoformé (Davarpnahan et al. 2012c)

... amené à progresser dans une logette délimitée par de l'émail et de la dentine, un foret de Ø 3,6-4,2 mm est passé sur les 2/3 de la longueur de la logette.

Dans ce chenal aux murs mixtes, l'implant est inséré manuellement par des mouvements progressifs et successifs de vissage-dévisage (Fig. 6c). Au cours de sa progression, un craquement discret est noté. L'implant est dévissé pour reprendre sa course et atteindre son assise finale (Fig. 6d) avec un torque d'insertion inférieur à 50 Ncm. Le site est augmenté à l'aide de BioOss afin d'accentuer le bombé vestibulaire. Le lambeau est suturé autour du pilier de cicatrisation. Au cours de la même séance, la temporisation du site canin est obtenue à l'aide d'un bridge collé.

Le site prémolaire édenté est traité de manière conventionnelle avec un implant identique à celui prévu dans le site canin. Il n'appelle aucun commentaire particulier. Dans cette partie postérieure de la zone esthétique, aucune temporisation n'est prévue. Les figures 7a et 7b montrent la séquence radiographique per- et postopératoire.

Contrôle et suivi

La sensibilité postopératoire est traitée symptomatiquement à l'aide d'une prise d'analgésiques. Au contrôle de la première semaine lors de la dépose des fils de suture, le seul symptôme persistant est un hématome. La sé-

quence de contrôle est plus stricte que de coutume, elle a eu lieu à 2 semaines, à 1, 2, 3, 5 et 6 mois.

Au contrôle de 6 mois, les examens radiographique et clinique n'appellent aucune observation particulière. Les figures 8a et 8b montrent la situation clinique et radiographique 15 mois après l'implantation. Le contrôle de la seconde année est prévu pour le mois de juin courant.

Discussion

Lors de notre appel à témoin de l'automne 2010, nous avons promis aux lecteurs de rendre compte de la progression des cas qu'ils nous auront adressés. Chose promise, chose due. Nous offrons au Fil Dentaire et à ses lecteurs, la primeur de la réunion des 2 premiers patients qui ont été respectivement traités en février et juin 2011.

Ces deux patients sont représentatifs de l'indication I, celle des dents incluses se trouvant sur le trajet d'un implant à poser. Dans cette indication, les patients sont le plus souvent âgés de 30 à 60 ans, leur canine de lait est restée sur l'arcade jusqu'au moment où la stabilité clinique a décliné. Ces hommes et ces femmes rechignent à recourir à la thérapeutique orthodontique car ils la considèrent longue et inappropriée à ce moment de leur existence. La raison les accompagne car on sait que les chances de succès d'une traction de canine incluse sur l'arcade chez l'adulte décroît avec l'âge, plus particulièrement au-delà de 30 ans (Becker & Chaushu 2003). Les implants ont effectivement traversé la chambre pulpaire des 2 canines incluses, toutefois leur abord a été différent. Dans le premier cas, le forage eut lieu à travers la racine de la canine incluse. Dans le second cas, il fallut se frayer un chemin à travers l'émail de la couronne à l'aide d'une fraise montée sur turbine. Dans les 2 cas, une stabilité primaire satisfaisante a été obtenue, tout en la maintenant < 50 Ncm à l'aide de la séquence de mouvements de vissage-dévisage propres à l'implant Nobel Active.

Comme pour tous nos autres cas antérieurs et postérieurs à ces 2 patients, aucune douleur postopératoire chronique consécutive à l'effraction de la chambre



Fig. 8 : examen clinique et radiographique à 15 mois
a. vue vestibulaire des couronnes d'usage
b. contrôle radiographique : aucune image spécifique n'est à observer au niveau de l'implant placé au travers de la canine (Davarpnahan et al. 2012c)

pulpaire n'est venue compliquer le traitement. C'est certainement un sujet d'interrogation, cependant la réalité est là, loquace par... son silence. Nous abordons à présent cette traversée de la dent incluse en toute sérénité, sans craindre une douleur postopératoire pour le patient. Il est légitime de se poser la question du devenir à long terme de l'implant. Un implant placé au contact de la dentine ne ressemble-t-il pas à une vis plantée dans un morceau de bois, inerte, sans réaction biologique à l'interface ? N'a-t-on pas là un ancrage uniquement mécanique et non biologique, à l'opposé de la dynamique interface os-implant qui se remodèle au cours du temps ? La réponse est donnée par la documentation histologique disponible (Buser et al. 1990 et 1993 ; Warrer et al. 1993 ; Parlar et al. 2005 ; Hürzeler et al. 2010). Contrairement à ce qu'on pourrait croire, il y a une réponse biologique à l'interface dentine-implant, sous la forme d'une apposition néocémentaire au contact de la surface rugueuse des implants. La comparaison avec la vis plantée dans le bois est définitivement invalidée, il y a une intégration biologique, d'un nouveau type convenons-en.

Nous eûmes de longues discussions quant à savoir comment nommer ce nouveau type d'intégration tissulaire, jusqu'à ce que le terme d'intégration minérale (en anglais *mineral integration*) lancée par le Dr Truong Nguyen au cours d'une longue soirée de débat scientifique et clinique s'impose et soit repris (Szmukler-Moncler et al. 2012).

À ce jour, et grâce à vous chers collègues et lecteurs, 11 nouveaux patients ont été traités avec 13 implants placés au travers de dents incluses. Le traitement implantaire a eu lieu en une seule et unique séance, il n'a pas nécessité l'extraction de la canine incluse, il n'a pas donné lieu à des douleurs postopératoires spécifiques. Aucun implant n'a été perdu dans cette série. Sur 22 implants posés à ce jour, un seul échec fut à déplorer chez la toute première patiente à recevoir ce type de protocole (Davarpanah & Szmukler-Moncler 2009b). Un implant court de 7 mm de longueur avait été posé en dessous d'une canine incluse, sans oser traverser la chambre pulpaire. Avec le recul actuel, le site aurait été traité avec un implant de 13 ou 15 mm, traversant la canine incluse. Nous ne nous serions pas donné la peine d'extraire les canines incluses après 6 mois de contact avec les 2 autres implants (Davarpanah & Szmukler-Moncler 2009b, Davarpanah et al. 2012a). Sa destinée aurait été probablement identique à tous les autres implants de sa catégorie.

En conclusion, nous renouvelons là notre appel à nous contacter pour discuter ensemble du traitement d'un de vos patients appartenant à l'une de ces 3 grandes familles d'indications que nous avons énuméré au début de l'article. Et surtout nous remercions les collègues pour la confiance qu'ils nous ont témoignée, en nous adressant leur patient, leurs au pluriel pour certains d'entre eux !

Remerciements

Nous remercions les Drs Sophie Tubiana, Laurent Levy et Pierre Borgel pour la confiance dont ils ont fait preuve en nous envoyant leur patient. La collaboration au quotidien du Dr N. Capelle-Ouadah est vivement appréciée.

Nous apprécions aussi la patience dont font montre celles de nos assistantes qui participent à la consultation pluridisciplinaire du mercredi matin car cette dernière se déroule selon un tempo particulièrement différent des autres jours, de par le soin porté à l'analyse de chaque patient et de sa minutieuse documentation.

Nous nous félicitons de cette soirée passée avec le Dr Truong Nguyen au cours de laquelle il a formulé le concept d'intégration minérale que nous cherchions à exprimer d'une manière précise, appropriée et adéquate.

Bibliographie

1. Becker A, Chaushu S. Success rate and duration of orthodontic treatment for adult patients with palatally impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003;124:509-514.
2. Buser D, Warrer K, Karring T, Stich H. Titanium implants with a true periodontal ligament: An alternative to osseointegrated implants? *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990a;5:113-116.
3. Buser D, Warrer K, Karring T. Formation of a periodontal ligament around titanium implants. *J Periodontol*. 1990b;61:597-601.
4. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S. Unconventional implant treatment. I. Implant placement in contact with ankylosed root fragments. A series of 5 case reports. *Clin Oral Implants Res* 2009a;20:851-856.
5. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S. Unconventional implant treatment. II. Implant placed through impacted teeth. 3 case reports. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2009b;29:405-413.
6. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Davarpanah K, Rajzbaum P, de Corbière S, Capelle-Ouadah N, Demurashvili G. Protocole non-conventionnel de mise en place d'implants trans-radicaux. Esquisse d'un changement de paradigme. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2012a ; 113 : 335-349.
7. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Davarpanah K, Rajzbaum P. Mise en place d'un implant au travers de tissu dentaire. Vers un changement de paradigme ? *Info Dentaire* n°16-18.04.2012b.
8. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Davarpanah K. Mise en place d'implants au travers de tissu dentaire. In : 25 Cas complexes en Implantologie, *Missika P éd., Espace ID éditeur, Paris, 2012c.*
9. Gray JL, Vernino AR. The interface between retained roots and dental implants. A histologic study in baboons. *J Periodontol* 2004;75:1102-1106.
10. Hürzeler MB, Zühr O, Schupbach P, Rebele SF, Emmanouilidis N, Fickel S. The socket-shield technique: a proof-of-principle report. *J Clin Periodontol*. 2010; 37: 855-862.
11. Irinakis T, Wiebe C. Initial torque stability of a new bone condensing dental implant. A cohort study of 140 consecutively placed implants. *J Oral Implantology* 2009b; 35: 277-282.
12. Parlar A, Bosshardt DD, Unsal B, Cetiner D, Haytaç C, Lang NP. New formation of periodontal tissues around titanium implants in a novel dentin chamber model. *Clin Oral Implants Res*. 2005; 16: 259-267.
13. Szmukler-Moncler S, Davarpanah M. Reliability of the root-implant interface in unconventionally placed implants: an up to 6-year follow-up of 23 implants covering 3 distinct clinical applications. *Clin Oral Implants Res* 2009; 20: 814 (abstract).
14. Szmukler-Moncler S, Davarpanah M, Davarpanah K, Rajzbaum Ph, Demurashvili G, de Corbière S. Mise en place d'implants au contact d'un tissu autre qu'osseux. L'intégration minérale, esquisse d'une possible évolution de paradigme en implantologie, in : Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Rajzbaum P, Davarpanah K, Demurashvili G. Manuel d'Implantologie clinique. Concepts, intégration des protocoles et esquisse de nouveaux paradigmes. 3^e édition. *Éditions CdP, Rueil-Malmaison, 2012.*
15. Warrer K, Karring T, Gotfredsen K. Periodontal ligament formation around different types of dental titanium implants. I. The self-tapping screw type implant system. *J Periodontol* 1993; 64: 29-34.

Politique d'encaissement : de nouveaux interlocuteurs

Après les concepts de service et de présentation des plans de traitement présentés dans les numéros précédents, je vais aborder avec vous ce mois-ci, l'un des systèmes fondamentaux de la méthode de « Flexigestion » : la politique d'encaissement. Celle-ci a évolué récemment avec l'émergence de nouveaux acteurs.



Dr Edmond BINHAS
■ Fondateur
du Groupe Edmond
Binhas

Il devient, en effet, une évidence de constater une ingérence croissante des compagnies d'assurance dans nos cabinets. La santé est devenue, aux yeux de ces dernières, un marché et ne laisse pas indifférents les grands financiers. Ces compagnies incitent de plus en plus de cabinets à signer avec elles des conventions de partenariat. Il s'agit là pour les praticiens libéraux d'un nouveau challenge qui demande une fois de plus de savoir nous adapter.

D'autre part, ajoutons l'évolution du comportement des patients de plus en plus informés qui nous sollicitent régulièrement pour effectuer en leur lieu et place les formalités administratives concernant leur contrat d'assurance.

Cette montée en puissance des réseaux de soins est l'indicateur, à mes yeux, de la tendance actuelle d'un transfert des remboursements dentaires de la Sécurité Sociale vers les compagnies privées. Il suffit de regarder derrière nous : il y a 30 ans, les remboursements dentaires étaient pour la plus grande part, l'apanage de la Sécurité Sociale. Depuis une vingtaine d'années, ce rapport s'est inversé : les mutuelles et compagnies d'assurances deviennent, de plus en plus, les organismes de remboursement qui prennent le plus en charge les remboursements dentaires. Que faire face à ce constat ? Nous ne pouvons évidemment pas nous substituer aux instances qui nous représentent, ni aux politiques et encore moins lutter contre le sens de l'histoire. Laissons nos instances professionnelles nous représenter en tant que profession. Mais, au niveau individuel, il est possible de trouver dans nos cabinets une réponse pratique en considérant ces nouveaux interlocuteurs comme des partenaires.

Il n'est plus possible, désormais, de balayer d'un revers de main cette possibilité de travailler en partenariat avec certaines compagnies d'assurances. Le risque financier est trop important. Ceci dit, il est nécessaire de choisir avec soin ce type de partenaire et de ne pas entrer dans une relation de dépendance.

À ces conditions, il est ainsi possible d'augmenter le niveau de service offert aux patients. Pour y parvenir, je vous propose un plan d'action en 3 étapes qui pourrait se décomposer comme suit.

1 - Se tenir informés des différents protocoles qui existent

On pourrait ainsi parler du « consentement éclairé » du praticien en matière de réseaux de soins, compagnies d'assurance et mutuelles. Le praticien pourrait choisir, en fonction de ses convictions personnelles et du positionnement qu'il souhaiterait pour son cabinet, d'adhérer ou non à ses conventions. Il devrait également être capable d'expliquer, d'argumenter ses choix auprès des patients s'ils lui en font la demande. Au risque de me répéter, il y a quelques années encore, les praticiens pouvaient se positionner indépendamment de ces interlocuteurs. Mais alors qu'aujourd'hui, les patients sont de plus en plus regardants sur leurs frais dentaires, et de santé en général, ces acteurs sont devenus des interlocuteurs incontournables du paysage dentaire. Preuve en est, l'émergence sur Internet de comparateurs, de plus en plus nombreux, de mutuelles et compagnies d'assurance. Avec leur aide, les patients peuvent faire des simulations en fonction du devis reçu chez leur praticien. En fonction de leur contrat de complémentaire, il peuvent comparer les compagnies et vérifier si leur remboursement est optimisé pour un même investissement. Il leur est même possible de décider de changer de complémentaire. Il faut bien avouer que les contrats ou modalités de remboursements sont parfois peu clairs voire totalement opaques pour nos patients.

Au-delà de ces comparateurs, de nouveaux acteurs sont aussi apparus, en somme un nouveau métier. En effet, il existe aujourd'hui des sociétés qui proposent leurs services aux patients pour leur chercher les meilleurs complémentaires, toujours en mettant en avant l'optimisation de leurs remboursements. Ce sont ces mêmes sociétés qui viennent nous solliciter dans nos cabinets comme possibles prescripteurs. Pourquoi refuser de s'y intéresser à partir du moment où le patient, notre patient, reste au cœur du système ?

2 - Mener des actions préventives en direction des patients

Il s'agirait de les informer dès leur entrée en salle d'attente. Nous pourrions imaginer une fiche d'information

générale sur les compagnies d'assurance, une affiche sur le prix détaillé d'une prothèse¹ où nous ferions état du plateau technique, de la qualité proposée, de notre formation continue, de la qualité de notre personnel, etc. et pourquoi pas, la liste des différentes responsabilités du praticien dans son offre thérapeutique. L'objectif de ces stratégies de communication est d'amener le patient à s'interroger.

3 - Continuer d'élever son niveau de compétences...

... à la fois dans les domaines cliniques (pour une plus grande qualité des traitements) et également au niveau relationnel (pour une meilleure information du patient). À l'heure où les patients peuvent trouver sur le site internet de l'assurance maladie les tarifs moyens de tous les Chirugiens-dentistes, l'objectif est de rendre ces mêmes patients conscients de la qualité des traitements qu'ils reçoivent au sein de votre cabinet et donc **d'informer avant de soigner**. Le règlement des honoraires est souvent, pour le patient, une source de gêne, (pour les Chirugiens-dentistes aussi d'ailleurs). C'est pourquoi, je recommande d'expliquer **le plus tôt possible et très clairement** au patient quelles seront les modalités de paiement. Il est très important que, très vite, ce dernier comprenne qu'un règlement rigoureux concernant les règlements existe dans votre cabinet. Les règles de fonctionnement en matière d'encaissements doivent donc être détaillées et énoncées pour **tous** les patients. Il s'agit d'une information générale à **systematiser**.

Il existe deux moments clés pour aborder ce sujet :

À la fin de la 1^{ère} consultation si le patient demande : « *Combien vous dois-je ?* » Attention ! Ne jamais répondre : « *Nous verrons ça la prochaine fois.* ».

Ou si le patient n'a rien demandé, l'assistante (ou le praticien) peut dire : « *M. Martin, j'aimerais vous expliquer comment fonctionne le cabinet en matière de règlement.* »

Ne jamais refuser d'encaisser un patient qui se propose de payer. Ce serait l'éduquer à ne pas vous régler !

L'objectif visé est triple :

- créer une relation de confiance
- projeter une image professionnelle
- lever tous les freins à une écoute attentive de la part du patient, le jour où vous présenterez votre plan de traitement

Conclusion

La gestion des encaissements est l'un des piliers de l'organisation du cabinet dentaire. Il s'agit d'établir une véritable relation de confiance avec vos patients sur les questions financières, tout en sachant intégrer comme je l'ai démontré les nouveaux acteurs. Vous devez pour cela définir quelles sont les règles de fonctionnement de votre cabinet en matière d'encaissements. Il faut ensuite les expliquer aux patients, sans que le sujet ne soit un tabou ou devienne un problème. En France, on pense à

1. Cf. Le Fil dentaire N°56 – Octobre 2010

Exemple de fiche informative aux patients

SOINS DENTAIRES ET PRISE EN CHARGE

Votre mutuelle complémentaire santé peut vous aider à couvrir tout ou partie de vos dépenses de santé.

Sachez que vous pouvez cumuler le remboursement de deux Mutuelles. Vous pourrez ainsi bénéficier d'une prise en charge *maximum* !

BIEN CHOISIR SA COMPLEMENTAIRE SANTE

Il est important de bien choisir sa Mutuelle car vos remboursements ultérieurs en dépendent !

Vérifiez les points suivants :

- **Les garanties** : le choix doit se faire en fonction de vos besoins : hospitalisation, soins dentaires, optique, etc.
- **Le prix** : Certaines compagnies ont un prix fixe et d'autres ont un tarif suivant votre âge. Soyez vigilants.
- **Les délais d'attente de prise en charge** : hospitalisation, soins dentaires, optique ou même maternité, les délais peuvent varier de 1 à 9 mois !

→ Nous attirons particulièrement votre attention sur les remboursements, qui suivant les Mutuelles, peuvent être exprimés en pourcentage du montant du tarif conventionné ou sous forme de forfait.

Le bon réflexe : Consultez les sites Internet des assurances complémentaires pour faire une simulation de prise en charge !

peu près tout le temps à l'argent mais il ne faut surtout pas en parler. Et la profession dentaire n'échappe pas à cet état d'esprit général. C'est un sujet tabou, à la limite considéré comme quelque chose de « sale », bien que tout le monde rêve de gagner au Loto... À mes yeux, il faut aborder les questions d'argent sans culpabilité, et même avec fierté. Il faut être fier de ses honoraires. Dans la mesure où, je le dis avec force, ces honoraires sont justifiés par la qualité des soins apportés à son patient. Je suis convaincu que cet aspect est critique pour un exercice plus serein dans le futur. Cependant, le challenge n'est pas simple car il s'agit aujourd'hui plus que jamais d'être à un excellent niveau relationnel avec son patient tout en s'améliorant en permanence dans les aspects cliniques. Ne nous trompons jamais de priorité : ce dernier aspect doit passer avant le premier. Sans cela, le risque d'une dérive de la profession existe bien.

Au mois prochain. ◆

CONTACT

Groupe Edmond Binhas

Institut BINHAS

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

Téléphone : Claudette - 04 42 108 108

5 rue de Copenhague, BP 20057, 13742 Vitrolles Cedex

Email : contact@binhas.com

L'excellence en dentisterie esthétique

Stage de 4 jours organisé par GAD Center et animé par Michel MAGNE et Dr Nikolaos PERAKIS



Le centre de formation GAD CENTER, Global Advanced Dentistry, a organisé le stage « L'excellence en dentisterie esthétique » animé par Michel MAGNE et le Dr Nikolaos PERAKIS.

Ce séminaire s'est tenu du 23 au 26 janvier 2013 à Lyon en collaboration avec le Laboratoire BIENFAIT, soit 4 jours de théories et de travaux pratiques dédiés à l'excellence. Ce stage était accessible aux praticiens et aux prothésistes.



Michel MAGNE et le Dr Nikolaos PERAKIS ont enseigné l'art des restaurations céramiques dans l'approche Biomimétique.

Michel MAGNE, reconnu comme étant l'un des meilleurs prothésistes dentaires au monde, professe actuellement au sein de son laboratoire en Californie. Le Dr Nikolaos PERAKIS exerce son activité en Italie où il est spécialisé dans les restaurations complexes.

Pendant ces 4 jours, les deux premiers consacrés à la théorie et les deux suivants à la pratique, les 12 participants ont travaillé sur les principes du Smile Design ou comment rendre un sourire harmonieux en fonction du visage du patient et, pour la partie pratique sur les wax-up et les provisoires avec Michel MAGNE.

Le Dr Nikolaos PERAKIS a, quant à lui, abordé pendant une journée les thèmes suivants : la gestion des plans de traitement, les mock up, les préparations et le collage.

Toute l'équipe de GAD Center tenait à remercier tous les participants et les sponsors.



Nous sommes ravis de vous annoncer que Michel MAGNE donnera un **cours de 3 jours, fin septembre 2014**, sur le thème : « **Quelles solutions et moyens à apporter à un sourire inesthétique : conférence et travaux pratiques** ».

A vos agendas! ◆

GROUPE EDMOND BINHAS

“ TROUVEZ LE
PROGRAMME
QUI VOUS
RESSEMBLE ”

Dr E. Binhas,
Président & Fondateur



Une méthode de dentiste
pour des dentistes



Une méthode complète,
personnalisée et pratique



Une évolution en douceur,
système par système

NOS PROCHAINS SÉMINAIRES

OMNIPRATIQUE

BRUXELLES 25 & 26 avril 2013

TOULOUSE 6 & 7 juin 2013

CLERMONT FERRAND 13 & 14 juin 2013

ESTHÉTIQUE

MARSEILLE 30 & 31 Mai 2013



GROUPE
EDMOND
BINHAS

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

www.binhas.com

Tous vos rendez-vous

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

25 et 26 avril 2013 à Bordeaux
Dr NORMAND

16 et 17 mai 2013 à Nice
Dr DISS

FORMATION IMPLANTOLOGIE - 3X2 JOURS

GÉNÉRATION IMPLANT

134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Site : www.generation-implant.com

26 et 27 avril 2013 à Paris
Hôtel Méridien Étoile

L'ANATOMIE IMPLANTAIRE AU SEIN DU LABORATOIRE

SFBSI - Sandra BLYAU

Tél : 01 47 85 65 12 - Fax : 01 47 85 79 28
Email : sfbsi@aol.com - Site : www.sfbsi.com

2 mai 2013 à Toulouse
FORMATION DES JEUDIS DE L'IMPLANT

Dr Jean PERISSE

Frais d'inscription : 1 600 €

ATOLL IMPLANT - Ikrame MAZZOUJ

16 rue Maurice Fonvieille - 31000 Toulouse

Tél : 06 60 59 99 34 - Fax : 05 62 30 22 21

Email : info@atoll-implant.fr

Site : www.atoll-implant.fr

14 et 15 mai 2013 à Nice
11 et 12 juin 2013 à Nice

Drs Y. CHARBIT, B. RATHÉLOT, S. VINCENT

24 et 25 mai 2013 à Nancy

Drs J.L. DEHAYES, J. PENAUD, A. RIMMER,

S. ZAFFARZADEH

31 mai et 1^{er} juin 2013 à Chassy Mame-la-Vallée

Dr N. COHEN

14 et 15 juin 2013 à Pau

Dr J. JEANDET

Centre ITI

LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE

EN OMNIPRATIQUE : DÉMARRER

CONCRÈTEMENT EN IMPLANTOLOGIE

ET RÉALISER VOS PREMIERS CAS DE

CHIRURGIE SOUS 6 MOIS

CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND

3 rue de la Galmy - Chassy

77701 Marne-la-Vallée cx 4

Tél : 01 64 17 30 09

Email : frederique.bertrand@straumann.com

Site : www.campusitifrance.org

16 mai 2013

13 juin 2013

Clinique du Parc

LA PROTHÈSE SUR IMPLANT DANS VOTRE CABINET

C.L.I.O.

Clinique du Parc

155 ter Bd Stalingrad - 69006 Lyon

Tél : 04 72 44 87 01 - Fax : 04 72 44 87 02

Email : clio@cliniqueduparclyon.com

16 au 18 mai 2013 à San Sebastian (Espagne) GESTION DES IMPLANTS UNITAIRES EN ZONE ESTHÉTIQUE

Dr GAMBORENA

NOBEL BIOCARE - Kathleen COLAS

Les Mercuriales / Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

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

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

16 au 18 mai 2013 à Paris PROTHÈSE SUR IMPLANTS

M. MOAL

NOBEL BIOCARE - Kathleen COLAS

Les Mercuriales / Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

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

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

23 mai 2013 à Chassy Marne-la-Vallée LA ZONE ESTHÉTIQUE : GARANTIR LE RÉSULTAT ESTHÉTIQUE GRACE À LA ROG

Dr D. BOURDIN

CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND

3 rue de la Galmy - Chassy

77701 Marne-la-Vallée cx 4

Tél : 01 64 17 30 09

Email : frederique.bertrand@straumann.com

Site : www.campusitifrance.org

23 mai 2013 à Bagnolet PROTHÈSE SCÉLÉE ET PROTHÈSE ADJOINTE SUPRA-IMPLANTAIRE - PARTIE 1

Dr NGUYEN

NOBEL BIOCARE - Kathleen COLAS

Les Mercuriales / Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

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

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

23 mai 2013 à Paris 17^e LES JOURNÉES D'INTÉGRATION DE L'IMPLANTOLOGIE À L'OMNIPRATIQUE

P. MISSIKA, P. MONSENEGO, J. BESSADE,
J. ITIC, G. KHOURY, X. ASSEMAT-TESSANDIER,
J. LIBERMAN, G. DROUHET, A. VIDAL
Frais d'inscription : 205 € / journée, repas inclus.
1300 € / Cycle intégral.

à Lyon

à Lyon

STUDY-CLUB D'IMPLANTOLOGIE ORALE

71, Bd. Gouvion Saint-Cyr - 75017 Paris

Tél : 09 62 38 40 13

Email : scionews@orange.fr

23 mai 2013

20 juin 2013

ASSISTANTES DENTAIRES EN IMPLANTOLOGIE

STRAUMANN ACADÉMIE - Frédérique BERTRAND

3 rue de la Galmy - Chassy

77701 Marne-la-Vallée cedex 4

Tél : 01 64 17 30 09

Email : frederique.bertrand@straumann.com

Site : www.campusitifrance.org

24 mai 2013

PROTHÈSE À VISÉE ESTHÉTIQUE

ET PROTHÈSE TRANSVISSÉE - PARTIE 2

Dr NGUYEN

NOBEL BIOCARE - Kathleen COLAS

Les Mercuriales / Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

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

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

24 mai 2013

Centre formation Clinic-All

LE DÉBRIDEMENT PARODONTAL

Dr G. GAGNOT

Frais d'inscription : 390 €

CLINIC-ALL

84 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon

Tél : 04 26 18 61 43

Email : contact@clinic-all.fr - Site : www.clinic-all.fr

24 et 25 mai 2013 à Lisbonne (Portugal)

COURS DE CHIRURGIE

ET CHIRURGIE GUIDÉE

Pr MALO...

NOBEL BIOCARE - Kathleen COLAS

Les Mercuriales / Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

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

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

24 et 25 mai 2013

Actéon labo. anatomie Bordeaux 2

LA FORMATION PRATIQUE ET

THÉORIQUE EN IMPLANTOLOGIE

Drs R. DA COSTA NOBLE, M. PITZ, Y. LAUVERJAT,

P.-M. VERDALLE, R. COLOMB, A. SOENEN,

F. VIGOUROUX

Frais d'inscription : 1 900 € / 2 sessions

CEIOP - Stéphanie COLOMB

34, rue du Cap de Haut - 33320 Eysines

Tél : 06 26 80 46 43

Email : ceiop@ceiop.com - Site : www.ceiop.com

24 et 25 mai 2013

14 et 15 juin 2013

FORMATION PRATIQUE ET THÉORIQUE À L'IMPLANTOLOGIE MIMI (MÉTHODE D'IMPLANTATION MINIMALEMENT INVASIVE)

Dr J.-P. CHETRY, Dr A. NEDJAT, Dr D. DINONI

Frais d'inscription : 1200 € tout inclus (cours, hôtel et repas).

CHAMPIONS-IMPLANTS

Fanny ROUGNON-GLASSON

Bornheimer Landstr.8 - 55237 Flonheim

Tél : 06 40 75 69 02

Email : fanny@championsimplants.com

Site : www.champions-implants.com

30 et 31 mai 2013

PROTHÈSE - MODULE 3

Pr MARIANI, Drs DINARDO, NGUYEN, RIVIÈRE, M. MOAL

NOBEL BIOCARE - Patricia FERNANDES

Les Mercuriales / Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

Tél : 01 49 20 00 31 - Fax : 01 49 20 00 33

Email : marie.menier@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

30 et 31 mai 2013

Université Victor Segalen Bordeaux II

FORMATION IMPLANTOLOGIE ET CHIRURGIE AVANCÉE SUR PIÈCES ANATOMIQUES

Drs Eric NORMAND, Guillaume FOUGERAIS,

Georges KHOURY

Frais d'inscription : 1 790 €

GÉNÉRATION IMPLANT

134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Site : www.generation-implant.com

30 et 31 mai 2013

Dr RIVIÈRE

30 et 31 mai 2013 à Clermont-Ferrand

Dr D'AGROSA

STEP-BY-STEP

NOBEL BIOCARE - Kathleen COLAS

Les Mercuriales / Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

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

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

30 et 31 mai 2013

STEP-BY-STEP - NIVEAU 2

Dr RIVIÈRE

MCIO - Service formation NOBEL BIOCARE

Les Mercuriales / Tour du Levant

40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet

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

Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com

Site : www.nobelbiocare.com

30 et 31 mai 2013 à Reims
GREFFES ET CHIRURGIES AVANCÉES
Dr P. RUSSE
RIIR - Service formation NOBEL BIOCARE
Les Mercuriales / Tour du Levant
40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet
Tél : 0149 20 00 49 - Fax : 0149 20 00 36
Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com
Site : www.nobelbiocare.com

6 et 7 juin 2013 à Lyon
FORMATION EXTRACTION, COMPLEMENT ET GESTION DES TISSUS MOUS EN IMPLANTOLOGIE - 2 JOURS
Drs BERDOUGO, VALBRAY
GÉNÉRATION IMPLANT
134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Site : www.generation-implant.com

13 juin 2013 à Cannes-Le Cannet
Azur Eden
CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE ET OSSEUSE POUR L'OMNIPRATICIEN
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
Frais d'inscription : 680 €
F.I.D.E. - Monique
Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
Email : contact@fide.fr - Site : www.fide.fr

13 juin 2013 à Bordeaux
TRAITEMENTS PARODONTAUX NON CHIRURGICAUX ET CHIRURGICAUX UFR D'ODONTOLOGIE
16 cours de la Marne - 33082 Bordeaux
Tél : 05 57 57 30 01 - Fax : 05 57 57 30 10
Email : fc-odonto@u-bordeaux2.fr
Site : www.dfmc.u-bordeaux2.fr

13 et 14 juin 2013 à Paris
MISE EN CHARGE IMMÉDIATE, DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE
Dr Hadi ANTOUN
IFCIA - Service formation NOBEL BIOCARE
Les Mercuriales / Tour du Levant
40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet
Tél : 0149 20 00 49 - Fax : 0149 20 00 36
Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com
Site : www.nobelbiocare.com

13 et 14 juin 2013 à Reims
FORMATION PRF® ET ACCÈS À LA VOIE VEINEUSE
Dr Ph. RUSSE
Frais d'inscription : 500 € / 1 jour - 1 000 € / 2 jours
SYFAC
49 rue Gioffredo - 06000 Nice
Tél : 04 93 80 14 87 - Fax : 09 57 33 32 56
Email : info@syfac.com - Site : www.syfac.com

14 juin 2013 à Cannes-Le Cannet
Azur Eden
GREFFES DE SINUS
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
Frais d'inscription : 680 €
F.I.D.E. - Monique
Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
Email : contact@fide.fr - Site : www.fide.fr

14 juin 2013 à Lyon
FORMATION INITIALE, TRAITER LES CAS SIMPLES EN IMPLANTOLOGIE : LA PLANIFICATION IMPLANTAIRE
15 juin 2013 à Lyon
FORMATION INITIALE, TRAITER LES CAS SIMPLES EN IMPLANTOLOGIE : LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE
Drs S. MONCHANIN, C. COUDURIER, S. VEYRE-GOULET, A. GLEIZAL, P. KELLER, D. FEUILLET
Centre formation Clinic-All
CLINIC-ALL
84 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
Tél : 04 26 18 61 43
Email : contact@clinic-all.fr - Site : www.clinic-all.fr

14 et 15 juin 2013 à Bordeaux
Actéon labo. anatomie Bordeaux 2
FORMATION PRATIQUE ET THÉORIQUE EN CHIRURGIE AVANCÉE
Drs R. DA COSTA NOBLE, M. PITZ, Y. LAUVERJAT, P.-M. VERDALLE, R. COLOMB, A. SOENEN, F. VIGOUROUX
Frais d'inscription : 1 500 €
CEIOP - Stéphanie COLOMB
34, rue du Cap de Haut - 33320 Eysines
Tél : 06 26 80 46 43
Email : ceiop@ceiop.com - Site : www.ceiop.com

20 juin 2013 à La Rochelle
IMPLANTOLOGIE
Dr V. BENNANI
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

20 et 21 juin 2013 à Lyon
Clinique du Parc
LA POSE D'IMPLANTS EN VOLUME OSSEUX RÉDUIT
Frais d'inscription : 1 500 €
C.L.I.O.
Clinique du Parc
155 ter Bd Stalingrad - 69006 Lyon
Tél : 04 72 44 87 01 - Fax : 04 72 44 87 02
Email : clio@cliniqueduparclyon.com

ESTHÉTIQUE
25 avril 2013 à Paris
13 juin 2013 à Avignon
ESTHÉTIQUE ET ÉCLAIRCISSEMENT
Drs Paul MIARA, Alexandre MIARA
ESTHÉTIQUE + TP GOUTTIÈRES
Flore VICAIRE
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

30 et 31 mai 2013 à Bordeaux
Novotel Bordeaux Lac
LES FACETTES DE CÉRAMIQUE COLLÉE
Frais d'inscription : 810 € / repas compris

ASSOCIATION SYMBIOSE - Anh DANG
12 rue Fondaudège - 33000 Bordeaux
Tél : 07 62 62 35 56
Email : danganh.symbiose@gmail.com
Site : www.symbiose-ass.fr

6 juin 2013 à Paris 12°
Maison de la RATP
COLLAGES - JOURNÉE INTERNATIONALE
Dr Francesca VAILATI
Frais d'inscription : 90 €
COEFI - Diane GIRAUD
3 avenue Alphand - 75116 Paris
Tél : 06 61 20 26 55
Email : contact@coefi.fr - Site : www.coefi.fr

28 juin 2013 à Paris
CRÉEZ L'EXCELLENCE EN ESTHÉTIQUE : L'ESTHÉTIQUE DE A À Z : ADHÉSION TO ZIRCON THÉORIE, TP ET TRAVAIL SUR PATIENT
GAD CENTER - Cyril GAILLARD
Tél : 06 09 13 52 41
Email : contact@gad-center.com
Site : gad-center.com

OMNIPRATIQUE

13 et 14 mai 2013 à Paris
5 au 11 juin 2013 à Aix-en Provence
17 et 18 Juin 2013 à Aix-en Provence
PCR FORMATION RENOUVELLEMENT PERSONNE COMPÉTENTE EN RADIOPROTECTION
Pierre MENS, Jean Paul PIFERRER
MEDICONTROLE
70 allée des Oliviers - 13700 Marignane
Tél : 09 83 67 18 70
Email : medicontrol@free.fr
Site : www.medicontrol.com

13 au 15 mai 2013 à Bordeaux
ATTESTATION DE FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE : 1^{ÈRE} SESSION
UFR d'ODONTOLOGIE
16 cours de la Marne - 33082 Bordeaux
Tél : 05 57 57 30 01 - Fax : 05 57 57 30 10
Email : fc-odonto@u-bordeaux2.fr
Site : www.dfmc.u-bordeaux2.fr

16 mai 2013 à Nantes
LES PATIENTS À RISQUES
J.-C. FRICAIN
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

16 mai 2013 à Paris
20 juin 2013 à Aix-en Provence
RADIOPROTECTION DES PATIENTS
Jean Paul PIFERRER
Frais d'inscription : 250 €
MEDICONTROLE
70 allée des Oliviers - 13700 Marignane
Tél : 09 83 67 12 70
Email : medicontrol@free.fr
Site : www.medicontrol.com

16 mai 2013 à Toulouse
30 mai 2013 à Dijon
13 juin 2013 à Montpellier
FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTÉOCENTRALE
AFPAD - Sophie
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
Email : mail@afpad.com - Site : www.afpad.com

23 mai 2013 à Bordeaux
LES TRAÇABILITÉS EN DENTAIRE
Patrick BONNE
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

23 mai 2013 à Paris 7°
Maison de la Chimie
12 TRAVAUX PRATIQUES À LA CARTE
C. TOUBOUL, H. ANTOUN, G. ABOUDHARAM, J. DEJOU, S. DAHAN, CAURIS COUVRECHEL, L. DAUCE, C. LAUNOIS, S.M. DRIDI, O. CLAUDON, P. MIARA, M. CORCOS, P. GATEAU, C. MOUSSALLY, P. CHERFANE
Frais d'inscription : Membres : 340 ou 390 € ; Non membres : 420 ou 430 €
SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS
6 Rue Jean Hugues - 75116 Paris
Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08
Email : secretariat@sop.asso.fr
Site : www.sop.asso.fr

23 mai 2013 à Épinal
LE TOUT-CÉRAMIQUE ET LE COLLAGE
Dr Sébastien FELLENC
Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
219 route de la Chapelle du Puy - BP 118
74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 02
Email : aude.collomb-patton@ivoclarvivadent.com
Site : www.ivoclarvivadent.fr

30 mai 2013 à Perpignan
PROTHÈSES ADJOINTES COMPLÈTES
O. HÛE, MV. BERTERETCHE
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

30 mai 2013 à Lille
13 juin 2013 à Bordeaux
20 juin 2013 à Toulouse
Dr Gauthier WEISROCK

6 juin 2013 à Boulogne-Billancourt
Dr Hervé TASSERY
SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES
Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
219 route de la Chapelle du Puy - BP 118
74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 02
Email : aude.collomb-patton@ivoclarvivadent.com
Site : www.ivoclarvivadent.fr

30 mai 2013 à Reims
20 juin 2013 à Paris
RESTAURATIONS CÉRAMO-CÉRAMIQUES : DE LA PRÉPARATION AU COLLAGE
Dr Charles TOLEDANO
Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
219 route de la Chapelle du Puy - BP 118
74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 02
Email : aude.collomb-patton@ivoclarvivadent.com
Site : www.ivoclarvivadent.fr

31 mai et 1^{er} juin 2013 à Nice
SÉDATION VIGILE AU MEOPA
Frais d'inscription : 1 000 € / 2 jours
SYFAC
49 rue Gioffredo - 06000 Nice
Tél : 04 93 80 14 87 - Fax : 09 57 33 32 56
Email : info@syfac.com - Site : www.syfac.com

5 juin 2013 à Paris 20^e
Hôtel Ibis
LA CARIE PROFONDE : DÉPULPER OU CONSERVER VITALE
Drs C. BESNAULT, F. BRONNEC
COSS - Sylvie PLANTARD
22 rue Robert Legros - 93100 Montreuil
Tél : 01 43 28 37 51
Site : www.coss.ass.fr

6 et 7 juin 2013 à Paris
LA DENTISTERIE NEUROMUSCULAIRE EN 5 ÉTAPES - THÉORIE, TP ET TRAVAIL SUR PATIENT
GAD CENTER - Cyril GAILLARD
Tél : 06.09.13.52.41
Email : contact@gad-center.com
Site : gad-center.com

13 juin 2013 à Nantes, Vigneux
Brit Hôtel
LA STRATIFICATION DES COMPOSITES (TP)
Frais d'inscription : 425 €
AOBO - Stéphanie DE THOURY
16 rue Beethoven - 44300 Nantes
Tél : 02 51 89 02 28
Email : aobo@wanadoo.fr - Site : aobo.fr

13 juin 2013 à Paris 7^e
Maison de la Chimie
L'URGENCE TRAUMATIQUE DE LA DENT PERMANENTE
Cécilia BOURGUIGNON, Michèle MÜLLER, Chantal IFI-NAULIN, Stéphane SIMON
Frais d'inscription : membres/120 € ou 180 € non membres/320 € ou 370 €
SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS
6 Rue Jean Hugues - 75116 Paris
Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08
Email : secretariat@sop.asso.fr
Site : www.sop.asso.fr

13 juin 2013 à Biarritz
URGENCES MÉDICALES ET RÉANIMATION
J. POUGET
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

13 et 14 juin 2013 à Clermont-Ferrand
JOURNÉES EURO-MEDITERRANÉENNES D'ODONTOLOGIE
Frais d'inscription : 300 €
UFR d'ODONTOLOGIE CLERMONT-FERRAND
11 Bd Charles De Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
Email : claudie.camus@udamail.fr
Site : webodonto.u-clermont1.fr

20 juin 2013 à Strasbourg
HYGIÈNE ET ASEPSIE AU CABINET DENTAIRE
Dr P. ROCHER
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

21 et 22 juin 2013 à Paris
Cabinet Dr BULLIER
FORMATION MEOPA FORMATION URGENCES
Dr Brigitte BULLIER
DR BRIGITTE BULLIER - Nadia
37 avenue Kleber - 75116 Paris
Tél : 01 44 05 15 15
Site : www.meopa-dentaire.fr

ENDODONTIE
16 mai 2013 à Lyon
DU MYTHE À LA RÉALITÉ CLINIQUE
Serge BAL
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

23 mai 2013 à Paris 9^e
LE TRAITEMENT ENDODONTIQUE EN 1 SEANCE : EST-CE POSSIBLE ?
Drs Stéphane SIMON et Sarah ATTAL
Frais d'inscription : 360 € Adhérent - 410 € Non Adhérent
LAFOS - A. OIKNINE
12 bis, rue du Cadrans - 94220 Charenton
Tél : 09.50.63.82.45
Email : afos.idf@free.fr - Site : www.lafos.fr

ORTHODONTIE
1^{er} juin 2013 à Paris
Hôtel Novotel Gare de Lyon
ATELIER GOUTTIÈRE ORTHOPÉDIQUE
Dr Jean-Louis RAYMOND
Frais d'inscription : 500 €

EMPRESA - Mlle Elisabeth LOPEZ
8 rue René Marqués
66250 St Laurent de la Salanque
Tél : 04 68 28 68 28 - Fax : 04 68 28 00 50
Email : elisa.seminaires@orange.fr
Site : www.orthoclusion.fr

PÉDODONTIE
30 et 31 mai 2013 à Paris
Institut Français d'Hypnose
TECHNIQUES D'HYPNOANALGÉSIE EN PÉDIATRIE
Isabelle IGNACE
INSTITUT FRANÇAIS D'HYPNOSE
38 rue René Boulanger - 75010 Paris
Tél : 01 42 51 68 84
Email : contact@ifh.fr - Site : www.hypnose.fr

PROPHYLAXIE
15 juin 2013 à Nancy
MOTIVER NOS PATIENTS À UN CONTRÔLE DE PLAQUE EFFICACE
Dr Michel BLIQUE
Frais d'inscription : 650 €
P.D.I. - Françoise VERNAGEAU - Secrétariat
14, rue Lafontaine - 54630 Richardmémil
Tél : 06 30 27 26 38
Email : assopdi@online.fr
Site : www.assopdi.com

27 et 28 juin 2013 à Paris 9^e
DE L'ÉDUCATION À LA PRÉVENTION DENTAIRE AU TRAITEMENT DE PROPHYLAXIE DENTAIRE INDIVIDUALISÉE
Dr Michel BLIQUE
Frais d'inscription : Praticien/1000 € - Assistante/450 €
PDI - Françoise VERNAGEAU
14 rue Lafontaine - 54630 Richardmémil
Tél : 06 30 27 26 38
Email : assopdi@online.fr
Site : www.assopdi.com

GESTION DU CABINET
25 et 26 avril 2013 à Bruxelles
NOTRE PROFESSION ÉVOLUE VITE... ET VOUS ?
Dr Edmond BINHAS
Frais d'inscription : 390 €
GRUPE EDMOND BINHAS - Nicole BOURTEAU
Zl les Estroublans
5 rue de Copenhague - BP 20052
13742 Vitrolles Cedex
Tél : 04.42.108.108
Email : n.bourteau@binhas.com
Site : www.binhas.fr

COMMUNICATION
16 mai 2013 à Lyon
LA COMMUNICATION PAR TÉLÉPHONE
M-C. TESSON
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

DIVERS

9 au 11 mai 2013 à Gruissan (Aude)
Palais des Congrès
ODENTH 2013
ODONTOLOGIE ÉNERGÉTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
7 rue de Chateaugiron - 35410 Nouvoitou
Tél : 06 66 81 14 99
Email : jpr.meunier@wanadoo.fr
Site : www.odenth.com/public/congres/plaquettegruissan.pdf

16 et 17 mai 2013 à Paris
Institut Français d'Hypnose
HYPNOSE DENTAIRE : APPLICATIONS DE L'HYPNOANALGÉSIE EN ODONTOLOGIE ET EN STOMATOLOGIE
Dr P.H. MAMBOURG, P. DIEUDONNÉ, N. UZIEL, M. BLOCH
Frais d'inscription : 2 065 €/5 modules de 2 jours
INSTITUT FRANÇAIS D'HYPNOSE
38 rue René Boulanger - 75010 Paris
Tél : 01 42 51 68 84
Email : contact@ifh.fr - Site : www.hypnose.fr

30 mai 2013 à Perpignan
LE STRESS
M-C. TESSON
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

1^{er} juin 2013 à Paris
HYPNOSE MÉDICALE DENTAIRE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION ERICKSONNIENNES : INITIATION
14 et 15 juin 2013 à Strasbourg
HYPNOSE MÉDICALE DENTAIRE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION ERICKSONNIENNES : SUPERVISIONS
Drs Claude PARODI, Kenton KAISER, Mr Yves HALFON
A.F.H.D.
Champ de La Vigne - 79220 Champdeniers
Tél : 06 25 51 65 72 / +32 87 67 52 25
Fax : + 32 87 65 62 38
Email : info@hypnoteeth.com
Site : www.hypnoteeth.com

5 au 7 juin 2013 à Saint-Priest / Lyon
Groupe Arseus-Actipark des Meurières
HYPNOSE CLINIQUE DENTAIRE ET DENTISTERIE ERICKSONNIENNE
Dr Bruno DELCOMBEL
Frais d'inscription : 2 450 € / 6 jours
BRUNO DELCOMBEL CONSULTING
68 avenue des Frères Lumière - 69008 Lyon
Tél : 04 72 78 58 60 - Fax : 06 07 63 07 19
Email : hypnosedelcombel@yahoo.fr

Les Petites Annonces

Avril 2013

Cabinet Dentaire Ventes

21 - 20 km de DIJON
Vends cabinet dentaire
le 31 décembre 2013.
Tél. : 06 04 16 57 64
N°13/82/CA/1246

69 - LYON à la limite de VILLEURBANNE

Vends cabinet tenu
35 ans, cause retraite.
Possibilité 2 fauteuils.
Bon état. Au-dessus
cabinet médical. Bail
renouvelable prof.

Tél. : 06 07 42 22 26

N°13/82/CA/1251

Propose Mutation Orthodontie exclusive

Cab. ds SCM (SPQ - non SPQ)
Approche fonctionnelle
et préventive aboutie.
Formation 45 km Paris-Est

Tél : 06 13 08 41 32

N°13/82/CA/1260

Matériel Spécialisé

PANORAMIQUE KODAK À saisir.
Révisée, transportée, réinstallée
métropole clé en main. 8500€.
Très bon état.

Tél. : 01 43 33 73 50

N°13/82/MA/1259

Offres d'Emploi Collaborateur

65 - LOURDES

Cherche collaborateur(trice)
pour poste existant.

Tél. : 05 62 94 15 99

N°13/82/OFC/1254

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

- un (e) commercial (e)
- un (e) assistant (e) commercial (e)

5 ans d'expérience min.,
connaissances du monde dentaire
appréciées.

**Adresser CV, lettre de motivation
et photo à :**

contact@lefildentaire.com

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

Comment passer une petite annonce

1

Choisissez votre rubrique :

Rubriques	Tarif normal par ligne	Tarif dégressif* par ligne	Nombre de lignes	Nombre de parutions	Total
<input type="checkbox"/> Cabinet Vente/Achat/Loc	10 €	9 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Association	10 €	9 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Création	10 €	9 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Labo Vente/Achat/Loc	10 €	9 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Offre d'emploi	9 €	8 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Demande d'emploi	4,5 €	3,5 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Matériel Spécialisé	14 €	13 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Divers	14 €	13 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Villégiatures	14 €	13 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Particulier	20 €	19 €	X...	X...	=...

* 3 PARUTIONS SUCCESSIVES OU +

Autres services	Tarif	Nombre de parutions	Total
<input type="checkbox"/> Domiciliation	15 €	X...	=...
<input type="checkbox"/> Forfait Photo	45 €	X...	=...
<input type="checkbox"/> Fond couleur	15 €	X...	=...
<input type="checkbox"/> Encadré	15 €	X...	=...

Total général

ou l'une des 4 formules suivantes :

FORMULE 1
5,7 cm

4 cm

4 cm

Votre annonce de 5 lignes maximum, encadrée avec fond couleur
65€

FORMULE 3
10,8 cm

4 cm

4 cm

Votre photo offerte

Votre annonce de 5 lignes maximum, encadrée, avec fond couleur + photo 2,5cm/2,5cm offerte
140€

FORMULE 2
5,5 cm

5,5 cm

5,5 cm

Votre annonce de 8 lignes maximum encadrée avec fond couleur
85€

FORMULE 4

5,5 cm

5,5 cm

Votre photo offerte

Votre annonce de 8 lignes maximum, encadrée, avec fond couleur + photo 3cm/4cm offerte
220€

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

3 FORMULES SUCCESSIVES - 10%

Dates de parution

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

- Mai 2013**
- Juin 2013**
- Septembre 2013**
- Octobre 2013** Autres dates :....

2

Rédigez votre annonce :

3

Vos coordonnées :

Nom, Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél _____ Fax _____ E-mail _____

Date _____ Signature _____

A renvoyer avec votre règlement par chèque à Le Fil Dentaire
95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie
 Tél.: 01 56 74 22 31 - E-mail : pa@lefildentaire.com

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

Correctif à l'article paru dans le numéro précédent (LFD 81 - mars 2013) apporté par l'expert comptable M. Michel PARDON - Groupe SFC Lyon

Quant à l'article paru sur « le B-a ba et les astuces à ne pas manquer pour l'installation », des précisions sont à apporter quand au statut des dirigeants de SELARL, SELAS, ou de SELAFA.

En effet, dans cet article, nous avons traité du régime social de ces dirigeants de manière assez générale, sans entrer dans le détail des différents cas pouvant exister au sein de ces sociétés.

Les professions libérales sont par nature des travailleurs non salariés, car dans la pratique même de leur spécialité seul l'ordre peut être considéré comme une autorité.

En effet, pour être pleinement considéré comme un salarié, il est indispensable de pouvoir démontrer qu'un lien de subordination existe entre le praticien et la société.

Le nombre de parts détenues et l'appréciation de la qualité de dirigeant peuvent donc impliquer un bouleversement quand à la taxation de certains de vos revenus, notamment les dividendes, considérés comme des revenus liés à votre statut de professionnel libéral.

De ce fait, certains associés dirigeants de société, qui pour leur mandat social, rémunéré, sont affiliés au régime des assimilés salariés, peuvent également être affilié au régime des travailleurs non salariés pour leur activité purement libérale. Il y a d'ailleurs lieu de rappeler que dans un arrêt du

La création d'une activité nécessite de choisir une structure adaptée à vos ambitions. Ce choix nécessite une réflexion d'un point de vue juridique, fiscal, et social. Après les nombreux changements intervenus récemment, ces questions sont totalement d'actualité également pour les professionnels installés de longue date : est-il opportun de changer de structure pour limiter l'imposition et/ou les charges sociales, quel contrat Madelin retraite choisir ? Comment placer sa trésorerie ?...

Choix juridique

Certains choix personnels orientent directement vers une forme juridique plutôt qu'une autre. En tout état de cause, certaines questions doivent donc être posées au préalable, comme :
 ■ Combien êtes-vous à vouloir réaliser ce projet ?
 ■ Qui va exercer son activité dans la structure ?
 ■ Quel montant de capital souhaitez-vous investir ?
 ■ Quelle maîtrise souhaitez-vous détenir sur la structure ?
 ■ Faut-il séparer votre patrimoine privé de votre patrimoine professionnel ?

Après avoir répondu à l'ensemble de ces questions, vous pouvez passer à l'analyse des différentes structures susceptibles d'être retenues en fonction des caractéristiques fiscales et sociales.

Choix fiscal

Pour la structure - L'activité individuelle BNC sous-entend d'exercer l'activité seul. C'est votre bénéfice de l'exercice qui est imposé à l'impôt sur le revenu. Les autres formes sociales tendent à imposer les résultats de la société à l'impôt sur les sociétés, même si, pour certaines, l'option à l'impôt sur le revenu reste possible.

Pour le chirurgien-dentiste - Selon la structure, le chirurgien-dentiste est imposé sur le BNC sur le salaire perçu ou sur les levées de gérance. Les dividendes (en complément pour les structures à l'IS) quant à eux, sont imposés selon le régime des revenus de capitaux mobiliers donc soumis au barème de l'impôt sur le revenu après un abattement de 40 %.

Choix social

Selon la structure, le chirurgien-dentiste peut relever du statut de travailleur assimilé salarié ou travailleur non salarié.

Les gérants minoritaires ou égalitaires de SELARL, les présidents de SELAS ou de SELAFA sont des travailleurs assimilés salariés, ils dépendent du régime général des cadres mais ne sont toutefois pas couverts par les Assedic.

Les cotisations sociales acquittées sont fonction des rémunérations versées dans les mêmes conditions que pour n'importe quel salarié, sauf la cotisation Assedic qui n'est pas due. L'ensemble de ces cotisations (voir plus précisément ci-dessous) présente un coût bien supérieur à celui d'un travailleur non salarié, mais, en retour, aujourd'hui la couverture sociale est également bien supérieure notamment en matière de retraite. Ou en sera-t-il demain ?

Les entreprises individuelles, les gérants majoritaires de SELARL ou les commandités des SELCA sont considérés comme des travailleurs non salariés. Les cotisations sociales sont basées sur leur rémunération, sans aucun abattement pour frais professionnels (récemment supprimé).

Selon la forme de l'entreprise, la rémunération soumise à cotisation peut être le BNC ou les rémunérations augmentées des dividendes distribués supérieures à 10 % (des capitaux = prime d'émission + moyenne des apports en compte courant).

Les taux de cotisations pour ces structures sont nettement moindres que pour les salariés (voir le détail ci-dessous), mais les prestations en retour sont nettement moindres également. En effet, la retraite représente selon le niveau du revenu d'activité, de l'ordre de 30-40 % de ce dernier !

De ce fait, les travailleurs non salariés doivent envisager dès le début de leur activité de constituer un capital pour leur retraite. Ils commencent ainsi par ouvrir un contrat Madelin Retraite (attention, certains sont nécessairement à privilégier plutôt que d'autres) qui leur permettra en plus de réduire leur imposition mais d'autres solutions doivent être envisagées. En général, celles-ci pourront également vous permettre de réduire votre imposition. Il faut y penser très tôt, pour ne pas être dépourvu... le moment venu !

20 juin 2007, la Cour de cassation (n° de pourvoi : 06-17146, publié au Bulletin) a confirmé la possibilité de double affiliation, au régime des non salariés au titre de l'activité libérale et au régime général des salariés au titre des fonctions de mandataire social.

Vous l'aurez compris, une fois de plus, il est nécessaire de faire le point sur votre situation avant de prendre une quelconque décision, le fonctionnement même de la société ayant des impacts sur votre imposition et sur vos cotisations. Chaque situation mérite un traitement de fond et des travaux d'outils d'aide à la décision. ◆

lefildentaire
 Mais c'est aussi...

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



LE portail du monde dentaire français

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

Et tout cela gratuitement bien sûr !

La grande nouvelle, nous l'avons gardé pour la fin : Les petites annonces sont également gratuites

Et c'est sur... www.lefildentaire.com

les prothèses qui redonnent le sourire aux chirurgiens dentistes

- UNE QUALITÉ CERTIFIÉE
- LES CONSEILS AVISÉS DE VOTRE PROTHÉSISTE
- VOS TRAVAUX LIVRÉS EN 7 JOURS
- UNE ÉQUIPE À VOTRE ÉCOUTE
- VOTRE BUDGET PROTHÈSE MAÎTRISÉ

WWW.PROTILAB.COM

Prot & Lab

NOTRE EXPERTISE,



N° VERT : 0 800 81 81 19

VOTRE EXIGENCE.



Progress Dentaire

Tel : 01.44.54.96.93

10 ans déjà



votre premier transport express offert
3/4 jours laboratoire



Offre d'essai

offre valable jusqu'au 30 avril 2013

- 55 €** la CCM " Tradition luxe "
- 65 €** la CCM et son inlay-core
- 95 €** la couronne zirconium

Laboratoire Progress Dentaire
M'ESSAYER, C'EST M'ADOPTER

Cette publicité est un clin d'oeil à tous les dentistes qui retrouvent le sourire grâce à notre savoir-faire.

