

N°93 MAI 2014

le fil dentaire

Le magazine référence des professionnels de la santé dentaire

p44 Conseil Management
Les causes profondes
du burn-out en odontologie
et la déformation universitaire



p29 à 40
Focus sur le **DUIO**
Paris Descartes

Les facettes de **A à Z**

p10 à 26

WWW.LEFILDENTAIRE.COM

**POUR COMMUNIQUER,
ON A BEAUCOUP PROGRESSÉ...**



POUR CONCEVOIR VOS PROTHÈSES AUSSI !

Protilab, laboratoire de prothèses dentaires situé à Paris, propose aujourd'hui des travaux prothétiques de très haute qualité s'appuyant sur les technologies les plus en pointe. Seul laboratoire à ce jour certifié ISO 9001 de son secteur, il vous garantit une sécurité optimale en même temps qu'une efficacité et une rapidité de réalisation sans équivalent.

La prothèse évolue : vous avez tant à y gagner.



NOTRE EXPERTISE, VOTRE EXIGENCE.

4 rue Jacques Cartier • 75018 PARIS T. 01 53 25 03 80 • F. 01 42 80 03 43 • contact@protilab.com
facebook.com/laboratoire.protilab • twitter.com/protilab

N° VERT : 0 800 81 81 19 www.protilab.com



REVUE MENSUELLE

95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie.
Tél. : 01 56 74 22 31 Fax. : 01 73 79 02 40
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@gmail.com

DIRECTION ARTISTIQUE

Agence Klaim

RÉDACTION

Dr Adriana AGACHI, Dr Géraldine BEAUVAIS, Catherine BEL,
Dr Steve BENERO, Dr Edmond BINHAS, Dr Florian BOUAZIZ,
Rodolphe COCHET, Dr Louis DESTEUCCQ, Dr Réginald-Aymar
DURAND, Dr Olivier ÉTIENNE, Dr Cyril GAILLARD, Dr Frédéric
GAULTIER, Dr Gary LAFOND, Dr Hélène MEURISSE,
Dr Stéphane MILLIEZ, Dr Ana Sofia MURPHY, Dr Patrick
RENAULT, Dr Charles TOLEDANO, Dominique WATZKI

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

Élise CZERKIEWICZ : elise@lefildentaire.com

IMPRIMERIE

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

COUVERTURE

Fotolia.com

PUBLICITÉ

Patricia LEVI : 06 03 53 63 98 - patricialevi@lefildentaire.com

ANNONCEURS

Acteon Satelec • Bisico • Colloquium • DentalMaster •
Esthet'Practical • Groupe Edmond Binhas • Implant Direct •
Implant Discount • LDF • Protillab • SC Distribution • SIVP
Dentaire • Syfac • Thommen medical • Tecalliage • Voco GmbH

ENCART

Colloquium • Polydentia • SIVP Dentaire



p 10 à 26

Les facettes
de A à Z



p 42

Les causes profondes
du burn-out
en odontologie
et la déformation
universitaire

▼ SUR LE FIL

• Actualités France et International
Nouveaux produits - Revue de presse. 6 à 7

▼ INTERVIEW

• Rencontre avec Laurent CHOMETON,
directeur général de GACD. 8

▼ CLINIC STEP BY STEP

• Technique de prévisualisation :
projet esthétique
et guide de préparation dentaire. 10
• Facettes en céramique sur dents dévitalisées :
une option clinique envisageable ? 14
• Modifier la position dentaire par des facettes en
céramiques : une option clinique envisageable 20

**▼ LES FICHES THÉMATIQUES
PAR G.I.**

• TI-BASE et couronne hybride
sur implant unitaire. 27

**▼ FOCUS SUR
LE DUIO PARIS DESCARTES**

• Editorial du Dr Frédéric Gaultier –
responsable du DUIO Paris Descartes. 29
• Corticotomie d'expansion mandibulaire . 30
• Reconstruction osseuse maxillaire et
mandibulaire sur agénésies multiples ... 34
• Agénésies de 12 à 22, greffe osseuse
allogénique en onlay et implantse 38

▼ CONSEIL ORGANISATION

• 7 points clés pour éviter les obstacles
à la communication avec les patients. 42

▼ CONSEIL MANAGEMENT

• Les causes profondes du burn-out en
odontologie et la déformation universitaire . 44

▼ AU FIL DU TEMPS

• Agenda des manifestations 46

▼ PETITES ANNONCES..... 50

“ En mai, on fait ce qui vous plaît... ”

C'est le printemps ! Les vacances approchent, la luminosité s'accroît, révélant nos moindres défauts. Vos patients ou ceux qui le deviendront vous interrogent sur des facettes, un éclaircissement dentaire... Nous sommes dans ce que nous pourrions appeler « la pleine saison esthétique ». Par ricochet, les saisons rythmant votre exercice, elles donnent également le ton à nos publications. C'est pourquoi, avec le concours de vos confrères, Cyril Gaillard de Bordeaux, Olivier Etienne et Charles Toledano de Strasbourg, nous avons dédié une large part éditoriale de ce numéro à la réalisation de facettes.

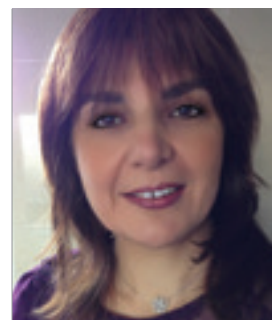
Nous sommes dans ce que nous pourrions appeler « la pleine saison esthétique »

LE FIL DENTAIRE est honoré de collaborer avec des praticiens de renom, experts dans leur domaine et ils sont nombreux. Néanmoins, il nous tient à cœur également de soutenir la jeune génération en publiant leurs travaux. C'est un gage de confiance et d'encouragement pour tous ceux qui bâtissent la profession de demain. Nous avons donc réservé le second pendant de ce numéro à un focus sur le Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale de Paris Descartes dirigé par Frédéric Gaultier.

Nous profitons de cet éditorial pour vous remercier de la confiance que vous nous témoignez en accompagnant nos projets et notamment Vente Privée Dentaire dont le lancement a eu lieu le mois dernier. Le concept a été salué par le monde dentaire dans sa globalité : praticiens, industriels...

Vous avez été nombreux à vous inscrire mais aussi à répondre à notre questionnaire. Nous avons pris en compte vos remarques constructives dans la perspective de notre seconde Vente qui aura lieu du mardi 20 mai 7h au lundi 26 mai 23h.

Continuez à nous aider à vous faire plaisir !



Patricia Levi
Directrice de la publication

Pour vous inscrire à Vente Privée Dentaire, rendez-vous sur www.lefildentaire.com/vente-privee-dentaire



**Essayez-nous...
VOTRE 1^{ERE}
CCM OFFERTE !**

**NOUS
FABRIQUONS
100%
DE VOS
PROTHÈSES**

**DOUBLE
CERTIFICATION
ISO 9001
13485**

www.sivpdentaire.com

01 40 54 89 24



Création CORNELIUS COMMUNICATION - 01 46 22 03 13 - www.cornelius-communication.com

SELECT ET ÉCO : 2 GAMMES
POUR RÉPONDRE ENCORE MIEUX À VOS BESOINS

PROTHÈSES ADJOINTES

Partiel FLEXITE
- 4 dents -



140 €
119 €

STELLITE

85 €
64 €



ZIRCONE
- unité -



138 €
105 €

PROTHÈSES CONJOINTES

Couronne
céramo-métallique



81 €
60 €



La gamme « Select » est fabriquée en France.
La gamme « Éco » est fabriquée dans notre
laboratoire en Turquie.

Sur simple appel, service ramassage :

01 60 03 78 02



Frais de transport
partout en France

GRATUIT

LDF-ZA de l'Ambréris-9^{bis} av. Jean Monnet-77270 Villeparisis



Laboratoire de Prothèses Dentaires

PRIX

L'Award est attribué à : l'Iperbond Ultra d'ITENA !



Déjà testé et approuvé par le laboratoire de Biomatériaux de l'Université Paris V- Montrouge lors de son lancement, l'Iperbond Ultra d'ITENA vient d'obtenir l'excellente note de 4 étoiles et demie auprès de Dental Advisor, l'organisme américain d'évaluation et de notification de référence. L'adhésif universel s'est également vu décerner l'Award Editor's Choice, une récompense honorifique, attribuée exclusivement aux produits les plus méritants du marché.

Ce ne sont pas moins de ces six derniers mois pour évaluer l'adhésif Iperbond Ultra d'ITENA. Au total, 22 consultants du Dental Advisor mobilisés et 516 manipulations, ont permis de tester : les propriétés de mouillage, l'épaisseur du film, le temps d'action et la polyvalence du produit. Résultat : 91% des praticiens ont attribué une évaluation favorable.

L'absence de sensibilité post-opératoires ainsi que la possibilité d'utiliser l'adhésif en mode dual, auto et photo-polymérisable, ont particulièrement été appréciés. L'Iperbond Ultra Activator rend en effet l'adhésif Iperbond Ultra chémo-polymérisable. Mais, c'est de loin, l'éventail des supports sur lequel l'adhésif peut être utilisé qui a été la clé du succès : adhésion sur l'émail et la dentine, les matériaux de restaurations tels que les composites, la céramique, la zircone, la porcelaine mais aussi les tenons en fibre de verre.

Enfin, l'Iperbond Ultra d'ITENA, est à ce jour, l'un des seuls adhésifs sur le marché qui offre aux praticiens le choix entre deux modes d'utilisation : en mode auto-mordançant (7^{ème} génération - SAM1) ou en mode mordançage & rinçage.



+ www.itena-clinical.com

À LIRE

Le Guide de l'Entrepreneur Chirurgien-dentiste

Par Julien Fraysse.

Quels sont les 10 facteurs clés de succès d'une gestion réussie ?

- SCP ou SELARL ?
- Quel régime fiscal choisir : BNC ou impôt sociétés ?
- Comment acquérir son local professionnel ?
- SCI : « To be or not to be à la TVA » ?
- Quelles sont les nouvelles règles applicables en matière de plus-value immobilière ?
- Comment intégrer un nouvel associé ?
- Faut-il opter pour l'amortissement linéaire ou dégressif ?

Se séparer de son associé : tout un programme !

Les différents types de baux face à face. La cessation du cabinet dentaire : aspects fiscaux. Les pièges de la rupture conventionnelle. L'achat du véhicule. Droit du travail : questions et réponses...

Dans cet ouvrage synthétique, Julien FRAYSSE, expert-comptable, analyse à la loupe les problématiques et spécificités des chirurgiens-dentistes. Que vous exerciez seul ou en groupe, que vous soyez novice ou averti, jeune médecin ou professionnel expérimenté, ce guide contribuera à vous aider à faire les bons choix, au bon moment.

Prix : 15 €

+ Éditions Julien Fraysse - Expert-Comptable
Tél. : 04 68 11 95 11 • jfraysse@fr.oleane.com
111 Pages



ANTHOGYR

La nouvelle filiale ANTHOGYR CHINA est opérationnelle !

C'est à Pékin, en mars 2014, qu'Anthogyr a ouvert sa huitième filiale : Anthogyr (Beijing) Medical Device Co., Ltd. Elle répond à la volonté des dirigeants de s'implanter en Chine, en passe de devenir le premier marché dentaire d'Asie.

Les praticiens chinois recherchent des produits innovants à haute valeur ajoutée. Ils sont également très sensibles au savoir-faire français et à une politique de prix « juste ». C'est en ce sens que l'offre globale Anthogyr représente une alternative attractive sur ce marché. Depuis 65 ans, la société apporte une réponse fiable aux implantologues du monde entier en fabriquant, en France, des produits accessibles et de grande qualité.

Afin de présenter l'offre globale à ses prospects, Anthogyr a participé du 4 au 6 avril dernier, au salon IDEM de Singapour avec un stand aux couleurs de la marque. Pour soutenir les équipes locales, la direction avait répondu présente à cet événement de référence qui marque les débuts très prometteurs d'Anthogyr en Asie.

Preuve de son engagement sur ce marché, le site internet Anthogyr en chinois verra le jour avant l'été !



+ www.anthogyr.com

NICHROMINOX

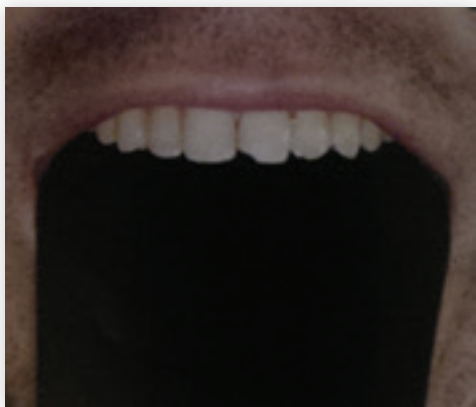
Contrastor Silicone CONFORT

Tel un écran noir, le Contrastor Silicone CONFORT donne du contraste à vos photos et permet de masquer les éléments inutiles. Facile d'utilisation, il s'introduit en bouche comme un miroir occlusal.

- Incassable, il est constitué d'une lame en acier inoxydable gainée de silicone noir mat.
- Modelable, il peut être déformé avec les doigts pour adapter sa forme à la position de la bouche.
- Confortable, il est très doux au toucher et apporte davantage de confort au patient.
- Résistant aux différents produits de décontamination et de lavage, il est également autoclavable (134°).

Disponible en 2 tailles :
palatin adulte (réf.190781)
et enfant (réf.190782).
Prix : 34 € TTC

+ Tél. : 04 78 74 04 15
office@nichrominox.fr



WWW.MONSITEDENTISTE.COM

Site internet de cabinet : 2 formules au choix



Vous êtes plutôt à l'aise avec l'outil informatique et vous aimez vous impliquer dans la gestion de vos contenus alors la Formule Liberté est faite pour vous. Elle vous offre la possibilité de personnaliser et modifier vous-même votre site à volonté, via les outils d'administration mis à votre disposition. Vous n'aurez besoin que de quelques minutes pour obtenir votre site.

Vous êtes souvent débordé et préférez déléguer à des professionnels avisés, la formule SERENITE est parfaitement adaptée à vos besoins. En choisissant cette formule, l'équipe de monsite-dentiste.com se charge de tout. Elle s'engage à intégrer sous 24h (jour ouvré) les informations nécessaires à initialiser le site, ou le modifier par la suite (nom, prénom, adresse, texte d'accueil, photos, etc.) que vous aurez pris soin de leur communiquer, via un formulaire disponible sur leur site.

Après le règlement de la création de votre site (40 € HT), vous n'avez aucun engagement d'achat pour la suite.

Le site du cabinet en 5 minutes

La formule LIBERTÉ : 32 € HT / mois

Le site du cabinet en 24 heures

La formule SÉRÉNITÉ : 40 € HT pour créer le site, puis 37 € HT / mois

Quelle que soit l'offre que vous désirez souscrire, vous bénéficierez d'une période d'essai d'une semaine entièrement gratuite et sans aucune obligation d'achat ainsi que de multiples services et d'engagements de l'enseigne consultables sur le site **www.monsitedentiste.com**.

Plus qu'à sauter le pas !

NOUVEAUTÉ

Apple : bientôt un carnet de santé connecté ?

Apple s'apprêterait à lancer un projet de carnet de santé connecté ; c'est en tout cas ce qu'a récemment révélé le site 9to5Mac. D'après ses sources, la firme serait en train de travailler à la mise en place d'un HealthBook intégré à iOS8 (la prochaine version du système d'exploitation de l'iPhone et de l'iPad), qui permettrait d'enregistrer des données relatives à la santé de l'utilisateur. L'information est sérieuse puisqu'on sait qu'Apple a fait appel ces derniers mois à des spécialistes de la santé pour renforcer son équipe.

Il sera ainsi bientôt possible pour les utilisateurs d'iPhone et d'iPad d'enregistrer des informations concernant leur poids, leur taille, leur pression artérielle, leur fréquence cardiaque, leur nutrition, leur sommeil, ou encore, pour les personnes diabétique, leur glycémie. Un onglet devrait également reprendre les informations indispensables en cas d'urgence (groupe sanguin, allergies, statut de donneur d'organes). Reste à savoir comment fonctionnera cette application : elle nécessitera probablement des périphériques faisant office de capteurs, comme l'iWatch, une montre connectée dont la sortie se fait encore attendre.

+ source : Journal du Net

GACD

AVEC VOUS
AU-DELÀ DU PRIX



Laurent CHOMETON

“ Tout en conservant la couleur jaune qui fait partie de l’ADN de la marque, le logo a évolué vers une forme carrée, traduisant l’écoute, la flexibilité, la simplicité et la modernité. Ce nouveau logo est opérationnel, il sera décliné pour illustrer certaines spécialités comme l’Orthodontie et l’Implantologie et certains produits et services spécifiques comme l’Équipement et l’Imagerie ”

La nouvelle identité de GACD

Rencontre avec Laurent Chometon, directeur général de GACD

Après plusieurs années au service du géant de la distribution DARTY, vous avez rejoint, il y a 6 mois, le leader de la VPC dentaire GACD, au poste de Directeur Général. Quelques mots sur votre parcours ?

Je suis effectivement depuis 6 mois chez GACD et j’ai le plaisir d’y découvrir un univers dentaire qui m’était quasiment inconnu jusqu’ici, y compris en tant que patient puisque j’ai pu en avoir l’occasion de fréquenter les cabinets dentaires en dehors des visites annuelles. C’est donc un moment important de découverte d’un univers très technique et difficile d’accès parce qu’il relève d’une certaine expertise.

Ceci étant dit, cela fait 20 ans que j’œuvre dans la distribution et les sujets que nous avons à traiter chez GACD pour servir au mieux nos clients sont des sujets de distribution : sélectionner le bon assortiment avec l’aide de nos dentistes-conseils, avoir une politique de prix qui corresponde aux attentes des clients, développer nos gammes pour le meilleur rapport qualité-prix, adapter des méthodes de vente pour le web. Ce sont des sujets que j’ai déjà pu aborder au cours des 17 années passées dans l’alimentaire au sein du Groupe Casino, puis plus récemment dans la distribution spécialisée chez Darty.

Plusieurs analogies entre votre parcours et l'histoire de GACD laissent penser que vous n'êtes pas arrivé par hasard. Sur quel constat avez-vous pris vos fonctions et vers quels objectifs ?

Armand Stemmer, chirurgien-dentiste, a fondé GACD en 1979, avec le succès que l'on connaît. Après 35 années de services auprès de la Profession, il s'est posé la question d'une réflexion stratégique pour accompagner les changements que l'on perçoit dans le monde dentaire. C'est ainsi que nous nous sommes rencontrés. Au début, nous pensions que nous n'avions probablement pas grand-chose à faire ensemble. D'abord, parce que l'univers dentaire m'était inconnu, qu'il porte sur un petit nombre de clients très experts alors que mon expérience relevait d'un très grand nombre de clients moins experts... Puis, nous nous sommes finalement rendu compte que les besoins des clients de Darty n'étaient pas si différents de ceux des chirurgiens-dentistes : avoir le meilleur prix bien sûr, et aussi être certains qu'ils font le meilleur choix en fonction de leur manière à eux d'utiliser le produit, et enfin d'être accompagnés avec des services qui rassurent ou font gagner du temps.

“ Nous nous sommes finalement rendu compte que les besoins des clients de Darty n'étaient pas si différents de ceux des chirurgiens-dentistes „

Quels moyens avez-vous déployé pour cerner au mieux les attentes de la profession et orienter votre transformation ?

Nous avons fait un état des lieux du marché – des clients, des concurrents... – et surtout nous avons interrogé les clients actuels ou potentiels sur leurs attentes. Ainsi, 750 praticiens ont répondu fin 2013 à notre questionnaire. Nous avons aussi réalisé des tables rondes avec des prati-

ciens afin de les faire réagir sur des idées pour murir notre réflexion. Le résultat de ce travail est venu conforter l'idée que le marché attendait vraisemblablement autre chose que des produits et des prix.

Quel est la valeur ajoutée des évolutions que vous allez apporter pour le dentiste, client final de GACD ?

Notre valeur ajoutée, ce n'est pas le prix. Certes, nous avons fait un travail pour se remettre au meilleur prix du marché. C'est un lourd investissement, vous pouvez en voir les résultats dans nos prix au quotidien depuis mars 2014. Mais ce n'est pas ça qui va aider nos clients au quotidien. Alors, nous avons entamé une démarche pour apporter des nouveaux services : la livraison toujours plus rapide, avec désormais 20 000 références livrées le lendemain de la commande dans toute la France. Un nouveau site web permet désormais de passer sa commande 24 heures sur 24 en quelques clics, en repartant de ses commandes précédentes. Ainsi, nos clients peuvent à leur guise réaliser leurs opérations via le site web ou par téléphone, voire les deux ! C'est le principe du cross-canal que nous appliquons. Cela paraît très basique mais cela n'existe pas dans le dentaire. Nous allons proposer presque chaque mois des services nouveaux, puisque la principale demande des praticiens a été de leur faire gagner du temps.

Depuis quelques temps, GACD est présent sur le terrain de la formation et la notion de services est omniprésente dans les traits de sa nouvelle identité, en êtes-vous le précurseur ?

GACD organise un cycle de conférences et de travaux pratiques souvent en partenariat avec les fabricants. Cela permet d'accompagner les praticiens qui le souhaitent dans l'utilisation des nouveaux produits ou protocoles. Nous accueillons dans nos locaux de très nombreuses manifestations nous ne sommes pas les organisateurs, parce que c'est aussi le rôle d'un leader. Les chirurgiens-dentistes nous demandent de leur proposer des thèmes d'actualité qui leur simplifient la vie. Nous avons par exemple inauguré un nouveau cycle sur les postures pour les aider à limiter les problèmes de dos.

Quels sont les chantiers qui restent en friche auxquels vous souhaitez vous atteler dans les prochains mois ?



Tellement de choses doivent encore être réalisées dans les prochains mois ! Je compte aussi beaucoup sur nos clients pour nous dire comment nous améliorer. J'attache une importance toute particulière à ces messages. Il suffit de se connecter sur notre site pour nous en adresser.

L'univers du dentaire est une découverte pour vous. Quelle vision en avez-vous pour les prochaines années ?

Ce serait présomptueux d'avoir une vision du marché après 6 mois. Néanmoins, mon expérience dans des univers où le marketing est très développé me laisse penser que les praticiens ont énormément à gagner en faisant de la pédagogie auprès de leurs patients. En étant justement passé du statut de patient à celui d'acteur de ce marché, je réalise qu'il y a de jolies histoires à raconter à un patient – et qui vont l'intéresser – sur la qualité des produits mis en œuvre, l'utilisation d'un nouveau protocole, le temps qu'il gagne en faisant la panoramique sur place, voire une panoramique 3D utilisable en implantologie. Regardez les yeux émerveillés de celui à qui vous expliquez l'empreinte numérique de sa bouche et la fabrication de sa prothèse avec l'aide de la CFAO ! Tous ces éléments sont des opportunités majeures pour valoriser le savoir-faire de la profession. ●

Technique de prévisualisation : projet esthétique et guide de préparation dentaire



Dr Cyril GAILLARD
DU de réhabilitation chirurgicale maxillo-faciale
CES prothèses fixées
CES prothèses amovibles
Fondateur de Global Advanced Dentistry

L'évolution des normes esthétiques détermine des changements majeurs dans le domaine dentaire. De plus en plus de patients sont à la recherche d'améliorations esthétiques de leur apparence grâce à des changements de couleur, de forme et de volume dentaire.

Ces patients reçoivent des informations de médias de masse tels que les journaux, les magazines de mode, la télévision. Les publicités créent souvent des attentes élevées. Il est obligatoire pour nous, dentiste, de comprendre ces attentes, d'être en mesure de les élaborer et de les intégrer dans le plan de traitement proposé.

La caractéristique de la prévisualisation va nous permettre d'évaluer de façon dynamique le plan de traitement et la préparation de l'émail sera plus prudente et minimalement invasive

Il est important d'interagir et d'échanger des idées avec le patient, afin qu'il puisse nous diriger vers le résultat qui est le plus satisfaisant pour lui. Un grand avantage de la technique numérique est la possibilité de modifier notre travail d'une manière relativement simple et rapide. Une fois que nous obtenons un résultat satisfaisant, nous pouvons soit l'enregistrer sur l'ordinateur ou imprimer une copie sur papier. Le technicien dentaire doit faire partie du processus, car il devra mémoriser toutes les informations qui nous seront utiles pour le wax-up.

Présentation de cas

Une jeune femme de 28 ans se présente au cabinet avec une demande esthétique.

Objectifs

L'objectif est d'harmoniser son sourire en réhabilitation minimalement invasive. Après avoir discuté des options de restauration, nous optons pour le traitement le plus approprié avec 4 restaurations en facette céramique.

Pour éviter les fausses attentes, nous pouvons compter sur une technique qui, si méticuleusement appliquée, peut exactement montrer au patient que le résultat proposé ressemblera au résultat final.

Déroulement du traitement

1. Réalisation du diagnostic esthétique.
2. Transmission au laboratoire.
3. Création d'un wax-up sur les dents antérieures pour corriger l'esthétique.
4. Tester et valider la maquette esthétique (mock-up), réalisée à partir du wax-up.
5. Collage des facettes en disilicate de lithium.

La planification de la reconstruction

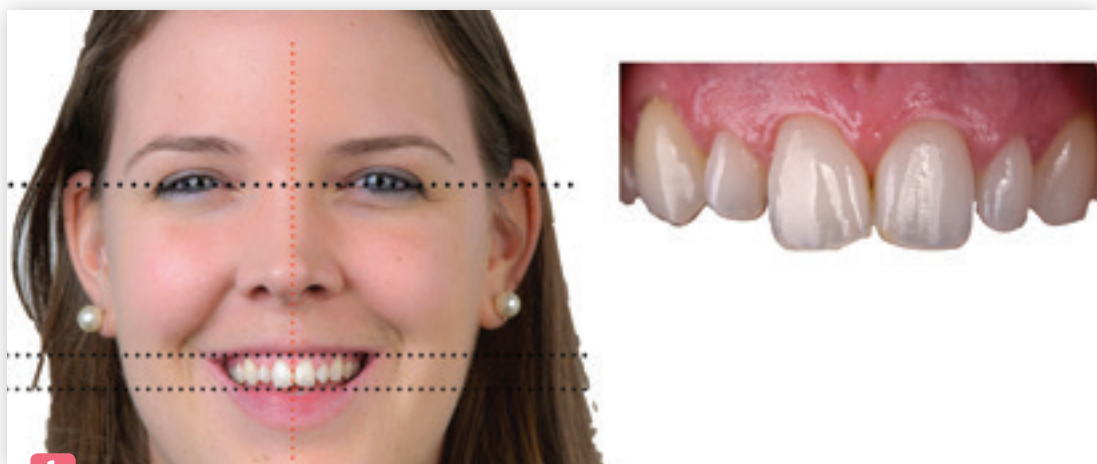


Fig. 1 : étude des proportions entre les yeux et le sourire.

Ce qui est important pour l'étude esthétique c'est la prise photographique. 2 photographies nous sont indispensables :

- le visage de la patiente avec un sourire large
- la photo intra buccale

Les photos sont insérées dans le logiciel power-point et keynote. Nous traçons :

- la ligne bipupillaire,
- la ligne bicommissurable,
- la ligne verticale du milieu de la face.

Nous réalisons un copier/coller de la ligne bipupillaire et bicommissurable et positionnons cette dernière au niveau des bords libres des incisives.



2



3



4



5



6

Fig. 2 : sur la vue intra buccale, nous reportons la ligne verticale du milieu de la face et les lignes bi pupillaire et bi commissurable.

Fig. 3 et 4 : nous évaluons la position de la lèvre inférieure lors du sourire. Cela va me permettre de déterminer la future longueur des incisives centrales.

Fig. 5 : nous reportons en intra buccal les éléments suivants :

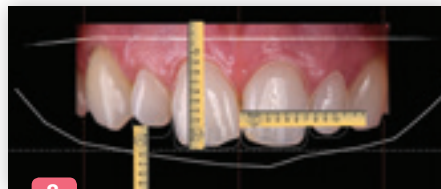
- position de la lèvre inférieure et supérieure,
- la ligne verticale du milieu de la face
- la ligne bi pupillaire

Fig. 6 : nous créons 4 rectangles simulant la longueur et la largeur des futures incisives centrales et latérales.



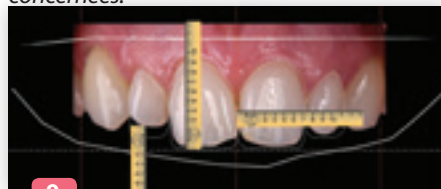
7

Fig. 7 : à l'intérieur de ces rectangles nous dessinons les futures incisives.



8

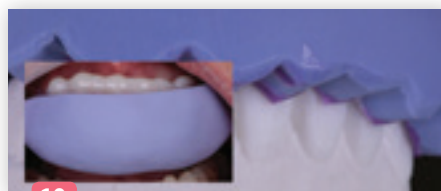
Fig. 8 : les rectangles sont ensuite supprimés. Il ne reste que la simulation du futur sourire. A l'aide d'une règle digitale, nous pouvons mesurer les modifications à apporter en longueur et largeur sur toutes les dents concernées.



9

Fig. 9 : les mesures de l'étude virtuelle sur l'ordinateur sont transférées au laboratoire de prothèse. Le technicien réalise un wax-up sur modèle en plâtre dur tiré d'une empreinte en silicone

Enfin, une clef en silicone de la cire est faite au laboratoire.



10

Fig. 10 : après avoir confectionné le wax up, nous réalisons sur celui-ci des clefs en silicone qui nous serviront pour le contrôle des préparations, la réalisation du mock up, la réalisation des provisoires. La clef est mise en bouche avec du composite pour provisoire. Préalablement, l'émail des faces vestibulaires des dents peut-être mordancé pour améliorer la rétention.

La clef en silicone englobe deux dents de part et d'autre des futures dents préparées et est perforée au niveau postérieur afin de vérifier l'enfoncement lors de son positionnement en bouche. Du composite pour provisoire (type Provitemp, Bisico) est injecté dans la clef, puis cette dernière est mise en bouche sur les dents non préparées. La clef est ensuite retirée, les excès éliminés à l'aide d'une fraise Arkansas.



11

Fig. 11 : mock up en bouche pour validation par le patient.

Il est encore possible d'apporter des modifications au projet esthétique.

Le MOCK UP est un artifice provisoire en composite issu d'une cire de diagnostic. Positionné, il sert de projet esthétique et de guide de préparation dentaire pour facettes céramiques. Pour rendre la maquette en bouche (mock up) plus naturelle, nous utilisons des colorants (type Tetric Color Ivoclar Vivadent) en augmentant la saturation à l'aide de colorants.

Cette maquette peut être portée par le patient pendant quelques jours. Nous nous assurons comme cela que le projet esthétique est adapté à ce dernier, à sa personnalité, à son souhait de changements. Pour que le mock up tienne dans le temps, il peut être nécessaire de mordancer légèrement les dents supports.

Fabrication du mock up

Les dents sont nettoyées avec une brosse rotative et une pâte prophylactique, séchées et maintenues à sec avec un spray d'air. Dans le même temps, le matériau de type résine composite est injecté dans l'empreinte en silicone et pressée sur les dents du patient. Avant de retirer l'empreinte en silicone, il est important d'attendre le durcissement complet du matériau composite. Habituellement, la maquette ne présente aucune déformation ou vide, dans la grande majorité des cas, aucune correction sont nécessaire. Le matériau, après l'enlèvement de la couche superficielle non entièrement polymérisé en raison de la présence d'oxygène, semble lisse et reproduit tous les détails les plus fins de la cire de macro et micro-texture. Il est important d'enlever les excès palatins.

Les nouvelles photos sont prises et immédiatement communiquées au patient. Il est très important de prendre des photos à une distance sociale, encadrant l'ensemble du visage. Si le champ de vision est trop petit, l'attention est attirée sur les petits détails au lieu de l'ensemble du résultat esthétique. La maquette peut être laissée sur les dents

>>>

Technique de prévisualisation : projet esthétique et guide de préparation dentaire (suite)

du patient pour une semaine ou deux, pour donner la possibilité de faire l'essai « le résultat final. Il sera possible de montrer le nouveau sourire à des amis, collègues et membres de la famille, afin d'obtenir des commentaires et des avis. Après cette période d'essai, le patient sera en mesure de décider s'il convient de poursuivre le traitement définitif.



Fig. 12 : les fraises boules diamantées sont utilisées pour réaliser les rainures servant de repère de profondeur pour la réduction d'épaisseur vestibulaire.

La rainure médiane est plus importante que la rainure cervicale.

Les préparations dentaires vont se faire sur la maquette puis en bouche. L'objectif est de réaliser des préparations homothétiques en fonction du volume des futures restaurations. Les épaisseurs de préparations sont de 0,5 mm en cervical, 0,7 mm en médian et 1,5 mm pour le bord incisif. Des rainures vestibulaires sont réalisées sur la maquette à l'aide d'une fraise boule. Cela permet des repères de profondeur pour la réduction d'épaisseur amélaire.



Fig. 13 : une ligne graphite est tracée dans les rainures afin de ne pas sur-préparer les dents.

Un trait de crayon mine graphite est ensuite tracé dans les rainures puis nous préparons les dents avec une fraise congé jusqu'à disparition de ces traits. Les finitions consistent en la séparation des dents avec un disque très fin pour améliorer la prise d'empreinte et faciliter le travail du laboratoire lors de la préparation des dies. Si des zones de dentine ont été exposées lors des préparations, nous procédons au scellement de ces zones avec un adhésif dentinaire. ●

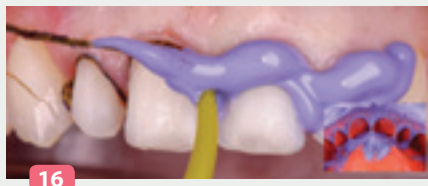


Fig. 14 : préparation dentaire terminée. Clef en silicone pour valider si nous avons préparé suffisamment les dents. À ce stade des maquettes, nous pouvons alors ajuster la position des bords libres pour atteindre un résultat optimal.

Fig. 15 : polissage final.

Fig. 16 : empreinte.

Fig. 17 : collage sous digue.

Fig. 18 : vues finales des restaurations. Le résultat est une reproduction du projet esthétique. L'impact sur le sourire, et donc sur l'expression du visage de la patiente, est immédiat.

Conclusion

Les restaurations dentaires doivent s'intégrer de manière biologique, fonctionnelle et esthétique. La réalisation des maquettes nous permet de tester ces trois paramètres avant d'entreprendre un traitement irréversible. Elles permettent d'optimiser nos préparations afin d'avoir des tailles à minima et de conserver un maximum d'émail pour un collage plus efficace.

Une révolution dans le domaine des restaurations antérieures directes

Cette facette pré-fabriquée en céramique représente une nouvelle génération de restauration esthétique, combinant la facilité d'ajustage du composite et la finition parfaite de la céramique.

- Plus naturelle et brillante que le composite
- Résistante (195 MPa) et facile à travailler avec une pièce à main
- Demande beaucoup moins de polissages dans le temps
- Opacité à 35%, facilité d'ajustage des teintes
- 5 tailles différentes, 8 facettes disponibles (pré-molaire à pré-molaire)

Exemples d'applications cliniques

- Restauration de dents mal alignées, fracturées...
- Augmentation de la hauteur gingivale
- Fermeture de diastèmes
- Restauration des couronnes et/ou bridges anciens
- Renforcement des dents usées
- Blanchiment permanent des dents tâchées, colorées

Avant

Après



duo PCH™

Porcelain Composite Hybrid

Une solution esthétique, rapide et abordable pour toutes vos restaurations directes. Une innovation DenMat

Renseignements :

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

Tecalliage
 L'ART DENTAIRE

Duo:PCH est un produit de la société DenMat LLC.
 Duo:PCH est un dispositif médical de classe IIa selon la Directive Européenne 93/42 CEE. Marquage CE0459. Lire attentivement la notice. Les Duo:PCH ne font pas l'objet d'une cotation pour leur remboursement par la Sécurité Sociale.

Facettes en céramique sur dents dévitalisées : une option clinique envisageable ?



Dr Olivier ETIENNE
Chirurgien-dentiste



Dominique WATZKI
Prothésiste dentaire

Le traitement esthétique d'une dent antérieure dévitalisée et dyschromiée représente un véritable défi en pratique clinique. En premier lieu, les techniques d'éclaircissement interne doivent être appliquées avec rigueur car elles constituent l'option la moins délabrante¹⁻². Cependant, certaines colorations s'avèrent parfois résistantes à ces techniques, et la question légitime qui se pose alors est d'envisager la solution restauratrice la plus préservatrice possible³.

Il est acquis depuis plus de 20 ans maintenant que le comportement biomécanique, et notamment la résistance de l'organe dentaire résiduel, est directement lié à la perte des tissus dentaires et non à l'absence d'une pulpe centrale⁴. En effet, l'impact de la « déshydratation » est minimal comparé au volume dentaire perdu, soit suite au processus carieux, soit suite à la préparation du praticien.

Les études évaluant le pourcentage de perte tissulaire selon le type de restauration réalisée montrent un différentiel de 15 à 20% entre la facette et la couronne périphérique⁵⁻⁶. Dès lors, il paraît judicieux d'envisager une intervention a minima, préservant au maximum le tissu amélaire périphérique, et permettant de contrôler l'esthétique finale de la restauration. En ce sens, la facette en céramique collée constitue une option thérapeutique de choix, pour

peu que le délabrement initial de la dent ne soit pas trop important⁷⁻¹⁰. Elle bénéficie d'un recul clinique important et de taux de succès exceptionnels¹¹.

Protocole clinique

L'anamnèse et les examens cliniques

L'anamnèse et l'examen clinique doivent permettre d'identifier la cause initiale et le délai d'existence de la dyschromie. Selon que l'origine de la dévitalisation ait été traumatique (nécrose) ou carieuse, le délabrement est limité à une cavité d'accès endodontique ou à l'association de celle-ci avec des restaurations directes sur les quatre faces de la dent. Ces informations cliniques sont ensuite complétées par des examens radiographiques qui permettent alors d'évaluer la perte tissulaire globale (fig. 1). Enfin, les rapports dento-gingivaux sont analysés et modifiés si nécessaire¹².

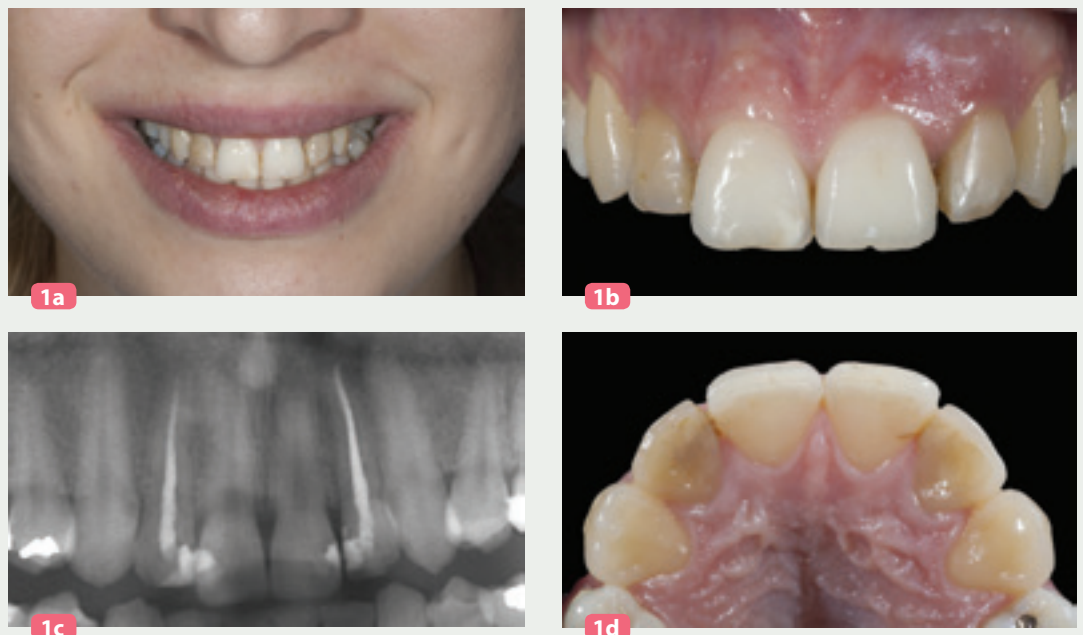


Fig. 1 : le sourire initial de cette jeune patiente âgée de 27 ans laisse apparaître une dysharmonie chromatique (a). Les examens cliniques intra-buccaux (b) et radiographiques (c) permettent d'identifier l'étiologie de ces dyschromies comme étant liée à des traitements endodontiques anciens sur 12 et 22.

De plus, ces examens permettent de déterminer avec précision l'étendue des pertes de substances amélo-dentaires. En vue palatine, les cavités d'accès endodontiques apparaissent réduites (d) et indépendantes des restaurations directes proximales et angulaires au composite.

CONTACT

Esthet Pratical.
67 000 Strasbourg
www.est-p.fr



Fig. 2 : l'éclaircissement interne, à base d'eau et de perborate de sodium, constitue la prise en charge initiale et parfois suffisante de ce type de dyschromie. Il est avantageusement associé à un éclaircissement externe qui permet d'équilibrer les différences entre dents. Dans un premier temps, la cavité d'accès doit être ré-ouverte et l'ancien composite entièrement éliminé (a). Le traitement endodontique est alors renouvelé avant d'être recouvert d'un bouchon étanche (ciment verre-ionomère). Ce dernier ne doit pas dépasser la hauteur gingivale. Enfin, le mélange actif à base d'eau et de perborate de sodium est inséré dans la cavité (b), recouvert lui aussi d'un bouchon étanche puis laissé en place une semaine. Ici, après 3 séances d'éclaircissement interne, la coloration des 12 et 22 est moins intense mais reste marquée (c).



Fig. 3 : l'analyse esthétique rapide confirme le bon alignement des zéniths gingivaux mais le manque de longueur des bords libres restaurés (a). Dans ces cas simples, un masque esthétique indirect est inutile et peut être remplacé par un masque direct (mock-up direct) réalisé rapidement en composite (b). Le recours à des fraises calibrées permet de marquer les profondeurs souhaitées dans la face vestibulaire comme sur le bord libre (c). La préparation finale est guidée par le double objectif du respect de l'émail et du recouvrement total des anciennes restaurations composites (d).

Les techniques d'éclaircissement

Une approche basée sur les techniques d'éclaircissement interne et externe doit toujours être initiée en première intention (fig. 2). Dans la plupart des cas, ces techniques permettent d'obtenir des résultats satisfaisants. Si tel n'est pas le cas, les techniques d'éclaircissement permettent au moins une amélioration de la couleur du support de collage et facilitent ainsi le choix d'une vitrocéramique plus translucide qui offre un meilleur rendu esthétique¹³⁻¹⁴.

La résistance résiduelle et la forme de la préparation

Le critère de résistance mécanique principal sur les dents maxillaires antérieures est la présence d'une continuité de l'émail périphérique. La présence de restaurations proximales et surtout leurs profondeurs et leurs extensions vestibulo-palatines, doivent être considérées dès le début du traitement car elles conditionnent la forme de préparation de la facette, voire sa contre-indication au profit d'une préparation périphérique s'il le faut. L'examen fonctionnel vient compléter l'analyse de la perte tissulaire afin de poser l'indication de traitement par facette ou par couronne périphérique. Lorsque la dynamique occlusale est répartie sur l'ensemble des faces palatines des incisives-canines, sans surcharge, le risque de fracture est exclusivement lié au délabrement initial.

Ainsi, plusieurs situations cliniques peuvent se présenter :

- cavité d'accès endodontique seule,
- cavité d'accès endodontique associée à une ou deux restaurations proximales de faible volume,
- cavité d'accès endodontique associée à une ou deux restaurations proximales de gros volume,
- cavité d'accès endodontique associée à une ou deux restaurations proximales de gros volume et une perte d'angle ou du bord libre.

Dans les deux premières situations, l'indication d'une facette paraît être la solution thérapeutique la plus adaptée. Dans les deux dernières, la nécessité de restaurer la face palatine pour assurer la fonction occlusale, comme la ligne de finition de la préparation, imposent plus souvent le recours à une restauration périphérique. Un autre concept est parfois évoqué : il consiste à renouveler tout d'abord les anciennes restaurations directes en composite puis à

>>>



4a



4b



4c



4d

Fig. 4 : une semaine après le collage, les tissus mous ont repris leur place grâce à l'excellent comportement autour de la céramique. Le rendu des proportions vestibulaires est équilibré par des lignes de transition judicieusement décalées vers le centre (a). En vue palatine, la limite de préparation répond à celle des anciens composites et reste à distance des cavités d'accès obturées, elles, uniquement avec du composite (b). L'occlusion statique et dynamique est vérifiée afin d'équilibrer les appuis sur les 6 dents antérieures (c). Enfin, le sourire permet d'évaluer le succès esthétique attendu (d).

Facettes en céramique sur dents devitalisées : une option clinique envisageable ? (suite)

La communication au laboratoire

La réalisation d'une facette sur une dent dyschromiée doit impérativement s'accompagner d'une transmission des informations de couleur, en particulier de la dent préparée, au laboratoire de prothèse. Dès lors, le céramiste détermine le degré de translucidité idéal de sa facette¹⁴. Il peut s'aider de dies en résine de couleur reproduisant la couleur de la dent préparée (die Material, Ivoclar-Vivadent)¹⁹.

Le collage

Après validation esthétique, le collage de la facette peut être envisagé. Il répond en tous points aux recommandations habituelles sur dents vitales⁶. Le recours à des systèmes adhésifs de type mordantage-rinçage est reconnu comme la meilleure option pour ce type d'indication (20-22). La préparation de la vitrocéramique fait appel à un protocole conventionnel de mordantage à l'acide fluorhydrique suivi d'un traitement au silane²³. Le collage sous digue garantit des conditions de travail optimales. Le contrôle à une semaine confirme l'excellente intégration esthétique des facettes dans le sourire de la patiente (fig. 4). ●

préparer la facette selon les lignes de finition classiques, laissant au final des limites prothétiques dans l'émail et dans le composite. Si cette option est séduisante sur le plan de la préservation des tissus, elle pose la question du comportement mécanique de ces interfaces dans le temps.

L'obturation de la cavité d'accès endodontique

La cavité d'accès doit être obturée à l'aide d'un matériau composite, éventuellement associé à un tenon en fibre de verre si la résistance des parois résiduelles est jugée trop faible. Dans ce cas, il est indispensable que le tenon soit entièrement recouvert d'une épaisseur conséquente de résine composite dans sa partie occlusale, sans quoi la salive pourrait s'insinuer au sein du tenon fibré et lui faire perdre en partie ses propriétés mécaniques.

La préparation de la facette

Les règles qui prévalent à la préparation d'une facette sur dent vitale sont tout aussi applicables à la dent devitalisée¹⁵⁻¹⁶. En particulier, le respect d'une préparation limitée à l'émail permet d'assurer la continuité de la ceinture amélaire et de maximiser l'adhésion de la céramique, garants de la pérennité de la facette¹⁷. Pour ce faire, les protocoles de pénétration contrôlée associés ou non à un masque (mock-up) sont indispensables (fig. 3). La forme de la préparation est conditionnée par l'objectif de recouvrement des restaurations directes préexistantes. Une attention particulière doit être portée à la position d'un éventuel retour palatin qui doit impérativement éviter la zone la plus concave de la face palatine, sujette à des contraintes mécaniques importantes et un risque de fracture accru¹⁸.

Conclusion

L'avènement du collage et des céramiques résistantes associé à une meilleure compréhension des principes biomécaniques de la dent nous conduisent logiquement à repousser sans cesse les limites des indications thérapeutiques des facettes²⁴. Dès lors que la restauration envisagée répond aux principes biomimétiques de reconstruction de l'organe dentaire, il est légitime de rechercher la solution technique la moins délabrante. Il en est ainsi des dents devitalisées ne présentant pas de délèvements périphériques trop importants et qui tirent pleinement partie de la restauration par facette en céramique collée.

>>>

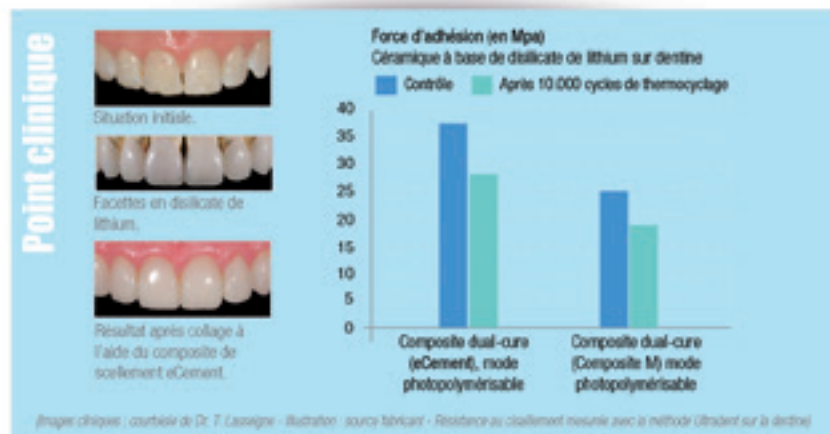
eCEMENT™

1 seul Kit
pour le scellement adhésif
de vos restaurations en disilicate de lithium
type IPS e.max®*

- Universel
- 2 versions : photopolymérisable ou dual-cure
- 4 teintes : 3 en version photo (A1 - Translucide - Milky White), 1 en version dual-cure (Universel)
- Propriétés mécaniques uniques
- Radio-opaque
- Elimination facile des excès
- Très faible épaisseur du film
- En seringues conventionnelles (version photo) ou en seringue automélangeuse (version dual-cure)

eCement est un nouveau composite d'assemblage universel, il est utilisé avec succès pour le collage de facettes, coiffes, bridges ou toute autre pièce prothétique réalisée en CFAO à partir de blocs de disilicate de lithium.

eCement existe en version photopolymérisable (teintes A1, translucide et blanc laiteux) pour les facettes fines et translucides et en version dual-cure (teinte universelle) pour des facettes plus épaisses et/ou opaques afin d'éliminer tout risque d'insuffisance de polymérisation.



*IPS e.max est une marque déposée d'IVOCLAR Vivadent, Inc. Il n'existe pas de partenariat, d'affiliation ou de connexion entre BISICO, Inc. et IVOCLAR Vivadent, Inc.

Ce Dispositif Médical est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE 0459 INE/G-MED - Classe IIa - BISICO. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le Dispositif Médical ou sur l'étiquetage remis. Non remboursé par les organismes d'assurance santé. Publicité eCement (ZZ 1132) - V2 - 04/2014



À LIRE

¹ **MIARA A, MIARA P.**
Traitement des dyschromies en odontologie. *Edition CdP P, editor*2006.

² **FAUCHER J-A, PIGNOLY C, KOUBI G, BROUILLET J-L, HUMEAU A, TOCA E, ET AL.**
Les dyschromies dentaires: de l'éclaircissement aux facettes céramiques. *Edition CdP P, editor*2001.

³ **TIRLET G, ATTAL JP.**
Le gradient thérapeutique. *L'information dentaire.* 2009;41/42:2561-8.

⁴ **REEH ES, MESSER HH, DOUGLAS WH.**
Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures. *Journal of endodontics.* 1989;15(11):512-6.

⁵ **EDELHOFF D, SORENSEN JA.**
Tooth structure removal associated with various preparation designs for posterior teeth. *The International journal of periodontics & restorative dentistry.*2002;22(3):241-9.

⁶ **ETIENNE O.**
Facettes en céramique. *Memento, editor. Paris : Ed.CdP;* 2013.

⁷ **MANKOOT.**
Discussion: the ideal restoration of endodontically treated teeth: structural and esthetic

considerations. *Eur J Esthet Dent.* 2013;8(2):269-77.

⁸ **MEYENBERG K.**
The ideal restoration of endodontically treated teeth - structural and esthetic considerations: a review of the literature and clinical guidelines for the restorative clinician. *Eur J Esthet Dent.*2013;8(2):238-68.

⁹ **MEYENBERG KH.**
Nonvital teeth and porcelain laminate veneers--a contradiction? *Eur J Esthet Dent.* 2006;1(3):192-206.

¹¹ **TANG W, WU Y, SMALES RJ.**
Identifying and reducing risks for potential fractures in endodontically treated teeth. *Journal of endodontics.* 2010;36(4):609-17.

¹² **BURKE FJ.**
Survival rates for porcelain laminate veneers with special reference to the effect of preparation in dentin: a literature review. *Journal of esthetic and restorative dentistry : official publication of the American Academy of Esthetic Dentistry [et al].* 2012;24(4):257-65.

¹² **ETIENNE O.**
Facettes en céramique et gingivectomies : une approche a minima pour une esthétique maximale. *Réal Clin.* 2013;24(4):99-104.

¹³ **ETIENNE O, HAJTO J.**
Les matériaux céramique en « prothèse sans métal ». *Cah de Proth.* 2011;155:5-13.

¹⁴ **MARGOSSIAN P, LABORDE G.**
Propriétés optiques des systèmes céramo-céramiques : implications cliniques. *Clinic.* 2007;28(1):453-61.

¹⁵ **ETIENNE O.**
Préparations pour céramiques collées : technique des masques et préservation tissulaire. *Réalités Cliniques.* 2010;21(4):289-97.

¹⁶ **ETIENNE O.**
Préparation des facettes en céramique. *Info Dent.* 2012;19:23-6.

¹⁷ **GUREL G, MORIMOTO S, CALAMITA MA, COACHMAN C, SESMA N.**
Clinical performance of porcelain laminate veneers: outcomes of the aesthetic pre-evaluative temporary (APT) technique. *The International journal of periodontics & restorative dentistry.* 2012;32(6):625-35.

¹⁸ **GÜREL G.**
Les facettes en céramique - De la théorie à la pratique. *Quintessence Internationale;* 2005.

¹⁹ **ETIENNE O, WATZKI D.**
Préparation des modèles de travail en tout céramique : jouer avec la translucidité. *Strategie Proth.* 2009;9(3):177-84.

²⁰ **LEHMANN N, ALLARD Y.**
Ciments, colles. Comment faire le bon choix ? Comment les utiliser ? *Clinic.* 2006;27(1):605-11.

²¹ **PEUMANS M, KANUMILLI P, DE MUNCK J, VAN LANDUYT K, LAMBRECHTS P, VAN MEERBEEK B.**
Clinical effectiveness of contemporary adhesives: a systematic review of current clinical trials. *Dental materials: official publication of the Academy of Dental Materials.* 2005;21(9):864-81.

²² **PILAVYAN E, ANCKENMANN L, ETIENNE O.**
Assemblage des restaurations usinées en céramique : un choix raisonné. *Strategie Proth.* 2014;14(2).

²³ **PEUMANS M, HIKITA K, DE MUNCK J, VAN LANDUYT K, POITEVIN A, LAMBRECHTS P, ET AL.**
Effects of ceramic surface treatments on the bond strength of an adhesive luting agent to CAD-CAM ceramic. *J Dent.* 2007;35(4):282-8.

²⁴ **TIRLET G, BAZOS P.**
La « Biomimétique » : Un concept contemporain au cœur de la dentisterie adhésive. *Réal Clin.* 2013;24(4).

Vente privée dentaire
jusqu'à **60%** sur des produits
DE GRANDES
marques



SOYEZ LES PREMIERS A EN PROFITER !

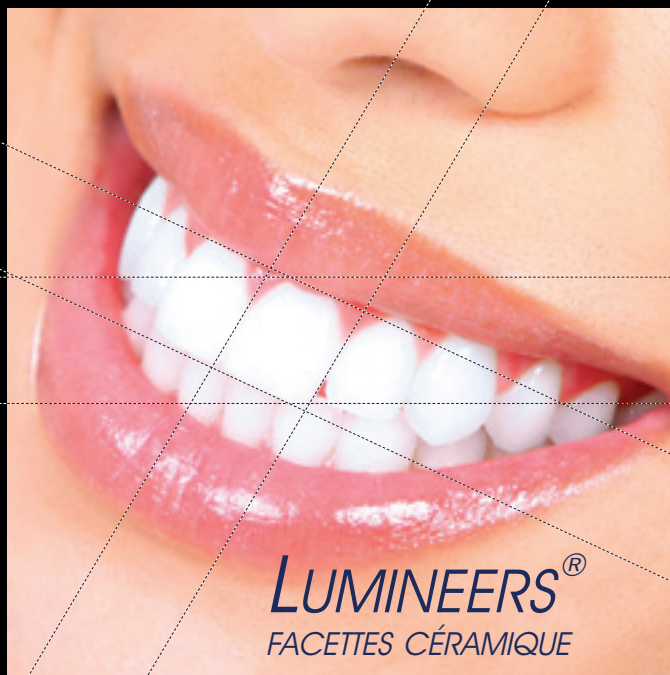
www.lefildentaire.com/vente-privee-dentaire

rochaine
Pvente
ÉVÉNEMENT
2014

du mardi 20 mai 7h

ou lundi 26 mai 23h

Une facette sur-mesure, un système non invasif



UN SOURIRE RETROUVÉ

- SANS ANESTHÉSIE
- SANS DÉTÉRIORATION DE LA STRUCTURE SENSIBLE DES DENTS

Lumineers by Cerinate, un produit Denmat des facettes céramique qui peuvent être aussi fines qu'une lentille de contact et qui sont posées sur les dents existantes, sans destruction de la structure sensible. 30 ans de recul clinique.

Séminaires 2014

Avec travaux pratiques

12 juin	Marseille
18 septembre.....	Nantes
9 octobre.....	Paris
13 novembre.....	Clermont-Ferrand
11 décembre.....	Lyon

Renseignements et inscriptions :

Tél. 02 32 50 69 96

info@tecalliage.fr

Retrouvez-nous sur www.tecalliage.fr

Lumineers est un produit de la société DenMat LLC.

Tecalliage
L'ART DENTAIRE

Modifier la position dentaire par des facettes en céramique : une option clinique envisageable ?



Dr Charles TOLEDANO
Chargé d'enseignement universitaire
Coordinateur du DU d'esthétique du sourire de Strasbourg



Dominique WATZKI
Prothésiste dentaire

Les indications des facettes collées

En accord avec la classification proposée par Magne P. et Belser U. en 2003¹ et avec le principe de préservation tissulaire schématisé par le gradient thérapeutique², 3 grandes indications justifient l'utilisation des facettes en céramique collées sur l'émail :

- la correction de couleur, dès lors que les dents sont réfractaires à un éclaircissement.
- les restaurations de grande étendue dues à des fractures, des érosions / usures ou des malformations généralisées.
- les modifications morphologiques majeures telles que les dents conoïdes, les diastèmes ou trous noirs et l'allongement des bords incisifs pour redonner aux incisives centrales leur prédominance dans le secteur esthétique.

Les modifications de positions dentaires font partie du domaine de l'orthodontie qui permet une préservation tissulaire totale au prix, toutefois, d'une durée de traitement longue, inconfortable, onéreuse et souvent inesthétique alors que la demande est justement esthétique. Ces inconvénients sont la cause de nombreux refus de patients pourtant complexés par leur sourire et qui sont en demande d'une solution rapide et fiable. Or, il est vrai que les progrès des protocoles de préparation et de collage de la céramique vitreuse nous permettent d'offrir parfois une alternative à ces patients refusant catégoriquement d'envisager un traitement orthodontique. Cette indication, controversée car invasive, des facettes collées pour corriger les malpositions dentaires ne peut toutefois être envisagée qu'à la condition qu'elle représente une solution pérenne avec un coût tissulaire le plus minime possible.

La fiabilité des facettes collées

Différentes études ont montré le taux de réussite élevé des facettes et une méta-analyse récente reposant sur la dentisterie basée sur la preuve (evidence based dentistry) conclut à un taux d'échec inférieur à 5 % à 5 ans et inférieur à 10 % à 10 ans³.

Les facettes en céramique représentent certainement aujourd'hui l'utilisation la plus esthétique des matériaux céramique, dans le respect maximal des

tissus et avec un taux de satisfaction des patients de 97,1 %⁴.

Nous savons en outre que le collage augmente la résistance des restaurations indirectes en composite ou en céramique en créant « un corps unique » entre la restauration en céramique et la dent⁵, à tel point que la force de cohésion de la céramique feldspathique mordancée et silanisée puis collée est supérieure à celle de la jonction émail/dentine naturelle et même à la cohésion propre de la céramique⁶.

Ce collage est maximal si :

- on conserve l'émail en quantité suffisante. Le collage sur la dentine est plus complexe et plus difficile ; pour le mener à bien, il est nécessaire d'utiliser une colle composite sans potentiel adhésif couplée à un adhésif avec mordantage et rinçage en 3 étapes (MR3)⁷, la dentine doit être mordancée à l'acide phosphorique pendant 15 secondes maximum avant d'être infiltrée par des monomères hydrophiles (primer) puis être recouverte de l'adhésif. Il est d'ailleurs préférable de polymériser ce dernier pour éviter que la rétraction de prise de la colle composite ne détruise la couche hybride nouvellement formée⁸.

La conservation de l'émail permet aussi la conservation quasi totale de la résistance mécanique de la dent préparée puis reconstituée par collage, en particulier si le fraisage ne concerne que le tiers superficiel de l'émail et si les points de contact sont préservés⁹.

- on utilise une céramique riche en verre, donc mordançable à l'acide fluorhydrique¹⁰.

Les facettes peuvent aussi être réalisées en composite mais, outre une moins bonne durée de vie et leur aspect (texture superficielle moins esthétique, opacité plus importante), une étude récente a montré que leur force d'adhésion avec la dent serait deux fois moins importante que celle des céramiques feldspathiques ou à base de disilicate de lithium¹¹.

Le sourire idéal

La consultation esthétique du patient porte en général uniquement sur l'aspect de ses dents (white esthetic) sans avoir conscience de l'aspect de sa gencive (pink esthetic). Or, en présence de malposi-

tions dentaires, il est très fréquent de noter une dysharmonie gingivale associée. Les facettes doivent s'envisager dans un traitement global du sourire où le parodonte joue un rôle fondamental dès lors qu'il est apparent. L'harmonie dentaire et gingivale implique le respect de la ligne des collets et des zéniths gingivaux.

- la ligne des collets doit être symétrique, en particulier pour les deux incisives centrales qui sont prédominantes dans un sourire. Les collets des incisives latérales sont en général décalés d'environ 1 mm en position plus coronaire par rapport aux incisives centrales et aux canines.
- les zéniths gingivaux sont distalés sur les incisives par rapport à l'axe médian de la dent.

Ces défauts d'alignement gingivaux doivent être détectés et analysés dès le stade du projet esthétique. En cas de sourire gingival, le patient peut alors être prévenu de la nécessité d'une gingivoplastie simple si l'espace biologique peut être respecté ou d'une élévation coronaire impliquant une ostéoplastie dans les cas plus importants. Le sondage parodontal est le critère décisionnel le plus important pour apprécier la hauteur entre la ligne des collets et la crête osseuse alvéolaire.

Une gingivoplastie simple, de 1 mm au plus, peut être envisagée si l'espace biologique et le sulcus présentent une hauteur respective de 2 mm ou plus^{1,2}. Cette retouche gingivale sera idéalement gui-

dée par le masque en résine et réalisée le jour-même de la préparation et de l'empreinte, la facette provisoire empêchera alors une récurrence en étant réalisée immédiatement après la gingivectomie.

En effet, le délai de cicatrisation doit être rigoureusement choisi ; trop long, il laisserait place à une récurrence inévitable¹³. Aussi, il peut être proposé de réaliser concomitamment la préparation, l'empreinte et la prothèse temporaire lorsque la correction est minime. Dans ce cas,

la prothèse temporaire assure une barrière physique à la récurrence.

Enfin, il convient de garder à l'esprit qu'une indication de facette reste liée à la possibilité

de collage amélaire et que celui-ci est limité par le niveau de la jonction amélo-cémentaire¹⁴.

Lorsque le défaut est plus conséquent, un délai de 2 à 4 semaines pour permettre la maturation des tissus sera nécessaire avant d'entreprendre la préparation des facettes en céramique¹⁵.

Ces indications sont illustrées au travers d'un cas clinique. ●

CONTACT

Esthet Pratical.
67 000 Strasbourg
www.est-p.fr

Présentation du cas clinique



1



2

Fig. 1 et 2 : la patiente est complexée par la position palatine de sa 11 qui est, en outre, régulièrement rallongée avec un composite sur son bord incisif. Devant le refus d'envisager un traitement orthodontique, une facette est proposée dans le but de vestibuler et d'allonger cette incisive centrale. Sa position palatine entraîne, en outre, une position plus coronaire de son collet de 1 mm par rapport à la 21. Cette analyse esthétique préalable accompagne un sondage parodontal objectivant un sulcus de 2 mm de profondeur. Une gingivectomie simple peut ainsi être envisagée le jour de la préparation sans risquer d'agresser l'espace biologique.



3

Fig. 3 : un masque en composite direct est monté à main levée sur la 11 sans adhésif. Pour préfigurer au plus juste le résultat esthétique recherché et aligner les collets, ce composite recouvre sur 1 mm la gencive marginale et permet de délimiter avec précision la gingivoplastie nécessaire. Elle est effectuée au bistouri électrique (qui permet une coagulation instantanée) en prenant soin de distaler le zénith gingival en symétrie de la 21. Une empreinte en silicone de ce masque est réalisée avant la préparation pour fabriquer une facette provisoire correspondant au projet futur.



4

Fig. 4 : des rainures de 0,6 mm d'épaisseur sont ensuite tracées sur la face vestibulaire et de 1,5 mm sur le bord incisif. Ces rainures sont marquées avec un critérium pour les visualiser plus nettement.

>>>



Fig. 5 : le composite est alors déposé avec une curette et laisse apparaître la très faible profondeur de préparation à réaliser dans le tiers superficiel de l'émail.



Fig. 6 : la face vestibulaire est préparée avec une fraise diamantée à congé 016, jusqu'à disparition des rainures de profondeur; un plateau incisal est réalisé en arrondissant l'angle de jonction entre la face vestibulaire et le plateau pour éviter les zones de tension sur la céramique; le congé cervical est de 0,5 mm d'épaisseur et reste légèrement supra gingival. Un polissage avec une fraise diamantée bague rouge ou jaune complète cette préparation.



Fig. 7 : après l'empreinte, la facette provisoire est rapidement obtenue avec de la résine provisoire bis acrylique en pistolet injectée dans l'empreinte du masque en résine. En l'absence de rétention mécanique, la facette est collée par un point de mordançage puis d'adhésif au centre de la face vestibulaire. Cette phase de temporisation doit toujours être la plus brève possible¹⁶.



Fig. 8 : la facette définitive est en céramique vitreuse pressée et stratifiée (EMax) qui présente l'avantage d'offrir de superbes propriétés optiques et une excellente aptitude au collage.



Fig. 9 : le champ opératoire est mis en place sur la dent unitaire de manière à l'isoler des dents adjacentes et de faciliter le retrait des excès de colle.

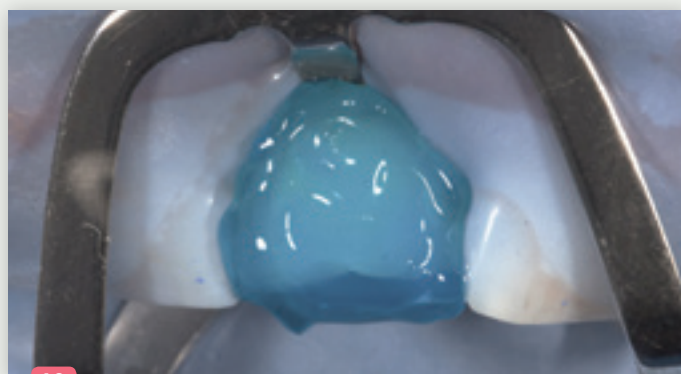


Fig. 10 : l'émail est mordancé à l'acide ortho phosphorique pendant 20 secondes avant d'être rincé et séché. Cette étape est fondamentale pour assurer une attaque suffisante des prismes, ce qui contre indique l'utilisation des adhésifs auto-mordançants lors du collage des facettes à l'émail.

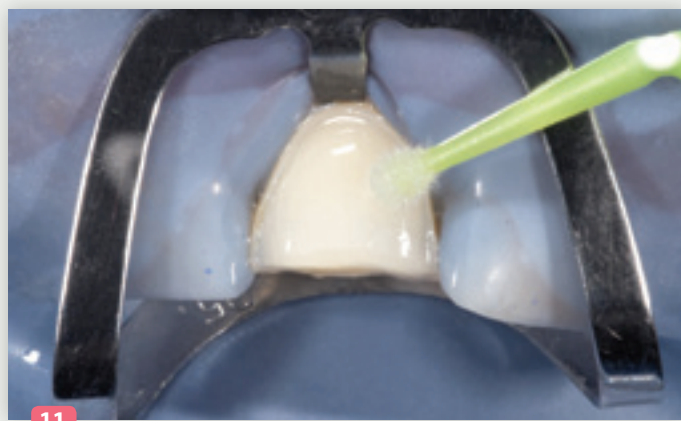


Fig. 11 : l'adhésif est ensuite frotté sur l'émail mordancé avant d'être finement étalé à la soufflette puis photo polymérisé. Dans cette situation où la dentine n'est pas exposée, l'application préalable d'un primer n'est pas nécessaire.



Fig. 12 : l'intrados de la céramique est mordancé à l'acide fluorhydrique pendant 20 secondes puis rincé, séché et une couche de silane est appliquée sur sa surface pendant 1 minute avant d'être uniquement séchée à l'air chaud.

>>>

Profitez des
offres actuelles!*



MATERIAU VERRE IONOMERE POUR OBTURATIONS SANS COMPROMIS

- Consistance modifiable selon temps de mélange
- Adaptation parfaite au joint marginal et application facile
- Peut être modelé immédiatement après l'application et ne colle pas à l'instrument
- Résistance élevée à la compression et à l'abrasion
- Le nouveau design de la capsule permet un accès plus facile aux petites cavités et aux endroits d'accès difficile en bouche



*Vous trouverez toutes les propositions actuelles sur notre site www.voco.fr

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

IonoStar® Molar

NOUVEAU

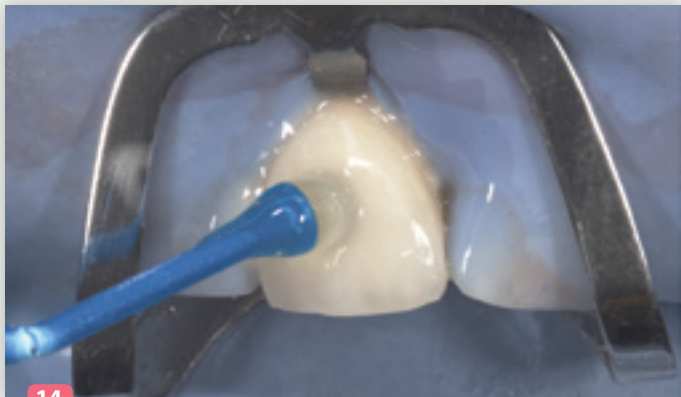


CLINIC STEP BY STEP



13

Fig. 13 : la facette peut alors être enduite de colle composite transparente sur toute sa surface...



14

Fig. 14 : ... avant d'être fermement appliquée sur l'émail à l'aide d'un stick collant qui est ensuite retiré délicatement par torsion.



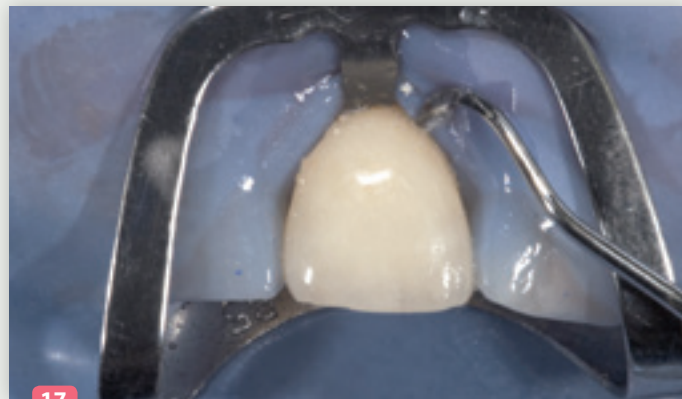
15

Fig. 15 : les excès de composite sont balayés et éliminés avec un pinceau pour lisser au mieux le joint collé.



16

Fig. 16 : la photo polymérisation ne démarre qu'après élimination précise des excès et se fait en mode pleine puissance pendant 40 secondes sur chaque face. À ce stade, une attention toute particulière doit être portée, à maintenir fermement la facette en



17

Fig. 17 : la finition du joint s'effectue avec une curette fine pour éliminer la fine couche de composite résiduelle. L'utilisation de fraises ou meulettes dans la zone cervicale est déconseillée car le polissage de cette zone serait compliqué à obtenir.



18

Fig. 18 :



19

Fig. 19 : vues à 1 semaine post opératoire objectivant l'intégration esthétique de la 11.



20

Fig. 20 : la patiente doit être prévenue dès le départ de l'incidence de la facette sur l'épaisseur du bord libre final. Ce bord libre peut être affiné en abaissant encore le plateau incisal, ce qui serait par contre au détriment de la préservation tissulaire.

>>>

Inserts ultrasonores

PerfectMARGIN Veneers



Faites le choix d'une préparation a minima
et d'une finition précise pour vos facettes



Ce dispositif médical est classé IIa selon la Directive Européenne applicable en vigueur. Il porte le marquage CE. Organisme notifié : LNE-GMED 0459. Ce dispositif médical pour soins dentaires est réservé aux personnels de santé ; il n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. Ce matériel a été conçu et fabriqué selon un système d'assurance qualité certifié EN ISO 13485. Lire attentivement le manuel d'utilisation disponible sur www.satelec.com/documents.

Fabricant : SATELEC (France). 1404MBLEFILDPM003

Modifier la position dentaire par des facettes en céramique : une option clinique envisageable ? (suite)

Conclusion

La codification des protocoles de préparation des facettes en céramique par la technique des masques permet une préservation amélaire maximale, gage d'une fiabilité du collage. Ces techniques permettent d'élargir le champ des possibilités thérapeutiques et esthétiques dans les cas de malpositions dentaires. Quoiqu'il en soit, la consultation préalable d'un orthodontiste doit être systématique afin de respecter le devoir d'information légal du patient.

À LIRE

¹ MAGNE P., BELSER U.

Evolution des indications des restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures. Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures : approche biomimétique. *Paris : Quintessence Internationale*, 2003

² TIRLET G., ATTAL J.

Le gradient thérapeutique : un concept médical pour les traitements esthétiques. *Inf Dent* 2009;41/42:2561-2568

³ LAND MF., HOPP CD.

Survival rates of all-ceramic systems differ by clinical indication and fabrication method. *Journal of Evident-based Dental Practice*. 2010 Mar, 10(1):37-8.

⁴ GRANELL-RUIZ M., FONSFONT A., LABAIG-RUEDA C., MARTINEZ-GONZALEZ A., ROMAN-RODRIGUEZ JL., SOLA-RUIZ MF.

A clinical longitudinal study 323 porcelain laminate veneers. Period of study from 3 to 11 years. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2010 May, 15(3):e531-7

⁵ SOARES CJ, MARTINS LR, PFEIFER JM, GIANNINI M.

Fracture resistance of teeth restored with indirect-composite and ceramic inlay systems. *Quintessence Int.* 2004;35(4):281-6.

⁶ PEUMANS M., VAN MEERBEEK B., LAMBRECHTS P., VANHERLE G.

Porcelain veneers: a review of the literature. *J Dent*. 2000 Mar;28(3):163-77.

⁷ DEGRANGE M. Les systèmes adhésifs amélo-dentaires. *Réal Clin* 2005; 16:351-364

⁸ GUREL G.

Les facettes en céramique.

De la théorie à la pratique : Quintessence Internationale; 2005.

⁹ ROULET JF ET COLL., The strength of anterior teeth with bonded porcelain veneers and crowns. *J Dent Res* 2002;81.

¹⁰ TOLEDANO C.

Protocole de réalisation des facettes en céramique : analyser, préparer, temporiser, coller. *Clinic* 2013;34:251-257

¹¹ NIKZAD S., AZARI A., DEHGAN S.

Ceramic (Feldspathic and IPS Empress II) vs. laboratory composite (Gradia) veneers ; a comparison between their shear bond strength to enamel ; an in vitro study. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2010 Jul, 37(7) : 569-74.

¹² ETIENNE O.

Les facettes en céramique. *Rueil Malmaison : Editions Cdp* 2013.

¹³ ROBBINS JW.

Esthetic gingival recontouring - a plea for honesty. *Quintessence Int.* 2000; 31(8):553-6.

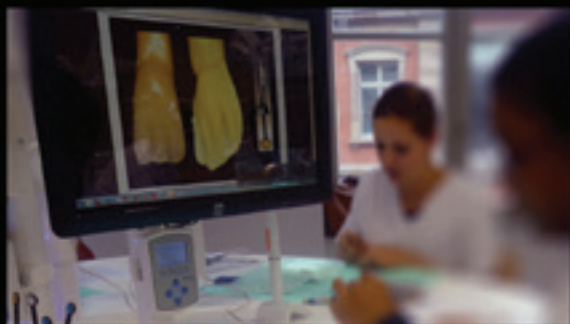
¹⁴ ETIENNE O.

Facettes en céramique et gingivectomies : une approche a minima. *Réalités Cliniques* 2013. Vol. 24, n°4 : pp. 99-104

¹⁵ BORGHETTI A., MONNET-CORTI V.

Chirurgie plastique parodontale. *Rueil Malmaison: Editions Cdp*, 2000.

¹⁶ ETIENNE O, TOLEDANO C, PALADINO F, SERFATY R. Restaurations tout-céramique sur dents vitales. *Rueil-Malmaison : Editions Cdp* 2011.



ESTHET PRACTICAL

FORMATION PRATIQUE EN DENTISTERIE ESTHÉTIQUE
S T R A S B O U R G

Cours & Travaux Pratiques

. Les facettes en céramique

(22/23 janvier 2015)

. L'esthétique antérieure

(19/20 juin 2014 - 19/20 Mars 2015)

. L'esthétique postérieure

(23/24 octobre 2014 - 11/12 juin 2015)

WWW.EST-P.FR
INSCRIVEZ-VOUS

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

ISABELLE

Tel: 06.43.20.88.03

info@est-p.fr



Ti-Base et couronne hybride sur implant unitaire

Problématique

La réalisation d'une couronne transvissée sur implant permet d'éviter tous risques liés au ciment de scellement en sous-gingival. Dans les secteurs antérieurs, la réalisation d'une armature en zircone permet d'optimiser le résultat esthétique. Néanmoins, nous ne maîtrisons pas la longévité de la connexion zircone-implant en titane. Les contraintes mécaniques importantes, au niveau de la connectique implantaire, peuvent entraîner des fractures du matériau. L'idée est d'alors d'associer une embase en titane **Fig. 1**, ou connexion Ti-base, avec une supra-structure en zircone.

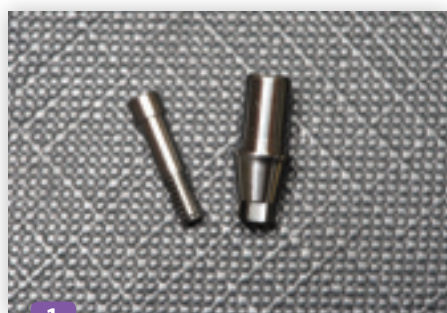


Fig. 1 : l'embase en titane et sa vis.

Objectifs

- Couronne transvissée monobloc ou « direct implant ».
- Absence de ciment de scellement.
- Faciliter la maintenance.
- Fiabilité mécanique de la connectique.
- Favoriser la biocompatibilité.
- Optimiser l'esthétique.

Principes et mise en œuvre

Un patient s'est présenté pour le remplacement d'une 36. Un implant a été placé deux mois auparavant **Fig. 2**. L'empreinte de l'implant, réalisée en double mélange avec une technique pick-up et du composite flow afin d'enregistrer précisément les limites, est adressée au laboratoire. L'ensemble est alors coulé selon les procédures habituelles afin d'obtenir un modèle de laboratoire. La base en titane est choisie en fonction des caractéristiques de l'implant **Fig. 3**. Cette dernière est scannée, puis modélisée. On détaille ensuite les limites du pilier, le profil d'émergence et la morphologie globale



Dr Cyril JOSSET
Parodontie et Implantologie exclusives

Fig. 4. Après réduction homothétique de l'ensemble, on obtient le modèle numérique de l'armature **Fig. 5**. Elle est alors usinée dans un bloc de zircone pré-frittée (galette) **Fig. 6**. La zircone est ensuite infiltrée puis frittée **Fig. 7**. Le prothésiste va alors pouvoir céramiser l'ensemble. La couronne obtenue peut ainsi être collée

>>>



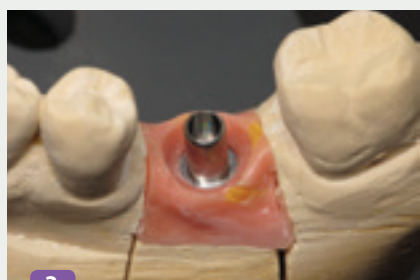
2



4



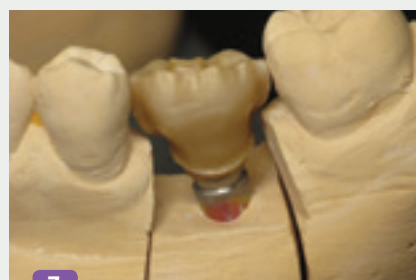
6



3



5



7

Fig. 2 : remplacement d'une 36 par un implant Astratech.

Fig. 3 : choix de la base en titane et visage sur le modèle.

Fig. 4 : réalisation du projet prothétique global.

Fig. 5 : réduction homothétique (2mm) de l'ensemble.

Fig. 6 et 7 : l'infrastructure est ensuite frittée, puis repositionnée sur le modèle pour validation.

Ti-Base et couronne hybride sur implant unitaire (Suite)



8



9



10



11



12

Fig. 8 et 9 : assemblage par collage des deux éléments, finition et polissage du joint de colle.

Fig. 10 : situation le jour de la pose ; l'utilisation de la zircone permet un résultat très esthétique.

Fig. 11 et 12 : pilier vissé hybride (titane et zircone), et couronne E.max (disilicate de lithium) en situation de 11.

sur la base en titane **Fig. 8**. Après prise de la colle (autopolymérisante), retrait des excès et polissage soigneux **Fig. 9**, l'ensemble monobloc est alors vissé en bouche **Fig. 10**. Lors d'un contrôle ultérieur (environ une semaine), le puit d'accès sera obturé (téflon + composite).

Discussion

La base de la reconstruction prothétique est en titane, gage de sécurité sur le long terme au niveau mécanique, car tout risque de fracture est évité ; de plus, la compatibilité tissulaire du titane est excellente.

L'association du titane et de la zircone est un avantage au niveau antérieur de part ses propriétés esthétiques.

Un matériau type Disilicate de lithium (E.max) peut également être utilisé, à la place de la zircone, en association avec les bases en titane.

Le matériau de solidarisation utilisé est une colle autopolymérisante dual : Multi-link Hybrid Abutment® (Ivoclar).

L'association de deux pièces usinées permet l'obtention d'un joint très précis, ce qui limite l'adhésion bactérienne.

Le rapport coût/efficacité de cette technique est favorable, car les embases titane sont peu onéreuses, et les prothésistes peuvent aujourd'hui usiner directement la supra-structure en zircone au sein de leur laboratoire, ce qui permet un gain de temps.

Différents types de supra-structure sont réalisables :

- zircone monobloc transvissée : la couronne est réalisée d'un seul tenant, puis est maquillée en surface à l'aide de colorants
- zircone + céramique feldspathique stratifiée : l'infrastructure de la couronne est usinée dans un bloc de zircone, puis la céramique feldspathique est ajoutée en surface
- disilicate de lithium monobloc : la couronne est usinée dans un bloc de disilicate, puis maquillée en surface
- pilier hybride vissé et couronne collée : dans les cas où l'axe de l'implant est vestibulé, laissant apparaître le puit d'accès, on réalise un pilier hybride transvissé, sur lequel est scellé/collé une couronne céramo-céramique **Fig. 11 - 12**.

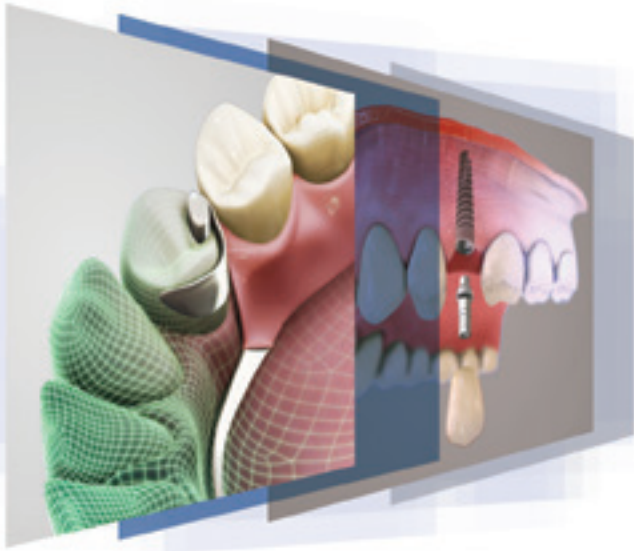
Cette technique de réalisation hybride peut être étendue aux bridges : soit en direct implant si les fixtures sont parallèles, soit via des piliers prothétiques si les implants sont divergents. Cela sera l'objet d'un prochain article. ●

Remerciements au laboratoire Jérôme Le Pan pour la réalisation des prothèses.

▶ CONCLUSION

La réalisation de couronne transvissée sur implant est un facteur de sécurité dans le temps. L'association d'une embase en titane et d'une supra-structure réalisée dans un matériau esthétique et biocompatible permet d'optimiser les résultats en combinant les propriétés des matériaux. Le recul clinique insuffisant nécessite de nouvelles études scientifiques avant d'utiliser cette technique régulièrement.

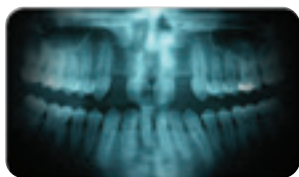
Bibliographie : ¹ **Sghaireen MG.** Fracture resistance and mode of failure of ceramic versus titanium implant abutment and single implant-supported restorations. *Clin Implant Dent Res.* 2013 Oct 9. Doi : 10.1111/cid.12160. ● ² **Kurbad A, Kurbad S.** Cad/Cam-based implant abutments. *Int J Comput Dent.* 2013;16(2):125-41. ● ³ **Wadhvani C, Pineyro A, Avots J.** An esthetic solution to the screw retained implant restoration : introduction to the implant crown adhesive plug : clinical report. *J Esthet. Restor. Dent.* 2011;23(3) : 138-143. ● ⁴ **Protopapadaki M, Monaco EA Jr, Kim HI et al.** Comparison of fracture resistance of pressable metal ceramic custom implant abutment with a commercially fabricated CAD/CAM zirconia abutment. *J. Prosthet. Dent.* 2013 Sept 4. Pii : S0022-3913(13)00130-3.



www.DentalMaster.net

le seul logiciel qui vous permet de :

- Créer
- Personnaliser
- Numériser
- Comparer
- Animer
- Montrer



Créez pour vos patients les plans de traitement 3D interactive et "sur mesure" en 1 minute

Produit distribué par Le Fil Dentaire
Tél. : 01 75 48 66 68
contact@lefildentaire.com

ÉDITO

“ Focus sur le DUIO Paris Descartes ”

L'université Paris Descartes propose une formation continue clinique originale médiée par la mutualisation des enseignements des diplômes universitaires d'implantologie de parodontologie et d'endodontie. Cette nouvelle approche didactique permet une synergie tant au niveau clinique que théorique.

Le diplôme universitaire d'implantologie orale a d'ailleurs été construit selon trois volets principaux : celui de la chirurgie, de la parodontologie et de la prothèse.

un recouvrement de compétences au carrefour de différentes disciplines

L'implantologie orale correspond, en effet, à un recouvrement de compétences au carrefour de différentes disciplines. A ce titre le DUIO Paris Descartes, singulier et original, fédère autour de l'étudiant, du patient et du projet thérapeutique une équipe clinique multidisciplinaire référente au sein des quatre services hospitaliers.

Nous sommes fiers de vous présenter le fruit du travail personnel de nos étudiants et de nos internes de chirurgie orale via un échantillon de cas cliniques de patients pris en charge dans les services d'odontologie de l'AP-HP.

Nous organisons par ailleurs un congrès international exceptionnel d'implantologie orale, le Mercredi 2 Juillet 2014 à la Maison de la Chimie, afin de valoriser le travail de nos étudiants et de nos internes et de permettre un échange fructueux entre l'équipe enseignante DUIO et les conférenciers internationaux.



Frédéric GAULTIER

Docteur ès Sciences,
université Paris V
Maître de conférences-
Praticien hospitalier.
Université Paris
Descartes
Directeur du DU
d'Implantologie Orale
Paris Descartes
Responsable du service
de Médecine et chirurgie
buccale et du service
d'implantologie. GHU
Chenevier-Mondor Créteil
co-Président de la Dental
Laser Academy. Paris

NOUVELLE PROMOTION :

Diplôme d'Implantologie Orale Paris Descartes-DUIO

La première promotion DUIO Paris Descartes sortira au terme de trois années d'étude et de pratique clinique, fin décembre 2014. La prochaine promotion, dont la date limite de dépôt des dossiers est le **15 Juin 2014**, débutera son activité recouvrant celle la promotion précédente dans un souci de continuité.

[www.scfc.parisdescartes.fr/
index.php/descartes/formations/
odontologie/du-implantologie-orale](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/odontologie/du-implantologie-orale)

Corticotomie d'expansion mandibulaire

Étudiants DU Implantologie
orale Paris Descartes



Dr Ana Sofia MURPHY

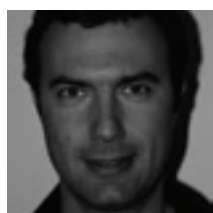


Dr Louis DESTEUCCQ

Enseignants DU
Implantologie orale Paris
Descartes



Dr Frédérick GAULTIER
MCU-PH Paris Descartes-
GH Mondor-Chenevier



Dr Stéphane MILLIEZ
Praticien Hospitalier GH
Mondor-Chenevier

Le faible volume osseux est un facteur anatomique auquel l'implantologiste est souvent confronté et qui nécessite l'aménagement chirurgical du site implantaire. Les corticotomies, les greffes d'appositions ou la régénération osseuse guidée constituent le principal arsenal chirurgical pré-implantaire.

Après l'avulsion dentaire, l'os alvéolaire se remodèle et se résorbe verticalement et horizontalement. La durée et l'iatrogénie de l'intervention, l'ancienneté des extractions, l'épaisseur de la corticale vestibulaire, le port d'une prothèse amovible mal adaptée, l'alvéolyse causée par des lésions infectieuses endodontiques ou parodontales sont autant de facteurs pouvant entraîner une résorption osseuse dommageable.

La corticotomie est une technique de choix : elle présente ses avantages et ses limites, que nous illustrerons au travers de deux cas cliniques.

La corticotomie d'expansion osseuse est une technique éprouvée et décrite il y a de nombreuses années ; la pose d'implants simultanés est possible et présente un taux de succès élevé. La corticotomie d'expansion présente plusieurs intérêts :

- la morbidité est contrôlée du fait de l'absence de site chirurgical secondaire de prélèvement ;
- elle évite le recours à des matériaux allogéniques et autres xéno greffes ;
- elle utilise le potentiel ostéogénique de l'os du site implantaire ;
- la pose des implants est simultanée ;
- les suites opératoires sont minorées.

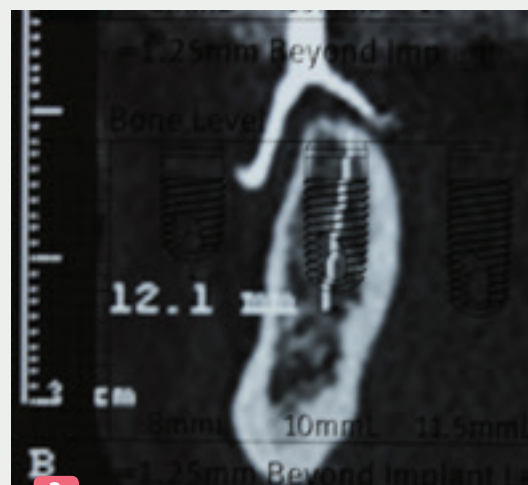
L'os mandibulaire étant un os plus rigide que l'os maxillaire, il est souvent nécessaire de réaliser une ostéotomie large, associée à une ostéotomie de décharge permettant d'obtenir l'amplitude de déplacement souhaitée du segment osseux vestibulaire. Une incision crestale osseuse ainsi que deux incisions de décharge sont volontiers réalisées à l'aide d'un piezotome (fig. 3, 9, 10) après levée d'un lambeau mucopériosté (fig. 8). La profondeur de l'incision crestale est déterminée par la laxité souhaitée, la longueur de l'implant choisi et la zone osseuse apicale préservée permettant l'obtention de la stabilité primaire implantaire. En effet, la stabilité primaire est une condition *sine qua non* à la cicatrisation osseuse et implantaire. Un ancrage apical est donc systématiquement recherché. L'incision se fait donc généralement jusqu'aux deux tiers de la longueur de l'implant posé.

L'utilisation du piezotome présente plusieurs avantages comparés notamment à l'ostéotomie réalisée à la fraise ou à la scie. L'échauffement est contrôlé, l'incision est fine et précise, la profondeur de coupe est facile à déterminer, les tissus mous sont peu traumatisés, ce qui est particulièrement intéressant pour les tissus nerveux (fig. 7).



Fig. 1 : situation initiale, Madame B

Fig. 2 : étude pré-implantaire, CBCT



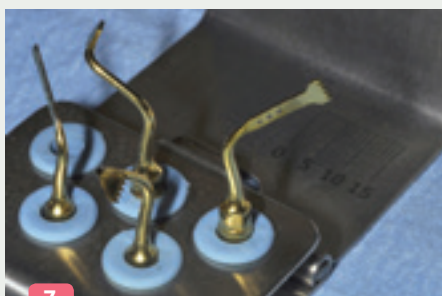


Fig. 3 : positionnement de l'insert avant la réalisation de la corticotomie

Fig. 4 : ciseau à os pour réaliser l'expansion

Fig. 5 : implants 35 36 37 et porte-implants

Fig. 6 : vis de couverture en place

Fig. 7 : inserts piezotome gradués pour ostéotomie

Une fois l'incision osseuse réalisée, un ciseau à os angulé est introduit pour mobiliser le fragment vestibulaire et augmenter l'espace compris entre les deux portions (fig. 4).

Les forages sont indiqués selon la situation clinique, la qualité et la quantité du tissu osseux résiduel. Le sous-forage est fréquent et l'utilisation des ostéotomes est possible au maxillaire afin d'optimiser la stabilité primaire.

Les implants coniques sont posés et enfoncés progressivement et simultanément, de façon à finaliser l'expansion osseuse (fig. 5). S'ils étaient posés l'un après l'autre, le premier implant pourrait perdre sa stabilité quand le dernier implant serait enfoui.

Premier cas clinique

Madame B. 62 ans se présente en consultation avec un édentement unilatéral secteur 3, compensé par une prothèse amovible partielle non adaptée (fig. 1). Elle souhaite une solution prothétique fixe. Elle est en bonne santé générale et elle ne fume pas. Trois implants en position de 35, 36 et 37 seront placés de façon concomitante à la corticotomie mandibulaire (fig. 5 et 6). Des radiographies peropératoires peuvent être réalisées afin de vérifier la position des implants par rapport au nerf alvéolaire inférieur. En raison de l'ancienneté des extractions ainsi que du port d'une prothèse amovible mal adaptée, le volume osseux disponible est insuffisant pour assurer une

perennité de la restauration implantaire (fig. 2).

Un guide d'imagerie et un guide chirurgical sont réalisés afin d'étudier la faisabilité et le positionnement implantaire (fig. 2).

Six mois après l'intervention, les implants sont mis en fonction et la prothèse est réalisée.

Deuxième cas clinique

Madame P. 64 ans consulte pour remplacer un bridge 34-37 dont les piliers sont non conservables. Elle est prise en charge pour des douleurs rhumatismales et une hypertension artérielle. Elle ne fume pas. Elle présente également une parodontite chronique modérée. Une fois les avulsions

>>>



Fig. 8 : incision Madame P.



Fig. 9 : corticotomie Madame P.

Corticotomie d'expansion mandibulaire (suite)

réalisées et la parodontite stabilisée, la pose de 4 implants 34, 35, 36, 37 dont les longueurs s'échelonnent de 8 mm à 11,5 mm (fig. 8, 9, 10 et 11) est indiquée. Après 6 mois de cicatrisation, les piliers de cicatrisation sont mis en place. L'empreinte est réalisée, permettant la fabrication des piliers CFAO et des couronnes céramo-métalliques (fig. 13 et 14).

La corticotomie mandibulaire est une technique de choix permettant de juguler des défauts horizontaux maxillaires et mandibulaires. L'anatomie des sites implantaire mandibulaires permet généralement de faire coïncider l'axe prothétique et l'axe chirurgical. La corticotomie mandibulaire réalisée ne déporte pas l'axe chirurgical contrairement aux sites implantaire maxillaires dont le positionnement implantaire est généralement plus vestibulé

que la position initialement choisie. Il est plus aisé d'indiquer la corticotomie au niveau d'un édentement de moyenne ou grande étendue dont une crête trop fine constitue une contre-indication. Il se peut que le fragment osseux mobilisé rompe pendant la mise en place des implants. Si les implants sont stables, il est possible de positionner et stabiliser le fragment osseux à l'aide de vis d'ostéosynthèse.

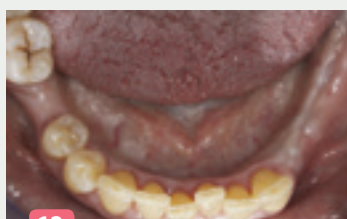
Quand l'indication est posée, la corticotomie est une alternative aux greffes en onlay. Elle permet une pose simultanée des implants, une diminution du coût chirurgical tissulaire et financier, des suites opératoires moindres et un nombre d'interventions chirurgicales réduit. ●



10



11



12



13



14

Fig. 10 : expansion réalisée à l'aide du ciseau à os Madame P.

Fig. 11 : implants posés Madame P.; notez l'expansion obtenue

Fig. 12 : cicatrisation post-implantaire

Fig. 13 : aspect de la gingive cicatrisée après la mise en fonction.

Fig. 14 : couronnes céramo-métalliques en place.

À LIRE

TATUM H.

Maxillary and sinus implant reconstructions. *Dent Clin North Am.* 1986;30:207-229.

SCIPIONI A, BRUSCHI GB, CALESINI G.

The edentulous ridge expansion technique: a five-year study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1994;14:451-459.

SIMION M, BALDONI M, ZAFFE D.

Jaw bone enlargement using immediate implant placement associated with a split-crest technique and guided tissue regeneration. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1992;12:462-73.

SETHI A, KAUST.

Maxillary ridge expansion with simultaneous implant placement: 5-year results of an ongoing clinical study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000;15:491-9.

VERCELLOTTI T. Piezoelectric surgery in implantology: a case report – a new piezoelectric ridge expansion technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000;20:358-365.

LABANCA M, AZZOLA F, VINCI R, RODELLA LF.

Piezoelectric surgery: twenty years of use. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46:265-269.

BLUS & SZMUKLER-MONCLE

Split-crest and immediate implant placement with ultra-sonic bone surgery: a 3-year life-table analysis with 230 treated sites *Clin. Oral Impl. Res.* 17, 2006 / 700-707

CHIAPASCO ET AL.

Dental implants placed in expanded narrow edentulous ridges with the Extension Crest device A 1-3-year multicenter follow-up study *Clin. Oral Impl. Res.* 17, 2006 / 265-272

DÉCOUVREZ
L'APPLICATION GRATUITE
le fil dentaire

Toute l'actualité dentaire
désormais dans votre poche !



SYFAC 2014

7th International Symposium

Paris, 13-14 Juin 2014

Grand Auditorium Cité des Sciences, La Villette



A-PRF™ & i-PRF™ : SCIENTIFIC AND CLINICAL OUTCOMES

IMMEDIATE LOADING CONSENSUS CONFERENCE

NEW TRENDS IN SOFT TISSUE MANAGEMENT

HARD TISSUE REGENERATION

PERI-IMPLANTITIS - WORKSHOPS

Board : H. LERNER, P. RUSSE, J. CHOUKROUN, G. KHOURY, S. GHANAATI, A. DISS

A. AALAM	USA	H. LERNER	Germany	J. RUTKOWSKI	USA
G. CACCANIGA	Italy	P. MALO	Portugal	G. SAMMARTINO	Italy
S. GHANAATI	Germany	A. MAMMOTO	USA	J. SCHIBLII	Brazil
B. GIESENHAGEN	Germany	A. MIRARCHI	Canada	M. SCHLEE	Germany
S. KASUGAI	Japan	J. MOUHYI	Morocco	G. TAWIL	Lebanon
J. KRAUSER	USA	P. MOY	USA	K. VALAVANIS	Greece
		M. PIKOS	USA		

S. ALTGLAS	Paris	J. CHOUKROUN	Nice	E. NORMAND	Bordeaux
F. BAILLY	Vienne	M. DAVARPANAH	Paris	P. PALACCI	Marseille
P. BAUDOT	Montpellier	T. DEGORGE	Tours	P. RUSSE	Reims
R. BENKIRAN	Cannes	F. DELORME	Lyon	G. SCORTECCI	Nice
JP. BRUN	Grenoble	G. DINE	Troyes	R. SERFATY	Paris
A. CARRE	Paris	A. DISS	Nice	A. SIMONPIERI	Marseille
D. CASPAR	Aix-les-Bains	G. KHOURY	Paris	J. SURMENIAN	Nice
B. CHAPOTAT	Vienne	P. LECLERCQ	Paris	JJ. TRACOL	Paris
		M. MONGEOT	Paris		

Inscription en ligne : www.syfac.com



BULLETIN D'INSCRIPTION¹

Cette fiche (photo acceptée) est à nous renvoyer soit:
Courrier: SYFAC, 49 rue Gioffredo, 06000 NICE

Email: info@syfac.com

Fax: 09.57.333.256

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____ Email : _____

Symposium 13-14 Juin : 480 € (avant 1er mai) 580 € (après le 1er mai)

Workshops 12 Juin - 150 € par workshop :

13h15

15h45

- A-PRF Technique - Dr Choukroun
- Mucoderm® et tissus mous - Dr Serfaty
- Chirurgie et prothèse sur implants Camlog - Dr Normand
- Grafting with autologous dentin - Prof. Binderman

16h00

18h30

- Sharp, how to keep your edge! - Dr Mirarchi
- Bone-Ring Technique - Dr Giesenhausen
- Le sinus dans tous ses états - Dr Altglas
- Technique All-on-Four - Dr Bailly

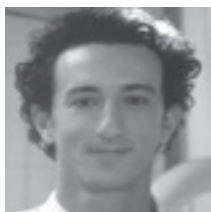
Chèque à l'ordre de SYFAC / Carte de crédit :

Nom du propriétaire : _____ N° de carte : _____

Date d'expiration : _____ Cryptogramme : _____ Signature : _____

Reconstruction osseuse maxillaire et mandibulaire chez une patiente ayant des agénésies multiples

Étudiants DU Implantologie orale Paris Descartes



Dr Gary LAFOND



Dr Hélène MEURISSE

Enseignants DU Implantologie orale Paris Descartes



Dr Frédéric GAULTIER
MCU-PH Paris Descartes-
GH Mondor-Chenevier



Dr Stéphane MILLIEZ
Praticien Hospitalier GH
Mondor-Chenevier

Dans le cas d'agénésies multiples, le patient présente toujours un faible volume osseux puisqu'aucun germe dentaire ne s'y est développé ; on observe donc un hypodéveloppement et une hypomaturation de l'os alvéolaire.

En présence d'oligontie (au moins 6 dents absentes sans compter les troisièmes molaires), une réhabilitation implantaire peut être envisagée lorsque le patient atteint l'âge de 20-21 ans et que l'espace sur l'arcade a été maintenu ou créé par l'orthodontiste.

Nous allons détailler la prise en charge d'une jeune fille qui présente 10 agénésies.

Présentation de la patiente

Mademoiselle S. âgée de 23 ans, en bonne santé générale et non fumeuse, souhaite retrouver un sourire et une fonction masticatrice normale. Le travail d'orthodontie a été réalisé en amont et elle se présente au sein du service d'odontologie Albert Chenevier.

Le schéma dentaire est :

18 17 16 54 13 11 | 21 23 26 27
~~47 46 43 42 41~~ | ~~31 32 33~~ ~~36 37~~

Agénésies maxillaires : 15 - 14 - 12 — 22 - 24 - 25

Agénésies mandibulaires : 34 - 35 — 44 - 45

L'examen clinique montre un parodonte très fin et des concavités maxillaires et mandibulaires dans les secteurs édentés.

Des examens radiologiques ont été prescrits : une radio panoramique et un scanner maxillaire et mandibulaire pour visualiser les volumes osseux et appréhender la qualité de l'os.

L'examen tridimensionnel montre très clairement une insuffisance transversale dans les secteurs prémolaires mandibulaires (les secteurs 3 et 4 sont équivalents en ce qui concerne l'épaisseur osseuse résiduelle). Au maxillaire, au niveau des secteurs des latérales, l'épaisseur osseuse est aussi très mince et témoigne bien de l'absence de développement d'un germe dentaire au sein de ce volume. Au niveau des secteurs prémolaires maxillaires, l'insuffisance est cette fois transversale et verticale. Le volume osseux est dessiné seulement par une fine corticale osseuse.

Proposition de traitement

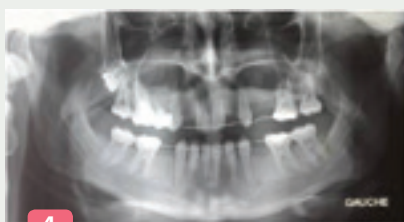
Avant toute possibilité de réhabilitation implantaire, une reconstruction des volumes osseux est indispensable. Une augmentation d'épaisseur est nécessaire dans tous les secteurs opératoires (secteur de 14-12-22 et 24 au maxillaire et secteur de 34-44 à la mandibule) et une augmentation verticale est nécessaire au niveau postérieur maxillaire.



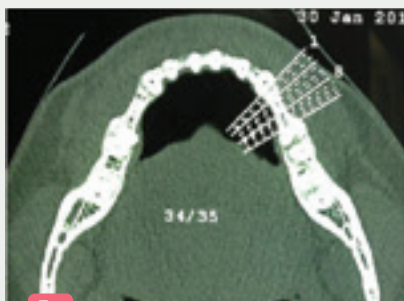
Fig. 1 : vue endobuccale de face

Fig. 2 : vue endobuccale droite, arcades dentaires en occlusion

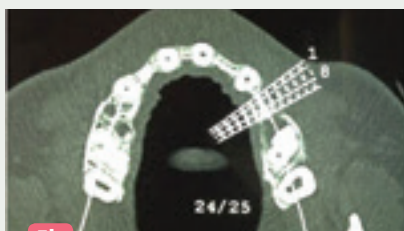
Fig. 3 : vue endobuccale gauche, arcades dentaires en occlusion



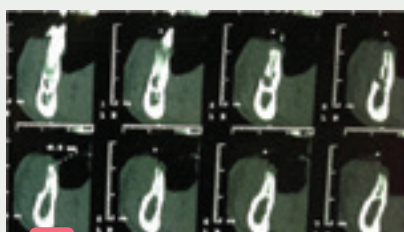
4



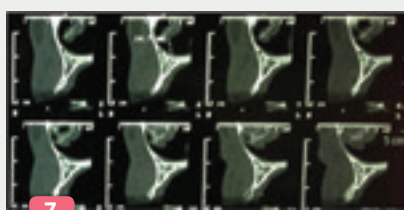
5a



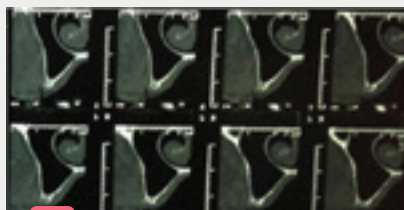
5b



6



7



8

Fig. 4 : panoramique initiale

Fig. 5a : scanner maxillaire, coupes axiales

Fig. 5b : scanner mandibulaire « scout view »

Fig. 6 : secteur 3 mandibulaire, situation initiale

Fig. 7 : secteur 1 maxillaire, situation initiale, incisive latérale

Fig. 8 : secteur 2 maxillaire, situation initiale, molaire

Au vu de l'analyse clinique et radiologique, il a été proposé le plan de traitement suivant :

1. comblements sinusiens droit et gauche;
2. augmentation osseuse mandibulaire (corticotomie segmentaire) secteur prémolaire ;
3. greffe d'apposition maxillaire au niveau de 12, 14, 22 et 24 ;
4. mise en place d'implants mandibulaires : 35 et 45 ;
5. mise en place d'implants maxillaires : 14-12-22-24 ;
6. réalisation des couronnes sur implants.

Etapes chirurgicales

Maxillaire

L'augmentation verticale des secteurs maxillaires postérieurs par comblement sinusien est relativement courante et fiable pour obtenir une hauteur suffisante.

En une séance, les deux comblements de sinus ont été réalisés avec une prémédication antibiotique, anti-inflammatoire et antalgique. Le matériau de comblement utilisé est du Bio-oss® (grosse granulométrie). Les suites postopératoires ont été relativement simples et bien tolérées par la patiente.



9

Fig. 9 : radiographie panoramique après comblements sinusiens et pose d'implants mandibulaires

La deuxième étape a été la réalisation des greffes d'apposition maxillaire.

Les greffes d'apposition peuvent être réalisées avec de l'os de banque ou prélevement d'os autogène dans la même séance.

Dans ce cas, des blocs d'os allogénique ont été utilisés car notre patiente présente une faible quantité d'os dans les régions des troisièmes molaires. De plus, les suites postopératoires sont plus simples avec cette technique¹.

La technique opératoire ne fait pas l'objet de cet article, mais consiste en un large lambeau mucopériosté exposant la zone à greffer. Puis, les blocs d'os allogénique sont adaptés et fixés par des vis d'ostéosynthèse à l'os maxillaire de la patiente. Et enfin, des sutures sans tension referment le lambeau.



10



11

Fig. 10 : vue initiale après décollement du lambeau mucopériosté secteur 1

Fig. 11 : situation clinique après mise en place des blocs secteur 1

Après ces deux étapes de reconstruction osseuse préimplantaire, le volume osseux obtenu devrait permettre de procéder à la mise en place d'implants dans quelques mois.

Mandibule

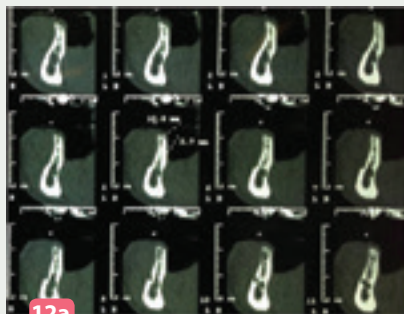
À la mandibule, étant donné le faible espace résiduel mésio-distal au niveau des sites de 34-35 et 44-45, une seule prémolaire sera remplacée de chaque côté.

Une corticotomie segmentaire bilatérale était envisagée avec pose d'implant dans un second temps.

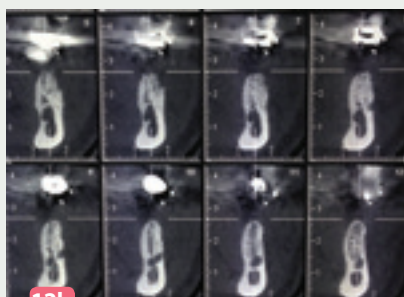
Au cours de la chirurgie, la paroi vestibulaire secteur 3 s'est fracturée, ce qui nous a conduits à modifier la technique opératoire. La corticotomie segmentaire s'est

>>>

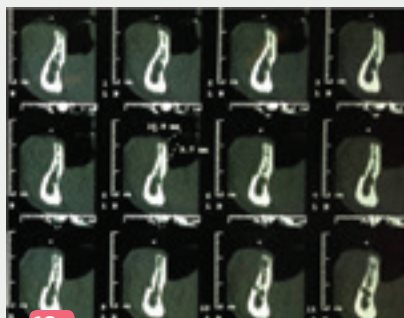
Reconstruction osseuse maxillaire et mandibulaire chez une patiente ayant des agénésies multiples (suite)



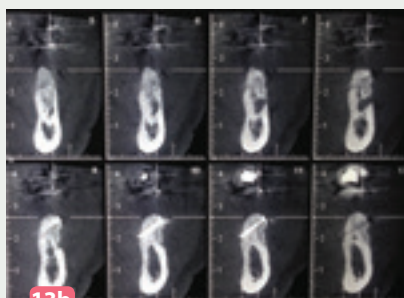
12a



12b



13a



13b

Fig. 12 : scanner mandibulaire - reconstructions coronales

a - situation initiale secteur 3

b - situation après reconstruction osseuse par technique des plaquettes ostéosynthésées secteur 3

Fig. 13 : scanner mandibulaire - reconstructions coronales

a - situation initiale secteur 4

b - situation après reconstruction osseuse par corticotomie segmentaire secteur 4

transformée en un repositionnement vestibulaire de la plaquette osseuse vestibulaire maintenue par une vis d'ostéosynthèse ; le *gap* étant comblé par du Bio-oss®.

Les vis d'ostéosynthèse ont été déposées lors de l'intervention de pose d'implant, 4 mois plus tard.

L'épaisseur osseuse obtenue avec cette technique nous a permis de poser un implant au niveau de 35 et 45 de diamètre 4.1 mm.

Discussion

Dans le cas d'agénésies multiples, le patient se retrouve souvent confronté à des choix difficiles concernant le remplacement des dents manquantes : bien souvent des prothèses amovibles sont proposées. Puis lorsque la fin de la croissance osseuse est atteinte, des implants peuvent être proposés.

Pourtant la quantité osseuse est quasiment toujours insuffisante : en effet, les germes dentaires étant absents, on observe un hypodéveloppement de l'os alvéolaire.

C'est donc le plus souvent en épaisseur que la quantité osseuse est insuffisante ; ce que l'on retrouve dans le cas présenté ci-dessus.

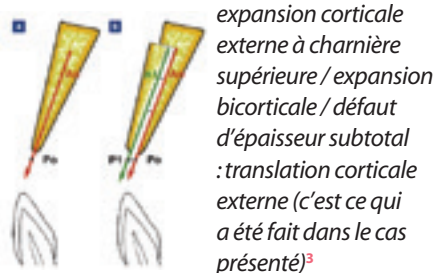
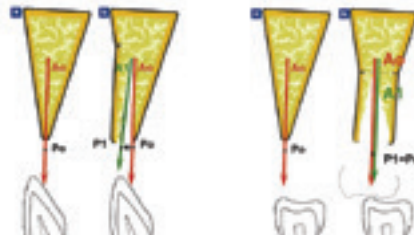
Les 3 techniques les plus utilisés pour l'augmentation osseuse horizontale sont :

- la greffe en onlay avec de l'os autogène ou allogène ;
- l'expansion osseuse par corticotomie ;
- la Régénération Osseuse Guidée.

Selon la situation clinique, l'une ou l'autre des techniques est privilégiée. Certains auteurs ont essayé de faire des arbres décisionnels.²

La greffe en onlay est considérée comme la technique de référence car c'est la plus utilisée et celle sur laquelle nous avons le plus de recul.

La corticotomie est fondée sur la plasticité et l'élasticité osseuse et est facilitée surtout depuis l'arrivée de la piézo chirurgie.



La régénération osseuse guidée est utilisée lors de la découverte de balcons osseux et de concavités qui vont alors « retenir » le biomatériau qui est maintenu par une membrane.

Des membranes non résorbables peuvent être utilisées pour réaliser une tente au-dessus du biomatériau. ●

Conclusion

Malgré les nombreuses interventions chirurgicales et les délais de cicatrisation nécessaires entre chaque intervention, les techniques utilisées ont permis de redonner un volume osseux nécessaire et suffisant pour une réhabilitation implantaire.

Les praticiens seront de plus en plus amenés à maîtriser ces techniques puisqu'elles permettent d'obtenir un beau volume osseux et ainsi de poser un implant dans le couloir prothétique idéal.

À LIRE

¹ **CLAVERO J.**
Ramus or chin graft for maxillary sinus inlay and local onlay augmentations: comparison of donor site morbidity and complication. *Clinical Implant Dentistry & Related Research*, 2003, Juillet

² **JIA-HUI FU, HOM-LAY WANG**
Horizontal bone augmentation: the decision tree. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011;31:429-436.

³ **LALO ET COLL.**
L'expansion osseuse transversale pré-implantaire de la crête maxillaire par corticotomie alvéolaire. *Rev stomatol chir maxillofac* 2008 ; 109 : 316-322

INTERACTIVE™

SYSTÈME IMPLANTAIRE



L'INNOVATION ACCESSIBLE !

LA CONNEXION CONIQUE

Nouvelles caractéristiques :

Une connexion conique de 12° compatible avec NobelActive™ & NobelReplace™ CC.

un porte-implant à deux étages, et trois fonctions : Connecteur, transfert d'empreinte, porte-pilier prothétique.

La présence de microspires pour accroître la stabilité primaire et réduire le stress dans la zone crestale.

Un profil d'émergence prothétique trans-gingival concave pour une meilleure gestion des tissus mous.

Un nouvel implant couvrant tous vos besoins à moindre coût. Le **All In One Packaging** est le plus économique du marché à 192 € TTC et comprend : implant, vis de couverture, bague de cicatrisation, porte-implant/transfert d'empreinte et pilier définitif en titane.

Un révolutionnaire porte-implant à 2 étages

Un pilier et une plateforme compatibles avec NobelActive™ & NobelReplace™ CC

Des microspires pour accroître la stabilité



SIMPLY SMARTER
DAYS
PARIS & MARSEILLE

Implant Direct, créée par le Dr Niznick en 2007 fait partie du groupe KaVo Kerr, propose des soirées de perfectionnement en implantologie en présence des Dr Raphaël Beau & Dr Marc Regrain sur le thème : Une Dynamique implantaire ; la réponse : plusieurs systèmes.

Réservez votre présence au : 00800 4030 4030
(Nombre de places limitées)

Paris le 5 juin 2014 Sofitel Paris Arc de Triomphe	19h00 à 21h30
Marseille le 26 juin 2014 Sofitel du vieux Port	19h00 à 21h30

RETROUVEZ TOUS NOS PRODUITS SUR NOTRE BOUTIQUE EN LIGNE
WWW.IMPLANTDIRECT.FR
00800 4030 4030



CE FDA
*Marques déposées de Zimmer® Dental



Étudiants DU Implantologie
orale Paris Descartes



Dr R.A. DURAND



Dr Géraldine BEAUVAIS



Dr Louis DESTEUCCQ

Dr Ana Sofia MURPHY

Enseignants du DUIO
Paris Descartes



Dr Florian BOUAZIZ
Praticien attaché Hôpital
Bretoneau



Dr Stéphane MILLIEZ
Praticien Hospitalier GH
Mondor-Chenevier

Dr Frédéric GAULTIER
MCU-PH Paris Descartes-
GH Mondor-Chenevier

Dr Patrick RENAULT
MCU-PH Paris Descartes-
Hôpital Bretoneau

Agénésies de 12 et 22 - greffe osseuse allogénique en onlay et implants

La mise en place d'implants dentaires requiert un volume osseux critique lequel, parfois insuffisant, nécessite la réalisation préalable d'un aménagement osseux. Quelque que soit la technique retenue, l'objectif premier est toujours de mettre le périoste à distance de l'os afin qu'un tissu osseux puisse se former dans l'espace.

Dans les situations où l'on souhaite gagner un volume osseux important en vestibulaire, les greffes en onlay garantissent un bon soutien. Les greffes allogéniques ne nécessitent qu'un seul site opératoire, les suites opératoires sont donc généralement plus simples que celles des greffes auto-gènes.

M^{lle} B., étudiante, âgée de 23 ans, se présente en consultation pour une solution implantaire afin de remplacer ses bridges collés 12 et 22 se descellant fréquemment. La patiente est en bonne santé générale et présente une forte concavité en vestibulaire, due aux agénésies. L'os alvéolaire est de ce fait atrophié.

Un CBCT est prescrit. L'imagerie 3D confirme le faible volume osseux Fig. 1-2. La largeur des crêtes alvéolaires est insuffisante, il n'est donc pas possible de poser des implants en place de 12 et 22 sans augmentation de volume osseux. Les défauts osseux sont relativement importants, des

greffes en onlay sont donc indiquées et proposées à la patiente.

Deux blocs de Puros®, placés en regard de 12 et 22, sont immobilisés à l'aide de deux vis d'ostéosynthèse dans chacun des greffons.

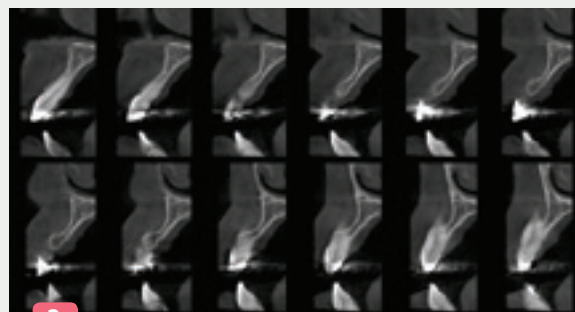
Protocole opératoire : greffe osseuse allogénique

Après la réalisation de l'anesthésie, les incisions et le décollement de la gencive permettent de mettre en évidence la corticale vestibulaire au niveau des deux sites receveurs Fig. 3.

Le façonnage des blocs allogéniques est réalisé au disque sur une pièce à main afin qu'il s'adapte au mieux aux sites receveurs Fig. 4. Le greffon est hydraté et mis en position sur chacun des sites receveurs ; il est fixé par deux vis d'ostéosynthèse afin qu'il soit parfaitement immobilisé Fig. 5. On réalise ensuite le façonnage final des blocs afin d'émousser les angles et de permettre ainsi un recouvrement sans léser les tissus mous Fig. 6.



1



2

Fig. 1 : scanner maxillaire, coupe axiale

Fig. 2 : scanner maxillaire, reconstructions coronales objectivant le défaut osseux au niveau de 22

contrôle des implants en position 12 et 22.



3



4



5



6

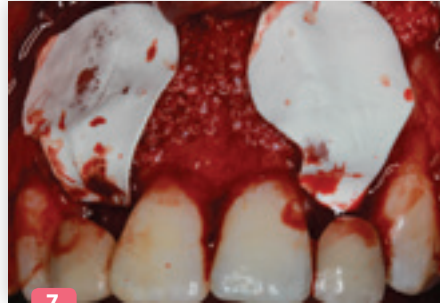
Fig. 3 : situation clinique initiale. Le lambeau de pleine épaisseur a été récliné.

Fig. 4 : section du bloc osseux à l'aide d'un disque diamanté

Fig. 5 : serrage de la vis d'ostéosynthèse

Fig. 6 : notez l'excellente mouillabilité du greffon en position 12

Les interstices entre l'os alvéolaire et les blocs sont comblés avec du Bio-oss® puis le tout est recouvert d'une membrane résorbable afin de protéger les sites de greffe Fig. 7.



7

Fig. 7 : deux membranes Bio-Guide sont positionnées

Des sutures sans tension (3/0 non résorbable) sont faites après avoir libéré le lambeau si ce dernier n'est pas suffisamment lâche. La suture sans tension permet une cicatrisation primaire et une bonne hermeticité évitant un envahissement bactérien du greffon Fig. 8.



8

Fig. 8 : situation post-opératoire

Contrôle et ablation des fils entre 14 et 21^{ème} jour Fig. 9.



9

Fig. 9 : situation à 21 jours

Les vis sont retirées six mois après, aucune mobilité des blocs n'est observée et le cone beam objective une bonne attache des greffons sur la corticale vestibulaire préexistante.

La mise en place des implants est donc programmée à l'hôpital Bretonneau.

Protocole opératoire : mise en place des implants

L'intervention débute par la dépose des bridges collés existants afin de permettre un accès aux sommets des crêtes, ce qui n'avait pas été nécessaire pour les greffes Fig. 10.



10

Fig. 10 : les bridges collés sont déposés le jour de la pose des implants

L'anesthésie, les incisions et les forages se font de façon classique, tout en respectant une position en palatin et des axes qui permettront la réalisation des futures prothèses dans de bonnes conditions Fig. 11-12.



11

Fig. 11 : un lambeau de faible étendue est réalisé au niveau des deux sites implantaires.



12

Fig. 12 : les indicateurs de guidée sont positionnés pour valider la position des implants.

Nous mettons en place 2 implants NobelReplace® Tapered 3,5 mm de diamètre, 10 mm de longueur.

Une fois la tête des implants au niveau crestal avec une bonne stabilité primaire, on pose les vis de couverture. Puis des sutures 3/0 non résorbables sont réalisées pour refermer les sites implantaires.

>>>

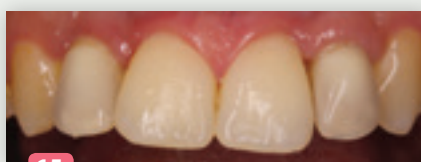


13



14

Fig. 13-14 : radiographies rétro-alvéolaires de contrôle des implants en position 12 et 22.



15



16



17



18



19

Fig. 15 : situation clinique après cicatrisation de la gencive autour des dents et piliers provisoires.

Fig. 16 : vue occlusale. Notez l'excellente cicatrisation gingivale.

Fig. 17 : empreinte directe de 12 via l'utilisation d'un silicone light.

Fig. 18 : essai des piliers CFAO Atlantis.

Fig. 19 : scellement des couronnes céramiques définitives.

Agénésies de 12 et 22 - greffe osseuse allogénique en onlay et implants (suite)

En fin d'intervention, les bridges collés sont remis en place en temporisation.

Un contrôle est effectué après une semaine Fig. 13-14 ; l'ablation des fils est réalisée à ce moment-là.

Trois mois après la pose des implants, nous réalisons le deuxième temps chirurgical. Une anesthésie de la gencive est effectuée, suivi d'un décollement jusqu'aux têtes d'implants. Les vis de couverture sont remplacées par des piliers provisoires sur lesquelles sont élaborées des couronnes provisoires afin d'obtenir une cicatrisation gingivale autour d'un profil d'émergence idéal Fig. 15-16.

Après cette phase d'intégration tissulaire médiée par les provisoires, les empreintes sont réalisées en prenant soin de bien enregistrer les profils d'émergence validés par les provisoires : via un transfert d'empreinte personnalisé ou via l'injection de light dès le retrait de la provisoire Fig. 17.

Des piliers CFAO Atlantis® sont réalisés, essayés et validés en bouche avec une limite pilier-couronne à 1,5 mm sous la gencive afin d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant et une accessibilité facile du contrôle de scellement Fig. 18. Les couronnes céramo-céramique sont alors fabriquées (laboratoire de prothèse dentaire Lefebvre), essayées et scellées sur ces piliers.

L'intégration de ces restaurations le jour de la pose est satisfaisante Fig. 19. ●

À LIRE

MOORE ST; KATZ JM; ZHUKAUSKAS RM; HERNANDEZ RM; LEWIS CS; SUPRONOWICZ PR; GILL E; GROVER SM; LONG NS; COBB RR
Osteoconductivity and osteoinductivity of Puros®DBM putty. *J Biomater Appl* 2011 Aug;26(2):151-71.

NISSAN J; MARDINGER O; CALDERON S; ROMANOS GE; CHAUSHU G
Cancellous bone block allografts

for the augmentation of the anterior atrophic maxilla. *Clin Implant Dent Relat Res* 2011 Jun;13(2):104-11.

CHAUSHU G; MARDINGER O; PELEG M; GHELFAN O; NISSAN J
Analysis of complications following augmentation with cancellous block allografts. *J Periodontol*. 2010 Dec; 81(12): 1759-64.

MINICHETTI JC; D'AMORE JC; HONG AY; CLEVELAND DB
Human histologic analysis of mineralized bone allograft (Puros®) placement before implant surgery. *J Oral Implantol* 2004;30(2):74-82.

GARG AK
The Atlantis Components Abutment: simplifying the tooth implant procedure. *Dent Implantol Update* 2002 Sep;13(9):65-70

OSORIO J
Use of the Atlantis® Abutment in restorative practice speeds time to function and aesthetics. *Dent Implantol Update* 2000 Aug;11(8):57-62

AGUSTÍN-PANADERO R; ROMÁN-RODRÍGUEZ JL; FERREIROA A; SOLÁ-RUIZ MF; FONTS-FONT A
Zirconia in fixed prosthesis. A literature review. *J Clin Exp Dent* 2014 Feb; 6 (1):e66-e73

INGE- NIEUX.

**LA PLUS PETITE VIS D'ABUTMENT:
EVIDEMMENT DE THOMMEN MEDICAL.**



«TOUS LES PROTHESISTES
SONT FANS DE LA
TOUTE PETITE VIS.»

DR U. GRUNDER,
ZURICH-ZOLLIKON

Gestion des faibles volumes osseux sous-sinusiens 2 et 3 octobre Clermont-Ferrand
Gestion des déficits osseux 26 et 27 juin 2014 Agen
Programme : infos@thommenmedical.fr



7 points clés pour éviter les obstacles à la communication avec les patients



Edmond BINHAS
Fondateur du groupe
Edmond Binhas

L'efficacité en communication ne s'acquiert pas en cinq minutes. C'est la raison pour laquelle j'insiste à nouveau volontairement ce mois-ci, en ces périodes de grands changements, sur l'importance de la communication avec vos patients.

Vous devez avant tout identifier le motif des blocages rencontrés avec vos patients par le passé. Sinon, des incompréhensions, sources de frustration, s'installent et **la communication devient immédiatement plus difficile.**

Pour mieux gérer ces problèmes de dialogue, voici 7 points clés qui vous permettront d'éviter certains obstacles à une bonne communication au cabinet.

LES 7 POINTS CLÉS

Point-clé n°1 Voyez le patient **D'ABORD** comme une personne

L'absence de connaissance du domaine dentaire par le patient implique que, sans effort particulier

de **votre** part, toute relation avec lui serait **théoriquement** vouée à l'échec.

En raison d'un stress de plus en plus élevé, même les praticiens les plus dévoués peuvent, à leur insu, ne plus être en véritable connexion avec leurs patients à certains moments. Nous sommes physiquement présents mais notre esprit est ailleurs. Le premier pas à faire pour créer de bonnes conditions de communication relève de notre responsabilité de professionnels médicaux, pas de celle du patient. **Admettez la légitimité de son point de vue, son droit à la maladresse et ses difficultés à vous comprendre.** Si ses propos semblent orientés contre vous (jugement, critique, ordre...), reconnaissez-lui ce droit. Toutefois, soyez attentif

à ne pas confondre : « service » et « esclavage ». La frontière est souvent fine entre les 2.

Point-clé n°2 Tournez votre langue 7 fois dans la bouche avant de parler

Comprendre l'état d'esprit d'un patient avant de prononcer un seul mot : voilà une attitude qui semble impérative pour se donner les moyens de le comprendre. Nous taire lui laissera l'opportunité d'exprimer des idées parfois difficiles à clarifier. Le silence a toute sa place dans la relation avec les patients. Il peut se montrer pesant, particulièrement entre deux personnes relativement étrangères. Cependant, il demeure constructif, notamment au cours de l'entretien préclinique lors de la première consultation. L'utilisation adaptée du silence, combinée à des questions ouvertes et à l'empathie, est d'une efficacité redoutable lors des visites initiales. Le silence se transforme également en arme redoutable face à un patient agressif.

Point-clé n°3 Guidez la conversation

Il y a une **différence entre subir une discussion et la guider**. Dans une conversation, c'est celui qui pose les questions qui, en réalité, guide l'entretien.

D'autre part, une distinction doit être faite entre « **communiquer** » et « **bavarder** ». En terme d'organisation pure, le bavardage semble stérile. Son excès représente bien d'ailleurs l'une des principales causes des retards d'un praticien. Cependant, à seconde vue, il s'avère utile pour créer la confiance.

La communication a ainsi deux objectifs.

- **Le bavardage** sert à créer de la confiance en se montrant humain.
- **L'information** sert à une meilleure compréhension des aspects techniques.

(Oubliez pour cela l'idée d'un cours destiné à des sixièmes années dentaires : vous vous adressez à un patient.)

Point-clé n°4 Prévenez les conflits

Notre cerveau utilise des modèles, une sorte de « raccourci mental », pour traiter les informations provenant de notre environnement. Il range les événements dans des « cases ». Ces **modélisations cérébrales donnent parfois lieu à des préjugés ou à une mauvaise interprétation**, souvent à l'origine de nombreux conflits. Il faut savoir **prévenir ce type d'erreurs**. Exemples :

« Avec les patients, je n'ai jamais de chance ». (Généralisation)

« Vous trouvez que c'est cher ! » (Sélection)

« Il ne m'a pas regardé, donc il ne m'apprécie pas ». (Distorsion)

Ces « idées toutes faites » provoquent des erreurs d'interprétation et nuisent à la communication avec les patients.

Point-clé n°5 Développez votre empathie

En langage courant, l'expression signifie « se mettre à la place de l'autre » et se comporter en conséquence avec plus de tolérance et d'humanité. Pour faire preuve d'empathie, mettez-vous dans la peau du patient. Cela peut entraîner une vraie différence dans votre démarche d'une communication plus efficace.

L'un des secrets consiste à « **lire entre les lignes** » ce qu'un patient n'exprime pas clairement. Soyez attentif à sa communication non verbale.

L'empathie est une qualité humaine et non pas une technique. Vous devez avant tout avoir de la considération pour vos patients. Pensez donc à adopter une véritable posture d'écoute là où d'autres ne font que s'écouter.

ATTENTION : il convient toutefois de distinguer sympathie et empathie. La sympathie consiste à être toujours d'accord avec le patient. L'empathie implique de comprendre sa position mais pas forcément de la partager.

Point-clé n°6 Surmontez les objections

Si le patient se retrouve bloqué à une étape de la présentation du traitement, il ne l'acceptera pas. Aussi, il est de votre responsabilité, ainsi que celle de votre équipe, de guider les patients en répondant à leurs objections.

La plupart des objections peuvent être surmontées dès la phase de diagnostic. Les patients ne se présenteront jamais au cabinet avec une liste toute prête de questions auxquelles vous n'avez plus qu'à répondre par « oui » ou par « non ». D'où la nécessité pour vous d'établir une méthode de planification des traitements répondant aux objections les plus fréquentes. Nous connaissons tous les plus redondantes : le temps requis, le prix, la gêne occasionnée, le retour au travail, leur apparence pendant et après les soins... Je vous conseille donc d'y répondre, par anticipation, AVANT la présentation, durant la mise au point du plan de traitement.

Point-clé n°7 Améliorez votre rapport à l'argent

Même au 21ème siècle, l'argent reste un sujet tabou au cabinet dentaire. Or, la survie de votre cabinet est étroitement liée à votre aptitude à le transformer en entreprise économiquement viable. Quand j'énonce le mot « entreprise », certains confrères me répondent : « *Mais nous ne sommes pas des commerçants quand même !* ». Pourtant, il faut savoir s'adapter à son époque.

En développant notre aptitude à communiquer et en créant des plans de financement équitables, nous ouvrons la porte à une dentisterie de qualité. La seule condition : une qualité de traitement à la hauteur du prix demandé. Ma devise est la suivante : « *Soit vos honoraires sont justifiés et vous devez en être fiers, soit ils ne le sont pas et dans ce cas, baissez-les* ». C'est aussi simple que ça. Vous perdrez votre efficacité relationnelle si, au fond de vous, vous jugez vos honoraires trop élevés !!! ●

Cet article est extrait du prochain ouvrage du Dr Edmond BINHAS à paraître : « Les 7 secrets de la communication avec les patients. »

CONTACT

Groupe Edmond Binhas
Rejoignez-nous sur notre Centre de
Ressources : www.binhas.com
Institut BINHAS
Claudette - Tél. : 04 42 108 108
5 rue de Copenhague BP 20057
13742 VITROLLES CEDEX
E-mail : contact@binhas.com



Les causes profondes du *burn-out* en odontologie et la déformation universitaire



Rodolphe COCHET
Conseil en stratégie
d'organisation des
cabinets dentaires

On identifie communément la profession de chirurgien-dentiste comme étant la plus exposée aux symptômes du *burn-out*, juste après celle des policiers¹. Or, force est de constater que le strict exercice des soins dentaires n'est en aucune manière responsable de l'émergence des signes de cette pathologie.

La gestion de l'environnement professionnel de l'odontologiste de manière générale, c'est-à-dire l'exercice des compétences transversales de gérance, management et organisation, est la cause principale directe et indirecte des faiblesses psychologiques et comportementales des praticiens en exercice.

La formation initiale en question : autonomie décisionnelle et intellectuelle du futur odontologiste

Il faut remonter aux origines de la formation des dentistes pour comprendre l'extrême sensibilité des praticiens au stress et les graves difficultés dont ils pâtiennent lorsqu'ils se trouvent confrontés à des problèmes majeurs et récurrents de gestion humaine, d'organisation ou de communication. La finalité pédagogique du 3^{ème} cycle est pourtant fièrement et clairement affichée : **rendre autonome le chirurgien-dentiste dans l'exercice de ses soins**. Or, la profession de chirurgien-dentiste, toutes professions libérales confondues, est sans aucun doute celle qui pâtit des contraintes administratives, fis-

cales, sociales, matérielles et humaines les plus lourdes. Les fonctions de Dentiste, Gérant & Manager deviennent d'emblée indissociables. Nos futurs odontologistes sont-ils pour autant préparés durant leurs études à appliquer des principes et adopter des méthodes fiables de management, qu'il s'agisse de la gestion de la relation hiérarchique à son employé (en tant que patron : « donner des ordres ») ou à son patient (en tant que soignant : éclairer le consentement du patient) ? Il suffit d'analyser le contenu des programmes pédagogiques de fin de cycle de la plupart des UFR d'odontologie et Facultés de Médecine dentaire pour constater à quel point les étudiants sont livrés à eux-mêmes s'agissant de la gestion prévisionnelle et stratégique de leur futur environnement professionnel, au point que de moins en moins de jeunes dentistes imaginent franchir le cap de l'exercice individuel, comme s'il s'agissait d'un défi devenu impossible à relever. Jetons également un coup d'œil sur l'évolution alarmante de la démographie professionnelle en dentisterie. Les écarts se creusent entre l'exercice urbain et rural au détriment bien entendu du dernier, alors même que les conditions de vie personnelle et profession-

nelle des dentistes sont parfois bien plus profitables et confortables à la campagne et en « banlieue » plutôt qu'à la ville. Mais comment les étudiants en odontologie peuvent-ils, ne serait-ce que concevoir ce choix, si on ne leur donne pas à réfléchir sur la situation contemporaine, pratique et critique des dentistes en exercice ?

Les recommandations officielles de l'ADA² et ADEE³ : stratégies de gouvernance et gestion RH

Les textes officiels de l'ADEE sont sans aucune ambiguïté quant à la nécessité de former le futur odontologiste dès les premières années d'études aux principes de **gérance d'un cabinet** et de **management d'une équipe dentaire**. Ensuite, les recommandations, on décide de les suivre ou non. En la matière, force est de reconnaître que les UFR d'Odontologie pâtissent d'une lourdeur administrative incommensurable et d'une latence décisionnelle parfois opaque, sans compter la nécessaire refonte des programmes qui n'en finit pas suite aux récents accords de Bologne. Les notions même de « gouvernance » et de « management » ne sont fort probablement pas les fonctions qui leur sont le plus familier. Alors, pensez-vous donc : enseigner à un futur odontologiste à prendre les meilleures décisions dans le cadre de la gestion prévisionnelle et stratégique de son exercice professionnel est loin d'être un impératif pédagogique. En lieu et place de cours et d'enseignements dirigés en « stratégie d'organisation du cabinet dentaire », des cours parfois abscons de gestion sont prodigués : non pas des cours de « management », mais des cours de comptabilité et de fiscalité. Demandez donc aux étudiants ce qu'ils vont bien en faire de ces théories et pratiques administratives complexes qui sont finalement l'apanage d'autres professions réglementées, comme celles d'experts-comptables et de fiscalistes. Ne devrait-on pas plutôt apprendre à un futur dentiste à ne surtout pas gérer sa propre comptabilité (comme c'est encore trop souvent le cas) mais à la déléguer à des professionnels compétents ? Le principe de délégation en dentisterie, voilà une compétence éminemment stratégique et salvatrice qu'il conviendrait d'enseigner à nos futurs dentistes.

Les conditions de l'autonomie du futur odontologiste : apprendre à déléguer

La capacité de délégation n'est-elle pas finalement l'une des compétences de management qui fait le plus défaut aux chirurgiens-dentistes ? Si l'on s'en tient aux statistiques françaises de l'AGAPS et OMPL, 30 % de praticiens exercent encore en solo en France. Si c'est un choix personnel, après tout, comment serions-nous autorisés à porter un jugement sur la pratique de l'exercice odontologique en solitaire ? Par contre, si c'est un choix par défaut, à savoir pour des raisons financières, managériales ou organisationnelles, aucun argument généralement invoqué ne résiste à l'épreuve des (bien)faits de l'exercice individuel en équipe. En effet, nombre de praticiens croulant sous les charges administratives et logistiques (sans assistante,

“ la profession de chirurgien-dentiste, toutes professions libérales confondues, est sans aucun doute celle qui pâtit des contraintes administratives, fiscales, sociales, matérielles et humaines les plus lourdes „

ajoutez au moins 15 à 20 heures de travail hebdomadaire) prétextent la difficulté de gérer du personnel, de le former, de le motiver et de le fidéliser. Le management ne s'adresse d'ailleurs pas exclusivement à la gestion de la relation à l'employé, mais au patient : présenter et argumenter un plan de traitement afin d'éclairer le consentement de son patient ne sont-elles pas des compétences stratégiques de communication qui conduisent à lui

déléguer d'immenses responsabilités, telle que celle de refuser la proposition thérapeutique du soignant ? Le dentiste doit aussi apprendre à gérer les relations professionnelles à ses fournisseurs (laboratoire, industries, prestataires) et correspondants de santé. « **Déléguer** » est sans aucun doute la compétence de base à maîtriser parfaitement pour un odontologiste contemporain. Il ne saurait suffire d'en avoir la simple capacité.

L'enseignement du management en dentisterie : une question de santé publique

Quand l'exercice des fonctions de management, d'organisation et de communication finit par représenter pour le dentiste une contrainte, plutôt que la condition même de sa liberté et de son autonomie décisionnelle, alors la situation se dégrade inexorablement. Des états d'âme, des sautes d'humeur, une mauvaise réceptivité à la critique, une hypersensibilité aux situations d'incertitude, une irascibilité montante, une émotivité débordante et contradictoire (alternance de phases d'optimisme exacerbé et de pessimisme plombant) : rien de bien grave, apparemment, lorsque ces situations sont vécues dans un cadre privé. Lorsqu'elles se manifestent dans un cadre professionnel et quand elles sont subies par son entourage (collaborateurs, assistantes, patients), les répercussions de cette instabilité mentale et psychologique ne sont pas du tout les mêmes et les conséquences sont dès lors bien plus délétères en situation concrète de travail. Les instances représentatives de la profession doivent se mobiliser afin d'inclure dans leurs programmes de formation initiale et continue des cours et travaux pratiques de management et de gestion RH strictement appliqués à l'exercice professionnel des soins dentaires ; non pas des cours de management entrepreneurial (« *un cabinet dentaire n'est pas une entreprise comme une autre* »), mais bien des cours de management odontologique. ●

AUTEUR

Rodolphe Cochet

7 rue Nicolas Houel - 75005 PARIS

Tél. : 01 43 31 12 67

E-mail : info@rh-dentaire.com (demande audit)

Conseil en management et organisation des cabinets dentaires :

www.rh-dentaire.com

¹ *L'Information Dentaire*, « le Burn-out n'est pas une fatalité », par Dr Marie-Claire Thery-Hugly.

² *American Dental Association*.

³ *Association for Dental Education in Europe*.

Tous vos rendez-vous

Parodontologie implantologie

Formation implantologie

4 & 5 JUIN 2014 à Montpellier
Dr Manhès

Génération Implant

Tél : 0820 620 017
info@generation-implant.com
www.generation-implant.com

Traitement de la péri-implantite

5 JUIN 2014 à Rueil

Dr J-L. Giovannoli
Frais d'inscription : 717.60€
Dentsply - Ludivine Chatelain
Tél : 06 88 12 96 54
ludivine.chatelain@dentsply.com
www.dentsplyimplants.fr

Invitationsimplysmarterdays

5 JUIN 2014 à Paris

Sofitel Arc de Triomphe
26 JUIN 2014 à Marseille
Sofitel Vieux port
Drs M. Regrain, R. Beau
Implant Direct
Tél : 00800 4030 4030
Fax : +41 44 567 81 01
marketing@implantdirect.eu

Formation implantologie sur pièces anatomiques

5 & 6 JUIN 2014 à Bordeaux

Université Victor Segalen
Drs Normand, Fougerais
Génération Implant
Tél : 0820 620 017
info@generation-implant.com
www.generation-implant.com

Les traitements de l'édenté complet en implantologie : extraction et mise en charge immédiate. All on 6..on 4, quand et pourquoi ?

6 JUIN 2014 à Sallanches

Dr Frédéric Marcon
Frais d'inscription : 390€ /1j
18 & 19 JUIN 2014 à Sallanches
Dr Jacques Vermeulen
Frais d'inscription : 950€ /2j
Anthogyr
Tél : 04 50 58 02 37
www.anthogyr.fr

Formation en parodontologie

9 AU 13 JUIN 2014

à Aix-en-Provence
Drs J. Beaulieu, M-È. Bezzina
Académie de Paro
Tél : 0320 340 447
info@academie-de-paro.com

Chirurgie muco-gingivale et osseuse

12 JUIN 2014 à Cannes

Greffes de sinus : technique de Summers & volet latéral
13 JUIN 2014 à Cannes
Pr P. Mariani, Dr F. Bonnet
Frais d'inscription : 865€
FIDE

Tél : 04 93 99 99 75

contact@fide.fr
www.fide.fr

Aménagements muqueux en implantologie

12 & 13 JUIN 2014 à Paris

Bois Colombes
Dr Hadi Antoun
IFCIA - Mme Isabelle Joessel
Tél : 01 47 23 83 25
ifcia.isabelle@gmail.com
www.ifcia.fr

La Macrophotographie dentaire

13 JUIN 2014 à Nantes

Vigneux - Brit Hôtel
Dr J.F. Lasserre
Frais d'inscription : 500€
AOBO - Stéphanie de Thoury
Tél : 02 51 89 02 28
aobo@wanadoo.fr
www.aobo.fr

Prothèse sur implant de base

13 & 14 JUIN 2014 à Grabels (34)

Dr Jean-François Pignol
Frais d'inscription : 480€
GLOBAL D - Sandra Rosaz
Tél : 04 78 56 97 00
Fax : 04 78 56 01 63
www.globald.com

Cycle 3 chirurgie avancée

13 & 14 JUIN 2014 à Bordeaux

Drs R. Da Costa Noble,
Y. Lauverjat, R. Colomd ...
Frais d'inscription : 1 500€
CEIOP
Tél : 06 26 80 46 43
ceiop@ceiop.com
www.ceiop.com

Chirurgie, prothèse et solutions digitales pour une esthétique optimisée

13 & 14 JUIN 2014 à Paris

Dr Th. Rouach
Frais d'inscription : 1 000€
Dentsply - Ludivine Chatelain
Tél : 06 88 12 96 54
ludivine.chatelain@dentsply.com
www.dentsplyimplants.fr

Formation cone-beam 1 jour

15 JUIN 2014 à Strasbourg

Dr Hassaneyn

20 JUIN 2014 à Nice

Dr Diss
Génération Implant
Tél : 0820 620 017
info@generation-implant.com
www.generation-implant.com

Dissection sur pièces anatomiques

16 JUIN 2014 à Lyon

Pose d'implants sur pièces anatomiques

17 JUIN 2014 à Lyon

Dr Sophie Veyre-Goulet
Frais d'inscription : 990€ /2j
Clinic All - Julien Murigneux
Tél : 04 26 18 61 43
contact@clinic-all.fr

Traiter les cas simples : cycle complet pour acquérir les bases de l'implantologie par CLINIC'ALL

16 & 17 JUIN 2014 à Lyon 6°

Drs Monchanin, Veyre-Goulet,
Coudurier, Salino, Feuillet
Frais d'inscription : 3 290€
Global D - Sandra Rosaz
Tél : 04 78 56 97 00
Fax : 04 78 56 01 63
www.globald.com

Formation extraction, comblement et gestion des tissus mous en implantologie 2 jours

18 & 19 JUIN 2014 à Paris

Dr Khoury
Génération Implant
Tél : 0820 620 017
info@generation-implant.com
www.generation-implant.com

PARIS, July 2nd 2014

Maison de la Chimie

28, rue Saint-Dominique - 75007 Paris

ORAL
IMPLANTOLOGY
WORLD
CONGRESS

Vous avez la fibre laser ?



Syneron™
DENTAL LASERS

Nous avons le laser sans fibre !



SCDistribution

Cédric Bouchereau - 06 08 22 08 42

scdistribution@orange.fr

Serge Mahé - 06 62 21 75 78

maheneoflash@wanadoo.fr

LITETOUCH™

Laser Erbium:YAG "sans fibre"

www.litetouch.fr

Comprendre et maîtriser les maladies parodontales

19 JUIN 2014 à **Rennes**

Dr Jacques Charon

Labophare Formation

Audrey Falkenrodt

Tél : 05 56 34 93 22

audrey.falkenrodt@

acteongroup.com

C.E.R.A.I.O. : présentation des techniques chirurgicales complémentaires à l'implantologie conventionnelle

26 AU 28 JUIN 2014 à **Paris**

Bois Colombes

SFBSI

Tél : 01 47 85 65 12

ssfbsi@aol.com

www.sfbsi.com

Formation assistante dentaire : asepsie

27 JUIN 2014 à **Aubagne**

Frais d'inscription : 320€

Global D - Sandra Rosaz

Tél : 04 78 56 97 00

Fax : 04 78 56 01 63

www.globald.com

Esthétique

TP 1 Symbiose : la macrophotographie dentaire

4 JUIN 2014 à **Bordeaux**

TP 2 Symbiose : les facettes céramiques collées, chips & prep

5 & 6 JUIN 2014 à **Bordeaux**

Novotel le Lac

Symbiose - J.F. Lasserre

Tél : 05 56 44 35 56

jf.lasserre@wanadoo.fr

www.symbiose-ass.org

Coaching esthétique : comment intégrer une pratique esthétique dans son cabinet

6 JUIN 2014 à **Montpellier**

Gad Center - Cyril Gaillard

Tél : 06 09 13 52 41

contact@gad-center.com

www.gad-center.com

Esthétique et éclaircissement

Dr Paul & Alexandre Miara

Éclaircissement

+ TP gouttières

Flore Vicaire

12 JUIN 2014 à **Angers**

26 JUIN 2014 à **Bordeaux**

Labophare Formation

Audrey Falkenrodt

Tél : 05 56 34 93 22

audrey.falkenrodt@

acteongroup.com

La réhabilitation esthétique et fonctionnelle - 2 modules 4X2 jours

19 & 20 JUIN 2014 à **Paris**

Digital smile design, théorie + T.P

24 & 25 JUIN 2014 à **Paris**

Fouquet's

Dr Coachman

Gad Center - Cyril Gaillard

Tél : 06 09 13 52 41

contact@gad-center.com

www.gad-center.com

Maîtriser les facettes de céramique - cycle 2-thème 2

26 JUIN 2014 à **Paris**

Maîtriser les couronnes céramo-céramiques - cycle 1- thème 2

27 JUIN 2014 à **Paris**

Drs Gil Tirtlet, Jean-Pierre Attal

GRF - Anne-Laure Simon

Tél : 01 42 53 46 82

cycle.esthetique@

formationgrf.com

www.formationgrf.com

Éclaircissement dentaire

26 JUIN 2014 à **Lyon**

Dr Éric Bonnet

Les restaurations composites

27 JUIN 2014 à **Lyon**

Les céramiques

28 JUIN 2014 à **Lyon**

Dr Nicolas LEHMANN

Frais d'inscription : 390€

Clinic All - Julien Murigneux

Tél : 04 26 18 61 43

contact@clinic-all.fr

Hypnose clinique dentaire et concept de dentisterie Ericksonienne

11 AU 13 MARS 2015 &

10 AU 12 JUIN 2015.....

à **St Priest-Lyon / Arseus-**

Actipark des Meurières

Dr Bruno Delcombel

Bruno Delcombel

Consulting - Hélène

Tél : 04 72 78 58 60

hypnosedelcombel@

yahoo.fr

www.hypnotiquedentiste.fr

Omnipratique

1 journée pour découvrir l'évolution des techniques d'anesthésie dentaire (avec 4h de T.P.)

5 JUIN 2014 à **Paris**

19 JUIN 2014 à **Toulouse**

26 JUIN 2014 à **Dax**

AFPAD - Sophie

Tél : 02 41 56 05 53

mail@afpad.com

Les clés pour un examen serein - séminaire 1 de 2 jours

18 & 19 JUIN 2014 à **Paris**

Hôtel Méditel Montparnasse

Drs B. Guittou, R. Bessis

Frais d'inscription : 1 690€ /

praticien - 1 190€ / assistante

Les Compagnons Dentaires

Dr Bertrand Guittou

Tél : 02 40 28 60 02

bcguitt2@icloud.com

www.lescompagnonsdentaire.fr

L'avulsion de A à Z (service pathologie)

19 JUIN 2014 à **Paris**

à **Clermont-Ferrand**

Pr J.L. Veyrone, Dr C. Huard

Frais d'inscription : 280€

UDA Faculté De Chirurgie

Dentaire

Tél : 04 73 17 73 35

claudie.camus@udamail.fr

webodonto.u-clermont1.fr

Communication

Conférences COEFI 2014 : la communication au cabinet libéral en 2014, s'adapter aux nouveaux défis

19 JUIN 2014 à **Paris 12°**

Maison de la RATP

François DIDELOT

COEFI

Tél : 06 61 20 26 55

contact@coefi.fr

www.coefi.fr

Savoir communiquer en implantologie : apprenez à argumenter efficacement auprès de vos patients

26 JUIN 2014 à **Sallanches**

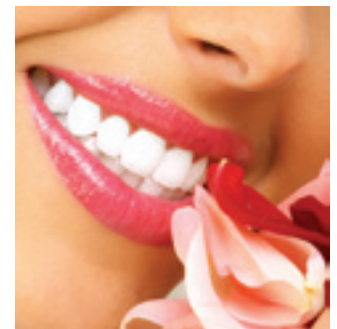
Dr. Bertrand Rousselet

Frais d'inscription : 390€ à 490€

Anthogyr

Tél : 04 50 58 02 37

www.anthogyr.fr



Divers

Hypnose médicale dentaire et techniques de communication Ericksoniennes (formation)

5 AU 7 JUIN 2014 à **Strasbourg**

14 JUIN 2014 à **Paris**

(initiation)

Drs C. Parodi, K. Kaiser,

Mr Y. Halfon

A.F.H.D.

Tél : 06 25 51 65 72

Fax : + 32 87 65 62 38

info@hypnoteeth.com

www.hypnoteeth.com

Enseignement d'homéopathie, odontostomatologique

6 & 7 JUIN 2014 .. à **Lyon Hôtel**

Best Western Charlemagne

Drs Roess, Helfenbein ...

Frais d'inscription : 1 séminaire

410€/membre - 460€/non

membre - 210€/étudiant,

retraité...

Anphos

Tél : 04 42 92 67 57

contact@anphos

WFLD World Federation for Laser Dentistry
Formerly I.S.L.D., founded in 1988

14th World Congress for
LASER DENTISTRY

PARIS, July 2nd, 3th & 4th, 2014

Maison de la Chimie

28, rue Saint-Dominique - 75007 Paris

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

N O S P R O C H A I N S S É M I N A I R E S

OMNIPRATIQUE

LILLE 5 & 6 juin 2014

TOULOUSE 12 & 13 juin 2014

PARIS 11 & 12 septembre 2014

NANTES 18 & 19 septembre 2014

ESTHÉTIQUE

REIMS 22 mai 2014

BORDEAUX 4 septembre 2014



GROUPE
EDMOND
BINHAS



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

www.binhas.com

PETITES ANNONCES



OFFERT

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

CABINET DENTAIRE

Ventes

15 - CANTAL

Cède cabinet campagne, omnipratique un jour et demi - bon potentiel, bail cessible.

Tél : 06 11 88 44 38

N°14/93/CA/1295

75 - PARIS

Vends ou Loue cabinet fort potentiel, commerces, transports.

Tél : 06 20 52 40 98

N°14/93/CA/1303

DIVERS

24 - DORDOGNE

Vends maison ensoleillée sur coteaux 1990 près Lamothe-Montravel 10km St Émilion 1km SNCF 20mn TGV. 5 pièces 82m² + 70m² buanderie aménagées, terrain clos 9291 m² toit refait 2011 DPE D. 168 000 € raisonnablement négociable

Tél. : 01 42 05 72 87

N°14/93/DI/1297

62 - ARRAS

Achète toutes régions, table tournante, vitrine métal dentaire même abîmée années 50

Tél : 06 68 86 07 36

N°14/93/DI/1299

Comment passer
une annonce

Choisissez
votre
rubrique

Ou l'une des
4 formules
suivantes

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 plus

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

Formule 1 > 65 €
5,7 cm x 4 cm

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

Formule 3 > 140 €
10,8 cm x 4 cm

Photo
2,5 x 2,5
cm

Votre annonce de
5 lignes maximum,
encadrée avec
fond de couleur
+ votre photo offerte

Formule 2 > 85 €
5,7 cm x 5,5 cm

Votre annonce de
8 lignes maximum,
encadrée avec
fond de couleur

Formule 4 > 220 €
10,8 cm x 5,5 cm

Photo
3 x 4
cm

Votre annonce de
8 lignes maximum,
encadrée avec
fond de couleur
+ votre photo offerte

Formule 1 ... 65 €

Formule 2 ... 85 €

Formule 3 ... 140 €

Formule 4 ... 220 €

Dates de parution

Juin 2014

Septembre 2014

Octobre 2014

Autres dates :

3 formules successives = -10%

Total

Joindre le texte de votre annonce sur papier libre (30 caractères/ligne, espaces compris) en indiquant vos coordonnées complètes (poste, tél., fax, mail).

À renvoyer avec votre règlement par chèque à :

**Le Fil Dentaire - PA, 95 rue de Boissy
94370 Sucy-en-Brie**

POUR RESTER CONNECTÉ, ON A BEAUCOUP PROGRÉSSÉ...



POUR CONCEVOIR VOS PROTHÈSES AUSSI !

Protilab, laboratoire de prothèses dentaires situé à Paris, propose aujourd'hui des travaux prothétiques de très haute qualité s'appuyant sur les technologies les plus en pointe. Seul laboratoire à ce jour certifié ISO 9001 de son secteur, il vous garantit une sécurité optimale en même temps qu'une efficacité et une rapidité de réalisation sans équivalent.

La prothèse évolue : vous avez tant à y gagner.



NOTRE EXPERTISE, VOTRE EXIGENCE.

4 rue Jacques Cartier • 75018 PARIS T. 01 53 25 03 80 • F. 01 42 80 03 43 • contact@protilab.com
facebook.com/laboratoire.protilab • twitter.com/protilab

N° VERT : 0 800 81 81 19 www.protilab.com



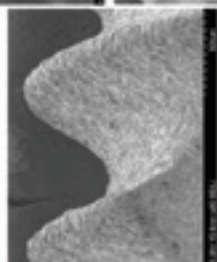
IMPLANT (SHARK OU REGULAR) + PILIER & TRANSFERT +
VIS DE CICATRISATION + VIS DE COUVERTURE =

99 €

sans contrainte de quantité



REGULAR



SHARK

SAFE
C +

...