

N°96 OCTOBRE 2014

# le fil dentaire

Le magazine référence des professionnels de la santé dentaire



n°1 2004



n°96 2014



+ [WWW.LEFILDENTAIRE.COM](http://WWW.LEFILDENTAIRE.COM)

SPÉCIAL  
10 ans 2004  
2014

# champions implants

Made in France/Germany

Gagnant du prix «Senses Innovations Award» 2013

Prix Regio-Effekt 2010



«Pas de micro-espace!»  
(Etude Zipprich, Uni Francfort 2012)

«Une des meilleures surfaces»  
(Etude Uni Cologne 2010)



- Chaque (R)Evolution® est assemblé avec un Shuttle
- Insertion > 35 Ncm des implants sans déformation des parties intérieures et de la paroi des implants, y compris ceux de diamètres de  $\varnothing$  3,5 ·  $\varnothing$  4,0 ·  $\varnothing$  4,5 et  $\varnothing$  5,5 mm
- Shuttle = Conformateur gingival
- Hermétique aux bactéries jusqu'à la mise en place de la restauration prothétique (remplacement par pilier)
- Prise d'empreinte au-dessus du Shuttle avec un porte-empreinte fermé (transgingival), permettant un gain de temps important
- Pas d'exposition et de réouverture («No-Re-Entry») de la gencive pendant la phase prothétique
- Prévention de la «perte osseuse physiologique»

*Génial & unique ...*

... Procédé MIMI®-flapless I + II avec (R)Evolution®



Fanny Rougnon-Glasson  
Coordinatrice France  
Tél.: 06.40.75.69.02  
fanny@championsimplants.com

**Exposant à l'ADF 2014: stand 4L05**



## 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@msn.com

## DIRECTION ARTISTIQUE

Agence **K**aim

## RÉDACTION

Dr Adriana AGACHI, Dr Franck AMOYEL, Dr Fabrice BAUDOT,  
Catherine BEL, Dr Steve BENERO, Dr Itzhak BINDERMAN,  
Dr Edmond BINHAS, Rodolphe COCHET, Dr Rémi COLOMB,  
Dr Reynald DA COSTA NOBLE, Dr Patrick FELLUS,  
Dr Frédéric GAULTIER, Dr Angela GILET,  
Dr Pierre-Yves GREAUD, Dr Alice GUYON, Dr Yves LAUVERJAT,  
Dr Stéphane MILLIEZ, Dr Éric PASQUIER, Dr Patrick PHILIP,  
Dr Philippe ROCHER, Dr Michael SAMAMA,  
Dr Gérard SCORTECCI, Dr Pierre-Marc VERDALLE,  
Dr VIGOUROUX, Dr Alain VILLETTE

## 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)  
Dr 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 TORDJMAN (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

Directrice : Patricia LEVI : 06 03 53 63 98

## ANNONCEURS

Anthogyr • Bisico • CEIOP • Champions Implants • DHT •  
FIDE • Global D • Groupe Edmond Binhas • Hypnoteeth •  
Implant Direct • Implant Discount • NCD • NF Diffusion •  
Orthopolis • Protalab • SC Distribution • Sunstar • Tecalliage •  
Thommen • TLB • Uniodf • Victory Implants • Voco GmbH

## ENCARTS

Crown Ceram • RGC Santé • Sage DRS • SIVP Dentaire

n°96  
OCTOBRE  
2014



p 14

Les innovations  
majeures dans notre  
pratique parodontale



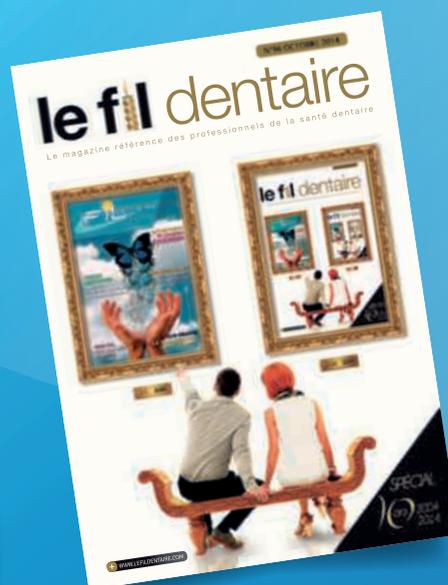
p 46

Esthétique et  
psychologie :  
« Primum non nocere »



p 58

Une décennie  
forte en événements  
marquants !



## ▼ SUR LE FIL

• Actualités France et International  
Nouveaux produits - Revue de presse 6 à 12

## ▼ CLINIC FOCUS

- Les innovations majeures dans notre pratique parodontale ..... 14
- Le Cone Beam :  
la 3D pour les chirurgiens dentistes ..... 16
- Le laser Er-Yag..... 18
- Inter relations parodontologie –  
orthodontie – implantologie..... 26
- Régénération osseuse :  
la voie des ostéotenseurs matriciels..... 28
- La technique ostéocentrale :  
une innovation en anesthésie dentaire... 34
- La greffe de tissu conjonctif  
par tunnelisation ..... 38
- Élévation bilatérale du plancher sinusien  
à visée implantaire par deux techniques :  
piezochirurgie et instrument rotatif ..... 40
- Comment venir à bout  
d'une déglutition dysfonctionnelle ..... 48

## ▼ CLINIC ANALYSE

• Esthétique et psychologie :  
« Primum non nocere » ..... 46

## ▼ LES FICHES THÉMATIQUES PAR G.I.

• Greffe osseuse, autologue mini-invasive .. 51

## ▼ CONSEIL ORGANISATION

• « Disruption\* dentaire »® :  
la fête est finie... ..... 54

## ▼ CONSEIL MANAGEMENT

• Test auto-évaluatif chirurgiens dentistes : êtes-  
vous un bon coach pour votre assistante ? 56

## ▼ CONSEIL ÉCO

• Une décennie  
forte en événements marquants ! ..... 58

## ▼ AU FIL DU TEMPS

• Agenda des manifestations ..... 60

▼ PETITES ANNONCES ..... 66



# “ Le Fil Dentaire souffle ses 10 bougies ”

**C**ela paraît loin et si proche en même temps lorsqu'on regarde le chemin parcouru et la vitesse à laquelle le temps a passé ! Des moments forts, sans aucun doute, ceux qui touchent aux hommes... en pensant notamment aux interviews que nous avons réalisés et qui nous ont permis de créer un lien affectif exceptionnel avec toutes ces personnes hautes en couleur.

Notre premier congrès aura été également un moment fort de notre aventure. C'était la première rencontre avec notre lectorat. Nous ne savions pas « à quelle sauce nous allions être mangés ». Belle surprise ! De nombreuses mains serrées, de nombreux lecteurs enchantés dont certains ont emporté sur place quelques numéros manquant à leur collection. Quelle émotion !

## En route pour une nouvelle décennie?

À l'allure où vont les évolutions technologiques, cela devient compliqué de se projeter à 10 ans.

Nous serons toujours là, « ready to go » mais les français seront-ils toujours aussi attachés au papier ? Si tel est le cas, on donnera toujours le meilleur de nous-même pour accorder à ceux qui nous font l'honneur de nous lire, le bonheur d'y prendre plaisir.

Quoiqu'il advienne, nous étions précurseurs avec le « gratuit » dans la presse dentaire, nous nous sommes également préparés à un futur numérique. Le site [www.lefildentaire.com](http://www.lefildentaire.com) est aujourd'hui un véritable portail d'informations et de formations dont la fréquentation ne cesse d'augmenter. L'itinérance étant devenu également le point fort de notre temps, nous avons lancé début 2014, l'appli LE FIL DENTAIRE pour tablettes et smartphones, téléchargeable gratuitement.

Par ailleurs, la psychologie de nos patients a beaucoup évolué au cours de cette dernière décennie et il nous a paru opportun de faire la pédagogie de la dentisterie. C'est pourquoi, à l'occasion de cet anniversaire, nous avons également développé un site dentaire grand public baptisé **Dentagora.fr** que nous venons de mettre en ligne.

**“ nous étions précurseurs avec le « gratuit » dans la presse dentaire, nous nous sommes également préparés à un futur numérique. ”**

auteurs qui composent ce que nous appelons « notre réseau ». L'image que nous renvoyons aujourd'hui, c'est essentiellement à eux que nous la devons. Bernard Touati, Jacques Charon, Patrick Missika, Georges Khoury... nous ne pourrions pas tous les citer ici mais malgré leur agenda et sans contrepartie, juste parce qu'ils apprécient LE FIL DENTAIRE, sa vocation, son sérieux, sa régularité..., ils ont contribué à enrichir la revue que nous vous offrons chaque mois depuis 10 ans.

À l'occasion de cet anniversaire, nous les avons sollicités une fois de plus. En fonction de leur expérience, de leur spécificité, nous leur avons demandé de témoigner, au travers de quelques lignes ou d'un article, de l'apport d'un produit, d'un outil, d'une technologie qui a marqué leur exercice au cours de cette dernière décennie.

On vous présente le bébé !

**Pour ce numéro Spécial 10 ans**, l'équipe du Fil Dentaire est allé fouiner dans les anciens numéros. Le diagnostic ? Il s'en passe des choses en une décennie ! La maquette a changé et rechangé, le style a évolué vers une ligne éditoriale plus scientifique, plus clinique et cette orientation a été une condition de succès du journal. Nous avons très souvent remercié notre lectorat mais peut-être pas assez les



**Norbert Cohen**  
Rédacteur  
en chef



**Patricia Levi**  
Directrice  
de la publication

# Je suis un multitalent !

*Mordancage total, sélectif ou auto: Les trois me conviennent !*

*Je suis plus fort que les adhésifs conventionnels !*

*Mon contenu suffit pour plus de 250 traitements !*



## AVEC CHAQUE GOUTTE VOUS GAGNEZ

**La solution flexible et fiable pour toute situation de collage**

- Utilisation avec ou sans application préalable de l'acide phosphorique
- Parfaitement apte pour les restaurations directes et indirectes
- Adhésion sûre aux divers matériaux comme le métal, le dioxyde de zirconium, l'oxyde d'aluminium et la céramique à la silice, sans primer supplémentaire
- Application d'une seule couche – travail rapide en 35 secondes seulement

## Futurabond M+

**NOUVEAU**



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

## SUR LE FIL

### POLYDENTIA

## Polydentia Matrix Mix

**V**ous aimeriez changer, mais à cause du conditionnement en trop grande quantité, vous conservez toujours votre ancien système alors qu'il n'est plus adapté à vos besoins ?



Avec Polydentia Matrix Mix, vous avez la possibilité d'évaluer 12 types de matrices de tailles et de formes différentes. De petites quantités par type de matrice, mais suffisamment pour vous faire votre propre opinion sur leur manipulation, leur forme et leur application. L'assortiment de matrices

Polydentia se compose des matrices suivantes :

**LumiContrast** : Des matrices sectorielles à faible réflexion et contraste élevé pour les professionnels du secteur dentaire.

**Quickmat Deluxe** : Des matrices sectorielles en acier inoxydable pour une pratique quotidienne plus aisée.

**Matrices Tofflemire bombées** : En version pour prémolaires et molaires, en acier inoxydable.

**Matrices sectorielles transparentes** : Pour une polymérisation optimisée.

[www.polydentia.fr](http://www.polydentia.fr)

### EFISEPTYL

## Le flosser

**C**'est un outil peu ordinaire mais son efficacité et sa simplicité d'utilisation font de lui une véritable arme anti-bactérienne qui aide à éliminer efficacement la plaque dentaire et les résidus alimentaires tout en favorisant la prévention des caries. En gardant des dents propres et des gencives saines, il constitue un complément efficace du brossage. Les plus :



- 3 en 1 : fil dentaire + brosse + cure-dents
- son goût mentholé
- facile à insérer et ultra résistant

Le flosser est en GMS au prix de 2,20 euros. Le sachet contient 18 porte-fils. Une belle astuce pour les débutants qui souhaitent utiliser le fil dentaire !

[www.efiseptyl.com](http://www.efiseptyl.com)

6 [WWW.LEFILDENTAIRE.COM](http://WWW.LEFILDENTAIRE.COM)

### GLOBAL D

## ADF 2014, Global D affûte son arsenal thérapeutique...

**I**n-Kone® Primo (le p'tit nouveau!) PGlobal D présentera à Paris, lors du salon de l'ADF son nouvel implant In-Kone® Primo aux côtés de l'In-kone® Universal.

Cette nouvelle déclinaison s'adresse aux chirurgiens à la recherche de souplesse. Le profil endo-osseux légèrement conique et le filetage simple (pas 0.6 mm) confèrent des sensations de vissage douces avec une stabilisation très progressive de l'implant quelle que soit la densité osseuse. Cette progressivité sera particulièrement appréciable lorsqu'un positionnement vertical très précis de l'épaulement est recherché ou bien dans l'os de forte densité.



In-Kone® Primo (le p'tit nouveau!)



In-Kone® Universal

**P**rotocol de chirurgie Ultimate. Fruit des dernières avancées techniques, le nouveau kit de chirurgie Ultimate propose un protocole de chirurgie des plus précis.



Le design homothétique des forets à la silhouette des implants favorise l'intimité initiale os-titane ainsi que l'uniformité de la stabilité primaire sur la surface d'ancrage. L'incrémentation progressive des diamètres permet d'ajuster de façon précise et atraumatique le forage terminal à l'os. Un double code couleur didactique permet de travailler de façon reproductible et prévisible. Le protocole Ultimate est commun aux implants In-Kone® Universal, TwinKon® et In-Kone® Primo.

[www.globald.com](http://www.globald.com)

NOUVEAU

# QuickSleeper<sup>5</sup>

Disponible dès aujourd'hui...



+ efficace sur les molaires mandibulaires

+ confortable pour votre patient

+ confortable pour vous...

Molaires mandibulaires, pulpites, multi-secteurs, enfants...

Avec le nouveau QuickSleeper 5, toutes vos anesthésies sont simples et efficaces. Elles sont aussi indolores, rapides et sans engourdissement !

Pour plus d'informations sur QuickSleeper, contactez-nous à [mail@dentalhitec.com](mailto:mail@dentalhitec.com) ou 02 41 56 41 91.

DHT

## DENTAL HI TEC

Notre spécialité : l'anesthésie dentaire

[www.dentalhitec.com](http://www.dentalhitec.com)

Développé et fabriqué  
en France 

INNOVATION  
EN ANESTHÉSIE  
DENTAIRE 

## SUR LE FIL

## Utilisation des lasers en endodontie

Principes physiques et protocoles opératoires

Gérard Rey – Préface Patrick Missika

**L**es lasers n'ont jamais été et ne seront jamais une baguette magique qu'il suffit d'agiter pour simplifier l'exercice et obtenir des résultats exceptionnels ! Bien utilisés, ils constituent simplement un atout supplémentaire dans la réussite des plans de traitement et c'est principalement dans ce but que ce livre est rédigé.

Le traitement endodontique est rendu plus facile par le bon emploi des lasers qui peuvent être utilisés à plusieurs stades de l'intervention sur le réseau canalaire: pour simplifier l'accès aux canaux secondaires, pour améliorer l'action des solutions d'irrigation, pour faciliter l'obturation des deltas apicaux et même dans certains cas, pour éliminer des résidus d'instruments fracturés. Ainsi, tout praticien correctement formé à l'utilisation des lasers médicaux pourra améliorer les soins endodontiques apportés à ses patients : décontamination simplifiée des réseaux canaux complexes,



traitement des infections aiguës en une séance,  
guérison facilitée des lésions péri-apicales granulomateuses,  
obturation possible des deltas apicaux,  
suites opératoires majoritairement indolores,  
diminution importante de la prescription des anti-inflammatoires et des antibiotiques.

La description des traitements endodontiques lasers assistés est l'objectif de ce JPIO dirigé par Gérard Rey et rédigé avec des collaborateurs expérimentés sur ces techniques. Les auteurs analysent les résultats obtenus avec différents types de lasers et permettent au lecteur de se faire sa propre opinion sur l'intérêt et l'efficacité de la méthode par rapport aux techniques dites classiques.

+ Collection JPIO - Éditions EDP  
www.librairie-garanciere.com  
162 pages - 145 €.

## Chirurgie orthognathique piézoélectrique

Jean-luc Béziat, Jean-Jacques Aknin et Boris Barbic

**L**a chirurgie orthognathique est un volet de la chirurgie cranio-faciale qui a été profondément modifié au cours des dix dernières années par l'utilisation de la piézosurgery®.

L'auteur décrit dans cet ouvrage, de façon complète et chronologique, les différentes étapes orthodontique, prothétique préopératoire et chirurgicale de la prise en charge des dysmorphies dento-maxillaires. Il expose de façon extrêmement pratique, pas à pas, les techniques de découpe osseuse ultrasonique précises et atraumatiques qu'il a mises au point en repensant la conception de chaque geste pour en assurer la qualité et la reproductibilité. A chaque étape, le lecteur trouvera, dans un texte expliquant « pourquoi » et « comment », une réponse précise à ces interrogations. Cet aspect pratique est renforcé par une iconographie extrêmement complète associant 1284 schémas personnels et photographies cliniques ou opératoires. Ce travail est le fruit d'une expérience acquise tout au long d'une carrière et d'une collaboration multidisciplinaire. Il s'adresse donc aux internes chefs de clinique et chirurgiens maxillo-faciaux, aux orthodontistes et aux prothésistes, c'est-à-dire à tous ceux qui prennent en-charge cette pathologie et sont à la recherche de solutions rationnelles pour améliorer la qualité de leurs résultats.

+ Éditions EDP Sciences  
396 pages - 140 €

8 + WWW.LEFILDENTAIRE.COM

## Le traitement des troubles obstructifs du sommeil

Par gouttières endobuccales chez l'enfant et l'adulte

Par Michel Amoric

**L**es gouttières endobuccales sont devenues un moyen thérapeutique validé pour le traitement des troubles respiratoires obstructifs du sommeil et leurs complications cardio-vasculaires, métaboliques et neuropsychiques.



Pour mener à bien ces traitements, les professionnels de l'art dentaire sont régulièrement sollicités pour acquérir des connaissances dans ce domaine par des formations, la lecture d'articles ou d'ouvrages spécialisés. Cette nouvelle publication de Michel Amoric est le fruit d'une analyse critique de plus de 500 références internationales. Elle a été conçue pour démêler de façon concise le vrai du faux, le possible du probable en matière d'indications, de contre-indications ou d'effets secondaires. Jusque-là, peu d'ouvrages avaient donné une vision aussi claire et synthétique de ces traitements, chez l'enfant comme chez l'adulte. Espérons que ce nouveau livre comble cette lacune, en apportant au lecteur le même plaisir qu'eut l'auteur à explorer ce domaine avec une écriture « à couper le souffle ».

+ Éditions EDP Sciences  
80 pages - 60 €  
www.librairie-garanciere.com



**Prot Lab** présente

# Le Pack Implanto



## Forfait tout inclus

Pilier implantaire  
(Générique Premium)  
+ Préparation du Pilier  
+ CCM scellée.

## Choix

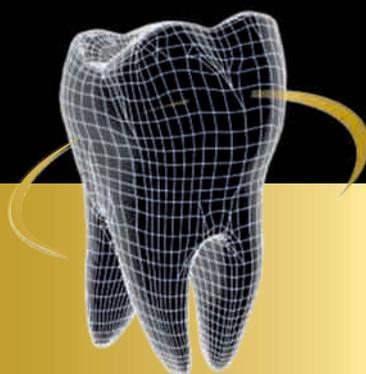
Principaux types et marques  
de piliers disponibles (Nobel,  
Zimmer, Straumann, Astra  
Tech, Tekka, ...).

## Simplicité

Nous choisissons pour vous  
le pilier adéquat.

## Gain de temps

Inutile de commander vos piliers,  
ils sont déjà en stock chez nous !



Pour plus d'informations ou recevoir votre kit de démarrage :

**N°Vert 0 800 81 81 19**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

4 rue Jacques Cartier • 75018 PARIS • T. 01 53 25 03 80 • F. 01 42 80 03 43 • [contact@protilab.com](mailto:contact@protilab.com)

## SUR LE FIL

SANTÉ PUBLIQUE

### Défi Zéro Carie



**L'**Alliance pour un Futur Sans Carie (ACFF), qui réunit des experts en chirurgie dentaire et en santé dans le monde entier, et le groupe Colgate, leader mondial dans le domaine des soins bucco-dentaires, se sont fixés l'objectif de sensibiliser et d'éduquer le plus grand nombre à l'enjeu de santé publique que représente la carie. Sous le slogan « *Tous ensemble, relevons le défi zéro carie* », le journaliste et animateur Stéphane Rotenberg se fera le porte-parole de cette cause et partagera ses conseils et les bons gestes au quotidien pour prévenir l'apparition des caries dentaires.

La campagne « Défi Zéro Carie » est déployée depuis le 29 septembre 2014 :

- sur le site internet [defizerocarie.com](http://defizerocarie.com), où de nombreux conseils et astuces pour lutter contre les caries seront disponibles : quizz, vidéos, matériel éducatif pour le grand public et pour les professionnels...
- à la télévision avec une série de spots mettant en scène Stéphane Rotenberg
- avec la distribution de fascicules pédagogiques dans de nombreux cabinets dentaires et en magasin.

Fort d'une image dynamique, crédible et proche de son public, Stéphane Rotenberg est la personnalité idéale pour rendre le discours de l'ACFF plus accessible et plus engageant pour le grand public afin de donner une plus grande visibilité à la prévention des caries. Stéphane Rotenberg est, quant à lui, fier de pouvoir associer son image à une cause de cette importance : « *On me connaît pour lancer des défis ambitieux, dans la cuisine comme à l'autre bout du monde, et j'ai souhaité mettre cette image au service d'une cause qui nous concerne tous. Au travers de la campagne 'Défi Zéro Carie', mon objectif est de faire prendre conscience de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire et d'encourager à agir pour se protéger des caries. Un futur sans carie, quel défi !* ».

+ [www.defizerocarie.com](http://www.defizerocarie.com)

10 + [WWW.LEFILDENTAIRE.COM](http://WWW.LEFILDENTAIRE.COM)

ans d'information

BISICO

### LEDEX WL-090+

**L**EDEX WL-090+ est une lampe à photopolymériser de haute énergie pour la polymérisation de l'ensemble des matériaux photopolymérisables et Dual-Cure utilisés en dentisterie. Elle offre une intensité lumineuse allant jusqu'à 1800 mW/cm<sup>2</sup> et deux pics de longueur d'onde à 405 et 460 nm pour polymériser efficacement l'ensemble des matériaux photopolymérisables quel que soit le photo-initiateur employé (Lucirin® TPO, phenyl propanedione (PPD) ou camphoroquinone (CQ)).

La lampe LEDEX WL-090+ dispose de 5 programmes de polymérisation (Standard, Low, Ramp, High, Fast Ortho) et 2 modes de diagnostic (Caries/Plaque Inspect), ce qui en fait l'outil le plus évolué actuellement disponible et un nouveau standard en matière de lampes au cabinet dentaire.

Grâce au filtre optique FINDTM (Fluorescence Inspect and Determine system), la plaque dentaire et les caries peuvent être aisément détectées sans dispositif additionnel. Un système de refroidissement performant permet à la lampe d'éviter les surchauffes et les arrêts habituellement rencontrés avec les lampes LED sans système de ventilation, ce qui permet une utilisation continue.

La base de chargement de la lampe est alimentée par une prise mini USB conventionnelle et intègre un radiomètre digital. La batterie de la lampe est amovible, ce qui permet son remplacement immédiat en cas de nécessité (témoins de niveau de charge sur l'écran de contrôle de la pièce à main). La source lumineuse à large bande



de 10 watts offre une durée de vie moyenne de 100000 heures environ. La lampe LEDEX WL-090+ est livrée avec deux embouts turbo de 8 et 5 mm (fibre optique de 11 mm de diamètre) de très grande qualité et autoclavables (20 minutes à 135°C maximum).

D'un poids faible (180 g avec fibre optique), LEDEX WL-090+ est une lampe polyvalente, évoluée et puissante pour la photopolymérisation des matériaux de restauration, des composites d'assemblage et de reconstitution et pour divers diagnostics au cabinet dentaire.

CE - Dispositif médical classe I  
- Dentmate Technology

### Max Print Cyan



Alginate de haute précision sans poussière, de consistance siliconée et avec antiseptique incorporé, Max Print Cyan présente un aspect final brillant et une surface lisse ; il offre une haute résistance à la compression (10 kg / cm<sup>2</sup>) et une capacité à reproduire les détails de l'ordre de 0,025 mm !

Le malaxage est très facile et procure un mélange crémeux non-coulant et thixotropique de couleur bleu azur et au goût cerise. Cet alginate existe en deux versions : Type 1 à prise rapide (2 minutes) et Type 2 à prise normale (3 minutes).

Il est indiqué pour toutes les prises d'empreinte en prothèse adjointe mais tout particulièrement les travaux exigeant une grande précision de reproduction des détails. Aussi disponible : Max Print Chromatic, Max Print Pediatric, Max Print Orthodontic

CE - Dispositif médical classe I - MDC Dental

+ [www.bisico.fr](http://www.bisico.fr)

# Un bain d'efficacité\*

Sans  
alcool



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

**VOTRE SOLUTION ANTISEPTIQUE**

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

# PAROEX

Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %

PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Digluconate de chlorhexidine à 20% (m/v) : 0,6360g (quantité correspondant à digluconate de chlorhexidine : 0,12g) pour 100 ml de solution pour bain de bouche  
Excipients : glycérol, acésulfame potassique, huile de ricin polyoxyéthylénée, propylène glycol, azorubine, arôme OPTAMINT 757515\*, eau purifiée (\*Composition de l'arôme OPTAMINT 757515 : menthol, anéthol, eucalyptol, huile essentielle de menthe, menthone, acétate de menthyle, menthol racémique, propylène glycol, triacétine, huile essentielle d'anis étoilé, huile essentielle de géranium, vanilline, maltol, huile essentielle de mandarine, éthanol). FORME PHARMACEUTIQUE : Solution pour bain de bouche. DONNÉES CLINIQUES : **Indications thérapeutiques** : Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. Posologie et mode d'administration : RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser le contenu d'un demi-godet (12ml) ; si la présentation ne contient pas de godet, utiliser une cuillère à soupe soit environ 15 ml. Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). **Contre-indications** : Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en garde et précautions d'emploi** : Mises en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. Précautions d'emploi : Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions** : L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). **Grossesse et allaitement** : A utiliser avec prudence chez la femme enceinte ou qui allaite, faute de données cliniques exploitables. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines** : Les effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines n'ont pas été étudiés. Aucun effet n'est attendu. **Effets indésirables** : Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café) - Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation cutanéomuqueuse, réaction allergique cutanée voire générale, gonflement des glandes salivaires), nécessitant l'arrêt du traitement - Occasionnellement, dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement - Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. Déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr). **Surdosage** : En cas d'ingestion orale de la chlorhexidine, les effets suivants ont été rapportés : gastrite atrophique, lésions œsophagiennes et hépatiques en cas de doses très élevées. En outre, cette spécialité contient des dérivés terpéniques, en tant qu'excipients, qui peuvent abaisser le seuil épileptogène et entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques chez l'enfant (à type de convulsions) et chez les sujets âgés (à type d'agitation et de confusion). Respecter les posologies et la durée du traitement préconisées. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES** : Propriétés pharmacodynamiques : Classe pharmaco-thérapeutique : STOMATOLOGIE/TRAITEMENT LOCAL A VISEE ANTISEPTIQUE (A : appareil digestif et métabolisme). Propriétés pharmacocinétiques : Non renseigné. **Données de sécurité préclinique** : Non renseigné. **DONNÉES PHARMACÉUTIQUES** : **Durée de conservation** : Avant ouverture du flacon : 3 ans - Après ouverture du flacon : 30 jours (90 jours pour le format 5000 ml avec pompe). Précautions particulières de conservation : Après ouverture du flacon, ce médicament peut être conservé pendant 30 jours maximum (90 jours pour le format 5000 ml avec pompe). **Nature et contenu de l'emballage extérieur** : 50 ml et 5000 ml en flacons (Polytéréphtalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (Polypropylène) et cape (PE). 100 ml, 300 ml et 500 ml en flacons (Polytéréphtalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (Polypropylène) et cape (PE) avec godet doseur (Polypropylène). **NUMÉROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** : AMM n° 34009 344 640 0 3 : flacon de 50 ml. AMM n° 34009 364 343 1 8 : flacon de 100 ml avec godet doseur (Agréé Collectivités). AMM n° 34009 344 641 7 1 : flacon de 300 ml avec godet doseur (Remboursement Sécurité Sociale à 15 % - Agréé Collectivités - Prix : 4,04 € - CTJ : 0,16 à 0,61 €). AMM n° 34009 344 642 3 2 : flacon de 500 ml avec godet doseur. AMM n° 34009 356 355 4 9 : flacon de 5000 ml avec pompe doseuse. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE** : Médicament non soumis à prescription médicale. **TITULAIRE DE L'AMM** : SUNSTAR France - 55/63 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. **EXPLOITANT DE L'AMM** : C.S.P - 76, avenue du Midi - 63800 Courmon d'Auvergne. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** : Mai 2014.

**SUNSTAR**  
FRANCE

## SUR LE FIL

## INFO

## Beaucoup de sport, davantage de caries

**L'**an dernier, une étude réalisée sur 278 athlètes durant les Jeux olympiques de Londres en 2012 et publiée dans le *British journal of sport medicine* mettait en lumière la mauvaise santé dentaire de ces sportifs de haut niveau : caries, érosion dentaire, gingivite...



Une équipe de chercheurs de l'université allemande d'Heidelberg a tenté de comprendre pourquoi les dents de ces sportifs étaient dans un tel état et si cela étaient en rapport avec leur activité physique. Ils ont mené leur étude sur un panel de 70 hommes et femmes, composé pour moitié de triathlètes et pour moitié d'adultes non-athlètes mais en bonne santé. Ils ont renseigné leur régime, leur consommation de sodas et autres boissons énergisantes,

leur hygiène de vie, etc. Les chercheurs ont analysé leur dentition et leur salive.

D'abord suspectés, les boissons et les régimes alimentaires des sportifs ont été mis hors de cause.

Le groupe des athlètes présentait des cas d'érosion dentaires et de caries significativement plus élevés que celui des non-sportifs. Et plus encore, chez les athlètes passant le plus de temps à s'entraîner. D'ailleurs, après une séance de sport, les chercheurs ont observé que les sportifs avaient (logiquement) moins de salive. Leur bouche était plus sèche, qu'ils consomment ou non de l'eau ou d'autres boissons durant l'exercice. La salive elle-même était de plus en plus alcaline, ce qui peut notamment engendrer le développement de plaques dentaires.

+ source Egora

## PRIX

## Notre cerveau : un « GPS interne » en quelque sorte !



**L**e prix Nobel de Médecine 2014 attribué à l'Américain John O'Keefe, et aux Norvégiens May-Britt et Edvard Moser pour leurs travaux sur « un système de positionnement mis en place par des cellules dans le cerveau ».

Cette découverte initiée par John O'Keefe en 1971 avait démontré que des cellules nerveuses (du rat) présentes dans l'hippocampe restaient activées lorsque le rongeur se trouvait dans un certain endroit d'une pièce. D'autres cellules s'activaient lorsqu'on le changeait d'endroit. Le chercheur en a ainsi conclu que des « cellules de lieu » formaient une sorte de carte de la pièce.

30 ans plus tard, en 2005, May-Britt et Edvard Moser ont découvert un autre élément clé du système de positionnement du cerveau. Des cellules nerveuses – situées dans le Cortex entorhinal – créent un système de coordonnées pour déterminer les positions. «Voilà qui explique comment il est possible de se déplacer dans l'espace» commente le Comité Nobel.

«Ce travail explique notamment pourquoi les patients, dans les stades précoces de la maladie d'Alzheimer où l'hippocampe et le Cortex entorhinal sont endommagés, sont incapables de s'orienter dans l'espace».

+ [www.nobelprize.org](http://www.nobelprize.org)

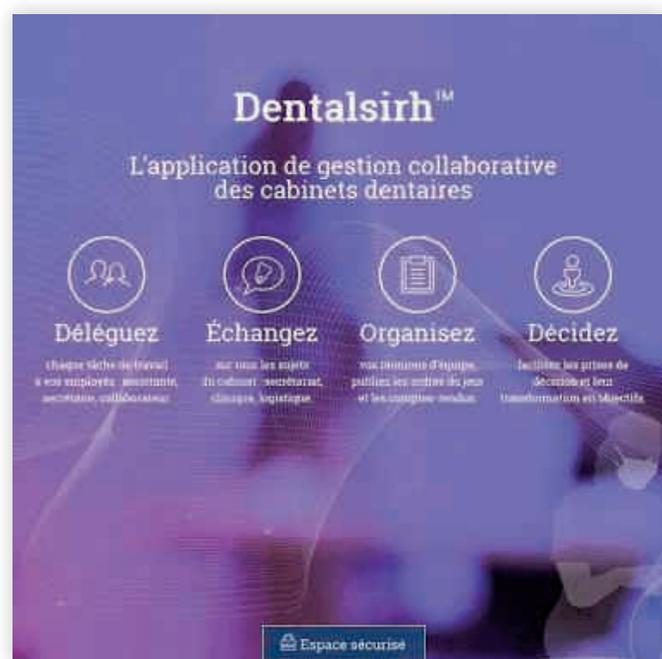
## NOUVEAU

## DentalSIRH.com : la première application de gestion collaborative des cabinets dentaires... Une révolution !

Le programme DentalSIRH.com est la première application SaaS de gestion collaborative exclusivement dédiée aux équipes dentaires (exercice individuel, cabinet de groupe, centres dentaires). Le programme fonctionne de manière totalement indépendante du logiciel de gestion patient. DentalSIRH.com facilite et optimise la communication interne entre les membres de l'équipe dentaire et permet de centraliser toutes les tâches de travail individuelles et collectives. Son utilisation très simple et très intuitive a rapidement et grandement amélioré l'ambiance de travail des cabinets dentaires ayant bénéficié de la version bêta durant près de 2 ans. DentalSIRH.com représente une véritable révolution humaine et technologique.

**Rodolphe Cochet vous présentera DentalSIRH.com en avant-première au Congrès ADF 2014**

+ Congrès ADF 2014 – STAND 1R04



AIDE VISUELLE ULTRA-LEGERE ... AIDE VISUELLE ULTRA-LEGERE ...



# PeriOptix™

## ... simplifiez-vous la vue

Cadre Sport Adidas ultra-léger, excellent maintien ne nécessitant aucun cordon.

Branches inclinables sur 3 niveaux pour une déclinaison d'angle optimale.

Grossissements de 2,5x à 3,5x.

Gamme TTL ou Flip-up, sur-mesure ou prêt à porter.

Verres avec ou sans correction oculaire.

Ready-made,  
prêt-à-porter

Flip-up,  
réglable

Système  
mini-LED



- Led de 7 grammes
- Intensité réglable jusqu'à 40 000 lux
- 8 h d'autonomie à intensité maximale

Un produit DenMat

**Tecalliage**  
L'ART DENTAIRE

Retrouvez-nous à l'ADF  
Stand 1P10

# Les innovations majeures dans notre pratique parodontale



**Dr Rémi COLOMB**

Ancien assistant hospitalo universitaire chargé d'enseignement. Responsable scientifique du CEIOP



**Dr Yves LAUVERJAT**

Maître de conférences des universités, praticien hospitalier. Responsable scientifique du CEIOP



Ces dernières années, une plus grande médicalisation par l'implication des maladies parodontales dans les pathologies générales tels le diabète ou les pathologies cardiovasculaires ont profondément modifié notre approche avec les patients et nos confrères médecins.

**A**u cours de la dernière décennie, les études cliniques ont validé la pratique du surfaçage radiculaire non chirurgical en une séance de tous les secteurs (Full mouth thérapie). Elle est devenue une norme surtout chez les patients atteints de parodontites agressives car elle permet de coupler le traitement antibiotique avec le traitement de surfaçage et ainsi de diminuer de façon rapide la charge bactérienne buccale.

L'évolution du matériel ultra-sonique en est pour beaucoup responsable avec :

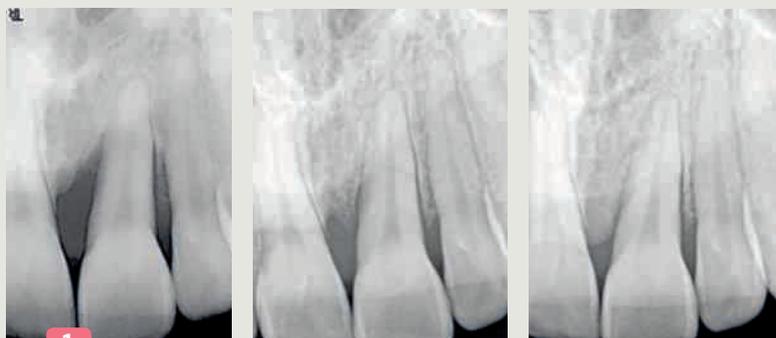
- la lumière sur les pièces à mains ultrasonores qui améliorent l'efficacité des traitements et le confort du praticien.
- des bacs d'irrigation externe qui permettent d'irriguer le fond des poches avec de la chlorhexidine ou des huiles essentielles pendant le surfaçage.
- les systèmes de rétrocontrôle de pression au niveau des platines qui permettent de réaliser un surfaçage des poches parodontales profondes sans utiliser l'anesthésie de manière systématique.

Une autre évolution majeure touche le traitement des défauts infra osseux. En effet, les études de A.Sculean à 10 ans, publiées en 2008, montrent une efficacité équivalente entre la RTG classique avec une membrane résorbable ou non résorbable et l'utilisation d'Emdogain®. Les techniques de mise en œuvre de la matrice dérivée de l'émail sont en effet beaucoup plus simples et présentent beaucoup moins de suites post opératoires.

Chez cette patiente de 22 ans, atteinte de parodontite agressive localisée, un traitement parodontal non chirurgical associé à une antibiothérapie a été réalisé. 3 mois plus tard, un lambeau a été réalisé avec mise en place d'Emdogain® sans matériau de comblement. Les résultats clinique et radiologique à 2 ans montrent une bonne stabilité de la régénération tissulaire guidée aussi bien au niveau osseux qu'au niveau gingival. ●



**Fig. 2 :** pré-op / 2 ans après la RTG



**Fig. 1 :** pré-op

1 an après EMD

2 ans après EMD

## À LIRE

**SCULEAN A1, KISS A, MILIAUSKAITE A, SCHWARZ F, ARWEILER NB, HANNIG M.**

Ten-year results following treatment of intra-bony defects with enamel matrix proteins and guided tissue regeneration *J Clin Periodontol*. 2008 Sep;35(9):817-24.

**WENNSTRÖM JL, TOMASI C, BERTELLE A, DELLESEGA E.**

Full-mouth ultrasonic debridement versus quadrant scaling and root planing as an initial approach in the

treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 851-859

**QUIRYNEN M, DE SOETE M, BOSCHMANS G, PAUWELS M, COUCKE W, TEUGHELIS W, VAN STEENBERGHE D.**

Benefit of "one-stage, full-mouth disinfection" is explained by disinfection and root planing within 24 hours: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 639- 647

# SurgiTel® Systems

( Légèreté et Précision  
en Haute Définition )



Découvrez la gamme  
la plus complète  
d'aides à la vision

ADF 2014 stand 1N17

Loupes TTL Micro 250 sur monture Flak Jacket blanche  
équipées d'un éclairage Micro LED DT\*



Ces Dispositifs Médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE - Classe I. 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 Loupes & Aides Optiques Surgitel (ZZ 857) - V4 - 10/2014 \*Exemple de configuration. Photos non-contractuelles.

**bisico**  
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

N° Vert 0 800 247 420

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

# Le cone beam :

## la 3D pour les chirurgiens dentistes



Dr Philippe ROCHER

Chirurgien-dentiste libéral  
Maître de conférences des universités à Lille 2  
Président de la commission des DM de l'ADF

**Pendant des dizaines d'années, les examens tridimensionnels ont été obtenus à l'aide de scanners. Toutes les disciplines médicales ont bénéficié des avantages procurés par ces examens. Dans notre discipline, ce sont les implantologistes qui les premiers ont régulièrement eu recours aux examens tomодensitométriques pour leur capacité à donner des informations quantitatives sur le volume osseux disponible et cela dans les trois dimensions. Puis sont apparus les cone beam...**

L'utilisation exclusive de scanners médicaux pour obtenir des informations tridimensionnelles fut la règle pendant de longues années avant qu'une nouvelle technique, la tomographie volumique à faisceaux coniques aussi appelée Cone Beam ou Cone Beam Computed Tomography (CBCT) par analogie aux scanners médicaux apparaisse. Ces appareils, même s'ils permettent d'obtenir des reconstitutions en trois dimensions, ne sont en rien comparables techniquement aux scanners médicaux.

Alors que les scanners émettent un faisceau de rayons X aplati (en éventail), recueilli par un capteur de forme globalement longiligne et nécessitent plusieurs rotations pour leur acquisition, les CBCT sont basés sur une source de rayons X émettant un faisceau conique intercepté par un capteur plan et ne nécessitent qu'une seule rotation pour leur acquisition. La forme générale des appareils rappelle aussi bien plus celles des générateurs pour radiographies panoramiques que celle des scanners même s'il est vrai que les premiers cone beam, et certains encore disponibles actuellement, imposent une position allongée du patient. Enfin, les puissances des générateurs n'ont rien de comparable entre les CBCT et les scanners.

### Les difficultés surmontées

Certaines mauvaises habitudes de langage font que les CBCT sont encore parfois et de façon erronée, dénommés « scanners dentaires ». Cela a entretenu une ambiguïté sur leur mode de fonctionnement qui a été préjudiciable à leur développement dans les cabinets dentaires.

Les autorités ne voyaient pas d'un très bon œil la multiplication de ces appareils dans nos cabinets, par méconnaissance de leur fonctionnement et parce que les scanners médicaux, dont l'utilisation est réservée aux médecins radiologues, nécessitent une autorisation d'installation délivrée par l'ASN. Les choses ont bien évolué au cours des dernières années et maintenant, tous les CBCT peuvent être installés dans les cabinets dentaires, après une

simple déclaration à l'ASN, comme cela est nécessaire pour un appareil de radiographie intra buccale. Les modalités de contrôle de ces appareils sont aussi calquées sur celles des autres générateurs disponibles dans nos cabinets.

D'autres difficultés, plus culturelles et corporatistes, ont dû être levées pour que les chirurgiens dentistes puissent utiliser seuls ces appareils. En effet, l'apparition des CBCT a permis aux confrères d'accéder à de l'imagerie tridimensionnelle sans avoir recours aux connaissances d'un médecin radiologue. Alors que certains d'entre eux s'opposaient violemment à ce que les chirurgiens dentistes puissent disposer de ces appareils, d'autres radiologues avaient compris l'intérêt de cette nouvelle technique et ont contribué à son développement en imagerie dento-maxillo-faciale. Il n'en demeure pas moins vrai que la qualité et la diversité des informations apportées par les cone beam doivent être correctement appréhendées. Une formation spécifique à leur utilisation est d'ailleurs prévue dans le cadre de la CCAM et l'utilisation d'un champ (FOV) restreint à la sphère oro-faciale est grandement conseillé. ●

### Conclusion

Aujourd'hui, le cone beam est reconnu comme la technique de référence en imagerie dento-maxillo-faciale. Son pouvoir de résolution de l'image est supérieur à celui des scanners et cela pour une dose délivrée au patient plus faible. Cette technique doit néanmoins être mise en œuvre après une utilisation appropriée d'examen bidimensionnels.

Le fait que cette technique soit encore relativement jeune et qu'elle évolue encore fait que l'obtention de consensus forts quant à son utilisation n'est pas encore établie dans toutes les disciplines (endodontie, parodontologie, orthodontie ...). Mais cela devrait rapidement être le cas, ce qui ne pourra qu'optimiser l'utilisation de ces extraordinaires appareils que sont les CBCT.



20 ans d'expérience  
feront toujours la différence

## LABORATOIRE DE PROTHESES DENTAIRES

Nos engagements pour avancer sereinement :

-  20 ans d'expérience
-  Laboratoire de proximité avec des prothésistes qualifiés
-  4 jours de laboratoire
-  Transport gratuit
-  Des tarifs adaptés à vos besoins
-  Une fiche de traçabilité délivrée avec chaque travail

-  Couronne Céramo-métallique  
61.67 €
-  Couronne Coulée  
29.73 €
-  Plaque nue  
65.26 €



Horaires : du lundi au vendredi  
de 9h à 19h sans interruption

01 60 03 70 22



Frais de port en france

GRATUIT

NCD FRANCE - 11 avenue Jean Monnet - 77 270 Villeparisis - Fax : 01 60 03 43 48

# Le laser Er-Yag



**Dr. Fabrice BAUDOT**  
Chirurgien-dentiste  
Maîtrise des sciences  
biologiques et médicales  
CES parodontologie  
DU parodontologie,  
implantologie (Paris VII)

**Nous vivons ces dernières années, l'avènement de l'utilisation clinique des LASER en dentisterie. Parmi toutes les longueurs d'onde utilisées, il en est une qui constitue une innovation intéressante : le LASER Erbium-Yag à 2940 nm (Yag pour Yttrium Aluminium Garnet).**

L'intérêt de ce nouvel outil est lié à sa polyvalence. C'est en comprenant le mode de fonctionnement de l'Erbium-Yag que l'on découvre ses effets thérapeutiques et que l'on perçoit tout son potentiel.

Le rayonnement LASER est de l'énergie caractérisée par une longueur d'onde qui va produire des effets physiques et biologiques en étant absorbée dans l'environnement dans lequel elle se déplace. La longueur d'onde à 2940 nm a la particularité d'être très absorbée par l'eau et l'hydroxyapatite. C'est ce qui distingue l'Erbium-Yag des autres longueurs d'ondes de LASER utilisées dans le domaine médical : l'Erbium-Yag présente le niveau d'absorption le plus élevé de tous.

Nous le savons, les tissus humains sont composés en grande partie d'eau, il donc logique que le rayonnement de l'Erbium-Yag produise de nombreux effets physiques et biologiques lorsqu'il irradie des tissus humains. En dentisterie, nous sommes confrontés à la proximité de nombreux tissus dif-

férents que l'on peut caractériser par leur coefficient de charge hydrique : c'est la particularité de la chirurgie dentaire. En effet, dans un environnement très restreint, nous rencontrons l'émail qui est le tissu le plus dur de l'organisme et donc le moins hydraté, et la pulpe dentaire ou la muqueuse alvéolaire qui sont des tissus mous, très vascularisés et très hydratés. Nous observons en fait, pour simplifier les choses, que l'on peut caractériser les tissus à traiter par un gradient de charge

hydrique. Au contact de l'eau, le rayonnement Erbium-Yag va être massivement absorbé. L'énergie libérée va produire une vaporisation hydrique intense et limitée car immédiatement atténuée du fait de l'absorption. Les effets tissulaires restent en surface et sont visibles : l'utilisation de ce LASER est de ce fait sécurisée. Les effets thermiques de ce

rayonnement sont donc limités au tissu ciblé et ne diffusent quasiment pas : c'est tout l'intérêt de cette longueur d'onde à 2940 nm par rapport aux autres LASER qui sont plus pénétrants et présentent donc des effets non visibles.

Cette absorption hydrique génère une micro-explosion des molécules d'eau qui est à l'origine des effets physiques et biologiques de ce LASER. Principalement deux effets thérapeutiques en découlent : l'onde de choc et la microablation tissulaire.

L'onde de choc va permettre une agitation des fluides avec pour conséquence des effets antiseptiques comme on peut notamment l'observer en endodontie.

La microablation confère à ce LASER des propriétés microchirurgicale d'une extrême précision qui va être fonction du gradient de charge hydrique des tissus à traiter.

## Le LASER Erbium-Yag est innovant pourquoi ?

Le LASER Erbium-Yag est un outil innovant par sa polyvalence et son mode opératoire. Avec ce même outil, le chirurgien peut avoir une action antiseptique ou opérer les tissus durs et mous. Ces qualités innovantes font du LASER Er-Yag un outil particulièrement adapté à la chirurgie dentaire.

**“ Avec ce même outil, le chirurgien peut avoir une action antiseptique ou opérer les tissus durs et mous ”**



**Fig. 1 : laser aide optique**

SYMPOSIUM ADF 2014

Palais des  
Congrès

Porte Maillot - Paris

Salle 342AB

## FILIÈRE NUMÉRIQUE ET IMPLANTOLOGIE :

### DE LA PLANIFICATION CHIRURGICALE À LA RÉALISATION PROTHÉTIQUE CAD-CAM.

Le jeudi **27 novembre** de **18h30** à **20h00**

Dr Benoît  
PHILIPPE



Dr Richard  
GARREL



M. Pierre  
JOUVENAL



Dr Laurent  
SERS



▶ « Apports de la CFAO dans la réalisation  
des piliers, chapes et barres titane »

Dr Richard GARREL, Avignon  
& M. Pierre JOUVENAL, Laboratoire Studio Smile, Avignon.

▶ « Filière numérique en implantologie »

Dr Laurent SERS, Cannes.

▶ **Modérateur de l'évènement** : Dr Benoît PHILIPPE, Paris.



Renseignements et inscriptions sur :  
[www.anthogyr.fr](http://www.anthogyr.fr)

# anthogyr

A global solution for **dental implantology**

## Le laser Er-Yag (suite)

### L'action antiseptique du LASER Er-Yag

Dans la bouche, les micro-organismes, et en particulier les bactéries se nichent et se protègent dans des biofilms qu'elles sécrètent les mettant à l'abri des systèmes de défense de l'organisme. C'est ainsi, entre autres, que s'explique l'étiologie bactérienne de bon nombre de pathologies que le chirurgien-dentiste est amené à traiter : caries et maladies parodontales. Les biofilms microbiens sont des gels hydratés. Lorsque l'on expose ces structures à un rayonnement Er-Yag, on observe leur dissolution et la mise en suspension des micro-organismes les rendant ainsi acces-



Fig. 2 : prélèvement greffon Laser Coagulation immédiate

“ Avec cet outil LASER, le chirurgien ne coupe plus, ne fraise plus, ne sculpte les tissus „

sibles aux systèmes de défense de l'organisme et donc vulnérables. Le LASER agit en faisant une sorte de micro-contrôle de plaque contribuant à rétablir l'homéostasie microbienne indispensable à la santé bucco-dentaire. Cette solubilisation des biofilms peut être produite par une action directe du rayonnement (vaporisation tissulaire fine) ou par le biais l'onde de choc qu'il génère. Les applications cliniques de cette propriété antiseptique sont particulièrement intéressantes en carologie, endodontie et parodontie.

**En endodontie**, le LASER n'agit pas par contact direct avec les tissus, mais l'onde de choc qu'il génère au travers d'un espace clos qu'est le réseau canalaire contribue à une agitation particulièrement efficace des solutions d'irrigation. Cette agitation massive produit un nettoyage ultra fin du réseau et une action antiseptique : clé du succès en endodontie avant l'obturation hermétique.

**En parodontie**, une action directe du rayonnement sur les biofilms et le tartre est à l'origine des effets antiseptiques, mais dans une certaine mesure l'onde choc générée peut également produire des effets similaires à ce que l'on observe en endodontie dans les poches profondes, ou les furcations inaccessibles à toute instrumentation conventionnelle.

**En carologie**, ce n'est qu'une action directe du rayonnement qui va avoir des effets antiseptiques dans des zones, là encore, inaccessibles à l'instrumentation conventionnelle. L'Er-Yag dans ce cas va avoir un intérêt préventif il est utilisé en configuration LLT (pour Low Level Therapy). C'est à dire à bas niveau d'énergie, pour ne cibler que les biofilms et préserver les structures dures sous jacentes dans le but de réaliser un contrôle de plaque encore plus fin qu'avec un aéro-polisseur.

### La micro-ablation tissulaire

Cette propriété thérapeutique spécifique au LASER Er-Yag va permettre au chirurgien d'opérer avec le même outil aussi bien les tissus durs que les tissus mous et autrement qu'avec une instrumentation conventionnelle. Avec cet outil LASER, le chirurgien ne coupe plus, ne fraise plus, il sculpte les tissus. L'action est très sélective et d'une extrême précision puisque l'effet ablatif est de l'ordre d'une centaine de microns à la seconde. Pour tirer la quintessence des possibilités thérapeutiques du LASER Er-Yag, il est préférable d'opérer sous aide optique d'au moins 3,5 fois de grossissement. Dans ces conditions, le praticien traite de manière non invasive, très efficacement, les tissus dans le respect de leur intégrité. Les interventions sont atraumatiques, sans contacts, sans effets thermiques et sans suites opératoires compliquées. La qualité de l'outil réside dans son aspect microchirurgical qui préserve la vascularisation tissulaire et favorise donc la cicatrisation.

>>>



**PRF PROCESS FOR PRF**  
PRF SINCE 1988



**TLB TOUS LES BIOMATÉRIAUX.com**  
tissue engineering solutions

# Découvrez les nouveautés de la rentrée...

Vous utilisez de l'os humain, de l'os bovin, du synthétique ?

Il est temps de passer à l'atélocollagène !

## Hypro-Oss®



Substitut osseux bovin + atélocollagène

## Hypro-Sorb®



Membranes atélocollagène

## Resodont®



Membranes de collagène HD

## Cone®

collagène HD



La régénération de l'alvéole à grande vitesse  
Simplement !

## Nouveau



**A-PRF™ +**  
Platelet Rich Fibrin

nouveau protocole  
septembre 2014

**i-PRF™**

injectable

**RESORBA®**  
REGARD AVEC REGENERATION  
RESORBA

Les meilleurs fils de suture du marché!

La star des fils ★ Glycolon® ★

**PROCESS FOR PRF**

49 rue Gioffredo - 06000 - Nice, France +33 (0)4.93.85.58.90  
info@prf.com - www.a-prf.com

**TOUS LES BIOMATERIAUX**

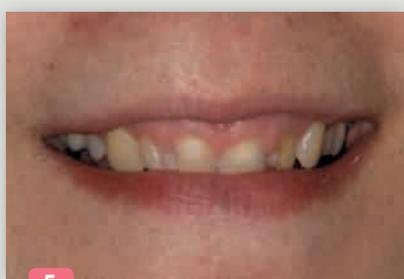
49 rue Gioffredo - 06000 - Nice, France - +33 (0)4.93.62.91.85  
info@tlbm.fr - www.touslesbiomateriaux.com



**Fig. 3 :** post op J+3 jours



**Fig. 4 :** plastie tissulaire laser



**Fig. 5 :** sourire initial



**Fig. 6 :** ALC laser



**Fig. 7 :** post op immédiate ALC



**Fig. 8 :** post op J+ 3 semaines

## Le laser Er-Yag (suite)

Les applications sont multiples :

- Sur les tissus durs :
  - traitement des caries de sillon
  - traitement mini-invasif de petites lésions carieuses difficile d'accès
  - nettoyage minutieux et respectueux des fonds de cavités de grosses caries
  - mordançage avant collage
  - chirurgie endodontique
  - ostéotomies, ostéoplasties
  - nettoyage osseux (absorption de l'Er-Yag par l'hydroxyapatite) dans les procédures de R.O.G : élimination de la smear layer favorisant la cicatrisation et la régénération
  - allongement coronaire
- Sur les tissus mous :
  - chirurgie des freins et des brides
  - gingivectomie
  - dégranulation tissulaire
  - nettoyage parodontal profond
  - chirurgie plastique de tissus mous
  - dissection tissulaire et prélèvement de greffons.

Le LASER Erbium-Yag offre un panel d'applications cliniques étendu. Mais pour une utilisation en toute sécurité de ce nouvel outil, il faut rappeler et prendre conscience que ce LASER agit en fonction de la charge hydrique des tissus ciblés et que la cavité buccale et les sites opérés



**Fig. 9 :** pose céramiques

peuvent être caractérisés par un gradient de charge hydrique. Deux situations se présentent :

- Le gradient de charge hydrique décroissant : intervention en situation de tissus mous contre tissus durs (gingivectomie, dégranulation d'une lésion osseuse). C'est le domaine de prédilection du LASER Erbium-Yag. Le praticien peut opérer sans danger pour les structures sous-jacentes avec efficacité et précision.
- Le gradient de charge hydrique croissant : intervention en situation de tissus durs contre tissus mous. C'est l'exemple de la chirurgie sur les volets sinusiens ou d'ostéotomie autour des structures nerveuses. Dans ces situations, l'utilisation du LASER est risquée. Nous sommes ici dans le domaine d'un outil complémentaire du LASER Er-Yag : le piezzotome.

Nous l'avons vu, l'Er-Yag constitue une évolution de l'arsenal thérapeutique conventionnel dans les disciplines majeures de la chirurgie dentaire : cariologie, endodontie, et parodontie.

>>>



**Fig. 10 :** sourire final

# Vous avez la fibre laser ?



**Syneron**<sup>TM</sup>  
DENTAL LASERS

# Nous avons le laser sans fibre !



**LITETOUCH**<sup>TM</sup>

Laser Erbium:YAG "sans fibre"

[www.litetouch.fr](http://www.litetouch.fr)

**SCDistribution**

Cédric Bouchereau - 06 08 22 08 42  
[scdistribution@orange.fr](mailto:scdistribution@orange.fr)

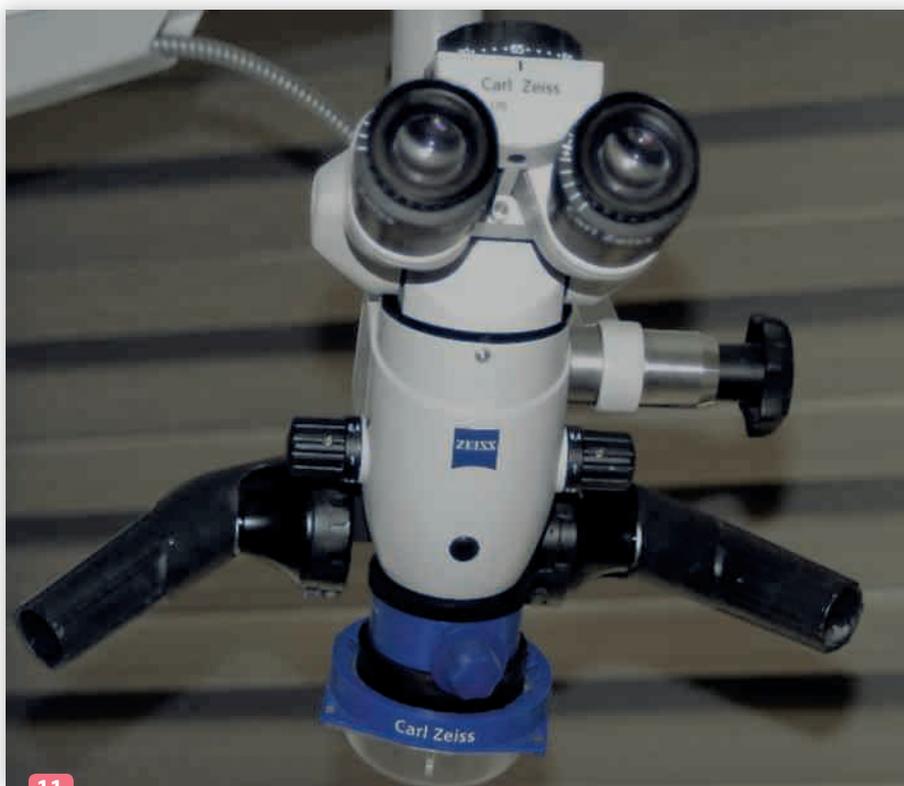
Serge Mahé - 06 62 21 75 78  
[maheneoflash@wanadoo.fr](mailto:maheneoflash@wanadoo.fr)

## Le laser Er-Yag (suite)

Il peut également être un outil d'avenir en implantologie.

Les applications cliniques des implants dentaires sont aujourd'hui largement diffusées, mais avec cette avancée incontestable en dentisterie, un nouveau fléau préoccupe aujourd'hui la communauté dentaire : la péri-implantite. Une pathologie infectieuse qui se développe autour des implants contre laquelle il n'y a malheureusement pas encore de bonne réponse si l'on en croit les méta analyses aujourd'hui disponibles. Le LASER Er-Yag par ses propriétés thérapeutiques non conventionnelles pourrait peut être apporter une solution au problème. Il n'est encore malheureusement que peu ou mal évalué dans les protocoles thérapeutiques des péri-implantites. Ses propriétés antiseptiques et microchirurgicales peuvent avoir un intérêt dans chacun des 3 stades thérapeutiques actuellement connus pour la prise en charge des péri-implantites.

- Prévention de la péri-implantite : comme en parodontie ou en cariologie, l'Er-Yag peut être un bon outil de prévention en solubilisant les biofilms péri-implantaires.
- Décontamination péri-implantaire non chirurgicale. En agitant les solutions d'irrigation péri-implantaire et par des effets micro-ablatifs sur les tissus inflammatoires, l'Er-Yag peut contribuer à stabiliser les péri-implantites débutantes.



11

Fig. 11 : laser aide optique

- Sur les protocoles chirurgicaux. Des études ont montré la supériorité du rayonnement Er-Yag par rapport à l'instrumentation conventionnelle (curettes, ultrasons, aéropolisseurs) pour le nettoyage des surfaces implantaires. La décontamination osseuse péri-implantaire peut avantageusement être réalisée à l'aide de l'Er-Yag grâce à ces propriétés d'absorption par l'hydroxyapatite.

Vous l'aurez compris, le LASER Erbium-Yag est une innovation très prometteuse. Il

permet au praticien de s'engager pleinement dans la voie de la dentisterie mini-invasive qui est la voie de l'avenir puisque l'ensemble de la médecine s'oriente aujourd'hui vers des interventions les moins invasives possibles pour préserver au maximum le potentiel de cicatrisation de nos patients et limiter les suites opératoires. Mais attention à ne pas faire la confusion. Le LASER reste un outil, il n'est pas à lui seul une thérapie. ●

### À LIRE

**OAOKI, A., SASAKI, K. M., WATANABE, H. & ISHIKAWA, I. (2004)**

Lasers in nonsurgical periodontal therapy. *Periodontology* 2000 36, 59-97.

**BRAUN A, JEPSEN, DEIMLING D, RATKA-KRUGER P.**

Subjective intensity of pain during supportive periodontal treatment using sonic scaler or an Er:YAG laser. *J. Clin Periodontol* 2010 ; 37 : 340-345.

**CRESPI, R., ROMANOS, G. E., CASSINELLI, C. & GHERLONE, E.**

(2006)

Effects of Er:YAG laser and ultrasonic treatment on fibroblast attachment to root surfaces: an in vitro study. *Journal of Periodontology* 77, 1217-1222.

**DERDILOPOULOU, F. V., NONHOFF, J., NEUMANN, K. & KIELBASSA, A. M. (2007)**

Microbiological findings after periodontal therapy using curettes, Er:YAG laser, sonic, and ultrasonic scalars. *Journal of Clinical Periodontology* 34, 588-598.

**KOTSAKIS GA, KONSTANTINIDIS I, KAROUSSIS IK, MA X, CHU H.**

Systematic review and meta-analysis of the effect of various laser wavelengths in the treatment of peri-implantitis. *J Periodontol*. 2014 Sep;85(9):1203-13. doi: 10.1902/jop.2014.130610. Epub 2014 Jan 20.

**MARSH PD, BRADSHAW DJ.**

Physiological approaches to the control of oral biofilms. *Adv Dent Res*. 1997 Apr;11(1):176-85. Review.

**SCHWARZ, F., SCULEAN, A., BERAKDAR, M., GEORG, T., REICH, E. & BECKER, J. (2003)**

Clinical evaluation of an Er:YAG laser combined with scaling and root planing for non-surgical periodontal treatment. A controlled, prospective clinical study. *Journal of Clinical Periodontology* 30, 26-34.

**WALSH JT JR, FLOTTE TJ, DEUTSCH TF.**

Er-YAG laser ablation of tissue: effect of pulse duration and tissue type on thermal damage. *Lasers Surg Med*. 1989;9(4):314-26.



**Votre spécialiste en développement laser**  
vous propose des **Solutions Innovantes**  
et des **Résultats Confirmés!**

*Repoussez vos limites en Dentisterie*



## MICROSCOPE

### ZUMAX OMS2350

Microscope opératoire pour l'endodontie, la parodontologie et la restaurative.

Avec éclairage LED et caméra miniature HD intégrée à l'intérieur du microscope.



## iPLUS-WATERLASE

### 600 mJ - 10 W

Laser intuitif et intelligent. Tous les protocoles sont intégrés pour vous faciliter l'application de vos différents traitements.



## LASER DIODE EPIC

### 940 nm - 10 W

Laser rechargeable. Entièrement autonome. Pédale sans fil. Appareil très simple d'utilisation avec une ergonomie parfaite.

**Besoin d'informations ?**

Rendez-vous sur [www.nf-diffusion.com](http://www.nf-diffusion.com)

ou remplissez et envoyez-nous ce coupon à l'adresse ci-contre :

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Vous souhaitez en savoir plus sur :  Laser Epic  Laser iPlus  Microscope



Parc des Aigles - 60270 Gouvieux - Chantilly  
Mobile: +33 (0) 611 417 010  
mail : contact@nf-diffusion.com

**Le meilleur rapport**  
**Qualité / Prix / Service & Formation**

# Inter relations parodontologie - orthodontie - implantologie



**Dr Pierre-Marc VERDALLE**

Attaché Universitaire en Parodontologie (Bordeaux)  
Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire en Parodontologie  
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux  
International Certificate in Periodontology and Implantology (NYU)  
Diplômes Universitaires de Parodontologie et d'Implantologie Orale  
Responsable Scientifique du CEIOP

**Malgré de nombreux éléments diagnostics apparus ces dernières années, le charting parodontal et le status radiographique en technique long cone, restent aujourd'hui encore, les examens diagnostics les plus utilisés en parodontologie.**

**S**ur le plan thérapeutique, l'apport des ultra-sons a révolutionné la parodontologie ; l'évolution du matériel a amélioré les traitements, et considérablement réduit les indications chirurgicales ; celles-ci sont désormais essentiellement posées lorsqu'elles sont combinées avec des techniques de régénération parodontale.

L'**Orthodontie** est depuis longtemps un complément indissociable de la Parodontologie ; le **développement des mini-implants d'ancrage, et du matériel ultrasonore utilisé dans les corticotomies**, a étendu les indications orthodontiques dans le cadre de traitement pluri-disciplinaire chez l'adulte, permettant ainsi :

- des déplacements jusqu'ici compliqués,

- une diminution très nette de la durée du traitement.
- des traitements sectoriels dans des cas où un dispositif multi-bagues était jusqu'ici nécessaire.

L'**Implantologie** classique peut également compléter le panel des stratégies orthodontiques en permettant un ancrage solide et en recréant des contacts antagonistes, évitant ainsi le risque de récurrence suite aux traitements d'ingression orthodontique.

Si l'orthodontie chez l'adulte demeure difficile à faire accepter au patient, ces techniques sont des éléments très convaincants, et permettent de faire accepter beaucoup plus fréquemment, et beaucoup plus facilement le traitement orthodontique au patient. ●



**Dr Reynald DA COSTA NOBLE**

Maître de Conférences des Universités en Parodontologie  
Praticien Hospitalier  
Docteur en Sciences Odontologiques  
Docteur d'Etat en Odontologie  
Clinical Visiting Professor New York University  
Directeurs de Programme International New York University  
Responsable Scientifique du CEIOP

## Ingression sectorielle orthodontie : Dr Julien BORD



**Fig. 1 : situation initiale**



**Fig. 2 : ingression et mini-implant d'ancrage**



**Fig. 3 : situation finale : 2 implants remplaçant 36 37**

## Ingression et corticotomie orthodontie : Dr François DARQUE



**Fig. 4 : situation initiale 16 égression très importante**



**Fig. 5 : lambeau et corticotomie (Piézochirurgie)**



**Fig. 6 : situation finale : 1 implant remplaçant 46**



froggy  
mouth



LE NOUVEL OUTIL DE VOTRE  
RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE



“de la complexité  
à la simplicité”

*Froggy Mouth*

répare les dégâts provoqués par la succion  
et permet une transition vers la déglutition  
de type “sujet-denté”

Par son port **limité à 15 MINUTES PAR JOUR,**  
*il respecte le sommeil de l'enfant.*

Dès le 60<sup>ème</sup> appareil commandé à Orthopolis il vous sera offert  
une après-midi de perfectionnement avec le Docteur Patrick Fellus.

Froggy Mouth est fabriqué en France avec un matériau souple, le TPE (ThermoPlastique Elastomère) qui ne contient ni latex, ni phtalates.

Renseignements et commandes :

Tel : 06.09.26.92.69

Mail : [orthopolis.froggy Mouth@gmail.com](mailto:orthopolis.froggy Mouth@gmail.com)

Orthopolis SAS, 18 rue de Condé, 75006 Paris

# Régénération osseuse : la voie des ostéotenseurs matriciels



**Dr. Gérard SCORTECCI**  
Responsable,  
DU d'Implantologie Basale,  
Université de Nice-Sophia  
Antipolis



**Dr. Itzhak BINDERMAN**  
Professeur,  
Goldschleger School of  
Dental Medicine, Tel Aviv  
University, Tel Aviv, Israël

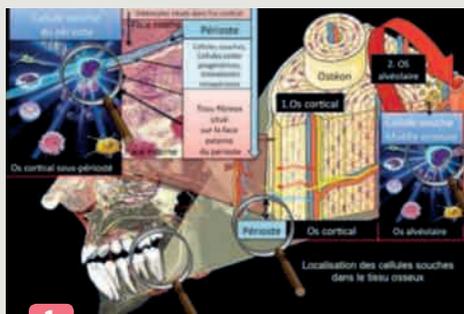
**Dr. Patrick PHILIP**  
MCU-PH, Faculté de  
Médecine, Université de  
Nice-Sophia Antipolis

Les greffes osseuses autologues, les allogreffes et les hétérogreffes donnent d'excellents résultats. Elles se révèlent indispensables dans des situations anatomiques difficiles, où il faut recréer un volume osseux en adéquation avec l'objectif esthétique, notamment dans le secteur antérieur maxillaire.

Cependant, il existe des situations où ces techniques ne sont ni souhaitées ni souhaitables ou bien ont déjà été tentées, sans atteindre leur objectif. Depuis 2009, une nouvelle approche a été développée à l'aide d'une instrumentation spécifique – les ostéotenseurs matriciels – pour créer un cal osseux post-traumatique sans avoir recours à des greffes afin de pouvoir ensuite placer des implants.

## Principe

Déclencher par des moyens mécaniques (Ostéotenseur®) une ostéogenèse intra- et para-sinusienne pré-implantaire en provoquant une arrivée massive de cellules souches **Fig. 1** dans le secteur à équiper sous la membrane sinusienne et sous le périoste. Cette préparation s'effectue de façon minimale invasive sans aucune élévation de lambeau. Il s'agit de préparer le futur lit receveur de l'implant 45 à 90 jours avant l'implantation.



**Fig. 1 : acteurs de la cascade ostéogénique.**



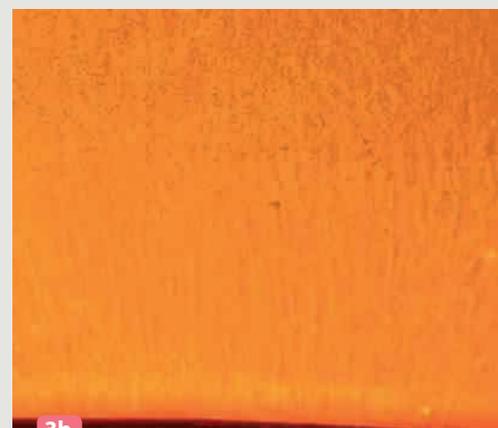
**Fig. 2 : Ostéotenseurs® manuel et rotatif.**

## Ostéotenseurs® Fig. 2

Ces instruments, disponibles en version manuelle ou rotative, ont été spécifiquement paramétrés pour déclencher une activation osseuse (« bone activation ») sans entraîner d'effets collatéraux indésirables (débris osseux, blessure d'éléments vitaux, etc.). Leur état de surface poli miroir recouvert de carbone adamantin **Fig. 3a** a été testé en culture cellulaire humaine **Fig. 3b**. Sa parfaite innocuité et sa dureté extrême empêchent toute pollution du futur site à implanter. Si la pointe venait à casser, elle peut être laissée sans risque in situ compte tenu de sa biocompatibilité avérée<sup>1</sup>.



**Fig. 3a : dispositif pour vérification de la biocompatibilité de l'état de surface.**



**Fig. 3b : état de surface favorisant l'accrochage des ostéoblastes.**

## Cascade ostéogénique

L'Ostéotenseur® réalise une mécano-thérapie moléculaire. Il y a formation d'un canal transmatriciel faisant communiquer l'endoste et le périoste. Il s'en suit un phénomène de distraction osseuse entraînant une modification des tensions internes de la matrice. Cette activation entraîne une mobilisation cellulaire locale et à distance le long des parois vasculaires où sont recrutés les progéniteurs. Un caillot suivi d'un cal osseux renforce l'ostéoarchitecture locale. On assiste à une transformation de l'os initial généralement de type IV dans les régions sinusiennes en os de type II actif.



Fig. 4 : vue extra orale.



Fig. 5 : vue intra orale : à 25 ans, seules quelques dents de lait sont présentes ; aucune dent permanente.



Fig. 6 : dispositif prothétique porté depuis l'âge de 5 ans télescopant les dents de lait : plusieurs modifications ont été apportées au fur et à mesure de la croissance.

## Dysplasie ectodermique<sup>2,3</sup>

Le patient sujet de cet article a 25 ans, mais il n'en paraît que 12 (Fig. 4). Il est atteint de dysplasie ectodermique, maladie génétique rare (1 pour 100.000) plus répandue chez l'homme que chez la femme. Il a été traité et suivi au CHU de Nice dès l'âge de 5 ans par le Pr. Jasmin, qui a réalisé un traitement prothétique initial à l'aide d'une petite prothèse amovible télescopant quelques dents de lait présentes (Fig. 5-6). Une relation de confiance s'est établie entre l'enfant et le praticien, qui a adapté cette prothèse en fonction de la croissance. Après avoir rendu service pendant une vingtaine d'années, on est arrivé au bout des possibilités de la prothèse conventionnelle.

À ces difficultés s'ajoutaient des problèmes de communication. Lors de la première consultation, R. J... était handicapé non seulement pour la mastication, mais également lors de la phonation. Devant maintenir en permanence sa mini prothèse amovible avec le dos de la langue, il ne s'exprimait que par bribes, difficiles à comprendre. Il coopérait de son mieux, mais les échanges se faisaient essentiellement au travers de sa mère, omniprésente.

Ce jeune patient, qui par ailleurs affiche un handicap physique et mental, est sous tutelle. Le plan de traitement a été établi en accord avec ses parents. Seule une intervention sous AG était envisageable, car il est très craintif.

## Absence de toutes les dents permanentes au maxillaire et à la mandibule

L'examen scanner cone beam (Vatech) montre une agénésie totale des dents définitives, ce qui est assez rare dans les dysplasies, où l'on note généralement quelques dents permanentes sur au moins une des deux arcades. R. J... présente l'aspect squelettique d'un enfant de 12 ans, avec de petites mâchoires et une très faible hauteur d'occlusion. Son intellect comporte un retard certain, mais il comprenait l'essentiel et souhaitait ardemment avoir des dents fixes, comme son entourage.

## Analyse de faisabilité Fig. 7-9

### • Au plan bucco-dentaire

Les modèles stéréolithographiques mettent en évidence un mini maxillaire ainsi qu'une mandibule en lame de couteau.

Après avoir pris les empreintes des mâchoires, deux prothèses complètes ont été fabriquées pour évaluer l'ampleur de l'espace prothétique. Des guides chirurgicaux faisant la fusion entre le montage esthétique-fonctionnel et les données scano-graphiques ont également été réalisées.

>>>

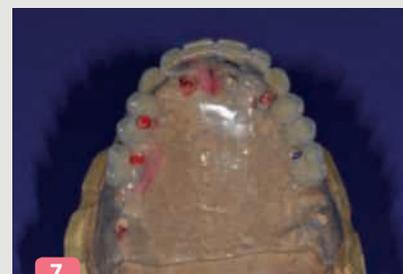


Fig. 7 : montage esthétique-fonctionnel avec marquage des futures émergences implantaires, guide chirurgico-prothétique.

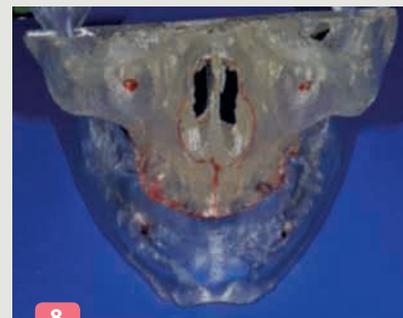


Fig. 8 : reconstruction 3D maxillo-mandibulaire (Simplant).



Fig. 9 : kit d'ostéotenseurs rotatifs et manuels.

## Régénération osseuse : la voie des ostéotenseurs matriciels (suite)

### • Au plan physico-psychique

N'ayant jamais eu de dents fixes, allait-il en supporter le volume ? Est-ce qu'il n'allait pas vouloir par la suite qu'on lui retire tout le matériel, dont la présence n'aurait pas été acceptée par sa langue, sa neuro-musculature et son psychisme ? Le greffé des deux mains qui, en plus d'un lourd traitement anti rejet qu'il refusait de suivre, n'a pas pu les intégrer psychologiquement et a finalement demandé d'être amputé, en est un exemple.

C'est donc après plusieurs mois de réflexion, lorsqu'un climat de confiance s'est établi entre le futur opéré, la famille et l'équipe soignante, que la décision a été prise.

### • Au plan économique

La famille ne dispose que de revenus modestes. Aucune aide n'a été possible au niveau de la Sécurité Sociale malgré les démarches entreprises. L'intervention a pu se dérouler dans le cadre du Diplôme d'Implantologie Basale de l'Université de Nice-Sophia Antipolis où les chirurgiens ont opéré à titre gracieux. Elle a eu lieu à la Clinique Saint Jean à Cagnes-sur-Mer qui dispose du plateau technique spécifique pour l'implantologie basale.



**Fig. 10 :** pénétration transpariétale sous anesthésie locale : l'ostéotenseur provoque un mini traumatisme local par ostéodistraktion. Une néoangiogenèse suivie de la formation d'un cal viendront fortifier le site, le rendant compatible avec la pose d'implants.

## Préparation ostéogénique initiale 60 jours avant la mise en place des implants<sup>4</sup> Fig. 10

Début 2012, l'extraction de dents de lait mobiles et douloureuses a été réalisée au fauteuil. Dans la même session, une préparation à l'aide d'ostéotenseurs matriciels a permis de réaliser de petites perforations manuelles au maxillaire et rotatives à la mandibule. Toute l'intervention s'est déroulée sous anesthésie locale sans ouverture de lambeau. Il n'y a eu aucune suite.

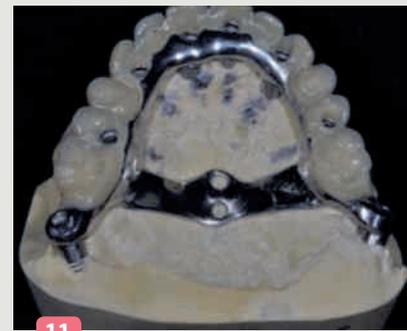
### Déroulement de l'intervention

Celle-ci a débutée à 9h00 le vendredi 16 mars 2012 sous anesthésie générale et s'est terminée à 12h30. R. J... est le premier patient porteur de cette anomalie génétique à avoir bénéficié d'une implantation totale des deux mâchoires avec mise en charge suite à une préparation ostéogénique initiale 60 jours auparavant, sans recours à des greffes osseuses préalables. Compte tenu du très faible volume osseux initial, des greffes avaient certes été envisagées par prélèvement crânien et/ou iliaque. La lourdeur de l'intervention, la nécessité d'une temporisation compliquée, et la présence d'handicap à la fois moteur et mental empêchant une coopération post opératoire rigoureuse ont fait écarter cette option thérapeutique.

C'est finalement l'utilisation des ostéotenseurs puis de l'implantologie basale qui a permis la pose de huit implants axiaux (Fractal® Victory) totalement « flapless » au maxillaire suivie d'une approche « full flap » à la mandibule, entièrement équipée avec 5 racines artificielles à insertion latérale (Diskimplant® Victory) et deux implants axiaux expansifs de crête (Fratex® Victory) au niveau prémolaire. L'ensemble a été recouvert avec l'os autologue récupéré lors du forage maxillaire et par des membranes PRF également autologues.

### Phase prothétique Fig. 11 - 13

Les empreintes ont été prises directement au bloc sous AG ainsi que l'occlusion, à l'aide des appareils complets préparés à l'avance, largement évidés au niveau des émergences d'implant puis rebasés au calginat.



**Fig. 11 :** bridge titane-chrome/cobalt-résine maxillaire de contention immédiate avec entretoise palatine. L'ensemble forme un fixateur externe de forte rigidité permettant la mise en charge post opératoire fonctionnelle des implants.



**Fig. 12 :** bridge mandibulaire (vis or).



**Fig. 13 :** vue globale de la restauration esthético-fonctionnelle à 1 semaine post-op.

&gt;&gt;&gt;

# INTERACTIVE™

## SYSTÈME IMPLANTAIRE

**Implant Direct**  
simply smarter.

# 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 porte-implant  
révolutionnaire à deux étages

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

Des microspires  
pour accroître la stabilité



CONGRÈS  
**ADF**  
2014

RETROUVEZ NOUS  
AVEC TOUTES NOS INNOVATIONS  
SUR NOTRE STAND ADF 2014:

**4L11**

RETROUVEZ TOUTS NOS PRODUITS  
SUR NOTRE BOUTIQUE EN LIGNE  
[WWW.IMPLANTDIRECT.FR](http://WWW.IMPLANTDIRECT.FR)  
**00800 4030 4030**



CE FDA  
\*Marques déposées  
de Zimmer® Dental

Allian  
Dental



**Fig. 14 :** panoramique montrant l'ensemble du dispositif ostéoancré et des bridges de contention. Noter la présence de la barre palatine.



**Fig. 15 :** aspect cosmétique à 2 ans.



**Fig. 16 :** panoramique à 2 ans et 6 mois.

## Régénération osseuse : la voie des ostéotenseurs matriciels (suite)

Les dents fixes maxillaires et mandibulaires (titane-chrome/cobalt-résine) ont été vissées en place en ambulatoire le lundi suivant. Une barre de jonction transpalatine a été réalisée dans la coulée monobloc du bridge fixe maxillaire avec deux vis d'ostéosynthèse centro-palatines installées avec une petite anesthésie locale. Ce dispositif assure une stabilité primaire de grande qualité. Cette barre a été retirée 1 an plus tard.

### Le suivi Fig. 14-16

Les suites opératoires ont été excellentes, de même que l'acceptation psycho fonctionnelle. Ce dernier point était de loin le plus critique, car il a fallu compter avec l'adaptation linguale, phonétique et psychique qui, au final, s'est réalisée de façon simple et naturelle.

Six mois après l'intervention, l'examen clinique et radiologique montre une bonne ostéointégration et une parfaite adaptation de la gencive péri implantaire ainsi qu'une satisfaction totale de ce jeune patient et de sa famille au plan esthétique-fonctionnel. Aux dires de ses parents, il est même devenu « bavard », lui qui, auparavant, s'exprimait peu, de peur que ses dents lui « échappent ».

Un an plus tard, la barre transpalatine a été retirée. Deux ans et six mois après l'intervention, les implants sont parfaitement ostéointégrés et les dents fixes sont à la fois fonctionnelles et esthétiques, pour le plus grand bonheur de ce patient fortement handicapé. L'apport des ostéotenseurs matriciels permettant, par le recrutement des cellules souches, une régénération naturelle, a été un élément décisif dans le succès de cette réhabilitation. ●

## Conclusion

L'évolution des connaissances et des techniques a permis à ce jeune invalide buccal permanent de retrouver sans délai d'attente et en toute sécurité des dents fixes. Cet exemple illustre les possibilités qui sont offertes aux professionnels et aux patients grâce à l'introduction de nouvelles approches thérapeutiques qui sont à même de sécuriser et simplifier des procédures auparavant lourdes et complexes.

### À LIRE

<sup>1</sup> **DOGLIOLI P, SCORTECCI G.** Characterization of endosteal osteoblasts isolated from human maxilla and mandible: An experimental system for biocompatibility tests. *Cytotechnology* 1991, 7 : 39-48

<sup>2</sup> **GARAGIOLA U, MAIORANA C, GHIGLIONE V, MARZO G, SANTORO F, SZABO G.** Osseointegration and guided bone regeneration in ectodermal dysplasia patients. *J Craniofac Surg* 2007, nov 18 (6) : 1296-304

<sup>3</sup> **MENETRAY D, SCORTECCI G, ODIN G, ANSEL A, COTTEN P.** Dysplasies ectodermiques. Enfants atteints du syndrome de Christ-Siemens-Touraine et implantologie basale. *Implantologie*, mai 2011 : 11-21

<sup>4</sup> **SCORTECCI G, MISCH C, BINDERMAN I, PHILIP P.** Intérêt des ostéotenseurs matriciels en implantologie. *Implantologie*, février 2009 : 5-17

# GÉNÉRATEUR D'INNOVATION



Ostéotenseur®



Diskimplant®  
à plaque



VICTORY · 11, rue Lamartine - 06000 Nice - FR · Tél.+33 4 93 62 21 01 · [info@victoryimplants.fr](mailto:info@victoryimplants.fr) · [www.victoryimplants.fr](http://www.victoryimplants.fr)

Les implants dentaires Victory et l'Ostéotenseur® Victory sont des dispositifs médicaux qui répondent aux exigences essentielles de la Directive 93/42/CEE. Les implants dentaires Victory sont des produits de classe IIb et portent le marquage CE0459, délivré par le Laboratoire National d'Essai (organisme notifié français). L'Ostéotenseur est un dispositif médical de classe I. Les produits Victory ne sont pas pris en charge par la CPAM. Lire attentivement la notice avant toute utilisation d'un produit Victory. Mars 2013.

# La technique ostéocentrale : une innovation en anesthésie dentaire



Dr Alain VILLETTE  
DSO



Dr Pierre-Yves  
GREAUD  
DCD



Dr Eric PASQUIER  
DCD

L'anesthésie transcorticale, technique décrite pour la première fois en 1907 par le Dr Nogué, sous le nom d'anesthésie « Diploïque », est selon la bibliographie<sup>2</sup>, une des plus performantes quant à ses résultats. Dans sa réalisation, elle reste, pour certains groupes de dents, assez difficile à mettre en œuvre. C'est pour surmonter ces difficultés que l'anesthésie ostéocentrale a vu le jour en 2008. Elle fait partie, aujourd'hui, des techniques de référence utilisées au cabinet dentaire.

L'anesthésie transcorticale consiste à placer l'anesthésique, après avoir traversé la corticale mandibulaire ou maxillaire, dans l'os spongieux supportant les dents. Elle permet d'obtenir un résultat immédiat pour 2, à 8 dents, sans anesthésie des tissus mous<sup>1-2</sup>.

L'utilisation d'un vasoconstricteur adapté solutionne efficacement l'anesthésie des dents en pulpites et prolonge le temps de travail, sans multiplier les techniques.

Le problème majeur posé à la profession est l'anesthésie des molaires mandibulaires, notamment en pulpites. La réalisation de l'anesthésie transcorticale dans ce secteur soulève quelques difficultés. Elle nécessite une grande précision et une appréciation des angulations qui peut rebuter certains praticiens.

## Le protocole de l'anesthésie transcorticale dans la région molaires et prémolaires mandibulaires

Les molaires mandibulaires peuvent être anesthésiées à partir de deux sites d'accès bien différents :

- le Trigone : le site est facile d'accès. Il ne nécessite pas une extrême précision et l'angulation verticale est très favorable puisque la commissure n'est que très peu sollicitée. L'anesthésie au Trigone permet d'anesthésier deux molaires mandibulaires avec une cartouche d'anesthésie.



Fig. 1 : anesthésie transcorticale réalisée en distal 36, la plus difficile à réaliser !

En présence d'une pathologie (pulpite), il est bon de se rapprocher de la dent concernée pour obtenir, au plus près de celle-ci, une concentration en anesthésique élevée.

On doit donc dans ce cas opter pour le deuxième site.

- Les espaces interdentaires.

L'aiguille doit traverser la corticale, perpendiculairement à celle-ci, au niveau de l'espace interdentaire.

Dans cette configuration, la commissure labiale est souvent gênante et quelques fois, même bouche fermée, les critères de réussite ne sont pas optimisés Fig 1.

D'autre part, dans cette région se trouve la ligne oblique externe qui est un épaississement important de la corticale. Cette configuration, si elle n'est pas correctement abordée, augmente la difficulté pour traverser la corticale.

## L'anesthésie ostéocentrale : une nouvelle voie d'accès pour contourner les difficultés de la transcorticale.

Pour contourner ces difficultés anatomiques tout en conservant la même efficacité anesthésique, il a été imaginé de passer par le septum. Il présente une corticale moins épaisse et moins dense Fig 2.



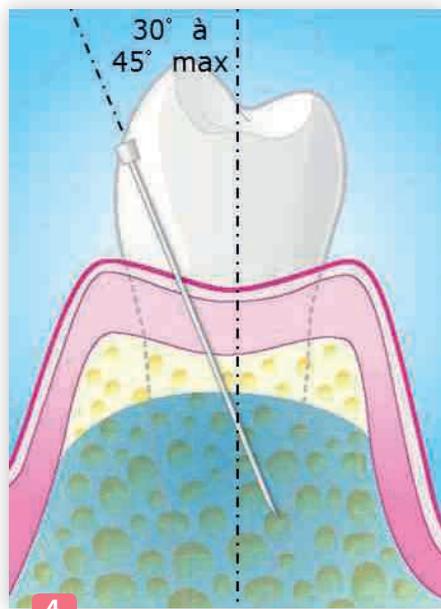
Fig. 2 : anesthésie transcorticale réalisée au Trigone.

Une fois le septum traversé, les différentes trabéculations se présentent comme une succession de « mini corticales » faciles à pénétrer **Fig 3**. L'injection se fait donc plus facilement et plus profondément dans le diploé.



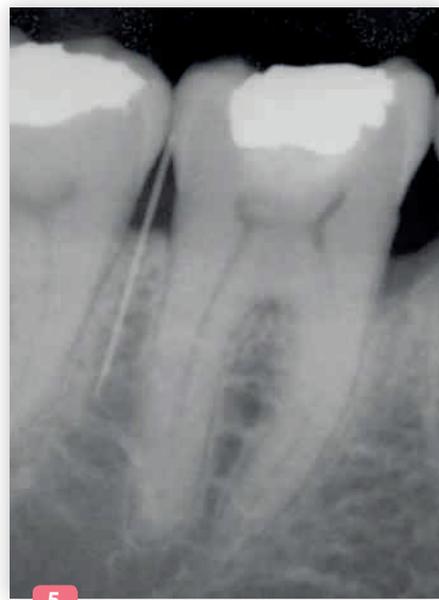
**Fig. 3 :** espace 5/6 : superposition des différentes mini corticales constituant le septum.

Pour pénétrer dans cette région, l'angle formé par l'aiguille et l'axe des dents devient plus aigu que pour une transcorticale. L'angulation est très proche de celle mise en œuvre pour une intraligamentaire ou une intraseptale (30 à 45°) **Fig 4**.



**Fig. 4 :** anesthésie ostéocentrale : angle de pénétration.

Les anesthésies ostéocentrales ont été réalisées avec des aiguilles spéciales 30G - 16 mm, double biseau, qui permettent d'avancer plus facilement et plus profondément dans l'espace interdentaire **Fig 5**.



**Fig. 5 :** anesthésie ostéocentrale : le point d'injection se situe approximativement à mi-racine.

### Ce qu'a apporté l'anesthésie ostéocentrale ?

- Pour le patient : la perception est plus agréable. La sensation de « perçage » est moindre.

Le risque d'échauffement est réduit à zéro même chez un praticien « à la main lourde », car dans cette configuration l'aiguille traverse une succession de « mini corticales ».

- Pour le praticien : l'utilisation d'un vasoconstricteur adapté au temps de travail et à la pathologie est sans risque. Le produit est déposé dans la zone centrale de l'os, la nécrose potentielle de la papille est supprimée et le risque d'obstruction de l'aiguille tend vers zéro. L'accès est simplifié même dans les zones postérieures grâce à une angulation beaucoup plus verticale.

La phase de perforation diffère entre les 2 techniques :

- Pour l'anesthésie transcorticale, elle se traduit par la perception d'un seul « déclic ».
- Pour l'anesthésie ostéocentrale, il y a une succession de plusieurs « déclics »

(de 3 à 6) correspondant à la traversée des « mini corticales » que forment les trabéculations. Ces « mini corticales », de plus en plus espacées, sont très faciles à perforer. L'angulation est plus verticale, et les repères pour visualiser les points de pénétration sont plus précis (triangles interdentaires et sommets de papilles) **Fig 6**.



**Fig. 6 :** anesthésie ostéocentrale : l'angulation permet de beaucoup moins solliciter la commissure labiale.

### Quelles sont les limites de la technique ostéocentrale ?

Les terrains parodontopathiques sont évidemment à proscrire, ainsi que les espaces interdentaires ne comportant pas d'os spongieux.

### Discussion

Si l'anesthésie ostéocentrale apporte de la facilité et de l'efficacité dans la réalisation de l'anesthésie des molaires mandibulaires, elle peut s'appliquer à tous les autres espaces radiculaires aussi bien maxillaires que mandibulaires.

Que reste-t-il alors pour l'anesthésie transcorticale ?

Il reste tous les sites où l'anesthésie ostéocentrale ne peut être réalisée, soit :

- les emplacements sans espace interdentaire suffisant, (espaces édentés et le Triangle).
- les terrains parodontopathiques.

>>>

## La technique ostéocentrale: une innovation en anesthésie dentaire (suite)

Depuis 2008, l'utilisation de l'anesthésie ostéocentrale s'est développée et a évolué. On réalise maintenant des injections entre les racines de 36 ou 46 pour une efficacité optimum sur ce secteur. Cette évolution provient, en partie, du matériel qui a beaucoup évolué, y compris les aiguilles qui disposent aujourd'hui de modèles spécifiques en 30G-16mm ou 27G-16mm.

C'est aujourd'hui une technique enseignée en faculté au même titre que les techniques classiques (paraapicale, tronculaire, intraligamentaire.) qui restent bien évidemment d'actualité mais l'injection à proximité des apex apporte logiquement une efficacité<sup>3-4-5-6</sup>, une immédiateté et un confort<sup>7</sup> avantageux dans une pratique quotidienne. ●

## Conclusion

En 2008, l'anesthésie ostéocentrale a remplacé avantageusement l'anesthésie transcorticale. Très proche, au niveau des angulations, des anesthésies intraseptales et intraligamentaire, elle permet aujourd'hui un accès et une réalisation aisée sur tous les secteurs. Un pas de plus a été franchi pour faciliter la réalisation de l'anesthésie des molaires mandibulaires, en pulpite ou non, dans le respect du confort du patient et la diminution du stress du praticien. Cette évolution fait indéniablement partie des innovations marquantes de ces 10 dernières années, pour le patient et le praticien.

### À LIRE

#### <sup>1</sup> CAVARAZ, C

Contribution à l'étude de l'anesthésie Diploïque. thèse, Paris 1909.

#### <sup>2</sup> GAILLARD ET NOGUÉ :

traité de stomatologie « Anesthésie », page 286, 366 J.B.Baillière et Fils Paris 1912.

#### <sup>3</sup> ALAIN VILLETTE

500 anesthésies transcorticales réalisées en 1<sup>ère</sup> intention : le bilan. *Le Chirurgien-Dentiste de France*. 17/27 juillet 2003

<sup>4</sup> Pourquoi pratiquer l'anesthésie intraosseuse en 1<sup>ère</sup> intention ? *La Lettre de la Stomatologie*. Avril 2001

#### <sup>5</sup> STANLEY F. MALAMED

Handbook of local anesthesia (5<sup>ème</sup> édition). *Elsevier Mosby*. 2004

#### <sup>6</sup> THIERRY COLLIER

L'anesthésie transcorticale de 1<sup>ère</sup> intention. *L'information Dentaire*. 25/01/2006

#### <sup>7</sup> JEAN-LOUIS SIXOU

ET MARIA-ELIZENA BARBOZA-ROGIER

Apports de l'anesthésie transcorticale chez l'enfant et l'adolescent. *Le Chirurgien-Dentiste de France*. 06/04/2006

## “ J'ai opté pour la dernière version du QuickSleeper „

Habitué aux systèmes QuickSleeper depuis de nombreuses années, j'utilise le nouveau QuickSleeper 5 depuis presque une semaine. Il est très silencieux, sans vibration, tant au niveau de l'injection que de la rotation. Le fait de pouvoir sélectionner le mode d'injection sur le stylo est très intelligent, car il permet d'adapter la vitesse à la technique choisie sans risque de se tromper.

La perforation est très performante, sans vibration et avec beaucoup de couple, ce qui éradique les bouchages d'aiguille.

La pédale, ayant moins de fonction que sur la génération précédente, est extrêmement intuitive.



Dr Patrick FELDSTEIN  
Omnipraticien, Paris

Les containers demandent un peu plus de manipulation pour le nettoyage, mais cela reste simple. Quicksleeper 5 n'est pas une révolution mais une nette évolution, qui mérite le changement. Il est plus simple et confortable pour le praticien et le patient en éliminant la quasi-totalité des inconvénients des versions précédentes. Il permet de réaliser sereinement l'anesthésie ostéocentrale au quotidien.



### Matériel

Système QuickSleeper par la société Dental Hi Tec, France (photo).  
Aiguille DHT par la société Dental Hi Tec, France.

# PROMOTIONS - ADF 2014

Venez nous rencontrer sur le stand 1P10

## Tenons

1 acheté = 1 offert, dès le 1<sup>er</sup> sachet\* !

**Normatec**  
LES TENONS DENTAIRES

Découvrez et essayez les innovations DenMat:



## Laser à diode portable

3 192€ TTC, soit une remise de - 20%

## Loupes PERIOPTIX®

- 30 % sur l'ensemble de la gamme



## Remise - 25% sur les consommables

(Résine verre-ionomère, composites de collage, composite ionomère hybride, matériaux de reconstitutions provisoire et définitive, empreintes...)

Retrouvez aussi...



Rendez-vous sur [www.tecalliage.fr](http://www.tecalliage.fr)

# La greffe de tissu conjonctif par tunnelisation



Dr François  
VIGOUROUX

Ancien Interne de Hôpitaux de Bordeaux  
Assistant Hospitalo-Universitaire en Parodontologie  
Formateur CEIOP



Totalement intégrée à la pratique de la parodontologie, la chirurgie plastique parodontale stimule par sa technicité, sa précision du geste et son abord esthétique. De nombreuses techniques ont été développées afin de répondre au plus grand nombre de situations cliniques, qu'elles soient le recouvrement de récessions, l'amélioration de l'intégration de prothèse ou même la prévention de défauts gingivaux.

**A**près un internat en parodontologie qui m'a permis d'apprendre et de réaliser de nombreuses techniques de chirurgie plastique parodontale, j'ai voulu approfondir les techniques de greffe de tissu conjonctif et plus spécifiquement celles minimalement invasives.

À l'heure où l'esthétique prend une part importante dans notre pratique, la technique de greffe de tissu conjonctif par tunnelisation m'a semblé répondre parfaitement à nos exigences et à celles de nos patients.

Décrite initialement par Allen en 1994 et modifiée par Azzi et Etienne en 1998, la technique de tunne-

lisation, associée à un prélèvement palatin à incision unique, limite l'inconfort post-opératoire et favorise la cicatrisation.

Elle trouve ses indications en secteurs antérieurs et permet le recouvrement de récessions ainsi que l'épaississement gingival et cela en limitant l'impact esthétique de l'intervention.

Une gamme spécifique d'instruments a été créée. Associé à l'utilisation d'aide optique et de fil de suture monofilament 6.0, ce matériel rend l'acte opératoire confortable et plaisant.

Séduit par cette approche micro-invasive qui demande dextérité et précision, je m'attache à mon tour à la mettre en avant. ●



Fig. 1 : état pré-opératoire.



Fig. 2 : technique de tunnelisation.



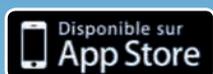
Fig. 3 : état post-opératoire à 4 mois.



DÉCOUVREZ  
L'APPLICATION GRATUITE

## le fil dentaire

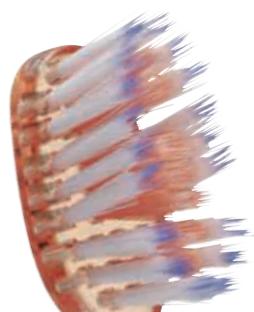
Toute l'actualité dentaire  
désormais dans votre poche !



# Vos patients souffrent de maladies parodontales ?

## NOUVEAU GUM® Technique® PRO

### Le brossage en profondeur et en douceur pour des gencives plus saines



Les brins effilés à **1/100<sup>ème</sup>** de diamètre permettent une élimination du biofilm plus efficace<sup>(1)</sup>

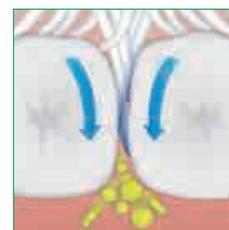
**7 x plus**  
le long du sillon



**7 x plus**  
dans le sillon



**1,6 x plus**  
en interdentaire



<sup>(1)</sup> que des brins conventionnels. In-vitro test, YRC Inc, Sept 2008

# 45°

Le manche Quad-grip guide la main pour brosser à l'angle optimal et recommandé de 45°

Brins à **double niveau** et **obliques** pour un nettoyage multi-directionnel **plus efficace**



0.01

SUNSTAR  
France

55/63, rue Anatole France  
92300 LEVALLOIS-PERRET  
commandesdentiste@fr.sunstar.com  
Tél : 01 41 06 64 64 - Fax : 01 41 06 64 54



SUNSTAR

**G·U·M**  
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

# Élévation bilatérale du plancher sinusien à visée implantaire par deux techniques : piezochirurgie et instrument rotatif



**Dr Michael SAMAMA**  
Interne de Chirurgie orale



**Dr Alice GUYON**  
Interne de chirurgie orale



**Dr Stéphane MILLIEZ**  
DESCB  
praticien hospitalier APHP  
Mondor Créteil  
DU chirurgie et prothèse  
implantologiques  
(Cochin, Paris V)



**Dr Frédéric GAULTIER**  
Doctorat d'université Paris V  
Maître de conférences-  
Praticien hospitalier.  
Université Paris Descartes  
Directeur du DU  
d'Implantologie Orale Paris  
Descartes

Le comblement sous sinusien aussi appelé sinus lift dans la littérature anglo-saxonne, est une technique chirurgicale indiquée lors d'atrophie de la crête maxillaire (Tatum H. 1986, Cawood JI. 1991). Elle a pour objectif d'augmenter la hauteur osseuse et permet au chirurgien implantologiste de poser des implants dans les secteurs postérieurs maxillaires.

**C**ette chirurgie s'effectue sous anesthésie locale y compris en cas de double soulevé de sinus. Quelque soit le matériau de comblement utilisé, il doit être inséré entre la membrane sinusienne et le bas fond sinusien. La complication principale est la perforation de la dite membrane sinusienne de Shneider.

## Présentation du cas

Monsieur D., 35 ans, consulte pour une réhabilitation implantaire maxillaire à la suite d'une parodontite agressive ayant entraîné la perte des dents

12 à 17 et 24 à 27 **Fig. 1 - 2- 3a et b.** Une thérapeutique parodontale est réalisée afin de stabiliser la maladie parodontale. Le patient est actuellement porteur d'une prothèse amovible partielle au maxillaire dans l'attente de réalisation de prothèses implanto-portées. Il est non fumeur et ne présente aucun antécédent médical.

Un guide radiologique est fabriqué à partir du duplicata de la prothèse amovible maxillaire avec lequel le patient réalise un examen radiographique tridimensionnel (CBCT : cone beam computer tomography).



**Fig. 1** : vue endobuccale.



**Fig. 2** : vue occlusale.



**Fig. 3a** : vue latérale secteur 1.



**Fig. 3b** : vue latérale secteur 2.

# ADF 2014

## Global D affûte son arsenal thérapeutique...

In-Kone® PRIMO



Protocole  
ULTIMATE

 **Global D**  
Partenaire de vos chirurgies

rendez-vous  
**STAND 3L07**

Global D - ZI de Sacuny - BP 82 - 118 avenue Marcel Mérieux - 69530 Brignais - Tél. +33(0)4 78 56 97 00 - Fax +33(0)4 78 56 01 63 - [www.globald.com](http://www.globald.com)

Les produits présentés sont des Dispositifs Médicaux et à ce titre sont en cours de marquage CE conformément à la Directive 93/42/CEE. Veuillez consulter la notice d'instruction avant toute utilisation.



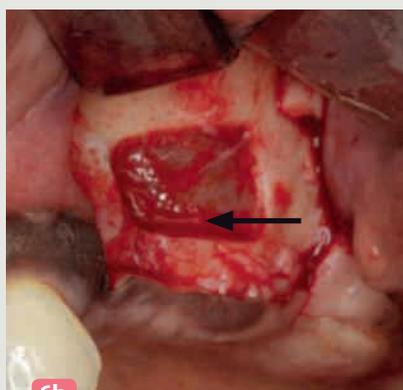
**Fig. 4 :** examen tridimensionnel coupe frontale.



**Fig. 5 :** reconstruction panoramique avec guide radiologique.



**Fig. 6a :** réalisation de la fenêtre osseuse secteur 1.



**Fig. 6b :** réalisation de la fenêtre osseuse secteur 2, visualisation de l'artère antrale.



**Fig. 7 :** mise en place du biomatériau utilisé comme mainteneur d'espace ostéoconducteur.

## Élévation bilatérale du plancher sinusien à visée implantaire par deux techniques : piezochirurgie et instrument rotatif (suite)

Après étude attentive du CBCT **Fig. 4-5**, un double soulevé de sinus, avec mise en place de biomatériau (Bio-Oss®, Geistlich) utilisé comme mainteneur d'espace, est indiqué. La pose d'implant est réalisée dans un second temps après contrôle de la greffe osseuse sous sinusienne.

Lors de la consultation pré-opératoire, le patient est informé des bénéfices et risques liés à cette intervention. Le consentement oral et écrit est obtenu et l'ensemble du plan de traitement est accepté et signé par le patient (de la chirurgie pré-implantaire jusqu'à la prothèse implanto-portée).

### Intervention

L'intervention est réalisée sous anesthésie locale. Quatre cartouches de articaine adrénalinée à 1/100000 sont administrées à droite comme à gauche. Une incision à la lame 15 suivant la crête édentée et un décollement de pleine épaisseur sont réalisés permettant l'accès à la paroi latérale des sinus maxillaires droit et gauche afin de visualiser le volet osseux.

A droite, une fraise boule diamantée de petit diamètre sur contre angle bague rouge est utilisée **Fig. 6a**. A gauche, le volet osseux est réalisé à l'aide de la piezochirurgie et d'un insert boule diamanté **Fig. 6b**. Dans les deux cas, aucune perforation de la membrane sinusienne n'est observée. La durée de l'ostéotomie est néanmoins majorée d'une quinzaine de minutes pour l'abord sinusien gauche.

Le décollement de la membrane sinusienne est réalisé à l'aide de décolleur de membrane sinus. A droite comme à gauche, l'intégrité de la membrane de Schneider est respectée. Un comblement sinusien d'environ 1g de Bio-Oss® est réalisé à droite comme à gauche **Fig. 7**.

Les volets osseux conservés après l'ostéotomie sont replacés et une membrane de collagène (Bio-Gide®, Geistlich) est positionnée en recouvrement du site **Fig. 8a et b**. La fermeture est réalisée par des points en O à l'aide de Vicryl® 3/0.



**Fig. 8a :** recouvrement du site 1 à l'aide d'une membrane de collagène.



**Fig. 8b :** recouvrement du site 2 à l'aide d'une membrane de collagène.

Les conseils post opératoires habituels sont transmis au patient accompagnés d'une ordonnance d'antibiotique (amoxicilline, 2g par jour en 2 prises), de corticoïde (prednisolone, 80mg par jour en 1 prise), de fluidifiant nasal en spray ainsi que des antalgiques de palier 1 et un bain de bouche.

>>>

# 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](mailto:infos@thommenmedical.fr)



**MANUFACTURE SUISSE POUR L'IMPLANTOLOGIE**

[www.implant-thommen.fr](http://www.implant-thommen.fr)

## Élévation bilatérale du plancher sinusien à visée implantaire par deux techniques : piézochirurgie et instrument rotatif (suite)

Lors du contrôle post-opératoire à 7 jours, une EVA plus importante et un œdème plus marqué sont rapportés à droite (instrument rotatif) par rapport au côté gauche (piézochirurgie).

Un cliché panoramique de contrôle à 3 mois post-opératoires est réalisé **Fig. 9**.



**Fig. 9** : radiographie panoramique de contrôle à 3 mois.

### Discussion

Les principales complications post opératoires lors d'un soulevé de sinus sont les sinusites aiguë et chronique, l'hémisinus, le mucocèle, les retards de cicatrisation et les séquestres osseux (Ardekian et coll. 2006).

Les risques per opératoires majeurs sont la perforation de la membrane sinusienne avec une prévalence de 10 à 55 %

(Nolan et coll. 2014) et l'hémorragie (artère antrale). Les causes des perforations sont liées à l'expérience de l'opérateur, les variations anatomiques comme la présence de septa, la faible épaisseur de la membrane sinusienne ou encore l'excès de matériau de comblement. Ces complications peuvent être diminuées par l'utilisation de la piézochirurgie (Delilbasi et coll. 2013). L'étude de Delilbasi et coll. (2013) a évalué chez 23 patients les complications post opératoires telles que la perforation de la membrane, l'œdème et la douleur post opératoires en comparant la réalisation d'un sinus lift à l'aide d'instrument ultrasonique ou bien rotatif. Aucune différence significative n'a été démontrée quant à la perforation de la membrane malgré un meilleur contrôle du geste chirurgical à la piézochirurgie. En revanche, il a été reporté une douleur

et un œdème plus importants dans le groupe de patients ayant bénéficié d'un comblement du bas fond sinusien dont les abords osseux ont été réalisés par les instruments rotatifs. Concernant notre patient, aucune perforation n'est survenue au cours de l'intervention que ce soit par un abord réalisé l'aide d'instruments ultrasonores ou des instruments rotatifs. En revanche, un œdème et des douleurs post-opératoires plus importantes ont été rapportés par le patient du coté où les instruments rotatifs ont été utilisés, ce qui est en accord avec l'étude.

L'importance de l'intégrité de la membrane sinusienne recouvrant le biomatériau ayant un rôle de mainteneur d'espace, est un facteur clef de réussite (Nolan et coll. 2014). ●

### Conclusion

La piézochirurgie s'impose aujourd'hui en chirurgie orale particulièrement en chirurgie pré-implantaire. Malgré un temps opératoire allongé, elle permet un acte contrôlé, peu traumatisant avec des suites post opératoires simplifiées.

### À LIRE

**<sup>1</sup> ARDEKIAN L, OVED-PELEG E, MACTEI EE, PELED M.**

The clinical significance of sinus membrane perforation during augmentation of the maxillary sinus. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:277-82

**<sup>2</sup> BARONE A, SANTINI S, SBORDONE L, CRESPI R, COVANI U.**

A clinical study of the outcomes and complications associated with maxillary sinus augmentation. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2006;21:81-85

**<sup>3</sup> CAWOOD JI, HOWELLRA. I.**

Reconstruction preprosthetic surgery : I. Anatomical

consideration. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;10:451-461

**<sup>4</sup> DELILBASI C, GURLER G.**

Comparison of piezosurgery and conventional rotative instruments in direct sinus lifting. *Implant Dent* 2013;22:662-665

**<sup>5</sup> FUGAZZOTTO PA, VLASSIS J.**

Long-term success of sinus augmentation using various surgical approaches and grafting materials. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13:52-58

**<sup>6</sup> HERNANEZ-ALFARO F, TORRADEFLOT MM, MARTI C.**

Prevalence and management of schneiderian membrane perforations during sinus-lift procedures. *Clin Oral Implants*

*Res* 2008;19:91-98

**<sup>7</sup> JENSEN OT, SHULAN LB, BLOSC MS, IACONO VJ.**

Report of the sinus consensus conference of 1996. *Int J oral Maxillofac Implants* 1998;13:11-32

**<sup>8</sup> KASABAH S, KRUG J, SIMUNEK A, LECARO MC.**

Can we predict maxillary sinus mucosa perforation ? *Acta Medica* 2003;46:19-23

**<sup>9</sup> NOLAN PJ, FREEMAN K, KRAUT RA.**

Correlation between schneiderian membrane perforation and sinus lift graft outcome: a retrospective evaluation of 359 augmented

sinus. *J Oral Maxillofac Surg* 2014;72:47-52

**<sup>10</sup> PROUSSAEFS P, LOZADA J, KIM J, ROHRER MD.**

Repair of the perforated sinus membrane with a resorbable collagen membrane: A Human Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19:3

**<sup>11</sup> TATUM H.**

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

**<sup>12</sup> ZICCARDI VB, BETTS NK.**

Complications of maxillary sinus augmentation. In : Jensen O (ed). *The sinus bone graft. Chicago : Quintessence, 1999:201-208.*

**MASTER CLASS**  
**ÉDENTÉ COMPLET** Nouveau programme  
Jeudi 4 & Vendredi 5 décembre 2014

**2 jours** pour perfectionner les techniques chirurgicales et prothétiques  
Docteur **Franck BONNET** - Professeur **Paul MARIANI**



**Interactivité entre le bloc opératoire et la salle de cours**

- ✓ **Planifier** et **réaliser** l'émergence naturelle ou la gencive artificielle
- ✓ Mise en charge immédiate et différée
- ✓ **Gérer** les tissus mous
- ✓ Esthétique des cas complets
- ✓ **Choisir** entre titane et zirconie – pilier ou direct implant
- ✓ Choisir entre cosmétique résine, composite ou céramique

**4 chirurgies en direct**

Programme détaillé de la **MASTER CLASS** sur [fide.fr](http://fide.fr)

Ce programme de BPC est enregistré auprès de l'UNIPIC sous le n° 2663201400037

Renseignements, tarif et inscriptions 04 93 99 99 75 [contact@fide.fr](mailto:contact@fide.fr)



**Programme et dates du FIDE en 2015**

Jeudi 26 mars	Extraction, implantation, temporisation immédiate UNITAIRE	Cours/TP/Chir. en direct
Vendr. 27 mars	Extraction, implantation, temporisation immédiate d'une ARCADE COMPLETE	Cours/TP/Chir. en direct
Jeudi 11 juin	CHIRURGIE muco-gingivale et osseuse	Cours/TP/Chir. en direct
Vendr. 12 juin	Greffes de SINUS	Cours/TP/Chir. en direct
Jeu 17 & vend. 18 sept.	LESTHETIQUE en Implantologie	<b>master class</b> Chir. en direct
Jeu 5 & vend. 6 nov.	Traitement des EDENTÉS TOTALX	<b>master class</b> 4 chir. en direct
Vendr. 4 déc.	OCCLUSION prothétique sur dents naturelles et sur implants	Cours/TP

# Esthétique et psychologie :

## « Primum non nocere »



Dr Franck AMOYEL

CES de Biologie Buccale  
 CES de Parodontie  
 DU de Parodontie et  
 Implantologie  
 Diplômé du Global  
 Advanced Dentistry  
 Membre de l'Association  
 Française d'Implantologie



**La dernière décennie a été un véritable raz de marée technologique, indissociable des progrès médicaux. Il n'y pas si longtemps encore, nous étions impuissants devant des situations cliniques, par manque de moyens et de connaissances.**

**O**utre les progrès fantastiques rencontrés dans l'implantologie, l'imagerie, la reconstruction osseuse et les matériaux céramiques, la dernière décennie a, non seulement transformé notre pratique, mais aussi généré des attentes et des perspectives différentes de la part des patients. La demande esthétique n'a pas cessé de croître, et l'éventail des prouesses techniques nous offre aujourd'hui le pouvoir de

transformer l'apparence physique des patients. Ces derniers le vivent d'ailleurs comme un banal « tout est possible », nourrissant plein d'espoir. Car ces transformations ont un impact non négligeable sur leur psychisme, et les 10 ans parcourus d'expériences cliniques ont généré dans ma pratique une réflexion plus générale sur la répercussion psychologique de nos interventions esthétiques.

Dire que notre société voue un culte aux apparences, tient à la fois de la banalité et de l'évidence. Mais le souci d'apparence pousse à toujours plus de perfection, comme une course effrénée vers l'excellence esthétique dans notre société gouvernée par le jeunisme.

La presse grand public a des titres qui le démontrent : « spécial look », « spécial beauté », « interdit de vieillir »... Ce qui devient compliqué pour les praticiens, est la banalisation de ces images de toutes sortes, dans l'inconscient de chacun.

Aussi, face à nos formidables outils techniques, comment estimer ce que cache le désir du changement d'apparence ? Comment appréhender une éventuelle vulnérabilité ?

Nos salles d'attente se sont transformées, renfermant une galerie de portraits de patients aussi divers les uns que les autres : l'adolescente qui ne supporte plus ses dents mal positionnées et qui a vu une émission à la télé, pour les changer rapidement ; le chef d'entreprise qui ne supporte pas les taches sur ses dents ; le quadragénaire à la recherche d'une nouvelle vie ; la quinquagénaire qui nous montre la photo de ses 20 ans et qui refuse de vieillir ; le jeune cadre qui voudrait refaire ses dents avec des facettes et qui a lu sur internet que c'était si facile et si simple... Un inventaire de plus en plus large, qui traduit des demandes inattendues, au point de voir certains patients demander le même sourire que ceux de Julia Roberts ou George Clooney, auxquels ils s'identifient.

Ce que je retiens avant tout, est que toutes ces transformations esthétiques n'ont jamais les mêmes significations, et qu'il est aberrant d'estimer qu'elles soient anodines.

Notre société fonctionne sur l'image et celle à laquelle nous sommes toujours confrontés, est l'image que nous renvoient nos miroirs. C'est ce qu'on appelle l'image spéculaire et il s'agit d'une image inversée. Des différences d'appréciation et de perspectives apparaissent forcément, car nous n'avons pas d'images visuelles claires de notre corps. La photographie traduit le même événement : on se plaît sur certaines qui semblent nous mettre en valeur, et pas sur d'autres, où nos expressions nous déplaisent.

Un genre de patients nouveau fréquente également nos cabinets : les imparfaits

imaginaires. Ce sont des patients dysmorphophobes. Le terme de dysmorphophobie a été utilisé pour la première fois en 1886 par le psychiatre Morselli pour expliquer son caractère obsessionnel et compulsif, notamment les interrogations répétées devant le miroir. Un sujet atteint de dysmorphophobie n'a pas seulement la crainte d'être ou de devenir disgracieux : il en a l'intime conviction. Selon les cas, la préoccupation concerne un défaut imaginaire ou bien consiste à exagérer une petite anomalie. Ce trouble assez courant et souvent méconnu est donc peu diagnostiqué. C'est le cas des patients qui reviennent pour des retouches incessantes et qui ne sont jamais satisfaits. Chez eux, des résultats très satisfaisants n'entraînent pas d'amélioration psychologique mais, au contraire, les aggravent.

**“ au point de voir certains patients demander le même sourire que ceux de Julia Roberts ou George Clooney ”**

L'intérêt d'une réflexion sur l'image du corps est de tenter d'expliquer certaines déceptions post-opératoires, inattendues. Et de se souvenir que, lorsqu'une intervention est réussie, outre l'aspect clinique satisfaisant, elle l'est surtout par les changements psychologiques qu'elle provoque. Cela dépasse le simple cadre d'une modification anatomique.

La consultation ou plutôt les consultations, sont fondamentales pour décrypter les motivations, et évaluer la dimension psychologique du patient, car il faut du temps.

Il m'arrive aujourd'hui de refuser une intervention pour des raisons psychologiques : il s'agit de situations dans lesquelles je peux percevoir une désunion entre la réalité physique et l'imaginaire du

patient. La question du service rendu au patient et du bénéfice/risque doit être le talon d'Achille de la décision.

Cela fait intervenir une notion d'autocontrôle de la part du praticien. Être prudent ne signifie pas rejeter l'intervention, mais une notion de délai entre la demande et l'intervention. Le patient peut alors réfléchir à sa requête et évaluer les risques qui ont pu lui être exposés. Les photographies prises lors des consultations se révèlent indispensables pour comprendre et faire comprendre les désirs et les clarifier. Pour ce qui concerne les logiciels de retouches photos, la prudence me semble de mise. Car dessiner trop précisément ce que sera la nouvelle esthétique du patient peut constituer un danger, contribuant à l'idée d'un résultat parfait et être interprété comme une garantie absolue de résultat, alimentant une imagination fertile. Aucune main de praticien si géniale soit-elle, n'aura la précision de l'outil informatique.

Bien évidemment, de nombreuses transformations vont dans le sens de l'amélioration, et les complications ne représentent pas, heureusement, la majorité des suites opératoires, mais elles existent. Si les améliorations se traduisent sur le plan psychologique par un mieux-être, une augmentation de la confiance en soi, il n'existe aucune règle en termes de satisfaction post-opératoires. Elle est parfois excellente, alors que le résultat est jugé médiocre par le praticien. Ou au contraire, minime, malgré une réussite du traitement.

Tous ces signaux doivent être repérés avant pour éviter les insatisfactions et les risques de décompensation psychiques. Avec l'expérience, en apprenant à écouter, nous pouvons affûter notre aptitude de prévision sur le bénéfice éventuel du changement de l'apparence. Car c'est souvent après coup que le praticien comprend, face à des demandes inattendues de retouches successives et sans fin.

D'abord ne pas nuire, « primum non nocere » est l'un des préceptes médicaux fondamentaux à nous souvenir chaque jour. ●

AUTEUR

**Dr Franck Amoyel**  
18 rue de Magdebourg  
75116 Paris

# Comment venir à bout d'une déglutition dysfonctionnelle



**Dr Patrick FELLUS**

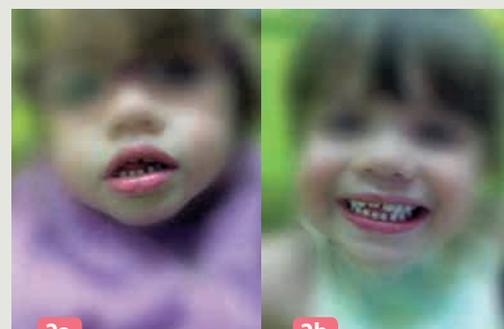
Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale  
Docteur en sciences odontologiques  
Attaché consultant au CHU Robert Debré, Paris  
Président de la Société Française d'Orthodontie Pédiatrique.

La déglutition dysfonctionnelle est un mode de fonctionnement archaïque qui permet d'avaler la salive par différence de pression entre la bouche antérieure et la bouche postérieure. Elle nécessite donc l'existence d'un joint d'étanchéité généralement situé entre la lèvre du haut et celle du bas mais qui peut aussi se situer en arrière des incisives supérieures. Elle est la prolongation du programme de succion déglutition qui s'était établi in utero permettant au nouveau-né de pouvoir subvenir à ses besoins nutritionnels dès la naissance. C'est la présence de la denture lactéale puis définitive qui va faire passer ce mode de fonctionnement, physiologique au départ, en mode dysfonctionnel.

Entre l'âge de 3 et 4 ans, parallèlement à l'instauration d'une mastication unilatérale alternée, le mode de déglutition se modifie, les arcades dentaires étant au contact, la langue va pouvoir s'élever contre la voute pala-



**Fig. 1 :** la modification du mode de déglutition peut aujourd'hui être favorisée par le port d'un petit appareil qui se porte 15 minutes par jour devant un écran de télévision. Il se place entre les lèvres et les dents et a pour effet d'éloigner la lèvre supérieure de la lèvre inférieure. L'absence de contact bilabial interdit toute possibilité d'obtenir une pression négative à l'intérieur de la cavité buccale et, par voie de conséquence, le recours à la succion déglutition lorsque l'enfant veut avaler sa salive. Le port de cet appareil active, sous le contrôle du noyau sensitif du nerf trijumeau la respiration nasale.



**Fig. 2a-b :** amélioration spontanée en 15 jours d'une bénance chez un enfant de 3 ans avec uniquement le port de Froggymouth.

tine par la mise en jeu du styloglosse et façonner les maxillaires supérieures. L'occlusion dentaire permettra à la mandibule d'adapter sa croissance, facilitée par l'abandon de la contraction de la musculature mentonnière.

Correctement stimulée par l'acquisition d'une déglutition de « type sujet denté » la croissance faciale de l'enfant devrait lui éviter de se retrouver dans le lot des 50% d'enfants nécessitant un traitement orthodontique.

À l'inverse la persistance d'une succion déglutition avec contraction de la musculature labio mentonnière et jugale empêchera le développement transversal de l'arcade supérieure et retiendra la mandibule dans une position rétrusive ou au contraire une position basse de la langue nécessitée par une respiration buccale stimulera la croissance mandibulaire d'une manière excessive.

Mais les répercussions peuvent aussi se manifester plus tardivement sur la denture définitive, récive des dysmorphoses corrigées orthodontiquement,

usures prématurées ou mobilité des éléments dentaires, instabilité des restaurations prothétiques ou implantaire.

L'instauration d'une déglutition physiologique intéresse donc tous les praticiens, mais les solutions proposées pour y parvenir efficacement ne sont pas évidentes.

Certains choisiront le recours à une orthophoniste, mais une étude récente de la CNAM fait ressortir un taux très élevé d'échec. Les rééducations orthophoniques font appel à la prise de conscience par le patient du geste habituellement effectué, puis du geste à effectuer. Le contrôle du programme sera donc d'origine corticale, stimulant les connexions synaptiques des réseaux neuronaux gérant le déroulement du programme de déglutition et faisant appel à une mémoire immédiate, sans systématiquement atteindre les circuits de la mémoire à long terme. D'autres praticiens préféreront recourir à la pose d'un appareil intra buccal type « gouttière » mais sans forcément en contrôler tous les paramètres.

De plus, le port prolongé nécessaire à l'efficacité de ces dispositifs (2 heures par jour et toute la nuit) sera rarement suivi à moyen terme par le patient.

Froggy Mouth est un dispositif qui se place entre la lèvre supérieure et la lèvre inférieure. Il doit être porté quinze minutes par jour de manière à stimuler les circuits neuronaux qui gèrent les

mouvements automatiques et devant un écran de télévision ou de console de jeu, pour bénéficier d'une prévalence positive reconnue par le système limbique qui en facilitera l'engrammation.

Comme l'a démontré Eric Kandel, prix Nobel de médecine en 2000, nous aurons non plus une excitation des synapses mais une multiplication des synapses

Le nouveau programme de déglutition s'enregistrera automatiquement sans effort pour le patient.

Il disposera alors de deux programmes pour avaler sa salive : l'ancien et le nouveau, car tout comme dans un ordinateur, il est impossible d'effacer définitivement un programme moteur. Si l'on ne souhaite plus utiliser un programme, il suffit de ne plus cliquer sur l'icône qui l'appelle, or l'icône qui appelle le programme de succion déglutition c'est « j'ai les lèvres contractées » et celle qui appelle la déglutition physiologique c'est « j'ai les dents serrées ». L'attention des patients n'aura plus à se concentrer sur le déroulement du programme mais seulement sur la contraction ou la détente de ses lèvres.

Ce programme se mettra en place d'autant plus rapidement que l'on sera proche de l'âge physiologique de son engrammation, mais il est tout à fait accessible aux adolescents voir aux adultes.

On apprend bien à conduire après l'âge de 18 ans. ●



4a



4b

Fig. 4a - b : port de Froggy Mouth pendant un mois. 3 mois d'écart entre ces 2 clichés.



3a

3b

Fig. 3a - b : amélioration spontanée chez une adolescente après 1 mois de port de Froggy Mouth après récurrence d'un traitement orthodontique mécanique.

## À LIRE

<sup>1</sup> **COULY G.**  
Les oralités humaines. *Doin*, 2010.

<sup>2</sup> **DEFFEZ JP, GIRARD C, FELLUS P.**  
Rééducation de la déglutition salivaire. *Éditions CdP*, 1995.

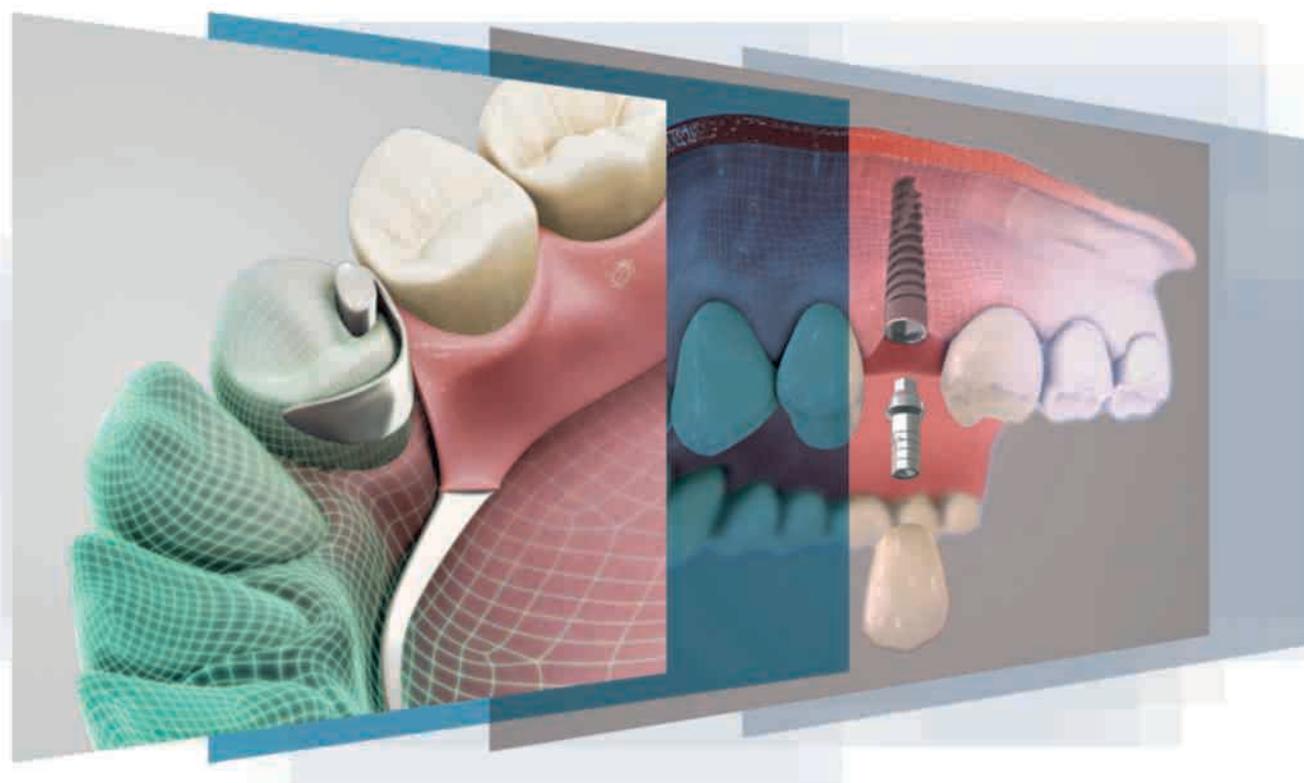
<sup>3</sup> **FELLUS P.**  
Orthodontie précoce en denture temporaire. *Éditions CdP*, 2003.

<sup>4</sup> **GUYTON A.**  
Basic neurosciences: anatomy and physiology. *Philadelphia: Saunders Company*, 1991.

<sup>5</sup> **KANDEL E.**  
À la recherche de la mémoire. Une nouvelle théorie de l'esprit. *Odile Jacob Sciences*, 2007.

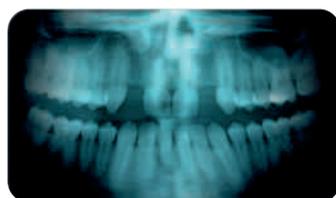
## Conflit d'intérêt

P.F. est président de la société Orthopolis SAS, détentrice du brevet Froggy Mouth



## www.DentalMaster.net le seul logiciel qui vous permet de :

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



**Créer 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

# Maintenance en implantologie

## Introduction

Le traitement implantaire est le dernier recours dans l'établissement des plans de traitement chez les patients atteints de parodontites sévères. Aujourd'hui, l'implantologie s'inscrit comme un complément de qualité dans nos plans de traitements.

D'après les études de Lindquist et coll.<sup>1</sup>, puis Buser et coll.<sup>2</sup>, les implants ont un taux de survie élevé. Sachant qu'avant toute chirurgie implantaire, un bilan parodontal doit être effectué ; la maladie parodontale doit être traitée et stabilisée.

La maintenance parodontale et péri-implantaire reste cependant une étape essentielle du plan de traitement.

Elle a comme objectif d'assurer à long terme la pérennité de nos traitements ; de prévenir les réactions inflammatoires, les pertes d'attaches et les récurrences de la maladie parodontale (Axelsson et coll.<sup>3</sup>).

## La fréquence des séances de maintenance

Elle dépend des facteurs de risque du patient qui sont pour Heitz-Mayfield<sup>4</sup> comme étant : l'hygiène buccale, les antécédents des maladies parodontales et le tabagisme.

Pour Axelsson et coll.<sup>3</sup>, la fréquence des maintenances doit être 2 à 4 fois par an.

### Hygiène buccale

Une hygiène buccale inadaptée constitue un risque important dans le développement d'une affection péri-implantaire ; elle sera encore plus notoire chez les patients fumeurs.

### Antécédents de la maladie parodontale

Ils constituent un facteur de risque du développement d'une pathologie péri-implantaire.

Axelsson et coll.<sup>5</sup> ont étudié sur 30 ans une population de 257 patients traités pour une parodontite chronique puis suivis par des séances de maintenance : le niveau d'attache est stable sur plus de 95 % des sites. Seuls 3 % des sites ont une perte d'attache supérieure à 2 mm en 30 ans.

D'après Roos Jansacker et coll.<sup>6</sup> il apparaît

que les individus susceptibles à la parodontite sont plus exposés aux destructions péri-implantaires d'origine infectieuse.

Dans une étude de Rocuzzo et coll.<sup>7</sup>, 101 patients atteints d'une parodontite chronique sont traités et implantés. Sur 10 ans, les implants semblent plus susceptibles aux pertes d'attache que les dents.

Pour Pjetursson et coll.<sup>8</sup>, chez les patients atteints de parodontite, les poches résiduelles supérieures ou égales à 5 mm à la fin du traitement actif représentent un risque significatif de développement d'une péri-implantite.

### Tabagisme

Les patients fumeurs sont plus susceptibles de développer une péri-implantite.

### Etat de santé général

Tenir compte des pathologies d'ordre général notamment les maladies ou traitements immunodépresseurs ; le diabète non équilibré ; polyarthrite rhumatoïde etc.

## Le déroulement d'une séance de maintenance

### L'interrogatoire médical

Pour vérifier le questionnaire médical initial.

### L'examen clinique

- Mesure de l'indice de plaque
- Examen du parodonte

Heitz-Mayfield et coll.<sup>4</sup>, proposent l'utilisation d'outils de diagnostics essentiels lors de la maintenance :

- la sonde graduée en métal ou en plastique doit être utilisée avec une pression légère (0,25 N) pour le sondage des poches ; elle permet de diagnostiquer les maladies parodontales et péri-implantaires.



Dr Simine HASSANEYN

Docteur en Chirurgie Dentaire  
C.E.S de Biologie Buccale  
C.E.S de Parodontologie Paris VI  
D.U d'Etudes Cliniques Spéciales  
en Parodontologie Paris VII  
Formateur Génération Implant

L'augmentation de la profondeur de poche au sondage peut être associée à une perte d'attache et à une perte osseuse péri implantaire.

- le saignement au cours du sondage indique la présence d'une inflammation péri-implantaire.
- la suppuration est souvent associée à une perte osseuse péri-implantaire.
- la mobilité peut survenir lorsque la vis des artifices prothétiques se dévisse.

L'**examen radiologique** permet d'objectiver une perte osseuse péri-implantaire.

### Nettoyage

#### Nettoyage quotidien du patient

Remotiver le patient et revoir la technique de brosseage quotidien notamment au niveau des zones difficiles d'accès.

*Brossage quotidien*, 2 à 3 fois par jour avec une brosse manuelle souple ou électrique, permet l'élimination du biofilm.

Utilisation de *brossettes interdentaires* ou du *fil dentaire* pour le nettoyage des espaces interdentaires. Les brosettes doivent avoir une taille suffisante de sorte à pouvoir éliminer par friction le biofilm interdendaire. >>>



## Maintenance en implantologie (Suite)

Utilisation de *brossettes monotouffe*.

Utilisation du *stimulateur gingival* pour l'élimination de la plaque au niveau du sulcus.



Prévenir le patient de ne pas arrêter le brossage en cas d'éventuels saignements, signe d'inflammation.



### Nettoyage professionnel

Élimination du tartre et du biofilm par le praticien.

Débridement des surfaces dentaires et implantaire grâce aux *inserts montés sur ultrasons*.

L'objectif est d'éliminer le biofilm et le tartre tout en préservant l'état de surface implantaire (Atieh et coll.<sup>9</sup>).

Utiliser plutôt des inserts en plastique pour le débridement des surfaces implantaire qui permettent une bonne élimination du biofilm, sans changer l'état de surface des implants (Speelmann et coll.<sup>10</sup>) ; néanmoins, Schmage et coll.<sup>11</sup> observent la présence de débris dus à l'usure de l'instrument.

Le curetage et le surfaçage avec *les curettes Gracey* devant être plastifiées lors de la maintenance autour des implants.

L'*irrigation* avec l'utilisation de bain de bouche, à 0,2 % de chlorhexidine, est efficace sur la réduction de plaque et de l'inflammation gingivale (Geursolley et coll.<sup>12</sup>).

L'*aéropolisseur* avec du sodium bicarbonate ou du sodium hydrocarbonate (Schwarz et coll.<sup>13</sup>) permet selon Tastepe et coll.<sup>14</sup>, l'enlèvement des endotoxines bactériennes dans 84 à 98 % des cas et l'élimination du biofilm à 100 %.

La *thérapie photodynamique* est une méthode efficace pour réduire la concentration bactérienne sur les surfaces implantaire (Marotti et coll.<sup>15</sup>).

Polissage avec des *cupules* ou brosselettes et la pâte à polir.



Fig. 5 : brosselette et embouts pour ultrasons

**Bibliographie :** <sup>1</sup> Lindquist, L.W., Carlsson, G.E. & Jemt, T. A prospective 15-year follow-up study of mandibular fixed prostheses supported by osseointegrated implants. Clinical results and marginal bone loss. *Clinical Oral Implants Research* 1996; 7: 329- 336. <sup>2</sup> Axelsson P., Nyström B, Lindhe J. The long term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004 ; 31 : 749-757. <sup>3</sup> Heitz-Mayfield LJA. Péri implant diseases : diagnosis and risk indicators. *J. Chir. Periodontal*. 2008 ; 35 (Suppl. 8) : 292 - 304. <sup>4</sup> Axelsson P ; Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J. Clin Perio* 1981 ; 8 : 281 - 94. <sup>5</sup> Roos Jansacker AM, Renvert H, Lindahi C, Renvert S. Nine to fourteen year follow up of implant treatment, Part III : factors associated with peri implant lesions. *Journal of clinical periodontology* 2006 ; 33 : 296- 301. <sup>6</sup> Rocuzzo M, Bonino F, Aglietta M, Dalmasso P. Ten year results of a three arms prospective cohort study on implants in periodontally compromised patients. Part 2 : clinical results. *Clin Oral Implants Res* 2012 ; 23 : 389-395. <sup>7</sup> Pjetursson BE, Helbling C, Weber H.P, Matulienė G, Salvi GE, Brägger U, Schmidin K, Zwahlen M, Lang NP. Péri implantitis susceptibility as it relates to periodontal therapy and supportive care. *Chir Oral Implants : Res* 2012 ; 23 : 888-894. <sup>8</sup> M. A. Atieh, N. H. Alsabeeha, C. M. Faggion Jr., and W. J. Duncan. The frequency of peri-implant diseases: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Periodontology*; 2012. <sup>9</sup> Speelmann J A, Collaert B, Klinge B. Evaluation of different methods to clean titanium abutments. A scanning electron microscopic study. *Clin Oral implants Res*. 1992 Sep ; 3 (3) : 120-7. <sup>10</sup> Schmage P, Thielemann J, Nergiz I, Scorziello TM, Pfeiffer P. Effects of 10 cleaning instruments of four different implant surfaces. *Int Oral Maxillofac Implants*. 2012 Mar-Apr, 27-2 : 308-17. <sup>11</sup> Geursolley J C. A meta analyses of six month studies of antiplaque and antigingivitis agents. *J. Am. Dent. Assoc* 2006 ; 137 : 1657-1657. <sup>12</sup> F. Schwarz, D. Ferrari, K. Popovski, B. Hartig, and J. Becker. Influence of different air-abrasive powders on cell viability at biologically contaminated titanium dental implants surfaces. *Journal of Biomedical Materials Research* 2009; Part B, vol. 88, no. 1, pp. 83-91. <sup>13</sup> C. S. Tastepe, R. van Waas, Y. Liu, and D. Wismeijer. Air powder abrasive treatment as an implant surface cleaning method: a literature review. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*; 2012; vol. 27, no. 6, pp. 1461-1473. <sup>14</sup> Juliana Marotti & Pedro Tortamano & Silvana Cai & Martha Simões Ribeiro & João Eduardo Miranda Franco & Tomie Toyota de Campos. Decontamination of dental implant surfaces by means of photodynamic therapy. *Lasers Med Sci* 2013; 28:303-309

## Patient ayant suivi des séances de maintenance tri-annuelles pendant 22 ans

Patient Denis R.



Fig. 6 : radiographies rétroalvéolaires réalisées 1 an après la pose d'implants (1992)



Fig. 7 : extrait de la radiographie panoramique (2014)

Remerciements :

Marc Minden et Caroline De Laporte. ●

## ▶ CONCLUSION

De nombreuses études montrent les échecs implantaire chez les patients qui ne sont pas régulièrement suivis en maintenance (Pjetursson et coll.<sup>8</sup>).

La maintenance permettra de prévenir l'apparition de complications infectieuses autour des restaurations implanto-portées. C'est une étape importante et un pré requis au traitement implantaire, pour assurer la pérennité de nos traitements lors de la prise en charge de nos patients.

La nécessité d'une information éclairée de nos patients dans l'importance de leur implication quotidienne et du suivi une fois le traitement « actif » terminé, est indispensable.



[www.hypnoteeth.com](http://www.hypnoteeth.com)

## Formation en Hypnose Médicale et Dentaire

vous propose une journée d'initiation gratuite\* à  
l'Hypnose Médicale et Dentaire

**Programme :** Présentation de l'Hypnose Médicale  
9h - 17 h Vidéos Cliniques  
Démonstrations en Direct

Une journée PRATIQUE et CONCRETE pour vous faire VOTRE idée de ce que l'Hypnose peut apporter au quotidien du cabinet dentaire...

20 Novembre Nantes  
22 Novembre Lille  
29 Novembre Paris (période ADF)

\* Lunch et pauses : 35 EUR

**Infos et Inscription : [www.hypnoteeth.com](http://www.hypnoteeth.com)**

**Contact :** + 33 6 25 51 65 72 - [info@hypnoteeth.com](mailto:info@hypnoteeth.com)

**Formateurs :** Dr Claude PARODI Chirurgien-Dentiste  
Dr Kenton KAISER Chirurgien-Dentiste



www.hypnoteeth.com

Association Francophone d'Hypnose Médicale et Dentaire : Champ de La Vigne 79220 Champdeniers  
Association Loi 1901 - Agrémenté DPC - N° Formateur 54790096579 - SIRET 53330205500017

# « Disruption\* dentaire »<sup>®</sup> : la fête est finie ...



\*Disruption = rupture, brisure.



Dr Edmond BINHAS

Fondateur du groupe  
Edmond Binhas

**Le temps où la dentisterie connaissait une époque économique faste est définitivement derrière nous. Un ensemble de problématiques externes ont désormais une influence considérable sur nos pratiques quotidiennes. Mais, à quoi bon regarder de manière nostalgique le passé dans le rétroviseur ? Je vous invite plutôt à regarder le futur, l'anticiper et aller de l'avant. L'avenir du cabinet et le vôtre sont en jeu. Explications.**

**C**ertes, de nombreux facteurs se cumulent désormais, nous donnant finalement l'impression de nous trouver dans une situation d'étranglement. Citons, entre autres, la montée en puissance des réseaux de soins, l'émergence des centres dentaires, une démographie inégale, des normes toujours plus nombreuses, une pression médiatique forte, ...

La liste des menaces qui obscurcissent l'horizon dentaire actuel est longue. Fini le temps où nos structures fonctionnaient économiquement, de manière « automatique ». L'offre de soins se réorganise complètement. Autre exemple : les réformes du gouvernement concernant les profes-

sions réglementées nous font grincer des dents. Les chirurgiens-dentistes (notamment) sont de nouveau dans le collimateur de l'Etat. L'Inspection Générale des Finances a livré un rapport à Bercy stipulant dans ces pages que « les professions libérales ont une rentabilité 2,4 fois supérieure à celle du reste de l'économie ».

Le rôle d'intermédiaire des praticiens dans la vente aux patients de prothèses dentaires est également pointé du doigt. L'IGF propose une « réglementation du tarif de l'acte de conseil pour une prothèse directement auprès du prothésiste par le patient » ou la « communication au patient du prix d'achat » de l'objet.

**Aussi, pour pouvoir gérer vos cabinets comme de véritables professionnels, je vous recommande de vous attacher aux 3 points suivants:**

### 1 La mise en place de protocoles pour une organisation sans faille

Beaucoup de cabinets dentaires souffrent d'un afflux de patients trop important. Certes, il est primordial d'avoir des patients au cabinet. Ils sont la raison d'être de notre exercice. Mais en avoir trop (ou au contraire pas assez) peut vite devenir un problème. Il faut vous poser les bonnes questions : avez-vous réellement trop de patients (au moins en apparence) ou ne s'agit-il pas plutôt d'un manque de délégation à votre équipe, d'un manque d'équipement au cabinet ou d'une mauvaise (voire d'une absence) d'organisation de vos rendez-vous ? C'est généralement l'organisation qui est la clé de ce genre de problématique. Dans de nombreuses situations de stress ou de difficultés, la gestion du carnet de rendez-vous laisse à désirer. La mise en place d'une méthode rationnelle vous permet de planifier et donc maîtriser au mieux votre organisation. Et votre production par la même occasion.

### 2 Une communication élaborée avec les patients pour produire plus

Le cabinet a besoin d'une approche relationnelle très élaborée avec les patients. Nous ne soignons pas 1 ou 32 dents, mais une personne. Chaque relation est unique. Il s'agit donc d'établir une relation personnalisée avec le patient. Le comprendre vraiment et recueillir ses désirs et ses attentes est devenu essentiel pour un cabinet libéral. Avec le nouveau comportement de « consommateur », s'il ne se sent pas pris au sérieux, le patient ira tout de suite dans un autre cabinet. Une communication efficace passe inévitablement par une attitude « pro », où on ne se contente pas d'une qualité moyenne (je ne parle pas que de l'aspect clinique), mais où on informe objectivement les patients, on respecte ses engagements, on se montre sûr de soi sans être prétentieux et où on sait faire preuve d'une véritable écoute (sans toutefois se transformer en psychologue !). Une communication professionnelle rassure, sur le plan technique et humain. Cette démarche augmente considérablement la coopération des patients. Même si vous y êtes déjà, bien entendu, attentif il est question ici d'aller encore plus loin.

### 3 Un raisonnement stratégique de véritable chef d'entreprise dentaire

Nous manquons bien souvent de prospective sur le plan financier, mais pas uniquement... C'est pourquoi nous devons nous comporter en véritable chef d'entreprise de santé, au risque de déplaire à certains. Nous devons nous former aux bases de la gestion d'entreprise afin de prendre la bonne décision au bon moment. Cela est devenu crucial par les temps qui courent. Les investissements, les recrutements, ... ne doivent plus être réalisés dans l'urgence mais comme le fruit d'une réflexion structurée. Des statistiques doivent être tenues en permanence pour vous assurer de la vitalité de votre structure.

Le numerus clausus est également mentionné dans ce rapport qui préconise sa suppression. Bref. Comme si nous n'en avions pas assez !

**«Vous devez être  
le changement  
que vous voulez voir  
dans le monde »**

L'ensemble de ces changements provoquent en nous un sentiment de confusion, d'isolement, d'impuissance. Mais, ne pensez pas que, dans ce contexte, le développement qualitatif et financier du cabinet soit forcément devenu une denrée inaccessible. Gandhi disait : « Vous devez être le changement que vous voulez voir dans le monde ». C'est pourquoi, pour répondre au mieux vous devez affronter l'incertitude avec confiance. L'époque n'est plus aux comportements psychorigides. Les praticiens qui s'attachent aux modèles passés, démodés, sont en extrême danger.

Pour exercer de manière sereine, il faut vous doter des bons outils organisationnels. Au-delà d'un exercice clinique irréprochable, il vous faut désormais voir à un autre niveau pour assurer la pérennité à long terme de votre structure : en d'autres mots, penser communication et management. ●

Ce n'est pas chose facile que de changer sa manière de penser et d'agir. Mais le vouloir est déjà un grand premier pas. Si vous ne changez pas, le monde se chargera de vous changer. Les experts peuvent vous guider dans votre volonté de progression, vous montrer le chemin et les outils pour atteindre vos objectifs. Ensemble, vous serez mieux armé pour faire face à tous ces bouleversements que rencontre le monde dentaire actuel.

#### CONTACT

##### Groupe Edmond Binhas

Rejoignez-nous sur notre Centre de

Ressources : [www.binhas.com](http://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](mailto:contact@binhas.com)



# Test auto-évaluatif chirurgiens-dentistes : êtes-vous un bon coach pour votre assistante?



**Rodolphe COCHET**  
Conseil en stratégie  
d'organisation des  
cabinets dentaires

**Sans entretien annuel d'évaluation, autant dire que la politique de management ou de gestion RH du cabinet dentaire est nulle. Plus encore, cela peut signifier qu'il n'y a aucun manager à bord du cabinet et que le leadership est finalement entre les mains des employés.**

**L**es entretiens annuels d'appréciation ou d'évaluation des compétences techniques, comportementales et relationnelles de ses employés sont incontournables, aussi bien pour un praticien en exercice individuel avec une seule assistante dentaire polyvalente que dans un cabinet de groupe ou un centre dentaire.

Dans le test d'auto-évaluation suivant, vous devez évaluer chaque compétence en fonction de quatre degrés de maîtrise croissants :

- non = **0 point** ;
- plutôt non (hésitant) = **1 point** ;
- plutôt oui (hésitant) = **2 points** ;
- oui (en règle générale) = **3 points** ;
- toujours (je m'y tiens) = **4 points**.

Exercez-vous ensuite à perfectionner les points qui vous font défaut en recourant par exemple à un professionnel du management et de l'organisation des cabinets. ●

#### AUTEUR

**Rodolphe Cochet**

7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris

Tél. : 01 43 31 12 67

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

Conseil en management

et organisation des cabinets dentaires :

[www.rh-dentaire.com](http://www.rh-dentaire.com)

## LE TEST : êtes-vous un bon coach pour votre assistante ?

Évaluez votre capacité à conduire un entretien annuel d'évaluation		Maîtrise de 0 à 4
1	Vous préparez chacun de vos entretiens d'évaluation avec un guide ou une méthodologie ainsi qu'une cartographie des compétences de votre assistante	
2	Vous réservez du temps dans votre agenda bien à l'avance pour la réalisation de cette opération stratégique de communication interne	
3	Vous prenez soin d'accueillir chaleureusement dans votre bureau votre assistante en lui offrant un café et en lui demandant expressément de se mettre à l'aise	
4	Vous prenez des notes au cours de l'entretien.	
5	Vous vous astreignez à adopter un comportement bienveillant envers votre assistante en cours d'évaluation	
6	Vous vous efforcez de bannir tout préjugé à l'égard de l'évalué en faisant complètement abstraction d'événements malheureux ou de fautes professionnelles en cours d'année	
7	Vous conservez la maîtrise parfaite de votre sensibilité et de votre émotivité	
8	Vous cherchez coûte que coûte à positiver l'entretien en gardant à l'esprit un objectif de convergence, de partage, de compréhension en ne cherchant pas à mettre en porte-à-faux votre employé	
9	Vous évitez tout reproche, toute ironie, tout jugement et comportement connoté de manière négative (bras croisés, regard fuyant, soupir).	
10	Vous choisissez un vocabulaire et des considérations toujours axées sur le futur (objectifs, progrès), et non sur le passé (blâme, sanction)	
11	Vous restez aussi détendu que pour une rencontre amicale ou confraternelle	
12	Vous conservez une attitude conciliante et constructive à l'égard de votre assistante tout au long de l'entretien	
13	Vous pariez, quoi que vous en pensiez au fond de vous, sur le désir manifeste ou non de progresser de votre assistante que vous vous efforcez d'ailleurs de solliciter au cours de l'entretien.	
14	Vous êtes décidé à profiter de ce moment privilégié de communication pour construire une relation de confiance réciproque et durable.	
15	Vous vous attendez à ce que cet entretien ait un impact favorable sur les futures performances techniques et la motivation de votre assistante	
16	Vous valorisez tous les propos qui peuvent l'être en sanctionnant verbalement et de manière positive l'honnêteté et la lucidité de votre assistante	
17	Vous remettez au préalable à votre assistante (au moins 1 mois avant l'entretien) un cahier des charges sur les modalités de son entretien annuel d'évaluation : listing des compétences évaluées, objectifs de l'entretien, formulaire d'auto-évaluation (l'assistante s'évalue elle-même en amont et vous confrontez vos appréciations respectives lors de l'entretien)	
18	Vous réservez environ 1h (au moins) à 1h30 par employé	
19	Vous pratiquez une synthèse d'évaluation concertée avant de clore l'entretien.	
20	Vous remettez à votre assistante en copie le formulaire final d'évaluation complété ou annoté (objectifs individuels et collectifs de réalisation)	
<b>Votre score sur 100</b>		

## Les résultats du test

### Évaluez-vous et corrigez-vous !

**1. Moins de 30 :** vous allez au-devant de graves difficultés pendant et après l'entretien : rapprochez-vous d'un spécialiste du management des cabinets dentaires. Votre leadership est quasi nul.

**2. Entre 30 et 50 :** vous devez encore faire mieux, car l'entretien est loin d'être gagné. Vous manquez de leadership. Il est préférable de vous faire accompagner par un professionnel en gestion RH pour la mise en place de votre premier entretien annuel d'évaluation.

**3. Entre 50 et 65 :** vous ne vous débrouillez pas trop mal. Encore quelques imperfections en termes de communication et de gestion de la relation hiérarchique à autrui, mais rien de bien méchant. Vous pouvez envisager de recourir à un professionnel au moins pour l'arbitrage de cet entretien et l'aide à la prise de décision pour la revalorisation salariale de votre assistant(e).

**4. Plus de 65 :** apparemment, vous assurez. On sent que vous avez acquis une certaine aisance et que vous suivez un guide d'entretien méthodique, rationnel et performant qui mènera votre équipe vers la réussite.



## Une décennie forte en événements marquants !



Catherine BEL

**Le Fil Dentaire existe maintenant depuis 10 ans ! Un grand bravo car la conjoncture a été très difficile et très chahutée ! Quant à Patrimoine Premier, nous vous avons accompagnés pour gérer au mieux votre patrimoine, en vous prodiguant des conseils tout au long de ces années. Comme nous, vous serez sans doute frappés par la gravité exceptionnelle des événements traversés ! Quelques enseignements seront à mettre à profit pour les prochaines années. Et si on faisait rewind ...**

**C**ette décennie a été marquée par plusieurs crises financières très graves et plusieurs krachs boursiers. La plus grave crise est certainement celle des subprimes. Parmi ses conséquences ; une crise de confiance à l'égard du système bancaire et financier, qui entraînera une crise de liquidités avec pour effet une crise de solvabilité au niveau des banques et au niveau des États.

Suivra alors la crise bancaire et financière de 2008 avec pour conséquence un krach boursier (du 1/1/2008 au 24/10/2008, baisse de 43 % sur le CAC 40, de 50,03 % du Nikkei japonais et de 36,83 % du Dow Jones US) ! Cette période sera marquée par la faillite de plusieurs établissements financiers comme Lehman Brothers ou AIG qui sera re-

pris par l'Etat... Pour éviter une crise systémique, les États devront intervenir ; ce qui provoquera une crise de la dette publique, avec une récession touchant de nombreux pays. Creusement des déficits publics, dégonflement de certaines bulles immobilières (Espagne ou Grande Bretagne), graves difficultés budgétaires (Portugal, Grèce, Islande...), et crise sur l'éventuelle sortie de la Grèce de l'Euro, mise sous surveillance de la dette espagnole... Autant de facteurs qui déboucheront sur une nouvelle baisse des bourses mondiales en 2011 (Paris : -30%).

### Les conséquences au quotidien pour vous

Les taux seront les acteurs principaux de cette décennie ! Des taux d'emprunt plutôt bas en

2004 (3,70 à 4,40 % sur 15 ans), qui atteindront en 2008 une fourchette de 4,60 à 5,51 % toujours sur 15 ans.

Puis, en 2009, une décade s'amorce qui se poursuivra jusqu'en 2011. 2012 connaîtra une remontée des taux (3,65 à 5,40 % sur 15 ans) suivi d'une nouvelle décade jusqu'à aujourd'hui avec des taux historiquement très bas (de 2,10 à 3,50 % sur 15 ans en août 2014). Les taux très bas que nous connaissons aujourd'hui constituent une réelle opportunité pour l'emprunteur sous réserve de réaliser le bon investissement !

### Et le marché immobilier ?

Les années 2002 à 2007 sont caractérisées par une forte croissance des prix de l'immobilier (multiplication des prix par 2,5 à 3 %). À partir de 2007, le marché patine, avec le ralentissement du marché immobilier européen. En 2008 et 2009, on assiste à une baisse des prix (respectivement 3 et 7 %) et de l'activité immobilière.

Puis en 2010, on observe une forte hausse des prix (de 10 à 15 % pour les grandes villes et 20 % pour Paris intra-muros et l'immobilier ancien). Depuis fin 2010, le marché connaît de fortes baisses sur certaines villes, tandis que d'autres comme Bordeaux progressent ou restent stables à l'instar de Marne-la-Vallée en Île-de-France.

### Notre conseil

Profiter des taux très bas pour acheter dans des villes où les prix restent stables, ou progressent (raisons touristique, offres d'emplois dynamiques...). Si vous convoitez un pied à terre parisien, c'est peut-être le moment...

### Prélèvements fiscaux, toujours plus ?

Les CSG/CRDS étaient de 10,3 % en 2004 et l'impôt sur le revenu de 48,09 % pour sa tranche marginale supérieure. Il baisse à compter de 2006 pour tomber à 41 %, puis remonte à 45 % en 2012 avec un total de prélèvements de 63,50 à 64,50 % (CSG/CRDS + tranche marginale à 45 % + contribution additionnelle sur les hauts revenus), hors ISF !

### Des avantages fiscaux sérieusement rabotés

Profitez également des derniers avantages fiscaux ! Le temps nous permet de confirmer une démarche réussie, en étant très sélectif. Et plus les prélèvements montent, plus la démarche est efficace ! Ceux qui ont investi dans le cadre des très efficaces lois De Robien ou Borloo le savent bien (possibilité de déduire de son revenu imposable jusqu'à 65 % du montant de l'acquisition)

**“Profitez toujours des avantages existants. Demain, il est toujours trop tard et adaptez votre patrimoine à la conjoncture et à la fiscalité.,”**

### Les lois Scellier et Censi Bouvard

Mises en place à partir de 2009, rencontreront également un beau succès (réduction d'impôts de 25 à 37 %). Nous les avons recommandées, en insistant sur une nécessaire sélectivité des biens. Nos clients et lecteurs sont plutôt satis-

faits. Aujourd'hui, ce sont les lois Duflot et Pinel qui prennent le relais mais avec des réductions de 18 à 21 %. Pas très séduisant...

Nous préférons certains dispositifs dont la pertinence économique et fiscale n'est plus à démontrer, qui ont traversé les années sans prendre une ride et qui se situent hors plafonnement des niches. Il s'agit du régime du déficit foncier, de la loi Malraux et du très patrimonial et non moins efficace monument historique. Ils concernent des secteurs de cœur de ville, souvent protégés ou sauvegardés, ce qui donne plus de valeur à votre investissement. Reste qu'il faut être attentif aux prix, souvent plus élevés. Mais pourquoi pas si cela est justifié. A vérifier.

Enfin, la location en meublé a de beaux restes avec ses revenus défiscalisés sur le long terme, et son dispositif de loueur professionnel au sens de l'ISF. Adaptée pour préparer sa retraite, à condition d'opter pour de grands exploitants de renom, comme nous vous l'avons toujours préconisé, et de beaux emplacements comme Paris ou Cannes pour des Ehpad ou Marne la Vallée (parc d'attractions Disneyland) avec la société Disney pour loger ses salariés !!!

Enfin, l'assurance-vie, paradis fiscal, a très bien traversé cette décennie tourmentée. Nous continuons à la plébisciter surtout si vous choisissez des contrats avec des compagnies qui actualisent toujours les supports d'investissements pour s'adapter à la conjoncture. ●

#### CONTACT

#### Patrimoine Premier

CIF réf. sous n° A043000 par la CIP assoc. agréée par l'AMF

2 Rue Pierre Demours • 75017 Paris

**Catherine Bel**

Tél. : 01 45 74 01 05

catherinebel@patrimoine

## Conclusion

Nous terminerons par un conseil vieux comme le monde : diversifier, diversifier et surtout diversifier ! Ainsi, nous vous recommandons une ouverture à l'international, pour des raisons économiques et fiscales. Sur ce plan, nous sommes très favorables à certains investissements étrangers, maîtrisés par des professionnels : exemple, cette SCPI dont le gestionnaire a une réputation qui n'est plus à faire, qui investit dans des locaux commerciaux en Allemagne. Le rendement attendu est d'un peu plus de 5% net et la fiscalité proche de 15 % au final !!!

## Tous vos rendez-vous

## Parodontologie implantologie

**Travaux pratiques du COSS : prothèses implantoprotées**

6 NOVEMBRE 2014 .....  
à Paris 20° Hôtel IBIS -  
Dr V. Bensoussan & coll.  
COSS - Pr Pougatch, S.  
Plantard  
Tél : 01 43 28 37 51

**Chirurgie parodontale (avec T.P.)**

6 NOVEMBRE 2014 .....  
à Clermont-Ferrand  
Dr Marika Gadeau  
Frais d'inscription : 300 €  
UDA Faculté De Chirurgie  
Dentaire  
Tél : 04 73 17 73 35  
claudie.camus@udamail.fr  
www.webodonto-u-  
clermont1.fr

**Formation cone-beam : optimiser votre diagnostic**

6 NOVEMBRE 2014.....à Lyon  
Clinique du parc  
Dr Gil Murat  
C.L.I.O. - M. Claire  
Tél : 04 72 44 87 01  
ceidp@orange.fr

**Chirurgie implantaire guidée : la technique ACCURATOR**

6 NOVEMBRE 2014.....  
à Montpellier  
8 NOVEMBRE 2014.....à Paris



**Nuvatore** - Frédéric Bousquet  
Tél : 09 61 42 84 71  
service-clients@nuvatore.fr  
www.implant-accurator.com

**Pérennité implantaire**

6 NOVEMBRE 2014.....à Lyon  
4 DÉCEMBRE 2014.....à Reims

**UFSBD**

Tél : 01 44 90 93 94  
formation@ufsb.fr  
www.ufsb.fr

**Cursus Chirurgie Implantaire : l'implant et son environnement tissulaire (module 5/5)**

6 & 7 NOVEMBRE 2014 .....  
à Paris  
Drs B.Cannas, N.Boutin,  
J.Bitton  
Sapo Implant - Claire  
Vidalenc  
Tél : 06 17 51 02 94  
sapoimplant@gmail.com  
www.sapoimplant.com

**Procédures d'augmentation et aménagement des tissus mous**

6 & 7 NOVEMBRE 2014 .....  
en Allemagne  
Pr Khoury  
Dentsply - Ludivine  
Chatelain  
06 88 12 96 54  
ludivine.chatelain@  
dentsply.com  
www.dentsplyimplants.fr

**Formation pratique en prévention, parodontologie et péri-implantologie**

6 & 7 NOVEMBRE 2014.....  
à Beaune  
Dr Christine Romagna  
Frais d'inscription : 1 000 €  
CHRG Formation - Agnès  
Jublôt  
Tél : 06 79 28 17 98  
chrgformation@orange.fr  
www.christine-romagna-  
formation.com

**Gestion des implants unitaires en secteur esthétique - niveau 2**

6 au 8 NOVEMBRE 2014 .....  
en Espagne  
Dr Inaki Gamborena  
Nobel Biocare - K. Colas  
Tél : 01 49 20 00 49  
Kathleen.colas@  
nobelbiocare.com

**Actualisez votre pratique en parodontologie**

13 NOVEMBRE 2014.....

**à Nantes**

12 DÉCEMBRE 2014 .....  
à Grenoble  
UFSBD

Tél : 01 44 90 93 94  
formation@ufsb.fr  
www.ufsb.fr

**Prothèse esthétique implants - niveau 1**

13 & 14 NOVEMBRE 2014 ....  
à Bagnole  
Dr Oliver Etienne  
Nobel Biocare - Valérie  
Dequeant



Tél : 01 49 20 00 43  
Valerie.dequeant@  
nobelbiocare.com

**2014 : Où en sommes-nous en augmentations pré-implantaires ?**

14 NOVEMBRE 2014.....Paris  
Dr Georges Khoury  
Frais d'inscription : 390 €  
Anthogyr  
Tél : 04 50 58 02 37  
www.anthogyr.fr

**Passerelle de formation en planification et chirurgie guidée-niveau 1 intermédiaire**

20 NOVEMBRE 2014.....  
à Bagnole

**Passerelle de formation en planification et chirurgie guidée-niveau 1 avancé**

18 DÉCEMBRE 2014.....  
à Bagnole  
M. Grégory Masson  
Nobel Biocare - Valérie  
Dequeant  
Tél : 01 49 20 00 43  
Valerie.dequeant@  
nobelbiocare.com

**Pose d'implants en volume osseux réduit**

20 & 21 NOVEMBRE 2014 ....  
à Lyon  
Clinique du parc  
C.L.I.O. - M. Claire  
Tél : 04 72 44 87 01  
ceidp@orange.fr

**Des solutions prothétiques illimitées**

21 NOVEMBRE 2014 ...à Rueil  
M. Delestrade  
Dentsply - Ludivine  
Chatelain  
Tél : 06 88 12 96 54  
ludivine.chatelain@  
dentsply.com  
www.dentsplyimplants.fr

**Formation clinique et pratique en implantologie : la prothèse partielle**

25 NOVEMBRE 2014 ....à Lyon  
Cabinet Dr Patrick Exbrayat  
Study Club Dentaire et  
Implantaire  
Dr Patrick Exbrayat  
Tél : 04 72 78 58 64  
Fax : 04 72 78 58 66  
infos@scdi.asso.fr  
www.scdi.asso.fr

**Cursus Prothèse implantaire portée : le praticien et le laboratoire de prothèse (module 4/4)**

1er & 2 DÉCEMBRE 2014.....  
à Paris  
Drs R.Noharet, B.Cannas,  
J.Bitton, S.Scherrer et Mrs  
JP.Casu et JM.Moal  
Frais d'inscription : 3 950 €  
Sapo Implant Prothèse  
Claire Vidalenc  
Tél : 06 30 11 98 25  
sapoprothese@gmail.com  
www.  
sapoimplantprothese.com

**Comprendre et maîtriser les maladies parodontales**

4 DÉCEMBRE 2014.....  
à Bordeaux  
Dr Jacques Charon  
Labophare Formation  
Audrey Falkenrodt  
Tél : 05 56 34 93 22  
audrey.falkenrodt@  
acteongroup.com

## Cycle PARODONTOLOGIE



### Session 1 : 16 et 17 Janvier

- Le traitement parodontal non chirurgical
  - Surfaçage ultra-sonore et manuel
  - La contention
  - Les sutures
- TP sur maquettes et mâchoires de porc

### Session 2 : 6 et 7 Février

- Le traitement parodontal chirurgical
  - L'allongement coronaire
  - Le traitement des furcations
  - La Régénération Tissulaire Guidée
- TP sur maquettes et mâchoires de porc

### Session 3 : 27 et 28 Mars

- Chirurgie muco-gingivale : Les clés du succès
- TP sur mâchoires de porc et pièces anatomiques (Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)

## NYU DENTISTRY

Linhart Continuing Dental Education Program

## NYU/CEIOP International CDE Certificate in Periodontology and Implantology



Du 8 au 12 Décembre 2014

- Première Session à Bordeaux

## Cycle IMPLANTOLOGIE



### Session 1 : Chirurgie implantaire 5 et 6 Juin

- L'étude pré-implantaire
  - Incisions, Lambeaux, Sutures
  - Techniques chirurgicales
  - Les différents systèmes implantaires
- TP sur maquettes et mâchoires de porc
- Gestion des Tissus mous
  - Gestion des pertes osseuses limitées
- TP sur mâchoires de porc et pièces anatomiques (Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)

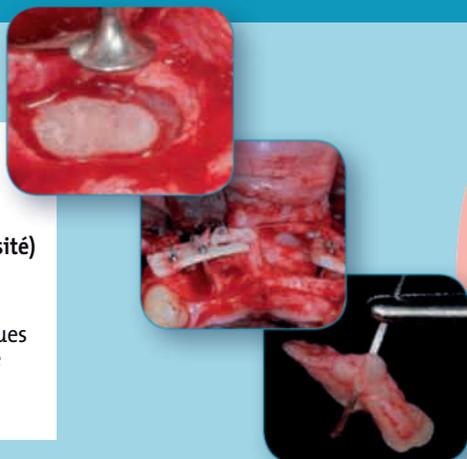
### Session 2 : Prothèse implantaire 3 et 4 Juillet

- Prothèse Supra-implantaire Unitaire Plurale Stabilisée Scellée/vissée ?
  - Chirurgie et Prothèse assistées par ordinateur
  - Concepts occlusaux en Implantologie
- TP sur maquettes et articulateurs

## Cycle CHIRURGIE AVANCÉE

2 et 3 Octobre

- Gestion des Tissus mous péri-implantaires
  - Aménagement sinusien à visée implantaire
  - Les prélèvements osseux (Ramus, menton, tubérosité)
  - Régénération Osseuse Guidée
  - Greffes d'apposition
- TP sur mâchoires de porc et maquettes anatomiques  
TP Sinus lift et prélèvement par piézo-chirurgie  
TP sur pièces anatomiques (Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)



Toutes nos formations sont prises en charge par

# L'OGDPC\*

\* Sous réserve de votre inscription sur [www.monodpc.fr](http://www.monodpc.fr)

## Renseignements & INSCRIPTION

Nicole Roussillon  
06 26 80 46 43  
nicole@ceiop.com

Vos RENSEIGNEMENTS à retourner au



34, rue du Cap de Haut  
33320 Eysines - FRANCE

Je souhaite **M'INSCRIRE AUX FORMATIONS** pour **2015**

- Cycle PARODONTOLOGIE ..... 2 500 €
- Cycle IMPLANTOLOGIE ..... 1 900 €
  - Session 1 ..... 950 €
  - Session 2 ..... 950 €
- Cycle CHIRURGIE AVANCÉE ..... 1 500 €
- International Certificate NYU - CEIOP ..... 1200 €

**TOTAL TTC :**

Chèque à l'ordre du CEIOP.

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP et Ville : .....

Tél : .....

E-mail : .....



Agrément OGDPC N° : 2228

**Techniques de régénération osseuse guidée - niveau 2**

4 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Rennes**  
 Dr Fabrice Clipet  
**Nobel Biocare** - Valérie Dequeant  
 Tél : 01 49 20 00 43  
 Valerie.dequeant@nobelbiocare.com

**Chirurgie osseuse et implantologie**

4 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Clermont-Ferrand**  
 Dr J-F. Michel  
 Frais d'inscription : 300 €  
**UDA Faculté de Chirurgie Dentaire**  
 Tél : 04 73 17 73 35  
 claudie.camus@udamail.fr  
 webodonto.u-clermont1.fr

**Chirurgie implantaire de base**

4 & 5 DÉCEMBRE 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

**Le défi esthétique - 2 jours**

4 & 5 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Sallanches**  
 Dr Jacques Vermeulen  
 Frais d'inscription : 950 €  
**Anthogyr**  
 Tél : 04 50 58 02 37  
 www.anthogyr.fr

**Traitement des édentés totaux**

4 & 5 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Cannes**  
 Dr Franck Bonnet, Pr Paul Mariani  
 Frais d'inscription : 2 140 €  
**FIDE**  
 Tél : 04 93 99 99 75  
 contact@fide.fr  
 www.fide.fr

**Attestation d'étude en implantologie pratique et clinique**

4 & 5 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Lyon**  
 Clinique du parc  
**C.L.I.O.** - M. Claire  
 Tél : 04 72 44 87 01  
 ceidp@orange.fr

**Session 1 : international certificate in periodontology and implantology**

8 AU 12 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Bordeaux**  
 Drs H.Cho, M.Sonick, S.Wallace, P.D.Miller, G.Romanos, C.Evian, C.Staepfert, F. Celenza, J.P.Bernard, A.Sculean, P.Woegl, A.Weisgold  
 Frais d'inscription : 1 200 €  
**CEIOP**  
 Tél : 06 26 80 46 43  
 ceiop@ceiop.com  
 www.ceiop.com

**Cycle de résidence clinique**

11 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Lyon**  
**Clinique du parc C.L.I.O.** - M. Claire  
 Tél : 04 72 44 87 01  
 ceidp@orange.fr

**Greffes osseuses et sinus lift**

11 & 12 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Paris**  
 Pr J.F.Gaudy et Drs B.Cannas, T.Gorce, MH.Laujac  
 Frais d'inscription : 1 450 €  
**Sapo Implant** - Claire Vidalenc  
 Tél : 06 17 51 02 94  
 sapoimplant@gmail.com  
 www.sapoimplant.com

**La gestion de l'esthétique péri-implantaire : comment éviter la récession des tissus mous ?**

11 & 12 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Sallanches**  
 Dr Bernard Lazaroo  
 Frais d'inscription : 650 €  
**Anthogyr**  
 Tél : 04 50 58 02 37  
 www.anthogyr.fr

**Occlusion prothétique sur dents naturelles et sur implants**

12 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Cannes**  
 Dr Franck Bonnet, Pr Paul Mariani  
 Frais d'inscription : 865 €  
**FIDE**  
 Tél : 04 93 99 99 75  
 contact@fide.fr  
 www.fide.fr

**Maîtrisez simplement vos premiers sinus liftimplants**

18 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Sallanches**  
 Dr Thomas Guillaumin  
 Frais d'inscription : 390 €  
**Anthogyr**  
 Tél : 04 50 58 02 37  
 www.anthogyr.fr

**Les complications en implantologie**

19 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Sallanches**  
 Drs Robert Roig, Paul Mattout  
 Frais d'inscription : 390 €  
**Anthogyr**  
 Tél : 04 50 58 02 37  
 www.anthogyr.fr

**Esthétique****Dentisterie esthétique : comment l'appliquer tous les jours au cabinet**

6 & 7 NOVEMBRE 2014.....  
**à Nice**  
 Hôtel Westminster  
 André-Jean Faucher, Jean-Christophe Paris, Olivier Etienne  
 Frais d'inscription : 768 €  
**Académie du sourire** - B. Bretagne  
 Tél : 06 10 37 86 88  
 beatricebretagne@academie-du-sourire.com  
 www.academie-du-sourire.com

**Dentisterie numérique - cycle 2 - thème 3**

13 & 14 NOVEMBRE 2014.....  
**à Paris**  
 Drs Gil Tirlet, Jean-Pierre Attal  
**GRF** - Anne-Laure Simon  
 Tél : 01 42 53 46 82  
 cycle.esthetique@formationgrf.com  
 www.formationgrf.com

**Esthétique du sourire, émail ou gencive : faut-il choisir ?**

15 NOVEMBRE 2014.....  
**à Palavas-les-flots**  
**Palais des Congrès**  
 Drs Caroline Fouque, Gauthier Weisrock  
**SFPIOLR** - Dr Brenda Mertens  
 Tél : 04 67 92 87 78  
 contact@sfpiolr.com  
 www.sfpiolr.com

**Perfectionnement techniques avancées - session 1 : Adhésion et couleur (groupe 2)**

20 & 21 NOVEMBRE 2014.....  
**à Aix-en-Provence - Continuum**

**Perfectionnement techniques avancées - session 2 :****Guide esthétique, éclaircissement et céramiques (groupe 1)**

11 & 12 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Aix-en-Provence - Continuum**

J-C. Paris, A-J.Faucher  
**Académie du sourire** - B. Bretagne  
 Tél : 06 10 37 86 88  
 beatricebretagne@academie-du-sourire.com  
 www.academie-du-sourire.com

**TD de l'Académie du sourire : Comment développer l'activité esthétique dans votre cabinet**

4 DÉCEMBRE 2014.....  
**à Aix-en-Provence - Continuum**  
 Dr Edmond Binhas  
 Frais d'inscription : 360 €  
**Académie du sourire** - B. Bretagne  
 Tél : 06 10 37 86 88  
 beatricebretagne@academie-du-sourire.com  
 www.academie-du-sourire.com



**Union Nationale pour l'Intérêt de l'Orthopédie Dento-Faciale**  
37 rue d'Amsterdam 75008 PARIS [www.uniodf.org](http://www.uniodf.org)

Association de Chirurgiens-dentistes fondée en 1994,  
tisse des liens conviviaux entre ses membres en permettant des partages d'expériences, grâce à sa revue,  
son forums de discussion, son site internet ou encore **ses journées de formation** :

## RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Par les Docteurs Raphaël HENRIONNET, Mathieu MARCHAND & Mme Marion GIRARD, *Kinésithérapeute*  
Les jeudi 20 et vendredi 21 novembre 2014 de 9h à 18h, au NOVOTEL Paris Porte d'Orléans 75014

Formation innovante permettant d'appréhender les troubles fonctionnels et leurs conséquences, de parvenir à les corriger ou à les faire corriger, de mettre en place toutes les étapes clés au sein de votre cabinet et de potentialiser le développement et l'harmonie faciale, occlusale et posturale de vos patients.

- S'inscrit à la formation "**RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE**" au prix de :  
 Membre UNIODF : 900 €  Non-membre UNIODF : 1 090 €

## ORTHODONTIE ET PARODONTIE CHEZ L'ADULTE

par les Drs Etienne LABASSY, Claude BIGOT & Dr Cédric FIEVET  
Les vendredi 28 et samedi 29 novembre 2014 de 9h à 18h, au NOVOTEL Paris Porte d'Orléans 75014

L'orthodontie adulte connaît un grand essor, favorisé par le développement de techniques et de mécaniques adaptées à l'âge des patients. Elle peut traiter des malocclusions primaires ignorées pendant l'enfance ou l'adolescence, mais peut aussi traiter des malocclusions consécutives à des migrations dentaires favorisées par une altération du support parodontal.

- S'inscrit à la formation "**ORTHODONTIE ET PARODONTIE CHEZ L'ADULTE**" au prix de :  
 Membre UNIODF : 700 €  Non-membre UNIODF : 900 €

## ODF Intégrative : Cours d'initiation à l'exercice de la Réhabilitation Neuro Occlusale de Pedro Planas

par le Dr Patrick AMPEN  
Les Lundi 8 et Mardi 9 décembre 2014, à la Mutuelle AMPLI 75017 PARIS

Formation à la RNO. La formation I est dense et suffisante pour commencer la pratique dès le lendemain du cours. Après quelques mois de pratique, il sera proposé une session II, laboratoire et clinique, au cours de laquelle les praticiens pourront se munir de documents sur les cas cliniques qu'ils auront commencé suivant cette approche.

- S'inscrit à la formation "**COURS D'INITIATION À L'EXERCICE DE LA RNO DE PEDRO PLANAS**" au prix de :  
 Membre UNIODF : 600 €  Non-membre UNIODF : 800 €

## BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner avec le paiement à l'adresse et à l'ordre d'UNIODF 37 rue d'Amsterdam 75008 PARIS

Nom : .....

RPPS ou n° Adeli : ...

Adresse : .....

Tél. : .....

Mail : .....

- Adhère à UNIODF en joignant un chèque de cotisation annuelle (de date à date) de 150 € (220 € pour un couple, 90 € pour un salarié ou retraité et 50 € pour un étudiant).

Détails disponibles sur le site [www.uniodf.org](http://www.uniodf.org) ou par mail [uniodf@uniodf.org](mailto:uniodf@uniodf.org)

UNIODF 37 rue d'Amsterdam 75008 Paris

Nathalie - Tél : 06 07 03 88 10

Déclaration d'activité comme prestataire de formation n° 11 75 42529 75 région d'Île-de-France.

### Maîtriser les critères esthétiques du sourire - cycle 2 - thème 3

4 DÉCEMBRE 2014.....à Paris  
Drs Gil Tirlet, Jean-Pierre Attal  
**GRF** - Anne-Laure Simon  
Tél : 01 42 53 46 82  
cycle.esthetique@formationgrf.com  
www.formationgrf.com

## Omnipratique

### Mettre à jour vos connaissances en anesthésie. Se former aux nouvelles techniques.

6 NOVEMBRE 2014.....à Tours  
4 DÉCEMBRE 2014.....à Avignon  
11 DÉCEMBRE 2014.....à Lille



**AFPAD** - Sophie  
Tél : 02 41 56 05 53  
Fax : 02 41 56 41 25  
mail@afpad.com

### Efficacité clinique et managériale au cabinet dentaire

6 NOVEMBRE 2014 .....  
à Nice Hôtel Negresco  
Drs M. Abbou, N. Bellaïche, R. Zeitoun, S. Vial  
Frais d'inscription : 280 €  
**SICT Mieux** - Sophie Rodrigues  
Tél : 06 95 30 85 28  
contact@sictmieux.com

### Urgences médicales et réanimation

4 DÉCEMBRE 2014..... à Pau  
Dr Jacques Pouget  
**Labophare Formation**

Audrey Falkenrodt  
Tél : 05 56 34 93 22  
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

### Prothèses adjointes complètes

11 DÉCEMBRE 2014 .....  
à Clermont-Ferrand  
O. Hüe, M-V. Berteretche  
**Labophare Formation**  
Audrey Falkenrodt  
Tél : 05 56 34 93 22  
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

### Conférences COEFI 2014 : restaurations en composite (les raisons du succès, les causes des échecs)

11 DÉCEMBRE 2014 .....à Paris  
12° Maison de la RATP  
Dr Roberto Spreafico  
**COEFI**  
Tél : 06 61 20 26 55  
contact@coefi.fr  
www.coefi.fr

## Endodontie

### Endo : du mythe à la réalité clinique

6 NOVEMBRE 2014.....  
à Nantes  
Serge Bal  
**Labophare Formation**  
Audrey Falkenrodt  
Tél : 05 56 34 93 22  
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

## Orthodontie

### Rééducation fonctionnelle

20 & 21 NOVEMBRE 2014 .....  
à Paris 14°  
Novotel Porte d'Orléans  
Drs R. Henrionnet, M. Marchand, Mme M. Girard  
Frais d'inscription : 900€/membres 1090 €/non-membres  
**UNIODF** - Nathalie  
Tél : 06 07 03 88 10  
uniodf@uniodf.org  
www.uniodf.

### Traitement précoce des classes III : un nouveau paradigme

27 NOVEMBRE 2014.....  
à Marseille  
Softel Vieux port  
Dr J-L. Raymond

**SBR Sud Est** - Jean Lacout  
jean.lacout@orange.fr

### 20ème cycle de formation en orthodontie

4 au 6 DÉCEMBRE 2014.....  
à Paris 14° Novotel Porte d'Orléans  
Drs Bernadat, Henrionnet, Marchand  
**UNIODF** - Nathalie  
Tél : 06 07 03 88 10  
uniodf@uniodf.org  
www.uniodf.org

## Organisation

### Organisation et gestion du temps

6 NOVEMBRE 2014.....  
à Paris  
S. Huet  
Frais d'inscription : 598 €  
**Dentsply** - Ludivine Chatelain  
Tél : 06 88 12 96 54  
ludivine.chatelain@dentsply.com

## Communication

### Comment optimiser l'outil téléphone au cabinet



11 DÉCEMBRE 2014 .....  
à Clermont-Ferrand  
Marie-Christine Tesson  
**Labophare Formation**  
Audrey Falkenrodt  
Tél : 05 56 34 93 22  
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

## Psychologie

### Hypnose clinique dentaire et concept de dentisterie Ericksonnienne

25 AU 29 MAI 2015.....  
à Saint-Cyprien  
Hôtel du Mas d'Huston Golf resort & spa  
Dr Bruno Delcombel  
Frais d'inscription : 2 590 €  
**Bruno Delcombel**

**Consulting** - Hélène  
Tél : 04 72 78 58 60  
hypnosedelcombel@yahoo.fr  
www.hypnothiquedentiste.fr

## Divers

### Hypnose médicale dentaire et techniques de communication Ericksonniennes

6 AU 8 NOVEMBRE 2014.....  
à Paris  
29 NOVEMBRE 2014.....à Paris  
Palais des Congrès (ADF)  
11 AU 13 DÉCEMBRE 2014.....  
à Marseille  
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

### Hypnose dentaire

13 & 14 NOVEMBRE 2014 .....  
à Paris 10°  
11 au 13 DÉCEMBRE 2014.....  
à Paris 10°  
Drs P-H. Mambourg, N. Uziel  
**Institut Français d'Hypnose**  
Tél : 01 42 51 68 84  
contact@ifh.fr  
www.hypnose.fr/nos-  
formations/formation-  
hypnose-dentiste/

### Alcool et addictions aujourd'hui

17 NOVEMBRE 2014.....à Paris  
A-F. Chaperon, Mtre B. Litzler,  
Dr S. Guichard-Hugly  
**IFA Plus** - M-C. Hugly  
Tél : 06 61 26 46 66  
marieclaire.hgly@ifaplus.fr  
www.ifaplus.fr

### Aspects juridiques et expertises des complications en odontostomatologie

11 DÉCEMBRE 2014 .....  
à Le Chesnay  
Maître Villanova  
Frais d'inscription : 310 €  
**Acopsy-Fc** - Dr Cyrille Joubaux  
Tél : 06 88 56 54 01  
www.acosyfc.fr

# GROUPE EDMOND BINHAS

“ TROUVEZ LE  
PROGRAMME  
QUI VOUS  
RESSEMBLE ”

Dr E. Binhas,  
Président & Fondateur



Une méthode de dentiste  
pour des dentistes



Une méthode complète,  
personnalisée et pratique



Une évolution en douceur,  
système par système

## NOS PROCHAINS SÉMINAIRES

### OMNIPRATIQUE

**RENNES** 29 & 30 janvier 2015

**PARIS** 12 & 13 mars 2015

### IMPLANTOLOGIE

**BRUXELLES** 15 & 16 janvier 2015

### ESTHÉTIQUE

**PARIS** 11 & 12 décembre 2014

**MARSEILLE** 5 février 2015

**STRASBOURG** 12 & 13 février 2015

**LYON** 5 & 6 mars 2015



GROUPE  
EDMOND  
BINHAS



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

[www.binhas.com](http://www.binhas.com)

102014fident

# PETITES ANNONCES

À compter du 1/11/2014  
la rubrique «**PETITES ANNONCES**»  
disparaît de notre revue papier.

Vous pourrez continuer  
à déposer gratuitement  
vos petites annonces sur notre  
site [www.lefildentaire.com](http://www.lefildentaire.com)

## CABINET DENTAIRE

### Ventes

#### 64 - PYRÉNÉES ATLANTIQUES

Cause retraite 2014 vend cabinet  
omnipraticque implanto, équipement  
récent, panoramique, Digora,  
climatisé.

**Tél : 07 85 51 63 13**

*N°14/96/CA/1311*

## MATÉRIEL SPÉCIALISÉ

#### 19 - EYGURANDE

Cause retraite vend Mire radio, petite  
instrumentation, soudeuse, sacs stéri.,  
casiers fiches, meubles, copieur.

**Tél. : 05 55 94 30 43**

*N°14/96/MA/1308*

## DIVERS

#### 62 - ARRAS

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

**Tél. : 06 68 86 07 36**

*N°14/96/DI/1302*

## OFFRES D'EMPLOI

### Assistante

#### 83 - FORCALQUEIRET

Cabinet dentaire centre Var,  
orientation chirurgie, gros plateau  
technique recherche secrétaire ou  
aide-dentaire temps plein dyna-  
mique rigoureuse et ordonnée,  
sens des responsabilités, esprit  
d'équipe. Word excel internet  
maîtrisés.

**Tél. : 04 94 86 74 22**

*N°14/96/OFA/1306*



DECouvrez  
L'APPLICATION GRATUITE

# le fil dentaire

Toute l'actualité dentaire  
désormais dans votre poche !





Pas le temps de vous déplacer  
pour assister à une conférence ?  
**connectez-vous !**

Le 3ème mardi du mois, Protilab invite, dans le cadre d'un webinar innovant, une personnalité du monde dentaire qui s'exprime sur une des nombreuses thématiques de l'odontologie.



**MARDI 21 OCTOBRE 2014**  
**à 20h00**

Dr Bernard TOUATI fait son  
**WEBINAR**

**EXTRACTION - IMPLANTATION -  
TEMPORISATION**

- ✓ Les exigences du secteur esthétique
- ✓ Les considérations biologiques
- ✓ Les paramètres de la réussite

L'accès est entièrement gratuit et ouvert à tous  
les professionnels du monde dentaire.

A bientôt sur vos écrans !

**INSCRIVEZ-VOUS SUR**  
**[www.lesmardisdeprotilab.com](http://www.lesmardisdeprotilab.com)**  
et participez à cet évènement exceptionnel !

## SAFE IMPLANT™

Safe  
IMPLANT

Pour une pratique implantaire raisonnable et démocratisée

Site institutionnel : [www.safe-implant.com](http://www.safe-implant.com)

Site marchand : [www.safe-implant.fr](http://www.safe-implant.fr)

### CALCINABLE BASE CHROME-COBALT

Précision, ajustage, pour couronne  
trans-vissée indexée à la connectique de l'implant

Pilier pour laboratoire à base **Cobalt Chrome**  
surcoulable sans argon, sans or et sans nickel.

Existe pour les connexions Zimmer™, MIS™, Alpha bio™

Avioni™, Nobel Replace™, Straumann Bone level™

et bien sûr sur toutes les autres...

Nouveau type de pilier

**30 €**  
avec sa vis



## Nos offres valables jusqu'au 31/12/2014

**1**

**FIRST OPTIONS**

100 implants  
+ 30 offerts  
= **6 500 € TTC**

Sharkou Regular Soit 50 €/l'implant

**SIXTH OPTIONS**

Moteur d'implantologie  
Moteur vendu sans le contre-angle  
et tubulure autoclavable

**1 590 € TTC**

**2**

**SECOND OPTIONS**

35 forets à stopper = **990 € TTC**

Ø 2, 25, 28, 32, 365, 42, 465, 52 mm  
Longueur : 6, 8, 10, 11, 5, 13, 16 mm

**SEVENTH OPTIONS**

10 substituts osseux en seringue

**= 552 € TTC**

**3**

**THIRD OPTIONS**

50 piliers de cicatrisation  
= **600 € TTC**  
Soit 12 € la vis de cicatrisation

compatible aux connectiques MIS™, Zimmer™, Alpha Bio™  
compatible aux connectiques Nobel Replace™ & Straumann™  
compatible aux connectiques Tokku™, 3i™ & 3i™  
compatible aux connectiques Astra™ et Euro Technic™

All trademarks are property of their respective companies

**EIGHTH OPTIONS**

50 piliers droits / angulés  
+ 20 offerts = **2 250 € TTC**  
Soit 32 € le pilier

**= 2 250 € TTC**

compatible aux connectiques MIS™, Zimmer™, Alpha Bio™  
compatible aux connectiques Nobel Replace™ & Straumann™  
compatible aux connectiques Tokku™, 3i™ & 3i™  
compatible aux connectiques Astra™ et Euro Technic™

All trademarks are property of their respective companies

**4**

**SAFE LUX™** Faites la lumière en bouche

**FOURTH OPTIONS**

Sans fil  
- Cale dentaire auto-clivable  
- Accepteur à la pompe à sauté  
- Cône à langue  
- 3 intensités lumineuses  
- Batterie ultra résistante jusqu'à 3 jours  
- Constante du flux lumineux

**= 179 € TTC**

**NINTH OPTIONS**

Moteur d'implantologie  
et d'endodontie  
Moteur vendu sans le contre-angle  
et tubulure autoclavable

**2 690 € TTC**

**5**

Lampes à photopolymériser LED.B

**FIFTH OPTIONS**

**= 149 € TTC**

Sans fil  
- Programmable en 5s, 10s, 15s, 20s  
- Batterie ultra résistante jusqu'à 3 jours  
- Constante du flux lumineux

**ZERO OPTIONS**

Set de 9 portes empreintes

**= 7 € TTC**

Prise d'empreinte en ciel ouvert

Safeimplant™ 10 rue oberkampf 75011 Paris Tel : 01 .48.05.71.88

Tous nos piliers sont livrés avec leurs vis, nos tarifs sont TTC